

XXXIX Ciclo
Dottorato in Scienze Sociali
Curriculum “Psicologia e scienze cognitive”
Anno 2023/2024

RELAZIONE PROGETTO DI RICERCA

I Anno

“Fattori di rischio della relazione genitoriale nello sviluppo del BPD in adolescenza”

Dottorando: Federico Rospo

Tutor: Prof.ssa Fabiola Bizzi

Abstract

Il Disturbo di Personalità Borderline (Borderline Personality Disorder, BPD) è caratterizzato da una diffusa instabilità che si declina in diversi domini (e.g., affettività, relazioni, identità). Le sue manifestazioni possono rendersi evidenti a partire dall'adolescenza e hanno un impatto significativo sulla vita e sul benessere psicosociale sia degli individui con tale patologia, soprattutto in adolescenza, che sulle loro famiglie. Le manifestazioni caratteristiche del BPD, ossia le *BPD features*, sono presenti non solo nella popolazione con diagnosi BPD, ma possono essere presenti anche nella popolazione generale rappresentando una sotto-soglia a rischio. L'adolescenza, il primo periodo in cui si possono manifestare tali caratteristiche, rappresenta quindi una finestra evolutiva di grande valore al fine di comprendere i fattori di rischio associati con le *BPD features* prima che la patologia sia cronicizzata. Alla luce della letteratura teorica ed empirica che sottolinea l'impatto delle relazioni familiari sul BPD, questo progetto si propone di esplorare i fattori di rischio genitoriali associati allo sviluppo delle manifestazioni prodromiche del BPD, ossia le *BPD features*. In particolare, si analizzano le difficoltà nella mentalizzazione genitoriale, nella regolazione emotiva e diversi comportamenti genitoriali (i.e., invalidazione, genitorializzazione, protezione, cura) in relazione agli esiti psicopatologici dei/le figli/e. Più nello specifico, il progetto coinvolgerà un campione clinico di famiglie (madre, padre e figlio/a) con adolescenti appartenenti alla sotto-soglia a rischio e un gruppo di controllo. Al fine di esplorare le relazioni reciproche tra variabili dei genitori e dei figli, la presenza di effetti dilazionati e variazioni nel tempo nelle variabili osservate, verrà utilizzato un disegno longitudinale scandito da due misurazioni a 6 mesi di distanza. La metodologia e le analisi statistiche che si intendono applicare, i risultati attesi e le implicazioni cliniche sono discusse più diffusamente all'interno di questa relazione.

1. Introduzione

1.1. BPD e BPD features in adolescenza

Il Disturbo di Personalità Borderline (BPD) è una psicopatologia che emerge durante l'adolescenza o nella prima età adulta ed ha come caratteristica principale l'instabilità declinata in diversi domini: nelle relazioni interpersonali, nell'identità, nell'affettività ed è inoltre contraddistinto da una marcata impulsività (APA, 2022). Il BPD è fonte di grande disagio come testimoniato dall'elevata percentuale di tentati suicidi, dai comportamenti autolesivi, e dalla frequente presenza di comorbidità psichiatriche e patologie somatiche (per una review Leichsenring et al., 2024). La costellazione degli elementi di sofferenza connessi con il BPD comporta un elevato costo sociale ed emotivo (Leichsenring et al., 2024) sia perché tali pazienti hanno un utilizzo intensivo e continuativo dei servizi di salute mentale (Hastrup et al., 2019; Schneider et al., 2019; Wagner et al., 2014) sia per l'incremento nel rischio di interruzione scolastica durante l'adolescenza e, più in generale, per un inferiore qualità della vita (Chanen et al., 2020; Kaess et al., 2017; Kramer et al., 2017; Østby et al., 2014; Winograd et al., 2008). Da qui prende origine la necessità di approfondire le ricerche in ottica preventiva al fine di individuare i fattori di rischio associati alla sintomatologia prodromica del BPD durante l'adolescenza, ossia un periodo dello sviluppo in cui possono emergere ed intensificarsi manifestazioni legate alla patologia di personalità (Cohen et al., 2005; De Clerq et al., 2009; Sharp & Wall, 2018; Wright et al., 2011). In quest'ottica, l'esplorazione delle variabili associate alle manifestazioni prodromiche del BPD, potrebbe consentire una maggiore comprensione dell'eziopatologia, e conseguentemente la possibilità di effettuare screening e sviluppare interventi precoci con l'obiettivo di evitare la cronicizzazione della patologia di personalità. Questo comporterebbe sia una riduzione di sofferenza per i pazienti e per le loro famiglie, che una diminuzione del costo sociale connesso con il BPD (Chanen et al., 2020, 2022). La diagnosi di BPD in adolescenza viene effettuata in presenza di almeno 5 dei criteri diagnostici proposti dal DSM-5-TR (APA, 2022) mentre viene considerata come sotto-soglia a rischio (*BPD subthreshold*) per lo sviluppo e la cronicizzazione la popolazione che soddisfa la presenza di almeno 3 criteri diagnostici (Chanen et al., 2020). La letteratura si è principalmente rivolta ad adolescenti con diagnosi (per una review Sharp & Fonagy, 2015) mentre minore attenzione è stata dedicata alla popolazione di adolescenti appartenenti alla *BPD subthreshold* anche se, è necessario considerare che appartenere alla sotto-soglia è associato a condizioni similari in termini di sofferenza psicopatologica e inferiore qualità di vita (per una review Chanen et al., 2020). Da qui prende le mosse un approccio dimensionale basato sulla presenza di tratti di personalità – ovvero modalità stabili di percepire, relazionarsi e pensare a sé ed all'ambiente e che si manifestano in numerosi contesti sociali e personali (APA, 2022). Più nello specifico, riguardano dimensioni

cognitive, affettive, relazionali e comportamentali piuttosto stabili sia in età adulta che in adolescenza (Sharp et al., 2018) – che risultano caratteristici e maladattivi se particolarmente accentuati ma non qualitativamente distinti dai processi appartenenti al funzionamento normotopico (Sharp, 2017). Questi tratti sono presenti non solamente nella popolazione con diagnosi di BPD ma anche all'interno dei soggetti che appartengono alla sotto-soglia a rischio, permettendo quindi l'esplorazione di queste caratteristiche di personalità prima che la psicopatologia sia cronicizzata. Tali dimensioni vengono definite *BPD features* (Chanen et al., 2017) e riguardano i seguenti domini (Geiger & Crick, 2010): instabilità affettiva caratterizzata da una elevata reattività nell'umore, impulsività manifestata attraverso comportamenti potenzialmente pericolosi, instabilità relazionale che si declina nella tendenza a esperire relazioni interpersonali intense e caratterizzati dall'alternanza tra idealizzazione e svalutazione, disturbi dell'identità connotati da immagine e un senso di sé marcatamente e persistentemente instabile, ipervigilanza/ visione del mondo paranoide e ostile che si manifesta attraverso il sospetto in assenza di elementi sufficienti che gli altri possano danneggiare, sfruttare o ingannare la persona (APA, 2022). Le *BPD features* coinvolgono quindi numerose dimensioni, ed affondano le proprie radici all'interno del legame affettivo che si sviluppa tra caregiver e bambino, ossia il legame di attaccamento (Bowlby, 1973, 1977), e più nello specifico a pattern di attaccamento insicuri e disorganizzati (Fonagy & Luyten, 2009; Fonagy et al., 2011; Levy et al., 2015; Miljkovitch et al., 2018). Nonostante la maggior parte degli studi abbia coinvolto la popolazione di genere femminile, la letteratura ha evidenziato differenze di genere nelle manifestazioni della patologia BPD (per una review Qian et al., 2022). Per quanto riguarda l'adolescenza e le *BPD features* (Gratz et al., 2012; Michonski et al., 2013; Western et al., 2011), la popolazione femminile sarebbe maggiormente propensa ad avere disturbi nell'identità mentre nei maschi sarebbe più caratteristica l'ideazione paranoide. Al netto di ciò, coerentemente con quanto avviene negli studi sul BPD in età adulta (Qian et al., 2022), esiste una lacuna negli studi che hanno coinvolto la fase evolutiva degli adolescenti e le *BPD features*, in quanto la popolazione maschile è stata nettamente meno coinvolta. Una possibile motivazione per questa sproporzione all'interno degli studi riguardanti il BPD potrebbe essere dovuta a bias di genere riguardo la diagnosi (Skodol & Bender, 2003) in quanto, i maschi tendono a ricevere più di frequente una diagnosi di disturbo di personalità antisociale, mentre le femmine è maggiore la possibilità di essere diagnosticate con BPD (Skodol & Bender, 2003).

Quindi, considerando le lacune evidenziate nella letteratura e gli elementi di sofferenza connessi con il BPD, emerge la necessità di adottare un'ottica preventiva che si declina nell'esplorazione dei tratti di personalità maladattivi – come ad esempio le *BPD features* – e i fattori di rischio associati, prima che la patologia si cronicizzi. L'esplorazione di queste variabili potrebbe avere un valore sia

clinico (i.e. delineando procedure di screening ed interventi precoci che possano coinvolgere non solo l'individuo ma anche le figure genitoriali laddove siano identificabili elementi di rischio associati alla relazione genitore-figli/a) che teorico al fine di comprendere il decorso e le traiettorie di sviluppo delle *BPD features* sottostanti alla sintomatologia prodromica nella popolazione maschile e femminile di adolescenti (Chanen et al., 2020).

