



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL  
COMPORTAMENTO

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

**IL LESSICO EMOTIVO NEL DISTURBO NEUROLOGICO  
FUNZIONALE: uno studio in età evolutiva**

RELATORE:

CHIAR.MA PROF.SSA LOCATI FRANCESCA

CORRELATORE:

PROF. PROVENZI LIVIO

Tesi di Laurea di  
RUGGERI ROSA  
542745

Anno Accademico 2024/205

## **INDICE**

<b>ABSTRACT .....</b>	<b>4</b>
<b>CAPITOLO I .....</b>	<b>5</b>
<b>Il disturbo neurologico funzionale in età evolutiva. Inquadramento diagnostico e teorico .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Il Disturbo Neurologico Funzionale.....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 Inquadramento diagnostico e teorico del disturbo neurologico funzionale in età evolutiva.....</b>	<b>8</b>
<b>1.3 Il disturbo neurologico funzionale: Un’analisi storico-concettuale dal concetto di isteria alla visione contemporanea .....</b>	<b>12</b>
<b>1.4 L’evoluzione nosografica: dal DSM all’approccio biopsicosociale.....</b>	<b>18</b>
<b>CAPITOLO II.....</b>	<b>23</b>
<b>Lo Sviluppo emotivo del bambino. Fra tipicità e no .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Introduzione al concetto di emozione. Dalle origini a Freud.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 Lo sviluppo dell’intersoggettività nella prima infanzia fra tipicità e no .....</b>	<b>28</b>
<b>2.3 Lo sviluppo dei legami di attaccamento fra tipicità e no .....</b>	<b>34</b>
<b>2.4 La narrazione del sé e la granularità emotiva – implicazioni cliniche .....</b>	<b>37</b>
<b>CAPITOLO III .....</b>	<b>41</b>
<b>LO STUDIO .....</b>	<b>41</b>
<b>3.1 Introduzione.....</b>	<b>41</b>
<b>3.2 Obiettivi di ricerca.....</b>	<b>44</b>
<b>4 METODO .....</b>	<b>45</b>
<b>4.1 ipotesi.....</b>	<b>45</b>

<b>4.2 Partecipanti</b> .....	<b>46</b>
<b>4.3 Procedure</b> .....	<b>47</b>
<b>4.4 Strumenti</b> .....	<b>49</b>
<b>4.5 Analisi dati</b> .....	<b>50</b>
<b>5. Risultati</b> .....	<b>51</b>
<b>6. Discussione</b> .....	<b>59</b>
<b>7. CONCLUSIONE</b> .....	<b>65</b>
<b>Bibliografia</b> .....	<b>66</b>
<b>Appendice 1</b> .....	<b>78</b>

## **ABSTRACT**

Il Disturbo Neurologico Funzionale (FND) in età evolutiva si caratterizza per sintomi motori e sensoriali non spiegati da cause organiche, che riflettono una stretta interazione tra corpo, mente e contesto relazionale. Tale condizione compromette il benessere psicofisico del bambino.

Il presente studio ha avuto come obiettivo l'analisi delle competenze emotive di bambini e adolescenti con diagnosi di FND, con particolare attenzione alla capacità di riconoscere, differenziare ed esprimere le emozioni.

È stato adottato un duplice approccio: da un lato quantitativo, volto a confrontare le prestazioni, nel test di Roberts-II, del gruppo clinico con quelle di un gruppo di controllo mediante strumenti statistici; dall'altro qualitativo, attraverso l'analisi delle narrazioni prodotte dai pazienti, finalizzata a individuare il lessico emotivo utilizzato e a valutare in che misura essi accedano e diano voce alle proprie emozioni.

L'indagine consente così di approfondire le modalità con cui i giovani pazienti con FND esprimono il proprio mondo interno, offrendo indicazioni utili per comprendere meglio i processi emotivi coinvolti e per orientare futuri interventi terapeutici mirati.

## CAPITOLO I

### **Il disturbo neurologico funzionale in età evolutiva. Inquadramento diagnostico e teorico**

Il disturbo neurologico funzionale (FND) *Functional Neurological Disorder*, conosciuto nel tempo sotto vari nomi, fra cui, disturbo di conversione, disturbo isterico, dissociativo, psicogeno, somatoforme, (Baizabal et al., 2019) è l'espressione di una stretta connessione fra neurologia e psichiatria, (Gigliotti, 2023) rientra in quei disturbi che implicano strette interazioni fra mente, corpo e contesto del paziente.

È caratterizzato, dalla presenza di sintomi fisici, i quali poggiano su una base volontaria, non riconosciuta però dal soggetto; a riprova di ciò vi è una marcata diminuzione della sintomatologia, tramite tecniche di distrazione e spostamento dell'attenzione (Kozłowska et al., 2023).

Il capitolo che segue si pone come obiettivo quello di andare ad inquadrare il disturbo neurologico funzionale dal punto di vista teorico e diagnostico, passando poi in rassegna i vari fattori eziopatogenetici con particolare attenzione alle variabili psicologiche.

Si vuole, in seguito, delineare l'evoluzione storica del sintomo funzionale, partendo dalla sua stretta antenata, l'isteria, fino a giungere alla concezione attuale del tema.

Infine, si fornirà una visione sull'approccio ad oggi più utilizzato circa il NFD ed il suo conseguente trattamento.

## 1.1 Il Disturbo Neurologico Funzionale

Precedentemente noto come disturbo di conversione, il Functional Neurological Disorder (NFD) rappresenta una connessione fra neurologia e psichiatria, fra corpo e psiche (Gigliotti, 2023).

Esso si presenta in una complessa varietà di sintomi funzionali motori, sensoriali e/o cognitivi, che derivano da tali interazioni, rese ancora più ostiche dall'influenza esercitata dal contesto in cui il paziente è inserito (Kozłowska et al., 2024).

Prima di esplorare il disturbo in età pediatrica, è importante analizzare brevemente le caratteristiche cliniche riscontrate negli adulti, per comprenderne similitudini e differenze.

Nel soggetto adulto, il disturbo si presenta frequentemente con sintomi motori fra cui, tremori e distonia<sup>1</sup>. Secondo le linee guida del DSM-5 TR (Diagnostic and statistical manual of mental disorders<sup>2</sup> APA, 2023) il disturbo rientra nella categoria dei “disturbi da sintomi somatici e correlati” sotto la denominazione di “disturbo da sintomi neurologici funzionali”

La diagnosi si basa sui seguenti criteri:

- A. Uno o più sintomi di alterazione della funzione motoria volontaria o sensoriale
- B. I risultati clinici forniscono le prove dell'incompatibilità fra il sintomo e le condizioni mediche o neurologiche conosciute
- C. Il sintomo o il deficit non sono meglio spiegati da un altro disturbo organico o mentale
- D. Il sintomo o il deficit causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, oppure richiedono una valutazione medica (APA 2023)

Tenendo sempre ben presente il cardine di tale disturbo, ovvero l'interazione inevitabile fra il sintomo fisico e la psiche, Il DSM-5 TR, richiede di specificare se

---

<sup>1</sup> Contrazioni muscolari involontarie le quali possono anche causare l'assunzione di posizioni anomale (Alex et al., 2024)

<sup>2</sup> Manuale diagnostico più utilizzato nel campo della psichiatria, e non solo

presente un fattore psicologico stressante associato all'esordio del disturbo e, in tal caso, di precisarne la natura.

Uno studio retrospettivo condotto da Garcin e collaboratori (2021) nell'ospedale universitario Salpêtrière ha analizzato le cartelle cliniche di 482 pazienti ricoverati con diagnosi di disturbo neurologico funzionale. I Risultati hanno evidenziato che il 73,7% di essi erano donne, con un'età di insorgenza media intorno ai 35 anni. La metà presentava debolezza motoria funzionale, nell'altra metà invece, si riscontravano disturbi del movimento, con tremore (21,1%) o distonia (20,5%), è rilevante sottolineare che, nel 64% dei pazienti si riscontravano comorbidità di carattere psichiatrico.

In un'indagine più recente condotta in Italia da Geroïn (2024) sembra evidente come il sintomo più comunemente riportato sia il tremore (47,1%), seguito da disturbi dell'andatura, debolezza e distonia; generalmente si è visto come lo stress e altre patologie psichiatriche sia un comun denominatore all'interno della popolazione presa in esame.

Risultato che si aggancia a quanto emerso in un sondaggio finanziato dal National Institute for Health Research (NIHR) in cui vengono prese in esame 1048 interviste da pazienti di 16 paesi. È emerso che i sintomi fisici del disturbo neurologico funzionale sono quasi sempre associati a disturbi psichiatrici concomitanti, come depressione, disturbo post traumatico da stress, attacchi idi panico e ansia (Butler et al., 2021).

Questi dati supportano l'idea che tale patologia sia profondamente radicata nella sfera psichica rendendo imprescindibile un approccio multidisciplinare.

A differenza del passato in cui la diagnosi del NFD veniva interpretata come una diagnosi di esclusione (Kozłowska et al., 2023) ad oggi, la si può considerare a tutti gli effetti una diagnosi positiva evidenziando segni incongruenti con altre condizioni mediche<sup>3</sup> (Jungilligens et al., 2023).

---

<sup>3</sup> Comporta la rilevazione di sintomi non riconducibili a delle problematiche neurobiologiche

Tuttavia, non è da escludere, la possibilità, che vi sia comorbilità, non solo fra i sintomi fisici, ma anche con altri quadri diagnostici, specialmente psichiatrici.

## **1.2 Inquadramento diagnostico e teorico del disturbo neurologico funzionale in età evolutiva**

La letteratura pediatrica resta ancora parzialmente esplorata, rendendo urgente un maggiore approfondimento dedicato alla popolazione in età evolutiva di fatto, i disturbi neurologici in età pediatrica, a differenza dell'età adulta, rappresentano una sfida diagnostica e terapeutica ancora più ostica.

Come già approfondito, il NFD, si manifesta attraverso una sintomatologia priva di una causa organica identificabile, ma che, nella maggior parte dei casi compromette la qualità di vita del paziente comportando una disabilità significativa.

Da un punto di vista epidemiologico, uno studio condotto su una popolazione pediatrica in Australia ha stimato un'incidenza del disturbo neurologico funzionale sia di 18,3 casi ogni 100.000 bambini con una prevalenza significativamente maggiore nel sesso femminile, (circa il 70%) ed un'età di esordio media di 13 anni (Yong et al., 2023).

In Italia, una ricerca multicentrica, ha rilevato che il NFD, in particolare quelli di tipo motorio, rappresentano circa il 2% delle consultazioni neurologiche pediatriche con una prevalenza che varia a seconda delle regioni (Tinazzi et al., 2020).

Nei piccoli pazienti, la sintomatologia è eterogenea e comprende tremori, disturbi del movimento, sintomi sensoriali alterati e crisi dissociative, note anche come crisi psicogene non epilettiche<sup>4</sup>. Ai fini diagnostici, è fondamentale evidenziare che tali sintomi possono variare, e in alcuni casi attenuarsi, mediante tecniche di distrazione.

---

<sup>4</sup> possono somigliare a crisi epilettiche ma non mostrano le tipiche anomalie nell'elettroencefalogramma

Secondo uno studio del 2023 (Yong et al., 2023) i sintomi funzionali più frequentemente riscontrati nei bambini riguardano le aree motorie e sensoriali. Il sintomo più riportato è la cefalea, seguita dal dolore.

Nella maggior parte dei casi, le cartelle cliniche pediatriche riportano la presenza di più sintomi concomitanti, fra cui:

- disturbi del linguaggio
- tic
- tremori
- perdita e disturbi della vista
- debolezza e/o paralisi degli arti
- insonnia
- sintomi dissociativi

L'eziopatogenesi del disturbo neurologico funzionale è da leggere in un'ottica multifattoriale, in cui il sintomo rappresenta l'esito dell'interazione fra fattori predisponenti, precipitanti e perpetuativi<sup>5</sup>. In tal senso, è opportuno indagare la presenza dei fattori psicologici che possono aver agito come causa scatenante o mantenitrice del sintomo fisico.

Come affermato da Bennett e collaborati (2021) diversi livelli - psichico, biologico e sociale - interagiscono vicendevolmente per determinare un corretto o meno funzionamento della persona.

Le ricerche più recenti sul NFD non hanno evidenziato un singolo elemento scatenante, ma indicano che lo sviluppo e il mantenimento del disturbo siano il risultato di molteplici fattori biopsicosociali interagenti.

Dal punto di vista psicologico, studi condotti su popolazioni pediatriche e adulte, a livello internazionale hanno evidenziato che i fattori più frequentemente associati al NFD sono (Erjoc et al., 2023):

- Traumi
- ansia

---

<sup>5</sup> fattori che provengono da diversi livelli e che dinamicamente interagiscono fra loro

- Disturbi psichiatrici
- Abusi sessuali<sup>6</sup>
- Fattori di stress<sup>7</sup>
- Scarsa elaborazione emotiva derivante da interazioni precoci disfunzionali con la figura materna.

Nella letteratura recente numerose analisi si sono concentrate sul ruolo di mediazione o moderazione dei meccanismi psicologici, nonché su ulteriori fattori di rischio che possano contribuire a spiegarne l'eziopatogenesi.

Yong e colleghi hanno rilevato che fattori predisponenti più comuni includono variabili psichiatriche auto-riferite, come ansia, umore deflesso e ideazione suicidaria, seguite da pressioni sociali e rendimento scolastico.

Infatti, nella società odierna, i bambini, sembrano risentire molto più dei disastri avversi che li circondano, crescono anche le pressioni accademiche o più in generale le richieste provenienti dall'ambiente esterno, e di conseguenza lo stress associato ad esse.

Tuttavia, ulteriori studi suggeriscono che i pazienti con sintomi funzionali non sperimentano necessariamente un numero maggiore di eventi stressanti rispetto alla popolazione generale, ma mostrano un più elevato livello di disagio auto-riferito in risposta a tali eventi (Aybek et al., 2022).

Nei bambini, un'ampia gamma di fattori stressogeni possono attivare i sistemi di risposta allo stress il cui risultato finale è una funzione aberrante delle reti neurali che si manifestano come sintomi di FND (kozłowska et al., 2024).

In uno studio condotto nel periodo post-Covid nel Regno Unito, ha evidenziato un marcato incremento dei ricoveri pediatrici per sintomi funzionali. Ciò suggerisce che le presentazioni cliniche in ambito neurologico, sia ospedaliero che ambulatoriale, siano significativamente intensificate nel periodo successivo alla pandemia<sup>8</sup>(Heyman et al., 2021).

---

<sup>6</sup> molto più incidenti nella popolazione adulta (Roelofs et al., 2007)

<sup>7</sup> Riscontrati nel 62% dei bambini con disturbo neurologico funzionale (kozłowska et al., 2007)

<sup>8</sup> In particolare, sono aumentati i pazienti che presentano sintomi ticcosi

Una revisione sistematica della letteratura condotta da Sideli e colleghi (2020) ha indagato il ruolo dei fattori ambientali e dei meccanismi psicologici nell'associazione fra avversità durante il periodo infantile e il successivo esordio della malattia, evidenziando prove significative a sostegno dell'ipotesi secondo cui, avversità precoci possono interferire con il normale sviluppo emotivo e contribuire alla comparsa di sintomi funzionali.

È emerso, inoltre, il ruolo cruciale del legame di attaccamento come fattore protettivo o, viceversa, scatenante e/o perpetuativi delle malattie psicogene. L'attaccamento rappresenta un sistema motivazionale innato che favorisce la formazione dei legami affettivi tra gli individui, fondamentali per lo sviluppo emotivo<sup>9</sup> (Sorgi et al., 2016).

Una relazione diadica, bambino-caregiver, non adeguata allo sviluppo affettivo ed emotivo può rappresentare un possibile fattore eziopatologico, influenzando negativamente sia l'insorgenza che il decorso del disturbo (Janssen et al., 2005). In un altro studio condotto nel 2024, si è cercato di esaminare la disregolazione emotiva e i tratti di temperamento nei giovani adolescenti ai quali veniva diagnosticato il disturbo neurologico funzionale. I risultati hanno evidenziato che nei pazienti, rispetto al gruppo di controllo sano, i punteggi risultavano essere significativamente maggiori in termini di disregolazione e somatizzazione corporea. Questi risultati confermano la forte connessione fra corpo e mente nella genesi e nella gestione del disturbo neurologico funzionale (Ucuz et al., 2024). L'alterazione dell'elaborazione emotiva potrebbe costituire un collegamento chiave tra i fattori di rischio psicosociali e le caratteristiche principali della patologia funzionale. Di fatto, in una revisione sistematica della letteratura condotta nel 2019, ha evidenziato un ampio consenso sul ruolo cruciale svolto dall'elaborazione emotiva nella comparsa del sintomo funzionale. In particolare, è stato osservato che nei pazienti con FND, sia adulti che bambini, la capacità di riconoscere le espressioni facciali risulta compromessa. Tali difficoltà sono spesso

---

<sup>9</sup> Bowlby, psicoanalista britannico, ha introdotto la teoria dell'attaccamento sottolineando l'importanza delle prime relazioni ritenendole essere essenziali per lo sviluppo psichico, emotivo e sociale del bambino.

associate a eventi stressanti vissuti prima dell'insorgenza dei sintomi e a stili di attaccamento disfunzionali. Prove a sostegno di questa tesi sono state riscontrate anche a livello neurofunzionale, si osservano anomalie nell'attivazione di aree cerebrali deputate all'elaborazione emotiva, quali l'amigdala, la corteccia orbitofrontale e l'insula, confermando la tesi secondo cui vi è una stretta connessione fra il livello psichico e il versante corporeo.

In fine altri studi (Pick et al., 2019) hanno in messo la luce una compromissione della capacità di mentalizzazione<sup>10</sup> nei soggetti con FND. Tale deficit contribuisce a spiegare, in parte, la negligenza di questi pazienti nella gestione degli stati emotivi interni propri e altrui.

Alla luce di quanto emerso, risulta fondamentale una diagnosi tempestiva, al fine di predisporre un piano terapeutico personalizzato. Tale piano dovrebbe integrare approcci mirati a migliorare la regolazione emotiva e la sincronia del sistema dello stress, promuovendo una maggiore padronanza corporea e una significativa riduzione del disagio soggettivo (Kozłowska et al., 2024).

### **1.3 Il disturbo neurologico funzionale: Un'analisi storico-concettuale dal concetto di isteria alla visione contemporanea**

Il disturbo neurologico funzionale, noto storicamente come disturbo di conversione e in epoche più remote come isteria, ha subito una profonda evoluzione teorica e diagnostica. Sebbene la comprensione moderna della patologia sia stata fortemente influenzata dai progressi delle neuroscienze, è indubbio che il pensiero psicoanalitico, sviluppato a partire dal lavoro pionieristico di Sigmund Freud abbia esercitato un'influenza significativa sull'inquadramento psicopatologico del XX secolo.

Il presente contributo si propone di delineare l'evoluzione concettuale dell'isteria, dalle sue origini storiche all'attuale configurazione diagnostica del Disturbo

---

<sup>10</sup> ovvero la capacità di inferire correttamente stati mentali propri e altrui

Neurologico Funzionale, ponendo particolare enfasi sul ruolo della psicoanalisi quale elemento fondante di tale trasformazione.

Quella dell'isteria è una storia complessa e affascinante, globalmente dibattuta pur tuttavia non ancora del tutto chiarita.

“L'isteria è una forma di nevrosi caratterizzata da sintomi sensoriali e motori (accessi nervosi e convulsivi, delirio, amnesie, allucinazioni ecc.).”<sup>11</sup>

Il termine deriva dal greco *ὕστέρα* (hystera, utero) e fu introdotto da Ippocrate nel IV secolo a.C. per descrivere una condizione prevalentemente femminile caratterizzata da intensità emotiva e sintomi neurovegetativi.<sup>12</sup>

Numerose sono le interpretazioni, spesso contrastanti, che si sono susseguite nelle epoche e nei diversi contesti socioculturali (Giambrone, 2014).

