



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione – DPSS

Corso di laurea magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi di Laurea Magistrale

**Mind-mindedness materna: l'influenza dell'empatia e del
funzionamento psicosomatico genitoriale**

**Maternal mind-mindedness: the influence of parental empathy and
psychosomatic functioning**

Relatrice

Prof.ssa Paola Rigo

Correlatrice

Dott.ssa Bianca Filippi

Laureanda: Alice Doretto

Matricola: 2079403

Anno accademico 2023/2024

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1: LA FUNZIONE GENITORIALE	5
1.1 Definizione	5
1.2 Funzioni della genitorialità	7
1.3 Infant Research	9
1.4 Determinanti della genitorialità	12
1.4.1 Caratteristiche genitoriali.....	13
1.4.2 Caratteristiche del bambino	15
1.4.3 Caratteristiche del contesto sociale.....	16
1.5 Conclusioni	16
CAPITOLO 2: MIND-MINDEDNESS GENITORIALE	18
2.1 Mind-mindedness: il costrutto	18
2.2 Mind-mindedness e funzionamento dell'individuo.....	21
2.3 Mind-mindedness ed esiti evolutivi nel bambino	23
CAPITOLO 3: EMPATIA	26
3.1 Empatia: il costrutto.....	26
3.2 Empatia nelle relazioni sociali	28
3.3 Empatia e funzione genitoriale	30
3.4 Empatia ed esiti evolutivi nel bambino	32
CAPITOLO 4: I DISTURBI PSICOSOMATICI	34
4.1 Disturbi psicosomatici e somatizzazione: definizione.....	34
4.2 Somatizzazione e funzionamento dell'individuo	36
4.3 Somatizzazione e funzione genitoriale	39
4.4 Somatizzazione ed esiti evolutivi nel bambino	41
CAPITOLO 5: LA RICERCA	43
5.1 Obiettivi e ipotesi	43
5.2 Partecipanti	44
5.3 Procedura sperimentale.....	45
5.4 Strumenti	46
5.4.1 Mind-Mindedness Coding System	46
5.4.2 Interpersonal Reactivity Index (IRI).....	47

5.4.3	Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research-Revised (DCPR-R ISS).....	48
5.4.4	Symptom Checklist-90-R.....	49
5.4.5	Scale Bayley-III	49
<i>CAPITOLO 6: RISULTATI</i>		51
6.1	Analisi descrittive.....	51
6.1.1	Variabili sociodemografiche	51
6.1.2	Empatia e somatizzazione.....	53
6.1.3	Mind-mindedness materna.....	54
6.1.4	Sviluppo del bambino.....	55
6.2	Correlazioni tra variabili individuali e mind-mindedness materna	55
6.2.1	Empatia cognitiva e mind-mindedness.....	56
6.2.2	Somatizzazione e mind-mindedness	56
6.2.3	Empatia e somatizzazione.....	59
6.3	Correlazioni tra mind-mindedness materna e sviluppo del bambino.....	60
<i>CAPITOLO 7: DISCUSSIONE DEI RISULTATI</i>		65
7.1	Discussione dei risultati.....	65
7.1.1	Variabili sociodemografiche e mind-mindedness materna.....	65
7.1.2	Empatia cognitiva e mind-mindedness.....	66
7.1.3	Somatizzazione e mind-mindedness	67
7.1.4	Empatia e somatizzazione.....	68
7.1.5	Mind-mindedness materna e sviluppo del bambino	72
7.2	Limiti e prospettive future	75
7.3	Conclusioni	76
<i>BIBLIOGRAFIA</i>		78
<i>MATERIALI SUPPLEMENTARI</i>		95

INTRODUZIONE

La recente letteratura ha introdotto il costrutto della mind-mindedness genitoriale come operazionalizzazione prassico-osservativa della funzione mentalizzante, definita da Meins come la capacità di rappresentarsi il bambino come un individuo dotato di una mente propria, interpretando il suo comportamento come risultato di emozioni, preferenze, motivazioni e obiettivi, e verbalizzando tali aspetti in modo esplicito.

Il presente studio di ricerca longitudinale si pone l'obiettivo di indagare e approfondire l'influenza di alcuni fattori individuali della madre sulla mind-mindedness genitoriale a quattro mesi di vita del figlio, e di osservare il suo impatto sullo sviluppo socio-emotivo, linguistico e comportamentale del bambino a dodici mesi di vita. In particolare, dal punto di vista cognitivo è stato indagato il ruolo dell'empatia cognitiva, che condivide con la mind-mindedness la componente di *perspective taking* e comprensione dello stato interno altrui; sul versante affettivo, invece, è stato analizzato l'impatto del funzionamento psicosomatico, che influenza le competenze emotive e di mentalizzazione, componenti centrali della mind-mindedness. L'ipotesi di ricerca era dunque quella di osservare un'influenza delle abilità empatiche e del funzionamento psicosomatico sulle competenze di mind-mindedness genitoriale a quattro mesi di vita del bambino, che nel complesso andassero a rappresentare dei predittori delle successive competenze evolutive del bambino a dodici mesi.

Alla luce degli obiettivi e delle ipotesi della ricerca esposti, la prima parte dell'elaborato (Capitoli 1-4) tratta i costrutti teorici e le variabili di interesse alla base dello studio, mentre la seconda parte (Capitoli 5-7) descrive il progetto di ricerca e le implicazioni dei risultati ottenuti.

Nel primo capitolo viene definito il costrutto della funzione genitoriale nelle sue componenti, teorizzazioni e modelli. In particolare, si approfondisce l'approccio dell'Infant Research che funge da cornice teorica all'intera ricerca, in quanto viene messo in risalto il contributo bidirezionale della diade durante le interazioni, e le influenze contestuali, individuali e relazionali che impattano sulla qualità delle cure esercitate dal genitore nei confronti del bambino.

Il secondo capitolo verte sulla descrizione e operazionalizzazione della mind-mindedness, nonché una competenza centrale della funzione genitoriale e tema fondante del presente elaborato. In linea con la prospettiva ecologica di Belsky, vengono analizzati gli elementi individuali che influenzano la mind-mindedness, e il contributo che tale competenza ha sullo sviluppo del bambino.

Nel terzo capitolo viene definita l'empatia, un aspetto del funzionamento individuale che, attraverso le sue componenti cognitive e affettive, rappresenta una risorsa fondamentale per la creazione e il mantenimento dei legami sociali, compreso quello genitoriale. Viene dunque approfondito il ruolo dell'empatia all'interno della funzione genitoriale e gli esiti evolutivi del bambino associati.

Il quarto capitolo tratta il tema del funzionamento psicosomatico, sia in termini di Disturbo da Sintomi Somatici che di somatizzazione persistente più o meno grave. Seguendo una prospettiva ecologica, viene analizzato l'impatto di tale funzionamento affettivo disfunzionale dell'individuo sulla genitorialità per la messa in atto di comportamenti di cura adeguati, e di conseguenza sullo sviluppo del bambino.

Nel quinto capitolo viene descritto il progetto di ricerca: obiettivi e ipotesi, descrizione dei partecipanti, procedura sperimentale e strumenti utilizzati.

Nel sesto capitolo vengono presentati i risultati ottenuti dalle analisi dei dati raccolti.

Infine, nel settimo ed ultimo capitolo vengono discussi e approfonditi i risultati alla luce di alcuni limiti della ricerca, accompagnati da riflessioni conclusive.

CAPITOLO 1

LA FUNZIONE GENITORIALE

1.1 Definizione

Con funzione genitoriale si intende la capacità di un individuo di fornire accudimento e protezione a un'altra persona, comprendendone i bisogni e rispondendovi in modo adeguato alla luce delle sue caratteristiche specifiche (Simonelli, 2014). Essa si basa sulla capacità di riconoscere la soggettività dell'altro in situazioni che richiedono l'attivazione di competenze di cura a livello fisico, ma anche affettivo e relazionale, nonché del proprio mondo rappresentazionale (Fava Vizziello, 2003). La funzione genitoriale è osservabile a partire dalla messa in atto di semplici comportamenti durante le interazioni quotidiane e ripetute tra caregiver e bambino, ma che si basano su una matrice complessa di pensieri, credenze, emozioni, aspettative e rappresentazioni che guidano le azioni di cura (Simonelli, 2014). A tal proposito, Stern ha definito il concetto di "costellazione materna" come un organizzatore psichico che prepara all'incontro con il bambino e all'attivazione della funzione genitoriale, alla luce di rappresentazioni mentali del bambino ideale, di sé stessi e dei propri genitori (Stern, 1995). Infatti, la funzione di cura fonda le sue radici sulla matrice relazionale costruita durante la propria esperienza come figli, a partire dalle modalità relazionali che altri hanno messo in atto nel prendersi cura dell'individuo, e che hanno permesso di creare, fin dal primo anno di vita, delle rappresentazioni di sé e dell'incontro con l'altro significativo, e un bagaglio esperienziale a cui attingere nelle situazioni che lo richiedono (Bastianoni, 2009).

La funzione genitoriale è dunque una funzione ampia e complessa che, se da un lato è in parte biologicamente determinata, come dimostrato, ad esempio, dall'attivazione di specifiche aree cerebrali nelle situazioni di cura, dall'altro trascende il legame biologico esistente tra gli individui (Simonelli et al., 2014; Venuti et al., 2018). La generatività biologica è infatti soltanto una delle possibili espressioni della funzione genitoriale, la quale è intrinsecamente legata alle caratteristiche degli individui e della relazione tra essi (Fava Vizziello & Simonelli, 2004). Si pensi, ad esempio, ai

casi in cui genitori adottivi o adulti affidatari si prendono cura di un bambino che biologicamente non è il loro. Nel corso del presente elaborato, tuttavia, faremo specifico riferimento alle situazioni in cui la funzione genitoriale coincide con la genitorialità biologicamente determinata.

La funzione genitoriale presenta tre caratteristiche fondamentali: l'autonomia, la processualità e l'intersoggettività (Simonelli, 2014). Innanzitutto, viene definita autonoma rispetto ad altri domini di funzionamento individuale o affettivo-relazionale della persona, anche se non è completamente scissa da essi (Cramer & Palacio Espasa, 1994). Ciò significa che non viene necessariamente impattata dal funzionamento generale dell'adulto, dalle sue difficoltà o dalla presenza di eventuali disfunzioni nell'adattamento – ad esempio in presenza di psicopatologia – mantenendo preservate, con maggiore o minore stabilità, le competenze di cura e la sensibilità verso il bambino. Tuttavia, può essere comunque influenzata dalla presenza di difficoltà individuali o contestuali del genitore stesso, come vedremo nel corso del presente elaborato (per una revisione, Berg-Nielsen et al., 2002).

La funzione genitoriale è inoltre processuale, poiché si evolve continuamente nel tempo, in funzione dello sviluppo e della storia dell'adulto e del bambino, e cambia a seconda delle specifiche caratteristiche dell'altro nell'interazione, ad esempio in termini di tratti somatici, temperamento, esperienze di vita (Manzano et al. 1999). Non si tratta dunque di una competenza rigida e stabile valida in ogni condizione e relazione, bensì si adatta e si modifica in modo interattivo e dinamico.

Infine, la funzione genitoriale viene definita come una funzione intersoggettiva, che si struttura a partire dalla connessione tra i sistemi intersoggettivi degli individui coinvolti nell'interazione. Questo aspetto è centrale nella teoria di Stern e dell'Infant Research, secondo cui i ripetuti scambi interattivi tra caregiver e bambino si co-costruiscono attraverso un adattamento reciproco di regolazione e auto-regolazione, permettendo ad entrambi gli agenti di definire gli schemi di "stare con" (Stern, 1995). Tali schemi vengono dunque costruiti sulla base di alcune caratteristiche specifiche del bambino, del genitore e della qualità delle risposte interattive e affettive di entrambi. Essi, inoltre, definiscono la matrice relazionale che il bambino utilizzerà nel suo percorso evolutivo

e dalla quale si svilupperanno le sue competenze genitoriali, costruendo fin dai primi anni di vita un bagaglio esperienziale a cui attingere per le azioni di cura future.

1.2 Funzioni della genitorialità

Come descritto nel precedente paragrafo, la genitorialità è una funzione complessa, definita anche come una “funzione di funzioni”, poiché include una serie di specifici compiti e ruoli che impegnano il genitore sia sul versante intrapsichico che relazionale (Giglio, 2012).

Una prima funzione è quella protettiva, che riguarda la capacità del genitore di fornire cura, protezione, conforto e vicinanza, attraverso cui poter costruire e strutturare la relazione di attaccamento (Giglio, 2012). Fondamentali in questo senso sono gli studi etologici condotti da Bowlby, secondo cui il ruolo del caregiver è quello di fornire una base sicura entro cui il bambino può esplorare l’ambiente circostante percependo sicurezza fisica ed emotiva (Bowlby, 1969).

La funzione affettiva riguarda la capacità del genitore di sintonizzarsi con il bambino per cogliere i suoi stati e bisogni, senza però esserne influenzato e inglobato (Giglio, 2012). Di fondamentale rilievo è il contributo dell’*Infant Research*, secondo cui le interazioni genitore-bambino sono costituite da processi continui di sintonizzazione affettiva, in cui entrambi gli interlocutori partecipano attivamente in un sistema bidirezionale di comunicazione affettiva e regolazione reciproca, promuovendo un senso di sicurezza, fiducia e accoglienza (Stern, 1985).

La funzione regolativa si riferisce alla capacità del caregiver di modulare l’esperienza del bambino nello stare con l’altro e nel mondo, aiutandolo progressivamente ad acquisire competenze autoregolatorie funzionali e adeguate (Fonagy & Target, 2005). In particolare, questo avviene grazie a ripetuti scambi sintonizzati sul piano verbale e non verbale, seguiti da momenti di rottura e riparazione, in cui il genitore funge inizialmente da regolatore esterno, permettendo di sperimentare la trasformazione di stati negativi in positivi (Tronick, 1989; Trevarthen & Aitken, 2001).

Un'altra funzione implicata nella genitorialità è quella normativa, nonché la capacità di fornire una struttura di riferimento e delle norme che verranno progressivamente interiorizzate dal bambino. Chiaramente, questa funzione è influenzata dal contesto e dalla cultura in cui si vive, ma anche dalla fase di sviluppo e dalle caratteristiche del bambino stesso (Giglio, 2014).

La funzione predittiva definisce, invece, la capacità del caregiver di cogliere la fase di sviluppo imminente del bambino, sapendo promuovere il raggiungimento di nuove capacità. Tale funzione implica anche saper modificare e aggiornare il proprio modo di relazionarsi al bambino, alla luce delle sue nuove caratteristiche e competenze evolutive (Giglio, 2012).

La funzione rappresentativa indica la capacità del genitore di creare e portare dentro di sé un'immagine del proprio figlio, che sia in continuo divenire e coerente con il bambino reale. Questo aspetto è fondamentale perché influenza lo stesso agire nei confronti del figlio, in termini di linguaggio, richieste e aspettative (Giglio, 2012).

La funzione fantasmatica si riferisce, invece, alla presenza di fantasie e rappresentazioni dei genitori che possono riferirsi alla loro infanzia, ai loro genitori, a ciò che avrebbero voluto essere e che invece non sono (Manzano et al., 1999). Questi temi si riattivano durante la transizione alla genitorialità, con la definizione della triade psichica della "costellazione materna", in cui gli assi dominanti sono il sé come figlio, il sé come genitore e il sé con il proprio bambino (immaginario e reale). È fondamentale che il genitore sia consapevole di ciò, ed eviti di proiettare i propri temi irrisolti sul bambino in modo transferale, poiché attraverso un meccanismo intergenerazionale verranno depositati nella sua memoria (Tambelli, 2017).

La funzione mentalizzante indica la capacità del genitore di strutturare la mente del bambino rispecchiando i propri e altrui stati mentali, dando senso ai suoi bisogni, ai suoi gesti e vocalizzi, al fine di fornire un significato univoco e stabile. Attraverso interazioni quotidiane costanti e predittive, il bambino imparerà non solo a riconoscere autonomamente i propri stati interni attribuendovi un significato e fornendo una risposta efficace, ma anche a cogliere e interpretare il comportamento altrui in termini di stati mentali come bisogni, desideri, obiettivi, credenze (Fonagy & Target, 1997).

Infine, un'ultima funzione della genitorialità è quella triadica, intesa come la capacità dei genitori di avere un'alleanza fatta di cooperazione, sostegno reciproco, capacità di accettare e rispettare lo spazio degli altri membri della triade entrandovi in relazione empatica (Giglio, 2012). In questa visione, la famiglia viene concettualizzata come un sistema strutturato costituito dalla coniugalità, ovvero il rapporto tra i due partner, dalla genitorialità, ossia il rapporto genitore-figlio, e dalla cogenitorialità, nonché il rapporto fra i partner come genitori (Simonelli, 2014). All'interno della triade, il bambino definirà un senso di appartenenza e co-costruirà scambi interattivi in cui potrà acquisire parallelamente competenze diadiche e triadiche (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 2000).

È fondamentale sottolineare che le diverse funzioni di cura descritte dovrebbero avere un carattere evolutivo affinché le traiettorie di sviluppo del bambino trovino una corrispondenza con le traiettorie di sviluppo genitoriale, attraverso continui adattamenti e ristrutturazioni (Tambelli, 2017). In questo modo, sarà possibile creare delle interazioni e relazioni armoniche e sintonizzate rispetto alle caratteristiche e alle storie di entrambi gli individui.

1.3 Infant Research

Un approccio teorico fondamentale per comprendere la funzione genitoriale, e che fungerà da cornice teorica del presente elaborato, è quello dell'Infant Research, un filone teorico e di ricerca che ha cominciato a delinearsi e diffondersi verso la fine degli anni Settanta del secolo scorso, e che fonda le sue radici nella psicoanalisi e nella psicologia dello sviluppo (Venuti et al., 2018).

I teorici dell'Infant Research pongono una forte enfasi sul contributo attivo non solo del genitore, ma anche del bambino nella strutturazione della relazione, concettualizzandola come un fenomeno bidirezionale in cui si assiste ad un'influenza reciproca tra processi di regolazione e

autoregolazione, che co-occorreranno a determinare le traiettorie di sviluppo del bambino stesso, le emozioni che proverà e la qualità delle relazioni che creerà (Tronick, 1989).

L'Infant Research si basa su tre aspetti fondamentali, riconosciuti e validati a partire dall'osservazione delle interazioni quotidiane tra genitore e bambino (Venuti et al., 2018). Innanzitutto, riconosce nel bambino la predisposizione innata a ricercare stimoli sociali e condividere l'esperienza con l'altro, come dimostrato dall'imitazione precoce delle espressioni dell'adulto (Meltzoff & Moore, 1997), che consentono di avviare dei processi di interazione reciproca con il genitore in un ruolo attivo. Il secondo aspetto fondamentale su cui si basa tale approccio teorico è la genitorialità intuitiva, nonché la presenza di predisposizioni biologiche che, influenzate dall'esperienza dell'adulto, facilitano l'interazione con il bambino attraverso reazioni di base istintive come il baby talk, ovvero il linguaggio utilizzato dall'adulto per rivolgersi al bambino, caratterizzato da semplicità linguistica associata ad una componente affettiva (Caporael, 1981), l'holding, cioè la capacità di contenere il bambino fornendo un sostegno fisico ed emotivo ai suoi bisogni fisiologici e psicologici (Winnicott, 1989), e le carezze (Parsons et al., 2017).

Questi due elementi si pongono alla base dell'aspetto centrale dell'Infant Research, ovvero la presenza di un continuo processo di regolazione diadica tra il genitore e il bambino, tale per cui entrambi fanno parte di un sistema bidirezionale di comunicazione affettiva. Infatti, nel corso delle interazioni, essi compiono un processo di regolazione reciproca, comunicando le proprie emozioni ed intenzioni, e rispondendo contemporaneamente a quelle dell'altro (Gianino & Tronick, 1988). All'interno di questi scambi interattivi, dunque, si intrecciano processi di autoregolazione dei singoli partner e di regolazione interattiva, ovvero il bambino e l'adulto regolano il proprio stato durante gli scambi, influenzati allo stesso tempo dalle risposte dell'altro, riorganizzando così sia i processi interni che relazionali (Beebe & Lachmann, 2020). Al contempo però, secondo la prospettiva dell'infant research, il genitore, soprattutto nei primi anni di vita del bambino, ha un ruolo fondamentale di regolatore esterno, sostenendo le capacità autoregulatorie del bambino, che diventeranno così sempre più mature e funzionali (Tronick, 1989). Infatti, sin dalla nascita il bambino presenta alcune precoci

competenze di autoregolazione come succhiarsi il dito, ridirezionare lo sguardo altrove o manipolare oggetti e parti del corpo, che gli consentono di far fronte a stati di tristezza, paura, o rabbia incontrollata, distogliendo l'attenzione da eventi vissuti come disturbanti (ibidem). Tuttavia, tali comportamenti hanno dei limiti evolutivi che non sempre consentono al bambino di mantenere una regolazione ottimale, tale per cui necessita di un sostegno esterno da parte dell'adulto che lo aiuti a organizzare le proprie competenze e comportamenti, interiorizzando strategie autoregolatrici più funzionali (ibidem).

Chiaramente, si tratta di dinamiche rapide e implicite, che avvengono prevalentemente al di fuori della consapevolezza (Cohn & Beebe, 1990), e che sono caratterizzate dalla qualità degli affetti, dalla corrispondenza nell'espressione affettiva dei due partner, dalla prossimità e movimenti nello spazio, dal ritmo dei comportamenti (Venuti et al., 2018).

Ciò che risulta fondamentale per lo sviluppo del bambino è la possibilità di raggiungere una regolazione ottimale, che avviene tramite scambi più o meno prevedibili nella quotidianità e che gli consentono di crearsi aspettative relative alle modalità con cui i propri stati affettivi potranno essere regolati a livello individuale e interattivo (Tronick, 1989). In questo, di fondamentale rilievo è la presenza di momenti di rottura o riparazione, in cui si verifica una mancata corrispondenza tra i due partner che necessita dunque di un lavoro di riparazione congiunta per ritornare alla coordinazione interattiva reciproca (ibidem). Grazie a ripetute esperienze del passaggio da uno stato affettivo negativo ad uno positivo, il bambino impara a far fronte ai momenti di stress, e si crea delle rappresentazioni delle interazioni come positive e riparabili, del caregiver come affidabile, e di sé come efficace nel contribuire alla riparazione (ibidem).

Dunque, secondo l'Infant Research il genitore e il bambino sono quotidianamente coinvolti in un articolato processo di comunicazione affettiva bidirezionale, che avrà un ruolo centrale nell'organizzare l'esperienza di entrambi, sia rispetto alla funzione genitoriale che allo sviluppo del bambino. Per questo motivo, è fondamentale concentrare il lavoro di ricerca sull'osservazione delle interazioni adulto-bambino, attraverso cui poter valutare diversi comportamenti di parenting, che

rappresentano a loro volta un punto di accesso e di valutazione della funzione genitoriale (Beebe, 2005), ad esempio in termini di funzione affettiva, regolativa, e di mentalizzazione descritte in precedenza.

1.4 Determinanti della genitorialità

Come descritto nei paragrafi precedenti, la funzione genitoriale è una funzione complessa e determinata da diversi fattori interrelati tra loro secondo dinamiche di influenza reciproca e cambiamento nel tempo. Un modello che risulta utile per comprendere, spiegare e sistematizzare i diversi aspetti coinvolti nella funzione genitoriale è il modello processuale delle determinanti della genitorialità di Belsky (1984). L'autore propone un approccio ecologico-processuale che concettualizza la funzione genitoriale come il risultato dell'interconnessione tra caratteristiche dei genitori, caratteristiche del bambino e caratteristiche del contesto più ampio in cui è inserita la relazione caregiver-bambino (Figura 1). Seguendo il modello proposto da Belsky, nei seguenti paragrafi verranno analizzati i diversi fattori coinvolti e il loro impatto sul benessere psicologico dell'individuo, sulle competenze genitoriali e sulle traiettorie di sviluppo del bambino, favorendo la funzione genitoriale o rappresentando un fattore di rischio.

