

XXXIX Ciclo
Dottorato in Scienze Sociali
Curriculum “Psicologia e scienze cognitive”
Anno 2024/2025

RELAZIONE PROGETTO DI RICERCA
II Anno

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

OSF DOI
<https://doi.org/1.17605/OSF.IO/A3UR7>

Dottorando: Federico Rospo
Tutor: Prof. Simone Charpentier Mora

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 sono 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., invalidation, parentification, protection, care) 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 (e gruppo subclinico?). Al fine di esplorare le relazioni reciproche tra variabili dei genitori e dei figli, la presenza di effetti dilazionati, l'impatto delle caratteristiche di un genitore sulla relazione tra variabili dell'altro genitore sugli esiti patologici dei figli e se l'impatto delle variabili psicologiche genitoriali possa impattare sulle BPD features dei/le figlie attraverso i comportamenti messi in atto nella relazione genitore-figlio/a. 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. Risultati preliminari sul gruppo non clinico

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 e 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 caratterizzato da un'elevata sofferenza psicologica e fisica (per una review Leicheserling et al., 2024) comportando un elevato costo sociale ed emotivo (Leicheserling et al., 2024). 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 personalità (Cohen et al., 2005; De Clerq et al., 2009; Sharp & Wall, 2018; Wright et al., 2011), ossia una fase dello sviluppo in cui si manifestano per la prima volta le caratteristiche sintomatologiche tipicamente legate alla patologia BPD, ossia le *BPD features* (Chanen et al., 2017).

Le *BPD features* 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).

Definita l'importanza dell'adolescenza in un'ottica preventiva, viene rilevata una lacuna sia negli studi che hanno coinvolto tale popolazione nello studio del BPD, soprattutto poiché la maggior parte degli studi hanno coinvolto adulti e misure retrospettive (Leicheserling et al., 2024)

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

Il BPD affonda le proprie radici all'interno di relazioni di attaccamento insicure e disorganizzate (Bowlby, 1973, 1977; Fonagy & Luyten, 2009; Levy et al., 2015; Miljkovitch et al., 2018) caratterizzate da un ambiente familiare disfunzionale (Crowell et al., 2009; Linehan, 1993). Questo tipo di esperienze sono suggerite come i fattori di rischio principali per numerosi processi caratteristicamente deficitari nel BPD quali le 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 questa ricerca, vengono considerati due principali modelli teorici di riferimento associati allo sviluppo del BPD: il modello relativo a un deficit nella mentalizzazione genitoriale proposto da Fonagy & Bateman (2008) e la rielaborazione proposta da Crowell et al., (2009) del modello di Linehan (1993) in cui il BPD viene inteso come una patologia caratterizzata da difficoltà di regolazione emotiva prodotte dall'interazione tra alcuni tratti temperamental (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 un percorso a due vie in cui genitori con fragili capacità di mentalizzazione adotterebbero dei comportamenti genitoriali disadattivi che porterebbero alla compromissione della nascente capacità di mentalizzazione del figlio associata alle manifestazioni di disregolazione caratteristiche del BPD.

Rispetto invece al modello proposto da Crowell et al., (2009), un ruolo predominante è esercitato dalla difficoltà nella regolazione emotiva come elemento chiave del BPD. Gli autori fanno riferimento all'interazione tra tratti temperamental 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) evidenziando nel genitore stesso una difficoltà nella propria regolazione emotiva (Crowell et al., 2009) e la necessità di adottare comportamenti genitoriali invalidanti.

Entrambi i modelli descritti fanno riferimento alla presenza di comportamenti genitoriali maladattivi che deriverebbero rispettivamente dalla difficoltà di mentalizzazione e di regolazione emotiva proprie del genitore. Viene quindi evidenziato un percorso a due livelli: un livello costituito dall'influenza legata alle variabili intrapsichiche (i.e., mentalizzazione e regolazione emotiva) e un livello manifesto che si evidenzia nei comportamenti genitoriali messi in atto all'interno della relazione con il figlio.

Oltre all'invalidazione, la letteratura empirica ha evidenziato anche altri comportamenti genitoriali disadattivi (Boucher et al., 2017) che potrebbero risultare particolarmente importanti nello sviluppo della patologia BPD. Un esempio 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 al grado di sviluppo psicofisico (Dariotis et al., 2023). Altre due declinazioni di comportamenti genitoriali

legati 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 l'eccessiva 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 e un'eccessiva protezione (per una review Boucher et al., 2017). Sebbene la letteratura precedentemente descritta abbia evidenziato l'impatto di variabili genitoriali come fattori di rischio sulla patologia BPD, la maggior parte degli studi sono stati condotti retrospettivamente (Boucher et al., 2017). L'adolescenza rappresenta quindi un periodo particolarmente importante per osservare i fattori di rischio della relazione genitoriale mentre stanno attivamente influenzando lo sviluppo della patologia stessa.

1.3 Le evidenze empiriche riguardanti le relazione tra variabili genitoriali e BPD features in adolescenza.

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

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 esternalizzati che, a loro volta, risultano predire le *BPD features* (per una review Stepp et al., 2016). Due studi trasversali (Quek et al., 2018; Vanwoerden et al., 2021) hanno esplorato la relazione diretta tra mentalizzazione del genitore e *BPD features* senza però non hanno individuato relazione statisticamente significativa. 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) soprattutto durante l'adolescenza (Benbassat & Shulman, 2016). Inoltre, 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 considerando la caratteristica difficoltà di regolazione emotiva associata al BPD (Crowell et al., 2009). Conseguentemente viene avanzata l'ipotesi che vi sia una relazione bidirezionale tra mentalizzazione genitoriale e le manifestazioni di disregolazione prodromiche caratteristiche dei figli con *BPD features*. Non esistono però in letteratura degli studi che abbiano esplorato la reciprocità di tale relazione né tantomeno 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), sono state individuate risultati contrastanti evidenziando sia relazioni significative, che mancanza di significatività (per una review Rospo & Charpentier Mora, 2025). Questo elemento indica non solo la necessità di approfondire l'associazione tra queste variabili, ma anche la necessità di coinvolgere lo studio dell'ER dei padri che attualmente non è stata esplorata.

Un numero maggiore di studi si sono invece dedicati 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) anche se la maggior parte di questi lavori si è 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 dei comportamenti genitoriali paterni.

