



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA

FACOLTÀ di MEDICINA e CHIRURGIA  
CORSO di LAUREA in SCIENZE e TECNICHE degli SPORT

Tesi di laurea

## **JUDO e SPETTRO AUTISTICO. STUDIO APPLICATO A BAMBINI IN ETÀ PRESCOLARE**

Candidato:  
**MIRUCCI ELEONORA.**

Relatore:  
**MURONI ROSA MARIA**

Anno accademico 2019/2020

## Introduzione

Questa tesi tratta delle problematiche che si possono riscontrare nel bambino in età prescolare, in particolar modo dello spettro autistico; mette in luce come lo sport, in questo caso, il Judo sotto forma di gioco possa essere utilizzato come “aiuto d’equipe”

In veste di educatrice, come insegnante di judo lavoro anche con bambini che hanno delle problematiche.

Svolgendo attività ludico-sportive, soprattutto con bambini in età prescolare, ho intuito che il gioco in tutte le sue forme, ha una valenza determinante nel processo di evoluzione dall'infanzia all'età adulta e ho sentito l'esigenza di approfondirne lo studio. Il tema del gioco è stato studiato, con prospettive diverse, da filosofi, psicologi, antropologi, pedagogisti e sociologi, i quali hanno cercato di cogliere la molteplicità dei suoi aspetti e delle sue caratteristiche; io ho scelto di approfondire l'aspetto psicologico analizzando le principali teorie evolutive dal punto di vista motorio, sociale, cognitivo, psicoanalitico. Mi sono documentata sulle principali problematiche correlate al periodo prescolare focalizzando l'attenzione sullo spettro autistico; ho quindi analizzato il judo in forma di gioco come “mezzo” denotando la sua importanza nello sviluppo sociale, motorio e cognitivo del bambino.

# INDICE

<b>Introduzione</b>	2
<b>I. IL JUDO</b>	5
1.1 L'arte di educare i bambini attraverso il judo	7
<b>II. IL BAMBINO E LE PRINCIPALI TEORIE DELLO SVILUPPO INFANTILE</b>	8
2.1 Il bambino	8
2.2 Le teorie dello sviluppo	9
2.3 Jean Piaget è la teoria sullo sviluppo mentale del bambino	10
2.4 la teoria psicoanalitica di Freud	14
2.5 Teoria psicosociale dello sviluppo di Erikson	15
2.6 Teoria evolutiva di Vygotskij	17
<b>III. PROBLEMATICHE CORRELATE ALL'ETA' PRESCOLARE</b>	18
3.1 Intruduzione DSM	19
3.2 Il Ritardo mentale	20
F79.9 Ritardo mentale, gravità non specificata	20
3.3 Disturbo delle Capacità Motorie	22
F82 Disturbo di Sviluppo della Coordinazione [315.4]	22
3.4 Disturbi da Deficit di Attenzione e da Comportamento Dirompente	24
Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività	24
F90.9 Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività non altrimenti Specificato	27
F91.3 Disturbo Oppositivo Provocatorio [313.81]	27
3.5 Altri Disturbi dell'Infanzia, della Fanciullezza o dell'Adolescenza	30
F94.0 Mutismo Selettivo (precedentemente Mutismo Elettivo) [313.23]	30

F94.x Disturbo Reattivo dell' Attaccamento dell'Infanzia o della Prima Fanciullezza [313.89]	32
<b>IV. IL DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO</b>	<b>35</b>
4.1 Inquadramento storico e teorico del disturbo	35
4.2 L'approccio dimensionale alla natura sociale dell'autismo	38
4.3 Il modello moderatore dell'autismo	38
4.4 Apprendimento nel disturbo dello spettro autistico	40
4.5 Come l'autismo ostacola l'apprendimento?	41
<b>V. L'IMPORTANZA DEL GIOCO IN ETÀ PRESCOLARE</b>	<b>43</b>
5.1 Il gioco e lo sviluppo cognitivo	44
5.2 Il gioco e lo sviluppo affettivo	45
5.3 Il gioco e lo sviluppo sociale	46
<b>VI. IL GIOCO JUDO</b>	<b>47</b>
6.1 il gioco judo come aiuto d'equipe	49
<b>VII. PRESENTAZIONE DELLA RICERCA</b>	<b>52</b>
7.1 valutazione collettiva	53
7.2 Obiettivi 2017	55
7.3 relazione riabilitazione individuale attraverso il gioco judo	57
7.4 valutazione collegiale	59
7.5 valutazione complessiva	61
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>64</b>

## IL JUDO

Il Judo è un arte marziale giapponese, codificata da Jigoro Kano nel 1882, come un'evoluzione delle antiche arti giapponesi di lotta e combattimento chiamate Jujutsu.

Egli cercò di codificare un'arte che non fosse solo una disciplina marziale, ma soprattutto educazione del corpo e dello spirito seguendo due principi fondamentali: "Crescere insieme agli altri (Ji Ta Kyo Ey)" e "Il miglior uso dell'energia (Seryoku Zen Yo)".

Quest'Arte venne chiamata JUDO, che significa "Via della Cedevolezza", perché insegna che il modo migliore per contrastare una forza non è quello di opporvisi, ma quello di cedere per utilizzarla a proprio vantaggio.

Il judo è in seguito divenuto ufficialmente disciplina olimpica a Tokyo 1964 e ha rappresentato ai Giochi di Atene 2004 il terzo sport più universale con atleti da 98 diversi Paesi, mentre a Londra 2012 hanno partecipato 387 atleti da 135 diversi Paesi.

Il **Judo** è una disciplina sportiva completa e simmetrica che ha come principio il miglior impiego dell'energia, al fine di proiettare l'avversario o di immobilizzarlo al suolo.

Questa attività sportiva è adatta e consigliata a tutte le persone, senza distinzione.

La pratica di questo sport migliora la condizione psico-fisica incrementando, attraverso l'esercitazione, le prestazioni atletiche nonché una più forte concentrazione, capacità decisionale, autocontrollo, convinzione nei propri mezzi e nelle proprie potenzialità. Inoltre il Judo, pur essendo uno sport individuale, ha una grandissima valenza sociale dovuta alle necessità di allenarsi con molti compagni, per affrontare situazioni sempre diverse.

Tutto ciò porta ad arricchire l'esperienza del singolo in un clima di crescita generale del gruppo. Nel Judo ci sono diversi livelli di apprendimento che sono facilmente identificabili grazie al colore della cintura di chi lo pratica. I colori utilizzati per le cinture sono: bianco, giallo, arancione, verde, blu e marrone.

Inoltre, gli atleti vengono divisi dalla federazione (fijlkam) per fasce di età e di peso in modo da equilibrare il più possibile i combattimenti, secondo questo schema:

CATEGORIA	ANNI	PESI	TEMPO
Non Agonisti <b>BAMBINI m/f</b> nati	<b>6 / 8</b> 2005/03	21/24/27/30/34/38/43/48/Olt.	1'30"
Non Agonisti <b>BAMBINI m/f</b> nati	<b>9 / 10</b> 2002/01	21/24/27/30/34/38/43/48/Olt.	1'30"
Non Agonisti <b>RAGAZZI m/f</b> nati	<b>11/12</b> 2000/99	34/38/42/46/50/55/61/68/Olt.	2'

L' agonistico nel judo inizia all'età di 13 anni, facendo subentrare un'ulteriore divisione, ovvero, sesso femminile e maschile.

### **CATEGORIE AGONISTI MASCHILI**

<b>ESORDIENTI</b> nati	<b>13/14</b> 98/97	34/38/42/46/50/55/61/68/Olt.	2'
<b>CADETTI</b> nati	<b>15/16</b> 96/95	46/50/55/60/66/73/81/Olt.	3'
<b>JUNIORES</b> nati	<b>17/19</b> 94/92	55/60/66/73/81/90/100/Olt.	4'
<b>SENIORES</b> nati	<b>20/35</b> 91/76	60/66/73/81/90/100/Olt.	5'

### **CATEGORIE AGONISTE FEMMINILI**

<b>ESORDIENTI</b> nate	<b>13/14</b> 98/97	32/36/40/44/48/52/56/61/Olt.	2'
<b>CADETTI</b> nate	<b>15/16</b> 96/95	40/44/48/52/57/63/70/Olt.	3'
<b>JUNIORES</b> nate	<b>17/19</b> 94/92	48/52/57/63/70/78/Olt.	4'
<b>SENIORES</b> nate	<b>20/35</b> 91/76	48/52/57/63/70/78/Olt.	4'

## L'ARTE DI EDUCARE I BAMBINI ATTRAVERSO IL JUDO

La pratica dello sport nel bambino rappresenta un evento molto importante soprattutto se visto come fonte di divertimento e benessere psicofisico.

Lo sport, oggi rappresenta un impegno significativo per favorire lo sviluppo armonico dell'organismo e della coordinazione, con effetti benefeci sullo sviluppo psicofisico e sociale.

Proprio per i bambini, il Judo è riconosciuto come attività estremamente formativa.

Kano, infatti, riteneva che le caratteristiche che un Judoka deve coltivare siano:

1. Educazione
2. Coraggio
3. Sincerità
4. Modestia
5. Rispetto
6. Controllo di sé
7. Amicizia

Questa filosofia di base viene naturalmente integrata con l'attività fisica del Judo che, attraverso giochi propedeutici e attività psicomotorie, allena nei bambini il controllo degli schemi psicomotori di base (correre, strisciare, arrampicarsi, rotolare) e quelli complessi. Una parte importante del programma didattico è incentrata sull'apprendimento dell'equilibrio e del modo corretto di cadere senza farsi male.

Questi valori sono riconosciuti come un eccezionale metodo di formazione del carattere, adatto a contrastare fenomeni di bullismo e di disagio giovanile, inoltre, riconosciuto come un efficace metodo di trattamento dei bambini ipo o iper cinetici o con problemi di socializzazione o integrazione credendo fermamente che la pratica sportiva possa aiutare i bambini e gli adulti, con difficoltà o handicap, a meglio integrarsi nella società.

## IL BAMBINO E LE PRINCIPALI TEORIA DELLO SVILUPPO INFANTILE

Per bambino si intende l' essere umano nelle prime fasi dello sviluppo, in particolare dalla nascita all'adolescenza.

Questo periodo è caratterizzato da una serie di modificazioni: fisiche, psichiche, del linguaggio, sociali e morali che portano ad un cambiamento in cui, a periodi di rapida crescita, accompagnata da turbe o squilibri, si alternano momenti di relativa calma e consolidamento.

Esistono periodi in cui le modificazioni si accumulano e il bambino sviluppa, tutta in una volta, una gamma di nuove competenze impegnandosi in una serie di nuovi problemi.

Questo "accumularsi" di mutamenti spesso sembra produrre una sorta di "rimappatura" del bambino in cui i vecchi schemi di relazione, di pensiero e di linguaggio non funzionano più e gli occorrono tempo e spazio per elaborarne di nuovi.

Durante questo periodo di transizione il bambino può presentare, a volte, problemi di comportamento e sembra perdere anche parte di capacità precedentemente acquisite.

In genere, questi periodi di transizione coincidono, a meno di particolari fattori di criticità ambientale, con quelli in cui il soggetto passa da una condizione fisica ad un'altra (da neonato a bambino, da bambino a preadolescente) o da un ruolo a un altro (bambino che sta in casa a bambino che va a scuola).

Ciascuno di questi cambiamenti di età, di ruolo e di situazione, dà luogo a una specie di "crisi" (intesa come: scelta, separazione, giudizio) che il bambino si trova a dover affrontare per riuscire ad evolversi normalmente.

L'individuo, infatti, deve continuamente adattarsi al cambiamento della nuova realtà esteriore ed interiore, prima di giungere alla propria maturità affettiva, cognitiva e morale.

Trascorsi questi stadi di passaggio, il bambino e il suo rapporto con chi gli sta vicino: genitori, amici, adulti di riferimento, si assesta in un periodo di modificazioni più costanti e regolari in un ritrovato nuovo equilibrio.

Nel periodo infantile, il bambino è caratterizzato da:

- egocentrismo, inteso non come un'accezione morale negativa, ma come incapacità di differenziare in modo completo se stesso dal mondo che lo circonda e tendenza a percepire, capire ed interpretare la realtà unicamente dal proprio punto di vista.
- dalla dipendenza dalla madre, o comunque da una figura genitoriale.
- dall'essere completamente indifeso da fattori esterni (ambientali, psichici e sociali).

Da tutte le influenze che gli avvenimenti e le esperienze eserciteranno su di esso, sorgeranno un giorno, i tratti comportamentali e di personalità che, in futuro, faranno di lui un adulto.



## TEORIA DELLO SVILUPPO INFANTILE

Lo sviluppo del bambino è un processo che si identifica in una serie di adattamenti che si verificano attraverso l'interazione continua tra organismo ed ambiente. La psicologia dello sviluppo si occupa delle modificazioni che subisce la persona nelle diverse età della vita con particolare riferimento allo sviluppo **affettivo, cognitivo, sociale e motorio**.

**Sviluppo affettivo:** prende in considerazione l'area delle relazioni umane ed il modo in cui il bambino si relaziona agli altri. La relazione con la madre è definita primaria e su di essa si struttureranno tutte le altre. In questo ambito risulta necessario differenziare tre fattori fondamentali: *L'umore* (il quale costituisce il temperamento di base dell'individuo in relazione ad un certo periodo della sua vita), *le emozioni* (stati affettivi molto intensi, ma transitori che insorgono e si esauriscono rapidamente) ed *i sentimenti* (stati affettivi più stabili e duraturi rispetto alle emozioni).

**Sviluppo cognitivo:** le attività di conoscenza sono *processi* mentali superiori, cioè funzioni che entrano in gioco nel comprendere e nell'affrontare il mondo che ci circonda: percezione, linguaggio, formazione dei concetti, astrazione, soluzione di problemi, intelligenza, pensiero. Originariamente gli psicologi tentarono di differenziare l'attività conoscitiva *dall'emotività*, dalle *motivazioni* e dalle *caratteristiche della personalità*: tale distinzione risulta però difficile da mantenere, dato che questi ultimi fattori possono avere forti influenze sull'attività conoscitiva. (per esempio: l'ansia tende a menomare la capacità dei bambini di risolvere problemi).

**Sviluppo sociale:** concerne "il modo in cui i bambini interagiscono con gli altri, e quindi gli schemi di comportamento, i sentimenti, gli atteggiamenti e i concetti manifestati dai bambini in relazione alle altre persone e al modo in cui questi aspetti variano durante la crescita" (Schaffer 1996).

**Sviluppo motorio:** è un processo maturativo che nei primi anni di vita consente al bambino di acquisire competenze e abilità posturali, motorie, cognitive, relazionali. Si tratta di un progredire continuo essenzialmente dipendente dalla maturazione del Sistema Nervoso Centrale, con tempi e modalità variabili da bambino a bambino, ma in cui è possibile individuare delle "tappe" che vengono raggiunte secondo una sequenza universalmente analoga.

Tra le numerose teorie inerenti lo sviluppo del bambino, ho analizzato le seguenti:

- Teoria sullo sviluppo mentale del bambino di Jean Piaget
- Teoria psicanalitica di Freud
- Teoria psicosociale dello sviluppo di Erikson
- Teoria evolutiva di Vygotskij

## ***Jean Piaget e la teoria sullo sviluppo mentale del bambino***

Jean Piaget (1896-1980) ha dimostrato sia che la differenza tra il pensiero del bambino e quello dell'adulto è di tipo qualitativo (il bambino non è un adulto in miniatura ma un individuo dotato di struttura propria), sia che il concetto di intelligenza (capacità cognitiva) è strettamente legato al concetto di "adattamento all'ambiente".

Egli intende l'intelligenza come un prolungamento del nostro adattamento biologico all'ambiente: l'uomo non eredita solamente delle caratteristiche specifiche del suo sistema nervoso e sensoriale, ma anche una disposizione che gli permette di superare i limiti biologici imposti dalla natura.

Piaget scopre che il bambino basa la propria conoscenza sull'interazione con un oggetto, dandosi la possibilità di influire sull'oggetto e trasformarlo. In questa teoria vengono distinti due processi fondamentali che si avvicendano durante l'età evolutiva dando luogo **all'assimilazione** e **all'accomodamento**.

Si ha *assimilazione* quando un organismo adopera qualcosa del suo ambiente per un'attività che fa già parte del suo repertorio e che non viene modificata (per esempio un bambino di pochi mesi che afferra un oggetto nuovo per batterlo sul pavimento: siccome le sue azioni di afferrare e battere sono già acquisite, ora per lui è importante sperimentarle col nuovo oggetto).

Questo processo risulta essere predominante nella prima fase di sviluppo, mentre nella seconda fase invece prevale *l'accomodamento*, allorché il bambino può svolgere un'osservazione attiva sull'ambiente tentando altresì di dominarlo.

Nel fare ciò il bambino scopre che le vecchie risposte si modificano a contatto con eventi ambientali mutevoli e cercherà di riadattare le proprie capacità all'azione eseguita (per esempio se il bambino precedente si accorge che l'oggetto da battere per terra è difficile da maneggiare, cercherà di coordinare meglio la presa dell'oggetto).

Lo stesso processo di imitazione risulta essere una forma di accomodamento, il bambino infatti modifica se stesso in relazione agli stimoli ambientali ricevuti.

Di conseguenza un buon adattamento ambientale verrà realizzato quando questi due processi saranno ben integrati tra di loro.

Piaget suddivide lo sviluppo del bambino in cinque periodi fondamentali, caratterizzando ogni fase sulla base dell'apprendimento di modalità specifiche, ben definite: la *fase senso motoria*, quella *pre concettuale*, del *pensiero intuitivo*, delle *operazioni concrete* ed in fine delle *operazioni formali*.

Di queste cinque solamente le prime tre rientrano nell'età prescolare e, per comodità, approfondirò il mio discorso solamente su queste.

### ***Fase senso-motoria***

Comprende l'arco di tempo che intercorre dalla nascita ai due anni circa ed è suddivisa in sei stadi.

**Riflessi innati:** (dalla nascita al primo mese) in questo periodo il bambino utilizza modalità reattive innate come il pianto, la suzione o vocalizzi, per comunicare con il mondo esterno. Con il frequente ripetersi di questi riflessi si instaurano col tempo "abitudini", un esempio è dato dai primi giorni di vita del neonato, il quale, trova sempre meno difficoltà nello scovare il capezzolo della madre, inizia a discriminare da questo il ciuccio o il dito, pur provando sempre piacere nella loro suzione.

In questa fase non sussistono ancora né il gioco, né imitazione.

