

**Relazione di fine II anno di dottorato, elaborato (a):
Stato di avanzamento del progetto di ricerca di dottorato, a.a. 2017/2018**

“Risk pathways in adolescence: the role of attachment and alexithymia in adolescents late-adopted, in foster-care and in residential-care”

Abstract. Many studies suggested that high-risk adolescents, *i.e.* late-adopted, in foster care and in residential-care, are more vulnerable than normative peers to emotional-behavioral problems, also showing vulnerability in its risk-factors, such as attachment, emotional regulation strategies and alexithymia. However, they may show also differences in their levels of risk, but these differences are still unclear. To our knowledge, up to now no studies involved adolescents in different family structures (late-adopted, in foster-care, in residential-care and grew-up with their birth-family, as control group) to investigated jointly the relationship among attachment, ER strategies and alexithymia as possible risk-factors for their levels of emotional-behavioral problems, also aiming to detect specificity in each group. **Methods.** Three different multi-method studies were designed, including four groups of *participants* aged 10-19 years old: adolescents late-adopted (AG, study a), in foster care (FG, study b), in residential-care (study c) and a group of adolescents grew up with their birth families, as control group (CG). Into a larger multi-method research, for these preliminary studies were reported partial data collected with the following *measures*: the Child Behaviour Checklist 6/18 (CBCL 6/18) to detect the presence of emotional-behavioral problems. The Friends and Family Interview (FFI) to assess the attachment representations. The Emotional regulation Questionnaire for Children and Adolescence (ERQ-CA), to assess the use of two ER strategies in the Gross (2003) model, Cognitive Reappraisal and Expressive Suppression. The Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA) and the Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) were used to investigate the presence and levels of alexithymia in participants. **Main results.** Among groups emerged similarity and differences. Either in adolescents *late-adopted* and from the *control-group* were not revealed associations among variables and they did not show significant differences with normative peers with respect of emotional-behavioral problems, instead revealing more emotional regulation abilities and less alexithymia, as well as adolescents in residential-care. However, RG showed more emotional-behavioral problems than normative peers, and 34% of their levels of problems may be predicted by alexithymia and ER strategies altogether. RG showed also high rates of disorganized attachment classifications (24%). In conclusion, these preliminary results were controversial but suggested differences in risk-factors among groups that should be further investigated.

Keywords: adolescence, attachment, alexithymia, emotional behavioral problems, emotional regulation.

1. Introduzione

Diversi studi psicologici sull'adolescenza hanno messo in evidenza la maggior vulnerabilità ai problemi comportamentali ed emotivi di tre gruppi di adolescenti: *late-adopted*, ossia adottati dopo i 12 mesi (Pace, Di Folco e Guerriero, 2018), in *foster-care*, *i.e.* in affidamento etero-familiare (Goemans, van Geel, van Beem e Vedder, 2016), e in *residential-care*, *i.e.* inseriti in comunità di accoglienza (Jozefiak et al., 2016; Villodas et al., 2016). Questi adolescenti, rispetto ai pari cresciuti con i genitori biologici, sono considerati *high-risk* poiché presentano più problemi sia internalizzanti, come sintomi ansioso-depressivi e somatoformi, sia esternalizzanti, ad esempio comportamenti aggressivi, delinquenziali e sociali (*e.g. binge-drinking*); tale vulnerabilità psicopatologica è stata attribuita alle esperienze precoci avverse, vissute nella

famiglia d'origine o nelle istituzioni, che caratterizzano trasversalmente il vissuto degli adolescenti appartenenti a tutti questi gruppi (Layne et al., 2014; Rayburn, McWeyn e Cui, 2016).

Tuttavia, le poche ricerche disponibili evidenziano anche delle differenze tra questi gruppi, poiché gli adolescenti *late-adopted* mostrano in generale un buon funzionamento adattivo (Palacios e Brodzinsky, 2010), manifestando più problemi comportamentali ed emotivi dei pari cresciuti con i genitori biologici solo in alcune ricerche (Escobar, Pereira e Santelices, 2014; Pace, Di Folco, Guerriero, Santona e Terrone, 2015; Pace e Muzi, 2017). Anche gli adolescenti in *foster-care* non sembrano più a rischio dei pari normativi rispetto ai problemi internalizzanti, manifestando invece più problemi comportamentali, seppur neanche in questo caso siano presenti dati univoci in letteratura, con notevoli variazioni a seconda che la fonte sia il minore o i genitori affidatari (Goemans et al., 2016). Invece, c'è maggior accordo in letteratura nell'individuare gli adolescenti in *residential-care* come il gruppo più a rischio tra quelli menzionati (Jozefiak et al., 2016; Muzi, 2018; Villodas et al., 2016).

Nel tentativo di individuare dei fattori di rischio specifici della vulnerabilità psicologica manifestata dai ragazzi appartenenti a questi gruppi, alcuni studi (McSherry et al., 2016; Quiroga e Hamilton-Giachritsis, 2016, Paull, 2013) ne hanno studiato diverse dimensioni della regolazione affettiva, le quali sono risultate più generalmente associate al rischio psicopatologico in adolescenza: l'attaccamento, l'alessitimia e le strategie di regolazione emotiva (Di Trani et al., 2013; Pace, Zavattini e D'Alessio, 2012; Velotti, Zavattini e Garofalo, 2013; Verzelletti, Zammuner, Galli e Agnoli, 2016).

Rispetto all'attaccamento, per gli adolescenti *late-adopted* non si evidenziano differenze rispetto ai pari cresciuti con i genitori biologici, poiché la maggioranza degli studi riporta distribuzioni delle classificazioni dell'attaccamento sovrapponibili (Cassibba, Sette, Bakermans-Kranenburg e van IJzendoorn, 2013; Escobar et al., 2014; Pace et al., 2015). Invece, per gli adolescenti in *foster-care* e ancor più per quelli in *residential-care* vengono riportati tassi più elevati di classificazioni disorganizzate o insicure (Quiroga e Hamilton-Giachritsis, 2016). Tuttavia, in tutti e tre i gruppi sono state riscontrate associazioni significative tra i livelli di sicurezza o disorganizzazione dell'attaccamento e i problemi comportamentali ed emotivi manifestati dagli adolescenti (Bifulco et al., 2016; Joseph, O'Connor, Briskman, Maughan e Scott, 2013; Pace, Di Folco e Guerriero, 2018).

Rispetto all'alessitimia, un "disturbo da disregolazione emotiva" che comporta difficoltà nell'individuazione e comunicazione dei propri sentimenti, unitamente alla carenza di processi immaginativi di pensiero (Bagby, Parker, e Taylor, 1994), la letteratura su questi gruppi è particolarmente carente. Tuttavia, uno studio retrospettivo evidenzia maggiori livelli di alessitimia nei giovani adulti cresciuti in tutte e tre queste condizioni rispetto ai pari cresciuti con i genitori biologici, anche in questo caso sottolineando minori rischi per gli adottati e maggiori per il gruppo cresciuto in *residential-care* (Paull, 2013), per il quale maggiori tendenze alessitimiche rispetto ai pari normativi sono state riportate anche in uno studio con adolescenti (Manninen et al., 2011). L'alessitimia è stata riconosciuta un fattore di rischio "transdiagnostico" a tutti i tipi di problemi comportamentali ed emotivi in adolescenza (Di Trani et al., 2013) e alcuni dati preliminari ne corroborano il ruolo di rischio anche rispetto ai problemi manifestati dagli adolescenti in *residential-care* e *late-adopted* (Manninen et al., 2011; Muzi, 2018).

Per quanto riguarda le strategie di *emotion regulation* (ER), sia nei minori *late-adopted* (Pace e Muzi, 2017), sia in quelli in *foster-care* (Tokar, 2016) che in *residential-care* (Monaci e Tamiello, 2001; Oriol, Sala-Roca e Filella, 2014), è stata riscontrata la tendenza a reprimere la manifestazione delle proprie emozioni a livello verbale e non-verbale, adottando preferibilmente una strategia identificata nel modello di Gross e John (2003) come "*expressive suppression*" (ES). Gli stessi autori hanno evidenziato che l'uso prolungato di questa strategia può incrementare il rischio psicopatologico, sottolineando invece il ruolo di protezione della strategia *cognitive reappraisal* (CR), atta a facilitare la gestione di un evento stressante tramite la ridefinizione volontaria della situazione in una prospettiva più favorevole (John e Gross, 2004). A

tal proposito, un minor impiego di CR è risultato associato a maggiori livelli di problemi esternalizzanti in adolescenti *late-adopted* (Pace et al., 2018), mentre l'impiego preferenziale dell'*expressive suppression* è risultato associato ai problemi sociali, comportamentali ed emotivi manifestati dai minori in *foster-care* e in *residential-care* (Batki, 2017; Tokar, 2016).

Dal quadro delineato emerge poca chiarezza sul ruolo di attaccamento, Alessitimia e strategie di regolazione emotiva rispetto ai problemi comportamentali ed emotivi manifestati da questi gruppi di adolescenti *high-risk*: essi potrebbero presentare sia similitudini sia differenze con rispetto ai pari cresciuti con i genitori biologici, che potrebbero delinearne differenti traiettorie di rischio non ancora focalizzate dalla letteratura.

1.1 Obiettivo generale

In linea con queste premesse, l'obiettivo generale di questo progetto di ricerca multi-metodo è indagare i costrutti dell'attaccamento, dell'alessitimia e delle strategie di *emotional regulation* (ER) in relazione ai problemi comportamentali ed emotivi manifestati da adolescenti in contesti *high-risk* (*late-adoption*, *foster-care* e *residential-care*), confrontati con i pari normativi.