Per quanto riguarda i PB rilevanti all'interno dei modelli teorici precedentemente descritti (Crowell et al., 2009, Macfie et al., 2015), la presenza di PB invalidanti in associazione con le *BPD features* e tale relazione è stata evidenziata nella recente meta-analisi (Lee et al., 2022). Poca esplorata è l'associazione tra genitorializzazione e *BPD features* degli adolescenti 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 (per una review Boucher et al., 2017). Gli studi che hanno coinvolto la popolazione adolescente hanno evidenziato in primo piano la presenza eccessiva protezione e di una mancanza di cura in associazione alle BPD features in adolescenza evidenziando non solo la presenza di comportamenti genitoriali che rappresentano fattori rischio, ma anche la mancanza di comportamenti che possano agire come fattori protettivi (Rospo & Charpentier Mora, 2025).

1.4 La reciprocità nella relazione tra variabili genitoriali e BPD features

Analizzando a livello empirico le relazioni 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 Clerq et al., 2009; Sharp & Wall, 2018; Wright et al., 2011), l'aumentata manifestazione delle *BPD features* 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) viene ipotizzato 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.

2. METODO

2.1. Disegno di ricerca

Questa ricerca 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 . Procedura

A seguito dell'accettazione da parte del Comitato Etico di Ateneo, sono stati organizzati incontri con i clinici dei servizi e con gli insegnanti degli istituti scolastici coinvolti. Tali incontri avevano il fine di fornire chiarimenti in merito alle procedure di ricerca e distribuire i materiali relativi al consenso informato e alla privacy, così da favorire la diffusione dell'invito alla partecipazione presso le famiglie dei rispettivi gruppi.

La somministrazione degli strumenti (T1) è stata effettuata online tramite link inoltrato a ciascuna famiglia tra i 7 ed i 14 giorni dopo aver effettuato lo screening iniziale e aver siglato il consenso per i genitori. Successivamente, in accordo rispettivamente con la scuola per il campione non clinico e con i servizi ASL3 per il campione clinico, è stata proposta una batteria di questionari in presenza dell'équipe di ricerca previo consenso informato dell'adolescente.

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 mentre per i ragazzi la somministrazione verrà fatta in presenza. 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.

2.3. Partecipanti

Considerando la presenza di una domanda di ricerca relativa ad una mediazione, è stata effettuata una *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=106 unità di analisi ossia triadi genitore-figlio/a suddivise in N=53 famiglie appartenenti al gruppo clinico e N=53 famiglie di controllo. Al fine di compensare eventuali perdite di partecipanti tra le fasi dello studio, è stato previsto il reclutamento di almeno 120 famiglie.

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

- età del figlio adolescente compresa tra i 12 ed i 19 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 varranno 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 un numero inferiore di tre criteri relativi al DSM-5-TR sezione II del BPD.

2.3.1. Gruppo di controllo

Nella data del 23/09/2025 la somministrazione al T1 è stata completata da 146 nuclei familiari, di cui 56 triadi madre-padre-adolescente. Gli istituti scolastici che hanno collaborato nel reclutamento sono:

- Istituto di Istruzione Superiore Gastaldi-Abba,
- Istituto Professionale di Istruzione Superiore Gaslini Meucci,
- Istituto d'Istruzione Superiore Firpo Buonarroti.

Una seconda fase di raccolta di partecipanti rivolta al gruppo normativo, è prevista per il mese di ottobre 2025 e coinvolgerà le seguenti scuole:

- Istituto di Istruzione Superiore Gastaldi-Abba,

- Istituto Nautico San Giorgio.
- Istituto d'Istruzione Superiore Vincenzo Cardarelli.

Con il completamento di tale fase, la raccolta dei dati cross-sectional potrà considerarsi conclusa. Relativamente alla componente longitudinale, la somministrazione è stata portata a termine presso l'Istituto Gastaldi-Abba con un campione composto da 55 famiglie di cui 26 triadi. La seconda somministrazione relativa ai partecipanti dell'Istituto Gaslini Meucci e dell'Istituto Firpo-Buonarroti è programmata per novembre 2025, mentre per i soggetti che verranno reclutati a ottobre, la seconda somministrazione è prevista per aprile 2026. Nella Tabella A viene riportata una sintesi dello stato attuale della raccolta dati.

Tabella A. Sintesi dello stato attuale della raccolta dati gruppo normativo.

	data T1	Numero partecipanti	data T2	Numero partecipanti
<i>Istituto Gastaldi-Abba</i>	12/12/2024	63	5/06/2025	55
<i>Istituto Gaslini</i>	03/05/2025	35	Novembre 2025	-
<i>Istituto Firpo</i>	02/06/2025	48	Dicembre 2025	-

2.3.2. *Gruppo clinico*

Nella data del 23/09/2025 la somministrazione al T1 è stata completata da 4 nuclei familiari di cui 3 triadi madre-padre-adolescente. Pertanto il reclutamento del campione clinico è attualmente in fase di svolgimento. I servizi con cui è già attiva una collaborazione sono:

- “Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza” DSS 11,
- “Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche” DSS 9 e DSS 10.

Risultano in fase di strutturazione di accordo le collaborazioni con i “Centri di Salute Mentale” DSS10 e DSS9.

Parallelamente, l’invito a partecipare alla ricerca è stato diffuso anche ai clinici privati, sia tramite una comunicazione inviata dall’*Ordine delle Psicologhe e degli Psicologi della Liguria*, Nella Tabella B viene riportata una sintesi dello stato attuale della raccolta dati.

Tabella B. Sintesi dello stato attuale della raccolta dati gruppo clinico

	data T1	Numero partecipanti	data T2	Numero partecipanti
<i>Neuropsichiatria DSS 11</i>	6/11/2024	3	06/05/2025	2
<i>Ser.D DSS 9</i>	12/09/2025	1	Marzo 2025	-
<i>SerD DSS 10</i>	-	-	Novembre 2025	-

2.4. 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 piattaforma digitale (LimeSurvey GmbH, 2025)

Gli strumenti che varranno 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	Prementalization; 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 varranno 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 eccessiva protezione e cura	Care; protection	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

2.5 Obiettivi specifici, domande di ricerca e ipotesi

Una volta definite la domanda di ricerca, l’obiettivo generale e la procedura che si è utilizzata e che si intende utilizzare, vengono di seguito illustrati i tre studi attraverso cui l’obiettivo generale è stato perseguito.