**Reazioni circolari primarie:** (dal secondo al quarto mese) la reazione circolare viene intesa come ripetizione di un'azione prodotta la prima volta casualmente, ma il bambino tenderà a rieseguirla per ritrovarne gli interessanti effetti. Grazie a questo processo di ripetizione, l'azione si consolida pian piano, divenendo uno schema che il bambino sarà capace di rieseguire anche in altre circostanze. In questo stadio il bambino, che pur ancora non riesce a distinguere tra un "sé" e un "qualcosa al di fuori", cerca di acquisire schemi nuovi: ad es. toccandogli il palmo della mano, reagisce volontariamente chiudendo il pugno, come per afferrare l'oggetto; oppure gira il capo per guardare nella direzione da cui proviene il suono. Particolare importanza ha la coordinazione tra visione e prensione: ad es. prende un giocattolo dopo averlo visto.

**Reazioni circolari secondarie:** (dal quarto all'ottavo mese) in questa fase l'attenzione del bambino inizia a dirigersi verso il mondo esterno, le azioni di afferrare, tirare, scuotere gli oggetti che stimolano la sua mano, hanno come fine l'osservare le conseguenze che queste hanno sul mondo circostante; egli ancora non comprende il perché ad una determinata azione consegue un determinato effetto, ma comprende che i propri sforzi sono efficaci quando cerca di ricreare determinati effetti piacevoli.

**Coordinazioni mezzi-fini:** (dall'ottavo al dodicesimo mese) il bambino inizia a coordinare in sequenza due o più schemi d'azione, in tal modo riesce ad utilizzare mezzi idonei per raggiungere scopi specifici. L'intenzionalità viene manifestata anche nella comunicazione con gli adulti tramite azioni come l'indicare oggetti desiderati o non raggiungibili, comprende che questi possono essere sottoposti a vari schemi d'azione, come scuotere, spostare, dondolare ecc., si rende conto inoltre che essi sono indipendenti dalla sua attività percettiva e motoria.

**Reazioni circolari terziarie:** (dai dodici ai diciotto mesi) nel suo comportamento abituale, il bambino, ricorre sempre più spesso a modalità diverse per ottenere effetti desiderati. Inizia il "ragionamento".

Mentre prima, per eseguire una sequenza di azioni, doveva partire dall'inizio, ora può interrompersi e riprendere l'azione a qualsiasi stadio intermedio. Egli è in grado, inoltre, di scoprire la soluzione dei suoi problemi, procedendo per "prove ed errori". Quindi esiste per lui la possibilità di modificare gli schemi che già possiede. Ad es. dopo aver tentato, invano, di aprire una scatola di fiammiferi, esita per un attimo e poi riesce ad aprirla. Infine può richiamare alla memoria gli oggetti assenti, grazie alle relazioni che intercorrono tra un oggetto e la sua possibilità di utilizzo.

**Comparsa della funzione simbolica:** (dai diciotto mesi in poi) Il bambino è in grado di agire sulla realtà col pensiero. Può cioè immaginare gli effetti di azioni che si appresta a compiere, senza doverle mettere in pratica concretamente per osservarne gli effetti.

Egli inoltre usa le parole non solo per accompagnare le azioni che sta compiendo, ma anche per descrivere cose non presenti e raccontare quello che ha visto o fatto qualche tempo prima, riconosce oggetti anche se ne vede solo una parte, è in grado di imitare i comportamenti e le azioni di un modello, anche dopo che questo è uscito dal suo campo percettivo, sa distinguere i vari modelli e sa imitare anche quelli che per lui hanno un'importanza di tipo affettivo.

### ***Fase pre-concettuale***

Si struttura principalmente dai due ai quattro anni, in questa fase il bambino, non conoscendo le alternative alla realtà che personalmente sperimenta, continua ad avere un atteggiamento egocentrico e ciò lo induce a credere che tutti la pensino come lui e capiscano i suoi desideri-pensieri, senza nessun problema.

Il linguaggio comincia ad avere un'importanza radicale, in quanto il bambino impara ad associare suoni e parole a determinate azioni. Con il gioco occupa la maggior parte della giornata, perché per lui tutto è gioco: addirittura ripete in forma di gioco le azioni reali che sperimenta, imita, in maniera generica, tutte le persone a lui vicine sapendo che queste si prendono cura di lui.

Prima ancora di aver compreso il concetto di "obbedienza" impara a comportarsi come vogliono gli adulti. Inizia a percepire, seppur in maniera separata e non contemporaneamente, gli aspetti qualitativi e quantitativi di un oggetto anche se non è ancora in grado di concepire le differenze tra una classe di oggetti ed un unico oggetto. Non è neppure capace di relazionare i concetti di tempo, spazio, causa.

Il suo ragionamento non è né deduttivo (dal generale al particolare), né induttivo (dal particolare al generale), ma transduttivo o analogico (dal particolare al particolare).

### ***Fase del pensiero intuitivo***

Dai quattro ai sette anni aumenta notevolmente la partecipazione e la socializzazione quotidiana, in maniera autonoma, creativa ed adeguata alle diverse circostanze.

Con l'ingresso nella scuola materna, il bambino sperimenta l'esistenza di altre autorità diverse dai genitori. Questo lo obbliga a rivedere le conoscenze acquisite nelle fasi precedenti, mediante dei processi cognitivi di generalizzazione: ovvero, le conoscenze possedute, relative ad un'esperienza specifica, vengono trasferite a quelle esperienze che, in qualche modo, possono essere classificate nella stessa categoria.

Tuttavia la sua capacità di riprodurre mentalmente un avvenimento avviene nell'unica direzione in cui l'avvenimento si è verificato.

Non è capace di reversibilità.

Ad es. mettiamo davanti al bambino due vasi A e B, uguali e trasparenti, e un numero pari di biglie. Chiediamogli di mettere, usando una mano per ogni vaso, una biglia per volta nei due vasi, in modo che siano perfettamente distribuite. Poi si prenderà il vaso B e si verseranno tutte le biglie in un vaso C, di forma e dimensioni diverse da A e B. I bambini di 4-5 anni affermeranno che, nel caso in cui C sia più sottile di A e B, le biglie sono aumentate; diminuite invece, nel caso in cui C è più largo di A e B. Se allo stesso bambino mettiamo di fronte una fila

di otto vasetti di fiori e collochiamo un fiore in ogni vasetto, il bambino dirà che il numero dei fiori e dei vasetti è lo stesso.

Se però gli facciamo togliere i fiori per farne un mazzetto, il bambino dirà che i vasetti sono più dei fiori. Nel primo caso l'errore è dovuto al fatto che egli ha tenuto conto solo del livello raggiunto dalle biglie e non anche della forma del vaso, mentre nel secondo caso il maggior spazio occupato dalla fila dei vasetti ha dominato la sua valutazione. In sostanza ciò che non ha compreso è stata l'invarianza (o conservazione) della quantità al mutare delle condizioni percettive.

## *La teoria psicoanalitica di Freud*

La teoria Freudiana inerente allo sviluppo del bambino fortemente influenzata dalla sua concezione psicoanalitica.

La parte fondamentale del discorso di Freud (1856-1939), quella che ha ottenuto maggior seguito, è sicuramente quella che vede lo sviluppo del soggetto direttamente correlato a quello sessuale.

Le distinzioni proposte da Freud vanno considerate non solo come momenti genetici, ma anche strutturali. Ciò comporta un permanere di ogni fase, che può essere rievocata in ogni periodo della vita.

Egli riconosce cinque momenti fondamentali dello sviluppo, ognuno caratterizzato dall'insorgenza di un bisogno collegato con una diversa zona del corpo: questi prendono il nome di **fasi psicosessuali**.

- La prima è la **fase orale** (0-1 anno): gli oggetti di riferimento di questa fase sono la bocca, le labbra e la lingua, mezzi con i quali il lattante cerca inizialmente gratificazione attraverso la suzione, prima del seno materno, successivamente del pollice e della stessa lingua.
- A questa si sussegue la **fase anale** (1-3 anni): il bambino pone la propria attenzione sul controllo degli sfinteri e il conseguente prodotto di eliminazione. Impara pian piano a controllare l'evacuazione e a gestirla in relazione agli orari e ad i luoghi idonei.
- Nella **fase fallica** (3-5 anni) : la sua attenzione si sposta principalmente sugli organi genitali. Segnali tipici di questa fase possono essere il complesso di "Edipo" e di "Elettra" caratterizzati dall'insorgere di desideri e fantasie sessuali nei confronti del genitore di sesso opposto.
- In conseguenza all'insorgere dei primi istinti sessuali avviene una fase di calma, definita come **fase di latenza** (5-12 anni). In questo periodo il bambino consolida gli aspetti della propria identità, anche perché gli stimoli sessuali passano in secondo piano. I conflitti Edipici sono ormai sotto controllo ed acquisisce importanza la funzione sociale del gruppo dei pari, come elemento di passaggio dalla famiglia al mondo esterno.
- L'ultima **fase** è quella **genitale** (12-18 anni). In questa l'ormai adolescente, dopo aver superato le crisi delle fasi precedenti, si ritrova a raggiungere una maturità sessuale ed è pronto per un rapporto di coppia gratificante, per una scelta professionale ed esistenziale definitiva.

## ***Teoria psicosociale dello sviluppo di Erikson***

Lo psicologo americano Erick Erikson(1902-1980) sviluppa una particolare teoria che analizza gli stadi evolutivi dell'intera vita di un individuo e non si limita, come in genere avviene, a concluderla alla soglia dell'età adulta.

Erikson aggiunge alla dimensione psico-sessuale di Freud la dimensione psico-sociale. Nella fase orale, ad esempio, non considera il piacere orale del bambino come derivante dall'atto della suzione, ma come un modo universale di funzionamento che è tipico di una certa età, il modo incorporativo, modalità di rapporto con il reale, che si manifesta attraverso tutti gli organi sensoriali.

Le dinamiche che egli descrive, per tutte le fasi dello sviluppo, non vengono pensate in astratto ma sono riferite a un ben definito ambiente familiare e socio-culturale. All'interno di ogni cultura l'individuo affronta particolari conflitti psico-sociali e, conseguentemente, si ritrova ad affrontare particolari percorsi di sviluppo con buone probabilità di risolvere quelle difficoltà. Erikson suddivide lo sviluppo in otto fasi, ognuna caratterizzata da un proprio conflitto o momento di crisi che deve essere affrontato e risolto lungo il decorso della vita. Le prime quattro fasi comprendono l'infanzia e la fanciullezza, la quinta copre l'adolescenza, e le ultime tre l'età adulta, inclusa la vecchiaia.

La struttura delle fasi non risulta avere uno schema fisso, in quanto ogni soggetto ha i propri problemi evolutivi; inoltre non sussiste un abbandono delle fasi, esse continuano a convivere nella dimensione psico-sociale del "insieme funzionante". Risolvere con successo uno stadio costituisce un requisito necessario perché anche lo stadio successivo possa avere soluzione positiva. Secondo Erikson, l'identità è l'accettazione e la comprensione di sé stessi e della propria società e, questa presa di coscienza in continuo evolversi, risulta essere il tema principale della vita. Erikson, attraverso l'osservazione diretta del bambino, l'analisi dello sviluppo psicosociale di alcune personalità tramite psicostorie e confronti tra culture diverse, sviluppa la sua teoria così strutturata:(cfr. Tab.I)

Analizzando le prime quattro fasi si può dedurre che:

- la **prima fase** è incentrata intorno al rapporto fiducia/sfiducia necessario al fine dello sviluppo umano, grazie al quale il bambino può imparare, tramite un'equilibrata integrazione di fiducia, sfiducia e speranza, a tollerare le frustrazioni e le delusioni ed acquisire la disposizione interna atta a ridefinire continuamente i propri progetti per il futuro.
- La **seconda fase** è incentrata sull'esperienza del controllo e della disciplina. Il bambino impara ad essere autosufficiente nel camminare, nell'esplorare, nel parlare e nel controllare gli sfinteri. Come conseguenza a quest'esperienza di controllo degli impulsi subentra il sentimento di vergogna e dubbio delle proprie capacità, specialmente nei casi in cui egli non adempie ai suoi compiti o ruoli. Nello stesso momento egli integra la virtù della volontà e comincia ad assumere una coscienza etica, esprimendo giudizio su ciò che è bene e ciò che è male.
- Nella **terza fase** si consolida il senso di autocontrollo di volontà e di autonomia presente nelle fasi precedenti, in un atteggiamento sempre più integrato di padronanza delle

situazioni, responsabilità e iniziativa autonoma. Tipico di questa fase è l'intraprendere attività "da grandi", oltrepassando i limiti imposti dai genitori per poi sentirsi in colpa.

Tab. I

<b>STADIO</b> (età approssimativa)	<b>Crisi psico-sociale</b>	<b>Relazioni sociali significative</b>	<b>Modalità psico-sociale</b>
<b>DA 0 A 1 ANNO</b> Stadio orale-respiratorio	Fiducia/Sfiducia	Figura materna	Dare/Avere
<b>DA 2 A 3 ANNI</b> Stadio anale-uretrale	Autonomia/Vergogna e Dubbio	Genitori	Trattenere/Lasciar andare
<b>DA 4 A 5 ANNI</b> Stadio infantile-genitale	Iniziativa/Senso di colpa	Famiglia	Fare, tentare e giocare/Non agire
<b>DA 6 A 12 ANNI</b> Stadio di latenza	Industriosità/Inferiorità	Vicinato e scuola	Agire, fare insieme agli altri/Isolarsi
<b>DA 13 A 18 ANNI</b> Pubertà	Identità/Confusione dei ruoli	Gruppo dei pari, associazioni, modelli di leadership	Essere se stesso/Non essere se stesso
<b>DA 19 A 25 ANNI</b> Genitalità	Intimità/Isolamento	Amici, partner	Trovarsi in un altro/Perdersi in un altro Cooperazione/Competizione
<b>DA 26 A 40 ANNI</b>	Generatività/Stagnazione	Divisione del lavoro	Prendersi cura di qualcuno/Trascurare altri
<b>OLTRE I 40 ANNI</b>	Integrità dell'Io/Disperazione	Tutto il genere umano	Essere attraverso l'essere stato/Non riuscire a fronteggiare il non essere



## *Teoria evolutiva di Vygotskij*

Secondo Le(1896-1934) i sistemi mentali di rappresentazione originano dal contesto socio-culturale con il quale l'individuo si relaziona e non, come per Piaget, dal rapporto con il mondo. Egli idealizza lo sviluppo mentale come un processo di interiorizzazione di forme culturali. Sostiene che la prima attività intellettuale sia pratica, concreta e parte integrante del contesto sociale e si realizza sempre mediante l'attività pratica che il bambino svolge interagendo con l'ambiente circostante. Riconosce che le prime forme d'intelligenza sono di tipo preverbale e si manifestavano mediante l'attività pratica, in cui il bambino inventa ed usa strumenti per adattarsi all'ambiente.

In tale contesto "il linguaggio egocentrico e interiore non è la prima fase dello sviluppo linguistico, ma è uno strumento del pensiero a cui possiamo ricorrere nell'infanzia, ma ogni qualvolta dobbiamo fronteggiare situazioni problematiche". ogni età della vita, non soltanto Il linguaggio comincia ad acquisire significato intorno ai due anni di età, rappresentando con le parole una sostanziale mediazione fra linguaggio e pensiero.

In tal modo la comunicazione verbale riveste una *funzione sociale*, in quanto serve a comunicare con altri soggetti, e una *funzione individuale*, in quanto serve a guidare il pensiero e il ragionamento.

Nei suoi esperimenti, basandosi sui procedimenti utilizzati dai bambini nella soluzione di compiti da lui proposti, identificò quattro fasi evolutive:

- la **fase dei mucchi**, in cui il materiale veniva riposto casualmente (età prescolare);
- la **fase dei complessi**, nella quale il materiale veniva raggruppato in base a legami irrilevanti (età scolare);
- la **fase degli pseudoconcetti**, nel quale il raggruppamento del materiale avviene in base alle caratteristiche esterne e non essenziali (dall'età scolare fino all'adolescenza);
- la **fase dei concetti**, nel quale il raggruppamento viene basato sull'astrazione e sulla generalizzazione (adolescenza).

Per ottenere efficacia nel processo di apprendimento la risoluzione dei problemi richiede il passaggio dalla soluzione singola di un problema alla collaborazione con altri (coetanei o adulti).

## PROBLEMATICHE CORRELATE ALL'ETÀ PRESCOLARE



Durante il naturale processo di evoluzione, in età prescolare possono insorgere diverse problematiche correlate allo sviluppo psico-motorio. Per riportarne una classificazione specifica e scientifica, ho preferito rifarmi al DSM IV-TR, manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali, che riordina e classifica le varie patologie in base alle caratteristiche diagnostiche e strutturali. Il DSM IV-TR contiene un' apposita sezione dedicata ai disturbi dell'infanzia, della fanciullezza e dell'adolescenza, tra questi un primo criterio di catalogazione suddivide i disturbi tra:

- Disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza, o nell'adolescenza.
- Ritardo mentale.
- Disturbi dell'apprendimento.
- Disturbi delle capacità motorie.
- Disturbi della comunicazione.
- Disturbi pervasivi dello sviluppo.
- Disturbi da deficit dell'attenzione e da comportamento dirompente.
- Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione dell'infanzia o prima fanciullezza.
- Disturbi da Tic.
- Disturbi della evacuazione.
- Altri disturbi dell'infanzia, della fanciullezza o dell'adolescenza.

Da questa suddivisione sono andato a cercare e delineare le problematiche che ho incontrato nella mia carriera educatore e che risultano essere le più comuni da riscontrare.

## ***Il Ritardo mentale***

### **Caratteristiche diagnostiche**

La caratteristica fondamentale del Ritardo Mentale è un funzionamento intellettuale generale significativamente al di sotto della media (Criterio A) che è accompagnato da significative limitazioni nel funzionamento adattivo in almeno due delle seguenti aree delle capacità di prestazione: comunicazione, cura della persona, vita in famiglia, capacità sociali/interpersonali, uso delle risorse della comunità, autodeterminazione, capacità di funzionamento scolastico, lavoro, tempo libero, salute, e sicurezza (Criterio B).

L'esordio deve avvenire prima dei 18 anni (Criterio C).

Il Ritardo Mentale presenta molte eziologie fra loro diverse, e può essere visto come il risultato finale comune di vari processi patologici che agiscono sul funzionamento del sistema nervoso centrale.

Il *funzionamento intellettuale generale* è definito dal quoziente di intelligenza (QI o equivalenti del QI) ottenuto tramite la valutazione con uno o più test di intelligenza standardizzati somministrati individualmente (per es., la Scala di Intelligenza Wechsler per i Bambini - III Ed., la Batteria di Valutazione di Kaufman per i Bambini).

