





1222-2022  
**800**  
ANNI



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea Magistrale in Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione

Tesi di laurea Magistrale

**WAIT, WATCH, WONDER**

**IL MODELLO DIRFLOORTIME®  
NEL TRATTAMENTO DEI BAMBINI ASD**

Wait, Watch, Wonder

The DIRFloortime® model in the treatment of children with ASD

*Relatrice*

**Prof. Simonelli Alessandra**

*Laureanda*

Martina Lotti

*Matricola: 2016692*

**Anno Accademico 2021/2022**



A F.,

*per tutto quello che mi hai insegnato  
e che, giorno dopo giorno, mi insegnerai.*



## **INDICE**

INTRODUZIONE .....	pag. 1
CAPITOLO 1. IL DIRFLOORTIME.....	pag. 3
1.1 Contributi storici ed evidenze scientifiche da Stanley I. Greenspan ad oggi .....	pag. 8
CAPITOLO 2. LA D .....	pag. 17
CAPITOLO 3. LA I.....	pag. 29
CAPITOLO 4. LA R .....	pag. 35
CAPITOLO 5. IL FLOORTIME.....	pag. 43
5.1 I Beneficiari .....	pag. 47
5.2 La Valutazione.....	pag. 48
5.3 L'intervento .....	pag.50
5.4 La Formazione degli operatori DIRFloortime®.....	pag. 53
CAPITOLO 6. DIRFLOORTIME® ED AUTISMO .....	pag. 55
CAPITOLO 7. PRESENTAZIONE DI UN CASO .....	pag. 61
7.1 Valutazione iniziale .....	pag. 63
7.2 Presa in carico presso lo studio psicopedagogico Fredel .....	pag. 67
7.3 Presa in carico domiciliare .....	pag. 81
7.4 Presa in carico scolastica .....	pag. 83
7.5 Intervento Feeding Disorders .....	pag. 85
7.6 Follow-up .....	pag. 87
CAPITOLO 8. CONCLUSIONI .....	pag. 95
BIBLIOGRAFIA.....	pag. 97

RINGRAZIAMENTI ..... pag. 105



## INTRODUZIONE

Questo elaborato si pone come principale obiettivo quello di sensibilizzare la comunità scientifica, in particolare i professionisti della developmental psychology, circa la validità e l'efficacia del metodo DIRFloortime® nel trattamento dei bambini dello spettro autistico.

Proprio per questa ragione tale lavoro si suddivide in una parte teorica, dove vengono analizzate le origini del modello DIRFloortime®, la letteratura di riferimento e le evidenze scientifiche che guidano le metodologie e tecniche applicative, ed in una sezione pratico-applicativa, dove viene riportata l'esperienza diretta di trattamento Floortime nei confronti di un bambino dello spettro autistico.

Nello specifico il Capitolo 1 introduce il lettore nell'ottica relazionale, evolutiva e individualizzata del modello, attraverso un excursus storico che parte dagli studi del dott. Stanley I. Greenspan, fino alle più recenti ricerche inerenti all'applicazione del modello DIRFloortime® in ambito dei disturbi del neurosviluppo. Seguono specifici Capitoli volti ad analizzare nel dettaglio la dimensione evolutiva del modello (La D), l'importanza delle differenze individuali (La I), e l'approccio relazionale (La R), nucleo dell'approccio stesso.

Nel Capitolo 5 viene, invece, messa in luce la parte di applicazione teorica del modello, il metodo, le tecniche e gli strumenti di valutazione e di intervento DIR, i beneficiari del trattamento ed il percorso formativo degli operatori Floortime.

Il Capitolo 7 permette di entrare nel vivo del modello DIR in quanto presenta nel dettaglio il percorso di valutazione, trattamento e monitoraggio Floortime, della durata di 19 mesi, nei confronti di un bambino dello spettro autistico. Da questo intervento Floortime, attraverso la collaborazione di un'equipe multidisciplinare della quale ho avuto l'onore di prendere attivamente parte, sono emersi significativi miglioramenti nella sfera dell'autoregolazione, attenzione condivisa e comunicazione a due vie nel bambino, ed una maggiore capacità riflessiva, un aumento degli affetti positivi ed un incremento delle risposte contingenti nel caregiver (mamma), rilevabili attraverso la somministrazione della *Functional Emotional Assessment Scale (FEAS)*.

Nella speranza di accrescere la vostra curiosità nei confronti di questa tematica,

Vi auguro una buona lettura.



## **CAPITOLO 1. IL DIRFLOORTIME®**

Il DIRFloortime® è un modello basato sullo sviluppo (D), sulle differenze individuali (I) e sulla relazione (R), presentato per la prima volta negli Stati Uniti, nel 1979, da Stanley I. Greenspan e Serena Wieder. Più che un tipo di intervento esso può essere considerato come un metodo di analisi e di comprensione, che supporta l'organizzazione delle componenti di intervento in un programma globale (Greenspan, 1996).

Basandosi su solide teorie psicologiche, pedagogiche, medico-neurologiche e sociali in merito allo sviluppo tipico, il DIRFloortime® offre l'opportunità di ridefinire gli standard di cura per bambini con differenti problematiche, in particolare dello spettro autistico, nei confronti dei quali si concentrano le principali ricerche-studi. Ciò nonostante il modello può essere applicabile sia in contesti clinici che preventivo-educativi, a livello gruppale e/o individuale, da figure professionali differenti (educatori, psicologi, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, psicomotricisti, neuropsichiatri infantili), previa apposita certificazione.

Il DIRFloortime®, in quanto approccio integrato, considera il bambino come un essere complesso, senza focalizzarsi sulle sue singole competenze isolate; per queste ragioni esso si discosta dai vecchi modelli di pensiero, quali quello comportamentista e quello cognitivista.

Il DIRFloortime® si pone, infatti, come un vero e proprio punto di svolta rispetto al passato, oltrepassando approcci frammentati basati su comportamenti superficiali e centrati su capacità cognitive isolate del bambino.

L'obiettivo del DIRFloortime® è quindi quello di costruire le fondamenta necessarie allo sviluppo sociale, emotivo ed intellettuale attraverso due elementi chiave: la comunicazione spontanea tra bambino e caregiver e la relazione sana tra lui e l'ambiente circostante (Greenspan, Wieder, & Simons, 1998/2005).

Partendo da queste considerazioni, il modello affonda le sue radici su tre conoscenze fondamentali (insight):

*1. Le abilità linguistiche e cognitive, così come quelle emotive e sociali, si apprendono mediante relazioni caratterizzate da scambi interattivi significativi (Greenspan, & Wieder, 1998/2007).*

Secondo il modello transazionale (Sameroff, & Chanler, 1975), infatti, lo sviluppo infantile, nelle sue diverse aree, viene visto come il prodotto delle interazioni dinamiche tra il bambino e le esperienze significative fornite dalla sua famiglia e dal contesto sociale. Tale modello, quindi, attribuisce un ruolo centrale alle interazioni precoci caregiver-bambino nella condivisione di stati mentali ed affettivi che, a loro volta, rivestono un'importante funzione nella maturazione cognitiva, nelle varie forme di comunicazione intenzionale e nelle relazioni interpersonali (Tomasello, 1995).

Sulla base di queste affermazioni il disturbo insorge, conseguentemente, nella sfera dinamica caregiver-bambino-ambiente, come esito dell'influenza vicendevole tra aspetti biologici, psicologici e sociali.

L'importanza delle esperienze interattive significative viene altresì sostenuta dall'approccio teorico intersoggettivo dell'Infant Research, il quale parte dal presupposto che la mente del bambino si sviluppi all'interno di un processo dialogico, decisivo nello sviluppo delle competenze relazionali e rappresentazionali di quest'ultimo (Tambelli, 2017).

*2. Le capacità di elaborazione sensoriale e motoria differiscono da bambino a bambino (Greenspan, & Wieder, 2006)*

A partire dagli studi della dott.ssa Janes Ayres sono state individuate, infatti, le principali capacità di elaborazione sensoriale alla base del comportamento infantile. Partendo dal presupposto che ciascun essere umano reagisce in modo differente agli stimoli sensoriali interni ed esterni, la possibilità di comprendere il profilo individuale di ogni bambino permetterebbe a genitori ed operatori di predisporre ambienti fisici, relazionali e di apprendimento adeguati alle caratteristiche e bisogni del piccolo (Ayres, 2012/2005).

Il modello DIRFloortime®, infatti, viene considerato come un approccio inside-out, in quanto parte dall'interno, dalle differenze di ciascuno, con il fine di osservare e significare qualcosa che si manifesta esteriormente.

3. *I progressi nelle diverse aree di sviluppo sono interrelati* (Greenspan, & Wieder, 1998/2007). Questa affermazione affonda le sue radici a partire dai lavori di Damasio che, ponendosi in contrasto con la concezione dualistica mente-corpo Cartesiana, sosteneva come il SN fosse coinvolto non solo nella sensazione, nella memoria, nell'attenzione e nell'immaginazione, ma persino nella genesi dei processi emotivi; l'evoluzione di un'area di sviluppo è, di conseguenza, interdipendente dal progresso delle altre (Damasio, 1995).

Il modello modulare di Fodor, infatti, può essere considerato come superato e la mente stessa dovrebbe essere considerata come un qualcosa di maggiormente complesso rispetto ad un semplice computer; risulta per questo necessario parlare di sistema cervello-corpo: i nostri processi mentali non si darebbero se non ci fosse un cervello, che a sua volta è in grado di scambiare potenziali d'azione tra una cellula e l'altra solo nella misura in cui esso sia legato ad una corporeità. (Gallese, 2016).

A partire da questa concezione, tutto il filone di ricerca dell'embodied cognition, ha così sottolineato la stretta dipendenza tra i processi cognitivi e quelli del corpo.

L'idea di base è che la cognizione sia, infatti, fortemente radicata nell'azione, che l'attività cognitiva abbia luogo nel contesto di un ambiente reale e che coinvolga, in modo fondamentale, la percezione e l'azione (Wilson, 2002).

In una recente ricerca, per esempio, Adolph e Franckar sostengono come lo sviluppo delle abilità percettive guidi il comportamento motorio del bambino, e come l'evoluzione della stessa motricità apporti significativi progressi nelle abilità percettive, cognitive e sociali in maniera interrelata (Adolph, & Franchak, 2017).

In aggiunta è stato dimostrato come la stessa percezione del parlato e l'elaborazione linguistica dipendano dall'attivazione del sistema motorio e dalle simulazioni multimodali di percezioni, azioni ed emozioni (Matheson, & Barsalou, 2018).

Pertanto, anziché valutare separatamente le abilità linguistiche, motorie e socio-emotive dovremmo esaminare i loro livelli di integrazione, ovvero in che modo le diverse componenti funzionano insieme.

Quando parliamo di DIRFloortime® risulta fondamentale sottolineare la distinzione tra l'acronimo "D-I-R", che si riferisce al fondamento teorico e alla letteratura di

riferimento, e la parola “Floortime”, con la quale si indica il metodo, l’attuazione della teoria, ovvero la messa in pratica delle conoscenze relative al modello DIR.

Inoltre, nello specifico, ogni lettera del termine “DIR” racchiude in sé una dimensione caratterizzante del modello (Giorgi, & Suman, materiale corso DIR101, 2020).

La “D” (Developmental) fa riferimento, infatti, ad un approccio “evolutivo” che affonda le sue radici nel lavoro dei principi teorici dello sviluppo, quali Piaget, Vygostkij e Kholberg.

A partire dalla *developmental literature*, Greenspan e Wieder individuarono sei livelli di sviluppo definiti come “FEDC”, ovvero capacità emotivo-funzionali. Si tratta di un percorso che, a partire dalle esperienze emozionali adeguate, permette al bambino di sviluppare abilità cognitive, motorie, linguistiche, sociali, affettive, nonché un adeguato senso di Sé (Abelenda, & Hierro, 2012).

Questi sei passi fondamentali, generando una scala di sviluppo composta da abilità interdipendenti tra loro, vengono considerati delle vere e proprie pietre miliari per il cambiamento significativo che ognuna di loro apporta nella vita di ciascun bambino (Greenspan, & Wieder, 1998/2007).

La “I” (Individual Differences) fa riferimento alle modalità uniche con cui ciascun bambino elabora le informazioni provenienti dal suo corpo e dall’ambiente circostante, influenzando il modo di percepire ed agire nel mondo.

Facendo riferimento alla teoria dell’interazione sensoriale elaborata dalla dott.ssa Janes Ayres negli anni 70, e agli studi della dott.ssa Lucy Miller in riferimento alla classificazione ed al trattamento dei sensory processing disorders, il modello DIRFloortime® esamina le differenze individuali negli aspetti biomedici, nella processazione sensoriale, nel contesto circostante in termini di fattori di rischio e di protezione, richiamando ancora una volta il modello ecologico transazionale dello sviluppo (Miller, 2014).

Queste differenze individuali testimoniano, conseguentemente, l’impossibilità di concepire esiti psicopatologici secondo un unico modello lineare e sostengono l’unicità di ogni singolo individuo.

La “R” (Relationship) è considerata il pilastro del modello DIRFloortime® ed è ciò che fa la differenza rispetto agli altri metodi terapeutici del passato.

La relazione di cui parlano Greenspan e Wieder non deve essere confusa, tuttavia, con quella psicoterapeutica, nella quale l’atteggiamento del professionista non comprende né interazioni che promuovono attivamente lo sviluppo del bambino, né rappresentazioni mentali delle relazioni stesse; nell’ultimo caso le rappresentazioni mentali vengono considerate nel modello, ma non relativamente alle relazioni interne del bambino, quanto piuttosto ai pattern relazionali che possono limitare o facilitare le stesse capacità di interazione caregiver-bambino (Greenspan, Wieder, & Simons, 1998/2005).

Il concetto di relazione per il modello, infatti, si avvicina maggiormente a quello di interazione, non in termini riduzionistici, bensì considerando la “R” come interazione carica di affetti ed emozioni (Greenspan, & Wieder, 2006).

Questa dimensione fonda le sue radici nelle teorie dello sviluppo che, a partire dagli anni 50’, hanno sottolineato l’importanza della relazione diadica caregiver-bambino, dell’attaccamento, dello sviluppo dell’intersoggettività e del Sé (Bowlby, Ainsworth, Winnicott, Stern, Solomon et al.).

Il cuore del modello DIRFloortime®, che vede nelle interazioni affettive la chiave dello sviluppo e dell’apprendimento, risiede, infatti, nel ruolo attivo che ricoprono i genitori nel supportare la crescita del loro bambino.

L’applicazione di questi principi teorici avviene con il “Floortime”, letteralmente “tempo passato sul pavimento”; con questo termine intendiamo un modo sistematico e pratico di lavorare con il bambino, assieme alla famiglia, al fine di supportarlo nella sua scalata evolutiva, dal più precoce stadio di sviluppo che risulta “interrotto” o “perduto”, per iniziare nuovamente il suo processo di crescita (Greenspan, Wieder, & Simonos, 1998/2005).

Nei sotto-capitoli successivi analizzerò, nello specifico, ogni dimensione del modello DIRFloortime®, in un continuum tra teoria e pratica, tra ricerca ed intervento, tra DIR e Floortime.

## 1.1 Contributi storici ed evidenze scientifiche da Stanley I. Greenspan ad oggi

L'interesse del dott. Greenspan per il mondo dei bambini ebbe inizio grazie alla collaborazione, a seguito della laurea alla Harvard College e alla Yale Medical School, con il dott. Reginald Lourie, suo mentore, che lo accompagnò alla scoperta del mondo dell'infanzia, in particolare dei primi tre anni di vita.

Per comprendere al meglio lo sviluppo del bambino il dott. Greenspan si dedicò allo studio della letteratura psicanalitica, degli studi comportamentali e dei principali teorici dello sviluppo, tra i quali Piaget.

Dall'esperienza di Washington con il dott. Lourie, nel 1975, Greenspan iniziò a pubblicare alcune monografie ed avviò un programma di ricerca all'interno del Mental Health Study Center (NIMH), dove, in seguito, divenne direttore. Le sue ricerche-studi si focalizzavano sull'importanza di trattare il bambino a partire dal suo livello di sviluppo, sulla necessità di un'adeguata integrazione sensori-motoria- affettiva, sul ruolo del sistema emozionale e sull'influenza delle esperienze interattive nella genesi e sviluppo dei domini evolutivi.

Da queste premesse, nel 1977, convocò un gruppo di esperti di fama internazionale (Berry Brazelton, Ron Lally, Bernie Levy, Selma Fraiberg, Sally Provence et al.) con l'obiettivo di condividere quelle emergenti conoscenze che diventeranno, successivamente, la base del modello DIRFloortime®.

Nel 1979 pubblicò una monografia dal titolo "*Intelligence and Adaptation*", un'integrazione delle principali ricerche psicanalitiche e degli studi di Piaget, nelle cui ultime pagine viene presentato per la prima volta un abbozzo di quello che sarà l'approccio DIRFloortime® (Greenspan, 2002).

Grazie al suo contributo nell'ambito dello sviluppo, il dott. Greenspan ricevette nel 1981 l'Ittleson Prize, il premio dell'American Psychiatric Association per la ricerca in psichiatria infantile, sottolineando ancora una volta l'impatto delle sue teorie sulla comunità scientifica.

Divenuto direttore del Mental Health Study Center, avviò un nuovo programma d'intervento (*the clinical infant development program*) con l'obiettivo di promuovere la salute emotiva dei neonati e dei bambini, soprattutto nei primi anni di vita.



Nacque in quegli anni la collaborazione con la dott.ssa Serena Wieder, direttrice clinica del programma, con la quale iniziò un'attività di ricerca-studio in aiuto di numerose famiglie a rischio.

Da questa équipe di lavoro, nel 1997, il dott. Greenspan e la dott.ssa Wieder, pubblicarono un articolo dal titolo “*Developmental Patterns and Outcomes in Infants and Children with Disorders in Relating and Communicating: A Chart Review of 200 Cases of Children with Autism Spectrum Disorders*” con l'obiettivo di evidenziare gli effetti di 2 anni d'intervento Floortime in 200 casi di bambini dello spettro autistico, tra 22 mesi ed i 4 anni, che avevano incontrato, ai fini diagnostici o di intervento, nei precedenti 8 anni.