- *Studio 1*: finalizzato a esplorare le associazioni di natura trasversale tra le variabili,
- *Studio 2*: finalizzato a indagare il legame longitudinale tra le variabili,
- *Studio 3*: confronto tra gruppo clinico e non clinico.

Per ciascuno disegno sperimentale saranno delineati obiettivi specifici, articolati in domande di ricerca e relative ipotesi. Per una rappresentazione grafica dei modelli indagati, si rimanda alla preregistrazione disponibile su Open Science Framework (OSF) <https://doi.org/1.17605/OSF.IO/A3UR7>.

3. STUDIO 1: DISEGNO TRASVERSALE

OB.1) Esplorare l’associazione tra le variabili genitoriali (PRF, Difficoltà nella ER e PB) e le variabili dei figli (BPD features).

RQ. 1) Le variabili genitoriali (ossia PRF, Difficoltà nella ER e PB) misurate in T1 sono associate con le BPD features dei loro figli adolescenti misurate al T1?

Si ipotizza (H1) che:

- inferiore *PRF* e più nello specifico maggiori livelli di *Pre-mentalizing (PM)* e inferiori livelli di *Certainty about Mental States (CMS)* e *Interest and Curiosity (IC)*;
- 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.

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 (H2) che i PB (*Invalidation, Parentification, Protection e Care*) misurati al T1 medino la relazione tra la *PRF*, *Difficoltà nella ER* al T1 e le *BPD features* dei figli misurate al T1.

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 (H5), non viene stabilita alcuna ipotesi a priori.

3.1 Metodo

3.1.2 Partecipanti Studio 1

In data del 23/09/2025, il campione è costituito da 146 nuclei familiari, di cui 56 triadi composte da madre, padre e figlio/a. L'età degli adolescenti è $M = 15.68$, $SD = 1.19$ anni, mentre l'età media dei genitori risulta $M = 47.54$, $SD = 7.92$. Con riferimento alla distribuzione di genere, il 54.79% degli adolescenti era di sesso maschile. Per quanto riguarda i genitori, il 35.82% dei partecipanti era costituito da padri.

3.1.3 Procedura.

L'invito alla partecipazione è stato diffuso tramite presentazioni in classe e lettere di invito distribuite in collaborazione con i docenti, sia in formato cartaceo sia attraverso il registro elettronico. Le lettere includevano una descrizione dello studio, il modulo di consenso informato, le informazioni relative alla privacy e il link per l'accesso ai questionari destinati ai genitori. Successivamente, in accordo con le scuole, gli studenti hanno completato in presenza la batteria di questionari, sotto la supervisione dell'équipe di ricerca.

3.1.4 Analisi dei dati

Per le analisi statistiche è stato utilizzato il software Jamovi (The jamovi project, 2025). Sono state condotte analisi preliminari volte a verificare la normalità delle variabili e valutare l'impatto di eventuali variabili anagrafiche confondenti da includere nei successivi modelli.

Per rispondere alle domande di ricerca sono state proposte le seguenti analisi:

<i>RQ.1)</i>	Analisi di correlazione e modelli di regressione gerarchiche
<i>RQ. 2)</i>	Analisi di mediazione attraverso regressioni multiple
<i>RQ.3)</i>	Analisi di moderazione attraverso regressioni multiple

Le associazioni tra le variabili dei genitori e quelle dei figli (RQ1) sono state valutate mediante coefficienti di correlazione di Pearson. Successivamente, sono state stimate regressioni gerarchiche, condotte separatamente per le madri e per i padri, al fine di valutare l'effetto delle singole variabili e confrontarne le rispettive influenze. Nelle regressioni gerarchiche, l' R^2 è stato considerato come indice di bontà di adattamento del modello. Infine, per esaminare la presenza di effetti di mediazione (RQ2) e della moderazione (RQ3), le analisi sono state condotte mediante procedure bootstrap con 5.000 campionamenti e intervalli di fiducia al 95%.

3.2 Risultati

Per quanto riguarda la **prima ipotesi** nella Tabella 1 sono riportate la matrice di correlazione in cui sono presenti le relazioni tra le variabili genitoriali (i.e., *PRF*, *DERS* e *PB*) e le *BPD features*.

È stata inoltre condotto un modello di regressione gerarchica con lo scopo di stimare il contributo specifico di ciascuna variabile predittiva sulle *BPD features*. Sono stati stimati due modelli distinti, uno relativo alle variabili paterne (Tabella 2a) e uno a quelle materne (Tabella 2b), organizzando i perditori in blocchi successivi.

Nel modello che ha coinvolto le variabili paterne, le covariate sono state inserite nel primo blocco ($R^2 = .15$, $p = .114$). Successivamente, nei tre blocchi successivi, sono state aggiunte la *PRF* ($\Delta R^2 = .29$, $p < .001$), le *Difficoltà di ER* ($\Delta R^2 = .02$, $p = .24$) e infine i *PB* ($\Delta R^2 = .07$, $p = .299$). Il modello complessivo spiega il 53% della varianza delle *BPD features* ($R^2 = .53$, $p = .002$). Tra i perditori, sono risultati statisticamente significativi l'appartenenza a una bassa fascia di reddito bassa rispetto a quella alta ($\beta = 1.31$, $p = .01$) e la scala *Certainty about Mental States PRFQ* ($\beta = -.48$, $p = .002$).

Nel modello che ha incluso le variabili delle madri, le covariate sono state inserite nel primo blocco ($R^2 = .15$, $p = .114$), seguite in tre blocchi successivi dalle variabili *PRF* ($\Delta R^2 = .19$, $p = .53$), *Difficoltà di ER* ($\Delta R^2 = 3.83e-5$, $p = .95$) e *PB* ($\Delta R^2 = .09$, $p = .01$). Il modello finale spiega complessivamente il 26% della varianza delle *BPD features*. Sono risultati predittori significativi il reddito basso rispetto a quello alto ($\beta = 2.78$, $p = .007$), il reddito medio rispetto a quello alto ($\beta = .51$, $p = .05$) e il *PB* di Invalidazione materna ($\beta = .4$, $p = .04$).