Un funzionamento intellettuale significativamente al di sotto della media è definito da un QI di circa 70 o inferiore (circa 2 deviazioni standard al di sotto della media). Si dovrebbe notare che nella valutazione del QI esiste un errore di misurazione di circa 5 punti, che può tuttavia variare da strumento a strumento (per es., un QI di 70 al Wechsler viene considerato rappresentativo di un'estensione da 65 a 75).

Al contrario, un Ritardo Mentale non dovrebbe essere diagnosticato ad un soggetto con un QI inferiore a 70 se non vi sono deficit significativi o compromissione del funzionamento adattivo. La scelta degli strumenti di valutazione l'interpretazione dei risultati dovrebbe tener conto di fattori che possono limitare la prestazione (per es., il retroterra socioculturale del soggetto, la lingua madre, e gli handicap di comunicazione, motori, e sensoriali associati).

Il *funzionamento adattivo* fa riferimento all'efficacia con cui i soggetti fanno fronte alle esigenze comuni della vita e al grado di adeguamento agli standard di autonomia personale previsti per la loro particolare fascia di età, retroterra socioculturale e contesto ambientale. Il funzionamento adattivo può essere influenzato da vari fattori, che includono l'istruzione, la motivazione, le caratteristiche di personalità, le prospettive sociali e professionali, i disturbi mentali e le condizioni mediche generali che possono coesistere col Ritardo Mentale. I problemi di adattamento sono più suscettibili di miglioramento con tentativi di riabilitazione di quanto non sia il QI cognitivo, che tende a rimanere un attributo più stabile.

Sono state predisposte anche diverse scale per misurare il funzionamento o il comportamento adattivo (per es., le Scale Vineland per il Comportamento Adattivo).

Queste scale generalmente forniscono un punteggio clinico limite che tiene conto delle prestazioni in diversi ambiti di capacità adattive. Si deve notare che alcuni di questi strumenti

non misurano in aree adattive, e che a loro volta i punteggi riguardanti le singole aree adattive variano considerevolmente per quanto riguarda l'attendibilità.

### **Gradi di gravità del Ritardo Mentale**

Possono essere specificati 4 gradi di gravità, che riflettono il livello della compromissione intellettiva: Lieve, Moderato, Grave e Gravissimo.

- **F70.9 Ritardo Mentale Lieve [317]** livello del QI da 50-55 a circa 70
- **F71.9 Ritardo Moderato [318.0]** livello del QI da 35-40 a 50-55
- **F72.9 Ritardo Mentale Grave [318.1]** livello del QI da 20-25 a 35-40
- **F73.9 Ritardo Mentale Gravissimo [318.2]** livello del QI sotto 20 o 25

**F79.9 Ritardo Mentale, Gravità Non Specificata [319]** può essere usato quando c'è forte motivo di supporre un Ritardo Mentale, ma l'intelligenza del soggetto non è valutabile con i test standard (es., in soggetti troppo compromessi o non collaborativi, o nella prima infanzia). La diagnosi dovrebbe essere usata quando vi è forte motivo di supporre un Ritardo Mentale, ma il soggetto non può essere valutato adeguatamente con i test di intelligenza standardizzati. Ciò può accadere con i bambini, gli adolescenti, o gli adulti che sono troppo compromessi o troppo poco collaborativi per essere testati, oppure, nell'infanzia, quando esiste una valutazione clinica di funzionamento intellettivo significativamente al di sotto della media, ma i test disponibili (per es., le Scale Bayley per lo Sviluppo Infantile, e altri) non forniscono valori di QI. In generale, minore è l'età, più difficile è la valutazione della presenza di un Ritardo Mentale, tranne nei soggetti con compromissione gravissima.

### **Procedure di registrazione**

Il codice diagnostico specifico per il Ritardo Mentale è scelto sulla base del livello di gravità come indicato in precedenza, e viene codificato sull'Asse II. Se il Ritardo Mentale è associato ad un altro disturbo mentale (per es., Disturbo Autistico), il disturbo mentale aggiuntivo viene codificato sull'Asse I. Se il Ritardo Mentale è associato con una condizione medica generale (per es., sindrome di Down), la condizione medica generale viene codificata sull'Asse III.

### **Caratteristiche descrittive e disturbi mentali associati**

Non vi sono caratteristiche specifiche di personalità e di comportamento associate in maniera esclusiva al Ritardo Mentale. Alcuni soggetti con Ritardo Mentale sono passivi, tranquilli, e dipendenti, mentre altri possono essere aggressivi e impulsivi. La mancanza di capacità di comunicazione può predisporre a comportamenti dirompenti e aggressivi, che sostituiscono comunicazione verbale. Alcune condizioni mediche generali associate col Ritardo Mentale sono caratterizzate da determinati sintomi comportamentali.

I soggetti con Ritardo Mentale possono essere esposti allo sfruttamento da parte di altri (per es., abusi fisici e sessuali), o alla negazione di diritti e di opportunità.

Inoltre hanno una prevalenza di disturbi mentali in comorbidità che è stimata da tre a quattro volte superiore rispetto alla popolazione generale. In alcuni casi, ciò può essere la conseguenza di un'etiologia che è comune al Ritardo Mentale e al disturbo mentale associato (per es., un trauma cranico può avere come conseguenza un Ritardo Mentale e una Modificazione della Personalità Dovuta a Trauma Cranico). Si possono osservare tutti i tipi di disturbo mentale, e non è dimostrato che la natura di un dato disturbo mentale sia diversa nei soggetti affetti da Ritardo Mentale. La diagnosi di disturbi mentali in comorbidità è, in ogni caso, spesso complicata dal fatto che il quadro clinico può essere modificato dalla gravità del Ritardo Mentale e dagli handicap associati.

## **Fattori predisponenti**

I fattori etiologici possono essere primariamente biologici, psicosociali, o una combinazione di entrambi. In circa il 30-40% dei soggetti giunti all'osservazione clinica, non può essere determinata un'etiologia chiara per il Ritardo Mentale nonostante gli intensi sforzi diagnostici. Più probabilmente, vanno identificate delle eziologie specifiche per individui con Grave o Gravissimo Ritardo Mentale. I principali fattori predisponenti includono:

**Alterazioni precoci dello sviluppo embrionale:** questi fattori includono mutazioni cromosomiche (es, sindrome di Down dovuta a trisomia 21) o danni prenatali dovuti a sostanze tossiche (per es., uso di alcool da parte della madre, infezioni)

**Influenze ambientali:** questi fattori includono la mancanza di accudimento e di stimolazioni sociali, verbali e di altre stimolazioni

**Disturbi mentali:** questi fattori includono il Disturbo Autistico e altri Disturbi Pervasivi dello Sviluppo

**Condizioni mediche generali acquisite durante l'infanzia o la fanciullezza:** questi fattori includono infezioni, traumi e avvelenamenti (per es., da piombo).

## **Decorso**

La diagnosi di Ritardo Mentale richiede che l'insorgenza del disturbo sia avvenuta prima dei 18 anni di età. L'età e le modalità di esordio dipendono dall'etiologia e dalla gravità del Ritardo Mentale. Il ritardo più grave, specie quando è associato ad una sindrome con fenotipo caratteristico, tende ad essere riconosciuto più precocemente (per es., la sindrome di Down è di solito diagnosticata alla nascita). Al contrario, il Ritardo Lieve di origine sconosciuta è generalmente individuato più tardi. Nei casi più gravi di ritardo dovuto a cause acquisite, la compromissione intellettiva si svilupperà più bruscamente (per es., ritardo a seguito di un'encefalite). Il decorso del Ritardo Mentale è influenzato dal decorso delle condizioni mediche generali sottostanti e da fattori ambientali (per es., opportunità scolastiche e altre opportunità, stimolazione ambientale e adeguatezza della gestione). Se la condizione medica generale sottostante è statica, è più probabile che il decorso sia variabile e dipendente da fattori ambientali. Il Ritardo Mentale non dura necessariamente tutta la vita, Soggetti che erano affetti

da un Ritardo Mentale Lieve nei primi anni di vita, manifestato con incapacità nei compiti di apprendimento scolastico, con un training e opportunità adeguati sviluppano buone capacità adattive in altri ambiti, e possono non presentare più il livello di compromissione richiesto per la diagnosi.

## ***Disturbo delle Capacità Motorie***

### **F82 Disturbo di Sviluppo della Coordinazione [315.4]**

#### **Caratteristiche diagnostiche**

La caratteristica fondamentale del Disturbo di Sviluppo della Coordinazione è una mancanza di compromissione dello sviluppo della coordinazione motoria (Criterio A). La diagnosi viene fatta solo se questa compromissione interferisce in modo significativo con l'apprendimento scolastico o con le attività della vita quotidiana (Criterio B).

Inoltre, la diagnosi viene fatta se le difficoltà nella coordinazione non sono dovute ad una condizione medica generale (per es., paralisi cerebrale, una marcata emiplegia, o distrofia muscolare) dello Sviluppo (Criterio C). Se è presente Ritardo Mentale, le difficoltà motorie vanno al di là di di solito associate con esso (Criterio D).

Le manifestazioni di questo disturbo variano con l'età e quelle nel raggiungimento delle tappe fondamentali dello sviluppo motorio (per es., camminare, gattonare, stare seduti, allacciarsi le scarpe, abbottonarsi la camicia, ecc.).

I bambini più grandi possono mostrare difficoltà nelle componenti motorie dell'assemblaggio di puzzle, nel modellismo, nel giocare a palla, nello scrivere in stampatello o nella calligrafia.

#### **Manifestazioni e disturbi associati**

I problemi comunemente associati con il Disturbo di Sviluppo della Coordinazione includono il ritardo nel raggiungimento di altre tappe fondamentali non motorie.

I disturbi associati possono includere il Disturbo della Fonazione, il Disturbo della Espressione del Linguaggio, ed il Disturbo Misto della Espressione e della Ricezione del Linguaggio.

La prevalenza del Disturbo di Sviluppo della Coordinazione è stata stimata al 6% dei bambini tra i 5 e gli 11 anni.

#### **Decorso**

Il riconoscimento del Disturbo di Sviluppo della Coordinazione avviene di solito quando il bambino fa i primi tentativi in attività come correre, usare coltello e forchetta, abbottonarsi i vestiti, o giocare a palla. Il decorso è variabile. In alcuni casi, la mancanza di coordinazione permane nell'adolescenza e nell'età adulta.

## **Diagnosi differenziale**

I Disturbo di Sviluppo della Coordinazione deve essere distinto da una compromissione motoria dovuta ad una condizione medica generale. Problemi nella coordinazione possono essere associati a specifici disturbi neurologici (per es., paralisi cerebrale, lesioni cerebellari progressive), ma in un preciso danno neurale e reperti anomali all'esame neurologico. Se è presente questi casi il Ritardo Mentale, il Disturbo di Sviluppo della Coordinazione può essere diagnosticato solo se le difficoltà motorie vanno al di là di quelle di solito associate con il Ritardo Mentale. Non viene fatta diagnosi di Disturbo di Sviluppo della Coordinazione se risultano soddisfatti i criteri per il Disturbo Pervasivo dello Sviluppo. I soggetti con Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività possono cadere, sbattere contro oggetti, o far cadere oggetti, ma ciò è di solito dovuto a distraibilità e impulsività, piuttosto che ad una compromissione motoria. Se sono soddisfatti i criteri per entrambi i disturbi, possono essere diagnosticati entrambi.

## ***Disturbi da Deficit di Attenzione e da Comportamento***

Questa sezione include il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, che è caratterizzato da imponenti sintomi di disattenzione e/o di iperattività-impulsività. Sono previsti dei sottotipi per precisare la sintomatologia prevalente: Tipo con Disattenzione Predominante, Tipo con iperattività/Impulsività Predominanti e Tipo Combinato. In questa sezione sono inclusi anche i disturbi da Comportamento Dirompente: il Disturbo della Condotta è caratterizzato da una modalità di comportamento che lede i diritti fondamentali degli altri oppure le principali norme o regole sociali adeguate all'età; il Disturbo Oppositivo Provocatorio è caratterizzato da una modalità di comportamento negativistica, ostile, e provocatoria. Questa sezione include anche due categorie Non Altrimenti Specificate: il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività Non Altrimenti Specificato, e il Disturbo da Comportamento Dirompente Non Altrimenti Specificato.

### **Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività**

#### **Caratteristiche diagnostiche**

La caratteristica fondamentale del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività è una persistente modalità di disattenzione e/o di iperattività-impulsività che è più frequente e più grave di quanto si osserva tipicamente in soggetti ad un livello di sviluppo paragonabile (Criterio A). Alcuni sintomi di iperattività-impulsività o di disattenzione che causano menomazione devono essere stati presenti prima dei 7 anni sebbene molti soggetti siano diagnosticati dopo che i sintomi sono presenti da diversi anni in particolare nel caso di individui affetti dal Tipo con Disattenzione Predominante (Criterio B). Un certa compromissione a causa dei sintomi deve essere presente in almeno due contesti (a casa e a scuola o al lavoro) (Criterio C). Deve chiaramente risultare un'interferenza col funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo adeguato rispetto al livello di sviluppo (Criterio D). L'anomalia non si manifesta esclusivamente durante il decorso di un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo, di Schizofrenia, o di un altro Disturbo Psicotico e non è meglio attribuibile ad un altro disturbo mentale (per es., un Disturbo dell'Umore, un Disturbo d'Ansia, un Disturbo Dissociativo o un Disturbo di Personalità) (Criterio E).

La disattenzione può manifestarsi in situazioni scolastiche, lavorative o sociali. I soggetti con questo disturbo possono non riuscire a prestare attenzione ai particolari o possono fare errori di distrazione nel lavoro scolastico o in altri compiti. Il lavoro è spesso disordinato e svolto senza cura e senza ponderazione. I soggetti spesso hanno difficoltà a mantenere l'attenzione nei compiti o nelle attività di gioco, e trovano difficile portare a termine i compiti. Spesso sembra che la loro mente sia altrove o che essi non ascoltino o non abbiano sentito quanto si è appena detto loro. Possono esservi frequenti passaggi da un'attività ad un'altra senza completarne nessuna. I soggetti a cui è stato diagnosticato questo disturbo possono cominciare a fare qualcosa, passare ad altro, poi dedicarsi a qualcos'altro ancora, prima di portare a termine qualsiasi cosa.



Essi spesso non soddisfano le richieste o non riescono a seguire le istruzioni non portano a termine compiti, incombenze o altri doveri. Questi soggetti hanno spesso difficoltà nell'organizzarsi per svolgere compiti e attività. I compiti che richiedono sforzo mentale protratto vengono avvertiti come spiacevoli e notevolmente avversati.

Di conseguenza, questi soggetti tipicamente evitano o hanno forte avversione per attività che richiedono protratta applicazione e sforzo mentale o che richiedono capacità organizzative o particolare concentrazione (per es., compiti a casa o lavoro a tavolino). Questo deve essere dovuto alle difficoltà del soggetto connesse all'attenzione e non dovuto ad oppositiva primaria, anche se può esservi un'oppositività secondaria. Il modo di lavorare spesso disorganizzato e il materiale necessario per svolgere il compito viene spesso disperso, oppure maneggiato senza cura e danneggiato.

Nelle situazioni sociali, la disattenzione può essere espressa dal fatto che cambiano spesso d'argomento nella conversazione, non ascoltano gli altri, danno attenzione alle conversazioni e non seguono le indicazioni o le regole di giochi o attività. L'iperattività può essere manifestata agitandosi e dimenandosi sulla propria sedia, non restando seduti quando si dovrebbe, correndo senza freni o arrampicandosi in situazioni in cui ciò è fuori luogo o può esprimersi con difficoltà a giocare o a dedicarsi tranquillamente ad attività da tempo libero o con il sembrare spesso "sotto pressione" o "motorizzati", oppure col parlare troppo. L'iperattività può variare con l'età del soggetto e col livello di sviluppo, e la diagnosi dovrebbe essere fatta con cautela nei bambini piccoli. I bambini che muovono i primi passi e i bambini in età prescolare con questo disturbo differiscono dai bambini con una attività normale per il fatto che sono sempre in movimento e sempre tra i piedi; essi saltellano avanti e indietro, saltano o si arrampicano sui mobili, corrono per la casa, e hanno difficoltà a partecipare ad attività di gruppo sedentarie all'asilo (per es., stare ad ascoltare una favola).

L'impulsività si manifesta con l'impazienza, la difficoltà a tenere a freno le proprie reazioni, "sparando" le risposte prima che le domande siano state completate, con difficoltà ad attendere il proprio turno, e con l'interrompere spesso gli altri o l'intromettersi nei fatti altrui fino al punto di causare difficoltà nell'ambiente sociale, scolastico, o lavorativo. Gli altri possono lamentarsi di non riuscire a dire una parola in una conversazione. I soggetti affetti da questo disturbo tipicamente fanno commenti quando non è il momento, non ascoltano le direttive, iniziano conversazioni quando non è il momento, interrompono eccessivamente gli altri, sono invadenti nei confronti degli altri, arraffano oggetti altrui, toccano cose che non dovrebbero toccare e fanno i pagliacci. L'impulsività può portare ad incidenti (per es., far cadere oggetti, sbattere contro gli altri, agguantare un tegame rovente) e al coinvolgimento in attività potenzialmente pericolose senza considerare le possibili conseguenze (per es., arrampicarsi ripetutamente fino a posizioni precarie o usare lo skateboard su un terreno estremamente accidentato).

Le manifestazioni attentive e comportamentali compaiono di solito in diversi contesti, che comprendono casa, scuola, lavoro, e situazioni sociali, Per fare diagnosi, deve essere presente una certa compromissione in almeno due contesti. È molto raro che un soggetto mostri lo di malfunzionamento in tutti i contesti o tutte le volte nello stesso contesto. I sintomi tipicamente

peggiorano in situazioni che richiedono attenzione o sforzo mentale protratti o che tipica di attrattiva o di novità (per es., ascoltare gli insegnanti in classeo lavorare a compiti monotoni e ripetitivi). I segni del disturbo possono essere minimi o assenti quando il soggetto riceve frequenti premi per il comportamento appropriato, quando è sotto controllo molto stretto, in un ambiente nuovo, quando è impegnato in attività particolarmente interessanti, in una situazione a due (per es., lo studio del medico). È più abile che i sintomi si manifestino in situazioni di gruppo (per es., giochi di gruppo, classi, o ambiente di lavoro). Il clinico dovrebbe quindi raccogliere informazioni da diverse fonti per es., genitori, insegnanti) e indagare sul comportamento del soggetto in diverse situazioni in ciascun contesto (per es., mentre fa i compiti, mentre mangia).

