



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL
COMPORTAMENTO

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

LA TEORIA DELLA MENTE NELLE RELAZIONI DI CURA

IMPLICAZIONI PER LA QUALITÀ RELAZIONALE DI CAREGIVER E
ASSISTITO

RELATRICE:

ELENA CAVALLINI

CORRELATRICE:

Giulia Arenare

Tesi di Laurea di

Alessia Nughes

Matricola n 541725

Anno Accademico 2025/2026

ABSTRACT

1. INTRODUZIONE

1.1. L'invecchiamento nel contesto contemporaneo e il caregiving

1.1.1 Invecchiamento Demografico

1.1.2 La correlazione tra longevità e non autosufficienza

1.1.3 La dipendenza funzionale (ADL e IADL)

1.1.4 Il caso specifico della demenza

1.1.5 Implicazioni psicologiche per l'assistito

1.1.6 Implicazioni psicologiche per il caregiver

1.1.7 Panorama del caregiving informale in Italia

1.2 La Teoria della Mente

1.2.1 Definizione, origini e modelli

1.2.2 Sviluppo della ToM

1.2.3 Componenti ToM: affettiva e cognitiva

1.3 ToM e relazioni

1.3.1 Tom nel contesto di cura

1.4 Obiettivi e ipotesi

2.METODI

2.1 Partecipanti

2.2 Procedura

2.3 Strumenti

3.RISULTATI

3.1 Analisi descrittive

3.2 Analisi correlazionali

3.2.1 Correlazioni tra Capacità di ToM totale (MASC) e qualità dell'interazione (CIS)

3.2.2 Correlazioni tra capacità di ToM affettiva e cognitiva (MASC) e qualità dell'interazione (CIS)

3.2.3 Correlazione tra capacità di riconoscimento di stati mentali (RMET) e qualità dell'interazione (CIS)

3.2.4 Correlazione tra capacità di comprensione di movimenti intenzionali (Test dei Triangoli) e qualità dell'interazione (CIS)

3.3 Analisi delle Sottoscale del MASC

4.DISCUSSIONE

4.1 Limiti e punti di forza dello studio

4.2 Implicazioni e prospettive future

5. CONCLUSIONI

ABSTRACT

L'invecchiamento demografico ha aumentato il numero di persone richiedenti assistenza in età avanzata, sia di tipo formale sia informale. Le cure informali offerte all'assistito dal caregiver rappresentano un fenomeno sociale con importanti implicazioni psicologiche sul caregiver e sull'assistito e possono avere un impatto sul benessere relazionale all'interno della diade. Un'abilità fondamentale nelle relazioni interpersonali è la Teoria della Mente (ToM), la capacità di attribuire stati mentali a se stessi e agli altri e sulla base di questi comprendere e predire il comportamento. Infatti, la letteratura evidenzia come la Teoria della Mente influenzi la qualità di relazioni romantiche, amicali e di cura tra genitore figlio. Tuttavia, ad oggi il ruolo della ToM nell'ambito del caregiving è ancora poco indagato. Il presente studio si è perciò proposto di indagare come la Teoria della Mente e le sue componenti nel caregiver potessero influenzare la qualità della relazione di cura. Dunque, sono stati presi in considerazione due gruppi composti da caregiver di persone senza patologie neurodegenerative e caregiver di persone affette da demenza. Sono poi state testate le abilità di mentalizzazione del caregiver tramite diversi strumenti, mentre la qualità relazionale e di interazione è stata valutata tramite misure self report, sia del caregiver che dell'assistito, e misure di tipo osservazionale. L'ipotesi è che a una migliore capacità di ToM corrisponda una migliore qualità relazionale. I risultati ottenuti supportano l'ipotesi che le abilità di mentalizzazione del caregiver siano associate alla qualità dell'interazione diadica. In particolare, migliori abilità di ToM sono associate a maggiori sensibilità e permissività e minori distacco e severità. Inoltre, è emerso anche che gli errori di mentalizzazione sono associati alla relazione diadica in termini di maggiori distacco e severità. Questi risultati mostrano come le abilità socio-cognitive del caregiver siano legate a una migliore qualità relazionale e rappresentino solo il punto di partenza per l'indagine del ruolo di questa abilità nel contesto del caregiving in età avanzata.

Population aging has increased the number of people requiring care in later life, both formal and informal. Informal care provided to care recipients by caregivers represents a social phenomenon with important psychological implications for both caregivers and care recipients and may have an impact on well-being and on the quality of the relationship within the dyad. A fundamental ability in interpersonal relationships is Theory of Mind (ToM), defined as the ability to attribute mental states to oneself and others and, on the basis of these, to understand and predict behavior. Indeed, the literature shows that Theory of Mind influences the quality of romantic, friendship, and parent-child caregiving relationships. However, to date, the role of ToM in the caregiving context has been scarcely investigated. The present study therefore aimed to investigate how Theory of Mind and its components in caregivers could influence the quality of the caregiving relationship. Thus, two groups were considered, consisting of caregivers of individuals without neurodegenerative diseases and caregivers of people with dementia. Caregivers' mentalizing abilities were assessed through different instruments, whereas relationship quality and interaction quality were evaluated through self-report measures completed by both caregivers and care recipients and through observational measures. The hypothesis was that better ToM abilities would correspond to better relationship quality. The results supported the hypothesis that caregivers' mentalizing abilities are associated with the quality of dyadic interactions. In particular, better ToM abilities were associated with greater sensitivity and permissiveness and with lower levels of detachment and severity. Moreover, mentalization errors were also found to be associated with the dyadic relationship in terms of greater detachment and severity. These findings show that caregivers' socio-cognitive abilities are linked to better relationship quality and represent only a starting point for investigating the role of this ability in the context of caregiving in later life.

1. INTRODUZIONE

1.1 L'invecchiamento nel contesto contemporaneo e il caregiving

Negli ultimi cento anni si è notato un aumento considerevole dell'aspettativa di vita della popolazione mondiale: il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, l'evoluzione dell'alimentazione e i progressi della medicina hanno ridotto notevolmente la mortalità tramite cure innovative e prevenzione. Secondo Riley (2005), all'inizio del XX secolo l'uomo medio poteva vivere fino ai 32 anni circa, mentre oggi l'aspettativa di vita si è alzata oltre i 75 anni per gli uomini e oltre gli 80 per le donne (Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS, 2021). Questo allungamento di vita, sommato al calo delle nascite degli ultimi decenni, ha profondamente modificato la struttura della popolazione. Infatti, la popolazione over 65 costituisce circa il 20% della popolazione totale, ed è stimato che questa percentuale possa ancora crescere nei prossimi decenni.

Poiché l'invecchiamento biologico porta a un aumento delle patologie croniche e delle malattie neurodegenerative (Istituto Superiore di Sanità, ISS, 2024), l'aumento della popolazione anziana ha aumentato la pressione sul sistema sanitario internazionale. Tra queste patologie croniche, vi sono le demenze: solo in Italia oltre 1 milione di persone convive con la demenza (Ministero della Salute). Di questa patologia, infatti, l'aspetto più critico risulta essere la progressiva perdita di autonomia, che rende l'individuo dipendente da altri per le attività quotidiane essenziali, dalla cura personale alla mobilità e fino alla comunicazione.

Al fine di garantire un'adeguata qualità di vita alle persone affette da demenza, è necessario che vi sia un'assistenza continuativa, sia formale che informale. Infatti, a

occuparsi di una persona con demenza possono essere professionisti medici e sanitari, tuttavia il maggior carico è affidato ai caregiver informali, cioè persone, per lo più familiari, che forniscono un qualche tipo di assistenza continuativa e non retribuita nelle attività della vita quotidiana (Activities of Daily Living, ADL) o nelle attività strumentali della vita quotidiana (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) a un individuo con una malattia cronica o una disabilità (Roth et al., 2015). Questi ultimi nello specifico si occupano dell'assistenza nelle attività di tutti i giorni, del supporto emotivo, della comprensione empatica, della promozione della dignità e del mantenimento di un senso di autonomia tramite il supporto fisico, psicologico e, a volte, anche economico. La cura fornita dai caregiver è perciò un fattore che certamente influenza il benessere dell'assistito.

In conclusione, sebbene l'allungamento di vita sia da considerare un grande traguardo per la società, è importante considerare le possibili conseguenze socio-sanitarie che ne derivano, tra cui la relazione di cura che intercorre tra caregiver e assistito.

Alla luce di ciò, nei prossimi paragrafi si procederà a indagare il tema del caregiving e delle sue caratteristiche.

1.1.1 Invecchiamento Demografico

In Italia, comparando i dati raccolti ad oltre vent'anni di distanza, la popolazione anziana rappresenta il 24,7% dei 58,9 milioni di abitanti, ovvero 6 punti percentuali in più rispetto al 2002 (Silver Economy, 2025). Questa tendenza è sicuramente influenzata a livello demografico anche dalla riduzione della natalità che da anni caratterizza il nostro Paese e dalla conseguente diminuzione della popolazione attiva tra i 15 e i 64 anni, che esacerba ulteriormente questa dinamica (ISTAT, 2023; Silver Economy

Network, 2025). Indicativamente, in Italia vi sono circa 200 anziani ogni 100 giovani (ISTAT, 2025). Il rapporto 2:1 di rispettivamente anziani (65 e oltre) e giovani (0-14) porta un notevole squilibrio della struttura della popolazione, con conseguenze non sempre positive. Infatti, secondo i dati del rapporto della Ragioneria dello Stato (2024) e del CENSIS (2024), vivere più a lungo rappresenta un rischio per i sistemi economici e pensionistici e per il ricambio generazionale. Anche i sistemi sanitario e assistenziale ne risentono notevolmente in termini di aumenti dei costi, disponibilità di strutture per anziani e necessità di un'elevata coordinazione territoriale per rispondere alla domanda di assistenza (Petrucchi & Margarito, 2025).

Un dato importante sulla longevità in Italia che ci permette di capire davvero quanto l'aspettativa di vita stia aumentando è il numero di centenari: secondo l'ISTAT solo nel 2025 i centenari raggiungevano una quota di circa 24.000, addirittura 2.000 in più rispetto all'anno precedente e più del doppio rispetto ai dati raccolti nel 2009. Di questi, quasi l'83% sono donne e più concentrate in regioni come Molise e Liguria (ISTAT, 2025). La quota di persone ultracentenarie che hanno superato i 105 anni di vita non è un dato che possiamo trascurare: tra il 2009 e il 2025 le persone che hanno superato i 110 anni sono 222, di cui ben 205 donne (ISTAT, 2025). Osservando invece la fascia di età degli over 85, si evince che la maggiore incidenza di non autosufficienza e fragilità si concentra proprio in questa categoria di individui, che si stima subirà un raddoppio in termini percentuali, passando dal 3,8% nel 2023 al 7,2% nel 2050 (Micheli, 2007; CENSIS, 2024; ISTAT, 2023). Osservando la situazione a livello mondiale, il trend non cambia: la popolazione sta invecchiando rapidamente. Infatti, la quota di persone over 65 è stimata passare da circa il 10% nel 2022 al circa 16% entro il 2050, con marcate differenze tra regioni (più elevata in Europa e Nord America) (ONU, 2022). Guardando

a soglie più basse, la fascia over 60 è attesa raddoppiare fino a 2,1 miliardi entro il 2050, mentre gli ultra ottantenni potrebbero triplicare fino a 426 milioni, con implicazioni evidenti per disabilità, non autosufficienza e richiesta di servizi di lungo termine (OMS, 2025). Questi dati, se da un lato riflettono un chiaro miglioramento della salute e dei servizi, dall'altro si associano all'aumento del carico di assistenza (a lungo termine soprattutto) di cui si sarà testimoni nei prossimi anni.

1.1.2 La correlazione tra longevità e non autosufficienza

È evidente quanto per la società l'aumento della longevità sia una grande conquista: ogni persona ha più tempo e quindi maggiori possibilità di apprendere, condividere, lavorare, amare, trasmettere conoscenze e, in generale, vivere. Vivere più a lungo è a tutti gli effetti un privilegio; tuttavia, spesso chi raggiunge un'età avanzata si trova a convivere con condizioni psicofisiche complesse, come più patologie contemporaneamente o una malattia neurodegenerativa. Il deterioramento dello stato di salute fisica può portare gli anziani a fare più fatica nelle attività quotidiane. Infatti, in Europa, circa la metà degli over 65 riporta di avere difficoltà in almeno una delle attività di cura personale o della casa (European Commission, 2019), mentre in Italia nel 2024 quasi la metà delle persone over 75 (48,9%) riportava almeno 3 patologie croniche o gravi limitazioni nello svolgere attività abituali (ISTAT, 2025). Queste rappresentano un ostacolo per il benessere quotidiano e la qualità della loro vita e ciò è confermato dalla letteratura, che dimostra chiaramente come le multimorbidità siano correlate a una maggiore non autosufficienza. Per esempio, nella metanalisi di Marengoni e colleghi (2011) la coesistenza di più patologie croniche, che interessa dal 55% fino al 98% delle persone anziane, risulta la causa principale di disabilità, declino funzionale, elevati costi sanitari e bassa qualità di vita.

Un altro dato che mostra come la longevità aumenti la non autosufficienza è la correlazione tra malattie neurodegenerative e invecchiamento, che ne rappresenta il rischio primario (Hou et al., 2019; Wyss-Coray, 2016; Niccoli & Partridge, 2012). Le malattie neurodegenerative sono condizioni caratterizzate da una progressiva degenerazione delle cellule neuronali che possono causare disabilità e deficit cognitivi. Alcuni esempi sono la Sclerosi Multipla o la Malattia di Parkinson. Quella con maggiore prevalenza, tuttavia, è la demenza di Alzheimer che rappresenta il 60-80% di tutti i casi di demenza (Erkkinen et al., 2025): solamente in Italia si stima che 600 mila persone siano affette da Alzheimer (Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Demenze).

La non autosufficienza può essere causata quindi da una varietà di disturbi; tuttavia, la demenza rappresenta la prima causa di dipendenza funzionale dell'anziano (Brizioli, 2016; Agüero-Torres et al., 1998). Infatti, il deficit cognitivo e i sintomi psicologici e comportamentali (apatia, agitazione, depressione, psicosi) rendono quotidianamente necessarie la supervisione e l'assistenza (Cerejeira et al., 2012).

Si può dunque affermare che l'invecchiamento della popolazione non può che aumentare il numero di individui che necessiteranno di assistenza quotidiana o che potrebbero essere affetti dalla demenza. Da ciò consegue che il sistema assistenziale, sia questo formale o informale, in questa fascia di vita subisca un cambio radicale: non è più centrato sulle malattie acute, ma sulla gestione delle cronicità, delle fragilità e sulle cure palliative (se necessario). Considerando inoltre che la parte di popolazione più a rischio di non autosufficienza è in crescita (CENSIS, 2024; ISTAT, 2023), la richiesta di caregiving informale (in particolare per la demenza) continuerà ad aumentare e ciò ci porta a ragionare sulla crescente importanza di questo ruolo nella società.

1.1.3 La dipendenza funzionale (ADL e IADL)

Finora è stato presentato il contesto in cui si inserisce la relazione diadica tra caregiver e assistito con demenza, approfondendo il tema dell'invecchiamento della popolazione, il rapporto tra longevità e non autosufficienza. Per comprendere a fondo la relazione di cura è importante comprendere il rapporto di dipendenza che lo caratterizza.

La dipendenza funzionale può essere definita come l'incapacità di mantenere fisicamente e mentalmente le abilità necessarie di vivere in maniera indipendente e autonoma (Wanderley Matos Reis Júnior et al., 2024). In generale è possibile affermare che la dipendenza funzionale può essere causata da una varietà di condizioni, non solo dal semplice invecchiamento, ma anche da disabilità fisiche, malattie croniche e fattori di tipo sociale e/o ambientale (Maresova, 2019; Lana Alhalaseh et al., 2024). Tuttavia, la letteratura mostra come sia la demenza a esserne la prima causa: secondo Agüero-Torres e colleghi (1998) nel lungo termine solamente l'età e la demenza contribuiscono in maniera rilevante alla perdita di autonomia e alla non autosufficienza, rendendo, così, fondamentale la figura di accudimento.

In psicologia, l'analisi della dipendenza funzionale fa sempre riferimento alle cosiddette *Activities of Daily Living (ADL)* e *Instrumental Activities of Daily Living (IADL)*. Le ADL si riferiscono alle attività basilari e di autosufficienza strettamente personale. Esempi includono l'igiene personale (fare il bagno), vestirsi, l'uso dei servizi igienici, la continenza, l'alimentazione (come tagliare la carne o spalmare una crema) e la capacità di spostarsi autonomamente (ad esempio, l'uso di ausili come deambulatore o sedia a rotelle). Invece, le IADL sono attività più complesse che coinvolgono l'utilizzo di strumenti e oggetti e, perciò, necessitano di ragionamento e/o pianificazione. Esempi di IADL sono la gestione del denaro (es. bilanci, assegni, pagamenti), l'uso dei mezzi di

trasporto, l'uso del telefono, l'acquisto di beni e la preparazione di un pasto. Queste attività, benchè non indispensabili, sono fondamentali affinché la persona possa inserirsi ed essere autonoma all'interno della società.

I test che vengono utilizzati per valutare la compromissione funzionale, necessaria per la diagnosi (APA, 2022), sono la Scala ADL, proposta da Katz e colleghi nel 1970, e la Scala IADL, proposta invece da Lawton & Brody nel 1969. La prima scala misura 6 item a cui si può assegnare un punteggio da 0 a 1 sulla base della descrizione fatta dalla persona: il funzionamento deve avvicinarsi il più possibile all'opzione selezionata (MSD Manuals, 2025; Genestier et al., 2010). Nella versione italiana di quella di Katz e colleghi del 1970 si valutano azioni basilari quali mangiare, vestirsi, spostarsi e altri e attività. La scala sulle IADL, invece, misura la capacità strumentali, quali per esempio l'utilizzo del telefono, la preparazione dei pasti, le attività domestiche, la gestione del denaro e altro. Il punteggio assegnato può essere 0, nei casi in cui non possa essere eseguito il compito, oppure 1 nel caso in cui sia possibile (Lawton & Brody, 1969). Il punteggio totale varia da 0, che esprime totale dipendenza, a 8, che esprime totale indipendenza (Wei et al., 2022).

Questi due strumenti vengono utilizzati principalmente per valutare la progressione della malattia. Infatti, nel caso della demenza, le prime a essere colpite sono le IADL, che sono tra i primi segni premonitori di questa malattia (Reppermund et al., 2013). La persona, infatti, può iniziare ad avere difficoltà a ricordarsi come lavare i vestiti, potrebbe accidentalmente prendere lo stesso farmaco più volte, non pagare le bollette o dimenticarsi di prendere il nipote a scuola. Solo con il tempo e il peggioramento cognitivo, le difficoltà si spostano sulle ADL, quindi sulle attività basilari di vita quotidiana necessarie per il sostentamento (Tschanz et al., 2011). In questi casi, la

persona affetta da demenza potrebbe non essere più in grado di alimentarsi in autonomia, di lavarsi senza l'aiuto di qualcuno o di riuscire ad andare in bagno da sola. Poichè il deficit è tale da compromettere gradualmente prima le IADL e poi le ADL (Selmo, 2012; Lawton & Brody, 1969), il caregiver è tenuto ad aumentare di conseguenza il proprio carico di cure e assistenza, passando da un'iniziale supervisione, a un'assistenza sempre più estesa, fino a giungere a una situazione di completa dipendenza. Infatti, assistere una persona con compromissione in IADL significa seguirla per ricordare farmaci e appuntamenti o accompagnarla fisicamente nei vari posti, ma l'assistenza nelle ADL richiede un impegno nelle attività a 360°: il caregiver si occupa di nutrirlo, aiutarlo fisicamente a muoversi, vestirlo e lavarlo. Inoltre, la cura prestata dai caregiver non si limita alle attività meramente pratiche. Anzi, si estende all'ambito delle decisioni personali, in quanto i deficit cognitivi in memoria, attenzione e funzioni esecutive, possono impossibilitare la persona a decidere cosa sia meglio per se stessa.

1.1.4 Il caso specifico della demenza

Per comprendere meglio la relazione che intercorre tra caregiver e assistito con demenza è importante comprendere le implicazioni cliniche, psicologiche e umane dei sintomi che caratterizzano questa malattia. Quando parliamo di demenza ci riferiamo a una sindrome acquisita con decorso cronico caratterizzata da declino delle funzioni cognitive a cui spesso si accompagnano i cosiddetti *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia* (BPSD). Questi rappresentano i sintomi psicologici e comportamentali che derivano dalla patologia quali deliri, agitazione, ansia, apatia, euforia, irritabilità o cambiamenti di personalità e rappresentano il carico mentale

maggiore del caregiver (Cummings et al., 1994; McKeith & Cummings, 2005; ISS, 2024). La compromissione che ne deriva è tale da interferire in modo significativo con l'autonomia nelle attività quotidiane (OMS, 2025; ISS, 2024; American Psychiatric Association, 2013 [DSM-5]). Analizzandone i sintomi cognitivi nello specifico i deficit riguardano il campo della memoria (rievocazione e nuovi apprendimenti), dell'attenzione e della velocità di elaborazione, delle funzioni esecutive (pianificazione, flessibilità), del linguaggio (anomie, compromissione della comprensione), delle abilità visuospatiali e dell'orientamento (Salmon & Bondi, 2009; Weintraub et al., 2012; Guarino et al., 2019). Associati a questi, la persona affetta da demenza può manifestare anche i sopracitati BPSD, quali apatia, depressione, ansia, agitazione, allucinazioni, deliri e disturbi del sonno (Cerejeira et al., 2012; Liampas et al., 2024): la gestione di questi sintomi risulta particolarmente complessa a causa della necessità di aumentare la supervisione del proprio assistito (Cerejeira et al., 2012; Lyketsos et al., 2011; Okura et al., 2011).

Il concetto di “demenza” racchiude una ampia gamma di condizioni e forme che possono essere differenziate in Alzheimer e non-Alzheimer. La prima, la malattia di Alzheimer, è la più comune e a livello eziopatogenico ed è caratterizzata dalla presenza di placche di β -amiloide e grovigli neurofibrillari di proteina tau iperfosforilata, che determinano una progressiva neurodegenerazione del tessuto cerebrale (Hendriks & Broeckhoven, 1996). Ha un esordio mnestico a carico della memoria episodica (Peña-Casanova et al., 2012; Trejo-Lopez et al., 2022; Hampel et al., 2021). Invece, le demenze non-Alzheimer includono tutte le altre forme con diversa eziopatologia (vascolare, a corpi di Lewy, frontotemporale, ecc.) e conseguenti specifici profili clinici, che richiedono interventi e trattamenti distinti (Sokolovič et al., 2023; Caporlingua et

al., 2025). Nella Tabella 1.1 riportata di seguito è possibile avere un quadro generale delle principali forme di demenza, con i rispettivi sintomi e stime di prevalenza in Italia. Un altro modo di classificare le demenze riguarda la distinzione in primaria, secondaria o mista. Le prime sono quelle causate direttamente da malattie il cui sintomo primario è la neurodegenerazione, come ad esempio la malattia di Alzheimer, la demenza a corpi di Lewy o la demenza fronto-temporale. Le demenze secondarie invece riguardano quella forma il cui deterioramento cognitivo rappresenta un effetto secondario a un altro evento clinico. Infine, le demenze miste sono tutte quelle forme che rappresentano una combinazione tra più malattie. (ISS, Osservatorio Demenze, 2024).

Tab. 1.1 Quadro clinico delle principali forme di demenza

Sottotipo	Quota sul totale	Segni/sintomi cardine
Alzheimer (AD)	60-70%	Esordio tipico è insidioso, con compromissione precoce della memoria episodica (apprendimento e rievocazione di nuove informazioni), cui seguono deficit di linguaggio (anomie), funzioni esecutive e orientamento; la progressione è graduale. I BPSD sono frequenti lungo il decorso (apatia, depressione, agitazione), con impatto crescente su IADL e poi ADL.
Vascolare (VaD)	20-30%	Eziopatologia cerebrovascolare (ictus), rallentamento psicomotorio e deficit esecutivi/attentivi più marcati della memoria; il decorso dipende dagli episodi vascolari. Una cattiva salute cardiovascolare rappresenta un fattore di rischio (ipertensione, diabete). L'impatto funzionale può comparire precocemente sulle IADL per il carico esecutivo richiesto.