Alla luce della maggiore quota di varianza spiegata dalle variabili paterne, sembra emergere un impatto più rilevante della figura del padre nello sviluppo delle *BPD features* in adolescenza

Tabella 1. Correlazioni tra le variabili

	v.1	v.2	v.3	v.4	v.5	v.6	v.7	v.8	v.9	v.10
1. BPFSC	1.000	.337***	.377***	.232**	-.310***	-.377***	.285**	.320***	.045	-.037
2. ICES_M	.337***	1.000	.690***	.146	-.754***	-.452***	.631***	.437***	.185	-.096
3. ICES_P	.377***	.690***	1.000	.139	-.396***	-.724***	.396***	.530***	.142	-.019
4. PI_PFP	.232**	.146	.139	1.000	-.091	-.190*	.128	.163	.042	.085
5. PBI_Care M	-.310***	-.754***	-.396***	-.091	1.000	.541***	-.441***	-.203*	-.069	.129
6. PBI_Care P	-.377***	-.452***	-.724***	-.190*	.541***	1.000	-.231**	-.357***	-.081	-.080
7. PBI_Ov. ProtectionM	.285**	.631***	.396***	.128	-.441***	-.231**	1.000	.615***	.083	-.149
8. PBI_ProtezioneP	.320***	.437***	.530***	.163	-.203*	-.357***	.615***	1.000	.028	.030
9. PRFQ_PM_M	.045	.185	.142	.042	-.069	-.081	.083	.028	1.000	.012
10. PRFQ_CMS_M	-.037	-.096	-.019	.085	.129	-.080	-.149	.030	.012	1.000
11. PRFQ_IC_M	.044	.265**	.155	-.009	-.057	-.004	.058	.081	-.084	-.015
12. DERS_M	.102	.115	.136	-.015	-.117	-.085	.084	-.017	.247**	-.202*
13. PRFQ_P_PM	.350**	.029	.123	.177	-.101	-.181	.033	.112	.082	-.265*
14. PRFQ_P_CMS	-.419***	-.461***	-.361**	.018	.357**	.235	-.192	-.173	.297*	.405**
15. PRFQ_P_IC	-.175	-.044	-.067	-.106	.202	.076	.015	-.024	.129	.232
16. DERS_P	.267*	.135	.171	.189	-.141	-.173	.095	.133	-.067	-.202

Nota. BPFSC = Borderline Personality Features Scale for Children; ICES = Invalidating Childhood Environment Scale; PI_PFP = Parental Instrument; PRFQ = Parental Reflective Functioning Questionnaire; DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale.

*p < .05. **p < .01. ***p < .001.

Tabella 2a. *Regressioni gerarchiche condotte sulle variabili del padre*

Prima regressione	b	BPFSC			
		SE	CI	p	
Step 1					
Sesso figlio:					
	F - M	.13	1.75	[-.340, .368]	
Reddito:					
	Basso - Alto	9.54	3.36	[2.74, 16.35]	
	Medio Alto - Alto	.67	2.33	[-4.05, 5.39]	
	Medio Basso - Alto	3.56	2.33	[-1.15, 8.27]	
Step 2					
PRFQ_PM_P					
		.74	.89	[-1.07, 2.55]	
PRFQ_CSM_P					
		-3.86	1.08	[-6.06, -1.66]	
PRFQ_IC_P					
		-.43	0.75	[-1.94, 1.07]	
Step 3					
DERS_P					
		-1.64	1.56	[-4.81, 1.52]	
Step 4					
ICES_P					
		.23	.13	[-.04, .51]	
PI					
		1.39	1.70	[-2.05, 4.84]	
PBI_Cura_P					
		.17	.18	[-1.92, .54]	
PBI_Protezione_P					
		.03	.19	[-.36, .43]	

Tabella 2b. *Regressioni gerarchiche condotte sulle variabili del padre*

Seconda regressione	b	BPFSC			
		SE	CI	p	
Step 1					
Sesso:					
	F - M	2.65	1.34	[-0.1, .531]	
Reddito:					
	Basso - Alto	5.43	2.28	[0.90, 9.96]	
	Medio Alto - Alto	.00	2.00	[-3.96, 3.98]	
	Medio basso - Alto	3.22	1.86	[-.46, 6.29]	
Step 2					
PRFQ_PM_M					
		-.156	.87	[-3.29, .16]	
PRFQ_CSM_M					
		-.67	.64	[-1.94, .59]	
PRFQ_IC_M					
		-.01	0.70	[-1.41, 1.37]	
Step 3					
DERS_M					
		.30	1.23	[-2.15, 2.75]	
Step 4					
ICES_M					
		.22	.13	[-.05, .50]	
PI					
		3.42	1.28	[-.87, 5.97]	
PBI_Cura_M					
		-.02	.15	[-.32, .27]	
PBI_Protezione_M					
		-.08	.12	[-.32, .16]	

Per quanto riguarda la **seconda ipotesi**, relativa al modello di mediazione, sono stati condotti esplorati modelli separati per madri e per padri.

Nel caso delle madri, l'unico modello risultato significativo ha coinvolto la sottoscala *PRF_IC* e le *BPD features*, con il *PB* di *Invalidation* a mediare la relazione tra le due variabili. Più nello specifico, il percorso da *PRF_IC* su *Invalidation* è risultato significativo ($\beta = .26$, $SE = .9$, 95% CI [.84, 4.41], $p = .004$). Inoltre, *Invalidation* è risultata associata alle *BPD features* ($\beta = .36$, $SE = .06$, 95% CI [.13, .40], $p < .001$). L'effetto diretto di *PRF_IC* sulle *BPD features*, non è risultato significativo ($\beta = -.02$, $SE = .68$, 95% CI [-1.5, 1.17], $p = .81$), mentre l'associazione indiretta che ha coinvolto la *PRF_IC* e l'*Invalidazione* è risultata significativa ($\beta = .09$, $SE = .3$, 95% CI [.12, 1.30], $p = .02$) evidenziando come a maggiori livelli di *PRF_IC* comporterebbero un aumento dei comportamenti di invalidazione che a loro volta avrebbero un impatto incrementale sulle *BPD features*. Infine, l'effetto totale è risultato non significativo ($\beta = .04$, $SE = .65$, 95% CI [-.95, 1.61], $p = .61$). I coefficienti standardizzati sono riportati nella Figura 1.