Gli studiosi utilizzarono come strumenti diagnostici pre e post intervento la *Childhood Autism Rating Scale* (CARS) (Western Psychology Service, 1988) e la *Functional Emotional Assessment Scale* (FEAS) (Greenspan, 1992; Greenspan, & DeGangi, 1997) al fine di analizzare i cambiamenti nelle aree di sviluppo emotivo-funzionale. Al termine dello studio il 58% dei casi ottenne notevoli risultati. I bambini, infatti, avevano sviluppato un legame maggiormente intimo e fiducioso con i genitori, mostravano gioia, piacere ed affetto durante gli scambi giocosi, nonché avevano acquisito un pensiero astratto ed una comunicazione interattiva spontanea sia a livello verbale che non.

Nella tabella 1.1 possiamo osservare come 117 bambini (58%) ottennero notevoli miglioramenti nella sfera della regolazione, dell'attenzione condivisa, della relazione, della comunicazione, nel problem-solving sociale/cognitivo/motorio, nell'utilizzo di un pensiero simbolico ed immaginativo (*good to outstanding*); 50 bambini, invece, svilupparono una buona padronanza dei primi livelli di sviluppo, accennando solamente le loro capacità simboliche (*medium*), mentre 34 soggetti continuarono a manifestare difficoltà significative (*ongoing difficulties*).

**Tab1.1.** *Risultati dell'intervento Floortime.* (Greenspan, & Wieder, 1997).

<b>Floor Time Intervention Outcomes</b>	
	n = 200 %
Good to Outstanding	58
Medium	25
Ongoing Difficulties	17

All'interno dello studio venne inoltre presentato un confronto tra i bambini che avevano ricevuto l'intervento Floortime ed un gruppo aggiuntivo di 53 bambini che avevano seguito, per 2 o più anni, interventi tradizionali (logopedia, terapia occupazionale, terapia comportamentale). La tabella 1.2 ci mostra i risultati delle due differenti terapie.

**Tab.1.2.** *Confronto tra intervento Floortime ed intervento tradizionale.* (Greenspan, & Wieder, 1997).

	Floor Time %	Traditional Services %
Good to Outstanding	58	2
Medium	24	40
Continuing Significant Difficulties	17	58

Infine gli studiosi selezionarono dal gruppo Floortime, 20 bambini che, tra tutti, avevano ottenuto dal trattamento i migliori progressi, con il fine di inserirli in un programma intensivo di intervento. Questi 20 bambini vennero poi confrontati, mediante l'utilizzo della FEAS, con un gruppo di pari che non avevano mai presentato alcune difficoltà nello sviluppo, e con un ulteriore gruppo di bambini che, invece, continuavano a manifestare difficoltà importanti. Nella tabella 1.3 si può osservare come il gruppo di intervento intensivo Floortime sia indistinguibile dal normale gruppo di controllo e di come entrambi i gruppi siano significativamente distanti dai bambini con difficoltà persistenti (Greenspan, & Wieder, 1997).

**Tab.1.3.** *Confronto tra bambini che hanno ricevuto intervento intensivo Floortime, con gruppo di controllo normotipico e con bambini con persistenti difficoltà.* (Greenspan, & Wieder, 1997).

	N	MEAN FEAS 76 is optimal %	Range
Floor Time Intervention Group	20	74.8	70-76
Normal Comparison Group	14	74.9	65-76
Continuing Significant Difficulties	12	23.7	<20-40

Questo studio, considerato pilastro fondamentale dell'efficacia del DIRFloortime®, contribuì a riorganizzare i pensieri degli studiosi circa i modelli diagnostici e di intervento tradizionali nei confronti dei bambini a rischio, avviando nuove e continue ricerche nell'ambito della developmental psychology.

Otto anni dopo Greenspan e Wieder avviarono una ricerca follow-up riguardante un sottogruppo di 16 bambini ASD dal precedente studio, mostrando come, a seguito di un continuo intervento DIRFloortime®, i soggetti avessero sviluppato empatia, creatività, un pensiero riflessivo, una sana relazione con i pari e buone capacità accademiche (Greenspan, & Wieder, 2006).

Un ulteriore passo verso la diffusione del modello DIRFloortime® fu riconducibile al 1997, anno in cui il dott. Greenspan e dott.ssa Wieder fondarono il *Consiglio interdisciplinare sui disturbi dello sviluppo e dell'apprendimento (ICDL)*. Obiettivo dell'ICDL era quello di impegnarsi, condurre, sostenere e diffondere programmi, ricerche, seminari e pubblicazioni sulla prevenzione ed il trattamento dei disturbi emotivi e dello sviluppo nell'infanzia.

L'importanza dell'organizzazione crebbe nel corso degli anni con una particolare attenzione alla formazione di professionisti ed alla sensibilizzazione delle famiglie verso il modello DIRFloortime®.

È tuttavia necessario sottolineare come la forza del modello DIRFloortime® non abbia guidato solamente la ricerca-intervento nell'ambito dello sviluppo, ma abbia persino influenzato alcune strutture/dimensioni di due importanti sistemi di classificazione diagnostica, realizzati con il contributo dello stesso Stanley I. Greenspan: il DC: 0-3 e il PDM.

In particolare i lavori del dott. Greenspan e collaboratori, focalizzati sui primi anni di vita del bambino, contribuirono alla realizzazione prima, nel 1987, dello *Zero To Three* (Centro nazionale per i bambini piccoli e le famiglie) assieme allo *Zero To Three Journal* e, successivamente nel 1994, del *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: 0-3* (Greenspan, 2011).

L'influenza del modello DIRFloortime® all'interno della DC:0-3 la possiamo osservare analizzando i contenuti dell'Asse V dove, ancora una volta, si valorizza l'importanza delle *fluttuazioni emotive del bambino* (DC: 0-3, 1994). Da questa prima impostazione, nel 2005, venne pubblicata la successiva revisione del manuale diagnostico (DC:0-3R) e la conseguente ridefinizione dell'Asse V; quest'ultima, riferendosi sempre di più al modello di Greenspan, prese il nome di *funzionamento emotivo e sociale*, enfatizzando la sua analogia con i livelli di sviluppo emotivo funzionale (FEDC), propri del DIRFloortime®. L'Asse di riferimento si avvale, infatti, della descrizione di sei capacità inerenti al funzionamento emotivo e sociale, ognuna delle quali corrisponde ad un livello del modello: *attenzione e regolazione* (livello uno), *formazione di relazioni e impegno reciproco* (livello due), *comunicazione intenzionale a due vie* (livello tre), *gesti complessi e problem solving* (livello quattro), *uso di simboli per esprimere pensieri e sentimenti* (livello cinque), *connessione logica e pensiero astratto* (livello sei) (Zero To Three, 2018/2016)

Dopo la morte di Greenspan venne pubblicato, nel 2016, il DC 0:5 che, mantenendo riferimenti costanti al modello DIRFloortime®, attualmente viene considerata la guida applicativa per eccellenza nella diagnosi dei disturbi mentali nella prima infanzia (Tambelli, 2017).

Tuttavia l'impatto del modello DIRFloortime® è altresì evidente all'interno del PDM, *Manuale Diagnostico Psicodinamico*, pubblicato negli Stati Uniti nel 2006, grazie al lavoro di una taskforce psicoanalitica coordinata dallo stesso Greenspan.

Nello specifico, analizzando l'Asse II, all'interno della sezione prima infanzia (0-3 anni) della recente seconda edizione (PDM-2), risulta interessante osservare l'importanza che viene data alla valutazione delle capacità evolutive del funzionamento emozionale; si sottolinea così, ancora una volta, un immancabile riferimento ai livelli di sviluppo emotivo funzionale presenti nella "D" del DIRFloortime® (FEDC).

Nell'Asse III, inoltre, vengono dettagliatamente considerate le capacità del bambino di processamento regolatorio e sensoriale, in linea con le differenze individuali analizzate nella "I" (individual differences) del modello. L'attenzione ai pattern e disturbi relazionali (Asse IV) ci rimanda, infine, all'importanza che viene data all'aspetto relazionale e all'affect, pilastro racchiuso nella "R" del DIRFloortime®.

Persino nella Sezione del PDM-R dedicata all'infanzia (4-11 anni) l'asse MC guida nella valutazione di domini specifici che racchiudono molti aspetti sopracitati (PDM-2, 2020/2017).

Il manuale offre inoltre, soprattutto in riferimento alla sezione prima infanzia, strumenti di valutazione (*Psychodiagnostic Chart—Infancy and Early Childhood*) che indagano il livello di sviluppo emotivo-funzionale (D), la processazione sensoriale (I) ed i pattern relazionali (R), frequentemente utilizzati dagli specialisti certificati DIRFloortime®.

La condivisione di un approccio basato sullo sviluppo, sulle differenze individuali e sulla relazione, venne sempre più sostenuta dalla comunità scientifica tanto che, nel 2009, 20 autori delinearono i principi di valutazione e di intervento efficace per i bambini dello spettro di età inferiore ai 2 anni, riportando la necessità di distanziarsi dagli approcci tradizionali predominanti in quegli anni. Essi conclusero che gli interventi dovrebbero in ultima analisi, essere diretti verso specifiche preoccupazioni funzionali ed essere informati da principi chiave dello sviluppo, compreso il ruolo del bambino come agente attivo nel suo apprendimento, i contesti sociali dell'apprendimento ed il ruolo centrale della relazione genitori-figli. (Brian, Bryson, Garon, Roberts, Smith, Szatmari, & Zwaigenbaum, 2008).

Questa affermazione risultò, infatti, conciliabile con alcuni importanti principi del modello DIRFloortime®, suggerendo un cambio di rotta nei confronti della valutazione-trattamento in ambito evolutivo.

In aggiunta, nel 2010, Wallace e Rogers pubblicarono una revisione di controller studies che identificò quattro fattori fondamentali all'interno di intervento efficace per i bambini dello spettro autistico: il coinvolgimento dei genitori nell'intervento, individualizzazione del profilo di sviluppo di ogni bambino, la focalizzazione su un'ampia gamma di obiettivi di apprendimento e la precocità dell'intervento (Wagner, Wallace, & Rogers, 2010).

Tutti questi fattori, descritti come essenziali nei modelli di intervento sullo sviluppo, sono caratteristiche fondamentali dello stesso approccio DIRFloortime®.

Recentemente il modello è stato citato dalla National Academy of Sciences, nel rapporto *Education Children with Autism*, come principale modello d'intervento evidence-based. Inoltre la Psychological Corporation ha adottato la descrizione dei livelli della FEDC come strumento di valutazione separato od integrato alle scale Bayley, sotto il titolo di *Greenspan Social-Emotional Growth Chart*. (Greenspan, & Wieder, 1998/2007).

In Italia il DIRFloortime® approdò nel 2003 grazie all'IRCCS Stella Maris, Istituto scientifico per la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, attraverso il lavoro del Prof. Filippo Muratori e della dott.ssa Raffaella Tancredi. La dott.ssa Maria Teresa Sindelar, inoltre, vicedirettrice dell'ICDL e stretta collaboratrice di Greenspan, contribuì in quegli anni alla diffusione del modello presso aziende pubbliche e private, nonché organizzazioni di genitori.

A seguito di numerose ricerche ed interventi, nel 2005, il modello venne inserito nelle Linee Guida SINPA tra le raccomandazioni tecniche-operative per i servizi di neuropsichiatria dell'età evolutiva.

Un ulteriore passo in avanti fu la nascita dell'associazione Dirimè Italia, nel 2014, che tutt'oggi offre percorsi di formazione DIRFloortime®, nonché l'avvio di corsi di certificazione, riconosciuti dall'ICDL, da parte delle dott.sse expert training leader Rossana Giorgi, Serena Suman e Silvana Letizia.

Tutt'oggi la ricerca-intervento a sostegno del DIRFloortime® è in continua espansione. Negli ultimi anni sempre più autori, sulla scia del dott. Greenspan e della dott.ssa Wieder, hanno contribuito ad arricchire la letteratura scientifica in ambito evolutivo a favore del modello.

Nel 2007 Solomon et al., per esempio, realizzarono una ricerca nella quale indagarono l'efficacia del trattamento DIRFloortime® con bambini ASD (*Autism Spectrum Disorder*) ed i loro genitori, raccogliendo dati a distanza di 8-12 mesi. Si riscontrarono significativi miglioramenti nelle capacità emotivo-funzionali, misurate tramite la FEAS, ed un grado di soddisfazione genitoriale in merito al trattamento del 90% (Solomon, Necheles, Ferch, & Bruckman, 2007).

Uno studio analogo venne condotto nel 2011 da Pajeraya e Nopmaneejumruslers nel quale si evidenziarono miglioramenti significativi, a seguito di un intervento DIRFloortime®, in bambini prescolari dello spettro autistico non solo nelle capacità emotivo-funzionali ma persino nel grado di severità (nella scala CARS).

Nel 2014 Liao et al. misurarono i risultati di un programma d'intervento domiciliare DIRFloortime® di 10 settimane rivolto a bambini ASD di età tra i 3 e 5 anni, riportando cambiamenti positivi nelle capacità comunicative, nel pensiero emozionale, nell'autoregolazione, nella abilità quotidiane e nell'interazione genitore bambino. Tale studio si concluse indicando il DIRFloortime® come strumento utile per l'aumento dell'interazione sociale e del comportamento adattivo (Liao, Hwang, Chen, Lee, Chen, & YiLin, 2014).

Un anno dopo venne pubblicato sul "MERITH" uno studio di Casenhiser et al. nel quale si evidenziò un miglioramento significativo nel linguaggio verbale di bambini dello spettro autistico a seguito di un intervento socio-relazionale basato sul modello DIRFloortime® (Casenhiser, Binns, McGill, Morderer, & Shanker, 2015)

Importanti studi vennero condotti persino nei confronti della famiglia; nel 2016 Sealy e Glovinsky riscontrarono, infatti, a seguito di 12 settimane di terapia DIRFloortime®, un incremento maggiore del pensiero riflessivo nei genitori, rispetto a quello osservato all'interno di un intervento psico-educativo tradizionale.

Sempre in quell'anno Mahoney e Solomon riportarono evidenze su 112 bambini prescolari dello spettro autistico ed i loro genitori durante 1 anno di terapia con sessioni Floortime; dai risultati emerse un'interessante correlazione tra aumento della responsività ed affettività genitoriale e diminuzione della severità dell'autismo nei bambini, misurata tramite *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)*.

Risulta altresì interessante citare una ricerca, pubblicata nel 2019 da parte di Itskovisch, nella quale vennero illustrati casi clinici di bambini con ansia e stress traumatico, trattati attraverso il modello DIRFloortime®.

Questo studio, infatti, invita sempre più la ricerca ad espandere l'applicazione del Floortime anche ad altre problematiche evolutive.

L'evidenza scientifica del modello venne inoltre riconosciuta in una revisione sistematica dei programmi DIRFloortime® nel 2020, nella quale si riporta che i maggiori risultati ottenuti, dalla sua applicazione, riguardassero l'area socio-emotiva (Boshoff et al., 2020).

Colgo l'occasione per citare due interessanti studi realizzati nel nostro territorio.

Nel 2020 Vago, Baratelli, Bindellini e Palermo indagarono, in uno studio single case della durata di 2 anni, i miglioramenti di un bambino ASD nel coinvolgimento sociale, nella comunicazione reciproca, nel comportamento, nella processazione sensoriale e nella qualità del movimento. Si evidenziano, inoltre, maggiori capacità genitoriali di lettura del profilo individuale del bambino e della capacità di risposta.

Sempre nel 2020 Vizzano, Burgio, Capetelli e Cravero avviarono uno studio pilota per valutare l'efficacia di un intervento di 6 mesi di musicoterapia parent-mediated DIRFloortime®, con quattro bambini dello spettro autistico tra i 4 e 5 anni, mediante una presa in carico multidisciplinare (musicoterapeuta, psicologa, educatrici, tnpee).

Al termine dell'intervento tutti i bambini riportarono miglioramenti nella sintonizzazione affettiva e nella comunicazione due vie (rilevata con la *Child Behavior Checklist* e con video-analisi), nonché un incremento nella qualità della relazione genitore-bambino e nella gestione dello stress genitoriale (rilevata con il *Parent Stress Index-4*).

Queste sono solo alcune delle ricerche che nel corso degli anni, a partire da Greenspan fino ai giorni attuali, hanno sostenuto l'efficacia del modello DIRFloortime® guidando, come un file rouge, gli sviluppi della devolmpental psychology.

C'è tutt'ora bisogno di una ricerca continua per valutare l'efficacia del trattamento in vari ambiti di sviluppo ed in riferimento a diverse problematiche, attraverso un approccio sempre più integrato, con il fine di raggiungere risultati ottimali e durevoli a sostegno dello sviluppo del bambino.



## CAPITOLO 2. LA D

L'assunto che sta alla base della "D" del modello è il fatto che gli esseri umani siano creature sia cognitive che emotive (Greenspan, & Shanker, 2004/2007).

Greenspan descrive il comportamento umano come l'integrazione dell'emozione e della cognizione attraverso l'intreccio dell'approccio psicoanalitico, poco attento allo sviluppo pensiero, con quello piagetiano, che trascura il ruolo svolto dalle emozioni nello sviluppo delle strutture mentali e non permette di spiegare i passaggi critici dall'azione intelligente al pensiero intelligente simbolico.

Mantenendo i principali presupposti neofreudiani e modificando leggermente gli stadi di sviluppo piagetiani, il DIRFloortime® individua una serie di capacità emotivo-funzionali (FEDC) coerenti con il quadro analitico dell'IO, che delineano i passaggi evolutivi nel bambino dalle reazioni globali al pensiero riflessivo, sottolineando il ruolo esercitato dalle emozioni e dalle interazioni sociali nello sviluppo umano.