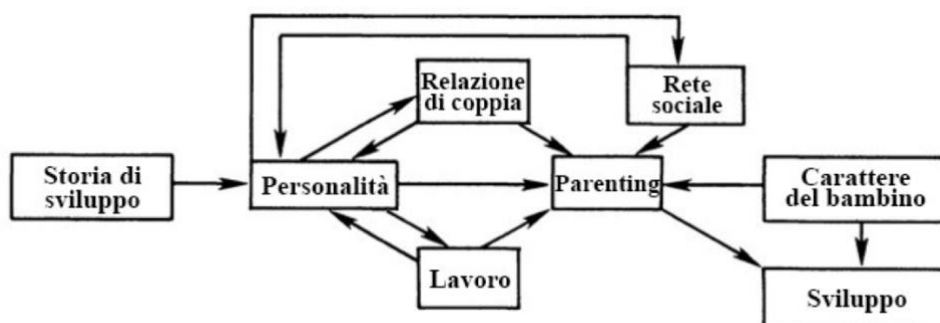


Figura 1. Modello processuale delle determinanti della genitorialità (Venuti et al., 2018)

1.4.1 Caratteristiche genitoriali

Secondo Belsky (1984), una prima categoria di variabili che hanno un ruolo centrale nel determinare la qualità della funzione genitoriale è rappresentata dalle caratteristiche individuali del genitore stesso. Tra queste, di forte rilevanza è la storia evolutiva dell'adulto, poiché le esperienze di cura ricevute nel corso del proprio sviluppo determinano idee, aspettative e rappresentazioni rispetto a cosa sia un buon parenting, influenzando le proprie azioni di cura verso il figlio (Brenning et al., 2020). I maggiori contributi teorici circa questo aspetto derivano dagli studi svolti sull'attaccamento, secondo cui le esperienze di cura ricevute e interiorizzate in termini di Modelli Operativi Interni, ovvero le rappresentazioni intrapsichiche relative a sé, all'altro e alla relazione interiorizzate sulla base delle proprie esperienze di attaccamento, andranno ad influenzare il funzionamento relazionale dell'individuo a lungo termine, modulando l'attivazione del sistema di caregiving, al punto da influire sulla creazione dei legami di attaccamento del figlio (Venuti et al., 2018). In particolare, uno dei meccanismi alla base di questa trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento è legato alla sensibilità genitoriale, ovvero alla capacità di riconoscere i bisogni del bambino e rispondervi in modo adeguato e competente (Ainsworth et al., 1974). Ad esempio, una madre con attaccamento sicuro avrà dei MOI più flessibili che potrebbero aiutarla a sintonizzarsi con il proprio bambino, fornendo le cure più adatte. Viceversa, numerosi studi hanno evidenziato come esperienze precoci di maltrattamento e trascuratezza, spesso associate allo sviluppo di uno stile di attaccamento insicuro o disorganizzato (Baer & Martinez, 2006), influenzino le future competenze genitoriali con un perpetuarsi delle dinamiche di abuso ricevute, diventando un caregiver spaventato-spaventante (Belsky & Jaffee, 2015). Tuttavia, la sensibilità non è l'unico fattore che entra in gioco nel mediare le esperienze di attaccamento. Esistono infatti altri canali attraverso cui il genitore influenza lo sviluppo del bambino, tra cui le capacità di ordine cognitivo che consentono di rispondere al bisogno di sicurezza del piccolo attraverso un'attribuzione di senso al mondo esterno e una strutturazione della mente del bambino (Venuti et al., 2018).

Dal punto di vista cognitivo, numerosi studi hanno evidenziato come il comportamento materno sia influenzato da processi mentali come la flessibilità cognitiva, la memoria di lavoro e il controllo attentivo, che risultano correlare positivamente con la sensibilità materna (Barrett & Fleming, 2011). Infatti, è importante che il genitore sappia focalizzarsi attentamente sul proprio bambino e sui suoi bisogni, al fine di rispondervi in modo contingente e appropriato, mantenendo e manipolando le informazioni in memoria per guidare il proprio comportamento, con una certa flessibilità rispetto alle situazioni (ibidem). Inoltre, tra le capacità di ordine cognitivo che risultano avere un impatto sulla funzione genitoriale, la letteratura ha evidenziato il ruolo della Teoria della Mente e della mind-mindedness. Questi due fattori di cognizione sociale, che verranno approfonditi nel Capitolo 2, consentono al genitore di comprendere le emozioni e le intenzioni del bambino a partire da segnali impliciti ed espliciti, rispondendovi in modo adeguato e contribuendo alle competenze di sensibilità genitoriale (Meins et al., 2003). Inoltre, nel Capitolo 3 verrà analizzato il ruolo dell'empatia come fattore socio-cognitivo che può influenzare la genitorialità.

Chiaramente entrano in gioco anche altri fattori legati alla personalità del caregiver, tra cui aspetti temperamentali, e soprattutto aspetti affettivi (Vondra et al., 2006). Tra questi, centrale è la capacità di regolazione emotiva, che risulta essere associata a maggior sensibilità, sintonizzazione, coinvolgimento (Crandall et al., 2015), e ad uno stile genitoriale supportivo, soprattutto in termini di socializzazione emotiva (Bao & Kato, 2020). Tali aspetti regolativi sono centrali anche in termini di psicopatologia genitoriale, in quanto la disregolazione emotiva sembra essere alla base di molte forme psicopatologiche come disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi psicosomatici (Sheppes et al., 2015; Garnefski, 2017), per cui la presenza di difficoltà nelle strategie di regolazione affettiva può spiegare l'associazione tra psicopatologia e genitorialità disfunzionale.

In generale, dal punto di vista affettivo, la ricerca ha evidenziato il ruolo centrale del benessere psicologico dell'adulto e della presenza di psicopatologia nell'influenzare la funzione genitoriale (Barrett & Fleming, 2011). Alcuni studi preliminari hanno evidenziato come il benessere materno, valutato in termini di affettività ed emozioni positive, soddisfazione di vita, autonomia, autoefficacia,

benessere sociale, ottimismo e autostima, è fortemente associato ad uno stile parentale autorevole, caratterizzato da supporto, calore, fiducia reciproca ma anche richieste, fermezza e coerenza (Phua et al., 2020). La correlazione positiva tra benessere psicologico e funzione genitoriale ottimale è supportata anche da studi condotti a livello neurobiologico, che evidenziano il ruolo centrale dell'ossitocina, un ormone fondamentale per l'attivazione delle funzioni di cura nei mammiferi, ma anche associato ad un generale stato affettivo positivo della persona e alla messa in atto di comportamenti prosociali (ibidem). Al contrario, diversi studi empirici hanno dimostrato che, nonostante la funzione genitoriale sia autonoma rispetto ad altri aspetti del funzionamento individuale, la presenza di alcuni quadri psicopatologici sia associata ad un parenting meno ottimale, con maggior affettività negativa e minor disponibilità emotiva (Venuti et al., 2018). A titolo esemplificativo, si pensi al caso di depressione maggiore, un disturbo dell'umore caratterizzato da una deflessione umorale, associata a diminuzione di interesse per la maggior parte delle attività che prima provocavano piacere. È stato evidenziato come madri depresse tendono ad esprimere commenti più ostili, a mostrare minor affettività positiva durante le interazioni, e ad avere difficoltà nella sintonizzazione affettiva (Belsky and Jaffee, 2015).

1.4.2 Caratteristiche del bambino

Un secondo gruppo di variabili coinvolte nel determinare la qualità della funzione genitoriale rimanda alle caratteristiche individuali del bambino, quali età, genere, condizioni fisiche, aspetto, abilità cognitive (Belsky, 1984). Inoltre, come descritto nei paragrafi precedenti, l'Infant Research ha sottolineato il contributo centrale delle competenze autoregolatorie del bambino nel favorire o meno il buon esito delle interazioni con il caregiver (Trevarthen & Aitken, 2001). Un aspetto in particolare che è stato a lungo studiato come fattore determinante del parenting è il temperamento del bambino. Infatti, la presenza di tratti temperamentali difficili, come un'elevata irritabilità, risulta associata a comportamenti di parenting meno ottimali, in termini di minor supporto e coinvolgimento, e maggior ostilità da parte del caregiver (Belsky & Jaffee, 2015; Millions, 1978).

1.4.3 Caratteristiche del contesto sociale

Infine, secondo il modello di Belsky (1984), è necessario considerare il contesto ecologico in cui è inserita la relazione caregiver-bambino e in cui si esplica il parenting.

Un primo aspetto riguarda la relazione di coppia, sia a livello coniugale che di cogenitorialità. La letteratura riporta come elevati livelli di efficacia parentale siano associati ad una maggior soddisfazione coniugale e miglior funzionamento familiare, sia per le madri che per i padri (Sevigny & Loutzenhiser, 2010). Infatti, se entrambi i partner possono beneficiare di un sostegno reciproco, coesione, stabilità, intimità e condivisione, sarà più semplice sostenere le competenze genitoriali e affrontare gli eventi stressanti che la transizione alla genitorialità porta con sé (Venuti et al., 2018).

Un altro elemento fondamentale nell'influenzare il parenting è il supporto sociale, in termini di possibilità e capacità di potersi affidare emotivamente a chi mostra di poter sostenere i bisogni di base altrui, soprattutto in situazioni di fragilità (Simonelli, 2014). Questo supporto di tipo emotivo, strumentale o informativo, può derivare dai diversi contesti in cui i genitori sono inseriti, come la famiglia allargata, le amicizie, la comunità del paese, l'ambiente di lavoro e le istituzioni più ampie (Belsky, 1984).

1.5 Conclusioni

Come descritto in questo capitolo, la funzione genitoriale è complessa e multi-determinata, tale per cui le caratteristiche del genitore, del bambino e del contesto sociale esercitano un'influenza reciproca sulle diverse componenti e funzioni coinvolte nell'accudimento e nella crescita del proprio figlio. È importante, quindi, mantenere un approccio ecologico, probabilistico e processuale circa gli aspetti che possono modellare il parenting, lungo un continuum tra fattori di rischio e di protezione, e in una prospettiva di evoluzione temporale.

Nel corso dei seguenti capitoli verranno analizzati due elementi individuali del caregiver che, secondo il modello di Belsky, sono coinvolti e determinanti della funzione genitoriale, e che hanno un successivo impatto sullo sviluppo del bambino: a livello socio-cognitivo, si analizzerà il ruolo dell'empatia materna, mentre a livello affettivo e di benessere psicologico, si descriverà l'impatto che può avere la presenza di disturbi psicosomatici somatizzazione persistente nella madre per lo svolgimento della funzione genitoriale. In particolare, l'obiettivo della ricerca che verrà presentata nel Capitolo 5 sarà quello di osservare se e come tali fattori individuali influenzano la mind-mindedness materna, che vedremo essere un aspetto centrale della genitorialità.

CAPITOLO 2

MIND-MINDEDNESS GENITORIALE

2.1 Mind-mindedness: il costrutto

Come descritto nel precedente capitolo, una delle funzioni della genitorialità è quella mentalizzante che riguarda la capacità del genitore di comprendere e attribuire un significato ai bisogni, ai gesti, alle espressioni e ai comportamenti del bambino, aiutandolo a costruire delle rappresentazioni di sé e del mondo (Fonagy & Target, 1997). Questa funzione si basa dunque sulla capacità del genitore di tenere nella propria mente il bambino e i suoi stati mentali, ed è un'operazionalizzazione di quella che Fonagy ha definito "mentalizzazione", ovvero la capacità di pensare sé stessi e gli altri in termini di stati mentali (Venuti et al., 2018). Nello specifico caso della funzione genitoriale, recentemente è stato proposto un altro aspetto pratico-osservativo della mentalizzazione, ovvero la mind-mindedness genitoriale.

Meins (1997) ha introdotto per la prima volta il concetto di mind-mindedness per riferirsi alla tendenza del genitore a trattare il proprio bambino come un individuo con una mente, capace quindi di comportamento intenzionale. Il costrutto indica quindi la capacità di sintonizzarsi con le emozioni, le preferenze, le motivazioni e gli obiettivi del bambino, interpretando il suo comportamento come risultato di questi stati mentali e verbalizzandoli in maniera esplicita (Meins, 1997).

Il costrutto nasce dalla riflessione sul concetto di sensibilità materna elaborata da Ainsworth e colleghi (1974), definita come la capacità di riconoscere i bisogni del bambino e rispondervi in modo adeguato e contingente (Ainsworth et al., 1974; Venuti et al., 2018). Per decenni, la sensibilità materna è stata proposta come il meccanismo alla base in grado di spiegare la trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento tra caregiver e bambino. Tuttavia, un lavoro di metanalisi condotto da van Ijzendoorn (1995) evidenziò come la sensibilità materna avesse un ruolo di mediazione parziale, e non era dunque sufficiente per comprendere l'associazione, tra le generazioni, dello stile di attaccamento. A partire dalle teorie dell'attaccamento e dalle teorie socio-cognitive,

Meins suggerì che la mind-mindedness potesse essere considerata come un substrato cognitivo della responsabilità genitoriale, osservabile nelle interazioni quotidiane tra caregiver e bambino e in grado di colmare il gap della trasmissione (McMahon & Barnier, 2017). Infatti, un lavoro di metanalisi ha evidenziato come la capacità del genitore di entrare in sintonia con gli stati mentali del bambino attribuendovi un significato intenzionale, affiancata a risposte sensibili e contingenti verso i suoi bisogni, possono predire lo sviluppo di un attaccamento sicuro nel bambino (Zeegers et al., 2017).

Come accennato, il costrutto della mind-mindedness subisce l'influenza delle teorie socio-cognitive circa la natura dialogica delle funzioni mentali superiori e l'importanza di variabili ambientali, come il linguaggio adulto e lo scaffolding, per lo sviluppo del bambino (McMahon & Barnier, 2017). Infatti, secondo Meins, attraverso la sintonizzazione con gli stati mentali del bambino, il caregiver può promuovere abilità di cognizione sociale e comprensione delle emozioni, fornendogli sfide evolutive al pari del suo potenziale cognitivo riconosciuto dall'adulto (Meins, 1997).

La mind-mindedness è dunque un costrutto molto complesso, che può essere considerato come un collegamento tra rappresentazioni e comportamento, tale da essere stata definita una forma di mentalizzazione in azione, in cui centrale è la verbalizzazione degli stati interni del bambino (Rosenblum et al., 2008). Esistono, infatti, due modalità per la valutazione della mind-mindedness, entrambe basate sulla trascrizione dei commenti verbali dei genitori rispetto agli stati interni del figlio (Meins & Fernyhough, 2006, 2015). La prima modalità è di tipo rappresentazionale, in cui, attraverso un'intervista al genitore, si valuta la tendenza a includere gli stati mentali del bambino quando gli viene richiesto di descriverlo (ibidem). Tale metodo viene tipicamente usato con bambini in età prescolare e scolare, e si basa sull'assunto per cui le descrizioni fornite dai genitori facciano riferimento alle rappresentazioni del loro bambino che hanno interiorizzato nel tempo (Meins et al., 1998). La seconda modalità è di tipo osservativa, e valuta i commenti verbali dei genitori rivolti agli stati mentali del figlio durante un'interazione di gioco libero con il bambino stesso (Meins & Fernyhough, 2006, 2015). Questo metodo, prevalentemente utilizzato con i bambini fino ai 12 mesi, verrà analizzato in maniera dettagliata nel corso del Capitolo 5, in cui verranno illustrati gli strumenti

utilizzati nella seguente ricerca. In generale, entrambe le modalità prevedono una codifica delle espressioni del genitore in categorie mutualmente escludenti, ovvero mentalizzanti (che riguardano gli stati interni del bambino) e che possono essere sintonizzati o non-sintonizzati, e non-mentalizzanti (ad esempio, descrizioni fisiche o comportamentali).

Alla luce delle caratteristiche descritte fino a qui, numerosi studi hanno cercato di comprendere se la mind-mindedness fosse un particolare costrutto relazione-specifico o se rappresentasse un generale tratto individuale presente in alcune persone. Nonostante inizialmente Meins la concettualizzò come un tratto cognitivo-comportamentale stabile e indipendente, a seguito vi furono crescenti evidenze a supporto della natura relazionale di tale costrutto (McMahon & Barnier, 2017). Infatti, entrambi i metodi usati per valutare la mind-mindedness catturano una tendenza a focalizzarsi sugli stati mentali delle persone con cui si intrattengono relazioni strette, come il partner e i figli, ma non di individui non conosciuti personalmente (Meins et al., 2014; Larkin et al., 2021). Inoltre, sono stati rilevati alcuni precursori della mind-mindedness presenti già prima della nascita del figlio, ed essa tende successivamente ad essere stabile nel tempo entro quella specifica diade (McMahon & Barnier, 2017). In particolare, un recente studio longitudinale ha osservato come la capacità di sintonizzarsi in modo appropriato con il bambino rimane stabile sin dai primi mesi, mentre le difficoltà nel comprendere gli stati interni del piccolo e nell'esprimere commenti sintonizzati sembra migliorare nel corso del primo anno di vita (Silletti et al., 2022). Questo avviene possibilmente perché la progressiva esperienza genitoriale e le emergenti competenze socio-emotive e comunicative del bambino si incontrano, permettendo al caregiver di correggere e riadattare le proprie rappresentazioni del figlio, sintonizzandosi in modo appropriato e garantendo una certa stabilità di tali competenze nel corso dello sviluppo (ibidem).

2.2 Mind-mindedness e funzionamento dell'individuo

La mind-mindedness è dunque una componente centrale della funzione genitoriale, che tuttavia può essere influenzata dalle caratteristiche individuali del caregiver stesso. Infatti, seguendo la prospettiva ecologica del modello processuale di Belsky, la letteratura ha esplorato se e come alcune variabili del funzionamento dell'individuo possano influenzare le capacità di mind-mindedness genitoriale.

Un primo aspetto indagato riguarda il ruolo del benessere psicologico materno, in cui i dati empirici sono molto vari e contrastanti (McMahon & Barnier, 2017). In generale, non ci sono evidenze consistenti sull'associazione tra psicopatologia genitoriale e compromissione della mind-mindedness, anche se tale costrutto non risulta essere totalmente indipendente. Ad esempio, la presenza di stress genitoriale è risultata essere associata ad una minore tendenza a descrivere gli stati interni del bambino durante l'interazione di gioco osservata, in una relazione che può essere definita bidirezionale (McMahon & Meins, 2012; Crugnola et al., 2022). Infatti, se da un lato le competenze di mind-mindedness possono aiutare il genitore a comprendere il comportamento del figlio e il suo significato, riducendo lo stress genitoriale, dall'altro lato elevati livelli di tensione e affaticamento del caregiver possono inficiare sulla capacità di focalizzarsi e sintonizzarsi sulla vita mentale ed emotiva del bambino.

Un altro fattore psicologico analizzato in relazione con la mind-mindedness è l'ansia. Elevati livelli di ansia di stato e di tratto sono risultati essere associati a difficoltà nelle competenze di mind-mindedness, con maggiori commenti non sintonizzati rispetto agli stati interni del bambino (Crugnola et al., 2022; Ierardi et al., 2022). Questi studi suggeriscono che elevati livelli di ansia nel caregiver possono portare a difficoltà nel riconoscere, considerare e comprendere gli stati interni del bambino, e nel sintonizzarsi con essi. Infatti, la letteratura ha evidenziato come l'ansia genitoriale sia associata a minor sensibilità e coinvolgimento, e maggior intrusività e ostilità (Ierardi et al., 2019).

Rispetto alla presenza di sintomi depressivi, sono stati evidenziati alcuni risultati contrastanti. Alcuni studi, infatti, non hanno riscontrato alcuna correlazione significativa tra mind-mindedness

genitoriale e disturbi dell'umore (Walker et al., 2012; Meins et al., 2013; Crugnola et al., 2022), altri invece riportano una correlazione negativa tra i due fattori (Lok & McMahon, 2006; Schacht et al., 2013; Milligan et al., 2015; Ierardi et al., 2022). È plausibile, infatti, che la presenza di sintomi depressivi possa impattare negativamente sulla capacità di osservare e commentare adeguatamente gli stati interni del bambino, a causa del tipico umore negativo o fluttuante che risulta essere associato a maggior intrusività e ostilità nelle interazioni, difficoltà nel regolare le emozioni del piccolo, minor responsività e coinvolgimento diadico (Ierardi et al., 2019).

Inoltre, la mind-mindedness genitoriale è risultata essere impattata dalla presenza di altri disturbi psicopatologici, come il disturbo borderline di personalità (Schacht et al., 2013) e sintomi di iper-attivazione legati al trauma del parto (Camisasca et al., 2017).

Rispetto alla psicopatologia genitoriale, molti studi hanno dunque analizzato la relazione tra ansia/depressione e mind-mindedness, mentre vi è ancora poca ricerca rispetto ai possibili effetti della somatizzazione. Infatti, come vedremo nel Capitolo 4, il disturbo della somatizzazione, oltre a comportare possibili difficoltà umorali, di regolazione, di coping e stress, è anche associato ad aspetti alessitimici, i quali sono risultati correlare negativamente con le competenze di mind-mindedness (Meins et al. 2008). Tuttavia, solo uno studio ha evidenziato il possibile contributo dei sintomi somatici sulla mind-mindedness (Barreto et al., 2016), per cui la ricerca che verrà presentata nel Capitolo 5 avrà l'obiettivo di contribuire alla letteratura per trovare ulteriori evidenze scientifiche a riguardo.

Infine, la mind-mindedness genitoriale è associata ad alcune caratteristiche individuali come l'età più avanzata, un locus of control interno, elevata sensibilità genitoriale, attaccamento evitante e buone capacità di mentalizzazione (Meins et al., 2008; Rosenblum et al., 2008; Demers et al., 2010; Meins et al., 2013). Non ci sono tuttavia studi che hanno analizzato l'eventuale associazione con un altro aspetto del funzionamento genitoriale, ovvero l'empatia, che, come vedremo nel Capitolo 3, è implicata nell'assunzione della prospettiva altrui, alla base della capacità di sintonizzarsi e comprendere gli stati interni dell'altro. La ricerca presentata di seguito avrà quindi l'ulteriore

obiettivo di indagare se la mind-mindedness genitoriale possa essere influenzata da questo aspetto cognitivo-affettivo del funzionamento dell'individuo, portando nuovi contributi alla letteratura.

2.3 Mind-mindedness ed esiti evolutivi nel bambino

Data la centralità della mind-mindedness nella funzione genitoriale, numerosi studi hanno indagato l'associazione tra tale costrutto e gli esiti evolutivi nel bambino, rispetto a diverse traiettorie di sviluppo.

Il maggior numero di ricerche scientifiche riguarda il ruolo della mind-mindedness nello sviluppo di competenze di cognizione sociale, rappresentate principalmente dalla Teoria della Mente, nonché la capacità di attribuire stati mentali a sé stessi e agli altri, e di comprendere che gli altri hanno credenze, emozioni, pensieri e desideri diversi dai propri (Schlinger, 2009). L'interesse per tale argomento deriva dal fatto che, come descritto in precedenza, la seconda maggior influenza teorica sulla mind-mindedness è la teoria socio-cognitiva di Vygotsky (1978), secondo cui le funzioni mentali superiori hanno origine dalle attività interpersonali, mediate dal linguaggio. La capacità di comprensione sociale del bambino deriverebbe dunque dall'esperienza ripetuta di interazioni sociali in cui è chiamato a cooperare e riflettere sul comportamento proprio e altrui, sostenuto dallo scaffolding genitoriale (Carpendale & Lewis, 2004). Il genitore, infatti, verbalizzando emozioni, pensieri ed emozioni proprie e altrui, facilita nel bambino lo sviluppo della consapevolezza degli stati mentali, di sé e degli altri come agenti mentali, e della relazione tra mente e comportamento (McMahon & Barnier, 2017). Questa premessa teorica ci aiuta a comprendere il ruolo della mind-mindedness nello sviluppo della Teoria della Mente del bambino, come dimostrato da numerosi studi, secondo cui la presenza di maggiori commenti sintonizzati con gli stati interni del figlio predice un miglior sviluppo della ToM (Meins & Fernyhough, 1999; Meins, Centifanti, et al., 2013; Kirk et al., 2015; Lundy & Fyfe, 2016). Inoltre, la capacità del genitore di sintonizzarsi, attribuire un corretto significato agli stati interni del bambino, e verbalizzarli, sembra contribuire allo sviluppo di aspetti

empatici, prevenendo la presenza di tratti *callous unemotional*, alla base di uno stile relazionale caratterizzato da una componente emotiva fredda, indifferente, distaccata, con assenza di senso di colpa (Centifanti et al., 2016).