1.2 Le prospettive teoriche circa l'influenza della relazione genitoriale nello sviluppo del BPD: deficit di mentalizzazione, di regolazione emotiva e comportamenti di parenting maladattivi

La letteratura ha evidenziato una complessa interazione tra caratteristiche individuali e influenze ambientali (Crowell et al., 2009; Fonagy & Bateman, 2008). La presenza di un contesto familiare disfunzionale (Crowell et al., 2009; Linehan, 1993) e, più nello specifico, di relazioni di attaccamento insicure e disorganizzate (Fonagy & Luyten, 2009; Fonagy et al., 2011; Levy et al., 2015; Miljkovitch et al., 2018) potrebbero compromettere le nascenti capacità tra loro interdipendenti di mentalizzazione (Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy & Bateman, 2008) – ossia l'insieme dei processi che permettono all'individuo di interpretare le proprie azioni e quelle degli altri sulla base di stati mentali intenzionali (Allen et al., 2008) – e di regolazione emotiva – ossia l'insieme dei processi interni ed esterni, consci e inconsci che permettono la valutazione, la modulazione e l'espressione della risposta emotiva (Gross & Thompson, 2007).

All'interno di questo progetto, vengono considerati due principali modelli teorici di riferimento associati allo sviluppo del BPD: il modello relativo a un deficit nella mentalizzazione proposto da Fonagy & Bateman (2008) e la rielaborazione proposta da Crowell et al., (2009) del modello di Linehan (1993) in cui le caratteristiche principali associate al BPD sarebbero legate alle difficoltà di regolazione emotiva prodotte dall'interazione tra alcuni tratti temperamentali (i.e., forte sensibilità e reattività emotiva e tendenza all'impulsività) e un ambiente emotivo familiare invalidante. Rispetto al primo modello teorico, Fonagy & Bateman (2008) evidenziano la presenza di un deficit nello sviluppo dei processi di mentalizzazione riconducibili alla presenza di attaccamento insicuro (Kobak et al., 2009) e disorganizzato (Levy et al., 2011; Miljdovitch et al., 2018) contraddistinti da comportamenti genitoriali maltrattanti (Allen et al. 2008). Più nello specifico, durante il primo anno di vita, il caregiver con un'adeguata capacità di mentalizzazione manifesta una specifica dinamica di interazione con il bambino definita rispecchiamento marcato e contingente (Fonagy et al., 2002) che consente lo sviluppo di rappresentazioni simbolizzate dei propri stati affettivi a partire dalle modalità con cui il caregiver rispecchia e risponde alle manifestazioni emotive del figlio/a (Fonagy et al., 2002). All'interno delle relazioni di attaccamento disorganizzato tipicamente associate al BPD, i processi di rispecchiamento marcato possono risultare problematici (i.e., deficit di

congruenza, marcamento o attribuzione) a causa delle fragili capacità di mentalizzazione del caregiver (Fonagy et al., 2002; Gergely, 2004; Koos & Gergely, 2001) minando le fondamenta dei nascenti processi di regolazione emotiva e di mentalizzazione del figlio (Fonagy et al., 2002).

Inoltre, è necessario considerare che i caregiver con capacità di mentalizzazione meno sviluppate tenderanno ad aver difficoltà nel riconoscere, tollerare e regolare le emozioni spiacevoli manifestate dai figli. Questo elemento di fragilità potrebbe portare alla manifestazione di comportamenti genitoriali disfunzionali e maltrattanti (Bennet et al., 2019). In sintesi, il modello proposto da Fonagy & Bateman (2008) e Fonagy et al. (2002) evidenzia la relazione tra mentalizzazione genitoriale e comportamenti genitoriali maltrattanti che porterebbero alla compromissione della nascente capacità di mentalizzazione del figlio associata al BPD.

Rispetto invece al modello proposto da Crowell et al., (2009), che ha esteso il lavoro di Linehan (1993), un ruolo predominante è esercitato dalla difficoltà nella regolazione emotiva come elemento chiave del BPD. Gli autori fanno riferimento all'interazione tra tratti temperamentali e comportamenti genitoriali invalidanti (i.e., *Invalidation*), ossia caratterizzati da un'intolleranza verso l'espressione dell'esperienza affettiva intima del figlio e in particolare riguardo le emozioni spiacevoli non supportate da eventi esterni (Crowell et al., 2009; Linehan, 1993). Considerando l'importanza della relazione di attaccamento tra genitore e figlio (Fonagy et al., 2002), un ambiente caratterizzato dalla delegittimazione del mondo interno potrebbe minare le fondamenta della capacità di rappresentazione e regolazione dei propri stati interni. Il conseguente rischio è la manifestazione di espressioni emotive estreme indicative della difficoltà di regolazione caratteristica dei pazienti BPD. A livello empirico, una recente meta-analisi (Lee et al., 2022) ha inoltre evidenziato l'associazione tra l'invalidazione di entrambi i genitori con i sintomi BPD sottolineando in particolare l'influenza materna.

I modelli descritti fanno riferimento alla presenza di comportamenti genitoriali maladattivi che deriverebbero dalla difficoltà di mentalizzazione e regolazione emotiva proprie del genitore. Più nello specifico, il modello di Crowell et al., (2009) ha evidenziato il ruolo dell'invalidazione, ma la letteratura empirica ha sottolineato anche altri comportamenti di maltrattamento genitoriale che risultano rilevanti nell'eziopatogenesi di questa psicopatologia. Un comportamento genitoriale che solamente di recente è stato indagato in riferimento alle *BPD features* è la confusione di ruolo tra genitori e figli, ossia una forma di deviazione rispetto alla struttura relazionale tipica che potrebbe causare difficoltà nello sviluppo socio emotivo dei figli (Macfie et al., 2015). Più nello specifico, la genitorializzazione (i.e., *Parentification*) fa riferimento a una dinamica relazionale in cui il figlio/a viene spinto ad assumere ruoli e responsabilità di un genitore o di un adulto che risultano quindi inadeguate rispetto allo sviluppo psicofisico ancora in atto (Dariotis et al., 2023). L'incapacità da

parte del genitore di comprendere e mantenere il proprio ruolo all'interno della relazione diadica potrebbe essere indicativa della difficoltà nel riconoscere la separatezza psicologica del figlio (Kerig, 2005) evidenziando fragilità nella mentalizzazione del caregiver (Fonagy et al., 2002). Nei primi anni di vita, la presenza di questo tipo di struttura relazionale deviante potrebbe far sì che il genitore possa svolgere non adeguatamente il proprio ruolo di regolatore esterno fallendo nel compito primario di fornire una base sicura (Macfie et al., 2015). Altre due dimensioni dei comportamenti genitoriali legate al BPD sono la mancanza di cura (i.e. *Cure*), intesa come un atteggiamento empatico ed affettivo verso i figli (Scinto et al., 1999) e la protezione (i.e. *Protection*) che invece viene descritta come la presenza di comportamenti controllanti e costrittivi (Scinto et al., 1999). Più nello specifico la letteratura precedente ha evidenziato la tendenza da parte dei genitori di figli con BPD ad avere un atteggiamento composto da una combinazione tra mancanza di affetto ed elevati livelli di controllo parentale (per una review Boucher et al., 2017).

1.3 Le evidenze empiriche riguardanti le relazioni tra variabili genitoriali e BPD features

I modelli di riferimento precedentemente descritti (Crowell et al., 2009; Fonagy & Bateman, 2008;) hanno fatto riferimento ad alcune specifiche variabili genitoriali: mentalizzazione, regolazione emotiva e comportamenti genitoriali che, prendendo in rassegna la letteratura scientifica internazionale, risultano associate alle prime manifestazioni delle *BPD features* in adolescenza. Prendendo in analisi il costrutto di **mentalizzazione genitoriale**, studi empirici (per una review Camoirano, 2017) hanno mostrato come una scarsa capacità di mentalizzazione genitoriale possa essere un elemento chiave nello sviluppo di patologie sia internalizzanti che esternalizzate che, a loro volta, risultano predire le *BPD features* (per una review Stepp et al., 2016). Inoltre, due studi trasversali (Quek et al., 2018; Vanwoerden et al., 2021) non hanno individuato relazione diretta tra mentalizzazione e *BPD features*, mentre Quek et al. (2018) ha mostrato la presenza di un'influenza indiretta attraverso il ruolo della mentalizzazione dell'adolescente stesso. Questi studi hanno ampiamente coinvolto le madri ma non hanno esplorato il ruolo della mentalizzazione paterna nonostante questa abbia un'importante influenza sullo sviluppo delle competenze socio-emotive dei figli (per una review Charpentier Mora et al., 2023) e in particolare durante l'adolescenza (Benbasset & Priel, 2012; Benbasset & Shulman, 2016). Per quanto riguarda potenziali effetti relativi al genere degli adolescenti, nessuno dei due studi (Quek et al., 2018; Vanwoerden et al., 2021) si è occupato di esplorarne l'influenza. In questo senso, esiste una lacuna sia in riferimento all'influenza che ciascun genitore esercita attraverso le proprie capacità di mentalizzazione, che per potenziali effetti del genere dell'adolescente. Un ulteriore elemento da tener in considerazione è che la mentalizzazione è un processo relazione-specifico (Vanwoerden et al., 2019) che dipende dallo

stato di attivazione psicofisiologica, ossia che può subire delle inibizioni quando si è sottoposti ad affetti intensi e negativi (Borelli et al., 2017). Questo elemento potrebbe essere rilevante all'interno della relazione tra genitore e figlio/a appartenente alla *BPD subthreshold*, poiché la presenza di difficoltà di regolazione emotiva risulta caratteristica del BPD (Crowell et al., 2009).

