



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Psicologia Generale
Dipartimento di Psicologia dello sviluppo
e della socializzazione**

**Corso di laurea in
Scienze psicologiche cognitive e psicobiologiche**

**Funzione genitoriale e disturbi psicosomatici:
il ruolo della mentalizzazione**

Parental function and psychosomatic disorders:
the role of mentalization

Relatrice

Prof.ssa Paola Rigo

Correlatrice

Prof.ssa Bianca Filippi

***Laureanda:* Caterina Foschini**

***Matricola:* 1221223**

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

PREFAZIONE

CAPITOLO PRIMO

LA FUNZIONE GENITORIALE

1.1 Funzione genitoriale

1.2 Teoria dell'attaccamento e Infant research

1.3 Le determinanti della genitorialità: il modello di Belsky

CAPITOLO SECONDO

I DISTURBI PSICOSOMATICI

2.1 Definizione e criteri diagnostici

2.2 Cenni evolutivi dei disturbi psicosomatici

CAPITOLO TERZO

LA MENTALIZZAZIONE

3.1 Cosa si intende per mentalizzazione: definizione

3.2 Un processo essenziale alla base della funzione genitoriale

3.3 Disturbi psicosomatici: condizioni in cui la mentalizzazione è inibita

3.4 Possibili influenze dei disturbi psicosomatici nel parenting

DISCUSSIONE

PREFAZIONE

Il seguente lavoro di ricerca bibliografica si pone l'obiettivo di approfondire il ruolo della mentalizzazione all'interno della funzione genitoriale e dei disturbi psicosomatici. Da un lato identificando i fattori principali in grado di promuovere il raggiungimento delle competenze genitoriali nel caregiver, tra cui la capacità di intercettare i bisogni del bambino al fine di promuovere risposte di cura adeguate; dall'altro evidenziando come alla base dei disturbi psicosomatici ci sia una compromissione della capacità del soggetto di comprendere i propri stati mentali e quelli altrui, ovvero una compromissione delle capacità di mentalizzazione. L'obiettivo finale di questa ricerca è quello di mettere in relazione queste due aree di indagine. Si ipotizza, infatti, che uno dei fattori alla base delle difficoltà nella messa in atto di comportamenti di cura adeguati a sostenere lo sviluppo del bambino riscontrate in presenza di un caregiver affetto da un disturbo psicosomatico, possa essere una scarsa capacità di mentalizzazione, o una Funzione Riflessiva materna compromessa.

Nel primo capitolo viene approfondito il costrutto di funzione genitoriale e la relazione genitore-bambino attraverso la teoria dell'attaccamento di Bowlby, l'approccio teorico dell'Infant Research e il modello processuale delle determinanti della genitorialità di Belsky. Bowlby sviluppa le sue teorizzazioni a partire da studi etologici, enfatizzando il concetto di *base sicura* e le sue implicazioni per lo sviluppo del bambino. I teorici dell'Infant research mettono in risalto il ruolo attivo del bambino nell'interazione con l'adulto. Infine, Belsky va ad indagare tutte quelle variabili individuali, relazionali e sociali che influiscono sulla qualità delle cure esercitate nei confronti del bambino.

Nel secondo capitolo vengono trattati i criteri di classificazione attraverso i quali diagnosticare la presenza di un Disturbo da Sintomi Somatici e Disturbi Correlati (SSD), andando ad approfondire il tema della regolazione affettiva come meccanismo coinvolto nell'origine e nel mantenimento di questi disturbi. Attraverso la presa in esame di diversi studi è, infatti, possibile osservare nei pazienti con SSD la presenza di un deficit nella capacità di comprendere e modulare i propri stati affettivi.

Il terzo capitolo verte sull'approfondimento del costrutto di mentalizzazione, ossia della capacità di comprendere e interpretare gli stati mentali propri e altrui, e dell'importanza che ricopre all'interno dei due ambiti di cui si è trattato nei capitoli precedenti. In particolare, l'importanza che riveste per la Funzione Genitoriale e per la messa in atto di comportamenti di cura adeguati e di come possa essere invece compromessa negli individui con disturbi somatici.

In ultima analisi, l'ipotesi finale di questo elaborato è che la presenza di un disturbo psicosomatico in una figura di attaccamento primaria comporti una difficoltà nel comprendere e interpretare gli stati mentali e i bisogni del bambino e quindi la messa in atto di risposte adeguate da parte del genitore, presentandosi come un fattore di rischio per lo sviluppo del bambino stesso.

CAPITOLO 1

LA FUNZIONE GENITORIALE

1.1 La Funzione genitoriale: definizione

Con Funzione genitoriale si intende un complesso insieme di attività che hanno a che fare con la capacità di fornire accudimento e protezione all'altro, sia sul piano fisico che sul piano affettivo, riconoscendone la soggettività e interpretandone correttamente i bisogni in molteplici situazioni in cui è richiesta la messa in campo di competenze di cura a livello fisico e affettivo-relazionale (Fava Vizzello, Colucci, Disnan et al. 2003; Simonelli, 2014). Caratteristiche fondamentali della funzione genitoriale sono l'autonomia, la processualità e l'intersoggettività (Stern, 2004). Attraverso numerosi studi possiamo stabilire che la genitorialità sia un ambito autonomo rispetto ad altri domini di funzionamento individuale o affettivo relazione della persona, anche se non separato da essi (Cramer et al., 1990). In tal senso, un adulto con una psicopatologia individuale conclamata può comunque mantenere un livello adeguato di cura e di sensibilità verso il bambino, anche se potrebbe manifestare difficoltà nel mantenerla costante nel tempo (Simonelli, 2014). Allo stesso modo, possiamo riscontrare casi di adulti complessivamente ben adattati ma che a fronte di un periodo di vita difficile, non riescono ad attivare competenze di accudimento adeguate. La capacità di prendersi cura è in parte connessa al legame biologico, pur non essendone totalmente determinata, in quanto trova fondamento sul fatto di essere stati figli, ossia oggetto di cure e protezione. La qualità delle cure ricevute, specie nelle esperienze relazionali primarie, è infatti il fondamento delle capacità

genitoriali e determina la matrice relazionale da cui originano i comportamenti di cura che verranno messi in atto con i propri figli (Ainsworth, 1978; Simonelli, 2014). Un altro aspetto, in stretta connessione con questo, è il fatto che la genitorialità è definita processuale, ovvero non si tratta di una capacità acquisita una volta per tutte e valida in ogni condizione ma co-costruita continuamente all'interno del sistema adulto-bambino. Si parla di funzione intersoggettiva proprio perché si struttura dall'interazione dei sistemi intersoggettivi degli individui, quindi dall'interconnessione delle caratteristiche fisiche, temperamentali, individuali e sociali di ognuno (Stern, 2004). Una caratteristica fondamentale della funzione genitoriale è il fatto che si esprime, e può quindi essere osservata, a partire dalle azioni quotidianamente messe in atto dall'adulto nell'interazione con il bambino. Si tratta di gesti semplici come sorridere, nutrire, prendere in braccio il bambino, ma guidati da idee, intenzioni, emozioni e aspettative che derivano dalle esperienze relazionali passate, specie da quelle primarie, e veicolano un significato fondamentale per la vita del bambino, determinando la qualità delle interazioni stesse (Simonelli, 2014). Lo sviluppo del neonato, infatti, è strettamente connesso alla qualità di queste cure, che se dovessero venire meno, getterebbero l'intera esistenza del bambino nell'insensatezza, in quanto verrebbe a mancare la soddisfazione di un bisogno primario per la sopravvivenza di ogni essere umano, ovvero la necessità di protezione e conforto (Bowlby, 1969). Invece, all'interno di una relazione in cui il caregiver appare sintonizzato sui bisogni e sugli stati del bambino, quest'ultimo può sentirsi rispecchiato e fare esperienza di una relazione con le figure genitoriali che consente lo sviluppo delle competenze cognitive, sociali e strumentali necessarie per l'acquisizione di

comportamenti adattivi. Numerosi studi (Ainsworth et al., 1974; Stevenson-Hinde, 1990) hanno confermato l'importanza della presenza di una relazione che abbia le caratteristiche descritte fino a questo momento, mettendo in luce la necessità per il bambino di avere una *base sicura* su cui appoggiarsi per permettergli di raggiungere le competenze necessarie per un adeguato adattamento all'ambiente in cui è inserito.