Un secondo aspetto indagato riguarda la relazione tra mind-mindedness genitoriale e il linguaggio del bambino. Infatti, come descritto in precedenza, la capacità di sintonizzarsi e comprendere gli stati interni del figlio viene valutata attraverso le verbalizzazioni del genitore, tale per cui il linguaggio genitoriale può facilitare le competenze linguistiche ricettive ed espressive del bambino stesso (Ontai & Virmani, 2010). Di fatto, alcuni studi hanno riportato una correlazione positiva tra elevati livelli di mind-mindedness genitoriale valutata nel primo anno di vita, e miglior linguaggio espressivo e ricettivo in età prescolare (Meins, Fernyhough, et al., 2013; Lundy & Fyfe, 2016; Barnier et al., 2017; Zammit et al., 2017).

La letteratura ha inoltre proposto che i commenti mentalizzanti sintonizzati con gli stati interni del bambino rappresentassero una modalità attraverso cui il genitore funge da regolatore esterno rispetto ai comportamenti e all'affettività del bambino, attraverso uno scaffolding verbale (Bernier et al., 2010). Di fatto, recenti studi hanno evidenziato una correlazione positiva tra competenze di mind-mindedness genitoriale e capacità di autoregolazione del bambino, sia dal punto di vista emotivo che comportamentale (Zeegers et al., 2018; Nikolić et al., 2022; Bendel-Stenzel et al., 2024). In particolare, negli aspetti autoregolativi è stata evidenziata una relazione significativa tra la mind-mindedness e le funzioni esecutive del bambino, soprattutto in termini di controllo inibitorio e controllo attentivo, oltre che di memoria di lavoro (Bernier et al., 2010; Gagné et al., 2018). Questi aspetti cognitivi sono risultati essere dei mediatori nella relazione tra mind-mindedness e preparazione scolastica, intesa come l'insieme di conoscenze e competenze che il bambino possiede all'ingresso della scuola materna, e che sono necessarie per rispondere in modo adeguato alle richieste e adattarsi al nuovo contesto sociale (Bernier et al., 2017).

Infine, in linea con quanto riportato sopra, recenti studi empirici hanno analizzato la relazione tra mind-mindedness genitoriale e comportamento del bambino, alla luce dell'influenza positiva che

tale costrutto ha sull'adattamento e sulla regolazione (McMahon & Barnier, 2017). Infatti, lo scaffolding verbale e l'interiorizzazione di competenze mentalizzanti e autoregolative aiuterebbero il bambino ad affrontare esperienze emotive e sociali sfidanti, riducendo il rischio di incorrere in problemi comportamentali (Hughes et al., 2017). Ad oggi, la letteratura ha evidenziato una correlazione negativa da competenze di mind-mindedness e problemi internalizzanti ed esternalizzanti nei bambini, soprattutto in termini di impulsività, comportamenti aggressivi, e disregolazione emotiva (Centifanti et al., 2016; Colonnese et al., 2019; Hughes et al., 2017; Laflamme et al., 2022). Tuttavia, questa relazione sembra essere mediata da altre variabili individuali e ambientali, come lo stress genitoriale (Hobby et al., 2023) e lo status socioeconomico (Meins, Centifanti, et al., 2013).

I dati della letteratura suggeriscono dunque che la mind-mindedness rappresenta un punto focale della funzione genitoriale, con una significativa influenza su diverse traiettorie di sviluppo del bambino, attraverso un ruolo di scaffolding che permette al piccolo di acquisire competenze di base, come il linguaggio, le competenze cognitive, affettive e sociali analizzate in questo paragrafo, che fungeranno da bagaglio personale per la crescita futura.

CAPITOLO 3

EMPATIA

3.1 Empatia: il costrutto

Una delle risorse fondamentali per mantenere i legami sociali, compreso quello genitoriale, è l'empatia, più volte citata nei capitoli precedenti. Si tratta di un costrutto molto complesso, ancora oggi oggetto di dibattito rispetto alla sua natura, che nell'ultimo secolo ha subito notevoli evoluzioni nella sua definizione e nei fenomeni associati (Cuff et al., 2016). Nei primi del Novecento, quando iniziò a diffondersi l'uso di questo termine, l'empatia venne definita come un'associazione di sentimenti tra persone, una proiezione compassionevole verso l'altro, o un aspetto della personalità (Stellar & Duong, 2023). Tuttavia, i più recenti modelli ritengono che l'empatia consista in almeno due grandi categorie di processi: una componente cognitiva e una affettiva (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004; Decety & Jackson, 2004; Zaki & Ochsner, 2012).

Con il termine "empatia cognitiva" la letteratura indica la capacità di comprendere le emozioni e gli stati affettivi altrui, come costrutto strettamente connesso alla Teoria della Mente (ToM), nonché l'abilità di attribuire stati mentali a sé o agli altri e di prevedere, sulla base di essi, un comportamento (Blair, 2005; Bensalah et al., 2016). Non è ancora chiaro in letteratura quale sia il tipo di relazione tra queste due componenti, tale per cui spesso si riscontra una confusione terminologica nel riferirsi all'uno piuttosto che all'altro costrutto (Bensalah et al., 2016). Tuttavia, le teorie più recenti sostengono che la ToM sia un'abilità di ordine inferiore rispetto all'empatia cognitiva che consente all'individuo di intuire, attribuire, rappresentarsi e comprendere lo stato affettivo di un'altra persona (Stellar & Duong, 2023). L'empatia cognitiva si serve inoltre di più fonti come l'osservazione di segnali verbali, dell'espressione facciale, della direzione dello sguardo, ma anche la conoscenza dell'altra persona e l'assunzione della prospettiva altrui (Cuff et al., 2016). A tal proposito, un dibattito ancora aperto riguarda la relazione, ed eventuale sovrapposizione, tra l'empatia cognitiva e l'abilità di *perspective taking*, ovvero la capacità di base di adottare il punto di vista dell'altro (ibidem). Alcuni

autori sostengono che essi rappresentano lo stesso costrutto, nonostante vi siano numerose contro-argomentazioni (ibidem). Infatti, sebbene l'assunzione della prospettiva altrui sia un metodo utilizzato per valutare l'empatia cognitiva (Raimondi et al., 2023), non è necessaria per comprendere empaticamente le emozioni altrui, poiché, come detto in precedenza, si ricorre all'utilizzo di altre fonti come l'espressione del volto, i ricordi di precedenti situazioni emotive simili, o la proiezione di propri stati interni (Cuff et al, 2016). L'abilità di *perspective taking* rappresenta dunque un elemento coinvolto nell'empatia cognitiva, in termini di accuratezza nel comprendere il punto di vista dell'altro, che tuttavia non viene necessariamente attivato nel processo empatico.

Con il termine "empatia affettiva" si fa invece riferimento alla condivisione di esperienze, assumendo gli stati sensoriali, motori, viscerali e affettivi che prova l'altro (Zaki, 2014). Attraverso dei processi di risonanza neurale, dunque, l'osservatore può provare dentro di sé uno stato interno simile a ciò che sta sperimentando l'altra persona, ma non necessariamente in maniera congruente (Cuff et al., 2016). Infatti, l'esatta congruenza di emozioni è praticamente impossibile, in quanto l'esperienza vicaria dipende da fattori come l'immaginazione, la simulazione, la condivisione verbale, ma anche esperienze precedenti, oltre che l'accuratezza dell'altro nell'esprimere i propri stati interni (ibidem). Inoltre, l'esperienza di risonanza empatica può portare a diverse reazioni, come la preoccupazione empatica o il distress personale (Decety & Meyer, 2008). Mentre la prima è una risposta caratterizzata da sentimenti di dispiacere e preoccupazione per l'altra persona, la seconda è stata definita come una situazione di eccessivo disagio interno derivato dalla percezione del malessere altrui, accompagnata da elevata preoccupazione per sé stessi e motivazione ad alleviare il proprio stato di distress, e non quello altrui (Batson et al., 1987). È fondamentale però specificare che, in tutti i casi, l'osservatore è consapevole che l'emozione provata è il risultato della percezione di emozioni di altri, e deriva dunque da una fonte esterna (De Vignemont & Singer, 2006). Questo particolare aspetto è ciò che distingue l'empatia dal contagio emotivo (ibidem).

La distinzione tra empatia cognitiva e affettiva è ulteriormente supportata a livello anatomico, come dimostrato dagli studi condotti nel contesto dell'empatia al dolore altrui (Zaki & Ochsner,

2012). Per quanto riguarda la componente cognitiva, si osserva una maggior attivazione della corteccia prefrontale mediale, del precuneo, del polo temporale, e della giunzione temporo-parietale destra, mentre per la componente affettiva dell'empatia giocano un ruolo centrale l'insula anteriore e la corteccia cingolata anteriore, così come il giro frontale inferiore, sede dei neuroni specchi (ibidem). Questi ultimi, infatti, scoperti per la prima volta nelle scimmie macaco, si attivano sia durante l'attività in prima persona, sia quando si osserva un altro svolgere un'attività (Rizzolatti et al., 1996). Questa scoperta ha permesso di collegare fra loro due sistemi apparentemente disconnessi, ovvero quello percettivo e quello motorio. All'interno del contesto dell'empatia, dunque, quando l'osservatore percepisce l'emozione dell'altra persona, i neuroni responsabili di tale stato interno si attivano portandolo a provare una sensazione simile, condividendo così l'esperienza (Iacoboni, 2009).

Infine, la ricerca si è interrogata sulla natura del costrutto, definendola talvolta come una capacità, e dunque un tratto stabile della persona, e talvolta come una risposta emotiva influenzata dal contesto. Infatti, se da un lato alcuni studi hanno evidenziato come differenze anatomiche, fattori genetici, psicopatologici e di genere contribuiscono a spiegare una parte di variabilità nell'empatia, dall'altro fattori situazionali come l'umore, l'emozione elicitata, il senso di colpa, il controllo percepito e i bisogni del momento sono risultati degli elementi influenzanti la risposta empatica (Cuff et al., 2016; Stellar & Duong; 2023). Alla luce di ciò, la letteratura ad oggi sostiene che l'empatia è il risultato di un'interazione tra fattori di stato e fattori di tratto, per cui sia capacità dell'individuo che aspetti situazionali co-occorrono a determinare la risposta empatica.

3.2 Empatia nelle relazioni sociali

Come definito precedentemente, l'empatia ha un ruolo fondamentale nello sviluppo e nel mantenimento di relazioni sociali, tale per cui le più recenti teorie hanno introdotto una terza componente del costrutto, ovvero la preoccupazione prosociale (Zaki & Ochsner, 2012). Secondo gli

autori, tale processo deriverebbe dall'attivazione dell'empatia cognitiva e/o affettiva, con l'obiettivo di motivare l'individuo ad aiutare gli altri (ibidem). È importante però sottolineare che l'empatia non è necessariamente associata ad una risposta comportamentale prosociale o di aiuto, bensì funge da motivazione che, in relazione ad altri fattori individuali e situazionali, può determinare o meno un outcome comportamentale (Cuff et al., 2016).

La letteratura ha inoltre evidenziato una relazione tra empatia e altruismo, inteso come la condivisione di beni e conoscenze nel fornire un comportamento di aiuto, al fine di incrementare il benessere dell'altra persona (Batson et al., 2002). Infatti, secondo alcuni autori, la motivazione alla base del comportamento di aiuto sarebbe proprio la preoccupazione empatica, per cui l'aiuto viene fornito in quanto condividiamo e comprendiamo l'emozione dell'altro, preoccupandoci per lui, e volendolo aiutare a soddisfare i suoi bisogni (ibidem). Inoltre, la ricerca sostiene che la relazione tra altruismo ed empatia può essere spiegata sia dalla componente cognitiva che da quella affettiva. Infatti, la messa in atto di maggiori comportamenti di altruismo è associata ad un aumento dell'attività della corteccia prefrontale mediale, che abbiamo visto essere centrale per la mentalizzazione (Waytz et al., 2012), e dell'insula anteriore, correlato neurale della condivisione affettiva di esperienze (Hein et al., 2010).

A livello interpersonale, l'empatia è associata ad aspetti quali una miglior comunicazione, problem solving e capacità di risolvere i conflitti attraverso strategie attive e funzionali, favorendo il mantenimento di relazioni amicali positive (De Wied et al., 2007). Inoltre, la ricerca ha evidenziato una correlazione positiva significativa tra empatia e soddisfazione relazionale nelle coppie romantiche, sia in termini di accuratezza nel comprendere e condividere le emozioni altrui, che di empatia percepita del proprio partner (Cramer & Jowett, 2010; Sened et al., 2017).

3.3 Empatia e funzione genitoriale

In linea con la prospettiva ecologica di Belsky analizzata nel Capitolo 1, la letteratura ha evidenziato come l'empatia, in quanto caratteristica individuale del genitore, può influenzare la relazione caregiver-bambino attraverso la messa in atto di comportamenti più o meno efficaci (Krauthamer Ewing et al., 2019). Infatti, come visto nelle diverse funzioni della genitorialità, l'adulto è quotidianamente chiamato a intercettare e comprendere le emozioni del bambino per rispondere ai suoi bisogni, per fungere da regolatore esterno e per aiutarlo a costruirsi delle rappresentazioni del mondo, di sé stesso e della relazione (Fonagy & Target, 1997). Di conseguenza, è plausibile pensare che le competenze empatiche del genitore di assumere la prospettiva altrui, comprendere cognitivamente lo stato interno del bambino e di condividere dentro di sé un'emozione affine, possa essere determinante per la qualità della relazione, in termini di sintonizzazione, responsività e scelte genitoriali (Krauthamer Ewing et al., 2019).

La letteratura riporta un'associazione significativa tra capacità empatiche, soprattutto nella componente cognitiva, e genitorialità positiva, con comportamenti più sensibili e più rinforzanti, ad esempio con maggiori sorrisi, risate, vocalizzi positivi e maggior divertimento generale durante le interazioni (ibidem). Inoltre, l'empatia genitoriale correla positivamente con le dimensioni di calorosità e contenimento osservate nell'interazione e percepite dal bambino stesso (Stern et al., 2015), e con una maggior tendenza dell'adulto a incoraggiare il bambino nell'espressione delle proprie emozioni, attraverso meccanismi di comprensione, riflessione e verbalizzazione reciproca che consentono al piccolo di imparare a distinguere ed esprimere i propri stati interni (Strayer & Roberts, 2004). Per questo motivo, l'empatia genitoriale può rappresentare un concetto associato alla funzione mentalizzante, operazionalizzata in termini sia di funzione riflessiva che di mind-mindedness genitoriale (Krauthamer Ewing et al., 2019). Infatti, come visto nel capitolo precedente, il genitore è quotidianamente chiamato a tenere nella propria mente il bambino e i suoi stati mentali, sintonizzandosi con le sue emozioni, preferenze, motivazioni e obiettivi, interpretando il suo

comportamento come risultato di questi stati mentali e verbalizzandoli in maniera esplicita al fine di fornire uno sostegno nello sviluppo delle competenze emotive del bambino stesso. Per fare ciò, è fondamentale che il genitore sia in grado di adottare il punto di vista dell'altro come differente dal proprio, competenza che risulta essere centrale non solo nella mind-mindedness, ma anche nell'empatia cognitiva (Little et al., 2023). Inoltre, anche la capacità di comprendere l'emozione del bambino e la motivazione alla base di essa rappresenta un'importante componente sia della mentalizzazione che della capacità di adottare empaticamente la prospettiva altrui (Izard et al., 2011). Alla luce di queste dimensioni comuni evidenziate dalla letteratura, è possibile dunque ipotizzare che vi sia una relazione tra empatia genitoriale e mind-mindedness. Tuttavia, non vi sono ancora studi che definiscono in maniera definitiva il tipo di correlazione tra i due costrutti, tale per cui uno degli obiettivi della seguente ricerca sarà quello di indagare ulteriormente questo aspetto al fine di contribuire alla letteratura e alla conoscenza del fenomeno.

Un altro aspetto fondamentale che gioca un ruolo centrale nell'influenzare la genitorialità è la componente di distress personale che, come visto nei precedenti paragrafi, rappresenta una risposta empatica eccessivamente negativa rivolta al sé a fronte del disagio del bambino, accompagnata da una preoccupazione per sé stessi e ad una motivazione a risolvere il proprio stato, e non quello altrui. In particolare, essa è risultata essere associata a comportamenti genitoriali più rigidi, in termini di intrusività, ostilità, aggressività ed espressività negativa (Krauthamer Ewing et al., 2019). Infatti, se il genitore viene travolto da un eccessivo disagio quando percepisce empaticamente tristezza, dolore o frustrazione nel bambino, può assumere strategie volte a diminuire il proprio stato di distress, ad esempio minimizzando o evitando l'emozione del bambino, che possono limitare la sua capacità di comprendere il punto di vista del bambino di stesso, e di conseguenza di fungere da regolatore esterno (ibidem). Questi aspetti sono risultati particolarmente evidenti in genitori con ADHD o problemi di aggressività, in cui si osserva una maggior presenza di distress empatico personale associato a difficoltà nel sintonizzarsi, comprendere e condividere gli stati interni del bambino (Psychogiou et al., 2008).

L'empatia dell'adulto influenza inoltre le scelte attuate nella quotidianità in termini di stile genitoriale. Infatti, adeguate competenze empatiche del genitore sono associate a minor utilizzo di punizioni fisiche, minori comportamenti di evitamento verso il bambino, minor controllo parentale e maggiori aspettative e richieste adeguate al livello di sviluppo e alle caratteristiche del bambino stesso (Brems & Sohl, 1995; Strayer & Roberts, 2004).

3.4 Empatia ed esiti evolutivi nel bambino

L'empatia rappresenta dunque un elemento determinante della genitorialità, e in quanto tale è associato ad alcuni esiti evolutivi nel bambino.

Innanzitutto, la letteratura ha evidenziato una correlazione significativa tra le capacità empatiche della madre e del bambino (Strayer & Roberts, 2004; Farrant et al., 2012). Infatti, madri con elevati livelli di empatia cognitiva sembrano facilitare lo sviluppo della stessa componente empatica nel bambino incoraggiandolo ad assumere la prospettiva altrui, mentre la componente affettiva ha il ruolo di modellare le risposte empatiche del bambino mentre interagiscono con lui (ibidem). Inoltre, elevati livelli di empatia cognitiva nel bambino sono risultati essere correlati con la presenza di comportamenti prosociali, tale per cui lo sviluppo esplicito di competenze empatiche cognitive aiuterebbe il bambino a diventare più sensibile e attento ai segnali circa i pensieri e le emozioni altrui, facilitando così la condivisione affettiva e motivando alla messa in atto di comportamenti di aiuto (ibidem).

L'empatia genitoriale ha inoltre un ruolo importante nella qualità del legame genitore-figlio in termini di attaccamento (Stern et al., 2015). Infatti, le competenze empatiche cognitive ed affettive del genitore sono risultate correlate con la presenza di un attaccamento sicuro nel bambino, possibilmente perché, come visto in precedenza, si associano a comportamenti genitoriali più sensibili, responsivi e motivanti (ibidem). Inoltre, l'empatia materna è risultata essere associata ad

una apertura del bambino verso le emozioni, suggerendo che i comportamenti del genitore forniscono una base sicura entro cui poter esplorare gli stati interni propri e altrui, cercando conforto nei momenti di stress e sperimentando reazioni efficaci nell'interazione con l'altro (ibidem).

Infine, secondo alcuni autori la percezione dell'empatia genitoriale da parte del figlio è un fattore più importante per il suo sviluppo e funzionamento personale, a prescindere dalle effettive intenzioni e comportamenti dei genitori (Kohut, 1977). Infatti, l'empatia genitoriale percepita risulta correlare ad elevati livelli di autostima e di narcisismo adattivo, e bassi livelli di depressione nel bambino (Trumpeter et al., 2008).

L'empatia genitoriale rappresenta dunque un elemento centrale per lo sviluppo del bambino influenzandone diverse traiettorie evolutive, sempre attraverso l'interazione con altri canali della genitorialità e del funzionamento individuale.

CAPITOLO 4

I DISTURBI PSICOSOMATICI

4.1 Disturbi psicosomatici e somatizzazione: definizione

Nella quinta versione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) (APA, 2013) sono state introdotte numerose modifiche alla classificazione dei disturbi psicosomatici, alla luce della ricerca condotta in campo internazionale (APA, 2013). In particolare, tali disturbi assumono la denominazione di Disturbi da Sintomi Somatici, all'interno del capitolo Disturbo da Sintomi Somatici e Disturbi Correlati che include le seguenti diagnosi: disturbo da sintomi somatici (SSD), disturbo da ansia di malattia, disturbo di conversione, fattori psicologici che influiscono su altre condizioni mediche, disturbo fittizio, disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati con altra specificazione e disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati senza specificazione (ibidem). La caratteristica che accomuna tutti questi disturbi è la presenza di sintomi somatici associati a disagio e compromissione significative, che vengono attenzionati prima al medico e poi a specialisti della salute mentale (ibidem).

Il disturbo da sintomi somatici rappresenta dunque un disordine psichiatrico caratterizzato da dalla presenza di uno o più sintomi somatici che provocano disagio e difficoltà nella vita quotidiana (criterio A), e che possono essere specifici, ad esempio dolore a un distretto corporeo, o relativamente non specifici, come nel caso della spossatezza. Inoltre, per porre la diagnosi è fondamentale che tali sintomi siano accompagnati ad eccessiva preoccupazione rispetto ad essi, in termini di pensieri persistenti e sproporzionati rispetto alla gravità, elevati livelli di ansia, o tempo ed energie eccessivamente dedicati a tali sintomi o alla salute (criterio B). Infatti, il manuale specifica che le persone con un disturbo da sintomi somatici tendono a valutare i loro sintomi come minacciosi (in maniera ingiustificata), si considerano senza risorse per farne fronte e spesso pensano al peggio riguardo la propria salute (APA, 2013). Inoltre, sebbene possano non essere presenti tutti i sintomi somatici in maniera continuativa, il criterio temporale affinché venga eseguita la diagnosi è di almeno

sei mesi. Infine, è possibile indicare la predominanza del dolore, se costituisce la sintomatologia prevalente per il criterio A, la persistenza, se ha durata di oltre sei mesi, e la gravità dei sintomi definita come lieve, moderata o grave (ibidem).

Il processo diagnostico per la definizione del disturbo si avvale anche della diagnosi differenziale, escludendo che i sintomi somatici siano attribuibili ad un'altra condizione psicopatologica come il disturbo da panico, il disturbo d'ansia generalizzata, i disturbi depressivi, il disturbo da ansia di malattia, il disturbo di conversione, il disturbo delirante, il disturbo da dismorfismo corporeo e il disturbo ossessivo compulsivo (APA, 2013). Tuttavia, i dati di ricerca indicano che il disturbo da sintomi somatici è associato ad alti livelli di comorbidità con disturbi medici, ad esempio disturbi gastrointestinali (Whitehead et al., 2007), disturbi d'ansia (Mallorquí-Bagué et al., 2016) e disturbi depressivi (Tylee & Gandhi, 2005).

