



# Il pianto del bambino: tipologie e funzioni in una prospettiva psicologica

## INDICE:

1. Introduzione
2. Il pianto tra rinforzo e strumento adattivo
3. I progressi evolutivi
4. A ciascuno il suo: varie tipologie di pianto
5. I fattori che fanno la differenza: quando il pianto funziona di più
6. La Psicologia dinamica: Winnicott e i "quattro tipi di pianto"
7. Le possibili reazioni genitoriali e gli effetti sul bambino
8. In conclusione
9. Riferimenti bibliografici
10. Altre letture su HT

## 1. Introduzione

Nelle prime fasi della vita, il pianto rappresenta un mezzo di comunicazione con il quale l'essere umano richiama l'attenzione e la premura di cui necessita per sopravvivere.

Le "dotazioni biologiche" lo aiutano da subito in questo importante compito: è grazie al muscolo striato della laringe se, in modalità del tutto non appresa, il neonato rende possibile il passaggio dell'aria attraverso la trachea, mettendo in moto le corde vocali che gli consentono quell'emissione sonora, intensa e prolungata, con la quale manifesta la propria presenza.

Ma al di là di quella **vocale-comunicativa** sono numerose le funzioni legate al pianto. Tra queste si citano:

- **funzione interattivo/integrativa:** il pianto consente la costruzione di una dimensione intersoggettiva attraverso l'impiego di codici espressivi che, da caratteristiche meramente sensoriali, assumono connotati sempre più evoluti;
- **funzione esplorativo-informativa:** grazie all'intervento consolatorio del genitore il bambino impara a conoscere i segnali corporei e a comprendere gli stati d'animo ad essi collegati, dando il via al processo di insediamento della psiche nel Sé somatico. A sua volta, attraverso il pianto, il genitore apprende a cogliere le richieste del piccolo, in un contesto di risonanza che consente di gratificarne i bisogni materiali e di comprenderne gli stati emotivi, agevolando la formazione di un contesto comunicativo reciprocante;
- **funzione di autoaffermazione:** il pianto rappresenta una sorta di annuncio con cui il bambino "sancisce" la propria venuta al mondo, e inizia a confrontarsi con tutti gli stimoli offerti da una realtà del tutto nuova;
- **mezzo di scarica pulsionale:** piangere consente di incanalare quel quantum di energia non espressa che, in attesa dello sviluppo di canali di comunicazione più evoluti, viene



evacuata somaticamente, (iperinvestimento vocale accompagnato da attivazione neuro-muscolare).

## **2. Il pianto tra rinforzo e strumento adattivo**

Non è errato considerare il pianto come un espediente **di sopravvivenza**.

L'etologia ci mostra come questo "**richiamo vocale**" sia in realtà il retaggio di un istinto trasmesso in via filogenetica che gli esseri umani condividono con gli animali.

Il pianto è un modo per richiamare l'attenzione ottenendo nutrimento e protezione (Alcock, 1997). Gli animali apprendono presto a utilizzare strategie di competizione con i fratelli, al fine di accaparrarsi un maggior numero di cibo e risorse: spesso si instaurano autentiche gare a chi piange di più e più forte.

E la tecnica del pianto, effettivamente, funziona: è stato riscontrato come i cuccioli che piangono con maggior frequenza sono anche quelli che ricevono più premure, e dunque anche quelli che riescono ad alimentarsi più spesso, incrementando così le possibilità di sopravvivenza (Alcock, 1997).