Il DIRFloortime® si discosta quindi sia dagli approcci innatisti che considerano la capacità di simbolizzazione e di utilizzo del linguaggio come prevalentemente genetista (Chomsky, 1965; Pinker, 2002), sia dalle teorie che considerano emozioni e pensiero riflessivo come sistemi separati ed in conflitto tra loro (LeDoux, 1996). Riprende ed amplia la visione di Vygotskij circa la natura sociale della conoscenza e del linguaggio, a partire dalle teorie di Erikson, René Spitz, John Bowlby e, successivamente, di Mary Ainsworth, Jerome Bruner, Berry Brazelton, Louis Sander, Daniel Stern et al., sull'importanza delle esperienze interattive ed emozionali nello sviluppo del Sé. L'interazione emotiva risulta essere infatti, per il DIRFloortime®, il fulcro di ogni acquisizione ed il palcoscenico nel quale si incontrano tutti gli elementi che influenzano lo sviluppo dell'essere umano.

Secondo il modello esistono due condizioni necessarie per il progresso degli esseri umani verso la creazione di simboli:

- *Un simbolo emerge quando una percezione è separata dalla sua azione* (Greenspan, & Shanker, 2004/2007). La capacità di formare un'immagine (multisensoriale) deriva, infatti, dalle interazioni co-regolate tra caregiver e bambino, le quali permettono a

quest'ultimo di apprendere dal mondo e trasformare le emozioni in catene di segnali interattivi (Greenspan, 1980).

Poniamo l'esempio di un bambino arrabbiato che esprime la sua rabbia con una smorfia, comunicando la sua intenzione di mordere la mamma. Se il caregiver risponde prima dell'intento, cioè prima dell'azione, attraverso uno sguardo dolce e tendendo le mani per cullarlo, verosimilmente il bambino risponderà con un altro intento; quest'ultimo adolcirà lo sguardo, il genitore si avvicinerà a lui ed il piccolo si tenderà verso il caregiver, finendo per essere cullato tra le sue braccia.

Se le sue intenzioni ricevono risposta, il bambino sarà sempre più in grado di trasformare le sue emozioni in segnalazioni, senza passare ad un'azione diretta. Quello che rimane al bambino è quindi un'immagine a sé.

I bambini arrivano così gradualmente alla percezione della "mamma" come slegata dall'azione del mordere o della fame o della rabbia; non si tratta di una semplice "cosa", di una nutrice o consolatrice, bensì di qualcosa di complesso, con caratteristiche diverse, che richiede risposte complesse.

La mamma diventa, in questo modo, un'immagine slegata dall'azione, acquisista significato e diventa simbolo.

- *Per creare un simbolo significativo, l'immagine deve essere investita di emozione* (Greenspan, & Shanker, 2004/2007). Ancora una volta gli affetti e le emozioni costituiscono il carburante che modula l'organizzazione delle diverse funzioni mentali e mediano l'azione delle differenze biologico-costituzionali ed ambientali sullo sviluppo, attraverso l'interazione caregiver-bambino.

Sulla base di questa concezione Greenspan elabora il concetto di *doppia codifica* (Greenspan, & Lewis 2000).

Secondo questa teoria ogni bambino è esposto ad una moltitudine di stimoli sensoriali e, in risposta ad essi, attiva/associa una reazione emotiva (es. morbidezza della guancia della mamma e sensazione di benessere e piacevolezza); ogni esperienza a cui il bambino è sottoposto comporta, di conseguenza, questa doppia codificazione (sia emozionale che sensoriale) e la ripetizione di queste esperienze crea un'unità tra emozione e sensazione.

Ogni bambino, inoltre, percepisce in maniera differente le sensazioni che lo circondano; uno stesso suono, per esempio, può stimolare piacevolezza o fastidio. Queste differenze di processazione individuale, che riguardano la “I” del modello, vengono a loro volta sperimentate all’interno di una gamma di colorazioni affettive soggettive; per cui il modo il cui il caregiver calma il bambino per un’iper-reattività, per esempio uditiva, influenzerà l’esperienza soggettiva di quella sensazione.

Le emozioni quindi, che iniziano come sistema fisiologico che riceve input dai sensi diventano, grazie all’esperienza interattiva, uno strumento sociale artefice della creazione dei simboli e dell’intelligenza stessa.

Si riportano di seguito le trasformazioni critiche delle emozioni ed il loro ruolo nello sviluppo dell’essere umano (Greenspan, & Shanker 2004/2007):

- Si parte da reazioni fisiche/fisiologiche all’interno di un rapporto lattante-caregiver.
- Dal rapporto scaturiscono nuove sensazioni.
- Da queste esperienze si arriva alla doppia codifica; per esempio la voce della mamma oltre ad essere registrata fisicamente per le sue frequenze viene associata a caratteristiche di sicurezza/terrore.
- La risposta del caregiver all’espressioni/esperienze del bambino differenzia e finalizza le emozioni stesse.
- Gli scambi emozionali “botta-risposta” diventano più complessi e vengono utilizzati nella segnalazione sociale, comunicazione e regolazione.
- Il lattante arriva a riconoscere e quindi dare un senso a questi pattern di interazione.
- Questi scambi co-regolatori permettono la separazione tra azione e percezione che porta alla formazione dei simboli che vengono, oltre che sperimentati, definiti per le loro caratteristiche. In questo modo le emozioni ed i sentimenti vengono distinti dalle sensazioni fisiologiche.
- Il miglioramento delle capacità di segnalazione emozionale e la formazione dei simboli crea la base per lo sviluppo dell’intelligenza e del pensiero riflessivo. Le emozioni orchestrano così esperienza cognitiva, linguistica, motoria, sociale e sensoriale.

In quest'ottica lo sviluppo viene considerato come un processo attraverso il quale l'individuo associa progressivamente sensazioni con emozioni fino ad arrivare alla rappresentazione interna della realtà, a forme di linguaggio e di pensiero nelle quali continua ad essere fondamentale la connotazione emotiva.

A partire da queste due concezioni fondamentali il modello DIRFloortime® elabora 16 fasi della crescita emozionale ed intellettuale; in ogni stadio si definiscono le “capacità emozionali complessive” dell'essere umano, che risultano essere funzionali alla sua comprensione ed interazione con il mondo ed *orchestrano* le sue altre capacità evolutive (Greenspan, & Wieder, 2007).

Ogni capacità, dominata in tempi differenti a partire dalla nascita e proseguendo nel corso della vita, si costruisce l'una sull'altra ed è associata ad un funzionamento intellettuale, sociale ed emozionale. Contrariamente, le compromissioni nella loro padronanza sono collegate a difficoltà emozionali e di sviluppo.

Si sottolinea inoltre come, sebbene la successione degli stadi sia invariata, le indicazioni temporali fornite per ogni livello non siano da considerarsi rigide ed i percorsi che conducono ai successivi step siano molteplici, sulla base delle unicità della persona e del suo ambiente circostante (Greenspan, & Shanker, 2004/2007).

Di seguito analizzeremo nel dettaglio, osservando lo stretto rapporto tra emozioni, intelligenza e pensiero, i primi 6 livelli della FEDC, considerati le pietre miliari del modello DIRFloortime®.

### **Livello 1- Regolazione ed interesse per il mondo (0-3 mesi)**

Durante i primi scambi intersoggettivi i bambini, attirati dai pattern sensori-emozionali che vengono forniti dai loro caregiver (suoni, sorrisi, sguardi), iniziano a rispondere ad ogni sensazione con un affetto/emozione (Greenspan, 1979); la morbidezza della guancia della mamma, per esempio, può essere emotivamente accomunata ad una sensazione di piacevolezza. Attraverso questa doppia codifica, influenzata dalla processazione sensoriale del lattante e della carica affettiva di entrambi i partner in relazione, i bambini arrivano a conoscere ed interessarsi al mondo esterno.

In questa fase l'interesse piacevole per le esperienze sensoriali (suoni, tocchi, immagini), all'interno di scambi interattivi, porta quindi all'osservazione, ascolto, rassicurazione e consapevolezza del mondo esterno e dei pattern semplici.

È proprio grazie alla presenza di un senso del Sé emergente (0-2 mesi) che il bambino stabilisce un primo contatto con il mondo esterno e, attraverso la relazione primaria con i caregiver, sperimenta e co-regola i vari stimoli con il fine di integrarli gradualmente tra loro (Stern, 1989/1997).

È la presenza nel neonato del *rilevatore di intenzionalità* (ID), meccanismo mediante il quale il bambino comprende attraverso il movimento dell'altro il suo desiderio e scopo, che favorisce i primi scambi relazionali neonato-caregiver, ponendo le basi per le rappresentazioni diadiche stesse (Baron-Choen, 1995/1997).

La qualità degli scambi dipende, oltre che dalla natura della relazione stessa, dalla capacità dell'adulto di comprendere i segnali del bambino, di sintonizzarsi con i suoi stati fisiologici, adattandosi al suo profilo, alle sue capacità e differenze individuali. Una mamma per esempio, di fronte ad un bambino ipo-reattivo che richiede molte stimolazioni, potrebbe mostrarsi disponibile e piacevole, oppure distante e passiva; i pattern sensori-motori-affettivi del caregiver si sommano agli schemi sensori-motori-affettivi del piccolo e favoriscono, così, la formazione di strutture sottocorticali che a loro volta forniscono un'esperienza integrata.

Grazie ad una vera e propria danza interattiva, sulla base di adattamenti intersoggettivi primari, il bambino sviluppa la capacità di rimanere regolato di fronte a stimoli interni/esterni, controllando l'intensità e la natura delle sue risposte assieme all'adulto; questo processo prende il nome di co-regolazione, in quanto ogni partner si influenza vicendevolmente e continuamente (Fogel, 1992), di autoregolazione e regolazione interattiva (Beebe, 2001/1996).

Grazie alla ripetizione di questi scambi emozionali co-regolati (Greenspan, 1996), il bambino gradualmente sviluppa la *self-regulation*, ovvero la capacità di mantenersi in uno stato di allerta, disponibile alla conoscenza del mondo e all'interazione, regolando arousal, attenzione, affetto ed azione (Lester, 1998). Questa capacità emotivo-funzionale è alla base di tutti i livelli successivi e si costruisce gradualmente durante lo sviluppo e le interazioni cariche di affetto.

## **Livello 2- Coinvolgimento e relazione (2-4 mesi)**

Da questo suo interesse per il mondo il bambino diventa sempre più investito ed impegnato in un rapporto profondo ed intimo con gli altri; i sentimenti piacevoli, infatti, caratterizzano sempre di più i rapporti con l'esterno e con gli altri.

Grazie al continuo sviluppo della self-regulation, supportato dall'attenzione condivisa e dalla sua segnalazione affettiva (non verbale), il lattante mostra una certa gamma di emozioni ed apprende le prime lezioni per diventare un essere sociale. Il piccolo inizia a distinguere il mondo inanimato dalle gioie e dai piaceri per il mondo umano e, gradualmente, comincia a percepirsi come parte attiva della realtà.

Da questa fase di "innamoramento", emerge un senso dei sentimenti "umani" speciali. In questo periodo la relazione con l'altro, costituita da interconnessioni emotive non verbali (suono, postura, sguardo, tono muscolare), risulta essere "vibrante", calda e colorata. Il supporto fornito dal caregiver risulta essere fondamentale per aumentare il coinvolgimento del piccolo, il suo piacere e la sua curiosità nelle esperienze vissute (Greenspan, & Shanker, 2004/2007).

A questo livello inizia a svilupparsi un senso del Sé nucleare (2-3 mesi di vita) grazie al quale il bambino inizia ad organizzare la propria esperienza in ricordi episodici caratterizzati dall'associazione di determinati stimoli e risposte relazionali; si sviluppano così le RIG, ovvero *rappresentazioni di interazioni generalizzate* da esperienze relazionali ripetute (Stern, 1998/1977). All'interno di questa fase nucleare emergono, inoltre, altri Sé: un Sé agente (un senso autore di azioni all'interno dell'ambiente), un Sé dotato di coesione (un'entità fisica vera e propria), un Sé affettivo (in grado di provare emozioni), un Sé storico (che garantisce la continuità temporale della memoria). Il traguardo principale raggiunto in questo stadio evolutivo è, pertanto, l'acquisizione di una prima immagine di Sé come centrale, dotata di caratteristiche proprie e distinte dagli altri.

In questo periodo emerge un altro modulo, l'EDD (*rilevatore della direzione degli occhi*), capace di attivarsi quando si riconoscono gli occhi del partner o stimoli simili, per seguirli nello spazio comprendendo ove, e dunque cosa, stanno guardando (es. se io guardo mamma la vedo, dunque, se io vedo gli occhi di mamma guardarmi vuol dire che mi vede). Questo meccanismo insieme al precedente ID, garantisce sempre più ampie

relazioni con l'altro (sia esso agente o cosa), incrementando le rappresentazioni diadiche (Baron-Choen, 1995/1997).

Un bambino che raggiunge questo livello sa riconoscere affettivamente i caregiver, mostra delle anticipazioni negli scambi, inizia a sviluppare gesti/postura/movimenti/espressioni per segnalare, sorride giocosamente e reciprocamente all'altro, gestisce un'ampia gamma di espressioni facciali ed inizia a "leggere" emozioni altrui (Giorgi, & Suman, materiale corso DIR201, 2021).

### **Livello 3- Intenzionalità e comunicazione a due vie (5-9 mesi)**

Durante la terza fase, grazie alle continue interazioni sostenute dai caregiver, le emozioni si trasformano in segnalazioni di tipo "chiamata e risposta", che per il modello prendono il nome di *circoli comunicativi/comunicazione a due vie*. È il periodo in cui una gamma di sentimenti viene impiegata nella segnalazione emozionale al fine di comunicare intenzioni e dare inizio al pensiero causa-effetto (Giorgi, & Suman, materiale corso DIR201, 2021).

Nel momento in cui il bambino inizia a condividere l'attenzione, le intenzioni e gli stati affettivi, creando un'unione intersoggettiva e scoprendo l'esistenza delle altre menti, emerge gradualmente (7-15 mesi) un senso del Sé soggettivo (Stern, 1998/1977); questo step rimarca ulteriormente la rappresentazione del Sé come un qualcosa distaccato dall'altro, separando la propria realtà soggettiva da quella percepita dagli altri. In questa fase viene così a definirsi sempre di più un "me" (io che sorrido) che è diverso da un "non me" (colui a cui sorrido); tuttavia non si tratta ancora di due persone complete, bensì di parti di sé separate, che si sperimentano in interazioni causali (Greenspan, & Shanker, 2004/2007).

Un circolo comunicativo inizia con la segnalazione emozionale del bambino, a partire da un suo interesse, verso la quale l'adulto risponde invitando il piccolo ad espandere il circolo stesso; conseguentemente il bambino, dopo l'attesa del feedback dell'altro, risponde e chiude il circolo di comunicazione per poi aprirne, successivamente, altri. È il caso in cui, per esempio, il bambino di sei mesi sorride alla mamma entusiasta, riceve da lei un sorriso di risposta, per poi sorridere nuovamente, chiudendo il circolo della comunicazione.

Queste catene comunicative, prevalentemente di tipo non verbale (gesti motori, suoni, vocalizzi, espressioni) permettono, infatti, al piccolo di sperimentare un nascente senso di logica e causalità, applicabile successivamente al mondo spaziale e alla pianificazione delle azioni. È l'esempio di un bambino che, all'interno di un circolo di comunicazione, si avvicina intenzionalmente al papà con le manine per "rubargli il naso" con lo scopo di ottenere, come risposta causale, un simpatico "toot-toot"; emerge così la reciprocità sociale.

Un bambino a questo livello è in grado di eseguire gesti ricchi di significato per ottenere ciò che vuole, giocare coinvolgendo il caregiver, rispondere e manifestare emozioni (piacere, rabbia, paura), riconoscere semplici reazioni causali (es. da voce ad un suono per ricevere risposta) (Giorgi, & Suman, materiale corso DIR201, 2021).

#### **Livello 4- Problem-solving sociale condiviso e comunicazione complessa (9-18 mesi)**

Grazie ad un vocabolario gestuale e comunicativo sempre più complesso, il bambino impara ad impegnarsi maggiormente in flussi continui di segnalazione emozionale per esprimere desideri e bisogni (30-50 circoli di comunicazione), ed utilizza questa capacità per risolvere problemi con l'altro, tenendo in considerazione la sua ed altrui prospettiva. A partire dai 9 mesi, inoltre, emerge la *sintonizzazione affettiva* (Stern, 1992/1985) tra madre e bambino, fondamentale per colmare il divario tra Sé e l'altro (Greenpan, 1997).

Il bambino è in grado di aprire e chiudere circoli comunicativi, è ingaggiato in un problem solving condiviso attraverso un ritmo veloce di back-and-forth con il caregiver, che a sua volta legge e risponde a tali segnalazioni (co-regolazione) mediante lo scambio di espressioni emozionali e la comunicazione dei significati delle loro azioni. Per esempio riesce a prendere per mano la mamma, esprimere con gli occhi che desidera uscire e indica poi l'altalena (Giorgi, & Suman, materiale corso DIR202, 2022).

Nel problem solving l'adulto non fornisce la soluzione ma, piuttosto, coinvolge il piccolo in un processo di "prove ed errori e scoperta", supportandolo nella sperimentazione di diverse emozioni come: frustrazione, tristezza, confusione, gioia e sorpresa.

Le interazioni continue, le negoziazioni ed il gioco permettono così al bambino di sperimentare il mondo in pattern. Nell'esempio precedente il bambino che prende per mano la mamma per portarla verso l'altalena comincia a percepire i vari elementi di un pattern come pezzi che si incastrano perfettamente: i suoi bisogni emozionali (il suo



desiderio di uscire), i suoi pattern di azione (prendere la mano della mamma, uscire), i suoi pattern vocali e gestuali (richiamo e coinvolgo la mamma) ed i pattern sociali volti alla collaborazione per raggiungere l'obiettivo condiviso (uscire dalla porta per andare sull'altalena).