Il DSM-5 descrive la persona con un disturbo da sintomi somatici come affetta da una sofferenza che spesso percepisce come isolata e predominante rispetto ad altri contesti della propria vita, con una compromissione nella qualità di vita sia dal punto di vista fisico che mentale (APA, 2013). Inoltre, vi è la tendenza a ricorrere a cure mediche che però raramente alleviano il disagio, innescando così un circolo vizioso in cui la persona continua a rivolgersi a diversi specialisti medici e a giudicare le cure prescritte come inadeguate (ibidem). A livello cognitivo, vi è la tendenza a focalizzare in modo eccessivo la propria attenzione sui sintomi fisici (anche normali) come indicatori di malattia, provando un'intensa preoccupazione rispetto ad ogni sensazione o attività che possa arrecare un danno alla propria salute (ibidem). Dal punto di vista comportamentale, invece, si osserva la tendenza a mettere in atto condotte ripetute di controllo del corpo, come visite mediche, ricerca di rassicurazioni o evitamento di attività fisica per timore di arrecare danni al fisico (ibidem).

Al di là della classificazione diagnostica, il termine somatizzazione (a cui ci riferiremo nel corso dell'elaborato) è stato tradizionalmente definito come la presenza di sintomi fisici persistenti e clinicamente significativi in assenza di una chiara causa organica sottostante, o la tendenza a sperimentare sintomi somatici in risposta a distress psicologico sperimentato dalla persona

(Lipowski, 1988; De Gucht & Fischler, 2002). La somatizzazione viene dunque concepita lungo un continuum tale per cui un quadro sintomatologico non si connota necessariamente in senso clinico con la definizione del disturbo da sintomi somatici, ma può comunque rientrare in un quadro di sofferenza e compromissione funzionale che influenza gli altri ambiti di vita della persona in modo significativo (ibidem). Questo termine consente inoltre di approcciarsi al quadro sintomatologico attraverso una visione trasversale che, come vedremo nella descrizione dello strumento Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research - Revised (DCPR-R) nel Capitolo 5, include diverse dimensioni associate ad esso, come il carico allostatico, l'umore irritabile, la paura delle malattie e l'alessitimia (Cosci & Fava, 2016), permettendo così di individuare anche i fattori psicologici che ne influenzano la manifestazione (Porcelli & Guidi, 2015).

La prevalenza del disturbo da sintomi somatici, così come identificata secondo i criteri del DSM-5, non è del tutto chiara, ma si stima essere attorno al 5-7% nella popolazione generale, e le donne tendono a riportare maggiormente la sintomatologia rispetto agli uomini, per cui è attesa una maggior prevalenza nelle donne (APA, 2013). Sintomi da somatizzazione che non raggiungono una soglia clinica, invece, hanno raggiunto una prevalenza stimata del 45% al picco della pandemia da COVID-19 (Ran et al., 2020), simile a quella tipicamente riportata nei contesti di cure primarie (Löwe et al., 2022). La somatizzazione, quindi, a causa della sua elevata prevalenza anche a livelli sub-clinici, pone una questione medica, sociale ed economica rilevante, siccome individui con sintomi da somatizzazione tendono a ricercare continue cure mediche al fine di trovare una spiegazione e una soluzione al disagio provato (Barsky et al., 2005; Konnopka et al., 2013).

4.2 Somatizzazione e funzionamento dell'individuo

Alla luce di quanto definito, è chiaro che il disturbo da sintomi somatici sia caratterizzato da una co-occorrenza di un sintomo fisico e di una sofferenza psichica, che si verifica attraverso il

meccanismo della somatizzazione. Si tratta di un meccanismo preverbale inconsapevole di comunicazione attraverso il canale primitivo del corpo, dovuto ad una difficoltà dell'individuo nel mentalizzare, verbalizzare e comunicare le proprie emozioni, tale per cui il corpo si ammala davvero (Tambelli, 2017). In questa tipologia di disturbi ricopre dunque un ruolo centrale il funzionamento affettivo della persona che, come vedremo in seguito, presenta alcune peculiarità che ne influenzano il funzionamento psicosomatico.

Un primo aspetto che la letteratura ha a lungo riportato come significativo nei quadri di somatizzazione persistente è l'alessitimia, sinteticamente definita come la “mancanza di parole per le emozioni” (Nemiah, 1970). Essa è caratterizzata da alcune difficoltà nell'identificare i sentimenti, nel differenziare un sentimento dall'altro e un sentimento da una sensazione corporea, nel comunicare ad altri i propri sentimenti, e da uno stile cognitivo legato allo stimolo, orientato all'esterno, con una mancanza di introspezione e attenzione al mondo interno proprio e altrui (Taylor et al, 1999). In particolare, Taylor ritiene che queste caratteristiche riflettano un deficit nell'elaborazione cognitiva delle emozioni, per cui la persona con tratti alessitimici sarebbe carente nella dimensione cognitivo-esperienziale e interpersonale degli affetti. Queste difficoltà andrebbero così a inficiare gli aspetti fisiologici e motorio-comportamentali, che rimarrebbero privi di regolazione da parte di una componente più cosciente e verbale, sfociando, nel nostro caso, nella presenza di sintomi somatici non regolati (Taylor, 1994). Di fatto, dalla letteratura emerge che la dimensione alessitimica di difficoltà nell'identificazione le proprie emozioni e sensazioni sia quella maggiormente associata alla presenza di sintomi somatici (De Gucht & Heiser, 2003).

Un secondo aspetto presente in quadri di funzionamento somatico, e connessa ai tratti alessitimici, è il deficit nella mentalizzazione, nonché una difficoltà nell'inferire e comprendere stati mentali ed emozioni propri e altrui. Questo deficit si declina come una difficoltà nel trasformare i segni impliciti dell'attivazione fisiologica emotiva in un'esplicita modalità di processazione e verbalizzazione dello stato interno, interpretando così tali segni come malfunzionamento corporeo (Subic-Wrana et al., 2011). Si assiste quindi ad una mancata integrazione tra l'attivazione fisiologica

sperimentata e il vissuto psichico sotteso, portando così ad un eccessivo attaccamento alle spiegazioni biologiche del sintomo e alla negazione di fattori psicologici coinvolti (Spaans et al., 2009). La presenza di deficit nella mentalizzazione in individui con sintomi somatici è ulteriormente dimostrata dalla compromissione del funzionamento della Teoria della Mente in situazioni sociali che prevedono l'inferenza di sentimenti, pensieri ed intenzioni altrui per dare un senso all'interazione in atto (Subic-Wrana et al., 2010; Zunhammer et al., 2015).

Come detto in precedenza, la scarsa consapevolezza delle emozioni e le difficoltà nell'identificare e verbalizzarle presenti in quadri di somatizzazione persistente comportano anche una difficoltà nella regolazione dei propri stati interni (Taylor et al., 1999; Okur Güney et al., 2019). Le strategie cognitive di regolazione emotiva vengono definite come strategie mentali cosce che l'individuo utilizza per gestire uno stato emozionale attivante attraverso il controllo cognitivo e le funzioni esecutive (Garnefski et al., 2017). Di fatto, la letteratura ha evidenziato una correlazione significativa tra sintomi somatici e maggior utilizzo di strategie cognitive disfunzionali come la ruminazione, l'auto-colpevolezza e la catastrofizzazione degli eventi di vita negativi (ibidem). Dunque, in una direzione di influenza bidirezionale, da un lato la presenza di disregolazione porta l'individuo a esprimere il proprio disagio attraverso il canale primitivo del corpo con la definizione di sintomi somatici, i quali, dall'altro lato, vengono affrontati attraverso strategie di coping disadattive che incrementano la sofferenza sottesa (ibidem). Questo porta la persona con funzionamento somatizzante a percepire il sintomo fisico come predominante nella propria vita, a provare un'intensa preoccupazione rispetto le proprie sensazioni corporee, e a focalizzarsi sulla risoluzione del problema attraverso continue visite mediche inconcludenti (APA, 2013).

Infine, un ulteriore aspetto del funzionamento individuale che sembra essere coinvolto nei quadri di somatizzazione persistente è il nevroticismo, definito come tratto stabile dell'individuo che implica una tendenza a sperimentare emozioni negative e a mettere in atto comportamenti e cognizioni associati, come paura, irritabilità, bassa autostima e senso di impotenza (Costa & McCrae, 1987). La letteratura riporta una correlazione significativa tra alti livelli di nevroticismo e

funzionamento somatizzante, con una tendenza a rimanere stabile nel corso della vita (De Gucht, 2003).

4.3 Somatizzazione e funzione genitoriale

Alla luce delle caratteristiche descritte in precedenza, è possibile ipotizzare che la presenza di un funzionamento somatizzante nel genitore comporti alcune difficoltà o compromissioni all'interno della funzione genitoriale. Ad oggi non è del tutto chiara quale sia la relazione tra somatizzazione e difficoltà parentali; tuttavia, la letteratura riporta indirettamente come alcune caratteristiche descritte nel profilo somatizzante siano associate a compromissioni nella relazione genitore-bambino (Filippi et al., under review).

Innanzitutto, i tratti Alessitimici presenti in individui con un funzionamento somatizzante, oltre alle difficoltà nel riconoscere le proprie emozioni, implicano anche una ridotta abilità nell'identificare e mentalizzare gli stati interni altrui (Beck et al. 2013; Stonnington et al., 2013). Questi deficit, contestualizzati all'interno della funzione genitoriale, sono stati associati a difficoltà interpersonali nella diade genitore-bambino, con minor sintonizzazione e accuratezza nel riconoscere le emozioni, le intenzioni e i comportamenti del bambino, e scarsa verbalizzazione di essi (Yürümez et al., 2014; Cuzzocrea et al., 2015; Ahrnberg et al., 2020). Infatti, nel momento in cui la mentalizzazione è deficitaria o inibita, il caregiver non riesce a farsi carico dell'esperienza mentale e corporea del bambino, ad associarla agli aspetti emotivi e affettivi sottostanti e a restituirla attraverso il canale verbale, compromettendo anche la capacità di fornire un supporto emotivo sano, adeguato e contingente (ibidem).

Inoltre, le difficoltà nella mentalizzazione e i deficit Alessitimici sono risultati essere associati ad uno stile di attaccamento insicuro-preoccupato adulto, e mediano la relazione tra quest'ultimo e la presenza di sintomi somatici (Troisi et al., 2001; Riem et al. 2018). Infatti, persone con tale tipologia

di attaccamento tendono ad avere difficoltà nell'identificare e regolare le proprie emozioni, caratteristiche che talvolta si associano ad un'ipervigilanza dei propri segnali interni, una loro valutazione catastrofica e un'esperienza somatica come risposta allo stress (Ciechanowski et al., 2002; Riem et al., 2018).

Un secondo aspetto fondamentale riguarda la difficoltà nella regolazione degli affetti, competenza che è noto essere centrale all'interno della funzione genitoriale. Infatti, nelle prime fasi di vita l'adulto di riferimento svolge un ruolo fondamentale di regolatore esterno al fine di supportare e potenziare lo sviluppo di abilità autoregatorie del bambino (Fonagy & Target, 2005). La presenza di difficoltà autoregatorie nel genitore potrebbe dunque compromettere la capacità di modulare l'esperienza del bambino nello stare con l'altro e nel mondo, con ripercussioni negli interventi eteroregolativi messi in atto per modificare lo stato affettivo del piccolo (Senehi et al., 2018). Infatti, la tendenza ad utilizzare strategie di coping disfunzionali presente nei genitori con aspetti di somatizzazione persistente, si associa a difficoltà nel gestire gli stati affettivi negativi e di stress che quotidianamente coinvolgono sia il bambino che la diade, portando così a comportamenti genitoriali meno efficaci e sensibili, che nel complesso rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo del piccolo (Filippi et al., under review).

Infine, è fondamentale considerare l'influenza del nevroticismo all'interno della funzione genitoriale. Innanzitutto, la letteratura riporta come elevati livelli di nevroticismo materno sono associati a minori livelli di sensibilità e calore affettivo, e ad alti livelli di affettività negativa, intrusività e autoritarismo (Bornstein et al., 2011). Infatti, la presenza di tali tratti di personalità può veicolare in modo più o meno persistente una maggior componente di emozionalità negativa all'interno della relazione diadica, che compromette a sua volta la capacità di sintonizzarsi con gli stati interni del piccolo e di far sperimentare al bambino stesso l'affettività positiva (ibidem). Questi aspetti sono osservabili anche a partire dall'osservazione di interazioni di gioco, in cui madri somatizzanti presentano minor responsività rispetto ai bisogni e alle richieste del bambino, minor coinvolgimento e divertimento, e espressività di affettività positiva, riducendo significativamente la

qualità del gioco (Craig et al., 2004; Filippi et al., under review). Infine, madri con elevati livelli di nevroticismo si descrivono come meno competenti e meno soddisfatte del proprio stile di cura (Bornstein et al., 2011).

La letteratura di riferimento riporta dunque un significativo impatto del funzionamento somatizzante del caregiver sulla funzione genitoriale, soprattutto in termini di difficoltà emotive che vanno a compromettere la qualità della relazione genitore-bambino. Tuttavia, vi sono ancora alcune dimensioni che sono rimaste inesplorate, a partire dai deficit nella mentalizzazione che sono noti essere una caratteristica centrale dei quadri di somatizzazione persistente. Per questo motivo, uno degli obiettivi della seguente ricerca sarà quello di approfondire la relazione tra somatizzazione e mind-mindedness osservata durante le interazioni caregiver-bambino, alla luce delle difficoltà nel riconoscimento e nella verbalizzazione delle emozioni, e delle peculiari modalità di interazione che caratterizzano queste tipologie di diadi.

4.4 Somatizzazione ed esiti evolutivi nel bambino

Le caratteristiche del funzionamento individuale presenti in quadri di somatizzazione persistente descritte in precedenza hanno un impatto non solo sulla funzione genitoriale, ma di riflesso influenzano anche lo sviluppo del bambino.

Innanzitutto, è stata osservata una correlazione positiva tra la presenza di sintomi somatici nel genitore e sintomi somatici nel bambino, tale per cui sembra esserci una trasmissione generazionale dei meccanismi somatizzanti (Walker et al., 1994; Van Tilburg et al., 2015; Elliott et al., 2020). Questa associazione potrebbe riflettere una tendenza familiare a rispondere ad eventi stressanti attraverso la somatizzazione dovuta, da un lato, a fattori genetici di reazione allo stress, dall'altro a fattori psicosociali come l'enfasi sulla salute e sulla malattia all'interno della famiglia, o l'apprendimento di modalità di coping dal genitore tramite l'osservazione, determinando nel bambino una tendenza a

focalizzarsi sulle proprie sensazioni somatiche e ad usare il corpo come espressione del proprio disagio (ibidem).

Un secondo aspetto fondamentale riguarda l'impatto del deficit Alessitimico e di mentalizzazione associati alla somatizzazione. Infatti, fin dalla nascita il bambino è inserito all'interno di relazioni significative attraverso cui si costruisce le rappresentazioni di sé stesso e del mondo, sviluppa la sua personalità e apprende competenze di autoregolazione sulla base dello scaffolding esterno fornito dal genitore stesso (Tronick, 2008). Tuttavia, se il caregiver fatica a identificare le emozioni dell'altro, ad attribuirne il giusto significato e a regolarne gli stati interni, il bambino potrebbe essere privato di esperienze interattive in cui acquisire il lessico emotivo e la regolazione degli affetti (Tronick, 2008; Cuzzocrea et al., 2015). Infatti, le difficoltà genitoriali nella mentalizzazione operazionalizzata in termini di *mind-mindedness*, possono compromettere lo sviluppo della capacità del bambino di accedere al linguaggio emotivo per comprendere i propri stati interni e quelli degli altri, e di riflettere su di essi dando un senso e interpretando il comportamento umano in termini di stati mentali, come bisogni, desideri, emozioni, credenze, obiettivi, intenzioni e motivazioni. Inoltre, la presenza di tratti nevrotici genitoriali comporta una maggior componente di emozione negativa nella diade, tale per cui il caregiver tenderà a sintonizzarsi prevalentemente con stati affini ai suoi affetti negativi, diminuendo la possibilità di sperimentare dinamiche di rottura e riparazione funzionali allo sviluppo di competenze regolatorie (Bornstein et al., 2011).

Infine, è fondamentale considerare l'attaccamento insicuro-preoccupato spesso associato a quadri di funzionamento somatizzante. Infatti, alla luce del fenomeno della trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento (Van Ijzendoorn, 1995) e del riconoscimento da parte dell'Infant Research del ruolo chiave della disregolazione emotiva nella diade genitore-bambino (Tambelli et al., 2017), è possibile che l'attaccamento insicuro-preoccupato del caregiver impatti sulla funzione genitoriale predisponendo per lo sviluppo dello stesso pattern di attaccamento nel bambino, a sua volta considerato come un fattore di rischio per lo sviluppo di numerosi disturbi psicopatologici (Tironi et al., 2021).

CAPITOLO 5

LA RICERCA

5.1 Obiettivi e ipotesi

Sulla base della letteratura riportata e discussa nei capitoli precedenti, il presente studio longitudinale è volto ad indagare l'influenza di alcuni fattori individuali della madre sulla mind-mindedness materna a quattro mesi di vita del figlio, e di osservare il successivo impatto di tale competenza sullo sviluppo socio-emotivo, linguistico e del comportamento adattivo del bambino a un anno di vita. In particolare, dal punto di vista cognitivo verrà indagata l'associazione con l'empatia cognitiva materna, mentre sul versante affettivo verrà analizzato l'impatto del funzionamento psicosomatico della madre.

Nello specifico, gli obiettivi e le ipotesi di ricerca sono:

a. Indagare la possibile presenza di una relazione tra le capacità empatiche della madre, nelle dimensioni cognitive di “Presenza di prospettiva” e “Fantasia” valutate tramite l'Interpersonal Reactivity Index (IRI; Davis, 1980), e la mind-mindedness materna osservata a quattro mesi di vita del bambino durante interazioni diadiche di gioco libero, valutata tramite il Mind-Mindedness Coding System (Meins & Fernyhough, 2015). Sulla base delle premesse teoriche riportate precedentemente, mi aspetto di osservare una correlazione positiva tra empatia cognitiva e mind-mindedness. Mi aspetto, dunque, che le capacità di assumere la prospettiva altrui e di identificarsi con emozioni altrui possano influenzare in modo positivo le competenze materne di considerare il bambino come un individuo dotato di stati interni propri e di verbalizzarli durante l'interazione.

b. Indagare il ruolo del funzionamento psicosomatico della madre, valutato tramite l'intervista semistrutturata Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research – Revised (DCPR-R ISS; Fava et al., 2017) e il Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R; Derogates, 1994), nella relazione con la mind-mindedness materna osservata nell'interazione a quattro mesi del

bambino. Secondo le premesse teoriche, mi aspetto che la presenza di meccanismi di somatizzazione persistente correli negativamente con le competenze di mind-mindedness nelle diverse variabili analizzate, e dunque che la presenza di sintomi somatici attuali o nella storia passata si associ ad una diminuzione della capacità genitoriale di considerare il bambino come un individuo dotato di stati interni propri e di verbalizzarli durante l'interazione.

c. Indagare la relazione tra somatizzazione ed empatia cognitiva, al fine di confermare ciò che la letteratura riporta rispetto ad una compromissione della Teoria della Mente nei quadri di somatizzazione persistente. Mi aspetto dunque di osservare una correlazione negativa tra le due variabili.

d. Indagare la relazione tra mind-mindedness materna osservata a quattro mesi e le competenze evolutive del bambino a dodici mesi, valutate tramite le scale Bayley (BSID; Bayley, 2006), alla luce del funzionamento materno valutato nei precedenti punti. Come riportato dalla letteratura, mi aspetto di osservare una correlazione positiva tra la mind-mindedness materna, influenzata a sua volta dall'empatia e dal funzionamento psicosomatico genitoriale, e le competenze socio-emotive, linguistiche e del comportamento adattivo del bambino valutate a distanza di otto mesi.

5.2 Partecipanti

La presente ricerca ha utilizzato i dati raccolti nel progetto *Psycho-somatic basis of intersubjectivity and parenting: a longitudinal study*. Alla ricerca hanno partecipato 41 madri di età compresa tra i 25 e i 43 anni ($m = 33.8$; $ds = 4.26$), e i loro bambini, 21 maschi e 20 femmine, valutati a quattro e a dodici mesi di vita. I criteri di inclusione per la partecipazione sono l'aver un bambino di quattro mesi di età. I criteri di esclusione, invece, per quanto riguarda i genitori sono la presenza di disturbo mentale altro rispetto ad un disturbo da sintomi somatici, mentre per ciò che concerne i

bambini sono la prematurità o la presenza di gravi anomalie congenite. Maggiori informazioni sociodemografiche sono mostrate nella Tabella 1.

Le diadi sono state reclutate tramite volantinaggio e annunci sui social network, e l'adesione alla ricerca da parte dei genitori è stata volontaria. Prima di prendere parte allo studio, i partecipanti hanno firmato il consenso informato.

5.3 Procedura sperimentale

La procedura sperimentale è composta da tre fasi, due effettuate a quattro mesi di vita del bambino (T1), e una a dodici mesi di vita (T2).

La prima fase del T1 riguarda la somministrazione di una serie di questionari self-report da compilare online tramite la piattaforma Qualtrics Survey, allo scopo di raccogliere alcune informazioni sociodemografiche e di valutare alcuni aspetti del benessere materno, come la presenza di sintomi psicopatologici (SCL-90-R; Derogates, 1994), e del suo funzionamento, tra cui l'empatia genitoriale (IRI; Davis, 1980). Al termine della compilazione dei questionari, le madri sono state invitate a partecipare ad un breve incontro tramite la piattaforma Zoom durante il quale è stata somministrata l'intervista volta ad indagare la presenza di una storia di somatizzazione persistente (DCPR-R ISS; Fava et al., 2017).

La seconda fase del T1 consiste in un momento di interazione di gioco libero videoregistrato tra il genitore e il proprio bambino della durata di 20 minuti, al fine di valutare le competenze materna di mind-mindedness (Mind-mindedness Coding System; Meins & Fernyhough, 2015). Per 5 famiglie questa fase della ricerca è stata svolta in laboratorio, in una stanza appositamente attrezzata; mentre 36 famiglie hanno partecipato a questa fase da casa, attraverso l'utilizzo della piattaforma Zoom perché impossibilitate a raggiungere la sede fisica della ricerca, permettendo così di disporre di un campione più vario non proveniente dallo stesso bacino di reclutamento. Alle madri veniva chiesto

di giocare e stare insieme al proprio bambino come fanno di solito, all'interno di una zona delimitata da un tappetone e con un set limitato di giochi secondo le indicazioni fornite, al fine di minimizzare le possibili differenze dovute ai differenti setting (es., un libretto morbido, un sonaglietto, un peluche).

La terza fase, a T2, prevede la somministrazione delle Scale Bayley-III per valutare lo sviluppo socio-emotivo, linguistico e del comportamento adattivo del bambino a un anno di vita. Questa fase è stata condotta solo in un sottogruppo costituito da 26 diadi che, dopo aver partecipato alla fase T1, a otto mesi di distanza sono state ricontattate per eseguire un follow-up sullo sviluppo del bambino. Tuttavia, solo 11 diadi si sono recate in presenza presso la sede fisica di riferimento potendo così effettuare la somministrazione diretta al bambino delle scale, mentre le restanti famiglie hanno compilato i questionari online relativi alla scala socioemozionale e del comportamento adattivo tramite la piattaforma Quatrics Survey.

5.4 Strumenti

5.4.1 Mind-Mindedness Coding System

La mind-mindedness materna è stata valutata utilizzando la misura osservativa prevista nella versione 2.2 del manuale di codifica (Meins & Fernyhough, 2015), in cui si analizza la tendenza del caregiver di includere in maniera spontanea gli stati mentali del bambino durante l'interazione.

La procedura prevede la videoregistrazione di un'interazione di gioco libero in cui si chiede al genitore di giocare con il figlio "come fanno di solito a casa". Successivamente, viene trascritta ogni singola espressione verbale del caregiver, suddividendole in segmenti sulla base di un criterio temporale (un secondo di pausa) e di semantica.