Anche per l'essere umano il pianto costituisce un **rinforzo positivo** al bisogno di vicinanza: uno studio avente ad oggetto il confronto tra contesti culturali nei quali il pianto è oggetto di immediato intervento (tribù di beduini del Sahara) e contesti nei quali il richiamo vocale viene ignorato per favorire l'impiego di strategie auto regolative (kibbutz israeliani) (Furlow, 1997; St. James, 1989), ha rilevato come i bambini risultino più piagnucolosi nel primo contesto; dato confermato da uno studio di Broadbeck e Irwin (1946) che ha dimostrato una netta diminuzione dell'intensità dei vocalizzi sonori da parte di soggetti istituzionalizzati - nei quali le esigenze di esclusività e contatto corporeo diretti vengono frustrate da una condotta di parenting necessariamente condivisa, e per questo meno gratificante il richiamo (Spitz, 1958)..

## **3. I progressi evolutivi**

**Già dopo il primo anno di vita il pianto è meno intenso e frequente.**

Con l'acquisizione di competenze comunicative e di capacità locomotorie il bambino si affranca gradualmente dalla dipendenza genitoriale, e con essa dai mezzi di richiamo tipici dello stadio neonatale.

Il processo di crescita determina una diminuzione dell'utilizzo del pianto come mezzo di richiamo e un abbassamento progressivo della sua intensità sonora.

Si va dalla media di 526.89 Hz, tipica dei 5 mesi, a un decremento riscontrabile già verso i 13 mesi, quando l'intensità scende a 470.96 Hz, per raggiungere un valore di 455.61 Hz a 20 mesi (Esposito e Venuti, 2010).

Di riflesso, bambini che presentano difficoltà evolutive di varia natura, proprio in ragione di un più ritardato processo di acquisizione autonoma, mostrano un ritardo nello svincolo dalla dipendenza genitoriale e dai mezzi di richiamo tipicamente neonatali.

Ad esempio nei casi di autismo il pianto presenta intensità e frequenza tipiche della fase neonatale anche nella fascia di età che va ai 2 ai 4 anni.

Diverse anche le caratteristiche di emissione: rispetto a quello dei bambini normotipici, il pianto degli autistici appare più breve, meno modulato e con mancanza di picchi regolari (l'intensità è quasi sempre la medesima), mentre a livello percettivo sembra più simile a un lamento, monotono e monocorde, difficilmente interpretabile dal genitore (Venuti, Esposito, 2004).



Anche in presenza di danni neurologici il pianto presenta caratteristiche anomale, in particolar modo riscontrabili attraverso alterazioni nella modulazione del c.d. **picco del pianto**, termine con cui si indica la frequenza di base percepita durante la fase delle vibrazioni delle corde vocali (Venuti, Esposito, Giusti, 2007).

Picchi più instabili ed elevati sono stati riscontrati in neonati con asfissia, danni cerebrali e idrocefalia.

Al contrario picchi più bassi risultano individuati in soggetti con Sindrome di Down e ipertiroidismo, mentre bambini malnutriti, prematuri o esposti a sostanze stupefacenti in fase prenatale presentano picchi più alti e minore durata dell'emissione vocale, oltre a una più ritardata evoluzione del pianto e delle sue caratteristiche sonore (Fisichelli, Karelitz, 1966).

Uno studio approfondito della qualità sonora del pianto potrebbe dunque fornire importanti informazioni circa lo stato di salute del neonato, mostrandosi uno strumento di identificazione precoce di disturbi neurologici anche in assenza di sintomatologia espressa.

#### **4. A ciascuno il suo: varie tipologie di pianto**

Gestire il pianto non è facile, soprattutto perché ne esistono svariate tipologie causate da altrettanto varie motivazioni di cui il genitore, perso nel mutevole alternarsi delle fasi evolutive, ignora spesso la natura.

Ad esempio, tra la terza settimana e il quinto mese la sua resistenza viene messa a dura prova da un pianto intenso che si verifica alla fine della giornata, quando le sue risorse accudenti risultano debilitate dal carico degli impegni quotidiani - le c.d. **risorse residuali** - e si rivelano per questo inadeguate a una gestione materiale proficua (Brazelton e Cramer, 1990).

