



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia Generale**

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione**

**Corso di laurea Triennale in Scienze Psicologiche Cognitive e  
Psicobiologiche**

**Elaborato finale**

**L'esperienza passata di cura alloparentale e la  
responsività al pianto infantile in maschi genitori e non-  
genitori**

*Relatrice:*

Prof.ssa Paola Rigo

*Laureanda:* Diana Bortoluzzi

*Matricola:* 2047967

Anno Accademico 2023-2024



# ABSTRACT

La tesi offre una panoramica della teoria sui temi principali della ricerca: il ruolo della funzione genitoriale; l'esperienza di cura ricevuta nell'infanzia e la sua influenza nella vita adulta e l'esperienza di cura alloparentale verso i bambini; le caratteristiche e le funzioni del pianto infantile.

L'obiettivo della ricerca è di investigare l'impatto dell'esperienza di cura alloparentale passata sulla responsività di maschi genitori e non-genitori elicitata dal pianto infantile caratterizzato da disagio crescente. Il pianto è uno degli stimoli infantili più salienti e ha l'obiettivo di promuovere un comportamento di vicinanza e di cura da parte dei *caregiver*. È stato dimostrato che la responsività al pianto è in parte biologicamente definita, ma viene influenzata anche dall'esperienza.

Trentuno partecipanti maschi non genitori e 30 genitori di bambini da 12 a 60 mesi hanno svolto l'esperimento, che si sviluppa in due fasi, entrambe online. Nella prima hanno firmato il consenso informato e successivamente hanno completato un questionario per raccogliere le informazioni sociodemografiche, l'esperienza di cura alloparentale passata, l'esperienza di cura percepita durante l'infanzia sia come individuo (i.e. ansia e depressione) sia in relazione al bambino nel caso dei genitori (i.e. temperamento). Nella seconda fase hanno svolto un *task* monitorato in cui dovevano ascoltare dei pianti di diversa lunghezza di bambini non familiari e valutarli lungo la dimensione del disagio espresso e lungo quattro dimensioni psicologiche riferite alla responsività.

# Indice

<b>ABSTRACT</b> .....	3
<b>Introduzione</b> .....	6
<b>CAPITOLO 1</b> .....	8
<b>1.1 La funzione genitoriale</b> .....	8
<b>1.2 L'esperienza di cura</b> .....	11
<b>1.2.1 L'esperienza di cura ricevuta</b> .....	11
<b>1.2.2 La cura alloparentale</b> .....	12
<b>CAPITOLO 2</b> .....	15
<b>2.1 Il pianto infantile</b> .....	15
<b>2.2 Comportamenti genitoriali in risposta al pianto dei bambini</b> .....	16
<b>2.2.1 La qualità dell'attaccamento e l'esperienza di cura alloparentale</b> .....	17
<b>2.3 L'influenza dell'ansia e della depressione nelle risposte agli stimoli infantili</b>	18
<b>CAPITOLO 3</b> .....	20
<b>3.1 La ricerca</b> .....	20
<b>3.1.1 Premessa teorica</b> .....	20
<b>3.1.2 Obiettivi</b> .....	20
<b>3.2 I materiali e i metodi</b> .....	21
<b>3.2.1 Le procedure</b> .....	21
<b>3.2.2 Misure self-report</b> .....	22
3.2.1.1 Questionario sociodemografico .....	22
3.2.1.2 Esperienza di cura alloparentale passata .....	22
3.2.1.3 Parental Acceptance-Rejection scale (PARQ) .....	22
3.2.1.4 State-Trait Anxiety Inventory – Y form (STAI-Y) .....	23
3.2.1.5 Beck Depression Inventory (BDI-II) .....	23
3.2.1.6 Weinstein Noise Sensitivity Scale (WNSS) .....	23
<b>3.2.3 Stimoli uditivi</b> .....	24
<b>3.2.4 Sessione di valutazione dei pianti infantili</b> .....	24
<b>3.2.5 Piano di analisi</b> .....	26
<b>CAPITOLO 4</b> .....	27
<b>4.1 Risultati</b> .....	27
<b>4.1.1 Analisi descrittive</b> .....	27

4.1.2 Percezione di disagio espresso dai pianti infantili per validare il paradigma .....	28
4.1.3 Analisi preliminari .....	28
4.1.3 Correlazioni bivariate .....	31
4.1.4 Regressioni lineari multiple .....	33
<b>CAPITOLO 5</b> .....	<b>36</b>
5.1 Discussione dei risultati .....	36
5.2 Limitazioni dello studio .....	37
5.3 Conclusioni .....	38
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>40</b>

# Introduzione

Il primo canale comunicativo che i bambini hanno fin dalla nascita per segnalare i loro bisogni è il pianto, che ha origini geneticamente determinate e produce una serie di reazioni fisiologiche in chi lo ascolta. Queste ultime producono nell'ascoltatore una spinta all'azione e attivano le cure parentali per poter assicurare la sopravvivenza al bambino (Venuti & Esposito, 2008). I pianti infantili possono essere interpretati e suscitare emozioni in modo differente tra gli individui e ciò condiziona le risposte comportamentali degli adulti in risposta al bambino (Lin & McFatter, 2012; Zeifman, 2003). I fattori che possono influenzare la risposta e la sensibilità al pianto infantile sono vari e numerosi. Essi possono essere legati al bambino, all'adulto, a elementi socio-culturali o contestuali; tra questi fattori potrebbero esserci le esperienze di cura alloparentale, ovvero esperienze di accudimento di bambini non figli propri.

Il presente studio si propone di indagare se le esperienze passate di cura alloparentale possano influire sulla valutazione e sul senso di cura elicitato dall'ascolto del pianto infantile, in adulti di sesso maschile genitori e non genitori.

Nel primo capitolo verrà definita e descritta la funzione genitoriale, evidenziandone le caratteristiche e gli elementi che la caratterizzano. Seguirà infine un veloce approfondimento della concezione di funzione genitoriale secondo le principali correnti teoriche. Si tratterà in seguito l'esperienza di cura, sia in termini di rimembranza delle cure ricevute durante l'infanzia che di cura alloparentale verso bambini, descrivendone l'importanza e le conseguenze che hanno sul comportamento nel presente.

Il secondo capitolo si concentrerà sul pianto infantile descrivendone le caratteristiche, le funzioni e lo sviluppo. Si approfondiranno i comportamenti genitoriali in risposta al pianto dei bambini, indagando più nel dettaglio l'influenza dell'attaccamento e dell'esperienza alloparentale. Il capitolo si chiuderà con un approfondimento sull'influenza dell'ansia e della depressione nelle risposte agli stimoli infantili.

Nel terzo capitolo si presenterà la ricerca attraverso una breve premessa teorica, la presentazione degli obiettivi e i materiali e i metodi. In questi ultimi si descrivono nel dettaglio le procedure, le misure self-report raccolte, gli stimoli uditivi utilizzati, la strutturazione della sessione di valutazione dei pianti infantili e infine il piano di analisi.

Nel quarto capitolo verranno esposti i risultati derivanti dalle analisi descrittive e d'inferenza statistica svolte sui dati raccolti.

Nel quinto capitolo verranno discussi i risultati ottenuti, valutandoli alla luce degli obiettivi fissati. Inoltre, saranno presentati anche i limiti dello studio e si faranno le considerazioni finali.

# CAPITOLO 1

## 1.1 La funzione genitoriale

La funzione genitoriale è definibile come un insieme di competenze complesse e in evoluzione che riguardano la capacità di ogni individuo di prendersi cura e proteggere un'altra persona che, per età, livello di sviluppo, condizioni fisiche e/o psichiche, necessita di qualcuno in grado di leggere i suoi bisogni e di soddisfarli adeguatamente (Venuti et al., 2018). Si parla di una funzione autonoma e processuale dell'essere umano, preesistente e parzialmente indipendente dalla generatività biologica, la quale ne è soltanto un'espressione, importante ma non necessaria. Questa funzione complessa implica la capacità di comprendere i bisogni dell'altro, di proteggerlo e di accudirlo in varie situazioni che richiedono l'attivazione di competenze di cura e del proprio mondo rappresentazionale (Simonelli, 2014)

Si tratta di una funzione che, seppur in parte biologicamente determinata, trascende il legame puramente biologico. È sufficiente una relazione asimmetrica tra due individui, temporanea o permanente, in ambito di capacità, sviluppo, possibilità, tale da generare la funzione genitoriale dell'uno a vantaggio dei bisogni dell'altro (Venuti et al., 2018). Dunque, non occorre essere genitori per poter esercitare la propria funzione genitoriale, ma è sufficiente rendersi disponibili alla cura di un'altra persona che può essere un bambino, un anziano o un paziente in condizione di fragilità (Venuti et al., 2018).

Gli attributi fondamentali della funzione genitoriale sono l'autonomia, la processualità e l'intersoggettività. La genitorialità, infatti, si sviluppa come ambito autonomo, ma non scisso, rispetto ad altri domini di funzionamento individuale o affettivo-relazionale della persona. Essa potrebbe essere considerata come una competenza che rimane preservata e integra di fronte a difficoltà e disfunzioni in altri aspetti dell'adattamento (Simonelli, 2014). La processualità di questa funzione implica che non si stia parlando di una competenza che si acquisisce una volta per tutte e valida in ogni condizione della persona e delle sue relazioni. Si sta parlando piuttosto di una capacità di cura dell'altro che si attiva grazie alla storia, la recettività e la sensibilità di ognuno rispetto a una particolare esperienza relazionale. Dunque, non necessariamente si presenta una certa stabilità nel tempo e nelle diverse età dell'adulto o del bambino (Simonelli, 2014). La genitorialità



intesa come funzione intersoggettiva si struttura e funziona in connessione con gli altri sistemi intersoggettivi degli individui in interazione. Le capacità di cura si costruiscono in una collaborazione entro un processo di continua interconnessione con l'altro a cui l'adulto fornisce accudimento. Dunque, queste capacità sono in interdipendenza con le caratteristiche fisiche, temperamentali, interattive della persona che riceve l'accudimento – in questo caso il bambino – e anche con lo svolgimento dei suoi processi evolutivi (Simonelli, 2014).

Le manifestazioni di queste relazioni di cura hanno origine dalle rappresentazioni interne delle relazioni di cura primarie - le relazioni genitoriali - che si sviluppano precocemente a partire dall'esperienza come figlio e che consentono di possedere una rappresentazione interna di sé, dell'altro anche come *caregiver* e della relazione che con l'altro si stabilisce sul contenuto e sulla qualità delle cure (Bastianoni, 2009). Dunque, la funzione genitoriale non ha a che fare con l'essere genitori, quando più con l'essere stati figli e oggetto di cura e con le modalità con cui queste cure sono state fornite dai nostri *caregiver* (Venuti et al., 2018). Il bambino costruisce con i suoi adulti di riferimento, nel corso dello sviluppo, una molteplicità di schemi di interazione – gli schemi di “stare con” – che rappresentano l'impalcatura su cui il piccolo costruirà il proprio modello interattivo e relazionale dell'incontro con l'altro significativo, che si ripeterà nelle altre relazioni significative della sua vita (Simonelli, 2014).