2. Metodo

2.1 Disegno della ricerca

Il disegno della ricerca complessivo prevede che le variabili vengano indagate in tre studi indipendenti su adolescenti in contesti di rischio, posti a confronto con adolescenti residenti con genitori biologici in funzione di gruppo di confronto (*Control Group*, CG):

- Studio (a) 30 adolescenti adottati tardivamente (*Adoption Group*, AG) vs. 30 pari normativi
- Studio (b) 30 adolescenti in affidamento (*Foster-care Group*, FG), vs. 30 pari normativi
- Studio (c) adolescenti in comunità (*Residential-care Group*, RG), vs. 30 pari normativi

La raccolta e analisi dei dati verrà effettuata separatamente in ogni gruppo, adottando contemporaneamente un disegno di ricerca correlazionale tra i soggetti e *cross-sectional*, di confronto tra gruppo a rischio e di controllo. Gli Strumenti (2.3) e le procedure (2.4) rimangono invariate nei quattro gruppi.

2.2 Partecipanti.

2.2 (a) adolescenti in adozione tardiva, *Adoption Group* (AG).

Il reclutamento viene effettuato considerando i seguenti criteri di inclusione (Pace et al., 2015):

- 1) Età al momento del reclutamento compresa tra i 10 e i 19 anni.
- 2) Età di adozione maggiore di 12 mesi, preferibilmente maggiore o uguale a 4 anni.
- 3) Sufficiente padronanza della lingua italiana onde ridurre le complicazioni nella somministrazione degli strumenti e delle interviste.
- 4) Assenza di gravi condizioni psichiatriche sullo spettro psicotico, disabilità intellettive o fisiche di grado severo al momento del reclutamento.

Al momento attuale (19/09/2018), sono state contattate 32 famiglie con figli adottivi che rientrassero nei criteri di inclusione: da queste, solo 21/30 adolescenti hanno completato le somministrazioni, appartenenti a 18 famiglie a causa della fratellanza adottiva. 3 potenziali partecipanti, dopo aver acconsentito alla partecipazione, sono stati prolungatamente irrintracciabili.

La raccolta dati è stata completata per 21 adolescenti (10-18 anni, M = 14.5, DS = 2.15; 62% maschi), per la maggior parte adottato con adozione internazionale (76%) e di origine non italiana (38% Est Europa, 24%

Asia, 9.5% Sud America e 5% Africa), seppur abbiano trascorso nella famiglia adottiva in media 8.5 anni (DS= 2.4; *range* 6-15 anni) poiché adottati in media a 4.5 anni (DS= 3.6; *range* 1-10 anni).

Il 71% di essi ha vissuto nella famiglia d'origine prima dell'adozione, in cui ha vissuto esperienze avverse di abuso (14%) o trascuratezza (85%). Il 20% era stato abbandonato dai genitori, mentre nel 14% dei casi era avvenuto almeno un decesso genitoriale e nel 13% dei casi almeno un genitore soffriva di psicopatologia. Il 57% ha vissuto in istituto prima di essere adottato, nel 20% dei casi inserito precocemente (prima dei 12 mesi) e nel 27% dei casi affrontando più di due cambi di residenza. Nel 20% dei casi gli adolescenti avevano vissuto in casa famiglia o in affido familiare prima di essere adottati.

Si osserva una sostanziale carenza di famiglie adottive sul territorio ligure (n=32) che abbiano figli che rientrino nei criteri di inclusione, perciò si intende estendere la ricerca al di fuori del territorio ligure. Al momento, stanno collaborando al reclutamento:

- Provincia di Genova: *SCAC ASL3 Genovese* (ref. Anna Frigerio e Maria Grazia Rossi), Associazione "*Batya*" (ref. Katja Gallinella) e *CIAl* (ref. Prof.ssa Pace e Elena Pescio).
- Provincia di Savona: *Servizio Adozione e Affidato ASL 2* (ref. Rosita Bormida)
- Provincia di Imperia: Servizi Sociali e Sanitari per l'Adozione e l'Affido ASL1 (ref. Antonella Brezzo e Dott. Trucchi).

2.2 (b). Adolescenti in affidamento familiare, Foster-care Group (FG)

Il reclutamento viene effettuato considerando i seguenti criteri di inclusione (Joseph et al., 2013):

- 1) Et  al momento del reclutamento compresa tra i 10 e i 19 anni.
- 2) Et  di affidamento maggiore di 12 mesi, preferibilmente maggiore o uguale ai 4 anni.
- 3) Sufficiente padronanza della lingua italiana onde ridurre le complicazioni nella somministrazione degli strumenti e delle interviste.
- 4) Assenza di gravi condizioni psichiatriche sullo spettro psicotico, disabilit  intellettive o fisiche di grado severo al momento del reclutamento.

Al momento attuale (19/09/2018), sono state contattate le 23 famiglie che rientravano nei criteri di inclusione in data 13/09/2017 (dalle province di Genova -ref. Maria Grazia Rossi - Savona - ref. Rosita Bormida- e nelle province di Imperia e La Spezia tramite la rete *affidamento.net* e l'associazione *Batya*), ma solo 3 famiglie hanno acconsentito alla partecipazione. Delle restanti 20, 3 adolescenti sono stati inseriti in comunit  di accoglienza, 1   stato adottato, 5 sono rientrati in famiglia biologica prima del contatto da parte degli assistenti sociali e nei restanti 11 casi, la famiglia d'origine non ha dato il consenso alla partecipazione per motivi personali (e.g. rapporti conflittuali con i servizi sociali e con la famiglia affidataria, contrariet  al progetto di affidamento familiare). 3/30 partecipanti hanno completato la raccolta dati, altri 3 che avevano inizialmente acconsentito a partecipare risultano irrintracciabili, perci  il reclutamento   ancora in corso.

la raccolta dati   stata ultimata per 3 adolescenti (10-18 anni, M = 13 ; SD = 6), due femmine e un maschio, inseriti in famiglia affidataria in media a 6 anni (*range* 2-10 anni). In un caso, l'inserimento   stato motivato dalla psicopatologia materna, congiuntamente all'assenza paterna. Negli altri due casi, l'inserimento   stato progettato a seguito del decadimento della capacit  genitoriale materna, congiuntamente all'assenza paterna, a seguito del fallimento di un periodo di prova in comunit  madre-bambino.

2.2 (c). Adolescenti in comunit  di accoglienza, Residential-care Group (RG)

Il reclutamento   stato effettuato considerando i seguenti criteri di inclusione (Villodas et al., 2016):

- 1) Et  al momento del reclutamento compresa tra i 10 e i 19 anni.
- 2) Et  di ingresso in comunit  maggiore di 12 mesi, preferibilmente maggiore o uguale ai 4 anni.
- 3) Sufficiente padronanza della lingua italiana onde ridurre le complicazioni nella somministrazione degli

strumenti e delle interviste.

4) Assenza di gravi condizioni psichiatriche sullo spettro psicotico, disabilità intellettive o fisiche di grado severo al momento del reclutamento.

Per collaborare al reclutamento, sono state contattate 17 comunità di accoglienza liguri:

- n. 13 nella provincia di Genova, bacino di raccolta anche degli utenti della provincia di Savona, di cui:

- 10 accreditate ai Servizi Sociali a Tutela dei Minori (ref. Liana Burlando e Anna Maria Bruzzone), che hanno approvato il progetto a febbraio 2018. Di queste, 3 comunità non hanno accordato la propria collaborazione, 2 per assenza di ragazze/i che rientrassero nei criteri di inclusione (“*Il Baobab*” e “*La Finestra Sul Porto*”, 1 (“*San Nicolò*”) perché riconvertita a comunità di accoglienza per minori stranieri non accompagnati.

Le seguenti 7 hanno preso parte al progetto: “*Tuin – La Comunità*” (Ref. Francesca Manicone), “*Associazione Patronato San Vincenzo*” (Ref. Suor Nunzia Mancini) e 5 comunità del “*Consorzio Pio XIII*” (Ref. Daniela De Marchi).

- Le restanti 3 sono comunità di accoglienza private, che hanno accordato la propria collaborazione: “*L'impronta (Lanza del Vasto)*” (Ref. Vincenzo Velio Degola), “*Tuga 1(Redancia)*” (Ref. Laura Battaglia) e “*Tuga2 (Redancia)*” (Ref. Valentina Bisso).

- n. 3 nella provincia di Imperia, bacino di raccolta anche degli utenti della provincia di Savona, di cui 2 hanno acconsentito alla partecipazione, parte della “*Casa Isola*” e “*Casa Alice*” della “*Cooperativa LaFenice ONLUS*” (Ref. Gianstefano Negri e Barbara Novella). 1 comunità non ha acconsentito a collaborare (Villa Catina), in quanto riconvertita in itinere a comunità di accoglienza per minori stranieri non accompagnati.

- n. 1 privata nella provincia di La Spezia “*Il Villaggio del Ragazzo – Opera Diocesana*” non ha accordato la propria collaborazione, a causa di reticenze del c.d.a e dei servizi sociali diocesani responsabili.

Al momento attuale (19/09/2018), 50/30 partecipanti hanno completato le somministrazioni, superando il numero target (30).

La raccolta dati è stata completata per 50 adolescenti (11-19 anni, M= 15.74; DS= 1.98; 58% maschi), inseriti per la prima volta in comunità di accoglienza mediamente a 12 anni (DS = 5.5, range 6-16 anni), con un periodo di istituzionalizzazione complessiva compreso tra 4 mesi e 9 anni e mezzo (M= 2.6; DS= 2.2), per lo più caratterizzato da collocamenti multipli (67% più di due).

La maggior parte di essi è di nazionalità italiana (55%), mentre il 31% proviene dall'Est Europa, il 8% dal Sud America, il 5% dall'Africa e il 1% dall'Asia.

L'89% di essi è stato inserito in comunità a causa di esperienze avverse nella famiglia d'origine, dove ha subito abuso o maltrattamento (63%) oppure era presente almeno un genitore con psicopatologia (9%). il 3% era stato abbandonato da entrambi i genitori biologici, mentre nell'8% dei casi non sono state fornite informazioni circa le ragioni dell'inserimento. Ove presente la famiglia d'origine, la maggior parte di essi (90%) intrattiene ancora contatti, nella maggioranza dei casi con frequenza mensile (58%).

