



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL
COMPORTAMENTO
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

Ti ho in mente: Esplorazione della mind-mindedness materna in madri di bambini a sviluppo tipico e atipico nei primi due anni di vita

RELATORE:
LIVIO PROVENZI

CORRELATORE:
Sarah Nazzari
Serena Grumi

Tesi di Laurea di
Beatrice Riva
524870

Anno Accademico 2023/2024

*Ogni bambino ha il diritto ad un'esperienza primaria di casa,
senza la quale non possono essere poste le fondamenta della salute mentale.*

(Donald Winnicott)

INDICE

Indice

Abstract

Prologo

Introduzione

1. La relazione caregiver-bambino: dall'attaccamento alla mind-mindedness

1.1 Introduzione

1.2 Gli antecedenti della mind-mindedness

1.2.1 La teoria dell'attaccamento

1.2.2 Maternal sensitivity

1.2.3 I Modelli Operativi Interni

1.3 Mentalizzazione, Funzione Riflessiva e mind-mindedness

1.3.1 La trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento e il transmission gap

1.3.2 La mind-mindedness

1.4 La mind-mindedness può avere un ruolo protettivo?

2. Disabilità dello sviluppo e impatto sul benessere genitoriale

2.1 Introduzione

2.2.1 L'impatto sulla dimensione emotiva

2.2.2 L'impatto sulle pratiche di parenting

2.2.3 L'impatto sulle rappresentazioni

3.3 Disabilità nello sviluppo e mind-mindedness

3. Misurare la mind-mindedness in madri di bambini a sviluppo tipico e atipico

3.2 Stato dell'arte della mind-mindedness

3.4 Domanda di ricerca

3.4 Metodi

3.4.1 Partecipanti

3.4.2 Procedura

3.4.3 Misurazioni

3.4 Risultati

3.4.1 Statistiche descrittive

3.4.2 Confronto tra gruppo di controllo e gruppo clinico sulle variabili cliniche

3.4.3 Correlazione MM e variabili cliniche per gruppo di controllo e gruppo clinico

3.4.4 Confronto tra gruppo clinico e di controllo sulle dimensioni principali della MM

3.4.4. Risultati

3.4 Discussione

3.5.1 Limiti

3.5.2 Indicazioni future

Conclusioni

Epilogo

Abstract

All'interno della panoramica della psicologia dello sviluppo della prima infanzia, è stato dimostrato come la mind-mindedness (MM) rivesta un ruolo significativo, non solo per lo sviluppo psico-sociale del bambino, ma anche per il suo sviluppo cognitivo. Tuttavia, gli studi a riguardo sono ancora esigui, soprattutto all'interno dell'ambito delle disabilità dello sviluppo durante la prima infanzia. Lo scopo di questo studio è quello di indagare la relazione tra ansia, depressione, stress genitoriale e MM materna in madri di bambini a sviluppo tipico e atipico in bambini dagli 0 ai 3 anni di età. A questo fine sono state utilizzate le scale BDI, STAY e PSI per la valutazione di depressione, ansia e stress genitoriale e la procedura osservativa per la valutazione della MM. Dai risultati principali è emerso come le madri dei due gruppi non presentino diversi livelli di depressione, ansia e stress genitoriale, fatta eccezione per la sottoscala "Interazione disfunzionale genitore-bambino" del PSI. Per entrambi i gruppi non sono state trovate correlazioni tra i livelli di MM e le variabili cliniche. Per quanto riguarda la misurazione della MM, le madri del gruppo clinico hanno riportato un numero significativamente maggiore di commenti classificati come "non-attuned". I risultati evidenziano come le madri del gruppo clinico riportino livelli più elevati di stress e una maggiore difficoltà di sintonizzazione con gli stati mentali del bambino. Alla luce di queste evidenze risulta importante indagare ulteriormente la MM in questa specifica popolazione.

Parole chiave: mind-mindedness, disabilità dello sviluppo, bambino, mamma, ansia, depressione, stress genitoriale.

Abstract

Within the overview of early childhood developmental psychology, mind-mindedness (MM) has been shown to play a significant role, not only in a child's psychosocial development, but also in his or her cognitive development. However, studies in this regard are still meager, especially within the field of developmental disabilities during early childhood. The purpose of this study is to investigate the relationship between anxiety, depression, parental stress and maternal MM in mothers of typically and atypically developing children in children aged 0 to 3 years. For this purpose, the BDI, STAY and PSI scales were used for the assessment of depression, anxiety and parental stress and the observational procedure for the assessment of MM. The main results showed that mothers in the two groups did not present different levels of depression, anxiety and parenting stress, except for the subscale "Parent-child dysfunctional interaction" of the PSI. For both groups, no correlations were found between MM levels and clinical variables. Regarding the MM measurement, mothers in the clinical group reported significantly more comments classified as "non-attuned." These findings show that mothers in the clinical group report higher levels of stress and greater difficulty in attuning to the child's mental states. Considering this evidence, it is important to further investigate MM in this specific population.

Keywords: mind-mindedness, developmental disabilities, child, mother, anxiety, depression, parenting stress.

Prologo

“Attention is the beginning of devotion”.

(Mary Oliver)

In una delle sue opere più famose, “Apprendere dall’esperienza” (1962), Bion afferma: *“When the mother loves the infant what does she do it with? Leaving aside physical channels of communication my impression is that her love is expressed by reverie”*. Bion definisce rêverie materna quel processo tramite cui la mente materna, accogliendo gli input sensoriali grezzi del bambino, li trasforma e restituisce al bambino dotati di significato (Vàpenstad, 2014).

Nonostante il concetto di rêverie materna di Bion possa considerarsi antiquato, trovo che contenga al suo interno un elemento prezioso della relazione tra caregiver e bambino durante i primi anni di vita: l’attenzione. Nel corso dei cinque anni di studio ho infatti avuto modo di affrontare e studiare il rapporto caregiver bambino in molteplici corsi e sotto diversi punti di vista. Qualsiasi sia il modo in cui essa venga studiata e analizzata (teoria dell’attaccamento, rêverie materna, sensibilità genitoriale, infant observation) trovo rilevante come ritorni l’importanza dell’attenzione posta nei confronti del bambino come aspetto fondante della qualità della relazione. La mind-mindedness, capacità del caregiver di considerare il bambino come dotato di una mente, contenente intenzioni, desideri ed emozioni (Meins, 1997), costituisce in certa misura un “erede cognitivo” della rêverie.

La possibilità di lavorare a questo progetto mi è stata data durante il mio periodo di Erasmus presso la KU Leuven. Avevo richiesto al professor Livio Provenzi la possibilità di creare un “cordone ombelicale lungo ed elastico” Pavia-Leuven, al fine di poter continuare a collaborare con il laboratorio Dpb Lab. Poiché lo studio si sarebbe stato svolto da remoto, ho potuto partecipare a

distanza nel reclutamento dei partecipanti, conoscendo e osservando le diadi che avrebbero aiutato nella realizzazione di questo lavoro, ponendo loro attenzione.

Mi auguro che questo lavoro, seppur nel suo piccolo, possa contribuire allo studio e alla comprensione dell'importanza della relazione nei primi anni di vita.

Introduzione

Il concetto di mind-mindedness (MM), ovvero l'abilità del caregiver di considerare il bambino come dotato di stati mentali propri (Meins, 2015), è stato sviluppato da Elisabeth Meins nel corso degli anni '90. L'inizio del percorso per arrivare a questo costrutto può essere ricondotto agli anni '50, durante i quali Bowlby sviluppò la teoria dell'attaccamento, evidenziando l'importanza di un buon legame tra caregiver e bambino. Al fine di comprendere quali fossero le variabili in grado di portare allo sviluppo di un buon legame di attaccamento, Ainsworth, allieva di Bowlby, si focalizzò sullo studio della sensibilità materna, elaborando un paradigma di valutazione dell'attaccamento. Nonostante gli importanti risultati e contributi di Ainsworth, quale sia l'elemento in grado di spiegare la variabilità nella qualità dell'attaccamento non è ancora nota. La mind-mindedness si pone all'interno di questo scenario, con l'obiettivo di cercare di colmare il Transmission gap relativo all'attaccamento. Oltre a questo, negli anni è stata dimostrata l'importanza della mind-mindedness all'interno del panorama dello sviluppo socio-emotivo e cognitivo del bambino. È stato riconosciuto infatti il suo ruolo protettivo all'interno di contesti di sviluppo avverso e di disabilità. I genitori di bambini con disabilità devono affrontare maggiori difficoltà rispetto a caregiver di bambini a sviluppo tipico e questo ha un effetto anche sulla MM.

Obiettivo di questo lavoro di tesi è quindi quello di analizzare la mind-mindedness all'interno di contesti di disabilità dello sviluppo. Il presente lavoro di tesi sarà così strutturato:

- Nel primo capitolo verrà affrontato l'exkursus storico e di ricerca che ha portato allo sviluppo della mind-mindedness. Particolare riferimento verrà fatto allo sviluppo della teoria dell'attaccamento di Bowlby, alla teorizzazione della sensibilità genitoriale di Ainsworth, ai Modelli Operativi Interni e alla funzione riflessiva di Fonagy. Obiettivo di questo primo capitolo sarà quello di spiegare il tentativo di Meins di colmare il Transmission Gap tramite l'utilizzo della mind-mindedness come variabile.

- Il principale argomento del secondo capitolo è la disabilità dello sviluppo nei bambini. Particolare riferimento viene fatto alle difficoltà che i genitori di bambini con disabilità devono affrontare e a dove si colloca la mind-mindedness all'interno di questo scenario.
- Il terzo capitolo sarà invece dedicato alla presentazione dello studio inquadrato all'interno della letteratura. Verranno discussi i risultati all'interno dei quali saranno presentati i limiti e i punti di forza dello studio insieme alle prospettive future.
- L'ultima parte della tesi sarà dedicata alle conclusioni del lavoro svolto.

Capitolo 1

La relazione caregiver-bambino: dall'attaccamento alla mind-mindedness

1.1 Introduzione

La funzione genitoriale è un complesso di competenze finalizzate al fornire cura, protezione e conforto ad un individuo in fase di sviluppo che per età, abilità e condizioni psicofisiche, necessita di supporto per soddisfare i propri bisogni primari, sia fisiologici che affettivo-relazionali (Simonelli, 2014). Al centro della funzione genitoriale risiede la relazione caregiver-bambino, elemento chiave per il benessere e lo sviluppo infantile. Numerosi studi concordano sull'importanza di una relazione sensibile e affettuosa nei primi anni di vita, non solo per la sopravvivenza del bambino, ma anche per il suo sviluppo emotivo, sociale ed cognitivo (Bohlin & Hagekull, 2009).

Ci sono alcuni fattori specifici che sono stati identificati come fondamentali per la qualità della relazione di attaccamento: la responsività genitoriale, una base sicura, la disponibilità emotiva, le cure costanti, le rappresentazioni genitoriali positive, la funzione riflessiva, la sensibilità genitoriale e la stabilità e la continuità. Tutti questi fattori contribuiscono insieme alla formazione di un attaccamento sicuro, basato su fiducia, sicurezza emotiva e sull'abilità di formare delle relazioni sane durante il corso della vita (Main, 1985). Tra gli aspetti che caratterizzano la genitorialità risultano importanti per la presentazione dello studio la sensibilità genitoriale, la mentalizzazione, la funzione riflessiva e la mind-mindedness. Nelle pagine che seguono verranno descritti l'evoluzione del pensiero e dell'attività di ricerca che hanno contribuito in modo determinante al perfezionamento del concetto di mind-mindedness.

1.2 Gli antecedenti della mind-mindedness

Fonagy e Meins si sono dedicati allo studio della mentalizzazione e al suo approfondimento. A seguito degli studi di van Ijzendoorn, entrambi hanno cercato di interpretare e dare una spiegazione al cosiddetto "*Transmission Gap*".

Quest'ultimo rappresenta un'incognita nella variabilità della trasmissione dell'attaccamento. Se Fonagy, come detto precedentemente, si è concentrato principalmente sulla funzione riflessiva, Meins ha focalizzato le sue ricerche sulla mentalizzazione in ambito di sviluppo, elaborando il concetto di mind-mindedness.

Il percorso per arrivare al concetto di mind-mindedness inizia con lo sviluppo della teoria dell'attaccamento di Bowlby. In questa sede cercherò di riportare i contributi più importanti di diversi autori, fino ad arrivare all'elaborazione di Meins.

1.2.1 La teoria dell'attaccamento

Il principale teorico di riferimento della teoria dell'attaccamento è stato lo psicanalista britannico John Bowlby (Simonelli & Calvo, 2002). L'evoluzione della teoria è segnata da alcuni periodi fondamentali che cercherò di riassumere. Il primo è caratterizzato dall'inizio del lavoro di Bowlby. Prendendo ispirazione dagli studi condotti da Lorenz (Lorenz, 1935) e Harlow (Harlow, 1958), Bowlby e i coniugi Harlow iniziarono ad osservare gli effetti psicologici e comportamentali del lutto e della separazione nei bambini nel secondo dopoguerra (Barone, 2021). A partire da queste prime osservazioni Bowlby sottolinea l'importanza per il bambino della presenza di un legame intimo e duraturo con una figura di riferimento (Simonelli & Calvo, 2002). Le relazioni di attaccamento somigliano ad altri tipi di legami affettivi, ma se ne distinguono per il fatto che si fondano su vulnerabilità e dipendenza fisica ed emotiva del bambino, sul suo bisogno di protezione, sostegno e amorevole conforto da parte del caregiver (Murray, 2015). Questo legame viene definito da Bowlby come universale, ovvero presente in tutti i bambini che possiedono una figura di accudimento, e biologico-evoluzionistico (Simonelli & Calvo, 2002). L'originario scopo biologico del legame di attaccamento era, infatti, la protezione dai predatori, necessità vitale nelle condizioni ambientali in cui si è evoluto l'uomo primitivo (Holmes, 2017). Le principali funzioni della relazione di attaccamento sono: quella di "porto sicuro" e quella di "base sicura". Il porto sicuro indica il luogo di sicurezza, consolazione e conforto, dove il bambino sente di poter tornare in modo da poter modulare le

sue emozioni. La base sicura è invece il luogo mentale dove il bambino sente di poter tornare in caso di bisogno (Barone, 2021).

1.2.2 *Maternal sensitivity*

Un successivo contributo alla teoria è stato dato dai lavori svolti da Mary Ainsworth, psicologa canadese allieva di Bowlby.

Ainsworth ha sviluppato la SSP a seguito dei suoi studi svolti in Uganda e Baltimora. Nel suo libro *"Infancy in Uganda: Infant Care and the Growth of Love"* del 1967 Ainsworth riporta i risultati delle sue osservazioni sulle diadi madre-bambino. Tramite osservazioni *home-based*, notò che alcune madri sembravano molto sensibili e in sintonia con i propri bambini e che li consideravano *"come delle persone a sé stanti; inoltre rispettavano le loro attività in corso e quindi evitavano di interromperli"* (Ainsworth et al., 1971). Altre madri invece sembravano meno capaci di leggere e interpretare i segnali dei loro bambini, finendo per *"socializzare con il bambino quando aveva fame, giocare con lui quando era stanco e dargli da mangiare quando stava cercando di avviare un'interazione sociale"* (Ainsworth, Bell, & Stayton, 1974), come se ci fosse una mancanza di sintonizzazione tra gli stati interni del bambino e quelli della madre. Ainsworth notò che le madri più sensibili erano anche quelle che instauravano un legame di attaccamento più sicuro con i propri bambini.

Ainsworth ha quindi sviluppato la Sensitivity-Insensitivity Scale, una scala per la valutazione della sensibilità materna basata su 9 punti, volti a riassumere la sensibilità, accessibilità, cooperazione e accettazione materna. Ogni sottoscala contiene una lunga descrizione del concetto stesso (Pederson, 1990). Nella sottoscala "sensibilità-insensibilità materna ai segnali del bambino" Ainsworth fa riferimento ad una madre sensibile quando è in grado di sintonizzarsi con gli stati mentali del bambino, e quando interpreta e risponde correttamente ad essi. Una madre insensibile invece sarà focalizzata sui propri desideri e attività, motivo per cui i suoi interventi saranno meno sintonizzati con gli stati interni del bambino. Per quanto riguarda la sottoscala "accettazione-rifiuto", la madre viene considerata accettante non solo quando accoglie quasi tutti gli aspetti del bambino, ma soprattutto quando accetta la responsabilità di

prendersene cura senza badare al tempo tolto alle proprie attività. Una madre rifiutante invece, nonostante possa presentare emozioni positive riguardo il proprio bambino, mostrerà spesso rabbia e risentimento. La terza sottoscala riguarda la “cooperazione-interferenza”. Una madre cooperante cercherà di organizzare l’ambiente circostante il bambino in modo da minimizzare la necessità di interromperlo, mentre una madre interferente, faticando a considerare il proprio bambino come una persona dotata di una mente propria, tenderà a far fare al bambino quello che lei crede essere migliore. L’ultima sottoscala è definita “accessibilità-inaccessibilità”. Una madre accessibile sarà quasi sempre sintonizzata con il proprio bambino, una inaccessibile si mostrerà invece come focalizzata sui propri pensieri ed attività, senza neanche accorgersi del proprio bambino (Ainsworth et al., 1971).

Il merito principale di Ainsworth è quindi stato oltre alla creazione del paradigma della Strange Situation (SSP), quello di aver fornito delle prime evidenze nei diversi livelli di sensibilità materna come possibile spiegazione delle differenze nella sicurezza dell’attaccamento. La SSP è una procedura osservativa, formata da 8 tappe ognuna della durata di 3 minuti. L’obiettivo è quello di indurre un livello di stress moderato nel bambino, in maniera che si attivi il suo sistema di attaccamento. Il modo più ecologico per indurre un livello di stress moderato nel bambino è quello di confrontarlo con due brevi separazioni dalla madre. Alle brevi separazioni seguono due ricongiungimenti, momenti fondamentali per la valutazione vera e propria. La procedura viene svolta fuori casa con la presenza di una persona estranea, in quanto necessaria una situazione che il bambino non conosca (Barone, 2021).

Grazie agli studi di Ainsworth, inoltre, sono stati definiti tre principali stili di attaccamento, uno definito come sicuro e due definiti come insicuri. L’attaccamento sicuro nel bambino è caratterizzato da due elementi fondamentali. Il primo è che il bambino ha sviluppato un senso di fiducia nei confronti del fatto che il caregiver è emotivamente disponibile e pronto ad intervenire in caso di bisogno. Nel secondo elemento il bambino non solo ha fiducia nel fatto che il caregiver sia disponibile, ma anche nel fatto che sarà in grado di confortarlo, riuscendo ad alleviare la sua sofferenza. Il bambino vede

quindi nel caregiver una “base sicura” dalla quale partire per esplorare l’ambiente (Murray, 2015). Gli attaccamenti insicuri si dividono invece in due tipologie: attaccamento “insicuro evitante” e attaccamento “insicuro ambivalente”. I bambini con attaccamento evitante mostrano pochi o addirittura nessun segnale di disagio in situazioni in cui, invece, si dovrebbero attivare bisogni di attaccamento. Questo comportamento si presenta come reazione al fatto che il bambino non percepisce il caregiver come in grado di fornirgli sostegno e consolazione nel caso di bisogno, e per questo motivo si mostra restio nel manifestare segnali di attaccamento (Murray, 2015). L’attaccamento insicuro ambivalente è invece tipico di quei bambini che appaiono molto ansiosi riguardo alla disponibilità del caregiver. Il bambino in questo caso controlla attentamente se il caregiver è presente, e mostra spesso difficoltà nell’esplorazione dell’ambiente; infatti, il disagio che viene mostrato nei casi di attivazione dei bisogni di attaccamento è estremo (Murray, 2015). A queste tre tipologie se ne aggiunge una definita come attaccamento disorganizzato, tipico di bambini che provengono da situazioni fortemente traumatiche o da famiglie maltrattanti. Il bambino in questo caso non presenta uno schema di reazione definito, ma un comportamento particolarmente disorganizzato, caratterizzato da angoscia e disorientamento nel mostrare i propri segnali di attaccamento (Murray, 2015).