Secondo Carluccio, con l'avvento dell'illuminismo, si assiste ad un cambio di paradigma.<sup>13</sup> La genesi dell'isteria venne progressivamente attribuita al funzionamento del cervello piuttosto che all'utero. Nello stesso secolo il medico inglese T. Sydenham iniziò a sostenere l'importanza delle emozioni nell'eziopatogenesi dell'isteria, considerandola come una manifestazione di uno squilibrio tra la mente e il corpo (Vegetti Finzi, 2000).

Dalla seconda metà dell'800 la teoria uterina venne definitivamente abbandonata a favore di un'ipotesi sull'origine dell'isteria di carattere neurologico, andando a ricercarvi l'insorgenza in una qualche lesione a livello organico (Kaech et al., 1952).

In questo periodo, Jean-Martin Charcot, (1825-1893) rappresenta una figura centrale nella medicalizzazione dell'isteria. Egli dedicò gran parte dei suoi studi a identificare e classificare i tratti con i quali essa si presentava. Vi erano, secondo il medico, dei sintomi permanenti, chiamati “stigmati” isteriche (paralisi, anestesia, iperestesia, contratture, ecc.) (Charcot, 1877).

---

<sup>11</sup> ([http://www.treccani.it/enciclopedia/isteria\\_\(Universo-del-Corpo\)](http://www.treccani.it/enciclopedia/isteria_(Universo-del-Corpo)))

<sup>12</sup> Filone di pensiero che venne abbracciato fino al '600.

<sup>13</sup> L'isteria non venne più interpretata come disfunzione primaria dell'apparato genitale femminile

Tuttavia, l'assenza di lesioni organiche riscontrabili lo indussero a considerare la patologia come fenomeno psichico, aprendo la strada alle successive interpretazioni più squisitamente psicoanalitiche.

A Jean-Martin Charcot, si deve, in seconda battuta, il merito di aver introdotto il metodo ipnotico e di aver spianato la strada a quelli che saranno gli studi di Freud e della psicoanalisi (Lefons, 2008).

Prima di passare in rassegna il contributo della psicoanalisi e in particolare, il pensiero di Freud, è essenziale, ai fini di questa narrazione storica, introdurre un altro grande studioso, Pierre Janet (1859-1947).

Quest'ultimo ipotizza che l'isteria sia originata da una costituzionale deficienza nell'attività mentale e si manifesterebbe nell'incapacità di unificare le molteplici funzioni dell'attività psichica. Questa "insufficienza psicologica" sarebbe la condizione necessaria per la frammentazione psichica, causa, a sua volta, del disturbo isterico (Godino et al., 2007).

Egli fu fra i primi studiosi a mostrare in maniera sistematica, come la dissociazione, sia la difesa psicologica più diretta contro esperienze traumatiche travolgenti<sup>14</sup>.

Appurato oramai, che il sintomo isterico si collocherebbe nella psiche e non in un danno organico, il passaggio fondamentale è riuscire a coglierne la natura.

Se la psichiatria classica isola il corpo isterico, scollegandolo dalla mente, Freud ne coglie tutti gli aspetti comunicativi leggendolo come risultato di un meccanismo di «conversione» di un conflitto interno (Cremonini, 1996).

È Sigmund Freud, (1856-1939) allievo di Charcot, ad intuire che è proprio nello spazio psichico che bisogna andare a indagare. Egli dedusse che l'isteria, altro non è che la risultante di profondo intreccio tra quelli che sono i sintomi manifesti, visibili e la mente.

---

<sup>14</sup> Dimostrò che questi fenomeni dissociativi svolgono un ruolo nelle risposte allo stress innescato da un trauma, e furono inclusi nella diagnosi di isteria. (Van de Hart, et al. 1989)

Durante la stesura di Studi sull'isteria, (1895) opera scritta insieme all'amico Joseph Breuer, e soprattutto seguendo il caso di Anna O<sup>15</sup>., vengono delineate le prime teorie sul tema.

I sintomi prevalentemente riscontrabili riguardano la paralisi di un arto, la cecità, una crisi convulsiva o uno svenimento, tuttavia, non causati da lesioni organiche, perciò, sintetizzando, ipotizzarono quanto segue:

-concettualizzarono l'esistenza di una forma psichica che si oppone al rendere coscienti i fatti traumatici<sup>16</sup>

-le reazioni emotive, anche se l'evento traumatico sembra essere passato, continuano ad essere vive e presenti nell'individuo; ad essere dimenticato è l'episodio traumatico in sé;

-i sintomi osservabili sono intrinsecamente collegati ai ricordi rimossi e, infatti «l'isterico soffrirebbe per lo più di reminiscenze»<sup>17</sup>

-il concetto di conversione<sup>18</sup>;

-esistenza di una forma di scissione che opera al di fuori della coscienza

-L'effetto terapeutico del metodo catartico<sup>19</sup> (Lefons, 2008).

Freud, inoltre, introdusse il concetto di rimozione come meccanismo di difesa; definì l'isteria come una nevrosi scaturita dalla presenza di conflitti inconsci non risolti, i quali portano alla comparsa dei sintomi isterici.

In altre parole, quindi, i sintomi di conversione altro non sono se non che espressioni simboliche di desideri rimossi ma "viventi" nell'inconscio (Carluccio 2012).

Altro contributo da annoverare ai fini di questa rassegna è quello apportato da Carl Gustav Jung (1875-1961). Egli, seguendo le orme di Freud, incluse l'isteria all'interno delle Nevrosi. Secondo il suo pensiero, quando un evento emotivamente

---

<sup>15</sup> caso clinico "originario" della psicoanalisi

<sup>16</sup> concetto di isteria da difesa e oblio da difesa

<sup>17</sup> J. Breuer-S. Freud, op. cit., p. 179

<sup>18</sup> processo per cui un impulso emotivo si traduce in un «comportamento organico» quale il sintomo-mechanismo di difesa che spiegherebbe il salto dall'organico al somatico (Boldoni,2010)

<sup>19</sup> consiste nel lasciare libero sfogo all'espressione emotiva ed evitando in tal modo che essa trovi vie anormali di espressione, come appunto il sintomo fisico.

carico, entra in contatto, anche indirettamente, con un complesso psichico già presente, può rafforzarlo a tal punto da provocare violente reazioni emotive: “tempeste complessuali”. Questo meccanismo spiegherebbe perché nei casi di isteria anche eventi apparentemente insignificanti generano reazioni emotive intense (Carluccio, 2012).

Anni dopo, la teoria di Ferenczi (1932) sulla confusione delle lingue fra adulti e bambini può essere vista come un'estensione della teoria di Jung sui complessi psichici. Questa concettualizzazione rappresenta un contributo fondamentale per la comprensione dell'isteria ma soprattutto dell'impatto che può avere un evento traumatico e la sua successiva conversione in sintomi fisici.

Più nel dettaglio, Ferenczi, ipotizzò che, quando gli adulti impongono ai bambini le proprie emozioni ed i propri desideri possono generare nell'infante uno stato confusionale<sup>20</sup> fra quelli che sono i suoi bisogni, i suoi desideri, le sue emozioni, e quelle che invece gli vengono fornite dalla figura di riferimento, generando così una distorsione della realtà e scatenando i sintomi isterici.

La "confusione delle lingue" può avere conseguenze profonde sullo sviluppo psicologico del bambino, tra cui:

1. Dissociazione: il bambino può dissociarsi dalle proprie emozioni e esperienze, portando a sintomi di dissociazione e di isteria.
2. Distorsione della realtà: il bambino può sviluppare una distorsione della realtà, creando un senso di confusione e di disorientamento.
3. Difficoltà di relazione: il bambino può avere difficoltà a stabilire relazioni sane e significative con gli altri, a causa della confusione e della distorsione della realtà.

---

<sup>20</sup> Questa confusione può manifestarsi in diversi modi, ad esempio:

1. Linguaggio emotivo: gli adulti possono utilizzare un linguaggio emotivo che non corrisponde alle emozioni reali del bambino, creando confusione e disagio.
2. Aspettative non realistiche: gli adulti possono avere aspettative non realistiche rispetto al bambino, creando un senso di inadeguatezza e di fallimento.
3. Negazione dell'esperienza: gli adulti possono negare l'esperienza del bambino, creando un senso di invalidazione e di confusione.

Teoria successivamente supportata da studi che hanno dimostrato come il trauma infantile possa avere un impatto duraturo sulla salute mentale degli individui (Van Der Kolk et al., 2007).

Ad esempio, Miller (1983) ha approfondito il concetto di trauma e il suo ruolo nell'isteria, evidenziando come l'esperienza traumatica possa essere repressa o dissociata, ma non dimenticata.

Rimanendo sul filone psicoanalitico di particolare rilievo sono le considerazioni mosse da Jacques Lacan (1901-1981) egli rielabora in modo originale la teoria freudiana.

Per Lacan, a differenza di Freud, l'inconscio sarebbe strutturato come un linguaggio, citandolo, egli disse:

“Un sintomo isterico è strano. Si risolve a partire dal momento in cui la persona, la quale non sa veramente quello che dice, comincia a blaterare” (JLacan, Discorso sull'isteria n 53-54 pag. 9).

L'isterizzazione del discorso rappresenterebbe la volontà del soggetto di sapere qualcosa sulle proprie sofferenze. Il fine ultimo, anche se inconscio, è quello di porre all'altro interrogativi tramite la manifestazione del sintomo (Carluccio, 2012).

Il sintomo somatico dell'isteria è un discorso poiché, non è una manifestazione di una malattia del corpo, ma “della scrittura nel corpo della verità inconscia del soggetto.”<sup>21</sup>

A partire dal 1980 con la comparsa dei manuali diagnostico-descrittivi, il termine isteria scompare ed essa viene parcellizzata nelle sue manifestazioni fenomeniche e assorbita nei disturbi somatoformi e dissociativi; i quali ci conducono al fulcro del nostro excursus storico, ovvero l'inquadramento attuale del disturbo neurologico funzionale, come una sorta di continuum fra l'isteria di ieri e la sintomatologia odierna (Zontini 2021).

---

<sup>21</sup> *L'isterica, quella che s'offre nel corpo*, [www.egidioerico.com/l-isterica-quella-che-s-offre-nel-corpo](http://www.egidioerico.com/l-isterica-quella-che-s-offre-nel-corpo)

#### **1.4 L'evoluzione nosografica: dal DSM all'approccio biopsicosociale**

Viene, con il tempo, riconosciuta la necessità di spostare l'attenzione dai sintomi fisici al loro collegamento psichico, considerando che il disturbo neurologico funzionale incorpora in sé il soma e la psiche in modo inscindibile.

Fin dall'inizio del Novecento i disturbi di conversione e quelli dissociativi vennero ascritti alla grande categoria dell'isteria. Dal DSM-I (1952) si effettua la distinzione fra la reazione dissociativa da quella di conversione, anche se nuovamente riunificate sotto il termine di "isteria" con il DSM-II (1968); fino all'ulteriore disgregazione del DSM-IV (1994) e del DSM-IV TR (2000), in cui la categoria nosografica "isteria", venne frammentata in:

1. Disturbi Somatoformi;
2. Disturbi Dissociativi;
3. Disturbo Istrionico di personalità (Carluccio et al.,).

Il Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM Task Force, 2006) tenta di proporre una soluzione alla dicotomia conversione/dissociazione. Partendo dalla considerazione che, conversione e dissociazione possono essere considerate come due facce della stessa medaglia, include i disturbi dissociativi e i disturbi di conversione all'interno della stessa sezione dedicata agli "Events- and Stress-Related Disorders" (Lingiardi et al., 2015).

Abbiamo già analizzato come il DSM-5 TR inquadra il disturbo neurologico funzionale, oltre ad esso, nel campo delle malattie mentali, altro strumento nosologico di riferimento è l'ICD-10<sup>22</sup>. Come evidenziano Carluccio e colleghi, in esso il disturbo neurologico funzionale viene presentato nel capitolo V: Disturbi psichici e comportamentali sotto la voce «Disturbi dissociativi (di conversione)» La definizione fornita non si discosta molto da quella emessa anche dal DSM-5 TR. Fra i due sistemi categoriali però, possiamo annoverare delle sottili differenze per quanto riguarda la terminologia, i criteri diagnostici e l'approccio utilizzato.

---

<sup>22</sup> Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (World Health Organization 1992)

Se nel DSM-5 TR compare sotto il nome di Disturbo neurologico funzionale, l'ICD-10 per riferirsi a tale patologia, utilizza la nomenclatura di “Disturbo di conversione,” lasciando solo un implicito riferimento al sintomo funzionale.

Per quanto riguarda la parte diagnostica, se per il DSM, lo stress psicologico rientra nei fattori che possono favorire l'insorgenza del disturbo neurologico funzionale, l'ICD-10 allude velatamente che i sintomi funzionali, possano derivare da fattori emotivi e/o psicologici; non pone enfasi sul legame che intercorre fra conflitti di natura psicologici e manifestazioni fisiche, nonostante la connessione fra i due sia ampiamente riconosciuta.

In conseguenza a ciò, muta anche l'approccio che i due manuali adottano.

Nel DSM-5, il disturbo è visto come una forma di “conversione” di esperienze psichiche in manifestazioni fisiche, mentre, nel secondo, i fattori psicologici non vengono esplicitamente considerati come fattori predisponenti o perpetuativi della sintomatologia.

In fine, si possono cogliere delle divergenze anche per il tipo di trattamento che viene preposto.

Il DSM-5 TR fa appello ad un intervento integrato, proponendo vari approcci psicoterapici per aiutare il paziente ad elaborare gli stati emotivi.

Di contro, l'ICD-10, non fornisce nella diagnosi raccomandazione o indicazione dettagliate (Levenson et al., 2016).

Oggi, l'ICD-10 è già stato superato da una nuova versione del manuale, dove si è inserito un cambiamento terminologico, allineandosi con la nomenclatura adottata nel DSM-5 TR, esso viene definito “disturbo neurologico funzionale” e inserito però all'interno del capitolo dei disturbi di natura neurologica (Stone et al., 2014).

Dal punto di vista eziopatogenetico, il FND è il risultato dell'interazione fra fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento. I primi includono le caratteristiche individuali, familiari e ambientali che ne aumentano la vulnerabilità, i secondi, fanno sì che il disturbo neurologico funzionale si manifesti con i conseguenti sintomi; gli ultimi, sono elementi che perpetuano la sintomatologia contribuendo alla cronicizzazione del quadro clinico.

Il merito per avere considerata la psiche ed il corpo come parti inscindibili, lo si deve attribuire inevitabilmente alla psicoanalisi, fondamentale per le teorizzazioni successive è l'intuizione tale per cui una disfunzione a livello psichico ha delle ripercussioni a livello organico, quali il sintomo, ed è proprio su tale corrente che si instaurano le moderne teorie psicosomatiche (Porcelli 2009).

La psicosomatica è una disciplina che guarda la relazione tra mente e corpo e adotta come oggetto di studio le modalità con cui tali costrutti si influenzano vicendevolmente. Georg Groddeck<sup>23</sup> (1866-1934) riteneva che l'essere umano si esprima attraverso un linguaggio simbolico e che la malattia organica non è altro che l'espressione a livello corporeo di processi psichici (Solano, 2013).

Citando Canali (2003) le domande da porsi sono: "Se ogni fenomeno di conversione è il risultato di una storia personale allora in che modo si può generalizzare l'insorgenza del disturbo psicosomatico agli altri individui? Come avviene la scelta dell'organo che sarà colpito dal disturbo psicosomatico?"

La risposta fu fornita da due grandi figure della scuola psichiatrica americana: Helen Flanders Dunbar e Franz Gabriel Alexander.

Essi ritenevano che il sintomo psicosomatico fosse l'effetto di stati di attivazione fisiologica cronica, generata da emozioni inadeguatamente espresse.

Cercarono, in aggiunta, di rivisitare la teoria secondo cui, il sintomo sembra avere solo una spiegazione di natura simbolica, inserendo nella loro ipotesi le ricerche sui correlati fisiologici dell'emozione e come esse influenzano il sistema corporeo. A partire da questa prospettiva si inizia ad ipotizzare una qualche corrispondenza tra reazioni emotive e sintomi somatici.

Le teorie di questi autori vennero superate verso gli anni '70 con l'affermarsi del modello multi-causale. Oggi la psicosomatica indica che per individuare l'eziologia di una patologia come il disturbo da conversione, vi sono fattori di diversa natura che si intrecciano fra loro (Dorfman et al., 1979).

---

<sup>23</sup> considerato il padre fondatore della psicosomatica

Nelle cliniche di neurologia pediatrica, il FND comporta l'inglobamento biologico dell'esperienza vissuta nel corpo e nel cervello, che sfocia nell'attivazione o disregolazione del sistema dello stress e in cambiamenti nella rete neuronale (Kozłowska et al., 2024). Il sintomo parla (come dice Lacan) e comunica in molti modi attraverso i più svariati modi, dando voce a una dimensione psichica altrimenti taciuta o negata (Lingiardi et al., 2015).

Negli anni più recenti, alla luce di quanto detto, si è consolidata la necessità di un approccio multidimensionale in grado di considerare congiuntamente fattori biologici sociali e psicologici (incluse le loro complesse interazioni). Il modello biopsicosociale, proposto da George Engel, rappresenta oggi il riferimento teorico più accreditato nella comprensione e nel trattamento del Disturbo Neurologico Funzionale (Szadjeko et al., 2020). Tale modello riconosce l'interazione dinamica tra processi neurobiologici, esperienze soggettive e contesto relazionale, ritenendo essenziale valutare i sintomi in un'ottica integrata fin dal primo consulto clinico (Goutte et al., 2021).

Lavori più recenti, mostrano che una storia di esperienze di vita avverse e comorbilità psicologiche, sono comunemente osservate in questa popolazione, ma non si verificano in tutti i pazienti e, anche quando presenti, non dovrebbero essere considerati la sola causa eziologica<sup>24</sup> (Lidstone et al., 2020).

Kozłowska e collaboratori (2023) nelle loro ricerche, suggeriscono che la mente e il corpo sono parti di un tutto integrato, un sistema biopsicologico inserito in un contesto socio-ecologico.

Nella gestione dei pazienti che presentano il NFD, la valutazione dei sintomi e del contesto è un prerequisito essenziale e può essere, di per sé, terapeutica. Il processo diagnostico non deve, affrontare i problemi psicosociali solo una volta esclusa l'organicità, ma in maniera parallela, tenendo presente la possibilità di una

---

<sup>24</sup> Anche se, secondo uno studio condotto da Kozłowska et al. nei bambini con FND, sufficientemente disabili da essere ricoverati, i processi psicologici che promuovono la malattia fanno parte della presentazione clinica, per di più, contribuiscono a creare un continuo senso di disagio soggettivo del bambino e, se non affrontati, possono mantenere il processo di malattia;

patologia organica da un lato e quella di un disturbo psichiatrico dall'altro, ricordando in ogni momento l'interconnessione fra soma e psiche (Kozłowska et al., 2023).

Nel discutere dell'eziopatogenesi del disturbo abbiamo visto che essa porta con sé una serie di variabili che sembrano essere il risultato di causalità circolari più complesse, siano essi di natura psicologica, biologica o sociale. Nella pratica pediatrica è utile adottare la formulazione biopsicosociale, basata su una valutazione completa, gli interventi che affrontano i processi psicologici che facilitano la malattia sono una componente essenziale dell'intervento biopsicosociale.

È rilevante sottolineare che ciascuno dei processi psicologici identificati è un potenziale bersaglio di intervento terapeutico (Kozłowska et al., 2023).

Affrontare i processi psicologici che promuovono la malattia in modo terapeutico, nel lavoro con bambini, famiglie e scuole, serve a fronteggiare i processi mente-corpo che innescano e perpetuano i sintomi della FND, lavorare con l'attenzione focalizzata, con pensieri, sentimenti e comportamenti è una componente chiave dell'intervento terapeutico.

Ai fini di una diagnosi accurata ed un successivo piano terapeutico efficace, è essenziale eseguire un'analisi il più possibile esaustiva di essi.