Gruppi di confronto, adolescenti cresciuti con i genitori biologici, Control Group (CG).

Il reclutamento viene effettuato considerando i seguenti criteri di inclusione:

- 1) Età al momento del reclutamento compresa tra i 10 e i 19 anni.
- 2) Sufficiente padronanza della lingua italiana onde ridurre le complicazioni nella somministrazione degli strumenti e delle interviste.
- 3) Assenza di gravi condizioni psichiatriche sullo spettro psicotico, disabilità intellettive o fisiche di grado severo al momento del reclutamento.

Al momento attuale (19/09/2018), 27/90 partecipanti hanno completato le somministrazioni, 4 sono in attesa con la dottoranda sottoscritta e altri 50 potenziali partecipanti verranno reperiti da 5 tesiste magistrali della Prof.ssa Pace (min. 10 partecipanti cad. tesista: Caviglia, DelVacchio, Fossati, Nadotti e Vizzino), opportunamente formate e supervisionate per tutto il corso delle somministrazioni sia dalla Prof.ssa Pace sia dalla dottoranda sottoscritta. Il reclutamento sta avvenendo a palla di neve, coinvolgendo stagiste/i e tesiste coinvolte nel progetto, che hanno preventivamente firmato un accordo di riservatezza e in seguito hanno reclutato i potenziali partecipanti. La raccolta dati è stata effettuata per la maggior parte dalla dottoranda sottoscritta, con il supporto di due tesiste magistrali opportunamente formate (Eleonora Pirrone e Camilla Torre). Qualora i gruppi clinici dei 3 studi aumentassero, si prevede l'incremento corrispondente dei potenziali partecipanti del gruppo di confronto, con eventuale coinvolgimento delle scuole.

La raccolta dati è stata completata per 27 adolescenti tra i 10 e i 18 anni (M= 15.56; DS= 2.02; 68% femmine)

2.3 Variabili e strumenti

- *Scheda per la rilevazione dei dati anagrafico-anamnestici costruita ad hoc* (Pace, Zavattini e D'Alessio, 2012), adattata in questo studio per le comunità e l'affidamento familiare. Rileva dati relativi ad età, condizione residenziale, *background* familiare - culturale, livello di istruzione e socio-economico del nucleo familiare, storia pregressa (psichiatrica, eventi avversi e/o difficoltà nella famiglia d'origine, motivi dell'inserimento, eventuali diagnosi e trattamenti in corso, etc.).

Problemi comportamentali ed emotivi:

- *Youth Self-Report 11/18* (YSR 11/18; Achenbach, 1991; Frigerio et al., 2009). Questionario *self-report* per adolescenti dagli 11 ai 18 anni, afferente al sistema ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*). È composto da 113 item su scala Likert a tre punti. Si ottengono punteggi su otto sotto-scale sindromiche, che forniscono un punteggio globale sulla Scala Totale dei Problemi e vengono anche indicizzate in tre scale: Problemi Internalizzanti (*i.e.* Ansia/depressione; Ritiro/depressione; Lamentele somatiche); Problemi Esternalizzanti (*i.e.* Comportamento di trasgressione delle regole; Comportamento aggressivo) e Altri Problemi (*i.e.* Problemi Sociali; Problemi del pensiero; Problemi di attenzione). Valori test-retest compresi tra .47 e .79.

- *Child Behaviour Check-List 6-18* (CBCL 6-18; Achenbach e Rescorla, 2001; Frigerio et al., 2009). Questionario *parent-report* per minori tra i 6 e i 18 anni, afferente al sistema ASEBA. Costituisce la versione compilata dal *caregiver* dello YSR 11/18. È composto da 113 item su scala Likert a tre punti. Si ottengono punteggi su otto sotto-scale sindromiche, sommate in un punteggio globale sulla Scala Totale dei Problemi (che include Problemi Sociali; Problemi del pensiero; Problemi di attenzione) e sulle due scale Problemi Internalizzanti (*i.e.* Ansia/depressione; Ritiro/depressione; Lamentele somatiche) e Problemi Esternalizzanti¹. In questa ricerca, viene compilato da un genitore affidatario nello studio (b) e dall'educatore di riferimento dell'adolescente nello studio (c).

Modelli di attaccamento:

- *Friends and Family Interview* (FFI; Steele, Steele and Kriss, 2009; Pace, 2014). Intervista semi-strutturata audio-registrata, della durata di circa un'ora, per valutare i modelli di attaccamento in minori tra 10 e 17 anni. È composta da 27 domande che invitano i ragazzi a parlare di se stessi e delle loro relazioni con familiari, amici e insegnanti, consentendo un accesso rapido e persistente a

1 Lo YSR 11/18 e la CBCL 6/18 verranno impiegate congiuntamente onde ottenere informazioni triangolate da diverse fonti (adolescente e *care-giver*) con il fine di rafforzare la solidità dei dati raccolti, fornendo misure multiple dello stesso costrutto. La stessa precauzione è stata adottata per la misura delle rappresentazioni dell'attaccamento (FFI e IPPA) e dell'alessitimia (TSIA e TAS-20), al fine di incrementare la validità convergente dei dati fornendo misure multi-metodo del costrutto.

dati significativi poiché mira a “sorprendere l’inconscio”, richiedendo al soggetto di raccontare e riflettere sulle proprie esperienze di attaccamento, mantenendo al tempo stesso un discorso unitario, coerente e fluido. L’intervista viene trascritta integralmente e codificata sulla base di parametri specifici, omettendo i nomi propri e dei luoghi al fine di preservare l’identità dell’intervistato.

La codifica avviene su nove dimensioni/scale (1. Coerenza; 2. Funzione riflessiva; 3. Evidenza della disponibilità di una base sicura; 4. Evidenza di autostima; 5. Relazioni con i pari; 6. Relazioni con i fratelli; 7. Ansia e difese; 8. Differenziazione delle rappresentazioni genitoriali; 9. Pattern di attaccamento), ciascuna con rispettive sotto-scale (punteggi tra 0= non classificabile/informazioni mancanti e 4= marcata evidenza), che consentono l’inquadramento del soggetto sia in una delle quattro categorie (Sicuro-autonomo; Insicuro-Distanziante; Insicuro-Preoccupato; Disorientato-Disorganizzato), sia una valutazione quantitativa nelle corrispondenti scale. In questa ricerca, è stata impiegata una versione italiana della FFI (Pace, 2014) autorizzata dall’autore H. Steele. In linea con le linee guida ufficiali (Steele et al., 2009), l’intervista è stata impiegata anche con adolescenti maggiori di 17 anni poiché la storia avversa pregressa poteva suggerirne un ritardo nello sviluppo, ed è previsto che almeno il 25% delle FFI venga codificato da due valutatori indipendenti con procedura *double-blinded*. **Questa è la prima ricerca italiana a utilizzare la FFI con minori in residential-care.**

- *Inventory of Parent and Peer Attachment* (IPPA, Armsden e Greenberg, 1987; San Martini, Pace, e Zavattini, 2011). Questionario *self-report* adatto ad adolescenti tra 13 e 18 anni, che valuta come l’adolescente percepisce, in termini affettivi e cognitivi, le sue relazioni con madre, padre e pari significativi. Separatamente per madre, padre e pari, vengono misurati i costrutti di: Attaccamento, Fiducia (intesa come comprensione e rispetto reciproci); Qualità della Comunicazione; Sentimenti di Disaffezione e Isolamento. Per la versione italiana sono stati riportati indici di affidabilità (α di Cronbach) compresi tra 0.65-0.93.

Alessitimia:

- *Toronto Structured Interview for Alexithymia* (TSIA; Bagby, Taylor, Parker, e Dickens, 2005; Taylor, Bagby, Caretti e Schimmenti, 2014). È un’intervista clinica strutturata per la valutazione dell’alessitimia, della durata di circa 45 min., composta da 24 domande su scala Likert a tre punti (0, 1 e 2). L’intervista viene audio-registrata, trascritta integralmente e codificata sulla base di parametri specifici, omettendo i nomi propri e dei luoghi al fine di preservare l’identità dell’intervistato. Sviluppata per sopperire i limiti della TAS-20 (Bagby et al., 2005), misura l’alessitimia su quattro fattori, con relative sottoscale: 1) DIF (*Difficulty in Identifying Feelings*) o Difficoltà nell’Identificare i Sentimenti; 2) DDF (*Difficulty in Describing Feelings*) o Difficoltà nel Descrivere i Sentimenti). 3) EOT (*Externally Oriented Thinking*) o Pensiero Orientato all’Esterno. 4) IMP (*Imaginative Processes*) o Processi Immaginativi. I fattori DIF e DDF compongono anche il macrofattore AA (*Affect Awareness* o Consapevolezza Affettiva). I fattori EOT e IMP formano il macrofattore OT (*Operative Thinking* o Pensiero Operatorio). Si ottiene sia un punteggio totale del livello generale di alessitimia (pp. 0-48), sia punteggi nei macrofattori AA e OT (pp. 0-24) e nei fattori DIF, DDF, EOT e IMP (pp. 0-12). La versione italiana per adulti ha mostrato buona attendibilità (α di Cronbach=0.86) e validità convergente con la TAS-20 ($r = 0.44, p < 0.01$). L’intervista è stata scarsamente utilizzata con adolescenti, ma alcuni autori (Balottin, Nacinovich, Bomba e Mannarini, 2014) hanno sottolineato che si riveli maggiormente sensibile del questionario TAS-20 nella detezione dell’alessitimia, suggerendone la validazione sul campione adolescenziale.