Il linguaggio genitoriale viene codificato in categorie mutualmente escludenti: commenti non mentalizzanti, come le percezioni, le descrizioni fisiche o del comportamento del bambino, o riferimenti non specifici a generali stati interni del piccolo; e commenti mentalizzanti, in cui il

genitore usa esplicitamente termini che fanno riferimento allo stato interno del bambino per commentare ciò che potrebbe star provando o pensando (ad esempio desideri, emozioni, intenzioni).

Il passaggio successivo consiste nel codificare i commenti mentalizzanti come appropriati o non sintonizzati. Un'espressione genitoriale mentalizzante viene definita appropriata se è coerente e sensibile rispetto allo stato interno del figlio, se permette di collegare l'attività del bambino con eventi simili al passato o al futuro, e se chiarifica come procedere dopo un momento di stallo nell'interazione. Al contrario, un commento mentalizzante viene codificato come non sintonizzato se non è coerente e accurato rispetto allo stato interno del bambino, sia per un fraintendimento che per una proiezione di sé, se si riferiscono a eventi passati o futuri non connesso all'attività presente, e se il genitore chiede al figlio cosa vuole fare o suggerisce altro mentre lui è coinvolto nell'attività.

Infine, viene calcolata la proporzione tra il numero dei commenti mentalizzanti e il totale delle espressioni verbali fatte dal genitore al fine di ottenere una valutazione della mentalizzazione genitoriale controllando per la sua verbosità.

5.4.2 Interpersonal Reactivity Index (IRI)

L'empatia è stata valutata attraverso l'Interpersonal Reactivity Index (IRI; Davis, 1980), uno strumento self-report che rileva tale costrutto attraverso un approccio multidimensionale che integra componenti affettive e componenti cognitive. È costituito da 28 item raggruppati in quattro sottoscale da 7 item ciascuna: "Fantasia", "Presenza di Prospettiva", "Preoccupazione Empatica" e "Distress personale".

Le prime due sottoscale catturano nel complesso la componente cognitiva dell'empatia, ovvero la capacità di comprendere gli stati affettivi altrui. Infatti, la sottoscala "Fantasia" descrive la tendenza a identificarsi con le emozioni e le azioni di personaggi fittizi di libri, film e giochi, mentre la sottoscala "Presenza di Prospettiva" cattura la tendenza a adottare il punto di vista altrui.

La sottoscala "Preoccupazione Empatica" si riferisce invece ai sentimenti di dispiacere preoccupazione per l'altra persona, mentre la sottoscala "Distress Personale" valuta la tendenza a

provare uno stato di eccessivo disagio interno rivolto al sé a fronte della percezione del malessere altrui. Dunque, queste due sottoscale definiscono la componente affettiva dell'empatia legata alla condivisione dell'esperienza emotiva.

Ai fini del presente studio sono state utilizzate solamente le prime due sottoscale descritte (“Presa di Prospettiva” e “Fantasia”), che consentono dunque di valutare la componente cognitiva dell'empatia, fattore centrale negli obiettivi della ricerca.

5.4.3 Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research-Revised (DCPR-R ISS)

Il funzionamento psicosomatico materno è stato valutato attraverso l'intervista semistrutturata Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research-Revised (DCPR-R ISS; Fava et al., 2017). Lo strumento prevede una struttura modulare e comprende 14 sindromi psicosomatiche da indagare nel corso del colloquio, facendo riferimento agli ultimi 12 mesi di vita. In particolare, per ogni condizione sono previste delle domande da porre sulla base degli specifici criteri diagnostici, le quali prevedono un formato di risposta “Si”/“No”.

Le 14 sindromi che nel complesso permettono di analizzare il funzionamento psicosomatico della persona sono suddivise in quattro moduli: Stress, Comportamento di Malattia, Manifestazioni Psicologiche e Personalità. In particolare, il modulo “Stress” include la sindrome di sovraccarico allostatico; il modulo “Comportamento di Malattia” comprende le sindromi di ansia per la salute, nosofobia, ipocondria, tanatofobia, negazione di malattia, somatizzazione persistente, sintomi da conversione, reazione da anniversario; il modulo “Manifestazioni Psicologiche” include le sindromi di sintomi somatici secondari a un disturbo psichiatrico, demoralizzazione, umore irritabile; e infine il modulo “Personalità” comprende la sindrome di comportamento di tipo A e alessitimia.

Ai fini del presente studio è stata utilizzata solamente la sindrome “Somatizzazione persistente” poiché elemento centrale degli obiettivi della ricerca. Inoltre, per quanto riguarda tale sindrome, non è stato fornito uno specifico riferimento temporale come previsto dal manuale, bensì è stato richiesto di pensare a tutto il corso della propria vita, al fine di valutare le possibili varie

manifestazioni avvenute nel tempo, definendo così una “storia di somatizzazione persistente” interpretabile come una tendenza dell’individuo a somatizzare. In particolare, per poter definire un quadro di somatizzazione, la madre deve riportare di aver sofferto per più di sei mesi di sindromi funzionali (quali dolori muscolari, reflusso gastroesofageo, difficoltà di respirazione) e di sintomi di attivazione autonoma (quali palpitazioni, nausea, iperventilazione), di cui il medico non ha riscontrato una causa organica, e che hanno causato sofferenza e peggioramento della qualità di vita.

5.4.4 Symptom Checklist-90-R

La presenza di aspetti di somatizzazione è stata valutata anche attraverso la Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R; Derogates, 1994). Si tratta di un questionario self-report costituito da 90 item che valuta la severità attuale dei seguenti sintomi psicopatologici: somatizzazione, ossessione-compulsione, sensibilità interpersonale, depressione, ansia, ansia fobica, ostilità, ideazione paranoide e psicotismo. Il riferimento temporale fornito è l’ultima settimana dalla compilazione.

Ai fini del presente studio è stata utilizzata solamente la sottoscala “Somatizzazione” come misura integrativa per tale variabile di interesse. Infatti, mentre l’intervista DCPR-R definisce una “storia di somatizzazione persistente”, tale sottoscala dell’SCL-90-R permette di valutare la presenza attuale di meccanismi somatizzanti e il disagio legato alla percezione di disfunzioni corporee, potendo così avere un quadro completo del funzionamento della persona.

5.4.5 Scale Bayley-III

Lo sviluppo del bambino è stato valutato attraverso la somministrazione delle Scale Bayley-III (Bayley, 2006). Si tratta di uno strumento multicomponentiale somministrabile dai 16 giorni ai 3 anni e mezzo di età, che consente di avere una fotografia delle caratteristiche evolutive del bambino nello specifico momento in cui viene effettuata la valutazione.

È composta da cinque scale complementari che, sulla base dell’osservazione, dell’utilizzo di materiale-stimolo e delle informazioni fornite dal caregiver, consentono di eseguire una valutazione

quantitativa e complessiva delle competenze del bambino. In particolare, la scala cognitiva, la scala del linguaggio e la scala motoria (livello fine e grosso-motorio) vengono somministrate attraverso prove dirette al bambino che prevedono l'uso di giochi, stimoli e richieste al fine di valutare rispettivamente il funzionamento cognitivo (memoria, abitudine, problem solving, esplorazione), il linguaggio ricettivo ed espressivo, la fine e la grosso-motricità. La scala socio-emozionale e quella del comportamento adattivo sono invece sottoforma di questionario compilato dal genitore, che consentono di valutare l'acquisizione delle tappe di sviluppo emotivo e sociale (autoregolazione, relazioni, interesse per il mondo, utilizzo di segnali emozionali) e l'autonomia del bambino in termini di comunicazione, divertimento, vita di comunità, salute e sicurezza, cura di sé, abilità del vivere quotidiano, autodeterminazione.

CAPITOLO 6

RISULTATI

6.1 Analisi descrittive

Di seguito verranno riportate le statistiche descrittive e le analisi preliminari condotte sulle variabili sociodemografiche e sulle variabili di interesse. Tutti i dati raccolti per il presente studio sono stati analizzati attraverso il software statistico Jamovi (versione 2.3.28.0).

Al fine di valutare quale test statistico utilizzare nella ricerca, è stata anche analizzata la distribuzione dei dati del campione attraverso il test di Shapiro-Wilk. In particolare, seguono una distribuzione normale l'età della madre, entrambe le sottoscale dell'IRI e tutte le variabili relative alla mind-mindedness ad eccezione del numero totale di commenti appropriati e di commenti non sintonizzati, e della proporzione di commenti non sintonizzati sul totale. Queste ultime non seguono dunque una distribuzione normale, così come l'età gestazione del bambino alla nascita e la sottoscala "Somatizzazione" dell'SCL-90-R. Infine, tutte le sottoscale delle scale Bayley analizzate ai fini della seguente ricerca seguono una distribuzione normale, ad eccezione della variabile relativa alla scala socioemozionale.

6.1.1 Variabili sociodemografiche

Il campione oggetto di studio è composto da 41 diadi madre-figlio. Nella Tabella 1 vengono riportate le analisi descrittive per ciascuna variabile, comprendenti media, deviazione standard e range (valore minimo e valore massimo).

Tabella 1. Caratteristiche sociodemografiche dei partecipanti

	<i>m or % (range)</i>	<i>sd</i>	<i>range</i>
<i>Età della madre (anni)</i>	33.8	4.26	(25-43)

<i>Nazionalità (italiana)</i>	97.6 %	—	—
<i>Istruzione</i>			
Diploma di scuola superiore	22.0 %	—	—
Laurea triennale	26.8 %	—	—
Laurea di secondo livello	43.9 %	—	—
Dottorato di ricerca / master / specializzazione	7.3 %	—	—
<i>Status socioeconomico</i>			
Basso	2.4 %	—	—
Medio-basso	22.0 %	—	—
Medio	56.1 %	—	—
Medio-alto	9.8 %	—	—
Alto	9.8 %	—	—
<i>Stato coniugale</i>			
Single	7.3 %		
Convivente	36.6 %	—	—
Sposata	53.7 %	—	—
Separata / Divorziata	2.4 %	—	—
<i>Età gestazionale alla nascita del bambino (mesi)</i>	39.2	1.39	(35-41)
<i>Genere del bambino (femmina)</i>	48.8 %	—	—
<i>Gravidanza programmata (sì)</i>	82.9 %	—	—
<i>Parto</i>			
Spontaneo	61.0 %	—	—
Indotto	19.5 %	—	—
Cesareo	19.5 %	—	—

<i>Complicazioni durante il parto o alla nascita (sì)</i>	62.5 %	–	–
<i>Allattamento alla nascita (sì)</i>	92.7 %	–	–
<i>Aborti passati (sì)</i>	14.6 %	–	–
<i>Altri figli (no)</i>	63.4 %	–	–

NOTA. Per quanto riguarda la variabile “Complicazioni durante il parto o alla nascita”, le madri che hanno risposto “Sì” hanno riportato di aver sofferto per lacerazioni ed emorragie perinatali, difficoltà respiratorie e posizione podalica del bambino durante il parto, cesareo d’urgenza, ricovero del bambino in terapia intensiva neonatale.

6.1.2 Empatia e somatizzazione

Di seguito vengono riportate le statistiche descrittive relative alle due variabili di interesse del funzionamento materno, ovvero l’empatia cognitiva (valutata tramite lo strumento IRI), e la somatizzazione (valutata tramite l’intervista DCPR-R e il questionario SCL-90-R). Nella Tabella 2 vengono riportati media o percentuale, deviazione standard e range di ciascuna variabile.

Tabella 2. Funzionamento materno (Empatia e Somatizzazione)

	<i>m or % (range)</i>	<i>sd</i>	<i>range</i>
<i>IRI – Fantasia</i>	25.46	4.76	(13-34)
<i>IRI – Presa di prospettiva</i>	28.58	3.57	(22-35)
<i>SCL-90-R – Somatizzazione</i>	0.68	0.52	(0.08-2.50)
<i>DCPR-R – Somatizzazione (sì)</i>	29.3 %	–	–

Dai risultati delle statistiche descrittive emerge che solo il 29.3% delle madri (n = 12) presenta una storia di somatizzazione persistente, mentre il punteggio medio di tutte le madri ottenuto nella relativa sottoscala dell’SCL-90-R è pari a 0.68 (*sd* = 0.52), laddove un punteggio uguale o maggiore a 1 è considerato significativo.

6.1.3 Mind-mindedness materna

Di seguito vengono riportate le statistiche descrittive relative alla mind-mindedness materna valutata sui commenti mentalizzanti fatti durante l'interazione con il proprio bambino. Per controllare la verbosità dei partecipanti, è stata calcolata la proporzione di commenti mentalizzanti e non, appropriati e non sintonizzati rispetto al totale delle frasi pronunciate dal genitore. La Tabella 3 riporta media, deviazione standard e range del numero e della percentuale di commenti mentalizzanti e non mentalizzanti, e di commenti appropriati e non sintonizzati.

Tabella 3. Mind-mindedness materna

	<i>m</i>	<i>sd</i>	range
<i>Comm. non mentalizzanti (n)</i>	257.20	113.18	(16-550)
<i>Comm. non mentalizzanti (%)</i>	92.59	3.13	(84.21-99.30)
<i>Comm. mentalizzanti (n)</i>	20.39	11.03	(2-44)
<i>Comm. mentalizzanti (%)</i>	7.41	3.13	(0.69-15.8)
<i>Comm. appropriati (n)</i>	15.98	10.20	(0-39)
<i>Comm. appropriati sul totale (%)</i>	5.53	3.05	(0-13.9)
<i>Comm. non sintonizzati (n)</i>	4.51	3.93	(0-13)
<i>Comm. non sintonizzati sul totale (%)</i>	1.90	2.07	(0-11.1)

Dai risultati delle statistiche descrittive riguardanti la mind-mindedness materna emerge che nelle interazioni madre-bambino la percentuale media di commenti non mentalizzanti è pari a 92.59% sul totale di commenti espressi dal genitore, mentre quella dei commenti mentalizzanti si attesta al 7.41%. Tra questi, in media il 5.53% dei commenti sul totale vengono classificati come appropriati, mentre l'1.90% rientra tra i commenti non sintonizzati rispetto agli stati interni del bambino.

6.1.4 Sviluppo del bambino

Di seguito vengono riportate le statistiche descrittive relative allo sviluppo del bambino valutato a distanza di otto mesi tramite le scale Bayley. Ai fini del presente studio sono stati analizzati solo i punteggi scalati relativi allo sviluppo socioemozionale, del comportamento adattivo e linguistico (ricettivo, espressivo e totale) nel sottogruppo che ha partecipato a T2. Le relative numerosità, medie, deviazioni standard e range sono riportate nella Tabella 4.

Tabella 4. Scale Bayley

	n	m	sd	range
<i>Socioemozionale</i>	26	10.7	3.14	(4-19)
<i>Comportamento Adattivo</i>	26	73.9	11.79	(50-92)
<i>Linguaggio Ricettivo</i>	11	9.45	2.54	(5-13)
<i>Linguaggio Espressivo</i>	11	11.64	1.12	(10-13)
<i>Linguaggio totale</i>	11	21.09	2.77	(16-26)

6.2 Correlazioni tra variabili individuali e mind-mindedness materna

Di seguito verranno riportate le analisi condotte in linea con gli obiettivi della ricerca, volti a indagare l'influenza del funzionamento materno, in termini di empatia e somatizzazione, sulla competenza di mind-mindedness genitoriale.

Inoltre, sono state effettuate delle analisi preliminari con lo scopo di indagare la correlazione tra le variabili sociodemografiche della madre e la mind-mindedness, al fine di comprendere se includere qualche aspetto come fattore che possa spiegare in parte il fenomeno oggetto di studio. Dal calcolo del coefficiente di correlazione di Pearson e di Spearman (a seconda del tipo di distribuzione delle variabili) è emersa una correlazione positiva tra lo status socioeconomico materno e la

proporzione di commenti mentalizzanti sul totale ($\rho = .310, p = .043$), ed una correlazione negativa tra status socioeconomico e proporzione di commenti non mentalizzanti sul totale ($\rho = -.320, p = .042$).

6.2.1 Empatia cognitiva e mind-mindedness

Per quanto riguarda il primo obiettivo della ricerca, ovvero la presenza di un'associazione tra l'empatia cognitiva genitoriale e la mind-mindedness materna, sono state analizzate le correlazioni tra le sottoscale dell'IRI e le variabili della mind-mindedness valutate durante l'osservazione di un'interazione di gioco madre-bambino. Nella Tabella 5 vengono riportati i risultati con i rispettivi coefficienti di Pearson o di Spearman.

Dai risultati non emerge alcuna correlazione statisticamente significativa tra le sottoscale "Fantasia" e "Presenza di prospettiva" e il numero e le proporzioni di commenti mentalizzanti e non, appropriati e non sintonizzati.

6.2.2 Somatizzazione e mind-mindedness

Il secondo obiettivo della ricerca consisteva nell'indagare la presenza di una relazione tra meccanismi di somatizzazione persistente e mind-mindedness materna. Per tale motivo, sono state analizzate le correlazioni tra le relative sottoscale di SCL-90-R (Tabella 6) e DCPR-R (Tabella 7) e le variabili della mind-mindedness osservata durante l'interazione.

Per quanto riguarda la sottoscala "Somatizzazione" dell'SCL-90-R, non è emersa alcuna correlazione statisticamente significativa tra i punteggi ottenuti in termini di funzionamento somatizzante attuale e mind-mindedness materna. Per quanto riguarda invece la sottoscala dell'intervista DCPR-R, è stato condotto un t-test al fine di osservare la presenza di una differenza statisticamente significativa tra il gruppo di madri con storia di somatizzazione ($n = 12$) e madri non somatizzanti ($n = 29$). Tuttavia, i due gruppi non sono risultati differenziarsi nelle diverse variabili della mind-mindedness indagate.

Tabella 5. Correlazioni tra le sottoscale dell'IRI e la mind-mindedness

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. IRI – Fantasia	–									
2. IRI – Presa di prospettiva	.183	–								
3. Comm. non mentalizzanti (n)	-.026	.139	–							
4. Comm. non mentalizzanti (%)	.219	.012	.199	–						
5. Comm. mentalizzanti (n)	-.209	.018	.571***	-.624***	–					
6. Comm. mentalizzanti (%)	-.219	-.013	-.199	-1.00***	.624***	–				
7. Comm. appropriati (n)	-.192	.008	.438**	-.615***	.883***	.614***	–			
8. Comm. appropriati su tot. (%)	-.307	-.050	.032	-.777***	.720***	.777***	.852***	–		
9. Comm. non sintonizzati (n)	-.070	.204	.244	-.159	.382*	.161	-.019	-.141	–	
10. Comm. non sintonizzati su tot. (%)	.044	.153	-.192	-.238	.074	.240	-.293	-.248	.826***	–

NOTA. È stata usata *rho* di Spearman per le variabili “comm. sintonizzati (n)”, “comm. non sintonizzati (n)” e “comm. non sintonizzati” (%); le restanti variabili sono state valutate tramite *r* di Pearson. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabella 6. Correlazioni tra la sottoscala “somatizzazione” di SCL-90-R e la mind-mindedness

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. SCL-90-R – Somatizzazione	–								
2. Comm. non mentalizzanti (n)	.104	–							
3. Comm. non mentalizzanti (%)	.104	.199	–						
4. Comm. mentalizzanti (n)	.025	.571***	-.624***	–					
5. Comm. mentalizzanti (%)	-.105	-.199	-1.00***	.624***	–				
6. Comm. appropriati (n)	-.022	.438**	-.615***	.883**	.614***	–			
7. Comm. appropriati su tot. (%)	-.050	.032	-.777**	.720**	.777***	.852***	–		
8. Comm. non sintonizzati (n)	.058	.244	-.159	.382*	.061	-.019	-.141	–	
9. Comm. non sintonizzati su tot. (%)	.009	-.192	-.238	-.074	.240	-.293	-.248	.826***	–

NOTA. È stata usata *rho* di Spearman per tutte le variabili. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabella 7. T-test tra la sottoscala “somatizzazione” di DCPR-R e la mind-mindedness

	Madri somatizzanti (n = 12)	Madri non somatizzanti (n = 29)	p-value
<i>Comm. non mentalizzanti (n)</i>	297.00 (139.21)	240.72 (98.93)	0.150
<i>Comm. non mentalizzanti (%)</i>	92.71 (3.61)	92.54 (2.97)	0.877
<i>Comm. mentalizzanti (n)</i>	21.67 (12.52)	119.86 (10.55)	0.640
<i>Comm. mentalizzanti (%)</i>	7.29 (3.61)	7.46 (2.97)	0.878
<i>Comm. appropriati (n)</i>	17.58 (12.10)	15.31 (9.47)	0.523
<i>Comm. appropriati sul totale (%)</i>	5.24 (3.84)	5.66 (5.20)	0.698
<i>Comm. non sintonizzati (n)</i>	4.42 (3.87)	4.55 (4.02)	0.922
<i>Comm. non sintonizzati sul totale (%)</i>	2.15 (2.98)	1.80 (1.60)	0.626

6.2.3 Empatia e somatizzazione

Un ultimo aspetto indagato riguarda l'eventuale relazione tra le due componenti individuali della madre, ovvero tra l'empatia cognitiva e la somatizzazione, alla luce di alcune indicazioni della letteratura che evidenziano una compromissione di competenze empatiche nei quadri di funzionamento somatizzante. Sono state dunque analizzate le correlazioni tra le sottoscale dell'IRI e la somatizzazione, sia attuale (Tabella 8) che in termini di storia passata (Tabella 9).

Per quanto riguarda la sottoscala “somatizzazione” dell'SCL-90-R, i coefficienti Rho di Spearman non evidenziano alcuna correlazione significativa con le sottoscale dell'IRI. L'associazione tra l'empatia cognitiva e la storia di somatizzazione persistente è stata inoltre valutata attraverso un t-test al fine di osservare se e come i due gruppi differiscono nelle sottoscale dell'IRI. I risultati evidenziano una differenza statisticamente significativa nella componente empatica relativa alla

sottoscala “Fantasia” ($p = .009$), laddove madri somatizzanti mostrano punteggi più alti rispetto al gruppo di madri senza storia di somatizzazione persistente. Non si osserva invece una differenza significativa rispetto alla sottoscala “Presenza di Prospettiva”.

Tabella 8. Correlazioni tra le sottoscale dell’IRI e la sottoscala “somatizzazione” di SCL-90-R

	1	2	3
1. SCL-90-R – Somatizzazione	–		
2. IRI – Fantasia	.061	–	
3. IRI – Presenza di prospettiva	.016	.183	–

NOTA. È stata usata *rho* di Spearman per tutte le variabili.

Tabella 9. T-test tra le sottoscale dell’IRI e la sottoscala “somatizzazione” di DPCR-R

	Madri somatizzanti (n = 12)	Madri non somatizzanti (n = 29)	<i>p</i> -value
IRI – Fantasia	28.4 (4.27)	24.2 (4.47)	0.009
IRI – Presenza di prospettiva	29.2 (4.02)	28.3 (3.40)	0.509

6.3 Correlazioni tra mind-mindedness materna e sviluppo del bambino

Il terzo obiettivo della ricerca consisteva nell’indagare l’associazione tra mind-mindedness materna e sviluppo socioemozionale, linguistico e del comportamento adattivo del bambino valutato a dodici mesi attraverso le scale Bayley, al fine di osservare la possibile influenza di tale competenza genitoriale sulle linee evolutive del bambino a livello longitudinale. Inoltre, alla luce delle premesse teoriche riportate, si è voluto indagare il ruolo del funzionamento materno all’interno della relazione

tra la mind-mindedness e lo sviluppo del bambino, al fine di osservare se l'empatia e la somatizzazione potessero spiegare le eventuali relazioni tra le variabili indagate della diade.

