



**UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2025/2026

TESI DI LAUREA

*L'impatto dell'assenza genitoriale: sviluppo emotivo, funzionamento relazionale e
rischio psicopatologico*

DOCENTE relatore: Prof. Stefania Cristofanelli

STUDENTE: Hala Bettache

23 D03 592

INDICE:

INTRODUZIONE	1
<i>CAPITOLO 1: Il ruolo della presenza genitoriale fisica ed emotiva nello sviluppo dei figli</i>	4
1.1 Dal concetto di genitorialità al significato di genitore assente	4
1.2 Trascuratezza e abuso emotivo: definizioni, differenze e inquadramento clinico	9
1.3 Trauma precoce come fattore di rischio nello sviluppo infantile	11
1.4 La teoria dell'attaccamento e i modelli operativi interni	13
<i>CAPITOLO 2: Effetti del trauma precoce sulle competenze sociali e relazionali</i>	17
2.1 La regolazione emotiva nello sviluppo neuropsicologico e l'impatto delle disregolazione emotiva sul funzionamento relazionale	17
2.2 Lo sviluppo dell'intersoggettività e la sintonizzazione affettiva	20
2.3 Lo sviluppo della capacità di mentalizzare nel contesto del trauma infantile	21
2.4 Pattern relazionali nell'età adulta e difficoltà nella costruzione di relazioni significative	23
2.4.1 Evitamento relazionale e difficoltà nell'intimità emotiva	23
2.4.2 Configurazioni della dipendenza affettiva	25
2.4.3 Compromissione della fiducia interpersonale ed epistemica	26
2.4.4 La gestione dei conflitti interpersonali	28
<i>CAPITOLO 3: Traiettorie evolutive e vulnerabilità psicopatologica: l'impatto delle avversità infantili su depressione, ansia e disturbo da stress post-traumatico</i>	30
3.1 Traiettorie evolutive verso la psicopatologia: inquadramento generale	30
3.2 Disturbo depressivo maggiore	32
3.3 Disturbi d'ansia: sociale, generalizzato, panico	34
3.4 Disturbo da stress post-traumatico	36
CONCLUSIONE.....	39
BIBLIOGRAFIA.....	42

INTRODUZIONE

Le esperienze relazionali precoci rappresentano uno dei principali determinanti dello sviluppo psicologico dell'individuo. Fin dai primi anni di vita, la qualità delle interazioni con le figure di accudimento contribuisce alla costruzione della sicurezza affettiva, della regolazione emotiva, dell'immagine di sé e delle modalità attraverso cui il bambino impara a interpretare il mondo e a relazionarsi con gli altri. In tale prospettiva, la presenza del caregiver non può essere intesa esclusivamente come vicinanza fisica, ma deve essere considerata soprattutto in termini di disponibilità emotiva, sensibilità e capacità di rispondere in modo adeguato ai bisogni affettivi del bambino.

Quando queste funzioni risultano compromesse, a causa dell'assenza o abbandono genitoriale, della trascuratezza emotiva, dell'abuso psicologico o di altre esperienze avverse vissute durante l'infanzia, il normale percorso di sviluppo può subire profonde alterazioni. Negli ultimi decenni, la letteratura scientifica ha infatti evidenziato come le avversità infantili rappresentino importanti fattori di rischio per il successivo sviluppo di difficoltà emotive, relazionali, sociali e psicopatologiche. L'interesse della ricerca si è progressivamente spostato da una concezione dell'evento traumatico come episodio isolato alla comprensione del trauma precoce quale esperienza relazionale cronica, capace di influenzare le traiettorie evolutive attraverso l'interazione di fattori biologici, psicologici e ambientali.

L'assenza genitoriale costituisce un fenomeno complesso e multidimensionale che non coincide necessariamente con la sola lontananza fisica del caregiver. La ricerca contemporanea distingue infatti l'assenza fisica dalla mancanza di disponibilità emotiva, sottolineando come quest'ultima possa esercitare un impatto altrettanto, se non maggiormente, significativo sullo sviluppo del bambino. La qualità della relazione di accudimento rappresenta pertanto un elemento centrale nella costruzione dell'attaccamento, della regolazione delle emozioni, della mentalizzazione e delle competenze relazionali, configurandosi come un fattore protettivo oppure, al contrario, come una condizione di vulnerabilità per lo sviluppo psicologico.

Alla luce di tali considerazioni, il presente elaborato si articola in tre capitoli, organizzati secondo un percorso che procede dall'inquadramento teorico del fenomeno fino all'analisi delle sue principali conseguenze sul funzionamento psicologico e sulla salute mentale.

Il primo capitolo è dedicato all'approfondimento del concetto di genitorialità e del costrutto di assenza genitoriale, evidenziandone la natura multidimensionale e distinguendo la semplice assenza fisica

dalla mancanza di disponibilità emotiva del caregiver. Vengono successivamente analizzate le diverse configurazioni dell'assenza genitoriale, quali il genitore fisicamente presente ma emotivamente indisponibile, il genitore fisicamente assente ma affettivamente coinvolto e la condizione di abbandono, considerata la forma più grave di deprivazione relazionale. Successivamente, il capitolo approfondisce il tema della trascuratezza emotiva e dell'abuso emotivo, mettendone in evidenza le caratteristiche distintive, l'inquadramento clinico e nosografico e le principali conseguenze sullo sviluppo infantile. L'ultima parte è dedicata al trauma precoce, esaminato attraverso i contributi della psicopatologia dello sviluppo, del trauma complesso e delle Adverse Childhood Experiences (ACEs), con particolare attenzione ai meccanismi attraverso cui le esperienze avverse influenzano le traiettorie evolutive del bambino.

Il secondo capitolo analizza i processi psicologici che mediano la relazione tra trauma infantile e funzionamento relazionale nel corso della vita. In primo luogo, viene approfondito il ruolo della regolazione emotiva, descrivendone lo sviluppo neuropsicologico e illustrando come il maltrattamento e la trascuratezza possano alterare i sistemi cerebrali coinvolti nella gestione delle emozioni, favorendo condizioni di disregolazione emotiva. Successivamente vengono esaminati i costrutti di intersoggettività e sintonizzazione affettiva, attraverso i contributi teorici di Stern e Tronick, evidenziando l'importanza delle prime interazioni diadiche nella costruzione del Sé e delle competenze relazionali. Il capitolo affronta inoltre lo sviluppo della capacità di mentalizzare, illustrando come le esperienze traumatiche precoci possano comprometterne la maturazione e influenzare la comprensione degli stati mentali propri e altrui. Infine, vengono analizzati i principali pattern relazionali osservabili nell'età adulta, soffermandosi sulle difficoltà nella costruzione di relazioni significative, sull'evitamento dell'intimità emotiva, sulla paura dell'abbandono, sulla dipendenza affettiva e sulle alterazioni della fiducia interpersonale, aspetti frequentemente associati a una storia di trauma relazionale precoce.

Il terzo capitolo è dedicato all'analisi delle principali traiettorie psicopatologiche associate alle esperienze avverse infantili. Dopo un inquadramento generale del rapporto tra maltrattamento, vulnerabilità psicologica e sviluppo della psicopatologia, vengono approfonditi i disturbi maggiormente documentati dalla letteratura scientifica. In particolare, viene esaminata l'associazione tra trauma precoce e disturbo depressivo maggiore, evidenziando il ruolo delle esperienze infantili nella comparsa, nel decorso e nella risposta ai trattamenti della depressione. Successivamente vengono analizzati i principali disturbi d'ansia, con particolare riferimento al disturbo d'ansia sociale, al disturbo d'ansia generalizzato e al disturbo di panico, approfondendo i meccanismi attraverso cui il trauma infantile favorisce l'ipersensibilità alla minaccia e l'instaurarsi di stati di ipervigilanza.

Infine, il capitolo prosegue con l'esame del disturbo da stress post-traumatico, soffermandosi sul ruolo delle esperienze traumatiche precoci nello sviluppo della sintomatologia post-traumatica.

CAPITOLO 1

Il ruolo della presenza genitoriale fisica ed emotiva nello sviluppo dei figli

1.1 Dal concetto di genitorialità al significato di genitore assente

Il concetto di genitorialità, definito nella letteratura scientifica internazionale con il termine *parenting*, si riferisce a un processo di natura sia biologica sia sociale che comprende l'insieme delle funzioni di accudimento, educazione e sostegno rivolte al figlio lungo l'intero percorso di sviluppo, dalla nascita fino all'età adulta. Tale processo coinvolge, da un lato, le figure genitoriali o i *caregiver* che esercitano le funzioni di cura e responsabilità educativa e, dall'altro, il figlio che ne riceve gli effetti sul piano evolutivo, emotivo e relazionale (Rollo & Pinelli, 2010, cit. in Santrock, 2021). La genitorialità non può essere considerata una condizione rigidamente determinata sul piano biologico o genetico, né ridursi esclusivamente all'assunzione di un ruolo sociale definito. Al contrario, essa rappresenta un processo dinamico, multi-determinato e aperto all'evoluzione nel corso del tempo, influenzato dall'interazione tra fattori individuali, relazionali e contestuali (Zaccagnini & Zavattini, 2007, cit. in Santrock, 2021). In questa prospettiva, il *parenting* si configura come una funzione che si esprime attraverso un insieme articolato di comportamenti reciprocamente interconnessi, i quali caratterizzano le interazioni quotidiane tra genitore e figlio e contribuiscono a determinare la qualità della relazione affettiva ed educativa (Simonelli, 2014, cit. in Santrock, 2021). L'esercizio della funzione genitoriale implica infatti lo svolgimento di attività di cura che non riguardano esclusivamente gli aspetti fisici e materiali, ma comprendono anche dimensioni emotive, affettive, relazionali e di sostegno psicologico. La genitorialità deve quindi essere intesa come una funzione complessa, costituita da una molteplicità di processi psicologici che derivano dall'interazione di differenti fattori individuali, familiari, sociali e culturali. È proprio dall'integrazione di tali elementi che prendono forma lo stile genitoriale e le specifiche modalità attraverso cui il comportamento di cura viene espresso nella relazione con il figlio (Santrock, 2021).

Nel panorama della psicologia dello sviluppo e della sociologia della famiglia, il costrutto di assenza genitoriale (*parental absence*) descrive una condizione strutturale e relazionale complessa, non riducibile alla mera mancanza fisica o geografica di una figura di riferimento. La letteratura scientifica evidenzia come tale concetto risenta storicamente di una marcata frammentazione teorica e sia privo di una definizione univoca e standardizzata. A tal proposito, East et al. (2006) sottolineano come

persino declinazioni specifiche del fenomeno, quale la *father absence* (assenza paterna), risultino scarsamente definite sul piano operativo. Gran parte della letteratura, infatti, tende a utilizzare il termine in modo eterogeneo, senza distinguere sistematicamente tra le differenti cause scatenanti, quali il decesso, il conflitto coniugale o altre peculiari condizioni di instabilità familiare.

Nonostante questa variabilità definitoria, il costrutto viene correntemente operazionalizzato attraverso l'interazione di due macro-dimensioni che comprendono l'assenza fisica o residenziale e la compromissione relazionale. Sul piano epidemiologico e clinico, la manifestazione primaria dell'assenza genitoriale coincide con la mancata coabitazione del minore con uno o entrambi i genitori biologici durante le tappe fondamentali della crescita (Jiang et al., 2023). I profondi mutamenti demografici e sociali che hanno caratterizzato gli ultimi decenni hanno determinato un incremento sostanziale delle famiglie monoparentali e, di riflesso, del numero di bambini e adolescenti che sperimentano la crescita al di fuori di un nucleo familiare coabitante (East et al., 2006). All'interno di questo panorama, l'indagine empirica individua tre principali percorsi causali e traiettorie di frammentazione familiare attraverso cui il fenomeno dell'assenza si declina concretamente. La prima determinante è rappresentata dalla frattura del nucleo primario in seguito a separazione o divorzio; in questo contesto, il fallimento del legame di coppia e la successiva riorganizzazione strutturale producono una significativa alterazione relazionale, parallelamente a una destrutturazione dell'ambiente di vita quotidiano del minore (McLanahan et al., 2013). Un secondo scenario causale, di natura prettamente sociodemografica, è riconducibile alla migrazione economica, da cui origina la specifica condizione dei cosiddetti bambini "lasciati indietro" (*left-behind children*). Si tratta di una dinamica transnazionale ampiamente documentata soprattutto nei contesti dei mercati emergenti, dove le esigenze occupazionali spingono uno o entrambi i caregiver a trasferirsi a grande distanza, affidando i figli a figure di accudimento secondarie nel paese di provenienza (Meng & Yamauchi, 2015). Questa peculiare modalità di distanziamento fisico prolungato introduce una profonda vulnerabilità emotiva e priva il minore di una costante supervisione e di uno *scaffolding* protettivo diretto nella propria quotidianità (Wang, 2026; Yeung & Gu, 2016). Infine, la terza direttrice coincide con il lutto genitoriale, il quale si configura storicamente come la forma più radicale, acuta e irreversibile di assenza. In questo caso, le evidenze cliniche associano la perdita biologica e permanente del caregiver a un incremento critico del rischio di insorgenza di manifestazioni psicopatologiche e disturbi della sfera emotiva, evidenziando una fragilità psicologica che si mostra particolarmente accentuata e documentata nei primi ventiquattro mesi successivi all'evento esiziale (Jiang et al., 2023). L'analisi integrata di queste diverse matrici suggerisce, in definitiva, che l'assenza genitoriale non debba essere interpretata esclusivamente come un dato strutturale, bensì come una condizione sistemica. Essa interviene modificando in modo sostanziale la qualità delle relazioni

interne al nucleo, la stabilità emotiva del contesto domestico e l'efficacia delle dinamiche di supporto e di *scaffolding* psicologico necessarie a garantire un sano sviluppo psicofisico durante l'infanzia e l'adolescenza (McLanahan et al., 2013).

La letteratura psicologica e dello sviluppo distingue nettamente la semplice vicinanza fisica del caregiver dalla sua effettiva disponibilità emotiva (Biringen & Easterbrooks, 2012; Field, 1994). Il benessere psicologico e la crescita del bambino non dipendono infatti dalla mera coabitazione o dalla presenza concreta nella quotidianità, ma dalla capacità delle figure di accudimento di costruire una relazione caratterizzata da una sintonizzazione affettiva profonda, la cui assenza è associata a un aumento del rischio di esiti psicopatologici (Biringen et al., 2014; Lum & Phares, 2005). Per comprendere l'impatto delle dinamiche relazionali primarie sulle traiettorie evolutive, la ricerca più recente evidenzia la necessità di superare una visione dicotomica della presenza genitoriale, distinguendo accuratamente tra l'assenza fisica e l'assenza relazionale o psicologica (Langlais et al., 2024). Sulla base di questi apporti teorici, diventa fondamentale analizzare tre precise configurazioni della presenza/assenza genitoriale: il genitore fisicamente presente ma emotivamente indisponibile, il genitore fisicamente assente ma emotivamente presente, e infine la condizione traumatica dell'abbandono genitoriale inteso come forma estrema di rifiuto genitoriale.

Una delle configurazioni più insidiose all'interno del contesto familiare si realizza quando il genitore, pur occupando lo stesso spazio fisico del figlio, si dimostra incapace di rispondere ai suoi bisogni affettivi. Biringen e collaboratori (2000) hanno sviluppato le *Emotional Availability Scales* (EAS), uno strumento osservativo finalizzato alla valutazione della qualità delle interazioni diadiche genitore-bambino. Le EAS permettono di analizzare sei dimensioni complessive: due relative al comportamento del bambino nei confronti del caregiver e quattro riferite al comportamento del caregiver. In particolare, per la figura genitoriale vengono considerate la sensibilità, la capacità di strutturazione, la non-intrusività e la non-ostilità, mentre per il bambino si valutano la responsività e la capacità di coinvolgere attivamente il genitore nella relazione. Questo insieme di dimensioni viene inquadrato teoricamente attraverso il costrutto di Disponibilità Emotiva (*Emotional Availability*, EA), intesa come la capacità della diade di costruire e condividere una connessione affettiva reciproca, caratterizzata da sensibilità, coinvolgimento emotivo e responsività (Biringen & Easterbrooks, 2012; Biringen et al., 2014).