Per quanto riguarda la mediazione nelle variabili paterne, è risultato significativo il modello rappresentato nella Figura 2. Più nello specifico, l'effetto indiretto ha coinvolto l'effetto *DERS_Impulsivity* sulle *BPD features* attraverso *Invalidation*, ($\beta = .13$, $SE = .48$, 95% CI [.15, 2.04], $p = .023$). E' stato individuato un effetto della *DERS_Impulsivity* sull'*Invalidation* ($\beta = .36$, $SE = 1.18$, 95% CI [1.59, 6.24], $p < .001$), che a sua volta è risultata associata alle *BPD features* ($\beta = .37$, $SE = .08$, 95% CI [.1. .45], $p = .002$). L'effetto diretto di *DERS_Impulsivity* sulle *BPD features* non è risultato significativo ($\beta = .06$, $SE = .95$, 95% CI [-1.36, 2.36], $p = .59$). Questo modello di mediazione evidenzia come una maggiore propensione all'impulsività potrebbe portare ad una maggiore propensione verso la messa in atto di comportamenti di invalidazione che, a loro volta, risultano associati alle *BPD features*.

Tuttavia dopo l'inserimento delle covariate (i.e., *sesso* e *fasce di reddito*), nessuna delle relazioni descritte ha mantenuto la significatività statistica.

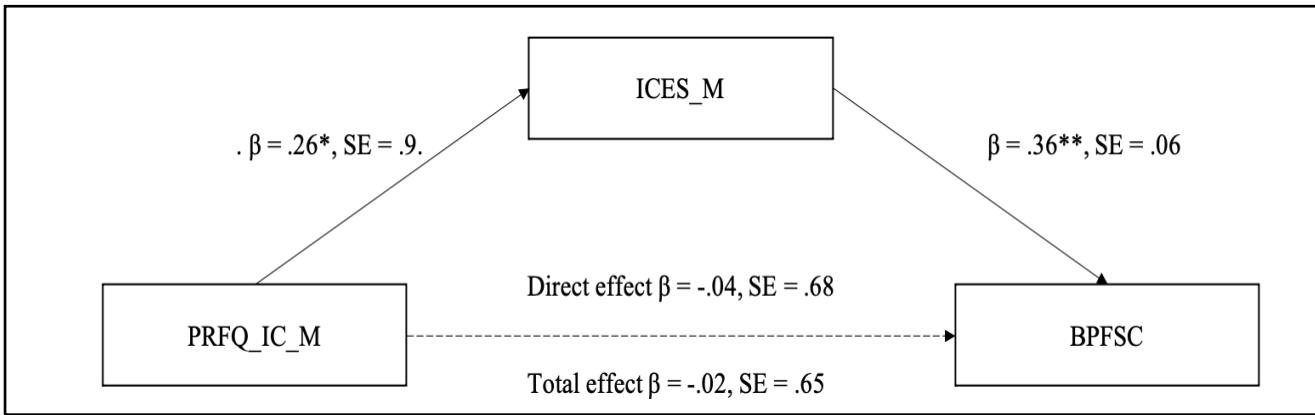


Figura 1. Modello di mediazione dell'effetto della PRF_IC materna sulle BPD features attraverso l'Invalidation. Note. PRFQ_IC_M = Parental Reflective Functioning Questionnaire_ Interest and Curiosity_ Mother, ICES_M = Invalidating Childhood Environment Scale_Mother, BPFSC = Borderline Personality Features Scale Children; * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

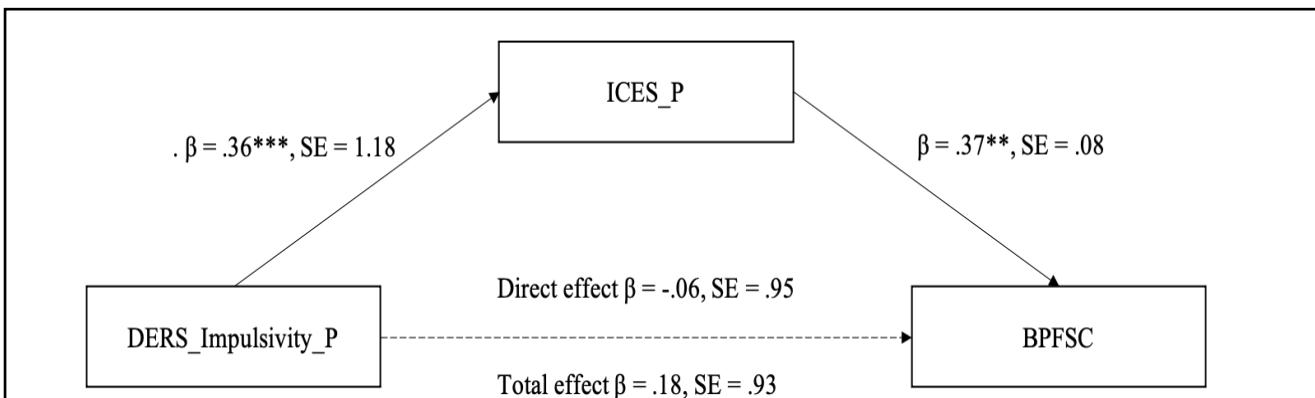


Figura 2. Modello di mediazione dell'effetto della DERS_Impulsivity paterna sulle BPD features attraverso l'Invalidation. Note. DERS=Difficulties in Emotion Regulation Scale, ICES_P = Invalidating Childhood Environment Scale_Father, BPFSC = Borderline Personality Features Scale Children; * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

Per quanto riguarda la **terza ipotesi**, volta a testare l'effetto di moderazione esercitato dalle variabili di un genitore sulla relazione tra le variabili dell'altro genitore e le *BPD features*, sono state condotte delle regressioni multiple. È stata evidenziata la presenza di un effetto di interazione ($\beta = -30.$, $SE = .25$, 95% CI [-1.17, -.05]) della *DERS* paterna sull'associazione tra *Protection_PBI* delle madri sulle *BPD features* (Tabella3). L'analisi delle simple slopes ha mostrato che la *Protection_PBI* materna predice un incremento significativo delle *BPD features* soltanto quando i padri riportano basse difficoltà di ER ($B = 0.50$, $t(46) = 2.55$, 95% CI [.12, 1.02]). A livelli medi ($B = 0.24$, 95% CI [-.04, ..47]) o elevati ($B = -0.12$, 95% CI [-.6, ..24]) di difficoltà paterna, la relazione tra protezione materna e *BPD features* non è risultata significativa (vedi Figura 3).

Tabella 3. Modelli di regressione per l’analisi dei modelli di moderazione: la DERS paterna come moderatore della relazione tra lo Protection PBI e le BPD features del figlio.