In sintesi, il disturbo neurologico funzionale rappresenta un'area clinica complessa, che si colloca all'incrocio tra neurologia e psichiatria. Il riconoscimento dei sintomi funzionali come entità autonome e positive, non più diagnosticate per esclusione, ha aperto nuove prospettive terapeutiche e diagnostiche.

## CAPITOLO II

### **Lo Sviluppo emotivo del bambino. Fra tipicità e no**

Approcciarsi allo studio dello sviluppo emotivo, consiste, nell'identificare non solo “*quando*”, un bambino arriva a possedere un repertorio di emozioni e comportamenti inerenti ad esse ma, anche comprendere il “*come*” questo processo avviene (Battacchi et al., 2014).

Il capitolo che seguirà si propone di offrire una panoramica delle principali teorie psicodinamiche circa lo sviluppo emotivo tipico, e non, senza alcuna pretesa di esaustività piuttosto, si vogliono mettere in luce gli aspetti che concorrono al funzionamento o meno della vita emotiva. A tal proposito verranno esaminate le possibili derive psicopatologiche che possono insorgere nel momento in cui tale processo non segua un percorso funzionale.

In particolare, si fornirà una spiegazione circa il concetto di emozione e le varie teorie ad esso annesse, con particolare attenzione alle concettualizzazioni forniteci dalla psicoanalisi, partendo da Freud, giungendo alla delineazione del processo di sviluppo emotivo.

Verrà poi introdotto il concetto di granularità emotiva e le implicazioni cliniche ad esso annesse.

#### **2.1 Introduzione al concetto di emozione. Dalle origini a Freud**

Prima di intraprendere l'analisi circa lo sviluppo emotivo è essenziale, ai fini di una piena comprensione del tema, introdurre brevemente il costrutto di *emozione*, ponendo un focus sulle concettualizzazioni proposte dal padre della psicoanalisi, Sigmund Freud.

L'emozione è un fenomeno complesso e sfaccettato il cui studio rappresenta uno dei temi più affascinanti e controversi della psicologia. Di fatto, questa tematica, ha attirato l'attenzione di innumerevoli discipline, dalla filosofia alla biologia, passando dall'antropologia alla sociologia e le neuroscienze, ciascuna delle quali ha messo in luce diversi aspetti, per certi versi complementari.

Le emozioni sono considerate come elementi fondamentali di tutte le transazioni critiche con l'ambiente, esse forniscono una direzione, guidano e di tanto in tanto possono intralciare, lo svolgimento di un'azione. In un certo senso, rappresentano quindi la moneta delle relazioni e interazioni sociali (Sroufe, 2000).

Ridurre le emozioni a semplici risposte fisiologiche o comportamentali significherebbe trascurarne l'intrinseca complessità, piuttosto esse sono dei fenomeni multidimensionali che coinvolgono aspetti soggettivi, relazionali e cognitivi.

Le prime riflessioni sul concetto di emozione risalgono all'antichità, in particolare al pensiero di Aristotele (384–322 a.C.), il quale, nel trattato *Retorica* propone una definizione di emozione (*pathè*), citando:

“quei moti dell'anima che, accompagnati da piacere o dolore influenzano i giudizi” (Aristotele, *Retorica*, II, 1, 1378a)<sup>25</sup>

Secondo Aristotele, dunque, le emozioni svolgono una funzione essenziale nella valutazione delle circostanze esterne, fungendo da indicatori del valore soggettivo e contribuendo, di conseguenza, al benessere o al malessere dell'individuo. Alla luce di questa concezione, l'emozione può essere definita sulla base della funzione che esercita sul corpo (Fortenbaugh, 2002).

Un punto di snodo dal pensiero filosofico speculativo, alla scienza empirica viene rintracciato nell'opera di Charles Darwin, in quanto rappresenta uno dei primi tentativi di fondare una scienza delle emozioni su basi scientifiche.

Egli in “the expression of the Emotions in Man and Animals” (1872) propone una visione innata delle emozioni, viste come il risultato dell'evoluzione biologica. La

---

<sup>25</sup> Aristotele. (ca. 330 a.C.). *Retorica*. Trad. it. di G. Colli (2010). Milano: Bompiani.

loro espressione possiede una chiara funzione adattiva in quanto favorisce la sopravvivenza dell'individuo e facilita la comunicazione sociale, contribuendo alla regolazione delle interazioni all'interno del gruppo (Ekman, 2009).

Numerose sono le teorie che si sono susseguite proprio in virtù della complessità del costrutto. Nel tempo si sono sviluppate definizioni e modelli teorici, ciascuno volto a cogliere differenti sfaccettature circa il carattere dell'emozione, il tipo di enfasi che si pone, ovviamente, ne influenza la definizione.

Ad esempio, William James<sup>26</sup>(1884) in uno dei suoi articoli più celebri intitolato "what is an emotion?" ipotizzò che non è l'emozione a precedere la reazione fisiologica, bensì ne è conseguenza.<sup>27</sup> Gli stimoli emotivi evocano delle reazioni corporee sia viscerali-autonome che somatiche; è poi la percezione soggettiva di questa reazione a determinare l'emozione; di fatto essa organizza l'esperienza e guida l'azione (Friedman, 2009).

Di contro, altri autori hanno posto al centro della loro definizione la fase di attivazione dell'emozione, focalizzandosi sui processi cognitivi, come dimostrano gli studi di Mandler (1980).

Ancora, in un'altra ottica, la psicoanalisi classica, inaugurata da Freud, attribuisce all'emozione un significato ed un'origine più complessa, considerandola come la risultante di conflitti inconsci.

Sebbene, come sostiene Plutchik, (2017) i tentativi da parte della psicoanalisi di delineare una teoria delle emozioni sono relativamente scarsi, risulta comunque utile, osservare come muti il modo di inquadrarlo di pari passo all'evoluzione del pensiero freudiano.

Nella prospettiva psicoanalitica, le emozioni non sono risposte funzionali a stimoli esterni, piuttosto espressioni simboliche di tensioni interne spesso distorte.

---

<sup>26</sup>I "principi della psicologia" (1890) è regolarmente citato come il testo fondamentale per l'avvio della psicologia sperimentale negli Stati Uniti.

<sup>27</sup> Teoria che oggi prende il nome di "teoria periferica dell'emozione" o "teoria di James-Lange" in quanto contemporaneamente a W. James un altro studioso, Lange, delineava una teoria molto simile al primo.

Il termine affetto (affekt) viene utilizzato per designare una carica energetica o eccitazione interna che accompagna i processi psichici, fa riferimento ad un'esperienza soggettiva intensa, spesso legata a rappresentazione inconscie o rimosse.

L'affettività trova la sua collocazione nel cuore della realtà psichica: esso occupa un posto centrale, in quanto ineliminabile, inalienabile; altro non è se non una modalità di espressione delle pulsioni. (David, 1982).

Freud ipotizza che il sistema inconscio, funzioni seguano Il principio di piacere,<sup>28</sup> dove l'apparato psichico è regolato in modo tale da evitare il dispiacere, la quantità di tensione che si genera viene dunque scaricata immediatamente ristabilendo così un costante livello energetico. La tensione, in questa prospettiva, viene identificata nel costrutto dell'affetto; nel momento in cui non dovesse venir scaricato, gli eventi ad esso corrispondenti diventano perciò patogeni.

Questa teorizzazione poggia le proprie radici sul concetto di costanza: Il principio di costanza afferma che ad ogni aumento della quantità di eccitazione, corrisponde dispiacere; il piacere consiste nel ripristinare lo stato di quiescenza, ma dato che l'eccitazione diventa spiacevole, obiettivo dell'apparato psichico è quello di ridurre il livello di eccitazione.

In questo senso, l'individuo proposto da Freud è rappresentato come un sistema di energie chiuso all'interno del quale si generano tensioni che devono essere scaricate<sup>29</sup> (Rapaport, 1960).

In "metapsicologica" (1915) Freud riformula il concetto di affetto, inquadrandolo nella teoria delle pulsioni<sup>30</sup>.

---

<sup>28</sup> Principio regolatore del funzionamento mentale

<sup>29</sup> Tuttavia, la teoria psicoanalitica precisa che non è il piacere la meta dell'uomo bensì la conservazione, dove piacere e dispiacere si alternano

<sup>30</sup> Secondo Vitale (2013) la fonte di ogni pulsione ha un'origine specifica di natura biologica o biochimica la quale genera uno stato di tensione interna che spinge l'individuo verso una meta o un oggetto per poter essere scaricata. Quest'ultimo rappresenta sia il fine che il mezzo attraverso cui la pulsione raggiunge il suo scopo

Secondo Greimas, (1970) non ci si può accontentare di definire l'affetto come una "scarica motrice che trasforma internamente l'energia di cui è portatrice, senza apportare alcuna modificazione nella realtà esterna".

L'affettività da un senso al mondo pulsionale da cui si genera e prefigura le successive congiunture pulsionali, così dicendo, gli affetti assumono un valore conoscitivo.

Le emozioni vengo prefigurate come risposte adattive dirette, cioè dei segnali che esprimo tensioni derivanti da conflitti interni, non si manifestano direttamente ma si scatenano quando la pulsione è inibita causando perciò una scarica di energia accumulata.

Nello scritto "inibizione, sintomo e angoscia" (1925) Freud al costrutto di affetto lega il concetto di angoscia. Essa rappresenta un segnale di pericolo generato dall'Io per indicare all'organismo uno stato di allarme. In questo contesto diviene così un meccanismo difensivo che precede la formazione dei sintomi nevrotici. Negli studi sull'isteria Freud aveva identifica i contenuti del rimosso un qualcosa che il paziente desidera dimenticare; si tratta di una repressione, intenzionale seppur inconsapevole, di rappresentazioni incompatibili con l'Io.

Quando una pulsione viene inibita o rimossa, l'affetto ad essa associato può non scomparire ma trasformarsi in angoscia<sup>31</sup>. Questo processo indica come l'energia psichica non scompaia ma si riorganizza, influenzando il comportamento e la mente dell'individuo (Pagliardini, 2018).

Dal punto di vista terapeutico, il linguaggio assume una valenza catartica, di fatto la parola permette all'affetto di trovare una via per essere abreagito quando esso non aveva altre soluzioni plausibili di venir fuori, se non tramite il palesarsi di un sintomo.

Ad oggi, l'indagine clinica e la ricerca psicoanalitica hanno trovato nuove motivazioni all'agire umano dando il via a numerosi altri punti di vista circa il costrutto dell'emozione.

---

<sup>31</sup> senza angoscia non si genera il sintomo in quanto essa è il prerequisito essenziale per la rimozione e la successiva formazione di esso.

Seguendo il solco tracciato da Freud, autori come Melanie Klein, Donald Winnicott, Wilfred Bion e John Bowlby si sono preposti di delineare una teoria delle emozioni. Essi però hanno trasformato la comprensione dell'affettività aprendo il campo all'importanza delle prime relazioni interpersonali e iniziando a delineare i primi costrutti di sviluppo emotivo.

Il loro contributo è essenziale per questa trattazione, poiché come vedremo più avanti, segna un passaggio cruciale dalla concezione dell'affetto come fenomeno isolato, ad una concezione di affetto visto come il risultato di continue interazioni fra soggetto e ambiente, soggetto e caregiver.

## **2.2 Lo sviluppo dell'intersoggettività nella prima infanzia fra tipicità e no**

Abbiamo visto come, grazie al lavoro di Sigmund Freud, sia stato riconosciuto il ruolo dell'affetto nei conflitti inconsci e nello scatenarsi dei sintomi nevrotici, inquadrandoli all'interno di un modello intrapsichico in cui lo sviluppo del soggetto viene prevalentemente visto come un percorso di progressiva gestione e sublimazione delle tensioni pulsionali, con uno sguardo ancora limitato alle interazioni con l'ambiente esterno.

Con il progredire della teoria psicoanalitica, tuttavia come già accennato, si è assistito ad un progressivo spostamento di paradigma: autori come Melanie Klein, Donald Winnicott, Wilfred Bion, ma anche successivamente Daniel Stern e Ed Tronick, hanno introdotto una visione più complessa e relazionale dello sviluppo emotivo. In questi nuovi orizzonti, l'affetto non è più visto come espressione di conflitti interni irrisolti, piuttosto diviene il risultato dell'interazione continua fra la figura di riferimento e il bambino.

Se non si considerasse la natura anche sociale nella quale lo sviluppo emotivo si dispiega, la comprensione di esso sarebbe estremamente limitata. Lo studio che ne deriva deve quindi, per forza di cose, essere integrativo (Sroufe, 2000).

Le emozioni grazie alle nuove teorie in campo assumono un valore regolativo e comunicativo e la mente viene intesa come un sistema aperto modellato

dall'intersoggettività e dalla qualità delle prime relazioni. È proprio in questo passaggio, dal modello pulsionale al modello relazionale, che prende forma una nuova concezione dello sviluppo psicologico: non più fondato sulla sola struttura interna dell'individuo, ma sull'intreccio dinamico tra sé e l'Altro (Granà, et al., 2017).

Trevarthen (2001) sostiene che il neonato possiede una motivazione innata alla comunicazione, che si manifesta fin dai primi giorni di vita attraverso segnali quali lo sguardo, le vocalizzazioni, la mimica facciale e, in particolare, l'utilizzo spontaneo di schemi comunicativi strutturati secondo regole simili a quelle del dialogo adulto, come il rispetto dell'alternanza dei turni. Ma in che modo si sviluppa questa naturale propensione verso l'altro, comunemente definita intersoggettività?

È innanzitutto necessario chiarire cosa si intende con tale termine. L'intersoggettività può essere descritta come una forma di comunicazione interpersonale profonda, nella quale il soggetto sperimenta un senso di connessione mentale condivisa con l'altro. Essa implica la capacità di riconoscere intenzionalità, emozioni e stati mentali altrui, costituendo il fondamento relazionale su cui si costruisce il Sé e si sviluppano le competenze affettive e cognitive dell'individuo (Trevarthen, 1998).

Tuttavia, se questa predisposizione sembra poggiare su basi innate, il suo successivo sviluppo, sembra dipendere fortemente dalla qualità delle prime interazioni, in quegli scambi comunicativi che avvengono faccia a faccia con l'adulto, già dai primi giorni di vita.

Come sostengono gli studi di Stern (1985) e Tronick (1989) l'intersoggettività si struttura progressivamente attraverso sequenze interattive coerenti dove il caregiver rispecchia, modula e restituisce in forma elaborata gli stati affettivi del bambino. È proprio in questa danza fatta di sintonizzazione e di riparazione degli inevitabili disallineamenti che il bambino acquisisce una rappresentazione di sé come soggetto intenzionale e riconosciuto. Pertanto, la propensione all'altro non si limita a una funzione adattiva, ma costituisce il fondamento interattivo su cui si

costruiscono l'identità, la regolazione emotiva e le competenze mentalistiche. L'intersoggettività rappresenta dunque il terreno originario in cui affondano le radici del Sé relazionale, confermando come lo sviluppo emotivo sia, fin dai suoi albori, un fenomeno co-costruito e profondamente dipendente dalla presenza dell'Altro.

Con la conquista dell'intersoggettività primaria, dal primo al secondo mese di vita, e di una sempre maggiore sintonizzazione emotiva, fra i due e i sei mesi la comunicazione si affina e si arricchisce di occasione di compartecipazione affettiva nella diade madre-bambino.

In maniera più assistita e progressiva, sarà intorno al nono mese di vita che il bambino raggiungerà un'ulteriore tappa nel percorso di sviluppo emotivo: la maturazione dell'intersoggettività secondaria. A differenza dell'intersoggettività primaria, in cui l'attenzione è focalizzata esclusivamente sulla relazione diadica con la figura di accudimento, in questa fase emerge la capacità di coinvolgere un terzo elemento nell'interazione. Il bambino, infatti, non si limita più a scambiare segnali affettivi con l'adulto ma comincia a coordinare la propria attenzione verso un oggetto condiviso, inaugurando così la triadicità della relazione. Come sottolinea Barone (2006), questo passaggio segna l'inizio della capacità di condividere l'esperienza con l'altro, attraverso uno sguardo congiunto che integra la percezione dell'oggetto e dell'intenzionalità altrui; diventa così una forma evoluta di interazione che apre la strada alla comprensione dell'intenzionalità e degli stati mentali dell'altro, ovvero allo sviluppo di teoria della mente.

Nel panorama psicodinamico l'intersoggettività non viene soltanto intesa come una conquista di tipo cognitivo bensì diviene un momento cruciale nella co-costruzione del sé relazionale.

Nel modello proposto da Peter Fonagy e colleghi viene posto al centro del funzionamento psichico la capacità di mentalizzare. Essa viene definita dagli autori 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: desideri, bisogni, sentimenti, credenze e motivazioni personali” (Bateman, Fonagy 2004, trad. it pp. XV-XVI) presupponendo modalità di sviluppo e di espressione della stessa intrinsecamente interpersonali. Di fatto, la funzione riflessiva, o mentalizzazione, dipende direttamente dalla capacità del caregiver di offrire un rispecchiamento marcato e contingente. Questo tipo di risposta affettiva, non si limita a imitare l’emozione del bambino, ma la restituisce in forma trasformata rendendola comprensibile e simbolizzabile. Tale processo costituisce la base per il passaggio da una mente agita e confusa a una mente rappresentata, capace di autoregolazione affettiva. Per inquadrare il costrutto di mentalizzazione bisogna tenere in considerazione che si tratta di un pensiero che si struttura intorno a sentimenti ed emozioni propri ed altri quindi la si può considerare come una vera conoscenza emotiva che nasce dall’integrazione di livelli emozionali e cognitivi. Come afferma Baldoni (2014) è in questo contesto che il Sé mentale si sviluppa come Sé relazionale, emergente da una continua interazione tra stati interni e risposte ambientali.

Mentalizzare, infatti, non solo permette l’automonitoraggio<sup>32</sup> e l’esperienza di self-agency<sup>33</sup> ma anche la regolazione e il controllo delle emozioni e degli impulsi (Baldoni, 2010).

In questo quadro teorico la co-regolazione emotiva risulta quindi essere una componente fondamentale per lo sviluppo psichico emotivo, base per la costruzione di un Sé integrato e per l’acquisizione di competenze emotive adattive, che influenzano significativamente il successivo benessere psicologico e relazionale del bambino.

Secondo D. Winnicott (1974) la riuscita o meno dello sviluppo emotivo e di conseguenza la capacità di auto regolarsi poggia sulla capacità della madre di sostenere il bambino nel suo passaggio dalla dipendenza assoluta all’indipendenza. Fa leva sulle capacità della madre di saper contenere e saper restituire in maniera più tollerabile per l’infante tutti quegli stati emotivo che per lui sono insostenibili.

---

<sup>32</sup> riflettere sul proprio pensiero e sul proprio comportamento

<sup>33</sup> riconoscersi come soggetto responsabile e artefice delle proprie azioni

L'altro significativo costituisce dunque la principale fonte di alimentazione della vita emotiva del bambino. Le forme precoci di intersoggettività sopra menzionate, quindi, contribuiscono a formare un individuo adeguatamente pronto a competere per lo scambio comunicativo emotivo con l'altro (Lavelli, 2007).

Ma se invece ciò non fosse possibile, delineando delle traiettorie di sviluppo distorte e a rischio, come incide nella capacità dell'infante di regolare ed esprimere le proprie emozioni? Abbiamo visto come, dai continui scambi nella diade bambino – caregiver nei primi mesi di vita, seguendo il delinarsi di uno sviluppo nella normalità, vi sia la comparsa dell'intersoggettività, che prosegue di pari passo al consolidarsi dell'attaccamento nei confronti della figura di riferimento. Secondo Sroufe (1997) si va così va affinando il processo di regolazione emotiva, intesa come la capacità di regolare gli stati emotivi e di organizzare l'esperienza e le risposte comportamentali più appropriate con il fine di raggiungere l'omeostasi. Lo studio sugli stati di sintonia o viceversa non – coordinazione nell'interazione fra madre e bambino, forniscono preziose informazioni circa il ruolo precoce svolto da queste dinamiche. A riprova di ciò, secondo studi condotti da Tronick (2003) si evince come è proprio sullo scambio dialettico che il bambino radica il proprio repertorio emozionale futuro, sulla base di un proficuo monitoraggio reciproco. Tuttavia, se il processo di mutua regolazione non adempie al proprio compito possono strutturarsi forme di creazione di significato atipiche che vanno ad interferire con la capacità del bambino di raggiungere compiti di sviluppo propri dell'età di riferimento. I disturbi di disregolazione emotiva sono caratterizzati dalla mancanza di un'ampia gamma e differenziazione degli stati affettivi. Di fatto, nel corso dello sviluppo, potrebbero presentare una conoscenza ristretta di affetti o limitata gamma di interessi.