Il primo nucleo rappresentazionale della relazione di cura coincide con la rappresentazione della relazione genitore e figlio. In questo senso la genitorialità va intesa come manifestazione di atteggiamenti, comportamenti, sentimenti di cura e anche come una dimensione interna simbolica, che si origina all'esordio della vita relazionale a partire dalla propria esperienza di figli e che si riattiva ripetutamente nell'arco della vita ogni volta che l'individuo è coinvolto in specifiche e rilevanti interazioni di cura. Queste si manifestano da piccoli nell'interazione con le persone che si prendono cura di noi; da adulti quando ci occupiamo di chi ha bisogno di cure, a prescindere dal legame biologico; infine, da anziani in tutti quei casi in cui la nostra condizione psicofisica ci impedisce di provvedere a noi stessi e l'esistenza e l'identità torna a dipendere dalla relazione di cura con l'altro (Bastianoni, 2009).

Una caratteristica chiave della funzione genitoriale è la sua osservabilità a partire dai comportamenti che vengono messi in atto quotidianamente dall'adulto durante le interazioni ripetute con il bambino. Questi sono comportamenti molto semplici (sorridere, prendere in braccio, nutrire il piccolo), ma allo stesso tempo definiti e determinati da una matrice complessa di pensieri, emozioni, idee e credenze che l'adulto ha costruito dalle diverse esperienze relazionali, soprattutto primarie, che ha sperimentato nel corso della vita (Venuti et al., 2018). Dunque, attraverso l'osservazione delle interazioni, che sono scambi brevi che però costituiscono le basi fondanti della relazione, possiamo accedere alle competenze genitoriali e alla qualità della relazione adulto-bambino (Venuti et al., 2018).

Le interazioni adulto-bambino sono fondamentali per entrambi, ma soprattutto per il piccolo, in quanto entro esse può soddisfare i bisogni primari legati alla sopravvivenza, ma anche acquisire competenze cognitive, sociali, strumentali necessarie allo sviluppo di comportamenti adattivi (Venuti et al., 2018). Diversi orientamenti teorici e di ricerca hanno contribuito ad approfondire le nostre conoscenze relative alla funzione genitoriale e alla strutturazione della relazione adulto-bambino (Venuti et al., 2018).

La teoria dell'attaccamento di Bowlby ci fornisce una cornice teorica entro cui interpretare i vari aspetti della relazione diadica e la base per concettualizzare le modalità attraverso cui l'individuo costruirà le relazioni sociali nel corso della vita. Mette, inoltre, in luce il ruolo delle componenti innate nelle predisposizioni genitoriali, considerando lo sviluppo ontologico del bambino all'interno della storia filogenetica della specie di appartenenza (Venuti et al., 2018).

L'*infant research* pone enfasi sul contributo attivo del bambino allo strutturarsi della relazione, concettualizzando le interazioni come fenomeni interamente bidirezionali, in cui si assiste a un'influenza reciproca e continua tra i processi di autoregolazione e di regolazione interattiva (Venuti et al., 2018).

Le neuroscienze evidenziano che i comportamenti genitoriali osservabili a partire dalle interazioni adulto-bambino sono in parte determinati dall'attivazione di specifiche aree neurali in risposta a stimoli infantili (Venuti et al., 2018).

## 1.2 L'esperienza di cura

Nel corso della storia evolutiva e nella maggior parte del mondo oggi, la diade madre-bambino era ed è immersa in una densa rete sociale e di cura. Questa rete di supporto forma una parte integrante della socialità umana e rappresentano una componente essenziale nella riuscita della riproduzione e dell'educazione dei figli. Sebbene questa diade madre-figlio sia stata enfatizzata nella ricerca e nella teoria dell'attaccamento, essa non esiste isolata, ma è influenzata dalla rete sociale in cui si trova (Otto & Keller, 2014).

Le differenze individuali nel ricordo e nel racconto delle esperienze infantili in età adulta risulta essere concettualmente parallelo all'attaccamento infantile e sebbene questi racconti differiscano per la natura e l'origine delle differenze individuali, alcune evidenze suggeriscono che riflettano il residuo cognitivo ed emotivo dell'esperienza passata (Roisman et al., 2004). Tutto ciò suggerisce che i modelli operativi infantili sono mantenuti nel tempo nelle relazioni salienti da adulti (Roisman et al., 2002).

Secondo il modello processuale sulle determinanti del *parenting* di Belsky (1984), la genitorialità è direttamente influenzata dalla personalità del genitore, dalle caratteristiche dell'individualità del bambino e dal più ampio contesto sociale in cui la relazione genitore-bambino si sviluppa. Inoltre, afferma che le storie di sviluppo dei genitori, i rapporti coniugali, le reti sociali e i lavori influenzano la personalità e in generale il benessere psicologico dei genitori e, di conseguenza, anche la funzione genitoriale e lo sviluppo del bambino.

### 1.2.1 L'esperienza di cura ricevuta

Alcuni studi hanno dimostrato che la mentalità adulta di attaccamento può essere predetta da esperienze genitore-bambino precoci e può predire la qualità delle interazioni individuali con i loro stessi figli. Si è osservato inoltre che un buon funzionamento in un contesto avversivo è una conseguenza prevedibile di un adattamento positivo nelle fasi precedenti della vita, grazie al supporto ricevuto in passato (Roisman et al., 2002).

Delle cure attente, calorose, stimolanti, reattive e non restrittive nel periodo dell'infanzia promuovono la competenza cognitiva-motivazionale e lo sviluppo socioemotivo. Durante il periodo prescolastico, invece, alti livelli di cura e controllo favoriscono la capacità di interagire con coetanei e adulti in modo amichevole e cooperativo e la capacità di essere

strumentalmente intraprendenti e orientati al successo. Nel corso della crescita dei bambini, l'uso di spiegazioni o ragionamenti da parte dei genitori, una disciplina coerente e l'espressione di calore correlano positivamente con l'autostima, il controllo interno, l'orientamento prosociale e il successo intellettuale durante gli anni scolastici (Belsky, 1984).

Tra i fattori che influenzano e determinano la risposta genitoriale a stimoli infantili, il più potente predittore della genitorialità è come i genitori sono stati cresciuti a loro volta; infatti, i pattern di educazione dei figli e, più in generale, i processi familiari sono trasmessi di generazione in generazione (Belsky et al., 2005).

Dalle ricerche sulla trasmissione intergenerazionale dei comportamenti genitoriali è emerso che lo stile genitoriale della prima generazione potrebbe influenzare direttamente i comportamenti genitoriali della seconda generazione, indirettamente influenzare il *parenting* di seconda generazione attraverso una serie di variabili mediatrici o intervenienti oppure non avere nessuna influenza sui metodi educativi della seconda generazione (Conger et al., 2003).

Si osserva anche che l'esperienza, come ad esempio la qualità delle esperienze precoci di cura, può influenzare la responsività dei genitori agli stimoli infantili. Le prime esperienze con i propri caregiver guidano lo sviluppo di un modello di relazione nei bambini, che successivamente regola anche le interazioni con gli altri significativi (Gemignani et al., 2023).

### **1.2.2 La cura alloparentale**

Gli esseri umani, contrariamente alle altre specie animali, hanno una infanzia e una adolescenza estese e durante questi periodi si ha un periodo di crescita fisica e di sviluppo delle abilità. Ciò ci rende dipendenti da un supporto da parte di genitori e altre persone per poter sopravvivere, svilupparci e raggiungere con successo l'età adulta. I *caregiver* al di fuori dei genitori diventano dunque necessari per una riproduzione e una educazione dei figli positiva, nonostante chi supporta i genitori e quanto differisce a seconda della cultura (Emmott & Page, 2019).

La cura allomaterna è definibile come la cura della progenie da parte di adulti altri rispetto alla madre biologica, includendo anche i padri e altri membri del gruppo. Il termine

allomaterno deriva dall'unione di una parola greca, "allo" per indicare "diverso da", con il termine "materno" per descrivere la cura della prole da parte di qualsiasi membro del gruppo diverso dalla madre biologica (padri, membri della famiglia come nonni e fratelli maggiori, altre donne e altri uomini) (Abraham & Feldman, 2018). Quando si parla di cura alloparentale in termini più generali, invece, si fa riferimento a un trasferimento di tempo, energia e risorse verso individui che non sono discendenti diretti, con costi più elevati di altri comportamenti; questo può essere concettualizzato come investimenti alloparentali in individui non discendenti con l'obiettivo di aumentarne il benessere, ossia la capacità di sopravvivere e riprodursi (Emmott & Page, 2019). La cura alloparentale è la risposta ai significativi cambiamenti socio-culturali ed economici che si sono osservati nel corso delle decadi passate negli Stati del mondo occidentale; questi hanno causato una riorganizzazione delle famiglie che ha aumentato significativamente il coinvolgimento dei padri nell'educazione dei bambini e nelle attività di *caregiving*, oltre che coinvolgere anche altre figure nella cura della prole (Abraham & Feldman, 2018; Emmott & Page, 2019).

Nelle varie culture ci sono diverse figure che sono state individuate come importanti tanto per i genitori quanto per i bambini, sebbene tale importanza dipenda fortemente dal contesto in cui ci si trova. I nonni offrono un grande aiuto nell'accudire i bambini e nel fornire supporto economico e possono essere fondamentali per il loro sviluppo psicologico ed emotivo. I fratelli, soprattutto in famiglie con più figli, sono importanti *caregiver*, che spesso offrono gran parte della cura alloparentale diretta che ricevono i bambini. Altri bambini non imparentati possono essere particolarmente importanti in società dove i bambini spendono tempo insieme come un gruppo, ma anche in popolazioni sviluppate o in via di sviluppo dove i bambini passano un lungo periodo di tempo insieme a scuola. Nelle specie che allevano i figli in modo comunitario, altre madri e genitori, che possono essere o meno imparentati, sono fonti importanti di supporto poiché mettono in comune le risorse per crescere la prole. I coetanei dei genitori e altre famiglie – spesso imparentati, ma non necessariamente - possono formare una rete collaborativa, la quale può essere importante per i genitori per riprodursi con successo e può aiutare ad affrontare i cambiamenti dell'ambiente. In molti contesti sviluppati, il sistema cooperativo di crescita dei figli dipende molto anche dall'*alloparenting* istituzionale, in cui lo stato e altre istituzioni forniscono o organizzano supporto per

aiutare a crescere i bambini – con l’ausilio di lavoratori professionisti, quali assistenti sociali e insegnanti (Emmott & Page, 2019)

Inoltre, a favore della concettualizzazione della cura allomaterna, numerosi studi hanno dimostrato sia similarità nelle risposte cerebrali di padri e madri a segnali da parte del loro bambino sia attivazioni e pattern di connettività specifiche per i padri che supportano lo sviluppo del ruolo allomaterno. Il cervello del genitore umano - sia delle donne che degli uomini, sia di genitori biologici che adottivi – segna una piattaforma evolutiva per la complessa e unica architettura del cervello sociale umano che supporta le abilità dei nuovi nati di entrare nel gruppo sociale e di fare da genitori alle prossime generazioni (Abraham & Feldman, 2018). Le evidenze delle ricerche suggeriscono l’esistenza di una rete genitoriale globale che si mantiene consistentemente tra i genitori, ma con una significativa malleabilità in funzione a quale genitore adotta il ruolo di *caregiver* primario o secondario, quindi superando l’aspetto dicotomico della coppia genitoriale madre-padre. Per quanto riguarda i maschi, è corretto fare una distinzione tra padri e non-padri anche a livello di attivazione cerebrale: la *life history theory* prevede uno scambio tra la spinta all’accoppiamento e alla riproduzione, suggerendo che i padri trovino gli stimoli infantili più gratificanti o motivanti dei non-padri, mentre per i non-padri sono più gratificanti o motivanti gli stimoli sessuali visivi (Glasper et al., 2019).