Quando un caregiver è fisicamente presente ma psicologicamente distante, si osserva una carenza nei pattern di sensibilità e strutturazione, accompagnata talvolta da distacco, difficoltà di sintonizzazione o comportamenti intrusivi e ostili (Biringen et al., 2014). Storicamente, già gli studi di Field (1994)

sull'indisponibilità materna avevano evidenziato come l'indisponibilità emotiva si distingua nettamente dall'assenza fisica, ponendosi come un fattore che compromette in modo significativo i processi di sviluppo socio-emotivo e la gestione dello stress nel bambino. La ricerca clinica contemporanea conferma che la cronica inaccessibilità emotiva del genitore rappresenta un fattore di rischio significativo per la psicopatologia dello sviluppo, interferendo con la costruzione di un attaccamento sicuro (Biringen & Easterbrooks, 2012). I bambini esposti a questo vuoto relazionale sperimentano la cosiddetta trascuratezza emotiva infantile. Sebbene non vi sia un'assenza fisica o un abuso manifesto, questa forma di *neglect* ha effetti significativi e persistenti: l'indisponibilità affettiva è infatti direttamente correlata a un persistente senso di solitudine che si mantiene fino all'età adulta (Iffland et al., 2021). In tale scenario, la percezione soggettiva che il figlio sviluppa rispetto alla freddezza o all'accessibilità del genitore diventa l'elemento cruciale per il suo benessere. Strumenti clinici come la scala *Lum Emotional Availability of Parents* (LEAP) nascono proprio per quantificare il modo in cui i giovani valutano la disponibilità affettiva dei propri caregiver, dimostrando empiricamente che bassi livelli percepiti in questa dimensione si associano a difficoltà emotive, relazionali e a una compromissione dell'autostima, a prescindere dalla convivenza sotto lo stesso tetto (Lum & Phares, 2005).

Diametralmente opposta è la situazione in cui un genitore si trova a vivere una condizione di lontananza fisica e logistica dal nucleo familiare, a causa di impegni lavorativi, migrazioni, carcerazione o separazioni conflittuali, ma si sforza attivamente di mantenere intatto il supporto affettivo e il legame emotivo con il figlio. Sebbene crescere con un genitore fuori casa comporti indubbiamente sfide complesse e faticose riorganizzazioni strutturali (Langlais et al., 2024), la letteratura scientifica evidenzia che la presenza fisica non è l'unico elemento cardine dello sviluppo. Field (1994) osserva che gli esiti della separazione geografica variano drasticamente a seconda della qualità del legame mantenuto: il bambino è in grado di conservare una rappresentazione interna rassicurante e stabile della figura genitoriale, purché la relazione rimanga responsiva e coerente nel tempo. I modelli basati sulla disponibilità emotiva suggeriscono dunque che la connessione psicologica possa trascendere la vicinanza fisica immediata (Biringen et al., 2014). Quando il genitore distante riesce a comunicare calore, sensibilità e interesse genuino per la vita del figlio durante i contatti interattivi, l'impatto negativo della distanza può essere mitigato. Questo principio trova riscontro nello studio di Langlais et al. (2024), il quale opera una netta distinzione tra assenza fisica e assenza psicologica. Gli autori dimostrano che gli esiti evolutivi negativi sono legati principalmente alla mancanza di coinvolgimento relazionale piuttosto che alla mera distanza chilometrica; molti partecipanti alla ricerca hanno infatti descritto relazioni percepite come emotivamente positive e supportive con genitori fisicamente lontani ma costantemente presenti a livello emotivo, capaci di

agire come una solida base sicura in linea con i costrutti della disponibilità affettiva (Biringen et al., 2014; Lum & Phares, 2005).

La condizione più severa e traumatica si realizza quando la distanza fisica non è temporanea o motivata da contingenze esterne, ma si sovrappone a una totale e definitiva interruzione della relazione emotiva, configurandosi come un vero e proprio abbandono. Crescere affrontando l'abbandono da parte di un caregiver priva il bambino, simultaneamente, sia del supporto pratico e della cura quotidiana, sia della validazione dei propri stati affettivi interni (Langlais et al., 2024). A livello teorico, le significative ripercussioni di questa condizione trovano una spiegazione sistematica all'interno della teoria del rifiuto genitoriale, *Parental Acceptance-Rejection Theory* (PARTheory) formulata da Rohner (1980). Rohner descrive il rifiuto genitoriale come l'assenza o il ritiro intenzionale di affetto, calore e supporto, che nell'abbandono trova la sua massima e manifesta espressione attraverso l'indifferenza e la trascuratezza totale. Secondo questo modello, l'esperienza del rifiuto e dell'abbandono priva il minore dei suoi bisogni fondamentali di attaccamento, scatenando una costellazione di risposte psicologiche disfunzionali, tra cui una grave compromissione dell'autostima, insicurezza emotiva, elevati livelli di ostilità repressa e profonde difficoltà interpersonali (Rohner, 1980).

L'abbandono, pertanto, non deve essere interpretato come una semplice separazione fisica, ma come una persistente assenza relazionale e psicologica (Langlais et al., 2024). Esso rappresenta la forma più radicale di *childhood emotional neglect*, le cui conseguenze si declinano in età adulta sotto forma di una cronica solitudine relazionale e di una spiccata difficoltà nei processi di regolazione emotiva (Iffland et al., 2021). In sintesi, mentre nel genitore "soltanto" fisicamente assente resta salva la dimensione della sintonizzazione psicologica, e nel genitore "soltanto" emotivamente indisponibile permane comunque una cornice di accudimento materiale e formale, tale tipologia di abbandono priva il soggetto di entrambe le coordinate. Il risultato è una condizione di significativa vulnerabilità psicologica, caratterizzata dalla compresenza di deprivazione affettiva e assenza materiale, aumentando la vulnerabilità del soggetto verso gravi traiettorie psicopatologiche nel corso del ciclo di vita (Biringen & Easterbrooks, 2012; Iffland et al., 2021).

1.2 Trascuratezza e abuso emotivo: definizioni, differenze e inquadramento clinico

La trascuratezza infantile è definita come una condizione cronica e persistente caratterizzata dall'incapacità del caregiver di soddisfare i bisogni primari del bambino (Newton & Vandeven, 2010; Thompson, 2010). Essa rappresenta la forma di maltrattamento infantile maggiormente diffusa; nei Paesi in cui sono disponibili dati epidemiologici sistematici, essa risulta manifestarsi con una frequenza circa tre volte superiore rispetto alle altre forme di abuso (Benoit et. al., 2008, cit. in Santrock, 2021).

Può essere distinta in trascuratezza fisica, educativa o emotiva. La *trascuratezza fisica* consiste nell'omissione delle cure necessarie alla tutela della salute e della sicurezza del minore. Essa include il mancato accesso all'assistenza sanitaria o il ritardo nel garantirla, l'abbandono, l'allontanamento del bambino dal contesto familiare o il rifiuto di riaccoglierlo dopo una fuga da casa, nonché una supervisione inadeguata che espone il minore a potenziali rischi per la salute e l'incolumità fisica. La *trascuratezza educativa* riguarda il mancato soddisfacimento dei bisogni scolastici e formativi del bambino. Si esprime attraverso la tolleranza di assenze scolastiche croniche, la mancata iscrizione durante il periodo dell'istruzione obbligatoria e l'assenza di attenzione nei confronti di eventuali bisogni educativi speciali. La *trascuratezza emotiva* definita anche come *neglect* emotivo è caratterizzata da una persistente mancanza di responsività ai bisogni affettivi del minore. Essa comprende atteggiamenti di marcato disinteresse verso il benessere emotivo del bambino, il mancato ricorso a cure psicologiche o l'inadempienza nel garantirle, l'esposizione del minore a episodi di violenza coniugale e la permissività rispetto al consumo di sostanze quali alcol o droghe. (Benoit et al., 2008, cit. in Santrock, 2021).

Dal punto di vista nosografico, la letteratura scientifica e il DSM-5-TR inquadrano il *neglect* emotivo e la trascuratezza infantile come condizioni relazionali e contestuali clinicamente rilevanti. In particolare, il DSM-5 inserisce tali dinamiche nella categoria "*Parent-Child Relational Problem*" (codice Z62.820 / V61.20), volta a descrivere pattern relazionali caratterizzati da una severa compromissione della cura, interazioni disfunzionali, ostilità cronica e deficit nella responsività emotiva tra caregiver e bambino (Wamboldt et al., 2015). Analogamente, l'ICD-11 (2022) introduce il codice QE82.3 ("Personal history of neglect"), collocandolo nel capitolo relativo ai fattori che influenzano lo stato di salute e alle condizioni associate a esperienze traumatiche o avverse. All'interno di questo sistema diagnostico, il *neglect* viene integrato nella macrocategoria QE82, "*Personal history of maltreatment*", la quale include anche l'abuso fisico (QE82.0), sessuale (QE82.1) e psicologico (QE82.2). Tale inquadramento evidenzia il

riconoscimento clinico della trascuratezza come esperienza traumatica significativa, associata a possibili conseguenze sullo sviluppo emotivo, cognitivo e relazionale dell'individuo.

La letteratura scientifica distingue inoltre il *neglect* emotivo dall'abuso emotivo attraverso la dicotomia "omissione/commissione". Il neglect emotivo rappresenta una forma passiva di maltrattamento, caratterizzata da una cronica carenza di responsività affettiva, sostegno emotivo e adeguata disponibilità relazionale da parte del caregiver: non consiste pertanto in ciò che viene fatto al bambino, bensì in ciò che viene sistematicamente a mancare rispetto ai suoi bisogni emotivi e di sintonizzazione affettiva. L'abuso emotivo, invece, si configura come una forma attiva di maltrattamento e si manifesta attraverso comportamenti direttamente lesivi sul piano psicologico ed emotivo, quali svalutazione, rifiuto, umiliazione, intimidazione e minacce rivolte al bambino. In alcuni casi, al bambino vengono anche attribuite le responsabilità dei problemi dell'adulto o della famiglia, privandolo così di quelle esperienze fondamentali che favoriscono la percezione di essere amato, accettato e al sicuro (Glaser, 2002; Hart & Brassard, 1998; Fortin & Reed, 1981).

Una singola affermazione negativa o un'interazione spiacevole non è sufficiente a configurare una condizione di abuso. L'abuso emotivo si realizza quando tali interazioni negative sono ripetute nel tempo e diventano un pattern relazionale stabile e persistente (Glaser, 2002; Hart et al., 1998). In tali contesti, i caregiver possono mettere in atto comportamenti quali minacce di abbandono, negazione dell'affetto e del sostegno emotivo, trascuratezza dei bisogni del bambino o trattamento differenziale rispetto ai fratelli, contribuendo così all'emergere di vissuti di esclusione, colpa e svalutazione (Fortin & Reed, 1981). L'abuso emotivo può inoltre assumere forme più strutturate di controllo e manipolazione, tra cui isolamento sociale, sfruttamento del bambino per la soddisfazione di bisogni emotivi o pratici dell'adulto, esposizione a conflitti familiari intensi e punizioni (Tzeng & Hammer, 1988).

Frequentemente, i genitori abusanti presentano confini relazionali disfunzionali, che ostacolano lo sviluppo dell'autonomia e la costruzione di un'identità personale stabile. L'esposizione cronica a tali dinamiche è associata a importanti conseguenze psicologiche e relazionali, tra cui bassa autostima, insicurezza, difficoltà nelle relazioni interpersonali, alterazioni della regolazione emotiva e una maggiore vulnerabilità allo sviluppo di psicopatologie nel corso dello sviluppo (Cicchetti & Toth, 2005). I confini emotivi rappresentano la capacità dell'individuo di distinguere i propri vissuti emotivi da quelli degli altri. Essi possono essere compromessi da diversi fattori, tra cui l'inversione di ruolo, in cui il bambino assume funzioni di accudimento nei confronti del genitore, l'incesto emotivo, nonché esperienze di vergogna e umiliazione. L'incesto emotivo si verifica quando i genitori

condividono con il bambino informazioni e segreti di natura adulta, spesso in contesti familiari disfunzionali in cui la comunicazione tra gli adulti è compromessa o inefficace. In tali situazioni, il bambino viene esposto a carichi emotivi non adeguati al suo livello di sviluppo, assumendo il ruolo di contenitore del dolore genitoriale (Fossum & Mason, 1988).

In età adulta, tali esperienze possono associarsi alla tendenza a instaurare relazioni con partner che presentano difficoltà nella regolazione ed espressione del dolore emotivo, riproducendo dinamiche di dipendenza affettiva (Norwood, 1985). Questo porta spesso a sviluppare un focus ossessivo sui bisogni dell'altro a discapito della propria cura (Beattie, 1987). In contesti familiari caratterizzati da elevati livelli di controllo e dominio, ai figli viene spesso richiesto di aderire ai sentimenti e alle credenze dell'adulto dominante, sopprimendo le proprie reazioni spontanee per mantenere l'equilibrio del sistema (Lerner, 1985).

1.3 Trauma precoce come fattore di rischio nello sviluppo infantile

Il trauma precoce rappresenta un tema centrale nella letteratura sul maltrattamento infantile e sulla psicopatologia dello sviluppo. In quest'ottica, le esperienze di abuso e trascuratezza vissute durante l'infanzia sono considerate condizioni in grado di influenzare profondamente lo sviluppo emotivo, cognitivo e relazionale del minore (Cicchetti & Toth, 2005). Secondo la prospettiva della psicopatologia dello sviluppo, infatti, il maltrattamento infantile non deve essere interpretato come un singolo evento traumatico isolato, bensì come una condizione cronica che incide sulle traiettorie evolutive attraverso una complessa interazione tra fattori biologici, psicologici e ambientali (Cicchetti & Toth, 2005).

Un contributo particolarmente rilevante alla comprensione di tali dinamiche deriva dal costrutto di trauma complesso elaborato da Cook e colleghi (2005). Gli autori lo definiscono come l'esposizione a eventi traumatici multipli, cronici e di natura interpersonale, quali l'abuso psicologico, fisico, sessuale, la trascuratezza e l'esposizione alla violenza domestica, caratterizzati da effetti pervasivi e persistenti sul funzionamento del bambino. Tali esperienze compromettono aree cruciali dello sviluppo, tra cui la regolazione emotiva, il comportamento, le relazioni interpersonali e la strutturazione della percezione di sé (Cook et al., 2005). Sul piano neurocognitivo, gli studi di Pollak e colleghi (1998) evidenziano come il maltrattamento precoce sia in grado di alterare i processi di elaborazione delle informazioni emotive e di interpretazione degli stimoli relazionali.

Per ampliare la comprensione dell'impatto ambientale, Felitti e colleghi (1998) hanno introdotto il costrutto di *Adverse Childhood Experiences* (ACEs). Questo concetto include non solo le forme

dirette di maltrattamento, ma anche una serie di avversità sistemiche che minano la stabilità del contesto familiare, quali la separazione o il divorzio dei genitori, l'esposizione alla violenza assistita, la presenza di psicopatologia o abuso di sostanze nei caregiver e l'incarcerazione di un membro del nucleo familiare (Felitti et al., 1998). La letteratura scientifica successiva ha confermato l'effetto cumulativo di tali esperienze (Malvaso et al., 2022); l'esposizione simultanea a più ACEs risulta infatti significativamente correlata non solo a vulnerabilità psicologiche ed emotive nell'infanzia, ma anche a esiti negativi a lungo termine sulla salute fisica e mentale in età adulta, tra cui patologie croniche, condotte di dipendenza e una riduzione dell'aspettativa di vita (Felitti et al., 1998). In virtù di tali evidenze, il *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) e numerosi autori concordano nell'utilizzare il termine "maltrattamento infantile" come un concetto ombrello che integra epidemiologicamente l'abuso e la trascuratezza all'interno della più ampia categoria dei traumi evolutivi (Bernstein et al., 1998; CDC, 2019).

Per descrivere in modo clinico la complessità di questa compromissione globale, la task force del *National Child Traumatic Stress Network* (NCTSN), coordinata da Bessel van der Kolk, ha proposto l'introduzione del Disturbo Traumatico dello Sviluppo (*Developmental Trauma Disorder*, DTD) (van der Kolk, 2005). Questa formulazione nosografica è stata specificamente strutturata per identificare i quadri clinici di bambini e adolescenti esposti a traumi complessi, superando i limiti diagnostici del PTSD classico. I criteri del DTD, elaborati a partire dalle evidenze empiriche e dai dati provenienti dai servizi di tutela minorile e di detenzione giovanile statunitensi, richiedono un'esposizione a eventi avversi multipli e prolungati, vissuti direttamente o assistiti, per un periodo minimo di un anno, con esordio nell'infanzia o nella prima adolescenza (van der Kolk, 2005).