1.2 Teoria dell'attaccamento e Infant research

Le prime teorizzazioni di John Bowlby (Bowlby, 1969; Hinde, 1982) descrivono il bambino come dotato di un'innata motivazione a rimanere fisicamente in prossimità del caregiver in situazioni di stress o di pericolo reali o percepite, che gli garantisce la sopravvivenza fisica e psichica. L'attaccamento è inteso come un sistema motivazionale di stampo relazionale. Il bambino ha una tendenza innata a ricercare il contatto e la relazione in quanto assolvono a due funzioni fondamentali: quella biologica di protezione e quella psicologica di sicurezza. Il bisogno di attaccamento è quindi, un bisogno primario, la cui soddisfazione è necessaria per lo sviluppo del bambino. È qualcosa di assimilabile all'istinto, che supera Eros e Thanatos freudiani (Freud & Coloni, 1975) ed è trasversale a tutte le specie, quindi connaturato con l'esistenza dell'essere umano. Bowlby, infatti, si rifà anche agli studi di etologia come quelli sull'imprinting di Konrad Lorenz (Attili, 2007). Lorenz attraverso i suoi studi animali, in particolare sulle anatre e le oche, dimostrò che esiste una finestra temporale o periodo critico molto precoce entro la quale, subito dopo la nascita, i piccoli riconoscono gli esseri viventi che incontrano come figure di riferimento e con cui sono portati a stabilire quindi un legame assimilabile a quello di

attaccamento (Attili, 2007). L'imprinting si pone quindi come uno stimolo chiave e fondamentale anche alla crescita e alla sopravvivenza degli esseri umani che nei primi 8-9 mesi di vita stabiliscono e creano questo legame con le figure di riferimento. In particolare, il bambino, attraverso il sistema comportamentale dell'attaccamento, mette in atto delle azioni volte a mantenere o ricercare la vicinanza con la figura di attaccamento. Questi comportamenti possono essere attivati da fattori interni (fame, dolore) o esterni (distanza o assenza del genitore, situazioni non familiari o adulti estranei) al bambino che lo mettono in uno stato di *arousal*, ossia di attivazione o reattività (Ainsworth, 1978). La funzione genitoriale, anch'essa intesa come specifico sistema motivazionale, è strettamente connessa al sistema dell'attaccamento, in quanto ha come scopo quello di fornire sicurezza e protezione attraverso la messa in atto di risposte comportamentali specifiche. La qualità di tali risposte, ovvero il fatto che siano sintonizzate, sensibili e in linea con le richieste del bambino, ha come conseguenza la disattivazione del sistema di attaccamento del bambino (George & Solomon, 1999). Inoltre, la presenza di sensibilità e di responsività, ossia la capacità del genitore di cogliere, interpretare e rispondere correttamente ai bisogni del bambino, permettono la creazione di un'aspettativa positiva nel bambino riguardo all'accessibilità del genitore e quindi la creazione di legame di attaccamento sicuro (Ainsworth, 1978; Bowlby, 1982). Il pattern di attaccamento sicuro è uno schema nel quale il bambino riceve amore incondizionato per ogni stimolo o risposta che caratterizza l'interazione tra il neonato e il caregiver (ibidem). Al contrario, pattern di attaccamento insicuri caratterizzano i bambini che hanno sperimentato un rapporto con una figura di attaccamento insensibile

ai loro segnali e rifiutante sul piano del contatto fisico e soprattutto emotivo, anche in circostanze fortemente stressanti. Bowlby (1969,1979) definisce “modelli operativi interni di attaccamento” le rappresentazioni che si formano nel bambino, grazie alle interazioni ripetute con l’adulto, relative alle idee e alle aspettative degli altri, di sé e di sé in relazione agli altri (Bretherton, 1990; Main & Goldwyn, 1984). Un modello operativo interno positivo permette di sviluppare un concetto di Sé come meritevole di amore e dell’altro come amorevole, andando in questo modo ad influenzare tutte le relazioni future. Inoltre, viene data importanza alla qualità del legame di attaccamento per lo sviluppo della capacità di regolazione affettiva nel bambino (Hill, 2017). Infatti, la capacità del genitore di tenere a mente i bisogni del bambino e di sintonizzarsi con i suoi stati affettivi permette di trasformare l’ambiente in modo da renderlo più accessibile, fungendo da contenitore emotivo per il bambino che è ancora immaturo. Infine, nella teoria dell’attaccamento vengono evidenziate le componenti innate che predispongono il genitore a mettere in atto comportamenti sintonizzati ai bisogni del bambino (Bowlby, 1969). D’altra parte, però, la qualità delle risposte messe in atto dipende anche dalle caratteristiche individuali dell’adulto e del bambino (temperamento, storia individuale) e di quella diade specifica.

L’Infant research è un movimento teorico e di ricerca che si sviluppa a partire dalla psicanalisi e dalla psicologia dello sviluppo alla fine degli anni Settanta del secolo scorso. I teorici dell’Infant research pongono l’enfasi sulla comunicazione affettiva che intercorre tra bambino e adulto come principale mezzo di strutturazione di una relazione. Genitore e bambino, infatti, sono inseriti all’interno di un sistema comunicativo bidirezionale, in cui hanno la capacità,

attraverso la comunicazione, di modificare l'esperienza affettiva dell'altro. Entrambi sono impegnati in questo continuo processo di regolazione reciproca, comunicando le proprie intenzioni ed emozioni e rispondendo al contempo a quelle dell'altro (Beebe & Lachmann, 1994; Gianino & Tronick, 1988). Il bambino è quindi visto come un agente attivo, in grado di comunicare i propri bisogni e modificare le interazioni con l'adulto (Tronick, 2007). D'altra parte, l'adulto ha un ruolo fondamentale nell'essere in grado di accogliere i bisogni del bambino e di rispondervi adeguatamente fungendo, soprattutto nella prima infanzia, da regolatore esterno dello stato affettivo del bambino, così che lui possa interiorizzarlo e farlo proprio (Tronick, 1989). Entro tale proposta sono due i processi che permettono di giungere alla modulazione del proprio stato emotivo: il primo è l'autoregolazione, ovvero l'insieme di competenze che permettono a ciascun membro della diade di regolare il livello di attivazione sperimentato nell'interazione con l'altro; il secondo è la regolazione interattiva ossia quella che deriva dall'esternazione da parte del bambino dei propri stati interni e la successiva risposta del genitore che può favorire o inibire la regolazione (Tronick, 2007). In alcune condizioni, l'interazione tra genitore e bambino può risultare fallimentare, a causa di una mancata comprensione da parte del genitore degli stati affettivi del bambino (Beebe & Lachmann, 2003) e questo può portare a ripetute incomprensioni e quindi a un'interruzione nella comunicazione. In presenza di questa mancanza di coordinazione, spesso caratterizzata da affettività negativa, assistiamo a delle vere e proprie rotture interattive che possono essere riparate attraverso la messa in atto di comportamenti sintonizzati e il ripristino di una affettività positiva (Gianino & Tronick, 1988). Nell'alternarsi di

questi episodi di transizione da uno stato affettivo negativo ad uno positivo il bambino potrà costruirsi una rappresentazione delle proprie interazioni come positive e riparabili, del proprio caregiver come affidabile e di sé come efficace nel contribuire alla riparazione (Tronick, 1989).

1.2 Determinanti della genitorialità: il modello di Belsky

Un modello utile al fine di studiare e comprendere meglio tutti gli aspetti implicati nella definizione della funzione genitoriale è il modello processuale di Belsky (1984). Come anticipato, la funzione genitoriale è definita processuale in quanto non si tratta di un insieme di capacità acquisite in maniera definitiva dal caregiver, ma di competenze in continuo sviluppo nell'interazione tra adulto e bambino (Manzano et al., 2001). Infatti, la capacità di cura dell'altro viene acquisita nel corso del tempo, in relazione alle caratteristiche particolari di quella diade specifica, attingendo dalle esperienze relazionali passate, dalla storia individuale e dal contesto sociale. Belsky, a partire da alcune ricerche condotte sui casi di maltrattamenti infantili, sviluppa un modello ecologico-processuale delle determinanti del Parenting (Belsky, 1984). Questo modello, detto della transizione alla genitorialità (*transition to parenthood*) si focalizza su tutti quei fattori che concorrono, in maniera positiva o negativa, alla strutturazione degli stili e dei comportamenti genitoriali. L'esplicarsi della funzione genitoriale è dato infatti dall'interconnessione di diverse variabili: caratteristiche individuali dei genitori, come personalità, storia individuale e familiare, età, educazione; caratteristiche individuali del bambino; variabili di coppia, tra cui soprattutto la qualità della relazione coniugale e la cogenitorialità; variabili riferite al contesto sociale più allargato nel quale la relazione genitore-bambino è inserita, come il