Tab. 1.1 Quadro clinico delle principali forme di demenza

Corpi di Lewy (DLB)	20-35%	Presenta sintomi cognitivi fluttuanti (variazioni di attenzione), allucinazioni visive ricorrenti, parkinsonismo spontaneo e spesso disturbo comportamentale del sonno REM (RBD). I domini più colpiti nelle fasi iniziali sono attenzione, funzioni esecutive e abilità visuospatiali più che la memoria.
Frontotemporale (FTD)	5-10%	Ha un esordio più precoce (anche prima dei 65 anni). La variante comportamentale (bvFTD) presenta disinibizione, apatia/abulia, perdita di empatia, condotte compulsive e iperoralità, con deficit esecutivi. Le varianti linguistiche (PPA) presentano afasie progressive con ricadute sulle funzioni strumentali.
Miste (p. es. AD+VaD)		Più patologie (spesso AD e vascolare) con sintomatologie ibrida.

ISS, Osservatorio Demenze, 2024; MSD Manuals, 2025

Analizzare i quadri clinici che caratterizzano la demenza può solo darci un'idea della difficoltà e della complessità che derivano dal convivere con una malattia tale. Nonostante il forte impatto sulla vita di queste persone, ad oggi la scienza non ha ancora trovato una cura che possa invertire il processo neurodegenerativo di cui soffrono queste persone (OMS, 2019). Perciò, il focus si sposta sulla prevenzione e sui fattori di rischio che possono influenzare il decorso della malattia (OMS, 2019 Dementia Guidelines). Secondo Livingston e colleghi (2024) e gli ultimi aggiornamenti dalla *Lancet Commission*, sono 14 i fattori modificabili che potrebbero prevenire o ritardare l'insorgere della demenza in maniera significativa risultano: bassa istruzione, perdita della vista, perdita dell'udito, fumo, depressione, mancanza di attività fisica, diabete,

isolamento sociale, consumo eccessivo di alcol, obesità, inquinamento atmosferico, trauma cranico, ipertensione, ipercolesterolemia. Secondo gli ultimi dati fino al 45% delle demenze potrebbero essere prevenute o ritardate tramite interventi su questi fattori di rischio. Una dieta sana, l'attività fisica, il controllo pressorio, la gestione di diabete/obesità, la riduzione dell'alcol e il trattamento delle ipoacusie sono solo alcune delle attività che raccomanda l'OMS (2019) nel *Risk reduction of cognitive decline and dementia* come parte della promozione della salute durante l'intero arco di vita.

1.1.5 Implicazioni psicologiche per l'assistito

Dipendere da qualcuno ha delle forti implicazioni psicologiche. In generale, fare completo affidamento su qualcuno per attività pratiche o un supporto emotivo è causa di un forte stress psicologico con conseguenze come depressione, solitudine, autocritica e bassi livelli di autostima (Overholser, 1992).

Mettendo il focus sulla persona affetta da demenza, la dipendenza funzionale può diminuire la qualità di vita e il benessere: nello studio di Gomes da Rocha e colleghi (2025) è emerso come il 24,7% delle persone con difficoltà in IADL e in parte nelle ADL mostravano segni compatibili con depressione clinica e i fattori che predicevano maggiormente i sintomi depressivi fossero l'ansia, i problemi di salute e la minore autonomia funzionale.

Lian e colleghi (2001) hanno individuato inoltre che nella relazione di cura un aspetto negativo sia l'*helping distress*, cioè il disagio emotivo legato alla necessità di cure e aiuto, e dalle interazioni negative, come la percezione che qualcuno invada la propria sfera personale.

Un aspetto importante da considerare legato a ciò è la dignità percepita, che è strettamente legata all'autonomia e all'integrità del Sè (Nordenfelt, 2004). Infatti, le difficoltà cognitive che portano alla dipendenza funzionale, alla perdita di libertà (anche decisionale), all'assenza di un ruolo e alla mancanza di partecipazione ad attività significative possono ridurre la "dignità dell'identità", così definita da Nordenfelt, che include la nostra storia, la nostra autonomia e le nostre relazioni (Sagbakken et al., 2017). Anche altri fattori come la perdita della vista, l'atteggiamento verso l'invecchiamento, il dolore e il senso di autoefficacia possono contribuire in questo senso (Kráčmarová et al., 2022). Tuttavia, il tipo di supporto ambientale (Isis E. van Gennip, 2014) e alcuni interventi specifici possono aiutare a mantenere la dignità percepita (Sagbakken et al., 2017). Alcuni esempi sono attività significative basate sull'unicità della persona e la possibilità, ove possibile, di fare delle scelte autonome (Sagbakken et al., 2017).

Per quanto riguarda gli aspetti prettamente sociali, la dipendenza funzionale dell'anziano può aumentare il rischio di isolamento sociale e di sentimenti di solitudine, specialmente nei casi in cui vi è poco supporto (Gao et al., 2024).

Inoltre, la percezione dei propri deficit cognitivi, che può essere accentuata negli stadi iniziali (ipernosognosia), può portare a un peggioramento ulteriore di questi vissuti, rendendo maggiormente complicata la gestione della relazione diadica (Vannini et al., 2017).

Poiché anche negli stadi di demenza più avanzati molti aspetti di consapevolezza ambientale, sociale e sensoriale vengono mantenuti (Clare, 2010), è importante che il benessere venga promosso in maniera continuativa e tenendo in considerazione anche aspetti più ambientali e relazionali (Isis E. van Gennip, 2014), in quanto la tipologia di

cura può fare la differenza nell'aiutare l'anziano ad accettare l'aiuto, la cura e il supporto che sostengano l'agentività e il valore (Timonen & Lolic, 2020).

Tuttavia, alcuni studi hanno evidenziato anche aspetti positivi come il fatto che gli assistiti che ricevevano cure più affettuose mostravano meno sintomi depressivi, una maggiore soddisfazione di vita e un migliore adattamento (Reinhardt, 2001).

1.1.6 Implicazioni psicologiche per il caregiver

Le cure che presta il caregiver possono rappresentare un carico notevole: questo è ciò che in letteratura viene definito *caregiver burden*. Per definizione, la parola *burden* in inglese indica il carico, il peso, sia esso fisico o mentale e, infatti, inserita nel contesto di cura, può essere definita come “la tensione o il carico sostenuto da una persona che si prende cura di un familiare affetto da malattia cronica, disabilità o anzianità” (Stucki & Mulvey, 2000). Poiché nella letteratura il concetto di *burden* risulta poco unitario, nella meta-analisi di Liu e collaboratori (2020) è stato analizzato precisamente il concetto di *caregiver burden* in una chiave multidimensionale, individuando così un modello che integrasse i diversi fattori che lo caratterizzano (Fig. 1.1). All'interno del modello concettuale sono stati rilevati tre categorie di componenti chiave: gli antecedenti, che rappresentano i fattori predisponenti, gli attributi, cioè le caratteristiche dell'assistenza e infine le conseguenze sulla salute psicologia, fisica e sociale. Nella successiva tabella (Tabella 1.2) sono brevemente indicati.

Tab. 1.2 Specifiche del modello multidimensionale del caregiver burden

Antecedenti	<i>Conflitto delle responsabilità</i>	Poichè i caregiver sono spesso figli, partner o membri della famiglia, è possibile che si sperimenti un conflitto di responsabilità a causa dei diversi ruoli che occupano. Le responsabilità sono diverse: sostengo emotivo, medicazioni, assistenza quotidiana e altro.
	<i>Problemi finanziari</i>	Risorse insufficienti possono aumentare il burden. Spesso si abbandona il proprio lavoro full time per prendersi cura dell'assistito e infatti il 18% dei caregiver riportano problemi economici.
	<i>Mancanza di attività sociali</i>	L'isolamento sociale aumenta il burden.
Caratteristiche	<i>Percezioni di sé</i>	La riflessione sulla propria esperienza di caregiving può influenzare la percezione dello strain.
	<i>Strain multidimensionale</i>	Il burden influenza diversi aspetti: psicologici (stress e disregolazione emotiva), fisici (insonnia, faticabilità, perdita di peso), sociali (deterioramento delle relazioni familiari, isolamento sociale) ed economici (problemi finanziari)
	<i>Corso del tempo</i>	Il burden non è statico, anzi cambia nel corso del tempo. Il livello di burden percepito può dipendere da fattori come la durata del caregiving, la mancanza di supporto sociale, la presenza di un'altra persona che necessita di cure e la traiettoria della malattia.
	<i>Diminuzione della cura offerta</i>	Il burden correla con la qualità della cura offerta: mancanza di risorse, di supporto emotivo e delle abilità di coping giocano un ruolo

Tab. 1.2 Specifiche del modello multidimensionale del caregiver burden

Conseguenze	<i>Peggioramento qualità di vita (QoL)</i>	La QoL dipende dal burden: maggiore il burden, minore la QoL. Il tempo dedicato alla cura è, infatti, tempo sottratto alle attività che possono soddisfare i propri bisogni. Inoltre, dipende dalla fase della malattia del proprio assistito.
	<i>Deterioramento della salute fisica</i>	I caregiver tendono a trascurare la propria salute, e a cercare aiuto medico, quando necessario. Più del 50% riporta problemi di salute cronici (malattie cardiovascolari, ipertensione, ecc) e psicologici (irritabilità, ansia, depressione, sensi di colpa, ecc).

Lui et al., 2020

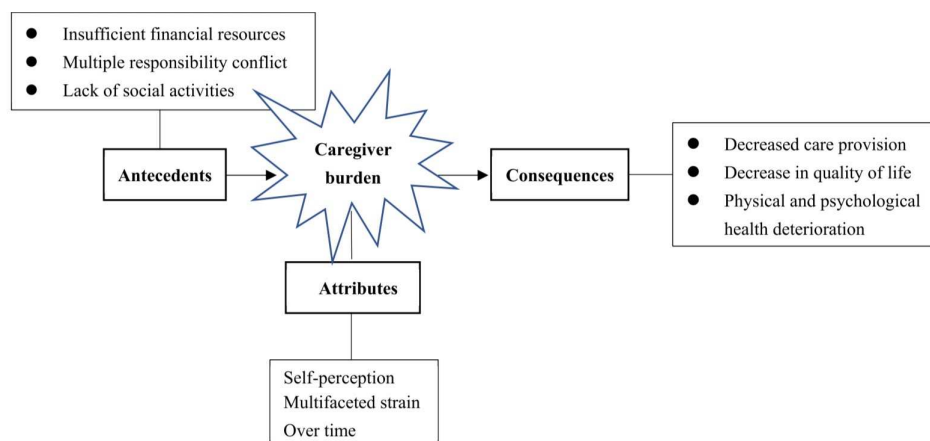


Fig. 1.1 Modello multidimensionale del caregiver burden (Lui et al., 2020)

Il *burden* si sviluppa nel tempo ed è perciò considerabile un processo psicologico. Diversi sono i modelli proposti dagli autori. Una delle teorie più usate per spiegare il processo di stress è il modello di Pearlin e collaboratori (1990) (Moss et al., 2020) che spiega come il burden sia l'esito di una combinazione di più fattori, tra cui le

circostanze, l'esperienza, gli esiti e le risorse. I quattro domini proposti riguardano in primis i fattori di stress primari dipendenti dalla malattia, che giocano un ruolo fondamentale nel determinare il livello di stress percepito (Schaffler-Schaden et al., 2021), riguardano il comportamento dell'assistito, il tipo di relazione diadica, i suoi sintomi, le abilità cognitive, il livello di cura e di sorveglianza. È in quest'area che si inseriscono i BPSD: la letteratura dimostra ampiamente quanto i sintomi comportamentali e psicologici quali rabbia, aggressività, agitazione, siano più predittivi del burden del caregiver rispetto a fattori come la compromissione cognitiva o funzionale, in quanto più complessi da gestire e più imprevedibili. (Pinquart & Sörensen, 2003; Etters et al., 2008; Chiao et al., 2015)

Il secondo dominio analizzato dal modello riguarda il peso che deriva dal ruolo, come l'occupazione, i problemi economici, la qualità della relazione e i problemi familiari per esempio. Ancora il terzo dominio copre i carichi psicologici del caregiver, come la personalità, l'autostima, la competenza e il cosiddetto *role captivity strain*, ossia la percezione di essere prigionieri del proprio ruolo (Pearlin et al. 1990). A fare da cornice si trovano gli aspetti culturali, socioeconomici, familiari e della storia personale e i mediatori come le capacità di coping e il supporto sociale. Tutti questi elementi concorrono in ultima istanza a influenzare il livello di stress, la salute fisica e mentale, la qualità della cura fornita dal caregiver (Schaffler-Schaden et al., 2021; Moss et al., 2020).

Anche il modello di Lazarus e Folkman è stato applicato al contesto di cura. Questo modello prevede che lo stress derivi da una valutazione cognitiva della situazione in cui dapprima viene valutata come *challenging* (sfidante, *primary appraisal*), successivamente come eccedente le proprie risorse (*secondary appraisal*) e quindi come

richiedente l'applicazione di strategie *emotion-focused* o *problem-focused*, che determinano esiti più o meno positivi (*coping*). Nel contesto di cura, la percezione di auto efficacia, cioè di essere competenti nel gestire i comportamenti e i compiti, è centrale nella fase di *primary appraisal*: più alti livelli di efficacia portano a percepire un numero inferiore di situazioni stressanti e minore *burden* (Yuan et al. 2024); inoltre strategie di coping basate sull'accettazione possono ridurre il sovraccarico esperito (Yuan et al. 2024).

Questi modelli spiegano il così stretto rapporto di interdipendenza della relazione di cura che, dunque, dipende da numerosi fattori, come è emerso anche dalla revisione della letteratura di Chiao e colleghi (2015). In questo studio sono state analizzate specifiche categorie di fattori che riguardavano le caratteristiche dell'assistito e del caregiver. Per quanto riguarda l'assistito, in linea con la letteratura precedente, i migliori predittori del *burden* sono risultati i sintomi psicologici o comportamentali. Infatti, quando l'assistito presenta importanti comportamenti disturbanti, la supervisione e la gestione quotidiana diventano più complesse (Cerejeira et al., 2012). Anche le limitazioni fisiche, che impediscono quindi la normale esecuzione delle ADL sono un fattore di *burden* significativo (Chao et al., 2015). In particolare, le limitazioni in ADL predicono meglio il *burden* delle sole IADL. Per quanto concerne invece il caregiver, alcune caratteristiche specifiche che sono state evidenziate come significativamente legate al *burden* sono state gli aspetti sociodemografici, come la disponibilità economica, il livello di istruzione e la coabitazione con l'assistito, che da sola rappresenta uno dei predittori più forti del *burden* a causa dell'aumento del carico assistenziale e del fenomeno del *role captivity* (Schlaffer-Schaden et al. 2021; Chao et al., 2015)

Alcuni degli aspetti psicologici del caregiver per cui è stata trovata una correlazione sono la salute mentale reale e percepita, i sintomi depressivi e ansiosi e le capacità di coping religioso. Per fare un esempio pratico, una persona con un basso livello di istruzione o con un salario basso può sperimentare un carico maggiore rispetto a una persona con credenze religiose o un'alta percezione di benessere.

Per quanto riguarda il sesso, le caregiver di sesso femminile risultano più suscettibili al burden rispetto agli uomini nello stesso ruolo per diversi motivi (Schlaffer-Schaden et al. 2021; Chao et al., 2015). Ciò può essere spiegato sia dal fatto che i caregiver uomini tendano ad utilizzare maggiormente i servizi (78% rispetto al 55%), sia dal numero superiore di ore di assistenza giornaliera che viene fornito dalle donne e dal fatto che quest'ultime vivano i comportamenti problematici (aggressività, deliri, agitazione) come più gravi rispetto agli uomini (Schlaffer-Schaden et al. 2021). Inoltre, la differenza di stress tra i due generi potrebbe essere spiegata anche alla luce del carico cognitivo a cui sono esposte le donne giornalmente. Infatti, alle donne, lavoratrici e non, è affidata tradizionalmente la gestione mentale e pratica di ciò che riguarda il lavoro domestico, configurandosi anche questo come una forma di lavoro "invisibile" (Daminger, 2019). Inoltre, alcuni studi sul lavoro familiare e il multitasking hanno evidenziato che le donne sono più esposte allo stress a causa della gestione e alla pianificazione domestica e alle numerose attività di multitasking che svolgono (Offer & Schneider, 2011). Dunque, il maggiore burden osservato nelle caregiver femminili potrebbe essere spiegato da più fattori.

Un altro fattore che può incidere sul burden è l'età: alcuni studi sono contraddittori, tuttavia, mostrando che un carico maggiore ricada o sui più giovani o sui più anziani (Schlaffer-Schaden et al. 2021; Rinaldi et al. 2005). Infatti, i caregiver più anziani

possono riportare più stress a causa di propri problemi di salute e delle inferiori possibilità di distrarsi con altre attività lavorative e/o sociali (Rinaldi et al., 2005); tuttavia, i giovani possono sperimentare un livello più alto di sovraccarico a causa di un'interferenza tra il ruolo del caregiver e la fase di vita personale, della inferiore capacità di coping e un inferiore supporto sociale (D'Amen et al., 2021; Fingerman et al., 2024). Da ciò che è stato appena esposto è possibile evincere che il fenomeno del burden e, quindi, le dinamiche intrinseche alla relazione di cura, siano complesse.

Concretamente, il burden può manifestarsi in diversi modi. Sicuramente, un dato importante è la depressione: i caregiver di persone con demenza mostrano livelli significativamente più alti rispetto alle persone non caregiver rispetto ai non caregiver e ai caregiver di persone con patologie diverse dalla demenza, così come di sintomi ansiosi e di stress (Pinquart & Sörensen, 2003). Nella metanalisi condotta da Cuijpers (2005), i sintomi depressivi sono stati rilevati in circa un caregiver su 5, con un rischio maggiore per le donne rispetto agli uomini.

Il peggioramento della salute fisica è stato ampiamente documentato: i caregiver riportano maggiori disturbi cronici, come problemi cardiovascolari, ipertensione, insonnia, peggioramento delle patologie preesistenti, problemi immunitari, fino addirittura a studi che mostrano un tasso di mortalità più elevato rispetto ai non caregiver (Schulz & Beach, 1999; Liu et al., 2020; Vitaliano et al., 2003).

Dal punto di vista sociale, il caregiver può ridurre la partecipazione alle attività sociali, sentirsi più solo e quindi avere anche, conseguentemente, un supporto sociale inferiore (Pinquart & Sörensen, 2003; Gao et al., 2024).

Altri aspetti psicologici da non sottovalutare sono i sentimenti di vergogna, di senso di colpa o di autocritica che derivano dal ricoprire questo ruolo. Un caregiver (specialmente se un familiare stretto) può sperimentare infatti senso di colpa a causa della percezione di non fare abbastanza o per delegare la cura, e questo può portare a maggiore burden o a sintomi depressivi (Losada et al., 2010). Ancora, la vergogna può derivare dalla difficoltà di controllare l'assistito, dai comportamenti inappropriati o semplicemente dallo stigma associato alla demenza, portando a uno strain maggiore a causa dell'inferiore richiesta d'aiuto e dall'isolamento sociale conseguente (O'Connor et al., 2007; Werner et al., 2011). Infine, sentimenti di rabbia e frustrazione possono portare all'autocritica e alla diminuzione del senso di autoefficacia (Losada et al., 2015).

Nonostante gli aspetti negativi che questa relazione porta con sé, alcuni studi riportano anche aspetti positivi come un aumento del senso di autoefficacia, aumento del senso di significato e un migliore adattamento alla patologia cronica (Kramer, 1997; Reinhardt, 2001).

Osservando il solo panorama italiano, i caregiver informali raggiungono i 7 milioni, di cui quelli che assistono persone con demenza ne rappresentano la maggioranza (IGEA, 2026; Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, 2024). Per quanto riguarda le caratteristiche demografiche, il 74% è rappresentato da donne, di cui il 31% con età inferiore ai 45 anni, il 38% tra i 46 e i 60 anni, il 18% tra 61 e i 70 e il 13% oltre i 70 (IGEA, 2025).

Il carico di lavoro si aggira intorno alle 20 ore settimanali (IGEA, 2026), a riconferma dell'enorme lavoro svolto da queste persone. Nonostante ciò, non esiste un valido riconoscimento per questo ruolo. Infatti, in Italia i caregiver non hanno un adeguato

sostegno da parte delle istituzioni né un indennizzo economico che possa aiutare a sostenere i costi. Si fa eccezione con la Legge 104, che permette di assentarsi dal lavoro per un massimo di 3 giornate lavorative mensili, che comunque risultano insufficienti per soddisfare le richieste quotidiane.

I caregiver delle persone con demenza sono definiti “i secondi pazienti invisibili”, proprio a causa dell'enorme carico a cui sono esposti e delle conseguenze (Brodaty & Donkin, 2009), ed è per questo che è fondamentale comprendere le dinamiche della relazione di cura per il benessere di caregiver e assistito.

1.1.7 Il caregiving e la relazione diadica

Il caregiving, come illustrato, rappresenta un processo in cui i membri sviluppano una complessa interdipendenza tra loro. Infatti, la cura può essere concettualizzata come un processo diadico in cui un membro influenza l'altro e ne sia allo stesso tempo influenzato (Gayle & Preiss, 2002). Occuparsi di un familiare giornalmente è un carico psicologico e fisico importante, ma, come è stato precedentemente esposto, può rivelare anche aspetti positivi. Questo riflette ancora più chiaramente la complessità di questa relazione.

Finora la maggior parte della ricerca si è focalizzata solo su uno dei membri della diade e il relativo burden. Tuttavia, essendo la relazione tra caregiver e assistito complessa e bidirezionale, il rischio nell'esaminare solo una delle due parti coinvolti sarebbe quello di perdere la dinamicità e la natura diadica della relazione. Ogni membro influenza l'altro e la storia familiare, i pattern di comunicazione e relazionali sono solo alcuni degli elementi che possono mediare questa relazione (Sebern, 2007). Ad oggi è stato proposto un approccio diverso che rifletta la necessità di evidenziare la relazione e non

il singolo membro per supportare il benessere sia del caregiver sia dell'assistito (Martire et al., 2004)

1.2 La ToM come mediatore nel contesto di cura

La Teoria della Mente (ToM) è definita come la capacità di attribuire stati mentali (credenze, desideri, intenzioni, emozioni e pensieri) a sé stessi e agli altri (Premack & Woodruff, 1978; Frith & Frith, 2006). È considerata un costrutto multidimensionale, caratterizzato da una componente cognitiva, con cui è possibile inferire credenze e pensieri altrui, e da una componente affettiva, che riguarda la comprensione delle emozioni e degli stati interni (Shamay-Tsoory & Aharon-Peretz, 2007).

Nell'età adulta, la ToM ha un ruolo fondamentale nella qualità delle relazioni, in quanto favorisce l'empatia, la cooperazione e incrementa la qualità della comunicazione (Brüne & Brüne-Cohrs, 2006). Non solo: studi recenti hanno mostrato che la ToM è associata positivamente al benessere psicologico (Lecce et al., 2019), alla qualità della vita (Henry et al., 2013) e alla soddisfazione relazionale (Miller, 2021). Pur rimanendo relativamente stabile nel corso dell'età adulta, la ricerca ha mostrato che nel tempo questa capacità tende a declinare, in particolare per quanto riguarda la componente cognitiva (Moran, 2013).

Nel contesto della relazione di cura, la ToM potrebbe quindi assumere un ruolo ancora più rilevante. Una buona capacità del caregiver di inferire gli stati mentali della persona con demenza potrebbe ridurre le incomprensioni e migliorare la comunicazione, con effetti positivi sul benessere psicologico di entrambi i membri della diade.

1.2.1 Definizione, origini e modelli

La Teoria della Mente è la capacità di rappresentare i propri stati mentali e altrui, quali pensieri, credenze, desideri, bisogni ed emozioni per spiegare e predire il comportamento altrui (Camaioni, 1998; Premack & Woodruff, 1978; Frith & Frith, 2006). Questa abilità socio-cognitiva è ciò che ci permette di comprendere le complesse dinamiche delle interazioni sociali. Per esempio, tramite la ToM è possibile comprendere i valori di una persona, immaginare il pensiero che si cela dietro a uno sguardo, comprendere l'ironia o sospettare delle bugie. Ciò che rappresenta la Teoria della Mente è dunque la rappresentazione soggettiva della realtà: si definisce infatti "Teoria" proprio perché l'interpretazione degli stati mentali non può che essere solamente inferita sulla base della propria esperienza interna e rappresenta, perciò, solamente un'ipotesi (Dufour, 2017).

Originariamente, questo concetto è stato introdotto da Premack e Woodruff nel 1978, definendo la ToM come la capacità di attribuire uno stato mentale a sé o altri per spiegare e predire il comportamento. Successivamente, è stato approfondito nel campo della psicologia evolutiva dagli psicologi Perner e Wimmer (1983) e dagli autori Baron-Cohen, Leslie e Frith (1985) con l'introduzione del compito della falsa credenza, un test diventato il *gold standard* per la valutazione della ToM.