Il quadro sintomatologico del disturbo si caratterizza per una persistente compromissione del funzionamento globale che investe differenti sfere evolutive. In primo luogo, sul piano affettivo e fisiologico si osservano alterazioni significative nella modulazione dell'arousal, l'incapacità di ripristinare l'omeostasi emotiva e deficit cronici nella gestione dello stress. A queste manifestazioni si associa una severa disregolazione comportamentale e cognitiva, che si esprime attraverso disfunzioni nei processi attentivi, difficoltà di apprendimento, impulsività, alterazioni del sonno e dell'alimentazione, oltre ad agiti aggressivi. Infine, il quadro clinico comprende profonde alterazioni della percezione del Sé e delle relazioni interpersonali; tali dimensioni si declinano in distorsioni dell'immagine corporea e dell'autostima, fenomeni dissociativi e marcate compromissioni nei pattern di attaccamento e nello sviluppo delle relazioni significative (Montano & Borzì, 2019). In sintesi, la letteratura scientifica converge nel considerare il trauma precoce, in particolare nelle sue declinazioni di maltrattamento e *neglect*, come il principale fattore di rischio evolutivo, i cui effetti pervasivi

tendono a strutturarsi in traiettorie psicopatologiche persistenti che si estendono fino all'età adulta (Cook et al., 2005; Felitti et al., 1998; Pollak et al., 1998).

1.4 La teoria dell'attaccamento e i modelli operativi interni

Secondo la teoria dell'attaccamento, il bambino sviluppa fin dai primi anni di vita un legame emotivo stabile e significativo con la figura di riferimento primaria, generalmente identificata nella madre o nel caregiver. Questa relazione affettiva, caratterizzata da continuità e vicinanza emotiva, svolge una funzione fondamentale nel garantire protezione, sicurezza e sostegno allo sviluppo emotivo del bambino (Simonelli & Calvo, 2002, cit. in Santrock et al., 2021).

John Bowlby elaborò la teoria dell'attaccamento tra gli anni Sessanta e Ottanta del Novecento, ipotizzando l'esistenza di una predisposizione biologica del bambino a stabilire un legame privilegiato con una figura di riferimento. Tale predisposizione sarebbe fondata su una motivazione primaria e innata, legata al bisogno di vicinanza e di interazione sociale. Accogliendo i contributi degli studi etologici condotti da Konrad Lorenz sull'imprinting e le ricerche sperimentali di Harry Harlow, Bowlby sostenne che l'essere umano era dotato, fin dalla nascita, di sistemi comportamentali specie-specifici. Tra questi, il sistema di attaccamento rappresenta un'organizzazione interna di comportamenti innati, indipendenti da precedenti apprendimenti, attivati sia da fattori interni, come fame, fatica o disagio, sia da fattori esterni, quali l'assenza, la separazione o il ritorno della figura di attaccamento. La funzione principale di tale sistema è quella di mantenere la vicinanza e la relazione con il caregiver.

I comportamenti di attaccamento, definiti anche schemi comportamentali, consistono in azioni innate e preprogrammate che il bambino mette in atto per ricercare e mantenere la prossimità e il contatto con la figura materna o con il caregiver principale (Rollo, 2005; Riva Crugnola, 2007, 2012, cit. in Santrock et al., 2021).

È possibile distinguere tre principali fasi nello sviluppo della teoria dell'attaccamento. La prima fase coincide con l'elaborazione del concetto di attaccamento e con la sua sistematizzazione teorica ad opera di John Bowlby, che pose le basi teoriche del modello. La seconda fase, collocabile orientativamente nella seconda metà degli anni Sessanta, fu caratterizzata da un significativo approfondimento sul piano osservativo grazie ai contributi pionieristici di Mary Ainsworth. In questo periodo venne inoltre elaborata la procedura sperimentale della *Strange Situation*, strumento che consentì di osservare e descrivere le differenze individuali nelle risposte di attaccamento manifestate dai bambini nei confronti della figura di accudimento. La terza fase, sviluppatasi a partire dalla seconda metà degli anni Ottanta, fu invece caratterizzata da un crescente interesse per le dinamiche

di attaccamento nell'età adulta e per i correlati rappresentazionali ad esse associati, con particolare attenzione ai modelli operativi interni e alla loro influenza sulle relazioni interpersonali.

Secondo la teoria dell'attaccamento elaborata da John Bowlby, il bambino nasce dotato di un repertorio innato di comportamenti di attaccamento, selezionati nel corso dell'evoluzione con la funzione di favorire il mantenimento della vicinanza alle figure di accudimento e di protezione. All'interno di tale prospettiva, Bowlby distingue il concetto di attaccamento, il comportamento di attaccamento e il sistema dei comportamenti di attaccamento. Il sistema di attaccamento tende ad attivarsi soprattutto in situazioni percepite come minacciose o pericolose e induce il bambino a ristabilire la prossimità con la figura di riferimento attraverso specifici comportamenti, quali il pianto, il sorriso o la ricerca fisica di contatto. La figura di attaccamento, generalmente rappresentata da un genitore ma potenzialmente incarnata anche da altre figure significative come nonni, fratelli maggiori o caregiver sostitutivi, svolge una funzione fondamentale di protezione e regolazione emotiva, offrendo sicurezza, sostegno e incoraggiamento all'esplorazione dell'ambiente. Secondo Bowlby, la possibilità di mantenere la vicinanza alla figura di attaccamento consente al bambino di modulare emozioni negative quali ansia, rabbia e tristezza, favorendo progressivamente lo sviluppo delle capacità di autoregolazione emotiva e di coping che caratterizzeranno il funzionamento adulto.

Uno dei temi centrali dell'opera di Bowlby riguarda le conseguenze della separazione e della perdita della figura di attaccamento. Nei volumi conclusivi della trilogia sull'attaccamento (1980), l'autore sostiene che le reazioni apparentemente irrazionali o immature alla perdita, come incredulità, rabbia, ricerca persistente della persona perduta o percezione della sua continua presenza, risultano comprensibili se interpretate alla luce della teoria dell'attaccamento. Inoltre, Bowlby ipotizza che le modalità con cui l'individuo affronta il lutto derivino in larga misura dall'organizzazione del sistema di attaccamento sviluppatosi nell'infanzia. Individui cresciuti in contesti caratterizzati da rifiuto, imprevedibilità o distacco emotivo tenderebbero infatti a manifestare una maggiore vulnerabilità psicologica in seguito a esperienze di perdita.

Un ulteriore contributo fondamentale è rappresentato dal concetto di Modello Operativo Interno (MOI). Bowlby ipotizza che le esperienze ripetute di attaccamento conducano alla costruzione di rappresentazioni mentali del Sé, delle figure di attaccamento e dell'ambiente relazionale. Tali rappresentazioni, organizzate sulla base delle esperienze precoci, guidano la regolazione emotiva e le aspettative relazionali nel corso dell'intero ciclo di vita. I MOI risultano dunque relazione specifici e complementari: un caregiver percepito come disponibile e protettivo favorisce la costruzione di un'immagine di sé come degno di amore e sicurezza. Con il tempo, queste rappresentazioni vengono

generalizzate, contribuendo alla formazione di modelli relativamente stabili attraverso cui l'individuo interpreta le relazioni interpersonali e affronta gli eventi della vita.

L'attaccamento sicuro si sviluppa in contesti di cura caratterizzati da sensibilità, reciprocità e responsività emotiva, nei quali il bambino può sperimentare un senso di sicurezza sia rispetto a sé stesso sia rispetto agli altri. Al contrario, i modelli di attaccamento insicuro tendono a emergere in contesti relazionali segnati da incoerenza, rifiuto, ostilità o indisponibilità emotiva. In tali situazioni il bambino sviluppa rappresentazioni di sé e degli altri improntate all'insicurezza e può ricorrere a strategie compensatorie per preservare il legame con un caregiver imprevedibile o rifiutante. La compresenza del bisogno di vicinanza e della necessità di proteggersi dal dolore rende tuttavia difficile l'elaborazione di rappresentazioni coerenti del Sé e della relazione, favorendo il ricorso a meccanismi difensivi.

Tra questi, Bowlby identifica l'esclusione difensiva dell'informazione, processo attraverso il quale pensieri, emozioni e ricordi dolorosi vengono esclusi dalla consapevolezza al fine di ridurre la sofferenza psicologica. Sebbene tale meccanismo possa risultare adattivo nel breve termine, il suo utilizzo prolungato può contribuire allo sviluppo di quadri psicopatologici. Accanto a questo processo, Bowlby descrive anche la segregazione dei sistemi organizzativi dell'attaccamento, meccanismo più vicino ai fenomeni dissociativi che alla rimozione, attraverso il quale differenti sistemi rappresentazionali possono restare separati e assumere alternativamente il controllo del comportamento. Per Bowlby, le difficoltà e i traumi connessi ai legami di attaccamento rappresentano uno dei principali fattori eziologici dei disturbi psicopatologici nell'infanzia e nell'età adulta, poiché influenzano profondamente il modo in cui l'individuo costruisce le relazioni successive e affronta gli eventi stressanti della vita.

Negli stessi anni in cui Bowlby elaborava i fondamenti teorici dell'attaccamento, Mary Ainsworth avviò importanti studi osservativi sulle interazioni madre-bambino in contesti naturalistici, prima in Uganda e successivamente a Baltimora. A partire da tali osservazioni, Ainsworth sviluppò la *Strange Situation Procedure* (SSP), una procedura sperimentale volta a valutare la qualità dell'attaccamento nei bambini tra i 12 e i 18 mesi. La SSP si fonda sull'idea che il bambino utilizzi la figura di attaccamento come "base sicura" da cui esplorare l'ambiente e a cui fare ritorno nei momenti di stress.

La procedura consiste in una serie di episodi caratterizzati da separazioni e ricongiungimenti con la madre, nonché dalla presenza di una persona estranea, con l'obiettivo di osservare le modalità di regolazione emotiva e di ricerca di prossimità del bambino. Attraverso tali osservazioni, Ainsworth identificò differenti pattern di attaccamento (Lingiardi & Gazzillo, 2014). L'attaccamento sicuro (tipo

B) è caratterizzato dalla capacità del bambino di esplorare l'ambiente utilizzando il caregiver come base sicura, mostrando disagio durante la separazione, ma ricercando attivamente conforto al ricongiungimento. L'attaccamento evitante (tipo A) si manifesta invece attraverso apparente indifferenza alla separazione e al ritorno del genitore, con scarsa espressione emotiva e focalizzazione prevalente sull'ambiente. Nell'attaccamento ambivalente o resistente (tipo C), il bambino appare fortemente preoccupato dalla presenza del caregiver, manifesta intensa sofferenza durante la separazione e fatica a calmarsi al momento del ricongiungimento. Infine, l'attaccamento disorganizzato/disorientato (tipo D) è caratterizzato da comportamenti contraddittori, disorganizzati o dissociativi, indicativi di un temporaneo collasso delle strategie comportamentali di attaccamento. (Ainsworth et al., 1978, cit. in Santrock et al., 2021).

Le ricerche successive hanno evidenziato che l'attaccamento disorganizzato risulta più frequente nei contesti familiari ad alto rischio e nei casi in cui i caregiver presentano esperienze traumatiche irrisolte, quali lutti non elaborati, violenze o abusi. Tale pattern rappresenta inoltre uno degli indicatori maggiormente associati allo sviluppo di future difficoltà psicopatologiche. Attraverso la SSP, Mary Ainsworth fornì dunque una validazione empirica fondamentale delle ipotesi formulate da Bowlby, contribuendo in maniera decisiva alla diffusione e al consolidamento della teoria dell'attaccamento nel panorama della psicologia dello sviluppo e della psicopatologia (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

CAPITOLO 2

Effetti del trauma precoce sulle competenze sociali e relazionali

2.1 La regolazione emotiva nello sviluppo neuropsicologico e l'impatto delle disregolazione emotiva sul funzionamento relazionale

Secondo la teoria dell'attaccamento, l'assenza delle figure genitoriali può compromettere il normale sviluppo fisico, cognitivo, sociale ed emotivo del bambino, determinando, nel lungo periodo, esiti evolutivi sfavorevoli. Il comportamento di attaccamento, inteso come il legame affettivo stabile che si instaura tra il bambino e le figure di riferimento, rappresenta un bisogno psicologico primario e innato dell'essere umano. Le prime relazioni con i caregiver, in particolare con i genitori, esercitano un'influenza determinante sul percorso evolutivo dell'individuo, incidendo sullo sviluppo delle competenze cognitive, emotive e relazionali lungo l'intero arco della vita. In tale prospettiva, il sistema di attaccamento assolve una duplice funzione: da un lato garantisce protezione e soddisfazione dei bisogni fondamentali attraverso il supporto di accudimento primario, dall'altro promuove il senso di sicurezza, il benessere psicologico e la regolazione delle emozioni mediante il sostegno affettivo (Jiang et al., 2023).

Il maltrattamento infantile, comprendente l'abuso emotivo, la trascuratezza emotiva, l'abuso fisico, la negligenza fisica e l'abuso sessuale, è ampiamente riconosciuto in letteratura come un fattore in grado di compromettere i legami di attaccamento e di produrre conseguenze negative persistenti nel corso dello sviluppo. In particolare, tali esperienze avverse risultano associate a difficoltà nella regolazione emotiva, a una compromissione della capacità di instaurare e mantenere relazioni intime soddisfacenti, ad alterazioni del funzionamento sociale e a un incremento del rischio di sviluppare problematiche di salute mentale (Breidenstine et al., 2011; Alink et al., 2012; Whittle et al., 2014).

La relazione genitore-figlio e il contesto familiare costituiscono, inoltre, fattori determinanti nello sviluppo della regolazione emotiva, considerata una componente fondamentale dell'intelligenza emotiva. Essa comprende l'insieme delle competenze necessarie al riconoscimento, al monitoraggio e alla modulazione delle proprie emozioni e alla comprensione degli stati emotivi altrui, consentendo all'individuo di gestire le esperienze affettive in modo adattivo e di favorire un sano sviluppo sociale ed emotivo (Kerr et al., 2019). Kerr e colleghi (2019), integrando contributi provenienti da diverse discipline, evidenziano come le interazioni genitore-figlio influenzino direttamente lo sviluppo dei neurocircuiti coinvolti nella regolazione delle emozioni. Secondo il modello proposto dagli autori, le

modalità interattive tra genitore e bambino e il funzionamento dei circuiti di regolazione emotiva del genitore incidono sullo sviluppo dei corrispondenti circuiti nel bambino, in particolare delle connessioni tra corteccia prefrontale, insula anteriore e amigdala.

Lo sviluppo della regolazione emotiva è concepito come un processo dinamico e diadico, che si modifica nel tempo all'interno della relazione reciproca tra genitore e figlio. Il modello tripartito elaborato da Morris et al. (2007) individua tre principali modalità attraverso cui il contesto familiare esercita la propria influenza. In primo luogo, i bambini apprendono strategie di regolazione emotiva attraverso processi di osservazione e modellamento delle espressioni e delle modalità regolative manifestate dai genitori e dalle altre figure significative. In secondo luogo, i genitori promuovono tali competenze mediante processi di socializzazione emotiva e attraverso le risposte fornite alle emozioni del bambino, favorendo l'apprendimento dell'identificazione, della comprensione e della gestione degli stati affettivi. Infine, il clima emotivo familiare svolge un ruolo determinante: contesti caratterizzati da calore affettivo, sostegno e coerenza facilitano l'acquisizione di strategie regolative adattive, mentre ambienti connotati da ostilità, incoerenza o eccessivo controllo possono favorire modalità di risposta emotiva disfunzionali. I bambini tendono inoltre a rivolgersi ai genitori per ottenere indicazioni su come interpretare e affrontare situazioni emotivamente significative, un processo definito dalla psicologia dello sviluppo come riferimento sociale. Le interazioni reciproche tra genitore e figlio, descritte come sincronia sociale, consentono al bambino di attribuire significato alle proprie esperienze emotive e di acquisire progressivamente strategie sempre più efficaci di regolazione delle emozioni (Kerr et al., 2019).