## CAPITOLO 2

### 2.1 Il pianto infantile

Il pianto è il mezzo di comunicazione preverbale principale del bambino per elicitare cura parentale e i processi evolutivi hanno plasmato il pianto infantile per influenzare il comportamento parentale attraverso il rinforzo negativo, con comportamenti di accudimento da parte dei genitori, portando così alla riduzione dello stimolo avversivo, del pianto e a una maggiore cura nel corso del tempo (Mascaro et al., 2014).

Il pianto di un bambino viene elicitato da molte condizioni o circostanze e la risposta della madre a questo pianto è in larga parte funzione della sua interpretazione della vocalizzazione (Acebo & Thoman, 1995). Si è osservato anche che, in termini più generali, la vocalizzazione del disagio da parte del bambino ha un ruolo comunicativo se è espressa in modo diverso in differenti circostanze sociali (Acebo & Thoman, 1995).

Secondo un approccio evolutivo, il comportamento espresso dai bambini e dai genitori è stato modellato in parte dalla selezione naturale; le risposte comportamentali individuali al loro ambiente possono essere viste come adattamenti potenziali che tendono ad aumentare la sopravvivenza e la riproduzione (Soltis, 2004). Dunque, il cervello umano ha evoluto meccanismi adattivi per ottimizzare le decisioni che aumentano il successo riproduttivo, come rispondere al pianto infantile per sostenere la vita (Bornstein et al., 2017). D'altro canto bisogna ricordare anche che il pianto può causare un forte affetto negativo nei *caregiver*, aumentando il rischio di subire maltrattamenti – ad esempio la sindrome da bambino scosso (Lee et al., 2007) – o addirittura di venire uccisi (Kasim et al., 1995). Ciò suggerisce che la responsività ottimale parentale ai neonati richiede un bilanciamento sensibile di empatia associata con l'abilità di regolare forti affetti negativi (Mascaro et al., 2014).

Negli umani, l'abilità di familiarizzare con le diverse caratteristiche del pianto di un bambino è probabile che supporti l'attaccamento e anche le abilità di cura per valutare i bisogni dei bambini attraverso le variazioni intraindividuali nei loro pianti. Infatti, è probabile che la conoscenza delle caratteristiche individuali dei pianti faciliti l'abilità di cura per rilevare informazioni sulla condizione, sullo stato emotivo e sull'urgenza di intervento, aiutando a provvedere alla cura adatta (Bouchet et al., 2020).

Le modulazioni del pianto infantile possono comunicare il livello di attivazione infantile presunto al *caregiver*. In molte specie mammifere, il comportamento del bambino elicitava una risposta adattiva del *caregiver* proporzionata al livello di attivazione infantile: la parte iniziale di un pianto di dolore può segnalare una maggiore urgenza prima che l'attivazione diminuisca, mentre un pianto per fame può diventare più saliente nel corso del tempo in quanto riflette l'aumento dei livelli di attivazione (Zeskind et al., 1985).

In uno studio di Zeskind et al. (1985), in cui 180 adulti valutavano l'urgenza, l'attivazione e il grado di avversione, si è osservato che differenti segmenti di un pianto in risposta a un singolo stimolo possono convogliare diversi messaggi al *caregiver* in base al sesso di questo: le femmine trovano i pianti di dolore meno attivanti, urgenti e avversi dei maschi, che invece li trovano più richiedenti di attenzione; inoltre, le femmine riportano maggiore attivazione e un maggior senso di urgenza dei maschi quando l'intensità del pianto di fame aumenta.

## **2.2 Comportamenti genitoriali in risposta al pianto dei bambini**

Dalla nascita, determinati segnali da parte dei bambini influenzano efficacemente l'agire parentale: il pianto dei bambini, in particolare, attiva negli adulti l'approccio e l'azione, ciò significa che il pianto infantile e le relative risposte di cura costituiscono un sistema diadico integrato che include sia la produzione infantile di pianti sia l'anatomia dell'adulto, la fisiologia, la percezione, il processamento e l'apparato di risposta al pianto. Il pianto pone sia il neonato che il *caregiver* in uno stato di forte attivazione reciproca del sistema nervoso e aumenta la probabilità di connessione comportamentale (Bornstein et al., 2017). La sensibilità del genitore è l'abilità di leggere in modo appropriato i segnali del bambino e solitamente viene dedotta dalla risposta del genitore. Dunque la sensibilità spesso implica anche un'altra componente della comunicazione, ossia l'abilità di offrire una risposta adeguata (Claussen & Crittenden, 2000).

Le risposte differenziate a pianti che esprimono disagio e pianti che non lo esprimono hanno la funzione di diminuire il numero di crisi di pianto strumentale e al tempo stesso di insegnare l'utilizzo del pianto quando necessario e per sollecitare le interazioni sociali negli altri. Dunque, una risposta più veloce a pianti che non esprimono disagio può rinforzare il pianto e l'agitazione e non insegnare al bambino come auto-regolarsi o cercare attenzioni in modo migliore (Del Vecchio et al., 2009). Come i genitori



rispondono alle emozioni negative dei figli può insegnare loro delle lezioni importanti sui propri stati emotivi e su cosa possono aspettarsi dagli altri in contesti sociali (Leerkes et al., 2009).

Qualunque siano le sue caratteristiche acustiche, il pianto si verifica nel mezzo di altre informazioni rilevanti per la cura del bambino e gli adulti usano queste informazioni per decidere quando e come rispondere (Wood & Gustafson, 2001).

### **2.2.1 La qualità dell'attaccamento e l'esperienza di cura alloparentale**

Per la maggior parte dei bambini, la relazione di attaccamento si sviluppa dapprima all'interno della famiglia e la qualità di questa cura primaria gioca un ruolo importante nello sviluppo di un attaccamento sicuro tra il bambino e il caregiver (McElwain & Booth-LaForce, 2006). Si è osservato che benché lo stile di attaccamento sia stabile, esso potrebbe variare con lo stabilirsi di nuove relazioni ed esperienze (Long et al., 2021).

Il pianto infantile viene considerato uno dei precursori dell'attaccamento, il quale può essere definito come una relazione affettiva piuttosto stabile tra il bambino e uno o più persone specifiche con cui interagisce regolarmente (Van Ijzendoorn & Hubbard, 2000). Secondo la teoria dell'attaccamento di Bowlby e Ainsworth, il pianto infantile potrebbe servire a elicitare un comportamento di cura ed è considerato come un comportamento di attaccamento per promuovere vicinanza o contatto con il *caregiver* (Murray, 1979). La relazione di attaccamento pone il *caregiver* in un ruolo critico, dovendo esso rispondere al disagio del bambino e dovendone regolare i sistemi biologici e di comportamento. Tuttavia, per poter rispondere in maniera ottimale e promuovere l'organizzazione infantile è necessario che i genitori siano in grado di gestire le loro risposte fisiologiche ed emotive agli stimoli del loro bambino (Ablow et al., 2013).

Il pianto di un neonato può stimolare una risposta genitoriale sensibile, ma allo stesso tempo può anche avere un effetto disregolante, soprattutto se persistente e intenso. I genitori con modelli operativi di attaccamento insicuri sono inclini a comportamenti insensibili o abusivi e mostrano una maggiore risposta fisiologica al pianto del neonato (ad esempio aumento della frequenza cardiaca e della respirazione). Essi percepiscono meno accuratamente le emozioni dei neonati rispetto a genitori con modelli operativi di attaccamento sicuro, avendo anche più difficoltà a interpretare i segnali ambigui,

rispondendovi in ritardo e sperimentando più emozioni negative durante l'interazione. Dunque, le differenze nei modelli di attaccamento degli adulti influenzano la percezione dei segnali di disagio dei neonati (Ablow et al., 2013).

Per quanto riguarda l'influenza dell'esperienza di cura all'opparentale sulla risposta ai pianti infantili, in letteratura si trovano poche ricerche, dunque lo studio che tratto nel mio elaborato si presenta anche come studio preliminare sull'argomento insieme a pochi altri. Uno di questi studi è stato svolto da Bouchet et al. (2020) in cui si ipotizzava che le abilità di riconoscimento del pianto non fossero presenti solo nelle madri, bensì anche in non genitori di entrambi i sessi, modulate da esperienze passate di cura e dalla quantità di esposizione ai pianti infantili. Tale ipotesi è stata confermata nello studio e viene enfatizzata l'influenza dell'esperienza passata con il pianto infantile per tutti i partecipanti. Per questo motivo si è deciso di considerare centrale nelle indagini questa variabile e si è voluto osservarne le influenze

## **2.3 L'influenza dell'ansia e della depressione nelle risposte agli stimoli infantili**

Nel corso della storia umana e attraverso le culture, le donne sono state i caregiver primari della prole, ma, nel corso delle scorse decadi, significativi cambi socio-culturali ed economici hanno riorganizzato le famiglie, aumentando il coinvolgimento paterno nell'accudimento diretto dei figli e nelle attività di cura (Abraham & Feldman, 2018). Nonostante ciò, i dati sulle difficoltà paterne e sui loro problemi di salute mentale sono ancora limitati. Le conseguenze della depressione paterna sono numerose e possono fare riferimento alla relazione padre-bambino, alla relazione di coppia e allo sviluppo del bambino. È stato osservato che i sintomi depressivi sperimentati nel periodo postpartum dal padre riducono l'attaccamento padre-bambino e successivamente contribuiscono a stabilire una relazione disfunzionale padre-bambino, che potrebbe portare a problemi di sviluppo (Ip et al., 2018). Tali interazioni padre-bambino offrono potenzialmente una via di intervento e prevenzione, tenendo sempre presente, però, le loro similitudini e soprattutto anche le differenze con le interazioni madre-bambino (Sethna et al., 2015). Inoltre, i padri con sintomi depressivi postpartum mostra una riduzione di pazienza, tolleranza, piacere derivante dalle interazioni, affetto e orgoglio verso i loro figli; possono esibire dei comportamenti genitoriali negativi, esprimendo ad esempio maggiore ostilità,

conflitto, punizioni e comprendono meno i bisogni del bambino; hanno un ridotto affetto verso i propri figli e intraprendono anche interazioni meno piacevoli con loro, fornendo loro un ambiente poco stimolante e inserendosi meno nei loro giochi (Ip et al., 2018; Sethna et al., 2015). Questi bambini, dunque, hanno più difficoltà a sviluppare capacità sociali attraverso le interazioni con il padre e hanno anche meno comportamenti sociali positivi su cui modellarsi (Ip et al., 2018). I sintomi depressivi paterni postpartum hanno mostrato una correlazione con quelli materni e anche una forte associazione con la disarmonia di coppia e i conflitti tra genitori (Ip et al., 2018; Ramchandani et al., 2011).