Grazie alla vasta gamma di interazioni quotidiane il bambino arriva a riconoscere e, di conseguenza, a prevedere i pattern del comportamento dell'adulto, per poi ad adattarsi a quest'ultimo. Per esempio sa che quando il papà arriva da lavoro ed è irritato/stanco sarà meglio stargli alla larga. Egli impara quando aspettarsi manifestazioni affettuose o di rabbia, comprende se è al sicuro o in pericolo, cosa sia il rispetto e l'umiliazione, ancora prima dello sviluppo di un appropriato linguaggio (Greenspan, & Shanker, 2004/2007).

Parimenti il bambino arriva a negoziare i suoi sentimenti, imparando a dominare le emozioni più catastrofiche (rabbia e paura), attraverso l'influenza modulatrice di un'interazione emozionale con il caregiver. Se questo non avviene, ed i genitori continuano a rispondere in maniera inadeguata o assente alle segnalazioni del bambino, il sentimento di quest'ultimo può diventare più intenso e lui stesso può diventare "aggressivo" oppure "passivo" (Ibidem, 2004/2007).

Quando il bambino arriva ad organizzare le sue emozioni ed il comportamento in pattern inizia a formarsi un senso di Sé precoce (pre-simbolico) (Ibidem, 2004/2007). Egli comprende che "Io" è costituito da pattern di comportamento intenzionali e non occasionali o frammentati; dalle lunghe catene di segnalazione si sviluppa così gradualmente una maggiore autonomia nelle aree del Sé (Stern, 1998/1977) e la consapevolezza di un "Io" più integrato ("me felice" e "me arrabbiato" sono la stessa persona) che interagisce con un senso più integrato di un "Altro" (madre/padre nella loro interezza); tutto questo permette al bambino di raggiungere un senso dello scopo e della volontà: sono "Io" che faccio accadere qualcosa. La personalità e le aspettative iniziano quindi ad essere modellate dalle innumerevoli interazioni con il caregiver molto prima che il bambino arrivi a parlare.

Intorno ai 15 mesi emerge un senso del Sé verbale (15-18 mesi) grazie al quale il bambino si apre al territorio delle relazioni interpersonali per mezzo della comunicazione verbale. L'acquisizione delle competenze comunicative, legate all'utilizzo del linguaggio, gli permette di interagire con l'altro vivendo la relazione sulla base dei propri bisogni individuali e sul riconoscimento di quelli altrui; tutto questo risulta facilitato

dall'apprendimento della competenza linguistica e della maturazione raggiunta attraverso il superamento delle fasi precedenti (Ibidem, 1987).

Grazie al gioco interattivo il bambino sviluppa, inoltre, la capacità di pianificare ed organizzare azioni in sequenza, acquista nuove abilità sociali ed amplia le sue capacità imitative in termini di interaffettività; questi traguardi costituiscono la base per lo sviluppo del linguaggio e del mondo simbolico, e per la partecipazione alla vita sociale.

### **Livello 5- Creazione di simboli ed uso di parole e idee (18-36 mesi)**

A partire dai 18 mesi emergono nel bambino le rappresentazioni di relazioni triadiche grazie all'unione dei moduli ID ed EED con l'aggiunta di un terzo, il SAM (*meccanismo dell'attenzione condivisa*), che rende possibile l'attenzione congiunta, attraverso il collegamento dell' ID con l'EDD, e quindi la direzione degli occhi con il perché essi sono stati mossi. Questo meccanismo permette di fondere le rappresentazioni diadiche riguardanti lo stato percettivo di un Altro con le rappresentazioni diadiche riguardanti lo stato percettivo del Sé, entro una rappresentazione triadica (Baron-Choen, 1995/1997).

Attraverso il gioco e l'interazione si sviluppa la capacità di dare forma ad idee, intenzioni e desideri. La comparsa delle parole, inoltre, permette di accrescere la separazione tra percezione ed azione, che consente al bambino di rimanere aggrappato alle immagini, investendole emotivamente. Questi infatti, superato lo stadio di intelligenza senso-motoria (Piaget, 1968/1936), sa ora manipolare le idee nella mente senza eseguire direttamente l'azione, riuscendo ad analizzare le possibilità creative e nuove per la risoluzione mentale dei problemi.

In questa fase, quindi, le esperienze, tra cui i sentimenti, le intenzioni, i desideri, i pattern di azione, sono messe in parole, nel gioco di finzione, nei disegni o in altre forme simboliche.

I simboli permettono di giungere a nuovi livelli di negoziazione sociale, di condividere i significati (soprattutto in un rapporto 1-1), di sviluppare un senso della giustizia ed altri concetti che possono unire i gruppi socialmente (Greenspan, & Shanker, 2004/2007).

I bambini che hanno sperimentato una vasta gamma di esperienze emotivamente coinvolgenti possono così creare un ampio sistema di simboli significativi, dando valore alle nuove parole acquisite. La comparsa del linguaggio permette di spostare l'esperienza relazionale da un livello immediato ad un livello interpersonale astratto.

Inizia a svilupparsi un senso di Sé e del mondo simbolico, in termini di immagini interne, sulla base della preesistente consapevolezza pre-simbolica. Grazie al continuo sviluppo del Sé verbale (Stern, 1998/1977), il bambino è in grado di porsi in relazione con il mondo, divenendo oggetto di riflessione, di impegnarsi in atti simbolici, sviluppando un linguaggio che lo porta gradualmente ad utilizzare le parole per esprimere sensazioni sempre più slegate dalle azioni (“mi sento triste”).

Da questa nuova coscienza, attraverso la manipolazione dei simboli, spuntano fantasie, emerge l’immaginazione ed inizia a formarsi la narrazione biografica (Giorgi, & Suman, materiale corso DIR202, 2022).

### **Livello 6- Pensiero emozionale, logica e senso della realtà (3-4 anni)**

In questa fase il bambino arriva a connettere logicamente i simboli tra loro in una varietà di contesti, comprende la relazione causa-effetto (es. “il vento soffia e distrugge la casa”) e si avvia a riflettere su come le idee operino a livello spaziale (es. “la mamma non è qui, ma è vicina”) temporale (es. “se ora dormo, domani non ho sonno”) ed emozionale (es. “ho ricevuto un gioco e quindi sono felice”); questa trasformazione rende possibile il pensiero logico e la riflessione che, a loro volta, apportano innumerevoli nuove abilità: lettura, matematica, scrittura, discussione e ragionamento scientifico, problem-solving spaziale e verbale.

È questo il periodo in cui emerge il modulo del TOMM (*Teoria della Mente*), che permette di inferire dal comportamento proprio ed altrui un’intera gamma di stati mentali ed emotivi, e risulta essere fondamentale per interpretare e comprendere il comportamento sociale in maniera rapida e flessibile (Baron-Choen, 1995/1997).

La connessione logica delle idee permette inoltre, grazie al supporto dalle interazioni emozionali continue tra un “me” (senso di sé emozionale) e un “non me/te” (proprio senso degli altri), di categorizzare le esperienze interne con quelle esterne al fine di differenziare le fantasie del bambino (soggettive) dal comportamento reale degli altri (oggettivo); tutto questo determina “l’esame di realtà”, base imprescindibile per il pensiero logico (Giorgi, & Suman, materiale corso DIR202, 2022).

In questa fase emergono nuove abilità sociali: il bambino comprende il perché sia importante seguire le regole di un gruppo, impara a collaborare e prendere parte a gruppi più grandi e numerosi.

Il senso del Sé e la coscienza, inoltre, si muovono verso un livello superiore ora che è presente la consapevolezza simbolica dei propri sentimenti (es. “sono triste perché sei stato cattivo con me”). È il periodo del pensiero e dell’autoconsapevolezza emozionale, nel quale progressivamente emerge un senso del Sé narrativo (3-4 anni); ora il bambino non solo nomina gli oggetti bensì acquisisce un patrimonio linguistico ed arriva a produrre una narrazione di sé stesso (Stern, 1992/1985).

Un bambino in questo stadio è quindi in grado di riflettere sui propri sentimenti sempre più differenziati, di collegare passato-presente-futuro, connettere sensazioni sempre più distinte, di chiedere e rispondere alle domande (chi, cosa, dove, quando, perché e come), di fornire spiegazioni ed opinioni su azioni e sentimenti, nonché di negoziare, dibattere, riflettere ed utilizzare un pensiero sempre più logico ed astratto (Suman, & Giorgi, materiale corso DIR202, 2022).

In letteratura a questi 6 livelli di capacità emotivo-funzionali ne seguono altri 10 che, tuttavia, vengono poco tenuti in considerazione nella pratica clinica; in questa sede, ai fini della mia trattazione, mi limiterò ad elencarli: **Livello 7- Pensiero multi causale e triangolare (4-6 anni); Livello 8- Pensiero dell’area grigia emozionalmente differenziato (6-10 anni); Livello 9- Pensiero riflessivo (9 anni).**

Segue la fase Adulta ed Adolescenziale: **Fase 10- Un senso di Sé ampliato; Fase 11- Riflettere sul proprio futuro; Fase 12- Consolidare un senso di Sé separato; Fase 13- Intimità ed impegno; Fase 14- Creare una famiglia; Fase 15- Cambiare il punto di vista sul tempo, lo spazio, il ciclo della vita ed il mondo più ampio; Fase 16- La saggezza dell’età.**

Nella sezione Appendice (Appendice 1) viene riportata una tabella, elaborata da Greenspan, DeGangi e Wieder, nella quale è possibile esaminare, per ogni livello della FEDC, i pattern di risposta adattivi e/o maladattivi del bambino; comprendere dove e come si colloca il soggetto sulla scala di sviluppo emotivo-funzionale, in relazione alle sue risposte ambientali, guiderà lo specialista nella valutazione del funzionamento attuale del bambino, con particolare attenzione ad eventuali deviazioni/ritardi/interruzioni nelle sue traiettorie evolutive (ICDL, 2001).

### CAPITOLO 3. LA I

Il modello DIRFloortime® prevede un'attenta valutazione del profilo individuale di ciascun bambino, riconoscendolo nella sua tipicità e globalità; per questo si considera: la processazione sensoriale, il livello di arousal, l'area motoria, gli aspetti biomedici (bagaglio genetico e biologico), il ruolo dei sistemi di supporto (famiglia, terapisti, risorse della comunità), nonché tutte quelle caratteristiche che rendono unico l'essere umano (Giorgi, & Suman, materiale corso DIR101, 2020).

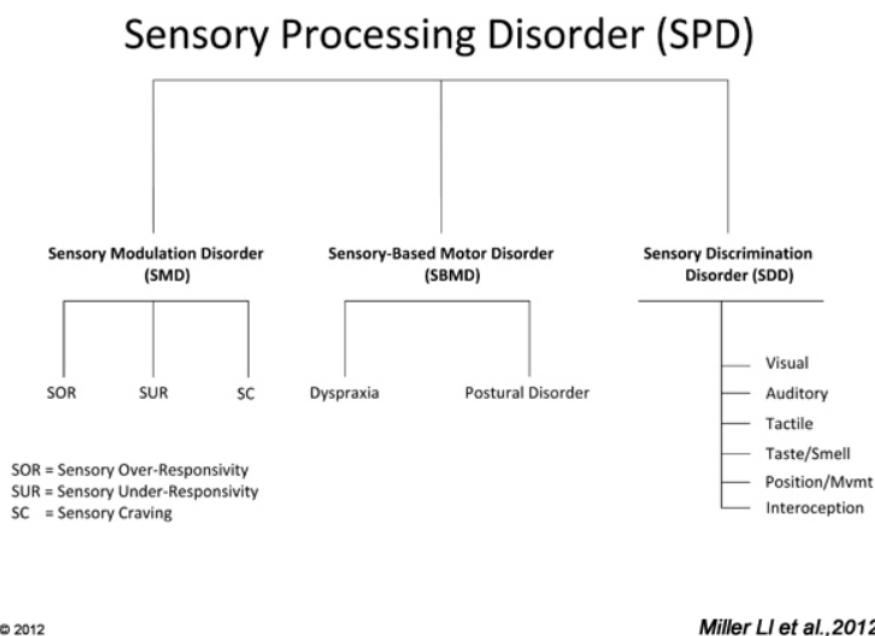
Come abbiamo già sottolineato ogni bambino conosce il mondo attraverso i sensi in modo differente. Da questa consapevolezza il modello DIRFloortime® pone particolare attenzione all'elaborazione sensoriale di ogni individuo, ovvero a quel processo nel quale il nostro SN riceve, modula, discrimina ed organizza le informazioni derivanti dagli otto sensi (vestibolare, propriocettivo, tattile, visivo, uditivo, gustativo, olfattivo, enterocettivo) al fine di utilizzarle in modo appropriato e funzionale (Ayres, 2012/2005). Quando il nostro cervello elabora correttamente le sensazioni, l'individuo è in grado di rispondere attivamente all'ambiente in termini motori, percettivi, cognitivi; tuttavia, quando una delle fasi del processo risulta alterata, quello che ne risulta è un disturbo nella processazione sensoriale (SPD) (Kranowitz, 2006).

Alcuni studi dimostrano che almeno 1 bambino su 20 sia influenzato da un *Sensory Processing Disorder*, SPD, (Ahn, Miller, Milberger, & McIntosh, 2004) e che 1 bambino su 6 sperimenta sintomi sensoriali che possono essere abbastanza significativi da influenzare aspetti della vita quotidiana (Ben-Sasson, Carter, & Briggs-Gowan, 2009).

Nella clinica sono numerosi i bambini con diagnosi clinica (ASD, ADHD, PCI, X Fragile, Sindrome di Down, Disturbi d'ansia) che presentano in comorbidità disfunzioni nel processo di elaborazione sensoriale. Ciò nonostante anche nell'approccio educativo-preventivo risulta fondamentale porre attenzione alle singole modalità di processazione, al fine di comprendere le manifestazioni comportamentali di ognuno ed adattare l'intervento ai bisogni del singolo.

Per avere una lettura dettagliata delle possibili disfunzioni del processo di elaborazione sensoriale, il modello DIRFloortime® utilizza la classificazione dei SPD, realizzata dalla Dott.ssa Lucy Jane Miller (OT, Phd): disturbo della modulazione sensoriale (SMD),

disturbo della discriminazione sensoriale (SDD) e disturbo motorio a base sensoriale (SBMD) (Miller, Anzalone, Lane, Cermak, & Osten, 2007).



**Immagine 3.1** *Classificazione SPD secondo Lucy Miller. (Kranowitz, 2006)*

In questa sede mi limiterò ad una breve descrizione delle categorie sopraindicate:

- **Disturbo di modulazione sensoriale (SMD):** è definibile come un problema di sincronizzazione del SNC, di mancato bilanciamento tra i processi di inibizione ed eccitamento (Rosemary, 2007)

Quando parliamo di modulazione intendiamo la capacità del nostro cervello di regolare, aggiustare ed equilibrare il flusso delle informazioni sensoriali al SNC grazie ai processi di eccitazione e di inibizione. Quando i meccanismi di eccitazione ed inibizione sono bilanciati, il processo di modulazione garantisce l'efficienza dell'auto-regolazione, in ogni aspetto della nostra vita. Bambini con disturbo di modulazione sensoriale mostrano, invece, risposte disorganizzate o caotiche, le quali non risultano funzionali all'integrazione delle informazioni sensoriali ed alla relazione con il mondo (Kranowitz, 2006).

Il disturbo di modulazione viene ulteriormente suddiviso in 3 sottocategorie sulla base della soglia sensoriale di ogni individuo, ovvero del livello in cui il SN risponde alle

varie sensazioni (Giorgi, & Suman, materiale corso DIR201, 2021). Nel caso di una soglia sensoriale bassa, le risposte ai vari stimoli saranno iper-reattive (SOR), ovvero eccessive in termini di intensità, rapidità e quantità; nel caso di una soglia ampia, invece, le risposte saranno ipo-reattive (SUR), ovvero lente, deboli ed incapaci di registrare o mantenere gli input sensoriali.

A queste due sottocategorie di aggiungono quelle risposte di intensa ricerca sensoriale (SC), oppure, le fluttuazioni tra una reazione e l'altra.

Tutti questi problemi interferiscono con le interazioni del bambino a casa, a scuola e nella società.

- **Disturbo di discriminazione sensoriale (SDD)**: si realizza quando il bambino ha difficoltà a cogliere le caratteristiche dei vari stimoli; il suo sistema nervoso centrale, infatti, processa in-accuratamente le sensazioni a tal punto che risulta impossibile utilizzare tali informazioni per attuare risposte adattive e funzionali (Rosemary, 2007). Si tratta, quindi, dell'incapacità di distinguere ed interpretare accuratamente l'intensità e le caratteristiche temporali/spaziali degli stimoli sensoriali, di riconoscere le caratteristiche qualitative/quantitative degli oggetti/dell'esperienze corporee e di confrontarle tra loro. Il SDD può essere presente in qualsiasi sistema sensoriale (Miller, Shoen, & Brett-Green, 2009).

- **Disturbo sensoriale su base motoria (SBMD)**: si manifesta quando bambino non è in grado di utilizzare adeguate informazioni sensoriali, per ottenere risposte posturali funzionali/efficienti ed organizzare equilibrio, coordinazione motoria, risposte abituali e non (Giorgi, & Suman, materiale corso DIR202, 2022).

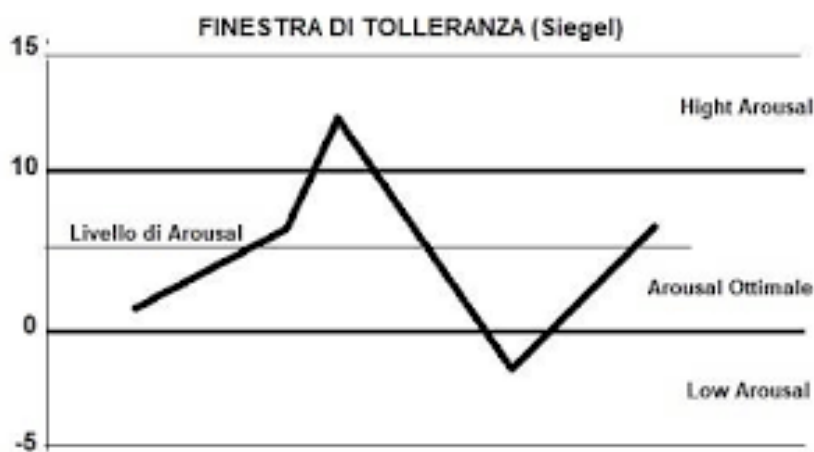
Il disturbo sensoriale su base motoria si suddivide ulteriormente in due sottoclassi: la Disprassia e il Disturbo Posturale.