Le più recenti evidenze nell'ambito della neurobiologia dell'attaccamento infantile sottolineano il ruolo centrale della qualità delle cure genitoriali nello sviluppo emotivo del bambino. La maturazione di strutture cerebrali implicate nell'espressione e nella regolazione delle emozioni, tra cui l'amigdala, la corteccia prefrontale e l'ippocampo, risulta strettamente correlata alla qualità delle esperienze di cura ricevute durante l'infanzia. In particolare, cure caratterizzate da sensibilità e responsività forniscono al bambino un fondamentale supporto regolativo, contribuendo all'organizzazione e alla programmazione di tali strutture cerebrali e influenzando lo sviluppo emotivo anche nelle fasi successive della vita. Al contrario, l'assenza di cure sensibili e adeguatamente sintonizzate può compromettere i meccanismi neuropsicologici necessari all'elaborazione e alla regolazione delle emozioni. Le evidenze disponibili suggeriscono inoltre l'esistenza di un periodo sensibile nei primi anni di vita, durante il quale l'influenza delle esperienze genitoriali risulta particolarmente determinante per la strutturazione delle competenze emotive (Perry et al., 2017).

La letteratura evidenzia, inoltre, che il maltrattamento infantile esercita un'influenza significativa sulle traiettorie di sviluppo cerebrale e rappresenta un importante fattore di rischio per l'insorgenza di psicopatologie in età adulta. Le alterazioni neurobiologiche associate alle esperienze di maltrattamento appaiono altamente specifiche e dipendono sia dalla tipologia sia dal momento evolutivo in cui avviene l'esposizione. In particolare, tali esperienze sono associate a una riduzione del volume di diverse strutture cerebrali, tra cui l'ippocampo, le corteccie cingolate anteriori e le regioni prefrontali ventromediali e dorsomediali, nonché ad alterazioni di importanti tratti di sostanza bianca, quali il corpo calloso, il fascicolo longitudinale superiore, il fascicolo uncinato e il fascio del cingolo. Ulteriori evidenze documentano un'aumentata reattività dell'amigdala in risposta a stimoli percepiti come minacciosi, una ridotta risposta dello striato ventrale durante l'anticipazione o la ricezione di ricompense, una diminuzione della connettività funzionale tra le regioni prefrontali e l'amigdala e un incremento del volume e della centralità di rete del precuneo (Teicher et al., 2016). Tali alterazioni neurofunzionali contribuiscono a spiegare la maggiore vulnerabilità psicologica osservata negli individui esposti a esperienze traumatiche precoci.

In questo contesto, Dvir et al. (2014) definiscono la disregolazione emotiva come una compromissione della capacità di regolare e tollerare gli stati emotivi negativi e la identificano come una caratteristica frequentemente associata al trauma infantile e al maltrattamento. Sottolineano inoltre come tale condizione sia associata a deficit nelle competenze interpersonali e sociali e a compromissioni del funzionamento psicosociale. Analogamente, la review di Araújo et al. (2026) evidenzia che le esperienze avverse infantili sono associate a maggiori difficoltà nell'identificazione, nella comprensione e nella modulazione delle emozioni, nonché a livelli più elevati di disregolazione emotiva. La disregolazione emotiva può manifestarsi attraverso due principali modalità: una condizione di iperattivazione, caratterizzata da elevata reattività emotiva e difficoltà nel contenimento degli stati affettivi, e una condizione di ipoattivazione, associata a ridotta espressione emotiva e fenomeni di distacco o dissociazione (Lanius et al., 2010). Le evidenze indicano inoltre che le esperienze di maltrattamento infantile sono associate sia a un'intensificazione della reattività emotiva sia a strategie di soppressione o evitamento degli stati affettivi (Gruhn & Compas, 2020; Dvir et al., 2014). Tali modalità di disregolazione risultano rilevanti anche sul piano relazionale, in quanto associate a compromissioni del funzionamento sociale e delle relazioni con i pari, con un impatto diretto sulle competenze interpersonali (Kim & Cicchetti, 2010).

2.2 Lo sviluppo dell'intersoggettività e la sintonizzazione affettiva

Nella teoria di Daniel N. Stern, l'intersoggettività rappresenta una dimensione fondamentale dello sviluppo precoce del Sé e della vita relazionale, definita come la capacità di condividere stati soggettivi ed esperienze affettive con un altro individuo. A differenza di modelli che collocano tale competenza esclusivamente a livello cognitivo e tardivo, Stern propone che l'intersoggettività emerga precocemente nel corso del primo anno di vita, all'interno delle interazioni quotidiane con il caregiver. Essa diventa centrale con lo sviluppo del cosiddetto "sé soggettivo", quando il bambino inizia a riconoscere non solo la contingenza delle risposte dell'altro, ma anche la possibilità che le esperienze interiori possano essere condivise e comprese nella relazione (Stern, 1985).

In questa prospettiva, l'intersoggettività non coincide con la comprensione esplicita della mente altrui, ma si fonda su un livello implicito e affettivo della comunicazione. Stern sottolinea infatti che la base dell'esperienza intersoggettiva è la condivisione degli stati emotivi, che avviene attraverso modalità non verbali e preriflessive. Il bambino percepisce che il proprio stato interno può essere "rispecchiato" e riconosciuto dall'altro attraverso la corrispondenza delle qualità dinamiche dell'esperienza, come intensità, ritmo e forma dell'espressione emotiva (Stern, 1985; Stern, 1998).

Il meccanismo attraverso cui si struttura questa esperienza è la sintonizzazione affettiva che non consiste in una semplice imitazione del comportamento del bambino, ma nella capacità del caregiver di cogliere lo stato affettivo sottostante e di restituirlo attraverso una modalità espressiva anche differente, purché ne mantenga le qualità dinamiche. In questo modo, il bambino sperimenta il proprio stato interno come condiviso e riconosciuto, sviluppando progressivamente il senso di una soggettività che può essere compresa dall'altro (Stern, 1985).

Analogamente Tronick ha sviluppato un modello complementare che arricchisce la comprensione dei processi intersoggettivi precoci. Attraverso il *Mutual Regulation Model*, Tronick descrive lo sviluppo come un processo dinamico di regolazione reciproca tra bambino e caregiver, caratterizzato da continue oscillazioni tra momenti di coordinazione, disallineamento e riparazione. In questa prospettiva, la relazione diadica non è mai perfettamente sincronizzata, ma si costruisce attraverso la capacità di recuperare le rotture interattive, che rappresentano un elemento fisiologico e necessario dello sviluppo (Tronick et al., 1998).

La sintonizzazione affettiva, nella prospettiva di Tronick, si inserisce proprio all'interno di questo processo di regolazione reciproca. Essa si manifesta come la capacità del caregiver di entrare in risonanza con lo stato emotivo del bambino, contribuendo alla creazione di stati affettivi condivisi

all'interno della diade. Tuttavia, a differenza di una visione di continuità perfetta, Tronick sottolinea che la qualità della relazione dipende non tanto dall'assenza di disallineamenti, quanto dalla capacità di ripararli. Le esperienze ripetute di rottura e riparazione permettono al bambino di sviluppare aspettative di responsività interpersonale e di costruire progressivamente capacità di regolazione emotiva e intersoggettiva (Tronick, 2007).

In questo senso, le prospettive di Stern e Tronick convergono nel considerare l'intersoggettività come un processo co-costruito, fondato sulla condivisione affettiva e sulla regolazione reciproca. Se Stern pone l'accento sulla sintonizzazione come esperienza di riconoscimento immediato degli stati soggettivi, Tronick evidenzia la dimensione dinamica e trasformativa della relazione, nella quale la coerenza intersoggettiva emerge proprio attraverso la gestione delle inevitabili discontinuità. Entrambi gli approcci convergono nell'idea che il Sé si sviluppi all'interno di una matrice relazionale, in cui l'esperienza di essere compresi, regolati e riparati dall'altro costituisce una base fondamentale per la costruzione della vita mentale e affettiva.

2.3 Lo sviluppo della capacità di mentalizzare nel contesto del trauma infantile

La mentalizzazione è definita come la capacità di interpretare il comportamento proprio e altrui in termini di stati mentali intenzionali, quali emozioni, pensieri, desideri, credenze e motivazioni (Fonagy et al., 2002; Bateman & Fonagy, 2004, cit. in Huang et al., 2020). Secondo Fonagy, tale capacità si sviluppa progressivamente all'interno delle prime relazioni di attaccamento e trova il proprio fondamento nelle interazioni reciproche tra il bambino e la figura di accudimento (Fonagy, 1999; Fonagy et al., 2002, cit. in Lingiardi & Gazzillo, 2014). Attraverso scambi relazionali caratterizzati da sensibilità e responsività, il caregiver aiuta il bambino a riconoscere e attribuire significato ai propri stati interni, favorendo la progressiva acquisizione della capacità di comprendere le esperienze mentali proprie e altrui (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

In questa prospettiva, assume particolare rilevanza il concetto di rispecchiamento elaborato da Winnicott (1971), secondo il quale lo sviluppo del vero Sé dipende dalla possibilità, per il bambino, di sentirsi riconosciuto e compreso nella propria esperienza soggettiva. Il Sé psicologico si struttura infatti attraverso l'esperienza di essere pensato da un'altra mente come individuo dotato di stati mentali. Al contrario, un caregiver incapace di comprendere e rispondere adeguatamente agli stati emotivi del bambino lo priva di un'esperienza relazionale fondamentale per la costruzione di un senso di sé coeso e vitale (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

La ricerca empirica ha evidenziato una stretta e complessa interazione evolutiva tra la sicurezza dell'attaccamento e lo sviluppo della mentalizzazione fin dalla primissima infanzia (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008, cit. in Lingiardi & Gazzillo, 2014). Le relazioni di attaccamento sicure costituiscono infatti il contesto privilegiato per l'acquisizione delle competenze mentalizzanti, mentre le esperienze di abuso, abbandono, trascuratezza emotiva e, più in generale, i traumi psicologici precoci possono comprometterne significativamente lo sviluppo (Lingiardi & Gazzillo, 2014; Huang et al., 2020).

Secondo Bateman e Fonagy (2004), tale compromissione può essere spiegata attraverso diversi meccanismi. In primo luogo, il bambino può sviluppare un'inibizione difensiva della riflessione sugli stati mentali altrui, poiché l'altro viene percepito come concretamente minaccioso e malevolo. In secondo luogo, l'esposizione a livelli elevati e prolungati di sofferenza emotiva può alterare i sistemi di regolazione dell'arousal, interferendo con l'attività delle regioni orbito-frontali coinvolte nei processi di mentalizzazione. Infine, nei traumi legati all'attaccamento si determina una condizione paradossale, nella quale il bambino ricerca la vicinanza della figura di accudimento che rappresenta, al tempo stesso, la fonte della minaccia (Bateman & Fonagy, 2004, cit. in Lingiardi & Gazzillo, 2014).

In tali circostanze, il bambino può tentare di acquisire un senso di controllo sul genitore abusante attraverso un processo di identificazione con l'aggressore, interiorizzandone le intenzioni ostili e malevole. Tali aspetti finiscono per essere vissuti come appartenenti al proprio mondo interno, favorendo l'emergere di intense esperienze di autosvalutazione e odio verso sé stessi e, nei casi più gravi, un vero e proprio collasso della capacità di mentalizzare (Bateman & Fonagy, 2004, cit. in Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Coerentemente con tale prospettiva, Fonagy e collaboratori (1995) hanno ipotizzato che gli individui esposti a traumi precoci possano inibire difensivamente la propria capacità di mentalizzare come strategia di adattamento a esperienze relazionali percepite come intollerabili. Inoltre, l'insicurezza dell'attaccamento e l'esposizione a traumi e perdite irrisolte sono associate a una riduzione delle capacità mentalizzanti, a una compromissione del riconoscimento delle emozioni altrui e a maggiori difficoltà interpersonali, poiché gli stati mentali propri e altrui possono essere vissuti come minacciosi o emotivamente travolgenti (Fonagy & Target, 2008; Huang et al., 2020).

Le evidenze empiriche indicano infine che gli individui con una storia di trauma infantile presentano minore comprensione emotiva, maggiori difficoltà nella teoria della mente e deficit più marcati nella mentalizzazione. Tali difficoltà costituiscono un importante fattore di rischio per lo sviluppo di successivi esiti psicopatologici, suggerendo che la mentalizzazione rappresenti uno dei principali

meccanismi attraverso cui le esperienze traumatiche precoci influenzano il funzionamento psicologico e relazionale dell'individuo (Huang et al., 2020).

2.4 Pattern relazionali nell'età adulta e difficoltà nella costruzione di relazioni significative

2.4.1 Evitamento relazionale e difficoltà nell'intimità emotiva

I traumi vissuti durante l'infanzia compromettono in modo rilevante la capacità di sviluppare un attaccamento sicuro e funzionale nel passaggio all'età adulta emergente. La letteratura evidenzia infatti che diverse forme di maltrattamento, tra cui abuso fisico, abuso emotivo, trascuratezza fisica, trascuratezza emotiva e abuso sessuale, risultano associate in maniera significativa e negativa alla formazione di uno stile di attaccamento sicuro. In tali condizioni, il sistema neurobiologico tende a strutturarsi su una modalità di funzionamento orientata alla rilevazione della minaccia piuttosto che alla ricerca di sicurezza e contenimento nelle relazioni interpersonali. Nel tempo, questo assetto favorisce la costruzione di rappresentazioni interne secondo cui l'intimità sarebbe potenzialmente pericolosa e gli altri poco affidabili. Durante l'età adulta, tali organizzazioni precoci si esprimono attraverso difficoltà nella comunicazione emotiva, timore della dipendenza affettiva e tendenza all'evitamento nei momenti di conflitto. Poiché l'attaccamento sicuro rappresenta una base fondamentale per la regolazione delle emozioni e per la costruzione di relazioni di supporto reciproco, la sua compromissione può tradursi in pattern relazionali instabili, caratterizzati da incomprensioni ricorrenti e insoddisfazione persistente nei legami significativi. Le esperienze traumatiche infantili risultano inoltre associate a un incremento delle forme di attaccamento insicuro, influenzando profondamente le modalità con cui l'individuo si rapporta agli altri. Le evidenze empiriche mostrano una relazione significativa tra trauma precoce e stili di attaccamento insicuri, in particolare nelle configurazioni ansiosa/preoccupata ed evitante, che riflettono differenti modalità di difficoltà relazionale. In particolare, lo stile ansioso si caratterizza per un forte desiderio di vicinanza affettiva accompagnato dal timore del rifiuto e da una tendenza alla dipendenza emotiva (Erozkan, 2016).

Questi pattern emergono spesso come adattamenti a contesti di accudimento percepiti come imprevedibili o non sufficientemente responsivi. Il bambino, in tali circostanze, sviluppa strategie emotive funzionali alla sopravvivenza relazionale nel breve termine, che tuttavia diventano disfunzionali nelle relazioni adulte. In questo processo si consolidano modelli interni del sé e delle relazioni che influenzano stabilmente il modo in cui l'individuo interpreta gli eventi interpersonali. Di conseguenza, segnali neutri possono essere vissuti come critici o minacciosi, mentre situazioni di conflitto possono attivare risposte di chiusura o ritiro. L'attaccamento insicuro si configura così come

una struttura relazionale relativamente stabile, radicata nelle esperienze avverse precoci (Erozkan, 2016).

In età adulta, le conseguenze del trauma infantile si riflettono anche nella difficoltà a costruire e mantenere legami affettivi significativi. Gli individui con una storia di trauma mostrano frequentemente compromissioni nella capacità di instaurare amicizie stabili e nel consolidare fiducia, intimità e affetto. Tali difficoltà tendono a protrarsi nel tempo e contribuiscono a una percezione di vulnerabilità della fiducia interpersonale, con una marcata tendenza ad anticipare possibili tradimenti o abbandoni anche in assenza di reali segnali di rischio. In questo quadro, la vicinanza emotiva può essere vissuta come fonte di minaccia piuttosto che come elemento di sicurezza, favorendo comportamenti di ritiro o vissuti di frustrazione relazionale. Inoltre, le esperienze traumatiche precoci interferiscono spesso con la capacità di autoregolazione emotiva, riducendo la possibilità di gestire in modo autonomo lo stress relazionale. Ciò si associa a una maggiore sensibilità al rifiuto, alla paura dell'esposizione emotiva e a un'eccessiva ricerca di rassicurazione all'interno della relazione (Erozkan, 2016).