- *Toronto Alexithymia Scale-20* (TAS-20; Bagby, Parker, e Taylor, 1994; Bressi et al., 1996). Questionario *self-report* a 20 item su scala Likert a 5 punti (da “per niente d’accordo” a “molto

d'accordo"), per la valutazione del grado di alessitimia in persone tra 13 e 20 anni. La valutazione avviene sui tre fattori che compongono il costrutto secondo gli autori, cui corrispondono altrettante scale: 1) DIF, Difficoltà ad Identificare i Sentimenti; 2) DDF, Difficoltà a Descrivere i Sentimenti; 3) EOT, Pensiero Orientato all'Esterno. I soggetti con punteggio uguale o maggiore a 61 sono considerati alessitimici, punteggi tra 50 e 60 corrispondono a un'area intermedia e quelli con punteggio uguale o minore di 50 non alessitimici. La TSIA mostra ottima coerenza interna (α di Cronbach=.81) e affidabilità test-retest in tre mesi ($r = .77$).

Strategie di regolazione emotiva (ER):

- *Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA; Gullone e Taffe, 2012).* Questionario *self-report* a 10 item per la rilevazione, in soggetti in età evolutiva, delle differenze individuali nell'uso delle due strategie di ER proposte nel modello di Gross (John e Gross, 2004) nelle corrispettive scale: *Cognitive Reappraisal (CR)* ed *Expressive Suppression (ES)*.

Funzionamento cognitivo-verbale:

- *Wechsler Intelligence Scale for Children - Fourth Edition (WISC-IV; Wechsler, 2003; Orsini, Pezzuti, e Picone, 2012)*- Strumento clinico somministrato individualmente, di cui sono stati utilizzati solo i tre sub-test fondamentali (6.Vocabolario, 2. Somiglianze e 9. Comprensione) per il calcolo dell'*Indice di Comprensione Verbale (ICV)*, al fine di tenere sotto controllo l'effetto della comprensione linguistica sui punteggi agli strumenti, poiché questa ricerca include anche partecipanti di provenienza internazionale.

2.4 Procedura

La ricerca ha ottenuto l'approvazione del Comitato Etico di Ricerca (CER) del Dipartimento di Scienze della Formazione (DISFOR) dell'Università degli Studi di Genova (22/06/2017, protocollo 012) ed il progetto di ricerca è stato redatto tenendo conto delle norme metodologiche ed etiche in uso nella comunità scientifica (*American Psychiatric Association [APA], 2017; Associazione Italiana di Psicologia [AIP], 2014; European Commission [EC], 2005*).

Il reclutamento è avvenuto in parte con il supporto dei Servizi Sociali, sanitari e degli enti del privato sociale che si occupano di adozione, affido e residenzialità; i gruppi di confronto vengono reperiti a palla di neve (per i dettagli, si rimanda al paragrafo 2.2 *Partecipanti* e relativi sotto-paragrafi).

Al momento del reclutamento, con la collaborazione dei servizi e scuole coinvolti, sia ai tutori legali sia agli adolescenti è stata illustrata la ricerca nel suo complesso: obiettivi generali, fasi, tempi, procedure e modalità finali di restituzione dei dati (forma collettiva e aggregata). È stato assicurato l'anonimato, esplicitati in forma verbale i diritti e contenuti del consenso informato scritto e si è data disponibilità a rispondere ad eventuali domande e dubbi, chiarendo la disponibilità dei ricercatori al contatto per tutta la durata della ricerca e anche in seguito. Ai partecipanti e ai tutori legali viene fatto firmare il consenso informato per la partecipazione alla ricerca e il trattamento dei dati. Su ogni consenso informato viene apposto un codice alfanumerico identificativo del partecipante, che viene apposto su ogni protocollo successivo prima della somministrazione: così, vengono garantiti anonimato e riservatezza dei dati al partecipante e l'abbinamento codice-protocolli utile ai fini di ricerca.

Gli strumenti vengono somministrati una volta sola, in sessioni individuali di circa un'ora, in due o massimo tre incontri (almeno uno cad. intervista) che avvengono in luogo riservato presso il DISFOR oppure in *home-visiting*, a preferenza del partecipante: i dati relativi agli adolescenti dei gruppi a rischio sono stati, al momento, tutti reperiti in *home-visiting*, mentre quelli dei gruppi di confronto parzialmente al DISFOR. Gli strumenti per i *care-giver* vengono consegnati al diretto interessato oppure ai ragazzi, affinché li consegnino ai tutori, che li compilano in autonomia e li riconsegnano di persona ai membri del gruppo di

ricerca.

Al termine della somministrazione, ad ogni partecipante e struttura coinvolta viene consegnato un attestato di collaborazione alla ricerca e, qualora ne faccia richiesta, un CD contenente le registrazioni delle proprie interviste. Copia degli attestati, previo accordo coi partecipanti, viene fornito per P.V. ai Servizi Sociali che hanno operato il reclutamento, affinché possano rubricare le strutture e le famiglie che hanno fornito la propria collaborazione, mantenendo il monitoraggio del progetto di cui sono referenti sul territorio.

2.5 Ipotesi.

2.5.1 Ipotesi aspecifiche. Per gli adolescenti appartenenti a tutti i gruppi, si ipotizzano:

I. **Associazioni.** Si ipotizza che più alti punteggi di problemi comportamentali ed emotivi (CBCL 6-18) correlino con: minori livelli di sicurezza e maggiori livelli di disorganizzazione dell'attaccamento (FFI); maggiori livelli di alessitimia, globali e nei fattori (TAS-20 e/o TSIA); maggior impiego della strategia di *emotion regulation* ES, e minor impiego della strategia CR (ERQ-CA).

II. **Predizione del rischio:** in caso di associazioni tra le variabili, si ipotizza che la varianza nei punteggi di problemi comportamentali ed emotivi possa avere come predittori significativi: sicurezza o disorganizzazione dell'attaccamento, livelli di alessitimia e punteggi relativi all'uso delle strategie di regolazione emotiva ES e CR.

2.5.2 Ipotesi specifiche.

2.5.2(a) negli adolescenti late-adopted (AG), si ipotizzano maggiori livelli di problemi comportamentali ed emotivi e di alessitimia e maggior impiego della strategia ES rispetto ai pari normativi; classificazioni dell'attaccamento in prevalenza sicure.

2.5.2(b) negli adolescenti in foster care (FG), si ipotizzano maggiori livelli di problemi comportamentali ed emotivi e di alessitimia e maggior impiego della strategia ES rispetto ai pari normativi; classificazioni dell'attaccamento in prevalenza insicure o disorganizzate.

2.5.2(c) negli adolescenti in residential-care (RG), si ipotizzano maggiori livelli di problemi comportamentali ed emotivi e di alessitimia e maggior impiego della strategia ES rispetto ai pari normativi; classificazioni dell'attaccamento in prevalenza insicure o disorganizzate.

2.5.2(CG) negli adolescenti cresciuti con i genitori biologici, non si ipotizzano differenze rispetto ai pari normativi nei livelli di problemi comportamentali ed emotivi, di alessitimia e nelle modalità di impiego delle strategie di ER. Si ipotizzano classificazioni dell'attaccamento in prevalenza sicure.

2.6 Analisi dei dati

Al momento attuale (19/09/2018), sono ancora in corso la raccolta e l'inserimento dei dati per tutti gli studi. Quindi, le analisi preliminari dei dati potranno essere effettuate solo su dati parziali, prevalentemente sui gruppi (a) e (c), utilizzando metodi statistici non parametrici poiché più appropriati all'attuale numerosità dei gruppi.

I dati raccolti saranno analizzati con l'ausilio dei software statistici *Statistic Package for Social Science* [SPSS], versione 21, ed Excel. In ogni gruppo vengono calcolati i punteggi a tutti strumenti, nelle scale principali, separatamente per ogni gruppo. Data la natura prevalentemente clinica dei gruppi considerati in questi studi preliminari, verranno considerati solo i punteggi provenienti dalla CBCL 6-18, che è stata ritenuta più attendibile dello YSR 11/18 in contesti clinici (Thurber e Sheehan, 2012). Rispetto alla TSIA, verranno riportate le statistiche solo relative al livello totale e ai macrofattori AA e OT, ritenuti più

attendibili del livello di consapevolezza affettiva del partecipante in adolescenza (Taylor et al., 2014). In merito all'attaccamento, come risultati significativi verranno riportati solo i dati provenienti dall'FFI, in quanto strumento narrativo, poiché potrebbero essere maggiormente informativi rispetto a quelli provenienti dal questionario IPPA.

Per quanto riguarda le *ipotesi aspecifiche*, le associazioni tra variabili vengono indagate utilizzando il coefficiente di correlazione rho di Spearman (rs); in base alle associazioni riscontrate, vengono utilizzati dei modelli di regressione lineare multipla per verificare il potere predittivo delle variabili rispetto ai punteggi di problemi comportamentali ed emotivi, operando anche l'analisi dei pesi β , necessaria ad approfondire il ruolo dei singoli predittori.

Per quanto riguarda le *ipotesi specifiche*, viene utilizzato il test *t* di Student per confrontare le medie dei punteggi agli strumenti nel gruppo totale considerato con quelle riportate per il campione normativo negli articoli di validazione, poiché al momento attuale i gruppi di confronto non sono ancora sufficientemente numerosi ed omogenei ai gruppi a rischio per poter effettuare un confronto statistico. Inoltre, vista la numerosità ridotta e lo sbilanciamento di genere entro ciascun, verranno utilizzate le medie totali e non quelle divise per genere, ritenute in questo caso meno informative seppur preferibili.

3. Risultati

3.1 (a) Adolescenti *late-adopted*: risultati preliminari.

Statistiche descrittive e distribuzione delle classificazioni dell'attaccamento.

Le statistiche descrittive relative ai punteggi dei problemi comportamentali ed emotivi riferiti da un genitore adottivo (CBCL 6-18) e dell'uso delle strategie di ER (ERQ-CA) e dell'alessitimia (TAS-20) autoriferiti sono riportati in *Tabella 1*.