Ogni bambino nasce quindi con un apparato sensoriale unico al quale si accompagna un sistema motorio singolare. Queste impressioni sensoriali, come abbiamo sottolineato in precedenza, si collegano alle azioni attraverso l'affetto. Pensiamo alla mamma che chiama per nome il proprio bambino (stimolo uditivo), il quale le risponde ruotando il

capo verso la fonte sonora (azione motoria) perché percepita come piacevole (affetto). Un bambino con iper-reattività uditiva potrebbe tuttavia non tollerare questa stimolazione e, conseguentemente, non coordinare i pattern sensoriali con quelli motori. Proprio per questo è necessario che l'adulto conosca il profilo individuale del proprio bambino per modellare il suo comportamento ai bisogni del piccolo, al fine di favorire scambi emozionalmente significativi; solo così sensazione ed emozione potranno coordinarsi a livelli sempre più ampi per poi, successivamente, separarsi e favorire l'emergere della simbolizzazione (Greenspan, & Wieder, 2006).

Le modalità uniche con cui il SN di un individuo processa le diverse informazioni sensoriali influenzano il suo livello di arousal e, al contempo, ne vengono influenzate.

Quando parliamo di arousal ci riferiamo al grado di attivazione e di regolazione neurovegetativa che ogni individuo presenta (Hanoch, & Vitouch, 2004). Il livello di arousal ottimale viene definito da Sigel con il termine “finestra di tolleranza”, un range di regolazione all'interno del quale le diverse intensità di attivazione emotiva e fisiologica risultano essere integrate senza interrompere la funzionalità del nostro sistema (Sigel, 2021/1999). All'interno della finestra di tolleranza le strutture frontali e prefrontali funzionano (Corrigan, Fischer, & Nutt, 2011), è attivo il tratto ventro-vagale (Porges, 2014/2011), i nostri SMI (*Sistemi Motivazioni Interpersonali*) sono regolati (Liotti, 1995) e ci troviamo nell'area di “ingaggio sociale” (Porges, 2014/2011).



**Immagine 3.2** Finestra di tolleranza secondo D. Sigel (State of Mind, [www.stateofmind.it](http://www.stateofmind.it)).



Al di fuori di questa finestra di tolleranza, un individuo può presentare tre stati di arousal disfunzionale:

- Iperarousal, stato di ipervigilanza in cui è predominante il sistema simpatico con le sue risposte difensive di “fight/flight/freeze”(Porges, 2014/2011). Solitamente si manifesta con: agitazione motoria/verbale, sudorazione, tachicardia, tensione muscolare, difficoltà attentive, evitamento, inflessibilità, ricerca di stimoli sensoriali (seeker), irritabilità, ansia, inconsolabilità e, a volte, tristezza (Giorgi, & Suman, materiale corso DIR201, 2021).
- Ipoarousal, stato di ipovigilanza in cui, a causa del fallimento dei sistemi difensivi dell’attivazione simpatica in risposta ad uno o più stressor, si attiva il tratto dorso-vagale del sistema parasimpatico (Porges, 2014/2011), che porta ad una condizione di “morte apparente”. Si tratta di una reazione che solitamente si manifesta con: letargia, limitata possibilità di azione e partecipazione, povera spinta sociale e comunicativa, confusione, disforia, anedonia, reattività ai cambiamenti e ritiro/evitamento (Giorgi, & Suman, materiale corso DIR201, 2021).
- Arousal fluttuante, continuo alternarsi tra stati di ipervigilanza e momenti di ipoattivazione.

Se questi stati sono generali e predominanti nell’individuo, al di là di particolari situazioni temporanee, è possibile parlare di un disturbo nella sfera della regolazione, in quanto un livello di attivazione non ottimale impatta significativamente sulla funzionalità adattiva di ciascun individuo in termini di risposte/interazioni con l’ambiente interno ed esterno (Ibidem, materiale corso 201, ICDL).

È importante ricordare come l’arousal sia influenzato dalle modalità con cui ognuno processa gli stimoli interni ed esterni; un’iperattività sensoriale, per esempio, potrebbe provocare nel bambino un’attivazione simpatica maggiore e, conseguentemente, innalzare il livello di arousal con manifestazioni difensive di “attacco/fuga”. Pensiamo ad un bambino con iper-reattività tattile al quale viene proposto di modellare il didò e che, di fronte a quest’attività per lui “sfidante”, reagisce con agitazione e disorganizzazione.

Parimenti lo stato di arousal influenza la processazione degli stimoli (sensoriali ed emotivi) interni ed esterni, provocando un “effetto boomerang” sul livello di attivazione stesso; per esempio un bambino con uno stato di iperarousal presenterà maggiori difficoltà nel processare adeguatamente i vari stimoli e, questo, impatterà negativamente sul suo stato di reattività. Arousal e processazione sensoriale, quindi, si influenzano vicendevolmente. Ciò che, tuttavia, permette di modificare la risposta del bambino, il suo livello di arousal e la processazione degli input interni/esterni, è la relazione; il caregiver, attraverso scambi emozionali co-regolati ed adattati, è in grado di guidare il bambino ad entrare/uscire dalla “finestra di tolleranza” (modulazione), al fine di aumentare l’ampiezza della stessa; un maggiore range di regolazione, infatti, favorisce il raggiungimento ed mantenimento del giusto stato di arousal in risposta a situazioni, stimoli e compiti diversi.

In generale possiamo dire che: la regolazione è alla base dello sviluppo, la relazione guida lo sviluppo, ed i processi sensoriali organizzano lo sviluppo stesso; D-I-R sono, quindi, strettamente interconnessi tra loro.

I diversi percorsi evolutivi, inoltre, possono essere determinati da quelli che vengono, nel modello transazionale, definiti *fattori di rischio e di protezione* (Luby, 2017), con particolare attenzione alla vulnerabilità o potenzialità delle componenti distinte della sfera relazionale caregiver-bambino.

## CAPITOLO 4. LA R

Greenspan e Wieder sostengono come la relazione sia la cornice entro cui avvenga l'apprendimento e l'intero sviluppo del bambino con acquisizioni più stabili e generalizzate. La relazione emotivamente significativa supporta l'autoregolazione, "spinge" il bambino nel mondo condiviso, incoraggiando la sua motivazione, partecipazione e comunicazione.

Dobbiamo pensare alla relazione caregiver-bambino come quella di un cervello che costruisce le proprie connessioni attraverso sequenze sempre più complesse di interazioni cariche di affetti ed emozioni (Greenspan, Wieder, & Simons, 1998/2005). Le connessioni umane plasmano, infatti, lo sviluppo delle connessioni nervose che, a loro volta, danno origine alla mente ed influenzano direttamente le modalità con cui si costruisce la realtà (Sigel, 2021/1999).

Il bambino è dotato di capacità relazionali fin dalla nascita e non è chiuso in una fase autistica-normale, come riteneva Margaret Mahler (1978/1975), bensì interagisce fin dall'inizio nel contesto attorno a sé ed affina le sue stesse abilità grazie alle interazioni con gli altri. Secondo l'Infant Research, infatti, la mente nasce nella relazione e lo sviluppo del bambino è l'esito dell'esperienza condivisa con un altro essere umano, ovvero di esperienze intersoggettive.

Già da neonato il bambino partecipa ad una *matrice soggettiva*, ovvero ad un insieme di intenzioni, affetti, desideri e pensieri altrui che, interagendo costantemente con i propri (Stern, 1992/1985), richiedono processi di co-regolazione e sintonizzazione affettiva. All'interno delle varie esperienze intersoggettive, in particolare nelle sue forme implicite, si realizzano così i processi di *mutua regolazione* ed *espansione degli stati di coscienza* del bambino (Tronick, 2008), dove egli stesso sviluppa una maggiore autoregolazione ed agentività, provocando cambiamenti nelle strategie di regolazione interattiva messe in atto dal caregiver. L'intersoggettività diviene così un'esperienza qualitativa nella misura in cui si verifica un bilanciamento tra i processi di *autoregolazione* del bambino e *regolazione interattiva* (Beebe, & Lachman, 2001), e dalla presenza di sequenze alternate di *rottura e riparazione*, che portano necessariamente un continuo adattamento reciproco tra madre e bambino ed un'azione diretta sulla *finestra di tolleranza* di quest'ultimo. I neonati, infatti, possiedono la

capacità di riconoscere mutamenti impercettibili del tono e del volume della voce, dei movimenti della testa e delle mani del caregiver e di rispondervi con una strategia di regolazione definita anche *reciprocità del timing ritmico*.

Quando l'interazione non verbale tra madre e bambino corrispondono nell'intensità, nel ritmo e nella forma si verifica ciò che Stern definisce *attunement*, ovvero una sincronizzazione attraverso la quale il bambino affina precocemente la sua capacità di formare schemi distinti relativi a Sé, all'altro e all'esperienza Sé-Altro all'interno di momenti di interazione condivisa.

Risulta per questo fondamentale sottolineare come, affinché si possano realizzare le varie esperienze intersoggettive, i soggetti in relazione debbano necessariamente possedere un Senso del Sé, ovvero un'esperienza soggettiva organizzante che plasma gli eventi interpersonali e permette l'evolversi delle capacità mentali e sociali dell'individuo. Come precedentemente descritto nella "D" del modello, infatti, ad un primitivo senso del sé emergente presente alla nascita, si sommano successivamente, durante i primi 3-4 anni di vita, nuovi Sensi del Sé sempre più evoluti che permettono di originare nuove e ricche esperienze intersoggettive (Stern, 1992/1985) e favorire lo sviluppo emotivo-funzionale del bambino.

Secondo la "*teoria dell'intersoggettività innata*" di Trevarthen il bambino nasce con la capacità di comprendere ed utilizzare gli intenti delle altre persone in negoziazioni conversazionali di intenzioni, emozioni, esperienze e significato (Lavelli, 2007).

Le moderne neuroscienze, inoltre, sostengono come il neonato possieda una predisposizione neurobiologica nel condividere sentimenti e stati mentali all'interno di interazioni affettivamente risonanti con il proprio caregiver; queste capacità intersoggettive offrono la base per la comprensione dei sentimenti e per la connessione reciproca (Ammaniti, 2014).

Le esperienze intersoggettive, intrise di azioni, emozioni e sensazioni agite ed osservate, vengono così mappate nel funzionamento cerebrale dell'individuo grazie al ruolo svolto dal sistema dei neuroni specchio all'interno del processo della simulazione incarnata (Gallese, 2016). Grazie a questo sistema, quindi, il bambino non solo assiste ad una azione, emozione o sensazione del caregiver, ma parallelamente genera delle rappresentazioni interne degli stati corporei associati a quelle stesse azioni, emozioni e

sensazioni, “come se” stesse compiendo un’azione simile o provando una simile emozione o sensazione.

Le intenzioni, le azioni e le emozioni prodotte dall’altro sono quindi direttamente comprese perché sono condivise a livello neurale (Goldman, & Sripada 2004), ovvero simulate attraverso contenuti analoghi da parte di chi osserva.

Interessanti ricerche sui neonati mostrano la precocità del processo di simulazione, (Meltzoff, & Moore, 1994, 1997, 1998; Meltzoff, 2002) nella loro capacità di riprodurre i movimenti della bocca e del volto degli adulti che li guardano. Il corpo del bambino, a cui lui non ha accesso visivo, simula quindi correttamente quello dell’adulto, ma non come un arco riflesso, bensì come processo intersoggettivo alla base del *rispecchiamento materno* di cui parla Winnicott (1996/1992) e del concetto di *sintonizzazione affettiva* di cui parla Stern (1992/1985).

La natura sociale dell’imitazione è inoltre evidente nel momento in cui bambini molto piccoli rispondono in modo differente se si trovano di fronte a persone o cose, grazie alla presenza di diversi meccanismi sottostanti, specifici al dominio sociale (persone) e non sociale (cose). La presenza di strutture sociali specifiche permetterebbe infatti ai lattanti di riconoscersi simili alle altre persone, facilitando le loro interazioni e determinando importanti implicazioni nello sviluppo della comunicazione non verbale, nonché nelle loro aspettative sociali (Legerstee, 1991).

L’imitazione precoce, che continua a perfezionarsi nel corso del primo anno di vita, consente di ipotizzare l’esistenza di una forma di rappresentazione primaria o pre-simbolica nel bambino ed è stata definita come un processo attraverso il quale il Sé acquisisce qualcosa dell’altro (Marshall, & Meltzoff, 2011). La progressiva capacità di perfezionare i comportamenti imitativi nel momento stesso in cui vengono eseguiti, aumenta infatti la corrispondenza tra il modello (ad esempio il viso della madre che sorride) ed il gesto da imitare, creando così il primo ponte Sé-altro; il fatto che genitore e bambino riconoscano mutuamente queste corrispondenze, produce un linguaggio comunicativo condiviso che è fonte di piacere reciproco. Secondo Fogel la madre, in particolare, ha il compito di amplificare le emozioni e le esperienze vissute all’interno di un sistema dinamico e flessibile di co-regolazione (Lavelli, 2007) al fine di creare *frames*, ovvero cornici di esperienze intersoggettive significative (es. il gioco del cucù), di dar forma a ciò che Stern definisce RIG, Rappresentazioni di Interazioni Generalizzati

(Stern, 1998/1977) e, più in generale, di costruire ciò che Bowlby indica con MOI, Modelli Operativi Interni.

Il “rispecchiamento empatico” del genitore verso stati, emozioni ed azioni del proprio bambino, infatti, non deve limitarsi ad una semplice duplicazione, dal momento in cui le sue risposte congruenti implicano comportamenti e modulazioni; in questo caso, quello che è importante sottolineare è come la simulazione debba risultare sufficientemente precisa e caratterizzante in modo che generi risposte congruenti o in sintonia con gli stati mentali dell’altro. Ad esempio, la simulazione del bambino da parte della madre deve sintonizzarsi ma nel contempo essere abbastanza diversa dal comportamento del bambino in modo tale che questo possa sviluppare la percezione del proprio Sé; questa caratteristica del comportamento del genitore è stata definita con il termine *marcatatura* (Fonagy et al., 1992).

Nel caso di un rispecchiamento non congruente potrebbe generarsi un *falso sé* (Winnicott, 1970/1965), in assenza di contingenza si limiterebbero la capacità di inferire le reazioni di causalità, mentre senza marcatatura il bambino potrebbe vivere i suoi stati attraverso gli altri, mediante un meccanismo proiettivo, proprio come avviene nelle strutture borderline. In nessuno dei tre casi si realizzerebbe un’efficace regolazione affettiva ed il sistema di attaccamento vivrebbe verso l’insicurezza o la disorganizzazione.

All’interno di un atteggiamento adeguatamente riflessivo, invece, è possibile l’emergere della capacità di *mentalizzazione* del bambino (Fonagy, & Target, 2001).

Un caso di inadeguatezza intersoggettiva è evidente nei soggetti dello spettro autistico, nei quali si osserva un’assenza di attivazione del sistema premotorio dei neuroni specchio, un’ipoattivazione dell’insula e dell’amigdala, con invece un’iperattivazione delle cortecce visive. Senza la simulazione incarnata permessa dai neuroni specchio manca la capacità di dare un contenuto esperienziale al mondo affettivo degli altri, che rimane unicamente accessibile (quando è possibile) mediante una ricostruzione teorico-cognitiva (Gallese, 2006). I soggetti ad alto funzionamento, infatti, pur essendo in grado di riconoscere ed imitare l’espressione di alcune emozioni di base, lo fanno utilizzando circuiti cerebrali diversi da quelli che risultano normalmente attivati in soggetti sani (Dapretto et al., 2006).

Al di là dei disturbi dello spettro autistico, sono molteplici i soggetti normotipici che manifestano deficit nella “comprensione empatica. Tenendo in considerazione l’importanza del legame di attaccamento e delle esperienze relazionali precoci, si sottolinea come questa problematicità potrebbe essere generata da “carenze empatiche” da parte dei genitori, che potrebbero condurre ad un mancato sviluppo adeguato di questo sistema di neuroni specchio (Gallese et al., 2006).

In aggiunta anche deficit a carico del sistema sensori-motorio comprometterebbero il riconoscimento delle emozioni, azioni e stati osservati negli altri (Adolphs, 2003), impedendo la ricostruzione di ciò che si proverebbe attraverso la simulazione incarnata.

Il sistema dei neuroni specchio può essere considerato, quindi, come il correlato neurobiologico del sistema intersoggettivo in quanto rappresenta la motivazione innata ed incarnata ad entrare in contatto con gli altri, condividendone l’esperienza soggettiva.

Poiché le esperienze intersoggettive si verificano all’interno della relazione diadica/triadica bambino-caregiver, risulta necessario porre attenzione al sistema di attaccamento che, al di là di garantire i bisogni di sopravvivenza e di sicurezza nel bambino, permette la co-costruzione di un contesto relazionale nel quale, gradualmente, vengono rappresentati il Sé, gli altri significativi e le reciproche interrelazioni (Bowlby, 1988), favorendo lo sviluppo della capacità di mentalizzazione e sintonizzazione (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2005/2002). Questo sistema inizia ad avviarsi già durante la gravidanza con la costruzione della *matrice intersoggettiva madre-bambino*, che sostiene il piccolo nell’acquisizione delle competenze sociali, ed un insieme di cambiamenti a livello neurobiologico nel cervello materno (Theodosis, Schachner, & Neumann, 2004); nella madre inoltre emerge una nuova organizzazione psichica, *la costellazione materna* (Stern, 1998/1977), una ridefinizione del proprio ruolo e della propria identità che, se si classifica come *sufficientemente buona* sviluppando la capacità di *concern* (Winnicott, 1996/1992), favorisce la sintonizzazione con stati, movimenti, bisogni ed emozioni del proprio bambino.