Le ricerche in letteratura relative all'influenza dell'ansia paterna sulla responsività agli stimoli infantili sono meno numerose di quelle sulla depressione postpartum. Uno studio di Ierardi et al. (2019) indaga le associazioni tra la depressione e l'ansia materna e paterna ed esamina la relazione tra queste e lo stile di interazione tra madre e figlio. È possibile ipotizzare che gli effetti della depressione e dell'ansia materne e paterne hanno un impatto precoce nello stile di interazione materno e un impatto successivo sullo stile che il bambino sviluppo grazie a tale interazione con la madre. In aggiunta, una bassa ansia di stato paterna potrebbe implicare poco coinvolgimento da parte del padre nel contesto di cura della relazione madre-bambino (Ierardi et al., 2019). L'importanza di considerare anche in questo studio la depressione e l'ansia nei partecipanti deriva dal fatto che l'ansia e la depressione genitoriale, coinvolgendo emozioni negative nelle interazioni con il bambino, sono dei fattori importanti nella trasmissione intergenerazionale da parte di entrambi i genitori di depressione e ansia (Ierardi et al., 2019).

# CAPITOLO 3

## 3.1 La ricerca

### 3.1.1 Premessa teorica

Il pianto, come altri comportamenti evolutivamente rilevanti, presenta dei costi e dei benefici e lo schema di comportamento osservato è un compromesso tra queste due forze in competizione: dal punto di vista adattivo, il pianto risulta essere un segnale efficace per elicitare cura e sostegno, inoltre fornisce informazioni utili per i genitori riguardo la salute e lo stato del bambino; dal punto di vista disadattivo, il pianto è metabolicamente costoso e potrebbe infastidire i *caregiver* (Zeifman, 2001). In letteratura si osserva che i pianti con una maggiore durata vengono percepiti con una maggiore urgenza ed esprimono un maggiore disagio nel bambino, evocando una risposta tempestiva da parte dell'adulto; allo stesso tempo però viene percepito dall'adulto anche come più avversivo, aumenta il suo stato di disagio e rischia di provocare evitamento o peggio abuso (Murray, 1979; Zeifman, 2001). La mancanza di risposte immediate da parte dei caregivers ai pianti del bambino aumenta la frequenza e la durata dei pianti stessi, avviando in questo modo un circolo vizioso, in cui un pianto prolungato provoca comportamenti di trascuratezza e viceversa (Murray, 1979). La percezione del pianto infantile e la risposta a questo non risultano influenzati solo da aspetti legati al bambino, bensì anche da aspetti legati all'adulto quali le esperienze di cura, la percezione e l'interpretazione del pianto (Boukydis & Burgess, 1982). Fino a questo momento gli studi presenti in letteratura si sono principalmente concentrati sull'esperienza che si matura nell'accudire quotidianamente il proprio figlio, soprattutto considerando la madre. Non si è considerata precedentemente la possibile influenza di esperienze di cura alloparentale passate, non rivolte quindi ai propri figli, ma ad altri bambini.

### 3.1.2 Obiettivi

Lo studio trattato all'interno del mio elaborato si propone di indagare l'influenza dell'esperienza passata di cura alloparentale verso i bambini e delle rimembranze delle esperienze di cura ricevute durante l'infanzia, sul senso di cura elicitato durante l'ascolto di pianti di bambini caratterizzati da disagio crescente (operazionalizzato come pianti di

durata crescente) in adulti maschi genitori e non genitori. Nello specifico questo elaborato si pone come obiettivo di:

1. Per validare il paradigma, l'obiettivo preliminare è valutare se la percezione del disagio espresso da pianti infantili varia significativamente al variare della durata del pianto infantile;
2. Indagare se aver avuto esperienza passata di cura alloparentale verso i bambini possa predire il senso di cura elicitato dall'ascolto di pianti infantili di diversa durata.

## **3.2 I materiali e i metodi**

Sono stati reclutati 57 maschi genitori e non-genitori di età compresa tra i 18 e i 45 anni ( $M=31.0$  anni;  $DS=7.89$ ). Il reclutamento allo studio è avvenuto attraverso passaparola, pubblicazione di annunci sui social network (ad esempio Facebook) e volantinaggio in scuole dell'infanzia, asili nido privati e aule studio universitarie. Per i genitori, il criterio di inclusione era l'età del figlio minore compresa tra i 12 e i 60 mesi (età prescolastica escludendo il primo anno postpartum). Tutti i partecipanti dovevano essere fluenti in italiano.

### **3.2.1 Le procedure**

Lo studio si svolge in due fasi, entrambe online in modo da poter raggiungere partecipanti da tutta Italia. Come prima cosa, ai partecipanti è stato chiesto di leggere e firmare un consenso informato con la disponibilità da parte dei membri del corpo di ricerca a chiarire eventuali dubbi o domande ed è stato ricordato loro che avrebbero potuto interrompere la ricerca e ritirarsi liberamente in qualsiasi momento. Tutte le misure sono state raccolte online usando Qualtrics (Qualtrics, Provo). Per consentire l'anonimato, a ogni partecipante è stato assegnato un codice da inserire in ogni fase dell'esperimento. Successivamente al consenso informato, è stata inviata un'email con i link per accedere al questionario per la prima parte. In seguito, sono stati invitati a partecipare in un incontro Zoom ed è stato chiesto loro di sedere da soli in un ambiente tranquillo mentre svolgevano il *task* sperimentale di valutazione dei pianti infantili sul loro computer, implementato su Qualtrics e accessibile tramite link. Lo sperimentatore spegneva il microfono e la

telecamera durante il task e controllava attentamente che i partecipanti completassero la procedura.

### **3.2.2 Misure self-report**

#### *3.2.1.1 Questionario sociodemografico*

Per la prima fase è stato costruito appositamente un questionario su Qualtrics per raccogliere le informazioni anagrafiche, sociodemografiche ed economiche, ovvero: età, genere, nazionalità, stato civile, livello scolastico, stato occupazionale, reddito medio. La durata media per il completamento della prima fase è di circa 10 minuti.

#### *3.2.1.2 Esperienza di cura alloparentale passata*

L'esperienza di cura alloparentale passata viene definita come il grado di esperienza di cura diretta nei confronti di altri bambini in contesti relazionali personali e/o professionali. Viene indagata attraverso una intervista costruita appositamente per il progetto di ricerca, le cui domande concernono la presenza di esperienze passate di cura nei confronti di bambini (diversi dai propri per i genitori), il tipo di cura, il contesto della relazione di cura, la durata di questa relazione, il tempo speso in attività di cura a settimana.

#### *3.2.1.3 Parental Acceptance-Rejection scale (PARQ)*

I partecipanti hanno completato la versione italiana convalidata in forma breve della *Parental Acceptance-Rejection scale* (PARQ) (Senese et al., 2016). Si tratta di una misura self-report composta da 48 item su una scala a 4 punti Likert da 4 (quasi sempre vero) a 1 (quasi mai vero), valutando la percezione dei partecipanti riguardo la madre e il padre per quanto riguarda (1) il calore e l'affetto (per esempio "A mia/o madre/padre interessava davvero ciò che facevo"), (2) l'ostilità e l'aggressione (per esempio "Mia/o madre/padre faceva di tutto per ferirmi"), (3) l'indifferenza e la trascuratezza (per esempio "Mia/o madre/padre mi ignorava del tutto"), (4) il rifiuto indifferenziato (per esempio "Mia/o madre/padre mi vedeva come un peso"). Le due scale sono identiche eccetto per il riferimento al comportamento della madre in una e del padre nell'altra. Da ciascuna scala si ricava un punteggio totale di rifiuto materno/paterno. In questo studio, i due punteggi totali hanno mostrato una buona affidabilità, con entrambe le alfa di Cronbach pari a 0.94.

#### 3.2.1.4 *State-Trait Anxiety Inventory – Y form (STAI-Y)*

I partecipanti hanno completato la versione italiana convalidata dell'Inventario per l'Ansia di "Stato" e di "Tratto" – Forma Y (*State-Trait Anxiety Inventory – Y form, STAI-Y*) (Pedrabissi & Santinello, 1989). Si tratta di un questionario self-report composto da due scale che misurano due misure separate, una per l'ansia di stato e una per l'ansia di tratto, ciascuna con 20 item. L'ansia di stato è una risposta transitoria, che viene attivata solo nelle situazioni in cui il soggetto valuta la situazione come ansiogena. Con ansia di tratto si intendono le differenze individuali relativamente stabili nella propensione all'ansia, ossia la diversa tendenza a percepire delle situazioni stressanti come pericolose e minacciose e a rispondervi con diversa intensità (Spielberger, 1989). Dunque, la scala per l'ansia di stato valuta come si sente la persona in quel momento, mentre la scala per l'ansia di tratto valuta come la persona si sente in generale. I partecipanti hanno risposto lungo una scala a 4 punti da 1 (per nulla) a 4 (moltissimo). Il punteggio totale in entrambe le scale varia da 20 a 80, dove punteggi più alti indicano una maggiore ansia. Entrambe le sottoscale di stato e di tratto hanno mostrato una eccellente affidabilità in questo studio, con l'alfa di Cronbach rispettivamente di 0.94 e 0.96.

#### 3.2.1.5 *Beck Depression Inventory (BDI-II)*

Ai partecipanti è stato somministrato l'adattamento italiano del *Beck Depression Inventory* (BDI-II) (Sica et al., 2006). Il BDI è costruito come un questionario di autovalutazione per misurare la gravità della depressione con 21 item a risposta multipla valutati lungo una scala a 4 punti da 0 a 3. I punteggi dipendono dalla verità dei sintomi nelle due settimane precedenti alla somministrazione del questionario. Il punteggio totale varia da 0 a 63, dove punteggi maggiori indicano una maggiore severità dei sintomi. Il BDI-II ha dimostrato un'ottima consistenza interna in questo studio, con un'alfa di Cronbach pari a 0.92.