I disturbi in questa categoria possono manifestarsi in svariati modi. Ad esempio, può si può mostrare una limitata padronanza delle emozioni, propendendo verso un'intensità apparentemente bassa; oppure una rapida escalation di emozioni negative con un crollo improvviso. Il fanciullo potrebbe inoltre, confondere emozioni differenti oppure convertire un'emozione con il suo opposto, esprimendo

quindi delle emozioni non consone alla situazione. La capacità di regolazione emotiva potrebbe essere gravemente messa a repentaglio dalla limitata capacità di riconoscere gli stati emotivi. Allo sviluppo di queste problematiche potrebbero concorrere diversi elementi, tuttavia, sembra che i fattori ambientali giochino un ruolo cruciale (Lingiardi et al., 2020).

I disturbi denominati internalizzanti esemplificano bene il concetto di una mancata regolazione emotiva che può portare allo sviluppo di ulteriori psicopatologie. Secondo Bradley (2003) essi includono i disturbi d'ansia e dell'umore, le aree che risultano più implicate in queste problematiche sono quelle relative alle modalità di coping e alla regolazione dei fattori neurobiologici coinvolti nella regolazione dello stress. I bambini maggior mente esposti a rischio di sviluppare problemi internalizzanti adottano strategie di coping improntate alla repressione dell'emotività negativa, al ritiro, allo scarso supporto sociale e all'idealizzazione di relazioni affettive problematiche. Un'eccessiva interiorizzazione di rabbia e ostilità sarebbero le cause di un successivo sviluppo psicopatologico.

Altra psicopatologia che rientra nella disregolazione emotiva è rintracciabile in quella che viene definita alessitimia, termine ampio dalle molteplici sfaccettature ma che denota la ridotta capacità di un individuo di elaborare o descrivere verbalmente le proprie emozioni e sensazioni. Riflette una discreta compromissione a livello cognitivo e affettivo.

La dimensione cognitiva dell'alessitimia copre tre aspetti: 1) problemi nell'identificazione delle emozioni, 2) difficoltà ad esprimere verbalmente le emozioni agli altri e 3) pensiero orientato all'esterno, con mancanza di introspezione e attenzione al mondo interno (Taylor et al., 1999).

La dimensione affettiva dell'alessitimia, invece, è caratterizzata da processi immaginativi ristretti e da una povera capacità di fantasticare (Vorst et al., 2001). Queste caratteristiche comportano una visione inadeguata di sentimenti, sintomi e motivazioni (Sechi et al., 2020).

Abbiamo visto, dunque come la capacità, di comprendere le emozioni e di esprimerle in maniera consona si realizza nel corso del primo anno di vita e rimane

uno strumento che si trasforma nell'arco dell'intera vita, determinato dalla natura delle relazioni interpersonali che si instaurano precocemente con la figura di riferimento.

### **2.3 Lo sviluppo dei legami di attaccamento fra tipicità e no**

Dopo aver delineato i rapporti che intercorrono fra l'emozione e le modalità di regolazione, tipiche e no, è ora opportuno introdurre la connessione fra l'emozione e l'attaccamento. Questi due costrutti sono concettualmente ed empiricamente collegati in quanto il sistema di attaccamento ha una funzione di regolazione delle emozioni (Obeldobel et al., 2023). Quest'ultimo rappresenta l'espressione delle diverse forme che la regolazione delle emozioni assume nel corso della vita costituendone un essenziale riferimento (Sroufe 1995).

Ma andiamo per ordine e vediamo cosa si intende con tale costrutto.

Secondo Jhon Bowlby, padre fondatore della teoria dell'attaccamento (1988) vi è nel bambino una tendenza innata a sviluppare un forte legame emotivo con il caregiver, in particolare con la madre, al fine di garantire la propria sopravvivenza. Questo legame affettivo primario non solo assicura protezione, cura e assistenza nelle fasi più precoci della vita, ma funge anche da matrice relazionale per lo sviluppo della personalità e dei suddetti modelli operativi interni. È attraverso la stabilità e la responsività della figura di attaccamento che il bambino costruisce una base sicura, dalla quale può esplorare il mondo e sviluppare fiducia nelle relazioni future. Questo legame di attaccamento si andrà consolidando durante tutto il primo anno di vita del bambino e determinerà lo sviluppo emotivo e interpersonale. Ma allora in che senso l'attaccamento diviene espressione delle diverse forme che la regolazione emotiva assume nel corso dello sviluppo?

Jhon Bowlby, nella sua teorizzazione introdusse il concetto di modelli operativi interni (MOI)<sup>34</sup>. Il bambino costruisce, sulla base delle continue interazioni con l'altro di riferimento, modelli mentali circa sé stesso e l'altro. Tale esperienza,

---

<sup>34</sup> Concetto che verrà ripreso successivamente da Peter Fonagy.

ripetuta nel tempo, diverrebbe interna: una struttura portante su cui poggeranno le successive esperienze interpersonali e relazionali del bambino. Riflettono sia la misura in cui la persona si sente degna di ricevere affetto sia quanto essa percepisca l'affetto da parte degli altri. Essi adempiono alla funzione di selezione, mappatura e codifica delle informazioni emotive convogliate nella relazione e costituiscono perciò un precoce sistema di aspettative interpersonali.

Ogni MOI assume modalità di organizzazione diverse rispetto alla storia di vita familiare di ciascuno e rappresentano una testimonianza di come le emozioni siano state negoziate all'interno della diade (Barone 2007).

Le differenze individuali sono valutabili attraverso alcuni metodi di osservazione quali la Strange Situation (Ainsworth et al., 1978) inquadrando in quattro grandi categorie:

la disponibilità della figura di riferimento costituisce un elemento cardino per un tipo di attaccamento detto sicuro, in caso contrario si possono andare a delineare tipi di attaccamento mal funzionati di tipo nevrotico. Una figura di attaccamento rifiutante o imprevedibile genera un attaccamento di tipo insicuro. Il bambino potrebbe adottare o la strategia dell'evitamento (attaccamento insicuro evitante) o dell'adesione (attaccamento insicuro ambivalente) (Lingiardi et al., 2020).

Una significativa mole di ricerca, indica come uno stile di attaccamento inadeguato possa giocare un ruolo cruciale nella comparsa di disturbi psichiatrici (Ferretti, 2010), venendosi così a creare veri disordini affettivi, includendo la possibilità di sviluppare problematiche emotive di disregolazione, fra cui un aumentato rischio di insorgenza di ansia e depressione.

Ad esempio, qualora una madre manifesti costantemente un tono dell'umore depresso, essa può influenzare significativamente lo stato emotivo del bambino, il quale, durante l'interazione con essa, assimila la sua rabbia e tristezza. Una volta che tale stato emotivo si è consolidato come un modello operativo interno nel bambino, esso tenderà a riflettersi nelle interazioni future che intraprenderà (Reck et al., 2004).

Analizzando l'attaccamento da un punto di vista psicodinamico, a differenza dei bambini con un attaccamento sicuro, coloro che presentano storie di attaccamento insicuro sono spesso cresciuti in contesti emotivamente carenti, caratterizzati dalla presenza di caregiver svalutanti, incoerenti o psicologicamente non disponibili. In particolare, nei casi di attaccamento evitante, è verosimile che i bambini abbiano sperimentato ambienti familiari nei quali le emozioni venivano rifiutate o minimizzate dai genitori, incoraggiando così nei bambini strategie di soppressione delle manifestazioni emotive e la tendenza a non esprimere i propri bisogni affettivi nei confronti degli altri.

Al contrario, nei pattern di attaccamento ambivalente, i bambini sembrano sviluppare strategie di amplificazione delle emozioni, presumibilmente in risposta a cure genitoriali disponibili ma incoerenti e imprevedibili (Cassidy, 1994).

L'attaccamento disorganizzato, invece, si configura quando il bambino si trova di fronte a caregiver che, attraverso comportamenti spaventanti, freddi o psicologicamente assenti, anche quando questi esprimono livelli elevati di sofferenza rendono inaffidabile l'intero sistema di attaccamento facendo sì che il bambino non possa attingervi (Obeldobel et al., 2023).

Uno studio condotto da Robin e collaboratori, (2023) ha identificato quattro profili emotivi legati alle quattro categorie diagnostiche dell'attaccamento.

1) Nell'attaccamento sicuro, i soggetti sono connessi alle proprie emozioni e a quelle degli altri; hanno bassi livelli di meccanismi di difesa e possono regolare le emozioni con l'aiuto delle proprie risorse interne e di quelle degli altri: la percezione emotiva è orientata a sé stessi e agli altri.

2) Nell'attaccamento ambivalente i soggetti sono disconnessi dalle proprie emozioni (individui alessitimici) ma altamente connessi alle emozioni degli altri: è una percezione emotiva orientata verso l'altro.

3) Nell'attaccamento distanziante (evitante), i soggetti sono disconnessi dalle emozioni e dalle aspettative degli altri, ma hanno mantenuto una connessione con le proprie emozioni: è una percezione emotiva auto-orientata.

4) Nell'attaccamento pauroso (disorganizzato), i pazienti sono disconnessi dalle proprie emozioni, così come dalle emozioni degli altri, con un alto ricorso ai meccanismi di difesa immaturi; questi pazienti hanno pochissime risorse per far fronte a situazioni stressanti: sono disconnessi dalle emozioni.

Da queste analisi si evince come i legami di attaccamento disfunzionali, in particolare ansioso e disorganizzato, rappresentano un fattore di rischio significativo per lo sviluppo di problematiche emotive e di regolazione delle stesse. Concludendo, Lyvers e collaboratori (2019) hanno postulato che un legame inadeguato con il caregiver primario nel corso dell'infanzia impedisce il normale sviluppo della regolazione emotiva, portando a future difficoltà nella formazione e nel mantenimento di relazioni tra pari. Includendo ulteriori problematiche quali, alessitimia, accompagnata da uno stile di attaccamento insicuro che inibisce la formazione e il mantenimento di strette relazioni interpersonali (Lyvers et al., 2022). Si ribadisce, quindi, il concetto secondo il quale i modelli di attaccamento giocano un ruolo significativo nel plasmare la capacità di regolare le emozioni (Zhang et al., 2023; Muzi et al., 2023).

#### **2.4 La narrazione del sé e la granularità emotiva – implicazioni cliniche**

In un quadro di sviluppo tipico, la diade madre-bambino rappresenta un'importante modulatore della regolazione emotiva. È all'interno di questa relazione che il neonato sviluppa gli strumenti necessari per poter organizzare e dare senso alle proprie emozioni, trasformandole in risposte psicologiche efficaci e adattive. Con la crescita il bagaglio emotivo e cognitivo si arricchisce.

Intorno ai tre anni, in età prescolare, le abilità linguistiche si affinano sempre di più, permettendo al bambino di esplorare nuove strategie di regolazione emotiva anche in contesti relazionali più ampi, come le prime relazioni tra pari. È inoltre in questo periodo, che iniziano a comparire emozioni più complesse quali il senso di colpa, orgoglio e la vergogna.

Secondo le teorie psicoanalitiche iniziano ad acquisire importanza anche figure diverse da quella materna. altri elementi tipici di questa fase includono una forma

di gelosia nei confronti delle figure genitoriali e l'inizio della scoperta dell'identità sessuale. (Quaglia et al., 2022)

Dai quattro anni in poi, si assiste ad un altro importante traguardo nello sviluppo affettivo: il bambino acquisisce una comprensione piena degli altri come soggetti dotati di stati mentali, pensieri e convinzioni distinti dai propri. Parallelamente, implica che esso sviluppi una comprensione di sé come distinto dagli altri. La capacità di comunicazione simbolica riflette una nuova dimensione della regolazione affettiva, attraverso cui il bambino inizia a stabilizzare l'esperienza soggettiva, distinguendola da quella altrui.

Con il tempo, il bambino diventa sempre più autonomo, e sviluppa la capacità di narrarsi come protagonista della propria esperienza riconoscendo l'altro come distinto dal sé. Queste abilità si fondano sui pattern di attaccamento consolidati negli anni precedenti: La possibilità di prevedere risposte genitoriali coerenti e contingenti rafforza la capacità di costruire una narrazione integrata del sé. Al contrario, una co-regolazione caratterizzata da incoerenza o imprevedibilità può ostacolare la differenziazione degli stati emotivi interni, rendendoli indistinti e disorganizzati.

Nel corso dell'adolescenza e dell'età adulta, il senso di continuità personale si emancipa progressivamente dalle risposte della figura di riferimento, stabilizzandosi in una narrazione del sé autonoma, ma agganciata agli eventi di vita. L'identità narrativa svolge quindi un doppio compito: da un lato organizza le tematiche centrali della propria storia, dall'altro integra eventi inaspettati ed emozioni discordanti in una cornice unitaria (Arciero, 2002).

In questo processo di narrazione gioca un ruolo fondamentale quella che viene definita da Lisa Feldman Barrett (2004) granularità emotiva, la capacità di riconoscere e differenziare con precisione fra diverse emozioni e diversi vissuti affettivi. Le persone dotate di un ampio repertorio emotivo — ovvero in grado di riconoscere e nominare con chiarezza emozioni come frustrazione, amarezza, disagio o entusiasmo — tendono a sperimentare un maggior benessere psicofisico, a regolare meglio le proprie emozioni e a comprendere con più precisione quelle

altrui. Ne consegue che sviluppare una maggiore consapevolezza emotiva non significa esercitare controllo o sopprimere ciò che si prova, bensì imparare a riconoscere, accogliere e dare significato alle emozioni, anche quelle scomode. Solo attraverso questa intimità con la propria vita emotiva diventa possibile orientare i comportamenti in modo più consapevole, flessibile e coerente con i propri bisogni e valori (Attanà et al., 2021).

Tale competenza, favorisce un'integrazione narrativa più articolata e coerente. Al contrario, una bassa granularità emotiva (che si manifesta con la tendenza a etichettare le emozioni in modo vago o generico) ostacola la possibilità di incorporare nel racconto di sé quegli stati affettivi che risultano ambigui, contraddittori o disturbanti.

L'incapacità di integrare tutti gli aspetti emotivi, anche quelli intollerabili, genera un senso di incomprensione personale, non permettendo di conciliare la discrepanza emotiva in un senso di continuità personale. L'insorgenza allora di situazioni psicopatologiche, può rappresentare in extremis, un tentativo che la persona disregolata mette in atto per mantenere un senso di unitarietà rispetto al proprio sentire interiore. In tal senso, la mancanza di granularità emotiva può essere vista non solo come un deficit nella regolazione affettiva, ma anche come un limite nella costruzione del sé narrativo, che rende fragile il processo di attribuzione di significato e compromette la coerenza identitaria nel tempo (Arciero, 2002).

Questa riflessione sul ruolo della granularità emotiva nella costruzione del sé narrativo e nella regolazione affettiva trova un'importante implicazione anche nell'ambito clinico e psicodiagnostico. In particolare, la valutazione della qualità del racconto di sé e della capacità di dare una forma coerente alle proprie esperienze emotive e affettive può avvalersi di specifici strumenti come i test proiettivi e narrativi quali si basano sull'analisi del contenuto e della struttura delle storie prodotte dal paziente. Tra questi strumenti, un ruolo di rilievo è ricoperto dal Roberts Apperception Test for Children (Roberts-2), è un test narrativo specificamente progettato per valutare il funzionamento clinico e dello sviluppo in

bambini e adolescenti. Si propone di esplorare le rappresentazioni interne delle relazioni, le modalità di gestione emotiva, le strategie di coping e la coerenza narrativa.

Il Roberts-2 è caratterizzato da una somministrazione standardizzata, un sistema di punteggio e linee guida interpretative che utilizzano un approccio basato sulla performance per la valutazione narrativa.

Il test è composto da 16 tavole illustrate che raffigurano scene relazionali familiari, scolastiche o amicali. Al bambino viene chiesto di costruire una storia partendo da ciascuna immagine, includendo elementi quali cosa è accaduto prima, cosa sta accadendo ora, cosa pensano e sentono i personaggi e come la situazione potrebbe evolvere. L'analisi dei racconti consente al clinico di osservare aspetti come:

la differenziazione emotiva e la ricchezza del vocabolario affettivo, legati direttamente alla granularità emotiva; la coerenza narrativa e la capacità di costruire trame plausibili e significative; le modalità di rappresentazione del sé e dell'altro significativo; i pattern di attaccamento, i temi di autoefficacia, di regolazione affettiva e di risoluzione dei conflitti.

Il Roberts-2 si rivela particolarmente utile per valutare come il soggetto integra le emozioni complesse e affronta esperienze ambigue o disturbanti, offrendo una finestra diretta sulla qualità della sua organizzazione affettiva e narrativa. Inoltre, la codifica sistematica prevista dallo strumento consente un'analisi strutturata, pur mantenendo l'aspetto proiettivo e qualitativo che caratterizza la narrazione spontanea.

In ambito clinico, l'utilizzo del Roberts-2 (assieme ad altri strumenti narrativi e proiettivi come il T.A.T., il CAT) permette di valutare la maturità del funzionamento psicologico in relazione alla costruzione identitaria, alle risorse simboliche e alla capacità di regolazione emotiva, aspetti centrali nella diagnosi e nella pianificazione degli interventi terapeutici (Parolin et al., 2020).

## CAPITOLO III

### LO STUDIO

#### 3.1 Introduzione

Il disturbo neurologico funzionale (FND) in età pediatrica è una condizione neuropsichiatrica caratterizzata dalla presenza di sintomi neurologici– come debolezza muscolare, disturbi del movimento, alterazioni sensoriali, crisi non epilettiche, difficoltà nel linguaggio o nella comunicazione – che non possono essere spiegati da patologie neurologiche strutturali o da altre condizioni mediche riconosciute (Kozłowska, et al. 2024).

Secondo il più recente studio epidemiologico condotto da Yong et al. (2023) l'incidenza del FND nei bambini è di circa 18,3 casi per 100.000 persone per anno, con un picco tra gli 11 e i 15 anni con una prevalenza maggiore nelle femmine (70% dei casi) (Yong, et al., 2023).

L'eziologia del FND è multifattoriale e può essere compresa attraverso il modello dei fattori predisponenti, precipitanti e perpetuanti. Questi includono elementi di natura psicologica (come esperienze traumatiche o stress), sociale (fattori familiari e scolastici) e biologica (disfunzioni nella regolazione del sistema nervoso autonomo o alterazioni delle reti neurali funzionali). Tali sintomi sembrano riflettere un'interruzione nella comunicazione tra il cervello e il corpo; di fatto nel disturbo neurologico funzionale gli aspetti psicologici giocano un ruolo centrale sia nella genesi che nel mantenimento del disturbo. I bambini e gli adolescenti con FND spesso presentano una vulnerabilità psicologica che si esprime attraverso difficoltà nella regolazione emotiva, stili di coping disfunzionali e una limitata consapevolezza corporea e affettiva. La compromissione delle capacità emotive in questi pazienti è spesso correlata a fattori psicosociali, come stress familiare, esperienze traumatiche o difficoltà scolastiche, che interferiscono con il normale sviluppo emotivo e relazionale. Questa interazione può perpetuare il ciclo di sintomi e disadattamento (Mavroudis, et al., 2024).

Lo sviluppo emotivo seguendo il dispiegarsi di un percorso tipico, coinvolge la progressiva acquisizione di competenze nella regolazione delle emozioni, nella comprensione degli stati emotivi propri e altrui, e nella capacità di formare relazioni affettive sicure. Queste abilità si sviluppano attraverso l'interazione con i caregiver e l'ambiente sociale, e sono fondamentali per il benessere psicologico e sociale del bambino.