#### **Il bambino appare letteralmente inconsolabile, e spesso non se ne comprende il motivo.**

Ma un'adeguata differenziazione tra le varie tipologie di pianto è importante sin dalle prime fasi di vita: studi longitudinali hanno infatti rilevato come, figli di donne maggiormente responsive e in grado di distinguere tra pianti avversativi (con frequenza più alta) e non avversativi (con frequenza più basse) possano raggiungere, a 18 mesi, livelli linguistico/cognitivi più elevati rispetto a figli di donne che non presentano la medesima capacità differenziante (Gustafson, Harris, 1990; Zeifman, 2004).

Vediamo, a tal proposito, le tipologie di pianto maggiormente identificate in clinica:

- **il pianto base:** chiamato anche pianto da fame per la sua connessione allo stimolo del nutrimento, è caratterizzato da una intensità che si incrementa gradualmente nel ritmo e nella frequenza, con vocalizzazioni ritmiche che presentano cicli di apertura e chiusura delle corde vocali dai 250 ai 450 Hz al secondo. Si accompagna spesso a un'iperattività motoria espressa tramite gesti scoordinati, stiramento di braccia e gambe, ripetuta conduzione delle mani chiuse a pugno verso bocca e testa (Venuti, Esposito 2004);
- **il pianto da dolore:** al contrario di quello causato dalla fame, questa tipologia di pianto presenta un picco acuto iniziale - un'iperfonazione di circa 1000-2000Hz - che tende gradualmente a indebolirsi, creando una sorta di apnea durante la quale il bambino sembra riprendere fiato, alternando i singhiozzi a brevi inspirazioni e a gesti convulsi di mani e piedi (Venuti, Esposito, 2004). Il dolore dei neonati è spesso legato alla dentizione o alla presenza di crampi addominali, determinati, specie nelle prime due settimane di vita, dalle c.d. **coliche gassose**, un'eccessiva quantità di aria provocata dalla presenza di cibo, per lo più liquido, che va a comprimere l'addome provocando sensazioni dolorose e difficoltà respiratorie. Il pianto colidico si caratterizza per una maggiore intensità rispetto a quella generata da altre sensazioni dolorose, e per quanto sia destinato a scomparire entro il terzo mese di vita, molti neonati ne vengono colpiti fino ai 6-7 mesi. Uno studio condotto in Inghilterra nel 2001 (Zreick, 2017) ha inoltre dimostrato che si tratta di un disturbo



piuttosto diffuso: circa il 50% dei bambini ne soffre, soprattutto alla sera, subito dopo la cena o prima di coricarsi;

- **il pianto da collera:** come il pianto per fame, tende ad accrescere in intensità se lo stimolo doloroso non cessa, ma il tono è più stridulo e la frequenza presenta un maggior numero di interruzioni. La vocalizzazione, forte e prolungata, mostra inoltre *disarmonia con disfonazione*, ovvero una vibrazione non armonica delle corde vocali durante l'emissione (Berry Brazelton, Sparrow, 2003);
- **il pianto da sonno:** è caratterizzato da una sorta di piagnucolio, lento e di intensità piuttosto bassa, intervallato da movimenti delle mani strette a pugno, con le quali il bambino si accarezza e si stropiccia gli occhi per richiamare il desiderio di essere addormentato;
- **pianto per noia o frustrazione:** piuttosto simile al pianto per rabbia, e tuttavia meno intenso e stizzito; si verifica soprattutto dopo i sei mesi ed è accompagnato da gridolini striduli, intervallati a singhiozzi acuti e penetranti (Berry Brazelton, Sparrow, 2003).

## 5. I fattori che fanno la differenza: quando il pianto funziona di più

Pianti che ricevono una più pronta risposta sono generalmente legati a espressioni foniche più intense, per quanto meno frequenti.

Ciò ha portato a ipotizzare che il **fattore frequenza** si mostri determinante per l'immediatezza della risposta parentale, mentre il fattore **durata** non sembra avere un peso altrettanto rilevante (Green, Jones, Gustafson, 1987).