supporto sociale percepito (Belsky, 1984). Secondo Belsky, ad incidere maggiormente nel processo di co-costruzione della genitorialità sono gli attributi specifici dei genitori. Questo perché, come è stato riportato nel paragrafo precedente sulla teoria dell'attaccamento, le esperienze di cura ricevute durante il corso dello sviluppo concorrono a determinare il tipo di cure che verranno messe in atto con gli altri, lasciando un'impronta che va a contrassegnare in maniera decisiva tutte le relazioni successive (Main & Goldwyn, 1984). In particolare, le aspettative che l'individuo si è formato a partire dalle esperienze relazionali primarie, andranno a influenzare il suo grado di sensibilità. Un genitore sensibile è in grado di intercettare e sintonizzarsi con le richieste del bambino, sul suo livello di sviluppo fisico e mentale, quindi anche di regredire in parte a un livello evolutivo inferiore per potersi immedesimare con il bambino (Bowlby, 1982). D'altra parte è fondamentale, come evidenziato dal contributo dell'Infant research, prendere in considerazione *l'agency del* bambino, ossia il suo essere a tutti gli effetti un soggetto in grado di contribuire e partecipare allo sviluppo e alla relazione, subendone al contempo l'influenza (Beebe & Lachmann, 2003). Le competenze autoregatorie del bambino possono favorire le interazioni con l'adulto e di conseguenza influire sulla messa in atto di comportamenti di parenting adeguati nel genitore (Beebe & Lachmann, 1998). Ogni bambino, inoltre, differisce da un altro per caratteristiche comportamentali, fisiche, psicologiche ed evolutive, ciascuna delle quali ha un peso specifico nel determinare la relazione con il caregiver (Sameroff & Fiese, 2000). La presenza, per esempio, di tratti temperamentali difficili nel bambino è un fattore che potrebbe influenzare negativamente la genitorialità (Campbell et al., 2004).

Infine, il modello ci porta a considerare anche la qualità della relazione di coppia, intesa sia come coppia coniugale che come coppia genitoriale, fondata sull'incontro tra due soggettività e influenzata sia da caratteristiche intrinseche alla relazione stessa sia da fattori esterni, sociali e contestuali (Belsky, 1984). Nei casi in cui sono presenti un saldo sostegno reciproco, la condivisione di un progetto di vita e educativo comune e una buona gestione della conflittualità, si ottiene un equilibrio favorevole per la transizione alla genitorialità e più in generale l'acquisizione di competenze e strategie di parenting adeguate (Colletta, 1979; Nuckolls et al., 1994). È fondamentale, inoltre, che la coppia sia immersa in un ambiente sociale supportivo e di accettazione. È stato infatti rilevato che la qualità del supporto sociale costituisce un buon predittore della continuità della relazione, mentre la sua carenza minaccia la qualità della relazione specie nella sua evoluzione iniziale (Cox, Paley, 1997). In linea con questo, la qualità della relazione della coppia viene considerata un fattore protettivo, o di rischio, importante all'interno del processo di transizione alla genitorialità. In particolare, la condivisione positiva all'interno della coppia dell'esperienza della genitorialità sembra influire sullo sviluppo di capacità di mentalizzazione (Simonelli, 2014), a loro volta importanti per la messa in atto di comportamenti di cura adeguati. Le capacità di mentalizzazione verranno approfondite anche nel prossimo capitolo, in cui si tratterà dei disturbi psicosomatici. Infatti, il processo di somatizzazione è causato nella maggiore parte dei casi da un deficit nella regolazione affettiva, capacità fondamentale per la funzione genitoriale.

CAPITOLO 2

I DISTURBI PSICOSOMATICI

2.1 Definizione e criteri diagnostici

Lipowski (1987) definisce “somatizzazione” la tendenza a vivere e comunicare il disagio psicologico in termini di sintomi fisici e a cercare aiuto medico per essi. Questa definizione pone l’accento non sui sintomi fisici in sé, ma sul fatto che essi sono un linguaggio per rappresentarsi una condizione di disagio psichico (Porcelli, 2014). I sintomi somatici non sono infatti né totalmente ascrivibili ai disturbi mentali, né spiegabili unicamente da un punto di vista medico. La diagnosi, in questo campo, non può essere considerata come “identificazione di una malattia” poiché la nozione stessa di malattia è determinata da fattori individuali di tipo biologico ma anche psicologico, sociale e culturale (Kleinman, 1988). L’interpretazione individuale gioca infatti un ruolo fondamentale nel differenziare ciò che di psicologico o psicosomatico è presente in una malattia medica e ad influire sulle ipotesi riguardo l’eziologia e, quindi, sui comportamenti messi in atto dal soggetto stesso per far fronte a quella condizione (Porcelli, 2014). Diversi studi epidemiologici hanno dimostrato un’elevata prevalenza di tali sintomi nella popolazione generale (Kroenke & Price, 1993) e in diversi contesti medici (Escobar et al., 1998). I sintomi somatici inspiegabili da un punto di vista medico (MUS) producono un carico sanitario paragonabile a quello dei disturbi d’ansia e depressivi (Konopka et al., 2012). I sintomi di somatizzazione possono essere transitori e non richiedere alcun intervento specialistico: si stima che l’80% degli adulti medi accusi uno o più sintomi fisici al mese e che il 75-95% di tali

episodi sintomatici vengano gestiti autonomamente senza ricorrere a consultazioni mediche (Porcelli, 2009). Sulla base di questi dati si può considerare la somatizzazione un fenomeno clinico e un problema socioeconomico importante ed è quindi fondamentale trovare una classificazione adeguata di tutti quei disturbi che hanno a che fare con questo fenomeno. Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (APA, 2013) propone una classificazione innovativa rispetto a quella precedente (APA, 2000), segnando il passaggio dai disturbi cosiddetti somatoformi alla definizione di disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati (SSD). Questa nuova classificazione ha cercato di raggruppare entro un'unica categoria centrale di SSD il Disturbo di Somatizzazione, il Disturbo Algico e il Disturbo Somatoforme Indifferenziato del DSM-IV. Questo provvedimento, se da un lato ha l'obiettivo di raggruppare insieme più categorie possibili, allo stesso tempo presenta però il rischio di un'eccessiva inclusività e quindi di etichettare erroneamente pazienti con malattie mediche come affetti da un disturbo mentale (Frances & Chapman, 2013). Il tentativo di svincolare la diagnosi dall'individuazione di "sintomi somatici non spiegabili dal punto di vista medico" (MUS) è dovuto al fatto che un'eccessiva focalizzazione sull'origine prettamente fisica o mentale di un sintomo, oltre che a rinforzare l'antica prospettiva dualistica di mente-corpo, rischia di etichettare i sintomi dei pazienti come irreali (Porcelli, 2014) e quindi di sminuire la sofferenza provata dall'individuo. L'abolizione della distinzione tra disturbi somatici spiegabili e inspiegabili dal punto di vista medico (MUS) permette di fare diagnosi di SSD in presenza di anche di un solo sintomo somatico capace di creare forti limitazioni nella vita di tutti i giorni, per un periodo di almeno sei mesi. Nello specifico la nuova

classificazione proposta dal DSM-5 prevede che vengano incontrati due principali criteri diagnostici:

- (A) Presenza di sintomi somatici: uno o più sintomi che provocano disagio o difficoltà significativa nella vita quotidiana
- (B) Eccessiva preoccupazione: pensieri, emozioni o comportamenti eccessivi in relazione a tali sintomi somatici, definiti da almeno uno dei seguenti:
 - (1) Preoccupazioni persistenti e sproporzionate sulla gravità dei sintomi
 - (2) Livelli elevati di ansia per la salute o per i sintomi
 - (3) Tempo ed energie eccessivamente dedicati a tali sintomi o preoccupazioni

Inoltre è possibile specificare:

- (a) la predominanza del dolore, se costituisce la sintomatologia preminente per il Criterio A
- (b) la persistenza, se ha durata di oltre 6 mesi
- (c) la gravità, suddivisa in lieve (soddisfa solo un punto del Criterio B) e grave (2 o più punti del Criterio B e sintomi somatici multipli) (APA, 2013).