## **Sottotipi**

### **F90.0 Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, Tipo Combinato [314.01]**

Questo sottotipo dovrebbe essere usato se 6 (o più) sintomi di disattenzione e 6 (o più) sintomi di iperattività-impulsività hanno persistito per almeno 6 mesi. La maggior parte dei bambini e degli adolescenti con questo disturbo presentano il Tipo Combinato. Non si sa se ciò vale anche per gli adulti affetti dal disturbo.

### **F98.8 Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, Tipo con Disattenzione Predominante [314.00]**

Questo sottotipo dovrebbe essere usato se 6 (o più) sintomi di disattenzione (ma meno di 6 sintomi di iperattività-impulsività) sono persistiti per almeno 6 mesi. L'iperattività può essere ancora una manifestazione clinica significativa in molti casi, mentre in altri si tratta solo di disattenzione.

### **F90.0 Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, Tipo con Iperattività-Impulsività Predominanti [314.01]**

Questo sottotipo dovrebbe essere usato se 6 (o più) sintomi di iperattività-impulsività (ma meno di 6 sintomi di disattenzione) sono persistiti per almeno 6 mesi. Ciò non toglie che in questi casi la disattenzione spesso possa essere una manifestazione clinica significativa.

## **Decorso**

La maggior parte dei genitori osserva dapprima un'eccessiva attività motoria quando i bambini muovono i primi passi, che spesso coincide con lo sviluppo della deambulazione indipendente. Comunque, dato che molti bambini iperattivi a questa età non svilupperanno poi un Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, particolare attenzione dovrebbe essere dedicata a differenziare la da Deficit attività dalla iperattività caratteristica del Disturbo normale dell'Attenzione/Iperattività prima di fare questa diagnosi nei primi anni di vita. Di solito, il disturbo viene diagnosticato per la prima volta durante le scuole elementari, quando l'adattamento scolastico risulta compromesso. Alcuni bambini con il Tipo con Disattenzione Predominante possono non giungere all'attenzione clinica fino alla tarda fanciullezza. Nella maggior parte dei casi osservati ambiente clinico, il disturbo è relativamente stabile durante la prima adolescenza. Nella maggior parte dei soggetti, i sintomi (in particolare l'iperattività motoria) si attenuano durante la tarda adolescenza e l'età adulta, sebbene una minoranza

dispieghi l'intero corredo dei sintomi del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività nella media età adulta. Altri adulti possono mantenere solo alcuni sintomi, nel qual caso si dovrebbe usare la diagnosi di Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, in Remissione Parziale. Questa diagnosi si adatta a soggetti che non hanno più il disturbo completo ma mantengono ancora alcuni sintomi che causano compromissione del funzionamento.

### ***F90.9 Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività Non Altrimenti Specificato [314.9]***

Questa categoria si usa per i disturbi con rilevanti sintomi di disattenzione o di iperattività-impulsività che non soddisfano i criteri per il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività. Gli esempi includono:

1. Soggetti i cui sintomi e la cui compromissione soddisfano i criteri per il Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività, Tipo con Disattenzione Predominante, ma con età di insorgenza di 7 anni o più tardiva.
2. Soggetti con compromissione clinicamente significativa che manifestano disattenzione e i cui sintomi non soddisfano completamente i criteri per il disturbo, ma hanno una modalità comportamentale caratterizzata da indolenza, sognare ad occhi aperti e ipoattività.
- 3.

### ***F91.3 Disturbo Oppositivo Provocatorio [313.81]***

#### **Caratteristiche diagnostiche**

La caratteristica fondamentale del Disturbo Oppositivo Provocatorio è una modalità ricorrente di comportamento negativistico, provocatorio, disobbediente, ed ostile nei confronti delle figure dotate di autorità che persiste per almeno 6 mesi ed è caratterizzato da frequente insorgenza di almeno uno dei seguenti comportamenti: perdita di controllo, litigi con di adulti, opposizione attiva o rifiuto di rispettare richieste o regole degli adulti, azioni deliberate che danno fastidio agli altri, accusare gli altri dei propri sbagli o del proprio cattivo comportamento, essere suscettibile o facilmente agli altri, essere collerico e risentirsi, o essere dispettoso o vendicativo. Per definire il Disturbo Oppositivo Provocatorio, i comportamenti devono manifestarsi più frequentemente rispetto a quanto si osserva tipicamente nei soggetti di età e livello di sviluppo paragonabili e devono comportare una significativa compromissione del funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo.

La diagnosi non viene fatta se l'anomalia del comportamento si manifesta esclusivamente durante il decorso di un Disturbo Psicotico o dell'Umore, o se risultano soddisfatti i criteri per

il Disturbo della Condotta o per il Disturbo Antisociale di Personalità (in un soggetto con più di 18 anni).

I comportamenti negativistici ed oppositivi sono espressi con persistente caparbia, resistenza alle direttive, scarsa disponibilità al compromesso, alla resa o alla negoziazione con gli adulti o coi coetanei. L'oppositività può anche includere la deliberata o persistente messa alla prova dei limiti, di solito ignorando gli ordini, litigando e non accettando i rimproveri per i misfatti. L'ostilità può essere diretta contro gli adulti o i coetanei e viene espressa disturbando deliberatamente gli altri o con aggressioni verbali (di solito senza le più gravi aggressioni fisiche osservate nel Disturbo della Condotta). Le manifestazioni del disturbo sono quasi invariabilmente presenti nell'ambiente familiare, ma possono non essere evidenti a scuola o nella comunità. I sintomi del disturbo sono tipicamente più evidenti nelle interazioni con gli adulti o i coetanei che il soggetto conosce bene e possono quindi non manifestarsi durante l'esame clinico. Di solito i soggetti con questo disturbo non si considerano oppositivi o provocatori, ma giustificano il proprio comportamento come una risposta a richieste o circostanze irragionevoli.

### **Manifestazioni e disturbi associati**

Le manifestazioni e i disturbi associati variano in funzione dell'età del soggetto e della gravità del Disturbo Oppositivo Provocatorio. Nei maschi, si è visto che il disturbo ha maggiore prevalenza tra coloro che, nell'età prescolare, hanno temperamenti problematici (per es., alta reattività, difficoltà ad essere tranquillizzati) o intensa attività motoria. Durante l'età scolare, possono esservi scarsa autostima (o autostima decisamente esagerata), labilità d'umore, scarsa tolleranza alla frustrazione, tendenza ad imprecare, e uso precoce di alcool, tabacco e sostanze illecite. Vi sono spesso conflitti con i genitori, gli insegnanti, e i coetanei. Può esservi un circolo vizioso in cui il genitore e il bambino mettono in evidenza l'uno la parte peggiore dell'altro. Il Disturbo Oppositivo Provocatorio ha maggiore prevalenza nelle famiglie in cui l'accudimento del bambino è turbato da un susseguirsi di diverse persone preposte all'accudimento stesso, o in famiglie in cui sono comuni pratiche educative rigide, incoerenti, o distratte. Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività è comune nei bambini con Disturbo Oppositivo Provocatorio. Anche i Disturbi dell'Apprendimento e della comunicazione tendono ad essere associati al Disturbo Oppositivo Provocatorio.

### **Caratteristiche specifiche di età e di genere**

Dal momento che un comportamento oppositivo transitorio è molto comune nei bambini in età prescolare e negli adolescenti, si dovrebbe usare cautela nel fare la diagnosi di Disturbo Oppositivo Provocatorio specie durante questi periodi di sviluppo. Il numero dei sintomi di opposizione tende a aumentare con l'età. Il disturbo ha maggiore prevalenza tra i maschi che tra le femmine in epoca prepuberale, ma le percentuali sembrano essere uguali dopo la pubertà. I sintomi sono di solito simili in entrambi i generi, tranne per il fatto che i maschi possono avere un comportamento con maggiore tendenza al confronto e sintomi più persistenti.

### **Decorso**

Il Disturbo Oppositivo Provocatorio diviene di solito evidente prima degli 8 anni di età e di solito non più tardi dell'adolescenza. I sintomi di opposizione spesso emergono nell'ambiente familiare ma col tempo possono comparire anche in altri contesti. L'esordio è tipicamente graduale, e di solito avviene nel corso di mesi o anni. In una quantità significativa di casi, il Disturbo Oppositivo Provocatorio precede lo sviluppo del Disturbo della Condotta. Sebbene il Disturbo della Condotta, Tipo ad Esordio nella Fanciullezza, spesso sia preceduto dal Disturbo Oppositivo-Provocatorio, molti bambini con il Disturbo Oppositivo-Provocatorio non sviluppano successivamente il Disturbo della Condotta.

### **Diagnosi differenziale**

I comportamenti dirompenti dei soggetti con Disturbo Oppositivo Provocatorio sono di natura meno grave rispetto a quelli dei soggetti con Disturbo della Condotta e tipicamente non includono aggressioni contro persone o animali, distruzione di proprietà, o l'abitudine al furto o alla frode. momento che tutte le caratteristiche del Disturbo Oppositivo Provocatorio sono di solito presenti nel Disturbo della Condotta, il Disturbo Oppositivo Provocatorio non viene diagnosticato se risultano soddisfatti i criteri per il Disturbo della Condotta.

## ***Altri Disturbi dell'Infanzia, della Fanciullezza o dell'Adolescenza***

Questo gruppo comprende i disturbi che non sono inclusi nelle altre sezioni sopra elencate.

Il Disturbo d'Ansia di Separazione è caratterizzato da un'ansia eccessiva e inadeguata rispetto al livello di sviluppo che riguarda la separazione da casa o da coloro a cui il bambino è attaccato.

Il Mutismo Selettivo è caratterizzato da una notevole incapacità di parlare in specifiche situazioni sociali nonostante in altre situazioni parlare sia possibile.

Il Disturbo Reattivo dell'Attaccamento dell'Infanzia o della Prima Fanciullezza è caratterizzato da una modalità di relazione sociale notevolmente disturbata e inadeguata rispetto al livello di sviluppo, che si manifesta nella maggior parte dei contesti ed è associata con un accudimento grossolanamente patogeno.

Il Disturbo da Movimenti Stereotipati è caratterizzato da comportamento motorio ripetitivo, verosimilmente intenzionale e afinalistico, che interferisce notevolmente con le normali attività e a volte può comportare lesioni corporee.

Il Disturbo Disintegrativo dell'Infanzia, della Fanciullezza o dell'Adolescenza Non Altrimenti Specificato è una categoria residua per codificare i disturbi con esordio nell'infanzia, fanciullezza, o adolescenza che non soddisfano i criteri per alcun disturbo Specifico nella Classificazione.

I bambini o gli adolescenti possono presentare problemi che richiedono attenzione clinica ma che non sono definiti come disturbi mentali (per es., Problemi Relazionali, Problemi Connessi a maltrattamento o a abbandono, Lutto, Funzionamento Intellettivo Limite, Problemi Scolastici, comportamento antisociale nel bambino o nell'adolescente, Problema di Identità). Questi sono elencati nella sezione “ Altre Condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica”

Il DSM-III-R includeva due disturbi d'ansia specifici del bambino e dell'adolescente, il Disturbo da Iperansietà della Fanciullezza e il Disturbo di Evitamento della Fanciullezza, che sono stati inclusi rispettivamente nel Disturbo d'Ansia Generalizzato e nella Fobia Sociale, date le similitudini nelle caratteristiche principali.

### ***F94.0 Mutismo Selettivo (precedentemente Mutismo Elettivo) [313.23]***

#### **Caratteristiche diagnostiche**

La caratteristica fondamentale del Mutismo Selettivo è la persistente incapacità di parlare in situazioni sociali specifiche (per es., a scuola, coi compagni di gioco) quando ci si aspetta che si parli, mentre in altre situazioni parlare risulta possibile.

L'anomalia interferisce con risultati scolastici o lavorativi o con la comunicazione sociale. L'anomalia deve durare i per almeno 1 mese e non è limitata al primo mese di scuola (durante il quale molti bambini possono essere timidi e riluttanti a parlare) (Criterio C). Il Mutismo Selettivo non dovrebbe essere diagnosticato se l'incapacità di parlare del soggetto è dovuta soltanto al fatto che non conosce o non è a proprio agio col modo di parlare richiesto nella

situazione sociale. Non viene neppure diagnosticato se l'anomalia è meglio attribuibile all'imbarazzo relativo all'essere affetti da un Disturbo della Comunicazione (per es., Balbuzie) o se si manifesta esclusivamente durante un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo, Schizofrenia, o un altro Disturbo Psicotico.

Invece di comunicare con una normale verbalizzazione, i bambini affetti da questo disturbo possono comunicare con gesti, annuendo o scuotendo il capo in segno di diniego, spingendo o tirando l'interlocutore o in alcuni casi, con emissioni di suoni monosillabici, corti, o monotoni, o con una voce alterata.

### **Manifestazioni e disturbi associati**

Le manifestazioni associate al Mutismo Selettivo possono includere eccessiva timidezza, timore di imbarazzo sociale, isolamento sociale e ritiro, appiccicosità, tratti compulsivi, negativismo, accessi di collera, o comportamenti di controllo oppure oppositivi, specie a casa.

Può esservi grave compromissione del funzionamento sociale e scolastico.

È comune che questi soggetti siano presi in giro o usati come capro espiatorio dai coetanei. Sebbene i bambini con questo disturbo abbiano generalmente normali capacità di linguaggio, occasionalmente può esservi un Disturbo della comunicazione associato (per es., Disturbo della Fonazione, Disturbo della Espressione del Linguaggio o Disturbo Misto della Espressione e della Ricezione del Linguaggio) o una condizione medica generale che causa anomalie dell'articolazione.

Disturbi d'Ansia (specie Fobia Sociale), Ritardo Mentale, ospedalizzazione o gravissimi fattori psicosociali stressanti possono essere associati al disturbo. Inoltre, in ambienti clinici i bambini con Mutismo Selettivo quasi sempre ricevono una diagnosi aggiuntiva di un Disturbo d'Ansia, in particolare di Fobia Sociale.

### **Caratteristiche collegate a cultura e genere**

I bambini immigrati, che non hanno familiarità o non sono a proprio agio con la lingua ufficiale del loro nuovo Paese, possono rifiutare di parlare con estranei nel loro nuovo ambiente. Questo comportamento non dovrebbe essere diagnosticato come Mutismo Selettivo. Il Mutismo Selettivo è leggermente più comune nelle femmine che nei maschi.

### **Decorso**

L'esordio del Mutismo Selettivo è di solito prima dei 5 anni di età, ma l'anomalia può non giungere all'osservazione clinica fino all'inizio della scuola. Il grado di persistenza del disturbo è variabile. Può persistere per alcuni mesi o continuare per diversi anni. In alcuni casi, in particolare in quelli con grave Fobia Sociale, i sintomi d'ansia possono diventare cronici.

### **Diagnosi differenziale**

I Mutismo Selettivo dovrebbe essere distinto dalle anomalie del linguaggio che sono meglio attribuibili ad un Disturbo della Comunicazione, come un Disturbo della Fonazione, Disturbo dell'Espressione del Linguaggio, Disturbo Misto dell'Espressione e della Ricezione del Linguaggio, o Balbuzie. Diversamente dal Mutismo Selettivo, l'anomalia del linguaggio in queste

condizioni non è ristretta ad una situazione sociale specifica. I bambini con famiglie che sono immigrate in paesi dove si parla un'altra lingua possono rifiutare di parlare la nuova lingua per mancanza di Conoscenza della lingua. Se la comprensione della nuova lingua è adeguata, ma il rifiuto di parlare persiste, può essere giustificata una diagnosi di Mutismo Selettivo. I soggetti con Disturbo Pervasivo dello Sviluppo, Schizofrenia o un altro Disturbo Psicotico o Ritardo Mentale grave possono avere problemi di comunicazione sociale ed essere incapaci di parlare adeguatamente in situazioni sociali. Al contrario, il Mutismo Selettivo dovrebbe essere diagnosticato solo in un bambino che ha acquisito la capacità di parlare in alcune situazioni sociali (per es., tipicamente a casa). L'ansia sociale e l'evitamento sociale della Fobia Sociale possono essere associati col Mutismo Selettivo. In tali casi, possono essere fatte entrambe le diagnosi.

### ***F94.x Disturbo Reattivo dell'Attaccamento dell'Infanzia o della Prima Fanciullezza [313.89]***

#### **Caratteristiche diagnostiche**

La caratteristica fondamentale del Disturbo Reattivo dell'Attaccamento è una modalità di relazione sociale, notevolmente disturbata e inadeguata rispetto al livello di sviluppo, che si manifesta in i contesti, che inizia prima dei 5 anni ed è associata ad un accudimento grossolanamente patologico. Ci sono due tipi di sintomatologia clinica. Nel Tipo Inibito, il bambino è persistentemente incapace di dare inizio alla maggior parte delle interazioni sociali e di rispondere maniera adeguata al suo livello di sviluppo. Il bambino mostra modalità di risposta ad esse mente inibite, ipervigili, o altamente ambivalenti (per es., attenzione fredda, resistenza alle tenerezze o un misto di approccio ed evitamento).

Nel Tipo Disinibito, vi è una selettività di attaccamento diffuso. Il bambino mostra socievolezza indiscriminata o una mancanza di selettività nella scelta dei personaggi di attaccamento. L'anomalia non è motivata esclusivamente da un ritardo di sviluppo(es., ritardo mentale)e non soddisfa i criteri del Disturbo Pervasivo dello Sviluppo.

Per definizione, la condizione è associata ad un accudimento grossolanamente patologico che può assumere la forma di persistente trascuratezza nei confronti dei bisogni emotivi fondamentali del bambino di benessere, stimolazione, e affetto; persistente trascuratezza nei confronti dei bisogni fisici fondamentali del bambino; o ripetuti cambiamenti della persona che principalmente si prende cura del bambino, che impediscono la formazione di legami stabili (per es., frequenti cambiamenti dei genitori adottivi). Si presume che l'accudimento patologico sia responsabile della modalità di relazione sociale disturbata.

#### **Sottotipi**

Il tipo predominante di anomalia della modalità di relazione sociale può essere indicato specificando uno dei seguenti sottotipi per il Disturbo Reattivo dell'Attaccamento.

- **F94.1** Tipo Inibito In questo sottotipo, l'anomalia predominante della modalità di relazione sociale è la persistente incapacità di iniziare la maggior parte delle interazioni sociali e di rispondere ad esse in maniera adeguata al livello di sviluppo.



- **F94.2** Tipo Disinibito Questo sottotipo viene usato se l'anomalia predominante della modalità di relazione sociale è una socievolezza indiscriminata o una mancanza di selettività nella scelta delle figure di attaccamento.