Conseguentemente l'espressione di emozioni non regolabili autonomamente da parte del figlio, potrebbe a sua volta elicitarne un'intensa attivazione psicofisiologica nei genitori e un conseguente fallimento nella mentalizzazione all'interno della specifica relazione tra il caregiver e adolescente. Viene avanzata l'ipotesi che vi sia una relazione bidirezionale tra mentalizzazione genitoriale e l'instabilità affettiva caratteristica dei figli con *BPD features*. Inoltre, considerando che la patologia di personalità tende a manifestarsi ed incrementare durante l'adolescenza (Cohen et al., 2005; De Clerq et al., 2009; Sharp & Wall, 2018; Wright et al., 2011), l'inasprimento delle *BPD features* potrebbe inficiare ulteriormente le capacità di mentalizzazione genitoriale. Non esistono però né studi trasversali né longitudinali che abbiano esplorato la reciprocità di tale relazione. Inoltre, non sono presenti studi che abbiano indagato la mentalizzazione utilizzando un'operazionalizzazione che consideri specificatamente tale processo all'interno della relazione genitore-figlio/a, ossia la funzione riflessiva genitoriale (*Parental Reflective Function, PRF*) (Slade, 2005) - definita come la capacità del caregiver di riflettere sui propri stati mentali così come quelli del figlio/a (Fonagy et al., 1991).

Per quanto riguarda la **regolazione emotiva** (*Emotion Regulation, ER*), la letteratura ha evidenziato sia una relazione diretta tra difficoltà nella ER dei genitori e dei figli (Bariola et al., 2011; Morris et al., 2007; Thompson & Meyer, 2007), che indiretta in quanto mediata da comportamenti genitoriali disfunzionali che, più nello specifico, avrebbero una finalità difensiva in quanto orientati alla rapida cessazione dell'espressione emotiva dei figli proprio a causa delle difficoltà nel tollerare l'affettività da parte dei genitori (Bariola et al., 2011; Byrd et al., 2021; Eisenberg et al., 1998; Kiel et al., 2017; Perry et al., 2020). All'interno della letteratura relativa all'influenza genitoriale verso il BPD, solamente uno studio trasversale di Gratz et al. (2024) ha esplorato la relazione tra difficoltà nella ER dei genitori e *BPD features* nei figli adolescenti. Più nello specifico, sono state evidenziate sia una relazione diretta tra difficoltà nella ER materna e dei figli, che una relazione mediata da comportamenti genitoriali invalidanti. In questo caso, nonostante un campione composto dal 41% da femmine, potenziali effetti del genere degli adolescenti non sono stati esplorati.

Una maggiore attenzione in letteratura è stata invece dedicata allo studio dei **comportamenti genitoriali** (*Parent Behaviors, PB*) (Boucher et al., 2017; Lee et al., 2022; Macfie & Strimpfel, 2014; Steele et al., 2019; Winsper et al., 2012; 2017). La maggior parte di questi lavori

si è però concentrata sulla relazione tra madri e figli (e.g., Franssens et al., 2021; McCallum & Goodman, 2019; Vanwoerden et al., 2021) mentre meno attenzione è stata rivolta sia all'influenza all'influenza dei comportamenti genitoriali paterni sia al potenziale effetto di differenze di genere all'interno della relazione tra PB e *BPD features*. Più nello specifico, i campioni tendenzialmente studiati sono stati composti da una quota maggiore di figlie femmine (Boucher et al., 2017; Musser et al., 2018) nonostante uno studio longitudinale di Cicchetti et al. (2014) abbia rivelato differenze di genere nella relazione tra PB, misurati in epoca prescolare e *BPD features* durante l'adolescenza. Un ulteriore studio (Vanwoerden et al., 2020) ha evidenziato che PB sia adattivi che maladattivi avessero una maggiore influenza sulle *BPD features* delle figlie femmine. Nonostante questi lavori tendano a confermare l'ipotesi di un'influenza del genere tra PB e *BPD features*, tale relazione non è stata confermata altrove (Vanwoerden et al., 2021). Per quanto riguarda i PB rilevanti all'interno dei modelli teorici precedentemente descritti, Crowell et al. (2009) e Linehan (1993) teorizzano la presenza di PB invalidanti in associazione con le *BPD features* e tale relazione è stata individuata in numerosi studi (Franssens et al., 2021; Lee et al., 2023; Mahan et al., 2017; Vanwoerden et al., 2022). Inoltre, nella recente meta-analisi di Lee et al. (2022) è stata evidenziata un'associazione positiva di maggior intensità tra invalidazione e sintomi BPD nei maschi. La relazione tra invalidazione e difficoltà nella regolazione tipica del BPD non viene però considerata unidirezionale, bensì viene ipotizzato che vi sia un'influenza reciproca (Franssens et al., 2021; Lee et al., 2023) in quanto le espressioni emotive intense dei figli tenderebbero ad esacerbare le fragili capacità di regolazione dei genitori con il conseguente rischio di adottare PB invalidanti.

Sebbene all'interno dei modelli teorici descritti viene suggerita l'importanza della relazione genitore-figlio, poca attenzione è stata attualmente spesa in riferimento alle *BPD features* e alla genitorializzazione dei figli adolescenti nella relazione di attaccamento nonostante sia a livello teorico (Macfie et al., 2015) che empirico (Carlson et al., 2009; Vanwoerden et al., 2017, 2020) la presenza di confusione nel ruolo tra genitori e figli sia stata associata alle *BPD features*. Non esistono studi che abbiano esplorato la relazione tra genitorializzazione e *BPD features*, nonostante questo tipo di PB sia stato associato sia a sintomi internalizzanti che esternalizzanti (per una review Dariotis et al., 2023).

Un ulteriore caratterizzazione dei PB associati al BPD sono i comportamenti genitoriali di protezione e cura la cui relazione è stata però prevalentemente esplorata attraverso studi retrospettivi nella popolazione adulta principalmente femminile (per una review Boucher et al., 2017). Non esistono studi che abbiano esplorato la relazione bidirezionale tra *BPD features*, protezione e cura sebbene sia stata evidenziata un'influenza reciproca tra sintomi BPD e PB contraddistinti da un'elevata rigidità caratterizzata da un atteggiamento marcatamente punitivo ed

inferiori livelli di calore emotivo (Stepp et al., 2014). Pertanto questo resta da esplorare a livello empirico.

1.4 La reciprocità nella relazione tra variabili genitoriali e BPD features

Analizzando a livello empirico le relazione tra variabili genitoriali e *BPD features*, un ulteriore elemento da tenere in considerazione è la presenza di recenti studi che hanno evidenziato una relazione bidirezionale tra comportamenti genitoriali e caratteristiche dei figli (De Haan et al., 2021; Lee et al., 2023; Stepp et al., 2014; Winsper et al., 2017). Alla luce del fatto che la sintomatologia legata ai disturbi di personalità abbia un incremento durante l'adolescenza (Cohen et al., 2005; De Clercq et al., 2009; Sharp & Wall, 2018; Wright et al., 2011), l'aumentata manifestazione delle *BPD features* (i.e. instabilità affettiva, relazionale, disturbi dell'identità, impulsività e ipervigilanza) dei figli potrebbe sovraccaricare le già fragili capacità di mentalizzazione e regolazione emotiva dei genitori, con il conseguente rischio di esacerbare ulteriormente comportamenti genitoriali maltrattanti (De Fruyt & De Clercq, 2014; Winsper et al., 2017; 2018). Inoltre, tale peggioramento potrebbe avere un effetto dilazionato inasprendo ulteriormente le *BPD features* manifestate dai figli. Viene quindi evidenziato il rischio di innescare un potenziale circolo vizioso che potrebbe condurre, con il passare del tempo, alla cronicizzazione di tali caratteristiche.

Per questo motivo, diviene indispensabile indagare sia l'influenza longitudinale tra le variabili dei genitori verso le *BPD features* che il ruolo di tali caratteristiche nel condizionare la presenza futura di determinate caratteristiche genitoriali. Attualmente, i pochi studi longitudinali che si sono occupati di esplorare la reciproca relazione tra questi variabili hanno però ottenuto risultati contrastanti (Franssens et al., 2021; Lee et al., 2023; Stepp et al., 2014).

1.5 Effetti di interazione tra le variabili genitoriali

Alla luce delle relazioni dirette individuate dalla letteratura tra PRF e *BPD features* (Fonagy & Bateman, 2008), tra PRF e PB (vedi la review Camoirano, 2017, Decarli et al., 2023) e tra PB e *BPD features* (i.e., Armour et al., 2023, Hope et al., 2019) potrebbe essere ipotizzabile un ruolo di mediazione dei PB nella relazione tra la mentalizzazione genitoriale e le *BPD features*. Solamente uno studio ha esplorato questa ipotesi esplicativa (Vanwoerden et al., 2020) coinvolgendo, tra le variabili incluse in questo progetto, l'invalidazione e l'inadeguatezza dei confini ma i risultati non hanno rilevato l'effetto ipotizzato.

Inoltre, la letteratura ha evidenziato che genitori con difficoltà nella ER possano tollerare con più difficoltà gli affetti negativi manifestati dai figli portando, potenzialmente, ad adottare PB maladattivi (Byrd et al., 2021; Kiel et al., 2017) che, a loro volta, hanno un impatto sullo sviluppo

della ER dei figli (Bariola et al., 2011; Byrd et al., 2021; Eisenberg et al., 1998; Perry et al., 2020). Non esistono però studi che abbiano esplorato l'effetto di mediazione della difficoltà di ER genitoriale via PB sulle *BPD features*.

Infine, nessun lavoro si è occupato di considerare le seguenti variabili all'interno sistema familiare triadico, più nello specifico è necessario tenere a mente che gli adolescenti interagiscono non solo all'interno di relazioni diadiche con ciascun genitore, ma possono essere immersi in un sistema triadico, che coinvolge padri, madri e figli (Diamond et al., 2016), in cui le variabili associate al singolo genitore potrebbero influenzare la relazione tra le variabili dell'altro caregiver e le *BPD features* dei figli adolescenti.