Vengono anche suggerite due scale per aiutare il clinico nella valutazione del Criterio A (il Patient Health Questionnaire PHQ-15) e del Criterio B (la Somatic Symptom Disorder Clinician Rated). La prevalenza del SSD, così come identificata secondo i criteri del DSM-5, non è nota e si stima sia attorno al 5-7% nella popolazione generale sulla base dei risultati dei dati esaminati sui 952 soggetti (Dimsdale et al., 2013). L'introduzione di caratteristiche psicologiche e

comportamentali è supportata dai risultati di studi che dimostrano che non sono i sintomi somatici in sé a determinare un aumento dei bisogni di assistenza sanitaria, ma piuttosto il modo in cui i pazienti interpretano i sintomi e i loro comportamenti di malattia (Rief et al., 2010). Un altro importante cambiamento tra il DSM-IV e il DSM-5 è la differenziazione tra la diagnosi di Ipocondria con sintomi somatici che va a rientrare nella diagnosi di SSD e quella in assenza di sintomi fisici che va a formare nuova categoria diagnostica, quella del Disturbo da ansia da malattia (Illness Anxiety Disorder [IAD]). È possibile fare diagnosi di IAD quando il soggetto mostra, da almeno 6 mesi, una persistente preoccupazione di aver contratto una malattia medica seria (Criterio A) in assenza o quasi di sintomi fisici (Criterio B). Inoltre, il soggetto mostra una relazione inversa fra livello di ansia e soglia di allarme sulla propria salute (Criterio C), e pertanto può oscillare fra comportamenti compulsivi di controllo e ispezione del corpo per scoprire i segni della malattia e comportamenti di evitamento di situazioni di tipo medico (visite, ospedali, ecc.) (Criterio D). A seconda della predominanza dell'uno o dell'altro si possono specificare i sottotipi di IAD "richiedente assistenza" (care-seeking type), caratterizzato dall'uso frequente di presidi sanitari, e "evitante l'assistenza" (care-avoidant type), caratterizzato dall'evitare medici, ospedali, esami, laboratori di analisi, ecc. a causa dell'aumento esponenziale di ansia (APA, 2013). Chi soffre di questo tipo di disturbi tende a ricercare con grande frequenza cure mediche, sottoponendosi alla valutazione di numerosi specialisti (Kring & Davison, 2013). Per molti pazienti con disturbo di somatizzazione l'ansia per la salute gioca un ruolo significativo (Rief et al., 2010, 2011) e una maggiore ansia per la salute predice la persistenza

dei disturbi somatoformi (McKenzie et al., 2010). Un'altra indagine basata sulla popolazione tedesca (German National Health Interview and Examination Survey-Mental Health Supplement; N = 4.181) ha mostrato che i soggetti con preoccupazioni irrealistiche per la malattia, rispetto ai soggetti senza preoccupazioni, presentavano maggiori comorbidità con condizioni mediche e con disturbi mentali, maggiori comportamenti di malattia e una minore qualità della vita correlata alla salute (Martin & Jacobi, 2006). Sorprendentemente alcuni studi hanno rilevato che attribuire la causa del proprio disagio fisico a problematiche psicologiche può indicare condizioni più invalidanti nei disturbi somatoformi (Rief et al. 2004). È stato riscontrato, inoltre, che la ruminazione, ossia l'eccessiva riflessione sui propri stati corporei, indica un maggiore bisogno di assistenza sanitaria nei pazienti che somatizzano (Rief et al., 2010). Le persone con questo tipo di disturbi possono essere perseguitate da potenti immagini mentali di sé stesse ammalate o morenti (Muse et al., 2010). La differenza principale tra il disturbo da sintomi somatici e quello di ansia di malattia è proprio la presenza di sintomi somatici, per questo motivo ci si aspetta che il disturbo da sintomi somatici sia tre volte più frequente del disturbo da ansia di malattia (Heller et al., 2013). Invece nel caso in cui il sintomo sia di origine neurologica, come nel caso di cecità o paralisi improvvise e non si riesca tramite gli accertamenti clinici a riconoscere una reale alterazione a livello degli organi o del sistema nervoso, si parla di Disturbo da conversione (o disturbo da sintomi neurologici funzionali) (Kring & Davison, 2013). Per fare diagnosi di disturbo da conversione è necessaria la presenza di uno o più sintomi di alterazione della funzione volontaria o sensoriale; i sintomi sono incompatibili con una condizione

medica riconosciuta e causano disagio significativo o compromissione del funzionamento oppure richiedono una valutazione medica (APA, 2013). I sintomi più comuni associati a questo disturbo sono: paralisi totale degli arti inferiori o superiori; convulsioni e alterazioni della condizione motoria; pizzicori o formicolio o brividi. La visione può subire compromissioni che vanno dalla cecità parziale o totale, alla visione a tunnel. In aggiunta l'afonia, ossia la perdita della voce, o l'anosmia, ossia la perdita dell'olfatto, possono essere due indicatori importanti di questo tipo di disturbo (ibidem). Nel caso dei disturbi di conversione, essendo le tecniche di neuroimaging dispendiose, risulta più complesso farvi affidamento per esaminare i sintomi espliciti (paralisi, distonie motorie, parestesie, afonie, disartrie) per distinguere una sindrome funzionale da una psicologica (Porcelli, 2014). Infine, il Disturbo Fittizio, che nel DSM-IV aveva una sezione a sé stante, nella nuova edizione viene fatto rientrare nei disturbi SSD-correlati. Una delle caratteristiche fondamentali di questo disturbo è la falsificazione o induzione da parte della persona di sintomi fisici o psicologici, ferite o malattie. Viene fatta una distinzione tra il danno fisico procurato a sé stesso o ad altri. Nel primo caso è la persona stessa a presentarsi come malata mentre nel secondo caso falsifica o induce sintomi in un'altra persona presentandola come malata (APA, 2013).

2.2 Cenni evolutivi dei disturbi psicosomatici

L'emozione e la regolazione delle emozioni sono state ritenute centrali nei sintomi somatici sin dall'introduzione del termine "somatizzazione" da parte di Stekel nel 1924 (Allen & Woolfolk, 2013; Stekel, 2013). Molti pazienti con molteplici sintomi somatici non associano i loro sintomi alle emozioni e questa mancanza di consapevolezza emotiva si associa a una difficoltà nella differenziazione dei

sintomi fisici (Burton et al., 2009; Subic-Wrana et al., 2010). In particolare, secondo l'approccio psicodinamico, sarebbe presente un deficit nella regolazione delle emozioni alla base della somatizzazione (Henningesen et al., 2007), ritenendo inoltre che i deficit derivino dalle prime esperienze di vita (Rief & Martin, 2014). Nei primi anni di vita, infatti, il caregiver primario funge da specchio per tutte le sensazioni corporee del neonato che assumono significato e vengono regolate proprio nella relazione con lei. Numerose esperienze di rispecchiamento permettono al bambino di integrare i propri aspetti corporei e quelli psicologici anche al di fuori della relazione con la figura di attaccamento. In questo senso le prime relazioni primarie sono fondamentali per permettere al bambino di interpretare correttamente e quindi regolare i propri stati corporei (Baldoni, 2010). Le teorie moderne sulla gestione del dolore sottolineano la stretta associazione tra la regolazione emozionale, il controllo del dolore e il potere delle emozioni negative di rafforzare i sintomi somatici già presenti (Schweinhardt et al., 2008). Una recente ricerca indica che la riduzione delle emozioni negative predice una riduzione del dolore, soprattutto dopo un periodo di forti emozioni negative (Connelly et al., 2007). Sulla base dei dati presentati risulta evidente l'importanza della regolazione affettiva nello sviluppo e nel mantenimento dei disturbi psicosomatici. Le teorie della regolazione emotiva pongono la regolazione dell'affetto come punto fondamentale per lo sviluppo della capacità di adattamento (Hill, 2017). L'affetto, infatti, è essenziale in quanto regola le nostre azioni, permette di entrare in contatto con la propria esperienza e con quella degli altri e di guidare i processi attentivi. Il funzionamento adattivo è stato-dipendente, ossia è legato alla possibilità di sostare in uno stato affettivo regolato, in cui

potersi sentire sicuri, disponibili all'esplorazione e all'interconnessione con gli altri. La capacità di regolazione affettiva tende a passare dal caregiver nelle relazioni di attaccamento (Hill, 2017). È importante distinguere tra due tipi di affetto: primario e secondario o categoriale. L'affetto primario è la rappresentazione somatica dello stato dell'organismo (ibidem). Si tratta quindi di una attivazione fisiologica che produce una sensazione che può essere positiva o negativa a seconda del tipo di arousal. La sensazione di dispiacere o piacere dipende necessariamente da stati positivi e negativi di iperarousal o ipoarousal. Gli affetti primari sono importanti indicatori di tutto quello che riguarda il non verbale legato allo stato del corpo: per esempio, nel caso di accelerazione del battito cardiaco verrà registrato immediatamente un affetto di iperarousal. La regolazione dell'affetto diventa in questo modo essenziale al fine di regolare tutto il corpo. Gli affetti categoriali si rifanno al concetto noto di emozioni, in particolare a quelle identificate da Darwin (1872): vergogna, tristezza, gioia, rabbia, sorpresa, paura, disgusto (Ekman & Friesen, 1975). Questi sette affetti categoriali sono comuni a tutte le culture e questo è indicativo del ruolo che hanno per la sopravvivenza e, a differenza degli affetti primari, sono indicativi dell'intensità della sensazione provata, permettendo una differenziazione all'interno degli stati di ipoarousal e iperarousal. Per esempio la rabbia può essere espressa attraverso termini come "irritato", "incollerito", "rabbioso", "seccato", ognuno dei quali da una sfumatura diversa alla stessa sensazione (Hill, 2017). Gli affetti secondari permettono di dare un'interpretazione cognitivo-affettiva a un'esperienza somatica. Entrambi sono fondamentali per l'adattamento all'ambiente e dalla loro regolazione dipende la capacità di