Un'ulteriore manifestazione riguarda la presenza di modalità relazionali ambivalenti nelle relazioni intime. Gli individui con storia di trauma possono alternare il bisogno di vicinanza al timore di essere feriti, mostrando comportamenti contraddittori nelle interazioni affettive. In particolare, lo stile di attaccamento ansioso si associa alla compresenza di un forte desiderio di intimità e di una paura significativa del rifiuto, con una conseguente oscillazione tra avvicinamento e allontanamento nelle relazioni. Questa dinamica riflette un conflitto interno in cui l'intimità viene desiderata ma contemporaneamente percepita come potenzialmente pericolosa. Tale instabilità comportamentale può risultare difficile da decifrare sia per l'individuo sia per il partner, che si trova a gestire repentini cambiamenti tra coinvolgimento emotivo e distacco. Queste risposte tendono a emergere soprattutto in situazioni di elevata attivazione emotiva o di maggiore prossimità relazionale, quando si riattivano timori legati all'abbandono o al rifiuto. Si tratta di strategie difensive apprese precocemente, che, pur avendo una funzione adattiva originaria, finiscono per ostacolare la costruzione di relazioni stabili e sicure (Erozkan, 2016).

Infine, il trauma infantile può favorire anche lo sviluppo di modalità di dipendenza affettiva. Gli individui con attaccamento insicuro tendono infatti a presentare un'elevata sensibilità alla separazione e un bisogno accentuato di conferme relazionali, accompagnato da comportamenti di ricerca costante di rassicurazione. In questo senso, la paura di perdere la relazione rappresenta una componente

centrale dell'esperienza affettiva, contribuendo ulteriormente alla fragilità e all'instabilità dei legami interpersonali (Erozkan, 2016).

2.4.2 Configurazioni della dipendenza affettiva

La dipendenza affettiva è stata descritta come una modalità relazionale nella quale l'esperienza amorosa assume caratteristiche di ossessività, compulsività e intensa ansia, con ripercussioni negative sul funzionamento sociale e interpersonale dell'individuo (Kwee, 2007; Stanbury & Griffiths, 2007). In tale prospettiva, essa è stata definita come un bisogno compulsivo di instaurare e mantenere relazioni affettive che persiste nonostante le conseguenze sfavorevoli che tali relazioni possono comportare (Reynaud, Karila, Blecha, & Benyamina, 2010). Sebbene la dipendenza affettiva non sia attualmente riconosciuta come una categoria diagnostica autonoma all'interno della nosologia psichiatrica, il crescente interesse della letteratura per le dipendenze comportamentali ha progressivamente favorito una maggiore attenzione scientifica verso questo costrutto.

Diversi autori hanno evidenziato l'esistenza di una relazione tra attaccamento insicuro e dipendenza affettiva, sottolineando il ruolo fondamentale delle prime esperienze con i caregiver nello sviluppo e nel mantenimento di tale modalità relazionale (Ahmadi, Davoudi, Ghazaei, Mardani, & Seifi, 2013, Honari & Saremi, 2015). In particolare, è stato suggerito che gli individui con dipendenza affettiva tendano a riproporre nelle relazioni adulte schemi comportamentali e modelli relazionali appresi nelle interazioni precoci con le figure genitoriali (Poudat, 2006; Guerreschi, 2011). In linea con questa prospettiva, diversi autori hanno evidenziato una stretta associazione tra traumi relazionali precoci, tra cui l'attaccamento insicuro, e lo sviluppo di comportamenti di dipendenza (Caretto & La Barbera, 2009; Flores, 2004; Zapf, Greiner, & Carroll, 2008).

Lo stile di attaccamento maggiormente associato alla dipendenza affettiva è quello insicuro-ambivalente (Poudat, 2006). Secondo questa prospettiva, il bambino cresce all'interno di una relazione di accudimento caratterizzata da modalità di risposta incoerenti e oscillanti, in cui il caregiver alterna momenti di eccessiva disponibilità a momenti di assenza o mancata responsività. In tale contesto relazionale, il bambino sviluppa un'esperienza di instabilità e di mancanza, accompagnata da sentimenti di vuoto e da una percezione di inaffidabilità delle relazioni significative (Feeney & Noller, 1990). L'altro viene così rappresentato contemporaneamente come fonte di cura e di possibile privazione o rifiuto. Parallelamente, il bambino costruisce un'immagine di sé instabile e oscillante, percependosi positivamente quando il caregiver è disponibile e negativamente quando è assente o rifiutante. Secondo Poudat (2006), tali modalità di rappresentazione di sé e dell'altro tendono a permanere anche nell'età adulta e a influenzare il funzionamento delle relazioni intime.

La personalità dell'individuo con dipendenza affettiva si configura pertanto come caratterizzata da una profonda ambivalenza: da un lato emerge un intenso bisogno di fusione e vicinanza con il partner, dall'altro il timore di perdere la propria identità all'interno della relazione stessa. Tale conflitto tra il desiderio di unione e la paura di annullamento può compromettere significativamente la qualità della relazione di coppia (Poudat, 2006; Sussman, 2010).

Ulteriori interpretazioni teoriche hanno posto l'attenzione sul ruolo delle dinamiche familiari. In una prospettiva psicodinamica, la dipendenza affettiva è stata ricondotta a problematiche relazionali con la figura paterna, caratterizzate da carenza di comprensione e di reciproca valorizzazione, che ostacolerebbero il raggiungimento di una piena maturità affettiva. Analogamente, anche uno stile materno iperprotettivo potrebbe contribuire allo sviluppo di modalità relazionali dipendenti (Nicholas & Bieber, 1994).

2.4.3 Compromissione della fiducia interpersonale ed epistemica

La fiducia interpersonale rappresenta una componente centrale del funzionamento relazionale, in quanto sostiene i processi di cooperazione, reciprocità e la possibilità di instaurare legami di attaccamento sicuri. In tale prospettiva, la letteratura evidenzia che le esperienze di maltrattamento infantile sono frequentemente associate a una compromissione della fiducia di base, che si manifesta attraverso una maggiore diffidenza interpersonale, un'elevata sensibilità alle minacce relazionali e una tendenza a percepire gli altri come poco affidabili. Le ricerche in questo ambito indicano inoltre che le esperienze precoci avverse possono contribuire allo sviluppo di strategie relazionali caratterizzate dall'evitamento della vicinanza emotiva, da una ridotta disponibilità all'espressione della vulnerabilità e da una marcata difficoltà nel dipendere dagli altri. In particolare, nel contesto delle relazioni romantiche, il maltrattamento infantile è stato associato a livelli elevati di ansia e di evitamento dell'attaccamento, dimensioni centrali degli stili di attaccamento insicuro. All'interno di questo quadro, l'attaccamento ansioso si associa a una maggiore paura dell'abbandono e a una tendenza alla dipendenza emotiva dal partner, mentre l'attaccamento evitante è caratterizzato da disagio nei confronti dell'intimità e da una preferenza per l'autonomia e la distanza emotiva nella relazione (Niedtfeld et al., 2026).

In questo contesto possiamo introdurre il concetto di fiducia epistemica che si riferisce alla fiducia che un individuo attribuisce alle informazioni trasmesse attraverso la comunicazione sociale e, più specificamente, alla capacità di considerare tali informazioni come significative, rilevanti per il sé e generalizzabili a contesti differenti (Campbell et al., 2021).

Secondo Campbell et al. (2021), la fiducia epistemica non dipende esclusivamente dalle caratteristiche immediate della fonte comunicativa, come la sua apparente affidabilità, ma può riflettere anche una disposizione relativamente stabile dell'individuo a fidarsi delle informazioni provenienti dagli altri, disposizione che risulta rilevante per la resilienza psicologica e per il funzionamento adattivo.

In questa prospettiva, Fonagy e colleghi sottolineano che tale capacità si sviluppa a partire da esperienze relazionali precoci, in particolare dalla sicurezza dell'attaccamento, dalla qualità delle cure ricevute e dalla possibilità di mentalizzare gli stati mentali propri e altrui, configurandosi come un possibile meccanismo attraverso cui le esperienze di trauma e privazione influenzano le differenze individuali nell'apprendimento sociale. Ispirandosi alla teoria della comunicazione di Grice e alla Relevance theory, gli autori propongono che l'essere umano, nell'interazione sociale, si aspetti che i segnali comunicativi siano intenzionalmente rilevanti e significativi; su questa base distinguono tre modalità principali di orientamento verso l'informazione sociale. La fiducia epistemica rappresenta una modalità adattiva, tipica di contesti relazionali sufficientemente sicuri, in cui l'individuo è aperto in modo selettivo e flessibile all'apprendimento sociale, con effetti positivi sulla resilienza psicologica. La sfiducia epistemica, invece, descrive una tendenza generalizzata a considerare le informazioni provenienti dagli altri come inaffidabili o potenzialmente malevole, portando al rifiuto o all'evitamento dell'influenza sociale. La credulità epistemica, al contrario, implica una ridotta capacità di discriminazione critica delle fonti informative, con conseguente vulnerabilità alla disinformazione e al possibile sfruttamento. Gli autori includono inoltre la condizione di privazione come un'assenza di esperienze di co-costruzione degli stati interni, necessarie per lo sviluppo della comprensione interpersonale e della cosiddetta corrispondenza epistemica. Le evidenze empiriche mostrano che sia la negligenza, sia il maltrattamento sono associati a livelli più elevati di sfiducia e credulità epistemica, coerentemente con l'ipotesi che le avversità precoci compromettano in modo duraturo la capacità di apprendimento sociale, riducendo la possibilità di identificare fonti affidabili e aumentando la tendenza al sospetto. Inoltre, in relazione agli stili di attaccamento, si osservano associazioni positive tra attaccamento insicuro e sia credulità sia sfiducia epistemica, insieme a una relazione negativa con la fiducia epistemica, evidenziando la stretta connessione tra sistemi di attaccamento e modalità di apprendimento sociale. In linea con alcune prospettive filosofiche, la fiducia originaria del bambino, basata sull'affidamento a un caregiver sensibile e responsivo, viene considerata il fondamento dello sviluppo della fiducia interpersonale ed epistemica. In questo quadro, l'attaccamento sicuro riflette una forma primaria di fiducia nelle relazioni, mentre le strategie di attaccamento insicuro, come l'evitamento o l'iperattivazione ansioso-ambivalente, possono essere interpretate come espressioni precoci di differenti forme di alterazione nella capacità di affidarsi alla

comunicazione sociale. In particolare, l'evitamento risulta maggiormente associato alla sfiducia epistemica, probabilmente in relazione a una tendenza a ridurre la dipendenza dagli altri, mentre la sfiducia può riflettere una preoccupazione persistente circa l'affidabilità e la rilevanza personale delle informazioni ricevute (Campbell et al., 2021).

2.4.4 La gestione dei conflitti interpersonali

La letteratura ha ampiamente documentato gli effetti negativi dell'attaccamento evitante sul funzionamento delle relazioni sentimentali in età adulta. Tale orientamento relazionale è caratterizzato da una profonda sfiducia nei confronti degli altri e dalla convinzione che il partner non costituisca una fonte affidabile di sostegno nei momenti di bisogno (Bowlby, 1969, 1973, 1980). Di conseguenza, gli individui con elevati livelli di evitamento tendono a reprimere difensivamente i propri bisogni di attaccamento, a limitare la vicinanza emotiva e l'intimità e ad assumere un atteggiamento di rigida autosufficienza (Mikulincer & Shaver, 2003; Pietromonaco & Feldman Barrett, 1997; Tan et al., 2012; Tidwell, Reis, & Shaver, 1996). Inoltre, essi mostrano una minore propensione a ricercare supporto anche quando questo potrebbe risultare utile (Collins & Feeney, 2000; Simpson et al., 1992).

Le strategie di distanziamento e di tutela dell'autonomia che caratterizzano l'attaccamento evitante tendono a emergere con particolare evidenza nei contesti percepiti come minacciosi per il senso di indipendenza personale, quali le situazioni di bisogno, le richieste di sostegno, le occasioni di auto-rivelazione e le discussioni conflittuali (Bradford, Feeney, & Campbell, 2002; Mikulincer & Nachshon, 1991; Rholes, Simpson, & Oriña, 1999; Shallcross et al., 2011; Simpson, Rholes, & Nelligan, 1992; Simpson, Rholes, Oriña, & Grich, 2002). In tali circostanze, le persone con attaccamento evitante tendono a reagire con freddezza, rabbia o chiusura emotiva quando percepiscono che la propria autonomia è minacciata (Rholes et al., 1999; Simpson et al., 1992).

Le ricerche evidenziano inoltre che l'attaccamento evitante è associato a modalità di gestione del conflitto meno costruttive e a una minore soddisfazione relazionale quando il partner tenta di influenzarne pensieri, emozioni o comportamenti (Overall & Sibley, 2009). Essere oggetto dei tentativi di influenza del partner appare infatti particolarmente minaccioso per gli individui altamente evitanti, in quanto può essere percepito come un'intrusione nel proprio bisogno di autonomia e indipendenza. In questi contesti, le difese tipiche dell'evitamento possono tradursi in una maggiore resistenza, in un'intensificazione della rabbia e in un maggiore ritiro emotivo e comportamentale (Overall et al., 2013).

Alcune evidenze suggeriscono, inoltre, che gli individui con elevato evitamento siano maggiormente inclini ad attribuire al partner intenzioni ostili o malevole e a interpretarne i comportamenti come deliberatamente intrusivi o controllanti (Collins, 1996; Mikulincer, 1998). La trasformazione del disagio relazionale in rabbia attraverso l'attribuzione di colpa al partner può rappresentare una strategia difensiva volta a ristabilire un senso di controllo personale e di indipendenza (Mikulincer, 1998).

Le conseguenze di tali modalità relazionali si riflettono anche sulla qualità e sulla stabilità delle relazioni nel lungo periodo. Tuttavia, ricerche più recenti indicano che alcuni processi diadici possono attenuare gli effetti negativi dell'evitamento. Simpson, Winterheld, Rholes e Oriña (2007) hanno osservato che i partner evitanti mostrano minori livelli di attivazione emotiva quando ricevono forme di supporto strumentale, piuttosto che un sostegno emotivo percepito come maggiormente invasivo. Analogamente, Salvatore, Kuo, Steele, Simpson e Collins (2011) hanno rilevato che la probabilità di rottura associata a una storia di attaccamento insicuro risulta inferiore quando il partner mostra una maggiore capacità di recupero e riparazione relazionale dopo le discussioni conflittuali.

CAPITOLO 3

Traiettorie evolutive e vulnerabilità psicopatologia: l'impatto delle avversità infantili su depressione, ansia e disturbo da stress post-traumatico

3.1 Traiettorie evolutive verso la psicopatologia: inquadramento generale

La letteratura sulla salute mentale evidenzia in modo consistente l'associazione tra esperienze di abuso e trascuratezza in età infantile e lo sviluppo di esiti psicopatologici in età adulta. Gli individui con una storia di maltrattamento o negligenza infantile mostrano infatti una maggiore prevalenza di diversi disturbi mentali, tra cui depressione, disturbi d'ansia, disturbi correlati all'uso di sostanze, disturbi di personalità e una generale compromissione del benessere psicologico (Browne & Finkelhor, 1986; Kendall-Tackett et al., 1993; Kessler et al., 1997).

Le evidenze empiriche derivano da un ampio archivio di studi epidemiologici, longitudinali e meta-analitici, i quali convergono nel considerare il maltrattamento infantile uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di psicopatologia lungo l'intero arco di vita. In particolare, tali effetti non si limitano a una specifica categoria diagnostica, ma coinvolgono un ampio spettro di disturbi, tra cui il disturbo depressivo maggiore, i disturbi d'ansia e il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) (Nanni et al., 2012; LeMoult et al., 2020; McKay et al., 2021).