Le seguenti tabelle riportano rispettivamente le correlazioni tra le variabili della mind-mindedness e lo sviluppo socioemozionale e del comportamento adattivo (Tabella 10), eseguite su un campione di 26 diadi che hanno partecipato al T2, e le correlazioni con lo sviluppo linguistico (Tabella 11), con un sottogruppo di 11 diadi che hanno partecipato al T2 in presenza nella sede fisica di ricerca. Tuttavia, considerata la piccola numerosità di quest'ultimo sotto-campione, le analisi effettuate hanno un puro scopo esplorativo.

Dai risultati emerge una sola correlazione positiva statisticamente significativa tra il numero di commenti non mentalizzanti della madre e il comportamento adattivo del bambino ($r = .472, p = .015$). Tra le restanti variabili non si evince nessuna correlazione statisticamente significativa.

Alla luce di tali risultati, è stato indagato il possibile ruolo del funzionamento materno nello spiegare la relazione tra il numero di commenti non mentalizzanti materni e lo sviluppo del comportamento adattivo del bambino, attraverso l'analisi statistica di regressione lineare. I risultati riportati nella Tabella 12 evidenziano che la variabile "Presenza di prospettiva" rappresenta un predittore significativo in grado di spiegare la relazione tra il numero di commenti non mentalizzanti e lo sviluppo del comportamento adattivo ($p = .038$). Le restanti variabili analizzate non risultano essere significative rispetto alla relazione indagata.

Tabella 10. Correlazioni tra mind-mindedness e sviluppo socioemozionale e del comportamento adattivo (n = 26)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Socioemozionale	–									
2. Comportamento adattivo	.152	–								
3. Comm. non mentalizzanti (n)	.007	.472*	–							
4. Comm. non mentalizzanti (%)	.193	.124	.180	–						
5. Comm. mentalizzanti (n)	-.121	.304	.625***	-.569***	–					
6. Comm. mentalizzanti (%)	-.186	-.124	-.180	-1.00***	.569**	–				
7. Comm. appropriati (n)	-.148	.342	.443*	-.612***	.801***	.609***	–			
8. Comm. appropriati su tot. (%)	-.170	.064	-.094	-.797***	.555**	.797***	.780***	–		
9. Comm. non sintonizzati (n)	.080	.001	.288	-.002	.270*	.007	-.273	-.420*	–	
10. Comm. non sintonizzati su tot. (%)	.066	-.144	.000	.004	.053	.001	-.458*	-.441*	.933***	–

NOTA. È stata usata *rho* di Spearman per le variabili “socioemozionale”, “comm. sintonizzati (n)”, “comm. non sintonizzati (n)” e “comm. non sintonizzati” (%); le restanti variabili sono state valutate tramite *r* di Pearson. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabella 11. Correlazioni tra mind-mindedness e sviluppo linguistico (n = 11)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Linguaggio ricettivo	–										
2. Linguaggio espressivo	-.006	–									
3. Linguaggio totale	.915 ***	.398	–								
4. Comm. non mentalizzanti (n)	.308	-.269	.174	–							
5. Comm. non mentalizzanti (%)	.456	.058	.442	.411	–						
6. Comm. mentalizzanti (n)	-.475	-.196	-.514	.322	-.638*	–					
7. Comm. mentalizzanti (%)	-.457	-.058	-.443	-.411	-1.00***	.638**	–				
8. Comm. appropriati (n)	-.127	-.435	-.201	.306	-.388	.776**	.388	–			
9. Comm. appropriati su tot. (%)	-.384	-.085	-.386	-.280	-.843**	.621*	.843**	.749**	–		
10. Comm. non sintonizzati (n)	.018	.014	-.023	.027	.027	.080	-.027	-.477	-.535	–	
11. Comm. non sintonizzati su tot (%)	-.101	.122	-.067	-.123	-.050	.005	.050	-.561	-.478	.970***	–

NOTA. È stata usata *rho* di Spearman per le variabili “comm. sintonizzati (n)”, “comm. non sintonizzati (n)” e “comm. non sintonizzati” (%); le restanti variabili sono state valutate tramite *r* di Pearson. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabella 12. Modello di regressione lineare per lo sviluppo del comportamento adattivo

	B	SE	t	p	95% C.I.	
					LL	UL
<i>Intercetta</i>	88.611	21.035	4.212	<.001	44.733	132.490
<i>Comm. non mentalizzanti (n)</i>	.066	.021	3.198	.005	.023	.109
<i>IRI – Fantasia</i>	.334	.559	-.598	.557	-.832	1.501
<i>IRI – Presa di prospettiva</i>	-1.348	.606	-2.224	.038	-2.613	-.083
<i>SCL-90-R – Somatizzazione</i>	-4.961	4.279	-1.159	.260	-13.887	3.965
<i>DCPR-R – Somatizzazione</i>	-.420	5.770	-.073	.943	-12.457	11.617

CAPITOLO 7

DISCUSSIONE DEI RISULTATI

7.1 Discussione dei risultati

La mind-mindedness rappresenta una competenza centrale della funzione genitoriale, e consiste nella tendenza del genitore a trattare il proprio bambino come un individuo con una mente propria, interpretando il comportamento come risultato delle sue emozioni, preferenze, motivazioni e obiettivi, e verbalizzando tali aspetti in modo esplicito (Meins, 1997). In linea con la prospettiva ecologica di Belsky, la letteratura ha evidenziato come la mind-mindedness sia, da un lato, influenzata da alcune caratteristiche del funzionamento genitoriale, come lo stress genitoriale, l'ansia, l'età e il locus of control, e dall'altro rappresenti un aspetto relazionale centrale per lo sviluppo del bambino negli aspetti di attaccamento, Teoria della Mente (ToM), capacità di autoregolazione emotiva e comportamentale, linguaggio, competenze cognitive e scolastiche (per una rassegna, McMahon et al., 2017).

Alla luce di questi aspetti, il presente studio longitudinale si è posto l'obiettivo di indagare e approfondire l'influenza di alcuni fattori individuali della madre sulla mind-mindedness genitoriale a quattro mesi di vita del figlio (l'empatia e la somatizzazione), e di osservare il successivo impatto sullo sviluppo socio-emotivo, linguistico e comportamentale del bambino a un anno di vita.

7.1.1 Variabili sociodemografiche e mind-mindedness materna

Il primo passaggio effettuato nell'analisi dei dati raccolti è stato quello di condurre delle analisi preliminari con lo scopo di indagare la correlazione tra le variabili sociodemografiche della madre e la mind-mindedness, al fine di comprendere se includere qualche aspetto come fattore che possa spiegare in parte il fenomeno oggetto di studio. Dai risultati è emersa un'associazione tra status socioeconomico materno e mind-mindedness, nella misura in cui una situazione socioeconomica più elevata si associa ad una maggior quantità di commenti mentalizzanti e ad una minor quantità di

commenti non mentalizzanti nel totale di verbosità espressa durante l'interazione, e viceversa. Questa relazione appare significativa se pensiamo che, come riporta la letteratura, un ambiente familiare caratterizzato da un basso status socioeconomico rappresenta un contesto di crescita spesso associato a scarso coinvolgimento relazionale e educativo, elevato stress genitoriale, problemi di salute fisica e mentale, conflitti familiari e lavorativi, il tutto dovuto ad un mancato equilibrio tra richieste e risorse (Navarro-Carrillo et al., 2020; Treviño et al., 2021). Questi elementi si ripercuotono a cascata sulla funzione genitoriale e sulla mind-mindedness materna, che risentono dello stato emotivo e della scarsa disponibilità affettiva e fisica all'interazione con il bambino. Viceversa, uno status socioeconomico più elevato può non implicare tali difficoltà contestuali, e dunque può permettere al genitore maggior coinvolgimento e sintonizzazione relazionale verso gli stati interni del bambino, che vengono verbalizzati e associati ad un significato reso esplicito.

7.1.2 Empatia cognitiva e mind-mindedness

Il primo obiettivo della ricerca era quello di indagare la relazione tra l'empatia cognitiva materna e la mind-mindedness a quattro mesi di vita del bambino, alla luce di due componenti comuni coinvolte in tali competenze: la presa di prospettiva e la comprensione dello stato interno altrui. Sulla base delle premesse teoriche riportate nei precedenti capitoli, si è ipotizzato che elevate competenze empatiche fossero associate a maggiori abilità di mind-mindedness osservate durante l'interazione.

Contrariamente da quanto ipotizzato, dai risultati non è emersa alcuna associazione statisticamente significativa tra le due variabili. Questo risultato inconsistente può essere spiegato alla luce di alcuni limiti della ricerca, come la ridotta numerosità del campione e l'utilizzo di strumenti di natura diversa per valutare le due variabili. Infatti, l'empatia è stata valutata attraverso uno strumento self-report che ha richiesto al genitore di riportare una propria tendenza a adottare e comprendere il punto di vista di altre persone in generale, mentre la mind-mindedness è stata valutata a livello osservativo durante la specifica interazione con il proprio bambino. Alla luce di tali limiti metodologici e del risultato inconsistente, è possibile ipotizzare che non siano le generali abilità

empatiche ad essere associate a tale competenza genitoriale, bensì che esse si declinino in modo differente all'interno del contesto della specifica relazione con il proprio bambino, sulla base delle caratteristiche del figlio e della diade. Per confermare tale ipotesi, sarebbe necessario utilizzare una misura dell'empatia cognitiva maggiormente focalizzata sul ruolo genitoriale, ad esempio attraverso una versione modificata dell'Interpersonal Reactivity Index (IRI; Davis, 1980), com'è stato eseguito in precedenti studi volti ad indagare tali aspetti (Trumpeter, 2008).

Inoltre, come visto nel Capitolo 3, l'abilità di *perspective taking*, sebbene sia un elemento coinvolto nell'empatia cognitiva in termini di accuratezza nel comprendere il punto di vista dell'altro, e venga utilizzata come via per valutare tale componente (come nel presente studio), non viene necessariamente attivata nel processo empatico (Cuff et al, 2016). Dunque, durante l'interazione la madre può ricorrere ad altri elementi come l'espressione del volto o i ricordi di situazioni emotive simili al fine di sintonizzarsi con gli stati interni del bambino e verbalizzarli esplicitamente. Questi elementi potrebbero dunque essere maggiormente associati alla competenza di *mind-mindedness* materna, spiegando quindi il risultato inconsistente ottenuto.

7.1.3 Somatizzazione e mind-mindedness

Il secondo obiettivo della ricerca era quello di indagare la relazione tra somatizzazione e *mind-mindedness* a quattro mesi di vita del bambino, alla luce di quanto riporta la letteratura rispetto all'influenza negativa che il funzionamento psicosomatico ha sulle competenze emotive e di mentalizzazione, elementi centrali della *mind-mindedness*. Sulla base delle premesse teoriche riportate nei precedenti capitoli, si è ipotizzato che la presenza di somatizzazione (attuale o passata) fosse associata a minori abilità di *mind-mindedness* osservate durante l'interazione.

Dai risultati non è emersa alcuna relazione statisticamente significativa tra le due variabili, per cui l'ipotesi di ricerca non ha trovato conferma in questo studio. Tale risultato inconsistente può essere spiegato dal fatto che, nel campione oggetto di studio, il sottogruppo che presentava una storia di somatizzazione persistente o meccanismi attuali di disagio somatico in assenza di causa organica

era di ridotta numerosità. Inoltre, tale aspetto del funzionamento affettivo della madre è stato considerato lungo un continuum, in cui le partecipanti del presente studio non hanno evidenziato livelli elevati di somatizzazione. Dunque, è plausibile pensare che solo in quadri di somatizzazione persistente grave tale da eseguire una diagnosi di Disturbo da Sintomi Somatici ci sia una ripercussione sulle competenze di mentalizzazione materna e di riconoscimento delle emozioni, e di riflesso sulla mind-mindedness genitoriale osservata nella specifica diade. Questa spiegazione viene supportata anche dai pochi dati presenti in letteratura che valutano l'influenza della somatizzazione nel contesto della funzione genitoriale. Infatti, nella maggior parte dei casi che hanno fornito risultati consistenti, sono state condotte analisi in campioni clinici di madri con una diagnosi di Disturbo da Sintomi Somatici (vedere Cap. 4), e dunque con una evidente compromissione del proprio funzionamento affettivo e regolativo.

Un'altra spiegazione a questo risultato può essere riferita al fatto che dalla letteratura emerge che la dimensione Alessitimica di difficoltà nell'identificazione le proprie emozioni e sensazioni sia quella maggiormente associata alla presenza di sintomi somatici (De Gucht & Heiser, 2003), per cui è possibile ipotizzare che questa caratteristica non interferisca sulla capacità di sintonizzarsi, identificare, comprendere e verbalizzare gli stati interni del proprio bambino, ma rimanga vincolata alla dimensione individuale della madre.

7.1.4 Empatia e somatizzazione

Un ulteriore aspetto indagato nella ricerca è stata la relazione tra le due componenti individuali della madre, ovvero tra l'empatia cognitiva e la somatizzazione, alla luce di alcune indicazioni della letteratura che evidenziano una compromissione di competenze empatiche nei quadri di funzionamento somatizzante. L'ipotesi era dunque quella di osservare minori livelli di empatia cognitiva in madri che presentano meccanismi di somatizzazione.

Contrariamente da quanto ipotizzato, dai risultati non è emersa alcuna associazione negativa tra l'empatia cognitiva e i livelli di somatizzazione attuali. Inoltre, la componente di *perspective*

taking è risultata non differenziarsi nelle due condizioni (madri somatizzanti e non), mentre l'altra componente cognitiva relativa alla fantasia è risultata essere maggiore nel gruppo di madri con una storia di somatizzazione persistente. Questo risultato sembra essere inaspettato rispetto a quanto riporta la letteratura, laddove in individui con sintomi somatici è stata riscontrata una compromissione del funzionamento della Teoria della Mente in situazioni sociali che prevedono l'inferenza di sentimenti, pensieri ed intenzioni altrui per dare un senso all'interazione in atto (Subic-Wrana et al., 2010; Zunhammer et al., 2015). Tuttavia, analizzando nello specifico gli item dell'IRI relativi alla dimensione "Fantasia", è possibile riscontrare che punteggi molto elevati attribuiti agli item sembrano suggerire un ipercoinvolgimento nell'immaginarsi in situazioni fittizie (ad esempio, "Resto veramente coinvolto dagli stati d'animo dei protagonisti di un racconto", "Quando leggo una storia o un racconto interessante, immagino come mi sentirei se gli avvenimenti della storia stessero accadendo a me"). Su un piano puramente speculativo, potrebbe essere possibile ipotizzare che un'eccessiva immaginazione del contatto con l'altro (fittizio) rischia di determinare un distacco dalla realtà che non viene scaricato verbalmente ma, nel caso di madri somatizzanti, a livello corporeo. Inoltre, studi sulla validità dello strumento IRI hanno evidenziato che la sottoscala "Fantasia" correla positivamente con la sottoscala "Disagio personale" relativa all'empatia affettiva, indicando quindi che l'eccessiva tendenza a immaginarsi in situazioni fittizie si associa ad una risposta di eccessivo disagio interno derivato dalla percezione del malessere altrui, accompagnata da elevata preoccupazione per sé stessi e motivazione ad alleviare il proprio stato di distress (Albiero et al., 2006). Come visto nel Capitolo 3, questi elementi si associano talvolta ad aspetti di disregolazione emotiva e affettiva. Per tale motivo, è stata condotta una successiva analisi esplorativa al fine di chiarire la relazione tra empatia cognitiva, valutata tramite l'IRI, e la somatizzazione, definita secondo i criteri del DCPR-R, alla luce di aspetti di disregolazione emotiva valutati tramite lo strumento DERS (somministrato ai partecipanti durante il T1 per avere un quadro del funzionamento e del benessere genitoriale).

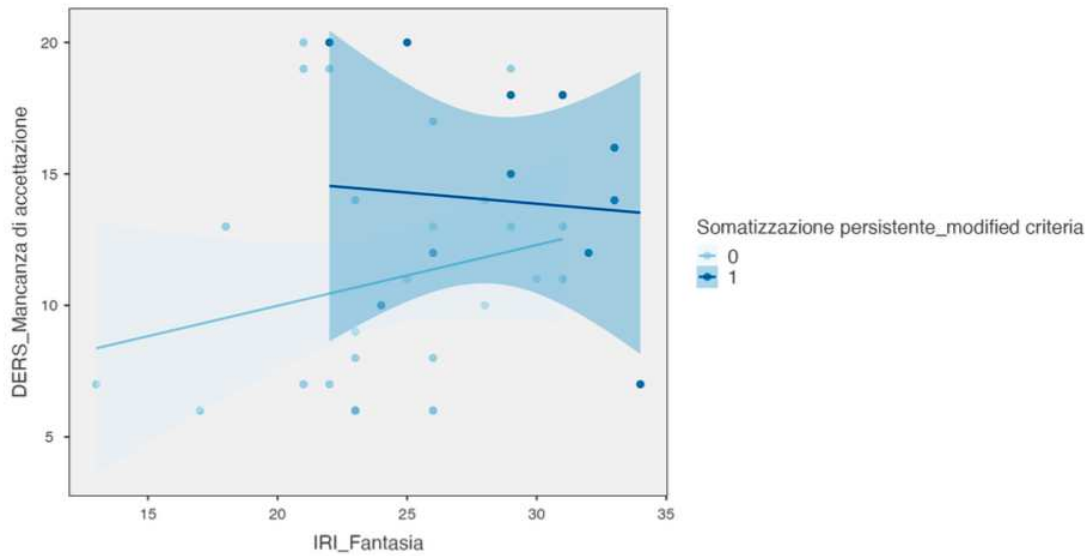
Lo strumento Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004) è un questionario self-report che valuta la disregolazione emotiva secondo una prospettiva multicomponentiale. Esso, infatti, è costituito da 36 item suddivisi in sei sottoscale: “Mancanza di accettazione delle emozioni”, “Difficoltà a distrarsi”, “Mancanza di Fiducia”, “Difficoltà nel controllo degli impulsi”, “Ridotta autoconsapevolezza” e “Difficoltà di riconoscimento”.

Per chiarire la relazione tra empatia cognitiva e somatizzazione alla luce della disregolazione emotiva, sono stati definiti dei grafici di dispersione per ciascuna sottoscala del DERS che evidenziano il diverso andamento delle variabili relative alla disregolazione emotiva associate alla sottoscala “Fantasia” dell’IRI nei gruppi di madri con e senza storia di somatizzazione persistente.

I grafici riportati nei materiali supplementari (Figura S1, Figura S2, Figura S3, Figura S4) evidenziano un andamento simile tra i due gruppi, secondo cui le variabili “Difficoltà a distrarsi”, “Difficoltà nel controllo degli impulsi”, “Mancanza di fiducia” e “Difficoltà di riconoscimento” presentano un’associazione positiva con la componente empatica di “Fantasia”, tale per cui maggiori livelli di disregolazione emotiva della madre si associano ad una maggiore tendenza nell’immaginarsi in situazioni emotive fittizie. Seppur si tratti di una tendenza positiva analoga nei due gruppi, si può notare come le madri con storia di somatizzazione persistente mostrano livelli più elevati di disregolazione emotiva e di competenza empatica, in linea dunque con quanto ipotizzato.

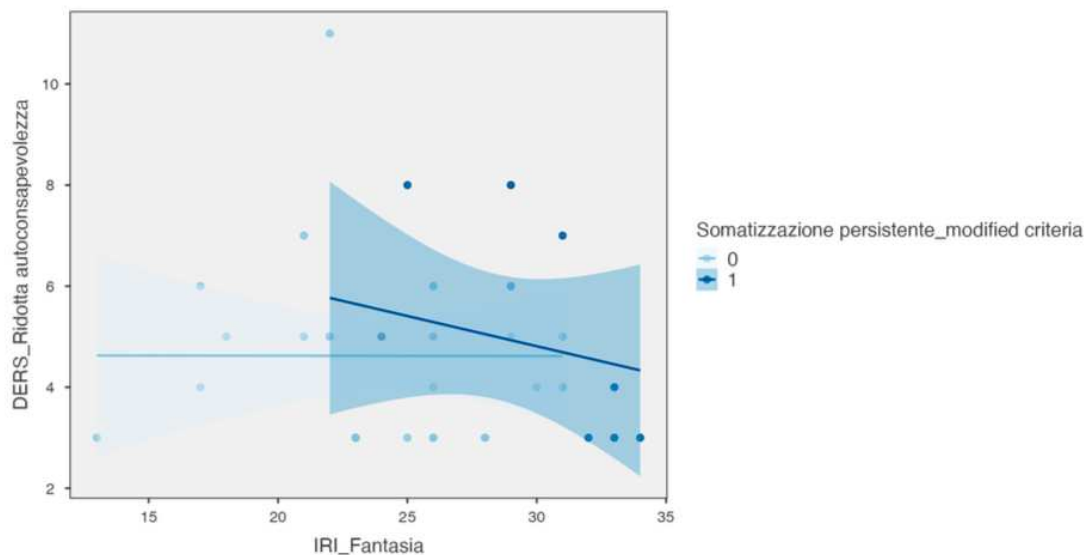
Per quanto riguarda le variabili “Mancanza di accettazione delle emozioni” e “Ridotta autoconsapevolezza”, i due gruppi sembrano differenziarsi. Di seguito vengono riportati i grafici di dispersione relativi a tali dimensioni del DERS associate alla componente “Fantasia” nelle madri con e senza storia di somatizzazione persistente (Figura 1 e Figura 2).

Figura 1. Relazione tra le sottoscale “Mancanza di accettazione delle emozioni” e “Fantasia” nei gruppi di madri con e senza storia di somatizzazione persistente



NOTA. 0 = gruppi di madri senza storia di somatizzazione persistente (n = 29), 1 = gruppo di madri con storia di somatizzazione persistente (n = 12)

Figura 2. Relazione tra le sottoscale “Ridotta autoconsapevolezza” e “Fantasia” nei gruppi di madri con e senza storia di somatizzazione persistente



NOTA. 0 = gruppi di madri senza storia di somatizzazione persistente (n = 29), 1 = gruppo di madri con storia di somatizzazione persistente (n = 12)

Le figure 1 e 2 evidenziano un diverso andamento della relazione tra due variabili del DERS e la componente empatica cognitiva di fantasia nei due gruppi analizzati. In particolare, madri con

storia di somatizzazione persistente presentano una tendenza all'associazione negativa tra le variabili "Mancanza di accettazione" e "Ridotta autoconsapevolezza" e la sottoscala "Fantasia" rispetto all'altro gruppo di madri in cui si evince un'associazione positiva nel primo caso, ed una relazione ortogonale, e dunque di assenza di correlazione, nel secondo caso. Ciò significa che nelle madri con storia di somatizzazione persistente, alti livelli di empatia cognitiva in termini di fantasia, ovvero capacità di identificarsi in situazioni emotive altrui fittizie, si associano a bassi livelli di mancanza di accettazione delle proprie emozioni e di ridotta autoconsapevolezza. Questo risultato sembra dunque essere in linea con quanto riporta la letteratura circa la presenza di maggiori livelli di difficoltà nell'autoconsapevolezza, nell'accettazione delle proprie emozioni e nell'empatia cognitiva (fantasia) in individui somatizzanti, mentre si discosta da quanto è stato rilevato nel presente studio, non supportando dunque in maniera consistente l'ipotesi secondo cui la disregolazione emotiva possa spiegare la relazione tra livelli elevati di fantasia e somatizzazione.

7.1.5 Mind-mindedness materna e sviluppo del bambino

L'ultimo obiettivo della ricerca consisteva nell'indagare a livello longitudinale la relazione tra mind-mindedness materna osservata a quattro mesi e le competenze socio-emotive, linguistiche e del comportamento adattivo del bambino a dodici mesi. Sulla base delle premesse teoriche riportate nei precedenti capitoli, si è ipotizzato che la mind-mindedness materna fosse associata positivamente a maggiori competenze evolutive del bambino, e che tale relazione fosse a sua volta influenzata dal funzionamento materno in termini di empatia cognitiva e somatizzazione.