interpretare e regolare le sensazioni somatiche esperite. In risposta a perturbazioni emotive diverse componenti della regolazione emotiva, come le valutazioni, la tendenza all'azione o l'eccitazione, vengono continuamente aggiornate e regolate in base a criteri interni (ad esempio, propriocettivi) ed esterni (ad esempio, norme culturali, socializzazione). Numerosi pazienti con SSD presentano gravi difficoltà nell'identificazione dei sentimenti e nella capacità di discriminarli dalle sensazioni corporee che si accompagnano all'attivazione emotiva. Quando accade questa incapacità di integrazione tra l'aspetto psichico e quello fisico si assiste a un'incapacità nell'integrazione tra quelli che sono gli affetti primari e secondari. I mutamenti che hanno luogo nel corpo quando stimoli esterni o interni producono attivazioni fisiologiche non vengono quindi integrati nel cervello in una rappresentazione che sia in grado di riflettere lo stato del corpo e quello mentale che lo accompagna (Schore, 2010). La regolazione affettiva e quindi anche la capacità di integrazione tra questi due aspetti si sviluppa nel neonato principalmente sulla base delle sue caratteristiche temperamentali e nella relazione con la figura di attaccamento e poi nel corso del tempo sulla base di numerosi fattori sociali e ambientali (Taylor et al., 2000). Per esempio, nel momento in cui il bambino piange per angoscia, questa è trasmessa all'adulto attraverso modalità comunicative puramente corporee; è poi l'adulto a restituire al bambino una codifica affettiva delle emozioni corporee, permettendogli nel corso dello sviluppo di apprendere a differenziare da solo i diversi stati mentali correlati alle attivazioni fisiologiche (ibidem).

Nel prossimo capitolo si andrà a trattare la mentalizzazione intesa come sistema di regolazione affettiva, approfondendo il suo ruolo all'interno della funzione

genitoriale e dei disturbi psicosomatici. La capacità di regolazione degli affetti è essenziale per la crescita e per l'integrazione del Sé. La sua acquisizione dipende in parte dal legame con le figure di attaccamento primarie. Nel caso dei disturbi psicosomatici possiamo assistere a una inibizione di questa competenza e quindi a una difficoltà nell'integrazione della propria esperienza affettiva e nella comprensione di quella di un altro.

CAPITOLO 3

LA MENTALIZZAZIONE

3.1 Mentalizzazione: definizione

Il concetto di mentalizzazione fa riferimento alla capacità di percepire sé stessi e gli altri in termini di stati mentali (Fonagy et al., 1991). È stata definita da Bateman e Fonagy (2004) come “il processo mentale attraverso cui un individuo interpreta implicitamente o esplicitamente, le azioni proprie o degli altri come aventi un significato sulla base di stati mentali intenzionali”, ossia sulla base di desideri, motivazioni, credenze, obiettivi ed emozioni che segnalano un'intenzione, precedono e predicano un'azione. La capacità di distinguere le nostre intenzioni e quelle degli altri presenta un forte vantaggio evolutivo: a livello individuale permette di sostenere la competizione tra diversi individui al fine di raggiungere uno scopo; a livello di società permette di cooperare insieme al fine di raggiungere il medesimo scopo (Fonagy & Target, 2006). Mentalizzare comporta una componente autoriflessiva (relativa alle rappresentazioni di sé stessi) ed una interpersonale (legata alla rappresentazione degli altri) (Lüdemann et al., 2021). Non si tratta di un'attività statica, ma dinamica che può cambiare nel tempo e che si sviluppa principalmente a partire dalla relazione con i caregiver primari. Diversi studi sottolineano una stretta correlazione tra un attaccamento sicuro ed una buona capacità di mentalizzare (Fonagy & Target, 1997; Riem et al., 2018). Nel corso dello sviluppo altre esperienze possono sostenere lo sviluppo di questa capacità, tra cui relazioni significative con coetanei, insegnanti o altri adulti (Luyten, Nijssens, Fonagy, & Mayes, 2017). Si tratta di una capacità cruciale per

la regolazione affettiva e lo sviluppo di un Sé integrato, in quanto contribuisce a formare un'idea di sé e degli altri come comprensibili e prevedibili (Fonagy & Luyten, 2009; Morel & Papouchis, 2015).

3.2 Mentalizzazione come processo essenziale alla base della funzione genitoriale

La mentalizzazione è stata molto studiata in relazione alle teorie dell'attaccamento per via dei numerosi studi che dimostrano la presenza di una forte associazione tra una buona capacità di mentalizzazione materna ed un attaccamento sicuro (Fonagy et al., 1991). Il mantenimento della relazione di attaccamento passa attraverso la modalità con la quale il bambino regola i propri affetti (Cassidy, 1994). L'espressione emotiva, per esempio quella negativa, è un segnale importante che serve per richiamare l'attenzione del caregiver di modo da ricevere cure e sostegno (Bowlby, 1982). I bambini con un attaccamento sicuro hanno sperimentato una figura di attaccamento sensibile, protettiva e soprattutto emotivamente accessibile. Queste esperienze di sintonizzazione, sono possibili grazie alla capacità della madre di comprendere e accogliere le richieste del bambino, riempiendole di significato e gli permettono di sviluppare un'espressione emotiva aperta e flessibile (Waller & Scheidt, 2006). Al contrario bambini con attaccamento insicuro hanno in qualche modo vissuto una non accettazione e comprensione dei propri bisogni da parte del caregiver, che considerano quindi inaccessibile. Questi bambini si formano, nel corso del tempo, un'aspettativa di sé come non degno di amore e dei suoi bisogni come inappagabili. A causa di questa aspettativa farà ricorso a strategie di regolazione alternative, che consistono principalmente o nella repressione totale dei propri

sentimenti o ad amplificarli in maniera eccessiva (ibidem). Entrambe queste modalità, se applicate in modo rigido, possono diventare disfunzionali e portano a delle compromissioni nelle relazioni interpersonali. Al riguardo in uno studio con alcuni adolescenti è stato riscontrato che la sicurezza dell'attaccamento era correlata con l'espressione non verbale delle emozioni, mentre uno stato di attaccamento evitante era associato all'inibizione dell'espressione emotiva (Spangler & Zimmermann, 1999). In sintesi, le risposte mimiche degli adolescenti non corrispondevano alla loro esperienza emotiva auto-riferita (ibidem). La mentalizzazione materna può essere operazionalizzata tramite due costrutti diversi: la funzione riflessiva genitoriale (Fonagy et al., 1991; Fonagy & Target, 1998) e la mind mindedness (Meins, 1997). La prima fa riferimento alla capacità del genitore di riflettere sulla propria esperienza mentale e su quella del proprio bambino per comprenderne il comportamento alla luce degli stati mentali e delle intenzioni sottostanti (Venuti et al., 2018). Elizabeth Meins (1999) ha poi introdotto il costrutto di mind mindedness materna intesa come la propensione del genitore a trattare il proprio bambino come un individuo con una mente, capace quindi di comportamento intenzionale (Laranjo et al., 2014; Meins & Fernyhough, 1999). Rosenblum e colleghi (2008) hanno proposto che la mind-mindedness (MM) possa essere considerata un tipo di funzionamento riflessivo in azione, ossia che si differenzi dalla funzione riflessiva (RF) per il fatto di basarsi non circa le riflessioni del caregiver sulle motivazioni e i desideri del bambino ma sui commenti spontanei che questo fa sugli stati mentali del bambino (Rosenblum et al., 2008). Inoltre si tratta dell'unica misura di mentalizzazione che può essere valutata dall'interazione genitore-bambino dal vivo (ibidem). D'altra parte le

capacità riflessive sono alla base delle relazioni sociali e quindi della nostra sopravvivenza, in quanto permettono di andare a fondo del comportamento per cogliere l'esperienza mentale sottostante. Un bambino per arrivare a una piena mentalizzazione deve comprendere che i contenuti della sua mente non sono altro che rappresentazioni di pensieri e sentimenti e che la realtà che vive lui potrebbe essere molto diversa da quella esperita da un altro (Fonagy & Target, 1997). Per poter entrare nell'esperienza di un altro uno deve in parte uscire dal proprio punto di vista, prendere in considerazione che le proprie idee e i propri sentimenti non sono anche quelli di un altro e che quindi non definiscono qualcosa di oggettivamente reale e valido per tutti (Slade, 2005). Lo sviluppo di questa consapevolezza avviene sempre grazie alla relazione con il caregiver in cui si formano i primi simboli grazie ai quali il bambino, col tempo, riesce a costruirsi una rappresentazione di sé (Fonagy et al., 2002). Il genitore entra nell'esperienza del bambino sottolineando o "simboleggiando" il suo stato mentale, in questo modo restituisce al bambino una rappresentazione simbolica di quello che sta vivendo così che lui la possa a sua volta fare propria (Slade, 2005). La capacità del genitore di accogliere e comprendere la natura e la funzione degli stati mentali del bambino permette di generare nel bambino stesso un'esperienza di comfort e di sicurezza (ibidem). Il bisogno di sicurezza del bambino, infatti, non comprende unicamente un bisogno di prossimità fisica e quindi di una risposta comportamentale del genitore, ma diventa soprattutto esigenza di un significato (Venuti et al., 2018). Un genitore con una buona capacità di mentalizzazione permette al bambino di sperimentare un accudimento sensibile, modulato dai continui tentativi del caregiver di