Tuttavia, nell'interpretazione di tali risultati è necessario considerare alcuni limiti metodologici della letteratura. Molti studi hanno analizzato la vittimizzazione infantile come un evento isolato, senza collocarla nel contesto relazionale e socio-ambientale in cui si verifica (Herman & Schatzow, 1987; Wyatt & Powell, 1988; Terr, 1994; Weiss et al., 1999). Inoltre, la maggior parte delle ricerche utilizza disegni retrospettivi e trasversali, nei quali l'esposizione a eventi traumatici e lo stato psicologico attuale vengono valutati simultaneamente, aumentando il rischio di errore di richiamo (Coyne, 1976; Beck et al., 1979; Burbach & Borduin, 1986). In questo senso, Brown e Harris (1978) hanno descritto il fenomeno della *search for meaning*, secondo cui gli individui possono reinterpretare retrospettivamente eventi di vita come traumatici nel tentativo di attribuire significato alle difficoltà attuali. Gli studi prospettici, invece, consentono di ridurre tali limiti metodologici e offrono evidenze più robuste sul rapporto tra avversità infantili ed esiti psicopatologici successivi (Kessler et al., 1997).

All'interno di questo quadro, le relazioni di accudimento rappresentano una componente centrale dello sviluppo infantile e possono influenzare significativamente la vulnerabilità psicologica. Evidenze crescenti indicano che pattern relazionali disfunzionali tra caregiver e bambino non solo aumentano il rischio di psicopatologia, ma possono anche contribuire direttamente alla comparsa dei sintomi (Beach et al., 2006; Critchfield & Benjamin, 2010). In particolare, abuso emotivo e trascuratezza emotiva si configurano come fattori di rischio trasversali, associati in modo consistente allo sviluppo di disturbi depressivi e d'ansia (Kumari, 2020).

Un ulteriore elemento rilevante riguarda il ruolo della tempistica dell'esposizione. Sebbene il maltrattamento infantile possa avere conseguenze durature indipendentemente dall'età di insorgenza, numerosi studi indicano che il momento, la durata e la gravità dell'esposizione modulano il rischio di psicopatologia, con esiti più sfavorevoli associati a esperienze precoci e prolungate (Lippard et al., 2019). Coerentemente, le evidenze cliniche mostrano che i bambini esposti a maltrattamento nei primi anni di vita o a forme croniche di abuso presentano maggiori difficoltà nelle funzioni esecutive, in particolare nel controllo inibitorio e nella memoria di lavoro, rispetto ai soggetti non esposti (Lippard et al., 2019). Per quanto riguarda specificamente la depressione, Dunn et al. (2013), su un campione di 15.701 partecipanti del *National Longitudinal Study of Adolescent Health*, hanno evidenziato che l'esposizione al maltrattamento tra i 3 e i 5 anni è maggiormente associata allo sviluppo di sintomi depressivi in età adulta. Altri studi indicano inoltre che abuso emotivo e trascuratezza tra gli 8 e i 9 anni risultano associati a un incremento della sintomatologia depressiva, mentre l'abuso emotivo in adolescenza costituisce un ulteriore fattore di rischio per la depressione (Lippard et al., 2019).

Infine, ulteriori evidenze suggeriscono che differenti finestre temporali di esposizione possano essere associate a esiti psicopatologici distinti: il maltrattamento tra 0 e 4 anni risulta maggiormente predittivo di sintomi ansiosi, mentre l'esposizione tra 10 e 12 anni è più frequentemente associata allo sviluppo di sintomi depressivi in adolescenza (Lippard et al., 2019). Nel complesso, questi risultati indicano che il maltrattamento infantile, indipendentemente dalla forma e dal contesto in cui si manifesta, è associato a conseguenze psicologiche persistenti nel tempo. Le evidenze suggeriscono inoltre la possibile esistenza di periodi sensibili dello sviluppo, durante i quali l'esposizione a diverse forme di avversità può influenzare in modo differenziale il rischio di disturbi affettivi e dell'umore nelle fasi successive della vita (Lippard et al., 2019).

3.2 Disturbo depressivo maggiore

Tra le conseguenze psicopatologiche maggiormente documentate delle avversità infantili, il disturbo depressivo maggiore (*Major Depressive Disorder*, MDD) rappresenta una delle associazioni più solide riportate dalla letteratura scientifica. Numerosi studi epidemiologici e longitudinali hanno dimostrato che l'esposizione a maltrattamenti durante l'infanzia costituisce un importante fattore predittivo dell'insorgenza di episodi depressivi lungo tutto l'arco della vita (Nanni et al., 2012; LeMoult et al., 2020).

La depressione maggiore, definita nel DSM-5-TR come disturbo depressivo maggiore rappresenta una delle principali cause di disabilità a livello mondiale, in quanto è associata a una significativa compromissione del funzionamento personale, relazionale, sociale e lavorativo (American Psychiatric Association [APA], 2022). La diagnosi di disturbo depressivo maggiore richiede la presenza di un episodio depressivo maggiore, caratterizzato dalla comparsa di almeno cinque sintomi che persistono per un periodo minimo di due settimane e che rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento dell'individuo. Tra questi sintomi, è necessario che sia presente almeno uno tra l'umore depresso per la maggior parte della giornata, quasi ogni giorno, oppure una marcata riduzione dell'interesse o del piacere nello svolgimento della maggior parte delle attività, condizione comunemente definita anedonia. L'episodio depressivo può inoltre essere accompagnato da significative alterazioni dell'appetito e del peso corporeo, in assenza di una dieta intenzionale, nonché da disturbi del sonno, che possono manifestarsi sia come insonnia, sia come ipersonnia. Sono frequenti anche modificazioni dell'attività psicomotoria, osservabili sotto forma di rallentamento o agitazione, insieme a una persistente sensazione di affaticamento o perdita di energia. Sul piano cognitivo ed emotivo, il disturbo può manifestarsi attraverso sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessiva o inappropriata, difficoltà di concentrazione, ridotta capacità decisionale e ricorrenti pensieri di morte, che possono evolvere in ideazione suicidaria, con o senza un piano specifico, fino ai tentativi di suicidio (American Psychiatric Association, 2022).

Le evidenze scientifiche disponibili indicano che le persone con una storia di abuso o trascuratezza infantile presentano un rischio significativamente superiore di sviluppare depressione rispetto ai soggetti non esposti. Inoltre, la probabilità di sviluppare un disturbo depressivo aumenta progressivamente in relazione al numero e alla gravità delle esperienze traumatiche subite, confermando l'esistenza di una relazione “dose-risposta” tra avversità infantili e sintomatologia depressiva (Nanni et al., 2012). Tali risultati suggeriscono che il trauma precoce rappresenti uno dei principali determinanti eziologici della depressione, influenzando in maniera duratura la regolazione

emotiva, i sistemi di risposta allo stress e la vulnerabilità psicologica dell'individuo (LeMoult et al., 2020).

Le evidenze disponibili indicano che il maltrattamento infantile non influisce esclusivamente sul rischio di sviluppare un disturbo depressivo nel corso della vita, ma è associato anche a caratteristiche clinicamente rilevanti della depressione, tra cui il decorso della malattia e la risposta ai trattamenti (Nanni et al., 2012). Il disturbo depressivo maggiore rappresenta una delle patologie psichiatriche più diffuse e invalidanti ed è frequentemente caratterizzato da un andamento ricorrente e persistente. La sua elevata prevalenza, unita alla tendenza degli episodi depressivi a ripresentarsi nel tempo, evidenzia come la depressione costituisca una condizione cronica per una quota significativa di pazienti. In particolare, circa il 60% degli individui che raggiunge una remissione dopo un episodio depressivo sperimenta una ricaduta entro i cinque anni successivi, con una probabilità ancora maggiore nei soggetti che presentano episodi più persistenti o una risposta terapeutica incompleta, caratterizzata dalla persistenza di sintomi residui (Nanni et al., 2012).

Alla luce dell'elevato impatto clinico e sociale associato ai quadri depressivi ricorrenti e cronici, risulta fondamentale individuare i fattori che contribuiscono a prevedere un decorso sfavorevole della malattia e una minore efficacia degli interventi terapeutici. In questo contesto, il maltrattamento infantile è stato identificato come uno dei principali fattori di vulnerabilità. Gli individui con una storia di abuso o trascuratezza durante l'infanzia presentano infatti una maggiore probabilità di soddisfare, nel corso della vita, i criteri diagnostici per un episodio depressivo rispetto a coloro che non hanno vissuto tali esperienze (Nanni et al., 2012).

Secondo gli autori, tale associazione potrebbe essere mediata dalla presenza di alterazioni cognitive e biologiche conseguenti alle esperienze traumatiche precoci. In particolare, il maltrattamento infantile è stato associato allo sviluppo di vulnerabilità cognitive e di modificazioni biologiche correlate a una maggiore sensibilità allo stress, fattori che possono contribuire sia alla ricorrenza degli episodi depressivi, sia a una risposta meno favorevole ai trattamenti. Tra i possibili meccanismi coinvolti, Nanni et al. (2012) evidenziano che gli individui con una storia di maltrattamento presentano frequentemente livelli più elevati di infiammazione sistemica, una condizione che è stata associata sia alla maggiore probabilità di sviluppare episodi depressivi ricorrenti, sia a una ridotta efficacia degli interventi terapeutici.

3.3 Disturbi d'ansia: sociale, generalizzato, panico

L'associazione tra esperienze traumatiche infantili e disturbi d'ansia è ampiamente supportata dalla ricerca scientifica. Le evidenze disponibili indicano che l'esposizione a eventi avversi durante le prime fasi dello sviluppo aumenta significativamente il rischio di sviluppare diverse forme di psicopatologia ansiosa, tra cui il disturbo d'ansia generalizzato (GAD), il disturbo d'ansia sociale (SAD) e il disturbo di panico (McKay et al., 2021; Liu et al., 2025).

Secondo il DSM-5-TR, i disturbi d'ansia costituiscono una categoria di condizioni psicopatologiche accomunate dalla presenza di paura e ansia eccessive, accompagnate da alterazioni comportamentali correlate. La paura rappresenta una risposta emotiva a una minaccia imminente, reale o percepita, mentre l'ansia consiste nell'anticipazione di una minaccia futura. Sebbene entrambe le emozioni siano adattive, nei disturbi d'ansia risultano sproporzionate rispetto al pericolo effettivo, persistenti e tali da determinare un significativo disagio clinico o una compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre importanti aree della vita (American Psychiatric Association, 2022). Le esperienze di abuso, trascuratezza e abbandono vissute nei periodi critici dello sviluppo neurobiologico sembrano determinare una persistente ipersensibilità ai segnali di minaccia e uno stato di ipervigilanza che può mantenersi fino all'età adulta. Questo processo favorisce l'instaurarsi di una risposta ansiosa cronica e di un'alterata regolazione dei sistemi coinvolti nella percezione del pericolo (McKay et al., 2021; Craske et al., 2017). A conferma della solidità di tale relazione, lo studio condotto da Li et al. (2016) ha evidenziato che i soggetti esposti a maltrattamenti infantili presentano una probabilità quasi tripla di sviluppare un disturbo d'ansia rispetto ai controlli.

Nel caso del disturbo d'ansia sociale, la letteratura identifica l'abuso emotivo e l'abbandono come fattori di rischio particolarmente rilevanti (Kuo et al., 2011; Bruce et al., 2012). Il maltrattamento psicologico durante l'infanzia compromette infatti lo sviluppo dell'autostima, dell'immagine di sé e delle competenze relazionali, favorendo la formazione di convinzioni profonde di inadeguatezza, indegnità personale e aspettative di giudizio negativo da parte degli altri. Gli studi mostrano che l'abuso emotivo è associato a una maggiore gravità della sintomatologia sociale e a livelli più elevati di evitamento delle situazioni interpersonali negli adulti con disturbo d'ansia sociale (Kuo et al., 2011). Analogamente, Xiao et al. (2023) hanno evidenziato come il maltrattamento psicologico costituisca uno dei percorsi più rischiosi verso lo sviluppo dell'ansia in età adulta. Le conseguenze delle avversità infantili sembrano inoltre estendersi alla risposta ai trattamenti. Bruce et al. (2013) hanno infatti osservato che una storia di maltrattamento è associata a una minore efficacia della terapia cognitivo-comportamentale per il disturbo d'ansia sociale, suggerendo che gli schemi cognitivi

e relazionali derivanti dal trauma possano richiedere interventi terapeutici specificamente orientati all'elaborazione delle esperienze traumatiche.

Tra i principali disturbi d'ansia descritti nel DSM-5-TR rientra il disturbo d'ansia sociale (fobia sociale), caratterizzato da una marcata paura o ansia relative a una o più situazioni sociali nelle quali l'individuo è esposto al possibile giudizio degli altri. La persona teme di comportarsi in modo tale da essere valutata negativamente, umiliata, rifiutata o di mostrare sintomi d'ansia che possano risultare imbarazzanti. Le situazioni sociali vengono pertanto evitate oppure affrontate con intensa paura o ansia. La paura o l'ansia risultano sproporzionate rispetto alla reale minaccia rappresentata dalla situazione e al contesto socioculturale, persistono tipicamente per almeno sei mesi e determinano un disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento (American Psychiatric Association, 2022).

Nel disturbo d'ansia generalizzato, le esperienze traumatiche precoci sembrano contribuire alla sensibilizzazione dei circuiti neurobiologici coinvolti nella risposta alla paura, in particolare dell'amigdala. Tale alterazione favorisce una persistente percezione di minaccia e uno stato di preoccupazione cronica, caratteristiche centrali del disturbo (Craske et al., 2017). Il disturbo d'ansia generalizzato è definito dalla presenza di ansia e preoccupazione eccessive riguardanti numerosi eventi o attività, presenti per la maggior parte dei giorni per almeno sei mesi. L'individuo sperimenta difficoltà nel controllare la preoccupazione, che si associa ad almeno tre dei seguenti sintomi (uno nei bambini): irrequietezza o sensazione di essere con i nervi a fior di pelle, facile affaticabilità, difficoltà di concentrazione o sensazione di mente vuota, irritabilità, tensione muscolare e alterazioni del sonno. Anche in questo caso, i sintomi devono causare un disagio clinicamente significativo oppure compromettere il funzionamento sociale, lavorativo o altre aree importanti della vita e non devono essere attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza, di un'altra condizione medica o essere meglio spiegati da un altro disturbo mentale (American Psychiatric Association, 2022).

Anche il disturbo di panico presenta un'associazione consistente con le avversità infantili. Una recente revisione sistematica della letteratura ha evidenziato una relazione significativa tra tutte le principali forme di maltrattamento infantile – abuso emotivo, fisico, sessuale e trascuratezza – e il successivo sviluppo del disturbo di panico (Zhang et al., 2023). Il disturbo di panico è caratterizzato dalla presenza di attacchi di panico ricorrenti e inaspettati. L'attacco di panico consiste in un'improvvisa comparsa di intensa paura o intenso disagio che raggiunge il picco nel giro di pochi minuti ed è accompagnato da quattro o più sintomi, tra cui palpitazioni, sudorazione, tremori, sensazione di fiato corto o soffocamento, dolore toracico, nausea, vertigini, brividi o vampate di calore, parestesie,

derealizzazione o depersonalizzazione, paura di perdere il controllo o di impazzire e paura di morire. Affinché sia posta diagnosi di disturbo di panico, almeno uno degli attacchi deve essere seguito, per almeno un mese, da una preoccupazione persistente relativa alla possibilità di ulteriori attacchi o alle loro conseguenze, oppure da una significativa modificazione disadattiva del comportamento finalizzata a evitare nuovi episodi. Anche in questo caso, i sintomi non devono essere attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza, di un'altra condizione medica o essere meglio spiegati da un altro disturbo mentale (American Psychiatric Association, 2022).

Le prime ricerche avevano già riscontrato un'elevata prevalenza di separazione precoce dai genitori e di esperienze di abuso nei pazienti con disturbi panico-fobici (David et al., 1995). Evidenze più recenti hanno inoltre mostrato che i traumi infantili sono associati a un incremento del rischio suicidario nei soggetti con disturbo di panico (Kim et al., 2021) e che la presenza concomitante di PTSD e precedenti tentativi di suicidio risulta correlata a una minore risposta ai trattamenti (Kim et al., 2023).

3.4 Disturbo da stress post-traumatico

Il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) rappresenta una delle condizioni psicopatologiche maggiormente associate all'esposizione a eventi traumatici. Secondo il DSM-5-TR, il PTSD appartiene alla categoria dei disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti ed è caratterizzato dalla comparsa di sintomi successivi all'esposizione a un evento traumatico (American Psychiatric Association, 2022).