#### 3.2.1.6 *Weinstein Noise Sensitivity Scale (WNSS)*

La versione italiana del *Weinstein Noise Sensitivity Scale* (WNSS) (Senese et al., 2011) valuta la sensibilità al rumore con 21 item misurati lungo una scala Likert a 6 punti, da 1 (totalmente in disaccordo) a 6 (totalmente d'accordo). Viene chiesto di esprimere le reazioni e le abitudini al rumore in generale e a una molteplicità di suoni ambientali

comuni. Punteggi più alti indicano una maggiore sensibilità al rumore. Il WNSS ha mostrato una buona consistenza interna con un'alfa di Cronbach pari a 0.84.

### **3.2.3 Stimoli uditivi**

Durante il compito sperimentale, ai partecipanti sono stati somministrati 30 pianti sconosciuti di bambini di età inferiore ai 24 mesi selezionati da un database pubblico (per esempio <https://audiojungle.net>, <https://www.audio4fun.com/> e <https://freesound.org/>) e modificati mediante i software Audacity 2.1.0 e Adobe Audition CC 2015. I pianti selezionati sono stati divisi in tre categorie a seconda della lunghezza: corti (SC; 5 secondi), medi (MC; 10 secondi) e lunghi (LC; 35 secondi). Per ciascuna categoria sono stati selezionati 10 suoni diversi. In seguito alla preparazione degli stimoli, a 26 adulti (17 femmine e 9 maschi) di età compresa tra i 20 e i 64 anni ( $M=29.3$ ;  $DS=12.8$ ) è stato chiesto di valutare i suoni rispondendo alle stesse domande poste in seguito ai partecipanti della ricerca. Le domande vertevano sul disagio espresso dal pianto del bambino e sul disagio percepito dall'ascoltatore, valutate lungo una scala Likert da 1 (per nulla) a 5 (moltissimo). Ai partecipanti della ricerca sono stati somministrati i diversi suoni in maniera randomizzata, valutati successivamente attraverso una scala Likert a 5 punti (per nulla, poco, abbastanza, molto, moltissimo) per quanto riguarda il grado di disagio espresso dalle vocalizzazioni negative e il grado di disagio personale percepito nell'ascoltare i diversi pianti infantili. La durata prevista per il completamento del compito sperimentale è di circa 30 minuti.

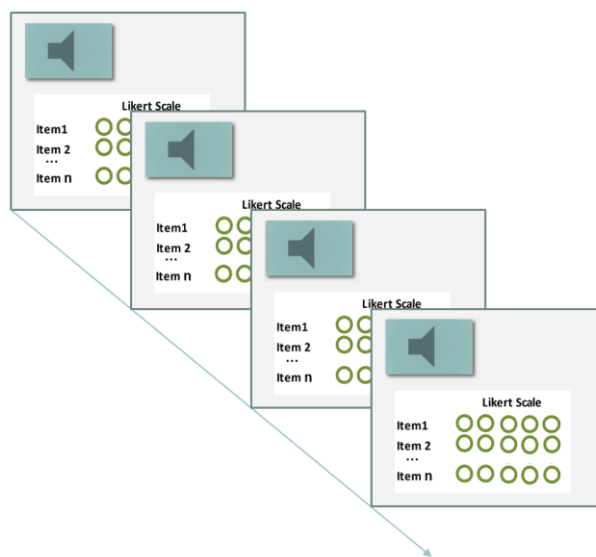
I risultati di una ANOVA a misure ripetute confermano una significativa differenza tra i pianti infantili corti, medi e lunghi ( $M_{SC} = 2.64 \pm 0.72$ ,  $M_{MC} = 3.10 \pm 0.67$ ,  $M_{LC} = 3.45 \pm 0.87$ ;  $F_{(2, 50)} = 33.3$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .17$ ), con i pianti corti valutati come significativamente meno stressati rispetto ai pianti medi (differenza tra le medie =  $-.46$ ,  $p_{Tukey} < .001$ ) così come anche rispetto ai pianti lunghi (differenza tra le medie =  $-.81$ ,  $p_{Tukey} < .001$ ) e i pianti medi valutati come significativamente meno stressati dei pianti lunghi (differenza tra le medie =  $-.35$ ,  $p_{Tukey} < .006$ ).

### **3.2.4 Sessione di valutazione dei pianti infantili**

Nella sessione di valutazione dei pianti infantili, ai partecipanti è stato chiesto di ascoltare pianti infantili negativi di lunghezza variabile e di valutare ciascun pianto rispetto 6



dimensioni psicologiche: il disagio espresso dal bambino, il disagio personale percepito e quattro dimensioni psicologiche di cura elicitate dal pianto, che si riferiscono al desiderio di vicinanza, il desiderio di comunicare, il senso di cura e l'urgenza di cura. Ciascuna dimensione è stata valutata su una scala Likert a 5 punti (da 1 = “per nulla” a 5 = “moltissimo”). La sessione di valutazione qualitativa richiedeva approssimativamente 30 minuti. Esso consisteva in 30 blocchi (un pianto infantile per ciascun blocco). Ogni blocco consisteva in una schermata organizzata come segue: nella parte superiore compariva il comando play per ascoltare un suono; nella parte inferiore compariva una matrice 6x5, le cui righe erano rappresentate dalle 6 dimensioni psicologiche e le colonne dalle 5 opzioni di risposta delle scale Likert (Figura 1). L'ordine di presentazione dei vari blocchi è stato randomizzato tra i soggetti. L'intervallo tra i blocchi non era definito a priori, ma dipendeva dal tempo di risposta dei partecipanti, richiedendo di premere manualmente il pulsante “continua”.



**Figura 1.** *Struttura delle schermate della sessione (blocchi) di valutazione dei pianti: ascolto di 30 pianti infantili di durata variabile (5 sec, 10 sec, 35 sec) presentati in maniera casuale e valutati attraverso una scala Likert a 5 punti. La presentazione del suono successivo iniziava dopo aver fornito tutte le risposte; il tempo di risposta non è vincolato da tempi specifici.*

### 3.2.5 Piano di analisi

Come prima cosa, sono state fatte delle analisi descrittive sui dati per esaminare i punteggi delle medie, le frequenze e le percentuali delle caratteristiche dei partecipanti e le variabili di interesse (per esempio, esperienza di cura materna e paterna percepita durante l'infanzia, l'esperienza di cura alloparentale passata verso i bambini e il senso di cura percepito elicitato dal pianto infantile).

Successivamente, per poter validare il paradigma, è stata fatta una ANOVA a misure ripetute per poter valutare le differenze nella percezione del disagio espresso dai pianti infantili di lunghezza crescente (*within factor*), indagando inoltre eventuali differenze tra genitori e non genitori (*between factor*).

Inoltre, è stata fatta una ANOVA a misure ripetute per controllare le differenze nel senso di cura percepito dai maschi elicitato da pianti caratterizzati da un disagio incrementale, controllando inoltre eventuali differenze tra genitori e non genitori.

Sono state esaminate delle correlazioni bivariate tra le variabili di studio (senso di cura percepito elicitato dai pianti infantili, esperienza di cura percepita durante l'infanzia – ad esempio accettazione-rifiuto materni e paterni – ed esperienze di cura alloparentale passate), l'età, lo stato di benessere psicologico (ad esempio ansia e depressione) e la sensibilità al rumore per determinare eventuali covariazioni con le variabili di interesse.

Infine, sono state fatte delle regressioni lineari multiple per testare le associazioni tra le variabili sopra menzionate. Sono stati eseguiti tre modelli di regressione lineare sulle variabili dipendenti: senso di cura percepito suscitato dal pianto breve (Modello 1), senso di cura percepito suscitato dal pianto medio (Modello 2), senso di cura percepito suscitato dal pianto lungo (Modello 3). Tutti i modelli avevano come predittori la rimembranza dell'esperienza di cura ricevuta materna e paterna durante l'infanzia e l'esperienza passata di cura alloparentale (livelli variabile: esperienza no = 1, esperienza sì = 2). Per fare le analisi dei dati è stata utilizzata la versione 2.3.28.0 di Jamovi.

# CAPITOLO 4

## 4.1 Risultati

### 4.1.1 Analisi descrittive

Nella Tabella 1 è possibile visionare le caratteristiche dei partecipanti, mentre la Tabella 2 mostra le statistiche descrittive delle variabili di studio (senso di cura percepito elicitato da piante infantili corti, medi e lunghi, esperienza di cura percepita materna e paterna durante l'infanzia ed esperienza di cura alloparentale passata).

**Tabella 1.** *Caratteristiche dei partecipanti.*

<b>Caratteristiche</b>	<b>Campione maschi (N = 57)</b>	<b>Non genitori (N = 30)</b>	<b>Genitori (N = 27)</b>	<b>p value</b>
Età (anni)	31.0 (7.89)	25.1 (3.99)	37.6 (5.53)	< .001
Nazionalità (italiana)	54 (96.4)	28 (50.0)	26 (46.4)	-
Stato civile				< .001
Single/nubile	22 (39.3)	22 (39.3)	-	
Convivente	17 (0.4)	8 (14.3)	9 (16.1)	
Sposato	16 (28.6)	-	16 (28.6)	
Separato	1 (1.8)	-	1 (1.8)	
Educazione				-
Scuola media	2 (3.6)	-	2 (3.6)	
Scuola superiore	24 (42.9)	12 (21.4)	12 (21.4)	
Laurea	22 (39.3)	15 (26.8)	7 (12.5)	
Post-laurea	8 (14.3)	3 (5.4)	5 (8.9)	
Stato occupazionale				< .001
Disoccupato	1 (1.8)	1 (1.8)	-	
Part-time	3 (5.4)	2 (3.6)	1 (1.8)	
Full time	33 (58.9)	8 (14.3)	25 (44.6)	
Studente	19 (33.9)	19 (33.9)	-	

Reddito medio			
Basso <12000	2 (3.69)	2 (3.6)	-
Medio-basso 12000-25000	11 (19.6)	8 (14.3)	3 (5.4)
Medio 25000-50000	29 (51.8)	13 (23.2)	16 (28.6)
Medio-alto 50000-75000	6 (10.7)	3 (5.4)	3 (5.4)
Alto >75000	8 (14.3)	4 (7.1)	4 (7.1)

*Note.* N = numero. I valori sono riportati come M(SD) o N(%)

#### 4.1.2 Percezione di disagio espresso dai pianti infantili per validare il paradigma

Sono stati inseriti i dati in una ANOVA a misure ripetute a due code in cui la variabile dipendente era il disagio espresso dai pianti infantili e il fattore *within-participant* era la durata del pianto (tre livelli: pianto lungo, medio e corto). I risultati mostrano un aumento nella percezione di disagio espresso dai pianti di lunghezza crescente ( $F_{(2, 112)} = 127, p < .001, \eta^2 = .29$ ). Dei test post hoc usando la correzione di Tukey rivelano che il disagio espresso era significativamente inferiore nei pianti brevi ( $M = 2.65, SE = .08$ ) piuttosto che nei pianti medi ( $M = 3.11, SE = .07; M_{\text{differenza}} = -.47, p < .001$ ), che a sua volta era significativamente inferiore nei pianti lunghi ( $M = 3.54, SE = .08; M_{\text{differenza}} = -.43, p < .001$ ). Successivamente, si è eseguita un'altra ANOVA a misure ripetute a due code a cui si è aggiunto, come fattore *between-participant*, lo status, la cui interazione non si è dimostrata statisticamente significativa ( $F_{(2, 110)} = .030, p = .971, \eta^2 = .000$ ). Inoltre, non c'è stato un effetto significativo dello status sulla percezione di disagio espresso dai pianti di lunghezza crescente ( $F_{(1, 55)} = .064, p = .802, \eta^2 = .001$ ).