In particolare, uno studio ha rilevato come il pianto colitico - il pianto da dolore per eccellenza - sia più prontamente percepito rispetto agli altri tipi di pianto, proprio perché caratterizzato da un'intensità maggiore e ininterrotta (Huffmann et al. 1989).

Un'altra variabile rilevante per la prontezza della risposta parentale è la **durata delle pause**: in particolare, quelle frequenti, irregolari e particolarmente corte - con interruzioni a singhiozzo - contribuiscono a rendere la risposta più immediata (Zeskind, Klein e Marshall, 1992).

Anche la **mimica facciale** può svolgere un'importante funzione di richiamo: uno studio di Irwin (2003) ha rilevato che i genitori mostrano maggior velocità di risposta di fronte a espressioni di dolore continuate piuttosto che al persistere di un'agitazione neurologica.

## 6. La Psicologia dinamica: Winnicott e i "quattro tipi di pianto"

Nei suoi studi sulla dinamica emotiva infantile, Winnicott (1964;1965) ha specificato che nelle prime fasi della vita il bambino non ricorre al pianto per necessità di carattere esclusivamente fisiologico, ma anche per esprimere stati angosciosi che non riesce a gestire e che, attraverso un intenso richiamo vocale, cerca di condividere con la madre.

È proprio la madre che, nell'intimità dell'ambiente diadico, potrà ricevere tutte le emozioni trasferite dal bambino, anche quelle più disintegranti, e restituirglielie in una modalità più accettabile, favorendo la costruzione dei processi propriocettivi e di autoregolazione.

Le più frequenti cause di pianto sono generalmente tre:

- **soddisfazione:** non presenta connotazioni di eccessiva intensità, non è caratterizzato da una lunga durata, si accompagna a una mimica non sofferente e si placa con facilità tra le braccia della madre; è ritenuto il segnale di una volontà auto esplorativa, volta a conoscere il Sé corporeo, a comprenderne le funzioni e a vagliarne le capacità; da questo punto di vista potrebbe costituire un **vero e proprio allenamento** dei muscoli del diaframma, consentendo al neonato di familiarizzare con le funzioni di inspirazione ed espirazione, e di



testare la propria capacità vocale per poi adattarla alle funzioni respiratorie;

- **angoscia**: segnala la presenza di angosce "terrifiche" provocate da esperienze di natura psichica: ad esempio il bambino, dopo aver fatto un incubo, può temere il realizzarsi di ciò che ha sognato e vede nel pianto l'unico strumento per evacuare il proprio terrore;
- **rabbia**: è accompagnato da una mimica corruciata, tipico segnale di protesta per qualcosa che gli ha provocato profondo fastidio: ad esempio non aver ricevuto attenzione da parte della mamma, o aver fatto cadere a terra il giocchino senza che ci fosse nessuno a raccogliarlo. Con il tempo la madre consapevole imparerà a riconoscere la finalità velleitaria legata a questo pianto, e deciderà di non assecondarlo immediatamente, utilizzandolo al contrario come mezzo di tolleranza dell'attesa; nella consapevolezza che, procrastinare leggermente la gratificazione, servirà alla lettura e all'elaborazione assertiva delle emozioni negative, rendendo possibile la strutturazione, e in seguito il rafforzamento, della dimensione egoica e regolativa.

## 7. Le possibili reazioni genitoriali e gli effetti sul bambino

Riconoscere le motivazioni del pianto e saperle assecondare rappresenta spesso un'autentica scommessa, il cui carattere aleatorio risulta amplificato dall'assenza di feedback espliciti da parte del bambino.

Si tratta di un'esperienza **normalmente** scoraggiante.  
Ma non impossibile.

Il pianto **non può e non deve rappresentare una cripta insondabile**, uno stimolo immobilizzante in grado di debilitare le risorse psicofisiche di adulti e bambini.