1.2.3 Modelli Operativi Interni

Nell’ultima fase di sviluppo della teoria, Bowlby e Main hanno elaborato il Modello Operativo Interno (MOI), grazie al quale è stato possibile ridefinire il concetto di attaccamento come qualcosa di duraturo e osservabile nel comportamento della persona (Simonelli & Calvo, 2002). I modelli operativi interni infatti sono rappresentazioni mentali che l’individuo sviluppa riguardo sé stesso e gli altri, sulle quali vengono basate aspettative rispetto a relazioni future e interpretazione di eventi. I MOI rappresentano la dimensione più cognitiva dell’attaccamento, in grado di dare una continuità tra l’attaccamento che il bambino sviluppa con il proprio caregiver e quello che lui stesso avrà in futuro una volta diventato adulto (Gillibrand et al., 2019).

1.3 Mentalizzazione, sensibilità genitoriale e capacità riflessiva

Il concetto di mentalizzazione racchiude al suo interno vari elementi derivanti dalla tradizione psicanalitica e dalla psicologia dello sviluppo. Tra questi possiamo ritrovare le funzioni di *holding* e *mirroring* introdotte da Winnicott (Winnicott, 1971), la *rêverie* materna di Bion (Greenberg, 1993), e la zona di sviluppo prossimale e di *scaffolding* proposti da Vygotskij (Vygotskij, 1934). Fondamentali sono stati anche i contributi da parte della teoria dell'attaccamento di Bowlby e di Ainsworth sulla sensibilità materna (Holmes, 2017), ritrovabili nei concetti di *mind-mindedness* e Funzione Riflessiva proposti rispettivamente da Meins e Fonagy (Alain et al., 2023).

La mentalizzazione è una funzione cognitiva che può essere definita come la consapevolezza dei propri pensieri ed emozioni, nonché come l'abilità di prendere in considerazione quelli degli altri. Essere in grado di mentalizzare significa essere capaci di vedere l'altro come dotato di stati mentali propri (Holmes, 2017). Fa riferimento alla capacità di considerare gli stati mentali come appartenenti alla realtà interna dell'individuo e quindi soggettivi, e non come una realtà oggettiva uguale per tutti (Fonagy & Target, 1996). Questa funzione rappresenta uno tra gli elementi fondamentali per un buon funzionamento psicologico dell'individuo, e risulta particolarmente importante in ambito familiare, poiché consente ai caregiver di individuare eventuali o potenziali difficoltà nei figli (Alain et al., 2023).

Nonostante il bambino possieda una predisposizione innata alla mentalizzazione, ci sono diversi fattori che possono influenzarne lo sviluppo. Alcuni dipendono dalla relazione caregiver-bambino (es. stile di attaccamento), altri riguardano principalmente il caregiver (es. disponibilità affettiva e capacità di mentalizzare il bambino). Altri aspetti ancora dipendono dal bambino stesso (es. temperamento, intelligenza, e sviluppo del linguaggio). L'interazione tra tutti questi fattori contribuirà alla capacità di mentalizzare nel bambino e nell'adulto che diventerà in futuro (Alain et al., 2023)

L'abilità di mentalizzazione del caregiver si può osservare nello sforzo di notare, identificare e dedurre gli stati mentali che sottostanno al comportamento

del bambino (Dollberg, 2021). Si tratta di un'abilità fondamentale, in quanto permette al caregiver di sintonizzarsi con gli stati interni del bambino (Carone, 2023).

Il concetto di funzione riflessiva è stato introdotto ed elaborato da Peter Fonagy, psicanalista e psicologo clinico di origine ungherese che ha fornito contributi in vari campi, specializzandosi nella tematica della mentalizzazione (Fiore, 2018). È proprio da quest'ultima che Fonagy ha sviluppato il concetto di funzione riflessiva. Il principale interesse di Fonagy riguarda l'abilità dell'individuo di comprendere e riflettere sulle sue relazioni e vicende infantili, originate dal proprio legame di attaccamento (Carone, 2021). Per questo motivo Fonagy svolse numerose osservazioni cliniche di pazienti adulti. Tramite l'utilizzo della Adult Attachment Interview (AAI), Fonagy notò come alcuni di questi mostravano una ridotta capacità di riflettere sulle proprie emozioni interne (Fonagy et al., 1991). La AAI, elaborata da Mary Main nel 1985, è un'intervista volta ad indagare gli stati mentali dell'adulto riguardo le proprie esperienze infantili di attaccamento. Mary Main, psicologa statunitense allieva di Mary Ainsworth, ha classificato 5 categorie di stati della mente relativi all'attaccamento infantile sulla base delle analisi delle risposte raccolte tramite la AAI:

- Sicuro/autonomo (Free): sperimenta ed esprime sia le emozioni positive che quelle negative in maniera regolata e consapevole. Presenta una buona conservazione della memoria autobiografica e fiducia nel rapporto con l'altro.
- Distanziante (Dismissing): spontaneamente incline a non esprimere le emozioni negative e ad enfatizzare quelle positive. Da genitore faticherà nella gestione delle emozioni negative del figlio. Tende ad avere una memoria autobiografica sbilanciata sui gli aspetti positivi della propria infanzia.
- Preoccupato (Entangled): propenso ad accentuare l'attivazione emotiva senza però riuscire a mettere in atto un coping funzionale al compito. Ricorda e valorizza soprattutto gli aspetti negativi della propria infanzia.

- Irrisolto/disorientato (Unresolved): il termine irrisolto fa riferimento alla non risoluzione di un lutto o di un trauma. A causa del passato tende ad affrontare problemi per i quali è richiesta un'elevata emotività senza però possedere un'adeguata capacità di risolverli (Barone, 2021).

Il funzionamento riflessivo comprende la capacità di interpretare il comportamento umano come derivante da stati mentali interni quali credenze, desideri e intenzioni (Slade, 2005). La funzione riflessiva risulta fondamentale per la formazione dell'auto-organizzazione e la regolazione affettiva dell'individuo (Bergamaschi, 2014). Nel bambino, lo sviluppo della funzione riflessiva è mediato dalle relazioni con i caregiver, i quali devono essere in grado di comprendere gli stati mentali interni del bambino al fine di porre le basi per una buona relazione. La capacità dei caregiver di attribuire un senso agli stati interni dei figli è un elemento che dipende dalla sensibilità genitoriale, fondamentale per la formazione di un attaccamento sicuro (Holmes, 2017). Caregiver dotati di elevate capacità riflessive, infatti, hanno più probabilità di avere figli che sviluppano un attaccamento sicuro (Holmes, 2017).

La sensibilità genitoriale è considerata un costrutto chiave all'interno della ricerca sulla genitorialità durante la prima infanzia (Ainsworth, Bell, & Stayton, 1974). La sua definizione è fortemente radicata nei contributi teorici ed empirici di Mary Ainsworth, e può essere collocata su uno spettro che va da "altamente sensibile" ad "altamente insensibile" (Cooke, 2022). La sensibilità genitoriale si riferisce alla capacità del caregiver di percepire e rispondere adeguatamente ai bisogni emotivi e cognitivi del bambino (Carone, 2023). Implica l'abilità dei caregiver di cogliere anche i segnali più sottili, meno evidenti, da parte dei bambini interpretandoli correttamente e, soprattutto, rispondendo tempestivamente ed in modo contingente ad essi (Murray, 2015). Caregiver sensibili rispondono ai segnali del bambino con prontezza, mentre quelli meno sensibili tendono a cogliere solo i segnali più evidenti. La corretta interpretazione dei segnali e l'empatia sono elementi cruciali per una buona sensibilità genitoriale e per favorire lo sviluppo di un attaccamento sicuro (Gillibrand et al., 2019).

1.3.1 La trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento e il transmission gap

Quando si parla di trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento ci si riferisce al fatto che i modelli di relazione e le strategie di regolazione emotiva appresi durante l'infanzia vengono riproposti all'interno della relazione di attaccamento con i figli. Diversi studi hanno dimostrato che il tipo di attaccamento dei caregiver può predire la sicurezza o l'insicurezza della relazione di attaccamento dei loro figli (van Ijzendoorn, 2016). Inoltre, una ricerca condotta da Bernoit nel 1994 su 96 famiglie ha evidenziato la trasmissione dell'attaccamento attraverso tre generazioni, prendendo in considerazione neonati, le madri e le nonne materne (Bernoit, 1994). Nel 2016 Verhage e colleghi hanno condotto uno studio longitudinale su di un totale di 95 campioni all'interno del quale sono state confermate la trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento con dimensioni degli effetti maggiori per quanto riguarda l'attaccamento sicuro (Verhage et al., 2016). Si può quindi concludere che l'attaccamento dei genitori sia predittivo di quello dei figli.

La domanda che emerge relativa ai pattern di attaccamento è come questi possano essere trasmessi da genitori a figli, e quali siano i fattori in grado di poter spiegare la variabilità negli stili.

Dall'attività di ricerca degli ultimi trent'anni emerge che sarebbe la sensibilità genitoriale ad essere uno dei fattori che maggiormente consente di prevedere sicurezza nell'attaccamento (Murray, 2015). Tuttavia, un'importante metanalisi di 18 studi condotta da van Ijzendoorn nel 1995, ha evidenziato come, nonostante ci fosse un'associazione significativa tra sensibilità materna e attaccamento, solo il 12% della varianza nell'attaccamento poteva essere spiegata alla luce della sensibilità genitoriale (Holmes, 2017). Marinus van Ijzendoorn, psicologo e ricercatore olandese, ha coniato dunque il termine "transmission gap", riferendosi a quell'aspetto del processo di trasmissione dell'attaccamento che non può essere completamente spiegato alla luce della sensibilità materna (Bahrens, 2016).

Altri importanti studi hanno evidenziato che potrebbe essere piuttosto la mentalizzazione genitoriale ad essere il meccanismo di mediazione responsabile della trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento.

Fonagy e colleghi nel 1993 hanno pubblicato uno studio all'interno del quale hanno somministrato la AAI a entrambi i genitori nell'ultimo trimestre di gravidanza per valutarne l'attaccamento, e la SSP a seguito della nascita del bambino. I principali risultati delle analisi hanno riportato un'associazione significativa tra la funzione riflessiva dei genitori prima della nascita e l'attaccamento del bambino a 12 o 18 mesi. Inoltre, i caregiver che riportavano una rappresentazione mentale più accurata della propria infanzia influenzavano in modo positivo l'attaccamento del bambino.

Nel 2005 Slade e colleghi hanno pubblicato uno studio focalizzato sull'indagine del ruolo della funzione riflessiva materna nella trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento. Per valutare la funzione riflessiva materna è stata utilizzata la Parent Development Interview (PDI), intervista per genitori di bambini con età massima di tre anni, all'interno della quale viene chiesto al caregiver di descrivere in modo più o meno specifico l'attuale relazione con il bambino (Riva Crugnola, 2012). Sono state poi utilizzate la AAI e la SSP, come avvenuto per lo studio precedente. I risultati riportano una correlazione tra la funzione riflessiva materna e la sicurezza nell'attaccamento dei bambini, al contrario, livelli più bassi di funzione riflessiva sono risultati associati ad un attaccamento insicuro nei bambini.

La problematica relativa all'iniziale formulazione di Ainsworth sulla sensibilità materna riguarda il fatto che non faceva distinguere nella capacità di rispondere ai segnali del bambino in base all'appropriatezza della risposta (Meins, 1999). Il concetto di "appropriatezza", infatti, implica due livelli di capacità da parte del caregiver: la capacità di "leggere" il proprio bambino, cioè di mentalizzare, e la capacità di calibrare le proprie risposte alla luce di questa "lettura" (Meins, 1999). Questa lacuna è ciò che ha lasciato aperta la domanda su quali possano essere gli altri meccanismi in grado di spiegare i pattern di trasmissione intergenerazionale. È qui che entra in gioco la mind-mindedness. Sviluppando vari metodi per misurare tali capacità, ricercatori tra i quali Fonagy,

Slade, e Meins, hanno significativamente contribuito a colmare l'elusivo transmission gap (Alain et al., 2023).

1.3.2 La mind-mindedness

Elisabeth Meins è una psicologa dello sviluppo britannica, che nel 1997 ha coniato l'espressione "parental mind-mindedness". L'aspetto fondamentale di questo costrutto è che riflette l'abilità materna di rappresentarsi la prospettiva del bambino, e pertanto di valutare quali risposte siano più appropriate. La mind-mindedness "*restituisce una misura della propensione del caregiver di trattare il bambino come un individuo dotato di una mente*" (Meins, 1997) e "*si focalizza sulla buona propensione [...] o sulla capacità di leggere il comportamento del bambino con riferimento agli stati interni [...]*" (Meins, 2015).

Nell'articolo "*Sensitivity, security, and internal working models: bridging the transmission gap*" del 1999, Meins introduce il concetto di mind-mindedness come possibile meccanismo in grado di spiegare il legame tra l'attaccamento del caregiver e la sicurezza nell'attaccamento con il bambino. La scelta di proporre la mind-mindedness come possibile spiegazione del transmission gap è dovuta al fatto che questa potrebbe identificare meglio il tratto distintivo appartenente alle madri del gruppo con attaccamento sicuro. Meins in questo articolo propone due modelli. Un primo esemplificativo del transmission gap, e un secondo invece in cui inserisce la mind-mindedness. Nella figura 1 Meins rappresenta la mancanza di spiegazione del transmission gap tra i MOI (IWM) genitoriali con la sensibilità genitoriale (parental behavior sensitivity), che invece risulta legata empiricamente al comportamento del bambino (infant behavior).

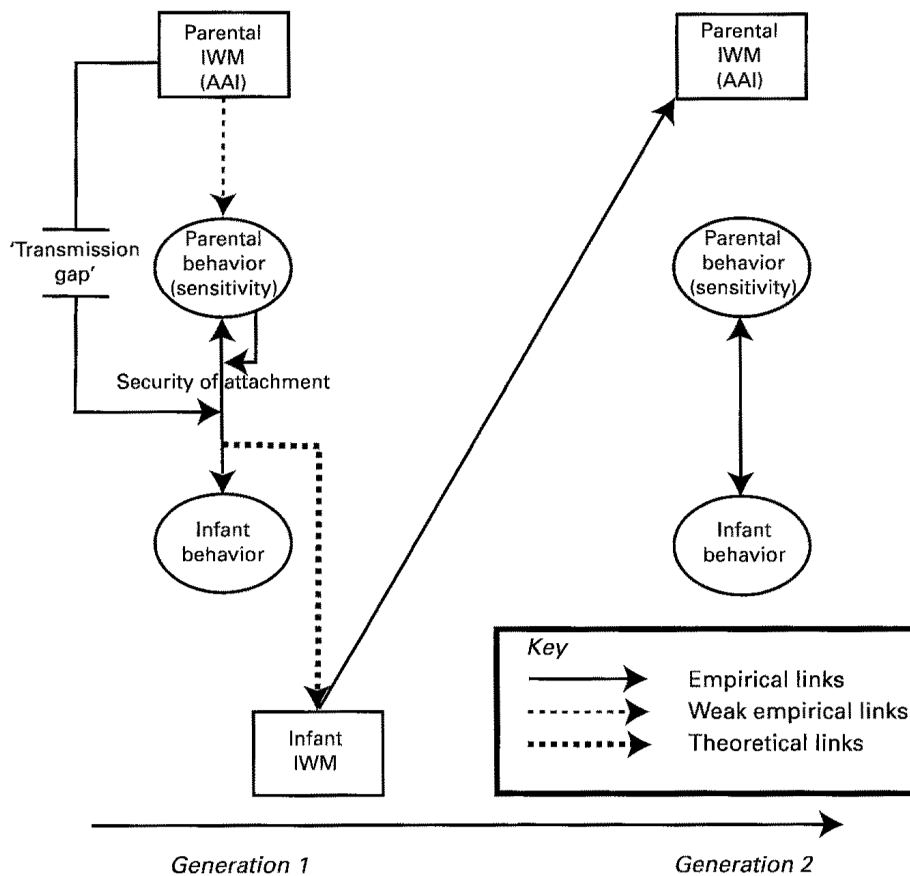


Figura 1. Transmission gap senza MM. Adattato da Meins, 1999

Nella figura 2 invece, Meins rappresenta il transmission gap con l'aggiunta dei risultati del suo studio. I MOI genitoriali (IWM) sono correlati con sensibilità genitoriale (parental behavior sensitivity) e con la mind-mindedness (parental discourse). Dall'unione di mind-mindedness e sensibilità genitoriale si passa, tramite la sicurezza dell'attaccamento (security of attachment), al comportamento del bambino (infant behavior). Le abilità di mentalizzazione del caregiver inoltre sono legate a quelle del bambino (child's mentalizing abilities).

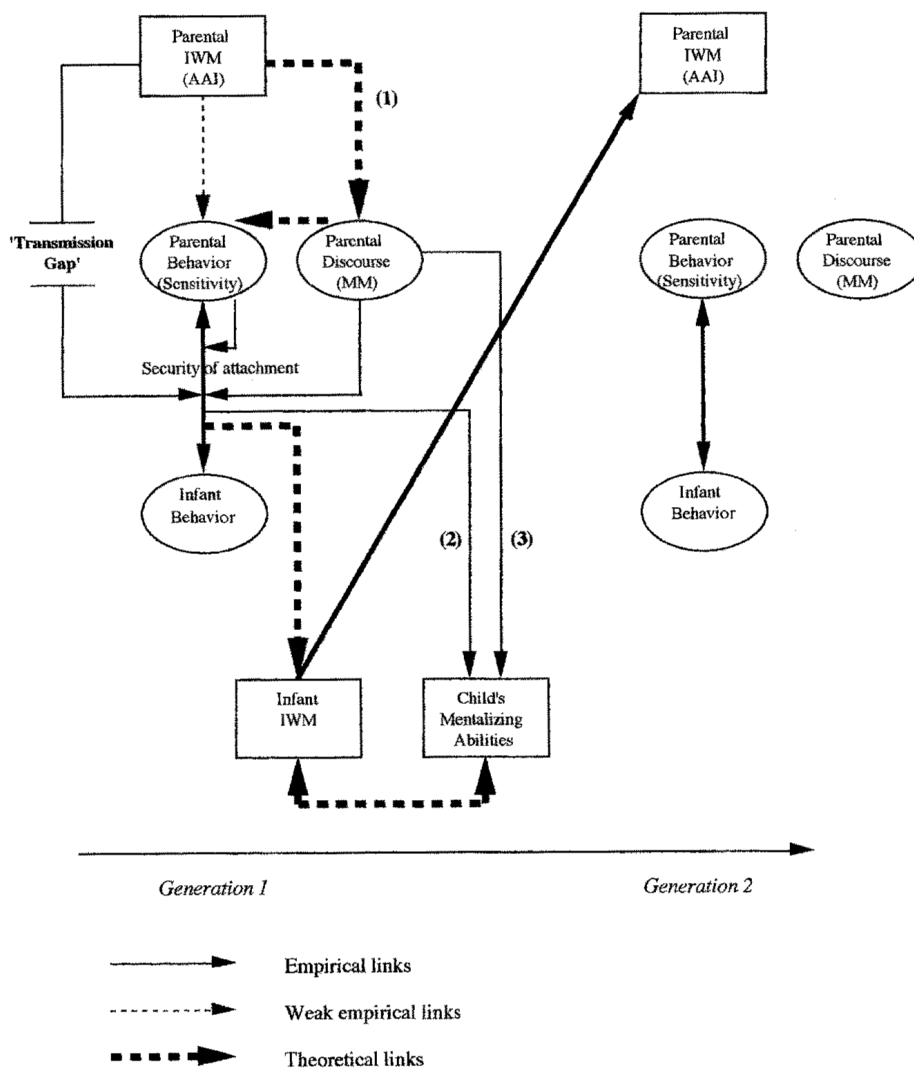


Figura 2. Transmission gap con MM. Adattato da Meins, 1999

I risultati dello studio hanno mostrato come la dimensione di commenti mind-related è risultata significativamente correlata alla sicurezza nell'attaccamento; infatti, le madri che hanno ottenuto punteggi alti su questa scala avevano una maggiore probabilità di avere bambini con attaccamento sicuro. Tuttavia, questo studio preliminare non è riuscito a dimostrare che la mind-mindedness materna potesse effettivamente essere il tramite tra gli attaccamenti.