Le esperienze di attaccamento precoci, all’interno delle quali si verificano scambi intersoggettivi frequenti, influenzano direttamente lo sviluppo della struttura del cervello (Kraemer, 1992), le modalità di espressione genetica (Kandel, 1998) e la formazione delle connessioni sinaptiche (Goldsmith, Buss, & Lemery, 1997). Un attaccamento

insicuro, per esempio, altera la corteccia orbito-frontale, responsabile della regolazione emozionale, attenzione, memoria, percezione ed organizzazione del Sé (Schore, 1997); tutto questo comporta statisticamente una maggiore probabilità di psicopatologia (Van Ijzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 1997).

Il tipo di attaccamento che adulti e bambini manifestano è quindi considerato come un fattore organizzativo della mente, e la stessa capacità riflessiva del genitore ha un impatto significativo sulle modalità di cura e sulle dinamiche relazionali (Fonagy et al., 1992).

Il tema della reciprocità, che si sviluppa nelle esperienze intersoggettive all'interno di un sistema di attaccamento, ha così cambiato molte delle idee sul mondo infantile ed ha consentito di spiegare lo sviluppo non più come qualcosa che avviene solo "dentro il bambino", ma come ciò che si costruisce all'interno di una relazione affettivamente significativa, in un sistema regolatorio interattivo.

Queste prospettive teoriche e di ricerca rappresentano così la base della "R" del DIRFloortime®. Il modello, infatti, pone al centro del suo intervento la relazione genitore-bambino come cornice in cui avviene l'apprendimento, coinvolgendo attivamente la famiglia nelle sedute per costruire scambi interattivi che supportino lo sviluppo funzionale e sensori-motorio-affettivo del bambino. L'idea alla base è che interazioni cariche di affetto e formative tra bambino e caregiver siano indispensabili per un adeguato sviluppo sociale, emotivo ed intellettuale e che, questo stesso tipo di scambi interattivi, possa prevenire o ridurre ritardi evolutivi, favorendo i progressi in bambini a rischio di disturbi dello sviluppo. (Greenspan, & Wieder, 2006).

Nel DIRFloortime® risultano quindi indispensabili tutte quelle interazioni multiple nelle quali vi siano scambi emozionali che forniscano un fondamentale senso di *stare in relazione con l'altro*.

Gli operatori DIRFloortime® utilizzano frequentemente il termine "affect" per indicare la forza motrice di ogni esperienza interattiva ed evolutiva. Come analizzato precedentemente nella "D" del modello, è solo attraverso l'affetto, infatti, che il bambino comunica le sue intenzioni/desideri, elabora le informazioni sensori-motorie e designa il corso delle sue azioni.



Tuttavia, poiché molti bambini con disturbi evolutivi presentano alterazioni in questi processi di diatesi affettiva, è compito degli specialisti DIRFloortime® supportarli nella loro relazione con il mondo, al fine di creare connessioni neurologiche che li aiutano a costruire un repertorio di reazioni socialmente e affettivamente appropriate.

Obiettivo dell'operatore è quindi quello di sostenere il genitore in un'interazione ritmica e reciprocamente piacevole simile a quella presente nella *madre sufficientemente buona* (Winnicott, 1970/1965) attraverso una continua regolazione degli stati affettivi in gioco. Egli stesso, inoltre, deve saper analizzare correttamente che tipo di modulazioni affettive utilizzare per quel determinato bambino, sulla base delle sue differenze individuali e del suo livello di sviluppo. Affinché l'affect sia uno strumento terapeutico, gli operatori DIR devono prepararsi ad uno studio ponderato delle micro-espressioni durante l'interazione di gioco; il concetto di "seguire l'iniziativa del bambino", come vedremo tra poco, implica questa continua ricerca.

Il compito dello specialista è trovare il ritmo in cui il bambino si senta a suo agio, comprendere il suo comportamento ed il suo stato emotivo al fine di favorire un senso di safety a livello neurocettivo (via ventro-vagale) e, conseguentemente, promuovere la sfera dell'ingaggio sociale (Istokovich, 2019).

Essendo quindi noi esseri umani possessori di una vasta gamma di emozioni è fondamentale che l'operatore consideri quale tra le diverse sfumature affettive risulti più appropriata al bambino in relazione alla sua "I", al fine di favorire la sua scalata evolutiva in termini di "D". L'affect, infatti, può essere considerato come il direttore d'orchestra di tutti i domini di sviluppo, collante tra la D-I-R del modello.



## CAPITOLO 5. IL FLOORTIME

Il Floortime è una tecnica specifica del modello DIR che fa riferimento a una serie di situazioni e strategie, messe in atto da adulti uniti assieme ai genitori, che offrono al bambino incontri positivi carichi di affetto, emozione e motivazione, al fine di costruire solidi apprendimenti che gli permettano di scalare il suo percorso di crescita (Greenspan, Wieder, & Simons, 1998/2005).

Il Floortime incarna sia una particolare tecnica che una filosofia generale, fondata sulla consapevolezza che le interazioni emotivamente significative incoraggino il bambino nell'acquisizione delle abilità evolutive; esso racchiude specifici principi e modi di stare con il bambino per mantenere l'interesse e promuovere lo sviluppo; si tratta di un modo di interagire con il bambino in una determinata attività (Giorgi, & Suman, materiale corso DIR101, 2020).

Il metodo si pone conseguentemente due essenziali obiettivi: da un lato *seguire l'iniziativa/l'interesse/l'intenzione del bambino*, dall'altro quello di creare opportunità e sfide che gli permettano di padroneggiare tutte le sue *capacità emotivo-funzionali (FEDC)*, al fine di avere accesso ad un *mondo condiviso* (Greenspan, & Thorndike 2010).

Queste due finalità rappresentano, così, i poli opposti del DIRFloortime®; unirsi al bambino nei suoi desideri e nel suo piacere si somma, infatti, allo scopo di condurre il piccolo in un mondo condiviso dove possa progredire in ognuna delle sue tappe evolutive (Greenspan, & Wieder, 2006).

La vera sfida dello specialista DIRFloortime® è quella di utilizzare una serie di tecniche, per ognuna delle sei pietre miliari, al fine di suscitare nel bambino il desiderio di progredire, a partire dal suo interesse naturale, in nuove e straordinarie capacità (Greenspan, & Wieder, 2007).

Nel Floortime, seguendo l'iniziativa del bambino per avere accesso al suo mondo emotivo, è possibile quindi creare stimoli ed opportunità che favoriscano la progressione del soggetto verso livelli di relazione, comunicazione, socialità e pensiero maggiori, rinforzando contemporaneamente le abilità già acquisite.

Il Floortime, che si traduce letteralmente con “tempo trascorso sul pavimento/a terra”, esprime la tendenza dello specialista e della famiglia di *abbassarsi* al livello del bambino e di adeguarsi ad esso. In pieno spirito DIR, infatti, la tecnica Floortime parte da un’osservazione attenta del bambino nella sua spontaneità, del suo profilo individuale (I), del suo livello di sviluppo (D), delle sue relazioni/interazioni quotidiane (R), nonché delle caratteristiche dell’adulto in relazione con lui e del nucleo familiare del quale prende parte (Schertz, & Odom, 2004).

Quando parliamo di Floortime intendiamo un tipo di intervento che coinvolge attivamente la famiglia; questo si traduce con il supporto fornito dal professionista ai genitori, non solo nella “lettura” del comportamento del proprio bambino e nell’applicazione di specifiche, ma persino nell’individuazione dei loro stessi schemi di comportamento familiari ed individuali, dei loro punti di forza e di debolezza, con l’obiettivo di creare delle condizioni in cui ogni membro possa offrire il meglio di sé, per il benessere del proprio figlio.

Il ruolo svolto dalla famiglia risulta fondamentale in quanto la relazione genitore-bambino rappresenta, per il modello stesso, la chiave per lo sviluppo emotivo-funzionale di quest’ultimo.

I genitori, quindi, partecipano in prima persona alle sedute di trattamento e possono analizzare assieme allo specialista videoregistrazioni degli incontri con il bambino, al fine di rafforzare strategie/competenze/tecniche nel gioco, nell’interazione e nelle routine quotidiane familiari.

La famiglia è al centro del programma di intervento in quanto aiuta il proprio figlio a sviluppare capacità di relazione, comunicazione e pensiero. Il ruolo dei genitori è primario nello sviluppo del bambino e, per questo, essi si troveranno a collaborare con l’équipe specialistica e rientrando nel programma di intervento a sostegno dello sviluppo del bambino. In particolare si è riscontrato che i bambini con disturbo dello spettro autistico o con altri bisogni speciali che compiono i maggiori progressi dal punto di vista dello sviluppo, sono quelli che durante la maggior parte delle ore di veglia partecipano a interazioni educative e genitoriali adeguate, modellate sui loro specifici bisogni evolutivi. Proprio per questa ragione le famiglie devono essere al centro di ogni programma di intervento (Greenspan, & Wieder, 2006).

Il Floortime, per il suo essere spontaneo e divertente, potrebbe apparire come una semplice interazione e/o un gioco comune; tuttavia, per l'attenta capacità di analisi, per il fondamento teorico-scientifico e per il suo preciso ruolo nel promuovere lo sviluppo del bambino attraverso interazioni emotivamente rilevanti, esso è diverso; tale tecnica, infatti, fonda la sua applicazione nei principi teorici trattati precedentemente nella "D-I-R" del modello e parte dalla forte convinzione che siano proprio le emozioni e le relazioni cariche di affetto (R), in particolare quelle genitore-bambino, a rendere possibile lo sviluppo emotivo, cognitivo, sociale e motorio di quest'ultimo (Greenspan, Wieder, & Simons, 1998/2005).

Risulta inoltre necessario sottolineare come il Floortime non sia neppure un'interpretazione psicoanalitica dell'attività ludica, né un resoconto di ciò che il bambino stia facendo; esso rappresenta, invece, un'interazione in cui l'adulto diviene realmente un compagno di gioco, attento ai punti di forza e debolezza del piccolo, al fine di supportarlo nella sua scalata evolutiva (Guiot, Meini, & Sindelar, 2012).

Basandosi sul processo piuttosto che sul contenuto, il Floortime pone il focus non sulla quantità, ovvero sul "cosa" si stia facendo insieme, bensì sulla qualità dell'interazione, ovvero sul "come" si stia vivendo quel momento assieme.

Ciò che risulta importante per gli specialisti Floortime, infatti, è la qualità del flusso continuo dell'esperienza vissuta tra i partner in relazione, sostenuta dalle capacità dell'adulto di "Wait" (fermarsi ed aspettare), "Watch" (fare un passo indietro ed osservare il bambino nella sua spontaneità) e "Wonder" (unirsi a lui con meraviglia, coinvolgimento e stupore) (Giorgi, & Suman, materiale corso DIR202, 2022).

Tra i principi pratici risulta necessario sottolineare quindi (Ibidem, materiale corso 201, ICDL):

- Il Floortime parte dall'iniziativa, dall'intesse e dall'intenzione del bambino. Attraverso gli interessi ed i desideri del bambino è possibile avere un'idea di ciò che per lui è divertente, piacevole e che lo rende felice. Il primo passo è quello di addentrarci nel mondo del bambino, per poi condurlo verso il piacere relazionale e, conseguentemente, verso il mondo condiviso. È tuttavia opportuno precisare come "seguire l'iniziativa del bambino" non si limiti ad osservarlo e/o

imitarlo, bensì rappresenti un vero e proprio processo, fatto di prove ed errori, nel quale l'adulto si lascia coinvolgere ed interagisce al livello fondamentale degli interessi del piccolo.

- Il bambino è il vero leader del gioco; il primo obiettivo è quello di far sentire il piccolo parte di un mondo sociale, come agente attivo. È l'adulto che deve avvicinarsi all'interesse del bambino, cogliendo la sua motivazione intrinseca al fine di fargli assaporare il piacere di stare in relazione con l'altro.
- Il Floortime aiuta il bambino a padroneggiare le sue capacità emotivo-funzionali di sviluppo, ovvero le sue principali abilità sociali, intellettive, linguistiche, motorie ed accademiche.
- Il Floortime si basa su un'attenta analisi delle differenze individuali (I), del bambino, del suo livello di sviluppo (D) e sull'osservazione della qualità delle sue relazioni e scambi (R).
- Il Floortime è un tipo di interazione e non una forma di istruzione o addestramento.
- È un tipo di gioco prevalentemente libero nel quale l'adulto avanza meno richieste possibili.
- L'adulto è un vero e proprio partner di gioco, coinvolto, non intrusivo bensì commentatore; egli favorisce il linguaggio dichiarativo, utile per acquisire la pragmatica, si muove sui livelli della FEDC e si sintonizza sulle differenze individuali (sensi ed emozioni) del bambino, regolando anche le proprie in una continua danza interattiva.
- Il Floortime parte dal presupposto che tutto ciò che fa il bambino è qualcosa di intenzionale, anche i comportamenti apparentemente senza scopo.
- Il Floortime si focalizza sul *qui ed ora* della relazione.
- Il Floortime offre un ambiente in cui il bambino possa sperimentare i vari stimoli sensoriali.
- Durante il Floortime l'adulto non vuole che il bambino risponda, bensì che inizi l'interazione.
- L'adulto nota ciò che nota il bambino, sulla base del principio dell'attenzione condivisa (Giorgi, & Suman, materiale corso DIR201, 2021).

Dal punto di vista della tecnica vi sono quattro obiettivi da raggiungere con il Floortime (Greenspan, Wieder, & Simons, 1998/2005):

1. Incoraggiare l'attenzione e l'intimità. Per ottenere il coinvolgimento con gli altri è necessario che vengano preliminarmente raggiunte calma e regolazione.
2. Facilitare la comunicazione a due vie. Una volta che il bambino accetta la nostra presenza occorre aiutarlo ad aprire e chiudere circoli di comunicazione. All'inizio non useremo parole, ma tanti gesti, per costruire l'interazione e la capacità di problem solving attraverso un dialogo corporeo. Lo incoraggeremo, per esempio, ad esprimere le sue emozioni con le mani o i piedi, per comunicare i suoi desideri e le intenzioni.
3. Incoraggiare l'espressione di sentimenti e idee. Il bambino a questo stadio potrà esprimere le sue intenzioni attraverso le parole ed il gioco di finzione, manifestando nella sua pienezza l'inizio del pensiero simbolico.
4. Aiutare a collegare idee e sentimenti diversi al fine di raggiungere un pensiero logico e una comprensione del mondo e di sé stesso. Questa capacità avanzata corrisponde al livello 6 delle pietre miliari dello sviluppo.

## **5.1 Beneficiari**

Il modello DIRFloortime® può essere applicato a bambini con disturbo del neurosviluppo in particolare con disturbo dello spettro autistico o con altri problemi di relazione o comunicazione, con problemi gravi del linguaggio, con problemi di regolazione, con Sindrome di Down, con Sindrome dell'X Fragile, con Sindrome Feto Alcolica, con Paralisi Cerebrali Infantili e anche con Deficit di Attenzione ed Iperattività” (Greenspan, Wieder, & Simons, 1998/2005).

Tuttavia è bene sottolineare come il DIRFloortime® possa applicarsi anche a bambini con sviluppo tipico, dal momento che tiene in considerazione le differenze individuali di ciascuno ed i livelli di funzionamento emotivo-cognitivo-sociale infantile.

Tale approccio può essere utilizzato lungo tutto l'arco della vita, a partire dai neonati, bambini in età prescolare/scolare, adolescenti, adulti, fino ad arrivare in alcuni casi anche alla terza/quarta età.

## 5.2 La valutazione

Il modello DIRFloortime® comprende quattro aree fondamentali di valutazione:

- Raccolta anamnestica pre e post-natale, esame biomedico da parte di un medico specializzato in neuropsichiatria infantile ed una raccolta di tutti gli interventi terapeutici/educativi messi in atto fino allo stato attuale. Questa fase di valutazione, che si realizza tramite colloquio clinico, ha lo scopo, al di là della mera acquisizione dei dati personali e sensibili, di accogliere la famiglia stessa, i suoi vissuti e preoccupazioni al fine di iniziare la “tessitura” dell’alleanza terapeutica, primo passo fondamentale per la realizzazione dell’intervento in chiave DIRFloortime®.

- Il funzionamento attuale, ovvero dove si colloca il bambino sulla scala di sviluppo emotivo-funzionale. In questo caso lo strumento per eccellenza elaborato dal dott. Greenspan, in collaborazione con DeGangi e Wieder, è la *FEAS (Functional Emotional Assesment Scale)*, un test di riferimento per i bambini di età compresa tra sette mesi e quattro anni che fornisce una valutazione sistematica delle capacità emotivo-funzionali del piccolo e del caregiver. La FEAS è elencata dal National Early Childhood Technical Assistance Center (NECTAC), dall’Office of Special Education Programs (OSEP) e dal US Department of Education, come uno dei cinque strumenti di assesment socio-emotivo che devono essere completati dai professionisti dell’età evolutiva durante la fase di valutazione (Ringwalt, 2008). È possibile, inoltre, consegnare alla famiglia la *Functional Emotional Developmental Capacities: Basic Chart*, una checklist che interroga i genitori circa le 6 capacità emotivo-funzionali del proprio bambino; è consigliabile che tale compilazione avvenga con il supporto dello specialista. In alternativa viene utilizzata dallo specialista stesso una checklist, riferita alle 6 capacità emotivo-funzionali, fornita dall’ICDL ai professionisti certificati.

- Le differenze individuali nelle modalità di funzionamento del sistema nervoso, con particolare attenzione all’influenza di tali differenze sul modo in cui il soggetto elabora le esperienze e di pianificare le sue risposte. Anche in questo caso il dott. Greenspan ha elaborato uno strumento, *la Sensory Processing/Motor Planning Questionnaire-Rating*



*Scale*, le cui domande possono essere poste direttamente ai genitori per aiutarli nella descrizione del proprio bambino (Greenspan, DeGangi, & Wieder, 2001). In aggiunta lo specialista può compilare una griglia osservativa qualitativa delle differenze individuali emerse in fase di valutazione, fornita ai professionisti certificati da parte dell'ICDL.