Reagire opportunamente è più facile di quanto si possa credere, specie per i genitori, di cui ricerche settoriali hanno rilevato una naturale predisposizione a rispondere ai richiami del bambino.

A questo si associa una migliore capacità di fronteggiare il pianto rispetto ai non genitori (Green et al. 1987), resa possibile da un'**iperattivazione della corteccia supplementare motoria**, che consente una preparazione immediata al movimento verso la fonte del richiamo, e dalla **disattivazione del default mode network**, un circuito cerebrale deputato al pensiero libero e non direzionato, che si spegne ogni qualvolta il cervello deve impegnarsi in attività attentive e di concentrazione specifica (Esposito, 2017; Bornstein e Venuti, 2013).

Dunque non è il caso di drammatizzare: la **maternità intuitiva**, di cui già parlava Winnicott, è in grado di cogliere i bisogni del bambino e di sintonizzarsi sugli stessi malgrado le inevitabili difficoltà e i passi falsi.

### **Manifestando prima di tutto una vicinanza fisica.**

Tra le braccia della madre il bambino sperimenta una sensazione di benessere in grado di disattivare il sistema simpatico e l'iperattivazione neuromuscolare in maniera immediata e duratura (Omura, Okhuda, Truzzi et al., 2022).

Avvertire il contatto materno che lo sostiene e lo conforta stimola il c.d. di **transport reponse**, un meccanismo condiviso dalla maggior parte dei mammiferi, capace di determinare la risposta del parasimpatico e con esso la cessazione dell'arousal e dello stato tensivo (Esposito et al., 2013).

Fatta salva l'individualità di ogni contesto evolutivo - standardizzare non è mai opportuno - le strategie generalmente più in grado di placare l'intensità del pianto sono infatti ottenute attraverso condotte di **prossimità epidermica**, unite a condotte emotive consolatorie: cullarlo, dondolarlo delicatamente, sussurrargli all'orecchio, spostarlo lateralmente, battergli delicatamente la schiena, metterlo in posizione verticale, stimolarlo a livello tattile e vestibolare, dargli da mangiare o mostrargli oggetti di suo gradimento, sono i mezzi consolatori di più sicuro successo (Gustafson et al., 2000).

**Ma la vicinanza corporea non basta.**

Il bambino deve sentirsi pienamente accolto nel Sé del genitore, e qui riconoscersi come oggetto "desiderato".

*È necessario essere presenti, più che pensanti, al fine di sentire i messaggi inviati dall'altro, senza contaminarli con i significati individuali di colui che sta in ascolto (Vigna, 2002, p. 70).*

Diventa fondamentale costruire uno "**spazio mentale**" dove il pianto costituisce un prezioso elemento comunicativo, uno strumento di accesso al mondo interno del neonato, utile a coglierne le numerose e significative sfumature.

Per questo non è mai opportuno saturarne la potenzialità espressiva con interpretazioni narcisistiche, pena la mortificazione di quella capacità desiderante indispensabile a creare una pulsione di apertura verso il Sé e il mondo.

Al di là degli effetti apparentemente negativi, il pianto consente la sperimentazione di una **frustrazione potenziante**, determinata dalla possibilità di porre tra il Sé e l'oggetto desiderato una distanza che motiva, rinforza e direziona l'impulso vitale, favorendone il progresso. Per questo il genitore non deve rispondere con condotte anticipatorie, atte a interpretare apprensivamente un'espressività individuale che il bambino, anche con il pianto, sta cercando di costruire in autonomia.

Con ciò non si intenda che il pianto debba essere favorito o prolungato, ma che è parimenti inopportuno farsi dominare da condotte saturanti, volte a favorirne la cessazione non tanto per ripristinare il benessere del neonato, quanto per porre fine allo stato di angoscia che il richiamo sonoro suscita inevitabilmente nel genitore.