Contrariamente da quanto ipotizzato, non è emersa alcuna correlazione positiva tra le competenze di mind-mindedness (in termini di quantità di commenti mentalizzanti e della loro appropriatezza) e le competenze evolutive del bambino. Questo risultato inconsistente appare dunque in contrasto rispetto a quanto riporta la letteratura circa l'influenza che tale competenza materna ha sullo sviluppo del bambino già dai primi mesi di vita (Aldrich et al., 2021). Tuttavia, una spiegazione può essere fornita dalla ridotta numerosità del sotto-campione esaminato, che non permette dunque

una sufficiente variabilità dei dati e generalizzazione dei risultati, e dalla scarsa presenza di commenti mentalizzanti codificati sul totale della verbosità durante l'interazione ($m = 7.41\%$, range = $0.69\% - 15.8\%$).

A tal proposito, i risultati hanno evidenziato una correlazione positiva statisticamente significativa tra il numero di commenti non mentalizzanti e lo sviluppo del comportamento adattivo del bambino. Questo risultato apparentemente controintuitivo può trovare una spiegazione se consideriamo che, nel campione del presente studio, il numero di commenti non mentalizzanti corrisponde ad una media del 92.59% (range = $84.21\% - 99.30\%$) rispetto al totale dei commenti espressi dal genitore, per cui può essere utilizzato come indice della verbosità genitoriale durante l'interazione. In tale caso, dunque, ciò che influisce maggiormente sullo sviluppo del comportamento adattivo, inteso come le abilità comunicative, sociali e motorie, di autonomia e autocontrollo, di gioco, di salute e sicurezza, durante il periodo evolutivo indagato, ovvero dai quattro mesi di vita del bambino, non è tanto la *mind-mindedness* in senso stretto, bensì la tendenza del genitore a rivolgersi al bambino e a parlargli durante l'interazione. Questo dato risulta in linea con quanto riporta la letteratura rispetto all'importanza del linguaggio e della verbosità genitoriale per lo sviluppo cognitivo e comportamentale del bambino, in quanto rappresentano degli strumenti di supporto e scaffolding alla strutturazione del suo mondo interno e del rapporto con la realtà (Sandbank & Yoder, 2016; Daneri et al., 2019; Kuchirko et al., 2020). Inoltre, questo dato risulta significativo se pensiamo che, soprattutto nel primo anno di vita del bambino, la maggior parte dei commenti espressi dal genitore può essere classificata in termini di: linguaggio referenziale o didattico, volto a descrivere oggetti ed eventi dell'ambiente; domande volte a elicitare direttamente o indirettamente dei vocalizzi da parte del bambino; linguaggio regolatorio, per indirizzare, correggere o proibire comportamenti del bambino (Kuchirko et al., 2020). Su un piano puramente speculativo, alla luce dei risultati raccolti nella presente ricerca si può ipotizzare nei primi mesi di vita la madre predilige un linguaggio maggiormente connesso al piano concreto del rapporto con la realtà e della regolazione comportamentale, che ha come outcome le competenze adattive del bambino. Inoltre, dal punto di

vista dello sviluppo emotivo e affettivo, la letteratura riporta che nel primo anno di vita ciò che influisce maggiormente è il linguaggio corporeo tra madre e bambino, ovvero la comunicazione implicita che avviene attraverso il contatto della pelle, il respiro, il battito cardiaco, l'odore materno, la sincronia di movimenti e la prossimità (Engelhard et al., 2021).

Alla luce di questo risultato è stato indagato il possibile ruolo del funzionamento materno nello spiegare la relazione tra il numero di commenti non mentalizzanti materni e lo sviluppo del comportamento adattivo del bambino. Dalle analisi condotte è emerso che la componente “Presenza di prospettiva” dell'empatia cognitiva è l'unica variabile predittiva della relazione indagata. Ciò significa che l'abilità empatica materna di *perspective taking*, ovvero la capacità di adottare il punto di vista dell'altro, sembra avere un ruolo centrale nello spiegare l'associazione tra quella che possiamo definire la verbosità materna e lo sviluppo del comportamento adattivo del bambino. Questo dato risulta in linea con quanto riporta la letteratura rispetto all'importanza del *perspective taking* all'interno dei processi linguistici e conversazionali, poiché essi sono guidati dalle rappresentazioni e informazioni che l'interlocutore mantiene e aggiorna dentro di sé circa le conoscenze e le credenze dell'altra persona con cui interagisce (Brown-Schmidt & Hanna, 2011). Contestualizzando tale dato nella relazione diadica madre-bambino, si può dunque ipotizzare che la capacità materna di assumere il punto di vista del proprio bambino nelle interazioni quotidiane le consenta di attivare un maggior numero di processi comunicativi volti a fornire informazioni circa oggetti ed eventi, regolare il comportamento e le azioni del bambino, incoraggiarlo a comunicare e produrre vocalizzi, sulla base delle rappresentazioni, conoscenze e punti di vista del proprio bambino. Come visto precedentemente, questi comportamenti genitoriali rappresentano degli strumenti di supporto e scaffolding alla strutturazione del mondo interno del piccolo e del suo rapporto con la realtà, favorendo così lo sviluppo del comportamento adattivo inteso come abilità comunicative, sociali e motorie, di autonomia e autocontrollo, di gioco, di salute e sicurezza (Sandbank & Yoder, 2016; Daneri et al., 2019; Kuchirko et al., 2020).

7.2 Limiti e prospettive future

Il presente studio si caratterizza per alcuni limiti che possono essere utilizzati per orientare le ricerche future.

Il primo limite riguarda la ridotta numerosità campionaria che non ha consentito lo svolgimento di ulteriori analisi statistiche e di generalizzare i risultati. Per questo motivo, studi futuri dovrebbero coinvolgere un numero più elevato di partecipanti, così da aumentarne la replicabilità, la generalizzazione e la variabilità dei dati, in quanto nel complesso tutti i partecipanti mostrano buoni livelli di funzionamento psicosomatico e di empatia cognitiva.

Il secondo limite riguarda l'utilizzo di strumenti di natura diversa per valutare il funzionamento materno e la competenza di mind-mindedness. Infatti, quest'ultima è stata valutata attraverso una misura osservativa, mentre l'empatia e la somatizzazione sono state valutate attraverso misure self-report, rispettivamente un questionario e un'intervista. Studi futuri dovrebbero dunque prevedere l'utilizzo di strumenti coerenti rispetto al punto di vista valutativo, in modo tale da avere una misura standard delle variabili oggetto di studio.

Il terzo limite riguarda la temporalità in cui si è eseguita la valutazione della mind-mindedness. Infatti, come spiegato in precedenza, nel primo anno di vita il linguaggio materno durante l'interazione con il bambino è principalmente centrato su aspetti esterni legati al rapporto con la realtà, mentre ciò che influisce maggiormente sullo sviluppo emotivo-affettivo è la comunicazione implicita e corporea tra la diade. Studi futuri dovrebbero dunque indagare l'impatto della mind-mindedness sullo sviluppo del bambino valutando la competenza materna a livello longitudinale, per osservare se aumenta a livello quantitativo e qualitativo durante il primo anno di vita, permettendo dunque di analizzare in modo più efficace la relazione diadica e l'influenza sulle competenze evolutive del figlio.

7.3 Conclusioni

Il presente studio longitudinale si è proposto di indagare la possibile influenza dell'empatia cognitiva e del funzionamento psicosomatico sulla mind-mindedness materna, ed il successivo impatto sullo sviluppo socioemozionale, linguistico e del comportamento adattivo del bambino.

Alla luce di alcuni limiti metodologici descritti in precedenza, la ricerca non ha evidenziato alcuna relazione tra le due variabili del funzionamento materno e la competenza genitoriale osservata durante l'interazione. Ciò che invece è stato rilevato è una relazione tra l'empatia cognitiva materna, in termini di capacità di immaginarsi in situazioni emotive fittizie, e la presenza di una storia di somatizzazione persistente, nella misura in cui madri con un funzionamento somatizzante tendono ad avere un ipercoinvolgimento nell'immaginarsi in situazioni emotive fittizie, che si associa in parte ad una tendenza a presentare maggiori livelli di disregolazione emotiva. Tuttavia, è necessario approfondire ulteriormente questo dato, valutando anche le componenti affettive dell'empatia, in particolare il disagio personale in termini di risposta di eccessivo disagio interno derivato dalla percezione del malessere altrui.

Per quanto concerne l'associazione longitudinale tra mind-mindedness e sviluppo del bambino, la ricerca ha evidenziato la presenza di una relazione tra il numero di commenti non mentalizzanti materni e lo sviluppo del comportamento adattivo del bambino, a sua volta predetta dalla competenza empatica di *perspective taking*. Alla luce dei limiti metodologici riportati, questo dato sembra dunque suggerire che a quattro mesi di vita ciò che è prevalente nelle interazioni diadiche è la verbosità genitoriale ed un linguaggio regolativo e didattico legato al rapporto con la realtà esterna, che grazie all'abilità empatica materna di assumere il punto di vista del bambino tenendo a mente le relative rappresentazioni e informazioni, favoriscono lo sviluppo del comportamento adattivo inteso come abilità comunicative, sociali e motorie, di autonomia e autocontrollo, di gioco, di salute e sicurezza.

In conclusione, dai risultati ottenuti è emerso che la competenza di mind-mindedness sembra avere un ruolo marginale nelle interazioni madre-bambino a quattro mesi di vita, per cui studi futuri

dovrebbero focalizzarsi su un arco temporale successivo rispetto a quello considerato nella presente ricerca, oltre che su campioni di maggior numerosità al fine di avere una maggior variabilità dei dati. Inoltre, sono necessari ulteriori approfondimenti dal punto di vista empirico e clinico al fine di comprendere il ruolo del funzionamento materno in termini di empatia e somatizzazione, che nel presente studio sono risultate significative rispetto ad un'influenza reciproca e sulla relazione tra linguaggio materno e sviluppo adattivo del bambino, al fine di ipotizzare anche la messa in atto di interventi specifici e mirati alla diade che tengano conto anche della presenza di tali aspetti del funzionamento materno.

BIBLIOGRAFIA

- Ahrnberg, H., Pajulo, M., Scheinin, N. M., Karlsson, L., Karlsson, H., & Karukivi, M. (2020). Association between parental alexithymic traits and self-reported postnatal reflective functioning in a birth cohort population. Findings from the FinnBrain Birth Cohort Study. *Psychiatry Research*, *286*, 112869.
- Albiero, P., Ingoglia, S., & Lo Coco, A. (2006). Contributo all'adattamento italiano dell'Interpersonal Reactivity Index. *Testing Psicometria Metodologia*, *13*(2), 107-125.
- Aldrich, N. J., Chen, J., & Alfieri, L. (2021). Evaluating associations between parental mind-mindedness and children's developmental capacities through meta-analysis. *Developmental Review*, *60*, 100946.
- Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M., Stayton, D. (1974), L'attaccamento madre-bambino e lo sviluppo sociale. Tr. it. in Richards, M.P. (a cura di), *L'integrazione del bambino in un mondo sociale*. FrancoAngeli, Milano 1978, pp. 119-158.
- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Baer, J. C., & Martinez, C. D. (2006). Child maltreatment and insecure attachment: A meta-analysis. *Journal of reproductive and infant psychology*, *24*(3), 187-197.
- Bao, J., & Kato, M. (2020). Determinants of maternal emotion socialization: Based on Belsky's process of parenting model. *Frontiers in psychology*, *11*, 525175.
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *34*(2), 163-175.
- Barreto, A. L., Fearon, R. P., Osorio, A., Meins, E., & Martins, C. (2016). Are adult mentalizing abilities associated with mind-mindedness?. *International Journal of Behavioral Development*, *40*(4), 296-301.

- Barrett, J., & Fleming, A. S. (2011). Annual research review: All mothers are not created equal: Neural and psychobiological perspectives on mothering and the importance of individual differences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(4), 368-397.
- Barsky, A. J., Orav, E. J., & Bates, D. W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of general psychiatry*, 62(8), 903-910.
- Bastianoni, P. (2009). Funzioni di cura e genitorialità. *Rivista italiana di educazione familiare*, 37-53.
- Batson, C. D., Ahmad, N., Lishner, D. A., Tsang, J., Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2002). Empathy and altruism. *The Oxford handbook of hypo-egoic phenomena*, 161-174.
- Batson, C. D., Fultz, J., & Schoenrade, P. A. (1987). Distress and empathy: two qualitatively distinct vicarious emotions with different motivational consequences. *Journal of Personality*, 55, 19-39.
- Bayley, N. (2006). *Bayley Scale of Infante Development – third edition*. The Psychological Corporation, San Antonio.
- Beck, T., Breuss, M., Kumnig, M., & Schüßler, G. (2013). The first step is the hardest-emotion recognition in patients with somatoform disorders. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 59(4), 385-390.
- Beebe, B. (2005). Mother-infant research informs mother-infant treatment. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 60(1), 7-46.
- Beebe, B., & Lachmann, F. (2020). Infant research and adult treatment revisited: Cocreating self- and interactive regulation. *Psychoanalytic Psychology*, 37(4), 313-323.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child development*, 83-96.
- Belsky, J., & Jaffee, S. R. (2015). The multiple determinants of parenting. *Developmental Psychopathology: Volume Three: Risk, Disorder, and Adaptation*, 38-85.

- Bendel-Stenzel, L. C., An, D., & Kochanska, G. (2024). Elucidating mechanisms linking mothers' and fathers' mind-mindedness in infancy with children's self-regulation at early preschool age. *Journal of experimental child psychology*, 238, 105782.
- Bensalah, L., Caillies, S., & Anduze, M. (2016). Links among cognitive empathy, theory of mind, and affective perspective taking by young children. *The Journal of genetic psychology*, 177(1), 17-31.
- Berg-Nielsen, T. S., Vikan, A., & Dahl, A. A. (2002). Parenting related to child and parental psychopathology: A descriptive review of the literature. *Clinical child psychology and psychiatry*, 7(4), 529-552.
- Bernier, A., Carlson, S. M., & Whipple, N. (2010). From external regulation to self-regulation: Early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child development*, 81(1), 326-339.
- Bernier, A., McMahon, C. A., & Perrier, R. (2017). Maternal mind-mindedness and children's school readiness: A longitudinal study of developmental processes. *Developmental psychology*, 53(2), 210.
- Blair, R. J. R. (2005). Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and cognition*, 14(4), 698-718.
- Bornstein, M. H., Hahn, C. S., & Haynes, O. M. (2011). Maternal personality, parenting cognitions, and parenting practices. *Developmental psychology*, 47(3), 658.
- Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita, vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Torino: Tr. it. Boringhieri.
- Brems, C., & Sohl, M. A. (1995). The role of empathy in parenting strategy choices. *Family Relations*, 189-194.
- Brenning, K., Soenens, B., Van der Kaap-Deeder, J., Dieleman, L., & Vansteenkiste, M. (2020). Psychologically controlling parenting during toddlerhood: The role of mothers' perceived

- parenting history and emotion regulation style. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 2257-2267.
- Brown-Schmidt, S., & Hanna, J. E. (2011). Talking in another person's shoes: Incremental perspective-taking in language processing. *Dialogue & Discourse*, 2(1), 11-33.
- Camisasca, E., Procaccia, R., Miragoli, S., Valtolino, G. G., & Di Blasio, P. (2017). Maternal mind-mindedness as a linking mechanism between childbirth related post-traumatic stress symptoms and parenting stress. *Health Care for Women International*, 38, 593–612.
- Caporael, L. R. (1981). The paralinguistic of caregiving: Baby talk to the institutionalized aged. *Journal of personality and social psychology*, 40(5), 876.
- Carpendale, J. I. M., & Lewis, C. (2004). Constructing an understanding of mind: The development of children's social understanding within social interaction. *Behavioral and Brain Sciences*, 27, 79–151.
- Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2002). Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic medicine*, 64(4), 660-667.
- Cramer, D., & Jowett, S. (2010). Perceived empathy, accurate empathy and relationship satisfaction in heterosexual couples. *Journal of social and Personal relationships*, 27(3), 327-349.
- Centifanti, L. C., Meins, E., & Fernyhough, C. (2016). Callous-unemotional traits and impulsivity: Distinct longitudinal relations with mind-mindedness and understanding of others. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(1), 84-92.
- Cohn, J., & Beebe, B. (1990). Sampling interval affects time-series regression estimates of mother-infant influence. *Infant Behaviour and Development*, 13, 317.
- Colonnesi, C., Zeegers, M. A., Majdandžić, M., van Steensel, F. J., & Bögels, S. M. (2019). Fathers' and mothers' early mind-mindedness predicts social competence and behavior problems in childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47, 1421-1435.

- Cosci, F., & Fava, G. A. (2016). The clinical inadequacy of the DSM-5 classification of somatic symptom and related disorders: an alternative trans-diagnostic model. *CNS spectrums*, *21*(4), 310-317.
- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: is the bark worse than the bite?. *Journal of personality*, *55*(2), 299-316.
- Craig, T. K. J., Bialas, I., Hodson, S., & Cox, A. D. (2004). Intergenerational transmission of somatization behaviour: 2. Observations of joint attention and bids for attention. *Psychological Medicine*, *34*(2), 199-209.
- Cramer, B., Palacio Espasa, F. (1994), *Le psicoterapie madre-bambino: metodologia e studi clinici*. Tr. it. Masson, Milano 1994.
- Crandall, A., Deater-Deckard, K., & Riley, A. W. (2015). Maternal emotion and cognitive control capacities and parenting: A conceptual framework. *Developmental review*, *36*, 105-126.
- Crugnola, C. R., Tagini, A., & Ierardi, E. (2022). Maternal Mind-mindedness, Styles of Interaction, and Mother–Infant Emotion Regulation: Associations With Maternal Mental Health at Infant Age of Three Months. *Merrill-Palmer Quarterly*, *68*(2), 147-178.
- Cuff, B. M., Brown, S. J., Taylor, L., & Howat, D. J. (2016). Empathy: A review of the concept. *Emotion review*, *8*(2), 144-153.
- Cuzzocrea, F., Barberis, N., Costa, S., & Larcan, R. (2015). Relationship between alexithymia, parenting style, and parental control. *Psychological reports*, *117*(2), 580-596.
- Daneri, M. P., Blair, C., Kuhn, L. J., FLP Key Investigators, Vernon-Feagans, L., Greenberg, M., ... & Mills-Koonce, R. (2019). Maternal language and child vocabulary mediate relations between socioeconomic status and executive function during early childhood. *Child Development*, *90*(6), 2001-2018.
- Davis, M. H. (1980). Interpersonal reactivity index.
- De Gucht, V. (2003). Stability of neuroticism and alexithymia in somatization. *Comprehensive psychiatry*, *44*(6), 466-471.

- De Gucht, V., & Fischler, B. (2002). Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*, 43(1), 1-9.
- De Gucht, V., & Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: a quantitative review of the literature. *Journal of psychosomatic research*, 54(5), 425-434.
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and cognitive neuroscience reviews*, 3(2), 71-100.
- Decety, J., & Meyer, M. (2008). From emotion resonance to empathic understanding: a social developmental neuroscience account. *Development and Psychopathology*, 20(4), 1053–1080.
- Demers, I., Bernier, A., Tarabulsky, G. M., & Provost, M. A. (2010). Maternal and child characteristics as antecedents of maternal mind-mindedness. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of the World Association for Infant Mental Health*, 31(1), 94-112.
- Derogates, L. R., 1994. *Symptom Checklist-90-R: administration, scoring and procedures manual*. National Computer Systems, Minneapolis, 3rd ed.
- De Vignemont, F., & Singer, T. (2006). The empathic brain: how, when and why?. *Trends in cognitive sciences*, 10(10), 435-441.
- De Wied, M., Branje, S. J., & Meeus, W. H. (2007). Empathy and conflict resolution in friendship relations among adolescents. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 33(1), 48-55.
- Elliott, L., Thompson, K. A., & Fobian, A. D. (2020). A systematic review of somatic symptoms in children with a chronically ill family member. *Psychosomatic medicine*, 82(4), 366-376.
- Engelhard, E. S., Zaides, J. A., & Federman, D. (2021). The mother's perspective of body knowledge and expressions as a language in mother-infant relationships. *The Arts in Psychotherapy*, 72, 101746.
- Farrant, B. M., Devine, T. A., Maybery, M. T., & Fletcher, J. (2012). Empathy, perspective taking and prosocial behaviour: The importance of parenting practices. *Infant and Child Development*, 21(2), 175-188.

- Fava, G. A., Cosci, F., & Sonino, N. (2017). Current psychosomatic practice. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(1), 13-30.
- Fava Vizziello, G. M. (2003), *Psicopatologia dello sviluppo*. il Mulino, Bologna.
- Fava Vizziello, G. M., & Simonelli, A. (2004). *Adozione e cambiamento*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Filippi, B., Simonelli, A., Amato, D. M., Rigo, P. (under review). The influence of maternal somatic symptom disorders on parenting and dyadic intersubjectivity: A systematic review.
- Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (2000). *Il triangolo primario. Le prime interazioni triadiche tra padre, madre e bambino*. Raffaello Cortina, Milano.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self- organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Raffaello Cortina Editore.
- Gagné, C., Bernier, A., & McMahon, C. A. (2018). The role of paternal mind-mindedness in preschoolers' self-regulated conduct. *Infant and Child Development*, 27(3), e2081.
- Garnefski, N., van Rood, Y., De Roos, C., & Kraaij, V. (2017). Relationships between traumatic life events, cognitive emotion regulation strategies, and somatic complaints. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 24, 144-151.
- Gianino, A., & Tronick, E. Z. (1988). The mutual regulation model: The infant's self and interactive regulation and coping and defensive capacities. In T. M. Field, P. M. McCabe, & N. Schneiderman (Eds.), *Stress and coping across development*. (pp. 47–68). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Giglio, E. (2012). *Le funzioni della genitorialità*.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26, 41–54.

- Hein, G., Silani, G., Preuschoff, K., Batson, C. D., & Singer, T. (2010). Neural responses to ingroup and outgroup members' suffering predict individual differences in costly helping. *Neuron*, *68*(1), 149-160.
- Hobby, L., Bird, A. L., Townsend, M. L., & Barnes, J. (2023). Mind-mindedness and preschool children's behavioral difficulties: The moderating role of maternal parenting distress. *Development and Psychopathology*, *35*(4), 1584-1596.
- Hughes, C., Aldercotte, A., & Foley, S. (2017). Maternal mind-mindedness provides a buffer for pre-adolescents at risk for disruptive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *45*, 225-235.
- Iacoboni, M. (2009). Imitation, empathy, and mirror neurons. *Annual review of psychology*, *60*, 653-670.
- Ierardi, E., Ferro, V., Trovato, A., Tambelli, R., & Riva Crugnola, C. (2019). Maternal and paternal depression and anxiety: their relationship with mother-infant interactions at 3 months. *Archives of women's mental health*, *22*, 527-533.
- Ierardi, E., Dascalu, A., Shai, D., Spencer, R., & Crugnola, C. R. (2022). Parental embodied mentalizing: Associations with maternal depression, anxiety, verbal mentalizing, and maternal styles of interaction. *Journal of Affective Disorders*, *311*, 472-478.
- Ierardi, E., Ferro, V., Trovato, A., Tambelli, R., & Riva Crugnola, C. (2019). Maternal and paternal depression and anxiety: their relationship with mother-infant interactions at 3 months. *Archives of women's mental health*, *22*, 527-533.
- Izard, C. E., Woodburn, E. M., Finlon, K. J., Krauthamer-Ewing, E. S., Grossman, S. R., & Seidenfeld, A. (2011). Emotion knowledge, emotion utilization, and emotion regulation. *Emotion Review*, *3*, 44-52.
- Kirk, E., Pine, K. J., Howlett, N., Wheatley, L., Schulz, J., & Fletcher, B. (2015). A longitudinal investigation of the relationship between maternal mind-mindedness and theory of mind. *British Journal of Developmental Psychology*, *33*, 434-445.

- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press
- Konnopka, A., Kaufmann, C., König, H. H., Heider, D., Wild, B., Szecsenyi, J., ... & Schaefer, R. (2013). Association of costs with somatic symptom severity in patients with medically unexplained symptoms. *Journal of psychosomatic research*, 75(4), 370-375.
- Krauthamer Ewing, E. S., Herres, J., Dilks, K. E., Rahim, F., & Trentacosta, C. J. (2019). Understanding of emotions and empathy: Predictors of positive parenting with preschoolers in economically stressed families. *Journal of Child and Family Studies*, 28, 1346-1358.
- Kristen, S., Rossmann, F., & Sodian, B. (2014). Theory of own mind and autobiographical memory in adults with ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(7), 827-837.
- Kuchirko, Y. A., Schatz, J. L., Fletcher, K. K., & Tamis-Lemonda, C. S. (2020). Do, say, learn: The functions of mothers' speech to infants. *Journal of child language*, 47(1), 64-84.
- Laflamme, E., Matte-Gagné, C., & Baribeau-Lambert, A. (2022). Paternal mind-mindedness and infant-toddler social-emotional problems. *Infant Behavior and Development*, 69, 101767.
- Larkin, F., Schacht, R., Oostenbroek, J., Hayward, E., Fernyhough, C., Munoz Centifanti, L. C., & Meins, E. (2021). Mind-mindedness versus mentalistic interpretations of behavior: Is mind-mindedness a relational construct?. *Infant Mental Health Journal*, 42(2), 176-187.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*, 145(11), 1358-1368.
- Little, C., Solomonova, E., Jordan, M., Klein, N., Jennings, B., Schmidtman, G., Leos, H., & Gold, I. (2023). The discrimination of self from other as a component of empathy. *Emotion*, 23(6), 1773–1780.
- Lok, S. M., & McMahon, C. A. (2006). Mothers' thoughts about their children: Links between mind-mindedness and emotional availability. *British journal of developmental psychology*, 24(3), 477-488.

- Löwe, B., Levenson, J., Depping, M., Hüsing, P., Kohlmann, S., Lehmann, M., ... & Weigel, A. (2022). Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychological Medicine*, *52*(4), 632-648.
- Lundy, B. L., & Fyfe, G. (2016). Preschoolers' mind-related comments during collaborative problem-solving: Parental contributions and developmental outcomes. *Social Development*, *25*(4), 722-741.
- Mallorquí-Bagué, N., Bulbena, A., Pailhez, G., Garfinkel, S. N., & Critchley, H. D. (2016). Mind-Body Interactions in Anxiety and Somatic Symptoms. *Harvard review of psychiatry*, *24*(1), 53-60.
- Manzano, J., Palacio Espasa, F., Zilkha, N. (1999), *Scenari della genitorialità: la consultazione genitore-bambino*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2001
- McMahon, C. A., & Meins, E. (2012). Mind-mindedness, parenting stress, and emotional availability in mothers of preschoolers. *Early Childhood Research Quarterly*, *27*(2), 245-252.
- McMahon, C. A., & Bernier, A. (2017). Twenty years of research on parental mind-mindedness: Empirical findings, theoretical and methodological challenges, and new directions. *Developmental Review*, *46*, 54-80.
- Meins, E. (1997). Security of attachment and the social development of cognition. Hove, England: Psychology Press/Erlbaum (UK) Taylor & Francis; England.
- Meins, E., Centifanti, L. C. M., Fernyhough, C., & Fishburn, S. (2013). Maternal Mind-Mindedness and Children's Behavioral Difficulties: Mitigating the Impact of Low Socioeconomic Status. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *41*(4), 543–553.
- Meins, E., Fernyhough, C., Arnott, B., Leekam, S., & de Rosnay, M. (2013). Mind-mindedness and theory of mind: Mediating roles of internal state language and perspectival symbolic play. *Child Development*, *84*, 1777–1790.
- Meins, E., & Fernyhough, C. (1999). Linguistic acquisitional style and mentalising development: The role of maternal mind-mindedness. *Cognitive Development*, *14*, 363–380.

- Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J., & Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study. *Social development*, 7(1), 1-24.
- Meins, E., & Fernyhough, C. (2006). *Mind-mindedness coding manual*. Unpublished manuscript. Durham University, Durham, UK, 82.
- Meins, E., & Fernyhough, C. (2015). *Mind-mindedness coding manual, Version 2.2*. Unpublished manuscript. University of York, York, UK.
- Meins, E., Fernyhough, C., & Harris-Waller, J. (2014). Is mind-mindedness trait-like or a quality of close relationships? Evidence from descriptions of significant others, famous people, and works of art. *Cognition*, 130(3), 417-427.
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Clark-Carter, D., Das Gupta, M., Fradley, E., et al. (2003). Pathways to understanding mind: Construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness. *Child Development*, 74, 1194–1211.
- Meins, E., Harris-Waller, J., & Lloyd, A. (2008). Understanding alexithymia: Associations with peer attachment style and mind-mindedness. *Personality and Individual Differences*, 45(2), 146-152.
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1997). Explaining facial imitation: A theoretical model. *Infant and child development*, 6(3-4), 179-192.
- Milligan, K., Khoury, J. E., Benoit, D., & Atkinson, L. (2015). Maternal attachment and mind-mindedness: The role of emotional specificity. *Attachment & Human Development*, 17(3), 302-318.
- Milliones, J. (1978), Relationship between perceived child temperament and maternal behaviors. *Child Development*, 49(4), 1255-1257.
- Navarro-Carrillo, G., Alonso-Ferres, M., Moya, M., & Valor-Segura, I. (2020). Socioeconomic status and psychological well-being: Revisiting the role of subjective socioeconomic status. *Frontiers in Psychology*, 11, 1303.

- Nemiah, J. C. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. *Modern trends in psychosomatic medicine*, 2, 26-34.
- Nikolić, M., Zeegers, M., Colonnese, C., Majdandžić, M., de Vente, W., & Bögels, S. M. (2022). Mothers' and fathers' mind-mindedness in infancy and toddlerhood predict their children's self-regulation at preschool age. *Developmental Psychology*, 58(11), 2127.
- Okur Güney, Z. E., Sattel, H., Witthöft, M., & Henningsen, P. (2019). Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. *PloS one*, 14(6), e0217277.
- Ontai, L. L., & Virmani, E. A. (2010). Predicting elements of early elaborative maternal discourse from 12 to 18 months of age. *Early Childhood Research Quarterly*, 25, 98–111.
- Parsons, C. E., Young, K. S., Stein, A., & Kringelbach, M. L. (2017). Intuitive parenting: understanding the neural mechanisms of parents' adaptive responses to infants. *Current Opinion in Psychology*, 15, 40-44.
- Phua, D. Y., Kee, M. Z., & Meaney, M. J. (2020). Positive maternal mental health, parenting, and child development. *Biological Psychiatry*, 87(4), 328-337.
- Porcelli, P., & Guidi, J. (2015). The clinical utility of the diagnostic criteria for psychosomatic research: a review of studies. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(5), 265-272.
- Psychogiou, L., Daley, D., Thompson, M. J., & Sonuga-Barke, E. J. (2008). Parenting empathy: Associations with dimensions of parent and child psychopathology. *British Journal of Developmental Psychology*, 26(2), 221-232.
- Raimondi, G., Balsamo, M., Ebisch, S. J., Continisio, M., Lester, D., Saggino, A., & Innamorati, M. (2023). Measuring Empathy: A Meta-analytic Factor Analysis with Structural Equation Models (MASEM) of the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 45(4), 952-963.
- Ran, L., Wang, W., Ai, M., Kong, Y., Chen, J., & Kuang, L. (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the

- general population in China at the peak of its epidemic. *Social science & medicine*, 262, 113261.
- Riem, M. M., Doedée, E. N., Broekhuizen-Dijksman, S. C., & Beijer, E. (2018). Attachment and medically unexplained somatic symptoms: The role of mentalization. *Psychiatry research*, 268, 108-113.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive brain research*, 3(2), 131-141.
- Rosenblum, K. L., McDonough, S. C., Sameroff, A. J., & Muzik, M. (2008). Reflection in thought and action: Maternal parenting reflectivity predicts mind-minded comments and interactive behavior. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 29(4), 362-376.
- Sandbank, M., & Yoder, P. (2016). The association between parental mean length of utterance and language outcomes in children with disabilities: A correlational meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 25(2), 240-251.
- Schacht, R., Hammond, L., Marks, M., Wood, B., & Conroy, S. (2013). The relation between mind-mindedness in mothers with borderline personality disorder and mental state understanding in their children. *Infant and Child Development*, 22(1), 68-84.
- Schlinger, H. D. (2009). Theory of mind: An overview and behavioral perspective. *The Psychological Record*, 59, 435-448.
- Senehi, N., Brophy-Herb, H. E., & Vallotton, C. D. (2018). Effects of maternal mentalization-related parenting on toddlers' self-regulation. *Early Childhood Research Quarterly*, 44, 1-14.
- Sened, H., Lavidor, M., Lazarus, G., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E., & Ickes, W. (2017). Empathic accuracy and relationship satisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Family Psychology*, 31(6), 742.
- Sevigny, P. R., & Loutzenhiser, L. (2010). Predictors of parenting self-efficacy in mothers and fathers of toddlers. *Child: care, health and development*, 36(2), 179-189.

- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual review of clinical psychology, 11*, 379-405.
- Silletti, F., Salvadori, E. A., Presaghi, F., Fasolo, M., Aureli, T., & Coppola, G. (2022). Maternal mind-mindedness during the first year of life: Developmental trajectories and moderators. *Developmental Psychology, 58*(9), 1615.
- Simonelli, A. (2014), *La funzione genitoriale. Sviluppo e psicopatologia*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Spaans, J. A., Veselka, L., Luyten, P., & Bühring, M. E. F. (2009). Bodily aspects of mentalization: A therapeutic focus in the treatment of patients with severe medically unexplained symptoms. *Tijdschrift Voor Psychiatrie, 51*(4), 239–248.
- Stellar, J. E., & Duong, F. (2023). The little black box: Contextualizing empathy. *Current Directions in Psychological Science, 32*(2), 111-117.
- Stern, D. N. (1985), *Il mondo rappresentazionale del bambino*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1987.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent–infant psychotherapy*. Basic Books.
- Stern, J. A., Borelli, J. L., & Smiley, P. A. (2015). Assessing parental empathy: A role for empathy in child attachment. *Attachment & human development, 17*(1), 1-22.
- Stonnington, C. M., Locke, D. E., Hsu, C. H., Ritenbaugh, C., & Lane, R. D. (2013). Somatization is associated with deficits in affective Theory of Mind. *Journal of Psychosomatic Research, 74*(6), 479-485.
- Strayer, J., & Roberts, W. (2004). Children's anger, emotional expressiveness, and empathy: Relations with parents' empathy, emotional expressiveness, and parenting practices. *Social development, 13*(2), 229-254.
- Subic-Wrana, C. (2011). Emotion regulation and mentalization in somatoform disorders. In *Emotion regulation and well-being* (pp. 245-260). Springer, New York, NY.

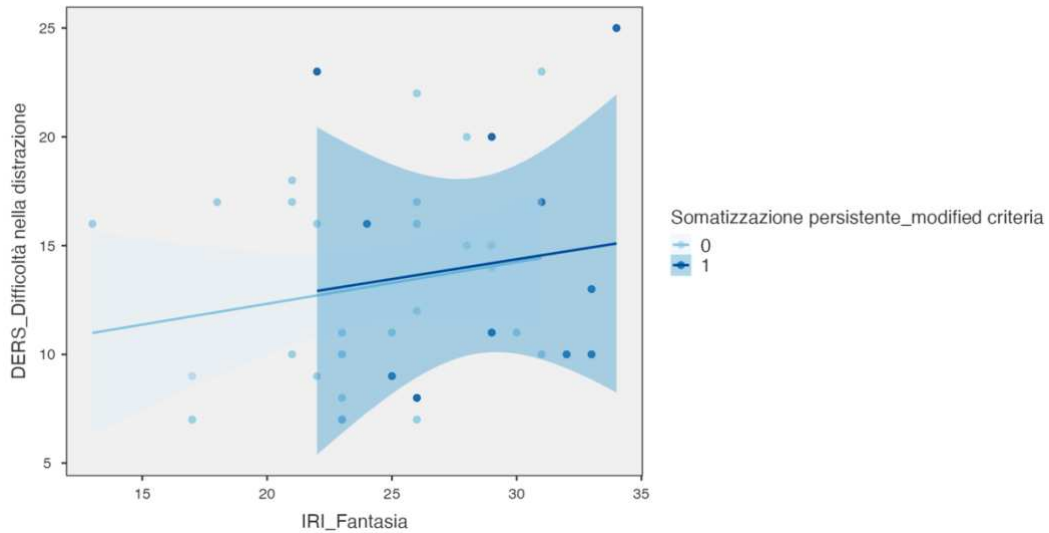
- Subic-Wrana, C., Beutel, M. E., Knebel, A., & Lane, R. D. (2010). Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders. *Psychosomatic Medicine*, 72(4), 404-411.
- Tambelli, R. (2017). *Manual di psicopatologia dell'infanzia*. il Mulino, Bologna.
- Taylor, G. J. (1994). The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Tironi, M., Charpentier Mora, S., Cavanna, D., Borelli, J. L., & Bizzi, F. (2021). Physiological factors linking insecure attachment to psychopathology: A systematic review. *Brain sciences*, 11(11), 1477.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(1), 3-48.
- Treviño, E., Miranda, C., Hernández, M., & Villalobos, C. (2021). Socioeconomic status, parental involvement and implications for subjective well-being during the global pandemic of Covid-19. In *Frontiers in Education* (Vol. 6, p. 762780). Frontiers Media SA.
- Troisi, A., D'argenio, A., Peracchio, F., & Petti, P. (2001). Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(5), 311-316.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *The American Psychologist*, 44, 112-119.
- Tronick, E. D. (2008). Regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico. In Carli, L., & Rodini, C. (a cura di), *Le forme dell'intersoggettività* (pp 217-232). Milano: Raffaello Cortina editore

- Trumpeter, N. N., Watson, P. J., O'Leary, B. J., & Weathington, B. L. (2008). Self-functioning and perceived parenting: Relations of parental empathy and love inconsistency with narcissism, depression, and self-esteem. *The Journal of genetic psychology, 169*(1), 51-71.
- Tylee, A., & Gandhi, P. (2005). The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 7*(4), 167.
- Van Ijzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. In *Psychological Bulletin, 117*(3), pp. 387-403.
- Van Tilburg, M. A., Levy, R. L., Walker, L. S., Von Korff, M., Feld, L. D., Garner, M., ... & Whitehead, W. E. (2015). Psychosocial mechanisms for the transmission of somatic symptoms from parents to children. *World Journal of Gastroenterology: WJG, 21*(18), 5532.
- Venuti, P., Simonelli, A., Rigo, P. (2018). *Basi biologiche della funzione genitoriale*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Vondra, J., Sysko, H. B., & Belsky, J. (2006). Developmental origins of parenting: Personality and relationship factors. In *Parenting* (pp. 51-88). Routledge.
- Vygotsky, L. S., 1987. Thinking and speech, In: Rieber, R.W. and Carlon, A.S., (Eds.), The collected works of L.S. Vygotsky, Volume 1: Problems of general psychology (pp 39–285). Plenum Press; New York, (Original work published 1934).
- Walker, L. S., Garber, J., & Greene, J. W. (1994). Somatic complaints in pediatric patients: a prospective study of the role of negative life events, child social and academic competence, and parental somatic symptoms. *Journal of consulting and clinical psychology, 62*(6), 1213.
- Walker, T. M., Wheatcroft, R., & Camic, P. M. (2012). Mind-mindedness in parents of pre-schoolers: A comparison between clinical and community samples. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 17*(3), 318–335.
- Waytz, A., Zaki, J., & Mitchell, J. P. (2012). Response of dorsomedial prefrontal cortex predicts altruistic behavior. *Journal of Neuroscience, 32*(22), 7646-7650.

- Whitehead, W. E., Palsson, O. S., Levy, R. R., Feld, A. D., Turner, M., & Von Korff, M. (2007). Comorbidity in irritable bowel syndrome. *Official journal of the American College of Gastroenterology ACG*, 102(12), 2767-2776.
- Winnicott, D. W. (1989). *Holding and interpretation: Fragment of an analysis*. Grove Press.
- Yürümez, E., Akça, Ö. F., Uğur, Ç., Uslu, R. I., & Kılıç, B. G. (2014). Mothers' alexithymia, depression and anxiety levels and their association with the quality of mother-infant relationship: a preliminary study. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 18(3), 190-196.
- Zaki, J., & Ochsner, K. N. (2012). The neuroscience of empathy: progress, pitfalls and promise. *Nature neuroscience*, 15(5), 675-680.
- Zaki, J. (2014). Empathy: a motivated account. *Psychological bulletin*, 140(6), 1608.
- Zammit, M., & Atkinson, S. (2017). The relations between 'babysigning', child vocabulary and maternal mind-mindedness. *Early Child Development and Care*, 187(12), 1887-1895.
- Zeegers, M. A., Colonesi, C., Stams, G. J. J., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant-parent attachment. *Psychological bulletin*, 143(12), 1245.
- Zeegers, M. A., de Vente, W., Nikolić, M., Majdandžić, M., Bögels, S. M., & Colonesi, C. (2018). Mothers' and fathers' mind-mindedness influences physiological emotion regulation of infants across the first year of life. *Developmental Science*, 21(6), e12689.
- Zunhammer, M., Halski, A., Eichhammer, P., & Busch, V. (2015). Theory of mind and emotional awareness in chronic somatoform pain patients. *PloS one*, 10(10), e0140016.

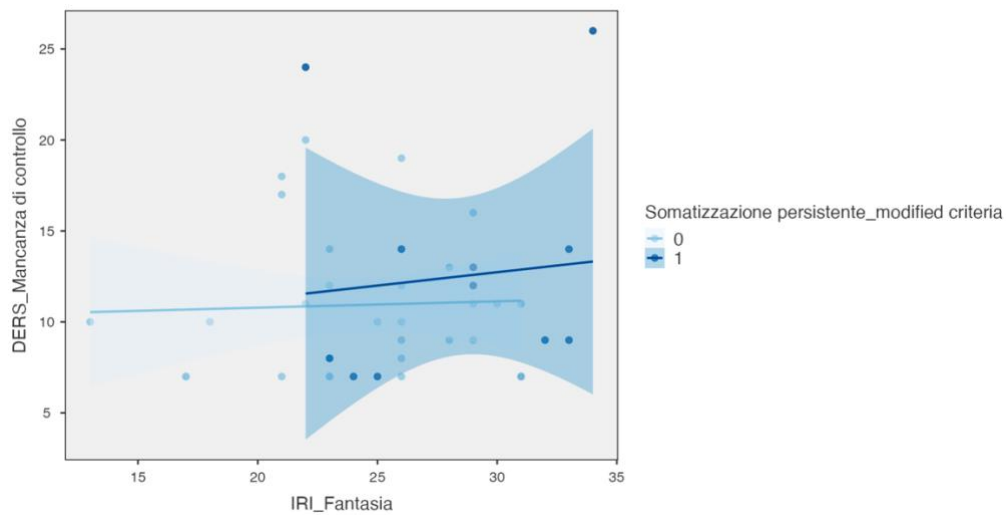
MATERIALI SUPPLEMENTARI

Figura S1. Relazione tra le sottoscale “Difficoltà a distrarsi” e “Fantasia” nei gruppi di madri con e senza storia di somatizzazione persistente



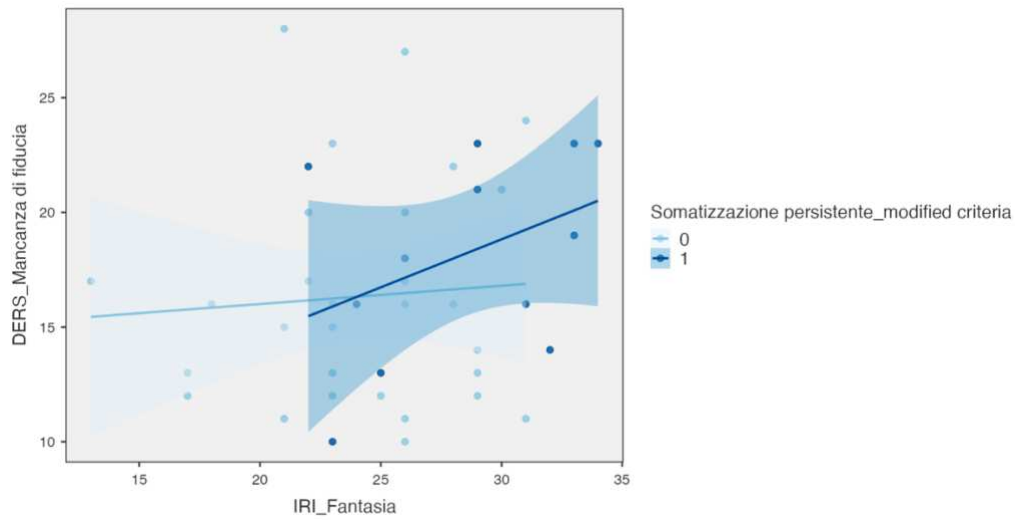
NOTA. 0 = gruppi di madri senza storia di somatizzazione persistente (n = 29), 1 = gruppo di madri con storia di somatizzazione persistente (n = 12)

Figura S2. Relazione tra le sottoscale “Difficoltà nel controllo degli impulsi” e “Fantasia” nei gruppi di madri con e senza storia di somatizzazione persistente



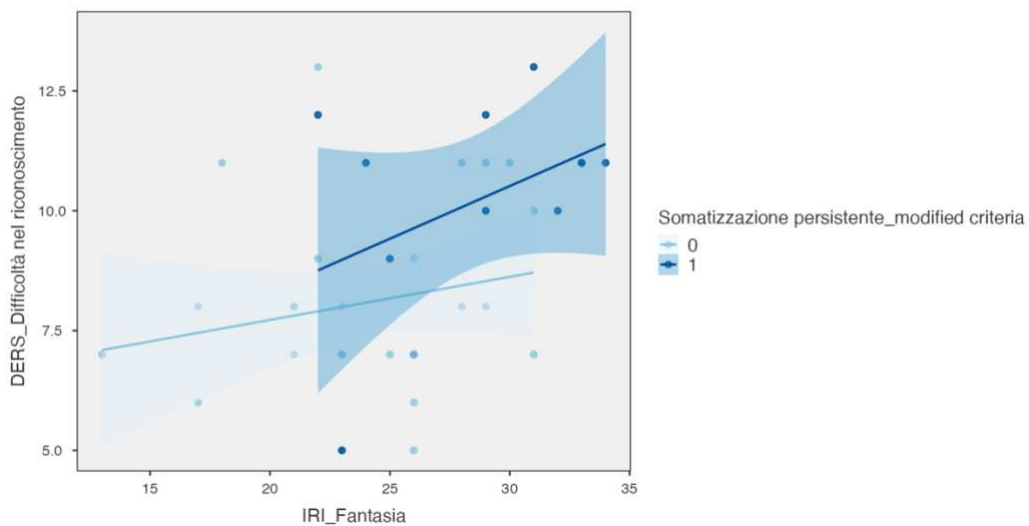
NOTA. 0 = gruppi di madri senza storia di somatizzazione persistente (n = 29), 1 = gruppo di madri con storia di somatizzazione persistente (n = 12)

Figura S3. Relazione tra le sottoscale “Mancanza di fiducia” e “Fantasia” nei gruppi di madri con e senza storia di somatizzazione persistente



NOTA. 0 = gruppi di madri senza storia di somatizzazione persistente (n = 29), 1 = gruppo di madri con storia di somatizzazione persistente (n = 12)

Figura S4. Relazione tra le sottoscale “Difficoltà di riconoscimento” e “Fantasia” nei gruppi di madri con e senza storia di somatizzazione persistente



NOTA. 0 = gruppi di madri senza storia di somatizzazione persistente (n = 29), 1 = gruppo di madri con storia di somatizzazione persistente (n = 12)