1.6 Il presente studio

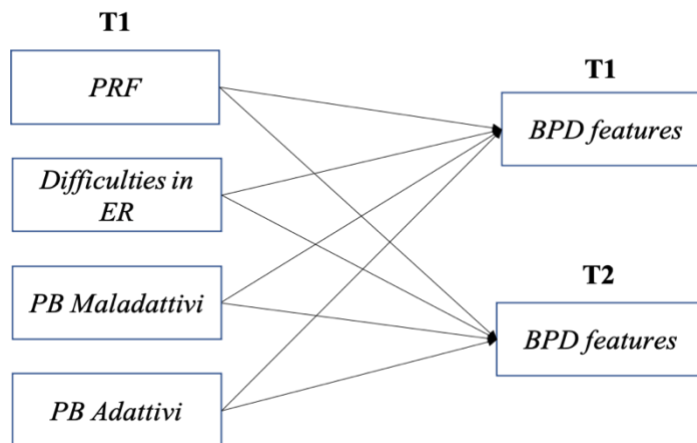
Alla luce delle lacune sopra descritte in riferimento all'influenza genitoriale rispetto allo sviluppo delle *BPD features* (i.e. instabilità affettiva, impulsività, instabilità relazionale, disturbi dell'identità e ipervigilanza/visione del mondo ostile e paranoide) nella fase dello sviluppo adolescenziale, questo progetto di ricerca si pone l'**obiettivo generale** di esplorare la relazione tra variabili genitoriali e *BPD features* tenendo in considerazione l'intero sistema familiare genitoriale. All'interno di questo progetto, verrà esaminato il legame longitudinale (i.e. prevedendo due tempi di rilevazione a distanza di sei mesi: T1 e T2) tra: 1) mentalizzazione genitoriale (i.e., *Parental Reflective Functioning*, PRF), difficoltà di regolazione emotiva genitoriali (i.e., *Difficulties in ER*) e comportamenti genitoriali (PB) sia maladattivi (i.e., *Invalidation, Parentification, Protection*) che adattivi (i.e., *Care*) verso le *BPD features* di figli adolescenti e, 2) l'influenza delle *BPD features* verso le variabili genitoriali (ossia mentalizzazione, difficoltà di regolazione emotiva e comportamenti genitoriali). Tali relazioni verranno indagate all'interno di due gruppi di famiglie: un gruppo di adolescenti che rappresentano una popolazione sotto-soglia a rischio per lo sviluppo del BPD (gruppo clinico) – ossia che presentano almeno tre dei criteri diagnostici previsti dal DSM-5-TR (APA, 2022) - e un gruppo non clinico (gruppo di controllo) costituito da famiglie con adolescenti che non presentano alcun criterio diagnostico per il BPD né altri disturbi psichiatrici.

1.7 Obiettivi specifici, domande di ricerca e ipotesi

Stabilita la domanda di ricerca e l'obiettivo generale, questo studio si occupa di esplorare i seguenti obiettivi specifici, organizzati nelle domande di ricerca e relative ipotesi.

OB.1) Esplorare, nei tempi previsti (T1 e T2), l'associazione tra le variabili genitoriali (PRF, Difficoltà nella ER e PB) e le variabili dei figli (BPD features) e la stabilità di tali variabili nel tempo.

RQ. 1a) Le variabili genitoriali (ossia PRF, Difficoltà nella ER e PB) misurate in T1 sono associate con le *BPD features* dei loro figli adolescenti nel T1 e nel T2? Se sì, tale relazione è più forte quando le *BPD features* sono misurate al T1 o al T2?



Si ipotizza (H1) che:

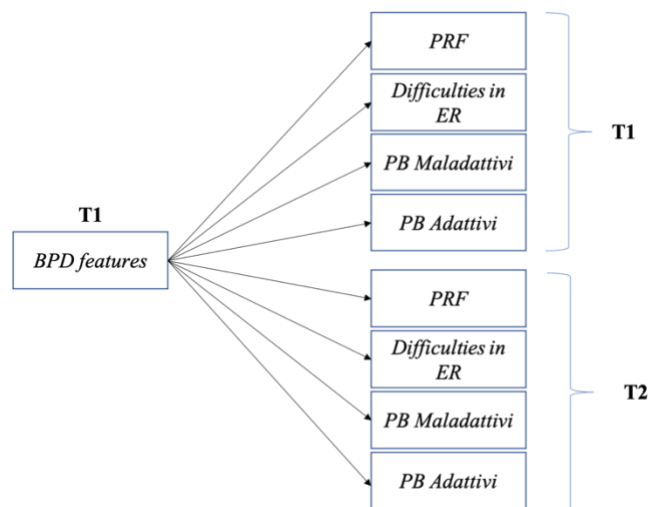
- inferiori livelli di PRF
- maggiori livelli di Difficoltà nella ER → maggiori livelli di PB maladattivi (Invalidation, Parentification, Protection) e minori di PB adattivi (Care) siano associati con maggiori *BPD features* nei figli adolescenti misurate nel T1 e nel T2.

Si ipotizza (H2) che la relazione tra le variabili genitoriali (PRF, Difficoltà nella ER e PB) misurate al T1, sia più forte quando le *BPD features* saranno misurate al T2.

Direzione attesa degli effetti indagati:

	<i>PRF</i>	<i>Difficulties in ER</i>	<i>PB maladattivi</i>	<i>PB adattivi</i>	<i>BPD features</i>
<i>PRF</i>		-	-	+	-
<i>Difficulties in ER</i>	-		+	-	+
<i>PB maladattivi</i>	-	+		-	+
<i>PB adattivi</i>	+	-	-		-
<i>BPD features</i>	-	+	+	-	

RQ. 1b) Le *BPD features* misurate in T1 sono associate con le variabili genitoriali (PRF, Difficoltà nella ER e PB) misurate nel T1 e nel T2? Se sì, tale relazione è più forte quando le variabili genitoriali sono misurate al T1 o al T2?

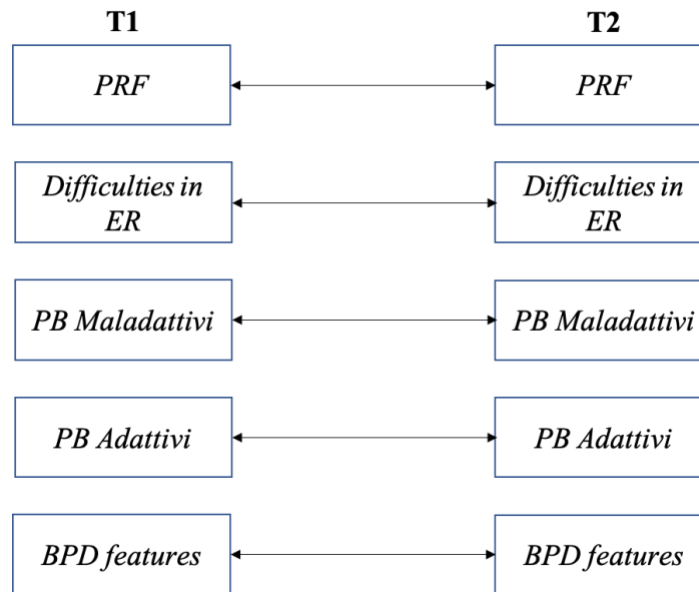


Si ipotizza (H3) che le *BPD features* degli adolescenti, misurate nel T1, siano associate con le seguenti variabili genitoriali misurate sia nel T1 che nel T2:

- inferiori livelli di PRF;
- maggiori livelli di Difficoltà nella ER;
- maggiori livelli di PB maladattivi (Invalidation, Parentification, Protection) e minori di PB adattivi (Care).

Si ipotizza (H4) che la relazione tra le *BPD features* misurate al T1, sia più forte quando le variabili genitoriali (ossia PRF, Difficoltà nella ER e PB) saranno misurate al T2.

RQ. 1c) Esistono delle variazioni nelle variabili genitoriali (ossia PRF, Difficoltà nella ER e PB) e nelle *BPD features* dei figli adolescenti misurati al T1 e misurate al T2?

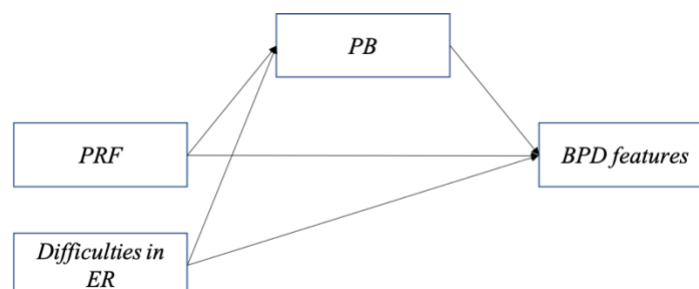


Si ipotizza (H5) un aumento nei livelli di *BPD features* dal T1 al T2 nel solo gruppo clinico. Non si ipotizzano variazioni per quanto riguarda il gruppo di controllo.

Si ipotizza (H6) un aumento nei livelli di Difficoltà nella ER, nei PB maladattivi (Invalidation, Parentification, Protection) e inferiori livelli di PRF e PB adattivi (Care) dal T1 al T2 nel solo gruppo clinico. Non si ipotizzano variazioni per quanto riguarda il gruppo di controllo.

OB. 2) Esplorare il ruolo dei PB (i.e., Invalidation, Parentification, Protection, Care) all'interno di un modello di mediazione scandito dalla PRF e dalle difficoltà di ER genitoriali e le BPD features degli adolescenti.

RQ. 2) I PB (i.e., Invalidation, Parentification, Protection, Care) hanno un ruolo di mediazione all'interno della relazione tra PRF, Difficoltà nella ER e le *BPD features* dei figli adolescenti?