**8. In conclusione**

Il pianto del bambino chiede un ascolto leale e rispettoso, ottenuto tramite un **processo di decentramento** con cui l'adulto si distacca dal Sé per sintonizzarsi empaticamente sull'universo infantile, riuscendo a riprodurre sensazioni e stati d'animo.

Il più opportuno approccio di trattamento si identifica in **un sano equilibrio**, volto da un lato a rispondere alle esigenze neonatali con prontezza, per non generare vuoti affettivi e angosce abbandoniche: un bambino costretto a vissuti di solitudine prolungata potrebbe ricorrere all'impiego di strategie auto consolatorie, con gravi ripercussioni sulla funzionalità del processo evolutivo, anche sul lungo termine (Spitz, 1958).

Dall'altro è tuttavia necessario concedere lo "**spazio e il tempo di piangere**", seguendo ritmi espressivi che non possono prescindere dall'utilizzo dello strumento vocale, finanche amplificato e prolungato, talvolta semplicemente per scaricare l'energia in eccesso ed entrare in contatto, per la prima volta, col Sé messo a nudo.

*..."Quando una prima volta la madre fa piangere il bambino senza farlo disperare, in quel momento il neonato si accorge che il seno non è una parte del suo corpo, ma un oggetto esterno indipendente: inizia ad usare il suo pianto come un richiamo... e si consolida la consapevolezza del bisogno del contatto materno per gratificare i propri bisogni..." (Vallino, Macciò, 2023, p. 37).*

**9. Riferimenti bibliografici**

- **Alcock J. (2007)**, *Etologia. Un approccio evolutivo*, TR.IT Zanichelli, Bologna
- **Berry Brazelton T., Sparrow J.D. (2003)**, *Il tuo bambino e... il pianto. Una guida autorevole per decifrare il pianto di vostro figlio*, Raffaello Cortina, Milano

**Rebecca Farsi****Laureata in Psicologia clinica ad indirizzo  
psicodinamico**Articolo scaricato da [www.humantrainer.com](http://www.humantrainer.com)