Nel suo importante studio pubblicato nel 2001 "*Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months*", Meins riporta la ricerca condotta su 71 diadi. La sensibilità materna è stata definita tramite l'utilizzo della scala di Ainsworth. La ricerca è stata condotta tramite osservazioni e video registrazioni delle interazioni madre bambino al fine di misurare i livelli di mind-mindedness. Trattandosi della capacità di commentare in modo appropriato gli stati mentali del bambino durante le interazioni, Meins ha proposto una valutazione della mind-mindedness basata sulla considerazione dei commenti verbali delle madri durante un'interazione di gioco libero con il bambino. La mind-mindedness con bambini fino a un'età di 12 mesi viene valutata come la tendenza del caregiver di commentare in modo appropriato o in maniera non sintonizzata durante un'interazione (Meins, 2015). Per i primi 6 mesi di vita si preferisce codificare la mind-mindedness con interazioni faccia a faccia di una durata dai 3 ai 5 minuti con il bambino posizionato in un seggiolino da tavolo e con uno specchio posizionato in maniera tale che il viso della madre possa essere osservato. Per i bambini con un'età pari o superiore ai 6 mesi invece bisognerebbe utilizzare sessioni di gioco libero.

Una volta che l'osservazione è stata registrata, l'interazione può poi essere trascritta (Meins, 2015). L'analisi dei commenti trascritti consente di identificare i commenti considerati come mind-related. Non sono considerati mind-related tutti i commenti che riguardano stati fisici del bambino in risposta a comportamenti evidenti (e.g. "Sei scomodo" quando il bambino si agita), i commenti qualitativi non connessi ai comportamenti del bambino (e.g. "Sei contento" senza che il bambino mostri segnali di gioia), o i commenti non relativi a stati interni, come "Va tutto bene?" "Ti piace?" (Riva Crugnola, 2012).

I commenti identificati come mind-related vengono poi classificati come "appropriati" o "non sintonizzati" con gli stati mentali dei bambini. Ad esempio, commenti classificati come appropriati sono: commenti che connettono esperienze passate a quella presente (e.g. "Lo riconosci perché è lo stesso che abbiamo a casa"), commenti che identificano come procedere all'interno dell'interazione (e.g. "Vuoi giocare con i cubi?" Dopo che il bambino non si

focalizza su niente), e commenti che sono sintonizzati con il reale comportamento da parte del bambino (e.g. “Vuoi la palla” mentre il bambino cerca di prendere la palla). Sono invece considerati come non sintonizzati i commenti che non sono empatici con lo stato emotivo del bambino e che vanno ad interferire, per esempio, con ciò che il bambino sta svolgendo, o la proiezione dei propri stati mentali sul bambino (Riva Crugnola, 2012).

La sensibilità materna e i commenti mind-related appropriati sono risultati predittori indipendenti dell’attaccamento, spiegando rispettivamente il 6,5% e il 12,7% della varianza.

La MM può essere misurata tramite due metodi: quello osservazionale tramite codifica video appena presentato, e quello rappresentazionale con intervista. In letteratura sono numerosi gli studi che hanno analizzato la MM tramite il metodo rappresentazionale con intervista (Dollberg et al., 2021, Hughes et al., 2016, Larkin et al., 2020, Ansari et al., 2020). “*Describe your child interview*” elaborata da Meins e Fernyhough nel 2015 è uno strumento volto alla misurazione della MM per genitori di bambini dall’età prescolare in avanti. Si tratta di una breve intervista all’interno della quale viene chiesto ai genitori di descrivere il proprio figlio. I genitori sono liberi di descrivere i bambini come vogliono, è importante che i ricercatori rassicurino i genitori sul fatto che non c’è un modo corretto o errato di farlo. A differenza del metodo di analisi osservazionale della MM in questo caso se il genitore ripete degli aspetti del bambino, non vengono codificati più volte (Meins, 2015).

1.3 Il ruolo protettivo della mind-mindedness

Alla luce di quanto evidenziato a livello storico fino ad ora, appare evidente come il concetto di mind-mindedness abbia un ruolo centrale all’interno dello sviluppo. L’importanza della mind-mindedness viene data principalmente dal fatto che, se il bambino riceve una retroazione sbagliata o non fondata sulle proprie proiezioni, ma su quelle del caregiver, il bambino stesso si troverà alle prese con il riflesso di un’esperienza che non è la sua soggettiva. Questo porterà il bambino a non potersi riconoscere all’interno della risposta del caregiver,

introiettando una rappresentazione di un'esperienza che però non gli appartiene (Alain et al., 2023).

Diversi studi si presentano a favore dell'eventuale ruolo protettivo che può presentare la mind-mindedness. In uno studio del 2011, Walker ha intuito l'importanza dell'inserimento della mind-mindedness nella clinica, conducendo uno studio che includeva genitori di bambini che si sono rivolti a gruppi clinici. L'obiettivo dello studio era indagare un'eventuale differenza nella mind-mindedness tra gruppo clinico e gruppo di controllo, ed esplorare come la mind-mindedness potesse essere correlata a stress, depressione e problematiche dei bambini. Dai risultati è emerso come i livelli di mentalizzazione risultavano nettamente più bassi all'interno del gruppo clinico, ma non è stata trovata come correlata ad ansia e depressione in nessuno dei due gruppi. Nel gruppo clinico però la mind-mindedness è risultata correlata a stress genitoriale e nel gruppo comunitario anche a difficoltà emotive dei bambini.

Nel 2019, Colonnesi ha condotto una ricerca volta a indagare il ruolo della mind-mindedness materna e paterna sui problemi sociali e comportamentali dei figli. A 4, 12 e 30 mesi di età dei bambini, è stata valutata la mind-mindedness genitoriale per capirne l'effetto sulle problematiche di comportamento internalizzante ed esternalizzante dei bambini a 4 e 5 anni. Le analisi dello studio hanno dimostrato come l'utilizzo infrequente di commenti mentalizzanti da parte dei genitori sia predittivo per problematiche di tipo esternalizzante dei bambini, mentre l'utilizzo di commenti non sintonizzati predicono una bassa competenza sociale nei bambini.

In un recente studio condotto da Meyen nel 2022, è stato indagato se la mind-mindedness potesse avere un ruolo sull'abbandono da parte dei genitori dei percorsi di Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). La PCIT, terapia di interazione caregiver-bambino, è una tipologia di intervento *evidence-based* di breve durata per i caregiver di bambini di età compresa tra 2-7 anni che presentano problemi comportamentali. Tra i risultati principali è emerso che le madri con un livello di mentalizzazione medio-basso hanno maggiormente beneficiato sull'abilità genitoriale di esprimere complimenti durante l'interazione con il proprio bambino e sull'abilità di gestire comportamenti inappropriati del

bambino stesso. Invece, madri con un livello medio-alto di MM hanno riportato punteggi più alti sulla maggior parte delle misure.

La mind-mindedness non ha effetti solo sullo sviluppo socio emotivo del bambino. Nel 2018 Zeegers e Colonnesi hanno condotto uno studio volto ad indagare il ruolo della mind-mindedness materna e paterna sulla Heart Rate Variability (frequenza cardiaca variabile) delle emozioni durante il primo mese di vita del neonato. La HRV indica la flessibilità individuale dell'attività cardiaca. Una maggiore variabilità è associata ad una migliore salute psicologica e fisica in quanto indice di flessibilità di adattamento del cuore alle situazioni endogene ed esogene (Thayer, 2009).

Un maggior numero di commenti mind-mindedness classificati come "appropriati" sono risultati predittivi di una maggior HRV basale a 12 mesi del bambino. I commenti classificati come "non sintonizzati" hanno invece predetto una minore HRV basale a 12 mesi. Risulta evidente come il linguaggio e le parole utilizzate dai genitori abbiano un'influenza unica sullo sviluppo del bambino, non solo a livello emotivo ma anche sulla formazione della regolazione fisiologica.

Alla luce di questi recenti risultati, Meins ha sviluppato nel 2019 un'applicazione per smartphone chiamata *BabyMind*, con l'obiettivo di svolgere un intervento di miglioramento della mentalizzazione materna nella sintonizzazione con gli stati interni dei loro bambini. Le madri del gruppo di intervento hanno utilizzato l'applicazione dalla nascita dei bambini fino all'età di sei mesi, quelle del gruppo di controllo invece sono state direttamente reclutate a 6 mesi di età dei bambini. Il livello di mentalizzazione nell'interazione con i propri figli è risultato più elevato nel gruppo di intervento. Questi risultati dimostrano e suggeriscono come anche interventi a distanza possano andare a migliorare la genitorialità e lo sviluppo dei bambini anche in gruppi più vulnerabili (Meins, 2019).

Capitolo 2

Disabilità dello sviluppo e impatto sul benessere genitoriale

2.1 Introduzione

I disturbi della disabilità dello sviluppo costituiscono un gruppo particolarmente significativo tra le patologie dell'età evolutiva. Si stima che circa 53 milioni di bambini nel mondo ricevano una diagnosi di disabilità dello sviluppo ogni anno, il che rappresenta il 13% dei problemi di salute di tutti i bambini (Olusanya et al., 2018). I disturbi della disabilità dello sviluppo si caratterizzano per presenza di deficit neuropsicologici e/o di un deficit o di una alterazione nell'acquisizione di competenze che possono interessare varie aree evolutive. Comprendono, tra le altre, le seguenti patologie: le disabilità intellettive (ID), i disturbi dello spettro autistico (ASD), i disturbi dell'attenzione e/o iperattività (ADHD), i disturbi specifici del linguaggio e della comunicazione (DSL), le disprassie, i disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), le paralisi cerebrali, sindromi genetiche e metaboliche (Mazzoncini, 2012; Provenzi, 2021).

Tutti i bambini beneficiano di comportamenti di parenting positivi, poiché la qualità del parenting con cui un bambino cresce ha un ruolo fondamentale nel suo sviluppo socio-emotivo. Come visto precedentemente, aspetti positivi del parenting come la sensibilità e la responsività genitoriale hanno un ruolo importante non solo nella formazione di un attaccamento sicuro, ma anche nello sviluppo delle funzioni esecutive, del linguaggio e del funzionamento sociale (Cooke, 2022). Per un caregiver di un bambino con un disturbo del neurosviluppo adottare pratiche di parenting positive può però rivelarsi particolarmente difficile a causa delle caratteristiche del figlio e delle possibili limitazioni da esse causate (Innocenti, 2013). I disturbi del neurosviluppo, infatti, rappresentano una condizione avversa non solo per lo sviluppo socio-emotivo del bambino, ma anche per i suoi caregiver (Montirosso, 2020). Numerosi studi concordano sul fatto che i disturbi del neurosviluppo hanno un impatto importante sui caregiver e sull'intero funzionamento familiare (Hohlfeld, 2018, Dervishaliaj, 2013, Rayan, 2018).

All'interno di questo scenario, Provenzi e colleghi hanno elaborato un framework teorico del parenting, attraverso un modello multidimensionale, al fine di poter programmare al meglio interventi a sostegno della genitorialità di caregiver di bambini con disabilità. Il modello comprende tre principali domini appartenenti all'esperienza genitoriale che interagiscono tra di loro influenzabili dal grado di disabilità del bambino. Questi sono:

- *Affects and emotions (A)*: in riferimento a tutti gli stati emotivi genitoriali che si riferiscono allo stato di salute del bambino.
- *Behavior and skills (B)*: azioni o comportamenti che il caregiver mette in atto nei confronti del bambino durante l'interazione (es. sensibilità, aiuto, incoraggiamento, ecc.).
- *Cognition and representations (C)*: qualsiasi pensiero che il caregiver ha riguardo al bambino, quindi le percezioni e le rappresentazioni relative a sé stessi come genitori e/o a sé stessi in relazione al proprio bambino.

In questa sede ci si concentrerà su questi tre aspetti fondamentali all'interno delle pratiche di parenting: la dimensione emotiva, le pratiche di parenting e l'impatto sulle rappresentazioni interne genitoriali.

2.1.1 L'impatto sulla dimensione emotiva (A)

A livello storico, una diagnosi di disabilità di un figlio è sempre stata considerata un momento traumatico e critico per le famiglie. Sono numerosi, infatti, gli studi che attestano che avere un figlio con una diagnosi di disabilità mette a rischio la salute psicologica del caregiver, dato che i genitori devono affrontare maggiori fonti di stress (Gerstein et al., 2009). I caregiver di bambini con diagnosi di disabilità riportano infatti alti livelli di stress sia a livello fisico che emotivo (Graungaard et al., 2011).

Nel 2006 Singer ha condotto una metanalisi comprendente 18 studi condotti tra il 1984 e il 2003. L'obiettivo dell'analisi era di sintetizzare i risultati degli studi comparativi sui livelli di depressione delle madri di bambini con e senza disabilità dello sviluppo. Dai risultati è emerso, tra i diversi aspetti, come

effettivamente le madri di bambini con disabilità presentino livelli di depressione molto più elevati rispetto a quelle di bambini a sviluppo tipico (Singer, 2006).

Una recente revisione sistematica condotta da Barreto e colleghi nel 2020 si è focalizzata sulla stima di prevalenza dei disturbi mentali presenti in genitori di bambini con paralisi cerebrale (PC). La revisione ha analizzato 14 articoli per un totale complessivo di 1264 madri e 105 padri di bambini con PC. Dalle analisi è emerso che i genitori di bambini con PC presentavano una prevalenza più elevata di sintomatologia depressiva e ansiosa. Inoltre, fattori come il grado di funzionalità del bambino e il livello socioeconomico della famiglia influenzavano la gravità dei disturbi mentali nei genitori (Barreto, 2020).

I genitori di bambini con disabilità intellettiva affrontano fattori di stress cronici e importanti, soprattutto nel caso di bambini che presentano un'estrema necessità di assistenza. Tali fattori non vanno solo a influenzare il benessere psicologico, ma hanno anche forti ripercussioni a livello fisico. Nel 2010 Miodrag ha pubblicato una revisione con l'intento di esaminare la relazione tra lo stress cronico di genitori di bambini con disabilità e il loro stato di salute. In particolare, sono stati analizzati i fattori di stress nell'ottica di elementi logoranti per l'organismo. La revisione ha incluso studi che hanno analizzato gli effetti dello stress sul sistema cardiovascolare, immunitario e gastrointestinale. Fino al 2010 infatti i problemi di salute nei caregiver erano sempre stati analizzati in relazione all'assistenza di un genitore anziano o di un figlio con cancro ricorrente (Miodrag, 2010). Nonostante l'analisi abbia evidenziato come le madri di bambini con disabilità riportino maggiori problemi di salute, i ricercatori sottolineano la necessità di indagare ulteriormente questa associazione.

Pochi anni dopo, Gallagher e colleghi, preso atto della correlazione fra depressione e problematiche di salute fisica, hanno condotto uno studio volto ad esaminare se la scarsa salute fisica possa essere causa di depressione nei genitori di bambini con disabilità. L'analisi ha confrontato 627 genitori di bambini con disabilità con i dati di 7941 genitori di bambini a sviluppo tipico. Dai risultati è emerso che i genitori di bambini con disabilità presentavano livelli più alti di rischio per depressione, ma anche scarsi livelli di salute fisica. Alla luce delle

problematiche comportamentali presenti nei bambini è stato possibile associare le due condizioni (Gallagher, 2014).

Gli studi appena citati sono stati condotti all'interno di società definite come WEIRD, ovvero Western Educated Industrialized Rich and Democratic. Tuttavia, negli ultimi anni diversi studi condotti in altri paesi, come Bangladesh, Arabia Saudita, Iraq e Palestina, hanno dimostrato come le difficoltà incontrate dai genitori di bambini con disabilità dello sviluppo riguardino l'insieme della popolazione mondiale. In Arabia Saudita, Alrahili e colleghi (2023) hanno condotto uno studio con l'obiettivo di misurare i livelli di burnout e ansia nei genitori di bambini con disturbi del neurosviluppo. Lo studio presentava un totale di 425 caregiver tra genitori di bambini a sviluppo tipico e di bambini con disabilità (principalmente ADHD, ASD e disabilità intellettiva) di età compresa tra i 3 e i 17 anni. Dai risultati è emerso come i genitori di bambini con disturbi del neurosviluppo presentino livelli di ansia e burnout significativamente più alti rispetto a quelli di bambini a sviluppo tipico. Nello specifico, i genitori di bambini con ADHD presentavano livelli di ansia e depressione significativamente più alti rispetto quello di bambini con ASD e disabilità intellettiva.

Alsaad e colleghi (2023) hanno condotto una ricerca con l'obiettivo di misurare la prevalenza di depressione e ansia tra i genitori di bambini con diversi tipi di disturbi del neurosviluppo (in questo studio: ADHD, DSA, ASD e ID). Lo studio comprendeva un unico gruppo clinico composto da 416 genitori. Le analisi hanno mostrato come l'85,1% dei genitori presenti depressione e l'85,8% depressione e ansia. Madri e padri riportavano livelli simili di ansia e depressione e non sono risultate differenze significative per sottotipo di disturbo.

Un altro studio sempre condotto in Arabia Saudita da Faden e colleghi (2023) ha indagato la Qualità della Vita (QoL), lo stress genitoriale e la percezione del supporto sociale tra genitori di bambini con disturbi del neurosviluppo. Dai risultati sono emerse differenze significative in base alla gravità del disturbo. I genitori di bambini con disturbi più gravi presentavano una QoL più bassa e livelli di stress più alti rispetto a genitori di bambini con disturbi meno gravi. Non sono state trovate differenze significative nei livelli di stress genitoriale tra madri e padri.

In uno studio del 2023 condotto nella regione del Kurdistan iracheno, Samadi e colleghi hanno esaminato l'impatto che può avere sul nucleo familiare un figlio con autismo, focalizzandosi sulle madri. Allo studio hanno partecipato 118 genitori, di cui 81 madri e 37 padri. Si è osservato che madri e padri sono stati colpiti in modo simile, in contrasto con i risultati che provengono dalla maggior parte degli studi condotti in altri paesi. Nonostante non siano state trovate differenze statisticamente significative nelle valutazioni della salute genitoriale, tutti i genitori hanno riportato elevati livelli di stress.