#### 4.1.3 Analisi preliminari

Le quattro dimensioni psicologiche del senso di cura elicitato dall'ascolto dei pianti (desiderio di vicinanza, desiderio di comunicare, senso di cura e urgenza di cura) investigate durante il compito di valutazione dei pianti infantili hanno mostrato una alta

intercorrelazione, dunque è stato calcolato un punteggio medio composito (a cui ci riferiremo come “risposta di cura percepita”) (vedi Tabella 3).

Nella ANOVA a misure ripetute a due code successivamente eseguita, si considera come variabile dipendente la risposta di cura percepita elicitata dai pianti infantili e come fattore *within-participant* la durata dei pianti (tre livelli: LC, MC e SC) anche per investigare la presenza di un incremento nella risposta di cura percepita elicitata dai pianti infantili di lunghezza crescente nell'intero campione, ipotesi che è stata confermata ( $F_{(2, 112)} = 49.3$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .009$ ). In seguito, si è eseguita un'altra ANOVA a misure ripetute a due code a cui si è aggiunto, come fattore *between-participant*, lo status ( $F_{(1, 55)} = 5.57$ ,  $p = .022$ ,  $\eta^2 = .073$ ).

**Tabella 2.** *Statistiche descrittive delle variabili di interesse.*

<b>Variabile</b>	<b>Campione maschi (N = 57)</b>	<b>Non genitori (N = 30)</b>	<b>Genitori (N = 27)</b>	<b>p-value</b>
<b>Risposta di cura percepita (SC)</b>	2.84 (.62)	2.71 (.66)	2.97 (.55)	-
<b>Risposta di cura percepita (MC)</b>	3.06 (.62)	2.89 (.67)	3.26 (.50)	.02
<b>Risposta di cura percepita (LC)</b>	3.33 (.66)	3.12 (.67)	3.57 (.58)	.009
<b>PARQ (madre)</b>	37.81 (12.76)	37.29 (11.67)	38.32 (13.97)	-
<b>PARQ (padre)</b>	43.60 (14.32)	43.00 (14.07)	44.18 (14.87)	-
<b>Esperienza di cura alloparentale passata (si)</b>	25 (45.5)	16 (29.1)	9 (16.4)	-

*Nota.* SC = pianto breve; MC = pianto medio; LC = pianto lungo; PARQ per indicare la *Parentale Acceptance-Rejection scale*. 14 dati mancanti per PARQ sia materno che paterno; 2 dati mancanti per l'esperienza di cura alloparentale passata.

**Tabella 3.** Correlazioni tra le quattro dimensioni psicologiche.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Desiderio di vicinanza</b>	1. SC	-										
	2. MC	.821***	-									
	3. LC	.701***	.836***	-								
<b>Desiderio di comunicare</b>	4. SC	.874***	.749***	.690***	-							
	5. MC	.749***	.862***	.772***	.869***	-						
	6. LC	.699***	.793***	.851***	.776***	.859***	-					
<b>Senso di cura</b>	7. SC	.870***	.691***	.646***	.854***	.703***	.680***	-				
	8. MC	.767***	.857***	.761***	.759***	.819***	.763***	.847***	-			
	9. LC	.625***	.726***	.866***	.675***	.717***	.811***	.713***	.821***	-		
<b>Urgenza di cura</b>	10. SC	.670***	.491***	.402***	.579***	.477***	.462***	.729***	.583***	.375***	-	
	11. MC	.602***	.657***	.563***	.546***	.621***	.604***	.624***	.705***	.508***	.858***	-
	12. LC	.576***	.585***	.712***	.573***	.568***	.673***	.621***	.646***	.696***	.720***	.839***

Nota. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ ; SC = pianto breve; MC = pianto medio; LC = pianto lungo.

### 4.1.3 Correlazioni bivariate

Sono state calcolate delle associazioni bivariate tra le variabili di studio, ossia la risposta di cura percepita elicitata dai pianti infantili, l'esperienza di cura percepita durante l'infanzia (punteggi totale del PARQ madre e padre) e l'esperienza di cura alloparentale passata, e delle potenziali variabili covariate (età, depressione, ansia di stato e di tratto e sensibilità al rumore) (vedi Tabella 4). La sensibilità al rumore non era statisticamente correlata a nessuna delle variabili dipendenti dello studio, quindi non è stata considerata ulteriormente. La depressione ha mostrato una correlazione negativa con il punteggio medio della risposta di cura percepita elicitata dai pianti infantili medi ( $r_{(54)} = -.37, p = .005$ ) e lunghi ( $r_{(54)} = -.36, p = .007$ ), così come anche l'ansia di tratto (MC:  $r_{(54)} = -.40, p = -.003$ ; LC:  $r_{(54)} = -.31, p = .022$ ). Per quanto riguarda l'ansia di stato, si è osservata una correlazione negativa con il punteggio medio della risposta di cura percepita elicitata dai pianti infantili medi ( $r_{(54)} = -.35, p = .008$ ). Queste dimensioni sono state successivamente incluse come variabili covariate nel Modello 2 e 3.

**Tabella 4.** Associazioni bivariate tra le variabili di studio e le potenziali variabili covariate.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>1. Risposta di cura (SC)</b>	-										
<b>2. Risposta di cura (MC)</b>	.85***	-									
<b>3. Risposta di cura (LC)</b>	.75***	.87***	-								
<b>4. PARQ (madre)</b>	.01	-.02	-.13	-							
<b>5. PARQ (padre)</b>	-.03	-.07	-.24	.72***	-						
<b>6. Esperienza di cura alloprenale passata</b>	.04	-.09	-.07	-.15	-.12	-					
<b>7. Età</b>	.17	.24	.26*	-.15	-.09	-.17	-				
<b>8. BDI</b>	-.20	-.37**	-.36**	.38*	.32*	.27*	-.07	-			
<b>9. STAI-Stato</b>	-.19	-.35**	-.25	.26	.18	.13	-.20	.74***	-		
<b>10. STAI-Tratto</b>	-.22	-.40**	-.31*	.26	.22	.33*	.24	.76***	.89***	-	
<b>11. WNSS</b>	.01	-.03	.05	-.09	.05	.16	.04	.15	.17	.21	-

*Nota.* \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ ; SC = pianto breve; MC = pianto medio; LC = pianto lungo. PARQ indica la Parental Acceptance-Rejection scale; BDI indica il Beck Depression Inventory; STAI indica dell’Inventario per l’Ansia di “Stato” e di “Tratto” – Forma Y; WNSS indica la Weinstein Noise Sensitivity Scale.



#### 4.1.4 Regressioni lineari multiple

I risultati delle regressioni lineari multiple sono riportati nella Tabella 5, 6 e 7. Data la correlazione statisticamente significativa tra BDI, STAI-Tratto, STAI-Stato e il pianto medio, si aggiungono queste variabili come predittori nel Modello 2 (VD = MC). Inoltre, data la correlazione statisticamente significativa tra BDI, STAI-Tratto e il pianto lungo, si aggiungono queste variabili come predittori nel Modello 3 (VD = LC).

Nessuno dei tre modelli – Modello 1 (VD = SC), Modello 2 (VD = MC) e Modello 3 (VD = LC) – risulta statisticamente significativo (Modello 1:  $R^2 = .108$ ,  $F_{(5, 35)} = .85$ ,  $p = .524$ ; Modello 2:  $R^2 = .108$ ,  $F_{(5, 35)} = .85$ ,  $p = .524$ ; Modello 3:  $R^2 = .207$ ,  $F_{(5, 35)} = 1.82$ ,  $p = .133$ ) (Tabella 5, 6 e 7). Inoltre, da un'analisi più approfondita dei singoli predittori inseriti nel modello, nessuno di questi è risultato essere un predittore significativo della risposta di cura percepita ai pianti brevi, medi e lunghi.

**Tabella 5.** *Modello di regressione multipla lineare per età, stato civile, qualità di cura percepita durante l'infanzia sia materna che paterna, esperienza di cura alloparentale passata sulla risposta di cura percepita elicitata da pianti brevi infantili.*

<b>Modello 1 Pianti brevi (SC)</b>						
	<b>B</b>	<b>SE</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>95% C.I.</b>	
					<b>LL</b>	<b>UL</b>
<b>Intercetta</b>	2.526	.679	3.72	< .001	1.15	3.91
<b>Età</b>	6.93e-4	.019	.036	.972	-.039	.040
<b>Stato civile</b>	.382	.317	1.21	.235	-.261	1.03
<b>PARQ madre</b>	.004	.011	.380	.707	-.018	.027
<b>PARQ padre</b>	-.005	.009	-.537	.595	-.025	.014
<b>Cura alloparentale passata</b>	.094	.198	.476	.637	-.308	.496
<b>R<sup>2</sup></b>		.108				
<b>F</b>		.850				

*Nota.*  $p < .05$ . PARQ indica la *Parental Acceptance-Rejection scale*.

**Tabella 6.** Modello di regressione multipla lineare per età, stato civile, qualità di cura percepita durante l'infanzia sia materna che paterna, esperienza di cura alloparentale passata sulla risposta di cura percepita elicitata da pianti medi infantili.

	Modello 2a Pianti medi (MC)					Modello 2b Pianti medi (MC)						
	B	SE	t	p	95% C.I.		B	SE	t	p	95% C.I.	
					LL	UL					LL	UL
<b>Intercetta</b>	2.99	.721	4.14	< .001	1.52	4.45	3.18	.930	3.42	.002	1.29	5.08
<b>Età</b>	-7.11e-4	.021	-.035	.973	-.043	.041	.006	.020	.305	.762	-.035	.047
<b>Stato civile</b>	.397	.337	1.18	.246	-.286	1.08	.229	.337	.680	.502	-.458	.916
<b>PARQ madre</b>	.003	.012	.294	.770	-.021	.027	.012	.012	.991	.329	-.013	.037
<b>PARQ padre</b>	-.007	.010	-.689	.496	-.028	.014	-.006	.010	-.567	.575	-.026	.015
<b>Cura alloparentale passata</b>	-.027	.210	-.129	.898	-.454	.400	.180	.254	.709	.484	-.338	.698
<b>BDI</b>							-.007	.021	-.327	.746	-.051	.037
<b>STAI-Stato</b>							-.002	.020	-.097	.924	-.043	.039
<b>STAI-Tratto</b>							-.016	.024	-.667	.510	-.065	.033
<b>R<sup>2</sup></b>		.108						.233				
<b>F</b>		.850						1.22				

*Nota.*  $p < .05$ . PARQ indica la *Parental Acceptance-Rejection scale*; BDI indica il *Beck Depression Inventory*; STAI indica dell'Inventario per l'Ansia di "Stato" e di "Tratto" – Forma Y.