Nei bambini con FND, questo sviluppo può essere compromesso. Difficoltà nella regolazione emotiva, nella consapevolezza corporea e nell'elaborazione delle emozioni possono interferire con la capacità del bambino di comprendere e gestire le proprie esperienze emotive. Un'alterazione dell'elaborazione emotiva potrebbe quindi rappresentare un collegamento chiave tra i fattori di rischio psicosociali e le caratteristiche principali del disturbo. (Pick, et al., 2019).

Diversi studi hanno osservato che nei pazienti con disturbo neurologico funzionale vi è una compromissione nell'identificazione e nell'espressione delle emozioni. Ad esempio, Pick e collaboratori (2016) hanno analizzato l'elaborazione delle emozioni facciali in pazienti con crisi dissociative (fenomeno correlato al FND), rilevando che questi pazienti mostrano difficoltà nell'elaborazione esplicita delle emozioni, pur mantenendo un riconoscimento implicito intatto. Ciò indica una ridotta consapevolezza emotiva cosciente. Ancora, Goldstein (2019) ha sottolineato come i pazienti con disturbi dissociativi abbiano un'alterata esperienza emozionale soggettiva, con una riduzione della capacità di integrare e nominare emozioni complesse, che può contribuire alla dissociazione e alla manifestazione dei sintomi funzionali. Un tratto frequentemente riscontrato in questi pazienti è l'alessitimia, ovvero la difficoltà nel riconoscere e descrivere le proprie emozioni (Jalilianhasanpour et al., 2018). Sebbene questo aspetto sia più studiato negli adulti, emergono evidenze anche in popolazioni pediatriche. L'alessitimia può contribuire a una bassa granularità emotiva, cioè una limitata capacità di differenziare e nominare con precisione le emozioni, che si traduce in una regolazione emotiva inefficace e di conseguenza nell'uso di sintomi somatici per esprimere disagio (Steffen, et al., 2015).

Studi precedenti (Van der Kruijs et al., 2012) hanno mostrato una ridotta capacità di riconoscere emozioni, specialmente negative come paura e tristezza, nei bambini con disturbo neurologico funzionale, associata a disfunzioni nelle aree cerebrali coinvolte nell'elaborazione emotiva, come la corteccia prefrontale e le strutture limbiche. Di fatto, Liang et al. (2021) propongono che le emozioni, attraverso il loro impatto neurobiologico, possano contribuire in modo diretto alla manifestazione dei sintomi funzionali. Tale modello rafforza l'idea che nei disturbi neurologici funzionali le emozioni non adeguatamente elaborate o regolate possano agire come fattori precipitanti e perpetuanti, influenzando il modo in cui il disagio psicologico viene espresso a livello corporeo.

La consapevolezza corporea e l'interocezione rappresentano un altro aspetto cruciale nell'elaborazione emotiva. Ricciardi e collaboratori (2016) hanno osservato che questi pazienti presentano una ridotta consapevolezza dei segnali corporei interni, interferendo con l'integrazione tra emozioni e risposte corporee. Questo deficit peggiora la capacità di riconoscere e gestire le emozioni, facilitando l'insorgenza dei sintomi funzionali.

La dissociazione rappresenta un'ulteriore dimensione psicopatologica nel disturbo neurologico funzionale, caratterizzata dalla separazione tra esperienza emotiva e consapevolezza cosciente, che aggrava ulteriormente le difficoltà nel riconoscimento e nella regolazione delle emozioni (Brown et al., 2016).

In sintesi, la letteratura attuale sottolinea l'importanza cruciale delle difficoltà emotive nella genesi e nel mantenimento del disturbo neurologico funzionale in età pediatrica, ponendo l'accento su un modello integrato che considera l'interazione tra aspetti psicologici, biologici e sociali, e suggerendo la necessità di interventi terapeutici mirati a migliorare la regolazione emotiva, la consapevolezza corporea e l'elaborazione affettiva per ottimizzare gli esiti clinici in questa popolazione.

Infine, una recente revisione sistematica (2024) ha messo in luce che i pazienti con FND mostrano una marcata difficoltà nella regolazione della rabbia, livelli elevati di ostilità e una tendenza ad evitare segnali di minaccia sociale. Queste

caratteristiche suggeriscono che la disregolazione di emozioni intense, come la rabbia, potrebbe costituire una componente chiave nel mantenimento dei sintomi funzionali anche in età evolutiva.

### **3.2 Obiettivi di ricerca**

Alla luce delle considerazioni teoriche fin qui esposte, il seguente lavoro si propone di indagare la presenza di eventuali criticità nello sviluppo socio-cognitivo e socio-emotivo nei pazienti affetti da Disturbo Neurologico Funzionale (FND) e, contestualmente, di esplorarne le capacità espressive, con specifica attenzione al livello di granularità emotiva.

In particolare, l'attenzione è stata rivolta a diversi aspetti che la letteratura ha individuato come centrali: le difficoltà nella regolazione emotiva, la ridotta consapevolezza affettiva e un marcato riferimento a vissuti emotivi. L'ipotesi di fondo è che tali caratteristiche possano contribuire a una compromissione delle competenze emotive e relazionali nei bambini e negli adolescenti con FND, ostacolando lo sviluppo di strategie di coping adeguate e favorendo l'espressione del disagio attraverso sintomi somatici, nonché la tendenza ad utilizzare modalità narrative meno funzionali o non realistiche per affrontare situazioni problematiche. Parallelamente, l'obiettivo è stato quello di analizzare le prestazioni narrative e linguistiche dei pazienti al fine di verificare l'esistenza di differenze sistematiche non solo nella produttività narrativa complessiva, ma anche nella qualità degli esiti narrativi, nei contenuti emotivi emergenti. Attraverso l'integrazione di analisi quantitative (scale del Roberts-2) e qualitative (analisi linguistica tramite LIWC), si intende quindi delineare un quadro articolato delle capacità espressive e del funzionamento emotivo di questi pazienti.

Tale approccio consente non soltanto di effettuare un paragone con un gruppo di controllo non clinico, circa le capacità socio emotive e socio cognitive dei pazienti con disturbo neurologico funzionale, ma anche di approfondire quali emozioni tendono a rappresentare o ad evitare, e in che misura riescono ad orientare le loro vicissitudini verso esiti adattivi e/o risolutivi. L'aspettativa è che le differenze

emerge possano fornire elementi utili sia sul piano teorico, per la comprensione dei meccanismi psicologici sottostanti al disturbo, sia su quello clinico, per la progettazione di interventi mirati al potenziamento delle competenze emotive e narrative in età evolutiva.

## **4 METODO**

### **4.1 ipotesi**

Sulla base della letteratura disponibile e delle domande di ricerca, sono state formulate le seguenti ipotesi:

Il primo step, di natura più strettamente quantitativa, si propone di osservare delle specificità nel funzionamento sociocognitivo ed emotivo nei pazienti pediatrici con disturbo neurologico funzionale, confrontando i punteggi ottenuti nel test di Roberts con quelli ottenuti invece da un gruppo di controllo non clinico. Nello specifico:

1. Riscontrare dei deficit nei processi sociocognitivo e relazionali con punteggi inferiori nelle scale di riconoscimento degli stimoli sociali (POP)
2. Limitata capacità di sviluppare problem solving relazionale, come evidenziato da punteggi ridotti nelle scale di esito delle storie, con prevalenza di esiti negativi o non risolutivi rispetto al gruppo di controllo. (OUT)
3. Alterazioni nell'espressione dell'affettività e nella regolazione emotiva, ipotizzabili attraverso presenza di toni affettivi negativi (DEP) (ANX) (AGG) (REJ)
4. Espressione di emozioni positive o modulazione inadeguata delle emozioni.
5. Difficoltà a riconoscere, rappresentare ed esprimere le emozioni proprie e altrui nei racconti. (SUPS-F)
6. Minore frequenza di soluzioni positive o costruttive che riflettano un'elaborazione adeguata degli stati emotivi. (RES)

Il Secondo step della ricerca prevede di entrare nello specifico della capacità di riconoscimento dell'espressione emotiva in questi pazienti.

In termini di ipotesi ci si aspetta che essi siano meno sofisticati nel lessico, sia esso di natura positiva, negativa o entrambe.

#### 1. Differenze a livello qualitativo nelle narrazioni

Le narrazioni prodotte dal gruppo clinico mostreranno una minore granularità emotiva e un repertorio espressivo più ristretto. Ci si attende che i pazienti con FND utilizzino un linguaggio caratterizzato da minore varietà lessicale in ambito emotivo, soprattutto un minor utilizzo di emozioni positive e un maggior rimando e sentimenti negativi disfunzionali, e facciano meno riferimento a figure di supporto e risorse relazionali.

Esplorare questo dominio qualitativamente riveste particolare rilevanza poiché consente di approfondire la comprensione delle competenze emotive ed espressive nei pazienti pediatrici con Disturbo Neurologico Funzionale, un'area ancora scarsamente indagata nella letteratura scientifica.

## 4.2 Partecipanti

Per lo studio di natura quantitativa, sono stati utilizzati due gruppi distinti: un gruppo clinico e un gruppo di controllo.

Il gruppo clinico, composto da 46 pazienti ( $M=13.7$ ,  $D.S.=2.27$ ) con diagnosi di Disturbo Neurologico Funzionale (FND), ricoverati presso l'Istituto Neurologico "Carlo Besta" di Milano. Il campione comprende 38 femmine (82,6%) e 8 maschi (17,4%). Provengono da diverse regioni italiane, garantendo una buona eterogeneità nella distribuzione geografica: in particolare, sono rappresentate province del Nord Italia (Milano, Como, Novara, Lecco), del Centro (Roma) e, in misura minore, del Sud.

I pazienti coinvolti nello studio erano ricoverati presso la struttura ospedaliera e presentavano diverse sintomatologie riconducibili al disturbo neurologico funzionale, quali difficoltà nella deambulazione, paralisi di un arto (superiore o inferiore), riduzione della capacità visiva e/o uditiva, compromissioni del

linguaggio – che in alcuni casi si riduceva a semplici suoni – oltre a cefalea ricorrente e dolore generalizzato in diverse aree corporee.

Come termine di paragone è stato utilizzato un gruppo non clinico, costituito da 46 bambini e adolescenti sani, di cui 42 femmine e 4 maschi ( $M= 13.58$ ,  $D.S. = 2.35$ ).

Essi sono stati reclutati nelle scuole primarie e secondarie nelle zone di Milano. È stata esclusa la clinicità utilizzando la CBCL, (Child Behavior Checklist). Essi sono stati selezionati sulla base di criteri di corrispondenza con il gruppo clinico relativamente a sesso ed età, in modo da garantire una comparabilità dei dati e ridurre l'impatto di variabili confondenti di natura anagrafica di modo tale che fungessero da metro di paragone ai fini della ricerca.

Il Secondo step della ricerca invece ha previsto solo l'ingaggio delle narrazioni prodotte dal gruppo clinico già sopra introdotto.

### **4.3 Procedure**

La raccolta dati si è svolta presso l'Istituto Neurologico "Carlo Besta" di Milano, nell'ambito di un protocollo di assesment clinico strutturato per la valutazione dei pazienti pediatrici affetti da Disturbo Neurologico Funzionale.

I partecipanti includevano un gruppo clinico composto da bambini e adolescenti con diagnosi di Disturbo Neurologico Funzionale, reclutati durante il percorso di valutazione neuropsichiatrica presso l'Istituto. Essi hanno avuto accesso alla ricerca previa sottoscrizione del consenso informato, redatto in conformità con le normative vigenti in materia di tutela dei dati personali e partecipazione a studi clinici. Il protocollo di studio e il relativo consenso informato sono stati approvati da un Comitato Etico competente.

Essa è stata condotta individualmente in un setting clinico adeguato, garantendo un ambiente tranquillo e privo di distrazioni, con la presenza di uno psicologo specializzato nella somministrazione di strumenti standardizzati per l'età evolutiva. Le valutazioni sono state effettuate nel corso del ricovero ospedaliero dei pazienti. Ciascun soggetto è stato sottoposto a un percorso di 3-4 sedute

distinte, il cui numero variava in base alla complessità clinica e alle problematiche presentate. Ogni seduta aveva una durata massima di circa 90 minuti.

Il protocollo di assesment ha previsto la somministrazione di un'ampia batteria di strumenti psicodiagnostici, con l'obiettivo di ottenere una valutazione completa del funzionamento cognitivo, emotivo e relazionale dei bambini e degli adolescenti; WISC-IV/V (Wechsler Intelligence Scale for Children), SAFA (Self-Administered Psychiatric Scales for Children and Adolescents), TSCC (Trauma Symptom Checklist for Children), CRY (Coping Responses of Youth), NEPSY-II (Developmental Neuropsychological Assessment, Second Edition).

Tuttavia, per la ricerca è stato utilizzato il test di Roberts-2 (Roberts Apperception Test for Children – Second Edition), test proiettivo narrativo concepito per esplorare le componenti sociocognitive ed emotive dell'adolescente.

La somministrazione del test è stata effettuata da uno psicologo che aveva seguito uno specifico training di formazione sullo strumento. Ogni seduta aveva una durata di circa 90 minuti.

Le regole di base prevedono che il paziente, a partire dalla tavola illustrate raffiguranti scene interpersonali, debba costruire una storia che abbia un inizio uno svolgimento ed un finale.

Attraverso la codifica è quindi possibile differenziare il funzionamento adattivo da quello clinico e disporre di indici standardizzati utili sia in ambito clinico-diagnostico sia nella ricerca, grazie al confronto con i campioni normativi.

I punteggi grezzi ottenuti dalle scale del Roberts-2 sono stati convertiti in punteggi T, utilizzando le tabelle normative italiane differenziate per fascia d'età, al fine di garantire confronti validi con la popolazione di riferimento.

I dati elaborati sono stati inseriti in un database unificato con i punteggi del gruppo di controllo e successivamente analizzati tramite il software JASP, che ha permesso lo svolgimento di analisi descrittive e inferenziali.

Parallelamente, nello step di natura qualitativa, le trascrizioni delle storie sono state sottoposte ad analisi linguistica mediante LIWC-2 (Linguistic Inquiry and Word Count), con lo scopo di esplorare la granularità emotiva e i pattern lessicali

caratteristici del gruppo clinico. È stato costruito un primo dizionario interno a partire dalle narrazioni cliniche raccolte mediante il Roberts-2. Le parole con maggiore frequenza di occorrenza sono state selezionate e successivamente organizzate in categorie funzionali (emozioni positive, emozioni negative, relazioni, processi cognitivi).

Sulla base di questa prima classificazione, è stata realizzata una sotto categorizzazione ulteriore che ha permesso di suddividere le parole in classi corrispondenti alle scale di scoring del Roberts-II. In questo modo è stato possibile costruire un secondo dizionario, più specifico e mirato, successivamente importato all'interno del software LIWC-22.

Tale procedura ha consentito di confrontare i risultati ottenuti tramite il vocabolario interno con quelli basati sul dizionario standard italiano incluso nel LIWC, al fine di valutare la presenza di eventuali restrizioni o impoverimenti del repertorio lessicale ed emotivo nei pazienti rispetto al gruppo di controllo.

#### **4.4 Strumenti**

Nel presente studio sono stati utilizzati strumenti standardizzati ovvero:

Il test di Roberts-2,

strumento performance based, il quale costituisce il cardine della ricerca. Si tratta di un test proiettivo narrativo ideato per esplorare il funzionamento emotivo e relazionale del bambino e dell'adolescente. Lo strumento prevede la presentazione di 16 tavole illustrate raffiguranti scene interpersonali: a ciascun partecipante viene chiesto di raccontare una storia includendo personaggi, ambientazioni, eventi creando un inizio, uno svolgimento e arrivando ad una possibile conclusione. È importante sottolineare che, durante le procedure di scoring, il Roberts-2 non si limita a evidenziare e categorizzare le parole o le frasi riferite all'espressione di emozioni o stati d'animo, ma prende in considerazione anche le azioni compiute dai personaggi che veicolano tali contenuti emotivi.

I punteggi grezzi sono stati convertiti in punteggi T utilizzando le tabelle normative italiane, differenziate per fascia d'età, consentendo il confronto standardizzato tra soggetti clinici e di controllo. Le narrazioni sono state trascritte integralmente e successivamente valutate secondo i criteri standardizzati riportati nel manuale. Lo scoring consente di ottenere punteggi relativi a diverse aree del funzionamento narrativo e socio-emotivo, quali la produttività del racconto, la capacità di cogliere indizi sociali e relazionali, la qualità degli esiti narrativi in rapporto al grado di adattività o realismo, la rappresentazione del supporto percepito e di self-agency, la presenza di contenuti emotivi legati ad ansia, depressione, aggressività, limiti e dinamiche relazionali, nonché i processi narrativi connessi all'identificazione del problema e alle strategie di risoluzione messe in atto. In questo modo, il test consente di indagare in maniera strutturata e comparabile aspetti centrali del funzionamento socio-cognitivo ed emotivo del soggetto.

#### **4.5 Analisi dati**

Le procedure di analisi si sono articolate in due fasi complementari, con l'obiettivo di fornire una visione integrata e approfondita dei risultati emersi dallo scoring del test di Roberts-2.

Per lo step di tipo *quantitativo* è stato utilizzato

1. software JASP (Jeffreys's Amazing Statistics Program).

Dopo la costruzione del database unificato (una riga per ciascun soggetto, con variabile di appartenenza al gruppo e punteggi T delle scale Roberts-II), sono state svolte: Analisi descrittive (medie, deviazioni standard, boxplot e raincloud plot), Test t per campioni indipendenti (clinico vs controllo), per confrontare le medie dei due gruppi e verificare la presenza di differenze statisticamente significative.

Per lo step *qualitativo*

2. software LIWC-2.

consente di effettuare un'analisi computerizzata del linguaggio, classificando le parole in base a categorie psicologiche, emotive e linguistiche predefinite.

Partendo dalle parole maggiormente utilizzate nelle narrazioni del gruppo clinico, è stato messo appunto un dizionario interno poi importato nel software, consentendo di effettuare un doppio livello di analisi:

1. un'analisi basata sul dizionario standard italiano fornito dal programma;
2. un'analisi basata sul dizionario interno, parallelamente alle categorizzazioni Roberts, che riflette le specificità linguistiche del campione clinico e consente di valutare l'eventuale restrizione o impoverimento del repertorio emotivo.

L'impiego congiunto di tali strumenti ha reso possibile una valutazione integrata: da un lato, la misurazione quantitativa delle differenze tra gruppi; dall'altro, l'analisi qualitativa delle produzioni narrative del gruppo clinico, offrendo così un quadro più articolato delle competenze emotive e sociorelazionali dei pazienti con FND.

## **5. Risultati**

*Primo step analisi quantitativa:*

Si è ipotizzato che i pazienti con Disturbo Neurologico Funzionale (gruppo clinico) presentassero punteggi significativamente differenti rispetto al gruppo di controllo nelle scale quantitative del *Roberts-2*.

Le analisi descrittive sono presentate nella tabella 1 in appendice.

La tabella 2 illustra i confronti fra campione clinico e non clinico.

Nei grafici che seguono, sono riportate le distribuzioni del gruppo clinico e del gruppo di controllo.