Uno studio qualitativo condotto in Bangladesh (Ahsan, 2023) ha esplorato le esperienze genitoriali del crescere un figlio con autismo. Lo studio è stato condotto tramite interviste semi-strutturate a 4 padri e 18 madri, nelle quali si è osservato come i genitori di bambini con autismo provino spesso elevati livelli di tristezza, frustrazione e isolamento. Oltre alle numerose sfide imposte, molti degli intervistati riferiscono che la maggior parte del loro malessere psicologico sia aggravato da uno stigma a livello culturale.

Nel 2018 Abu-Ras ha condotto uno studio nei territori della Cisgiordania e di Israele intervistando 43 genitori palestinesi di bambini con disabilità tramite la tecnica del Focus Group e di interviste semi-strutturate. Dalle analisi delle risposte sono emerse diverse tematiche, fra cui alti livelli di distress psicologico, fatica fisica dovuta alle necessità del bambino e un forte senso di isolamento. Come nello studio precedente, anche in questo caso i genitori hanno sottolineato ulteriori difficoltà dovute alla stigmatizzazione culturale.

Le difficoltà affrontate dai genitori di figli con disabilità non riguardano solo il loro presente, ma anche il futuro, come mostra uno studio condotto da Bujnowska e colleghi nel 2019 focalizzato sulle differenze dei livelli di ansia rivolta al futuro di madri e padri di bambini con o senza disabilità. Bujnowska e colleghi hanno preso in considerazione un gruppo di 167 genitori di bambini con disturbi dello sviluppo (in particolare ASD, disturbi sensoriali e disabilità intellettive) e uno di 103 genitori di bambini con sviluppo tipico. Il gruppo delle madri di bambini con disabilità è risultato essere in assoluto quello più a rischio per elevati livelli di ansia per il futuro. Bisogna notare inoltre che le madri presentavano livelli significativamente più alti rispetto ai padri.

Dagli studi appena riportati risulta evidente come la diagnosi di disabilità dello sviluppo del bambino rappresenti un momento critico per le famiglie in tutte le aree del mondo, associato ad alti livelli di stress non solo emotivo, ma anche fisico. La letteratura sottolinea che i genitori di bambini con disabilità affrontano livelli di stress, depressione e ansia nettamente più elevati rispetto ai genitori di bambini a sviluppo tipico.

2.1.2 L'impatto sulle pratiche di parenting (B)

Essere un genitore è un compito complesso, per il quale non esistono istruzioni precise (Seay, 2014). Non meno complesso è riuscire a definire in assoluto quali siano le caratteristiche che definiscono dei buoni livelli di parenting. A tale riguardo, Belsky e Baumdrin hanno contribuito rispettivamente alla definizione di parenting e all'identificazione di diversi stili genitoriali.

Nel 1984 Jay Belsky, psicologo statunitense, pubblicò un saggio dove introdusse un modello processuale delle caratteristiche determinanti del parenting tramite lo studio del contesto di maltrattamento infantile. Nel testo sono presenti tre ambiti fondamentali per l'identificazione del parenting:

- Risorse psicologiche dei genitori: le caratteristiche e i tratti psicologici dei genitori, come il benessere psicologico e le capacità di coping. I genitori con elevate risorse psicologiche tendono ad essere più sensibili ai bisogni del bambino, contribuendo ad uno stile di parenting positivo.
- Caratteristiche del bambino: il temperamento, la personalità e i bisogni specifici del bambino sono aspetti che influenzano il modo in cui i genitori si rapportano e interagiscono con il proprio bambino. Ad esempio, un bambino con un temperamento difficile potrebbe richiedere più impegno da parte dei caregiver.
- Fonti contestuali di stress e supporto: questo aspetto fa riferimento all'ambiente sociale e alle relazioni della famiglia, come il supporto sociale di amici e parenti, le dinamiche della

coppia genitoriale e le esperienze lavorative dei genitori. Se un contesto sociale positivo potrebbe ridurre i livelli di stress genitoriale, un ambiente particolarmente stressante invece aumenterà le difficoltà genitoriali, portando allo sviluppo di uno stile genitoriale più disadattivo.

Il modello di Belsky presuppone dunque che il funzionamento genitoriale sia determinato da molteplici fattori che interagendo tra loro, influenzano la qualità del parenting e, di conseguenza, lo sviluppo del bambino.

Tramite le sue ricerche Diana Baumdrin, psicologa statunitense, ha identificato ed elaborato la definizione di quattro principali stili genitoriali sulla base di due dimensioni: accettazione/supporto e controllo/richieste (Barone, 2013). Le due dimensioni possono variare lungo un continuum in grado di determinare lo stile genitoriale. In particolare, gli stili identificati da Baumdrin sono:

- **Autoritario:** lo stile autoritario appartiene a quei genitori che si mostrano freddi e critici. Ai bambini viene richiesto di mostrare un comportamento maturo e di rispettare le regole senza che a queste venga data una spiegazione. Tali regole devono essere rispettate in quanto dettate dal caregiver stesso. Si tratta di uno stile genitoriale che richiede alti livelli di autonomia e indipendenza da parte del bambino. Nonostante risulti migliore di altri stili genitoriali, non è sempre associato ad outcome positivi.
- **Autorevole:** sono genitori che definiscono i limiti con chiarezza. Non solo sono rispettati dai bambini ma fanno rispettare le regole. La differenza dallo stile autoritario è data da una motivazione delle regole stesse. Tali genitori ascoltano le preoccupazioni dei figli e consentono un processo decisionale democratico. Si tratta dello stile tendenzialmente legato al miglior *outcome* nello sviluppo.
- **Permissivo:** i caregiver con stile permissivo sono molto affettuosi e attenti nei confronti dei propri bambini: danno poche regole, sono tendenzialmente permissivi ed esercitano poco

controllo, lasciando ai figli troppa libertà. È solitamente associato a possibili problematiche future nei comportamenti del bambino.

- Negligente: si tratta dello stile di parenting che appartiene ai quei caregiver che mostrano trascuratezza, scarso supporto e controllo dei propri figli: sono genitori molto distaccati che non mostrano interesse. Anche questo stile genitoriale risulta associato a future problematiche comportamentali nei bambini (Maccoby & Martin, 1983, Barone, 2019, Hutchison, 2016, Raya, 2013).

Nel 2016, Hutchinson e colleghi hanno analizzato la relazione tra lo stile di parenting, lo stress genitoriale e lo sviluppo delle funzioni esecutive in bambini con ADHD o ASD. Lo studio ha esplorato queste variabili in 82 bambini di età compresa tra i 7 e i 18 anni. Il gruppo diagnostico di appartenenza del bambino è risultato avere un'influenza sulla relazione tra lo stile genitoriale e il funzionamento del bambino stesso. I genitori di bambini con ADHD o ASD presentavano livelli più alti di stile genitoriale di tipo permissivo rispetto ai genitori di bambini con sviluppo tipico. In più, lo stile genitoriale permissivo è anche risultato essere associato a livelli più bassi per quanto riguarda lo sviluppo delle funzioni esecutive dei bambini.

Avere un figlio con disabilità non solo va a impattare i livelli di stress, ansia e depressione, ma ha un ruolo importante anche da un punto di vista economico (Reichman, 2008). I bambini con disabilità necessitano infatti di cure specifiche che richiedono grandi investimenti da parte delle famiglie e delle politiche di sanità pubblica (Provenzi, 2021). Nel 2001, Seltzer e colleghi hanno condotto uno studio volto a indagare le differenze di benessere tra i genitori di bambini con o senza disabilità. Lo studio ha analizzato i dati del Wisconsin Longitudinal Study ad un'età media di 18, 36 e 53/54 anni. I genitori di figli con disabilità riportano tassi di occupazione e di partecipazione sociale molto più bassi rispetto ai genitori di figli con sviluppo tipico; inoltre, le famiglie sono generalmente più numerose. Stabile e Allin (2012) hanno stimato che il costo dell'aver un figlio con disabilità ammonta a una media di circa \$300.000 per famiglia. Più recentemente, Shahat e Greco (2021) hanno condotto una revisione in letteratura che ha stimato il costo

annuale dei disturbi dello sviluppo tra \$450 e \$70.000 dollari per famiglia, con importanti differenze tra nazioni sviluppate e in via di sviluppo.

In sintesi, il lavoro di un genitore è un ruolo complesso e delicato di cui la presenza di una diagnosi di disabilità nel bambino può amplificare le difficoltà. I modelli teorici presentati possono fornire una struttura per comprendere al meglio le variabili che vanno ad influenzare il parenting, rimane però cruciale studiare e sviluppare strategie di supporto funzionali al fine di migliorare la qualità di vita delle famiglie di bambini con disabilità dello sviluppo.

2.1.3 L'impatto sulle rappresentazioni (C)

In concomitanza con la nascita del figlio, i neogenitori tendono a trasformare i modelli di attaccamento rispetto alle proprie figure genitoriali, generando delle rappresentazioni interne del loro metodo di accudimento. Queste modalità rappresentative hanno l'obiettivo di permettere ai genitori di costruire un sistema di caregiving nei confronti del proprio figlio, integrando le proprie esperienze infantili relative ad accudimento e attaccamento (Riva Crugnola, 2020). Il concetto di rappresentazioni interne è stato originariamente introdotto da Bowlby con l'obiettivo di descrivere come modelli di memoria il processo di immagazzinamento dei momenti di vita quotidiana caratterizzati dalle interazioni con il proprio caregiver primario, da essere poi utilizzati come guida nel rapporto con i figli (Vreeswijk et al., 2012).

I legami tra la qualità della vita familiare di madri di bambini con disabilità e le loro rappresentazioni interne sono stati analizzati da Fontaine-Benaoum. Il campione, composto da 34 madri di bambini di età compresa tra 11 e 55 mesi, ha evidenziato come più le madri riportavano di essere soddisfatte della propria qualità della vita familiare, più presentano una percezione positiva di sé stesse e del proprio bambino. Al contrario, quando le madri riportavano una rappresentazione negativa della vita familiare, tendevano a concentrarsi maggiormente sulle difficoltà del bambino, percependo più emozioni negative riguardo ad esso e a loro stesse (Fontaine-Benaoum et al., 2015).

Uno studio condotto nel 2001 da Button e colleghi ha indagato tramite intervista i modelli rappresentativi di 112 madri di bambini con disabilità dello sviluppo di età compresa tra i 14 e i 52 mesi. I ricercatori hanno analizzato le relazioni tra le rappresentazioni interne e l'età, l'istruzione e lo stress materno da un lato, il gruppo diagnostico e lo stato di sviluppo del bambino dall'altro. A un livello di disabilità più grave nei bambini è stata associata una maggiore sofferenza all'interno rappresentazioni; non sono state trovate invece correlazioni con sesso o età del bambino, né con i livelli di istruzione materna, età della madre o stress genitoriale (Button et al., 2001).

Laçin e colleghi nel 2023 hanno indagato i comportamenti genitoriali e i livelli di autoefficacia genitoriale percepita di genitori di bambini a sviluppo tipico e atipico, coinvolgendo 1194 genitori di bambini di età compresa tra 3 e 6 anni (521 genitori con bambini con disabilità intellettiva e 673 genitori di bambini a sviluppo tipico). Le analisi riportano che genitori di bambini con sviluppo tipico mostrano comportamenti genitoriali più adattivi rispetto ai genitori di bambini con disabilità intellettiva. Rispetto ai livelli di autoefficacia percepita i genitori di bambini con disabilità hanno invece riportato livelli più alti.

Gli studi di tipo quantitativo non sono gli unici ad aver dimostrato le maggiori difficoltà dei genitori che crescono figli con disabilità. Nel 2022, De Clercq e colleghi hanno condotto uno studio qualitativo volto a confrontare le rappresentazioni genitoriali in 160 genitori di bambini con disabilità (ASD, paralisi cerebrale, sindrome di Down) con quelle di genitori di bambini a sviluppo tipico. Dai risultati delle interviste è emerso che i genitori di bambini con disabilità hanno riportato esperienze più frustranti riguardo ai bisogni dei bambini. In particolare, genitori dei bambini con ASD hanno riferito maggiori sfide relative al rapporto con il figlio e alla propria competenza genitoriale. I genitori di bambini con paralisi cerebrale hanno espresso maggiore preoccupazione per il futuro dei figli e per la continuità assistenziale, mentre genitori di bambini con sindrome di Down hanno riportato esperienze più soddisfacenti nella loro vita familiare.

Le rappresentazioni interne dei genitori giocano dunque un ruolo cruciale per quanto riguarda il modo in cui affrontano il caregiving. I genitori di bambini con disabilità affrontano sfide specifiche che non vanno solo ad impattare il loro

benessere psicofisico ma anche le loro rappresentazioni interne, andando a influenzare il loro rapporto con il bambino.

2.2 Disabilità dello sviluppo e mind-mindedness

Date le evidenze riportate nei paragrafi precedenti, si potrebbe pensare che le disabilità dei figli possano avere un effetto anche sulla mind-mindedness genitoriale. All'interno del contesto del parenting, la mentalizzazione è risultata particolarmente vulnerabile a livelli di stress e *arousal* genitoriale; è stato dimostrato che i livelli di stress possono aumentare fino a raggiungere uno "switch point" in cui comportamenti mentalizzanti e riflessivi vengono sostituiti da pensieri automatici e non riflessivi (Dollberg et al., 2021). La disabilità del bambino potrebbe inoltre rendere più difficile per i genitori l'interpretazione di comportamenti e stati d'animo del bambino stesso (Larkin, 2020): avere una visione positiva dello stato mentale del bambino con disabilità aiuta infatti i genitori nella comprensione delle sue azioni. Al contrario, delle rappresentazioni negative o errate rischiano di incrementare l'ostilità genitoriale, che potrebbero interpretare le azioni del bambino come una ricerca di attenzione o di irritare intenzionalmente i genitori (Larkin, 2020).

Diversi studi dimostrano che la mind-mindedness può inoltre avere un ruolo protettivo nello sviluppo del bambino. Hobby e colleghi hanno condotto uno studio longitudinale volto ad indagare se la mind-mindedness materna a 10 mesi di età del bambino potesse essere legata a successive problematiche comportamentali dei bambini di 51 mesi. Inoltre, si è indagato se il distress genitoriale potesse essere moderato dalla mind-mindedness all'età di 36 mesi. Lo studio è stato condotto su un campione di 91 diadi madre-neonato. A un livello più alto di commenti valutati come "appropriati" nelle madri corrisponde un numero significativamente inferiore di problemi internalizzanti nei bambini all'età di 51 mesi, anche nei bambini di madri che a 36 mesi riportavano livelli di stress genitoriale elevato (Hobby, 2023).

Larkin e colleghi (2021) hanno condotto uno studio volto ad analizzare la relazione tra la mind-mindedness in genitori di bambini con disabilità e i livelli di

stress genitoriale di questa stessa popolazione. Lo studio ha incluso genitori di bambini con sindrome di Down, ASD, ADHD e sindrome da delezione 22q11, una rara sindrome genetica che comporta principalmente problematiche a livello cardiaco. I livelli di mentalizzazione non sono risultati differenti all'interno dei diversi gruppi diagnostici. Lo stress genitoriale è risultato più basso nei gruppi con sviluppo tipico e con sindrome di Down. Buoni livelli di mentalizzazione hanno predetto minor stress genitoriale nei diversi gruppi diagnostici, mentre bassi livelli hanno predetto livelli di stress più alti.

Nonostante la maggior parte degli studi si concentrino ancora sulla mind-mindedness materna, alcuni studi hanno iniziato ad indagare anche quella paterna. Laflamme nel 2022 ha condotto uno studio volto a comprendere meglio il ruolo della mind-mindedness paterna nello sviluppo di possibili problematiche socio-emotive dei bambini. Lo studio ha compreso 131 famiglie, la mentalizzazione genitoriale è stata valutata a 6 mesi di età dei bambini mentre le problematiche socio-emotive dei bambini a 12 e 18 mesi. Si è osservato che la mentalizzazione materna predice meno problematiche socio-emotive a 12 mesi, mentre quella paterna a 18 mesi. La mentalizzazione materna e paterna contribuisce dunque in modo unico e indipendente nella protezione dello sviluppo di problemi socio-emotivi durante l'infanzia.

Anche Colonnesi ha inserito i padri all'interno dei suoi studi, analizzando nel 2019 l'effetto della mentalizzazione genitoriale a 4, 12 e 30 mesi del bambino sulla competenza sociale e i problemi internalizzanti ed esternalizzanti dei bambini 4 e 5 anni. Tale studio ha mostrato che l'utilizzo infrequente di commenti mentalizzanti appropriati a 12 mesi del bambino hanno predetto problemi esternalizzanti a 4 e 5 anni, mentre un utilizzo frequente di commenti non sintonizzati ha predetto una minore competenza sociale (Colonnesi, 2019).

All'interno di questo ambito di ricerca, sono stati spesso utilizzati come gruppo di controllo i fratelli di bambini con diagnosi di disabilità dello sviluppo.

Uno studio condotto da Ansari nel 2019 ha analizzato le differenze nel linguaggio mentalizzante utilizzato dai genitori tra i figli con diagnosi di ASD e quello usato con i figli neurotipici. Dalle analisi risulta che i genitori tendevano a utilizzare un numero significativamente maggiore di commenti mentalizzanti nei

confronti dei figli senza ASD. Le differenze sono state moderate dalla gravità dell'ASD. Nonostante non siano state riscontrate differenze nei descrittori negativi, i genitori hanno utilizzato un numero significativamente inferiore di descrittori positivi e più neutri nei confronti dei bambini con diagnosi di ASD.

L'analisi dei dati attualmente disponibili suggerisce che la mind-mindedness rivesta un ruolo cruciale all'interno del contesto del parenting il cui ruolo protettivo nello sviluppo del bambino risulta fondamentale anche in situazioni di stress e in presenza di disabilità. Buoni livelli di mind-mindedness sembrano infatti mitigare l'impatto che alti livelli di stress genitoriale possono avere sullo sviluppo socio-emotivo dei bambini. In generale, una buona mentalizzazione materna e paterna influenza positivamente lo sviluppo delle competenze sociali dei bambini e risulta associata ad un numero minore di problematiche comportamentali. Interventi mirati al miglioramento della mind-mindedness potrebbero rappresentare delle strategie efficaci per sostenere il benessere e lo sviluppo dei bambini.

Capitolo 3

3.1 Misurare la mind-mindedness in madri di bambini a sviluppo tipico e atipico

Nei primi due capitoli, sono stati esaminati alcuni elementi fondamentali per la comprensione dello studio presentato in questa tesi. Nel primo capitolo in particolare, sono stati riportati alcuni tra gli aspetti più importanti della relazione caregiver-bambino. Tra questi: la teoria dell'attaccamento, la sensibilità genitoriale, i MOI, la funzione riflessiva e per ultima la mind-mindedness (MM). L'aspetto essenziale della teoria dell'attaccamento risiede nel suo aver evidenziato come la qualità della relazione stabilita con la figura di attaccamento durante i primi anni di vita abbia una forte influenza sullo sviluppo socio emotivo del bambino e sul funzionamento delle future relazioni intime (Bowlby, 1973; Karakaş et al., 2019). È stata poi Ainsworth negli anni successivi ad ampliare la teoria, identificando nella sensibilità genitoriale il fattore chiave per lo sviluppo di un attaccamento sicuro. Al fine di spiegare la trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento sono stati teorizzati i MOI, rappresentazioni mentali relative al funzionamento delle relazioni che riflettono le prime esperienze di attaccamento. Si è indagato il concetto di funzione riflessiva, come un'estensione della mentalizzazione, focalizzata sulla capacità dell'individuo di riflettere sulle proprie esperienze infantili e sul proprio funzionamento relazionale, fondamentale all'interno della trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento. La MM, ovvero l'abilità del caregiver di considerare il proprio bambino come un individuo dotato di una mente propria, rappresenta invece un nuovo tentativo di spiegazione del Transmission Gap.