La ToM risulta un'abilità complessa e conseguentemente molti studiosi si sono interrogati su come questa nasca e si sviluppi. Tra le principali teorie si annovera quella proposta da Gopnik e Wellman (1992), la cosiddetta Teoria della Teoria, secondo cui la comprensione e la predizione del comportamento altrui si fondano su una vera e propria "teoria", un insieme di conoscenze costruite implicitamente su come la mente funzioni. Altri autori, come Jerry Fodor e Simon Baron-Cohen, sostengono invece la prospettiva

modulare, ipotizzando che ciascuno di noi sarebbe dotato di un ToM Mechanism (ToMM), considerato innato ma influenzato dall'interazione con l'ambiente sociale (Leslie, 1994; Baron-Cohen, 1995). In ultimo, è stata proposta la Teoria della Simulazione, che sostiene che per comprendere la mente degli altri si utilizzi la propria esperienza interna e l'immaginazione per "mettersi nei panni dell'altro", simulandone l'esperienza (Goldman, 2006; Harris, 1992).

1.2.2 Sviluppo della ToM

Questa complessa abilità inizia a svilupparsi sin da subito in infanzia e procede per tappe fino all'età adulta. Comprenderne lo sviluppo risulta importante al fine di comprendere i cambiamenti che coinvolgono l'età adulta e quella avanzata, fasce d'età in cui tipicamente rientrano i caregiver. Infatti le capacità di mentalizzazione, come illustrato di seguito, subiscono modifiche significative legate proprio al naturale processo di invecchiamento.

Già durante l'infanzia il bambino inizia a sviluppare le abilità socio-cognitive. Infatti, impara a comprendere emozioni di base negli altri, a distinguere tra i propri pensieri e la realtà, ad essere consapevole che i propri desideri possono differire da quelli degli altri, e infine a comprendere che le persone parlano e agiscono sulla base di quello che pensano e non in base alla realtà oggettiva (Kavanaugh et al., 2006; Meltzoff et al., 1991; Astington et al., 2010).

Lo sviluppo della ToM prosegue anche in età adolescenziale, in cui si acquisiscono l'abilità di comprendere ironia, sarcasmo e umorismo e la teoria della mente di ordine superiore (che si riferisce a pensieri come: "Lei pensa che io pensi") (Weimer et al., 2021). La letteratura afferma che non essendo un'abilità unitaria ed essendo legata alla

maturazione cerebrale le componenti ToM (cognitiva e affettiva e social-percettiva e social-cognitiva) si sviluppino in maniera parzialmente indipendente tra loro (Meinhardt-Injac & Daum, 2020; Weimer et al., 2021; Gabriel, et al., 2021).

Nella prima età adulta, studi recenti hanno evidenziato che si consolida il pensiero ricorsivo di terzo ordine, sempre meno dipendente dalle altre funzioni cognitive superiori, ma sempre più legato ad aspetti sociali ed esperienziali (Valle et al., 2015; Morgan et al., 2013; Dumontheil et al., 2010).

Successivamente la ToM permane relativamente stabile durante l'età adulta (Hanna et al., 2025). Tuttavia la letteratura mostra un deficit generalizzato di mentalizzazione in età avanzata, conseguentemente gli anziani mostrano una maggiore difficoltà nel comprendere stati mentali ed emozioni complesse (Henry et al., 2013). Nello specifico, la letteratura non risulta concorde su quali componenti declinino maggiormente (Duval et al., 2011; Fischer et al., 2017). Alcuni studi sostengono che la componenti affettiva declini già a partire dai 60 anni, specialmente nel riconoscimento delle emozioni di rabbia e tristezza (Raimo et al., 2022; Phillips et al., 2002), mentre la ToM cognitiva declinerebbe dopo i 70 anni (Raimo et al. 2022; Henry et al, 2013; Sullivan & Ruffman, 2004).

Questi deficit comunque non sarebbero spiegabili da disturbi di percezione o da deficit linguistici o esecutivi (Raimo et al., 2022; Henry et al, 2013; Sullivan & Ruffman, 2004), ma dipenderebbero dal declino di diversi processi cognitivi come inibizione, memoria di lavoro e intelligenza fluida (Otsuka et al., 2021; Bottiroli et al., 2016; Di Tella et al., 2020; Krendl, 2025).

1.2.3 Componenti ToM: affettiva e cognitiva

Diversi studi mostrano che l'abilità socio-cognitiva della Teoria della Mente sia un costrutto multidimensionale e che le sue componenti possano influenzare in maniera diversa e specifica la comprensione e l'interazione con gli altri. Una delle distinzioni che può risultare utile al fine di comprendere in maniera approfondita come la ToM influenzi la relazione di cura riguarda le componenti affettiva e cognitiva.

Nello specifico, lo studio di Abu-Akel & Shamay-Tsoory (2011) ha evidenziato che l'inferenza sociale viene elaborata da diverse e specifiche reti neurali. Secondo il loro modello neurobiologico inizialmente gli input socio-cognitivi vengono elaborati a livello della stessa struttura cerebrale per poi differenziarsi. Infatti, gli stimoli cognitivi, quali credenze, intenzioni, pensieri, vengono elaborati a livello di regioni come il polo temporale dorsale, la corteccia cingolata anteriore dorsale, la corteccia prefrontale mediale dorsale e la corteccia prefrontale laterale. Diversamente invece gli stati mentali affettivi, come emozioni e sentimenti riguardano aree molto diverse come l'amigdala, lo striato ventrale, il polo temporale ventrale, la corteccia cingolata anteriore ventrale, la corteccia orbitofrontale, la corteccia prefrontale ventromediale. Nelle situazioni in cui l'elaborazione cognitiva e affettiva necessitano di integrazione, si attiva infine la corteccia cingolata anteriore (ACC). Questa evidenza neurobiologica mostra come non tutti gli stimoli sociocognitivi abbiano la stessa natura, arrivando perciò a ipotizzare la distinzione funzionale tra Teoria della Mente di tipo cognitivo e di tipo affettivo.

Nel medesimo studio si differenziano le due tipologie di inferenze richieste nei compiti cognitivi e affettivi. In particolare, i compiti di tipo cognitivo mostravano affermazioni prive di stati affettivi (es. "Yoni sta pensando a..."), mentre nelle condizioni affettive gli indizi riguardavano proprio le emozioni ("Yoni ama..."). Dunque, da qui, la prima

classificazione secondo cui la ToM cognitiva riguarda pensieri, credenze e intenzioni, mentre la ToM affettiva riguarda stati mentali quali emozioni e sentimenti. Nelle situazioni quotidiane, questa distinzione avviene naturalmente: una persona che ne vede un'altra piangere può pensare che questa sia triste (ToM affettiva) e credere che ciò dipenda da un litigio o una brutta situazione che sta vivendo per esempio (ToM cognitiva?).

In ultimo, gli autori dello studio ricollegano questi risultati ai due modelli teorici della *Theory Theory* e della *Simulation Theory*. Rispettivamente, la ToM cognitiva permetterebbe la comprensione altrui tramite un'inferenza di tipo teorico sugli stati mentali, mentre la ToM di tipo affettivo funzionerebbe tramite una simulazione interna dello stato mentale altrui.

A riprova della distinzione "cognitiva e affettiva", la letteratura mostra come in alcune condizioni neurologiche o psicologiche una delle due risulti deficitaria, mentre l'altra rimanga inalterata. Nello specifico, nello studio di Shamay-Tsoory e colleghi (2007) si evidenzia che la difficoltà socio-cognitiva delle persone affette da schizofrenia ricade interamente sulla ToM affettiva, piuttosto che su un deficit generalizzato di mentalizzazione. In uno studio in cui sono state testate entrambe le componenti su una popolazione di persona con demenza frontotemporale, si è notato che la compromissione affettiva risulta più precoce rispetto alla cognitiva (Torralva et al., 2015).

Ciascuna componente viene valutata da specifici test. In particolare, le inferenze cognitive vengono valutate tramite i compiti di falsa credenza, mentre la Tom affettiva può essere testata con i test di *faux pas* o gli *irony task* (Kalbe et al., 2006).

Considerata questa distinzione, il presente studio approfondirà le componenti affettiva e cognitiva con il fine di comprenderne lo specifico contributo alla relazione di cura.

1.3 ToM e relazioni

Al fine di indagare le abilità socio-cognitive nei contesti di caregiving, è importante comprendere come la ToM influenzi le relazioni interpersonali. La letteratura nel tempo si è concentrata su diverse tipologie di condizioni e relazioni, ma ancora esistono pochi studi che esaminano direttamente il ruolo della ToM e delle sue componenti nella relazione di cura dal punto di vista del caregiving.

I primi studi sulla teoria della mente, intesa come capacità di comprensione e attribuzione degli stati mentali propri e altrui (Premack & Woodruff, 1978), hanno utilizzato per la sua misurazione il test di falsa credenza, diventato perciò il gold standard per la valutazione della teoria della mente (Wimmer & Perner, 1983). Sebbene la capacità di comprendere le prospettive diverse delle persone sia legata a importanti aspetti interpersonali quali la comunicazione o la sensibilità alle critiche già nei bambini, questo unico indice non riesce a spiegare il completo funzionamento sociale (Hughes & Dunn, 1997; Youngblade & Dunn, 1995; Slomkowski & Dunn, 1996; Cutting & Dunn, 2002). Infatti, come ipotizzato da Hughes (2005), l'incapacità di superare il test di falsa credenza di un bambino di 4 anni, non ne pregiudica il funzionamento sociale generale. È perciò che si è teorizzato che la ToM possa essere considerata come un sistema di conoscenze esplicite che regolano mente e funzionamento sociale, ma anche come un'abilità socio-percettiva che guida implicitamente le interazioni quotidiane (Helen Tager-Flusberg, 2001).

Il suo forte impatto sulle interazioni e il funzionamento sociale non può che influenzare le relazioni, che ne sono espressione. Analizzando alcuni studi longitudinali effettuati su adolescenti e bambini, si nota che la ToM influenzi infatti la qualità delle relazioni tra pari. In particolare, i lavori di Banerjee e colleghi, sintetizzati nella revisione della letteratura di Ronchi e altri autori (2020), mostrano come difficoltà nelle relazioni tra pari, quali il rifiuto sociale, siano associate a una peggiore capacità di mentalizzazione più avanti nel tempo. Allo stesso tempo, livelli più bassi di ToM predicono nel tempo una maggiore probabilità di essere rifiutati e una minore accettazione da parte dei coetanei, in particolare a partire dalla tarda infanzia (circa 9 anni). Nonostante ciò, alcuni studi mostrano come elevati punteggi di ToM talvolta portino a mettere in atto strategie manipolative o di aggressività relazionale (Paal & Bereczkei, 2007; Miller et al., 2018)

Molti studi hanno analizzato la ToM dal punto di vista delle relazioni romantiche, per comprenderne l'impatto. Questi risultati possono essere rilevanti in quanto spesso le relazioni di cura avvengono proprio nel contesto coniugale. La letteratura mostra che effettivamente la capacità di inferenza mentale può influenzare per esempio i pattern comunicativi. Secondo Bakirizen (2019) punteggi più bassi in ToM possono aumentare le probabilità di comunicazioni più disfunzionali, e quindi influenzare la qualità della relazione. Nello studio di Ramezani e colleghi (2020) invece si è mostrato come nelle coppie sposate un training di mentalizzazione migliori la capacità empatica e di perspective-taking, a conferma del fatto che la ToM sia direttamente connessa alla capacità empatica nelle relazioni romantiche. Inoltre, in uno studio di neuroimaging, è stato evidenziato come l'attività neurale collegata alla ToM sia in grado di predire il benessere del partner (Dodell-Feder et al., 2016). Risultati simili si sono ottenuti

soffermandosi su relazioni di semplice amicizia, secondo cui una più elevata ToM predice una migliore qualità dell'amicizia (Lecce et al., 2017). Tuttavia, un ulteriore studio ha mostrato che nello specifico l'indice predittivo migliore per la qualità amicale è l'utilizzo spontaneo della ToM (uso pratico nel contesto specifico di amicizia, come ad esempio parlare del proprio amico) e non le sole conoscenze teoriche che si possono usare in un test di laboratorio (Lecce et al., 2018).

L'impatto dell'abilità ToM nelle relazioni è confermato dalla review di Selcuk e colleghi (2022) in cui si è evidenziato che la capacità di ToM influenza la qualità della relazione e dipenda in parte anche dal contesto socio-culturale. Nello specifico, il gruppo sociale di appartenenza è in grado di influenzare l'applicazione stessa della ToM nelle interazioni sociali.

Studi su condizioni cliniche patologiche mostrano ulteriore conferma di quanto appena illustrato. Le difficoltà relazionali dei pazienti con Disturbo Borderline di Personalità (BPD) risultano associate a specifici deficit in ToM. In particolare, sintomi tipici come disregolazione emotiva, difficoltà empatiche e interpretazioni di stati mentali distorte e confuse riescono a essere spiegati dalla compromissione neurologica e cognitiva nelle aree legate al processing della ToM (O'Neill et al., 2015; Bouchard et al., 2010). Inoltre, studi su pazienti con schizofrenia (valutati tramite il RMET) hanno mostrato che la capacità di decodificare gli stati mentali altrui è associata al livello di funzionamento sociale (Bora et al., 2006). Ancora, deficit nella prestazione al test sono stati osservati in soggetti con depressione maggiore e in alcune forme di demenza frontotemporale, facendo così ipotizzare che la compromissione dei processi di mentalizzazione possa contribuire alle difficoltà relazionali tipiche di queste condizioni cliniche (Gregory et al., 2002).

La letteratura si è anche concentrata sullo studio delle componenti ToM e della loro influenza sulla qualità relazionale. Considerando la componente affettiva, si è vista essere legata a una maggiore reattività emotiva rispetto alla componente di tipo cognitivo, in quanto richiede il coinvolgimento di processi empatici e di simulazione emotiva (Kalbe et al., 2007). A sua volta, una maggiore attivazione emotiva riuscirebbe a predire la qualità della relazione romantica (Selcuk et al., 2024). Tuttavia, un disequilibrio eccessivo tra l'utilizzo della ToM affettiva rispetto a quella cognitiva, cioè un'ipermentalizzazione di stati mentali emotivi non compensato da processi mentali più cognitivi e "freddi" può spiegare perché i pazienti con BPD risultino compromessi a livello relazionale (Zabihzadeh et al., 2017). In generale è possibile inferire che la ToM affettiva risulti importante per le relazioni sociali ma un suo eccesso potrebbe essere problematico e si potrebbe ipotizzare che possa contribuire, almeno in parte, a predire la qualità relazionale anche nel contesto di cura.

Nel complesso, quanto appena descritto suggerisce la evidente importanza delle abilità socio-cognitive per la qualità delle relazioni interpersonali. Da ciò ne consegue che, considerato il ruolo della ToM nelle relazioni di diversa natura e in quelle condizioni in cui vi sono difficoltà relazionali, è possibile dedurre l'importanza che può avere la ToM nelle relazioni di cura.

1.3.1 ToM nel contesto di cura

La ToM è un costrutto verso cui si è visto crescere l'interesse nella ricerca psicologica degli ultimi anni (Wellman, 2014). Per quanto riguarda il caregiving, il ruolo della ToM è stato per lo più indagato nel contesto della relazione tra genitore e figlio. I dati finora raccolti hanno indagato principalmente il ruolo che la ToM genitoriale ha sullo sviluppo

della ToM del bambino. Tra gli aspetti chiave principalmente indagati troviamo la mind-mindedness, che Meins e colleghi definiscono (2001) come la capacità di un genitore di riconoscere il proprio bambino come dotato di stati mentali e di rispondere in modo adeguato e coerente, e il mental state talk, ossia la frequenza con cui il caregiver utilizza un linguaggio riferito a pensieri, emozioni e desideri durante l'interazione (Ruffman et al., 2002). Nel contesto di indagine della ToM genitoriale come predittore della qualità relazionale evince dalla letteratura anche il costrutto di funzione riflessiva, definita come la capacità di comprendere e interpretare il comportamento del bambino alla luce dei suoi stati mentali interni (Fonagy et al., 2002).

Dagli studi si evince come a livelli più elevati di ToM genitoriale siano associati una migliore qualità della relazione genitore-figlio (Fonagy et al., 2016). In particolare, una maggiore funzione riflessiva è associata a relazioni caratterizzate da maggiore coinvolgimento, supporto emotivo, qualità della comunicazione e minore conflittualità (Rostad & Whitaker, 2016; Carlone et al., 2023). A sostegno dei dati che evidenziano una relazione positiva tra ToM e qualità relazionale nella diade genitore figlio, nello studio di Luyten e colleghi (2017) si evidenzia inoltre che deficit di mentalizzazione possono causare incomprensione e disfunzionalità all'interno della relazione. Per quanto riguarda invece la mind-mindedness, livelli più elevati sono stati associati a una minore frequenza dei conflitti e una maggiore vicinanza emotiva tra genitore e figlio, con una conseguente diminuzione dello stress genitoriale. (Larkin et al., 2025; McMahon & Bernier, 2017; Meynen et al., 2022). Inoltre, la capacità di mentalizzazione del genitore aumenta le probabilità del bambino di sviluppare un attaccamento sicuro (Camoirano, 2017).

Come anticipato, fino ad oggi la ricerca si è concentrata per lo più sulla relazione genitore-figlio e di rado ha indagato le stesse domande nel contesto della relazione tra il caregiver e il suo assistito. I pochi studi esistenti si concentrano sulla capacità di mentalizzazione della persona che riceve le cure e su come questa influisca sul benessere del caregiver (Brioschi Guevara et al., 2015; Bivona et al., 2015), ma non esistono studi ad oggi che approfondiscano questa abilità *nel* caregiver. Inoltre, nella ricerca psicologica vi sono ancora molto pochi studi che indagano il ruolo delle specifiche componenti affettive e cognitive della ToM nelle dinamiche relazionali e, laddove presenti, gli ambiti indagati hanno riguardato aspetti diversi da quello del caregiving in età avanzata.

Alla luce delle evidenze appena citate, alcuni dei risultati e delle conclusioni ottenute dalla ricerca sulle relazioni tra genitore e figlio è possibile che possano essere applicate alla relazione di caregiving. Infatti, le due tipologie di relazione hanno diversi aspetti in comune. Il genitore, per esempio, deve comprendere i bisogni, le emozioni e in generale gli stati mentali del proprio bambino e rispondergli in maniera conseguentemente adeguata. Allo stesso modo il caregiver risponde ai bisogni del proprio assistito al fine di garantirne il suo benessere. Nonostante le somiglianze, vi sono anche alcuni aspetti che differenziano le due tipologie di relazione e che, allo stesso tempo, le rendono uniche. Per esempio, la natura della relazione tra caregiver e assistito è peculiare: il rapporto di cura avviene a causa di un graduale deterioramento delle capacità di autosufficienza. Non solo, la relazione di cura spesso si inserisce all'interno di un legame persistente e di natura diversa (coniugale, familiare o di amicizia).

Proprio per queste caratteristiche uniche della relazione tra assistito e caregiver, risulta importante indagare il modo in cui le abilità di mentalizzazione del caregiver possano influenzare la qualità relazionale nella diade.

1.4 Obiettivi e ipotesi

Alla luce di quanto evidenziano gli studi sulla Teoria della Mente e sul caregiving, il presente elaborato ha l'obiettivo di indagare se e come la Teoria della Mente del caregiver possa influenzare la qualità della relazione con l'assistito.

Sulla base della letteratura revisionata, le ipotesi del presente lavoro sono le seguenti. Poichè la ToM è positivamente correlata con la qualità delle relazioni amicali e le relazioni romantiche, si ipotizza che una maggiore comprensione degli stati mentali possa garantire una migliore qualità della relazione di cura. Inoltre, verrà esplorato il contributo delle diverse componenti e degli errori di mentalizzazione.

2. METODI

2.1 Partecipanti

La ricerca ha coinvolto un campione eterogeneo di diadi caregiver-assistito, suddivise in due gruppi sperimentali differenti. Nella prima condizione, le coppie reclutate erano costituite da una relazione di assistenza informale, in cui l'assistito non presentava alcuna condizione patologica che richiedesse un'assistenza continuativa. Invece, il secondo gruppo sperimentale è stato costituito da diadi il cui assistito avesse ricevuto precedentemente una diagnosi di demenza a uno stadio iniziale.

Nello specifico, i partecipanti totali sono stati 96, suddivisi per condizione e ruolo assegnato. La prima condizione sperimentale, la condizione degli "assistiti sani" è stata costituita da 32 diadi caregiver-assistiti sani ($N=64$), il cui criterio di inclusione era rappresentato dalla percezione del caregiver di ricoprire tale ruolo. Il secondo gruppo sperimentale, denominato Gruppo Clinico (degli assistiti con demenza), invece, è stato costituito da 16 coppie, reclutati presso la struttura del IRCCS Mondino di Pavia.

Il reclutamento del campione del gruppo sperimentale delle diadi dei sani ha seguito specifici criteri. Nelle diadi il ruolo di caregiver è stato assegnato a persone di età non inferiore ai 45 anni e ove possibile alle donne, in quanto la cura assistenziale viene tipicamente fornita da un familiare, in età adulta o prima età avanzata, e di sesso femminile.

La provenienza delle diadi valutate è risultata eterogenea: le coppie sono state testate in diverse regioni del Nord, del Centro e delle Isole in Italia.

Nella Tabelle 2.1 e 2.2 sono descritte le caratteristiche socio-demografiche specifiche del campione, in particolare la distribuzione dei campioni finali, con le rispettive età medie, percentuali di genere e altre statistiche descrittive. Nello specifico analizzando il campione dei caregiver è possibile notare che il gruppo dei Caregiver Sani ha un'età media inferiore rispetto al Gruppo Clinico (M Sani=60,3; M Gruppo Clinico 69,3). Invece, la variabilità relativa all'età risulta simile tra i due gruppi (DS= 7,85 e DS=7,5 rispettivamente). Nel gruppo dei caregiver sani il range dell'età variava tra i 47 e gli 84 anni, mentre nel Gruppo Clinico il range era compreso tra i 53 e i 78 anni.

Per quanto riguarda il genere, la percentuale femminile risulta maggiore in entrambi i gruppi, sebbene in modo più marcato nel Gruppo Clinico (93,7%) rispetto ai Sani (78,1%). La distribuzione del livello di istruzione, invece, risulta molto simile tra i due gruppi: le persone diplomate risultano la maggior parte dei partecipanti in entrambi i gruppi (Sani: 59,4%; Gruppo Clinico: 50%) e la percentuale di persone laureate risulta la stessa (18,7%). Le persone con licenza media risultano in numero lievemente maggiore nel Gruppo Clinico rispetto a quello dei Sani. Per quanto riguarda l'occupazione, nel gruppo Sani vi è una più alta frequenza di occupazione (68,75% rispetto al 37,5%) che compensa la percentuale di non occupati/pensionati, dunque più alta nel Gruppo Clinico (62,5% rispetto al 31,25%). Osservando i dati circa le ore dedicate alla cura, i caregiver sani riferiscono di dedicare al proprio assistito un numero maggiore di ore di cura. Infatti, il 31,12% dei caregiver sani stimano che il numero di ore dedicate all'assistito superi le 40 (nel gruppo Clinico questa percentuale scende al 12,5%). In aggiunta a ciò, nel Gruppo Clinico, la maggioranza dei caregiver riferisce di dedicare alla cura un numero di ore inferiore alle 5 (Gruppo clinico 43,8%; Sani: 15,75%). In ultimo, si nota che a differenza del campione Sani in cui le relazioni che

intercorrono nella diade sono diverse (Relazioni genitoriali: 46,88%); Relazioni coniugali: 28,12%; Relazioni familiari: 18,75%; Relazioni di amicizia: 6,25%), nel gruppo Clinico la quasi totalità delle diadi era composta da coniugi (93,75%).