comprendere i suoi stati mentali e il suo comportamento come risultato di questi (Laranjo et al., 2014). All'opposto compromissioni a livello di funzione riflessiva genitoriale sono associate alla formazione nel bambino di un'aspettativa negativa riguardo alla disponibilità del genitore e ad un'idea di sé come non meritevole di bene (Slade, 2005). Durante il corso dello sviluppo il bambino scopre sempre di più la propria mente e coltiva una comprensione del mondo psicologico proprio in funzione del grado di sintonizzazione sperimentato nella relazione con i caregiver primari. Schore (1994, 2012) descrive la sintonizzazione come una sincronicità di stati affettivi; questa sincronicità genera una risonanza affettiva condivisa che amplifica l'esperienza (Hill, 2017). Anche gli affetti che hanno una tonalità negativa, se condivisi all'interno di una relazione di sintonizzazione tale in cui si fa l'esperienza di essere sentiti, compresi, accettati e accuditi, lasciano posto anche ad un vissuto positivo (ibidem). La funzione di rispecchiamento della madre, e quindi l'idea che il bambino possa vedere se stesso *negli occhi della madre*, (Winnicott, 1971) è al centro della teoria della mentalizzazione dello sviluppo ottimale e della patogenesi. La madre grazie a questa capacità rappresentativa è in grado di verbalizzare con una certa accuratezza gli stati mentali del bambino. D'altra parte il piccolo impara, in questo processo di rispecchiamento continuo, a riconoscere, nominare e regolare i propri affetti. Slade e colleghi (2005) utilizzano l'espressione *mind the baby* ("tenere a mente il bambino") per descrivere questa competenza materna (Hill, 2017).

3.3 Disturbi psicosomatici: condizioni in cui la mentalizzazione è inibita

Un numero sempre in crescita di ricercatori di diverse prospettive teoriche mette in luce la centralità dei deficit nella regolazione affettiva all'interno della

definizione e delle teorie riguardanti i disturbi da sintomi somatici (Waller & Scheidt, 2006). L'assenza di esperienza emotiva, per esempio, è una caratteristica descrittiva fondamentale che si ritrova nella definizione data da Lipowski (1987) di somatizzazione, in cui sottolinea come i pazienti affetti da un disturbo psicosomatico sperimentino e comunichino principalmente un disagio di tipo somatico, non psicologico, e cerchino aiuto unicamente per questi sintomi. Questa tendenza è riscontrabile anche in molti altri disturbi come quelli d'ansia o depressivi in cui le persone lamentano sintomi corporei piuttosto che affettivi, anche quando questi sono evidenti (Bridges & Goldberg, 1985; Delfstra & van Rooij, 2015). È possibile riscontrare, quindi, una difficoltà in particolare nei pazienti con SSD a riconoscere problemi emotivi e conflitti psicologici. Le teorie psicodinamiche della somatizzazione si riferiscono alla scarsa regolazione degli affetti come meccanismo alla base o causa di sintomi inspiegabili dal punto di vista medico. In alcune di queste teorie viene messa in luce la natura difensiva di questi disturbi e del processo di somatizzazione in sé (per esempio da affetti angoscianti legati a conflitti interiori) (Taylor et al., 2000; Waller & Scheidt, 2006). In altre teorie vengono visti come il risultato di disturbi nell'esperienza cosciente degli affetti che emergono come conseguenza di esperienze traumatiche o di fallimenti precoci dell'attaccamento (Krystal, 1997; Riem et al., 2018). A metà degli anni '70 è stato osservato che le persone affette da malattie psicosomatiche hanno difficoltà nel descrivere ed esprimere le proprie emozioni. È possibile, in parte, afferire queste difficoltà affettive a una scarsa capacità di mentalizzazione (Steinbrecher et al., 2011). Alcune evidenze mettono in rilievo un'associazione tra i deficit di mentalizzazione e l'errata interpretazione degli stati corporei. Ad

esempio gli individui con problemi di mentalizzazione possono interpretare erroneamente le sensazioni fisiche come stati emotivi negativi (Spaans et al., 2009). Diversi autori suggeriscono come queste limitate capacità del soggetto nell'utilizzare meccanismi cognitivi adeguati per comprendere e regolare le emozioni li porta a concentrarsi, amplificare e interpretare in modo errato le sensazioni corporee che accompagnano l'eccitazione emotiva (Spaans et al., 2009). Questo, a sua volta, può portare a un eccessivo attaccamento alle spiegazioni biologiche della malattia e alla negazione di possibili fattori psicosociali (Allen et al., 2008; Delfstra e van Rooij, 2015). Si assiste ad un'incapacità nel collegare i sentimenti emotivi agli stati corporei, quindi ad una mancata integrazione tra l'attivazione fisiologica sperimentata e il vissuto emotivo e psichico (Fonagy & Luyten, 2009; Spaans et al., 2009). Gli approcci psicanalitici tradizionali hanno messo in evidenza l'importanza dell'*embodied mentalization*, cioè la capacità di riflettere sugli impulsi e le sensazioni corporee nei pazienti con disturbo da sintomi somatici (Mauder & Hunter, 2008; Taylor et al., 2010). Le alterazioni della mentalizzazione (*embodied*) nei pazienti con SSD sono viste come deficit della consapevolezza emotiva, in parte anche come conseguenza e non causa di questi disturbi e soprattutto legati a situazioni interpersonali che comportano un'elevata eccitazione o stress (Luyten et al., 2012). È possibile pensare ai sintomi somatici come a un "attacco" alla capacità di riflettere e di pensare al corpo non come qualcosa di estraneo e scollegato dalla persona ma profondamente connesso alla sfera affettiva e psichica e quindi su cui si può esercitare un qualche controllo. Diversi studi hanno dimostrato l'esistenza di una relazione negativa tra lo stress, i livelli di eccitazione e la capacità di

mentalizzazione (Fonagy & Luyten, 2009). Alti livelli di stress sono associati a una compromissione della regolazione degli affetti e dello stress stesso.

3.4 Possibili influenze dei disturbi psicosomatici nel parenting

Gli studi riportati hanno messo in luce come deficit di mentalizzazione possono essere alla base dello sviluppo dei disturbi psicosomatici (Riem et al., 2018). I pazienti con questo tipo di disturbo presentano, infatti, delle difficoltà nel descrivere e interpretare le sensazioni corporee che li portano a negare o non riconoscere i possibili fattori psicologici alla base o legati ai disturbi fisici. Secondo la prospettiva dell'*embodied simulation* di Gallese gli stati mentali delle altre persone sono rappresentati attraverso la simulazione mentale di queglii stati, cercando di adottare la prospettiva dell'altro e di fare corrispondere i propri stati mentali con i suoi (Gallese et al., 2004). In quest'ottica le abilità coinvolte nella comprensione di sé e degli altri sono interconnesse (Riem et al., 2018). Di conseguenza difficoltà nella comprensione dei propri stati emotivi e corporei sono legati all'incapacità di assumere la prospettiva degli altri (Moriguchi et al., 2006). Parallelamente abilità di mentalizzazione risultano importanti per la messa in atto di comportamenti di cura adeguati, infatti permettono la sintonizzazione tra gli stati mentali del caregiver e quelli del bambino: processo importante per lo sviluppo socio-affettivo di quest'ultimo (Venuti et al., 2018). Nel momento in cui la mentalizzazione è inibita o deficitaria, il caregiver non riesce a farsi carico dell'esperienza corporea del bambino e a restituirla attraverso il canale verbale dopo averla integrata con gli aspetti affettivi ed emotivi sottostanti (ibidem). I risultati di una recente metanalisi mostrano, inoltre, il contributo unico delle misure di mentalizzazione sulla previsione dell'attaccamento e quindi come

una scarsa capacità di mentalizzazione del genitore possa portare allo sviluppo di un attaccamento insicuro nel bambino (Riem et al., 2018). Si pensa che la mentalizzazione possa avere un ruolo come mediatore nell'associazione tra un tipo di attaccamento insicuro e il grado di somatizzazione riferita dai pazienti con SSD, in particolare quelli con MUS (ibidem) . La gravità dei sintomi somatici è correlata alla difficoltà nell'identificare e nel comprendere i propri sentimenti e quelli altrui. Alla luce di quanto indagato si può ipotizzare che, nel caso in cui il genitore sia affetto da SSD possa presentare un'inibizione di questa capacità e che quindi possa mostrare difficoltà nell'interpretare correttamente i bisogni del bambino e nel mettere in atto risposte adeguate. Purtroppo ad oggi, sono stati effettuati pochi studi che dimostrano questa correlazione, nonostante la capacità di mentalizzazione sia fondamentale per la relazione madre-bambino e per la formazione di un Sé coeso e integrato (Hill, 2017).