Il secondo capitolo si è invece focalizzato sull'impatto che le disabilità dello sviluppo possono avere sui genitori, non solo sul livello di stress e benessere genitoriale, ma anche sullo sviluppo della relazione caregiver-bambino. Sono state analizzate le specifiche difficoltà che i genitori di bambini con disabilità devono affrontare, evidenziando come queste possano alterare il percorso tipico dello sviluppo e della dinamica relazionale caregiver-bambino. La qualità della relazione può infatti essere compromessa dalla disabilità, che può rendere più difficile per il caregiver l'interpretazione dei segnali e della comunicazione del

bambino. È stato evidenziato come la MM possa avere una rilevanza particolare nel contesto delle disabilità, potendo infatti ridurre l'impatto negativo delle difficoltà comunicative e comportamentali dei bambini sulla qualità della relazione.

Questi primi due capitoli sono quindi serviti ad evidenziare l'importanza della MM all'interno del contesto di crescita del bambino e quanto essa possa avere un ruolo protettivo all'interno dei contesti di disabilità dello sviluppo.

3.2 Stato dell'arte della mind-mindedness

Nonostante la MM sia un costrutto elaborato e studiato a partire dagli anni 90, la letteratura presenta ad oggi una varietà di analisi con risultati spesso divergenti. Questo costrutto è stato studiato in diverse popolazioni e in presenza di diverse condizioni di rischio per i bambini o i genitori. Tra questi troviamo per esempio l'applicazione alle problematiche comportamentali dei bambini (Meynen, 2022, Hughes, 2017, Dollberg, 2021, Hobby, 2022, Menashe-Grinberg, 2022). Negli ultimi 20 anni di ricerca, infatti, numerosi sono stati gli studi ad aver riportato che a livelli più elevati di MM corrisponde un minor numero di problematiche comportamentali nei bambini (McMahon, 2017). Inoltre, una buona parte degli studi relativi alla MM si è dedicata alla relazione tra quest'ultima e lo sviluppo socio-cognitivo del bambino, dimostrando come la MM sia associata ad outcome cognitivi come lo sviluppo del linguaggio e delle funzioni esecutive in età prescolare (McMahon, 2017).

Per di più, questo costrutto è stato analizzato in relazione a disturbi mentali nei genitori e alessitimia (difficoltà nell'espressione verbale delle emozioni, Lesser, 1981) in studenti liceali. Per quanto riguarda i disturbi mentali diversi studi hanno dimostrato come, nonostante i genitori possano avere un disturbo mentale, alti livelli di MM possano avere un ruolo protettivo nello sviluppo socio-emotivo del bambino (Zeegers, 2019, Dollberg, 2021, Hobby, 2022). L'associazione con l'alessitimia ha riportato risultati più contrastanti: alcuni studi (Meins, 2008) hanno riportato come studenti con alti livelli di alessitimia fossero

meno propensi all'utilizzo di termini mind-related, altri invece non sono riusciti a replicare questi risultati (Meins, 2008, McMahon, 2017, Szpak, 2015). La ricerca scientifica degli ultimi due decenni ha inoltre indagato la relazione con l'attaccamento: dai risultati è emerso che caregiver che utilizzano frequenti commenti mind-related nelle interazioni con i bambini hanno infatti più probabilità che i figli sviluppino un attaccamento sicuro (Meins, 2012, Laranjo, 2008, Bernier, 2003).

La MM inoltre sembra confermare il suo ruolo protettivo per lo sviluppo socio-emotivo anche in presenza di condizioni di rischio evolutivo per il bambino, come nel caso della disabilità (Ansari, 2019, Kirk, 2017, Hughes, 2016). Tuttavia, ci si può chiedere se tali condizioni di rischio infantile possano influire sulla MM genitoriale. Infatti, come discusso nel secondo capitolo, i caregiver di bambini con disabilità affrontano livelli di stress molto elevati, a causa delle difficoltà emotive, cognitive e sociali, che possono andare ad impattare fortemente le loro abilità di parenting, tra le quali la MM (Provenzi, 2021). Per quanto riguarda i livelli di MM di genitori di questa specifica popolazione i risultati sono ancora pochi e soprattutto discordanti. In merito agli studi che includono bambini con diagnosi di ASD, diverse ricerche hanno dimostrato che i caregiver tendono ad utilizzare una quantità analoga di descrittori mentali, ma tra questi, un numero più elevato di descrittori negativi nei confronti di figli con diagnosi di ASD (Kirk, 2017). Nel 2019, però Ansari e colleghi, come riportato precedentemente, hanno condotto uno studio all'interno del quale hanno dimostrato come la quantità di commenti mind-related fosse minore per i figli con ASD, rispetto ai figli senza diagnosi (Ansa, 2019). Un altro studio realizzato da Stuora e colleghi (2020) ha analizzato i livelli di MM in madri di bambini nati pretermine e madri di bambini nati a termine. Tra i due gruppi non sono state trovate differenze significative relativamente all'utilizzo di espressioni mentalizzanti. In precedenza, però Walker (2011) aveva riportato risultati opposti. Indagando la MM in genitori di bambini in età prescolare sono emerse differenze significative: i genitori dei bambini che presentavano problematiche comportamentali hanno infatti riportato un utilizzo minore di commenti mentalizzanti. Da questi risultati emerge come l'attività di ricerca relativa alla MM dia ancora risultati spesso divergenti. Inoltre, soprattutto per

quanto riguarda la prima infanzia e la disabilità, gli studi che confrontano i livelli di MM di caregiver di bambini con sviluppo tipico e atipico sono insufficienti e limitati (Mc Mahon, 2017).

3.3 Domande di ricerca

Sulla base dello stato dell'arte, il seguente studio si propone di analizzare ansia, depressione, stress genitoriale e MM in madri di bambini con disabilità dello sviluppo durante la prima infanzia (gruppo clinico), confrontando i valori con madri di bambini a sviluppo tipico (gruppo di controllo). Nello specifico, gli obiettivi di questa ricerca sono quelli di indagare:

1. Eventuali differenze per quanto riguarda le variabili cliniche tra gruppo clinico e gruppo di controllo;
2. Eventuali correlazioni tra i livelli di MM e le variabili cliniche nel gruppo clinico e nel gruppo di controllo;
3. Eventuali differenze tra i livelli di MM nel gruppo clinico e nel gruppo di controllo, considerando sia gli indici principali della MM (ossia numero e percentuale di commenti mind-related totali, appropriati e non-attuned), che le sottodimensioni.

Si è scelto di condurre uno studio orientato ad analizzare e confrontare i livelli di MM in caregiver di bambini con e senza disabilità durante la prima infanzia, utilizzando il metodo di codifica osservativo, poiché come detto in precedenza la maggior parte degli studi ad oggi disponibile ha solitamente utilizzato il metodo rappresentazionale. Inoltre, lo studio è stato condotto interamente da remoto, per cui i caregiver hanno potuto collegarsi online dalla propria abitazione senza dover organizzare spostamenti con i propri bambini. Anche quest'ultimo aspetto rappresenta una novità rispetto alla stragrande maggioranza degli studi, che al contrario vengono svolti in laboratorio.

3.4 Metodi

3.4.1 Partecipanti

I partecipanti allo studio sono stati reclutati tramite contatto telefonico in collaborazione con il Policlinico San Matteo, contatti personali dei ricercatori, e tramite contatti di genitori i cui bambini avevano partecipato in precedenza a studi condotti dal Dpb Lab presso la Fondazione Mondino di Pavia. I genitori dei bambini hanno fornito il consenso informato relativo alla partecipazione allo studio e per il trattamento dei dati per la ricerca. Ad ogni diade mamma-bambino è stato assegnato un codice alfanumerico al fine di garantirne la privacy.

Allo studio hanno partecipato un totale di 47 madri con i loro rispettivi figli. Il gruppo clinico era composto da 33 diadi, mentre quello di controllo da 14. All'interno del gruppo clinico i bambini presentavano le seguenti disabilità: ritardo psicomotorio, rare sindromi, problemi regolatori e bambini a rischio per ASD. I bambini presentavano un'età compresa tra i 4 e i 34 mesi. Il gruppo di controllo è stato selezionato sulla base dell'età e del sesso dei bambini del gruppo clinico, al fine di poter comparare al meglio i risultati.

3.4.2 Procedura

Come detto precedentemente, lo studio è stato interamente svolto da remoto. Una volta ottenuto il consenso informato da parte di entrambi i caregiver, le madri hanno ricevuto un'e-mail contenente il codice identificativo alfanumerico, il link per la videochiamata tramite Zoom e il link per la compilazione dei questionari sul benessere materno. Le tempistiche per la videoregistrazione per il momento di gioco tra mamma e bambino sono state concordate sulla base delle loro disponibilità. È stato chiesto loro di posizionare il telefono cellulare o il computer in modo da garantire una buona inquadratura sia della madre che del bambino, e di giocare e/o interagire con il proprio bambino come da abitudine per una durata di circa cinque minuti.

3.4.3 Misure

Per misurare il benessere materno sono stati utilizzati i seguenti strumenti:

- Beck Depression Inventory (BDI-II) è una scala self-report per la valutazione della sintomatologia depressiva che viene utilizzata in ricerca all'interno di campioni non clinici (Provenzi, 2020). Il questionario è stato pubblicato nel 1970 ed è stato validato in Italia nel 1987. La versione utilizzata per questo studio è composta da 21 item che forniscono una narrazione descrittiva e non diagnostica della gravità della sintomatologia depressiva (Beck, 1996). Gli item riguardano la frequenza con la quale il soggetto ha provato stati d'animo come "Tristezza", "Senso di colpa" e "Autostima" nelle ultime due settimane. Al soggetto è richiesto di segnare con una crocetta la casella che meglio corrisponde a come si è sentito (Beck, 1996, Hill, 2012). Il punteggio è basato su una scala Likert a 4 punti, dove lo score più basso corrisponde a 0 e quello più alto a 63, i punteggi più elevati corrispondono ad una sintomatologia depressiva più importante (Nazzari, 2022). Nello specifico i punteggi da 0 a 13 indicano livelli di depressione minimi, da 14 a 18 di depressione lieve-moderata, da 19 a 29 di depressione moderata-severa, da 30 fino a 60 livelli estremamente severi di depressione (Beck, 1996).
- State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y) è stato sviluppato nel 1983 al fine di misurare aspetti acuti e cronici della sintomatologia ansiosa, nonostante anche in questo caso non si tratti di livelli di ansia considerati patologici (Hill, 2013, Nazzari, 2022). Si tratta di un questionario self report composto da 40 item che include misurazioni differenziate per ansia di tratto e ansia di stato (Hill, 2013, Provenzi, 2020). Nel 1966 Spielberger, ideatore dello STAI, ha infatti introdotto questa differenza, suggerendo che l'ansia di tratto faccia riferimento ad una predisposizione dell'individuo alla risposta ad una specifica situazione, mentre l'ansia di stato si riferisca ad un'emozione transitoria dell'individuo caratterizzata da *arousal* fisiologico ed emotivo (Endler, 2001). Per gli item relativi all'ansia di tratto (item 0-20) viene chiesto al soggetto di fare riferimento a come si sente nel momento in cui sta svolgendo il questio-

nario. Esempi di item sono “Mi sento calmo”, “Sono preoccupato”, “Sono attualmente preoccupato per possibili disgrazie”. Il soggetto può rispondere tramite una scala a 4 punti, uno (“Per nulla”), due (“Un po’”), tre (“Abbastanza”) e quattro (“Moltissimo”) (Spielberger, 1983, Vitasari, 2011). La seconda parte del questionario, dedicata all’ansia di stato (item 21-40), chiede al soggetto di rispondere relativamente a come si sente abitualmente. Tra gli item di questa seconda parte ne possono essere trovati alcuni come “Io sono calmo, tranquillo e padrone di me”, “Mi preoccupo troppo di cose che in realtà non hanno importanza”, e “Vivo le delusioni con tanta partecipazione da non poter togliermele dalla testa”. (Spielberger, 1983, Vitasari, 2011). Il punteggio totale può andare da 20 ad 80, dove ad un punteggio più alto corrispondono livelli di ansia più elevati, mentre ad un punteggio più basso corrispondono livello di ansia minore (Nazzari, 2022, Vitasari, 2011). Il valore soglia predittivo di una sintomatologia ansiosa è 40, inoltre da 40-50 si parla di una condizione lieve, 50-60 moderata, maggiore di 60 condizione grave (Spielberger, 1983).

- Parenting Stress Index (PSI) è un questionario self-report ampiamente utilizzato all’interno della ricerca per la misurazione dello stress genitoriale (Abidin, 1983, Guarino, 2008). Nonostante possa essere utilizzata con genitori di figli fino a 10 anni, è risultata particolarmente utile e importante durante i primi 3 anni di vita del bambino, poiché durante questo periodo lo stress genitoriale può avere un impatto importante sia nello sviluppo della relazione caregiver-bambino che nello sviluppo socio-emotivo del bambino stesso (Pasca, 2021). La versione breve della scala, quella utilizzata per questo studio, è composta da 36 item. La scala contiene al suo interno tre sottoscale relative dello stress genitoriale: A) Distress genitoriale (item 1-21): sottoscala che fa riferimento a possibili conflitti con l’altro genitore del bambino, la mancanza di un supporto sociale e alla percezione stessa del caregiver di non possedere una competenza adeguata. A questa sottoscala appartengono item come: “Quando faccio le cose per mio/a figlio/a ho la sensazione che i miei sforzi non siano molto apprezzati” o “Mi sento solo/a e senza amici” (Abidin, 1995, Pasca, 2021). B) Interazione disfunzionale genitore-bambino (item 22-31):

questa sottoscala fa riferimento alla percezione che il genitore ha del proprio figlio come difficile, anche rispetto ad altri bambini. Quindi analizza il fatto che il caregiver percepisca le interazioni con il bambino come non gratificanti e che il proprio figlio non corrisponda alle proprie aspettative. Esempi di item sono “Mio figlio/a fa alcune cose che mi infastidiscono molto”, “Mio/a figlio/a rimane facilmente male per le più piccole cose”, oppure “I ritmi del sonno e dell’alimentazione del mio/a figlio/a sono stati molto più difficili da regolare di quanto mi aspettassi” (Abidin, 1995, Pasca, 2021). C) Bambino difficile (item 32-36): in relazione alla percezione del genitore delle abilità auto-regolatorie del bambino. Si tratta di una scala relativa al temperamento stesso del bambino. Esempi di item sono “Alcune cose che fa mio/a figlio/a mi infastidiscono veramente molto”, oppure “Mio/a figlio/a mi chiede di più della maggior parte dei/delle bambini/e” (Abidin, 1995, Pasca, 2021). Al caregiver è richiesto di rispondere ad ogni item tramite una scala Likert a 5 punti, dove a 1 corrisponde a “Fortemente d’accordo” e a 5 con “Fortemente in disaccordo”. Il punteggio viene calcolato sommando i singoli punteggi di ogni sottoscala per un totale che può andare da 36 a 180, dove ad un numero più elevato corrispondono livelli di stress genitoriale più elevati (Pasca, 2021).

Oltre ai questionari self report, sono stati analizzate le interazioni mamma-bambino tramite il manuale di codifica per le procedure osservative della mind-mindedness di Meins (Meins, 2015). Il processo di codifica può essere riassunto in tre punti principali:

- Videoregistrazione e trascrizione: l’interazione di gioco libero caregiver-bambino viene videoregistrata. In seguito, la videoregistrazione viene trascritta dettagliatamente, ponendo particolare attenzione alle espressioni verbali del caregiver (Meins, 2015).
- Identificazione dei commenti mind-related: una volta che la trascrizione dei commenti è volta al termine, i codificatori devono identificare i commenti come “mind-related”, ovvero tutte le espressioni verbali del caregiver che fanno riferimento allo stato mentale del bambino (es. pensieri, emozioni, intenzioni, preferenze). Frasi come “Vuoi giocare con questo?” o “Sei felice” sono considerate come mind-related (Meins, 2015).

- Classificazione dei commenti mind-related: una volta identificati, i commenti vengono classificati come “appropriati” o “non sintonizzati”. I commenti classificati come appropriati corrispondono a quelli che rispecchiano gli stati interni del bambino. Ad esempio, se il bambino giocando di sposta verso la palla e il caregiver dice “Vuoi la palla?”, questo può essere considerato come un commento appropriato. I commenti non sintonizzati sono quelli che invece non rispecchiano gli stati interni del bambino. Ad esempio, se un bambino è visibilmente stanco e il caregiver dice “Sei così attivo!” questo commento viene classificato come non sintonizzato (Meins, 2015).

3.5 Risultati

3.5.1 Statistiche descrittive e analisi preliminari

In primo luogo, sono state svolte le analisi descrittive per il gruppo clinico e quello di controllo. I bambini partecipanti allo studio riportano un'età minima di 4 mesi e una massima di 34 (gruppo clinico $M=15.31$ e $DS=8.911$; gruppo di controllo $M= 15$; $DS= 7.56$).

Nella figura 1 è riportata la distribuzione in percentuale del sesso dei bambini partecipanti allo studio. All'interno delle analisi preliminari è stata verificata l'eventuale associazione tra il sesso del bambino e i livelli di MM materna (t-test per campioni indipendenti), la quale non è stata confermata dai dati.

Per quanto riguarda le condizioni di rischio evolutivo dei partecipanti del gruppo clinico: il 30% dei bambini era nato prematuro, il 26,7% presentava un rischio per disturbi dello spettro autistico, il 23,3% mostrava un ritardo psicomotorio, il 16,7% aveva problemi di regolazione, il 10% era affetto da sindromi rare e il 3,3% aveva subito un'infezione cerebrale post-natale.

La figura 2 presenta la distribuzione degli anni di studio dei caregiver divisi per madri e padri. Le madri del campione mostrano una media di anni di studio significativamente maggiore rispetto ai padri ($t= 2.69$; $p<.05$). Inoltre, le madri del

gruppo di controllo mostrano una media di anni di studio significativamente maggiore delle madri del gruppo clinico ($t(41) = 2.103; p < .05$). Tuttavia, non è emersa correlazione statisticamente significativa tra anni di studio e livelli di MM.