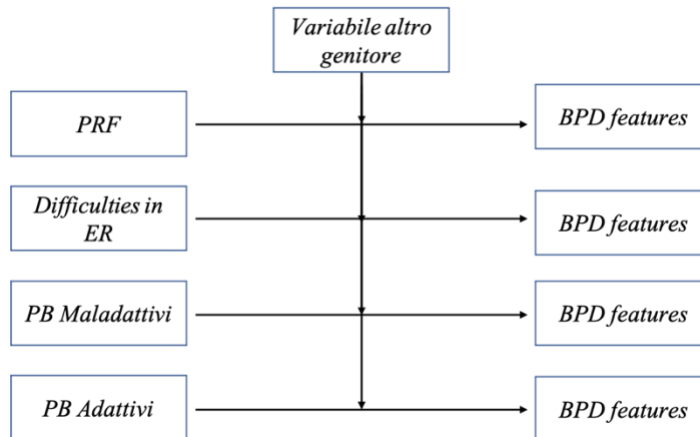


Si ipotizza (H7) che i PB (Invalidation, Parentification, Protection e Care) misurati al T2 medino

la relazione tra la PRF, Difficoltà nella ER al T1 e le *BPD features* dei figli misurate al T2.

OB. 3) Esplorare il ruolo di moderazione delle variabili di un genitore – madri e padri – all’interno della relazione tra le variabili dell’altro genitore e le BPD features.

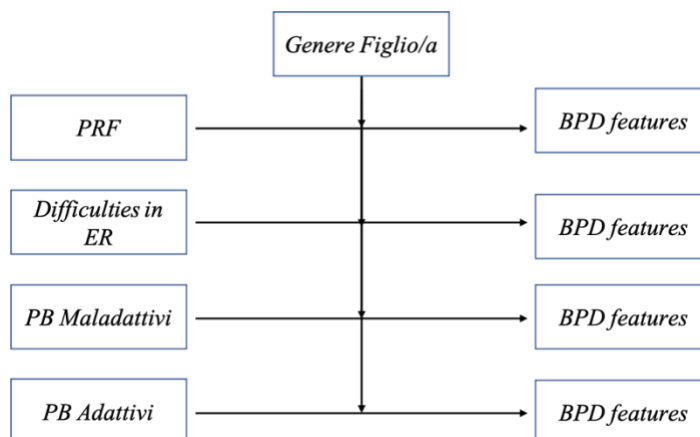
RQ.3) Esiste un effetto di moderazione delle variabili genitoriali misurate al T1 sulla relazione tra le variabili dell’altro genitore e le *BPD features* dei figli adolescenti?



A causa della complessità delle relazioni proposte (H8), non viene stabilita alcuna ipotesi a priori.

OB. 4) Esplorare il ruolo di moderazione del genere dei figli all’interno della relazione tra le variabili genitoriali e le BPD features degli adolescenti;

RQ. 4) Esiste un effetto di moderazione del genere dei figli adolescenti sulla relazione tra le variabili genitoriali e le *BPD features* degli adolescenti?



Considerando l’assenza di studi che abbiano coinvolto i padri (H9), non viene stabilita alcuna ipotesi a priori.

OB. 5) Esplorare le differenze tra il gruppo clinico e il gruppo non clinico rispetto alle variabili genitoriali (PRF, Difficoltà nell'ER e PB) e degli adolescenti coinvolte (BPD features)

RQ. 5) Ci sono differenze tra il gruppo clinico ed il gruppo di controllo nelle variabili genitoriali (PRF, Difficoltà nella ER, PB)?

Si ipotizza (H10) che i genitori del gruppo clinico presentino rispetto ai genitori del gruppo non clinico:

- livelli più bassi di PRF;
- livelli più alti di Difficoltà nella ER;
- maggiori livelli di PB maladattivi (i.e., Invalidation, Parentification, Protection) e minori di PB adattivi (Care).

2. METODO

2.1. Disegno di ricerca

Questo progetto intende utilizzare un disegno di ricerca di tipo campionario che coinvolgerà due gruppi di famiglie poste a confronto: un gruppo di famiglie con figli adolescenti privi di diagnosi psichiatriche (gruppo non clinico) ed un gruppo di adolescenti clinici appartenenti alla sotto-soglia a rischio per lo sviluppo del BPD (gruppo clinico), ossia che presentano almeno 3 dei criteri diagnostici proposti DSM-5-TR (APA, 2022) riportati come segue:

1. Sforzi frenetici finalizzati ad evitare un reale o immaginario abbandono
2. Un modello di relazioni interpersonali instabili ed intense caratterizzate dall'alternanza tra estremi di idealizzazione e svalutazione
3. Disturbi nell'identità: immagine di sé o senso di sé marcatamente e persistentemente instabili
4. Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente autodannose (ad es., spese, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate)
5. Comportamenti suicidi ricorrente, gesti, minacce, o comportamento auto-lesivi
6. Instabilità affettiva dovuta da una marcata reattività nell'umore (e.g., intensa disforia, irritabilità, o ansia che dura alcune ore e raramente più di pochi giorni)
7. Sentimenti cronici di vuoto
8. Rabbia intensa ed inappropriata o difficoltà a controllare la rabbia (per esempio: frequenti esplosioni di collera, rabbia costante, ricorrenti liti fisiche)
9. Ideazione paranoide transitoria, legata allo stress, o sintomi dissociativi gravi

Il disegno di ricerca è un disegno non sperimentale longitudinale che prevede due somministrazioni separate da un intervallo di tempo di 6 mesi. La scelta di tale finestra temporale semestrale è necessaria affinché possano dispiegarsi le reciproche influenze tra le variabili coinvolte senza incrementare eccessivamente il tasso di abbandono dei partecipanti allo studio come evidenziato in studi con finestre temporali maggiori. Inoltre, la maggioranza degli studi longitudinali ha utilizzato una finestra temporale di 12 mesi (Frassens et al., 2021, Stepp et al., 2014) evidenziando la necessità di indagare le reciproche influenze tra le variabili coinvolte anche in intervalli di tempo inferiore (Lee et al., 2023).

2.2. Partecipanti

Considerando i precedenti studi con disegno case-control che hanno coinvolto le relazionali tra le variabili genitoriali di questo progetto (Goshen et al., 2023; Ozyurt et al., 2017) e le associazioni tra queste e le *BPD features* (Gratz et al., 2024; Mahan et al., 2018; Lee et al., 2022; Vanwoerden et al., 2017; Zielinski et al., 2015) è stata effettuata una *power analysis* con il programma G-Power (Erdfelder et al., 1996) che suggerisce un campione clinico composto da 37 famiglie con adolescenti appartenenti alla sotto-soglia a rischio per il BPD e 37 famiglie appartenenti al gruppo di controllo per un totale di 74 triadi composte da madre, padre e figlio/a adolescenti. La presenza di una domanda di ricerca relativa ad una mediazione, ha reso necessaria un'ulteriore *power analysis* per calcolare l'ampiezza campionaria utile per individuare un effetto indiretto. Sulla base degli studi che hanno coinvolto la mentalizzazione genitoriale o le difficoltà nella regolazione emotiva ed i PB (Decarli et al., 2023; Vanwoerden et al., 2020), i PB in relazione alle *BPD features* (Keng & Wong, 2017; Steele et al., 2019, Vanwoerden et al., 2020) ed infine l'influenza della mentalizzazione genitoriale e della difficoltà nella regolazione emotiva su indici psicopatologici dei figli (Charpentier et al., 2022; Esbjørn et al., 2013; Gratz et al., 2024; Wang, 2022), è stato effettuata un'ulteriore analisi della potenza utilizzando il software MedPower (Kenny, 2017) che ha restituito la necessità di coinvolgere N=105 unità di analisi ossia triadi genitori-figlio/a suddivise in N=53 famiglie appartenenti al gruppo clinico e N=53 famiglie di controllo.

I criteri di inclusione ed esclusione proposti per entrambi i gruppi sono i seguenti:

- età del figlio adolescente compresa tra i 12 ed i 18 anni;
- fluenza della lingua italiana affinché non vi siano problemi nella comprensione e nella somministrazione dei questionari proposti sia per gli adolescenti che per i genitori;

- per quanto riguarda il gruppo clinico, presenza di almeno tre criteri relativi del DSM-5-TR sezione II del BPD che verranno valutati attraverso la somministrazione della *Structured Interview for DSM-5-Screening Personality Questionnaire* (SCID-5-SPQ; First et al., 2017).

- per quanto riguarda il gruppo non clinico, assenza di qualsiasi condizione neuropsichiatrica e di criteri diagnostici appartenenti al BPD.

2.3. Strumenti

Le variabili oggetto di studio verranno misurate a distanza di 6 mesi (T1 e T2) attraverso una somministrazione online ai genitori e agli adolescenti di ciascun gruppo attraverso la piattaforma Limesurvey.

Gli strumenti che verranno somministrati *ai genitori* sono presenti nella seguente tabella.

Nome	Autori	n-item	Variabile	Fattori	Tempo di somministrazione
Parental Reflective Functioning Questionnaire for Adolescents (PRFQ-A)	Luyten et al., 2017	18	Mentalizzazione	Prementalizzazione; Certainty about mental states; Interest and curiosity.	Tra 7 e 10 minuti
IT-Difficulties in Emotion Regulation Scales-Short Form (IT-DERS-SF)	Rossi et al., 2002	18	Regolazione emotiva	Awareness; Clarity; Goals; Impulse; Non-acceptance; Strategies	Tra 7 e 10 minuti

Gli strumenti che verranno somministrati *agli adolescenti* sono presenti nella seguente tabella.

Nome	Autori	n-item	Variabile	Fattori	Tempo di somministrazione
Invalidating Childhood Environment Scale (ICES)	Mountford et al., 2007	14	Comportamenti genitoriali di invalidazione	Parental Invalidation.	Tra i 5 ed i 7 minuti.
Parentification Inventory (PI)	Hooper et al., 2011	13	Comportamenti genitoriali di genitorializzazione	Parent-focused Parentification	Tra i 5 ed i 7 minuti
Parental Bonding Instrument (PBI)	Scinto et al., 1999	25	Comportamenti genitoriali di protezione e cura	Cura; Protezione	Tra 12 e 15 minuti
Borderline Personality Features Scale for Children (BPFSC-11)	Fossati et al., 2019	11	Livello generale di BPD features	Early risk for BPD	Tra 5 e 6 minuti
Personality Assessment Inventory-Adolescent-Borderline (PAI-A-BOR)	Morey, 2007	26	BDP features	Affective instability; Negative relationships; Impulsivity; Identity problems; Hypervigilance/ paranoid world view	Tra 10 e 15 minuti

Solo per la fase di screening, ossia di valutazione dei criteri di inclusione (i.e., la presenza di almeno 3 criteri diagnostici nel campione clinico e l'assenza di tali criteri nel campione non clinico), viene proposto il questionario *Structured Interview for DSM-5-Screening Personality Questionnaire* (SCID-5-SPQ).