Rispetto ai problemi comportamentali ed emotivi auto-riferiti (YSR 11/18), gli adolescenti *late-adopted* (15) hanno riportato i seguenti punteggi medi sul Totale dei problemi (M = 71.3, DS = 28.1) e sulle scale Internalizzante (M = 16.5, DS = 11.3) ed Esternalizzante (M = 12.6, DS = 8.3).

Per quanto riguarda i livelli di *alessitimia* rilevati dal ricercatore tramite l'intervista TSIA, le medie e deviazioni standard gli adolescenti *late-adopted* (15) sono riportate sulla scala Totale (M = 19.3, DS = 4.7) e sui macro-fattori Consapevolezza Affettiva (AA; M = 7.9, DS = 4.1) e Pensiero Operatorio (OT; M = 10.9, DS = 3).

Per quanto riguarda le *rappresentazioni dell'attaccamento*, l'ipotesi di prevalenza di classificazioni sicure non è confermata poiché la distribuzione parziale delle classificazioni alla FFI ($n = 10$) è stata la seguente: 5 Sicuro (45%), 5 Insicuro-Distanziante (45%) e 1 Disorganizzato (10%), mentre nessun partecipante è risultato Insicuro-Preoccupato. I punteggi medi nelle corrispondenti scale sono stati: Sicuro-Autonoma M = 2.4, DS = 7.9 ; Insicuro-Distanziante, M = 2.1, DS = 0.9; Insicuro-Preoccupato M = 1.7, DS = 0.5; Disorganizzato M = 1.5 , DS = 0.7.

3.1.1 Associazioni e predizione del rischio.

Le ipotesi relative alle relazioni tra le variabili e maggiori livelli di problemi comportamentali ed emotivi negli adolescenti *late-adopted*(15) non sono state confermate. Non sono state riscontrate correlazioni significative tra le variabili e le scale della CBCL 6-18 Totale dei Problemi, Internalizzante e Esternalizzante (tutti $p > .2$). Data l'assenza di correlazioni, non è stata effettuata alcuna regressione per la predizione del rischio di problemi comportamentali ed emotivi nei *late-adopted* che considerasse come predittori attaccamento, uso delle strategie di ER e livelli alessitimia.

3.1.2 Confronto sulle variabili tra adolescenti *late-adopted* e pari normativi.

Dal confronto con il *t-test* con i gruppi normativi (*Tabella 1*), gli adolescenti *late-adopted* mostrano più alti livelli di problemi comportamentali ed emotivi solo internalizzanti ($p = .013$), mentre non emergono differenze significative rispetto al livello globale dei problemi e a quelli esternalizzanti (tutti $p > .1$), perciò le ipotesi vengono confermate solo parzialmente.

Rispetto alle strategie di regolazione emotiva, emergono differenze fortemente significative (tutti $p < .0001$), poiché gli adolescenti *late-adopted* mostrano punteggi inferiori dei pari normativi sia relativamente all'uso di CR che di ES, in questo senso confermando l'ipotesi avanzata.

Rispetto all'alessitimia, le ipotesi vengono contraddette poiché gli adolescenti *late-adopted* mostrano punteggi significativamente inferiori dei pari normativi rispetto al livello totale di alessitimia e sui fattori DDF e EOT (tutti $p < .0001$), mentre non si rilevano differenze significative ($p = .87$) rispetto al fattore DIF.

3.1 (b) Adolescenti in *foster-care*: risultati preliminari.

Data la ridotta numerosità dei partecipanti ($n = 3$), non sono ancora state condotte analisi dei dati preliminari, perciò non verranno riportati risultati significativi.

3.1 (c) Adolescenti in *residential-care*: risultati preliminari.

Statistiche descrittive e distribuzione delle classificazioni dell'attaccamento.

Le statistiche descrittive relative ai punteggi dei problemi comportamentali ed emotivi riferiti dall'educatore di riferimento (CBCL 6-18) e dell'uso delle strategie di ER (ERQ-CA) e dell'alessitimia (TAS-20) autoriferiti sono riportati in *Tabella 1*.

Rispetto ai problemi comportamentali ed emotivi auto-riferiti (YSR 11/18), gli adolescenti in *residential-care* ⁽³⁴⁾ hanno riportato i seguenti punteggi medi sul Totale dei problemi ($M = 96.4$, $DS = 23.6$) e sulle scale Internalizzante ($M = 22.8$, $DS = 12.2$), Esternalizzante ($M = 20$, $DS = 10$).

Per quanto riguarda i livelli di *alessitimia* rilevati dal ricercatore tramite l'intervista TSIA, le medie e deviazioni standard gli adolescenti in *residential-care* ⁽¹⁷⁾ sono riportate sulla scala Totale ($M = 23.7$, $DS = 6.6$ 23.6), sui macrofattori Consapevolezza Affettiva (AA; $M = 10.5$, $DS = 4.1$) e Pensiero Operatorio (OT; $M = 13.2$, $DS = 4.1$).

Per quanto riguarda le *rappresentazioni dell'attaccamento*, l'ipotesi di prevalenza di classificazioni insicure o disorganizzate è stata confermata. Infatti, la distribuzione delle classificazioni alla FFI ($n = 29$) è stata la seguente: 4 Sicuro (14 %), 13 Insicuro-Distanziante (45%), 5 Insicuro-Preoccupato (17%) e 7 Disorganizzato (24%). I punteggi medi nelle corrispondenti scale sono stati: Sicuro-Autonoma $M = 16.7$, $DS = 0.7$; Insicuro-Distanziante, $M = 2.5$, $DS = 0.8$; Insicuro-Preoccupato $M = 1.7$, $DS = 0.7$; Disorganizzato $M = 1.8$, $DS = 0.9$.

3.1.1 Associazioni e predizione del rischio.

Associazioni. Le ipotesi relative alle relazioni tra le variabili e maggiori livelli di problemi comportamentali ed emotivi negli adolescenti in *residential-care* ⁽³⁴⁾ sono state parzialmente confermate.

Come atteso, il livello *totale di problemi comportamentali ed emotivi* alla CBCL è risultato correlato a minori livelli di sicurezza ($r_s = -.474$, $p = .009$) e maggiori livelli di disorganizzazione ($r_s = .583$, $p = .001$) nelle rappresentazioni dell'attaccamento alla FFI, ma non con quelli di Ds o P (tutti $p > .1$). Correlava significativamente con un maggior impiego della strategia di regolazione emotiva ES ($r_s = .369$, $p = .04$) - ma non di CR ($p > .8$) - e con maggiori livelli di alessitimia alla TAS-20, sia globali ($r_s = .388$, $p = .028$), sia nei fattori DIF ($r_s = .404$, $p = .02$), DDF ($r_s = .404$, $p = .005$). Invece, non sono state riscontrate correlazioni significative nel fattore EOT ($p > .7$) né con nessuna delle scale considerate della TSIA (tutti $p > .12$).

Per quanto riguarda le sottoscale della CBCL 6-18, la scala dei *problemi internalizzanti* correlava con minori

livelli di sicurezza ($r_s = -.473, p = .01$) e maggiori livelli di preoccupazione ($r_s = .384, p = .04$) o disorganizzazione ($r_s = .487, p = .007$) nelle rappresentazioni dell'attaccamento alla FFI, ma non con i livelli di Ds ($p > .1$). Correlava, inoltre, con maggiori livelli di alessitimia nei fattori DIF ($r_s = .473, p = .006$) e DDF ($r_s = .451, p = .01$) della TAS-20, ma non con il punteggio globale o con il fattore EOT (tutti $p > .8$). Non sono state riscontrate correlazioni significative con le strategie di ER su ERQ-CA (tutti $p > .3$), né con nessuna delle scale dell'alessitimia della TSIA (tutti $p > .2$).

Sulla scala dei *problemi esternalizzanti*, sono state riscontrate correlazioni significative con minori livelli di sicurezza ($r_s = -.386, p = .04$) e maggiori livelli di disorganizzazione ($r_s = .391, p = .04$) nelle rappresentazioni dell'attaccamento alla FFI, mentre non correlava con i livelli di Ds né P ($p > .7$). Correlava significativamente con un maggior impiego della strategia di regolazione emotiva ES ($r_s = .476, p = .007$) - ma non di CR ($p > .8$). Non sono state riscontrate correlazioni significative con i livelli di alessitimia rilevati tramite TAS-20 (tutti $p > .07$), né sulle scale globale e OT della TSIA (tutti $p > .4$), ove però si evidenzia una correlazione che tende alla significatività con il macro-fattore Consapevolezza Affettiva (AA; $r_s = .471, p = .056$).

Predizione del rischio di problemi comportamentali ed emotivi. A fronte di tali correlazioni, sono state effettuate tre regressioni lineari multiple sul criterio:

- *livello totale di problemi.* Sono stati inseriti come predittori i punteggi di: sicurezza e disorganizzazione dell'attaccamento su FFI; ES all'ERQ-CA e di alessitimia totale su TAS-20. Il modello finale spiega il 34% della varianza dei punteggi totali di problemi comportamentali ed emotivi alla CBCL (R^2 corretto = .343, $p = .009$), ma dall'analisi dei pesi β emerge come unico predittore significativo l'uso della strategia di regolazione emotiva ES, in grado di spiegare da solo il 51% della varianza ($\beta = .514, p = .27$).
- *problemi internalizzanti.* Sono stati inseriti come predittori i punteggi di sicurezza, di preoccupazione e di disorganizzazione dell'attaccamento su FFI; di alessitimia sui fattori DIF e DDF della TAS-20. Il modello finale spiega il 38% della varianza dei punteggi relativi ai problemi internalizzanti (R^2 corretto = .377, $p = .007$). Dall'analisi dei pesi β , nessuna variabile è emersa come predittore più significativo degli altri (tutti $p > .09$).
- *problemi esternalizzanti.* Sono stati inseriti come predittori i punteggi di sicurezza e di disorganizzazione dell'attaccamento su FFI, di ES su ERQ-CA e di AA alla TSIA. Il modello finale non è risultato significativo (R^2 corretto = .429, $p = .191$), né sono emersi potenziali predittori significativi (tutti $p > .2$) nell'analisi dei pesi β .