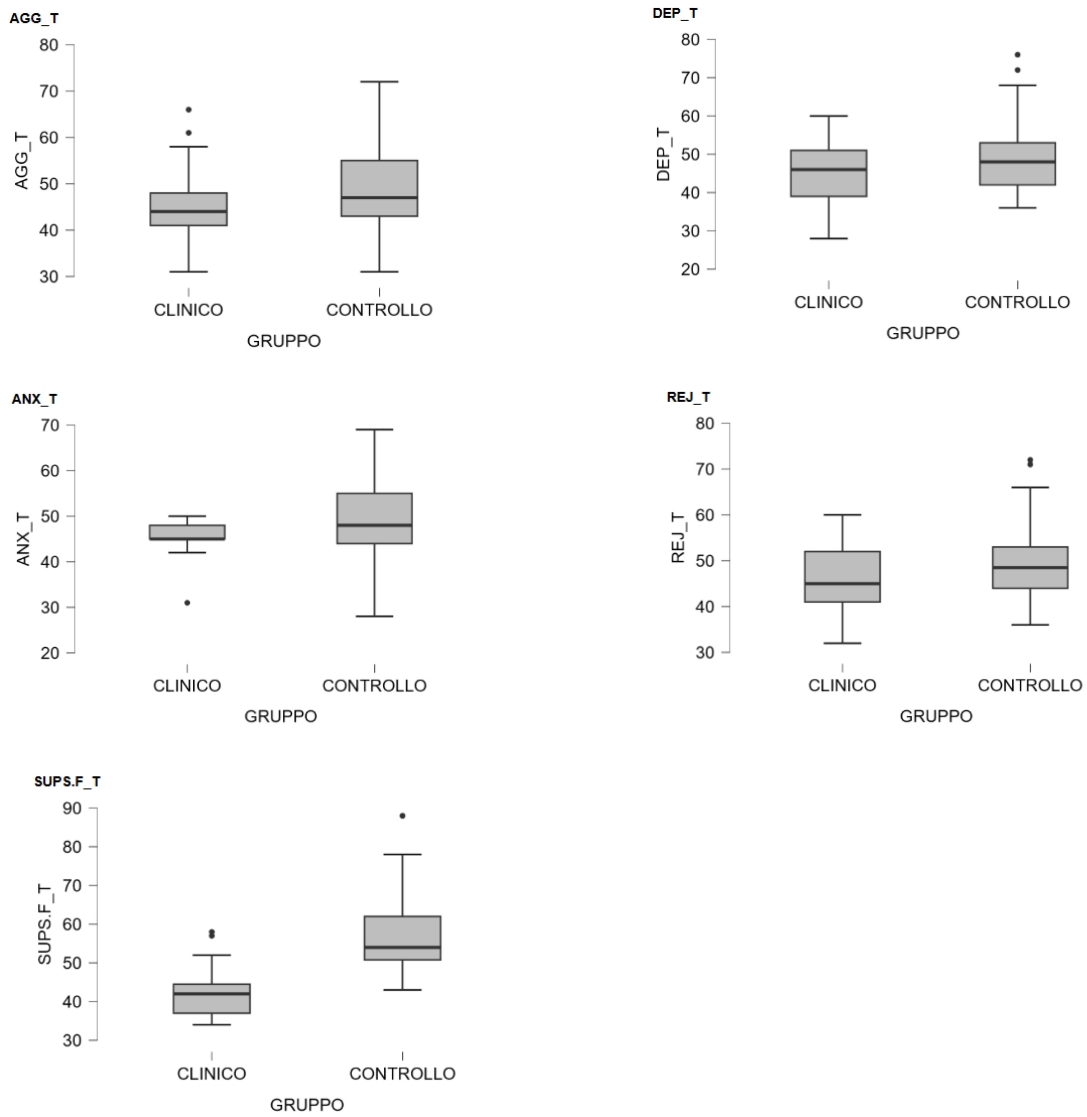


Figura 1 insieme di box plot circa le scale dell'emoività negativa e positiva dove è visibilmente comprensibile la differenza delle rispettive medie fra il gruppo clinico e il gruppo di controllo

## Independent Samples T-Test

	t	Df	p	Mean Difference	SE difference	Lower	Upper	Cohen	SE Cohen
POP	-28.634	90	<.001 <sup>a</sup>	-42.261	1.476	-45.193	-39.329	5.971	0.656
MEAN	-0.932	89	.354	-1.806	1.938	-5.656	2.044	0.195	0.211
PID4	-0.435	88	.664	-1.111	2.552	-6.182	3.960	0.092	0.211
AT.P.TOT	-0.548	89	.585	-1.209	2.205	-5.590	3.172	0.115	0.210
UNUSL	-1.876	87	.064 <sup>a</sup>	-3.477	1.854	-7.161	0.208	0.398	0.216
MAL	-0.151	89	.880	-0.316	2.091	-4.471	3.838	0.032	0.210
UNRL	4.756	88	<.001 <sup>a</sup>	7.733	1.626	4.502	10.965	1.003	0.236
RES.5	-1.225	89	.224	-1.269	1.036	-3.327	0.789	0.257	0.211
NON	3.888	88	<.001	8.544	2.198	4.177	12.912	0.820	0.228
UNRS	-2.591	84	.011	-5.532	2.135	-9.778	-1.287	0.559	0.224
ANX	-1.512	89	.134 <sup>a</sup>	-2.149	1.421	-4.974	0.675	0.317	0.212
REJ	-1.923	89	.058	-3.086	1.605	-6.275	0.102	0.403	0.214
DEP	-2.609	89	.011	-4.802	1.841	-8.460	-1.145	0.547	0.217
AGG	-2.121	89	.037	-3.730	1.759	-7.225	-0.236	0.445	0.215
PID5	6.062	89	<.001 <sup>a</sup>	6.361	1.049	4.276	8.446	1.271	0.249
RES.3	0.324	89	.747	0.640	1.976	-3.286	4.566	0.068	0.210
RES.4	-1.364	87	.176	-2.986	2.189	-7.336	1.365	0.289	0.214

RES2	-0.672	89	.503	-1.474	2.195	-5.836	2.887	-	0.141	0.210
RES1	-2.431	89	.017 <sup>a</sup>	-3.676	1.513	-6.682	-0.671	-	0.510	0.216
SUPS.F	-8.734	88	<.001 <sup>a</sup>	-15.748	1.803	-	-	-	1.842	0.288
PID3	-1.967	89	.052	-4.905	2.493	-9.859	0.049	-	0.412	0.214
LIM	-1.484	89	.141	-2.230	1.503	-5.216	0.755	-	0.311	0.212
PID2	-2.360	89	.020	-6.261	2.653	-	-	-	0.495	0.216
PID1	-3.716	89	<.001 <sup>a</sup>	-9.900	2.664	-	-	-	0.779	0.225
SUPS.A	-5.061	88	<.001	-12.531	2.476	-	-	-	1.067	0.240
REL	0.701	89	.485	1.573	2.244	-2.886	6.033	-	0.147	0.210
SUPO.F	-0.122	89	.903 <sup>a</sup>	-0.289	2.364	-4.988	4.409	-	0.026	0.210
SUPO.H	-2.662	86	.009	-5.486	2.061	-9.582	-1.389	-	0.568	0.222

Note. Student's t-test.

<sup>a</sup> Brown-Forsythe test is significant ( $p < .05$ ), suggesting a violation of the equal variance assumption

*Tabella 1 t test per campioni indipendenti*

Per quanto riguarda la capacità di cogliere indizi sociali, (scala POP) il gruppo di controllo ha ottenuto punteggi significativamente più alti rispetto al gruppo clinico ( $t(90) = -28.63$ ,  $p < .001$ ,  $\Delta M = -42.26$ , IC95% [-45.19, -39.33],  $d = -5.97$ ). In particolare, il gruppo di controllo ha riportato ( $M = 55.93$  e  $DS = 9.75$ ), mentre il gruppo clinico una ( $M = 13.67$  e  $DS = 2.27$ ). Un risultato analogo si osserva nella capacità di far fronte e fare affidamento sulle proprie risorse interne,

corrispondente alla scala (SUPS-A) ( $t(88) = -5.06, p < .001, \Delta M = -12.53, IC95\% [-17.45, -7.61], d = -1.07; M = 62.83, DS = 12.14$  vs  $M = 50.30, DS = 11.31$ ).

Nella possibilità di far affidamento ad aiuti provenienti dall'esterno (SUPO-H) il gruppo di controllo ha ottenuto punteggi superiori rispetto al clinico. ( $t(86) = -2.66, p = .009, \Delta M = -5.49, IC95\% [-9.58, -1.39], d = -0.57; M = 49.15, DS = 7.89$  vs  $M = 43.67, DS = 11.28$ ).

Analogamente, la capacità di riconoscere e chiarificare il problema che gli viene sottoposto o che si presenta dinanzi al bambino, i punteggi medi sono risultati significativamente più alti nel gruppo di controllo. Infatti, nelle scale (PID1) ( $t(89) = -3.72, p < .001, \Delta M = -9.90, IC95\% [-15.19, -4.61], d = -0.78; M = 54.52, DS = 14.42$  vs  $M = 44.62, DS = 10.67$ ), in PID2 ( $t(89) = -2.36, p = .020, \Delta M = -6.26, IC95\% [-11.53, -0.99], d = -0.50; M = 63.24, DS = 13.01$  vs  $M = 56.98, DS = 12.28$ ). Infine, la scala (PID3) ha evidenziato valori superiori nei controlli, prossimi alla significatività ( $t(89) = -1.97, p = .052, \Delta M = -4.91, IC95\% [-9.86, 0.05], d = -0.41; M = 55.28, DS = 12.05$  vs  $M = 50.38, DS = 11.73$ ).

Anche nelle fasi di risoluzione del problema (RES3) il gruppo di controllo presenta valori più alti rispetto al gruppo clinico, ( $t(89) = -2.43, p = .017, \Delta M = -3.68, IC95\% [-6.68, -0.67], d = -0.51; M = 51.57, DS = 9.91$  vs  $M = 47.89, DS = 2.18$ ).

Di contro, il gruppo clinico ha riportato punteggi più elevati dove era richiesto un esito narrativo ma riflettendo una modalità problematica di risoluzione. In particolare, nella scala (UNRL) (esiti non realistici) ( $t(88) = 4.76, p < .001, \Delta M = 7.73, IC95\% [4.50, 10.97], d = 1.00; M = 52.13, DS = 9.37$  vs  $M = 44.40, DS = 5.59$ ) e nella NON (esiti non adattivi) ( $t(88) = 3.89, p < .001, \Delta M = 8.54, IC95\% [4.18, 12.91], d = 0.82; M = 57.02, DS = 11.29$  vs  $M = 48.48, DS = 9.52$ ).

Nei pazienti con FND, rispetto ai controlli emerge una significativa difficoltà nell'espressione emotiva. La capacità di riconoscere ed esprimere emozioni positive (SUPS-F) il gruppo di controllo ha riportato punteggi significativamente superiori rispetto ai clinici ( $t(88) = -8.73, p < .001, \Delta M = -15.75, IC95\% [-19.33, -12.16], d = -1.84; M = 57.54, DS = 10.48$  vs  $M = 41.80, DS = 5.89$ ).

I pazienti utilizzano in misura ridotta un richiamo ad emozioni negative e aggressive, si evince come i punteggi della scala (DEP) (contenuti depressivi) sono risultati più bassi nel gruppo clinico ( $t(89) = -2.61, p = .011, \Delta M = -4.80, IC95\% [-8.46, -1.15], d = -0.55; M = 44.09, DS = 8.26$  vs  $M = 48.89, DS = 9.26$ ), così come quelli della scala (AGG) (contenuti aggressivi) ( $t(89) = -2.12, p = .037, \Delta M = -3.73, IC95\% [-7.23, -0.24], d = -0.45; M = 45.40, DS = 7.30$  vs  $M = 49.13, DS = 9.33$ ).

Per la scala (ANX), il gruppo clinico ha riportato punteggi mediamente più bassi rispetto al gruppo di controllo ( $M = 46.13, DS = 2.97$  vs  $M = 48.28, DS = 9.07$ ), ma la differenza non è risultata statisticamente significativa ( $t(89) = -1.51, p = .134, \Delta M = -2.15, IC95\% [-4.97, 0.68], d = -0.32$ ).

Infine, si segnala la presenza di tendenza verso la significatività in alcune scale. In particolare, la scala (REJ) (rifiuto percepito) ha mostrato valori tendenzialmente maggiori nei controlli ( $t(89) = -1.92, p = .058, \Delta M = -3.09, IC95\% [-6.28, 0.10], d = -0.40; M = 49.11, DS = 8.08$  vs  $M = 46.02, DS = 7.19$ ). Per giunta, si può vedere nella scala (PID5) (fase avanzata di identificazione del problema) ( $t(89) = 6.06, p < .001, \Delta M = 6.36, IC95\% [4.28, 8.45], d = 1.27; M = 45.60, DS = 6.80$  vs  $M = 39.24, DS = 2.09$ ) il gruppo clinico riporta punteggi più elevati rispetto al gruppo di controllo.

### *Secondo step analisi qualitativa*

In termini esplorativi quanto è stato analizzato il lessico dei pazienti con disturbo neurologico funzionale per verificare la loro capacità di espressione in termini di emozioni positive o negative.

Accanto al dizionario standard italiano fornito dal programma, sono stati costruiti due vocabolari ad hoc: un vocabolario interno, basato sulle narrazioni prodotte dai pazienti, e un vocabolario tarato sulle categorie Roberts, elaborato per mappare il linguaggio emerso direttamente sulle dimensioni interpretative del test. La tabella 3 riporta la classificazione delle parole rilevate.

Nel dizionario tarato sulle scale del Roberts, l'analisi ha evidenziato come nelle narrazioni compaiano le emozioni negative risultano nel complesso molto più frequenti rispetto a quelle positive: i racconti contengono termini come *triste, male, solo, deluso, brutti*, mentre le emozioni positive emergono solo marginalmente, attraverso parole come *bene, felice, gioia, sorride*. Tra i contenuti emotivi specifici, maggiori sono le parole inerenti alla categoria (ANX) ansia con parole che richiamano preoccupazioni, timori e stati di agitazione, fornendo un range di riconoscimento e denominazione dell'emozione molto più ampio. A seguire, la categoria (DEP) risulta essere anche 'essa vasta e variegata. Più scarse, ma comunque sempre in misura maggiore rispetto alle categorie dell'emozionalità positiva, risultano essere le categorie di (AGG) e (REJ). Esse vengono espressi attraverso un repertorio più ristretto, caratterizzato da poche parole ricorrenti come *botte, sfogare, arrabbiò* per l'aggressività e *non vuole, rifiutare, escluso* per il rifiuto. Le emozioni positive emergono in misura molto limitata rispetto a quelle negative e sono espresse attraverso un lessico ristretto, centrato su parole come *felice, gioia, bene*. In alcuni casi compaiono richiami corporei o comportamentali come *sorride*, che rappresentano più l'azione osservabile che il vissuto emotivo soggettivo. Nel complesso, il repertorio linguistico associato agli affetti positivi appare poco variegato e scarsamente rappresentato nelle narrazioni.

In egual misura, il lessico legato al supporto (SUPO) è presente ma contenuto, con parole come *aiutarlo, ascoltato, consolare*.

In un livello successivo di analisi, si osserva come le categorie presentino una diversa distribuzione tra parole che rimandano a vissuti emotivi interni e parole che richiamano il corporeo o le azioni concrete. Nel caso dell'ansia, accanto a termini emotivi come *preoccupare, confuso, dispiaciuti*, emergono in modo rilevante parole corporee e sensoriali come *sensazione, agitato*. La depressione combina riferimenti emotivi (*triste, solo, deluso*) con altri che evocano malessere fisico (*male, confuso, brutti*). L'aggressività appare centrata soprattutto su azioni concrete (*botte, sfogare, disaccordo*), con minori riferimenti emotivi (*arrabbiò*), mentre il rifiuto si esprime più tramite comportamenti (*non vuole, rifiutare*) che

attraverso vissuti (*escluso*). Le emozioni positive includono vissuti emotivi come *felice, gioia, bene*, ma anche richiami corporei e comportamentali come *sorridente*.

ANX	DEP	REJ	AG	SUPO-F	SUPS-F
Paura	Lacrime	Esclusa	Minacciano	Abbraccio	Bene
Ansia	Triste	Dispetto	Aggression	Abbracciar	Gioia
Agitata	Male	Offeso	e	e	Felice
Spaventare	Solo	Gelosa	arrabbiata,	Aiuta	Contento
Pietrificata	Sbagliato	Geloso	arrabbiato	Aiutare	Piacere
Turbata	Piangere	Sgridata	arrabbiati	Confronto	Serena
Nervosa	Colpa	Sgridando	rabbia	Ascoltare	Amore
Indifferente	Tristezza	punizione	violenza	ascolta	Sorriso
Ansiosa	delusa	litigato	botte		innamorat
Preoccupat	dispiaciut	litigando	pugni		a
o	a	litigare	picchia		
Preoccupar	stanca	litigio	picchiare		
e	silenzio	discutendo	picchiato		
Preoccupati	niente	bullizzata	picchiando		
Pensierosa	spiacevole	bullizzato	sfogarsi,		
Aspettava	piangendo	bullizzand	sfogare,		
Incubo	stressato	o	spaccare,		
Morto	mai	solo	minacciand		
Impaurito	dolore		o sgridando		
Agitato	errori		litigare		
Fastidio	spiacevole		reazione		
problemi	confuso		dispetto		
			bullizzando		
			spinto		

			investita fastidio		
--	--	--	-----------------------	--	--

## 6. Discussione

L'obiettivo principale di questo lavoro era indagare le competenze socio-cognitive ed emotive di bambini e adolescenti con disturbo neurologico funzionale (FND); attraverso l'utilizzo del test di Roberts-2 e l'analisi linguistica delle narrazioni con il LIWC-22.

Le ipotesi di partenza prevedevano che i pazienti avrebbero mostrato maggiori difficoltà nella percezione degli indizi sociali e nella risoluzione dei problemi rispetto ai controlli. Soprattutto, si ipotizza una ridotta capacità di riconoscimento e discriminazione delle emozioni sia positive che negative, una ridotta capacità espressiva inerente al lessico emotivo e di conseguenza una ridotta granularità emotiva.

I dati quantitativi analizzati, delineano nei soggetti un profilo caratterizzato da fragilità socio-cognitive ma soprattutto emotive.

Un primo dato rilevante riguarda la scala (POP) dove hanno riportato punteggi significativamente più bassi rispetto ai controlli. Questo risultato segnala una difficoltà a cogliere indizi sociali ed emotivi nelle situazioni interpersonali, confermando i deficit già descritti nella letteratura sul riconoscimento delle espressioni facciali e dei segnali non verbali (Kozłowska et al., 2013; 2021).

Per quanto riguarda l'identificazione del problema (PID), i pazienti hanno ottenuto punteggi più bassi nelle prime fasi (PID1-2), suggerendo difficoltà nel riconoscere e definire i problemi in maniera chiara, diversamente dal gruppo di controllo che ha ottenuto punteggi più elevati in queste scale. Sorprendente, è invece il risultato ottenuto dal gruppo dei bambini con FND nella scala (PID5), mostrando punteggi più elevati. Questo andamento non sembra riflettere una maggiore competenza esplicativa, ma piuttosto una tendenza al rimuginio narrativo, spiegazioni ridondanti e ripetitive che non portano a una reale comprensione del problema; in linea con il pensiero perseverativo descritto da Nolen-Hoeksema et al. (2008).

Le scale di risoluzione (RES) hanno mostrato punteggi inferiori nei pazienti, indicando una minore capacità di produrre soluzioni costruttive. Tale difficoltà si riflette anche nell'aumento degli esiti non realistici (UNRL) e non adattivi (NON), che rivelano una certa rigidità nel concepire percorsi di soluzione plausibili. Questi dati si collegano ai modelli evolutivi che vedono nei bambini con FND una ridotta flessibilità cognitiva e un deficit di resilienza (Kozłowska et al., 2012).

Il nucleo centrale delle differenze fra i due gruppi emerge tuttavia sul versante emotivo. La depressione risulta essere come la dimensione più marcata, segnalando che i bambini con FND hanno difficoltà a esprimere vissuti di tristezza, solitudine e impotenza.

Anche l'aggressività si differenzia in maniera significativa, indicando che questi bambini faticano a integrare e rappresentare in modo adattivo emozioni di rabbia e conflitto. La rabbia appare dunque meno disponibile come canale espressivo, forse perché non viene riconosciuta come emozione legittima o perché viene trasformata in sintomi corporei, in linea con l'ipotesi della somatizzazione proposta da Stone e collaboratori nel 2020.