Tab. 2.1 Caratteristiche socio-demografiche del campione: i caregiver

Variabile	Specificità	Caregiver Sani	Caregiver Gruppo Clinico
Età	<i>Media</i>	60,3	69,3
	<i>Min</i>	47	53
	<i>Max</i>	84	78
	<i>Deviazione Standard</i>	7,85	7,5
Genere	<i>Femmine</i>	78,1%	93,7%
	<i>Maschi</i>	21,9%	6,3%
Educazione	<i>Laurea</i>	18,7%	18,7%
	<i>Diploma</i>	59,4%	50%
	<i>Licenza media</i>	21,9%	31,3%
Occupazione	<i>Occupato</i>	68,75%	37,5%
	<i>Disoccupato/Pensionato</i>	31,25%	62,5%
Ore di cura	<i>Fino a 5</i>	15,75%	43,8%
	<i>Fino a 10</i>	21,88%	18,7%
	<i>Fino a 20</i>	18,75%	12,5%
	<i>Fino a 40</i>	12,5%	12,5%
	<i>Oltre 40</i>	31,12%	12,5%

Tab. 2.1 Caratteristiche socio-demografiche del campione: i caregiver

Variabile	Specificità	Caregiver Sani	Caregiver Gruppo Clinico
Relazione	<i>Amicizia</i>	6,25%	0,0%
	<i>Coniugale</i>	28,12%	93,75%
	<i>Genitoriale</i>	46,88%	6,25%
	<i>Familiare</i>	18,75%	0,0%

Analizzando il campione degli assistiti (Tabella 2.2), invece, l'età media risulta molto simile nei due gruppi (Sani: 76,94; Gruppo Clinico: 74,10), con range d'età simili tra loro: gli assistiti sani variavano da 56 a 92 anni e da 58 a 81 anni nel Gruppo Clinico. Per quanto riguarda la deviazione standard, il gruppo degli assistiti sani presenta una maggiore variabilità (DS = 10,00) rispetto al gruppo clinico (DS = 6,09). Nel gruppo degli assistiti sani le donne rappresentavano la percentuale maggiore (62,5%), mentre nel gruppo clinico la maggioranza era costituita da uomini (87,5%). Nel Gruppo Clinico è stato raccolto un dato specifico relativo alla diagnosi. In particolare, il 50% degli assistiti di questo campione presentava una diagnosi di Disturbo Cognitivo Lieve (*Mild Cognitive Impairment*, MCI), mentre il restante 50% rientrava in altre condizioni cliniche (demenze in fasi iniziali). Infine, il punteggio medio al Mini-Mental State Examination (MMSE) nel Gruppo Clinico era pari a 23,32, valore compatibile con una compromissione cognitiva lieve.

Variabile	Specificità	Assistiti Sani	Assistiti Gruppo Clinico
Età	<i>Media</i>	76,94	74,10
	<i>Min</i>	56	58
	<i>Max</i>	92	81
	<i>Deviazione Standard</i>	10,00	6,09
Genere	<i>Femmine</i>	62,5%	12,5%
	<i>Maschi</i>	37,5%	87,5%
Diagnosi	<i>Disturbo Cognitivo Lieve</i>	-	50%
	<i>Altro</i>	-	50%
MMSE	<i>Media</i>		23,32

* Demenze di vario tipo

2.2 Procedura

Ai partecipanti è stato mostrato, letto e fatto firmare il consenso informato che riguardava il trattamento dei dati e gli obiettivi dello studio. Ai partecipanti sono stati somministrati diversi test sulla base del ruolo e del gruppo di appartenenza. Nella Tabella 2.3 sono stati illustrati quelli proposti ai fini di questo elaborato.

Tab. 2.3. Test somministrati

Strumento	Riferimento	Caregiver sani	Caregiver Gruppo Clinico	Assistiti Sani	Assistiti Gruppo Clinico
Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC)	Dziobek et al., 2006	X	X		

Tab. 2.3. Test somministrati

Reading the Mind in the Eyes Test (RMET)	Baron-Cohen et al., 2001	X	X		
Animated Triangles Test	Abell et al., 2000	X	X		
Dyadic Relationship Scale (DRS)	Sebern, 2007	X	X	X	X
Quality of the Carer-Patient Relationship (QCPR)	Spruytte et al., 2000	X	X	X	X
Caregiver Interaction Scale (CIS)	Arnett, 1989	X	X		

Le informazioni socio-demografiche e alcune delle prove da somministrare sono state proposte in versione computerizzata tramite la piattaforma Qualtrics (Qualtrics, 2024). Quest'ultima veniva inviata al partecipante e poi compilato successivamente alla prima sessione in presenza.

Ogni test in presenza, sia quelli sottoposti al caregiver, sia quelli sottoposti all'assistito, è stato proposto in versione computerizzata, tramite Google Form. Ai partecipanti venivano spiegati i test e veniva data loro la possibilità di scegliere se svolgerli in maniera assistita o in autonomia.

Caregiver e assistito svolgevano i rispettivi test separatamente. Al fine di valutare non solo la qualità della relazione ma anche le modalità di interazione tra i due è stato proposto un momento di gioco, di circa 10 minuti (5 di gioco cooperativo e 5 di gioco competitivo), tra i due. Ai due partecipanti è stata proposta l'app "A Better Visit" (Muñoz et al., 2022) tramite tablet. All'interno di questa si trovano 10 semplici giochi (Tris, Colora l'Immagine, Pesca, ecc...) programmati in maniera semplice, così da

garantire l'accessibilità a un maggior numero possibile di persone. L'app è stata sviluppata con l'obiettivo di rendere più dinamiche le interazioni tra la persona con demenza e chiunque interagisca con essa, ed è per questo che è stata scelta per valutare l'interazione diadica in questa ricerca. Insieme al team degli sviluppatori è stata quindi creata una versione italiana ad hoc per il presente studio. Ogni interazione tra le coppie è stata videoregistrata. Un osservatore esterno poteva poi prendere visione della videoregistrazione così da compilare la scala osservazionale relativa all'interazione.

2.3 Strumenti

Nel nostro studio al fine di valutare la capacità di Teoria della Mente (cognitiva e affettiva) del caregiver sono stati somministrati i seguenti strumenti.

- **Abilità sociocognitive del caregiver**

Reading the Mind in the Eyes (RMET)

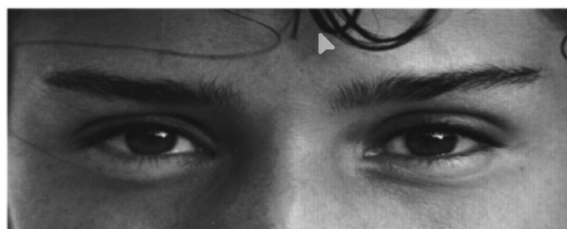
Il Reading the Mind in the Eyes Test (RMET) è stato ideato da Simon Baron-Cohen e dal suo team di colleghi e pubblicato per la prima volta nel 1997. L'obiettivo di questo test è la valutazione della capacità di inferire stati mentali a partire da indizi facciali. In particolare, ai partecipanti vengono mostrate 36 immagini in bianco e nero che mostrano solamente la regione oculare di volti. Il compito consiste nell'attribuzione di uno stato mentale, tra le quattro possibilità date. È uno dei test più utilizzati per la valutazione della cognizione sociale e, nello specifico, della cognizione sociale affettiva (Raimo et al., 2013; Vellante et al., 2013). A riprova di questo, la letteratura sostiene che il RMET sia una misura ad hoc per la componente affettiva della ToM. La validità del test, infatti, è stata dimostrata dai suoi autori confrontando la prestazione al RMET con

compiti tom e altri di controllo. Infatti Baron-Cohen e colleghi (1997) nel loro studio, hanno confrontato adulti neurotipici e adulti con disturbo dello spettro autistico nei compiti RMET, Strange Stories, e compiti di controllo di riconoscimento di genere e di emozioni di base. Nei risultati è stato evidenziato che le persone con disturbo dello spettro autistico, risultavano più compromessi sia nel RMET sia nello Strange Stories, ma non nei compiti di controllo, suggerendo così che il test misuri specificamente la capacità di attribuire stati mentali e non semplici abilità percettive o di riconoscimento emotivo. In ambito clinico, il RMET viene impiegato per studiare le difficoltà di cognizione sociale in diverse condizioni psicopatologiche, tra cui il già citato disturbo dello spettro autistico, la schizofrenia, la depressione e le demenze. In alcuni studi, il punteggio al RMET è risultato correlato al funzionamento sociale e interpersonale (Ventola et al., 2015).

Nel nostro studio, è stata somministrata la versione italiana validata da Serafin e Surian (2004). Per ogni item, la risposta corretta è una sola, per cui lo scoring può essere 0 o 1.

giocosso

confortante



irritato

annoiato

Fig. 2.1 Esempio di item del RMET

Non essendoci uno scoring che definisca in maniera unica il punteggio soglia, la valutazione è affidata maggiormente al confronto tra i vari gruppi. Ad esempio, nello studio di Baron-Cohen e colleghi (2013), gli adulti normotipici e i soggetti affetti da disturbo dello spettro autistico hanno mostrato performance significativamente differenti.

Poichè alcuni autori hanno evidenziato i limiti del test, quale l'alta correlazione con le capacità verbali (vocabolario) e una bassa coerenza interna (Olderbalk et al. 2015), i risultati ottenuti nel nostro campione sono stati interpretati in combinazione con gli esiti di MASC e Test dei triangoli per distinguere aspetti di ToM affettiva e cognitiva.

Test dei triangoli

Il test dei triangoli è stato inizialmente proposto da Abell, Happè e Frith nel 2000. Gli autori intendevano creare un test in cui gli stimoli proposti avrebbero evocato l'inferenza di uno stato mentale partendo dai movimenti mostrati. Per la creazione si ispirarono al famoso esperimento di Heider e Simmel (1944) in cui animazioni silenziose di semplici figure geometriche facevano spontaneamente attribuire azioni intenzionali a queste. Infatti, ai soggetti vengono mostrati clip silenziose in cui alcuni triangoli di differenti colori e misure si muovono nello spazio tramite tre movimenti specifici: causali, finalizzati a un obiettivo e, in ultimo, sequenze in cui i personaggi reagiscono agli stati mentali dell'altro (Fig. 2.2). Al partecipante viene poi chiesto di descrivere cosa pensa che sia successo nella breve animazione visualizzata (una volta sola). In letteratura questo test è molto usato per la valutazione della Teoria della Mente in persone con Disturbo dello Spettro Autistico, in quanto rispetto al test del False Belief Task, questo non presenta supporti linguistici, non richiede l'intervento delle

funzioni esecutive ed è più ecologico rispetto alle situazioni della vita reale (Abell et al., 2000). Infatti, il test dei triangoli animati attiva la capacità di mentalizzazione, come confermato anche da alcuni dati di neuroimaging. (Castelli et al., 2002). Lo scoring prevede una valutazione secondo due dimensioni: appropriatezza e intenzionalità. Nello specifico, l'appropriatezza è valutata confrontando la descrizione con la reale intenzione comunicativa del video. Invece, il punteggio relativo alla intenzionalità si valuta con un punteggio da 0 a 5, dove i punteggi esprimono valutazioni differenti:

- 0: l'azione viene valutata come non intenzionale
- 1: l'azione è valutata come intenzionale, ma senza riferimento alcuno all'altro
- 2: azione intenzionale con il coinvolgimento dell'altro
- 3: l'azione è riconosciuta come intenzionale ed in risposta al comportamento dell'altro
- 4: l'azione è valutata come dipendente da stati mentali altrui
- 5: l'azione intenzionale è valutata come un'azione che ha l'obiettivo di influenzare lo stato mentale dell'altro.

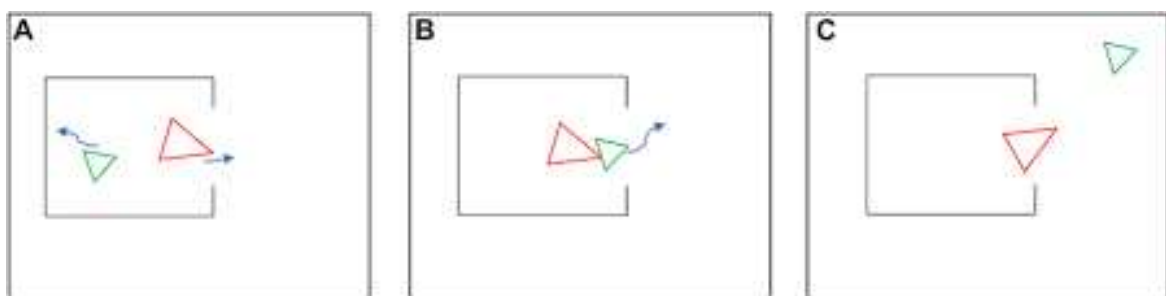


Fig. 2.2 Esempio di clip nell'Animated Triangles Test

Generalmente, le risposte più mentalizzate nelle clip ToM indicano una migliore capacità di mentalizzazione (Abell et al., 2000).

Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC)

Il Movie for the assessment of social cognition (MASC) è un test proposto per la prima volta da Dziobek e colleghi (2006). Lo sviluppo di questo test nasce dalla necessità di trovare uno strumento che superasse i limiti principali della testistica già in uso. In particolare secondo gli autori, non esisteva ancora un test che fosse più ecologico o non influenzato da QI o linguaggio (Dziobek et al., 2006). Il MASC è un test che richiede ai soggetti di guardare un filmato di 15 minuti che mostra quattro ragazzi che si riuniscono per una cena insieme. Il video è interrotto 46 volte per rispondere a domande che riguardano le emozioni, le intenzioni e i pensieri dei personaggi mostrati. L'ecologia del MASC deriva dal fatto che valuta le abilità socio-cognitive attraverso l'indagine di interazioni sociali nel modo in cui queste accadono realmente nei contesti quotidiani. La struttura del test rende questa ecologia complessa: i personaggi hanno tratti stabili e motivazioni diverse che li portano a quella cena. Le scene mostrano interazioni complesse tra due, tre o quattro personaggi che si districano tra amicizie, dinamiche romantiche e conflitti e ciascuna di queste suscita stati mentali quali emozioni, intenzioni e credenze (Fig. 2.3). Il test è inoltre in grado di integrare all'interno del cortometraggio alcuni concetti classici della socio-cognizione quali la falsa credenza, l'inganno, la persuasione, il sarcasmo e la metafora (Dziobek et al., 2006). La possibilità di valutare la capacità di mentalizzazione in contesti dinamici, complessi e realistici che integrino diversi segnali verbali, non verbali e contestuali, rendono questo strumento il test più ecologico ad oggi (Benito-Ruiz et al., 2022). Il MASC grazie alla misurazione

sia di pensieri, che di emozioni e intenzioni è in grado di valutare entrambe le componenti, affettiva e cognitiva della ToM.

Il test è composto da 54 item in cui viene posta una domanda riguardante la breve clip di video. Il partecipante deve scegliere una delle 4 risposte proposte: una corretta, una ipermentalizzante (che attribuisce stati mentali con poche o nessuna evidenza), una ipomentalizzante (che corrisponde solo parzialmente allo stato mentale corretto) e una non mentalizzante, quindi non legata a stati mentali alcuni. Dei 54 item proposti alcuni sono usati per controllare le componenti mnemoniche, attentive e di comprensione generale (McLaren et al., 2022). Per quanto riguarda lo scoring, le risposte vengono codificate in maniera dicotomica (0-1 per risposte rispettivamente sbagliate e corrette), in questa maniera è possibile ottenere un punteggio totale di ToM e delle sue sottocomponenti. Oltre che per la distinzione cognitiva e affettiva, lo scoring può essere ulteriormente infatti suddiviso nelle tre categorie d'errore che mostrano la modalità di mentalizzazione prevalente: ipermentalizzazione, con attribuzioni eccessivamente complesse, ipomentalizzazione, ove le mentalizzazioni risultano eccessivamente ridotte,



Fig. 2.3 Esempio di scena mostrata nel MASC

e, infine, assenza di mentalizzazione (Bottiroli et al., 2024; Dziobek et al., 2006; McLaren et al., 2022).

Nel nostro studio è stata proposta la versione validata da Fossati e colleghi (2017), tradotta quindi in italiano, e proposta in modalità non cartacea tramite un form creato ad hoc. Per la valutazione dei punteggi, verranno integrati con quelli di RMET e Test dei Triangoli.

- Scale per la qualità della relazione e dell'interazione

Scala della qualità della relazione di cura (QCPR)

Nel contesto del caregiving, all'assistito può essere somministrata la Quality of the Carer-Patient Relationship Scale (QCPR), una scala per la valutazione della qualità della relazione assistenziale. Originariamente proposta da Spruytte, Van Audenhove e Lammertyn (2000), la scala ha lo scopo di valutare la cura fornita a persone affette da demenza e pazienti con schizofrenia. La versione originale presenta 23 item che misuravano tre dimensioni: conflitto e critica, distanza relazionale e calore e affetto. Una successiva revisione ha sviluppato una versione di 14 item (Spruytte et al., 2000). Ogni item è costituito da una frase a cui il partecipante deve esprimere accordo o disaccordo, in una scala Likert da 1 a 5. Gli item relativi a conflitto e critica sono valutati in maniera inversa, in modo che nello scoring finale punteggi più elevati indichino una migliore qualità della relazione. Esempi di item proposti sono: "C'è una grande distanza tra me e mia moglie/mio marito" oppure "Mi sento bene quando sono con mia moglie/mio marito".

Scale della Relazione Diadica (Dyadic RS)

La Dyadic Relationship Scale è un questionario proposto da Poulshock e Deimling, (1984) il cui scopo è quello di valutare la qualità della relazione tra caregiver e assistito. La versione originale era più centrata sulla prospettiva del caregiver e del burden, nella versione revisionata in anni più recenti si è deciso di integrare domande che valutino anche potenziali effetti positivi della relazione di cura (Sebern et al., 2007). Di questa scala è stata sviluppata sia la versione per il Caregiver sia quella per il care-recipient. Nel nostro studio abbiamo somministrato le versioni tradotte in italiano e validate da Sebern e colleghi (2007). Nel campione dei Sani è stato chiesto di riferirsi alla relazione in riferimento agli ultimi sei mesi. Invece, nel Gruppo Clinico è stato indicato di fare riferimento alla qualità relazionale, considerando i sintomi della malattia. Il questionario per il caregiver è composto da 11 item, mentre quello per l'assistito da 10 item. In entrambi i casi al partecipante è richiesto di esprimere disaccordo/accordo per ciascuna delle affermazioni proposte, tramite una scala Likert (1 = fortemente in disaccordo; 2 = in disaccordo; 3 = d'accordo; 4 = fortemente d'accordo). I due test comprendono due sottoscale: tensione diadica e interazione diadica positiva. Per quanto riguarda lo scoring, che si ottiene dalla somma dei valori assegnati agli item, punteggi più elevati indicano rispettivamente livelli più alti di tensione e di interazione positiva. Alcuni esempi riportati nel questionario per caregiver e per assistito sono rispettivamente: "Ho sentito che lei/lui faceva richieste oltre il necessario" e "Mi sono sentito più vicino/a a lei/lui di quanto non mi sia sentito da un po' di tempo".

Caregiving Interaction Scale (CIS)

Nel presente elaborato viene usata una versione adattata della Caregiving Interaction Scale (CIS), uno strumento usato per la valutazione della qualità dell'interazione tra caregiver e care-recipient proposto da Jeffrey Arnett (1989). Considerata la crescente necessità di valutare le cure non parentali in ambito evolutivo a partire dagli anni '50, l'autrice ha sviluppato il CIS, uno degli strumenti più utilizzati per valutare le interazioni tra il bambino e il caregiver. Lo strumento è costituito da 26 item e integra al suo interno alcuni dei concetti genitoriali più importanti, quali il controllo, la responsività e le spiegazioni alle punizioni basandosi sui quattro stili parentali: autoritario, autorevole, permissivo e distaccato (Arnett, 1989). L'autrice e successive revisioni hanno identificato quattro sottoscale in cui si possono suddividere gli item e quindi calcolarne successivamente il punteggio (Colwell et al., 2012). Le quattro sottoscale sono: permissività, distacco, severità e sensibilità. La scala è compilata da un osservatore esterno che prende visione dell'interazione (nel nostro studio l'osservazione e la compilazione riguardava il momento di gioco condiviso dalla diade) e richiede una risposta per ogni affermazione su una scala Likert da 1 a 4 (1= per niente vero; 4= molto vero). La somma dei punteggi nelle varie sottoscale indica la tipologia di interazione agita dal caregiver.

3. RISULTATI

Al fine di indagare se le abilità socio-cognitive del caregiver siano associate alla qualità della relazione diadica e all'interazione con la persona assistita sono state svolte analisi correlazionali tra le misure delle abilità di ToM del caregiver e quelle riguardanti la qualità relazionale (self-report e osservative). Le analisi sono state condotte sia nel Gruppo Clinico, sia nel gruppo dei Sani.

3.1 Analisi descrittive

Nella Tabella 3.1 sono riportate le statistiche descrittive delle variabili considerate in entrambi i campioni, Sani e Gruppo Clinico.

Per quanto riguarda le abilità sociocognitive, il campione sano ha ottenuto un punteggio medio al MASC ToM totale pari a 61.18% (DS = 9.50), mentre il campione Gruppo Clinico ha riportato un punteggio medio del 58.75% (DS = 9.80). I punteggi medi delle due componenti, affettiva e cognitiva, sono stati nei Sani rispettivamente 60.24 (DS=12.55) e 61.81 (DS=10.66), mentre nel Gruppo Clinico 56.6 (DS=12.70) e 60.19 (DS=11.03).

Nella prova del RMET il campione Sani ha mostrato un punteggio medio pari a 23.91, (DS = 4.41), invece il Gruppo Clinico 24.00 (DS = 3.39). Inoltre, nel Test dei Triangoli il campione dei Sani ha un punteggio medio pari a 3.06 (DS = 0.86) e il Gruppo Clinico pari a 2.39 (DS = 1.10).

Per quanto riguarda invece le misure self-report della relazione di cura, al QCPR i caregiver Sani hanno avuto di media un punteggio pari a 50.69 (DS=8.39), mentre i caregiver del Gruppo Clinico pari a 49.81 (DS=10.39). Invece, gli assistiti Sani hanno

ottenuto un punteggio medio di 56.19 (DS=8.53) e quelli del Gruppo Clinico di 56.44 (DS=7.21). I dati riguardanti le sottoscale Affection e Absence of Criticism sono riportati nella Tabella 3.1.

Nella Dyadyc RS i punteggi medi riportati sono stati: nei Sani una media di 13.06 (DS=5.81) e nel Gruppo clinico 13.88 (DS=5.14). Ancora, gli assistiti del campione dei Sani riporta un punteggio medio pari a 7.44 (DS=3.78), mentre quelli del Gruppo Clinico pari a 8.38 (DS=3.77). Un dato interessante è rappresentato dal numero medio di interazioni negative: il Gruppo Clinico riporta un numero medio di 6.56 (DS = 4.50) e i Sani di 4.12 (DS = 2.67).

In ultimo, per quanto riguarda la valutazione osservativa svolta tramite il CIS, il campione Gruppo Clinico mostra livelli medi di Sensibilità pari a 30.81 (DS = 6.05), mentre nel campione Sani la media è risultata 29.50 (DS = 7.55). Invece, per la Severità i punteggi medi ottenuti sono stati: nei Sani 11.62 (DS=4.72) e nel Gruppo Clinico 9.50 (DS=1.97). Nella scala distacco l'interazione dei Sani ha ottenuto una media di 6.41 (DS=3.17), mentre il Gruppo Clinico 5.75 (DS=2.38). Infine, la Permissività presenta valori medi pari a 8.22 (DS = 2.00) nei Sani e 8.94 (DS=1.34) nel Gruppo Clinico.

<i>Tabella 3.1 Statistiche descrittive</i>										
Variabile	Sani (N=32)					Gruppo Clinico (N=16)				
	M	DS	Min	Max	N	M	DS	Min	Max	N
— Abilità sociocognitive										
MASC ToM totale %	61.18	9.50	39.8	84.4	32	58.75	9.80	38.5	78.0	16
MASC aff. corrette %	60.24	12.55	30.6	88.2	32	56.60	12.70	26.5	82.4	16
MASC cogn. corrette %	61.81	10.66	40.5	83.3	32	60.19	11.03	38.1	83.3	16
RMET	23.91	4.41	14.0	32.0	32	24.00	3.39	18.0	30.0	16

<i>Tabella 3.1 Statistiche descrittive</i>										
Triangoli	3.06	0.86	1.0	5.0	31	2.39	1.10	0.0	4.0	16
— Scale di relazione — self-report										
QCPR_CG	50.6 9	8.39	32.0	70.0	32	49.8 1	10.3 9	30.0	68.0	16
Affection CG	30.6 9	4.81	22.0	40.0	32	29.5 6	6.22	17.0	40.0	16
Abs. of Criticism CG	20.0 0	4.38	9.0	30.0	32	20.2 5	5.13	10.0	28.0	16
QCPR_PZ	56.1 9	8.53	39.0	69.0	32	56.4 4	7.21	46.0	69.0	16
Affection PZ	34.0 9	4.43	25.0	40.0	32	35.8 1	3.33	29.0	40.0	16
Abs. of Criticism PZ	22.0 9	4.93	13.0	29.0	32	20.6 2	7.53	7.0	29.0	16
DYADIC_CG	13.0 6	5.81	2.0	25.0	32	13.8 8	5.14	1.0	23.0	16
Neg. Interactions CG	6.41	3.75	0.0	14.0	32	7.25	3.47	0.0	13.0	16
Strain CG	6.66	3.74	0.0	13.0	32	6.62	3.24	0.0	12.0	16
DYADIC_PZ	7.44	3.78	0.0	16.0	32	8.38	3.77	0.0	15.0	16
Neg. Interactions PZ	4.12	2.67	0.0	12.0	32	6.56	4.50	0.0	15.0	16
Strain PZ	3.31	3.08	0.0	10.0	32	1.81	2.23	0.0	7.0	16
— Scala di relazione — osservativa (CIS)										
CIS Sensibilità	29.5 0	7.55	13.0	44.0	32	30.8 1	6.05	19.0	40.0	16
CIS Severità ‡	11.6 2	4.72	8.0	25.0	32	9.50	1.97	8.0	15.0	16
CIS Distacco ‡	6.41	3.17	4.0	15.0	32	5.75	2.38	4.0	13.0	16
CIS Permissività	8.22	2.00	3.0	11.0	32	8.94	1.34	6.0	11.0	16
M = media; DS = deviazione standard; Min = minimo; Max = massimo; N = casi validi. ‡ = distribuzione non normale in entrambi i campioni (Shapiro-Wilk $p < .05$); ‡S = non normale solo nel Dataset Sani. Triangoli Sani: N=31 (un dato mancante). QCPR range teorico 14–70; Dyadic RS: Negative Interactions range 0–20, Strain range 0–15; CIS Sensibilità range 10–50, Severità/Distacco/Permissività range 5–25.										