- Le interazioni tra il bambino e i suoi caregiver, la famiglia, la comunità e il sistema di servizi. Si tratta di un esame degli schemi di interazione dei genitori con il proprio bambino che include l'individuazione di punti di forza e di debolezza, nonché le caratteristiche della loro personalità, i pattern familiari e culturali. In questo caso si utilizzano delle osservazioni qualitative, spesso con il supporto di videoregistrazioni inerenti a momenti di relazione/scambio. Potrebbe risultare inoltre utile effettuare delle osservazioni nell'ambiente scolastico per la valutazione dell'adeguatezza dei programmi educativi e la qualità dell'interazione del bambino con i pari e con il personale.

*La Psychodiagnostic Chart—Infancy and Early Childhood* (PDC-IEC), all'interno del PDM-2, offre una valutazione complessiva della “D”, della “I” e della “R” in ottica Floortime. Questa Scala permette infatti di esaminare, nella Sezione II, le capacità emotivo-funzionali del bambino, in corrispondenza con l'asse II del sistema di classificazione; nella Sezione III troviamo la valutazione della regolazione e della processazione sensoriale, corrispondente all'asse III, riferita alla teoria della 4 A di Lester (Lester, 1998); infine, nella Sezione IV è possibile analizzare i pattern ed i disordini relazionali relativi alla sfera caregiver-bambino, in corrispondenza con l'asse IV del sistema di classificazione (PDM-2, 2017/2020).

Nell'approccio DIR la valutazione dovrebbe includere due o più osservazioni cliniche che variano da 45 minuti a 120 minuti, in cui il bambino possa spontaneamente interagire con i genitori e lo specialista all'interno di un ambiente protetto (setting). La valutazione può essere effettuata da un'unica persona oppure da un'equipe di terapisti. Una valutazione approfondita consente di delineare un profilo individuale che coglie l'unicità delle caratteristiche di sviluppo del bambino e serve da base per un programma di trattamento personalizzato (Greenspan, & Wieder, 2006).

### 5.3 L'intervento

Il Floortime consiste in sessioni di lavoro, della durata di circa 20 minuti ciascuna, ripetute durante l'arco della giornata e applicabili ad una moltitudine di contesti che vanno da quello familiare, a quello scolastico a quello terapeutico; in quest'ultimo caso la durata temporale del trattamento è maggiore e può variare dai 50 ai 120 minuti. I principi del Floortime, inoltre, possono essere impiegati anche al di fuori delle sessioni (es. durante i pasti, nel momento dell'addormentamento, al supermercato) (Greenspan, & Wieder, 2006).

Risulta indispensabile il confronto costante con tutti gli esperti ed i sistemi che ruotano attorno al bambino, per condividere l'andamento dell'intervento, progressi ed ostacoli nel suo sviluppo emotivo-funzionale.

Risulta inoltre frequente videoregistrare le sedute Floortime, che vengono poi analizzate dal professionista assieme alla famiglia, con il fine di rivedere ed affinare tecniche e modalità d'intervento.

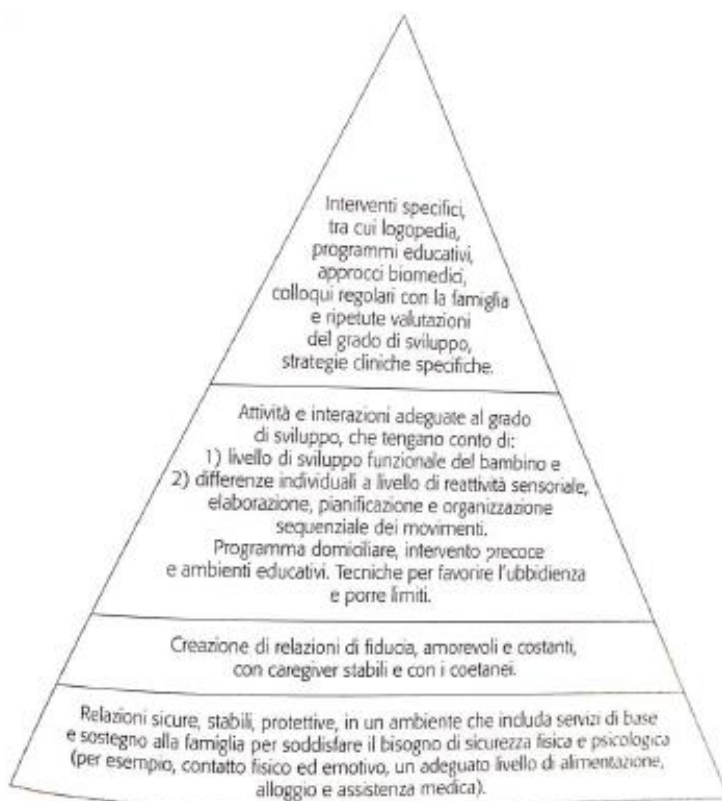
Un programma d'intervento Floortime globale prevede quindi (Greenspan, Wieder, & Simons, 1999):

- Interventi/terapie specifiche Floortime da parte di professionisti esperti certificati, con il coinvolgimento attivo della famiglia nel corso delle sedute.
- Un programma di intervento a casa; esso include tre elementi: interazioni spontanee, appropriate con il livello di sviluppo, di otto o più sessioni di lavoro della durata di 20 minuti ciascuna; interazioni che implicano la risoluzione semi-strutturata di problemi, con sei o più sessioni di lavoro della durata di 20 minuti ciascuna; attività sensori-motorie e visuo-spaziali attraverso tre o più sessioni di lavoro di 20 minuti ciascuna al giorno.
- Un programma di intervento a scuola; questi include gli elementi sopradescritti per il lavoro a casa, con l'aggiunta di attività educative per l'apprendimento prescolare e scolastico.

Il programma domiciliare e quello scolastico devono essere parte di un progetto integrato, che comporta, la necessità di un incontro tra genitori ed insegnanti continuo, supportato dalla presenza dello specialista DIR.

La scelta di intensificare le sessioni Floortime poggia sull'evidenza che i bambini, per "far proprie" le capacità emotivo-funzionali necessarie al loro sviluppo, necessitano di vivere una molteplicità di interazioni emotivamente significative, generalizzate nei vari contesti. Non si tratta quindi di offrire una sorta di addestramento passivo, bensì di creare una pluralità di esperienze, ripetute nel tempo e cariche di affetti, nelle quali il bambino possa formare un senso di Sé intenzionale ed interattivo, progredendo dalle sue abilità di base verso quelle superiori.

Questo tipo di approccio può essere rappresentato da una piramide, dove ogni le varie dimensioni di intervento si fondano l'una sull'altra (Greenspan, & Wieder, 2006).



**Immagine 5.1.** Piramide dell'intervento Floortime per bambini ASD. (Greenspan, Wieder, & Simons, 1998/2005).

Tra le varie tecniche e strategie di intervento Floortime, in relazione ai sei livelli della FEDC, possiamo trovare (Giorgi, & Suman, materiale corso DIR202, 2022):

- Livello 1: Adattare le interazioni al funzionamento sensori-motorio del bambino; modulare la voce, la postura, il ritmo, la vicinanza, le espressioni facciali; predisporre un ambiente che sia stimolante per il bambino ed adatto al suo profilo; usare stimoli che aiutino il bambino a calmarsi o attivarsi; servirsi della sintonizzazione emotiva, della coregolazione, di un ritmo interattivo e dell'affect.

- Livello 2: Aiutare il bambino con attività/interessi che promuovano l'ottimale livello di eccitazione e regolazione; creare un ambiente invitante; utilizzare gli interessi naturali del bambino e seguire l'iniziativa del bambino; imitare; partecipare al gioco perseverante: renderlo interattivo; utilizzare un ritmo adeguato al ritmo del bambino; servirsi dell'ostruzionismo giocoso; usare l'Affect con le parole, le azioni e i gesti (WAA: Words Action Affect).

- Livello 3: Wait, watch and wonder; leggere i segnali affettivi del bambino e rispondere in modo congruente; trattare ciò che fa il bambino come intenzionale anche quando apparentemente non lo è; rispondere alle aperture del bambino (gesti, azioni, vocalizzi); insistere per avere una risposta; fornire scelte; utilizzare l'ostruzionismo giocoso; essere molto animati; usare un linguaggio semplice.

- Livello 4: Usare l'affect per mantenere il bambino motivato; servirsi dell'ostruzionismo giocoso; far finta di non capire/essere confusi; pianificare insieme una strategia; utilizzare la negoziazione; usare attività che richiedono un sequenziamento ed un problem solving; servirsi della co-regolazione emotiva; stare nelle emozioni del bambino anche quelle difficili.

- Livello 5: Giocare col bambino a "far finta"; prendere il ruolo di un personaggio; dare al personaggio una connotazione emotiva; cambiare le voci in base al personaggio; usare diverse espressioni emotive; incoraggiare il cambio di ruolo: aggiungere personaggi e oggetti di scena; consentire al bambino di stare in una vasta gamma di emozioni; WAA.

- Livello 6: Porre domande aperte/usare le "W" questions (What/When/Where/Why/How); aiutare il bambino a collegare le idee; aiutare il bambino a comprendere le gradazioni dei sentimenti; sostenere la negoziazione; avviare conversazioni basate sulla realtà.

## 5.4 Formazione degli operatori DIRFloortime®

Il programma di formazione DIRFloortime® è aperto a chiunque voglia imparare il modello DIR® e l'approccio DIRFloortime®. La formazione DIRFloortime® soddisfa in modo efficiente ed efficace le esigenze di tutti coloro che vogliono iniziare ad utilizzare i principi DIRFloortime® nel loro ambito professionale e personale, con il fine di fare la differenza nella vita di tanti bambini e adulti, rispettando i loro interessi e il loro diritto all'autodeterminazione.

Il programma di formazione professionale si compone di un livello introduttivo (DIR 101) e di quattro livelli di certificazione:

1) DIR 201: Certificato DIRFloortime® Basic (DIR-Basic), *promuovere le capacità di sviluppo emotivo-funzionale di base* (primi tre livelli della FEDC). Durata: 28 ore.

2) DIR 202: Certificato di competenza DIRFloortime® (DIR-Proficient), *promuovere le capacità di sviluppo emotivo-funzionale superiori* (livelli 4, 5, 6 della FEDC).  
Durata: 28 ore.

3) DIR 203: Certificato Avanzato DIRFloortime® (DIR-Advanced), *coaching genitori, insegnanti e provider*. Durata: 28 ore.

4) Dir 204: Certificato DIRFloortime® Expert & Training Leader Eligibility (DIR-Expert), *sviluppare competenze da Expert Training Leader*. Durata: 28 ore.

Si tratta di un programma di certificazione progressivo basato sulla valutazione; ciò significa che le abilità di Floortime di ogni partecipante devono ottenere una valutazione positiva, utilizzando una specifica rubrica, per acquisire la certificazione ufficiale ed accedere così al livello successivo.

I corsi prevedono sia una parte teorica che una parte pratico-applicativa in cui i professionisti devono presentare due casi clinici, soddisfacendo requisiti adeguati al livello di certificazione di riferimento.

In aggiunta gli Expert Training Leader organizzano mentoring e tutoring per i partecipanti che hanno bisogno di ulteriore supporto per completare un determinato certificato o espandere le loro competenze.

È buona prassi, inoltre, anche a seguito del conseguimento delle varie certificazioni, richiedere periodicamente delle supervisioni o mentoring con gli Expert Training Leader, al fine di affinare la pratica Floortime.

Per i primi tre livelli (DIR 101, DIR 201 e DIR 202) non è richiesto l'obbligo di laurea, anche se consigliabile. Tuttavia, per accedere ad i corsi del Certificato Professionale DIRFloortime superiori (DIR 203 e DIR 204), i partecipanti devono avere almeno una laurea in terapia occupazionale, logopedia, psicologia, educazione/pedagogia, medicina, musicoterapia o in un altro campo correlato.

Il corso introduttivo 101 è aperto anche ai genitori. I livelli 200 e 300 sono pensati per professionisti e paraprofessionisti; anche i genitori sono i benvenuti, in qualità di uditori. Questi ultimi infatti possono partecipare a tutte le lezioni, discussioni e vedere le presentazioni degli altri studenti, ma non possono presentare come caso clinico il proprio figlio.

## CAPITOLO 6. DIRFLOORTIME® ED AUTISMO

Quando parliamo di spettro autistico (Autism Spectrum Disorder, ASD) ci riferiamo ad un disturbo del neurosviluppo, ad eziologia multifattoriale, caratterizzato da deficit nell'interazione sociale, nella comunicazione (verbale e non verbale), associato alla presenza di comportamenti ripetitivi ed interessi ristretti e stereotipati (APA 2013; OMS 1992; Zero To Three, 2016). Adottando la classificazione del PDM-2, che ricorre ad un approccio basato sul livello di sviluppo, sulle differenze individuali e sulla relazione (Tambelli, 2017) in linea con il modello DIRFloortime®, possiamo osservare come lo spettro autistico venga rimandato alla descrizione dei disturbi neuroevolutivi della relazione e comunicazione (Neurodevelopmental Disorders of Relating and Communicating, NDRC). Facendo propria l'ipotesi della "diatesi affettiva" (Greenspan, & Wieder 1997; Greenspan, Shanker, 2004; ICDL Clinical Practice Guidelines Workgroup, 2000) il PDM individua, infatti, il deficit neurobiologico nucleare degli NDRC nella difficoltà a mettere in relazione gli affetti emergenti con le sensazioni, le percezioni ed i pattern sensori-motori-affettivi; ciò che ne consegue sono ricadute significative nelle capacità emotivo-funzionali più elevate in questi bambini (es. problem solving sociale, simboli, linguaggio, pensiero).

L'elemento che inoltre contraddistingue il PDM rispetto agli altri sistemi di classificazione diagnostica, è la possibilità di sottotipizzare i disturbi della relazione e comunicazione in base al livello di funzionamento sociale, emotivo, cognitivo, linguistico, relazionale del bambino e della sua processazione sensorimotoria, al fine di differenziare in modo puntuale i singoli casi per attuare interventi individualizzati.

È a partire da queste considerazioni che il DIRFloortime® viene indicato come l'approccio preferenziale che permette di focalizzarsi sulle individualità di ciascun bambino, al fine di sostenerlo nella messa in relazione degli affetti con le sensazioni ed i movimenti.

Le prime capacità emotivo-funzionali dello sviluppo (livelli 1, 2, 3 della FEDC), chiave dell'intervento Floortime, sono inoltre parte centrale del nucleo sintomatico dell'autismo; ciò evidenzia come tale approccio sia stato appositamente elaborato e si adatti al meglio per intervenire direttamente su quei livelli di sviluppo che risultano

essere compromessi nei bambini dello spettro. Infatti “*nel momento in cui sarà avviata una relazione, il bambino dello spettro autistico resterà meno isolato, e lo stabilirsi di una comunicazione a due vie favorirà la sua intenzionalità con la conseguente diminuzione dei comportamenti rigidi e delle stereotipie*” (Sindelar, in Greenspan, & Wieder, 2007, p. XIII).

Tenendo inoltre in considerazione che i disturbi dello spettro autistico coinvolgono sia le componenti (aree funzionali) che l'intenzionalità emozionale (affetto), risulta fondamentale avvalersi di un approccio evolutivo che supporti i bambini nel collegare tra loro le abilità con la loro intenzionalità. La chiave del DIRFloortime® risulta essere, infatti, quella di creare un senso di intenzionalità attorno alle componenti che sono attive in quel momento.

Inoltre, in linea con il *modello dello spettro*, che considera diversi livelli e modalità di espressione dello stesso disturbo, l'approccio DIRFloortime®, risulta essere singolare, rispetto ad altri tipi di intervento, nell'attenzione alle eterogeneità nei disturbi dello spettro autistico, anche dal punto di vista neurobiologico.

Questa specifica sensibilità verso le individualità porta, infatti, gli specialisti DIRFloortime® ad andare oltre il comportamento manifesto, tenendo in considerazione le numerose differenze neurobiologiche nei bambini dello spettro autistico; per esempio è noto come l'aumento di attività del sistema limbico, in particolar modo dell'amigdala, possa sovraccaricare il cervello di questi bambini, causando un vero e proprio disequilibrio nelle vie neurali. Uno studio della York University (Casenhiser, Shanker, & Steiben, 2011) dimostra come l'attivazione di un programma Floortime permetta di ristabilire l'equilibrio tra i network neurali grazie alla sua potenzialità nel fornire scambi dinamici ed affettivamente significativi.

Il DIRFloortime® offre così un approccio che esamina tutti quei meccanismi ed alterazioni che, seppur non direttamente osservabili, permettono di comprendere le manifestazioni comportamentali sensori-motorie-affettive dei bambini dello spettro. Recenti ricerche, infatti, avendo evidenziato all'origine sintomatologica dello spettro autistico disordini nei meccanismi del tronco encefalico e sistemi correlati (aree fondamentali per la regolazione delle espressioni sociali ed emotive, per l'arousal e l'ingaggio sociale, nonché per la dimensione motoria, il timing e persino il linguaggio),



ritengono essenziale predisporre interventi bottom-up che partano da un'attenta analisi della neurobiologia autistica e delle differenze individuali (Delafield-Butt, & Trevarthen, 2013); il DIRFloortime® abbraccia totalmente questa filosofia.

In aggiunta il DIRFloortime® risulta essere un intervento volto a rafforzare le abilità motorie deficitarie in soggetti ASD in quanto, tra i suoi obiettivi, si pone quello di aiutare il bambino a pianificare movimenti appropriati che possano supportare il suo livello di coinvolgimento (engagement) verso l'ambiente circostante, creando così un collegamento tra dimensione motoria, sfera socio-affettiva e pensiero (McCleery, Elliott, Sampanis, & Stefanidou, 2013).