Il rifiuto, pur meno evidente, suggerisce comunque una tendenza alla ridotta rappresentazione di dinamiche di esclusione. È come se l'esperienza dell'essere rifiutati, o del rifiutare a propria volta, fosse narrativamente meno accessibile. È possibile che vissuti legati all'essere esclusi vengano rimossi o non nominati perché troppo dolorosi da affrontare direttamente. In questo senso, la difficoltà a

tradurre in parole l'esperienza del rifiuto costituirebbe un modo per proteggersi da emozioni relazionali potenzialmente traumatiche, che vengono bypassate attraverso il corpo o altre forme espressive; ciò è coerente con i modelli psicodinamici che descrivono nel FND l'uso del sintomo come difesa contro vissuti relazionali dolorosi e difficilmente mentalizzabili (Kozłowska et al., 2013). Il quadro più complesso riguarda l'ansia. Sul piano statistico non emerge come dimensione discriminante ma, come vedremo più avanti, qualitativamente producono dei risultati interessanti.

Diverso è il punto per le emozioni positive, che nelle narrazioni dei pazienti appaiono scarsamente rappresentate. I punteggi bassi alle scale corrispondenti suggeriscono che la capacità di integrare esperienze piacevoli o gratificanti risulti limitata, confermando un lessico ridotto e scarno.

Infine, le scale relative al supporto e alle relazioni mostrano punteggi inferiori nei pazienti clinici. Ciò segnala una difficoltà a rappresentare le figure significative come fonte di aiuto e protezione, confermando il ruolo del contesto familiare come fattore di vulnerabilità nei FND pediatrici (Kozłowska et al., 2012; Demartini et al., 2014).

I risultati qualitativi aggiungono uno sguardo più approfondito sulle criticità specifiche nella sfera emotiva dei bambini con disturbo neurologico funzionale. Evidenziando come la riduzione dell'espressività emotiva, già documentata dalle analisi quantitative, si accompagna a lessico impoverito e modalità narrative limitate; sorprendentemente non in tutte le aree, diversamente da quanto atteso. Le emozioni positive sono scarsamente rappresentate e si riducono a poche parole generiche (*felice, bene, gioia*) o a descrizioni di comportamenti osservabili (*sorride*).

Le emozioni negative possono osservare modalità espressive differenziate. Nel caso dell'ansia, sul piano qualitativo, non si riscontrano differenze significative rispetto ai controlli, risultato confermato anche dall'analisi quantitativa, rivela come essa rappresenti la dimensione con la più ampia capacità di espressione verbale, avvicinando il gruppo dei clinici con il gruppo di controllo. I bambini con

disturbo neurologico funzionale utilizzano sia termini che nominano direttamente l'emozione (*paura, preoccupato, ansioso*), sia parole che descrivono vissuti concreti (*non sa cosa fare, non riesce, confuso, pietrificato*), sia riferimenti corporei (*agitato, tremava, male, sensazione*). Questo ventaglio lessicale relativamente ricco indica che l'ansia è un'esperienza non solo familiare, ma anche disponibile al linguaggio in diverse forme. Il ventaglio di vocaboli utilizzati per descrivere l'ansia risulta molto ampio e ricco di espressioni.

Nel caso della tristezza, (DEP) le narrazioni mostrano un lessico distribuito su tre registri principali. Da un lato, compaiono termini che nominano direttamente l'emozione (*triste, tristezza, delusa*), segnalando che i bambini sanno riconoscere e verbalizzare lo stato affettivo in forma esplicita. Dall'altro, è molto frequente il ricorso a parole che descrivono vissuti relazionali legati alla perdita o alla mancanza (*solo, abbandonato, non mi vuole*), che sembrano arricchire la rappresentazione della tristezza ancorandola a esperienze di esclusione o di rifiuto. Più rari ma comunque presenti sono i riferimenti corporei (*male, stanco, mal di pancia*), che testimoniano una tendenza a tradurre il dolore emotivo in termini fisici. Nel complesso il range di parole relative alla dimensione emotiva di tristezza risulta essere molto più vasto rispetto ai termini utilizzati per le altre dimensionalità emotive.

Nel caso del rifiuto, il lessico risulta più scarno e ripetitivo. Sono pochi i termini che nominano direttamente l'emozione (*non accettato, escluso*), mentre prevalgono espressioni che descrivono vissuti relazionali (*non mi vuole, non vuole giocare con me, lasciato fuori*). Rimandano più all'esperienza dell'essere allontanati o non inclusi, piuttosto che a una consapevolezza interiore. Rari i riferimenti corporei, quasi assenti, segnalando che questa emozione viene rappresentata soprattutto sul piano interpersonale. Nel complesso, la categoria appare povera e stereotipata, con un nucleo semantico ristretto che non consente di cogliere sfumature diverse dell'esperienza del rifiuto (es. *delusione, disprezzo*). Ciò suggerisce una difficoltà ad accedere direttamente al sentimento e una preferenza per raccontarlo attraverso azioni e dinamiche relazionali.

Per quanto riguarda l'aggressività, si osserva un pattern dove sono quasi assenti i termini che nominano direttamente lo stato emotivo (*rabbia, arrabbiato*), mentre prevalgono i riferimenti a comportamenti e azioni concrete (*botte, picchia, tirare, urlare, sfogare*). In questo caso, l'emozione non viene narrata come vissuto interiore, ma incarnata in atti fisici che la rappresentano. Sono meno frequenti i riferimenti a vissuti interpersonali (*litigare, conflitto*), segnalando che la rabbia non è integrata come esperienza relazionale, ma rimane confinata alla dimensione corporea e impulsiva. La mancanza di varietà lessicale e la concentrazione su termini d'azione indicano una rappresentazione dell'aggressività poco elaborata, quasi "primitiva", coerente con un funzionamento regressivo del linguaggio emotivo.

In questo contesto, la granularità emotiva costituisce una chiave di lettura particolarmente utile. Le emozioni non risultano distribuite in modo equilibrato, ma tendono a concentrarsi attorno a pochi nuclei centrali. In particolare, la categoria che richiama alla depressione dispone di un ventaglio lessicale relativamente ampio, segnalando che questi vissuti sono più familiari e più facilmente accessibili al linguaggio, anche se con le dovute difficoltà. Al contrario, altre aree affettive risultano poco articolate. Tale riduzione della varietà lessicale e concettuale conferma i modelli che collegano la povertà del vocabolario emotivo a difficoltà di regolazione affettiva e maggior rischio di espressioni sintomatiche (Barrett, 2004; Nolen-Hoeksema et al., 2008). L'aggressività viene espressa quasi esclusivamente attraverso riferimenti concreti e corporei (*botte, arrabbiò, sfogare*), mentre il rifiuto si riduce a espressioni stereotipate (*non vuole, escluso*). Ancora più evidente è la povertà delle emozioni positive, nominate solo con termini generici e indifferenziati, senza la possibilità di distinguere le diverse sfumature dell'esperienza piacevole.

Questo stile espressivo rivela inoltre un ricorso frequente a un lessico regressivo, centrato sulle azioni concrete piuttosto che su stati interiori più complessi. Da questa prospettiva, i sintomi funzionali si configurano come un linguaggio

alternativo, attraverso cui emozioni non elaborate trovano una forma di comunicazione.

Dall'integrazione dei dati quantitativi e qualitativi emerge un quadro articolato: i bambini con FND mostrano una marcata difficoltà nell'esprimere vissuti positivi e, tra le emozioni negative, nelle aree di aggressività e rifiuto. Rispetto ai controlli, anche la dimensione depressiva appare compromessa, pur risultando qualitativamente più accessibile sul piano narrativo. Diverso è il caso dell'ansia, che sul piano quantitativo non si differenzia dai controlli ma, sul versante qualitativo, rappresenta l'emozione più facilmente e diffusamente espressa. Di fatto le due analisi convergono nell'indicare come l'ansia sia la variabile in cui risiede la più ampia capacità di espressione verbale. I pazienti sembrano dunque muoversi in un range simile a quello dei coetanei, ma in realtà questo potrebbe rappresentare un fattore negativo che gioca a loro sfavore: costituisce una sorta di "lente costante" con cui i bambini interpretano le situazioni. È più facile accedere a questo contenuto piuttosto che a vissuti di solitudine e di tristezza. La cronica attivazione ansiosa, descritta anche da modelli neurobiologici nei FND pediatrici (Kozłowska et al., 2013; 2021), renderebbe infatti questa emozione più facilmente accessibile e verbalizzabile. Se da un lato ciò amplia il repertorio linguistico, dall'altro rischia di restringere la lettura della realtà entro coordinate di ipervigilanza e allarme.

La ridotta granularità emotiva emerge come chiave di lettura trasversale, segnalando la difficoltà a riconoscere e modulare la varietà dei vissuti interni. A ciò si aggiunge un ricorso frequente a termini concreti, che rivelano una scarsa disponibilità ad accedere al mondo emotivo interiore. In questa prospettiva, il corpo diventa il principale veicolo espressivo, trasformando in sintomo ciò che non trova spazio nel linguaggio. Nel complesso, tuttavia, l'ipotesi iniziale è stata confermata solo in parte: i dati suggeriscono una restrizione delle parole relative alle emozioni positive e ad alcune emozioni negative (aggressività e rifiuto), mentre altre categorie (ansia depressione) non hanno seguito il pattern atteso, mostrando un vocabolario più ampio e articolato.

Confermata è stata anche l'ipotesi secondo la quale i pazienti con disturbo neurologico funzionale presentano delle difficoltà nel riconoscimento, processamento ed espressione delle emozioni e delle relazioni.

Pur fornendo risultati significativi ed in parte coerenti con la letteratura, lo studio presenta alcuni limiti che meritano di essere considerati. In primo luogo, la numerosità del campione è contenuta e limita la generalizzabilità dei risultati. Inoltre, il disegno trasversale non consente di cogliere l'evoluzione delle competenze socio-emotive nel tempo, né di stabilire rapporti di causalità tra le difficoltà narrative, la ridotta granularità emotiva e la comparsa dei sintomi funzionali. Un ulteriore limite riguarda l'utilizzo di strumenti specifici (Roberts-2): se da un lato offrono indicatori preziosi, dall'altro non esauriscono la complessità del funzionamento emotivo, che potrebbe essere approfondito con metodologie multimodali e con l'integrazione di misure neurobiologiche.

Alla luce di questi aspetti, si aprono diverse prospettive future, sarà utile condurre studi con campioni più ampi e disegni longitudinali, per osservare se e come la granularità emotiva e le difficoltà narrative si modifichino lungo lo sviluppo. Ricerche successive potrebbero inoltre valutare l'impatto di interventi mirati all'alfabetizzazione emotiva, alla mentalizzazione e al potenziamento delle competenze narrative, verificando se un arricchimento del vocabolario affettivo si traduca in una riduzione della sintomatologia funzionale. Infine, sarebbe interessante esplorare il ruolo delle relazioni familiari e del contesto scolastico, al fine di delineare interventi integrati capaci di sostenere il bambino non solo sul piano individuale, ma anche in quello interpersonale.

## **7. CONCLUSIONE**

Il presente lavoro ha indagato il funzionamento emotivo e narrativo di bambini con disturbo da sintomi neurologici funzionali, integrando dati quantitativi e qualitativi.

Rispetto agli obiettivi iniziali, i risultati confermano solo in parte le ipotesi di partenza. È stata infatti rilevata una marcata difficoltà nell'esprimere emozioni positive e, tra le emozioni negative, nelle aree di aggressività e rifiuto, coerentemente con le attese. Tuttavia, altre dimensioni non hanno seguito il pattern previsto: la depressione, pur mostrando criticità rispetto ai controlli, risulta qualitativamente più accessibile sul piano narrativo, mentre l'ansia non differisce quantitativamente dai controlli e, anzi, rappresenta l'emozione più facilmente e diffusamente espressa.

Nel complesso, le narrazioni cliniche si caratterizzano per la scarsità di emozioni positive, per la ridotta granularità emotiva e per il frequente ricorso a espressioni corporee e concrete al posto di vissuti interiori più complessi. Inoltre, gli esiti narrativi tendono a essere poco realistici e scarsamente adattivi, segnalando difficoltà a immaginare percorsi di soluzione plausibili.

Lo studio offre un contributo originale introducendo la granularità emotiva come chiave di lettura utile per comprendere la sofferenza nei FND pediatrici. In questa prospettiva, i sintomi possono essere interpretati come una forma di linguaggio alternativo, che dà espressione a emozioni non mentalizzate né nominate.

Dal punto di vista clinico, i risultati sottolineano l'importanza di interventi mirati a potenziare il vocabolario emotivo, arricchire l'uso di emozioni positive e favorire l'accesso ai vissuti interni. Il lavoro con i bambini e le famiglie dovrebbe incoraggiare una maggiore capacità di riconoscere, distinguere e condividere le emozioni, così da ridurre il peso che ricade sul corpo come unico spazio di espressione.

## **Bibliografia**

Ainsworth, M. D. S. (1978). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 1(3), 436–438.

American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American

- Psychiatric Association. (Tr. it.: *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Text Revision*. Milano: Masson, 2004).
- Arciero, G. (2002). *Studi e dialoghi sull'identità personale: Riflessioni sull'esperienza umana*. Bollati Boringhieri.
- Aristotele. (330 C.E./2010). *Retorica* (G. Colli, Ed.). Bompiani.
- Aybek, S., & Perez, D. L. (2022). Diagnosis and management of functional neurological disorder. *BMJ*, 376, e.
- Baizabal-Carvalho, J. F., Hallett, M., & Jankovic, J. (2019). Pathogenesis and pathophysiology of functional (psychogenic) movement disorders. *Neurobiology of Disease*, 127, 32–44. <https://doi.org/10.1016/j.nbd.2019.02.013>
- Baldoni, F. (2010a). *La prospettiva psicosomatica: Dalla teoria alla pratica clinica*.
- Baldoni, F. (2010b). *La prospettiva psicosomatica: Dalla teoria alla pratica clinica*.
- Baldoni, F. (2014). Mentalizzazione e integrazione psicosomatica del Sé. In G. Northoff, M. Farinelli, R. Chattat, & F. Baldoni (a cura di), *La plasticità del Sé. Un approccio neuropsicodinamico* (pp. 93–130).
- Barone, L. (2007). *Emozioni e sviluppo. Percorsi tipici e atipici*. Carocci.
- Barone, L. (2021). *Le emozioni nello sviluppo. Percorsi tipici e atipici*. Carocci.
- Barrett, L. F. (2004). Feelings or words? Understanding the content in self-report ratings of experienced emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(2), 266–281
- Barrett, L. F., Quigley, K. S., Bliss-Moreau, E., & Aronson, K. R. (2004). Interoceptive sensitivity and self-reports of emotional experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(5), 684–692.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford University Press.
- Battacchi, M. W. (2014). *Lo sviluppo emotivo*. Laterza.
- Bennett, K., Diamond, C., Hoeritzauer, I., Gardiner, P., McWhirter, L., Carson, A., & Stone, J. (2021). A practical review of functional neurological disorder (FND)

for the general physician. *Clinical Medicine*, 21(1), 28–36.  
<https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0987>

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol. 1). Random House.

Bradley, S. J. (2003). *Affect regulation and the development of psychopathology*. Guilford Press.

Brown, R. J. (2016). Dissociation and functional neurologic disorders. In *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 139, pp. 85–94). Elsevier.

Brunelli, P., Balzani, L., & Briganti, L. (2006a). Il disagio psicologico e la somatizzazione in età evolutiva. *Quaderni ACP*, 13(2), 76–82.

Brunelli, P., Balzani, L., & Briganti, L. (2006b). Il disagio psicologico e la somatizzazione in età evolutiva. *Quaderni ACP*, 13(2), 76–82.

Butler, M., Shipston-Sharman, O., Seynaeve, M., Bao, J., Pick, S., Bradley-Westguard, A., Ilola, E., Mildon, B., Golder, D., & Rucker, J. (2021). International online survey of 1048 individuals with functional neurological disorder. *European Journal of Neurology*, 28(11), 3591–3602.

Campos, J. J., Mumme, D., Kermoian, R., & Campos, R. G. (1994). A functionalist perspective on the nature of emotion. *Japanese Journal of Research on Emotions*, 2(1), 1–20.

Canali, S. (2003). La debolezza psicosomatica. *Sapere*, 69(4), 36–41.

Carluccio, G. M., Todini, L., Majorana, M., Orso, L., & Giacchetti, N. (n.d.). L'isteria tra la concezione classica e l'attualità clinico-nosografica. *Il Caduceo*, 12.

Carson, A. J., Ringbauer, B., Stone, J., McKenzie, L., Warlow, C., & Sharpe, M. (2000). Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 68(2), 207–210.

Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 228–249.

Cathébras, P., & Lachal, P. (2011). Problematica della gestione del paziente funzionale. *EMC-AKOS-Trattato di Medicina*, 13(3), 1–7.

Charcot, J. M. (1877). *Lezioni sulle malattie del sistema nervoso*. G. Margheri.

Concato, G. (2006). *Manuale di psicologia dinamica*. AlefBet.

- Cremonini, S. (1996). Gli archivi dell'isteria: Teoria e pratica psichiatrica fra Otto e Novecento. *Annali dell'Istituto Storico Italo-Germanico in Trento*, 22, 247–286.
- D'Agostino, R. (2018). Continuità e contiguità nel pensiero di Winnicott. *Frontiere della Psicosomatica*, 137.
- David, C. (1982). *La dimensione amorosa: Studio psicoanalitico sull'amore*. Liguori.
- Demartini, B., Batla, A., Petrochilos, P., Fisher, L., Edwards, M. J., & Joyce, E. (2014). Multidisciplinary treatment for functional neurological symptoms: A prospective study. *Journal of Neurology*, 261(12), 2370–2377.
- Demartini, B., Petrochilos, P., Ricciardi, L., Price, G., Edwards, M. J., & Joyce, E. (2014). The role of alexithymia in functional motor disorders: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(6), 525–529.
- Di Elliot, L. (2018). *Tenere a mente le emozioni*.
- Dorfman, W. (1979). Psychosomatic medicine: Some past and current concepts. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 31(1–4), 33–37.
- Ekman, P. (2009). Darwin's contributions to our understanding of emotional expressions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 364(1535), 3449–3451.
- Errico, E. (2024, May 23). L'isterica, quella che s'offre nel corpo.
- Falci, A. (2014). Lo sviluppo delle competenze emozionali nei bambini e la loro rilevanza per la psicoanalisi. *Giornate Nazionali Del Corso Di Perfezionamento Nell'analisi Dei Bambine e Degli Adolescenti, Milano*, 16.
- Ferenczi, S. (1932). Confusione delle lingue tra adulti e bambini. *Fondamenti di Psicoanalisi*, 3, 1908–1933.
- Ferretti, L. (2010). *Attaccamento e psicopatologia: Linee teoriche e ricerca empirica*.
- Fortenbaugh, W. W. (2002). *Aristotle on emotion: A contribution to philosophical psychology, rhetoric, poetics, politics, and ethics*.
- Friedman, B. H. (2010). Feelings and the body: The Jamesian perspective on autonomic specificity of emotion. *Biological Psychology*, 84(3), 383–393. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2009.10.006>
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge University Press.