- **Bornstein M.H., Venuti P. (2013)**, *Genitorialità. Fattori biologici e culturali dell'essere genitori*, Il Mulino, Bologna
- **Brazelton T., Cramer B.G. (1992)**, *Il primo legame*, Frassinelli, Como
- **Brodbeck A.J., Irwine, O.C. (1946)**, *Child Development*, 17, p. 145
- **Dunn J. (1972)**, *Il pianto*, Armando Editore, Roma
- **Esposito G., Venuti P. (2010)**, *Developmental changes in the fundamental frequency (f0) of infants' cries: A study of children with Autism Spectrum Disorder*, in *Early Child Development and Care*, 180 (8), pp. 1093-1102
- **Esposito G., Yoshida S., Ohnishi R., Tsuneoka Y. Rostagno M.d.C., Yokota S., Okabe S., Kamiya K., Hoshino M., Shimizu M., Venuti P., Kikusui T., Kato T., Kuroda K. (2013)**, *Infant Calming Responses during Maternal Carrying in Humans and Mice*, *Current Biology*, 23, 1-7, Elsevier
- **Esposito G. (2017)**, *Il pianto dei neonati*, in <https://mag.unitn.it/ricerca/25581/il-pianto-dei-neonati>, consultato in data 29 ottobre 2024
- **Furlow F.B. (1997)**, *Human neonatal cry quality as an honest signal of fitness*, *Evolution and Human Behavior*, 18(3), 175-193
- **Fisichelli V.R., Karelitz S. (1966)**, *Frequency spectra of the cries of normal infants and those with Down's Syndrome*, *Psychonomic Science*, 6, 195-196
- **Gustafson G., Harris K.L. (1990)**, *Women's responses to young infants' cries*, *Developmental Psychology*, 26, 144-152
- **Gustafson G., Wood R., Green J. (2000)**, *Can we hear the causes of infants' crying?*, In R. Barr, B. Hopkins, J. Green (eds.), *Crying as a sign, a signal, and a symptom*, Mac Keith Press, London
- **Green J.A., Jones L.E., Gustafson G.E. (1987)**, *Perception of cries by parents and nonparents: Relation to cry acoustics*, *Developmental Psychology*, 23, 370-382
- **Huffman L.C., Bryan Y.E., del Carmen R., Pedersen F.A., Doussard-Roosevelt J.A., Porges S.W. (1998)**, *Infant temperament and cardiac vagal tone: assessments at twelve weeks of age*, *Child Development*, 69, 624-635
- **Irwin J.R. (2003)**, *Parent and Nonparent Perception of the Multimodal Infant Cry*, *Infancy*, 4, 503-516
- **Michelsson K., Tupperainen N., Aula P. (1980)**, *Cry analysis of infants with karyotype abnormality*, *Neuropediatrics*, 11, 365-376
- **Lester B.M. (1987)**, *Developmental outcome prediction from acoustic cry analysis in term and preterm infants*, *Pediatrics*, 80, 529-534
- **Mignosi E. (2007)**, *Corpo, movimento e stati psichici: l'osservazione del non verbale nei bambini*, in A. Bondioli, *L'osservazione in campo educativo*, pp. 97-124, Junior, Bergamo
- **Murray A.D. (1979)**, *Infant crying as an elicitor of parental behavior: An examination of two models*, *Psychological Bulletin*, 86(1), 191-215, <https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.1.191>
- **Ohmura N., Okuma L., Truzzi A., Yokota S. et al. (2022)**, *A method to soothe and promote sleep in crying infants utilizing the transport response*, in *Current Biology*, 32(20) pp. 4521-4529
- **Sanford Zeskind Philip (1982)**, *A Developmental Perspective of Infant Crying*, [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4613-2381-5\\_8](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4613-2381-5_8)
- **Shaffer D.R., Kipp K. (2013)**, *Psicologia dello sviluppo. Infanzia e adolescenza*, Piccin, Padova
- **Spitz R. (1958)**, *Il mondo interno del bambino*, Giunti, Firenze, 2012
- **St James-Roberts I. (1989)**, *Persistent Crying in Infancy*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1989;30:189-95
- **Stern D.N. (1985)**, *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987
- **Vallino D., Macciò M. (2023)**, *Essere neonati. Il vissuto del bambino nei primi mesi di vita*. Mimesis, Roma



- **Venuti P., Esposito G., Giusti Z. (2004)**, *A qualitative analysis of crying and vocal distress in children with autism*, Journal of Intellectual Disability Research, 48, 4-5
- **Venuti P., Esposito G. (2007)**, *Come piangono i bambini con disturbo dello spettro autistico?*, Psicologia Clinica dello Sviluppo, 2, 325-344
- **Vigna D. (2002)**, *Imparare ad osservare*, Borla, Roma
- **Winnicott D.W. (1964)**, *Perché i bambini piangono?*, in *Il bambino, la famiglia e il mondo esterno*, RCS, Milano, 2012
- **Winnicott D.W. (1965)**, *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma
- **Zeifman D.M. (2004)**, *Acoustic Features of Infant Crying related to intended caregiving intervention*, Infant and Child Development, 13, 111-122
- **Zeskind P.S., Klein L., Marshall T.R. (1992)**, *Adults' perceptions of experimental modifications of durations of pauses and expiratory sounds in infant crying*, Child Development, 59, 193-196
- **Zreick R. (2017)**, *Il pianto colitico dei bimbi al centro di un ampio studio*, in <https://www.focus.it/scienza/salute>, consultato in data 25 novembre 2024

## 10. Altre letture su HT

- Monica Vivona, "[Attaccamento e configurazione del Sé](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 32, 2008
- Rebecca Farsi, "[La patologia autistica: una visione psicodinamica](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 196, 2023