Il DSM-5-TR definisce come evento traumatico l'esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione o violenza sessuale. Tale esposizione può verificarsi attraverso l'esperienza diretta dell'evento, la testimonianza diretta di un evento accaduto ad altri, l'apprendimento che un evento traumatico ha coinvolto una persona vicina oppure attraverso l'esposizione ripetuta o estrema a dettagli avversivi relativi all'evento traumatico (American Psychiatric Association, 2022). Nel caso delle esperienze infantili, il maltrattamento fisico, l'abuso sessuale e altre forme di violenza possono rappresentare eventi traumatici quando soddisfano i criteri previsti dal manuale diagnostico (American Psychiatric Association, 2022).

La diagnosi di PTSD richiede la presenza di sintomi appartenenti a quattro principali categorie. La prima comprende i sintomi intrusivi associati all'evento traumatico, tra cui ricordi ricorrenti, involontari e angoscienti dell'evento, sogni correlati al trauma, reazioni dissociative come i flashback e intensa sofferenza psicologica o reazioni fisiologiche in risposta a stimoli associati al trauma. La

seconda categoria riguarda l'evitamento persistente di ricordi, pensieri, sentimenti o stimoli esterni collegati all'evento traumatico. La terza comprende alterazioni negative della cognizione e dell'umore associate al trauma, come convinzioni negative persistenti riguardo a sé stessi o al mondo, stati emotivi negativi persistenti, riduzione dell'interesse verso attività significative, sentimenti di distacco dagli altri e difficoltà nella sperimentazione di emozioni positive. La quarta categoria riguarda invece le modificazioni dell'arousal e della reattività, tra cui irritabilità, comportamento imprudente o autodistruttivo, ipervigilanza, risposta di allarme esagerata, difficoltà di concentrazione e alterazioni del sonno (American Psychiatric Association, 2022).

Secondo il DSM-5-TR, affinché possa essere formulata la diagnosi, la sintomatologia deve persistere per più di un mese e determinare un disagio clinicamente significativo oppure una compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti della vita dell'individuo. Inoltre, i sintomi non devono essere attribuibili agli effetti fisiologici di sostanze o ad altre condizioni mediche (American Psychiatric Association, 2022).

La letteratura scientifica ha evidenziato che le esperienze traumatiche vissute durante l'infanzia costituiscono un importante fattore di rischio per lo sviluppo del PTSD. In particolare, l'esposizione a maltrattamento infantile, abuso sessuale, abuso fisico, abuso emotivo e trascuratezza è stata associata a una maggiore probabilità di sviluppare disturbi correlati al trauma nel corso della vita (Yehuda et al., 2015; McLaughlin et al., 2012).

Gli studi condotti sulle conseguenze del trauma infantile hanno inoltre evidenziato che le esperienze avverse precoci possono essere associate a modificazioni persistenti dei sistemi biologici coinvolti nella risposta allo stress. Teicher e Samson (2016) hanno descritto alterazioni neurobiologiche associate al maltrattamento infantile, includendo modificazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), alterazioni nei circuiti coinvolti nella regolazione emotiva e cambiamenti nella struttura e nel funzionamento di specifiche aree cerebrali implicate nella risposta allo stress.

Il rischio di sviluppare sintomi post-traumatici risulta inoltre associato alla quantità e alla gravità delle esperienze avverse vissute durante l'infanzia. Gli studi epidemiologici hanno evidenziato una relazione tra il numero di esperienze avverse infantili e la probabilità di sviluppare successivi problemi psicopatologici, mostrando che l'esposizione a molteplici forme di abuso o trascuratezza è associata a un maggiore rischio di disturbi mentali (McLaughlin et al., 2012).

La letteratura ha inoltre evidenziato che le esperienze traumatiche croniche e interpersonali vissute durante l'infanzia possono essere associate a un quadro clinico caratterizzato da una maggiore

complessità sintomatologica. Cloitre et al. (2009) hanno evidenziato che la presenza di traumi cumulativi durante l'infanzia e nell'età adulta è associata a una maggiore complessità dei sintomi post-traumatici. Tali studi hanno sottolineato la rilevanza delle esperienze traumatiche ripetute, in particolare quando avvengono all'interno delle relazioni di accudimento.

Un ulteriore aspetto studiato nella letteratura riguarda il fenomeno della rivittimizzazione. Le ricerche hanno evidenziato che gli individui esposti a maltrattamento durante l'infanzia presentano una maggiore probabilità di sperimentare nuove forme di vittimizzazione nel corso della vita. Messman-Moore e Long (2003) e Widom et al. (2008) hanno descritto una maggiore esposizione a successive esperienze traumatiche nelle persone con una storia di vittimizzazione infantile, evidenziando come tali esperienze possano contribuire alla persistenza della sintomatologia post-traumatica.

Pertanto, il trauma infantile rappresenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo del PTSD, sia attraverso l'esposizione diretta all'evento traumatico sia attraverso gli effetti a lungo termine associati alle esperienze avverse precoci. La letteratura evidenzia come abuso, trascuratezza e maltrattamento infantile siano associati a una maggiore vulnerabilità alla sintomatologia post-traumatica e a una maggiore complessità del quadro clinico (Yehuda et al., 2015; Teicher & Samson, 2016; Cloitre et al., 2009).

CONCLUSIONE

Il presente elaborato è nato dall'interesse di approfondire il ruolo dell'assenza genitoriale e delle esperienze traumatiche precoci nello sviluppo psicologico dell'individuo, con l'obiettivo di rispondere al seguente interrogativo di ricerca: in che modo l'assenza della figura genitoriale, intesa non soltanto come lontananza fisica ma anche come indisponibilità emotiva, può influenzare lo sviluppo delle competenze sociali e relazionali e contribuire all'emergere di traiettorie psicopatologiche nel corso della vita?

L'analisi della letteratura scientifica evidenzia come la risposta a tale quesito sia particolarmente articolata. Le evidenze esaminate convergono nell'indicare che gli effetti dell'assenza genitoriale non dipendono esclusivamente dalla mancata presenza fisica del caregiver, bensì soprattutto dalla qualità della relazione di accudimento e dalla disponibilità emotiva che caratterizza le interazioni precoci. La letteratura contemporanea sottolinea infatti come un genitore fisicamente distante possa continuare a rappresentare una figura di riferimento protettiva qualora mantenga una relazione emotivamente responsiva e coerente, mentre una presenza esclusivamente materiale, priva di sensibilità, sintonizzazione affettiva e supporto emotivo, possa costituire un importante fattore di rischio per lo sviluppo psicologico.

Gli studi analizzati mostrano inoltre che le esperienze di trascuratezza emotiva, abuso psicologico, abbandono e maltrattamento infantile possono compromettere numerosi processi evolutivi fondamentali. Tra questi assumono particolare rilievo lo sviluppo della regolazione emotiva, la costruzione dell'attaccamento sicuro, la capacità di mentalizzare, la sintonizzazione intersoggettiva e la formazione di modelli operativi interni funzionali. La compromissione di tali processi si riflette frequentemente nelle relazioni interpersonali dell'età adulta attraverso difficoltà nella costruzione della fiducia, paura dell'abbandono, evitamento dell'intimità emotiva, dipendenza affettiva, instabilità relazionale e maggiore vulnerabilità ai conflitti interpersonali.

Parallelamente, la letteratura evidenzia una solida associazione tra le avversità infantili e il successivo sviluppo di differenti forme di psicopatologia. Le evidenze raccolte indicano che gli individui esposti ad abuso, trascuratezza o altre esperienze traumatiche precoci presentano un rischio significativamente maggiore di sviluppare ad esempio disturbo depressivo maggiore, disturbi d'ansia, disturbo da stress post-traumatico. In particolare, emerge come il trauma precoce agisca attraverso molteplici meccanismi, coinvolgendo alterazioni neurobiologiche, difficoltà nella regolazione delle emozioni, maggiore sensibilità allo stress e profonde modificazioni del funzionamento relazionale. Allo stesso tempo, gli studi sottolineano che tali esperienze costituiscono importanti fattori di

vulnerabilità, ma non determinano inevitabilmente l'insorgenza di un disturbo mentale, poiché lo sviluppo psicologico è il risultato dell'interazione tra molteplici fattori di rischio, fattori protettivi, risorse individuali e contesto ambientale.

Dal punto di vista applicativo, i risultati emersi assumono rilevanti implicazioni per la pratica clinica, preventiva e psicoeducativa. Le evidenze esaminate confermano l'importanza di promuovere interventi precoci di sostegno alla genitorialità, finalizzati a favorire la sensibilità, la disponibilità emotiva e la qualità delle interazioni caregiver-bambino. Analogamente, risulta fondamentale sviluppare strategie di identificazione precoce delle situazioni di trascuratezza emotiva e maltrattamento, spesso meno evidenti rispetto alle forme di abuso fisico ma altrettanto rilevanti per lo sviluppo del bambino. In ambito clinico, tali risultati sottolineano inoltre la necessità di considerare sistematicamente la storia delle esperienze relazionali precoci durante il processo di valutazione psicologica, al fine di comprendere più approfonditamente l'origine delle difficoltà emotive, relazionali e psicopatologiche presentate dall'individuo e orientare interventi terapeutici maggiormente personalizzati.

Nonostante la solidità delle evidenze disponibili, l'analisi della letteratura ha consentito di individuare anche alcuni limiti metodologici ricorrenti. Molti degli studi analizzati si basano su disegni retrospettivi, nei quali la ricostruzione delle esperienze infantili dipende dal ricordo dei partecipanti, con il conseguente rischio di bias di richiamo. Inoltre, numerose ricerche adottano disegni trasversali, che consentono di osservare associazioni tra le variabili senza permettere di stabilire relazioni causali. Un ulteriore limite riguarda l'eterogeneità con cui vengono definiti costrutti quali assenza genitoriale, neglect emotivo e maltrattamento psicologico, rendendo talvolta difficile il confronto diretto tra gli studi. Infine, molti lavori tendono ad analizzare separatamente le differenti forme di avversità infantile, mentre nella realtà clinica esse si presentano frequentemente in modo concomitante e interagiscono con numerosi fattori individuali, familiari e socioculturali.

Alla luce di tali considerazioni, appare auspicabile che le future ricerche privilegino studi longitudinali prospettici, in grado di seguire lo sviluppo dell'individuo dall'infanzia all'età adulta e di chiarire con maggiore precisione i meccanismi attraverso cui le esperienze relazionali precoci influenzano il successivo funzionamento psicologico. Sarebbe inoltre utile approfondire il ruolo dei fattori di resilienza, delle relazioni correttive e delle esperienze protettive capaci di mitigare gli effetti delle avversità infantili, nonché indagare più approfonditamente le differenze tra assenza fisica e assenza emotiva del caregiver, tema ancora relativamente poco esplorato nella letteratura internazionale. Ulteriori sviluppi potrebbero riguardare lo studio dei meccanismi neurobiologici e

psicologici che mediano la relazione tra trauma precoce e psicopatologia, così come la valutazione dell'efficacia di interventi preventivi e terapeutici specificamente rivolti ai bambini esposti a condizioni di neglect, abuso e deprivazione affettiva.

In conclusione, le evidenze analizzate confermano come la qualità delle relazioni di accudimento rappresenti uno dei principali determinanti dello sviluppo psicologico. Più della sola presenza fisica, è la disponibilità emotiva del caregiver a costituire il fondamento sul quale si sviluppano il senso di sicurezza, la regolazione delle emozioni, le competenze relazionali e la salute mentale dell'individuo. Comprendere tali processi significa non solo approfondire i meccanismi attraverso cui il trauma infantile influenza lo sviluppo, ma anche promuovere interventi preventivi e clinici sempre più efficaci, orientati a favorire relazioni di cura capaci di sostenere il benessere psicologico lungo l'intero arco della vita.

BIBLIOGRAFIA

- Ahmadi, V., Davoudi, I., Ghazaei, M., Mardani, M., & Seifi, S. (2013). Prevalence of obsessive love and its association with attachment styles. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 696–700. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.629>
- Alink, L. R. A., Cicchetti, D., Kim, J., & Rogosch, F. A. (2012). Longitudinal associations among child maltreatment, social functioning, and cortisol regulation. *Developmental Psychology*, 48(1), 224–236. <https://doi.org/10.1037/a0024892>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association.
- Araújo, F., Favero, M., Lantarote-Fernández, M. D., Sousa-Gomes, V., & Moreira, D. (2026). Relationship between adverse childhood experiences, attachment, and emotional regulation: A review of the literature. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tra0002099>
- Beach, S. R. H., Whisman, M. A., & O'Leary, K. D. (2006). Marital, family, and interpersonal relationships. In W. E. Craighead & C. B. Nemeroff (Eds.), *The Craighead-Nemeroff resource book of psychology and neuroscience* (pp. 350–371). Wiley.
- Beattie, M. (1987). *Codependent no more: How to stop controlling others and start caring for yourself*. Hazelden Publishing.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J. (1998). Childhood Trauma Questionnaire. In G. K. Kantor & J. L. Jasinski (Eds.), *Assessment of family violence: A handbook for researchers and practitioners* (pp. 149–174). American Psychological Association.
- Biringen, Z., & Easterbrooks, M. A. (2012). Emotional availability: Concept, research, and window on developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 24(1), 1–10. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000617>

- Biringen, Z., Altenhofen, S., Aberle, J., Baker, M., Meyer, T., & Jennings-McComb, D. (2014a). Emotional availability, relational attachment, and developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 26(1), 1–10.
- Biringen, Z., Derscheid, D., Vliegen, N., Closson, L., & Easterbrooks, M. A. (2014b). Emotional availability (EA): Theoretical background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications. *Developmental Review*, 34(2), 114–167. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.03.002>
- Biringen, Z., Robinson, J. L., & Emde, R. N. (2000). *The Emotional Availability Scales* (3rd ed.). Colorado State University.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. Basic Books.
- Bradford, S. A., Feeney, J. A., & Campbell, L. (2002). Links between attachment orientations and dispositional and diary-based measures of disclosure in dating couples: A study of actor and partner effects. *Personal Relationships*, 9(4), 491–506. <https://doi.org/10.1111/1475-6811.00031>
- Breidenstine, A. S., Bailey, L. O., Zeanah, C. H., & Larrieu, J. A. (2011). Attachment and caregiver mental health in children with histories of maltreatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 293–311. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.011>
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. Tavistock.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66–77. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.66>
- Bruce, L. C., Heimberg, R. G., Blanco, C., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2012). Childhood maltreatment and social anxiety disorder: Implications for symptom severity and response to pharmacotherapy. *Depression and Anxiety*, 29(2), 131–138. <https://doi.org/10.1002/da.20909>
- Burbach, D. J., & Borduin, C. M. (1986). Parent-child relations and the etiology of depression: A review of methods and findings. *Clinical Psychology Review*, 6(2), 133–153. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(86\)90009-7](https://doi.org/10.1016/0272-7358(86)90009-7)

- Campbell, C., Tanzer, M., Saunders, R., Booker, T., Allison, E., Li, E., O'Dowda, C., Luyten, P., & Fonagy, P. (2021). Development and validation of a self-report measure of epistemic trust. *PLoS ONE*, 16(4), Article e0250264. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250264>
- Caretti, V., & La Barbera, D. (2009). *Le psicoterapie del trauma*. Laterza.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Preventing adverse childhood experiences: Leveraging the best available evidence*. Centers for Disease Control and Prevention.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409–438. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029>
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B. A., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399–408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(4), 810–832. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.4.810>
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1053–1073. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.6.1053>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B. A. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390–398. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>
- Coyne, J. C. (1976). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(2), 186–193. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.85.2.186>
- Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M., Wittchen, H.-U., & Andrews, G. (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, Article 17024. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.24>