DISCUSSIONE

Questo elaborato si è focalizzato sull'analisi del costrutto di mentalizzazione, andando ad approfondire il suo ruolo all'interno di due ambiti principali: la funzione genitoriale e i disturbi psicosomatici. I diversi studi presi in esame hanno evidenziato una forte implicazione di questa capacità del genitore nel percorso di crescita e adattamento del bambino (Laranjo et al., 2014) e di quanto possa essere compromessa negli individui che presentano un disturbo da sintomi somatici e correlati (Waller & Scheidt, 2006). È possibile quindi supporre che la presenza di un disturbo psicosomatico nel genitore possa avere effetti sulla messa in atto di comportamenti di cura adeguati sullo sviluppo del bambino stesso. In particolare, si ipotizza che questo possa essere dovuto a deficit di mentalizzazione. Le ricerche riportate rimarcano l'influenza dei deficit nella regolazione affettiva all'interno dei processi di somatizzazione e del carico di questi disturbi all'interno dell'intero sistema sanitario (Porcelli, 2009). L'importanza dell'acquisizione di una buona regolazione degli affetti rende necessaria l'indagine sempre più approfondita di questi disturbi in cui può essere deficitaria, soprattutto nel contesto della funzione genitoriale e delle interazioni genitore-bambino, data l'influenza che queste ultime hanno sullo sviluppo del bambino stesso. L'inibizione della mentalizzazione nel genitore può presentare infatti un fattore di rischio per lo sviluppo della capacità di regolazione affettiva nel bambino e quindi una mancata integrazione tra le attivazioni fisiologiche e gli affetti sottostanti (Slade, 2005). Le strategie di regolazione sono inizialmente fornite dal caregiver e solo in un secondo momento vengono interiorizzate dal bambino. Il genitore attraverso la verbalizzazione e il riconoscimento degli stati

mentali del bambino, funge da specchio permettendo a lui di riconoscersi e dare un nome a ciò che prova in modo sempre più autonomo (Venuti et al., 2018). Un esempio dell'importanza di questo è dato dal fatto che già dopo il primo anno di vita la qualità del dialogo verbale del caregiver sugli stati mentali (e in particolare sulle emozioni) ha un effetto sulla capacità dei bambini di rappresentare e parlare verbalmente delle emozioni (Harris, 1999; Nelson, 1999). In questa relazione di sintonizzazione il bambino acquisisce anche uno stile di attaccamento. Diversi studi riportano un'associazione tra uno stile di attaccamento insicuro e la gravità dei sintomi somatici (Lüdemann et al., 2021) . La mancata azione regolatoria svolta dalla figura di attaccamento primaria può portare il bambino a mettere in atto forme di autoregolazione, che nel corso dello sviluppo possono portare a difficoltà nelle relazioni interpersonali e nelle capacità relazionali in generale (Bretherton, 1990). I risultati di uno studio condotto da Fonagy e colleghi (1997) mostrano una chiara connessione tra le prime esperienze di attaccamento, la rappresentazione di sé e la regolazione degli affetti (Fonagy & Target, 1997). Gli individui con alti livelli di somatizzazione sembrano avere problemi nel rappresentare mentalmente le emozioni e questo, a sua volta, può risultare in una manifestazione implicita di esse, vale a dire in una esperienza fisiologica di quelle emozioni non accompagnata dal sentimento cosciente delle stesse (Duddu et al., 2006; Subic-Wrana et al., 2010). Nel contesto della funzione genitoriale questa incapacità può portare a difficoltà nel comprendere e accogliere i bisogni del bambino e nel mettere in atto delle risposte adeguate, andando a generare degli effetti a cascata sullo sviluppo del bambino.

Da questo elaborato emerge la necessità di svolgere sempre più studi che mettano in relazione le tematiche sollevate fino a qui così da approfondire l'impatto dei disturbi psicosomatici sulla genitorialità e mettere in atto strategie di prevenzione per i possibili disturbi dello sviluppo nel bambino.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M. D. S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation / Mary D. Salter Ainsworth ... et al.!* Lawrence Erlbaum associates.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. F. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In *The integration of a child into a social world* (pagg. 99–135). Cambridge University Press.
- Allen, L. A., & Woolfolk, R. L. (2013). Somatization and Conversion Disorders. In *The Wiley Handbook of Cognitive Behavioral Therapy* (pagg. 505–524). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118528563.wbcbt22>
- Allen: *Somatization and Conversion Disorders*—Google Scholar. (s.d.). Recuperato 30 luglio 2022, da https://scholar.google.com/scholar_lookup?hl=en&publication_year=2013&author=LA+Allen&author=RL+Woolfolk&title=Somatization+and+conversion+disorder
- Attili, G. (2007). *Attaccamento e costruzione evolutiva della mente: Normalità, patologia, terapia / Grazia Attili*. Cortina.
- Baldoni, F. (2010). *La prospettiva psicosomatica: Dalla teoria alla pratica clinica / Franco Baldoni*. Il mulino.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1994). Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*, 11(2), 127–165. <https://doi.org/10.1037/h0079530>

- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1998). Co-constructing inner and relational processes: Self- and mutual regulation in infant research and adult treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 15(4), 480–516. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.15.4.480>
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2003). *Infant research e trattamento degli adulti: Un modello sistemico-diadico delle interazioni / Beatrice Beebe, Frank M. Lachmann*. R. Cortina.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55(1), 83–96. <https://doi.org/10.2307/1129836>
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.
- Bretherton, I. (1990). Communication patterns, internal working models, and the intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 237–252. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199023\)11:3<237::AID-IMHJ2280110306>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199023)11:3<237::AID-IMHJ2280110306>3.0.CO;2-X)
- Bridges, K. W., & Goldberg, D. P. (1985). Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *Journal of psychosomatic research*, 29(6), 563–569.
- Burton, C., Weller, D., & Sharpe, M. (2009). Functional somatic symptoms and psychological states: An electronic diary study. *Psychosomatic Medicine*, 71(1), 77–83. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31818f2acb>
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 228–249.

- Colletta, N. D. (1979). The impact of divorce: Father absence or poverty? *Journal of Divorce*, 3(1), 27–35. https://doi.org/10.1300/J279v03n01_03
- Connelly, M., Keefe, F. J., Affleck, G., Lumley, M. A., Anderson, T., & Waters, S. (2007). Effects of day-to-day affect regulation on the pain experience of patients with rheumatoid arthritis. *Pain*, 131(1–2), 162–170. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.01.002>
- Cramer, B., Robert-Tissot, C., Stern, D. N., Serpa-Rusconi, S., De Muralto, M., Besson, G., Palacio-Espasa, F., Bachmann, J.-P., Knauer, D., & Berney, C. (1990). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: A preliminary report. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 278–300.
- Delfstra, G., & van Rooij, W. (2015). Dynamic Interpersonal Therapy (DIT): Application in the treatment of medically unexplained somatic symptoms. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 29(2), 171–181. <https://doi.org/10.1080/02668734.2015.1036105>
- Dimsdale, J. E., Creed, F., Escobar, J., Sharpe, M., Wulsin, L., Barsky, A., Lee, S., Irwin, M. R., & Levenson, J. (2013). Somatic Symptom Disorder: An important change in DSM. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(3), 223–228. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.06.033>
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1975). *Unmasking the face: A guide to recognizing emotions from facial clues / Paul Ekman and Wallace V. Friesen*. Prentice-Hall.
- Escobar, J. I., Waitzkin, H., Silver, R. C., Gara, M., & Holman, A. (1998). Abridged somatization: A study in primary care. *Psychosomatic medicine*, 60(4), 466–472.

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self* (pagg. xiii, 577). Other Press.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355–1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62(5), 891–905. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01578.x>
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and psychopathology*, 9, 679–700. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001399>
- Fonagy, P., & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(1), 87–114. <https://doi.org/10.1080/10481889809539235>
- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 544–576. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.6.544>
- Frances, A., & Chapman, S. (2013). DSM-5 somatic symptom disorder mislabels medical illness as mental disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(5), 483–484.