3.2 Analisi correlazionali

Dalle analisi svolte, non sono emerse significatività tra alcuna misura ToM e i dati ottenuti dai self-report (QCPR e Dyadic RS), in nessuno dei due campioni esaminati. Al

contrario, sono emerse diverse correlazioni tra capacità ToM e misurazioni del comportamento osservato (CIS).

Tabella 3.2 Analisi correlazionali

Predittore	Auto-report				CIS — osservazione			
	QCP R CG	DYA CG	QCP R PZ	DYA PZ	Sens.	Sev.	Dist.	Perm.
Dataset Sani (N=32)								
MASC ToM %	r= 0.10 p=0.5 79	r= 0.17 p=0.3 63	r=-0.1 8 p=0.3 25	r= 0.08 p=0.67 6	ρ = 0.53** p=0.0 02	ρ =-0.1 6 p=0.3 74	ρ =-0.3 8* p=0.03 0	ρ = 0.29 p=0.10 7
MASC aff. corr. %	r= 0.21 p=0.2 45	r= 0.11 p=0.5 62	r=-0.2 3 p=0.2 14	r= 0.08 p=0.66 3	ρ = 0.42* p=0.0 16	ρ =-0.2 7 p=0.1 35	ρ =-0.2 5 p=0.16 5	ρ = 0.38* p=0.03 4
MASC cogn. corr. %	r=-0.0 1 p=0.9 36	r= 0.16 p=0.3 72	r=-0.0 9 p=0.6 27	r= 0.05 p=0.78 0	ρ = 0.44* p=0.0 12	ρ =-0.0 6 p=0.7 49	ρ =-0.3 7* p=0.04 0	ρ = 0.12 p=0.49 8
RMET	r=-0.1 7 p=0.3 38	r= 0.16 p=0.3 89	r=-0.0 2 p=0.9 24	r= 0.04 p=0.81 5	ρ = 0.18 p=0.3 31	ρ =-0.2 5 p=0.1 63	ρ =-0.4 8** p=0.00 5	ρ = 0.15 p=0.40 4
Triangoli (N=31)	r= 0.03 p=0.8 96	r=-0.0 5 p=0.8 03	r= 0.00 p=0.9 84	r= 0.22 p=0.22 5	ρ = 0.25 p=0.1 80	ρ =-0.1 3 p=0.4 97	ρ =-0.2 2 p=0.22 7	ρ =-0.0 2 p=0.92 9
Dataset Gruppo Clinico (N=16)								

Tabella 3.2 Analisi correlazionali

MASC ToM %	r= 0.29 p=0.2 71	r=-0.2 6 p=0.3 26	r= 0.07 p=0.7 93	r=-0.0 6 p=0.83 0	ρ = 0.47† p=0.0 67	ρ =-0.6 2* p=0.0 10	ρ = 0.00 p=1.00 0	ρ = 0.28 p=0.30 0
MASC aff. corr. %	r= 0.18 p=0.5 02	r=-0.2 4 p=0.3 78	r= 0.31 p=0.2 42	r=-0.2 0 p=0.45 4	ρ = 0.32 p=0.2 27	ρ =-0.5 4* p=0.0 32	ρ = 0.07 p=0.78 3	ρ = 0.54* p=0.03 0
MASC cogn. corr. %	r= 0.29 p=0.2 68	r=-0.2 1 p=0.4 42	r=-0.1 3 p=0.6 24	r= 0.07 p=0.80 1	ρ = 0.35 p=0.1 83	ρ =-0.6 1* p=0.0 12	ρ =-0.2 2 p=0.40 8	ρ = 0.07 p=0.78 2
RMET	r=-0.1 6 p=0.5 61	r= 0.25 p=0.3 45	r=-0.1 0 p=0.7 10	r=-0.1 6 p=0.56 3	ρ = 0.54* p=0.0 30	ρ = 0.24 p=0.3 64	ρ =-0.0 8 p=0.76 9	ρ = 0.26 p=0.32 6
Triangoli	r=-0.1 6 p=0.5 57	r= 0.20 p=0.4 68	r= 0.16 p=0.5 44	r=-0.3 7 p=0.15 7	ρ = 0.38 p=0.1 53	ρ =-0.5 7* p=0.0 22	ρ =-0.5 4* p=0.03 2	ρ = 0.14 p=0.61 8

Legenda: ** $p < .01$; * $p < .05$; † $p < .10$. QCPR: valori alti = relazione migliore. DYA = Dyadic RS: valori alti = maggiore tensione. CIS Sens. = Sensibilità; Sev. = Severità; Dist. = Distacco; Perm. = Permissività.

3.2.1 Correlazioni tra Capacità di ToM totale (MASC) e qualità dell'interazione (CIS)

Come mostrato nella Tabella 3.2, le analisi hanno evidenziato diverse correlazioni.

Nello specifico nel gruppo dei sani sono emerse:

- una correlazione tra il punteggio di ToM totale al (MASC) e le scale Sensibilità e Distacco del CIS

Nel campione clinico invece sono emerse:

- una correlazione tra il punteggio di ToM totale al (MASC) e le scale Sensibilità e Severità del CIS

In riferimento a quanto ottenuto, si evince che nei caregiver sani le capacità generali di ToM correlano positivamente con i livelli di Sensibilità (Fig. 3.1) e negativamente con quelli di Distacco osservati (Fig. 3.2) (Sensibilità: $\rho = .53$, $p = .002$; Distacco: $\rho = -.38$, $p = .030$): durante le interazioni si osservano comportamenti più sensibili e meno emotivamente distaccati.

Per quanto riguarda invece i caregiver di assistiti con MCI/demenza, i risultati mostrano che le capacità generali di ToM correlano con la Severità del comportamento osservato (Severità: $\rho = -.62$, $p = .010$) (Fig. 3.3): a migliori capacità socio-cognitive è associata meno severità verso l'assistito da parte del caregiver. I dati mostrano inoltre che i caregiver con migliore ToM mostrano una maggiore tendenza a comportamenti più sensibili (Sensibilità: $\rho = .47$, $p = .067$). Tuttavia, la relazione non è significativa.

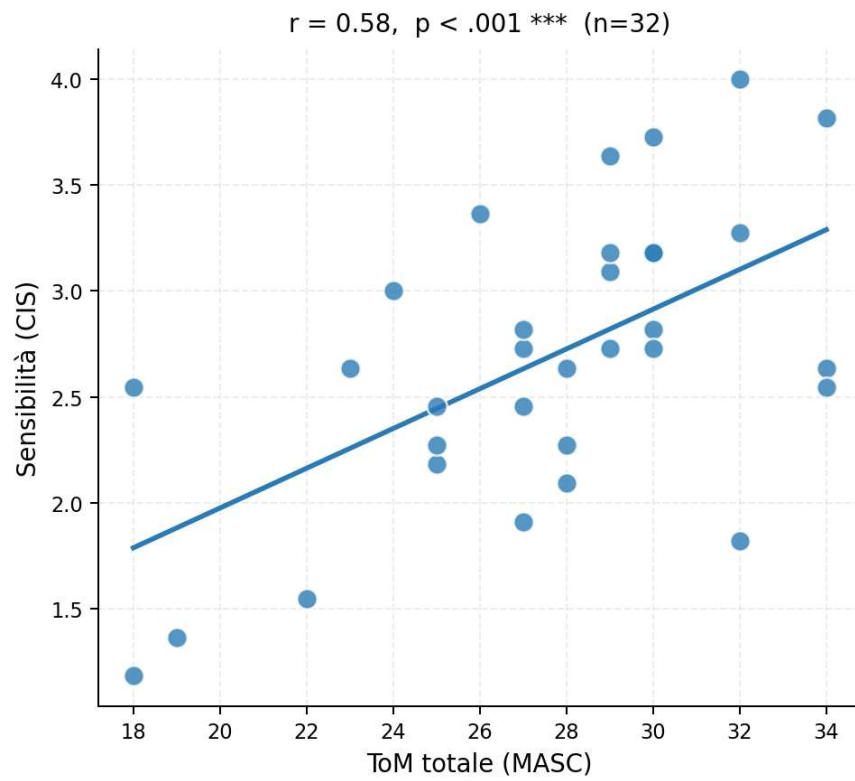


Fig. 3.1 Correlazione tra ToM totale e Scala Sensibilità (CIS) nei Sani

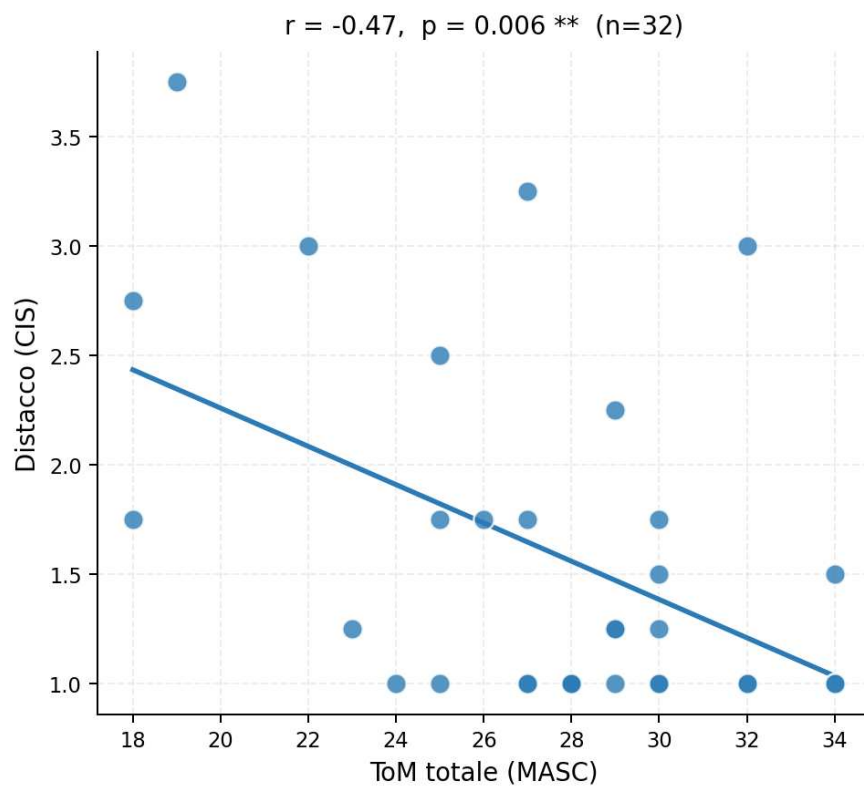


Fig 3.2. Correlazione tra ToM totale e Scala Distacco (CIS) nei Sani

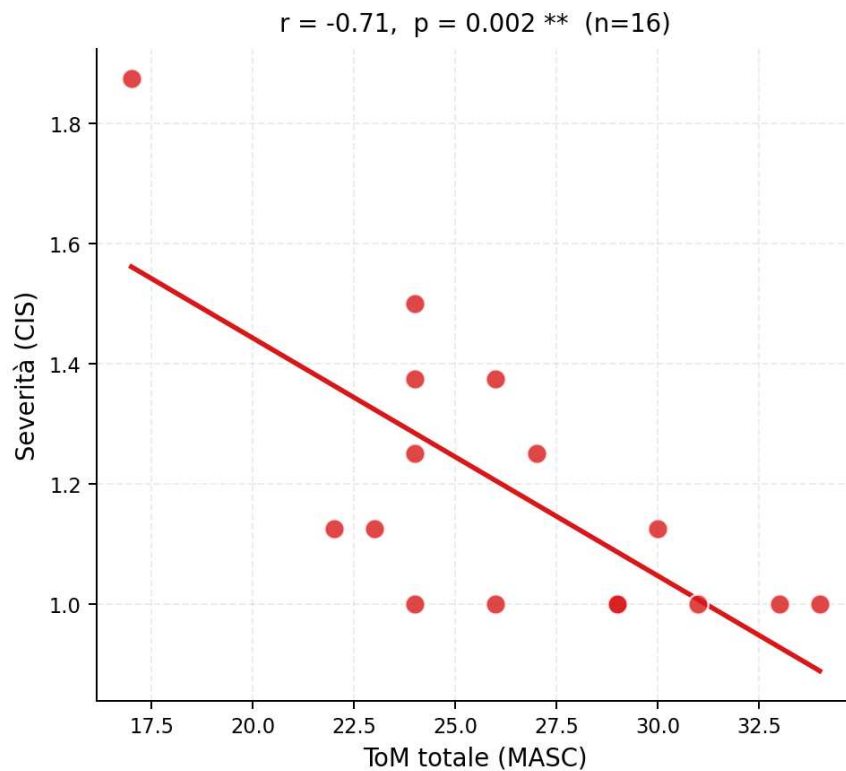


Fig. 3.3 Correlazione tra ToM totale e Scala Severità (CIS) nel Gruppo Clinico

3.2.2 Correlazioni tra capacità di ToM affettiva e cognitiva (MASC) e qualità dell'interazione (CIS)

Come evidenziato nella Tabella 3.2, le analisi hanno evidenziato, nel campione Sani:

- una correlazione tra la il punteggio di ToM affettiva al MASC e le Scale Sensibilità e Permissività del CIS
- una correlazione tra il punteggio di ToM cognitiva al MASC e le Scale Sensibilità e Distacco del CIS.

Invece, nel campione clinico:

- una correlazione tra la il punteggio di ToM affettiva al MASC e le Scale Severità e Permissività del CIS

- una correlazione tra la il punteggio di ToM cognitiva al MASC e la Scala Severità del CIS

Le correlazioni emerse tra le capacità di ToM totali e qualità dell'interazione sono coerenti con quanto emerso dalle analisi svolte su entrambe le componenti, affettiva e cognitiva. Nello specifico, migliori capacità di attribuzioni mentali di tipo affettivo si associano positivamente a comportamenti più sensibili e permissivi (Sensibilità: $\rho = .42$, $p = .016$; Permissività: $\rho = .38$, $p = .034$), mentre capacità di ToM di tipo cognitivo si associano a comportamenti più sensibili e meno distaccati (Sensibilità: $\rho = .44$, $p = .012$; Distacco: $\rho = -.37$, $p = .040$) da parte del caregiver.

Nel campione clinico, invece, le componenti affettiva e cognitiva condividono i pattern evidenziati dall'associazione tra ToM totale e qualità dell'interazione. Rispettivamente una migliore ToM affettiva si associa negativamente severità e positivamente alla permissività (Severità: $\rho = -.54$, $p = .032$; Permissività: $\rho = .54$, $p = .030$); invece la ToM cognitiva si associa negativamente alla severità osservata nelle interazioni (Severità: $\rho = -.61$, $p = .012$).

3.2.3 Correlazione tra capacità di riconoscimento di stati mentali (RMET) e qualità dell'interazione (CIS)

Dalle analisi del dataset dei Sani è emersa una correlazione negativa tra il punteggio ottenuto al RMET e la Scala Distacco (Distacco: $\rho = -.48$, $p = .005$) (Fig. 3.4). Nel Gruppo Clinico invece risulta correlato positiva con la sensibilità osservata nell'interazione (Sensibilità: $\rho = .54$, $p = .030$).

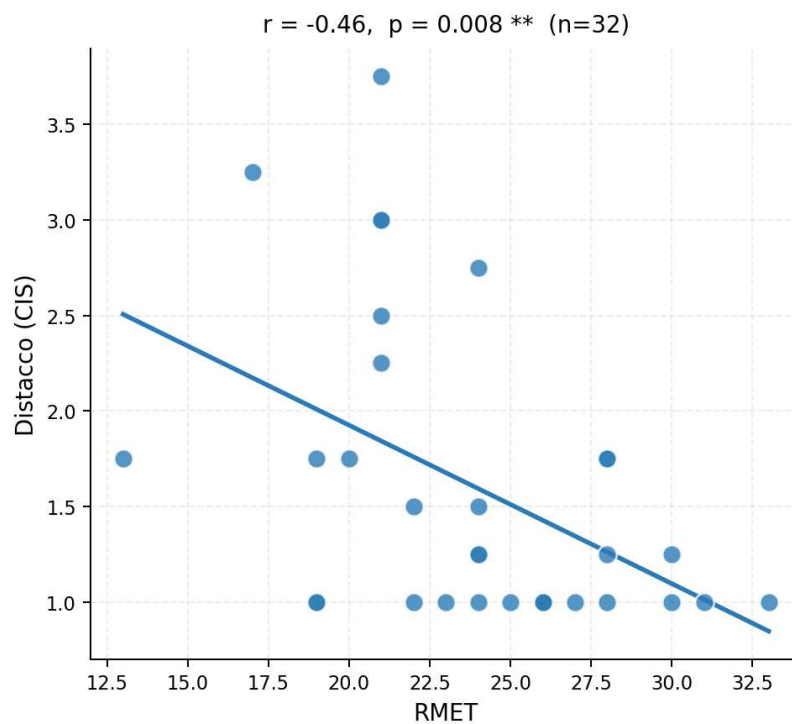


Fig. 3.4 Correlazione tra RMET e Scala Distacco (CIS) nei Sani

3.2.4 Correlazione tra capacità di comprensione di movimenti intenzionali (Test dei Triangoli) e qualità dell'interazione (CIS)

Non sono emerse significatività nel gruppo dei Sani. Nel Gruppo Clinico invece questa misura correla negativamente con la severità osservata nell'interazione (Severità: $\rho = -.57$, $p = .022$) (Fig. 3.5) e con il distacco percepito (Distacco: $\rho = -.54$, $p = .032$) (Fig. 3.6).

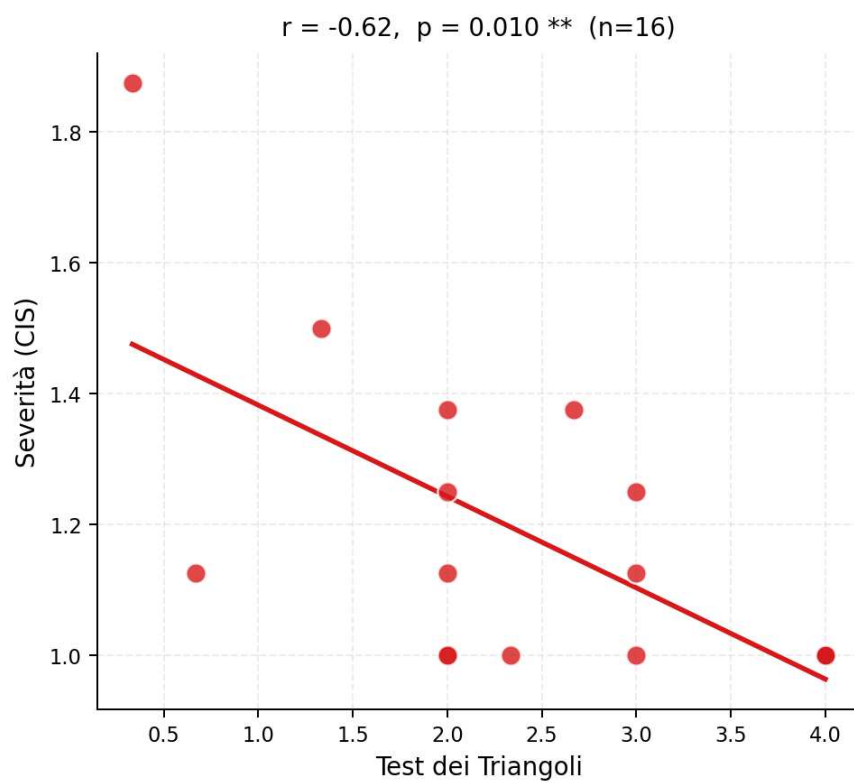


Fig. 3.5 Correlazione tra Triangoli e Scala Severità (CIS) nel Gruppo Clinico

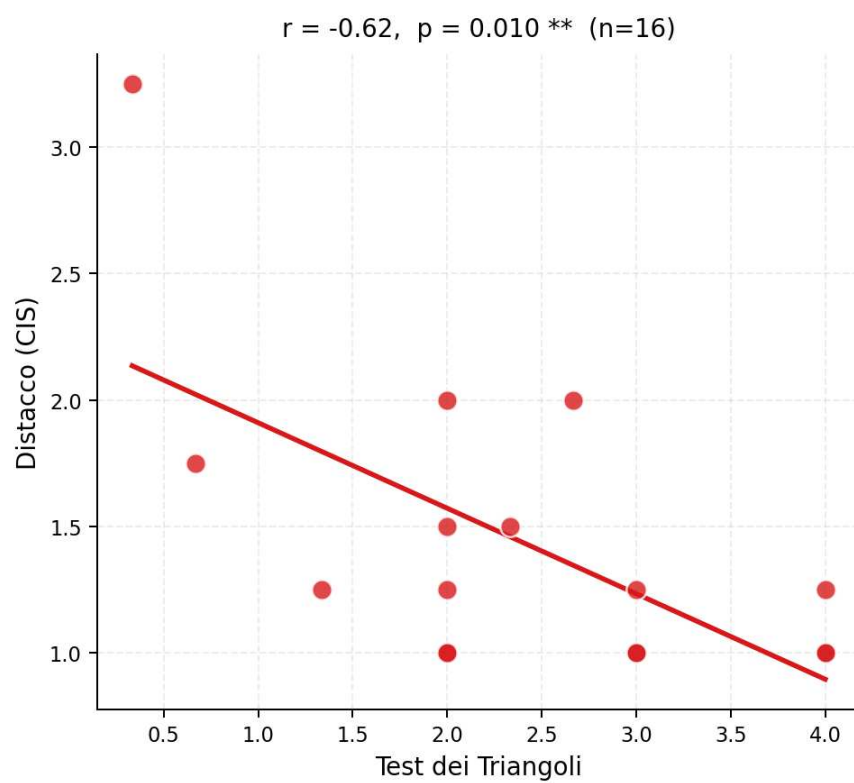


Fig. 3.6 Correlazione tra Triangoli e Scala Distacco (CIS) nel Gruppo Clinico

3.3 Analisi delle Sottoscale del MASC

In aggiunta alle precedenti analisi sono state approfondite le correlazioni che riguardano gli errori del MASC, i cui risultati sono mostrati nella Tabella 3.3. Nel dataset dei Sani, l'ipomentalizzazione affettiva è associata positivamente alla Severità (Severità: $\rho = .48$, $p = .006$). La no-ToM cognitiva correla negativamente con la Sensibilità ($\rho = -.46$, $p = .009$) e positivamente con il Distacco ($\rho = .45$, $p = .010$) nelle interazioni.

Nel campione clinico, invece, l'ipermentalizzazione affettiva si associa a maggiore Severità ($\rho = .60$, $p = .014$) e peggiore qualità della relazione di cura percepita dal caregiver ($\rho = -.50$, $p = .049$). Inoltre, l'ipomentalizzazione cognitiva è associata positivamente alla Severità (Severità: $\rho = .61$, $p = .012$). Infine, la no-ToM affettiva correla negativamente con la Permissività osservata (Permissività: $\rho = -.81$, $p < .001$).