Nome	Autori	n-item	Variabile	Tempo di somministrazione
Structured Interview for DSM-5-Screening Personality Questionnaire (SCID-5-SPQ)	First et al., (2017)	15	Criteri diagnostici per BPD (appartenenza alla BPD Subthreshold)	Tra 5 e 10 minuti

2.4 Procedura

Il reclutamento del campione clinico verrà effettuato tramite i servizi di salute mentale dell'ASL 3 genovese ed in particolare verranno contattati i servizi di "Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza" ed i "Centri di Salute Mentale" sul territorio genovese, previo definizione di un protocollo di intesa. Il reclutamento del campione di controllo (non clinico) verrà invece effettuato contattando le scuole superiori (licei, istituti tecnici, professionali) presenti sul territorio genovese, contattando preventivamente i dirigenti scolastici e successivamente le famiglie per illustrare nel dettaglio il progetto.

A seguito dell'accettazione da parte del Comitato Etico di Ateneo rispetto al progetto in essere, verrà proposto un incontro con i clinici e le famiglie per sensibilizzarli al progetto, dare loro spiegazioni e consegnare il consenso informato e il modulo della privacy. La partecipazione sarà volontaria, con la possibilità di interrompere in qualsiasi momento.

La somministrazione degli strumenti (T1) verrà effettuata online tramite link inoltrato a ciascuna famiglia tra i 7 ed i 14 giorni dopo aver effettuato lo screening iniziale. A distanza di 6 mesi (T2) si prevede un'ulteriore somministrazione dei questionari proposti in questo progetto. Anche in questo caso verrà inoltrato un link a ciascuna famiglia che sarà disponibile per 3 settimane. Al termine della raccolta dati, verranno restituiti i risultati emersi in forma anonima e aggregata prevedendo un incontro con le scuole e i centri clinici coinvolti.

Viene proposta una rappresentazione grafica delle attività e delle tempistiche previste dal progetto:

	2024												2025												2026												
	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N
Studio della bibliografia e definizione del progetto																																					
Presentazione al Comitato Etico di Ateneo																																					
Stipula di convenzioni con Scuole Superiori																																					
Reclutamento famiglie e firma dei consensi																																					
T1 (inizio raccolta dati)																																					
Analisi dati T1																																					
Scrittura articoli e diffusione risultati																																					
T2 (seconda somministrazione)																																					
Incontri di restituzione con famiglie partecipanti																																					
Analisi dati T2																																					
Restituzione alle famiglie																																					
Scrittura articoli e diffusione risultati																																					
Scrittura tesi																																					

2.5 *Analisi statistiche previste*

Verremo condotte analisi preliminari al fine di (1) verificare la normalità delle variabili e (2) considerare l'impatto di eventuali variabili anagrafiche confondenti da inserire nei successivi modelli. Successivamente, per rispondere alle domande di ricerca vengono proposte le seguenti analisi statistiche:

RQ.1a) e RQ.1b)	Analisi di correlazione e di regressione
RQ.1c)	t-test per misure ripetute
RQ.2)	Analisi di mediazione attraverso modelli SEM
RQ.3) e RQ.4)	Analisi di moderazione attraverso modelli SEM
RQ.5)	t-test per campioni indipendenti

3. *Risultati attesi e implicazioni cliniche*

I risultati attesi sono in linea con le ipotesi di ricerca formulate sulla base dei modelli teorici e dati empirici descritti. Più nello specifico, in linea con il primo obiettivo (OB. 1) ci si aspetta che vi sia un'influenza delle variabili genitoriali (PRF, Difficoltà nella ER e PB) misurate al T1 sulle *BPD features* sia quando queste saranno valutate nel T1 e nel T2. Inoltre, si ipotizza che l'associazione tra le variabili genitoriali sulle *BPD features* possa avere un effetto dilazionato manifestandosi in un'associazione più forte con gli esiti dell'adolescente misurati al T2. La relazione prevista tra le caratteristiche dei genitori e le *BPD features* viene ipotizzata come bidirezionale; conseguentemente, ci si aspetta che esista un'influenza delle *BPD features* misurate al T1 sui fattori genitoriali e che tale associazione sia più forte quando questi ultimi verranno misurati al T2. Per quanto riguarda la relazione tra le variabili all'interno degli individui, ci si aspetta che esistano delle differenze nei livelli delle variabili genitoriali: viene proposto che diminuiscano i livelli di PRF, e Care mentre si ritiene di ottenere un aumento nelle variabili di Difficoltà nella ER, Invalidation, Parentification e Protection. Anche nelle *BPD features* dei figli adolescenti ci si aspetta che ci sia un aumento rispetto all'interno dell'intervallo temporale che separa le due misurazioni.

Per quanto riguarda il secondo obiettivo (OB. 2) si prevede che i PB svolgano un ruolo di mediatori all'interno delle relazioni tra PRF e dalle Difficoltà di ER genitoriali verso le *BPD features* degli adolescenti. In linea con il terzo obiettivo (OB. 3) e considerando il sistema familiare triadico, ci si aspetta di rilevare un'influenza delle variabili associate ad un genitore (madre e padre) all'interno della relazione presente tra le variabili dell'altro genitore e le *BPD features* del figlio. Si prevede di ottenere dei risultati in linea con le ipotesi anche in riferimento all'obiettivo quattro (OB. 4), ossia che il genere del figlio possa moderare la relazione tra variabili genitoriali e *BPD features*. Per quanto riguarda il quinto obiettivo (OB. 5) a proposito delle differenze tra gruppo clinico e non

clinico, ci si attende di individuare delle differenze nelle variabili genitoriali e, più nello specifico, inferiori livelli di PRF e Cura oltre che maggiori livelli di Difficoltà nella ER, Invalidazione, Parentification, Protection.

Tali risultati attesi si inseriscono all'interno di significative implicazioni cliniche. Conoscere quali variabili e comportamenti genitoriali possono risultare fattori di rischio per quanto riguarda le *BPD features* potrebbe risultare rilevante per far luce su alcuni processi relazionali disfunzionali che avvengono all'interno delle interazioni tra genitori e figli e che potrebbero portare all'esacerbazione e alla cronicizzazione della patologia di personalità BPD. Questo elemento potrebbe risultare utile in termini clinici al fine di interrompere il circolo vizioso di interazioni che potrebbe portare ad accrescere la sofferenza dei giovani pazienti e delle loro famiglie e contenere i costi sociali connessi alla sofferenza psichica. In questo senso, si potrebbero ampliare le conoscenze relative all'impatto delle interazioni familiari sul BPD permettendo ai clinici di effettuare interventi sulla genitorialità e implementare i servizi psicologici rivolti alle famiglie già presenti sul territorio con l'obiettivo di formulare linee guida e sviluppare trattamenti improntati sulle variabili esplorate all'interno dello studio.

4. Bibliografia

- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., test rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Armour, J.-A., Joussemet, M., Mageau, G. A., & Varin, R. (2023). Perceived Parenting and Borderline Personality Features during Adolescence. *Child Psychiatry & Human Development*, 54(4), 927-938. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01295-3>
- Bariola, E., Gullone, E., & Hughes, E. K. (2011). Child and adolescent emotion regulation: The role of parental emotion regulation and expression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(2), 198-212. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0092-5>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Benbassat, N., & Priel, B. (2012). Parenting and adolescent adjustment: The role of parental reflective function. *Journal of Adolescence*, 35(1), 163-74. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.03.004>
- Benbassat, N., & Shulman, S. (2016). The Significance of Parental Reflective Function in the Adjustment of Young Adults. *Journal of Child and Family Studies*, 25(9), 2843-2852. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0450-5>
- Bennett, C., Melvin, G. A., Quek, J., Saeedi, N., Gordon, M. S., & Newman, L. K. (2019). Perceived Invalidation in Adolescent Borderline Personality Disorder: An Investigation of Parallel Reports of Caregiver Responses to Negative Emotions. *Child Psychiatry and Human Development*, 50(2), 209-221. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0833-5>
- Borelli, J. L., Burkhart, M. L., Rasmussen, H. F., Brody, R., & Sbarra, D. A. (2017). Secure base script content explains the association between attachment avoidance and emotion-related constructs in parents of young children. *Infant Mental Health Journal*, 38(2), 210-225. <https://doi.org/10.1002/imhj.21632>
- Boucher, M.-È., Pugliese, J., Allard-Chapais, C., Lecours, S., Ahoundova, L., Chouinard, R., & Gaham, S. (2017). Parent-child relationship associated with the development of borderline personality disorder: A systematic review. *Personality and Mental Health*, 11(4), 229-255. <https://doi.org/10.1002/pmh.1385>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation* (Vol.2). New York, NY: Basic Books.

- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 130, 201–210. <https://doi.org/10.1192/bjp.130.3.201>
- Byrd, A. L., Lee, A. H., Frigoletto, O. A., Zalewski, M., & Stepp, S. D. (2021). Applying new RDoC dimensions to the development of emotion regulation: Examining the influence of maternal emotion regulation on within-individual change in child emotion regulation. *Development and Psychopathology*, 33(5), 1821-1836. <https://doi.org/10.1017/S0954579421000948>
- Camoirano, A. (2017). Mentalizing Makes Parenting Work: A Review about Parental Reflective Functioning and Clinical Interventions to Improve It. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00014>
- Carlson, E. A., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1311-34. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990174>
- Chanen, A. M. (2022). Debate: It is time to stop turning a blind eye to personality disorder in young people. *Child and Adolescent Mental Health*, 27(2), 194-195. <https://doi.org/10.1111/camh.12554>
- Chanen, A. M., Nicol, K., Betts, J. K., & Thompson, K. N. (2020). Diagnosis and Treatment of Borderline Personality Disorder in Young People. *Current Psychiatry Reports*, 22(5), 25. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01144-5>
- Chanen, A., Sharp, C., Hoffman, P., & Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder. (2017). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: A novel public health priority. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(2), 215-216. <https://doi.org/10.1002/wps.20429>
- Charpentier Mora, S., Bastianoni, C., Koren-Karie, N., Cavanna, D., Tironi, M., & Bizzi, F. (2022). Parental Mentalizing during Middle Childhood: How Is the Adoption of a Reflective Stance Associated with Child's Psychological Outcomes? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 6205. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106205>
- Charpentier Mora, S., Bastianoni, C., Pederzoli, M., Rospo, F., Cavanna, D., & Bizzi, F. (2023). Which Space for Fathers' Mentalizing? A Systematic Review on Paternal Reflective Functioning, Mind-Mindedness and Insightfulness. *Journal of Child and Family Studies*, 32(5), 1261-1279. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02559-3>

- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Hecht, K. F., Crick, N. R., & Hetzel, S. (2014). Moderation of maltreatment effects on childhood borderline personality symptoms by gender and oxytocin receptor and FK506 binding protein 5 genes. *Development and Psychopathology*, *26*(3), 831–849. doi:10.1017/S095457941400042X
- Cohen, P., Crawford, T. N., Johnson, J. G., & Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *19*(5), 466-86. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.466>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological Bulletin*, *135*(3), 495-510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Dariotis, J. K., Chen, F. R., Park, Y. R., Nowak, M. K., French, K. M., & Codamon, A. M. (2023). Parentification Vulnerability, Reactivity, Resilience, and Thriving: A Mixed Methods Systematic Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(13), 6197. <https://doi.org/10.3390/ijerph20136197>
- De Clercq, B., van Leeuwen, K., van den Noortgate, W., de Bolle, M., & de Fruyt, F. (2009). Childhood personality pathology: Dimensional stability and change. *Development and Psychopathology*, *21*(3), 923-940. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000467>
- Decarli, A., Schulz, A., Pierrehumbert, B., & Vögele, C. (2023a). Mothers' and Fathers' Reflective Functioning and Its Association With Parenting Behaviors and Cortisol Reactivity During a Conflict Interaction With Their Adolescent Children. *EMOTION*, *23*(4), 507-520. <https://doi.org/10.1037/emo0001113>
- De Fruyt, F., & De Clercq, B. (2014). Antecedents of personality disorder in childhood and adolescence: Toward an integrative developmental model. *Annual Review of Clinical Psychology*, *10*(1), 449–476. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153634>
- De Haan, A. D., Deković, M., & Prinzie, P. (2012). Longitudinal impact of parental and adolescent personality on parenting. *Journal of Personality and Social Psychology*, *102*(1), 189–199. <https://doi.org/10.1037/a0025254>
- Diamond, G., Russon, J., & Levy, S. (2016). Attachment-Based Family Therapy: A Review of the Empirical Support. *Family Process*, *55*(3), 322-340. <https://doi.org/10.1111/famp.12241>
- Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental Socialization of Emotion. *Psychological Inquiry*, *9*(4), 241-273. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0904_1
- Erdfelder, E., Faul, F. & Buchner, A. (1996) GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers* *28*, 1-11. <https://doi.org/10.3758/BF03203630>

- Esbjørn, B. H., Pedersen, S. H., Daniel, S. I. F., Hald, H. H., Holm, J. M., & Steele, H. (2013). Anxiety levels in clinically referred children and their parents: Examining the unique influence of self-reported attachment styles and interview-based reflective functioning in mothers and fathers. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(4), 394–407. <https://doi.org/10.1111/bjc.12024>
- First M.B., Williams J.B.W., Karg R.S., Spitzer R.L. (2017) SCID-5-CV. Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi del DSM-5. Versione per il Clinico. Ed. Italiana a cura di Andrea Fossati e Serena Borroni. Raffaello Cortina Editore. Milano
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder—A mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 4-21. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.4>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. (Other Press. New York
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1371. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Fonagy, P., Luyten, P., & Strathearn, L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 32(1), 47–69. <https://doi.org/10.1002/imhj.20283>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7)
- Fossati, A., Sharp, C., Borroni, S., & Somma, A. (2019). Psychometric properties of the Borderline Personality Features Scale for Children-11 (BPFSC-11) in a sample of community dwelling Italian adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 35(1), 29-36. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000377>
- Franssens, R., Abrahams, L., Brenning, K., Van Leeuwen, K., & De Clercq, B. (2021). Unraveling Prospective Reciprocal Effects between Parental Invalidation and Pre-Adolescents' Borderline Traits: Between- and Within-Family Associations and Differences with Common Psychopathology-Parenting Transactions. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 49(10), 1219-1232. <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00825-w>

- Geiger, T. C., & Crick, N. R. (2010). Developmental pathways to personality disorders. In *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan, 2nd ed* (pp. 57–108). The Guilford Press.
- Goshen, D., Stein, D., Kurman, J., Farbstein, D., Enoch-Levy, A., Aival-Naveh, E., Gur, E., Yoeli, N., Bretler, T., Koren, D., & Rothschild-Yakar, L. (2023). The association between deficiencies in paternal and maternal reflective functioning and anorexia nervosa symptomatology. *Journal of Eating Disorders, 11*(1), 116. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00836-6>
- Gratz, K. L., Latzman, R. D., Young, J., Heiden, L. J., Damon, J., Hight, T., & Tull, M. T. (2012). Deliberate self-harm among underserved adolescents: The moderating roles of gender, race, and school-level and association with borderline personality features. *Personality Disorders, 3*(1), 20-27. <https://doi.org/10.1037/a0022107>
- Gratz, K. L., Myntti, W., Kiel, E. J., Kurtz, A. J., & Tull, M. T. (2024). Clarifying the relation between mother and adolescent borderline personality disorder symptoms: The roles of maternal and adolescent emotion regulation and maladaptive maternal emotion socialization. *Personality Disorders, 15*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1037/per0000629>
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). The Guilford Press.
- Hastrup, L. H., Jennum, P., Ibsen, R., Kjellberg, J., & Simonsen, E. (2019). Societal costs of Borderline Personality Disorders: A matched-controlled nationwide study of patients and spouses. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 140*(5), 458–467. <https://doi.org/10.1111/acps.13094>
- Hooper, L., Doehler, K., Wallace, S., & Hannah, N. (2011). The Parentification Inventory: Development, Validation, and Cross-Validation. *The American Journal of Family Therapy, 39*(3), 226–241. <https://doi.org/10.1080/01926187.2010.531652>
- Hope, N. H., & Chapman, A. L. (2019). Difficulties regulating emotions mediates the associations of parental psychological control and emotion invalidation with borderline personality features. *Personality Disorders, 10*(3), 223-230. <https://doi.org/10.1037/per0000316>
- Linehan, M. (1993). Cognitive– behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
- Kaess, M., Fischer-Waldschmidt, G., Resch, F., & Koenig, J. (2017). Health related quality of life and psychopathological distress in risk taking and self-harming adolescents with full-syndrome, subthreshold and without borderline personality disorder: Rethinking the clinical

cut-off? *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 7.

<https://doi.org/10.1186/s40479-017-0058-4>

- Keng, S.-L., & Wong, Y. Y. (2017). Association among self-compassion, childhood invalidation, and borderline personality disorder symptomatology in a Singaporean sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0075-3>
- Kenny, D. A. (2017). MedPower: An interactive tool for the estimation of power in tests of mediation [computer software]. <https://davidakenny.shinyapps.io/MedPower/>.
- Kerig, P. K. (2005). Revisiting the Construct of Boundary Dissolution: A Multidimensional Perspective. *Journal of Emotional Abuse*, 5(2–3), 5–42. https://doi.org/10.1300/J135v05n02_02
- Kiel, E. J., Viana, A. G., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2017). Emotion Socialization Strategies of Mothers With Borderline Personality Disorder Symptoms: The Role of Maternal Emotion Regulation and Interactions With Infant Temperament. *Journal of Personality Disorders*, 31(3), 306-318. https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_256
- Kobak, R., Zajac, K., & Smith, C. (2009). Adolescent attachment and trajectories of hostile-impulsive behavior: Implications for the development of personality disorders. *Development and Psychopathology*, 21(3), 1003-1021. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000455>
- Koós, O., & Gergely, G. (2001). A contingency-based approach to the etiology of «disorganized» attachment: The «flickering switch» hypothesis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65(3), 397-412. <https://doi.org/10.1521/bumc.65.3.397.19851>
- Kramer, U., Temes, C. M., Magni, L. R., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., Goodman, M., & Zanarini, M. C. (2017). Psychosocial functioning in adolescents with and without borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 11(3), 164–170. <https://doi.org/10.1002/pmh.1377>
- Lee, S. S. M., Keng, S.-L., & Hong, R. Y. (2023). Validating the biosocial model of borderline personality disorder: Findings from a longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 1-11. <https://doi.org/10.1017/S0954579423001116>
- Lee, S. S. M., Keng, S.-L., Yeo, G. C., & Hong, R. Y. (2022). Parental invalidation and its associations with borderline personality disorder symptoms: A multivariate meta-analysis. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(6), 620-632. <https://doi.org/10.1037/per0000523>
- Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C., & Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: A comprehensive review of

- diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 23(1), 5-18.
<https://doi.org/10.1002/wps.21156>
- Levy, K. N., Beeney, J. E., & Temes, C. M. (2011). Attachment and its vicissitudes in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13(1), 16-22.
<https://doi.org/10.1007/s11920-010-0169-8>
- Levy, K. N., Johnson, B. N., Clouthier, T. L., Scala, J. W., & Temes, C. M. (2015). An attachment theoretical framework for personality disorders. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, 56(2), 197–207. <https://doi.org/10.1037/cap0000025>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L., & Fonagy, P. (2017). The Parental Reflective Functioning Questionnaire - Adolescent version. University of Leuven, Belgium.
- Macfie, J., Brumariu, L. E., & Lyons-Ruth, K. (2015). Parent–child role-confusion: A critical review of an emerging concept. *Developmental Review*, 36, 34–57.
<https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.01.002>
- Macfie, J., & Strimpfel, J. M. (2014). Parenting and the development of borderline personality disorder. In *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents* (pp. 277–291). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0591-1_19
- Mahan, R. M., Kors, S. B., Simmons, M. L., & Macfie, J. (2018). Maternal psychological control, maternal borderline personality disorder, and adolescent borderline features. *Personality Disorders*, 9(4), 357-364. <https://doi.org/10.1037/per0000269>
- McCallum, M., & Goodman, S. H. (2019). A multimethod, multi-informant investigation of maternal validation and invalidation of female adolescents who engage in self-inflicted injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(6), 528-550.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000411>
- Michonski, J. D., Sharp, C., Steinberg, L., & Zanarini, M. C. (2013). An item response theory analysis of the DSM-IV borderline personality disorder criteria in a population-based sample of 11- to 12-year-old children. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(1), 15–22. <https://doi.org/10.1037/a0027948>
- Miljkovitch, R., Deborde, A.-S., Bernier, A., Corcos, M., Speranza, M., & Pham-Scottez, A. (2018). Borderline Personality Disorder in Adolescence as a Generalization of Disorganized

- Attachment. *Frontiers in Psychology*, 9, 1962.
<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2018.01962>
- Morey, L. C. (2007). Personality assessment inventory: Adolescent professional manual. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 250-268. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x>
- Mountford, V., Corstorphine, E., Tomlinson, S., & Waller, G. (2007). Development of a measure to assess invalidating childhood environments in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8(1), 48-54. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.01.003>
- Musser, N., Zalewski, M., Stepp, S., & Lewis, J. (2018). A systematic review of negative parenting practices predicting borderline personality disorder: Are we measuring biosocial theory's «invalidating environment»? *Clinical Psychology Review*, 65, 1–16.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.003>
- Ozyurt, G., Ozturk, Y., & Akay, A. (2017). Relation of emotion regulation and empathy skills with maternal emotion regulation and attachment in children diagnosed with ADHD. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 1. <https://doi.org/10.5455/apd.247800>
- Østby, K. A., Czajkowski, N., Knudsen, G. P., Ystrom, E., Gjerde, L. C., Kendler, K. S., Ørstavik, R. E., & Reichborn-Kjennerud, T. (2014). Personality disorders are important risk factors for disability pensioning. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 49(12), 2041-2049. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0878-0>
- Perry, N. B., Dollar, J. M., Calkins, S. D., Keane, S. P., & Shanahan, L. (2020). Maternal socialization of child emotion and adolescent adjustment: Indirect effects through emotion regulation. *Developmental Psychology*, 56(3), 440-451. <https://doi.org/10.1037/dev0000815>
- Pietrek, C., Elbert, T., Weierstall, R., Müller, O., & Rockstroh, B. (2013). Childhood adversities in relation to psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 206(1), 103-107.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.11.003>
- Qian, X., Townsend, M. L., Tan, W. J., & Grenyer, B. F. S. (2022). Sex differences in borderline personality disorder: A scoping review. *PLOS ONE*, 17(12), e0279015.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279015>
- Quek, J., Bennett, C., Melvin, G. A., Saeedi, N., Gordon, M. S., & Newman, L. K. (2018). An investigation of the mentalization-based model of borderline pathology in adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 84, 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.04.005>

- Rossi, A. A., Panzeri, A., & Mannarini, S. (2023). The Italian Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale – Short Form (IT-DERS-SF): A Two-step Validation Study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 45(2), 327-341.
<https://doi.org/10.1007/s10862-022-10006-8>
- Schneider, F., Erhart, M., Hewer, W., Loeffler, L. A., & Jacobi, F. (2019). Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill. *Deutsches Arzteblatt International*, 116(23–24), 405–411. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0405>
- Scinto, A., Marinangeli, M. G., Kalyvoka, A., Daneluzzo, E., & Rossi, A. (1999). *The use of the Italian version of the Parental Bonding Instrument (PBI) in a clinical sample and in a student group: An exploratory and confirmatory factor analysis study. Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 8(4), 225-232. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00008198>
- Sharp, C. (2017). Bridging the gap: The assessment and treatment of adolescent personality disorder in routine clinical care. *Archives of Disease in Childhood*, 102(1), 18-22.
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-310072>
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2015). Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence--recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(12), 735-751.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12449>
- Sharp, C., Vanwoerden, S., & Wall, K. (2018). Adolescence as a Sensitive Period for the Development of Personality Disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 687--703. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.004>
- Sharp, C., & Wall, K. (2018). Personality pathology grows up: Adolescence as a sensitive period. *Current Opinion in Psychology*, 21, 111–116. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.11.010>
- Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2003). Why Are Women Diagnosed Borderline More Than Men? *Psychiatric Quarterly*, 74(4), 349–360. <https://doi.org/10.1023/A:1026087410516>
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), 269-281. <https://doi.org/10.1080/14616730500245906>
- Steele, K. R., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. S. (2019). Parenting and personality disorder: An overview and meta-synthesis of systematic reviews. *PLOS ONE*, 14(10), e0223038.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223038>
- Stepp, S. D., Lazarus, S. A., & Byrd, A. L. (2016). A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Personality Disorders*, 7(4), 369-380. <https://doi.org/10.1037/per0000186>

- Stepp, S. D., Whalen, D. J., Scott, L. N., Zalewski, M., Loeber, R., & Hipwell, A. E. (2014). Reciprocal effects of parenting and borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *Development and Psychopathology*, *26*(2), 367-376.
<https://doi.org/10.1017/s0954579413001041>
- Thompson, R. A., & Meyer, S. (2007). Socialization of Emotion Regulation in the Family. In *Handbook of emotion regulation* (pp. 249–268). The Guilford Press.
- Vanwoerden, S., Byrd, A. L., Vine, V., Beeney, J. E., Scott, L. N., & Stepp, S. D. (2022). Momentary borderline personality disorder symptoms in youth as a function of parental invalidation and youth-perceived support. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *63*(2), 158-166. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13443>
- Vanwoerden, S., Hofmans, J., & Clercq, B. D. (2020). Reciprocal effects between daily situational perceptions and borderline personality symptoms in young adulthood: The role of childhood parenting experiences. *Psychological Medicine*, *51*(14), 2388–2398.
<https://doi.org/10.1017/S0033291720000987>
- Vanwoerden, S., Greiner, I., Ensink, K., & Sharp, C. (2019). The relations between self- and caregiver- focused reflective function and theory of mind in the context of borderline pathology in adolescence. *Psychiatry Research*, *273*, 274–280.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.042>
- Vanwoerden, S., Kalpakci, A., & Sharp, C. (2017). The relations between inadequate parent-child boundaries and borderline personality disorder in adolescence. *Psychiatry Research*, *257*, 462–471. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.015>
- Vanwoerden, S., Penner, F., Pearson, C., Bick, J., Yoshida, H., & Sharp, C. (2021). Testing the Link Between Mothers' General Reflective Function Capacity and Adolescent Borderline Personality Features: Perceived Parenting Behaviors as a Potential Mechanism. *Journal of Personality Disorders*, *35*(Suppl B), 100-115. https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_505
- Wagner, T., Fydrich, T., Stiglmayr, C., Marschall, P., Salize, H.-J., Renneberg, B., Fleßa, S., & Roepke, S. (2014). Societal cost-of-illness in patients with borderline personality disorder one year before, during and after dialectical behavior therapy in routine outpatient care. *Behaviour Research and Therapy*, *61*, 12–22. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.004>
- Wang, X. (2022). Intergenerational effects of childhood maltreatment: The roles of parents' emotion regulation and mentalization. *Child Abuse & Neglect*, *128*, 104940.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.104940>

- Westen, D., Betan, E., & DeFife, J. A. (2011). Identity disturbance in adolescence: Associations with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, *23*(1), 305–313. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000817>
- Winograd, G., Cohen, P., & Chen, H. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: Prognosis for functioning over 20 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *49*(9), 933–941. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01930.x>
- Winsper, C. (2018). The aetiology of borderline personality disorder (BPD): Contemporary theories and putative mechanisms. *Current Opinion in Psychology*, *21*, 105–110. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.10.005>
- Winsper, C., Hall, J., Strauss, V. Y., & Wolke, D. (2017). Aetiological pathways to borderline personality disorder symptoms in early adolescence: Childhood dysregulated behaviour, maladaptive parenting and bully victimisation. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *4*(10), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0060-x>
- Winsper, C., Zanarini, M., & Wolke, D. (2012). Prospective study of family adversity and maladaptive parenting in childhood and borderline personality disorder symptoms in a non-clinical population at 11 years. *Psychological Medicine*, *42*(11), 105-110. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000542>
- Wright, A. G. C., Pincus, A. L., & Lenzenweger, M. F. (2011). Development of personality and the remission and onset of personality pathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, *101*(6), 1172-1185. <https://doi.org/10.1037/a0025557>
- Zielinski, M. J., Borders, A., & Giancola, P. R. (2015). Does hostile rumination mediate the associations between reported child abuse, parenting characteristics and borderline features in adulthood? *Personality and Mental Health*, *9*(4), 288–297. <https://doi.org/10.1002/pmh.1306>