- Freud, S., & Colorni, R. (1975). *Al di là del principio del piacere: 1920 / Sigmund Freud ; [traduzione di Anna Maria Marietti e Renata Colorni]*. Boringhieri.
- Gallese, V., Keysers, C., & Rizzolatti, G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 8(9), 396–403.
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.07.002>
- George, C., & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. In *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pagg. 649–670). The Guilford Press.
- Gianino, A., & Tronick, E. Z. (1988). The mutual regulation model: The infant's self and interactive regulation and coping and defensive capacities. In *Stress and coping across development* (pagg. 47–68). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Harris, P. L. (1999). Individual differences in understanding emotion: The role of attachment status and psychological discourse. *Attachment & Human Development*, 1(3), 307–324.
<https://doi.org/10.1080/14616739900134171>
- Henningsen, P., Zipfel, S., & Herzog, W. (2007). Management of functional somatic syndromes. *Lancet (London, England)*, 369(9565), 946–955.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60159-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60159-7)
- Hill, D. (2017). *Teoria della regolazione affettiva: Un modello clinico / Daniel Hill ; edizione italiana a cura di Renata Tambelli*. Raffaello Cortina.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition* (pagg. xviii, 284). Basic Books.

- Konnopka, A., Schaefert, R., Heinrich, S., Kaufmann, C., Lupp, M., Herzog, W., & König, H.-H. (2012). Economics of medically unexplained symptoms: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*, *81*(5), 265–275.
- Kring, A. M., & Davison, G. (2013). *Psicologia clinica / Ann M. Kring ... [Et al.]* (4. ed. italiana condotta sulla 12 ed. americana). Zanichelli.
- Kroenke, K., & Price, R. K. (1993). Symptoms in the community: Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Archives of internal medicine*, *153*(21), 2474–2480.
- Krystal, H. (1997). Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma. *Psychoanalytic Inquiry*, *17*(2), 126–150.
<https://doi.org/10.1080/07351699709534116>
- Laranjo, J., Bernier, A., Meins, E., & Carlson, S. (2014). The roles of maternal mind-mindedness and infant security of attachment in predicting preschoolers' understanding of visual perspective taking and false belief. *Journal of experimental child psychology*, *125C*, 48–62.
<https://doi.org/10.1016/j.jecp.2014.02.005>
- Lüdemann, J., Rabung, S., & Andreas, S. (2021). Systematic Review on Mentalization as Key Factor in Psychotherapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(17), 9161.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18179161>
- Luyten, P., van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2012). A mentalization-based approach to the understanding and treatment of

- functional somatic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(2), 121–140. <https://doi.org/10.1080/02668734.2012.678061>
- Main, M., & Goldwyn, R. (1984). Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own experience: Implications for the abused-abusing intergenerational cycle. *Child Abuse & Neglect*, 8(2), 203–217. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(84\)90009-7](https://doi.org/10.1016/0145-2134(84)90009-7)
- Manzano, J., Palacio-Espasa, F., & Zilkha, N. (2001). *Scenari della genitorialità: La consultazione genitori-bambino / Juan Manzano, Francisco Palacio Espasa, Nathalie Zilkha*. Cortina.
- Martin, A., & Jacobi, F. (2006). Features of hypochondriasis and illness worry in the general population in Germany. *Psychosomatic Medicine*, 68(5), 770–777. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000238213.04984.b0>
- Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2008). Attachment relationships as determinants of physical health. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36(1), 11–32. <https://doi.org/10.1521/jaap.2008.36.1.11>
- McKenzie, M., Clarke, D. M., McKenzie, D. P., & Smith, G. C. (2010). Which factors predict the persistence of DSM-IV depression, anxiety, and somatoform disorders in the medically ill three months post hospital discharge? *Journal of Psychosomatic Research*, 68(1), 21–28. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.08.004>
- Meins, E. (1997). *Security of attachment and the social development of cognition* (pagg. xii, 177). Psychology Press/Erlbaum (UK) Taylor & Francis.

- Meins, E., & Fernyhough, C. (1999). Linguistic acquisitional style and mentalising development: The role of maternal mind-mindedness. *Cognitive Development, 14*(3), 363–380. [https://doi.org/10.1016/S0885-2014\(99\)00010-6](https://doi.org/10.1016/S0885-2014(99)00010-6)
- Morel, K., & Papouchis, N. (2015). The Role of Attachment and Reflective Functioning in Emotion Regulation. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 63*(4), NP15–NP20. <https://doi.org/10.1177/0003065115602447>
- Moriguchi, Y., Ohnishi, T., Lane, R. D., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., Matsuda, H., & Komaki, G. (2006). Impaired self-awareness and theory of mind: An fMRI study of mentalizing in alexithymia. *NeuroImage, 32*(3), 1472–1482. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2006.04.186>
- Muse, K., McManus, F., Hackmann, A., Williams, M., & Williams, M. (2010). Intrusive imagery in severe health anxiety: Prevalence, nature and links with memories and maintenance cycles. *Behaviour research and therapy, 48*(8), 792–798.
- Nelson, K. (1999). Event representations, narrative development and internal working models. *Attachment & Human Development, 1*(3), 239–252. <https://doi.org/10.1080/14616739900134131>
- Nuckolls, K. B., Cassel, J., & Kaplan, B. H. (1994). *Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy* (pag. 97). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511759048.007>
- Porcelli, P. (2009). *Medicina psicosomatica e psicologia clinica: Modelli teorici, diagnosi, trattamento / Piero Porcelli*. Raffaello Cortina.

- Porcelli, P. (2014). I disturbi di somatizzazione nel DSM-5. *Psicoterapia e scienze umane*.
- Rief, W., & Martin, A. (2014). How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: A critical evaluation and a proposal for modifications. *Annual Review of Clinical Psychology*, *10*, 339–367. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153745>
- Rief, W., Mewes, R., Martin, A., Glaesmer, H., & Braehler, E. (2010). Are psychological features useful in classifying patients with somatic symptoms? *Psychosomatic Medicine*, *72*(7), 648–655. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181d73fce>
- Rief, W., Mewes, R., Martin, A., Glaesmer, H., & Brähler, E. (2011). Evaluating new proposals for the psychiatric classification of patients with multiple somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, *73*(9), 760–768. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318234eff6>
- Riem, M. M. E., Doedée, E. N. E. M., Broekhuizen-Dijksman, S. C., & Beijer, E. (2018). Attachment and medically unexplained somatic symptoms: The role of mentalization. *Psychiatry Research*, *268*, 108–113. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.056>
- 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*, *29*(4), 362–376. <https://doi.org/10.1002/imhj.20184>

- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Models of development and developmental risk. In *Handbook of infant mental health, 2nd ed* (pagg. 3–19). The Guilford Press.
- Schore, A. N. (2010). *I disturbi del sé: La disregolazione degli affetti / Allan N. Schore ; introduzione di Roberto Speciale-Bagliacca*. Astrolabio.
- Schweinhardt, P., Kalk, N., Wartolowska, K., Chessell, I., Wordsworth, P., & Tracey, I. (2008). Investigation into the neural correlates of emotional augmentation of clinical pain. *NeuroImage*, *40*(2), 759–766.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2007.12.016>
- Simonelli, A. (2014). *La funzione genitoriale: Sviluppo e psicopatologia / a cura di Alessandra Simonelli*. Raffaello Cortina.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, *7*(3), 269–281.
<https://doi.org/10.1080/14616730500245906>
- 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.
- Spangler, G., & Zimmermann, P. (1999). Attachment representation and emotion regulation in adolescents: A psychobiological perspective on internal working models. *Attachment & Human Development*, *1*(3), 270–290.
<https://doi.org/10.1080/14616739900134151>

- Steinbrecher, N., Koerber, S., Frieser, D., & Hiller, W. (2011). The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*, 52(3), 263–271. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2011.01.007>
- Stekel, W. (2013). *Conditions of nervous anxiety and their treatment*. Routledge.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life / Daniel N. Stern*. W.W. Norton & Co.
- Stevenson-Hinde, J. (1990). Attachment within family systems: An overview. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 218–227. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199023\)11:3<218::AID-IMHJ2280110304>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199023)11:3<218::AID-IMHJ2280110304>3.0.CO;2-1)
- 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. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181d35e83>
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (2000). *I disturbi della regolazione affettiva: L'alessitimia nelle malattie somatiche e psichiatriche / Graeme J. Taylor, R. Michael Bagby, James D. A. Parker ; edizione italiana a cura di Mario Speranza*. G. Fioriti.
- Tronick, E. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children* (pagg. xii, 571). W W Norton & Co.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44(2), 112–119. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.112>

Venuti, P., Rigo, P., & Simonelli, A. (2018). *Basi biologiche della funzione genitoriale: Condizioni tipiche e atipiche* / Paola Venuti, Alessandra Simonelli, Paola Rigo. R. Cortina.

Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 13–24. <https://doi.org/10.1080/09540260500466774>

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality* (pagg. xiv, 194). Penguin.