3.1.2 Confronto sulle variabili tra adolescenti in residential-care e pari normativi.

Come riportato in *Tabella 1*, gli adolescenti in *residential-care* mostrano punteggi significativamente superiori (tutti $p < .0001$) di problemi comportamentali ed emotivi rispetto ai pari normativi su tutte le scale, confermando le ipotesi.

Emergono punteggi inferiori rispetto all'uso della strategia CR, ma anche di impiego dell'ES, contrariamente a quanto ipotizzato. Inoltre, non trovano conferma le ipotesi riguardanti l'alessitimia, poiché i partecipanti hanno riportato punteggi significativamente inferiori (tutti $p < .0001$) dei pari su tutte le scale della TAS-20.

3.1 (CG) Adolescenti cresciuti con i genitori biologici: risultati preliminari.

Statistiche descrittive e distribuzione delle classificazioni dell'attaccamento.

Le statistiche descrittive relative ai punteggi dei problemi comportamentali ed emotivi riferiti da un genitore adottivo (CBCL 6-18) e dell'uso delle strategie di ER (ERQ-CA) e dell'alessitimia (TAS-20) autoriferiti sono riportati in *Tabella 1*.

Rispetto ai problemi comportamentali ed emotivi auto-riferiti (YSR 11/18), gli adolescenti tratti dalla

popolazione generale, *cresciuti con i genitori biologici*⁽¹⁸⁾, hanno riportato i seguenti punteggi medi sul Totale dei problemi (M = 59.4, DS = 36.6) e sulle scale Internalizzante (M = 16, DS = 14.28) ed Esternalizzante (M = 8.7, DS = 5.8).

Per quanto riguarda i livelli di *alessitimia* rilevati dal ricercatore tramite l'intervista TSIA, le medie e deviazioni standard gli adolescenti *cresciuti con i genitori biologici*⁽¹⁸⁾ sono riportate sulla scala Totale (M = 14, DS = 10.5), sui macrofattori AA (M = 6.5, DS = 5.1) e OT (M = 7.5, DS = 5.5).

Per quanto riguarda le *rappresentazioni dell'attaccamento*, non sono disponibili dati poiché le interviste FFI sono in fase di codifica.

3.1.1 Associazioni e predizione del rischio.

Non sono emerse correlazioni statisticamente significative tra ERQ-CA, TAS-20 e TSIA e le scale della CBCL relative ai problemi comportamentali ed emotivi totali (tutti $p > .1$), internalizzanti (tutti $p > .06$) ed esternalizzanti (tutti $p > .1$), pertanto non è stata effettuata alcuna analisi per predirne del rischio.

3.1.2 Confronto sulle variabili tra adolescenti cresciuti con i genitori biologici e pari normativi.

Da quanto emerge in *Tabella 1*, come ipotizzato non sussistono differenze significative tra il gruppo di adolescenti cresciuti con i genitori biologici e i pari normativi rispetto ai livelli di problemi comportamentali ed emotivi. Invece, i partecipanti allo studio mostrano punteggi significativamente inferiori ai pari normativi (tutti $p < .004$) su tutte le scale dell'ERQ-CA, relative alle strategie di regolazione emotiva, e della TAS-20, relative all'alessitimia.

Tabella 1. Punteggi (medie e deviazioni standard) agli strumenti degli adolescenti di tutti i gruppi (late-adopted, residential-care e controllo) a confronto con quelli dei campioni normativi^a relativi ai problemi comportamentali ed emotivi (CBCL 6-18¹), alle strategie di regolazione emotiva (ER, ERQ-CA²) e all'alessitimia (TAS-20³)

Variabili	Problemi comportamentali ed emotivi			Strategie di ER		Alessitimia			
	¹ CBCL 6-18			² ERQ-CA		³ TAS-20			
Strumenti									
Gruppo ⁽ⁿ⁾ M (DS)	TOT.	INT.	EST.	CR	ES	TOT.	DIF	DDF	EOT
Normativo ^(a)	23.2 (14.8)	6.9 (5.5)	7.6 (5.8)	21.5 (3.9)	10.5 (2.9)	51.7 (10.8)	17.9 (5.7)	14.9 (4.9)	8.5 (2.8)
Late-adopted ⁽¹⁵⁾	29.3 (31.9)	10.5 (9.4)	8.8 (9.7)	12.7 (3.7)	7.7 (3.3)	25.1 (7.3)	18.1 (4.9)	9.7 (3.5)	- 1.5 (4.6)
<i>t-test p</i>	.12	.013	.43	<.0001	<.0001	<.0001	.87	<.0001	<.0001
Residential-care ⁽³⁴⁾	60.5 (34.4)	19 (14.4)	19.2 (12.6)	12.1 (5.3)	8.5 (4.4)	33.5 (11.3)	22.2 (6.1)	9.9 (3.4)	1.3 (6.8)
<i>t-test p</i>	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	.0002	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001
Control group ⁽¹⁷⁾	24.2 (15)	7 (5)	6.1 (4.2)	9.5 (5.8)	5.8 (4)	22.7 (13.4)	13.8 (8.4)	8.8 (5)	0.1 (8)
<i>t-test p</i>	.98	.97	.29	<.0001	<.0001	<.0001	.004	<.0001	<.0001

Nota: ^a Punteggi normativi degli strumenti: ¹*Child Behavior Check List 6-18* (Frigerio et al., 2004; N = 1423), scale Totale dei Problemi (TOT.), Internalizzante (INT.) ed Esternalizzante (EST.). ²*Emotional Regulation Questionnaire for Children & Adolescents* (Gullone e Taffe, 2012; N = 842), scale CR – *Cognitive-Reappraisal* (CR) ed *Expressive Suppression* (ES). ³TAS-20 - *Toronto Alexithymia Scale-20* (La Ferlita et al., 2007; N = 360), scale Totale (TOT.), Difficoltà a Identificare i Sentimenti (DIF), Difficoltà a Descrivere i Sentimenti (DDF) e Pensiero Orientato all'Esterno (EOT).

4. Discussione e conclusioni.

4.1 (a) Adolescenti *late-adopted*: conclusioni preliminari, limiti e prospettive di ricerca future.

In questo studio preliminare su un gruppo atipico di adolescenti, cioè *late-adopted*, il *primo obiettivo* era approfondire le relazioni tra i livelli di problemi comportamentali ed emotivi da essi manifestati e alcuni potenziali fattori di rischio psicopatologico nell'adolescenza normotipica, quali rappresentazioni dell'attaccamento, impiego delle strategie di regolazione emotiva CR e ES e livelli di alessitimia (Allen, Hauser e Borman-Spurrell, 1996; Di Trani et al., 2013; Verzelletti et al., 2016).

In maniera disattesa rispetto alle ipotesi, questi potenziali fattori di rischio non sono risultati associati ai livelli dei problemi comportamentali ed emotivi riferiti dai genitori adottivi sui propri figli adolescenti, quindi si pongono in contrasto con i risultati di altri studi (Joseph et al., 2013; Muzi, 2018; Pace et al., 2018).

Ciò potrebbe essere dovuto al basso numero di partecipanti su cui è stato possibile effettuare le analisi statistiche ($n = 15$), oppure a caratteristiche specifiche di questo gruppo di adolescenti adottivi rispetto ai pari normotipici.

A tal proposito, il *secondo obiettivo* di questo studio è stato confrontare questi adolescenti *late-adopted* con i pari normativi, al fine di individuarne eventuali differenze sulle variabili prese in esame.

Gli adolescenti adottati hanno mostrato più problemi comportamentali ed emotivi internalizzanti (*i.e.* ansioso-depressivi e di ritiro sociale), ma non mostrano più problemi esternalizzanti (*i.e.* aggressivi e comportamentali) né un funzionamento generale più problematico dei pari normativi, quindi le ipotesi e gli studi che evidenziano maggior difficoltà per i *late-adopted* hanno ricevuto una conferma solo parziale (Joseph et al., 2013).

Rispetto alle *rappresentazioni dell'attaccamento*, non è stata riscontrata la prevalenza di classificazioni sicure ipotizzata, ma neanche una prevalenza di classificazioni insicure, poiché dalle poche FFI considerate ($n = 10$) è emersa la medesima percentuale di classificazioni sicure e insicuro-distanzianti (45%).

Anche rispetto alle *strategie di regolazione emotiva* impiegate, sono emerse controversie: gli adottati hanno mostrato di utilizzare meno, rispetto ai pari normativi, la strategia *Cognitive Reappraisal*, considerata più adattiva, in questo confermando le ipotesi derivanti dalla letteratura (Pace et al., 2018). Dall'altra parte, sembrano impiegare meno dei pari anche la strategia potenzialmente disadattiva *Expressive Suppression*, a contraddizione delle ipotesi e dei risultati precedentemente riportati da Pace e Muzi (2017).

Infine, i partecipanti adottati hanno mostrato livelli di alessitimia significativamente inferiori ai pari normativi sia globalmente sia sui fattori, fatta eccezione della difficoltà a identificare i sentimenti rispetto a cui non sono emerse differenze; quindi, contraddicono le ipotesi e la letteratura (Paull, 2013).

Nel complesso, questi risultati sembrano supportare gli autori che sottolineano un buon funzionamento adattivo generale negli adolescenti *late-adopted* (Palacios e Brodzinsky, 2010), al tempo stesso evidenziandone alcune specificità rispetto ai pari normativi, che potrebbero essere ulteriormente approfondite su gruppi più ampi. In particolare, i risultati relativi alle minor tendenze alessitimiche di questi adolescenti *late-adopted* sembrano suggerirne addirittura migliori capacità di regolazione affettiva rispetto ai pari, che potrebbero essere sostenute anche dal minor impiego della strategia *expressive suppression*.