## **Manifestazioni e disturbi associati**

### **Il Caratteristiche descrittive e disturbi mentali associati**

Certe situazioni (per es., ospedalizzazione prolungata del bambino, estrema povertà, o inesperienza dei genitori) possono predisporre allo sviluppo dell'accudimento patologico. Comunque, l'accudimento grossolanamente patologico non causa sempre lo sviluppo del Disturbo Reattivo dell'Attaccamento; alcuni bambini possono formare legami stabili e relazioni sociali nonostante una marcata trascuratezza o maltrattamento. Condizioni di trascuratezza estrema - ed in particolare l'accudimento in istituzioni con limitate possibilità di formare legami selettivi - aumentano il rischio di sviluppare il disturbo. Il Disturbo Reattivo dell'Attaccamento può essere associato con ritardi dello sviluppo, Disturbi della Nutrizione dell'Infanzia o della Prima Fanciullezza, Pica, o Disturbo di Ruminazione.

### **Decorso**

L'esordio del Disturbo Reattivo dell'Attaccamento si situa di solito nei primi anni di vita e, per definizione, esso ha inizio prima dei 5 anni di età. Il decorso sembra variare a seconda di fattori individuali del bambino e di chi se ne prende cura, della gravità e della durata della deprivazione psicosociale associata e della natura dell'intervento. Se viene fornito un ambiente capace di adeguato supporto può avvenire un notevole miglioramento o la remissione.

Altrimenti, il disturbo San decorso continuativo. Una socievolezza indiscriminata può persistere anche dopo che il bambino abbia sviluppato dei legami selettivi.

### **Diagnosi differenziale**

Nel Ritardo Mentale i legami adeguati con chi accudisce si sviluppano di solito in modo conforme al livello di sviluppo generale del bambino e questi legami sono chiaramente presenti quando il bambino ha un'età mentale di dieci mesi. Comunque, alcuni soggetti in età infantile e alcuni bambini piccoli con Ritardo Mentale Grave possono presentare particolari problemi per chi se ne prende cura e mostrare i sintomi caratteristici del Disturbo Reattivo dell'Attaccamento. Il Disturbo Reattivo dell'Attaccamento dovrebbe essere diagnosticato solo se è chiaro che i problemi caratteristici nella formazione di legami selettivi non sono una funzione del ritardo.

Il Disturbo Reattivo dell'Attaccamento deve essere distinto dal Disturbo Autistico e dagli altri Disturbi Pervasivi dello Sviluppo. Nei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, i legami selettivi non riescono a svilupparsi o sono altamente devianti, ma ciò solitamente si manifesta anche quando

vi sia un ambiente psicosociale ragionevolmente supportivo. Il Disturbo Autistico e gli altri Disturbi Pervasivi dello Sviluppo sono anche caratterizzati dalla presenza di una compromissione qualitativa della comunicazione e da modalità di comportamento ristrette, ripetitive e stereotipate. Il Disturbo Reattivo dell'Attaccamento non viene diagnosticato se risultano soddisfatti i criteri per un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo. Il Tipo Inibito del Disturbo Reattivo dell'Attaccamento deve essere distinto dalla Fobia Sociale. Nella Fobia Sociale l'inibizione sociale si rende evidente in ambiti sociali o nell'anticipazione di incontri sociali, ma non si verifica con persone conosciute che si occupano di loro in ambienti familiari. Il comportamento deviante dal punto di vista sociale nel Disturbo Reattivo dell'Attaccamento, compresa l'Inibizione, si rende evidente nei diversi contesti Sociali. Il Tipo Disinibito deve essere distinto dal comportamento impulsivo o iperattivo caratteristico del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività.

Diversamente dal Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, il comportamento disinibito nel intimo o per ricercare conforto da una persona adulta non conosciuta che si prende cura di loro, Disturbo Reattivo dell'Attaccamento è associato in modo caratteristico per essere eccessivamente piuttosto che per un comportamento genericamente impulsivo. Il Disturbo Reattivo dell'Attaccamento dovrebbe essere differenziato anche dai Disturbi da Comportamenti Dirompenti, come il Disturbo della Condotta ed il Disturbo Oppositivo Provocatorio. Il termine "psicopatico-anaffettivo" è stato utilizzato per descrivere i bambini che erano stati cresciuti in ambienti che limitavano le possibilità del bambino di stabilire legami selettivi (per es., le istituzioni) e che mostravano una modalità o l'incapacità di formare relazioni durature con gli adulti ed una miscellanea di sintomi come l'enuresi e le stereotipie. Nonostante ciò, non è stato stabilito alcun legame diretto tra il Disturbo Reattivo dell'Adattamento e la "psicopatia anaffettiva". Le alterazioni dell'attaccamento negli anni precoci possono aumentare i rischi di comportamento antisociale nella tarda fanciullezza e nell'adolescenza, ma i comportamenti antisociali non sono necessariamente segni del Disturbo comportamento antisociale ed aggressivo, Reattivo dell'Adattamento.

L'accudimento macroscopicamente patologico è una caratteristica essenziale del Disturbo Reattivo dell'Attaccamento. Può essere giustificato annotare anche un Abuso Infantile, un Abbandono un Problema Relazionale tra Genitori e Bambino. Quando l'accudimento Infantile macroscopicamente patologico non causa notevoli anomalie della modalità di relazione sociale, si à registrare sotto la voce Abbandono Infantile o Problema Relazionale tra Genitori e Bambino piuttosto che sotto quella di Disturbo Reattivo dell'Attaccamento.

# IL DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO

## **Inquadramento storico e teorico del disturbo**

Il concetto di “autismo” ha rappresentato, e rappresenta ancora oggi per una gran parte di persone non addette ai lavori, una condizione misteriosa che costruisce attorno alla persona che la vive un alone di impenetrabilità. Con il tempo la scienza ha fatto chiarezza e ha permesso di individuare l'insieme dei comportamenti che caratterizzano questa condizione. Per un lungo tempo, però, l'attenzione della psichiatria si è concentrata soprattutto sulla tendenza all'isolamento, passando l'idea che tale caratteristica dovesse essere considerata quella di maggiore rilievo nell'autismo. Che vi fosse un'equazione concettuale tra l'autismo e l'isolamento è evidente anche nella parola stessa autismo (autus, dal greco “sé stesso”) che conserva nel suo etimo proprio la tendenza all'isolamento.

Come si vedrà in seguito, però, l'idea dell'isolamento, come caratteristica centrale, per ciò che oggi intendiamo per “autismo” è del tutto fuorviante.

In ambito clinico, la parola autismo, viene utilizzata per la prima volta nei primi del 900 da Eugen Bleuler (1911), in quel momento direttore del Burgholzli Hospital di Zurigo. Il suo lavoro è stato di particolare importanza per la storia della psichiatria poiché è proprio a lui che si deve la prima teorizzazione del concetto di schizofrenia che doveva essere caratterizzata, secondo tale formulazione, da “dissociazione, paranoia e autismo”, riferendosi in particolare al comportamento di ritiro dalle relazioni sociali che i pazienti con schizofrenia potevano mostrare. Nell'accezione di Bleuler, l'autismo era dunque un sintomo, e non un disturbo a sé stante, coincidente con l'isolamento.

Le innovazioni teoriche di Bleuler non furono le uniche di quel periodo caratterizzato senza dubbio da un fermento rivoluzionario ma anche da una scarsa attenzione nei confronti dell'infanzia. Questa commistione è di particolare rilievo per la storia dell'autismo: tenendo conto che la complessità dei disturbi psichiatrici era suddivisa fondamentalmente in nevrosi, malattie affettive e schizofrenia, la tendenza, in quel momento, era di estendere i criteri diagnostici validi per gli adulti ai disturbi che invece riguardavano i bambini. In quest'epoca, dunque, i disturbi psichiatrici dell'infanzia venivano frequentemente confusi con la schizofrenia ed è per questo motivo che le iniziali indicazioni di Bleuler hanno rappresentato un impedimento al riconoscimento dell'autismo come categoria diagnostica indipendente.

Nel tempo le riflessioni teoriche sul concetto di autismo hanno proceduto cercando di andare oltre, ma le discussioni negli anni immediatamente successivi non hanno permesso di rendere più chiaro il quadro clinico di questa condizione.

Il contributo più importante arriverà più tardi, negli anni Quaranta, da parte di quelli che sono considerati i due più importanti pionieri del disturbo dello spettro autistico(DSA):

Hans Asperger e Leo Kanner.

La pubblicazione del lavoro di Kanner ha rappresentato un importante giro di boa per la storia di questa condizione. In questo lavoro Kanner riporta le caratteristiche comuni ad 11 bambini osservati nell'ambito di un lavoro di ricerca presso l'ospedale statunitense Johns Hopkins.

Un primo gruppo di comportamenti caratteristici di questi bambini era riferibile al gioco e alle relazioni: praticamente tutti sembravano preferire il gioco solitario, avere una certa difficoltà a stringere dei legami significativi, la tendenza all'isolamento.

Un altro gruppo di sintomi era riferibile al linguaggio, generalmente acquisito in ritardo e caratterizzato da anomalie quali ecolalie, interpretazioni letterari e generali difficoltà che lo rendevano non sempre adatto alla comunicazione interpersonale.

Era inoltre evidente un comportamento rigido e ripetitivo caratterizzato da stereotipie, necessità di aderire ad una o più routine, possibili crisi di comportamento qualora alcuni rituali non potessero essere agiti.

Un ulteriore aspetto sottolineato da Kanner fu la buona capacità di memoria evidente in tutti i bambini da lui osservati.

Senza dubbio ci troviamo di fronte ad un lavoro che è stato in grado di avviare un processo di innovazione in questo campo ma che aumentò, inizialmente, la possibilità di confondere la condizione della schizofrenia con quella dell'autismo, soprattutto a causa dell'associazione che Kanner fece tra l'autismo e la tendenza all'isolamento: come anticipato precedentemente, in quell'epoca, tra i sintomi ritenuti necessari per porre diagnosi di schizofrenia c'era il pensiero di tipo autistico che si traduceva, al livello del comportamento, nella tendenza all'isolamento e nell'evitamento dei contatti affettivi. Il fatto che Kanner si riferì alla condizione vissuta dai bambini da lui osservati con il nome di disturbo autistico del contatto affettivo e che il sintomo principale dovesse essere proprio una certa tendenza all'isolamento generò, in quell'epoca, molta confusione.

Un altro aspetto del lavoro di Kanner che ha rappresentato un motivo di confusione è stato l'aver posto in evidenza caratteristiche simili e comuni tra i genitori dei bambini da lui osservati: erano tutte delle persone piuttosto acculturate e con un certo grado di successo sociale ed economico. Inizialmente non si pensò che, in un'epoca in cui non si riservasse all'infanzia la giusta attenzione, fossero soprattutto persone di un certo ceto sociale ad essere attente e ad informarsi nel migliore dei modi per individuare un professionista che potesse proprio fare al caso del loro bambino. Ciò che venne notato fu piuttosto l'atteggiamento generalmente distaccato dei genitori. Qui si venne a depositare un iniziale seme che ha fatto crescere poi, nel tempo, un'attribuzione di colpa nei confronti dei genitori, considerati per lungo tempo come causa dell'autismo dei propri figli.

In questo fermento di innovazioni teoriche è imprescindibile tenere conto del lavoro del secondo pioniere più importante nel campo dell'autismo, Hans Asperger, il cui impegno è stato determinante nel processo di indipendenza diagnostica della condizione dell'autismo. Anche Asperger aveva osservato il comportamento di un gruppo di bambini. Nella sua opera, edita nel 1944, le teorizzazioni hanno riguardato solo quattro bambini sebbene sia probabile che un numero più ampio di soggetti abbia partecipato alla ricerca.

Un primo set di comportamenti anomali osservati era relativo alla sfera della comunicazione: malgrado il linguaggio venisse acquisito all'epoca attesa, erano presenti dei comportamenti bizzarri. Ad esempio, i bambini potevano intrattenersi a parlare per un tempo eccessivo di un solo argomento, con un comportamento non verbale non sempre congruo, con espressioni facciali povere e una gestualità goffa.

I bambini osservati da Asperger sembravano avere delle difficoltà nella comprensione delle regole sociali ma si mostravano molto competenti nelle attività in cui era richiesto uno sforzo di memoria. Asperger riteneva che le caratteristiche peculiari dei suoi bambini non potessero

essere pienamente visibili nella primissima infanzia: in effetti alcune difficoltà, soprattutto inerenti i rapporti sociali, potevano emergere solo successivamente, quando le probabilità di interazioni nei gruppi sociali erano maggiori. Questo rappresenta un elemento di differenza con le indicazioni di Kanner che invece ha sottolineato come l'autismo infantile precoce insorgesse proprio alla nascita. Asperger non ha mai asserito che la condizione da lui individuata non insorgesse alla

nascita ma il fatto che Kanner abbia avuto la necessità di sottolinearlo potrebbe suggerire che i soggetti di quest'ultimo presentassero delle caratteristiche evidenti già in epoche molto precoci rispetto ai bambini osservati da Asperger.

Successivamente al lavoro di Kanner e di Asperger l'interesse per l'autismo aumentò ma in un primo momento continuò ad essere grande la confusione tra autismo e schizofrenia: anche la pubblicazione del DSM -I (1952) non permise di fare chiarezza. In effetti l'autismo non trovava, all'interno del manuale, una collocazione come disturbo indipendente ma piuttosto come un sintomo rappresentativo di una manifestazione primaria della schizofrenia.

Un altro passo verso le idee più contemporanee sull'autismo avviene all'inizio degli anni '70 con il lavoro di Kolvin (1972) e Rutter (1972), che sottolinearono come tra autismo e schizofrenia ci fossero delle chiare differenze in considerazione del suo esordio, delle caratteristiche cliniche e della storia familiare. Quindi in questi anni, malgrado fosse ancora molto forte l'idea che l'autismo fosse una condizione assimilabile alla schizofrenia e che fosse causata da una psicopatologia dei genitori, si

cominciavano a piantare i semi per un cambiamento concettuale di grandissima importanza.

Con la fine degli anni Settanta l'autismo cominciò ad essere studiato in modo indipendente dalla schizofrenia. All'interno di questo quadro Rutter (1978) propose una definizione di autismo che aveva l'intento di perfezionare quella presentata da Kanner anni prima: i sintomi secondo Rutter dovevano essere presenti già in epoche precoci e riferirsi a problemi di natura sociale, difficoltà di tipo comunicativo (in entrambi i casi non dovuti al ritardo intellettivo), alla presenza di comportamenti insoliti e di rigidità.

La proposta di Rutter fu molto rilevante influenzando fortemente la decisione di includere nel DSM-III (1980) la categoria di "autismo infantile" definendolo come un disturbo generalizzato dello sviluppo e creando nel contempo una sezione dedicata dove l'autismo potesse trovare spazio. La nuova categoria dei disturbi generalizzati dello sviluppo costruita ad hoc nel DSM-III includeva, quindi, l'autismo infantile, il cui esordio doveva avvenire nei primi 30 mesi di vita, e il disturbo generalizzato dello sviluppo dell'inizio della fanciullezza.

La pubblicazione del DSM-III è uno spartiacque importantissimo perché per la prima volta viene sancita in modo ufficiale la differenza clinica tra la schizofrenia e l'autismo, sgombrando, nelle sue caratteristiche, da sintomi psicotici, da deliri e dalle allucinazioni. Pochi anni dopo avviene la pubblicazione del DSM-III-R (1987) che ha portato con sé ulteriori variazioni concettuali rappresentate anzitutto dalla sua definizione: non ci si riferiva più all'autismo con autismo infantile ma con disturbo autistico, permettendo di includere all'interno di questa condizione non solo i bambini molto piccoli ma anche quelli più grandi. Inoltre il DSM-III-R, molto più chiaramente, suddivideva la sintomatologia dell'autismo in tre grandi aree:

- interazione sociale reciproca,
- comunicazione,
- area degli interessi.

Per ottenere una diagnosi di autismo era necessario avere dei comportamenti che andassero a compromettere qualitativamente ognuna di queste aree.

## **L'approccio dimensionale alla natura sociale dell'autismo**

Attraverso l'incremento degli studi empirici sullo sviluppo comportamentale dei bambini affetti da DSA, vennero fatti dei significativi passi avanti verso una descrizione dell'autismo più valida e maggiormente precisa all'interno dei nostri sistemi diagnostici (e.g. American Psychiatric Association 1987, 1994, 2000, 2013; Lord, Rutter e Le Couteur 1994)'.  
Nonostante questi progressi, ancora non abbiamo raggiunto una descrizione definitiva ed esaustiva. Sviluppare tale descrizione è senza dubbio un compito impegnativo, poiché la natura dell'autismo è complessa. Nella scienza dello sviluppo umano, nelle neuroscienze, nella genetica e in molte altre discipline si fa fatica a progredire così velocemente da avere a disposizione tutti gli strumenti e le idee necessarie per far fronte a tale complessità. Tutto ciò lascia un gran numero di questioni e argomenti aperti da discutere. Tra le questioni maggiormente controverse e ancora non risolte troviamo quella riguardante la natura e il significato delle differenze individuali, altresì detta come eterogeneità dei sintomi, riconosciuta da Wing e Gould (1979). Rimane ancora difficile individuare un insieme di sintomi che sia equamente applicabile a tutti i soggetti affetti da autismo, in tutte le fasi del loro sviluppo.

Già il riconoscimento dell'eterogeneità dei sintomi mette a dura prova l'idea stessa che l'autismo rifletta una singola e definita categoria clinica dei disturbi dello sviluppo. Molti hanno apportato argomentazioni convincenti per abbandonare l'idea che l'autismo sia una singola categoria dei disturbi del neurosviluppo (Coleman e Gillberg 2012, p. 6).

Esso infatti, potrebbe essere descritto con, forma plurale, come gli autismi. In accordo con chi porta avanti questa visione, gli autismi rappresentano un gruppo di condizioni con eziologia multipla e di conseguenza non esistono segni universali o sintomi che ci si aspetta in un'alta percentuale di casi.

Questo punto di vista si sposa bene con le attuali difficoltà riscontrate nell'identificare cause o spiegazioni genetiche, del neurosviluppo psicologiche, che chiaramente possono render conto della varietà dei sintomi sociali, comunicativi e relativi ai comportamenti ripetitivi (Happé e Plomin 2006). Ovviamente, l'autismo rappresenta una parte significativa della natura umana, e la natura umana è intrinsecamente variabile.

Un obiettivo essenziale della ricerca è quello di identificare tutte le diverse dimensioni bio-comportamentali che giocano un ruolo significativo nell'autismo e capire la loro interazione dinamica lungo tutto il corso di sviluppo del disturbo.

Non sarà un compito semplice, ma è necessario.