Tab. 3.3 Analisi degli errori di mentalizzazione

Predittore	QCPR CG	CIS Sens.	CIS Sev.	CIS Dist.	CIS Perm.
Dataset Sani (N=32)					
MASC aff. iper %	$\rho = 0.04$ $p = 0.840$	$\rho = -0.31^\dagger$ $p = 0.087$	$\rho = -0.04$ $p = 0.829$	$\rho = 0.40^*$ $p = 0.025$	$\rho = -0.26$ $p = 0.152$
MASC aff. ipo %	$\rho = -0.04$ $p = 0.806$	$\rho = 0.11$ $p = 0.567$	$\rho = 0.48^{**}$ $p = 0.006$	$\rho = 0.26$ $p = 0.152$	$\rho = -0.27$ $p = 0.140$
MASC aff. no-ToM %	$\rho = 0.03$ $p = 0.887$	$\rho = -0.30$ $p = 0.101$	$\rho = 0.18$ $p = 0.313$	$\rho = 0.22$ $p = 0.234$	$\rho = -0.07$ $p = 0.695$
MASC cogn. iper %	$\rho = 0.06$ $p = 0.758$	$\rho = -0.16$ $p = 0.382$	$\rho = -0.15$ $p = 0.423$	$\rho = 0.05$ $p = 0.785$	$\rho = 0.22$ $p = 0.232$
MASC cogn. ipo %	$\rho = -0.01$ $p = 0.936$	$\rho = 0.30$ $p = 0.100$	$\rho = 0.15$ $p = 0.419$	$\rho = 0.25$ $p = 0.162$	$\rho = -0.07$ $p = 0.707$
MASC cogn. no-ToM %	$\rho = 0.02$ $p = 0.919$	$\rho = -0.46^{**}$ $p = 0.009$	$\rho = -0.01$ $p = 0.955$	$\rho = 0.45^*$ $p = 0.010$	$\rho = -0.04$ $p = 0.828$
Dataset Mondino (N=16)					

Tab. 3.3 Analisi degli errori di mentalizzazione

MASC aff. iper %	$\rho=-0.50^*$ p=0.049	$\rho=-0.30$ p=0.263	$\rho= 0.60^*$ p=0.014	$\rho= 0.04$ p=0.886	$\rho=-0.08$ p=0.773
MASC aff. ipo %	$\rho= 0.00$ p=1.000	$\rho=-0.21$ p=0.445	$\rho= 0.36$ p=0.172	$\rho= 0.16$ p=0.544	$\rho= 0.10$ p=0.707
MASC aff. no-ToM %	$\rho= 0.27$ p=0.307	$\rho=-0.21$ p=0.428	$\rho= 0.02$ p=0.949	$\rho=-0.23$ p=0.386	$\rho=-0.81^{**}$ p<0.001
MASC cogn. iper %	$\rho=-0.22$ p=0.410	$\rho= 0.14$ p=0.609	$\rho=-0.09$ p=0.743	$\rho=-0.27$ p=0.304	$\rho= 0.41$ p=0.117
MASC cogn. ipo %	$\rho=-0.25$ p=0.357	$\rho=-0.26$ p=0.324	$\rho= 0.61^*$ p=0.012	$\rho= 0.36$ p=0.175	$\rho=-0.27$ p=0.311
MASC cogn. no-ToM %	$\rho= 0.06$ p=0.822	$\rho=-0.19$ p=0.483	$\rho= 0.17$ p=0.520	$\rho= 0.14$ p=0.617	$\rho=-0.13$ p=0.630

4. DISCUSSIONE

Nel presente lavoro ci si è proposti di indagare se e in che modo la Teoria della Mente fosse associata alla qualità relazionale nella diade caregiver-assistito. L'ipotesi di partenza era che a una migliore capacità di ToM corrispondesse una più alta qualità relazionale diadica, considerando sia misure soggettive che osservazionali, e sia le capacità generali di mentalizzazione sia le sue componenti affettiva e cognitiva.

I risultati hanno fornito un supporto parziale a questa ipotesi. Da un lato, non è emersa alcuna associazione significativa tra le misure self-report della qualità relazionale, né dal punto di vista del caregiver né dell'assistito, e le capacità di ToM. Dall'altro lato, sono invece emerse diverse correlazioni significative tra ToM e qualità dell'interazione osservata tramite il CIS.

La mancata associazione tra misure self-report e capacità di ToM potrebbe essere spiegata dal fatto queste misure riflettano la propria percezione soggettiva. In particolare, la letteratura evidenzia che in questa tipologia di test i punteggi possono essere influenzati da bias quali, per esempio, la desiderabilità sociale, secondo cui si tende a rispondere a domande o test in modo socialmente accettabile o desiderabile e conforme alle aspettative culturali (Rosenman et al., 2011). Di conseguenza, ciò potrebbe aver influenzato il modo in cui i partecipanti hanno risposto ai questionari. Inoltre, gli stessi punteggi potrebbero aver risentito del cosiddetto *referent bias*, secondo cui le persone tendono a rispondere a domande o test facendo riferimento non alla realtà oggettiva, bensì alle proprie aspettative, alla propria esperienza e al proprio contesto di riferimento (Rosenman et al., 2011). Dunque, lo stesso punteggio assegnato a un item da due caregiver differenti potrebbe riflettere contesti e relazioni assistenziali molto diversi tra loro. Tuttavia, l'assenza di associazioni tra ToM e misure soggettive può non

essere spiegata esclusivamente dalla presenza di bias. Analizzando la letteratura, diversi studi suggeriscono che possa esistere un *gap* tra le abilità di mentalizzazione misurate tramite test standardizzati e le capacità effettivamente messe in atto nelle interazioni (Devine & Hughes, 2019; Lecce et al., 2018; Barreto et al., 2016; Meins et al., 2006). Per esempio, nello studio di Devine e Hughes (2019), svolto nel contesto della relazione genitore-figlio, è emerso che non sempre i genitori con le migliori prestazioni ai test ToM erano quelli che utilizzavano di fatto la *mind-mindedness* e il linguaggio mentalizzante nelle interazioni con il proprio figlio. In particolare, gli autori sostengono che questi comportamenti rappresentino “proprietà emergenti”, cioè caratteristiche che dipendono dalla relazione stessa e dalle sue dinamiche piuttosto che dalle capacità generali di ToM. In questo senso, i punteggi formali ottenuti ai test dai caregiver potrebbero essere una rappresentazione delle potenzialità e, quindi, una misura non esaustiva della ToM realmente applicata nella relazione diadica. Coerentemente, Lecce e colleghi (2018) hanno evidenziato che nelle relazioni di amicizia ciò che predice la qualità relazionale non sono i punteggi ai test ToM, bensì l'utilizzo contestualizzato e spontaneo di questa abilità. Nel contesto del caregiving, quanto appena descritto potrebbe spiegare parzialmente l'assenza di correlazioni tra misure self-report e capacità di ToM.

Al contrario, sono emerse diverse correlazioni tra le capacità di ToM e la qualità dell'interazione osservata e valutata tramite il CIS. Infatti, dalle analisi sono emerse associazioni significative tra diverse scale del CIS e le misure ToM. Nel campione dei Sani, a migliori capacità di mentalizzazione, i caregiver mostrano interazioni meno distaccate e più sensibili nei confronti del proprio assistito; invece nel Gruppo Clinico i caregiver con una migliore capacità di ToM mostrano sia minore severità, che una

tendenza a una maggiore sensibilità. I risultati suggeriscono quindi che una migliore capacità di comprendere gli stati mentali è associata in maniera significativa alla qualità dell'interazione. Ciò risulta in linea con quanto emerso negli studi sull'amicizia e sulle relazioni romantiche (Lecce et al., 2017; Bakirizen, 2019; Selcuk et al., 2024). Inoltre, questi risultati risultano coerenti con quanto si evince dalla letteratura sulla relazione diadica genitore-figlio, secondo cui le capacità di mentalizzazione si associano a maggiore sensibilità, coinvolgimento emotivo, qualità della comunicazione e minore conflittualità (Fonagy et al., 2016; Rostad & Whitaker, 2016; Carlone et al., 2023). Pur trattandosi di relazioni qualitativamente distinte tra loro, alcuni processi potrebbero essere condivisi tra i due contesti. In generale, questi risultati risultano in linea con le correlazioni ottenute al RMET nei due campioni: una migliore capacità di mentalizzazione ha mostrato interazioni meno distaccate e più sensibili, rispettivamente nel campione Sani e nel Gruppo Clinico.

Analizzando ulteriormente i risultati, è possibile notare che le due componenti, affettiva e cognitiva, suggeriscano le medesime conclusioni tratte dalle capacità totali di ToM, sebbene in maniera lievemente differente tra loro. Infatti, prendendo in considerazione il campione dei Sani, entrambe le componenti sembrano contribuire a raggiungere un'interazione osservabile più sensibile. Innanzitutto, la correlazione emersa tra ToM affettiva e sensibilità appare coerente con quanto mostrato in altri studi. Infatti, la letteratura evidenzia che una migliore ToM affettiva predica una migliore qualità relazionale nelle relazioni di coppia (Kalbe et al., 2007). Ciò potrebbe significare che i caregiver che riescono a comprendere meglio i bisogni e gli stati emotivi dell'assistito siano maggiormente in grado di sintonizzarsi e rispondere in maniera coerente ai bisogni dell'assistito. Questa inferenza risulta in linea con la letteratura sull'empatia, il

perspective taking e la comprensione emotiva, secondo cui esiste una stretta relazione tra questi processi e la capacità di mentalizzazione affettiva (Hooker et al., 2008). In particolare, l'abilità empatica e di *perspective taking* contribuirebbero a favorire atteggiamenti meno ostili, aggressivi e più adeguati (Decety & Cowell, 2014; Zhou et al., 2002). La correlazione emersa tra ToM affettiva e minore severità nel campione clinico, potrebbe essere legata ai medesimi meccanismi. Quanto affermato risulta coerente con ciò che è emerso con il RMET. Infatti, nel Gruppo Clinico una migliore capacità di riconoscere stati mentali a partire da indizi visivi sono risultate associate a maggiore sensibilità osservata durante l'interazione. In quanto questo test misura aspetti della mentalizzazione prettamente affettivi, questo risulta potrebbe suggerire che una maggiore capacità di comprendere gli stati emotivi dell'assistito favorirebbe interazioni più responsive.

Nel Gruppo Clinico entrambe le componenti si associano a minori livelli di severità. In questo campione, è doveroso considerare la specifica diagnosi che caratterizza la relazione di cura, cioè la demenza. Infatti, in questo contesto, modalità controllanti o direttive sono molto frequenti in risposta ai sintomi e alle difficoltà comunicative (Kitwood, 1997; Williams et al., 2009). Tuttavia, in questo campione, la correlazione più forte emersa con la severità risulta quella relativa alla ToM cognitiva. Sebbene possa sembrare controintuitivo, la letteratura evidenzia che la qualità relazionale possa essere maggiormente associata alla componente cognitiva, piuttosto che a quella affettiva. In altre parole, sebbene la comprensione degli stati emotivi sia un aspetto importante per la relazione, la percezione di essere compresi e di ricevere risposte adeguate risulterebbe avere un ruolo centrale nella diade (Reis et al., 2004; Selcuk et al., 2024). Coerentemente, la componente cognitiva svolgerebbe un ruolo importante nella

modulazione e nel coordinamento sociale (Shamay-Tsoory & Aharon-Peretz, 2007). Nella prospettiva della *person-centred care*, la qualità delle interazioni migliora quando il caregiver considera l'assistito come agente dotato di stati mentali e non ne riduce i comportamenti a meri sintomi o espressioni della patologia (Brooker, 2003). Perciò, si potrebbe ipotizzare che i caregiver con migliori capacità di mentalizzazione possano fare minor ricorso a comportamenti correttivi o severi, in quanto più sintonizzati con il proprio assistito e in grado di riconoscerne i comportamenti non solo come sintomi, ma come espressione di bisogni, desideri e intenzioni. Di fatto, le correlazioni ottenute al Test dei Triangoli suggeriscono le stesse inferenze: una migliore capacità di attribuire stati mentali a stimoli neutri si associa a minori livelli di severità e distacco nel Gruppo Clinico. Perciò una maggiore tendenza del caregiver ad attribuire intenzioni e stati mentali si rifletterebbe anche sull'attribuzione di significati ai comportamenti dell'assistito. La propensione a considerare il proprio assistito come soggetto dotato di stati mentali, nell'ottica della *mind-mindedness* e della prospettiva *person-centred care*, favorirebbe interazioni migliori (Brooker, 2003; Meins et al., 2001). Sebbene i risultati sulla *mind-mindedness* siano stati indagati nel contesto della diade genitore-figlio, le stesse inferenze potrebbero essere applicate anche nella diade caregiver-assistito. Dunque, un approccio più orientato alla *mind-mindedness* del caregiver potrebbe essere associato a una relazione caratterizzata da minore severità e maggiori sintonizzazione, sensibilità e vicinanza emotiva. Quanto appena affermato appare coerente con la letteratura sulla mentalizzazione (Fonagy et al., 2016; Rostad & Whitaker, 2016; Carlone et al., 2023).

Un dato rilevante riguarda i risultati ottenuti con la Scala Permissività, in quanto la significatività con la ToM affettiva è emersa in entrambi i campioni. Infatti,

quest'ultima è risultata associata positivamente con la permissività osservata nell'interazione. Questa correlazione potrebbe essere spiegata alla luce di quanto emerge nella letteratura genitore-figlio, secondo cui la permissività è strettamente legata al calore e alla vicinanza emotiva (Shalini et al., 2023; Sanvictores et al., 2022). Essere più sensibili agli stati emotivi potrebbe facilitare la comprensione emotiva dell'assistito e una propensione a rispondere in maniera meno correttiva e più permissiva. Non solo, quanto emerso potrebbe essere interpretato anche alla luce di quanto evidenziato nello studio di Allen, Fonagy e Bateman (2008). Secondo gli autori, la mentalizzazione favorisce un atteggiamento curioso, volto a una maggiore tolleranza dell'incertezza, alla flessibilità e all'autoregolazione, riducendo i comportamenti controllanti e direttivi. Dunque, la permissività osservata potrebbe riflettere la disponibilità e apertura del caregiver nei confronti del proprio assistito.

Dalle analisi è emerso che le maggiori associazioni sono state trovate con il MASC, mentre sono state trovate meno correlazioni con RMET e Triangoli. Ciò potrebbe essere dovuto al fatto che i vari strumenti analizzino aspetti diversi di mentalizzazione tramite modalità differenti. Mentre RMET e Triangoli si concentrano rispettivamente sul riconoscimento degli stati mentali a partire da indizi visivi e sull'attribuzione di movimenti intenzionali a stimoli neutri, il MASC misura le capacità di ToM in situazioni sociali complesse. Perciò, l'ecologia del test potrebbe spiegare il motivo per cui le associazioni sono emerse maggiormente con questo test e meno con gli altri due (Dziobek et al., 2006). Nonostante questo, sono emerse comunque alcune correlazioni che supportano l'ipotesi iniziale e i risultati ottenuti con il MASC, come evidenziato precedentemente a supporto dell'ipotesi che diversi meccanismi ToM contribuiscano in maniera differente alla qualità dell'interazione tra caregiver e assistito.

Infine, ulteriori correlazioni sono emerse analizzando le sottoscale del MASC riguardanti gli errori. Dalle analisi è emerso che la qualità dell'interazione diadica è influenzata negativamente dagli errori sulla mentalizzazione, cioè quando quest'ultima viene semplificata, amplificata o non riconosciuta (rispettivamente -ipo, -iper e no-ToM). Infatti, nel campione dei sani non essere in grado di cogliere lo stato mentale di tipo cognitivo (credenze, pensieri, intenzioni, ecc...) è correlato sia a una minore sensibilità sia a un maggiore distacco osservati. Allo stesso modo, nel campione del Gruppo Clinico l'ipomentalizzazione cognitiva è risultata associata a una maggiore severità, mentre la no-ToM di tipo affettivo è risultata associata a una minore permissività. Questi risultati risultano coerenti con quanto descritto sopra circa la prospettiva *person-centred care*. Infatti, una ridotta capacità di mentalizzazione del caregiver potrebbe favorire modalità comportamentali più direttive, controllanti e, perciò, meno permissive. Dunque, quando il caregiver non attribuisce alcuno stato mentale all'assistito oppure lo minimizza, potrebbe far ricorso più facilmente ad atteggiamenti controllanti (Kitwood, 1997; Brooker, 2003). Quanto descritto è coerente con l'ipotesi iniziale: se a una maggiore capacità di ToM si associa una migliore qualità dell'interazione, tramite gli errori di mentalizzazione si notano peggioramenti nell'interazione. Indagando, invece, la correlazione emersa tra l'ipermentalizzazione affettiva e la minore sensibilità e il maggior distacco, quanto emerso risulta coerente con la letteratura che ha indagato la mentalizzazione e i suoi errori in alcuni disturbi psichiatrici. Per esempio, ciò è in linea con lo studio di Zabihzadeh e colleghi (2017), che ha coinvolto persone con Disturbo Borderline di Personalità, che ha mostrato che una capacità di mentalizzazione eccessiva potesse essere un fattore causale nelle difficoltà relazionali tipiche di questa condizione. Un ulteriore dato a sostegno di ciò deriva dalla letteratura sulla schizofrenia e sull'autismo, che evidenzia come deficit

in ToM, in termini di attribuzioni eccessive o distorte, possano contribuire a un peggior funzionamento relazionale generale e peggiori interazioni e qualità in contesti romantici e di amicizia (Li et al., 2025; Bora et al., 2006; Soares et al., 2021; Pinkham, 2006). Poichè nel campione clinico si è evidenziata una correlazione tra ipermentalizzazione affettiva e peggior qualità relazionale percepita dal caregiver (QCPR), è possibile ipotizzare che un'attribuzione di stati mentali emotivi amplificati o eccessivi al proprio assistito possa essere associata a difficoltà relazionali e, quindi, ridurre la qualità che viene percepita dalla diade. In particolare, poichè in letteratura si evidenzia come i problemi interpersonali possano ridurre la qualità relazionale percepita (Reis et al. 2004; Joel et al., 2019), si può ipotizzare che le difficoltà relazionali causate da una mentalizzazione eccessiva potrebbero avere un impatto anche sulla relazione tra caregiver e assistito.

In generale, da ciò che è emerso dal nostro studio si evince che la capacità di mentalizzazione può avere un ruolo circa la qualità dell'interazione nel contesto del caregiving e che anche la sua accuratezza possa essere associata a interazioni diadiche migliori.

4.1 Limiti e punti di forza dello studio

Il presente elaborato, presentato come studio esplorativo, presenta alcuni limiti, utili da evidenziare al fine di indirizzare la ricerca futura. La scelta del disegno trasversale implica che i risultati ottenuti riflettono le capacità di ToM e la qualità relazionale riferite esclusivamente al periodo della somministrazione degli strumenti. Perciò non è stato possibile indagare l'evoluzione nel tempo di questa associazione. Nel contesto del caregiver e delle abilità di mentalizzazione, i cambiamenti nel lungo periodo possono essere rilevanti. Infatti, come si è visto, la ToM stessa è una capacità che nel tempo

declina e che potrebbe differire in un caregiver di 55 anni rispetto a uno di 75 (Cavallini et al., 2013; Henry et al., 2013). Inoltre, la condizione stessa della demenza evolve nel tempo, così come la relazione che intercorre tra caregiver e assistito. Inoltre, proprio per la trasversalità dello studio, le analisi correlazionali svolte, sebbene indichino un'associazione, non ne indicano la direzione. Perciò non è possibile inferire alcuna relazione di tipo causale tra le abilità di mentalizzazione e la qualità relazionale tra caregiver e assistito. Per quanto riguarda le analisi, un ulteriore limite riguarda l'elevato numero di correlazioni effettuate. Infatti, ciò aumenta le probabilità di fare errori di tipo I, cioè trovare associazioni significative laddove non ve ne siano. L'assenza di procedure di correzione fa sì che questi risultati, sebbene coerenti con la letteratura, necessiteranno di essere confermati con la ricerca futura.

Secondariamente, un limite al nostro studio è stata la ridotta numerosità del campione (N=32 e N=16).

Ancora, alcune variabili, quali le ore di cura dedicate al giorno o il livello di deterioramento cognitivo, avrebbero potuto risultare rilevanti al fine dello studio. Poichè potrebbero influenzare la relazione tra ToM e qualità relazionale nella diade, dovrebbero essere approfonditi nelle ricerche future.

Quanto detto e la numerosità del campione suggeriscono che i risultati possano essere applicati a una popolazione generale con cautela.

Nonostante le criticità evidenziate, vi sono diversi ulteriori punti di forza che contraddistinguono il presente lavoro. Innanzitutto, ad oggi in letteratura come già anticipato ha indagato come la mentalizzazione influisce sulla qualità di altre tipologie di relazioni (amicizia, romantica, ecc.). Aver esteso le domande di ricerca al contesto del

caregiving in età avanzata rende questo studio originale e tra i primi ad esplorare in maniera specifica le dinamiche diadiche tra caregiver e assistito. Non solo, ciò lo rende anche all'avanguardia alla luce dei cambiamenti socio-demografici che interessano il nostro periodo storico come l'invecchiamento demografico e l'aumento della richiesta di caregiving informale.

Inoltre, il fatto che siano stati utilizzate diverse misure sia per la misurazione della ToM sia per la qualità relazionale, self-report e osservazioni, conferisce più forza ai risultati ottenuti.

In ultimo, come già evidenziato, l'inclusione nello studio dei due gruppi, Sani e Gruppo Clinico, rende possibile studiare la dinamica della relazione di cura in due contesti diversi ma allo stesso modo importanti.

4.2 Implicazioni e prospettive future

Nel contesto delle relazioni e nello specifico contesto di cura, ciò che è emerso dallo studio può avere importanti implicazioni pratiche. Sicuramente, l'associazione emersa tra ToM e qualità relazionale permette di ipotizzare che programmi di training socio-cognitivo finalizzate al potenziamento delle abilità di mentalizzazione del caregiver, potrebbero migliorare le interazioni nella diade. Infatti, alcuni studi hanno già evidenziato il fatto che i training di mentalizzazione possano migliorare alcuni aspetti rilevanti all'interno di una relazione. Ad esempio, Ramezani e colleghi (2020) hanno mostrato come empatia e *perspective taking* siano migliorati in coppie sposate dopo un training specifico. Non solo, in altri contesti, come quello scolastico o clinico, si sono visti miglioramenti relazionali tramite i cosiddetti *Mentalization-Based Treatment* (MBT), programmi volti a migliorare le abilità di ToM, hanno evidenziato conseguenti

miglioramenti nella qualità di vita psicologica e nelle relazioni interpersonali (Doyle et al., 2025; Larki et al., 2025; Chelouche-Dwek & Fonagy, 2024). Nello specifico contesto di cura applicato alla diade genitore-figlio, alcuni programmi hanno mostrato miglioramenti nel funzionamento diadico (Lavender et al., 2022). Tuttavia, le evidenze sono ancora scarse e limitate, perciò una ricerca approfondita e mirata potrebbe fare luce su questi aspetti importanti del contesto del caregiving.

Questi risultati rappresentano solo il punto di partenza per la ricerca futura su come la Teoria della Mente possa influenzare la qualità della relazione tra caregiver e assistito. In futuro l'argomento potrebbe essere ampliato a campioni più numerosi. Inoltre, potrebbero essere indagate variabili come le ore di cura dedicate, la tipologia di demenza o il deterioramento cognitivo. Sulla base dei risultati potrebbero anche essere svolti studi di tipo longitudinale, per analizzare l'evoluzione temporale delle associazioni, o di tipo sperimentale, per manipolare le capacità di mentalizzazione e comprendere la causalità della relazione.

5. CONCLUSIONI

Il fenomeno dell'invecchiamento demografico influenza in maniera particolarmente rilevante il caregiving. L'aumento delle persone che necessitano di assistenza ha comportato un inevitabile aumento della richiesta di cura, sia di tipo formale che di tipo informale. Nello specifico, il caregiving di tipo informale rappresenta una forma di lavoro silenziosa e talvolta non riconosciuta, ma molto impattante dal punto di vista pratico e psicologico sulle vite del caregiver e di colui che riceve la cura. In particolare, il caregiver può sperimentare elevati livelli di stress psicologico (caregiver burden) e fisico, mentre l'assistito può avere difficoltà legate alla perdita dell'autonomia e all'accettazione della propria condizione, considerando soprattutto il caso specifico della demenza. Sulla base di ciò, la relazione che intercorre in questa diade può influenzare fortemente il benessere di entrambi.

Considerando la letteratura sulle relazioni interpersonali, la Teoria della Mente rappresenta un'abilità socio-cognitiva che potrebbe influenzare la qualità relazionale tra caregiver e assistito. Infatti, la capacità di attribuire stati mentali agli altri è in grado di influenzare relazioni come quelle romantiche, di amicizia e di cura tra genitore figlio. Da ciò, si è ipotizzato che le abilità di mentalizzazione del caregiver potessero influenzare la qualità della relazione di cura specifica del caregiving, ambito finora rimasto inesplorato. In questo quadro si inserisce questo studio.

I risultati ottenuti sostengono l'idea che le abilità di mentalizzazione del caregiver siano associate alla qualità dell'interazione nella diade. Nel complesso, le correlazioni emerse hanno evidenziato che una migliore capacità di comprendere gli stati mentali altrui sia legata ad alcuni aspetti dell'interazione diadica, quali maggiori sensibilità e permissività

e minori distacco e severità. Anche le componenti specifiche cognitiva e affettiva sembrano avere un ruolo nell'influenzare le interazioni. Inoltre, i dati hanno mostrato anche che gli errori di mentalizzazione, quindi l'accuratezza dell'attribuzione, influiscono sulla qualità dell'interazione e della relazione tra caregiver e assistito.