Tuttavia, questi risultati sono genericamente discordanti e disattesi, probabilmente a causa dei limiti di questo studio, che ne precludono la generalizzabilità. *In primis*, la bassa numerosità, poiché dei già pochi partecipanti ($N = 21$) si sono potuti analizzare solo i dati di quindici partecipanti, il che ha di molto limitato la potenza statistica delle analisi, potenzialmente dando adito all'assenza di correlazioni; addirittura, rispetto all'attaccamento erano disponibili i dati di solo 11 FFI, inficiando di molto i dati relativi alla distribuzione delle classificazioni e le correlazioni. Un secondo limite è dovuto all'utilizzo di strumenti *self-report* per le strategie di regolazione emotiva e l'alessitimia: infatti, i limiti ben riconosciuti a questi strumenti sono ancor più salienti nel caso di un costrutto come l'alessitimia, eppure non sono ancora disponibili dati italiani normativi sulla TSIA in questa fascia d'età, come anche per la FFI. Pertanto, studi futuri potrebbero

coinvolgere più partecipanti e coinvolgere anche un gruppo di confronto normotipico, come previsto nella più ampia ricerca da cui è tratto questo studio, ai fini di individuare eventuali relazioni tra variabili e di poter operare un confronto anche su strumenti narrativi, come FFI e TSIA.

4.2 (c) Adolescenti in *residential-care*: conclusioni preliminari, limiti e prospettive di ricerca future.

In questo studio preliminare su adolescenti atipici in comunità di accoglienza (*residential-care*), il *primo obiettivo* è stato approfondire le relazioni tra i loro livelli di problemi comportamentali ed emotivi con alcuni potenziali fattori di rischio psicopatologico nell'adolescenza normotipica (*ibidem*).

Come atteso dalle ipotesi e dai risultati presenti in letteratura (Batki, 2017; Bifulco et al., 2016; Manninen et al., 2011), i livelli dei problemi comportamentali ed emotivi sono risultati associati a tutti i fattori di rischio considerati, permettendo anche di evidenziare il potere predittivo delle variabili, in particolare dell'uso della strategia di regolazione emotiva *expressive suppression*, rispetto al livello globale di problemi manifestati dagli adolescenti. Rispetto a questo, il risultato supporta i risultati di altri studi condotti sia su minori normotipici sia in comunità (Oriol et al., 2014; Verzelletti et al., 2016).

Inoltre, questo studio ha consentito di identificare relazioni specifiche tra le variabili e i problemi di natura internalizzante o esternalizzante. Infatti, da una parte, per entrambi sono emerse relazioni con la minor sicurezza e la maggior disorganizzazione nei modelli di attaccamento; dall'altra parte, i problemi internalizzanti sono risultati associati con l'alessitimia, in particolare con le difficoltà a identificare e a descrivere i sentimenti, ma non sembrano associati all'impiego di particolari strategie di regolazioni emotiva; invece, i problemi esternalizzanti si sono mostrati in relazione a un maggior impiego di *expressive suppression* come strategia di regolazione emotiva, ma non sembrano essere in relazione con l'alessitimia, se non in maniera lieve con una carenza di consapevolezza affettiva.

Nonostante le regressioni non abbiano consentito di sostanziare queste associazioni nell'identificazione di fattori di rischio specifici per i problemi internalizzanti o esternalizzanti, i risultati hanno evidenziato come le rappresentazioni dell'attaccamento, l'impiego delle strategie di ER e i livelli di alessitimia possano interagire e configurarsi globalmente come potenziali predittori del rischio di manifestazioni sintomatologiche in adolescenti in *residential-care*, similmente a quanto evidenziato per gli adolescenti normotipici (Allen et al., 1998). In particolare, queste variabili si sono rivelate predittive del livello generale di problemi e dei problemi internalizzanti, mentre non sono risultate predire i problemi esternalizzanti. Poiché questo risultato contraddice quanto emerso sia in uno studio precedente su questo gruppo sia dalla letteratura su gruppi tipici e a rischio (Muzi, Bizzi e Pace, 2018; Pace et al., 2018; Verzelletti et al., 2012), si evidenzia l'utilità di approfondirlo in ulteriori studi.

Comunque, l'approfondimento delle differenze tra questo gruppo in *residential-care* e i pari normotipici ha costituito il *secondo obiettivo* di questo studio. I risultati hanno confermato le ipotesi e la letteratura, poiché i partecipanti in comunità di accoglienza sono risultati più vulnerabili dei pari ai problemi comportamentali ed emotivi, dichiarando anche di usare meno la strategia *Cognitive Reappraisal*, ritenuta adattiva, per regolare le proprie emozioni (Jozefiak et al., 2016). Inoltre, hanno mostrato classificazioni dell'attaccamento in prevalenza insicure, soprattutto distanzianti (45%) e un quarto di essi aveva un modello dell'attaccamento di tipo disorganizzato (24%): in linea con Quiroga e Hamilton-Giachritsis (2016), quindi, sembra che i minori in *residential-care* manifestino particolari difficoltà nell'attaccamento.

Dall'altro lato, questi partecipanti hanno riportato un impiego inferiore della strategia ES e minori tendenze alessitimiche rispetto ai pari non in comunità, evidenziando differenze significative che sembrano suggerire potenziali maggiori risorse nell'area della regolazione affettiva, contrariamente a quanto la letteratura lasciasse ipotizzare (Batki, 2017; Manninen et al., 2011; Paull, 2013). Questo risultato potrebbe essere ulteriormente indagato, nell'ottica di identificare le specificità dei ragazzi in *residential-care* non solo in termini di fragilità, ma anche di risorse.

Tuttavia, questo studio presenta numerosi limiti che ne precludono la generalizzabilità dei risultati. In quanto studio preliminare, ha coinvolto un numero ridotto di partecipanti, con accesso a un numero parziale di dati, limitando le analisi dei dati all'utilizzo di test non parametrici; inoltre, ciò ha disincentivato l'analisi delle differenze di genere, che sembrano significative per i costrutti indagati (Achenbach e Rescorla, 2001; Gullone e Taffe, 2012; Di Trani et al., 2013). Il confronto con i gruppi normotipici è stato effettuato prevalentemente sugli strumenti *self-report*, con tutti i limiti ad essi associati, per le medesime cause evidenziate al par. 4.1(a). Pertanto, negli studi futuri si auspica il coinvolgimento di un numero maggiore di partecipanti, a confronto con altrettanti pari normo-tipici sugli stessi strumenti, che consenta di considerare anche le differenze di genere e di operare un confronto anche sugli strumenti narrativi FFI e TSIA.

4.3 (CG) Adolescenti cresciuti con i genitori biologici: conclusioni preliminari, limiti e prospettive di ricerca future.

In questo studio preliminare sono stati coinvolti adolescenti tratti dalla popolazione generale, considerati tipici in quanto cresciuti con i propri genitori biologici, selezionati come gruppo di confronto di adolescenti in condizioni di rischio (i.e. *late-adopted*, in *foster care* e in *residential-care*).

I risultati emersi hanno in gran parte contraddetto le ipotesi, per entrambi gli obiettivi indagati. Rispetto al *primo obiettivo*, ci si attendeva di riscontrare in questi adolescenti delle associazioni tra i livelli di problemi comportamentali ed emotivi e la sicurezza nelle rappresentazioni dell'attaccamento, le strategie di regolazione emotiva e l'alessitimia, poiché questi costrutti si sono rivelati in relazione alla sintomatologia in fase adolescenziale (Allen et al., 1998; Di Trani et al., 2013; Verzelletti et al., 2016). Tuttavia, in questo gruppo non sono emerse tali associazioni e sono state anche riscontrate delle differenze rispetto ai pari normativi coinvolti negli studi di validazione degli strumenti, con i quali è stato operato un confronto come *secondo obiettivo* dello studio. Infatti, seppur come ipotizzato non siano emerse differenze statisticamente significative rispetto ai livelli di problemi comportamentali ed emotivi, i partecipanti a questo studio hanno riferito di ricorrere meno dei pari a entrambe le strategie di regolazione emotiva indagate, CR e ES, nonché tendenze alessitimiche nettamente inferiori.

La controversia di questi risultati può essere motivata dai numerosi limiti di questo studio preliminare. In primo luogo, dalla composizione del gruppo, in prevalenza composto da femmine (68%), in media quindicenni; poiché i gruppi normativi con cui è stato operato il confronto sono maggiormente bilanciati per genere e coinvolgono una gamma più ampia di età, si può ipotizzare che questo abbia influito sui risultati. Infatti, la letteratura riporta sostanziali differenze di genere e relative all'età rispetto sia all'uso delle strategie di regolazione emotiva (Gullone e Taffe, 2012), sia ai livelli di alessitimia (La Ferlita et al., 2007), che data la ridotta numerosità del gruppo non è stato possibile controllare in questo studio. In studi futuri, si auspica di coinvolgere gruppi più numerosi e più bilanciati per genere, in modo da poter adottare tecniche di analisi statistica parametriche, più idonee a controllare le variabili categoriali di sesso ed età, nonché a operare confronti con i gruppi normativi divisi per genere, come consigliato dai manuali di validazione degli strumenti. Infine, la parzialità dei dati e l'assenza delle FFI, ancora in fase di codifica, non ha consentito di verificare le ipotesi concernenti il ruolo dell'attaccamento come potenziale predittore di problemi comportamentali ed emotivi, limite che si auspica di sopperire negli studi futuri.