## **Il modello moderatore dell'autismo**

Le differenze interindividuali nei soggetti con autismo potrebbero essere il risultato della variabilità esistente tra le dimensioni primarie dell'autismo (dimensioni specifiche dell'autismo) e dell'interazione di queste dimensioni autismo-specifiche con una vasta gamma di altre dimensioni, non specifiche, che fanno parte della natura umana e che danno origine alle

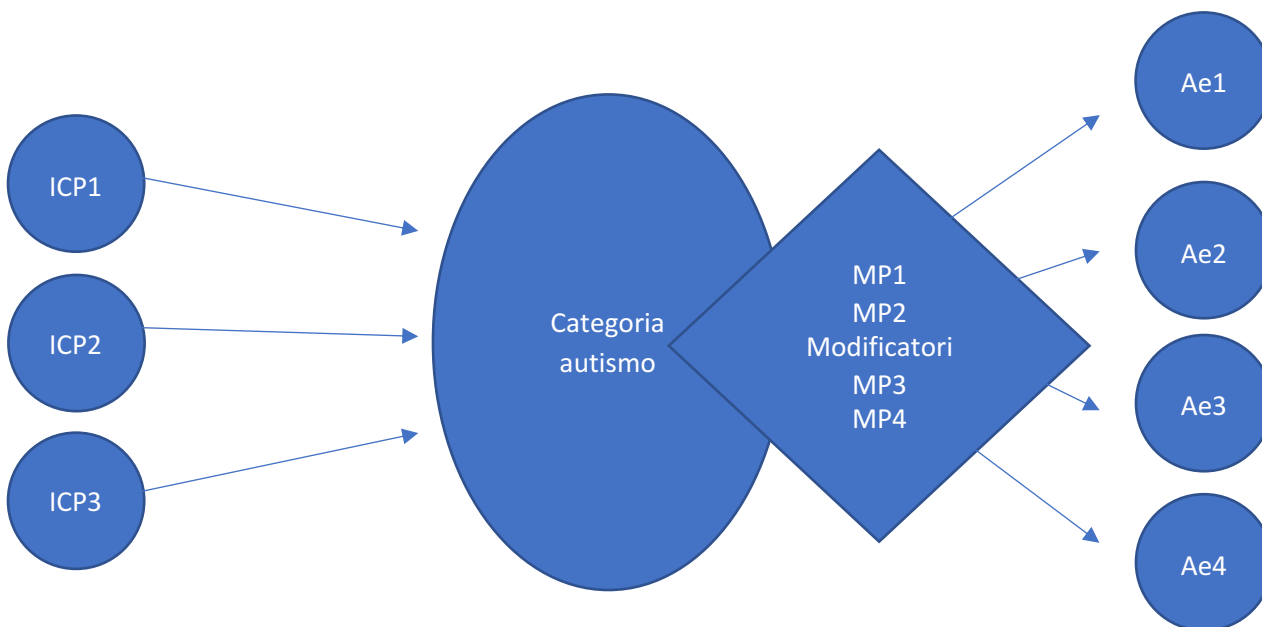
significative variazioni interindividuali (dimensioni moderatore). L'interazione tra le dimensioni moderatore con quelle autismo-specifiche potrebbe essere uno dei motivi per cui definire la categoria sfumata dell'autismo è considerato così complesso. Questo assunto è il punto centrale del modello moderatore o modello modificatore dell'autismo (Burnette et al. 2011, Mundy et al. 2007).

L'autismo colpisce lo sviluppo di una sola parte di un individuo, nonostante sia una parte molto importante.

Ci si aspetta che l'insieme dei fattori che costituiscono l'autismo interagiscano con un sistema di fattori genetici e ambientali che determinano l'ampia gamma dei diversi tassi di sviluppo, e delle dimensioni cognitive, che definiscono la diversità della natura umana. È probabile che queste diverse dimensioni generali dello sviluppo umano interagiscano con le multiple, ma (si spera) relativamente circoscritte, dimensioni dell'autismo. Questa interazione tra determinanti sindrome specifiche e non specifiche contribuisce a costruire l'eterogenità sintomatologica nei DSA, in maniera maggiore o minore, nelle differenti finestre evolutive.

Se così fosse, la variabilità sintomatologica nei DSA potrebbe riflettere i percorsi delle determinanti, non lineari o complesse, di un sistema dinamico (Barton 1994), e potrebbe indicare chiaramente presenza di differenze nei processi eziologici all'interno di questa categoria di disturbi dello sviluppo.

Questo non implica automaticamente un'assenza di processi causali comuni che definiscono il disturbo. Significa piuttosto che il DSA è molto complesso e che le sue cause sono di difficile concezione e percezione.



**Figure 1.** La variabilità fenotipica nell'autismo può derivare da almeno due fonti: da processi causali iniziali sindrome-specifici (ICPS, dall'inglese initial causal processes,) e da processi modificatori non-sindrome specifici (MPs, dall'inglese modifier processes). Le varie costellazioni di ICPS genetici e del neurosviluppo, contribuiscono alle differenze individuali nell'espressione del DSA alle diverse età e onte tutto il corso dell'autismo. Inoltre, la variabilità fenotipica nell'espressione i autismo, a qualsiasi età (Ae1, Ae2,...), può essere causata dalle interazioni degli ICP: con i vari MPs non sindrome-specifiche, come ad esempio le dimensioni del temperamento riguardanti le tendenze all'evitamento e le tendenze all'approccio sociale, associate rispettivamente ai sistemi di inibizione e quelli di attivazione comportamentale. Da Burnette et al. (2011).

## **Apprendimento nel disturbo dello spettro autistico**

È proprio il sistema di apprendimento sociale che subisce alterazioni nei bambini affetti da disturbo dello spettro autistico (DSA, da qui in poi denominato "autismo").

Quando lo psichiatra austriaco Leo Kanner pubblicò il primo articolo scientifico sull'autismo, nel 1943, mise in evidenza due caratteristiche essenziali:

- le difficoltà nella capacità di comunicare e rapportarsi con gli altri
- una tendenza a mettere in atto attività ripetitive e stereotipate (che riflettono un'avversione nei confronti del cambiamento)

Suggerì che queste due caratteristiche fossero legate e avessero origine da un disturbo a livello di quei sistemi biologici che consentono alle persone di avere interazioni sociali tipiche, empatia e sintonia. Queste due caratteristiche, che sono ancora considerate fondamentali dell'autismo insieme ad altre caratteristiche primarie di questa sindrome complessa, riflettono delle differenze nei processi precoci.

In confronto ai loro coetanei con sviluppo tipico, i bambini con spettro autistico sono meno inclini a osservare e imitare gli altri, a ricercare i propri coetanei e giocare con loro, a intraprendere delle interazioni sociali e rispondere alle iniziative sociali delle altre persone.

Queste differenze emergono molto presto durante lo sviluppo e diventano evidenti nella maggior parte dei casi durante il secondo anno di vita. Analogamente, durante il secondo anno di vita emergono comportamenti ripetitivi anomali, che si esprimono con una avversione ai cambiamenti e una rigida aderenza alle routine (come voler mangiare gli stessi cibi tutti i giorni o voler guardare ripetutamente la stessa puntata di un programma televisivo), oltre che con azioni ripetute che coinvolgono parti del proprio corpo o oggetti (stereotipie motorie come agitare le mani o saltare, o guardare gli oggetti in movimento). Il concetto di autismo come uno "spettro" di comportamenti piuttosto che una serie di sintomi distinti fu introdotto dalla psichiatra inglese Lorna Wing (Wing e Gould 1979). I suoi contributi furono decisivi nel mettere in evidenza una grande variabilità nel modo in cui i sintomi dell'autismo si manifestano in individui diversi affetti dalla sindrome.

Lo "spettro" andava da quelli molto gravi (bambini che mai o raramente mettono in atto comportamenti sociali-comunicativi e sono costantemente assorbiti da comportamenti e movimenti ripetitivi) a quelli più lievi (bambini che sono diversi per quanto riguarda la frequenza "classico"). Il livello di gravità della maggior parte dei bambini affetti da autismo si colloca tra questi due estremi, e l'espressione e la gravità dei sintomi possono cambiare molto nel corso del tempo.



## Come l'autismo ostacola l'apprendimento?

L'autismo non colpisce tutte le aree dell'apprendimento; non è né un problema di apprendimento generale né un disturbo specifico dell'apprendimento. I bambini con autismo imparano molte abilità, e in alcuni di questi bambini, le capacità di apprendimento possono essere eccezionali (es, alcuni bambini possono essere capaci di memorizzare e ripetere lunghi passaggi dei programmi televisivi o dai libri preferiti, o possono essere capaci di ricordare l'esatto percorso).

I bambini con autismo spesso dedicano minore attenzione alle altre persone e maggiore attenzione ad altri aspetti dell'ambiente. Questo comportamento può tradursi in una conoscenza più profonda degli oggetti che attirano maggiormente il loro interesse (es, come far funzionare un cellulare o come far girare il pedale di una bicicletta).

Ciò che è molto difficile per i bambini con autismo è l'apprendimento *sociale*, ossia apprendere dalle azioni e dalla comunicazione degli altri.

Non prestando un'attenzione particolare alle azioni e alle parole degli altri, come fanno invece i bambini con sviluppo tipico, i bambini con autismo perdono numerose opportunità per imparare dal e sul proprio ambiente. In mancanza di una predisposizione attenta verso le altre persone, i bambini con autismo trascorreranno più tempo concentrati su altro, letteralmente sulle "cose" e su altri tipi di esperienze offerte dall'ambiente: oggetti, percezioni, suoni, consistenze, gusti e odori.

Ciò può far sì che il bambino con autismo manifesti risposte atipiche rispetto ai diversi tipi di informazione sensoriale, e anche questo influenzerà il loro comportamento e di conseguenza le loro esperienze di apprendimento. Per esempio, un bambino che è molto sensibile ai rumori in una piscina affollata potrebbe essere meno incline a farsi coinvolgere in attività di gioco, al contrario, un bambino che trae piacere dall'esperienza sensoriale potrebbe lasciarsi assorbire completamente da questa attività e prestare scarsa attenzione a quello che fanno gli altri bambini, riducendo ancora una volta le proprie opportunità di interazione e apprendimento sociale.

Spesso i bambini affetti da autismo non seguono lo sguardo di un adulto o il gesto di indicazione verso oggetti o eventi di interesse.

È stato mostrato che maggiori sono le difficoltà del bambino nel seguire la direzione del gesto dell'indicazione o di uno sguardo, (un deficit di risposta all'attenzione condivisa), maggiori saranno le sue difficoltà nell'apprendimento del linguaggio (Sigma 1998, Mundy 2016).

Analogamente, la maggior parte dei bambini con autismo mette in atto pochi tentativi di dirigere e mantenere l'attenzione verso oggetti interessanti utilizzando lo sguardo, le vocalizzazioni, i gesti e/o le espressioni facciali (ovvero un deficit di iniziativa dell'attenzione condivisa). La ridotta condivisione dell'interesse si traduce in un numero inferiore di opportunità per imparare dalle risposte, di imparare parole, azioni, concetti e abitudini associati ai loro interessi e agli eventi che accadono nella vita quotidiana. Infine, la loro ridotta propensione a imitare, alternare i turni e condividere le esperienze con i coetanei durante il gioco "priva" i bambini con autismo di preziose opportunità di apprendimento di abilità nuove dagli altri bambini o di stringere nuove amicizie, aggravandone ulteriormente le difficoltà sociali.

Oltre alle difficoltà socio-comunicative, un altro aspetto dell'autismo che interferisce con l'apprendimento di abilità nuove è la rigidità comportamentale, o "avversione verso il cambiamento".

I bambini con sviluppo tipico sono naturalmente attratti dalla novità, prestando maggiore attenzione a eventi, parole e azioni che non hanno mai visto o sentito prima rispetto ad altri più familiari.

Al contrario, i bambini con autismo sembrano essere attratti maggiormente dalla familiarità e dalla ripetizione piuttosto che dalla novità. Molti bambini con autismo non amano luoghi, cibi, ed esperienze nuove, tendendo ad evitare situazioni ed esperienze che sono sconosciute; perdendo così l'opportunità di imparare delle cose nuove o esperienze.

Una terza caratteristica specifica dell'autismo, che ostacola l'apprendimento, riguarda la fondamentale capacità di escludere gli elementi di distrazione quando si è concentrati su un'attività di apprendimento. I bambini con autismo mediamente tendono ad avere difficoltà nel mantenere la concentrazione, ignorando eventi distraenti (ed., il rumore della televisione accesa, il ventilatore in funzione, ecc.); potrebbe essere, quindi, estremamente difficile rimanere concentrati su un compito e ignorare il "rumore di sottofondo".

In conclusione, se da un lato i bambini con autismo mostrano di avere delle capacità di apprendimento, dall'altro le difficoltà nella gestione delle informazioni di natura sociale, l'attitudine alla ripetitività e le difficoltà attentive, cognitive ed emotive, possono impedire loro di sfruttare le opportunità di apprendimento offerte ogni giorno dall'ambiente circostante nel corso delle routine quotidiane con gli adulti e con gli altri bambini.

Da un punto di vista biologico, i sintomi principali dell'autismo, tra cui una scarsa attenzione e coinvolgimento nelle prime esperienze di apprendimento sociale, derivano da differenze a livello delle preferenze innate delle risposte che sostengono l'apprendimento sociale nei bambini piccoli. Queste anomalie precoci a loro volta determinano che il bambino non faccia quel tipo di esperienze d'apprendimento necessarie per stimolare l'organizzazione e la specializzazione delle reti neurali che supportano lo sviluppo della comunicazione sociale e di forme più avanzate di apprendimento sociale.

## L'IMPORTANZA DEL GIOCO IN ETÀ PRESCOLARE

Il gioco viene definito come una qualsiasi attività liberamente scelta, intrinsecamente motivata e personalmente diretta. Nella sua comune accezione il termine "gioco" si discosta da una qualsiasi connotazione di serietà, eccezion fatta per quando ci si riferisce al gioco infantile e fanciullesco. Come sosteneva Montaigne, infatti, "i giochi dei bambini non sono dei giochi, bisogna invece valutarli come le loro azioni più serie". Perciò, quando ci si riferisce al bambino, il gioco acquisisce un significato fondamentale essendo il primo mezzo tramite il quale il bambino esplora ed interagisce con il proprio corpo, con l'ambiente e con la società circostanti. Il gioco risulta essere anche il mezzo utilizzato da psicologi e psicoterapeuti per analizzare lo sviluppo e le problematiche legate al bambino ed alla sua evoluzione. Da questi studi è stato appurato che il piacere intrinseco, derivante dall'azione ludica, favorisce:

- lo sviluppo cognitivo
- lo sviluppo affettivo
- lo sviluppo sociale

## Il gioco e lo sviluppo cognitivo

Diversi, fattori dello sviluppo intellettuale del bambino, tra cui lo sviluppo della memoria, dell'attenzione, della concentrazione, degli schemi percettivi e delle capacità di confronto relazionali, fanno sì che l'azione ludica rivesta un ruolo fondamentale nello sviluppo. Piaget, correlando lo sviluppo del gioco con quello mentale, passando per i processi di assimilazione ed accomodamento, afferma che questo sia lo strumento primario per lo studio del processo cognitivo del bambino. Egli delinea tre fasi di sviluppo del comportamento in relazione a tre differenti tipologie di gioco.

- **Fase dei giochi di esercizio** (fase senso-motoria 0-2 anni): il bambino impara a controllare i movimenti ed a coordinare i gesti attraverso l'afferrare, il dondolare, il portare alla bocca gli oggetti, l'aprire ed il chiudere le mani e gli occhi. Il ripetere di queste azioni provoca nel bambino una sensazione di piacere. In questo periodo prevale la fase di assimilazione su quella di accomodamento. Ogni nuova esperienza viene adeguata ai propri schemi mentali.
- **Fase dei giochi simbolici** (dai 2 ai 6 anni): nella quale il bambino, tramite gesti o oggetti, acquisisce la capacità "rappresentativa". In questo periodo si sviluppa la capacità d'immaginazione e di imitazione, per tale motivo i giochi prediletti divengono quelli in cui il bambino s' improvvisa attore o regista di azioni vissute o inventate.
- **Fase dei giochi con regole** (dai 7 agli 11 anni): in questa il fanciullo comincia a rapportarsi con il mondo esterno, provocando un'evoluzione del pensiero che passa dall'essere principalmente astratto ad avere una condizione di maggior aderenza alla realtà. La vita sociale impone al fanciullo determinate regole che egli sarà tenuto a rispettare per ritrovare all'interno del contesto sociale un proprio ruolo ed una propria identità.

## I gioco e lo sviluppo affettivo

Si possono individuare cinque tappe fondamentali correlate all'età del bambino:

- **Da 0 ad 1 anno:** i primi giochi che ha a disposizione il bambino sono il proprio corpo e quello della madre, ma tutti gli oggetti che lo circondano attraggono comunque la sua attenzione. Le attività principali che egli si trova a svolgere, quali muovere le mani, le gambe, accarezzare il proprio corpo e quello della madre, si contraddistinguono per il carattere esplorativo e ripetitivo delle azioni. Compiendo queste azioni il bambino impara a riconoscere il sé e il non sé, capisce dove finisce il proprio corpo e dove inizia quello della madre, percepito ancora come una parte di sé.
- **2 anni:** l'elemento caratterizzante di quest'età è costituito dall'affrontare il problema di separazione dalla madre, cosa che nella maggior parte dei casi porta all'insorgenza dell'ansia da abbandono. Nel saggio "Al di là del principio del piacere", Freud evidenzia questo problema narrando un aneddoto inerente al nipote Ernst. Egli racconta che il giovine Ernst, di diciotto mesi appena, possedeva un rocchetto di legno intorno al quale era avvolto del filo; afferrando il cordino il bambino gettava l'oggetto oltre le sbarre del letto, facendolo sparire e accompagnando questo gesto con un suono forte e prolungato prodotto con la propria bocca, per evidenziare l'allontanarsi dell'oggetto. Dopo di che egli ritirava nuovamente a sé il rocchetto e, come l'oggetto rientrava nel suo campo visivo, lo salutava con un allegro "da". Osservando questo giochino, che il bambino ripeteva puntualmente in assenza della madre, Freud dedusse che questo aveva la funzione di controllare l'evento spiacevole dato dalla separazione. Il ritorno del rocchetto rassicurava il bambino sul fatto che la madre, anche se non presente in quel momento, sarebbe poi ricomparsa. Il gioco diviene così un meccanismo di difesa, da parte del bambino, dall'angoscia provocata dalla separazione della genitrice. Riconosce inoltre che la funzione principale del gioco infantile è la riproduzione attiva e ripetuta di esperienze frustranti, allo scopo di padroneggiare e superare il trauma. Questo fenomeno prende il nome di "coazione a ripetere".
- **3 anni:** a quest'età il gioco del bambino, secondo Freud, rivela la dinamica edipica che egli affronta. Compiono i primi giochi di socializzazione, si sviluppa interesse a giocare con altri compagni, in particolare si trova piacere ad imitare il comportamento degli adulti. Prendono il via i giochi di lotta, di guerra e d'impersonificazione dei propri genitori.
- **4-5 anni:** il gioco, in questo periodo, diventa espressione delle dinamiche interne che il bambino sta vivendo. Tramite il giocare al dottore, a nascondino e con la bambola, egli drammatizza una punizione o una proibizione impostagli.
- **6-10 anni:** nell'età della fanciullezza la dimensione sociale del gioco prende il sopravvento sulle altre. Le forme ludiche diventano di gruppo e con regole ben precise, permettendo al bambino di sperimentare lo stare con gli altri attraverso giochi strutturati e le regole diventano funzionali per un miglior funzionamento del gioco.