BPFSC					
F(7, 46) = 2.51, R² = .27, p = .028					
	b	SE	β	t	95% CI
Perditori					
Sesso figlio (0 = Femmina, 1 =Maschio)	-1.01	1.89	-.14	-0.53	[-5.28, .3.01]
Reddito (Basso vs Alto)	.5.58	3.27	.79	1.70	[-0.79, .12.15]
Reddito (Med Alto vs Alto)	-2.55	2.41	-.36	-1.5	[-7.54, 2.25]
Reddito (Med. Basso vs Alto)	1.76	2.44	.25	.72	[-2.97, 6.40]
PBI_Protezione_M	.23	.14	.20	1.59	[-.045, 0.47]
DERS_P	1.98	1.48	.17	1.33	[-1.43, 5.57]
PBI_Protezione_M*DERS_P	-.56	.25	-.30	-2.21	[-1.17, -.05]

Tabella 4. Analisi delle simple slopes per l’interazione tra Protection PBI materna e DERS paterna nella predizione delle BPD features

BPFSC							
F(7, 46) = 2.51, R² = .27, p = .028							
Moderatore (DERS_P)		b	SE	95% CI	β	df	t
-1 SD	PBI_Protezione_M	.59	.23	[.12, .1.02]	,50	46	2.55
Mean	PBI_Protezione_M	.23	.14	[-.04, .47]	.20	46	1.59
+1 SE	PBI_Protezione_M	-.11	.20	[-.6, ..24]	-.10	46	-.57

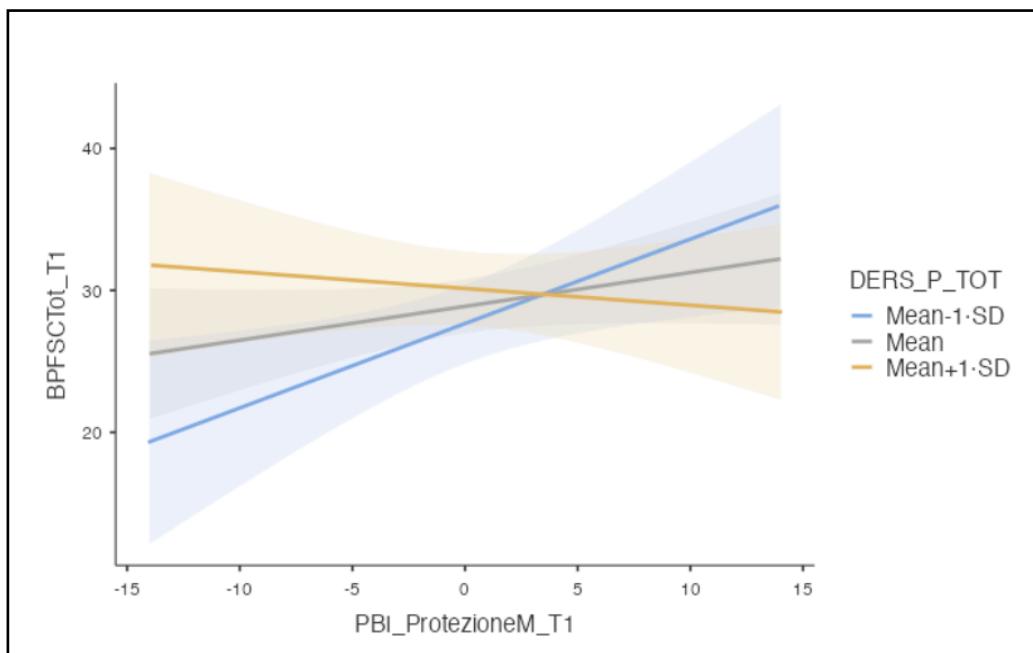


Figura 3. L'interazione tra DERS paterna e Protection PBI materna predice le BPD features

3.3. Discussione

Per quanto riguarda la **prima ipotesi**, questa è stata parzialmente confermata. A livello correlazionale, alcune variabili genitoriali si sono associate significativamente alle *BPD features* dei figli mentre altre, rilevanti nella letteratura clinica, come la *PRF* materna e le difficoltà di regolazione emotiva, non hanno mostrato un effetto significativo. Questi risultati sono coerenti con studi precedenti (Gratz et al., 2024; Quek et al., 2019; Vanwoerden et al., 2020), che indicano come tali variabili materne non esercitino un impatto diretto sulle *BPD features* durante l'adolescenza. La regressione gerarchica ha evidenziato un ruolo predominante delle caratteristiche paterne, in particolare della mentalizzazione, che ha incrementato significativamente la quota di varianza spiegata. Ciò suggerisce che, in questa fase dello sviluppo, i fattori paterni possano avere un impatto rilevante sullo sviluppo delle BPD features.

Per quanto riguarda la **seconda ipotesi**, sono emersi effetti di mediazione della variabile *Interest and Curiosity_PRF* materna verso gli stati mentali del figlio sulle *BPD features* attraverso comportamenti genitoriali di invalidazione. Più nello specifico, sebbene in letteratura le dimensioni di interesse e curiosità siano generalmente considerate fattori protettivi (Camoirano et al., 2017), nel presente studio sembrano rappresentare degli elementi di rischio, evidenziando un'associazione positiva significativa con l'invalidazione che, a sua volta, incide sugli esiti psicopatologici dei figli.

Una possibile interpretazione di questi risultati è che, in presenza di fragilità psicologiche come difficoltà di ER, un maggiore interesse materno per gli stati mentali del figlio possa tradursi in un sovraccarico empatico di fronte alle manifestazioni emotive intense tipiche delle *BPD features*. Tale sovraccarico potrebbe indurre i genitori ad adottare comportamenti genitoriali invalidanti come strategia difensiva per gestire un livello di emotività che essi stessi faticano a tollerare. In questo contesto, una dimensione comunemente ritenuta protettiva, potrebbe configurarsi come fattore di rischio qualora coesista con ulteriori fragilità psicologiche. Un percorso analogamente associato a un elemento di rischio è quello osservato in relazione all'impulsività paterna, quale dimensione della *difficoltà di ER*, che a sua volta, attraverso meccanismi di *Invalidation*, contribuisce a predire le *BPD features*. Tali risultati sono in linea con i modelli teorici che sottolineano come caratteristiche intrapsichiche dei genitori possano tradursi in pratiche genitoriali disfunzionali, favorendo così processi di trasmissione intergenerazionale della vulnerabilità psicopatologica nel BPD (Crowell et al. 2009; Fonagy et al. 2002). Tuttavia, tali associazioni non sono risultate significative una volta controllato per le covariate del sesso e del reddito. Una possibile spiegazione di tale attenuazione riguarda il ruolo di queste variabili come potenziali fattori confondenti. Il sesso, ad esempio, può incidere sulle modalità con cui i genitori si relazionano con i figli o implicare la presenza di percorsi di influenza differenti per ciascun genere in base al sesso dell'adolescente (Rospo & Charpentier Mora, 2025). Analogamente, il reddito familiare può rappresentare un indice del contesto socioeconomico che influisce sia sulla qualità delle relazioni familiari, sia sull'emergere di vulnerabilità psicopatologiche nei figli. Pertanto, è plausibile che una parte della varianza originariamente attribuita alle caratteristiche intrapsichiche dei genitori e ai comportamenti di invalidazione venga assorbita da queste variabili contestuali, riducendo la forza statistica delle relazioni precedentemente osservate.