- Critchfield, K. L., & Benjamin, L. S. (2010). Interpersonal reconstructive therapy for individuals with treatment-resistant depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 66(11), 1167–1183. <https://doi.org/10.1002/jclp.20739>
- David, J. P., Green, P. J., & Green, B. L. (1995). The relationship between childhood adversity and adult trauma symptoms: The role of interpersonal style. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 589–604. <https://doi.org/10.1007/BF02102891>
- Dunn, E. C., McLaughlin, K. A., Slopen, N., Miesinger, M. S., & Buka, S. L. (2013). Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: Results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Depression and Anxiety*, 30(10), 955–964. <https://doi.org/10.1002/da.22151>
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 149–161. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000014>
- East, L., Jackson, D., & O'Brien, L. (2006). Father absence and adolescent development: A review of the literature. *Journal of Child Health Care*, 10(4), 283–295. <https://doi.org/10.1177/1367493506067853>
- Erozkan, A. (2016). The link between types of attachment and childhood trauma. *Universal Journal of Educational Research*, 4(5), 1071–1079. <https://doi.org/10.13189/ujer.2016.040517>
- Feeney, J. A., & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(2), 281–291. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.2.281>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Field, T. (1994). The effects of parental unavailability on early development. *Infant Behavior and Development*, 17(2), 119–125. [https://doi.org/10.1016/0163-6383\(94\)90002-7](https://doi.org/10.1016/0163-6383(94)90002-7)

- Flores, P. J. (2004). Addiction as an attachment disorder. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 6, 307–335.
<https://doi.org/10.1023/B:JAPS.0000049260.92355.1d>
- Fonagy, P. (1999). Persistences of attachment theory and psychoanalytic approaches to developmental understanding. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(5), 664–681. <https://doi.org/10.1080/07351699909534267>
- Fonagy, P., & Target, M. (2008). Attachment, trauma, and psychoanalysis: Where psychoanalysis meets neuroscience. In D. K. Fosha, M. S. Solomon, & J. L. Siegel (Eds.), *The healing power of emotion: Affective neuroscience, development, & clinical practice* (pp. 161–183). W. W. Norton.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Fortin, P. E., & Reed, F. C. (1981). *The emotionally abused child: A guide for detection and intervention*. National Committee for Prevention of Child Abuse.
- Fossum, M. A., & Mason, M. J. (1988). *Facing shame: Families in recovery*. W. W. Norton & Company.
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26(6–7), 697–714. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00342-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00342-3)
- Gruhn, M. A., & Compas, B. E. (2020). Effects of maltreatment on emotion regulation in children and adolescents: A meta-analysis. *Development and Psychopathology*, 32(5), 1617–1633. <https://doi.org/10.1017/S095457942000097X>
- Guerreschi, C. (2011). *La dipendenza affettiva: Ma si può morire anche d'amore?*. Franco Angeli.
- Hart, S. N., Binggeli, N. J., & Brassard, M. R. (1998). Evidence for the effects of psychological maltreatment. *Journal of Emotional Abuse*, 1(1), 27–58. https://doi.org/10.1300/J135v01n01_03
- Herman, J. L., & Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 4(1), 1–14. <https://doi.org/10.1037/h0079100>

- Honari, B., & Saremi, A. A. (2015). The study of relationship between attachment styles and obsessive love style. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 165, 152–159. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.617>
- Huang, Y. L., Fonagy, P., Feigenbaum, J., Montague, P. R., Nolte, T., & London Personality and Mood Disorder Research Consortium. (2020). Multidirectional pathways between attachment, mentalizing, and posttraumatic stress symptomatology in the context of childhood trauma. *Psychopathology*, 53(1), 48–58. <https://doi.org/10.1159/000506406>
- Iffland, B., Sierau, S., & Neuner, F. (2021). Childhood emotional neglect, emotional unavailability, and their long-term impact on loneliness in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 115, Article 104990. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.104990>
- Jiang, Y., Xiao, H., & Yang, F. (2023). Accompanying your children: Living without parents at different stages of pre-adulthood and individual physical and mental health in adulthood. *Frontiers in Public Health*, 11, Article 992539. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.992539>
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164–180. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164>
- Kerr, K. L., Ratliff, E. L., Cosgrove, K. T., Bodurka, J., Morris, A. S., & Kyle Simmons, W. (2019). Parental influences on neural mechanisms underlying emotion regulation. *Trends in Neuroscience and Education*, 16, Article 100118. <https://doi.org/10.1016/j.tine.2019.100118>
- Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27(5), 1101–1119. <https://doi.org/10.1017/S0033291797005588>
- Kim, H. J., Kim, J. E., & Lee, S. H. (2021). Early trauma is associated with suicidal ideation in patients with panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(10), 734–742. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001380>
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 706–716. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x>

- Kim, S.-H., Baek, M., & Park, S. (2021). Association of parent–child experiences with insecure attachment in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Family Theory & Review*, 13(1), 58–76. <https://doi.org/10.1111/jftr.12402>
- Kumari, V. (2020). Emotional abuse and neglect: Time to focus on prevention and mental health consequences. *The British Journal of Psychiatry*, 217(5), 597–599. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.154>
- Kuo, J. R., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2011). Childhood trauma and cognitive reappraisal in social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 42(4), 541–551. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.01.002>
- Kwee, A. W. (2007). Constructing addiction from experience and context: Peele and Brodsky's love and addiction revisited. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14(3), 221–237. <https://doi.org/10.1080/10720160701480725>
- Langlais, M. R., Anderson, S. R., & Taylor, M. L. (2024a). Disentangling physical versus psychological parental absence: Associations with adolescent developmental outcomes. *Journal of Adolescent Research*, 39(2), 431–458. <https://doi.org/10.1177/07435584211063132>
- Langlais, M. R., Chacón, V., & Brazer, J. H. (2024b). Growing up with an absent parent: A mixed-methods approach on parental absence, well-being, and romantic relationship processes. *The Family Journal*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10664807241290515>
- Lanius, R. A., Vermetten, E., & Pain, C. (Eds.). (2010a). *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511777042>
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010b). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *The American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640–647. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168>
- LeMoult, J., Humphreys, K. L., Tracy, A., Hoffmeister, J. A., Ip, K. I., & Gotlib, I. H. (2020). Meta-analysis: Exposure to early life stress and risk for depression in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(7), 842–855. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.10.011>

- Lerner, H. (1985). *The dance of anger: A woman's guide to changing the patterns of intimate relationships*. Harper & Row.
- Li, M., D'Arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: Systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, 46(4), 717–730.<https://doi.org/10.1017/S0033291715002743>
- Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi: Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Raffaello Cortina Editore.
- Lippard, E. T. C., & Nemeroff, C. B. (2019). The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: Increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 1233–1249.<https://doi.org/10.2147/NDT.S198758>
- Liu, J., Wang, L., & Zhang, Y. (2025). Meta-analysis of prospective longitudinal cohort studies on the impact of childhood traumas on anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 374(1), 112–125.<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.11.082>
- Liu, Y., Zhang, H., Miao, H., Zhang, J., & Guo, C. (2023). The relationship between childhood maltreatment and social anxiety among Chinese male individuals with drug use disorders: A moderated mediation model of fear of negative evaluation and self-construals. *Frontiers in Psychology*, 14, Article 1193952.<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1193952>
- Lum, J. J., & Phares, V. (2005). Assessing the emotional availability of parents: The development of the LEAP scale. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 507–516.https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3403_10
- Malvaso, C. G., Cale, J., Whitten, T., Day, A., Singh, S., Hackett, L., Delfabbro, P. H., & Ross, S. (2022). Associations between adverse childhood experiences and trauma among young people who offend: A systematic literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(5), 1677–1694.<https://doi.org/10.1177/15248380211013132>
- McKay, M. T., Cannon, M., Chambers, D., Conroy, R. M., Coughlan, H., Dodd, P., Healy, C., O'Donnell, L., & Clarke, M. C. (2021). Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(3), 189–205.<https://doi.org/10.1111/acps.13268>

- McLanahan, S., Tach, L., & Schneider, D. (2013). The causal effects of father absence. *Annual Review of Sociology*, 39, 399–427. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145704>
- McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2012). Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 69(11), 1151–1160. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2277>
- Meng, X., & Yamauchi, C. (2015). Children of migrants: The cumulative impact of parental absence on children's education and health outcomes in China. *Demography*, 52(2), 403–431. <https://doi.org/10.1007/s13524-015-0382-1>
- Messman-Moore, T. L., & Long, P. J. (2003). The role of childhood sexual abuse sequelae in the sexual revictimization of women: An empirical review and theoretical reformulation. *Clinical Psychology Review*, 23(4), 537–571. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00203-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00203-9)
- Mikulincer, M., & Nachshon, O. (1991). Attachment styles and patterns of self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 321–331. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.321>
- Mikulincer, M. (1998). Attachment working models and the sense of trust: An exploration of interaction goals and affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1209–1224. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1209>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 35, 53–152. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(03\)01002-5](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(03)01002-5)
- Montano, A., & Borzi, R. (2019). *Manuale di intervento sul trauma: Comprendere, valutare e curare il PTSD semplice e complesso*. Edizioni Centro Studi Erickson.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 361–388. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x>
- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 169(2), 141–151. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11020335>

- Newton, A. W., & Vandeven, A. M. (2010). Child neglect: An update. *Current Opinion in Pediatrics*, 22(2), 223–229. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e32833805fe>
- Nicholas, K. B., & Bieber, S. L. (1994). Perceptions of mothers' and fathers' abusive and supportive behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 18(2), 167–178. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)90116-3](https://doi.org/10.1016/0145-2134(94)90116-3)
- Niedtfeld, I., Kolar, M., Hepp, J., Schmitz, S. E., Steinmann, S., & Witt, S. H. (2026). Experiences in close relationships, interpersonal trust and OXTR expression in individuals with childhood maltreatment. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 13(1), Article 9. <https://doi.org/10.1186/s40479-026-00340-8>
- Norwood, R. (1985). *Women who love too much: When you keep wishing and hoping he'll change*. Pocket Books.
- Overall, N. C., & Sibley, C. G. (2009). Attachment and dependence regulation within daily interactions with romantic partners. *Personal Relationships*, 16(2), 239–261. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2009.01221.x>
- Overall, N. C., Simpson, J. A., & Struthers, H. (2013). Buffering attachment-related avoidance: Softening emotional and behavioral defenses during conflict discussions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(5), 854–871. <https://doi.org/10.1037/a0031798>
- Perry, R. E., Blair, C., & Sullivan, R. M. (2017). Neurobiology of infant attachment: Attachment despite adversity and parental programming of emotionality. *Current Opinion in Psychology*, 17, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.04.022>
- Pietromonaco, P. R., & Feldman Barrett, L. (1997). Working models of attachment and daily social interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(6), 1409–1423. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.6.1409>
- Pollak, S. D., Cicchetti, D., & Klorman, R. (1998). Stress, memory, and emotion: Developmental considerations from the study of child maltreatment. *Development and Psychopathology*, 10(4), 699–715. <https://doi.org/10.1017/S0954579498001832>
- Poudat, F.-X. (2006). *La dépendance amoureuse: Quand le sexe et l'amour deviennent des drogues*. Odile Jacob.

- Reynaud, M., Karila, L., Blecha, L., & Benyamina, A. (2010). Is love passion an addictive disorder? *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 261–267. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.495183>
- Rholes, W. S., Simpson, J. A., & Oriña, M. M. (1999). Attachment and anger in an anxiety-provoking situation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(6), 940–957. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.6.940>
- Rohner, R. P. (1980). Worldwide tests of parental acceptance-rejection theory. *Behavior Science Research*, 15(1), 1–21. <https://doi.org/10.1177/106939718001500101>
- Salvatore, J. E., Kuo, S. I., Steele, R. D., Simpson, J. A., & Collins, W. A. (2011). Recovering from conflict in romantic relationships: A developmental perspective. *Psychological Science*, 22(3), 376–383. <https://doi.org/10.1177/0956797610397055>
- Santrock, J. W. (2021). *Psicologia dello sviluppo* (D. Rollo, a cura di; 4a ed.). McGraw-Hill Education.
- Shallcross, S. L., Howland, M., Bemis, J., Simpson, J. A., & Frazier, P. A. (2011). Not “capitalizing” on social support: The effects of attachment style and social support on posttraumatic growth. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(2), 192–207. <https://doi.org/10.1177/0265407510380547>
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Nelligan, J. S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(3), 434–446. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.3.434>
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., Oriña, M. M., & Grich, J. (2002). Working models of attachment, support giving, and support seeking in a stressful situation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(5), 598–608. <https://doi.org/10.1177/0146167202288004>
- Simpson, J. A., Winterheld, H. A., Rholes, W. S., & Oriña, M. M. (2007). Working models of attachment and reactions to different forms of caregiving from romantic partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(3), 466–477. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.93.3.466>
- Stanbury, A., & Griffiths, M. D. (2007). Obsessive love as an addiction. *Psychology Review*, 12(3), 2–4.

- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Basic Books.
- Stern, D. N. (1998). The sense of a subjective self: Affect attunement and intersubjective experience. In M. Masling & R. Bornstein (Eds.), *Empirical perspectives on object relations theory* (pp. 203–242). American Psychological Association.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. W. W. Norton & Company.
- Sussman, S. (2010). Love addiction: Definition, etiology, treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17(1), 31–45.
<https://doi.org/10.1080/10720161003604095>
- Tan, R., Overall, N. C., & Taylor, J. K. (2012). Let's talk about us: Attachment, relationship-focused disclosure, and relationship quality. *Personal Relationships*, 19(3), 521–534. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2011.01383.x>
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1114–1133. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070957>
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241–266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>
- Terr, L. C. (1994). *Unchained memories: True stories of traumatic memories, lost and found*. Basic Books.
- Thompson, R. (2010). The core of neglect. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 803–804. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.06.002>
- Tidwell, M. C. O., Reis, H. T., & Shaver, P. R. (1996). Attachment, attractiveness, and social interaction: A diary study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(4), 729–745. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.4.729>

- Tronick, E. Z. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. W. W. Norton & Company.
- Tronick, E. Z., Bruschiweiller-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., & Stern, D. N. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 290–299.[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3%3C290::AID-IMHJ4%3E3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3%3C290::AID-IMHJ4%3E3.0.CO;2-Q)
- Tzeng, O. C., & Hammer, W. T. (1988). *Evaluation and prevention of child abuse and neglect*. Springer-Verlag.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408.<https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>
- Wamboldt, M., Cordaro, A., Jr., & Clarke, D. (2015). Parent-child relational problem: Field trial results, changes in DSM-5, and proposed changes for ICD-11. *Family Process*, 54(1), 33–47.<https://doi.org/10.1111/famp.12123>
- Wang, N. (2026). The impact of parental absence on adolescents' health risk behaviors: Evidence from the China Education Panel Survey. *Emerging Markets Finance and Trade*, 62(4), 1102–1115.<https://doi.org/10.1080/1540496X.2026.2630740>
- Weiss, E. L., Longhurst, J. G., & Mazure, C. M. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: Psychosocial and neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 816–828.<https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.816>
- Whittle, S., Simmons, J. G., Dennison, M., Vijayakumar, N., Schwartz, O. S., Yap, M. B. H., Sheeber, L., & Allen, N. B. (2014). Positive parenting predicts the development of adolescent brain structure: A longitudinal study. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 8, 7–17.<https://doi.org/10.1016/j.dcn.2013.10.006>
- Widom, C. S., Czaja, S. J., & Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 785–796.<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.12.006>
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock Publications.

- Wyatt, G. E., & Powell, G. J. (1988). Identifying the effects of child sexual abuse on African American women: A methodological review. *Women & Therapy*, 7(2–3), 209–224.https://doi.org/10.1300/J015v07n02_17
- Xiao, Z., Baldwin, M. M., Wong, S. C., Obsuth, I., Meinck, F., & Murray, A. L. (2023). The impact of childhood psychological maltreatment on mental health outcomes in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 3049–3064.<https://doi.org/10.1177/15248380221122816>
- Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M., Hobfoll, S. E., Koenen, K. C., Neylan, T. C., & Hyman, S. E. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, Article 15057.<https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>
- Yeung, W. J. J., & Gu, X. (2016). Left-behind children in global China. *Journal of Family Issues*, 37(12), 1619–1641.<https://doi.org/10.1177/0192513X15592812>
- Zapf, P. A., Greiner, L. E., & Carroll, J. A. (2008). Best practices in the assessment and treatment of borderline personality disorder. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 8(2), 81–110.
<https://doi.org/10.1080/15228930802023208>
- Zhang, Y., Liu, J., Chen, L., Yang, T., Luo, X., Cui, X., Wu, S., He, Y., & Lu, J. (2023). Prevalence of co-occurring severe depression and psychotic symptoms in college students and its relationship with childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 146, Article 106470.<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106470>