References

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms e profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Allen, J. P., Hauser, S. T., Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: an 11-year follow-up study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), 254.
- Armsden, G., Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent peer attachment: Individual differences and their relation to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427–454.
- Bagby, R.M., Parker, J.D., Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 23-32.
- Bagby, R.M., Taylor, G.J., Parker, J.D., Dickens, S.E. (2005). The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: item selection, factor structure, reliability and concurrent validity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(1), 25-39.
- Balottin, L., Nacinovich, R., Bomba, M., E Mannarini, S. (2014). Alexithymia in parents and adolescent anorexic daughters: comparing the responses to TSIA and TAS-20 scales. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1941–1951. doi: 10.2147/NDT.S67642
- Batki, A. (2017). The impact of early institutional care on emotion regulation: studying the play narratives of post-institutionalized and early adopted children. *Early Child Development and Care*, 1-15. doi:10.1080/03004430.2017.1289190
- Bifulco, A., Jacobs, C., Ilan-Clarke, Y., Spence, R., Oskis, A. (2016). Adolescent attachment style in residential care: the attachment style interview and vulnerable attachment style questionnaire. *British Journal of Social Work*, 47(7), 1870-1883. doi:10.1093/bjsw/bcw117
- Bressi, C., Taylor, G.J., Parker, J.D.A., Brambilla, V., Aguglia, E., Allegranti, I., Buongiorno, A., Giberti, F., Bucca, M., Todarello, O., Callegrari, C., Vender, S., Gala, C., Invernizzi, G. (1996). Cross validation of the factor structure of the Twenty-items Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 551-59. doi: 10.1016/S0022-3999(96)00228-0.
- Cassibba, R., Sette, G., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. (2013). Attachment the Italian way: In search of specific patterns of infant and adult attachments in Italian typical and atypical samples. *European Psychologist*, 18(1), 47. doi: 10.1027/1016-9040/a000128
- Di Trani, M., Tomassetti, N., Capozzi, F., Solano, L., Romani, M., Levi, G. (2013). Alessitimia, sintomatologia internalizzante, esternalizzante ed ossessivo-compulsiva in pre-adolescenza: studio empirico su 160 soggetti. *Rassegna di Psicologia*, 30(3), 77-94. doi: 10.7379/75666
- Escobar, M.J., Pereira, X., Santelices, M.P. (2014). Behavior problems and attachment in adopted and non-adopted adolescents. *Children and Youth Services Review*, 42, 59-66. doi: 10.1016/j.childyouth.2014.04.001.
- Frigerio, A., Cattaneo, C., Cataldo, M., Schiatti, A., Molteni, M., & Battaglia, M. (2004). Behavioral and Emotional Problems Among Italian Children and Adolescents Aged 4 to 18 Years as Reported by Parents and Teachers. *European Journal of Psychological Assessment*, 20(2), 124-133. doi: 10.1027/1015-5759.20.2.124.
- Frigerio, A., Rucci, P., Goodman, R., Ammaniti, M., Carlet, O., Cavolina, P., Molteni, M. (2009). Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: *The PrISMA study*. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 217–226. doi:10.1007/s00787008-0720-x

- Goemans, A., Van Geel, M., Van Beem, M., Vedder, P. (2016). Developmental Outcomes of Foster Children A Meta-Analytic Comparison With Children From the General Population and Children at Risk Who Remained at Home. *Child maltreatment*, 21(3), 198-217.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.
- Gullone E., Taffe J. (2012). The emotion regulation questionnaire for children and adolescents (ERQ-CA): A psychometric evaluation. *Psychological Assessment*, 24(2), 409–417. doi: 10.1037/a0025777
- John O.P., Gross, J.J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-33.
- Joseph, M. A., O'connor, T. G., Briskman, J. A., Maughan, B., Scott, S. (2013). The formation of secure new attachments by children who were maltreated: an observational study of adolescents in foster care. *Development and psychopathology*, 26 (01), 67-80.
- Jozefiak, T., Kayed, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M., Wichstrøm, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European child e adolescent psychiatry*, 25(1), 33-47.
- La Ferlita, V., Bonadies, M., Solano, L., De Gennaro, L., Gonini, P. (2007). Alessitimia e adolescenza: studio preliminare di validazione della tas-20 su un campione di 360 adolescenti italiani. *Infanzia e adolescenza*, 3, 131-144.
- Layne, C. M., Greeson, J. K., Ostrowski, S. A., Kim, S., Reading, S., Vivrette, R. L. Pynoos, R. S. (2014). Cumulative trauma exposure and high risk behavior in adolescence: findings from the national child traumatic stress network core data set. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 6(s1), s40. doi: 10.1037/a0037799
- Manninen, M., Therman, S., Suvisaari, J., Ebeling, H., Moilanen, I., Huttunen, M., & Joukamaa, M. (2011). Alexithymia is common among adolescents with severe disruptive behavior. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(7), 506-509. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182214281
- McSherry, D., Malet, M. F., Weatherall, K. (2016). Comparing long-term placements for young children in care: Does placement type really matter? *Children and Youth Services Review*, 69, 56-66. doi: 10.1016/j.childyouth.2016.07.021
- Monaci, M. G., Tamiello, R. (2001). La regolazione delle emozioni nei bambini istituzionalizzati. *Psicologia clinica dello sviluppo*, (3), 309-340. doi: 10.1449/632.
- Muzi, S. (2018). Risk factors for emotional- behavioral problems in residential-care and late-adopted adolescents: a pilot study with narrative interviews for attachment and alexithymia. *Proceedings of XX National Congress Italian Psychological Association Clinical and Dynamic section, Urbino, IT. Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 6(2B), p. 95. doi: 10.6092/2282-1619/2018.6.1939.
- Muzi, S., Bizzi, F., Pace, C. S. (2018, July). Psychiatric adolescents in residential-care: the role of attachment and emotional regulation strategies on psychopathological symptoms. *Proceedings of Annual Congress on Mental Health 2018, Paris, FR. Journal of Psychiatry*, 21 , p. 92. doi: 10.4172/2378-5756-C5-047.
- Orsini, A., Pezzuti, L., Picone, L. (2012). *Wechsler Intelligence Scale for Children IV Edizione Italiana*. Florence, Italy: Organizzazioni Speciali.
- Oriol, X., Sala-Roca, J., Filella, G. (2014). Emotional competences of adolescents in residential care: Analysis of emotional difficulties for intervention. *Children and Youth Services Review*, 44, 334-340. doi: 10.1016/j.childyouth.2014.06.009
- Pace, C.S. (2014). Assessing attachment representations among adoptees during middle childhood and adolescence with the Friend and Family Interview (FFI): clinical and research perspectives. *Attachment Assessment in treatments, prevention and intervention programs*, 101. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01114.
- Pace, C. S., Di Folco, S., & Guerriero, V. (2018). Late-adoptions in adolescence: Can attachment and emotion

- regulation influence behaviour problems? A controlled study using a moderation approach. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(2), 250-262. doi: 10.1002/cpp.2158
- Pace, C.S., Di Folco, S., Guerriero, G., Santona, A., Terrone G. (2015). Adoptive parenting and attachment: association of the Internal Working Models between adoptive mothers and their adopted children during adolescence. *Frontiers in Psychology, section Psychology for Clinical Setting*, 6, (1433), 1-12. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01433.
- Pace, C.S., Muzi, S. (2017). Adolescenza in famiglie adottive e biologiche: sintomi psicopatologici e strategie di regolazione emotiva. *Giornale italiano di psicologia*, 44(3), 783-791. doi: 10.1421/88386
- Pace C.S., Zavattini G.C., D'alesio M. (2012). Continuity and discontinuity of attachment patterns: A short-term longitudinal pilot-study of late-adopted children and their adoptive mothers. *Attachment e Human Development*, 14(1), 45-61. doi:10.1080/14616734.2012.636658.
- Pace, C.S., San Martini, P. e Zavattini, G.C. (2011). The factor structure of the Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA): a survey of Italian adolescents. *Personality and Individual Differences* 51, 83-88. DOI: 10.1016/j.paid.2011.03.006.4
- Palacios, J., Brodzinsky, D. (2010). Adoption research: Trends, topics, outcomes. *International Journal of Behavioral Development*, 34(3), 270-284. doi.org/10.1177/0165025410362837
- Paull, K. (2013). *Alexithymia, attachment and psychological wellbeing in young adults leaving care (Unpublished doctoral dissertation)*. ClinPsy Thesis, Cardiff University, Cardiff. URI: <http://orca.cf.ac.uk/id/eprint/51023>
- Quiroga, M. G., Hamilton-Giachritsis, C. (2016). Attachment styles in children living in alternative care: A systematic review of the literature. In *Child & youth care forum*, 45 (4), 625-653. Springer US. Doi:10.1007/s10566-015-9342-x
- Rayburn, A. D., Mcwey, L.M., Cui, M. (2016). The interrelationships between trauma and internalizing symptom trajectories among adolescents in foster care. *Children and Youth Services Review*, 61, 332-336. doi: 10.1016/j.childyouth.2016.01.006
- Steele, H., Steele, M., Kriss, A. (2009). *The Friends and Family Interview. Coding guidelines (unpublished manuscript)*. Department of Psychology, New school for Social Research, New York.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Caretti, V. Schimmenti, A. (2014). *La valutazione dell'alessitimia con la TSIA*. Milano: Raffaello Cortina Ed.
- Thurber, S., Sheehan, W. P. (2012). Note on truncated T scores in discrepancy studies with the Child Behavior Checklist and Youth Self Report. *Archives of Assessment Psychology*, 2(1), 73-80.
- Tokar, J. (2016). *The Foster Care Experience And Regulation Of Behavior And Emotion (Doctoral dissertation, University of Delaware)*. URI: <http://udspace.udel.edu/handle/19716/19625>
- Verzeletti, C., Zammuner, V. L., Galli, C., Agnoli, S. (2016). Emotion regulation strategies and psychosocial well-being in adolescence. *Cogent Psychology*, 3(1), 1199294. doi: 10.1080/23311908.2016.1199294.
- Villodas, M. T., Cromer, K. D., Moses, J. O., Litrownik, A. J., Newton, R. R., Davis, I. P. (2016). Unstable child welfare permanent placements and early adolescent physical and mental health: the roles of adverse childhood experiences and post-traumatic stress. *Child Abuse e Neglect*, 62, 76-88. doi:10.1016/j.chiabu.2016.10.014
- Wechsler, D. (2003). Wechsler Intelligence Scale for Children Fourth Edition. San Antonio, TX: Pearson.