**Tabella 7.** Modello di regressione multipla lineare per età, stato civile, qualità di cura percepita durante l'infanzia sia materna che paterna, esperienza di cura alloparentale passata sulla risposta di cura percepita elicitata da piante lunghi infantili.

	Modello 3a					Modello 3b						
	Pianti lunghi (LC)					Pianti lunghi (LC)						
	B	SE	t	p	95% C.I.		B	SE	t	p	95% C.I.	
LL					UL	LL					UL	
<b>Intercetta</b>	3.76	.721	5.22	<.001	2.30	5.23	3.56	.949	3.75	<.001	1.63	5.49
<b>Età</b>	-.011	.021	-.518	.608	-.053	.031	-.004	.021	-.194	.847	-.046	.038
<b>Stato civile</b>	.631	.337	1.88	.069	-.052	1.31	.512	.344	1.49	.146	-.188	1.21
<b>PARQ madre</b>	.004	.012	.339	.737	-.020	.028	.012	.013	.974	.337	-.013	.038
<b>PARQ padre</b>	-.016	.010	-1.54	.132	-.036	.005	-.014	.010	-1.33	.192	-.035	.007
<b>Cura alloparentale passata</b>	.058	.210	.275	.785	-.369	.485	.296	.259	1.14	.261	-.232	.824
<b>BDI</b>							-.018	.022	-.813	.422	-.062	.027
<b>STAI-Stato</b>							.008	.021	.399	.693	-.034	.050
<b>STAI-Tratto</b>							-.015	.024	-.619	.541	-.065	.035
<b>R<sup>2</sup></b>		.207						.290				
<b>F</b>		1.82						1.64				

*Nota.*  $p < .05$ . PARQ indica la *Parental Acceptance-Rejection scale*; BDI indica il *Beck Depression Inventory*; STAI indica dell'Inventario per l'Ansia di "Stato" e di "Tratto" – Forma Y.

# CAPITOLO 5

## 5.1 Discussione dei risultati

Il presente studio ha indagato se l'esperienza passata di cura alloparentale verso i bambini contribuisca ad influenzare, nei maschi adulti genitori e non genitori, la risposta di cura, una misura costruita dallo studio stesso come combinazione di desiderio di vicinanza, desiderio di comunicare, senso di cura e urgenza di cura, elicitata dall'ascolto di pianti infantili che esprimono un disagio variabile.

Rispetto al primo obiettivo di indagine di questo elaborato, ovvero valutare se la percezione del disagio espresso da pianti infantili varia significativamente al variare della durata del pianto infantile, i dati hanno confermato l'ipotesi. Infatti, all'aumentare della lunghezza dei pianti è stato rilevato un incremento statisticamente significativo del disagio espresso all'aumentare della lunghezza dei pianti stessi. Ulteriori analisi hanno rivelato inoltre che tale incremento nel disagio espresso non varia tra i genitori e i non genitori e dunque è indipendente dallo stato genitoriale. In linea con quanto già riportato in letteratura, le caratteristiche acustiche del pianto stesso influenzano la risposta dell'ascoltatore comunicando un senso di urgenza e producendo una reazione viscerale che spinge all'azione (LaGasse et al., 2005). Nel compito del nostro studio non era possibile identificare la causa del pianto, in quanto mancavano i fattori contestuali che avrebbero potuto combinarsi con il suono per influenzare la risposta comportamentale, dunque si poteva utilizzare soltanto il grado di disagio veicolato dalla componente sonora (Wood & Gustafson, 2001). I pianti infantili comprendono un'alternanza ritmica tra inspirazione e suono e quest'ultimo caratterizza il pianto negativo tramite una maggiore variabilità della frequenza fondamentale, un aumento dell'iperfonazione, un aumento della durata, una diminuzione del rapporto di fonazione vocale e una diminuzione dell'ampiezza (LaGasse et al., 2005).

Rispetto al secondo obiettivo di questo elaborato, ossia di indagare una possibile relazione tra l'esperienza di cura alloparentale passata e la risposta di cura percepita da maschi genitori e non genitori all'ascolto di pianti di diversa durata, è emerso che l'esperienza di cura alloparentale passata non sembra essere un predittore significativo della risposta di

cura percepita in nessuna delle tre tipologie dei pianti ascoltati (breve, medio e lungo). Si è riscontrata una lieve tendenza alla significatività per quanto riguarda lo stato civile come fattore di influenza nella risposta ai pianti infantili. Quanto trovato non ha soddisfatto le nostre aspettative, il che è stato inaspettato, considerando che la letteratura sostiene che l'esperienza passata con i bambini sia di aiuto nella valutazione del pianto infantile (Bouchet et al., 2020; Gustafsson et al., 2013). Infatti due studi in particolare dimostrano come siano l'esperienza passata e le competenze percettive e cognitive condivise da tutti gli adulti a permettere di sviluppare una maggiore sensibilità nei confronti dei bambini e del loro pianto, non tanto il sesso o la condizione genitoriale (Bouchet et al., 2020; Gustafsson et al., 2013). Dunque, quanto trovato suggerisce che la passata esperienza all'parentale potrebbe non essere un fattore determinante per la risposta di cura percepita da parte di maschi, sia genitori che non genitori, all'ascolto di pianti di diversa durata. Nel presente studio, il ruolo dell'esperienza all'parentale passata non ha avuto l'impatto previsto, suggerendo la necessità di ulteriori ricerche per comprendere meglio i fattori che influenzano la risposta ai pianti infantili. L'aver trovato una lieve tendenza alla significatività legata allo stato civile suggerisce che fattori socio-culturali e contestuali potrebbero avere un ruolo nel modulare la risposta ai pianti infantili.

## **5.2 Limitazioni dello studio**

Lo studio trattato in questo elaborato presenta alcuni limiti che possono essere utilizzati per eventuali approfondimenti in ricerche future.

Un primo limite riguarda l'età dei partecipanti, come emerge dalle analisi descrittive. Infatti, l'età media dei maschi non genitori è significativamente inferiore rispetto a quella dei genitori. Un possibile effetto dell'età sulla percezione del pianto infantile risulta difficile da distinguere da un effetto dello status genitoriale oppure dell'esperienza di cura passata. In uno studio futuro sarebbe opportuno reclutare un campione con età media simile in modo da poter distinguere in modo efficace l'effetto dell'età da eventuali altri effetti.

Un secondo limite è rappresentato dalla dimensione ridotta del campione. Infatti, a causa di ciò non è stato possibile eseguire una maggiore stratificazione intragruppi riguardo l'esperienza di cura all'parentale passata – permettendo così di considerare unicamente la variabile dicotomica sì/no alla domanda “presenza di esperienze passate di cura di altri

bambini”. Un campione più ampio avrebbe permesso di valutare l’effetto dell’esperienza di cura alloparentale passata secondo una scala graduata, tenendo in considerazione la durata della relazione di cura, per quante ore settimanalmente ci si è presi cura del bambino e in quale contesto, se si trattava di un ambito lavorativo o personale e anche l’età e le caratteristiche del bambino di cui ci si è occupati. Ulteriormente, in studi futuri si potrebbe considerare anche l’esperienza di cura attuale che potrebbe altrettanto influenzare la risposta di cura percepita all’ascolto di pianti infantili. Sarebbe interessante indagare questo aspetto soprattutto nel gruppo dei non genitori, in quanto i genitori hanno esperienze di cura quotidiane nei confronti del proprio figlio.

Un altro limite del presente studio è dato dalla mancanza di valutazioni osservative e fisiologiche. L’assenza di queste misurazioni da un lato ha permesso un reclutamento maggiore anche da diverse regioni d’Italia, dall’altro ha concesso l’inserimento unicamente di questionari *self-report*, i quali sono soggetti alla tendenza della persona di rispondere in modo socialmente desiderabile. La valutazione delle risposte fisiologiche permetterebbe di valutare anche la coerenza tra la risposta fornita e le reazioni emotive, come ad esempio il disagio percepito, evocate dal pianto infantile di diversa durata. Inoltre, sarebbe possibile osservare la presenza di eventuali pattern di attivazione e di cambiamento fisiologico in base alla lunghezza del pianto infantile ascoltato.

### **5.3 Conclusioni**

La funzione genitoriale è una funzione complessa determinata da molteplici fattori sia interni alla persona che esterni e formata da una serie di competenze in costante evoluzione. Essa, quando attivata, rende una persona disponibile a fornire supporto, cura e protezione a un altro diverso da sé che in quel momento si trova in una situazione di asimmetria (Simonelli, 2014; Venuti et al., 2018). Gli umani, diversamente dagli altri mammiferi, fanno affidamento anche su altre persone diverse dalla madre biologica per prendersi cura dei propri figli ed è comune riconoscere che altre persone oltre la madre hanno avuto un ruolo importante nella propria crescita (Emmott & Page, 2019). Nella società umana è comune per un adulto trovarsi in una situazione in cui gli viene richiesto di prendersi cura di un bambino che non è suo figlio e grazie a queste esperienze di cura è possibile che possa migliorare le proprie competenze di cura o apprenderne di nuove. L’esperienza di cura alloparentale potrebbe, dunque, avere un effetto sulla funzione

genitoriale come possibile fattore di sostegno alla responsività a segnali infantili e ai bisogni del bambino. Il presente studio, svolto su un campione di maschi genitori e non genitori, si proponeva di verificare se la percezione del disagio espresso dai pianti infantili cambia in modo significativo in base alla durata del pianto e indagare una possibile relazione tra l'esperienza di cura alloparentale passata e la risposta di cura percepita all'ascolto degli stessi pianti. Dai risultati è stato confermato che vi è un aumento nella percezione di disagio espresso dai pianti infantili all'aumentare della lunghezza dei pianti, con un disagio significativamente maggiore nei pianti lunghi rispetto ai pianti medi e in questi ultimi rispetto ai pianti brevi. In aggiunta, dai risultati ottenuti non si sono rilevate differenze nella valutazione del disagio espresso dai pianti di lunghezza crescente tra i genitori e i non genitori. Inoltre, contrariamente alle nostre aspettative, non è stata trovata alcuna relazione tra l'esperienza di cura alloparentale passata e la risposta di cura percepita. Pertanto, l'aumento statisticamente significativo del disagio percepito all'aumentare della durata del pianto dipende esclusivamente da altre caratteristiche individuali o acustiche proprie del pianto stesso.