Figura 1. Descrizione percentuale del sesso dei bambini partecipanti allo studio

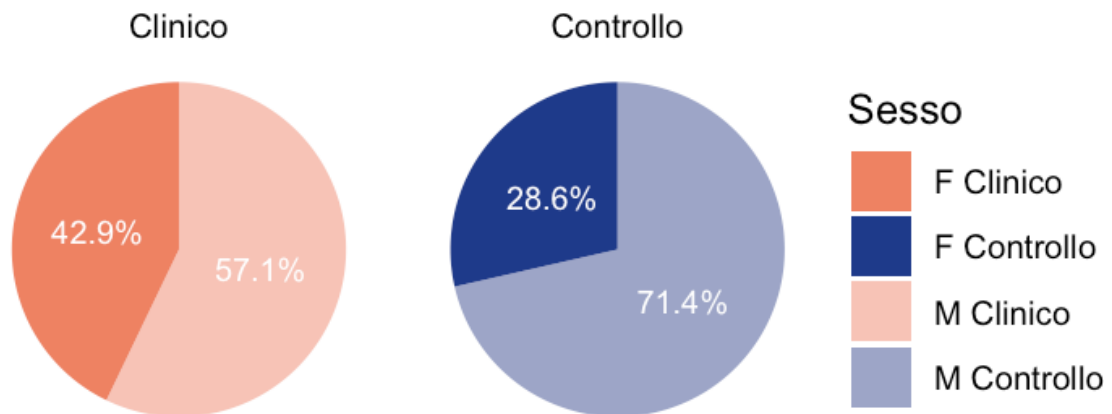
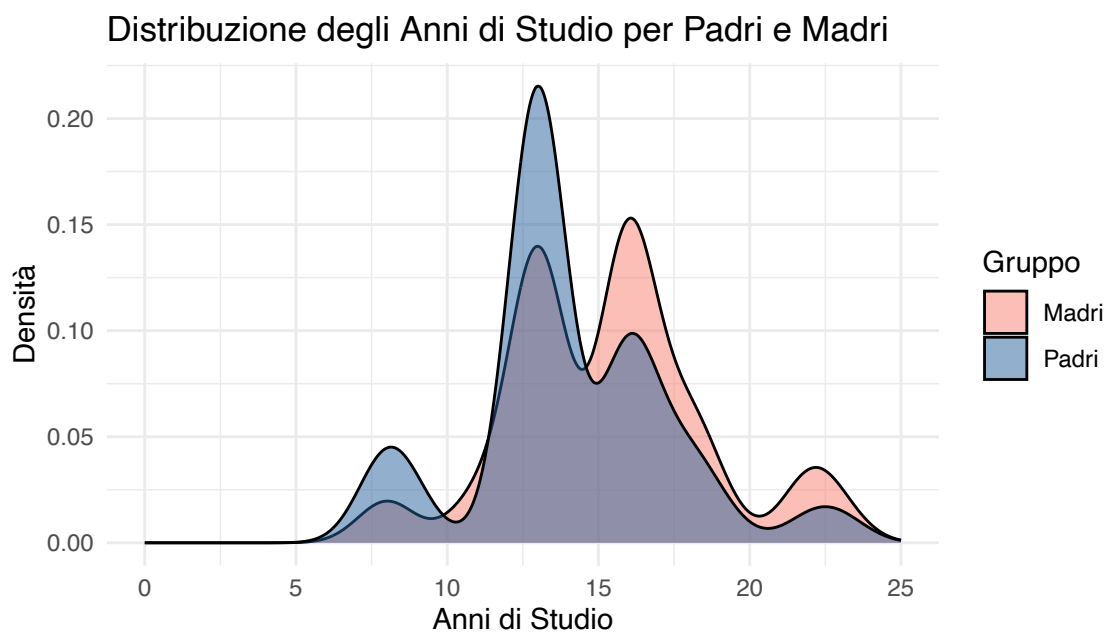


Figura 2. Distribuzione della densità degli anni di studio di padri e madri.



3.5.2 Confronto tra gruppo di controllo e gruppo clinico sulle variabili cliniche

Per indagare eventuali differenze tra i due gruppi circa il benessere materno (ansia di tratto e di stato, depressione e parenting stress) sono stati svolti una serie di t-test per campioni indipendenti. Come illustrato in Tabella 3, per la maggior parte delle variabili (ansia di stato, ansia di tratto, punteggio della BDI, distress genitoriale, bambino difficile e punteggio totale di parenting stress) non sono state trovate differenze significative. L'unica eccezione è rappresentata dalla sottoscala del parenting stress "Interazione disfunzionale genitore-bambino" (PSI_CDI), dove il gruppo clinico ha riportato un punteggio significativamente più alto rispetto al gruppo di controllo.

Inoltre, nella tabella sono riportati i risultati dei test STAI, BDI e PSI con le loro rispettive sottoscale. Dai risultati emerge che i valori delle deviazioni standard del gruppo clinico mostrano una maggiore variabilità, suggerendo che il gruppo clinico possa presentare dei livelli più eterogenei di ansia, depressione e stress genitoriale. Per quanto riguarda la media dei punteggi di ansia di stato ($M=35.78$), ansia di tratto ($M= 39$) e media del punteggio totale della scala PSI (62.15) il gruppo di clinico presenta punteggi leggermente più elevati.

Tabella 1. Confronto (t-test) tra i due gruppi rispetto alle variabili di benessere materno

	Media		t	d.f	p.value
	Clinico	Controllo			
STAI_trait	39.00	35.79	-1.003	45	0.321
STAI_state	35.78	33.57	-0.752	44	0.456
BDI	6.97	6	-0.752	45	0.561
PSI_PD	21.42	19.14	-1.164	45	0.25
PSI_CDI	19.24	15.57	-3.688	44.501	0.001
PSI_DC	21.48	21.79	-1.164	45	0.837
PSI_TOT	62.15	56.5	-1.947	43.849	0.058

Nota: STAI_trait = State-Trait Anxiety Inventory (Trait version); STAI_state = State-Trait Anxiety Inventory (State version); BDI = Beck Depression Inventory; PSI_PD = Parenting Stress Index - Parental Distress; PSI_CDI = Parenting Stress Index - Parent-Child Dysfunctional Interaction; PSI_DC = Parenting Stress Index - Difficult Child; PSI_TOT = Parenting Stress Index - Total Score

3.5.3 Correlazione MM e variabili cliniche per gruppo di controllo e gruppo clinico

Le Figure 3 (gruppo clinico) e 4 (gruppo di controllo) mostrano i risultati delle analisi correlazionali di Pearson tra i livelli di MM materna e punteggi nelle scale autosomministrate (STAI, BDI, PSI). Le celle di colore più scuro indicano correlazioni più vicine alla positività, mentre quelle più chiare stanno ad indicare le correlazioni negative o nulle. Non sono state trovate correlazioni significative

tra le variabili cliniche e i livelli di MM materna in nessuno dei due gruppi.

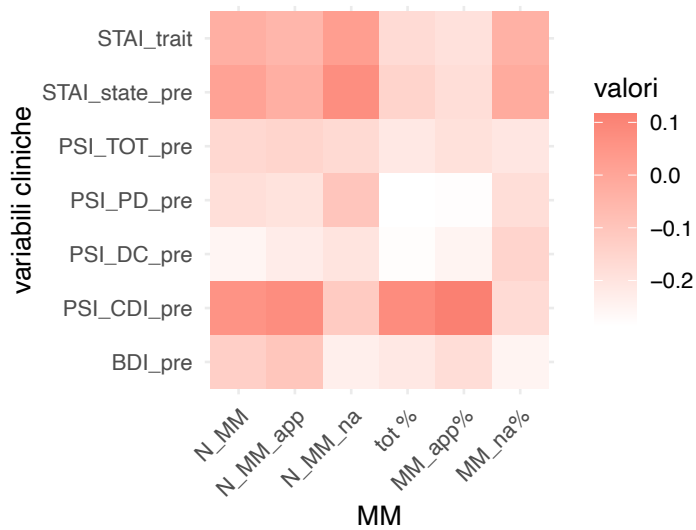


Figura 3. Heatmap delle correlazioni tra variabili cliniche e MM per il gruppo clinico

Nota: STAI_trait = State-Trait Anxiety Inventory (Trait version); STAI_state_pre = State-Trait Anxiety Inventory (State version); BDI_pre = Beck Depression Inventory; PSI_PD_pre = Parenting Stress Index - Parental Distress; PSI_CDI_pre = Parenting Stress Index - Parent-Child Dysfunctional Interaction; PSI_DC_pre = Parenting Stress Index - Difficult Child; PSI_TOT_pre = Parenting Stress Index - Total Score; N_MM = numero totale di commenti MM; N_MM_app = numero di commenti MM appropriati; N_MM_na = numero di commenti MM non-attuned; Tot% = percentuale totale di commenti MM; MM_app% = percentuale di commenti MM appropriati; MM_na% = percentuale di commenti MM non-attuned

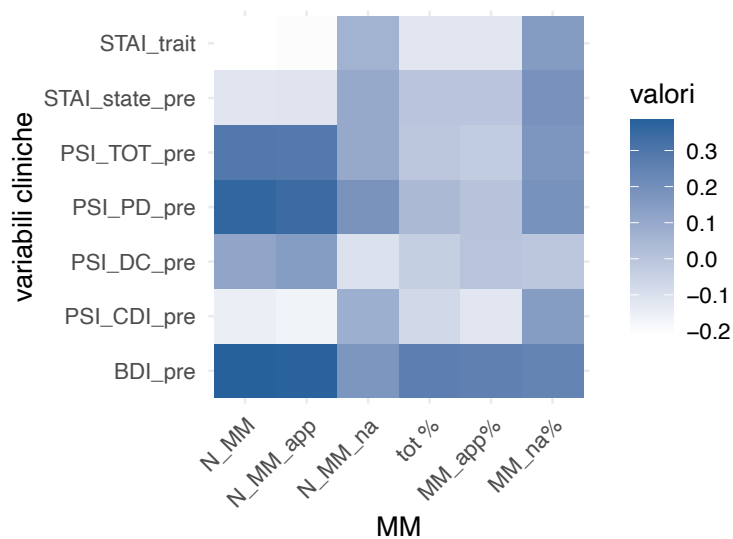


Figura 4. Heatmap delle correlazioni tra variabili cliniche e MM per il gruppo di controllo

3.3.4.5 Confronto tra gruppo clinico e di controllo sulle dimensioni principali della MM

Al fine di analizzare eventuali differenze nella MM tra il gruppo clinico e il gruppo di controllo sono stati svolti due set di t-test per campioni indipendenti: uno per analizzare le eventuali differenze tra gruppo clinico e di controllo per le dimensioni principali di MM, e un secondo invece per indagare differenze nelle sottoscale della MM. Come riportato nel grafico in Figura 5 e Figura 6, emerge una tendenza generale, ma non significativa, da parte delle madri del gruppo clinico ad esprimere un maggior numero di commenti mind-related, rispetto al gruppo di controllo. È emersa invece una differenza significativa nell'uso dei commenti MM non-attuned, che risultano essere maggiori nel gruppo clinico rispetto al gruppo di controllo, sia quando misurati come frequenza ($t = -2.68$; $p = 0.01$) che come percentuale ($t = -2.28$; $p = 0.02$).

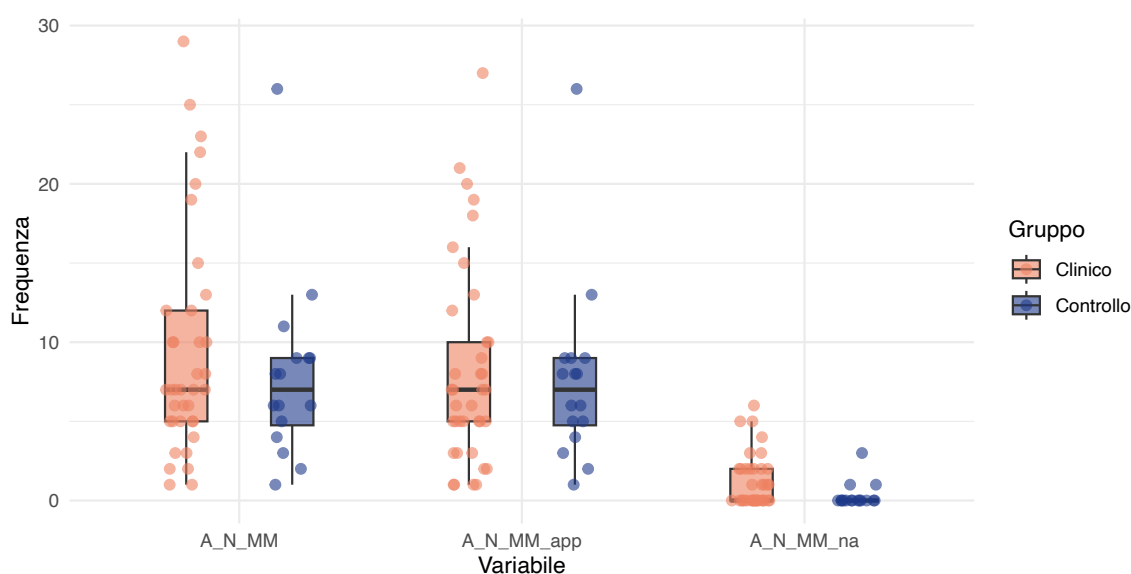


Figura 5. Confronto tra gruppo clinico e gruppo di controllo per la frequenza dei commenti MM totali, appropriati e non-attuned.

Nota: A_N_MM = numero totale di commenti MM; A_N_MM_app = numero di commenti MM appropriati; A_N_MM_na = numero di commenti MM non-attuned

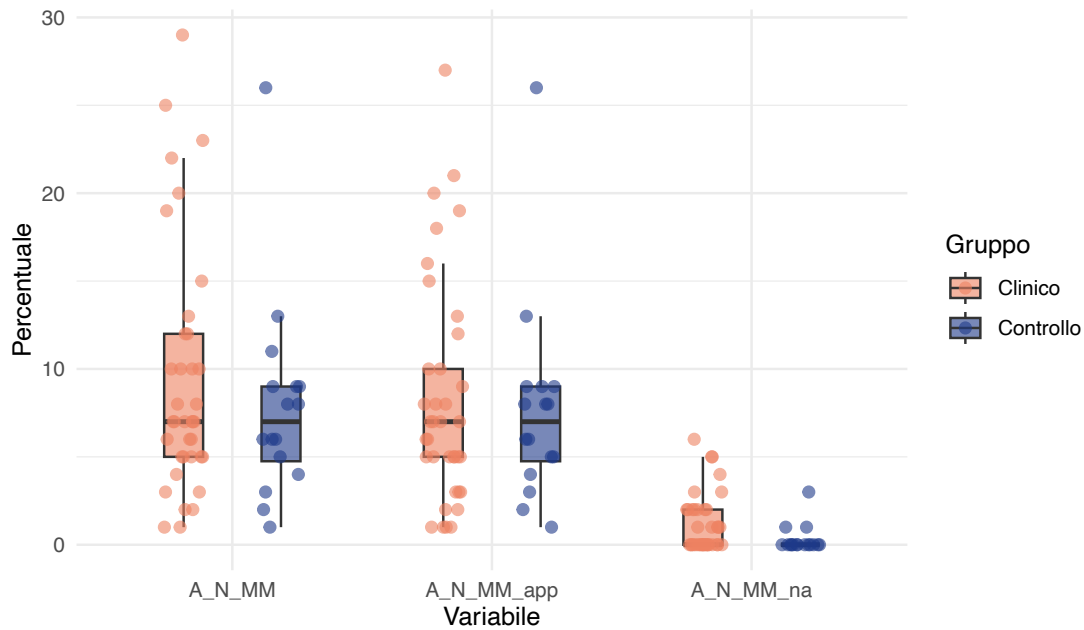


Figura 6. Confronto tra gruppo clinico e gruppo di controllo per la percentuale dei commenti MM totali, appropriate e non-attuned.

Nota: A_N_MM = percentuale totale di commenti MM; A_N_MM_app = percentuale di commenti MM appropriati; A_N_MM_na = percentuale di commenti MM non-attuned

Il secondo set di analisi si è invece concentrato sull'esaminare eventuali differenze tra le sottoscale della valutazione della MM nei due gruppi. Anche in questo caso è stato svolto un t-test per campioni indipendenti, i cui risultati sono riportati nel seguente grafico a barre (Figura 7). Non sono state trovate differenze significative in nessuna delle sottocategorie (*Desire, Cognition, Emotion, Epistemic state, Clever, Talk, Physical state, Fun, Intention e Cheeky*) per i due diversi gruppi. Tuttavia, è stata trovata una differenza alla significatività per la categoria "Emotion" ($t = -1.97$; $p = .057$), utilizzato maggiormente dal gruppo clinico.

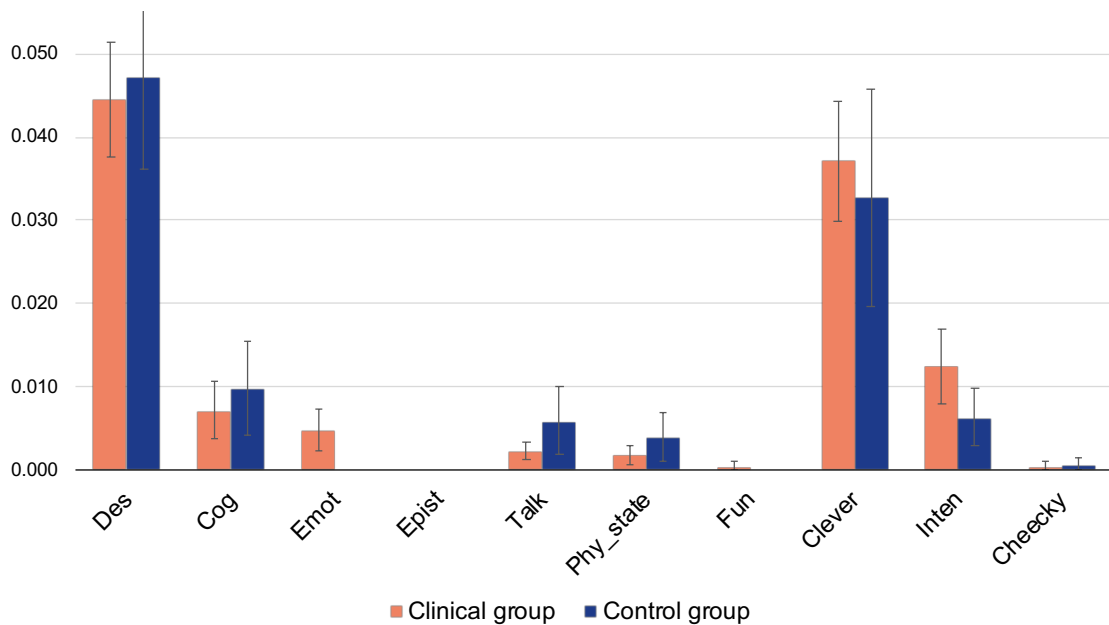


Figura 7. Grafico a barre per il confronto delle sottocategorie della MM tra gruppo clinico e di controllo.

3.6 Discussione

Il presente studio si è posto l'obiettivo di analizzare ansia, depressione, stress genitoriale e MM in madri di bambini con disabilità dello sviluppo durante la prima infanzia, confrontando i valori con madri di bambini a sviluppo tipico (gruppo di controllo). Nello specifico sono state testate eventuali differenze tra i valori delle variabili cliniche nei due gruppi, eventuali correlazioni tra i livelli di MM materna e le variabili cliniche nei due gruppi, e le differenze tra i livelli di MM nei due gruppi, sia per quanto riguarda la valutazione dei commenti come appropriate che non-attuned, che per quanto riguarda le sottodimensioni di MM.

Il primo obiettivo consisteva nel confrontare se vi fossero valori differenti riguardo i livelli di ansia, depressione e stress genitoriale tra i due gruppi di madri, in particolare se fossero superiori nelle madri di bambini con disabilità. Dalle analisi è emerso che per la maggior parte delle variabili cliniche non emergono differenze statisticamente significative tra i due gruppi. È risultata però significativa la differenza nella sottoscala della "Interazione disfunzionale

genitore-bambino” della PSI, dove il gruppo clinico ha riportato dei punteggi significativamente più alti rispetto al gruppo di controllo. All’interno del secondo capitolo è stato evidenziato come tendenzialmente i caregiver di bambini con disabilità riportino infatti livelli di stress genitoriale, ansia e depressione più elevati (Barreto, 2020, Gerstein et al., 2009, Singer, 2006). A differenza della maggior parte dei risultati presenti in letteratura, dalle analisi è risultata significativa solo la differenza della sottoscala “Interazione disfunzionale genitore bambino” della scala PSI. I risultati del presente studio, quindi, si trovano in contrasto con i con la letteratura, suggerendo che per la maggior parte delle variabili le madri dei due gruppi clinici presentano livelli simili. La differenza significativa per quanto riguarda la sottoscala “Interazione disfunzionale genitore bambino” potrebbe essere spiegata alla luce del fatto che la disabilità stessa del bambino aumenti le difficoltà vissute del caregiver nelle pratiche di parenting positivo (Innocenti, 2013), rendendo la relazione con il bambino più complessa.