Infine, per la **terza ipotesi**, l'analisi di moderazione ha mostrato che l'effetto della Protezione materna sulle BPD features dei figli varia in funzione delle *difficoltà di ER* paterna. In particolare, la *Protezione* è risultata positivamente associata alle *BPD features* soltanto quando i padri riportavano bassi livelli di *difficoltà di ER*. Al contrario, in presenza di livelli medi o elevati di difficoltà paterna, la relazione non è risultata significativa. Questi risultati sembrano suggerire che, quando i padri manifestano una maggiore sofferenza, la loro influenza nella relazione con i figli tende a ridursi, lasciando che i comportamenti materni assumano un ruolo più rilevante. Viceversa, quando i padri riportano un livello più basso di difficoltà emotiva, l'associazione tra *Protecion_PBI* materna e BPD features non emerge in modo significativo. Tale interpretazione può essere letta come un'ulteriore conferma dell'importanza della figura paterna nello sviluppo delle *BPD features*, in linea con studi

che hanno evidenziato il ruolo particolarmente rilevante dei padri nel BPD (Rospo & Charpentier Mora, 2025).

4. STUDIO 2: DISEGNO LONGITUDINALE

OB1) Esplorare la presenza dell'associazione longitudinale tra le variabili genitoriali (PRF, Difficoltà nella ER e PB) e le variabili dei figli (BPD features) ?

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 T2? Se sì, tale relazione è più forte quando le *BPD features* sono misurate al T1 o al T2?

Si ipotizza (H1) che:

- inferiore *PRF* e più nello specifico maggiori livelli di *PM* e inferiori livelli di *CMS* e *IC*;
- maggiori livelli di *Difficoltà nella ER*;
- maggiori livelli di *PB maladattivi* (i.e., *Invalidation, Parentification, Protection*) e minori di *PB adattivi (Care)*

siano associati con maggiori *BPD features* nei figli adolescenti misurate 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.

RQ. 1b) Le *BPD features* misurate al T1 sono associate con le variabili genitoriali (*PRF*, *Difficoltà nella ER e PB*) 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, siano associate con le seguenti variabili genitoriali misurate:

- inferiore *PRF* e più nello specifico maggiori livelli di *PM* e inferiori livelli di *CMS* e *IC*;

- maggiori livelli di *Difficoltà nella ER*;
- maggiori livelli di *PB maladattivi* (i.e., *Invalidation, Parentification, Protection*) e minori di *PB adattivi (Care)* misurate nel T2

Si ipotizza (H4) 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.

*OB. 2) All'interno di una cornice di reciprocità, verranno esplorati due modelli di mediazione: il ruolo dei PB (i.e., *Invalidation, Parentification, Protection, Care*) misurate al T2 in relazione alla PRF (RQ. 2a) misurata al, alle difficoltà di ER genitoriali misurate al T1 e alle BPD features degli adolescenti misurate al T1; il ruolo delle BPD features misurate al T2 in relazione alla PRF, alle difficoltà di ER genitoriali al T1 e ai PB (RQ. 2b) misurate al T2*

RQ. 2a) I *PB* (i.e., *Invalidation, Parentification, Protection, Care*) misurate al T2 hanno un ruolo di mediazione all'interno della relazione tra *PRF, Difficoltà nella ER* misurate al T1 e le *BPD features* dei figli adolescenti al T1?

Si ipotizza (H5) che i *PB* (i.e., *Invalidation, Parentification, Protection e Care*) misurati al T1 medino la relazione tra la *PRF, Difficoltà nella ER* al T1 e le *BPD features* dei figli misurate al T1.

RQ. 2b) Le *BPD features* dei figli adolescenti misurate al T2 hanno un ruolo di mediazione all'interno della relazione tra *PRF, Difficoltà nella ER* misurate al T1 e i *PB* (i.e., *Invalidation, Parentification, Protection, Care*) misurati al T2 ?

Si ipotizza (H6) che le *BPD features* dei figli medino la relazione tra la *PRF, Difficoltà nella ER* e i *PB* (i.e., *Invalidation, Parentification, Protection e Care*)

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 sulla relazione tra le variabili dell'altro genitore e le *BPD features* dei figli adolescenti?

A causa della complessità delle relazioni proposte (H7), non viene stabilita alcuna ipotesi a priori.

4. I Metodo

4.2 Partecipanti Studio 2

Alla data del 23/09/2025, solamente l'Istituto Gastaldi Abba ha completato la seconda somministrazione. Il campione attuale risulta composto da 45 nuclei familiari di cui 29 triati. L'età degli adolescenti è $M = 16.41$, $SD = 1.32$ anni, mentre l'età media dei genitori risulta $M = 48.20$, $SD = 6,50$.

4.3 Procedura.

I genitori sono stati informati tramite comunicazioni via e-mail inviate dall'équipe di ricerca e dagli istituti scolastici coinvolti. I questionari sono stati somministrati in formato digitale. La seconda fase di rilevazione è stata avviata il 6 maggio 2025; le successive somministrazioni presso l'Istituto Gaslini Meucci e l'Istituto Firpo sono programmate rispettivamente per novembre e dicembre 2025. Ad oggi, la seconda rilevazione è stata completata soltanto in un istituto nel mese di giugno; pertanto, il campione raccolto non risulta ancora sufficiente per condurre analisi longitudinali

4.5 Analisi dei dati

Per rispondere alle domande di ricerca, vengono proposte le seguenti analisi statistiche:

RQ.1a) e RQ.1b)	Analisi di correlazione e di regressione
RQ. 2a) e RQ. 2b)	Analisi di mediazione attraverso regressioni multiple
RQ3)	Analisi di moderazione attraverso regressioni multiple

4.6 Risultati attesi

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 il secondo obiettivo (OB. 2) si prevede che i *PB* svolgano un ruolo di mediazione all'interno delle relazioni tra *PRF* e dalle *Difficoltà di ER* genitoriali verso le *BPD features* degli adolescenti. Ci si attende inoltre che le *BPD features* svolgano un ruolo di mediatore tra le variabili intrapsichiche dei genitori (i.e., *PRF*, difficoltà di *ER*) e i comportamenti maladattivi messi in atto nella relazione. 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.