## BIBLIOGRAFIA

- Ablow, J. C., Marks, A. K., Shirley Feldman, S., & Huffman, L. C. (2013). Associations Between First-Time Expectant Women's Representations of Attachment and Their Physiological Reactivity to Infant Cry. *Child Development, 84*(4), 1373–1391. <https://doi.org/10.1111/cdev.12135>
- Abraham, E., & Feldman, R. (2018). The neurobiology of human allomaternal care; implications for fathering, coparenting, and children's social development. *Physiology & Behavior, 193*, 25–34. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.12.034>
- Acebo, C., & Thoman, E. B. (1995). Role of infant crying in the early mother-infant dialogue. *Physiology & Behavior, 57*(3), 541–547. [https://doi.org/10.1016/0031-9384\(94\)00345-6](https://doi.org/10.1016/0031-9384(94)00345-6)
- Bastianoni, P. (2009). Funzioni di cura e genitorialità. *Rivista Italiana Di Educazione Familiare : 1, 2009*, 37–53. <https://doi.org/10.1400/185867>
- Belsky, J. (1984). The Determinants of Parenting: A Process Model. *Child Development, 55*(1), 83–96. <https://doi.org/10.2307/1129836>
- Belsky, J., Jaffee, S. R., Sligo, J., Woodward, L., & Silva, P. A. (2005). Intergenerational Transmission of Warm-Sensitive-Stimulating Parenting: A Prospective Study of Mothers and Fathers of 3-Year-Olds. *Child Development, 76*(2), 384–396. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00852.x>
- Bornstein, M., Putnick, D., Rigo, P., Esposito, G., Swain, J., Suwalsky, J., Su, X., Du, X., Zhang, K., Cote, L., De Pisapia, N., & Venuti, P. (2017). Neurobiology of culturally common maternal responses to infant cry. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 114*, 201712022. <https://doi.org/10.1073/pnas.1712022114>



- Bouchet, H., Plat, A., Levréro, F., Reby, D., Patural, H., & Mathevon, N. (2020). Baby cry recognition is independent of motherhood but improved by experience and exposure. *Proceedings. Biological sciences*, *287*, 20192499. <https://doi.org/10.1098/rspb.2019.2499>
- Boukydis, C. F. Z., & Burgess, R. L. (1982). Adult Physiological Response to Infant Cries: Effects of Temperament of Infant, Parental Status, and Gender. *Child Development*, *53*(5), 1291–1298. <https://doi.org/10.2307/1129019>
- Claussen, A. H., & Crittenden, P. M. (2000). Maternal sensitivity. In *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context* (pp. 115–122). Cambridge University Press.
- Conger, R., Neppl, T., Kim, K., & Scaramella, L. (2003). Angry and Aggressive Behavior Across Three Generations: A Prospective, Longitudinal Study of Parents and Children. *Journal of abnormal child psychology*, *31*, 143–160. <https://doi.org/10.1023/A:1022570107457>
- Del Vecchio, T., Walter, A., & O’Leary, S. G. (2009). Affective and physiological factors predicting maternal response to infant crying. *Infant Behavior and Development*, *32*(1), 117–122. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.10.005>
- Emmott, E. H., & Page, A. E. (2019). Alloparenting. In T. K. Shackelford & V. A. Weekes-Shackelford (A c. Di), *Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science* (pp. 1–14). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-16999-6\\_2253-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-16999-6_2253-1)
- Gemignani, M., Giannotti, M., Schmalz, X., Rigo, P., & De Falco, S. (2023). Attentional Prioritization of Infant Faces in Parents: The Influence of Parents’ Experiences of

Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1),  
Articolo 1. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010527>

Glasper, E. R., Kenkel, W. M., Bick, J., & Rilling, J. K. (2019). More than just mothers:  
The neurobiological and neuroendocrine underpinnings of allomaternal  
caregiving. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 53, 100741.  
<https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2019.02.005>

Gustafsson, E., Levréro, F., Reby, D., & Mathevon, N. (2013). Fathers are just as good as  
mothers at recognizing the cries of their baby. *Nature Communications*, 4(1),  
1698. <https://doi.org/10.1038/ncomms2713>

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(4), 527–533.  
<https://doi.org/10.1007/s00737-018-0919-x>

Ip, P., Li, T. M. H., Chan, K. L., Ting, A. Y. Y., Chan, C. Y., Koh, Y. W., Ho, F. K. W., &  
Lee, A. (2018). Associations of paternal postpartum depressive symptoms and  
infant development in a Chinese longitudinal study. *Infant Behavior and  
Development*, 53, 81–89. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.08.002>

Kasim, Mohd. S., Cheah, I., & Shafie, H. Mohd. (1995). Childhood deaths from physical  
abuse. *Child Abuse & Neglect*, 19(7), 847–854. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00046-B](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00046-B)

LaGasse, L. L., Neal, A. R., & Lester, B. M. (2005). Assessment of infant cry: Acoustic  
cry analysis and parental perception. *Mental Retardation and Developmental  
Disabilities Research Reviews*, 11(1), 83–93. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20050>

- Lee, C., Barr, R. G., Catherine, N., & Wicks, A. (2007). Age-Related Incidence of Publicly Reported Shaken Baby Syndrome Cases: Is Crying a Trigger for Shaking? *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28(4), 288. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3180327b55>
- Leerkes, E. M., Blankson, A. N., & O'Brien, M. (2009). Differential Effects of Maternal Sensitivity to Infant Distress and Nondistress on Social-Emotional Functioning. *Child Development*, 80(3), 762–775. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01296.x>
- Lin, H.-C., & McFatter, R. (2012). Empathy and distress: Two distinct but related emotions in response to infant crying. *Infant Behavior and Development*, 35(4), 887–897. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2012.08.001>
- Long, N., Yu, W., Wang, Y., Gong, X., Zhang, W., & Chen, J. (2021). Do Infant Faces Maintain the Attention of Adults With High Avoidant Attachment? *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.631751>
- Mascaro, J. S., Hackett, P. D., Gouzoules, H., Lori, A., & Rilling, J. K. (2014). Behavioral and genetic correlates of the neural response to infant crying among human fathers. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(11), 1704–1712. <https://doi.org/10.1093/scan/nst166>
- McElwain, N. L., & Booth-LaForce, C. (2006). Maternal sensitivity to infant distress and nondistress as predictors of infant-mother attachment security. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 247–255. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.2.247>
- Murray, A. D. (1979). Infant crying as an elicitor of parental behavior: An examination of two models. *Psychological Bulletin*, 86(1), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.1.191>

- Otto, H., & Keller, H. (2014). *Different Faces of Attachment: Cultural Variations on a Universal Human Need*. Cambridge University Press.
- Pedrabissi, L., & Santinello, M. (1989). Verifica della validità dello STAI forma Y di Spielberger. [Verification of the validity of the STAI, Form Y, by Spielberger.]. *Giunti Organizzazioni Speciali*, 191–192, 11–14.
- Ramchandani, P. G., Psychogiou, L., Vlachos, H., Iles, J., Sethna, V., Netsi, E., & Lodder, A. (2011). Paternal depression: An examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depression and Anxiety*, 28(6), 471–477. <https://doi.org/10.1002/da.20814>
- Roisman, G. I., Padrón, E., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2002). Earned–Secure Attachment Status in Retrospect and Prospect. *Child Development*, 73(4), 1204–1219. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00467>
- Roisman, G. I., Tsai, J. L., & Chiang, K.-H. S. (2004). The Emotional Integration of Childhood Experience: Physiological, Facial Expressive, and Self-Reported Emotional Response During the Adult Attachment Interview. *Developmental Psychology*, 40(5), 776–789. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.5.776>
- Senese, V. P., Bacchini, D., Miranda, M., Aurino, Somma, Amato, & Rohner, R. (2016). The Adult Parental Acceptance-Rejection Questionnaire: A Cross-Cultural Comparison of Italian and American Short Forms. *Parenting*, 16. <https://doi.org/10.1080/15295192.2016.1180943>
- Senese, V. P., Ruotolo, F., Ruggiero, G., & Iachini, T. (2011). The Italian Version of the Weinstein Noise Sensitivity Scale: Measurement Invariance Across Age, Sex, and Context. *European Journal of Psychological Assessment*, 28, 118–124. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000099>

- Sethna, V., Murray, L., Netsi, E., Psychogiou, L., & Ramchandani, P. G. (2015). Paternal Depression in the Postnatal Period and Early Father–Infant Interactions. *Parenting, 15*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1080/15295192.2015.992732>
- Sica, C., Coradeschi, D., Ghisi, M., & Sanavio, E. (2006). *Beck Anxiety Inventory. Adattamento italiano: Manuale.* <https://www.research.unipd.it/handle/11577/184973?mode=complete>
- Simonelli, A. (2014). *La funzione genitoriale. Sviluppo e psicopatologia.* Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Soltis, J. (2004). The signal functions of early infant crying. *Behavioral and Brain Sciences, 27*(4), 443–458. <https://doi.org/10.1017/S0140525X0400010X>
- Spielberger, C. D. (1989). *Inventario per l'ansia di «stato» e di «tratto»: Nuova versione italiana dello STAI: forma Y: manuale.* O.S.
- Van Ijzendoorn, M. H., & Hubbard, F. O. A. (2000). Are infant crying and maternal responsiveness during the first year related to infant-mother attachment at 15 months? *Attachment & Human Development, 2*(3), 371–391. <https://doi.org/10.1080/14616730010001596>
- Venuti, P., & Esposito, G. (2008). Il pianto come indicatore precoce del disagio. *Infanzia e Adolesc., 7.*
- Venuti, P., Simonelli, A., & Rigo, P. (2018). *Basi biologiche della funzione genitoriale. Condizioni tipiche e atipiche.* Raffaello Cortina Editore.
- Wood, R. M., & Gustafson, G. E. (2001). Infant Crying and Adults' Anticipated Caregiving Responses: Acoustic and Contextual Influences. *Child Development, 72*(5), 1287–1300. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00348>

- Zeifman, D. M. (2001). An ethological analysis of human infant crying: Answering Tinbergen's four questions. *Developmental Psychobiology*, 39(4), 265–285. <https://doi.org/10.1002/dev.1005>
- Zeifman, D. M. (2003). Predicting adult responses to infant distress: Adult characteristics associated with perceptions, emotional reactions, and timing of intervention. *Infant Mental Health Journal*, 24(6), 597–612. <https://doi.org/10.1002/imhj.10077>
- Zeskind, P. S., Sale, J., Maio, M. L., Huntington, L., & Weiseman, J. R. (1985). Adult Perceptions of Pain and Hunger Cries: A Synchrony of Arousal. *Child Development*, 56(3), 549–554. <https://doi.org/10.2307/1129744>