## Il gioco e lo sviluppo sociale

Per quanto riguarda lo sviluppo sociale, il gioco passa attraverso tre stadi:

- **Il gioco solitario** (primi mesi di vita): in questa fase non sussiste ancora un'interazione sociale, l'attività svolta dai bambini è principalmente individuale e non vengono coinvolte altre persone all'interno di questa. Sono stati svolti numerosi esperimenti per tentare di analizzare l'atteggiamento dei bambini, desumendo che, fino ai due anni circa, il bambino, non avendo ancora sviluppato una propria attitudine sociale, preferisce giocare in modo solitario.
- **Il gioco parallelo** (dal primo al terzo anno di vita): cominciano le prime relazioni sociali con altri bambini, ma l'essenza del gioco si riconduce ancora ad una visione individuale. In questo periodo della vita, nel bambino comincia a figurare il desiderio d'integrarsi e comunicare con gli altri, di comprendere il significato delle cose che lo circondano e per fare ciò ricorre all'uso dei simboli. I bambini con carattere più estroverso desiderano coinvolgere altri in giochi che diventano mano a mano più complessi, tramite i quali egli può assegnare e scambiare ruoli, utilizzando immagini o oggetti inventati.
- **Il gioco sociale** (dai quattro ai cinque anni): nel bambino, con il cominciare della fase prescolastica, sussiste l'interazione sociale che può affermarsi tra i fratelli o con i compagni di scuola. Diventa sempre più frequente il passaggio dal gioco simbolico-individuale a quello sociale, in cui vengono interpretati fatti e personaggi riconducibili alla vita reale tramite il gioco socio-drammatico. Questo dona la possibilità d'identificarsi in ruoli diversi e di organizzare il gioco secondo una sequenza strutturata, applicando quello che viene imparato dalle esigenze cognitive e sociali della vita quotidiana. Questo genere riesce ad un unico insieme, se non tutte, buona parte delle risorse a disposizione del di integrare bambino. Un ruolo fondamentale di questa modalità ludica viene rivestito dal principio "intercoordinazione", processo tramite il quale il bambino deve saper costruire e mantenere componenti essenziali del gioco la stessa struttura di fantasia del compagno di giochi. Altre socio-drammatico sono la "metacomunicazione" ed il "role playing", strumenti determinanti nel segnare il passaggio da un gioco solitario ed egocentrico ad uno sociale ed interattivo, Edith Cobb (1977) descrive questo periodo come l'età in cui il bambino può rifugiarsi tra le quinte del mondo circostante e trasformare sé stesso in un "teatro percettivo", nel quale è "ad un tempo impresario, autore e protagonista".

## IL GIOCO JUDO



Il gioco judo è un metodo educativo abbracciato dalla Federazione Italiana Judo Lotta Karate Arti Marziali (Fijlkam), che si propone di porgere al bambino gli strumenti di formazione delle sue capacità coordinative e personologiche, attraverso un percorso di esperienze ludico-motorie calate nella propedeutica, nelle dinamiche e nei principi disciplinari del judo.

Condividendo con la pratica psicomotoria lo scopo formativo e/o rieducativo del profilo emozionale, affettivo e relazionale del bambino che si realizza attraverso il piacere del movimento, il judo/gioco si avvale di una didattica che utilizza principalmente l'interazione corpo a corpo come amplificatore della comunicazione non verbale determinata dalla distanza intima di confronto (*intimate space*).

Attraverso il contatto fisico, il bambino affronta un processo di conoscenza anatomica del proprio corpo e di quello dei compagni che si congiunge alla percezione dei profili emozionali legati al tatto ed alla prossimità. La rottura della distanza detona i processi socio-relazionali ed affettivi, determinando il superamento del senso di imbarazzo, di introversione, di opposizione provocatoria, a beneficio del senso di autostima, ridimensionamento e controllo.

La forza e le modalità della pressione delle mani, la postura, le ritrosie o l'aggressività, le vibrazioni corporee, le tensioni o i rilasciamenti muscolari si allacciano alle risposte fisiologiche e cardiovascolari del bambino, fornendo un quadro istantaneo e veritiero delle sue inclinazioni, delle paure, dei punti di forza e di debolezza, dando modo all'insegnante di adottare i correttivi o i facilitatori (potenziamento schemi motori di base, disciplina, interazione, controllo, significato dei ruoli e della responsabilità, premio e sconfitta), che lo accompagnino gradualmente e naturalmente in un percorso di valorizzazione delle sue capacità e di rielaborazione costruttiva del malessere psicofisico.

Il lavoro di osservazione del insegnante prosegue oltre gli schemi di lotta, volgendo ad inquadrare le reazioni che il bambino pone in essere anche nelle dinamiche di gruppo, nella risposte alla regola, alle sollecitazioni, alla dimensione competitiva, analizzandole in un procedimento di effetto/causa che le ricollega al grado di percezione del suo vissuto (serenità familiare, equilibrio relazionale, assenza quali/quantitativa di uno e/o due genitori, presenza di

sostituti, mancanza di autorità, violenza verbale o fisica domestica, traumi, disagi legati alla percezione di genere sessuale etc.).

Quindi, assume importanza non solo da un punto di vista socio-emotivo, ma anche come strumento tramite il quale il bambino impara a conoscere, controllare e gestire le frustrazioni provocate dalla vita sociale, dai rapporti con gli altri e quindi a comprendere i propri bisogni soggettivi ed a mediarli con quelli degli altri.

Vweotskij sostiene che il gioco crei una zona di sviluppo prossimale nel bambino, poiché, in questo, egli si comporta sempre in modo superiore alla sua età media.

Il gioco contempla in forma condensata tutti i bisogni evolutivi richiesti dal bambino ed è fonte principale di sviluppo, che in età prescolare progredisce essenzialmente attraverso di esso. In origine è una riproduzione di una situazione reale, è memoria in azione più che una nuova situazione immaginaria. In un secondo momento si denota un movimento verso la realizzazione cosciente di uno scopo. Infine, nella fase finale dello sviluppo del bambino, emergono le regole. Inoltre, dal punto di vista dello sviluppo, il creare situazioni immaginarie può essere considerato un mezzo per sviluppare il pensiero astratto. Attraverso il gioco, il bambino incomincia a comprendere il funzionamento degli oggetti. Si parla di gioco funzionale, anche se non si tratta di una vera e propria attività ludica ma di un esercizio, di una attività imitativa rispetto a situazioni reali. Si comincia a parlare di vera e propria attività ludica nel momento in cui il gioco funzionale comincia ad acquisire i primi caratteri rappresentativi, cioè il bambino utilizza funzionalmente gli oggetti, in questo caso si parla di gioco rappresentativo.

L'esperienza del gioco insegna al bambino ad essere perseverante e ad avere fiducia nelle proprie capacità; è un processo attraverso il quale diventa consapevole del proprio mondo interiore e di quello esteriore, incominciando ad accettare le legittime esigenze di queste sue due realtà. Il gioco diventa significativo per lo sviluppo intellettuale del bambino, in quanto quando gioca, riesce a sorprenderse se stesso e attraverso la sorpresa acquisisce nuove modalità che gli consentono di relazionarsi con il mondo esterno. Attraverso questo, il bambino sviluppa le proprie potenzialità intellettive, affettive e relazionali, può conoscere, comprendere, ordinare e interiorizzare ogni nuova esperienza ed acquisizione. E' in grado di interpretare i propri desideri e di dare loro una certa forma progettuale. E' in grado di percepire l'armonia e non il conflitto e la contraddizione spesso legati alla compresenza di due mondi: quello interiore e la realtà esterna.

Il gioco quindi svolge una triplice funzione:

- Consente al bambino di comprendere la realtà a lui esterna (mondo dal quale è ancora escluso) e gli consente un buon adattamento;
- Consente al bambino di conoscere, interpretare e di controllare il proprio mondo interno fatto di desideri, pulsioni, istinti e quindi creare la giusta mediazione tra le due realtà.
- Consente all'osservatore, attraverso rilevazioni sistematiche e mirate, di valutare il livello di sviluppo cognitivo, sociale e motorio del bambino e di adeguare le attività ai bisogni educativi.



## **Il gioco judo come aiuto d'equipe**

Il gioco risulta essere il "linguaggio" dei bambini, attraverso il quale essi costruiscono il significato del mondo; li aiuta a sviluppare abilità fisiche, mentali, emotive e sociali ed è il modo migliore con il quale essi apprendono esprimendo al meglio cosa accade loro. Risulta inoltre essere il miglior modo per diagnosticare eventuali patologie infantili.

Il judo come gioco definisce dei "fattori" che esercitano un effetto benefico nel bambino affetto da autismo, nel senso che determinano una diminuzione dei sintomi o un aumento del comportamento desiderato.

**Sviluppo accelerato:** il gioco è stato definito da Vygotskij come "zona di sviluppo prossimale del bambino", dove il bambino, riferendosi al suo comportamento quotidiano, manifesta un comportamento superiore alla media della sua età.

Tra questi "fattori" possiamo trovare:

- **abreazione:** processo tramite il quale, utilizzando il gioco, i bambini rivivono determinate esperienze traumatiche e, gradualmente, imparano ad avere un maggior controllo su di esse. (Nel judo lo ritroviamo nelle ukemi, ovvero, nel gesto di cadere).
- **accesso all'inconscio:** attraverso l' utilizzo del gioco, i conflitti inconsci vengono rivelati mediante meccanismi difensivi come la simbolizzazione, la proiezione e lo spostamento. "I desideri e gli impulsi inconsci inaccettabili sono trasformati in immagini e attività di gioco coscienti e accettabili, anche se spesso difficili da comprendere. (Perdere o vincere un combattimento).
- **addestramento comportamentale:** attraverso il quale il gioco permette di modellare determinati comportamenti di vita rendendoli più adattivi, ad esempio l'aggressività. Questo è permesso dall'ambiente "sicuro" del gioco dove il bambino si trova a poter sviluppare comportamenti socialmente più accettabili. (Nel combattimento è fondamentale saper gestire l'aggressività).
- **catarsi:** il rilascio emotivo, infatti, viene riconosciuto come elemento essenziale in ogni forma di terapia, coinvolgendo quelle forme emozionali in precedenza interrotte, piangere, colpire, ecc. Il bambino può trovarsi ad esprimere queste emozioni sciogliendo le tensioni psicologiche accumulate e represses. (Si evidenzia specialmente in relazione alla sconfitta di un incontro di judo).
- **competenza:** raccontando storie ed affrontando sfide i bambini sviluppano un senso di competenza che permette loro di accrescere il proprio senso di autostima permettendogli di far fronte a future richieste e obiettivi. ( affrontando un gara a squadre, dove il gruppo

lavora assieme e dove vengono messi in luce i duelli con bambini dello stesso peso per non avere uno svantaggio).

- **contro-condizionamento:** alcune situazioni di giocosità possono essere utilizzate come contropartita per situazioni spiacevoli, ad esempio fare dei combattimenti con ruoli stabiliti, uno bambino attacca ed uno difende, permetto così al bambino di passare da una fase attiva ad una passiva.
- **espressione di sé:** attraverso il gioco i bambini esprimono i propri stati interni. Il limite imposto all'espressione del proprio pensiero e delle proprie emozioni dalla scarsa abilità verbale, fa sì che il gioco permetta di esprimersi in maniera indiretta. ( come riscaldamento si possono svolgere giochi ad esempio ogni bimbo sceglie un animaletto e deve interpretarlo a suo modo).
- **facilitare l'apprendimento:** il gioco, in quanto "attività piacevole", stimola l'attenzione e l'apprendimento del bambino e può essere utilizzato per svilupparne il pensiero, comportamenti più adattivi e migliorare abilità sociali ed emozionali.
- **fantasie compensatorie:** in queste il gioco assume valenza sostitutiva dei desideri infantili. Diventando un elemento compensatorio, permette di sviluppare aspetti assenti: il bambino può essere più forte, più ricco e più coraggioso.
- **insight metaforico:** l'utilizzo di storie di fantasia può rivelarsi utile nell'insegnare possibili soluzioni ai vari problemi, attivando una minore attitudine difensiva nel soggetto. ( a questo proposito, nelle varie attività ludiche si possono utilizzando racconti di fantasia dove attraverso azioni motorie sportive si effettuano sfide, obiettivi per raggiungere un traguardo).
- **potere e controllo:** nella vita di tutti i giorni difficilmente il bambino ha possibilità di controllo sugli eventi, cosa che nel gioco può far accadere sentendosi potente e tenendo la situazione sotto controllo. Questo consente di sviluppare un locus of control interno. (Essere nominato capitano di un gruppo e poter scegliere i propri compagni, "dirigendoli" durante l'attività di squadra).
- **self control:** tramite ukemi, nage waza, ecc., particolari il bambino apprende abilità di controllo di sé, degli impulsi e della posticipazione della gratificazione.
- **senso del sé:** il gioco aiuta la creazione del sé ed in questo il bambino accetta di essere sé stesso, favorendo la comprensione di pensieri e sentimenti interiori; il gioco è l'ambito che permette di generare una buona parte del sé.
- **soluzione creativa dei problemi:** l'azione ludica spinge il bambino a cercare sempre nuove soluzioni e scoperte nel gioco, che lo porteranno, nel corso degli anni, alla risoluzione di problemi personali e sociali. (Nell'eseguire un combattimento in piedi possiamo limitare la scelta delle tecniche o menzionare una sola tecnica per creare una situazione dove è fondamentale ricercare soluzioni alternative per vincere).

- **stress inoculation:** affrontando attraverso il gioco eventi stressanti che attengono la dimensione temporale del futuro, questi possono essere mitigati e resi più familiari, consentendo al bambino di affrontare futuri momenti di stress con più serenità.

Su questi meccanismi di cambiamento un ampio settore di intervento terapeutico ed educativo che si fonda sul gioco per aiutare a limitare o risolvere difficoltà psicosociali e a ottenere una crescita e uno sviluppo ottimale del bambino.

Una vasta letteratura ha documentato l'efficacia dell'aiuto del gioco come un modello di consulenza nel lavoro con bambini. Sono state intraprese ricerche che esaminano l'efficacia della terapia del gioco in relazione al disturbo della condotta, ai comportamenti oppositivi ed all'aggressività.

# PRESENTAZIONE DELLA RICERCA

La ricerca si basa sullo studio di un bambino affetto da spettro autistico.

Nel settembre 2017 sono stata invitata dalla Proff. Muroli Rosa Maria a partecipare ad una riunione presso il Centro provinciale per disturbi, disabili e DSA. In tale riunione mi è stata offerta la possibilità di lavorare in équipe con la psicomotricista per svolgere in qualità di laureata in scienze motorie un training di motricità con il judo.

Presenti alla riunione:

Neuropsichiatra

Direttore sanitario

Logopedista

Psicomotricista

Psicologo clinico

## RELAZIONE MEDICA

A seguito di valutazione dell'Equipe specialistica si rileva la necessità di prorogare i trattamenti al Sig.

Cognome -

Nome FRANCESCO

luogo di nascita GENOVA (GE)

data di nascita 29/06/2014

residente a -

C.A.P. -

**situazione diagnostica:** DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO

si prescrive il trattamento: AMBULATORIALE

Oltre agli trattamenti si prescrive: TRATTAMENTO di MOTRICITÀ(JUDO) 2 VOLTE/SETT

- da effettuarsi presso l'A.S.D IZUMO VULTUR (GE)

## VALUTAZIONE COLLETTIVA

Il bambino Francesco V., nato il 29/06/2014 (età cronologica 3 anni e 1 mese al momento delle sedute osservative), é giunto al nostro Centro di Prevenzione e Riabilitazione dell'Età Evolutiva prevalentemente in merito a Disturbo del Linguaggio e della Comunicazione.

### **Anamnesi:**

si segnalano sviluppo motorio e linguistico normodecorsi; i genitori riferiscono una capacità di comprensione adeguata e la presenza di una buona intenzionalità comunicativa. Francesco frequenta il primo anno della Scuola dell'Infanzia. L'osservazione Neuropsicomotoria ha permesso di stilare un profilo funzionale così articolato :

### **Prima osservazione delle condotte:**

La separazione dalle figure genitoriali appare possibile, Francesco non reagisce a seguito di tale distacco. L'esplorazione dell'ambiente risulta molto limitata: si ferma vicino ai mattoni e ci gioca impilandoli e mettendoli in fila. Si volta se chiamato per nome, su sollecitazione dell'adulto. Francesco digrigna i denti (bruxismo) durante lo svolgimento dei giochi e chiude gli occhi nei momenti di frustrazione. L'aggancio visivo è presente sporadicamente, se strutturato, ma non viene mantenuto a lungo. Risultano presenti tratti di impulsività, difficoltà di attenzione sostenuta e autostimolazioni sensoriali (in particolar modo visive e tattili). Presente la permanenza dell'oggetto.

### **Competenze motorie:**

Francesco presenta un'ottima motricità ed è estremamente agile: è in grado di effettuare correttamente ed autonomamente i passaggi posturali a terra e di erigersi eretto utilizzando movimenti funzionali ed economi. E' inoltre in grado di deambulare e correre autonomamente in maniera sicura e di compiere il salto a piedi alternati, mentre è assente il salto a piedi uniti. La coordinazione bimanuale risulta scarsa con le costruzioni grandi, mentre appare migliore nella costruzione di una torre.

Possibile il lancio della palla con le mani e presente una presa a pinza superiore sia con la mano sinistra, sia con la mano destra.

Nell'attività grafica utilizza la mano destra con una presa a pugno: esegue la riga orizzontale mentre sono assenti la linea verticale e le figure circolari.

### **Autonomia:**

Non ancora acquisito il controllo sfinterico.