5. STUDIO 3: CONFRONTO TRA GRUPPI

OB.1) Esplorare, nei tempi previsti (T1 e T2) la stabilità di tali variabili nel tempo.

RQ. 1) 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 (H1) 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 (H2) 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 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. 2) 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:

- inferiore *PRF* e più nello specifico maggiori livelli di *PM* e inferiori livelli di *Certainty CMS* e *IC*;
- livelli più alti di *Difficoltà nella ER*;
- maggiori livelli di *PB maladattivi* (i.e., *Invalidation, Parentification, Protection*) e minori di *PB adattivi (Care)*.

5.1 Metodo

5.2 Partecipanti:

In data 23 settembre, quattro famiglie hanno completato la compilazione del questionario. Tale numerosità non consente al momento di effettuare analisi sui dati raccolti. Il reclutamento e le somministrazioni per il campione clinico proseguiranno per l'intero anno 2026.

5.3 Analisi dei dati

Per rispondere alle precedenti domande di ricerca, sono proposte le seguenti analisi statistiche:

<i>RQ. 1a)</i>	Analisi di correlazione e di regressione
<i>RQ. 2a)</i>	Analisi di mediazione attraverso regressioni multiple

5.3 Risultati attesi

Per quanto riguarda la relazione tra le variabili all'interno degli individui, corrispondente al primo obiettivo, ci si aspetta che esistano delle differenze nei livelli delle variabili genitoriali. Più nello specifico, viene ipotizzata una diminuzione dei 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 un aumento all'interno dell'intervallo temporale che separa le due misurazioni. Per quanto riguarda il secondo obiettivo 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, Invalidation, Parentification, Protection*.

6. Implicazioni cliniche

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.

7. 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/1.1176/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/1.1007/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/1.1007/s10567-011-0092-5>

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/1.1007/s10826-016-0450-5>

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/1.1002/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/1.1002/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*, 13. 201–21. <https://doi.org/1.1192/bjp.13.3.201>

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/1.1017/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/1.3389/fpsyg.2017.00014>

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/1.1007/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/1.1002/wps.20429>

Charpentier Mora, S., Bastianoni, C., Pederzolli, M., Rospo, F., Cavanna, D., & Buzzi, 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/1.1007/s10826-023-02559-3>

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/1.1521/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), 495-51. <https://doi.org/1.1037/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/1.3390/ijerph20136197>

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), 507-52. <https://doi.org/1.1037/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/1.1146/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/1.1037/a0025254>

Diamond, G., Russon, J., & Levy, S. (2016). Attachment-Based Family Therapy: A Review of the Empirical Support. *Family Process*, 55(3), 322-34. <https://doi.org/1.1111/famp.12241>

Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental Socialization of Emotion. *Psychological Inquiry*, 9(4), 241-273. https://doi.org/1.1207/s15327965pli0904_1

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/1.1111/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/1.1521/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/1.1017/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/1.1002/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/1.1002/1097-0355\(199123\)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3..CO;2-7](https://doi.org/1.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3..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/1.1027/1015-5759/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/1.1007/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.

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), 1-1. <https://doi.org/1.1037/per0000629>

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). The Guilford Press.

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/1.1080/01926187.201.531652>

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), 223-23. <https://doi.org/1.1037/per0000316>

LimeSurvey GmbH. (2025). LimeSurvey (Versione 6.4) [Computer software] <https://www.limesurvey.org>

Linehan, M. (1993). Cognitive– behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.

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/1.1186/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/>.

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/1.1521/pedi_2016_30_256

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, 15*(1), 1-11. <https://doi.org/1.1017/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., 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

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), 528-55. <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/1.3389/fpsyg.2018.01962>

Morey, L. C. (2007). *Personality assessment inventory: Adolescent professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.

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/1.1016/j.eatbeh.2006.01.003>

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/1.1037/dev0000815>

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/1.1016/j.comppsych.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/1.1007/s10862-022-10006-8>

Rospo, F., & Charpentier Mora, S. (2025). A scoping review on risk factors in the parent-child relationship for the development of BPD in adolescence: State of art and future directions [Contributo orale]. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, pagina 477.

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/1.1017/S1121189X00008198>

Sharp, C., & Wall, K. (2018). Personality pathology grows up: Adolescence as a sensitive period. *Current Opinion in Psychology*, 21, 111–116. <https://doi.org/1.1016/j.copsyc.2017.11.010>

Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), 269-281. <https://doi.org/1.1080/14616730500245906>

Steele, K. R., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. S. (2019). Parenting and personality disorder: An review and meta-synthesis of systematic reviews. *PLOS ONE*, 14(10), e0223038. <https://doi.org/1.1371/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), 369-38. <https://doi.org/1.1037/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/1.1017/s0954579413001041>

The jamovi project. (2025). *jamovi* (Version 2.6) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>

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/1.1111/jcpp.13443>

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, 274–28. <https://doi.org/1.1016/j.psychres.2019.01.042>

Vanwoerden, S., Penner, F., Pearson, C., Bick, J., Yoshida, H., & Sharp, C. (2020). 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/1.1521/pedi_2021_35_505

Wang, X. (2022). Intergenerational effects of childhood maltreatment: The roles of parents' emotion regulation and mentalization. *Child Abuse & Neglect*, 128, 10494. <https://doi.org/1.1016/j.chabu.2021.104940>

Winsper, C. (2018). The aetiology of borderline personality disorder (BPD): Contemporary theories and putative mechanisms. *Current Opinion in Psychology*, 21, 105–11. <https://doi.org/1.1016/j.copsyc.2017.1.005>

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/1.1186/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), 105-11. <https://doi.org/1.1017/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/1.1037/a0025557>