Sebbene il presente studio rappresenti un'iniziale esplorazione dell'argomento, quanto emerso risulta coerente con ciò che è evidenziato in altri contesti relazionali e contribuisce ad ampliare le conoscenze sul ruolo della Teoria della Mente nel contesto del caregiving. Il lavoro rappresenta uno dei primi studi che indagano il ruolo delle abilità socio-cognitive nell'ambito del caregiving in età avanzata e pone le basi per ricerche e approfondimenti futuri.

BIBLIOGRAFIA

A. O'Neill, A. D'Souza, A.C. Samson, A. Carballedo, C.Kerskens, T. Frodl. Dysregulation between emotion and theory of mind networks in borderline personality disorder. *Psychiatry Res.*, 231 (2015), pp. 25-32, [10.1016/j.psychres.2014.11.002](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.002)

Abell, F., Happé, F., & Frith, U. (2000). Do triangles play tricks? Attribution of mental states to animated shapes in normal and abnormal development. *Cognitive Development*, 15(1), 1–16. [https://doi.org/10.1016/S0885-2014\(00\)00014-9](https://doi.org/10.1016/S0885-2014(00)00014-9)

Abu-Akel, A., & Shamay-Tsoory, S. (2011). Neuroanatomical and neurochemical bases of theory of mind. *Neuropsychologia*, 49(11), 2971–2984.

Albiero, P., Ingoglia, S., & Lo Coco, A. (2006). Contributo all'adattamento italiano dell'Interpersonal Reactivity Index. *TPM – Testing, Psychometrics, Methodology*, 13, 107–125.

Alemu, N. L., Das, N., Watts, J. J., Robinson, S., Chen, G., & Gao, L. (2025). The Burden of Informal Caregiving for Adults with Musculoskeletal Conditions: A Systematic Review. *Pharmacoeconomics*, 43, 1179 - 1204. <https://doi.org/10.1007/s40273-025-01523-x>

Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Alzheimer Europe. (2023). *Alzheimer's Disease in Europe: 2023 Report*. Luxembourg: Alzheimer Europe Office.

Alzheimer's Disease International. (2015). *Global estimates of informal care hours for people with dementia*. Alzheimer's Disease International / Karolinska Institutet

Apperly, I. A., & Butterfill, S. A. (2015). Theory of mind: A new perspective on the puzzle of belief ascription. *Cognition*, 136, 123–127. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4536386/>

Associazione Alzheimer Italia. (2024). Rapporto annuale sulla demenza in Italia 2024. Milano: Alzheimer Italia. Recuperato da <https://www.alzheimer.it>

Astington, J. W., & Edward, M. J. (2010). The Development of Theory of Mind in Early Childhood. In R. G. Tremblay, R. Barr, V. Peters, & M. Boivin (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development* (pp. 1-6). Centre of Excellence for Early Childhood Development.

Bakirezen, Irmak, The association between couple`s level of theory of mind, relationship satisfaction, and couple`s communication patterns, 2019

Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/4635.001.0001>

Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21(1), 37–46. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90022-8](https://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8)

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(2), 241–251.

Benito-Ruiz, G., Luzón-Collado, C., Arrillaga-González, J., & Lahera, G. (2022). Development of an Ecologically Valid Assessment for Social Cognition Based on Real Interaction: Preliminary Results. *Behavioral Sciences*, 12. <https://doi.org/10.3390/bs12020054>.

Bivona, U., Formisano, R., De Laurentiis, S., Accetta, N., Di Cosimo, M. R., Massicci, R., Ciurli, P., Azicnuda, E., Silvestro, D., Sabatini, U., Falletta Caravasso, C., Carlesimo, G. A., Caltagirone, C., & Costa, A. (2015). Theory of mind impairment after severe traumatic brain injury and its relationship with caregivers' quality of life. *Restorative neurology and neuroscience*, 33(3), 335–345. <https://doi.org/10.3233/RNN-140484>

Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quinonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer. *Frontiers in Public Health*, 6, 149. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>

Bora, E., Eryavuz, A., Kayahan, B., Sungu, G., & Veznedaroglu, B. (2006). Social functioning, theory of mind and neurocognition in outpatients with schizophrenia; mental state decoding may be a better predictor of social functioning than mental state reasoning. *Psychiatry Research*, 145, 95–103.

Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (2009). Theory of mind impairment in schizophrenia: meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 109(1–3), 1–9.

Bottiroli S, Rosi A, Lecce S, Sances G, Allena M, De Icco R, Vecchi T, Tassorelli C, Cavallini E. Theory of mind in chronic migraine with medication overuse assessed with the MASC. *Sci Rep*. 2024 Mar 24;14(1):6998. doi: 10.1038/s41598-024-57559-0. PMID: 38523197; PMCID: PMC10961316.

Bottiroli, S., Cavallini, E., Ceccato, I., Vecchi, T., & Lecce, S. (2015). Theory of Mind in aging: Comparing cognitive and affective components in the faux pas test.. *Archives of gerontology and geriatrics*, 62, 152-62. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.09.009>

Bouchard S, Lemelin S, Dubé C, Giguère JF. [Dysregulation of the executive system and theory of mind: clinical interest of a neuroscientific conception of BPD]. *Sante Mentale au Quebec*. 2010 ;35(2):227-251. DOI: 10.7202/1000561ar. PMID: 21761094.

Braley, M., Thornton, A., & Thornton, W. (2022). Anxiety symptoms and theory of mind in older and younger adults: curvilinearity moderated by age group. *Aging & Mental Health*, 27, 829 - 837. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2060183>.

Brioschi Guevara, A., Knutson, K. M., Wassermann, E. M., Pulaski, S., Grafman, J., & Krueger, F. (2015). Theory of mind impairment in patients with behavioural variant fronto-temporal dementia (bv-FTD) increases caregiver burden. *Age and ageing*, 44(5), 891–895. <https://doi.org/10.1093/ageing/afv059>

Brooker, Dawn. (2003). What is person-centred care in dementia?. *Reviews in Clinical Gerontology*, 13. 215 - 222. 10.1017/S095925980400108X.

Brüne, M., & Brüne-Cohrs, U. (2006). Theory of mind—evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(4), 437–455.

Cavallini E, Lecce S, Bottiroli S, Palladino P, Pagnin A. Beyond false belief: theory of mind in young, young-old, and old-old adults. *Int J Aging Hum Dev*. 2013;76(3):181-98. doi: 10.2190/AG.76.3.a. PMID: 23781702.

C.I. Hooker, S.C. Verosky, L.T. Germine, R.T. Knight, M. D'Esposito. Mentalizing about emotion and its relationship with empathy. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 3 (2008), pp. 204-217 <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100017>

Camoirano, A. (2017). Mentalizing Makes Parenting Work: A Review about Parental Reflective Functioning and Clinical Interventions to Improve It. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00014>

Caporlingua M, Castellano J, Quartarone A, Ciurleo R. Research on Alzheimer Disease in Italy: A Narrative Review of Pharmacological and Non-Pharmacological Interventions. *Neurol Int*. 2025 Dec 2;17(12):196. doi: 10.3390/neurolint17120196. PMID: 41441215; PMCID: PMC12736271.

Carlone, C., Milan, S., Decoste, C., Borelli, J., McMahon, T., & Suchman, N. (2023). Self-report measure of parental reflective functioning: A study of reliability and validity across three samples of varying clinical risk.. *Infant mental health journal*. <https://doi.org/10.1002/imhj.22046>

Castelli, I., Baglio, F., & Blasi, V. (2011). Effects of aging on mindreading ability through the eyes: An fMRI study. *Neuropsychologia*, 49(9), 2584–2591.

Censis. (2024). 58° Rapporto sulla situazione sociale del Paese 2024. Fondazione Censis. Retrieved from <https://www.censis.it/rapporto/58-rapporto-sulla-situazione-sociale-del-paese/>

Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Front Neurol*. 2012 May 7;3:73. doi: 10.3389/fneur.2012.00073. PMID: 22586419; PMCID: PMC3345875.

Chattat R, Cortesi V, Izzicupo F, Del Re ML, Sgarbi C, Fabbo A, Bergonzini E. The Italian version of the Zarit Burden interview: a validation study. *Int Psychogeriatr*. 2011 Jun;23(5):797-805. doi: 10.1017/S1041610210002218. Epub 2010 Dec 16. PMID: 21205379.

Chelouche-Dwek, G., & Fonagy, P. (2024). Mentalization-based interventions in schools for enhancing socio-emotional competencies and positive behaviour: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 1295 - 1315. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02578-5>

Chiao, C., Wu, H., & Hsiao, C. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review.. *International nursing review*, 62 3, 340-50; <https://doi.org/10.1111/inr.12194>.

Clare, L. (2010). Awareness in people with severe dementia: Review and integration. *Aging & Mental Health*, 14(1), 20–32. <https://doi.org/10.1080/13607860903421029>

Cocchiara, R. A., Sestili, C., D'Egidio, V., & Mannocci, A. (2023). Examining social anxiety and dual aspects of social comparison orientation: The moderating role of self-evaluation of social skills. *Frontiers in Psychology*, 14, 1270143. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1270143/full>

Colwell, M. J., Gordon, R. A., Fujimoto, K., Kaestner, R., Korenman, S., & Abner, K. S. (2013). New evidence on the validity of the Arnett Caregiver Interaction Scale: Results from the Early Childhood Longitudinal Study-Birth Cohort. *Early Childhood Research Quarterly*, 28(2), 218–233. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2012.12.004>

Cuijpers, P. (2005). Depressive disorders in caregivers of dementia patients: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 9(4), 325–330. <https://doi.org/10.1080/13607860500090078>

Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory. *Neurology*, 44(12), 2308–2308. <https://doi.org/10.1212/wnl.44.12.2308>

D'Amen, B., Socci, M. & Santini, S. Intergenerational caring: a systematic literature review on young and young adult caregivers of older people. *BMC Geriatr* 21, 105 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01976-z>

Daminger, Allison. (2019). The Cognitive Dimension of Household Labor. *American Sociological Review*. 84. 000312241985900. 10.1177/0003122419859007.

David Dodell-Feder, Steven Felix, Matthew G. Yung, Christine I. Hooker, Theory-of-mind-related neural activity for one's romantic partner predicts partner well-being, *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, Volume 11, Issue 4, April 2016, Pages 593–603, <https://doi.org/10.1093/scan/nsv144>

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126.

Decety J, Cowell JM. The complex relation between morality and empathy. *Trends Cogn Sci*. 2014 Jul;18(7):337-9. doi: 10.1016/j.tics.2014.04.008. PMID: 24972506.

De Girolamo, G., & Rucci, P. (1996). La valutazione della qualità della vita: Validazione del WHOQOL. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 5(2), 81–99. https://www.researchgate.net/publication/29459285_La_Valutazione_della_qualita_della_vita_validazione_de_WHOQOL

Deonna, J. A., & Nanay, B. (n.d.). Simulation vs. Theory-Theory: A plea for an epistemological turn. Université de Genève. <https://www.unige.ch/lettres/philo/mulligan/festschrift/Deonna-paper.pdf>

Diego Muñoz, Sonja Pedell, and Leon Sterling. 2022. Evaluating Engagement in Technology-Supported Social Interaction by People Living with Dementia in Residential Care. *ACM Trans. Comput.-Hum. Interact.* 29, 5, Article 50 (October 2022), 31 pages. <https://doi.org/10.1145/3514497>

Di Tella, M., Ardito, R., Dutto, F., & Adenzato, M. (2020). On the (lack of) association between theory of mind and executive functions: a study in a non-clinical adult sample. *Scientific Reports*, 10. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-74476-0>

Doyle, M., Collins, A., Wheeler, A., McAndrew, J., Burgess, N., Byrne, G., O’Keeffe, D., & Naughton, S. (2025). Exploration of a mentalization-based treatment introductory group in an Irish community mental health service.. *Irish journal of psychological medicine*, 1-8 . <https://doi.org/10.1017/ipm.2025.10085>

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>

Dufour, V. (2017). Theory of Mind. , 1-5. <https://doi.org/10.1002/9781119179313.wbprim0412>.

Duval C, Piolino P, Bejanin A, Eustache F, Desgranges B. Age effects on different components of theory of mind. *Conscious Cogn.* 2011 Sep;20(3):627-42. doi: 10.1016/j.concog.2010.10.025. Epub 2010 Dec 15. PMID: 21111637.

Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., ... Convit, A. (2006). Introducing MASC: A movie for the assessment of social cognition. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(5), 623–636. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0107-0>

Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., Kessler, J., Woike, J. K., Wolf, O. T., & Convit, A. (2006). Introducing MASC: A movie for the assessment of social cognition. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(5), 623–636. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0107-0>

E. Kalbe, M. Schlegel, A.T. Sack, D.A. Nowak, M. Dafotakis, C. Bangard, M. Brand, S. Shamay-Tsoory, O.A. Onur, J. Kessler Dissociating cognitive from affective theory of mind: a TMS study *Cortex*, 46 (2010), pp. 769-780

Elvish, R., Burrow, S., Cawley, R., Harney, K., Graham, P., Pilling, M., Gregory, J., Roach, P., & Fossey, J. (2014). 'Getting to Know Me': The development and evaluation of a training programme for enhancing skills in dementia care. (Include lo sviluppo della CODE)

Erkkinen, M., Kim, M., & Geschwind, M. (2018). *Clinical Neurology and Epidemiology of the Major Neurodegenerative Diseases.. Cold Spring Harbor perspectives in biology*, 10 4. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a033118>.

Eurostat. (2020). *Ageing Europe—Statistical book on the demographic changes and future trends in the EU*. Publications Office of the European Union.

Fingerman KL, Zhou Z, Haley WE, Zarit SH. Young Adult Caregivers for Older Family Members: Setting a New Research Agenda. *Innov Aging*. 2024 Dec 28;9(4):igae112. doi: 10.1093/geroni/igae112. PMID: 40231160; PMCID: PMC11995456.

Fischer AL, O'Rourke N, Loken Thornton W. Age Differences in Cognitive and Affective Theory of Mind: Concurrent Contributions of Neurocognitive Performance, Sex, and Pulse Pressure. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2017 Jan;72(1):71-81. doi: 10.1093/geronb/gbw088. Epub 2016 Aug 7. PMID: 27503390.

Flavell, J. H. (2004). Theory-of-Mind Development: Retrospect and Prospect. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50(3), 274–290. <https://doi.org/10.1353/mpq.2004.0018>

Fonagy, P., Sleet, M., and Baradon, T. (2016). Randomized controlled trial of parent-infant psychotherapy for parent-infant psychotherapy for parents with mental health problems and young infants. *Infant Ment. Health J.* 37, 97–114. doi: 10.1002/imhj.21553

Fondazione Grigioni per il Morbo di Parkinson. (2024). Dati epidemiologici sulla Malattia di Parkinson in Italia. Milano: Fondazione Grigioni. Recuperato da <https://www.parkinson.it>

Fossati, A., Borroni, S., Dziobek, I., Fonagy, P., & Somma, A. (2018). Thinking about assessment: Further evidence of the validity of the Movie for the Assessment of Social Cognition as a measure of mentalistic abilities. *Psychoanalytic Psychology*, 35(1), 127–141. <https://doi.org/10.1037/pap0000130>

Frith CD, Frith U. The neural basis of mentalizing. *Neuron*. 2006 May 18;50(4):531-4. doi: 10.1016/j.neuron.2006.05.001. PMID: 16701204..

Frith CD, Frith U. Interacting minds--a biological basis. *Science*. 1999 Nov 26;286(5445):1692-5. doi: 10.1126/science.286.5445.1692. PMID: 10576727.

Gabriel, E.T., Oberger, R., Schmoeger, M. et al. Cognitive and affective Theory of Mind in adolescence: developmental aspects and associated neuropsychological variables. *Psychological Research* 85, 533–553 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00426-019-01263-6>

Gao, Q., Chua, K., Mayston, R., & Prina, M. (2024). Longitudinal associations of loneliness and social isolation with care dependence among older adults in Latin America and China: A 10/66 dementia research group population-based cohort study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 39. <https://doi.org/10.1002/gps.6115>.

Gardner, D., & Helmes, E. (2006). Interpersonal dependency in older adults and the risks of developing mood and mobility problems when receiving care at home. *Aging & Mental Health*, 10, 63 - 68. <https://doi.org/10.1080/13607860500307522>.

Gayle, B. M., & Preiss, R. W. (2002). An overview of dyadic processes in interpersonal communication. In M. Allen, R. W. Preiss, B. M. Gayle, & N. A. Burrell (Eds.), *Interpersonal communication research: Advances through meta-analysis* (pp. 111–24).

GBD 2016 Neurology Collaborators. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2019 May;18(5):459-480. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30499-X. Epub 2019 Mar 14. PMID: 30879893; PMCID: PMC6459001.

Genestier, Sandrine & Meyer, Nicolas & Chantrel, François & Alenabi, Farideh & Brignon, Pierre & Maaz, Mehadji & Muller, Sandrine & Faller, Bernadette. (2010). Prognostic Survival Factors in Elderly Renal Failure Patients Treated with Peritoneal Dialysis: A Nine-Year Retrospective Study. *Peritoneal dialysis international : journal of the International Society for Peritoneal Dialysis.* 30. 218-26. 10.3747/pdi.2009.00043.

GBD 2016 Dementia Collaborators. Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2019 Jan;18(1):88-106. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30403-4. Epub 2018 Nov 26. PMID: 30497964; PMCID: PMC6291454.

Goldman, A. I. (2006). *Simulating minds: The philosophy, psychology, and neuroscience of mindreading.* Oxford University Press.

Goldstein, N. J., Vezich, I. S., & Shapiro, J. R. (2014). Perceived perspective taking: When others walk in our shoes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(6), 941–960. <https://doi.org/10.1037/a0036395>

Gomes da Rocha C, Jopp DS, Hoffman A, Falciola J, Cavalli S, Herrmann FR, Röcke C, Verloo H, Ribeiro O, von Gunten A. The role of functional dependence in depressive symptoms among centenarians: Findings from the SWISS100 study. *Int Psychogeriatr.* 2025 Sep;37(5):100071. doi: 10.1016/j.inpsyc.2025.100071. Epub 2025 Apr 5. PMID: 40187957.

Gopnik, A. (n.d.). The theory theory as an alternative to the innateness hypothesis. University of California, Berkeley. https://alisongopnik.com/Papers_Alison/ChomskyFinal.pdf

Gopnik, A., & Wellman, H. M. (1992). Why the child's theory of mind really is a theory. *Mind & Language*, 7, 145–171.

Gopnik, A., & Wellman, H. M. (2012). Why the child's theory of mind really is a theory. *Mind & Language*, 27(1), 152–171. https://www.researchgate.net/publication/227981515_Why_the_Child's_Theory_of_Mind_Really_Is_a_Theory

Gregory, C., Lough, S., Stone, V., Erzinclioglu, S., Martin, L., Baron-Cohen, S., & Hodges, J. R. (2002). Theory of mind in patients with frontal variant frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: Theoretical and practical implications. *Brain*, 125, 752–764.

Happé, F. G. E. (1994). An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(2), 129–154.

Harris, P. L. (1992). From simulation to folk psychology: The case for development. *Mind & Language*, 7(1-2), 120–144. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0017.1992.tb00201.x>

Heider, F., & Simmel, M. (1944). An experimental study of apparent behavior. *The American Journal of Psychology*, 57(2), 243–259.

Hendriks, L., & Broeckhoven, C. (1996). The β A4 Amyloid Precursor Protein Gene and Alzheimer's Disease. *FEBS Journal*, 237, 6-15. <https://doi.org/10.1111/j.1432-1033.1996.0006n.x>.

Henry, J. D., Phillips, L. H., Ruffman, T., & Bailey, P. E. (2013). A meta-analytic review of age differences in theory of mind: Implications for social cognitive neuroscience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(9), 1896–1908.

Henry, J. D., Phillips, L. H., Ruffman, T., & Bailey, P. E. (2013). A meta-analytic review of age differences in theory of mind. *Psychology and Aging*, 28(3), 826–839. <https://doi.org/10.1037/a0030677>

Hirsch, C. R., Meynen, T., & Clark, D. M. (2004). Negative self-imagery in social anxiety contaminates social interactions. *Memory*, 12(4), 496–506. <https://doi.org/10.1080/09658210444000106>

Hou, Y., Dan, X., Babbar, M. et al. Ageing as a risk factor for neurodegenerative disease. *Nat Rev Neurol* 15, 565–581 (2019). <https://doi.org/10.1038/s41582-019-0244-7>

Huang, Y.-L., Hsu, Y.-C., & Liu, T.-L. (2023). Mentalizing in a movie for the assessment of social cognition (MASC): Validation in a Taiwanese sample. *BMC Psychology*, 11, 353. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01321-0>

Human Cause-of-death Data series. Human Mortality Database. French Institute for Demographic Studies (France), Max Planck Institute for Demographic Research (Germany) and the University of California, Berkeley (USA). Available at www.mortality.org (data downloaded on 12/12/25).

Ioannis Liampas, V. Siokas, C.G. Lyketsos, E. Dardiotis, Cognitive Performance and Incident Alzheimer's Dementia in Men Versus Women, *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, Volume 11, Issue 1, 2024, Pages 162-170, ISSN 2274-5807, <https://doi.org/10.14283/jpad.2023.90>.

Isernia, S., Baglio, F., d'Arma, A., Groppo, E., Marchetti, A., & Massaro, D. (2019). Social Mind and Long-Lasting Disease: Focus on Affective and Cognitive Theory of Mind in Multiple Sclerosis. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00218>

Isernia, S., et al. (2022). Italian adaptation of the Edinburgh Social Cognition Test (ESCoT): Notes on cross-cultural adaptations of social cognition tasks (con riferimenti a

Fossati et al., 2018 per la versione italiana del MASC). *Frontiers in Psychology*, 13, 971187. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.971187>

Isis E. van Gennip, H. Roeline W. Pasman, Mariska G. Oosterveld-Vlug, Dick L. Willems, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, How Dementia Affects Personal Dignity: A Qualitative Study on the Perspective of Individuals With Mild to Moderate Dementia, *The Journals of Gerontology: Series B*, Volume 71, Issue 3, May 2016, Pages 491–501, <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu137>

ISTAT. (2021). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia (Report Anno 2019)

ISTAT. (2024). Indicatori demografici. Anno 2024. Roma: Istituto Nazionale di Statistica. Recuperato da <https://www.istat.it>

ISTAT. (2025). Report sulla longevità in Italia: cresce il numero dei centenari. Roma: Istituto Nazionale di Statistica. Recuperato da <https://www.spazio50.org/report-istat-sulla-longevita-cresce-il-numero-dei-centenari-in-italia/>

Istituto Nazionale di Statistica. (2023). Previsioni della popolazione residente e delle famiglie. Base 1° gennaio 2023 (Report). ISTAT. <https://www.istat.it/it/archivio/287219>

Istituto Superiore di Sanità (ISS). (2025). Dati e informazioni sulle demenze. Osservatorio Demenze. [Recuperato da: <https://www.demenze.it/it-schede-6-demenze>]

Joel, S., Eastwick, P. W., Allison, C. J., Arriaga, X., Zachary, G., Baker, H. J., Bar-Kalifa, E., Bergeron, S., Birnbaum, G., Brock, R. L., Claudia, C., B., Carmichael, C. L., Chen, S., Clarke, J. A., Cobb, R., Coolson, M. K., Davis, J., De Jong, D. C., . . . Wolf, S. (2020). Machine learning uncovers the most robust self-report predictors of relationship quality across 43 longitudinal couples studies. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117, 19061 - 19071. <https://doi.org/10.1073/pnas.1917036117>

Jokic-Begic, N., & Lackovic-Grgin, K. (2019). Psychometric properties of the World Health Organization's Quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire in medical

students. *Psychiatria Danubina*, 31(4), 415–421. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31817180/>

Júnior, W., Ferreira, L., Molina-Bastos, C., Júnior, J., Reis, H., & Goulart, B. (2024). Prevalence of functional dependence and chronic diseases in the community-dwelling Brazilian older adults: an analysis by dependence severity and multimorbidity pattern. *BMC Public Health*, 24. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17564-w>.

Kalbe, E., Grabenhorst, F., Brand, M., Kessler, J., Hilker, R., & Markowitsch, H. (2007). Elevated emotional reactivity in affective but not cognitive components of theory of mind: a psychophysiological study. *Journal of neuropsychology*, 1 Pt 1, 27-38 . <https://doi.org/10.1348/174866407X180792>.

Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970 Spring;10(1):20-30. doi: 10.1093/geront/10.1_part_1.20. PMID: 5420677.