### **Attività Ludiche:**

Il bambino, posto in una situazione di contenimento fisico e spaziale, accetta di condividere una semplice attività proposta dal terapeuta, nonostante i tempi attentivi siano molto labili e la collaborazione con l'altro sia quasi assente; a tratti compare un utilizzo dei giochi atipico (li annusa e si sofferma sui particolari perdendo l'interesse sulla globalità degli oggetti).

Francesco imita diverse azioni dell'adulto.

Sono presenti la capacità di associare colori uguali e di riconoscere i colori richiesti verbalmente (abilità emergente); esegue consegne verbali semplici e contestuali (ad esempio scoppia la bolla e apre la porta).

Francesco appare Interessato al funzionamento dei giochi, più che al loro utilizzo simbolico: risultano comunque presenti entrambe le modalità ludiche in cui risulta necessaria una buona strutturazione altrimenti non è in grado di eseguirli e si perde a causa delle difficoltà attentive.

Si riescono ad ottenere alcune attività di gioco funzionale quali impilare i mattoni, infilare gli anelli nell'apposito bastone, infilare alcuni incastri nella giusta posizione, eseguire semplici formine con il pongo.

Rispetta il turno, solo se guidato gradualmente step by step.

Non appare interessato alle figure dei libretti e alla spiegazione verbale della storia:

spontaneamente sfoglia le pagine e le guarda per pochissimi secondi. Non è particolarmente attratto dalla musica e dai giochi luminosi.

### **Competenze spazio-temporali-ritmiche:**

Francesco mette gli oggetti dentro e fuori spontaneamente, ma non li distingue verbalmente e non esegue questi ordini su richiesta dell'adulto. Sono assenti tutti gli altri concetti topologici spaziali e temporali.

### **Comunicazione e Linguaggio:**

È presente gergofasia discorsiva non utilizzata a scopo comunicativo; Francesco dice "sì" quando gli si chiede se vuole un gioco, ma poi non lo richiede (non utilizza il "Da" verbale, anche dopo ripetute sollecitazioni con prompt gestuale).

Il bambino è in grado di seguire il pointing dell'adulto, ma non lo utilizza né per richiedere, né per mostrare l'oggetto all'altro. Per quanto concerne il linguaggio ricettivo, il bambino dimostra di comprendere ordini semplici e contestuali; per quanto riguarda la comunicazione verbale, invece, Francesco mostra pochi atti comunicativi gestuali e verbali (sono presenti il gesto per fare "ciao" e la mano protesa per richiedere l'aiuto dell'adulto).

In conclusione, il bilancio neuropsicomotorio appare globalmente immaturo, con cadute relative a tutte le competenze proprie per l'età. Si propone un percorso neuropsicomotorio (2 volte alla settimana) con l'obiettivo di aumentare le capacità attentive, ludiche, comunicative e di intersoggettività.

## OBIETTIVI (2017)

Gli obiettivi prefissati riguardano un miglioramento delle seguenti aree:

**COMUNICATIVO - LINGUISTICA**

**AUTONOMIE**

**ALIMENTAZIONE**

**COGNITIVO-LUDICA MOTORIA-SOCIALE**

Tabella di valutazione sistematica:

### Area COMUNICATIVO - LINGUISTICA

COMPORAMENTO ATTESO	RAGG.	PARZIALM RAGG..	NON RAGG.	STRATEGIE FUTURE POSSIBILI
Comprendere il messaggio verbale udito				
Prestare attenzione al verbale				
Partecipare a "micro-dialoghi" tra coetanei				

### Area AUTONOMIE

COMPORAMENTO ATTESO	RAGG.	PARZIALM RAGG..	NON RAGG.	STRATEGIE FUTURE POSSIBILI
Essere autonomo nell'esecuzione di alcune attività di ordine quotidiano (aprire e chiudere lo zaino o la bottiglia dell'acqua, vestirsi,..)				

### Area ALIMENTAZIONE

COMPORAMENTO ATTESO	RAGG.	PARZIALM RAGG..	NON RAGG.	STRATEGIE FUTURE POSSIBILI
Essere autonomo nella gestione delle posate, nella masticazione/deglutizione, nell'approcciare varietà di cibi				

Area COGNITIVO-LUDICA MOTORIA-SOCIALE

COMPORTAMENTO ATTESO	RAGG.	PARZIALM RAGG..	NON RAGG.	STRATEGIE FUTURE POSSIBILI
Partecipare attivamente alle attività proposte				



## RELAZIONE RIABILITAZIONE INDIVIDUALE ATTRAVERSO IL GIOCO JUDO

In questi due anni con Francesco è stato svolto un lavoro costante dove attraverso il judo sono state ideate delle lezioni che includevano vari aspetti delle diverse aree comportamentali.

Nel primo mese le lezioni erano svolte in rapporto 1:1 in modo tale che il bambino si abituasse alla mia figura autoritaria e ad un nuovo ambiente. Successivamente è stato inserito in un piccolo gruppo di coetanei.

Il tempo della lezione è di 50 minuti dove nei vari allenamenti sono state affrontate diverse tematiche. Aspetti principali:

**Ukemi:** le cadute del judo dove il bambino oltre ad acquisire un maggior controllo fisico e coordinativo delle proprie azioni, dà la possibilità di superare la caduta al suolo.

**Primi approcci alla lotta:** la lotta è una cosa naturale, un istinto basato sull'aggressività vista come bene biologico.

Nei primi combattimenti si insegna a gestire l'aggressività attraverso le regole. Si effettua quindi un'addestramento comportamentale, attraverso il quale il gioco permette di modellare l'aggressività nel rapporto sociale. L'aggressività non va mai abolita però deve essere regolata e gestita.

Inoltre, nei primi approcci si presenta la vittoria e la sconfitta, dato rilevante nella vita, con il quale si cerca, attraverso il judo, di dare le basi per superare un domani le frustrazioni.

Il gioco judo dà la possibilità, soprattutto in alcune fasi, di utilizzare l'insight metaforico, l'utilizzo di storie di fantasia nelle varie attività ludiche ci possono aiutare a stimolare i bambini e possono essere messe in atto attraverso azioni motorie sportive ed esempio effettuano sfide o raggiungere un traguardo.

Il potere ed il controllo, li possiamo ricreare attraverso giochi dove il bambino può essere nominato capitano di un gruppo e poter scegliere i propri compagni, "dirigendoli" durante l'attività di squadra porta responsabilità al bambino e di conseguenza una maggior consapevolezza di se e del potere che esercita sui compagni.

### ESEMPIO di LEZIONE:

Tempo della lezione 50 minuti

10' riscaldamento generale	Nella prima parte della lezione i bambini hanno la libertà di gioco, questo tempo lascia lo spazio per intraprendere relazioni tra coetanei; ad esempio si può svolgere il gioco degli animaletti, dove i bimbi devono interpretarlo a loro modo
10' riscaldamento specifico	Specifico, attraverso gli elementi del judo si introduce il controllo del proprio corpo e delle proprie azioni, può essere svolto come lavoro di gruppo (socializzazione, potere e controllo)

20' parte centrale	Parte centrale della lezione dove si possono inserire dei lavori memori, apprendimento
10' gioco finale	Parte finale della lezione, più ludica rispetto alla parte centrale, come ad esempio salti alla corda, inserendo anche la fantasia ad esempio simulando le onde del mare con la corda, quindi associamo un gioco alla coordinazione e all'insght metaforico

## VALUTAZIONE COLLEGIALE 2018

Dopo un anno di lavoro è stato riscontrato un miglioramento generale nelle varie aree. L'alimentazione è piuttosto selettiva. Il piccolo ha sempre goduto di buona salute generale. Dai 3 anni di età frequenta la scuola materna e non sono riferiti particolari problemi nell'inserimento. Nel corso delle osservazioni si sono evidenziati: aggancio visivo incostante, risposta incostante alla chiamata. predilezione per alcuni giochi (trottola, macchinine, ecc.) gioco simbolico non ancora completamente strutturato, linguaggio non adeguato all'età cronologica con gergofasia, qualche stereotipia motoria (saltelli). Sta frequentando la scuola materna, dove si evidenziano piccoli continui miglioramenti nella relazione con i pari e le insegnanti.

### Area COMUNICATIVO - LINGUISTICA

COMPORAMENTO ATTESO	RAGG.	PARZIALM RAGG..	NON RAGG.	STRATEGIE FUTURE POSSIBILI
Comprendere il messaggio verbale udito		X		Francesco mostra un comportamento più disorientato all'interno del piccolo gruppo rispetto a quanto potuto osservare in rapporto 1:1 con l'adulto per cui può essere utile fargli sperimentare le stesse richieste in contesti sempre più "caotici" e differenti, assicurandosi che il messaggio sia compreso.
Prestare attenzione al verbale			X	Può essere utile stimolare l'attenzione di Francesco al verbale richiedendo "passo per passo" a lui di riformulare quanto udito per verificare la comprensione del messaggio e stimolare la sua attenzione.
Partecipare a "micro-dialoghi" tra coetanei		X		Possono risultare utili i dialoghi a tema (qual è il tuo sport/gusto di gelato/colore/... preferito?) in modo che lui presti attenzione alle risposte degli altri e mostri di ricordarlo se gli viene chiesto Partecipare a "micro- dialoghi" tra coetanei

### Area AUTONOMIE

COMPORAMENTO ATTESO	RAGG.	PARZIALM RAGG..	NON RAGG.	STRATEGIE FUTURE POSSIBILI
Essere autonomo nell'esecuzione di alcune attività di ordine quotidiano (aprire e chiudere lo zaino o la bottiglia dell'acqua, vestirsi,..)		X		Francesco talvolta tende a non portare a termine l'attività intrapresa, l'attenzione labile mina il raggiungimento dello scopo e la sua passività lo limita nel richiede aiuto in caso di bisogno; può essere utile aiutarlo a programmare la sequenza dell'attività che dovrà

### Area ALIMENTAZIONE

COMPORAMENTO ATTESO	RAGG.	PARZIALM RAGG..	NON RAGG.	STRATEGIE FUTURE POSSIBILI
Essere autonomo nella gestione delle posate, nella masticazione/deglutizione, nell'approcciare varietà di cibi		X		Francesco sembra approcciare le nuove varietà di cibo con iniziale diffidenza ma si lascia guidare abbastanza facilmente e assaggia vari tipi di primo, secondo e frutta. Appare pertanto fondamentale proseguire questo percorso con autorevolezza

### Area COGNITIVO-LUDICA MOTORIA-SOCIALE

COMPORAMENTO ATTESO	RAGG.	PARZIALM RAGG..	NON RAGG.	STRATEGIE FUTURE POSSIBILI
Partecipare attivamente alle attività proposte		X		Possono essere proposte attività di gioco sociale e di squadra ricercando una partecipazione attiva di Francesco e non solo una sua presenza fisica all'attività. Può essere d'aiuto assegnargli un ruolo ben preciso durante il gioco che lo incentivi a prestare attenzione e lo "obblighi" a partecipare perché senza di lui il gioco non si può svolgere

## VALUTAZIONE COMPLESSIVA 2019

All'età di 6 anni Francesco presenta un'ulteriore miglioramento, si riscontra una maggiore comprensione del messaggio verbale udito ed un aumento dell'attenzione quando qualcuno gli rivolge una domanda o gli parla ( si riscontra un aggancio visivo incostante nelle conversazioni più durature o per lui non sufficientemente interessanti).Miglioramento più accentuato nel dialogo e nell'interazione con i coetanei.

### Area COMUNICATIVO - LINGUISTICA

COMPORAMENTO ATTESO	RAGG.	PARZIALM RAGG..	NON RAGG.	STRATEGIE FUTURE POSSIBILI
Comprendere il messaggio verbale udito	X			
Prestare attenzione al verbale		X		
Partecipare a "micro-dialoghi" tra coetanei	X			

### Area AUTONOMIE

COMPORAMENTO ATTESO	RAGG.	PARZIALM RAGG..	NON RAGG.	STRATEGIE FUTURE POSSIBILI
Essere autonomo nell'esecuzione di alcune attività di ordine quotidiano (aprire e chiudere lo zaino o la bottiglia dell'acqua, vestirsi,..)	X			

### Area ALIMENTAZIONE

COMPORAMENTO ATTESO	RAGG.	PARZIALM RAGG..	NON RAGG.	STRATEGIE FUTURE POSSIBILI
Essere autonomo nella gestione delle posate, nella masticazione/deglutizione, nell'approcciare varietà di cibi	X			

### Area COGNITIVO-LUDICA MOTORIA-SOCIALE

COMPORAMENTO ATTESO	RAGG.	PARZIALM RAGG..	NON RAGG.	STRATEGIE FUTURE POSSIBILI
Partecipare attivamente alle attività proposte	X			



## RINGRAZIAMENTI

Vorrei ringraziare la Professoressa Muroli Rosa Maria che mi ha permesso di compiere questa esperienza diventata oggetto del mio elaborato.

Il ringraziamento va anche al supporto da lei dato nella stesura di questa tesi, nonché, per l'appoggio in veste di allenatrice presso l'A.S.D Izumo Vultur.

Ringrazio i miei compagni di corso con cui ho continuato questa formazione, in particolare Giovanni, Alessandra e Chiara.

Ringrazio l'A.S.D Izumo Vultur e tutti i suoi componenti, in particolare Sandra.

Questo ringraziamento va anche a Davide e Sara gli amici che mi hanno accompagnato e sostenuto in tutti i traguardi raggiunti fino ad ora.

Ringrazio infine la mia famiglia, soprattutto mia madre, sostegno immancabile.

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2007). "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali Text revision. ICD-10/ICD-9-CM.", Masson.
- Bonacci Mauro (2007] traduzione "Alfred Brauner, Françoise Brauner- vivre avec un enfant autistique"(1980). Giunti Editore S.p.A.
- Brian N. Watson (2005). "il padre del judo".
- Cobb E. (1977), "Ecology of imagination in childhood" Routledge & Kegan Paul PLC.
- Ernest John Herrison, settembre (2009). " manuale di judo".
- Frik Erikson (1950) "Infanzia e società" (Childhood and Society), A.A. Editore.
- Frik Erikson (1968) "Gioventù e crisi di identità" (Identity: Youth and Crisis) A.A. Editore.
- Erik Erikson (1977) "I giocattoli del bambino e le ragioni dell'adulto" (Toys and Reasons) A.A. Editore.
- Freud Sigmund (1915-1917) "Introduzione alla psicoanalisi e altri scritti" Bollati Boringhieri.
- Freud Sigmund (1917-1923) "L'io e l'Es e altri scritti" Bollati Boringhieri.
- Freud Sigmund (1924-1929) "Inibizione, sintomo e angoscia e altri scritti" Bollati Boringhieri.
- Freud Sigmund (2013) "Al di là del principio del piacere". Bollati Boringhieri.
- Giacomo Vivanti, Ed Ducan, Geraldine Dawson, Sally J. Rogers (2019) "implementazione dell'Early Star Denver Model in gruppo (G-ESDM) per bambini con autismo in età prescolare". Giovanni Fioriti Editore.
- Muroni Rosa Maria (2009) "Fondamenti di psicologia dello sport" ECIG
- Naderi F., A. Heidarie, L. Bouron and P. Asgari, (2010). The Efficacy of Play Therapy on ADHD, Anxiety and Social Maturity in 8 to 12 Years Aged Clientele Children of Ahwaz Metropolitan Counseling Clinics. Journal of Applied Sciences, 10: 189-195.
- Panksepp, J (2005). "Affective consciousness: Core emotional feelings in animals and humans", in Consciousness and Cognition, vol. 14, pp. 30-80.
- Panksepp, J (2007)., "Can PLAY Diminish ADHD and Facilitate the Construction of the Social Brain?", in J. Can. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, vol. 16(2), maggio, pp. 57-66.



Panksepp, J (2003). e Burgdorf, J., "Laughing' rats and the evolutionary antecedents of human joy?", in *Physiology & Behavior.*, vol. 79, pp. 533- 547.

Piaget Jean (1952), "Psicologia dell'intelligenza", Firenze, Editrice Universitaria.

Piaget Jean (1955). "Il linguaggio e il pensiero del fanciullo", Firenze, Editrice Universitaria.

Piaget Jean (1955). "La rappresentazione del mondo nel fanciullo", Torino, Edizioni scientifiche Einaudi.

Piaget Jean (1958). "Giudizio e ragionamento nel bambino", Fire Nuova Italia.

Piaget Jean (1967). "Lo sviluppo mentale del bambino e altri studi di psicologia", Torino, Einaudi.

Piaget Jean (1968). "La nascita dell'intelligenza nel fanciullo", Firenze, Giunti-Barbera universitaria.

Piaget Jean (1969). "Dal bambino all'adolescente. La costruzione del pensiero", Firenze, La Nuova Italia.

Piaget Jean (1970). "La psicologia del bambino", con Bärbel Inhelder, Torino, Einaudi.

Piaget Jean (1971). "Lo sviluppo delle quantità fisiche nel bambino. Conservazione e atomismo", con Bärbel Inhelder, Firenze, La Nuova Italia.

Piaget Jean (1972). "La formazione del simbolo nel bambino. Imitazione, gioco e sogno. Immagine e rappresentazione", Firenze, La Nuova Italia.

Piaget Jean (1975). "Le nozioni di movimento e velocità nel bambino", Roma, Newton Compton.

Piaget Jean (1976). "La rappresentazione dello spazio nel bambino", con Bärbel Inhelder, Firenze, Giunti-Barbera.

Schaefer Charles E, Howard L Millman,(1977). "Therapies for children". San Francisco Jossey-Bass Publishers.

Schaefer Charles E, Howard L Millman (1981) "How to help children with common problems", New York : Van Nostrand Reinhold.

Vygotskij Ley Semenovic (1954) "Pensiero e linguaggio", Firenze, Giunti-Barbera.

Vygotskij Lev Semenovic (1969). "Psicologia e pedagogia", con Aleksandr Romanovič Lurija e Aleksej Nikolaevic Leont'ev, Roma, Editori Riuniti.

Vygotskij Lev Semenovic (1972;1990). "Immaginazione e creatività nell'età infantile ", Roma, Editori Riuniti.

Vygotskij Lev Semenovic (1973). "Lo sviluppo psichico del bambino", Roma, Editori Riuniti.

Vygotskij Lev Semenovic (1980). "Il processo cognitivo", Torino, Boringhieri.

Vygotskij Lev Semenovic (1997). "Strumento e segno nello sviluppo del bambino", con Aleksandr Romanovič Lurija, Roma-Bari, Laterza.

Vygotskij Lev Semenovic (2006). "Psicologia pedagogica. Manuale di psicologia applicata all'insegnamento e all'educazione", Gardolo, Trento, Erickson.