Per quanto riguarda le correlazioni tra MM e variabili cliniche in entrambi i gruppi non sono state trovate differenze significative. Alla luce di questi risultati sembrerebbe non esserci una correlazione tra i livelli di stress, ansia e depressione genitoriale e la quantità di commenti MM totali, quelli classificati come appropriate e come non-attuned. Questo risultato non si trova in linea con altri studi presenti in letteratura, all’interno dei quali è stato dimostrato come ad alti livelli di mentalizzazione corrispondano livelli di stress più bassi (Larkin, 2021), suggerendo che una buona MM possa avere un ruolo protettivo. La differenza in questo risultato potrebbe essere analizzata alla luce di una diversa impostazione dello studio stesso. Lo studio di Larkin sopra citato ha infatti suddiviso il campione clinico in sottocategorie diagnostiche, cosa che non è stata fatta per questo studio. Di conseguenza, rispetto al nostro studio che ha utilizzato delle correlazioni tra le variabili cliniche e la MM, separatamente per i due gruppi, è stata utilizzato il test dell’ANOVA con l’obiettivo di esaminare le differenze nei punteggi della PSI (PSI Total Score) tra i diversi gruppi diagnostici.

In merito all’analisi di confronto sul numero totale di commenti MM, commenti MM “appropriate” e “non-attuned” nei due campioni, è emersa una differenza significativa solo per quanto riguarda i commenti “non-attuned”, le

madri del gruppo clinico, infatti, ne hanno riportato una maggiore numerosità. Alla luce di questo risultato appare importante come, dato l'effetto protettivo che la MM può avere sullo sviluppo del bambino, non ci siano delle differenze né sulla quantità dei commenti MM, né sulla quantità dei commenti MM classificati come appropriati. Il fatto che le madri del gruppo clinico abbia riportato un numero maggiore di commenti di tipo "non-attuned" potrebbe riflettere la difficoltà genitoriale di entrare in sintonizzazione con il proprio bambino. Gli studi di Kirk (2017) e Ansari (2019), focalizzati su bambini con diagnosi con ASD, hanno entrambi riportato come i caregiver tendessero o all'utilizzo di meno commenti mentalizzanti nei confronti dei figli con ASD, o addirittura ad un maggior utilizzo di commenti mentalizzanti negativi. Questi risultati potrebbero riflettere la difficoltà esistente del caregiver nel capire la mente del bambino in caso di disabilità. La disabilità del bambino potrebbe infatti rendere più complessa l'interpretazione degli stati mentali interni del bambino (Larkin, 2020).

L'ultimo obiettivo riguardava l'analisi di eventuali differenze nei due gruppi relativamente all'analisi delle sottoscale della MM. Non sono emerse differenze significative, è solo emersa una tendenza alla significatività per quanto riguarda la sottoscala "Emotion". Anche in questo sono state le mamme del gruppo clinico a riportare un maggior numero di commenti MM classificati come "Emotion". Benché non sia significativa, questa differenza potrebbe in realtà evidenziare quanto, nonostante le difficoltà causate dalla disabilità, questi caregiver pongano maggiore attenzione allo stato emotivo interno del bambino.

3.5.1 Limiti e punti di forza

Tra i punti di forza di questo studio vi è sicuramente l'età dei bambini coinvolti. La maggior parte degli studi focalizzati su disabilità o difficoltà comportamentali dei bambini, infatti, si è maggiormente focalizzata sulla seconda infanzia o sull'età prescolare (Meynen, 2022, Hughes, 2017, Dollberg, 2021, Hobby, 2022, Menashe-Grinberg, 2022). Potrebbe essere tuttavia interessante, poter condurre uno studio longitudinale, valutando la MM genitoriale sia durante la prima che la

seconda infanzia. In aggiunta si potrebbe valutare la MM nello stesso studio tramite i due differenti metodi, al fine di verificare eventuali differenze nei risultati. Importante è anche che lo studio sia stato interamente svolto da remoto. L'avvento della pandemia da Covid-19 ha sicuramente avuto un forte impatto sul sistema sanitario, gli individui e le società a livello globale e sul modo di fare ricerca (Hensen, 2021). Tra i vantaggi della raccolta dati da remoto è sicuramente presente il fatto che vi sia una maggiore flessibilità sul quando essa possa essere svolta (Hensen, 2021), aspetto non indifferente in genitori di bambini durante la primissima infanzia. In più non è da meno il fatto che il gruppo clinico potesse giovare di una maggiore sicurezza a livello di salute, non dovendo entrare in contatto con ospedali e laboratori di ricerca (Chu, 2020). L'aver condotto lo studio da remoto, avrebbe potuto facilitare una rappresentazione più ampia del campione. Allo studio hanno infatti preso parte solo famiglie di origine italiana. Sono numerose ormai le pubblicazioni che sottolineano l'importanza di condurre studi di tipo cross-culturali al fine di aumentare, ampliare e approfondire la conoscenza dell'infanzia e dello sviluppo del bambino, e per avere una reale rappresentatività del campione (Nielsen, 2017, Henrich, 2010, Baumard, 2010). Al di là della non rappresentatività a livello globale però, un altro punto a favore dello studio è il fatto che i caregiver presentino un'ampia varietà di anni di istruzione. Gli anni di studio infatti variano da 8 anni (licenza media) fino ad arrivare a 22 (specializzazione in medicina). Nonostante non siano state trovate associazioni significative, risulta importante a scopo rappresentativo avere un campione vario.

Un ulteriore punto di forza relativo alla metodologia di questo studio riguarda il fatto che la MM sia stata valutata tramite osservazione. Nel 1994, Ainsworth auspicò che la ricerca potesse continuasse ad affidarsi all'osservazione diretta, al fine di raccogliere un maggior numero di informazioni riguardo ciò che accade all'interno della diade (Meins, 2013). Nel campo della valutazione della MM, il metodo osservazionale viene infatti considerato superiore rispetto a quello rappresentazionale, poiché permette di determinare con maggiore precisione appropriatezza e adeguatezza dei commenti mind-related (McMahon).

Nonostante lo studio appena presentato contenga diversi punti di forza (la valutazione della MM tramite il metodo osservazionale e il fatto che l'intero studio si sia svolto da remoto), vi sono alcuni limiti.

Per prima cosa si evidenzia il numero del campione limitato. Il numero totale di diadi avrebbe potuto essere più ampio, ma soprattutto vi è una differenza numerica non indifferente tra il gruppo clinico e il gruppo di controllo. Non è escluso che parte delle analisi avrebbero potuto dare risultati differenti in base ad una maggiore numerosità del campione per verificare eventuali correlazioni o differenze nelle sottocategorie. Nello specifico, a causa della bassa numerosità del campione, si è scelto di non suddividere il gruppo clinico sulla base delle categorie diagnostiche. Potrebbe essere rilevante in futuro svolgere uno studio con un campione più ampio, al fine di verificare eventuali differenze o correlazioni tra MM, variabili cliniche in base alla categoria diagnostica.

Come secondo aspetto, lo studio ha valutato solo la MM materna. Per quanto gli studi che hanno analizzato la MM paterna siano ancora pochi, è importante inserire i padri all'interno dei campioni al fine di ampliare la conoscenza del costrutto della MM. Se valutati, i valori della MM paterna si sarebbero potuti confrontare con quella materna, al fine di verificare eventuali differenze nei due campioni.

3.5.2 Sviluppi futuri

Gli studi sulla MM e il suo ruolo all'interno del contesto delle disabilità dello sviluppo rimangono tutt'ora limitati. Date le evidenze relative al ruolo protettivo che la MM può avere sui caregiver (Larkin, 2021), e soprattutto sullo sviluppo dei bambini (Hobby, 2023, Laflamme, 2022, Colonnesi, 2019), ci si auspica che in futuro lo studio della MM venga ampliata e approfondita, non solo in riferimento alle madri, ma anche e soprattutto riguardo ai padri.

Inoltre, alla luce dell'importante ruolo che la MM riveste, potrebbe essere utile diffondere e ampliare l'utilizzo di interventi deputati al miglioramento dei livelli di MM genitoriale (Meins, 2019). Dato il periodo storico all'interno del quale

viviamo, e date le possibilità tecnologiche a disposizione si potrebbero facilitare gli interventi rendendoli da remoto.

Conclusioni

All'interno della funzione genitoriale, compito complesso, per il quale non esistono precise indicazioni (Seay, 2014), risiedono alcuni fattori specifici che sono stati identificati come fondamentali per la qualità della relazione caregiver-bambino. Tra questi possono essere individuati la sicurezza nella relazione di attaccamento, la sensibilità genitoriale, la funzione riflessiva, e la mind-mindedness. L'analisi di quest'ultima è stata oggetto principale di questo lavoro.

Il primo capitolo ha cercato di delineare la MM all'interno della letteratura passata a presente, spiegando come dalla teoria dell'attaccamento si sia arrivati al concetto di MM, sviluppato da Elisabeth Meins nel corso degli anni '90. All'interno di questo stesso capitolo si è inoltre evidenziato come la MM possa essere una variabile in grado di spiegare la relazione tra l'attaccamento del caregiver e la sicurezza nell'attaccamento con il bambino, in quanto ipotetico tratto distintivo appartenente ai caregiver con attaccamento sicuro (Meins, 1999).

Il secondo capitolo è stato dedicato alla presentazione delle difficoltà affrontate dai caregiver di bambini con disabilità dello sviluppo. In particolare, sono stati analizzati gli effetti sul piano emotivo con particolare focus su ansia, stress e depressione, sulla dimensione del parenting e sulle rappresentazioni interne genitoriali. In aggiunta è stato delineato come la MM possa avere un ruolo protettivo all'interno di questo scenario.

A seguito di un'opportuna introduzione teorica, è stato poi presentato il lavoro di ricerca. Il presente studio si era posto l'obiettivo di indagare ansia, depressione, stress genitoriale e MM in madri di bambini con disabilità dello sviluppo durante la prima infanzia e di confrontarne i valori con madri di bambini a sviluppo tipico.

I principali risultati della ricerca riportano che (1) i due gruppi non presentano differenze statisticamente significative per quanto riguarda le variabili cliniche, eccezione fatta per la sottoscala “Interazione disfunzionale caregiver bambino” della PSI, (2) i due gruppi non presentano correlazioni statisticamente significative tra i livelli di MM e le variabili cliniche, (3) le madri del gruppo clinico riportano un maggior numero di commenti classificati come “non-attuned” rispetto alle mamme del gruppo di controllo.

I principali limiti di questo studio sono stati la bassa numerosità del campione, in particolare del gruppo di controllo rispetto al gruppo clinico e l’esclusione dei padri.

Alla luce dei risultati emersi dallo studio e dalla letteratura è possibile dire che:

- La MM riveste un ruolo fondamentale all’interno dello sviluppo del bambino, è infatti risultata avere un ruolo protettivo anche nei casi di disabilità dello sviluppo
- Le madri di bambini con disabilità dello sviluppo riportano una maggiore difficoltà nella sintonizzazione con gli stati mentali interni dei propri bambini

Epilogo

“States Parties recognize the right of the child to rest and leisure, to engage in play and recreational activities appropriate to the age of the child and to participate freely in cultural life and the arts” (United Nations, 1989).

Il mio entusiasmo per lo studio di tutto ciò che riguarda la prima infanzia è iniziato durante il primo anno di università. Al di là del mio “amore a primo incontro” con la teoria dell’attaccamento, sono sempre stata convinta dell’importanza dei primissimi anni di vita in quanto “culla” della nostra vita successiva.

Durante i miei cinque anni di studio a Pavia ho avuto l’occasione di incontrare dei grandi professori che sono stati in grado di comunicare il loro amore per la materia. Tra questi è stato fondamentale, non solo per il percorso di studi, ma per lo sviluppo e la mia crescita personale il professor Livio Provenzi. Penso non capiti tutti i giorni di poter incontrare una persona in grado di trasmettere così tanta devozione e passione per lo studio e la conoscenza. Al di là dello studio nozionistico, fondamentale per la preparazione alla carriera, trovo sia di cruciale importanza durante il proprio percorso di studi e formazione, poter sviluppare dentro di sé un pensiero critico che vada oltre i libri e lo studio della mera materia. Ringrazio dal profondo del mio cuore il professor Provenzi per aver coltivato e coltivare il dialogo e lo scambio tra docenti e studenti, formando così non solo futuri psicologi e neuropsicologi, ma anche singoli individui dotati di consapevolezza di ciò che li circonda.

Far parte del Dpb Lab per due anni è stato fare parte di una “casa psicologica” fatta da ricercatori, professori e studenti e che mi ha permesso di raccogliere bagagli emotivi e nozionistici di forte valenza. Ho avuto la possibilità di incontrare persone speciali, ognuna delle quali hanno apportato con la loro unicità, un taglio personale all’atmosfera del laboratorio. Tra queste ringrazio in particolar modo la dottoressa e co-relatrice Serena Grumi, per la pazienza, l’entusiasmo, l’aiuto e il confronto per la stesura di questo lavoro, durante il quale

mi ha seguita passo passo. Con un po' di tristezza nel salutare, auguro a tutti i futuri studenti entusiasti almeno quanto me di ciò che andranno ad apprendere, di poter incontrare nel loro cammino il Dpb Lab.

Il mio interesse per i legami familiari e la prima infanzia deriva dal fatto che le famiglie non sono perfette, inclusa la mia.

Olivero Ferraris nel suo libro "Famiglia" dice che *"i rapporti tra familiari oscillano tra desiderio d'amore, sopraffazione e dolore, tra la ricerca di calore e di solidarietà e il bisogno di autonomia"*. I legami familiari sono complessi, delicati, difficili, a volte macchinosi e ingombranti, ma sono anche l'origine della vita e della bellezza che ci circonda. Per quanto ci siano stati momenti difficili, la mia (grandissima, cosmopolita, caotica) famiglia non ha mai smesso di mostrare il suo caldo sostegno e appoggio per le mie scelte apparentemente più disparate, dall'Olanda e l'arte e poi finalmente approdare alla psicologia. Nonostante quindi, i rapporti familiari possano essere complessi e faticosi, non potrei chiedere di avere persone migliori al mio fianco: mamma, papà, Filippo e Caterina (e Balù), pronte a prendermi e a sorreggermi.

Una mia dottoressa una volta mi disse che c'è una famiglia con la quale si nasce, e una che poi invece si sceglie. Ringrazio le mie amiche e sorelle Alessandra C., Alessandra V., Camilla, Francesca, Gaia, Giulia, Laura e Sveva per essermi sempre state vicine. Siete state al mio fianco dai primi giorni della quarta ginnasio, mi siete state vicine anche durante gli anni più difficili. Siete ormai una famiglia che scelgo ripetutamente ogni volta e che so nel profondo del mio cuore che mai lascerò. È bello crescere insieme e vedere come ognuna di noi, nella propria diversità e unicità, stia trovando una sua strada nel mondo.

A P.C. per gli aereoplanini e le barchette di carta, per le bolle di sapone, per i gelati al pistacchio, per la litoranea, per gli scogli e le alghe, per i treni persi e quelli presi, per le botole vere e quelle inesistenti, ma soprattutto per avermi tenuto la mano in tutti questi anni: grazie.

Pavia mi ha accolta in un momento di grande transizione. Avevo i capelli cortissimi e tanta paura di ricominciare a studiare. Negli anni ho costruito una rete di legami tra i più importanti. Chiara e Giorgia, amiche (una anche

coinquilina, ma soprattutto amica), compagne di studi e di vita, di riso e di pianto, di fatiche e serenità, ma soprattutto diventate punti di riferimento fissi. Incontrarvi è stato uno dei regali più grandi. Le nostre giornate, serate, pomeriggi sono nel mio cuore e lì saranno sempre. Grazie per aver reso questi cinque anni tra i più belli della mia vita. A Pavia sono stata felice come non sono mai stata, e voi avete e fate parte di questa felicità.

Il mio amore per Pavia deriva dunque dall'aver incontrato persone preziose: Caterina, Edelweiss, Elisa, Francesco, Giulia, Jacopo, Martina, Mattia, Norma, Sakina e Viola (x2). Grazie per essermi stat* accanto e di aver reso questo percorso così bello e pieno di autenticità.

Alla mia cara amica Valentina: grazie per essere stata il mio sole in terra grigia, e la mia casa lontano da casa.

Ringrazio per ultime, ma non per importanza, tutte le persone del cortile Adnan al-Bursh. È bello sapere di essere circondata da coloro che si curano di quello che accade loro attorno, consapevoli del fatto che facciamo parte di un mondo unico, in condivisione, verso il quale ognuno di noi ha responsabilità. È bello sapere di essere circondata da giovan* che non si accontentano di vivere nella propria bolla anche di privilegio, curandosi dei "vicini di casa" più lontani. È bello sapere che c'è attenzione, interesse, cura, condivisione, empatia per chi viene percepito come diverso.

Chiudo riportando una citazione di un ricercatore che ho avuto la fortuna di sentire un giorno ad una conferenza all'ICIS a Glasgow: "*Whether one sees the newborn child as neurologically insufficient (Flechsigg, 1920), cognitively confused (James, 1890), narcissistic (Freud, 1905), solipsistic (Piaget, 1927), or merely ugly (Hall, 1891), the distance between the new child and the walking, talking socially discriminating, and perceptive person whom we see moral 500 days later is awesome.*" È proprio per questo che trovo che oggi sia vero più che mai che "**ogni bambino ha il diritto ad un'esperienza primaria di casa senza la quale non possono essere poste le fondamenta della salute mentale (Donald Winnicott)**".