Kipfer, S., Mabire, C., Vézina, J., Koppitz, A., & Pihet, S. (2024). Relationship quality perceived by family caregivers of people with dementia in the context of a psychoeducational intervention: A qualitative exploration. *Dementia (London, England)*, 23, 1263 - 1291. <https://doi.org/10.1177/14713012241264611>

Kipps, C. M., Mioshi, E., and Hodges, J. R. (2009). Emotion, social functioning and activities of daily living in frontotemporal dementia. *Neurocase*, 15, 182–189. doi: 10.1080/1355479080263289

Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Buckingham, UK: Open University Press.

Knapp, M., Prince, M., Albanese, E., Banerjee, S., Dhanasiri, S., Fernandez, J. L., et al. (2007). *Dementia UK: a report into the prevalence and cost of dementia prepared by the Personal social Services Research Unit (PCSSRU) at the London School of Economics and Institute of Psychiatry at King's College London for the Alzheimer's Society*. London: Alzheimer's Society.

Kráčmarová, L., Tomanová, J., Černíková, K., Tavel, P., Langová, K., Greaves, P., & Kisvetrová, H. (2022). Perception of dignity in older men and women in the early stages of dementia: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 22. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03362-3>.

Kramer, B. J. (1997). Gain in the caregiving experience: Where are we? What next? *The Gerontologist*, 37, 218–232

Krendl, A. (2025). Disentangling the role of executive function and episodic memory in older adults' performance on dynamic theory of mind tasks. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 32, 724 - 745. <https://doi.org/10.1080/13825585.2025.2476586>

Kulke, L., Reuter, T., & Rakoczy, H. (2021). Theory of mind tested by implicit false belief: A simple and full-fledged mental state attribution. *Psychological Science*, 32(12), 1911–1923. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34914205/>

Larki, T., Yousefi, E., & Khajepour, L. (2025). Comparison of the Impact of Mentalization-Based Therapy and Unified Transdiagnostic Treatment on Intimacy and Marital Satisfaction of Women with Experience of Marital Infidelity. *The International Journal of Education and Cognitive Sciences*. <https://doi.org/10.61838/kman.ijecs.6.1.14>

Larkin, F., Fishburn, S., Lee, Y., & Meins, E. (2025). Relations between mind-mindedness, stress and parent-child relationship quality in parents of children with a history of mental health or behavioural difficulties.. *The British journal of developmental psychology*. <https://doi.org/10.1111/bjdp.70015>

Lavender, S., Waters, C. S., & Hobson, C. (2022). The efficacy of group delivered mentalization-based parenting interventions: A systematic review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 28, 761 - 784. <https://doi.org/10.1177/13591045221113392>

Lecce, S., Bianco, F., Devine, R. T., Hughes, C., & Banerjee, R. (2019). Promoting theory of mind during middle childhood: A training program. *Journal of Experimental Child Psychology*, 185, 85–101.

Leslie, A. M. (1994). ToMM, ToBy, and agency: Core architecture and domain specificity. *Mapping the mind*.

Li, J. and Shum, K. (2025). Exploring the Relationships Between Theory of Mind, Social Skills, and Friendship Quality in Adolescents and Adults With and Without Autism Spectrum Disorder Through Structural Equation Modeling.. *Journal of autism and developmental disorders*. doi: 10.1007/s10803-025-07039-9.

Li X, Wang K, Wang F, Tao Q, Xie Y, Cheng Q. Aging of theory of mind: the influence of educational level and cognitive processing. *Int J Psychol*. 2013;48(4):715-27. doi: 10.1080/00207594.2012.673724. Epub 2012 Apr 19. PMID: 22515730.

Liang, C., Li, D., Yang, F., Tseng, P., Carvalho, A., Stubbs, B., Thompson, T., Mueller, C., Shin, J., Raduà, J., Stewart, R., Rajji, T., Tu, Y., Chen, T., Yeh, T., Tsai, C., Yu, C., Pan, C., & Chu, C. (2021). Mortality rates in Alzheimer's disease and non-Alzheimer's dementias: a systematic review and meta-analysis.. *The Lancet. Healthy longevity*, 2 8, e479-e488 . <https://doi.org/10.2139/ssrn.3791432>.

Liang, J., Krause, N. M., & Bennett, J. M. (2001). Social exchange and well-being: Is giving better than receiving? *Psychology and Aging*, 16, 511–523.

Lindt, N., Van Berkel, J., & Mulder, B. (2019). Determinants of overburdening among informal carers: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01708-3>

Liu Z, Heffernan C, Tan J. Caregiver burden: A concept analysis. *Int J Nurs Sci*. 2020 Jul 25;7(4):438-445. doi: 10.1016/j.ijnss.2020.07.012. PMID: 33195757; PMCID: PMC7644552.

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Dixon, J., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Larson, E. B., Ritchie, K., Rockwood, K., Sampson, E. L., ... Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 update of the Lancet Commission. *The Lancet*.

Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Teri, L. (1999). Quality of life in Alzheimer's disease: Patient and caregiver reports.

Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., & Romero-Moreno, R. (2010). Development and validation of the Caregiver Guilt Questionnaire. *International Psychogeriatrics*, 22(4), 650–660. <https://doi.org/10.1017/S1041610209992192>

Losada, A., Márquez-González, M., Vara-García, C., Gallego-Alberto, L., Romero-Moreno, R., & Pillemer, K. (2015). Ambivalence and guilt feelings: Two relevant variables for understanding caregivers' depressive symptomatology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(5), 443–453. <https://doi.org/10.1002/cpp.1909>

Luyten, P., Mayes, L., Nijssens, L., & Fonagy, P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PLoS ONE*, 12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176218>

Lv, B., Liang, L., Chen, A., Yang, H., Zhang, X., Guo, F., & Qian, H. (2023). Mortality of Alzheimer's Disease and Other Dementias in China: Past and Future Decades. *International Journal of Public Health*, 68. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1605129>.

Lyketsos, C.G., Carrillo, M.C., Ryan, J.M., Khachaturian, A.S., Trzepacz, P., Amatniek, J., Cedarbaum, J., Brashear, R. and Miller, D.S. (2011), Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7: 532-539. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.05.2410>

Mahwah, NJ: Erlbaum Kavanagh RD. Pretend play and theory of mind. In: Balter L, Tamis-LeMonda CS, eds. *Child psychology: A handbook of contemporary issues*. 2nd ed. New York, NY: Psychology Press, 2006; 153-166.

Manuali MSD. (2025). Demenza. Edizione Professionisti. [Recuperato da: <https://www.msdmanuals.com/it/professionale/malattie-neurologiche/delirium-e-demenza/demenza>]

Martire, L. M., Lustig, A. P., Schulz, R., Miller, G. E., & Helgeson, V. S. (2004). Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. *Health Psychology*, 23, 599–611.

McDaniel, M. A., Hartman, N. S., Whetzel, D. L., & Grubb, W. L., III. (2007). Situational judgment tests, response instructions, and validity: A meta-analysis. *Personnel Psychology*, 60(1), 63–91.

McDaniel, M. A., Morgeson, F. P., Finnegan, E. B., Campion, M. A., & Braverman, E. P. (2001). Use of situational judgment tests to predict job performance: A clarification of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 86(4), 730–740.

McKeith, I., & Cummings, J. (2005). Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *The Lancet Neurology*, 4(11), 735–742. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(05\)70219-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(05)70219-2)

McLaren, V., et al. (2022). Hypermentalizing and Borderline Personality Disorder: On the use of MASC error categories (ipo/iper/no ToM). *American Journal of Psychotherapy*, 75(4), 150–166. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20210018>

McMahon, C., & 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. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2017.07.001>

Meinhardt-Injac, B., Daum, M., & Meinhardt, G. (2020). Theory of mind development from adolescence to adulthood: Testing the two-component model.. *The British journal of developmental psychology*. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12320>.

Meinhardt-Injac, B., Daum, M.M. and Meinhardt, G. (2020), Theory of mind development from adolescence to adulthood: Testing the two-component model. *Br J Dev Psychol*, 38: 289-303. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12320>

Meins E, Fernyhough C, Fradley E, Tuckey M. Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001;42(5):637–648. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00759>

Meltzoff AN, Gopnik A, Repacholi BM. Toddlers' understanding of intentions, desires, and emotions: Explorations of the dark ages. In: Zelazo PD, Astington JW, Olson DR, eds. *Developing theories of intention: Social understanding and self control* Mahwah, NJ: Erlbaum, 1999; 17-41.

Meynen, M., Colonnese, C., Abrahamse, M., Hein, I., Stams, G., & Lindauer, R. (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.

Micheli, G. (2007). Coperture variabili. Non autosufficienza anziana ed erogazioni di welfare. , 81, 409-440. <https://doi.org/10.1425/25909>.

Miller, S.E., Reavis, R.E., & Avila, B.N. (2018). Associations Between Theory of Mind, Executive Function, and Friendship Quality in Middle Childhood. *Merrill-Palmer Quarterly* 64(3), 397-426. <https://dx.doi.org/10.13110/merrpalmquar1982.64.3.0397>.

Ministero della Salute. (2023). Piano nazionale demenze. Aggiornamento 2023–2025. Roma: Ministero della Salute. Recuperato da <https://www.salute.gov.it>

Moran, J. M. (2013). Lifespan development: The age of reason and the theory of mind. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 672.

Moran, J. M. (2013). Lifespan development: The effects of typical aging on theory of mind. *Behavioural Brain Research*, 237, 32–40. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2012.09.020>

Morrison, A. S., & Heimberg, R. G. (2022). Social anxiety and behavioral assessments of social cognition: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 9754122. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9754122/>

Moss, S., Gebhardt-Kram, L., Dabelko-Schoeny, H., & Cheavens, J. (2020). Identifying Care-Related Needs of Family Caregivers of People With Dementia: Beyond the Stress Process Model. *Innovation in Aging*, 4, 74 - 74. <https://doi.org/10.1093/geron/igaa057.241>.

NICE. (2018/2022). NG97: Dementia—assessment, management and support. Recuperato da: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>

Nordenfelt L. The varieties of dignity. *Health Care Anal.* 2004 Jun;12(2):69-81; discussion 83-89. doi: 10.1023/B:HCAN.0000041183.78435.4b. PMID: 15487812.

Novak, M., & Guest, C. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *Gerontologist*, 29(6), 798–803.

O'Connor, D. L., Phinney, A., & Hulko, W. (2007). Dementia at the intersections: A unique case study exploring social location. *Journal of Aging Studies*, 21(4), 343–356. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2007.05.001>

Offer, Shira & Schneider, Barbara. (2011). Revisiting the Gender Gap in Time-Use Patterns. *American Sociological Review*. 76. 10.1177/0003122411425170.

Okura T, Langa KM. Caregiver burden and neuropsychiatric symptoms in older adults with cognitive impairment: the Aging, Demographics, and Memory Study (ADAMS). *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2011 Apr-Jun;25(2):116-21. doi: 10.1097/WAD.0b013e318203f208. PMID: 21192239; PMCID: PMC3100441.

Olderbak, S., Wilhelm, O., Olaru, G., Geiger, M., Brenneman, M., & Roberts, R. (2015). A psychometric analysis of the reading the mind in the eyes test: toward a brief form for research and applied settings. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01503>.

OMS, 2025 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). (2021). Decade of Healthy Ageing 2021–2030. Ginevra: World Health Organization.

Otsuka, Y., Shizawa, M., Sato, A., & Itakura, S. (2021). The role of executive functions in older adults' affective theory of mind.. *Archives of gerontology and geriatrics*, 97, 104513. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104513>

Overholser, J. (1992). Interpersonal dependency and social loss. *Personality and Individual Differences*, 13, 17-23. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(92\)90212-8](https://doi.org/10.1016/0191-8869(92)90212-8).

Peña-Casanova, J. et al. (2012). Neuropsychology of Alzheimer's disease. *Archives of Medical Research*.

Perrotta G., (2020) The Theory of Mind (ToM): theoretical, neurobiological and clinical profiles. *J Neuroscience and Neurological Surgery*. 7(1); DOI:10.31579/2578-8868/141

Petrucci, L., & Margarito, A. (2025). Population aging in Italy: Demographic trends, economic sustainability and welfare systems. *Journal of Advanced Health Care*, 7(1), 45–59. Retrieved from <https://www.jahc.it/index.php/jahc/article/view/478>

Phillips, L. H., MacLean, R. D. J., & Allen, R. (2002). Age and the Understanding of Emotions: Neuropsychological and Sociocognitive Perspectives. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(6), P526–P530. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.6.p526>

Pinkham, A. and Penn, D. (2006). Neurocognitive and social cognitive predictors of interpersonal skill in schizophrenia.. *Psychiatry research*, 143 2-3, pp. 167-78 . doi: 10.1016/j.psychres.2005.09.005.

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250–267.

Pluck, G., Córdova, M.A., Bock, C., Chalen, I. and Trueba, A.F. (2021), Socio-economic status, executive functions, and theory of mind ability in adolescents: Relationships with language ability and cortisol. *Br J Dev Psychol*, 39: 19-38. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12354>

Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515–526. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1267929>

Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515–526.

Prevost, M., Carrier, M., Chowne, G., Zelkowitz, P., Joseph, L., & Gold, I. (2014). The “Reading the Mind in the Eyes” Test: Systematic review of psychometric properties and norms for adults. *Frontiers in Psychology*, 5, 206. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6345369/>

Prince, M., Ali, G. C., Guerchet, M., Prina, A. M., Albanese, E., and Wu, Y. T. (2016). Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. *Alzheimers. Res. Ther.* 8:23. doi: 10.1186/s13195-016-0188-8

Qualtrics. (2024). *Qualtrics XM Platform* [Computer software]. Qualtrics. <https://www.qualtrics.com>

Ragioneria Generale dello Stato. (2024). Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario: Rapporto 2024. Ministero dell’Economia e delle Finanze. Recuperato da https://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2024/Ltdmlpdspess-2024.pdf

Raimo S, Cropano M, Roldán-Tapia MD, Ammendola L, Malangone D, Santangelo G. Cognitive and Affective Theory of Mind across Adulthood. *Brain Sci.* 2022 Jul 9;12(7):899. doi: 10.3390/brainsci12070899. PMID: 35884706; PMCID: PMC9313336.

Rait, G., Walters, K., Bottomley, C., Petersen, I., Iliffe, S., & Nazareth, I. (2010). Survival of people with clinical diagnosis of dementia in primary care: cohort study. *The BMJ*, 341. <https://doi.org/10.1136/bmj.c3584>.

Rakoczy, H., & Proft, M. (2019). False-belief representation and attribution in preschoolers: Testing a graded-representation hypothesis. *Current Psychology Letters*. <https://journals.openedition.org/cpl/233>

Reinhardt, J. (2001). Effects of positive and negative support received and provided on adaptation to chronic visual impairment. *Applied Developmental Science*, 5(2), 76–85.

Reis, H. T., Clark, M. S., & Holmes, J. G. (2004). Perceived Partner Responsiveness as an Organizing Construct in the Study of Intimacy and Closeness. In D. J. Mashek & A. P. Aron (Eds.) *Handbook of Closeness and Intimacy* (pp. 201-225). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Riley, J. C. (2005). Estimates of regional and global life expectancy, 1800–2001. *Population and Development Review*, 31(3), 537–543.

Roda, A. R. et al. (2022). Amyloid- β peptide and tau protein crosstalk in Alzheimer's disease.

Rosenman, R., Tennekoon, V. S., & Hill, L. (2011). Measuring bias in self-reported data. *International journal of behavioural & healthcare research*, 2, 320 - 332. <https://doi.org/10.1504/ijbhr.2011.043414>

Rostad, W., & Whitaker, D. (2016). The Association Between Reflective Functioning and Parent–Child Relationship Quality. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 2164 - 2177. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0388-7>

Roth DL, Fredman L, Haley WE. Informal caregiving and its impact on health: a reappraisal from population-based studies. *Gerontologist*. 2015 Apr;55(2):309-19. doi: 10.1093/geront/gnu177. Epub 2015 Feb 18. PMID: 26035608; PMCID: PMC6584119.

Sanvictores T, Mendez MD. Types of Parenting Styles and Effects on Children. [Updated 2022 Sep 18]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568743/>

Sagbakken, M., Nåden, D., Ulstein, I., Kvaal, K., Langhammer, B., & Rognstad, M. (2017). Dignity in people with frontotemporal dementia and similar disorders — a qualitative study of the perspective of family caregivers. *BMC Health Services Research*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2378-x>.

Sarig-Shmueli, Y., et al. (2023). Mentalizing ability, mentalizing impairments, and anorexia nervosa: Evidenze su affidabilità del MASC e sottoscale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(6), 2329–2343. <https://doi.org/10.1002/cpp.2848>

Saxe, R., & Kanwisher, N. (2003). How and where: Theory-of-mind in the brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(6), 257–259. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6989753/>

Schaffler-Schaden, Dagmar & Krutter, Simon & Seymer, Alexander & Eßl-Maurer, Roland & Flamm, Maria & Osterbrink, Juergen. (2021). Caring for a Relative with Dementia: Determinants and Gender Differences of Caregiver Burden in the Rural Setting. *Brain Sciences*. 11. 1511. [10.3390/brainsci11111511](https://doi.org/10.3390/brainsci11111511).

Sebern, M. D., & Whitlatch, C. J. (2007). Dyadic Relationship Scale: A Measure of the Impact of the Provision and Receipt of Family Care. *The Gerontologist*, 47(6), 741–751. <https://doi.org/10.1093/geront/47.6.741>

Selcuk, E., Gunaydin, G., Ascigil, E., Bayraktaroglu, D., & Ong, A. D. (2024). My partner really gets me: Affective reactivity to partner stress predicts greater relationship quality in new couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 126(5), 895–912. <https://doi.org/10.1037/pspp0000509>

Shamay-Tsoory, S. G., & Aharon-Peretz, J. (2007). Dissociable prefrontal networks for cognitive and affective theory of mind. *Neuropsychologia*, 45(13), 3054–3067.

Shamay-Tsoory, S. G., Shur, S., Barcai-Goodman, L., Medlovich, S., Harari, H., & Levkovitz, Y. (2007). Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 149(1–3), 11–23. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.10.018>

Shalini, K., Uloopi, K., Vinay, C., Ratnaditya, A., RojaRamya, K., & Chaitanya, P. (2023). Impact of Parenting Style on Child's Behavior and Caries Experience in 3–6-year-old Children: A Cross-sectional Study. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 16, 276 - 279. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-2517>

Silver Economy Network. (2023). Scenario Longevità – Rapporto 2024. Milano: Silver Economy Network. Recuperato da <https://www.silvereconomynetwork.it>

Soares, L., Alves, A. L. C., De Souza Costa, D., Malloy-Diniz, L., De Paula, J. J., Romano-Silva, M., & De Miranda, D. M. (2021). Common Venues in Romantic Relationships of Adults With Symptoms of Autism and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.593150>

Sokolovič, L. et al. (2023). Neuropsychological differential diagnosis of Alzheimer's disease and dementia with Lewy bodies. *Frontiers in Aging Neuroscience*.

Somma, A., Ferrara, M., & Fossati, A. (2019). Hypermentalizing as a marker of borderline personality disorder in Italian adolescents: Replicazione cross-culturale con MASC italiano. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6, 11. <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0104-5>

Stucki B.R., Mulvey J. American Council of Life Insurers; 2000. Can aging baby boomers avoid the nursing home: long-term care insurance for" aging in place. [[Google Scholar](#)]

Sullivan S, Ruffman T. Social understanding: How does it fare with advancing years? *Br J Psychol*. 2004 Feb;95(Pt 1):1-18. doi: 10.1348/000712604322779424. PMID: 15005864.

Tarlow, Barbara & Wisniewski, Stephen & Belle, Steven & Rubert, Mark & Ory, Marcia & Gallagher-Thompson, Dolores. (2004). Positive Aspects of Caregiving: Contributions of the REACH Project to the Development of New Measures for Alzheimer's Caregiving. *Research on Aging - RES AGING*. 26. 429-453. 10.1177/0164027504264493.

The WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569–1585.

Timonen, V., & Lolic, L. (2020). Dependency as Status: Older Adults' Presentations of Self as Recipients of Care. *SAGE Open*, 10. <https://doi.org/10.1177/2158244020963590>.

Torralva, Teresa PhD, Gleichgerrcht, Ezequiel MD||; Torres Ardila, María Juliana PsyD*; Roca, María PhD*,¶; Manes, Facundo F. PhD*,†,‡,§. Differential Cognitive and Affective Theory of Mind Abilities at Mild and Moderate Stages of Behavioral Variant Frontotemporal Dementia. *Cognitive And Behavioral Neurology* 28(2):p 63-70, June 2015. | DOI: 10.1097/WNN.0000000000000053

Toye, C., Lester, L., Popescu, A., McInerney, F., Andrews, S., & Robinson, A. L. (2014). Dementia Knowledge Assessment Tool Version Two (DKAT2).

Trejo-Lopez JA, Yachnis AT, Prokop S. Neuropathology of Alzheimer's Disease. *Neurotherapeutics*. 2022 Jan;19(1):173-185. doi: 10.1007/s13311-021-01146-y. Epub 2021 Nov 2. PMID: 34729690; PMCID: PMC9130398.

Valle, A., Massaro, D., Castelli, I., & Marchetti, A. (2015). Theory of Mind Development in Adolescence and Early Adulthood: The Growing Complexity of Recursive Thinking Ability. *Europe's Journal of Psychology*, 11, 112 - 124. <https://doi.org/10.5964/ejop.v11i1.829>.

Vannini, P., Amariglio, R., Hanseeuw, B., Johnson, K., McLaren, D., Chhatwal, J., Pascual-Leone, Á., Rentz, D., & Sperling, R. (2017). Memory self-awareness in the

preclinical and prodromal stages of Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 99, 343-349. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.04.002>.

Vellante, M., Baron-Cohen, S., Melis, M., Marrone, M., Petretto, D. R., Masala, C., & Preti, A. (2013). The "Reading the Mind in the Eyes" test: Systematic review of psychometric properties and a validation study in Italy. *Cognitive Neuropsychiatry*, 18(4), 326–354. <https://doi.org/10.1080/13546805.2012.721728>

Ventola, P., & Friedman, H. (2015). Reading the Mind in Eyes Test. In *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* (pp. 1–5). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6435-8_102103-1

Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(6), 946–972.

Wei L, Hodgson C. Clinimetrics: the Lawton-Brody Instrumental activities of Daily Living Scale. *J Physiother*. 2023;69(1):57.

Wellman, Henry M., 'Introduction: Theory of Mind, Development, and Foundational Human Cognition', *Making Minds: How Theory of Mind Develops* (2014; online edn, Oxford Academic, 20 Nov. 2014), <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199334919.003.0015>, accessed 9 Dec. 2025.

Werner, P., Goldstein, D., & Heinik, J. (2011). Development and validity of the Family Stigma in Alzheimer's Disease Scale (FS-ADS). *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 25(1), 42–48. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e3181f476b5>

Westby, C., & Robinson, L. (2014). A Developmental Perspective for Promoting Theory of Mind. *Topics in Language Disorders*, 34, 362–382. <https://doi.org/10.1097/TLD.0000000000000035>.

White, S. J., Coniston, D., Rogers, R., & Frith, U. (2023). The Social Shapes Test as a self-administered, online measure of social cognition. *Frontiers in Psychology*, 14, 9909157. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9909157/>

Williams KN, Herman R, Gajewski B, Wilson K. Elderspeak communication: impact on dementia care. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2009 Feb-Mar;24(1):11-20. doi: 10.1177/1533317508318472. Epub 2008 Jun 30. PMID: 18591210; PMCID: PMC2823803.

World Health Organization. (2019). Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. World Health Organization

World Health Organization. (2021). World Health Statistics 2021: Monitoring health for the Sustainable Development Goals.

Xu, F., & Wellman, H. M. (2023). Perspective-taking and social competence in adults. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10495020/>

Yuan, Q., Tan, T., Wang, P., Poremski, D., Abdin, E., Magadi, H., Goveas, R., Ng, L., & Subramaniam, M. (2024). A modified transactional model of stress and coping on depressive symptoms among informal caregivers of persons with dementia. *Scientific Reports*, 14. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-76339-4>.

Zabihzadeh, A., Maleki, G., Richman, M. J., Hatami, A., Alimardani, Z., & Heidari, M. (2017). Affective and cognitive theory of mind in borderline personality disorder: The role of comorbid depression. *Psychiatry Research*, 257, 144–149. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.034>

Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980 Dec;20(6):649-55. doi: 10.1093/geront/20.6.649. PMID: 7203086

Zhou Q, Eisenberg N, Losoya SH, Fabes RA, Reiser M, Guthrie IK, Murphy BC, Cumberland AJ, Shepard SA. The relations of parental warmth and positive expressiveness to children's empathy-related responding and social functioning: a longitudinal study. *Child Dev*. 2002 May-Jun;73(3):893-915. doi: 10.1111/1467-8624.00446. PMID: 12038559..