- G. Zontini. (2021, September 24). La clinica dell'isteria. *Società Psicoanalitica Italiana*.
- Garcin, B., Villain, N., Mesrati, F., Naccache, L., Roze, E., & Degos, B. (2021). A single-center series of 482 patients with functional motor disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, *148*, 110565.
- Gentile, D. (2016). Una riflessione sull'isteria: Diagnosi modificata o in disuso? *Rassegna di Psicologia*, *33*(3), 49–59.
- Geroin, C., Petracca, M., Di Tella, S., Marcuzzo, E., Erro, R., Cuoco, S., Ceravolo, R., Mazzucchi, S., Pilotto, A., & Padovani, A. (2024). Elderly onset of functional motor disorders: Clinical correlates from the Italian registry. *Movement Disorders Clinical Practice*, *11*(1), 38–44.
- Giambrone, R. (2014). *Follia e disciplina: Lo spettacolo dell'isteria*.
- Gigliotti, F., Di Santo, F., Cesario, S., Esposito, D., Manti, F., Galosi, S., Ferrara, M., Leuzzi, V., & Baglioni, V. (2023). Psychogenic non-epileptic seizures and functional motor disorders in developmental age: A comparison of clinical and psychopathological features. *Epilepsy & Behavior*, *140*, 109117.
- Godino, A., & Toscano, A. (2007). *Ipnosi: Storia e tecniche*. Franco Angeli.
- Goldstein, L. H., & Mellers, J. D. C. (2016). Psychologic treatment of functional neurologic disorders. In *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 139, pp. 571–583). Elsevier.
- Goutte, J., & Cathébras, P. (2021). Problematica della gestione dei disturbi funzionali. *EMC-AKOS-Trattato di Medicina*, *23*(2), 1–8.
- Granà, R., & Pellerone, M. (2017). Sviluppo affettivo e implicazione eziologica nei disturbi dell'immagine corporea e nell'anoressia. *Narrare i Gruppi*, *1*, 1–17.
- Greimas, A. J. (1970). *Du sens*.
- Hansen, A. S., Rask, C. U., Rodrigo-Domingo, M., Pristed, S. G., Christensen, J., & Nielsen, R. E. (2020). Incidence rates and characteristics of pediatric onset psychogenic nonepileptic seizures. *Pediatric Research*, *88*(5), 796–803.
- Hedera, P. (2012). Metabolic hyperactivity of the medial posterior parietal lobes in psychogenic tremor. *Tremor and Other Hyperkinetic Movements*, *2*, tre-02.

Heyman, I., Liang, H., & Hedderly, T. (2021). COVID-19 related increase in childhood tics and tic-like attacks. *Archives of Disease in Childhood*, *106*(5), 420–421.

Iacarella, A. (n.d.). *La malattia di un secolo: Una breve storia medica e sociale dell'isteria tra il 1800 e il 1918*.

Igor Vitale. (2013). *Le emozioni nella psicoanalisi di Freud*. Psicologia Clinica.

J. Lacan. (2013). *Discorso sull'isteria* (n. 53–54). Borla.

Jalilianhasanpour, R., Williams, B., Gilman, I., Burke, M. J., Glass, S., Fricchione, G. L., Keshavan, M. S., LaFrance, W. C., Jr., & Perez, D. L. (2018). Resilience linked to personality dimensions, alexithymia and affective symptoms in motor functional neurological disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, *107*, 55–61.

Janssen, I., Krabbendam, L., Hanssen, M., Bak, M., Vollebergh, W., De Graaf, R., & Van Os, J. (2005). Are apparent associations between parental representations and psychosis risk mediated by early trauma? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *112*(5), 372–375.

Jungilligens, J. (2023). A new science of emotion: Implications for functional neurological disorder. *BMJ Publishing Group Ltd*.

Kaech, R. (1952). La concezione somatica dell'isterismo. *Rivista Ciba*, *37*, 1222–1234.

Keltner, D., & Gross, J. J. (1999). Functional accounts of emotions. *Cognition and Emotion*, *13*(5), 467–480. <https://doi.org/10.1080/026999399379140>

Kozłowska, K., & Scher, S. (2024a). Recent advances in understanding the neurobiology of pediatric functional neurological disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *24*(5), 497–516. <https://doi.org/10.1080/14737175.2024.2333390>

Kozłowska, K., & Scher, S. (2024b). Recent advances in understanding the neurobiology of pediatric functional neurological disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *24*(5), 497–516. <https://doi.org/10.1080/14737175.2024.2333390>

Kozłowska, K., Brown, K. J., Palmer, D. M., & Williams, L. M. (2013). Specific biases for identifying facial expression of emotion in children and adolescents with conversion disorders. *Biopsychosocial Science and Medicine*, *75*(3), 272–280.

- Kozłowska, K., Chudleigh, C., Savage, B., Hawkes, C., Scher, S., & Nunn, K. P. (2023). Evidence-based mind-body interventions for children and adolescents with functional neurological disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, *31*(2), 60–82.
- Kozłowska, K., English, M., Savage, B., & Chudleigh, C. (2012). Multimodal rehabilitation: A mind-body, family-based intervention for children and adolescents impaired by medically unexplained symptoms. Part 1: The program. *The American Journal of Family Therapy*, *40*(5), 399–419.
- Kozłowska, K., English, M., Savage, B., Chudleigh, C., Davies, F., Paull, M., Elliot, A., & Jenkins, A. (2013). Multimodal rehabilitation: A mind-body family-based intervention for children and adolescents impaired by medically unexplained symptoms. Part 2: Case studies and outcomes. *The American Journal of Family Therapy*, *41*(3), 212–231.
- Kozłowska, K., Mohammad, S. (2023). Functional neurological disorder in children and adolescents. In *Symptom-based approach to pediatric neurology* (pp. 699–724). Springer.
- Kozłowska, K., Nunn, K., & Rose, D. (2012). Difficulties in identifying emotions: A developmental perspective. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *200*(4), 344–351.
- Kozłowska, K., Nunn, K. P., Rose, D., Morris, A., Ouvrier, R. A., & Varghese, J. (2007). Conversion disorder in Australian pediatric practice. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(1), 68–75.
- Kozłowska, K., Palmer, D. M., Brown, K. J., McLean, L., Scher, S., & Williams, L. M. (2021). Reduction of autonomic regulation in children and adolescents with functional neurological symptom disorder. *Frontiers in Pediatrics*, *9*, 640349.
- Kozłowska, K., Schollar-Root, O., Savage, B., Hawkes, C., Chudleigh, C., Raghunandan, J., Scher, S., & Helgeland, H. (2023a). Illness-promoting psychological processes in children and adolescents with functional neurological disorder. *Children*, *10*(11), 1724.
- Kozłowska, K., Schollar-Root, O., Savage, B., Hawkes, C., Chudleigh, C., Raghunandan, J., Scher, S., & Helgeland, H. (2023b). Illness-promoting psychological processes in children and adolescents with functional neurological disorder. *Children*, *10*(11), 1724.
- Lavelli, M. (2007). *Intersoggettività. Origini e primi sviluppi*. Raffaello Cortina.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.

- Le emozioni, S. U. N. A. P. F. (n.d.). *Capire le emozioni per vivere meglio*.
- Leary, P. M. (2003). Conversion disorder in childhood – Diagnosed too late, investigated too much? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(9), 436–438.
- Lefons, F. (2008). L'isterica e le altre: Storia e attualità. *Psychofenia*, 11(18).
- Levenson, J. L., & Sharpe, M. (2016). The classification of conversion disorder (functional neurologic symptom disorder) in ICD and DSM. In M. Hallett, J. Stone, & A. Carson (Eds.), *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 139, pp. 189–192). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801772-2.00016-3>
- Liang, F., Xu, Q., Jiang, M., Feng, R., Jiang, S., Yuan, B., Xu, S., Wu, T., Wang, F., & Huang, J. H. (2021). Emotion induced monoamine neuromodulator release affects functional neurological disorders. *Frontiers in Cell and Developmental Biology*, 9, 633048.
- Lidstone, S. C., Araújo, R., Stone, J., & Bloem, B. R. (2020). Ten myths about functional neurological disorder.
- Lingiardi, V., McWilliams, N., & Speranza, A. M. (2020). *Manuale diagnostico psicodinamico PDM-2: 0/18, Infanzia e adolescenza*. Raffaello Cortina.
- Lorenzo Curti. (2015). Formalizzazione e psicoanalisi: Una riflessione nelle prospettive di Bion, Matte Blanco e Lacan.
- Lyvers, M., Mayer, K., Needham, K., & Thorberg, F. A. (2019). Parental bonding, adult attachment, and theory of mind: A developmental model of alexithymia and alcohol-related risk. *Journal of Clinical Psychology*, 75(7), 1288–1304.
- Lyvers, M., Salviani, A., Costan, S., & Thorberg, F. A. (2022). Alexithymia, narcissism and social anxiety in relation to social media and internet addiction symptoms. *International Journal of Psychology*, 57(5), 606–612.
- Mandler, G. (1980). The generation of emotion: A psychological theory. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Theories of emotion* (pp. 219–243). Academic Press.
- Marshall, J. C., Halligan, P. W., Fink, G. R., Wade, D. T., & Frackowiak, R. S. J. (1997). The functional anatomy of a hysterical paralysis. *Cognition*, 64(1), B1–B8. [https://doi.org/10.1016/S0010-0277\(97\)00020-6](https://doi.org/10.1016/S0010-0277(97)00020-6)
- Mavroudis, I., Kazis, D., Kamal, F. Z., Gurzu, I.-L., Ciobica, A., Pădurariu, M., Novac, B., & Iordache, A. (2024). Understanding functional neurological disorder:

Recent insights and diagnostic challenges. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(8), 4470.

Miller, A. (2010). *Il dramma del bambino dotato e la ricerca del vero Sé: Riscrittura e continuazione*. Bollati Boringhieri.

Moulton, H., Dermarderosian, D., & Chapman, H. A. (2024). Functional neurological disorder in pediatrics: Diagnostic considerations. *Rhode Island Medical Journal*, 107(11), 10–13.

Muzi, S., & Pace, C. S. (2023). Attachment and alexithymia predict emotional-behavioural problems of institutionalized, late-adopted and community adolescents: An explorative multi-informant mixed-method study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(5), 1130–1145.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424.

Obeldobel, C. A., Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2023). Parent-child attachment and dynamic emotion regulation: A systematic review. *Emotion Review*, 15(1), 28–44.

Organization, W. H. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines* (Vol. 1). World Health Organization.

Pagliardini, A. (2018). Non c'è analisi senza angoscia. *Psychiatry Online Italia*.

Parolin, L., De Carli, P., & Locati, F. (2020). The Roberts-2: Italian validation on a sample of children and adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 102(3), 390–404.

Pick, S., Goldstein, L. H., Perez, D. L., & Nicholson, T. R. (2019a). Emotional processing in functional neurological disorder: A review, biopsychosocial model and research agenda. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 90(6), 704–711.

Pick, S., Goldstein, L. H., Perez, D. L., & Nicholson, T. R. (2019b). Emotional processing in functional neurological disorder: A review, biopsychosocial model and research agenda. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 90(6), 704–711.

- Pick, S., Mellers, J. D. C., & Goldstein, L. H. (2016). Explicit facial emotion processing in patients with dissociative seizures. *Psychosomatic Medicine*, 78(7), 874–885.
- Plutchik, R. (2017). *Psicologia e biologia delle emozioni*. Bollati Boringhieri.
- Porcelli, P. (2009). *Medicina psicosomatica e psicologia clinica: Modelli teorici, diagnosi, trattamento*. Cortina.
- Rapaport, D. (1960). The structure of psychoanalytic theory. *Psychological Issues*.
- Reck, C., Hunt, A., Fuchs, T., Weiss, R., Noon, A., Moehler, E., Downing, G., Tronick, E. Z., & Mundt, C. (2004). Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: An overview. *Psychopathology*, 37(6), 272–280.
- Ricciardi, L., Demartini, B., Crucianelli, L., Krahé, C., Edwards, M. J., & Fotopoulou, A. (2016). Interoceptive awareness in patients with functional neurological symptoms. *Biological Psychology*, 113, 68–74.
- Rocco Quaglia, C. L. (2022). *Manuale di psicologia dinamica: Dal modello pulsionale alle prospettive più recenti*. Raffaello Cortina.
- Roelofs, K., & Spinhoven, P. (2007). Trauma and medically unexplained symptoms: Towards an integration of cognitive and neuro-biological accounts. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 798–820.
- S. Freud. (1909–1912). *Opere* (Vols. 1–11). Bollati Boringhieri.
- Sarracino, D., & Innamorati, M. (2010). Affetto e pensiero nel modello Klein-Bion. *Rivista Internazionale di Filosofia e Psicologia*, 1(1–2), 71–85.
- Sechi, C., Vismara, L., & Lucarelli, L. (2020). Attachment to parents and peers and adolescent mental health: The mediating role of alexithymia. *Community Mental Health Journal*, 56(5), 894–905.
- Sideli, L., Murray, R. M., Schimmenti, A., Corso, M., La Barbera, D., Trotta, A., & Fisher, H. L. (2020). Childhood adversity and psychosis: A systematic review of bio-psycho-social mediators and moderators. *Psychological Medicine*, 50(11), 1761–1782. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002172>
- Solano, L. (2013). *Tra mente e corpo: Come si costruisce la salute* (2a ed.). Raffaello Cortina.

- Sorgi, K., Ciuluvica, C., Marchetti, D., Di Nardo, M., & Fulcheri, M. (2016). Il counseling psicologico-clinico nella prospettiva dell'attaccamento. *Counseling*, 9(2).
- Sroufe, L. A. (1997). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge University Press.
- Sroufe, L. A. (2000). *Lo sviluppo delle emozioni: I primi anni di vita*. Cortina.
- Steffen, A., Fiess, J., Schmidt, R., & Rockstroh, B. (2015). “That pulled the rug out from under my feet!”—Adverse experiences and altered emotion processing in patients with functional neurological symptoms compared to healthy comparison subjects. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1–9.
- Stern, D. N. (2018). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Routledge.
- Stone, J., Carson, A., & Sharpe, M. (2020). Functional symptoms and signs in neurology: Assessment and diagnosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 91(8), 828–835. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-322317>
- Stone, J., Hallett, M., Carson, A., Bergen, D., & Shakir, R. (2014). Functional disorders in the neurology section of ICD-11: A landmark opportunity. *Neurology*, 83(24), 2299–2301.
- Szadjeko, K. (2020). Il modello “biopsicosociale”: Verso un approccio integrale. *Teoria e Prassi. Rivista di Scienze dell’Educazione*, 1, 21–29.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Tinazzi, M., Morgante, F., Marcuzzo, E., Erro, R., Barone, P., Ceravolo, R., Mazzucchi, S., Pilotto, A., Padovani, A., & Romito, L. M. (2020). Clinical correlates of functional motor disorders: An Italian multicenter study. *Movement Disorders Clinical Practice*, 7(8), 920–929.
- Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity.
- Trevarthen, C. (2001). Intrinsic motives for companionship in understanding: Their origin, development, and significance for infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1–2), 95–131.

- Tronick, E. Z. (2003). “Of course all relationships are unique”: How co-creative processes generate unique mother–infant and patient–therapist relationships and change other relationships. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 473–491.
- Tronick, E. Z. (2018). Emotions and emotional communication in infants. In *Parent-Infant Psychodynamics* (pp. 35–53). Routledge.
- Ucuz, I., Uzun Cicek, A., Komurcu Celik, M., Akan, M., Kesriklioglu, E., Gungor, S., & Ozel Ozcan, O. (2024). Emotional dysregulation and temperament-character traits in adolescents with functional neurological symptom disorder (conversion disorder). *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 212(3). [https://journals.lww.com/jonmd/fulltext/2024/03000/emotional\\_dysregulation\\_and\\_temperament\\_character.3.aspx](https://journals.lww.com/jonmd/fulltext/2024/03000/emotional_dysregulation_and_temperament_character.3.aspx)
- Van der Hart, O., & Horst, R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 397–412.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389–399.
- Van der Krujjs, S. J. M., Bodde, N. M. G., Vaessen, M. J., Lazeron, R. H. C., Vonck, K., Boon, P., Hofman, P. A. M., Backes, W. H., Aldenkamp, A. P., & Jansen, J. F. A. (2012). Functional connectivity of dissociation in patients with psychogenic non-epileptic seizures. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 83(3), 239–247.
- Vegetti Finzi, S. (2000). Isteria: In universo nel corpo. In *Treccani*.
- Vorst, H. C. M., & Bermond, B. (2001). Validity and reliability of the Bermond–Vorst alexithymia questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 30(3), 413–434.
- William James. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9(34), 188–205.
- Yong, K., Chin, R. F. M., Shetty, J., Hogg, K., Burgess, K., Lindsay, M., McLellan, A., Stone, J., KamathTallur, K., & Group, E. P. F. N. D. S. (2023). Functional neurological disorder in children and young people: Incidence, clinical features, and prognosis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 65(9), 1238–1246.
- Zhang, J., Zhang, Y., Mao, Y., & Wang, Y. (2024). The relationship between insecure attachment and alexithymia: A meta-analysis. *Current Psychology*, 43(7), 5804–5825.

## Appendice 1

### Descriptives

#### *Group Descriptives*

---

<b>Group</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>SE</b>	<b>Coefficient of variation</b>		
POP	CLINICO	46	13.67	2.271	0.335	0.166	
	CONTROLLO	46	55.93	9.749	1.437	0.174	
MEAN	CLINICO	45	47.93	9.104	1.357	0.190	
	CONTROLLO	46	49.74	9.375	1.382	0.188	
PID4	CLINICO	45	47.31	11.365	1.694	0.240	
	CONTROLLO	45	48.42	12.798	1.908	0.264	
AT.P.TOT	CLINICO	45	50.40	10.395	1.550	0.206	
	CONTROLLO	46	51.61	10.632	1.568	0.206	
UNUSL	CLINICO	43	48.02	6.512	0.993	0.136	
	CONTROLLO	46	51.50	10.396	1.533	0.202	
MAL	CLINICO	45	50.44	11.210	1.671	0.222	
	CONTROLLO	46	50.76	8.590	1.267	0.169	
UNRL	CLINICO	45	52.13	9.368	1.396	0.180	
	CONTROLLO	45	44.40	5.590	0.833	0.126	
RES.5	CLINICO	45	45.64	6.620	0.987	0.145	
	CONTROLLO	46	46.91	2.327	0.343	0.050	
NON	CLINICO	44	57.02	11.290	1.702	0.198	

	CONTROLLO	46	48.48	9.521	1.404	0.196
UNRS	CLINICO	44	46.68	8.051	1.214	0.172
	CONTROLLO	42	52.21	11.520	1.778	0.221
ANX	CLINICO	45	46.13	2.966	0.442	0.064
	CONTROLLO	46	48.28	9.072	1.338	0.188
REJ	CLINICO	45	46.02	7.187	1.071	0.156
	CONTROLLO	46	49.11	8.084	1.192	0.165
DEP	CLINICO	45	44.09	8.262	1.232	0.187
	CONTROLLO	46	48.89	9.257	1.365	0.189
AGG	CLINICO	45	45.40	7.300	1.088	0.161
	CONTROLLO	46	49.13	9.330	1.376	0.190
PID5	CLINICO	45	45.60	6.797	1.013	0.149
	CONTROLLO	46	39.24	2.089	0.308	0.053
RES.3	CLINICO	45	50.44	9.216	1.374	0.183
	CONTROLLO	46	49.80	9.623	1.419	0.193
RES.4	CLINICO	43	45.88	11.566	1.764	0.252
	CONTROLLO	46	48.87	9.000	1.327	0.184
RES2	CLINICO	45	50.18	8.874	1.323	0.177
	CONTROLLO	46	51.65	11.821	1.743	0.229
RES1_T	CLINICO	45	47.89	2.177	0.324	0.045
	CONTROLLO	46	51.57	9.914	1.462	0.192
SUPS.F	CLINICO	44	41.80	5.889	0.888	0.141
	CONTROLLO	46	57.54	10.481	1.545	0.182
PID3	CLINICO	45	50.38	11.730	1.749	0.233

	CONTROLLO	46	55.28	12.046	1.776	0.218
LIM	CLINICO	45	46.40	7.727	1.152	0.167
	CONTROLLO	46	48.63	6.574	0.969	0.135
PID2	CLINICO	45	56.98	12.282	1.831	0.216
	CONTROLLO	46	63.24	13.008	1.918	0.206
PID1	CLINICO	45	44.62	10.669	1.590	0.239
	CONTROLLO	46	54.52	14.423	2.127	0.265
SUPS.A	CLINICO	44	50.30	11.305	1.704	0.225
	CONTROLLO	46	62.83	12.142	1.790	0.193
REL	CLINICO	45	52.38	11.101	1.655	0.212
	CONTROLLO	46	50.80	10.301	1.519	0.203
SUPO.F	CLINICO	45	47.69	9.060	1.351	0.190
	CONTROLLO	46	47.98	13.087	1.930	0.273
SUPO.H	CLINICO	42	43.67	11.281	1.741	0.258
	CONTROLLO	46	49.15	7.891	1.163	0.161