P.S. ringrazio D.D., senza la quale niente di tutto questo sarebbe stato possibile.

a presto

Bibliografia

- Abidin, R. R. (1995). Parenting stress index: Manual (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment.
- Karakaş, N. M., & Dağlı, F. Ş. (2019). The importance of attachment in infant and influencing factors. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi*, 54(2), 76.
- Abu-Ras, W., Saleh, M., & Birani, A. (2018). Challenges and determination: the case of Palestinian parents of children with disabilities. *Journal of Family Issues*, 39(10), 2757-2780.
- Achim, J., Ensink, K., Lebel, A., (2023). La mentalizzazione in neuropsichiatria infantile. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ahsan, M. K. (2023). *A qualitative study in Bangladesh about the everyday life experiences of family caregivers of adult individuals with a physical disability* (Master's thesis, NTNU).
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology press.
- Alrahili, N. (2023). Burnout and anxiety among parents of children with neurodevelopmental disorders: a cross-sectional study in Saudi Arabia. *Middle East Current Psychiatry*, 30(1), 58.
- Alsaad, A. J., Al Khamees, M. M., Alkadi, A. N., Alsaleh, M. A., Alshairdah, A. S., & Alessa, Z. A. A. (2023). Factors associated with the prevalence of depression and anxiety among parents of children with neurodevelopmental disorders in Saudi Arabia. *BMC public health*, 23(1), 2320.
- Anna Freud NCCF. (2015, 11 marzo). Peter Fonagy, Anna Freud centre chief executive: what is mentalization? Interview [video]. YouTube <https://www.youtube.com/watch?v=OHw2QumRPrQ>
- Barone, L., (2013). *Manuale di psicologia dello sviluppo*. Carocci editore.
- Barone, L., (2021). *Le emozioni nello sviluppo*. Carocci editore.
- Barreto, T. M., Bento, M. N., Barreto, T. M., Jagersbacher, J. G., Jones, N. S., Lucena, R., & Bandeira, I. D. (2020). Prevalence of depression,

- anxiety, and substance-related disorders in parents of children with cerebral palsy: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 62(2), 163-168.
- Baumard, N., & Sperber, D. (2010). Weird people, yes, but also weird experiments. *The Behavioral and brain sciences*, 33(2-3), 84–85.
 - Beck A. T., Steer R. A., Brown G. K. (1996). *Beck depression inventory* (2nd ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
 - Behrens, K. Y., Haltigan, J. D., & Bahm, N. I. G. (2016). Infant attachment, adult attachment, and maternal sensitivity: Revisiting the intergenerational transmission gap. *Attachment & human development*, 18(4), 337-353.
 - Belsky J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child development*, 55(1), 83–96
 - Benoit, D., & Parker, K. C. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child development*, 65(5), 1444-1456.
 - Bergamaschi, L. (2014, 15 aprile). Mentalizzazione. <https://www.spiweb.it/search/la>
 - B Hensen, C R S Mackworth-Young, M Simwinga, N Abdelmagid, J Banda, C Mavodza, A M Doyle, C Bonell, H A Weiss, Remote data collection for public health research in a COVID-19 era: ethical implications, challenges and opportunities, *Health Policy and Planning*, Volume 36, Issue 3, April 2021, Pages 360–368,
 - Bernier, A., & Dozier, M. (2003). Bridging the attachment transmission gap: The role of maternal mind-mindedness. *International journal of behavioral development*, 27(4), 355-365.
 - Better Start Bradford (2017). Better Start Bradford: Shared Learning Event June 2017 - Mind mindedness with Prof Elizabeth Meins [video] YouTube <https://www.youtube.com/watch?v=HvBFEGxuyoo>
 - Bohlin, G., & Hagekull, B. (2009). Socio-emotional development: From infancy to young adulthood. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(6), 592-601.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation anxiety and anger (Volume II)*. New York.
- Bowlby, J. (1988). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bujnowska, A. M., Rodríguez, C., García, T., Areces, D., & Marsh, N. V. (2019). Parenting and Future Anxiety: The Impact of Having a Child with Developmental Disabilities. *International journal of environmental research and public health*, 16(4), 668.
- Button, S., Pianta, R. C., & Marvin, R. S. (2001). Mothers' representations of relationships with their children: Relations with parenting behavior, mother characteristics, and child disability status. *Social Development*, 10(4), 455-472.
- Carone, N. (2021). *Le famiglie omogenitoriali. Teorie, clinica e ricerca*. Raffaello Cortina Editore.
- Chu, D. K., Akl, E. A., Duda, S., Solo, K., Yaacoub, S., Schünemann, H. J., ... & Reinap, M. (2020). Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The lancet*, 395(10242), 1973-1987.
- Colonesi, C., Zeegers, M. A., Majdandžić, M., van Steensel, F. J., & Bögels, S. M. (2019). Fathers' and mothers' early mind-mindedness predicts social competence and behavior problems in childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47, 1421-1435.
- Cooke, J. E., Deneault, A. A., Devereux, C., Eirich, R., Fearon, R. P., & Madigan, S. (2022). Parental sensitivity and child behavioral problems: A meta-analytic review. *Child Development*, 93(5), 1231-1248.
- De Clercq, L. E., Prinzie, P., Swerts, C., Ortibus, E., & De Pauw, S. S. (2022). "Tell me about your child, the relationship with your child and your parental experiences": a qualitative study of spontaneous speech samples among parents raising a child with and without Autism Spectrum Disorder, cerebral palsy or down syndrome. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 34(2), 295-329.

- De Wolff, M.S. & van Ijzendoorn, M.H. (1997), Sensitivity and Attachment: A Meta-Analysis on Parental Antecedents of Infant Attachment. *Child Development*, 68(4), 571-591.
- Dervishaliaj, E. (2013). Parental stress in families of children with disabilities: A literature review. *Journal of educational and social research*, 3(7), 579-584.
- Dollberg, D. G., Hanetz-Gamliel, K., & Levy, S. (2023). COVID-19, child's behavior problems, and mother's anxiety and mentalization: A mediated moderation model. *Current Psychology*, 42(14), 11733-11744.
- Dollberg, D.G., Hanetz-Gamliel, K. & Levy, S. COVID-19, child's behavior problems, and mother's anxiety and mentalization: A mediated moderation model. *Curr Psychol* **42**, 11733–11744 (2023).
- Endler, N. S., & Kocovski, N. L. (2001). State and trait anxiety revisited. *Journal of anxiety disorders*, 15(3), 231-245.
- Faden, S. Y., Merdad, N., & Faden, Y. A. (2023). Parents of children with neurodevelopmental disorders: a mixed methods approach to understanding quality of life, stress, and perceived social support. *Cureus*, 15(4).
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality I. *The International journal of psychoanalysis*, 77(2), 217.
- Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H., & Higgitt, A. (1993). Measuring the Ghost In the Nursery: An Empirical Study of the Relation between Parents' Mental Representations of Childhood Experiences And Their Infants' Security of Attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41(4), 957-989.
- Fontaine-Benaoum, É., Zaouche-Gaudron, C., & Paul, O. (2015). Parenting and the challenge of childhood disability. *Enfance*, 3(3), 333-350.
- Gallagher, S., & Hannigan, A. (2014). Depression and chronic health conditions in parents of children with and without developmental disabilities: The growing up in Ireland cohort study. *Research in developmental disabilities*, 35(2), 448-454.

- Gerstein, E. D., Crnic, K. A., Blacher, J., & Baker, B. (2009). Resilience and the course of daily parenting stress in families of young children with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research*, 53(12), 981-997.
- Gillibrand, R., Lam, V., O'Donnell, V., Tallandini, M. A., (2019). *Psicologia dello sviluppo*. Pearson.
- Graungaard, A. H., Andersen, J. S., & Skov, L. (2011). When resources get sparse: A longitudinal, qualitative study of emotions, coping and resource-creation when parenting a young child with severe disabilities. *Health*, 15(2), 115-136.
- Harlow, H. F. (1958). "The Nature of Love". *American Psychologist*.
- Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world?. *The Behavioral and brain sciences*, 33(2-3), 61–135.
- Hill, B. D., Musso, M., Jones, G. N., Pella, R. D., & Gouvier, Wm. D. (2013). A Psychometric Evaluation of the STAI-Y, BDI-II, and PAI Using Single and Multifactorial Models in Young Adults Seeking Psychoeducational Evaluation. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 31(3), 300-312.
- Hobby, L., Bird, A. L., Townsend, M. L., & Barnes, J. (2023). mind-mindedness and preschool children's behavioral difficulties: The moderating role of maternal parenting distress. *Development and Psychopathology*, 35(4), 1584-1596.
- Hobby, L., Bird, A. L., Townsend, M. L., & Barnes, J. (2023). mind-mindedness and preschool children's behavioral difficulties: The moderating role of maternal parenting distress. *Development and Psychopathology*, 35(4), 1584-1596.
- Hohlfeld, A. S., Harty, M., & Engel, M. E. (2018). Parents of children with disabilities: A systematic review of parenting interventions and self-efficacy. *African journal of disability*, 7(1), 1-12.
- Holmes, J. (2017). *La teoria dell'attaccamento. John Bowlby e la sua scuola*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Hughes, C., Aldercotte, A., & Foley, S. (2017). Maternal mind-mindedness provides a buffer for pre-adolescents at risk for disruptive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45, 225-235.
- Hutchison, L., Feder, M., Abar, B. *et al.* Relations between Parenting Stress, Parenting Style, and Child Executive Functioning for Children with ADHD or Autism. *J Child Fam Stud* 25, 3644–3656 (2016).
<https://doi.org/10.1007/s10826-016-0518-2>
- Innocenti, M. S., Roggman, L. A., & Cook, G. A. (2013). Using the PICCOLO with parents of children with a disability. *Infant mental health journal*, 34(4), 307-318.
- Kirk, E., & Sharma, S. (2017). mind-mindedness in mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 43, 18-26.
- Laçın, E., & Doğan, B. G. (2023). Parenting Behaviors and Parental self-efficacy: A comparative study of parents of children with intellectual disabilities and typically developing children. *Journal of Intellectual Disabilities*, 17446295231215414.
- Laranjo, J., Bernier, A., & Meins, E. (2008). Associations between maternal mind-mindedness and infant attachment security: Investigating the mediating role of maternal sensitivity. *Infant Behavior and Development*, 31(4), 688-695.
- Larkin, F., Hayiou-Thomas, M. E., Arshad, Z., Leonard, M., Williams, F. J., Katseniou, N., ... & Meins, E. (2021). mind-mindedness and stress in parents of children with developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 600-612.
- Larkin, F., Oostenbroek, J., Lee, Y., Hayward, E., & Meins, E. (2019). Proof of concept of a smartphone app to support delivery of an intervention to facilitate mothers' mind-mindedness. *PLoS One*, 14(8), e0220948
- Lesser, I. M. (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic medicine*, 43(6), 531-543.

- Lorenz, K. (1935). "Der Kumpan in der Umwelt des Vogels. Der Artgenosse als auslösendes Moment sozialer Verhaltensweisen". *Journal für Ornithologie*.
- Loyd, B. H., & Abidin, R. R. (1985). Revision of the parenting stress index. *Journal of Pediatric Psychology, 10*(2), 169-177.
- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In E. M. Hetherington (Ed.), P. H. Mussen (Series Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (pp. 1–101). New York: Wiley.
- Mailick Seltzer, M., Greenberg, J. S., Floyd, F. J., Pettee, Y., & Hong, J. (2001). Life course impacts of parenting a child with a disability. *American journal on mental retardation, 106*(3), 265-286.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development, 66*-104.
- Mazzoncini, B., & Musatti, L. (2012). I disturbi dello sviluppo. *Bambini, genitori e insegnanti, Milano: Raffaello Cortina Editore, 129*-131.
- McMahon, C. A., & Bernier, A. (2017). Twenty years of research on parental mind-mindedness: Empirical findings, theoretical and methodological challenges, and new directions. *Developmental Review, 46*, 54-80.
- McMahon, C., Camberis, A. L., Berry, S., & Gibson, F. (2016). Maternal mind-mindedness: Relations with maternal–fetal attachment and stability in the first two years of life: Findings from an Australian perspective study. *Infant Mental Health Journal, 37*(1), 17-28.
- Meins, E. (1999). Sensitivity, security and internal working models: Bridging the transmission gap. *Attachment & human development, 1*(3), 325-342.
- Meins, E. (2013). Sensitive attunement to infants' internal states: operationalizing the construct of mind-mindedness. *Attachment & Human Development, 15* (5–6), 524–544.

- Meins, E., & Fernyhough, C. (2015). Mind mindedness coding manual, Version 2.2. Unpublished manuscript. University of York, York, UK.
- Meins, E., Fernyhough, C., de Rosnay, M., Arnott, B., Leekam, S. R., & Turner, M. (2012). Mind-mindedness as a multidimensional construct: appropriate and nonattuned mind-related comments independently predict infant–mother attachment in a socially diverse sample. *Infancy*, *17*(4), 393-415.
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *42*(5), 637-648.
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Clark-Carter, D., Das Gupta, M., Fradley, E., & Tuckey, M. (2003). Pathways to understanding mind: Construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness. *Child development*, *74*(4), 1194-1211.
- Meins, E., Harris-Waller, J., & Lloyd, A. (2008). Understanding alexithymia: Associations with peer attachment style and mind-mindedness. *Personality and Individual Differences*, *45*(2), 146-152.
- Menashe-Grinberg, A., & Atzaba-Poria, N. (2023). The predictors of change in reflective parenting therapy: Uncovering the influence of parental reflective functioning and child temperament in predicting the improvement in parent–child relationship and child outcome following DUET group intervention. *Development and Psychopathology*, *35*(4), 1901-1912.
- Meynen, M., Colonesi, C., Abrahamse, M. E., Hein, I., Stams, G. J. J., & Lindauer, R. J. (2022). A Cohort Study on the Effect of Parental mind-mindedness in Parent– Child Interaction Therapy. *International journal of environmental research and public health*, *19*(8), 4533.
- Meynen, M., Colonesi, C., Abrahamse, M. E., Hein, I., Stams, G. J. J., & Lindauer, R. J. (2022). A Cohort Study on the Effect of Parental mind-mindedness in Parent– Child Interaction Therapy. *International journal of environmental research and public health*, *19*(8), 4533.

- Miodrag, N., & Hodapp, R. M. (2010). Chronic stress and health among parents of children with intellectual and developmental disabilities. *Current opinion in psychiatry*, 23(5), 407-411.
- Montiroso, R., Rosa, E., Giorda, R., Fazzi, E., Orcesi, S., Cavallini, A., Provenzi, L., & Early Intervention Study Group (2020). Early Parenting Intervention - Biobehavioral Outcomes in infants with Neurodevelopmental Disabilities (EPI-BOND): study protocol for an Italian multicentre randomised controlled trial. *BMJ open*, 10(7), e035249.
- Murray, L. (2015). *Le prime relazioni del bambino. Dalla nascita a due anni i legami fondamentali per lo sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Nazzari, S., Grumi, S., Mambretti, F., Villa, M., Giorda, R., Provenzi, L., & MOM-COPE Study Group Borgatti Renato 1 4 Biasucci Giacomo 5 Decembrino Lidia 6 Giaccherio Roberta 7 Magnani Maria Luisa 8 Nacinovich Renata 9 10 Prefumo Federico 11 12 Spinillo Arsenio 13 14 Veggiotti Pierangelo 15 16. (2022). Maternal and infant NR3C1 and SLC6A4 epigenetic signatures of the COVID-19 pandemic lockdown: when timing matters. *Translational psychiatry*, 12(1), 386.
- Nielsen, M., Haun, D., Kärtner, J., & Legare, C. H. (2017). The persistent sampling bias in developmental psychology: A call to action. *Journal of experimental child psychology*, 162, 31–38.
- Olusanya, B. O., Davis, A. C., Wertlieb, D., Boo, N. Y., Nair, M. K. C., Halpern, R., ... & Kassebaum, N. J. (2018). Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Global Health*, 6(10), e1100-e1121.
- Pasca, L., Zanaboni, M. P., Grumi, S., Totaro, M., Ballante, E., Varesio, C., & De Giorgis, V. (2021). Impact of COVID-19 pandemic in pediatric patients with epilepsy with neuropsychiatric comorbidities: A telemedicine evaluation. *Epilepsy & Behavior*, 115, 107519.

- Pederson, D. R., Moran, G., Sitko, C., Campbell, K., Ghesquire, K., & Acton, H. (1990). Maternal sensitivity and the security of infant-mother attachment: AQ-sort study. *Child development*, 61(6), 1974-1983.
- Provenzi, L., Grumi, S., Giorda, R., Biasucci, G., Bonini, R., Cavallini, A., ... & Borgatti, R. (2020). Measuring the Outcomes of Maternal COVID-19-related Prenatal Exposure (MOM-COPE): study protocol for a multi-centric longitudinal project. *BMJ open*, 10(12), e044585.
- Provenzi, L., Grumi, S., Rinaldi, E., & Giusti, L. (2021). The porridge-like framework: a multidimensional guidance to support parents of children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 117, 104048.
- Raya, A. F., Ruiz-Olivares, R., Pino, J., & Herruzo, J. (2013). Parenting style and parenting practices in disabled children and its relationship with academic competence and behaviour problems. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 89, 702-709.
- Rayan, A., & Ahmad, M. (2018). Mindfulness and parenting distress among parents of children with disabilities: A literature review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 324-330.
- Reichman, N. E., Corman, H., & Noonan, K. (2008). Impact of child disability on the family. *Maternal and child health journal*, 12, 679-683.
- Riva Crugnola, C. (2012). La relazione genitore-bambino. Tra adeguatezza e rischio. Bologna: il Mulino.
- Samadi, S. A., & Rashid, H. M. (2023). Impacts of Caregiving for Individuals with Autism in Low-Resource Settings, a Report from the Kurdistan Region of Iraq. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-12.
- Seay, A., Freysteinson, W. M., & McFarlane, J. (2014, July). Positive parenting. In *Nursing Forum* (Vol. 49, No. 3, pp. 200-208).
- Shahat, A., & Greco, G. (2021). The economic costs of childhood disability: A literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3531.

- Simonelli, A., Calvo, V. (2002). L'attaccamento: teoria e metodi di valutazione. Roma: Carocci Editore.
- Singer, G. H. (2006). Meta-analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities. *American journal on mental retardation*, 111(3), 155-169.
- Slade A, Grienenberger J, Bernbach E, Levy D, Locker A. (2005) Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: a preliminary study. *Attachment & Human Development*, 7(3), 283-298.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), 269–281.
- Spielberger C. D., Gorsuch R. L., Lushene R., Vagg P. R., Jacobs G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Stabile, M., & Allin, S. (2012). The economic costs of childhood disability. *The Future of Children*, 22(1), 65–96.
- Suttora, C., Salerni, N., Selvagno, E., Porro, M., Gangi, S., Squarza, C., ... & Picciolini, O. (2021). Mind-mindedness and parenting stress in mothers of preterm and full-term infants: The moderating role of perceived social support. *Infant mental health journal*, 42(1), 35-46.
- Szpak, M., & Białecka-Pikul, M. (2015). Attachment and alexithymia are related, but mind-mindedness does not mediate this relationship. *Polish Psychological Bulletin*, 46(2).
- Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2009). Claude Bernard and the heart-brain connection: further elaboration of a model of neurovisceral integration. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 33(2), 81–88.
- Van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2019). Bridges across the intergenerational transmission of attachment gap. *Current opinion in psychology*, 25, 31-36.
- Van IJzendoorn, MH. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological bulletin*, 117(3), 387.

- Våpenstad, E. V. (2014, July). On the psychoanalyst's reverie: From Bion to Bach. In *International Forum of Psychoanalysis*(Vol. 23, No. 3, pp. 161-170). Routledge.
- Verhage, M. L., Schuengel, C., Madigan, S., Fearon, R. M., Oosterman, M., Cassibba, R., ... & van IJzendoorn, M. H. (2016). Narrowing the transmission gap: A synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment. *Psychological bulletin*, 142(4), 337.
- Vitasari, P., Wahab, M. N. A., Herawan, T., Othman, A., & Sinnadurai, S. K. (2011). Re-test of State Trait Anxiety Inventory (STAI) among engineering students in Malaysia: Reliability and validity tests. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 15, 3843-3848.
- Vreeswijk, C. M., Maas, A. J. B., & van Bakel, H. J. (2012). Parental representations: A systematic review of the working model of the child interview. *Infant Mental Health Journal*, 33(3), 314-328.
- Walker TM, Wheatcroft R, Camic PM. (2012) mind-mindedness in parents of pre-schoolers: a comparison between clinical and community samples. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(3), 318-335.
- Zeegers, M. A., de Vente, W., Nikolić, M., Majdandžić, M., Bögels, S. M., & Colonesi, C. (2018). Mothers' and fathers' mind-mindedness influences physiological emotion regulation of infants across the first year of life. *Developmental Science*, 21(6), e12689.
- Zeegers, M. A., Potharst, E. S., Veringa-Skiba, I. K., Aktar, E., Goris, M., Bögels, S. M., & Colonesi, C. (2019). Evaluating mindful with your baby/toddler: Observational changes in maternal sensitivity, acceptance, mind-mindedness, and dyadic synchrony. *Frontiers in psychology*, 10, 753.