Sempre tenendo in considerazione la neurobiologia autistica, il DIRFloortime®, proprio per il suo sostenere l'iniziativa/l'interesse e l'intenzionalità dell'altro, permette inoltre di potenziare la trasmissione dopaminergica alla corteccia prefrontale, spesso alterata nei bambini ASD (Rogers, Dickson, Goldwitz, & Mittleman, 2013).

In aggiunta, sostenendo in toto il ruolo centrale dell'affect all'interno degli scambi interpersonali per la crescita del bambino, il DIRFloortime® abbraccia in pieno le evidenze scientifiche secondo le quali l'emozione guida lo sviluppo delle risposte funzionali adattive (Harlow, 1958; Tronick, 2008) e, come ho avuto modo di trattare nella parte dedicata alla "R", l'evoluzione del pensiero stesso. Proprio per queste ragioni il DIRFloortime® si discosta dai trattamenti basati sulla mera esecuzione/ripetizione, adottando una prospettiva in cui è la relazione, intrisa di affect, il motore catalizzante di ogni apprendimento. Una ricerca del dott. Karyn Purvis, infatti, riporta quanto segue: *"gli scienziati hanno scoperto che occorrono circa 400 ripetizioni per creare una nuova sinapsi nel cervello, a meno che non venga eseguita durante un gioco, nel qual caso occorrono solo da 10 a 20 ripetizioni se si ricorre all'affettività"* (Giorgi, & Suman, materiale corso DIR201, 2021).

Il modello DIRFloortime®, inoltre, è uno dei pochi approcci che, nel trattamento dei bambini ASD, pone al centro la famiglia, la quale non solo condivide gli obiettivi terapeutici, bensì partecipa attivamente alle sedute impegnandosi quotidianamente, attraverso la pratica Floortime domiciliare, nel sostenere la scalata emotivo-funzionale del proprio bambino. Il modello DIRFloortime® mette in risalto il ruolo fondamentale

dei genitori nei progressi compiuti dai propri figli; essi rappresentano, infatti, un elemento imprescindibile dell'intervento. Nessuno più di loro può essere disposto a lavorare tanto intensamente nell'ambito di un programma impegnativo come il modello DIR; nessuno meglio di loro può entrare nel mondo del bambino per condurlo in un universo di esperienze condivise sfruttando tutte le molteplici occasioni di interazione con lui. Il modello DIR rappresenta un'alleanza terapeutica complessa, sistemica e feconda tra la famiglia, il bambino, la scuola ed il team dei professionisti, finalizzata a promuovere un lavoro coordinato in tutti gli ambiti di vita del bambino, avendo di mira non l'acquisizione di abilità isolate ma una concezione globale dello sviluppo (Sindelar, in Greenspan, & Wieder, 2006).

Questa scelta di porre i genitori al centro dell'intervento stesso poggia le sue basi, oltre che sull'importanza delle relazioni caregiver-bambino per lo sviluppo emotivo-funzionale di quest'ultimo, sulla necessità di supportare, emotivamente e nella pratica, le famiglie con figli ASD all'interno dei loro ruoli genitoriali, nella loro dinamiche e strategie, nonché nella loro quotidianità. Recenti studi hanno infatti rilevato livelli di ansia e depressione elevati nelle madri di figli con lo spettro (Pisula, 2002), nonché un'associazione positiva tra sintomatologia autistica e stress genitoriale (Hastings, & Johnson, 2001). È attraverso un approccio centrato sulla famiglia che i genitori possono trovare *il tempo della famiglia*, sentendosi accolti, ascoltati e sostenuti dagli operatori Floortime.

Risulta altresì fondamentale ricordare come l'efficacia degli interventi DIRFloortime® sia sostenuta da numerose ricerche-studi, alcune delle quali sono state riportate nel paragrafo 1.1

Di fondamentale importanza è stato, inoltre, un rapporto del gennaio 2020 del Council of Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics dell'American Academy of Pediatrics intitolato "*Identification, Evaluation and Management of Childre With Autism Spectrum Disorder*" nel quale si riportava: come gli interventi per i giovani e i bambini possano derivare dalla teoria dello sviluppo, che si concentra sulla relazione tra il livello di reattività del caregiver e lo sviluppo della comunicazione sociale da parte del bambino. Attraverso l'interazione con gli altri, i bambini imparano a comunicare, regolare le emozioni e stabilire le basi per un pensiero

e per un'interazione sociale sempre più complessa. Pertanto, i modelli di sviluppo progettati per promuovere lo sviluppo sociale nei bambini ASD sono focalizzati sulla relazione tra il bambino ASD e il suo caregiver, attraverso il coaching, con il fine di aumentare la reattività all'adulto (genitore o caregiver) attraverso l'imitazione, l'espansione o la partecipazione ad attività di gioco avviate dai bambini. Questo approccio può affrontare i sintomi principali dell'ASD, come l'attenzione congiunta, l'imitazione e l'impegno sociale affettivo. I modelli evolutivi per l'intervento sono focalizzati sull'insegnamento agli adulti di strategie interattive non direttive per favorire l'interazione e lo sviluppo della comunicazione nel contesto del gioco. Uno di questi approcci è noto come DIRFloortime® (Hyman, S. L., 2000).

A gennaio 2019 è stata pubblicata una revisione sistematica degli approcci pragmatici sociali per lo sviluppo, incluso DIRFloortime®, che supportava l'efficacia degli approcci pragmatici sociali per lo sviluppo per i bambini ASD (Binns, & Cardy, 2019).

In un articolo pubblicato nel Journal of the American Medical Association nel novembre 2020 dal titolo *“Intervention Recommendation for children with autism in light of a changing evidence base”*, è stato raccomandato ai pediatri di considerare una gamma più ampia di opzioni nei confronti dei genitori con bambini ASD. Sebbene distinti l'uno dall'altro, gli interventi comportamentali evolutivi naturalistici (NDBI) e interventi evolutivi (DIRFloortime) sono simili in quanto sono forniti nei contesti naturali dei bambini (es. nelle interazioni quotidiane con i caregiver) ed i loro obiettivi di apprendimento sono guidati da sequenze di sviluppo precoci. Questi attributi possono renderli preferibili alle famiglie, poiché è meno probabile che interrompano o separino i bambini dalle routine familiari, rispetto a interventi più strutturati guidati dal medico” (Sandbank et al., 2020).

Queste sono solo alcune delle ragioni per cui il DIRFloortime® viene considerato un modello di intervento efficace per il trattamento dei bambini ASD e delle loro famiglie, nel rispetto delle differenze individuali di ognuno, in un'ottica bottom-up ed attraverso la centralità della dimensione emotivo-reatzionale e familiare.

A seguito di questa trattazione teorica presenterò, nei capitoli successivi, la mia esperienza diretta in merito all'applicazione, per un periodo di 19 mesi, del trattamento multidisciplinare DIRFloortime® nei confronti di un bambino ASD.

## CAPITOLO 7. PRESENTAZIONE DI UN CASO

F. è un bambino solare e vivace di 4 anni, nato a fine settembre 2017 da una famiglia originaria del sud, attualmente risiede in veneto, composta da mamma, papà ed una sorella; la mamma non lavora e dedica il suo tempo alla cura dei figli, in particolare a F., mentre il papà, a seguito di un periodo di convalescenza per la presenza di un tumore alla faringe, lavora nell'ambito della finanza; la sorella Ginevra, primogenita, frequenta la classe quarta della scuola primaria e, in passato, ha intrapreso un percorso logopedico per il trattamento di un difficoltà nella sfera linguistica (dislalie, difficoltà di attenzione/inibizione).

Nel settembre del 2020 (3 anni), accompagnato dalla mamma, si reca presso lo Studio Psicopedagogico Fredel per una valutazione dello sviluppo da parte della dott.ssa Cristina Delaini, psicopedagogista, terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva e DIRFloortime proficient®; io stessa, in qualità di educatrice, psicomotricista ed operatrice DIRFloortime practitioner®, partecipo al colloquio conoscitivo e, mentre la dott.ssa raccoglie le principali informazioni anamnestiche, inizio ad avvicinarmi al bambino.

Dall'anamnesi emergono le seguenti informazioni: *famigliarità con problemi di sviluppo linguistico; nato a termine con parto eutocito con gravidanza normodecorsa, PN 3200 G. Pianto pronto e valido. Ritmi sonno-veglia nella norma. Sviluppo motorio in età ma con assenza di gattonamento; a livello linguistico presenza di 6 parole (mamma, papà, pappa, pipì, acqua, bona) con mancato utilizzo del "sì", mentre è presente il "no". Comunicazione di tipo prevalentemente richiestivo e non dichiarativo e dialogico. Si riporta come F. utilizzi l'altro come prolungamento per "prendere/afferrare" gli oggetti e di come non sia presente il pointing.*

*Svezzamento regolare, masticazione riferita nella norma. No sciallorea e presenza di selettività per il cibo (colore e forma).*

*La mamma riporta che davanti ad una frustrazione tende a reagire con discontrollo (lancia oggetti, spinge/schiaffo).*

*Le insegnanti riportano difficoltà di gestione alla Scuola dell'Infanzia a causa delle quali F. frequenta per un tempo limitato (9.30-11.30).*

*Autonomie non ancora acquisite: non mangia da solo, pannolino tolto nell'estate ma poi rimesso a scuola perché non scaricava. La mamma riporta alcuni giochi rigidi e ripetitivi (costruire, impilare, allineare) ed una certa reattività a livello tattile (non vuole sporcarsi o toccare alcune consistenze, soprattutto se queste risultano essere morbide). F. intraprende un percorso di logopedia dall'11/08/2020 a seguito di una segnalazione da parte del pediatra relativamente ad un ritardo nello sviluppo del linguaggio.*

*La mamma conclude affermando di essere preoccupata per il lato educativo perché spesso il bambino non la ascolta e ha frequenti crisi di rabbia.*

F. fin da subito manifesta comportamenti rigidi e ripetitivi, interessi ristretti, una certa ipercinesia motoria, linguaggio ridotto, mancata risposta a nome, non presenza del pointing ed assenza di ingaggio sociale. A seguito del primo incontro, ancor prima di intraprendere il percorso di valutazione, viene consigliato alla mamma di recarsi presso L'ULSS 9 per una visita neuropsichiatrica in quanto, sia io che la dott.ssa, avevamo il sospetto della presenza di un disturbo del neuro sviluppo. Nel novembre del 2020 la famiglia riceve la diagnosi di spettro autistico e F. viene immediatamente inserito in un programma di trattamento Floortime composto da:

- Intervento Floortime presso lo studio psicopedagogico Fredel a cadenza bisettimanale da parte mia in collaborazione con la dott.ssa Delaini.
- Intervento domiciliare Floortime da parte di un'operatrice certificata DIRFloortime practitioner® a cadenza quindicennale.
- Intervento Floortime di monitoraggio scolastico da parte di un'operatrice certificata DIRFloortime practitioner®.

Risulta fondamentale sottolineare come il percorso di valutazione e di presa in carico sia stato, e sia tutt'ora, supervisionato e monitorato dalle dott.sse DIRFloortime® Expert Training Leader Rossana Giorgi (terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva) e Serena Suman (psicologa e psicomotricista); quest'ultima, in qualità di psicologa dell'età evolutiva, ha effettuato la valutazione iniziale del bambino, ed il successivo follow-up, in collaborazione con me e la dott.ssa Delaini.

All'interno del percorso Floortime si è poi aggiunta la dott.ssa Lara Matera, logopedista e DIRFloortime proficient®, per un approfondimento sul trattamento delle difficoltà nella sfera alimentare del bambino.

## 7.1 Valutazione iniziale

Il 9 novembre 2020 F. si reca presso l'ULSS9 per una visita neuropsichiatrica dalla quale emerge: *“F. non presenta distorsioni. No deficit motori facciali. Il cammino è fluido. Il linguaggio appare ipoevoluto a livello espressivo, poco funzionale alla comunicazione. Talvolta ripete qualche suono, sembra un'ecolalia. Non risponde, eccetto quando vi sia una motivazione nel momento della richiesta. Il gioco spontaneo, in questo contesto, appare di tipo sensori-motorio piuttosto che stereotipato (lancia le macchinine, si arrampica). Lo sguardo diretto e congiunto è qualitativamente deficitario. La relazione con gli altri è possibile ma non fluida e continuativa. Sfida le regole, mostra una bassa tolleranza alle frustrazioni. In conclusione: F. presenta un **Disturbo del neuro sviluppo non specificato (cod. ICD 10 F 84.8)**, caratterizzato da un ritardo linguistico complesso, deficitarie competenze dialogiche (turno, ascolto, attesa, condivisione). Necessita di un lavoro focalizzato inizialmente sul chiedere lo sguardo diretto e l'attenzione per qualche secondo. Si richiede l'attivazione del sostegno scolastico per tutto il corso della scuola dell'infanzia. Gravità: presente”*.

La valutazione DIRFloortime®, invece, ha riguardato 4 incontri così suddivisi: 2 con F. e la mamma da parte della dott.ssa Delaini e 2 con la sola presenza di F. e condotti da me stessa; tutti gli incontri sono stati videoregistrati.

Il luogo della valutazione, che sarà poi il medesimo della presa in carico, è caratterizzato da stanze con materiale sensori-motorio in grado di offrire un'ampia sperimentazione di input vestibolari (es. attrezzature sospese, trampolini), propriocettivi (es. lycra, scalette, moduli psicomotori) tattili (es. schiuma, sabbia cinetica), visivi (es. lavagna luminosa, clessidre, luci) ed uditivi (es. fischietti, strumenti musicali, suoni), fondamentali per comprendere la processazione sensoriale del bambino al fine di delineare il suo profilo individuale; la stanza è quindi arredata con materiali ed attrezzature motivanti e divertenti, che permettono di lavorare sulla processazione ed integrazione sensoriale in pieno rispetto della “I” del modello DIRFloortime®.

La scelta di suddividere gli incontri tra le due professioniste risiede nella convinzione che un lavoro di equipe, in cui ogni professionista possa mettere in campo le sue capacità professionali, favorisca una vera e propria riflessione condivisa necessaria ad

una maggiore oggettività, validità e coerenza valutativa. Gli incontri di valutazione sono stati poi supervisionati dalle Expert Training Leader Rossana Goirgi e Serena Suman, le quali hanno permesso di guidarci nell'esaminare le potenzialità, nonché i limiti, sia del bambino che del nostro approccio nei suoi confronti. La supervisione riflessiva, infatti, parte imprescindibile di un operatore DIRFloortime®, promuove l'apprendimento e lo sviluppo professionale all'interno di un'organizzazione basata sulle relazioni.

La decisione di osservare F. sia in presenza della mamma che in sua assenza, fonda le sue ragioni nella necessità di valutare sia la qualità e la quantità degli scambi relazionali affettivi del bambino in presenza e nei confronti di un adulto familiare, sia l'adattabilità o la variazione degli stessi nel momento in cui il piccolo deve restare solo con un altro adulto non ancora familiare. Questo permette di valutare i pattern di relazione caregiver-bambino ("R" del modello DIRFloortime®), la loro eventuale generalizzazione o modificazione nei confronti di altri interlocutori.

A seguito dei 4 incontri sono stati analizzati i filmati di valutazione, in supervisione con le Expert Training Leader, dai quali è stato possibile compilare la *Functional Emotion Assessment Scale (FEAS)*, per indicare lo sviluppo emotivo-funzionale di F..

Ai genitori è stata, invece, consegnata la *Basic Chart* che hanno compilato con il nostro supporto e la "*A Sensory Life. Guida per riconoscere le differenze sensoriali*" di Angie Voss.

Per la valutazione delle capacità regolatorie di processazione sensoriale e per la valutazione dei pattern e disordini relazionali è stata utilizzata, rispettivamente, la sezione III e IV della *Psychodiagnostic Chart- Infancy and Early Childhood* del PDM-2, grazie al prezioso supporto della dott.ssa Serena Suman.

In aggiunta è stata redatta una relazione scritta nella quale sono stati maggiormente descritti i risultati ottenuti dai sistemi di valutazione sopracitati.

Dai risultati emerge quanto segue:

**1) Psychodiagnostic Chart Sezione III: Capacità di regolazione dell'elaborazione sensoriale:**

- Modulazione sensoriale: Ipo-responsività sensoriale: ottiene un punteggio di 4 (*no indication; never or rarely a problem*).

Iper-responsività sensoriale: ottiene un punteggio di 2 (*moderate problem or frequently a problem*); si rileva un iper-reattività tattile. Ricerca di sensazioni: ottiene un punteggio



di 2 (*moderate problem or frequently a problem*); si rileva una ricerca di sensazioni vestibolari, propriocettive e visive.

- Discriminazione sensoriale: Tattile: ottiene un punteggio di 2 (*moderate problem or frequently a problem*). Uditiva: un punteggio di 3 (*mild problem or only occasionally a problem*). Visiva: un punteggio di 2 (*moderate problem or frequently a problem*). Gustativa/Olfattiva: ottiene un punteggio di 3 (*mild problem or only occasionally a problem*). Vestibolare/Propriocettiva: ottiene un punteggio di 2 (*moderate problem or frequently a problem*).

- Funzionamento sensori-motorio: Problematiche posturali: ottiene un punteggio di 3 (*mild problem or only occasionally a problem*). Problematiche disprattiche: ottiene un punteggio di 3 (*mild problem or only occasionally a problem*).

*Profilo globale di regolazione sensoriale: disturbo dell'elaborazione sensoriale associato a ASD (Moderate Impairments).*

Queste problematichità sono confermate dai genitori attraverso la compilazione “**A Sensory Life. Guida per riconoscere le differenze sensoriali**” di Angie Voss.

Si sottolinea, inoltre, la presenza in F. di un profilo SOR (Sensory Over Resposivity), di uno stato tendente all'iperarousal, con attivazione del sistema nervoso simpatico e conseguenti manifestazioni comportamentali di “attacco/fuga”.

## 2) Psychodiagnostic Chart Sezione IV: Pattern relazionali e disturbi

- Relazione bambino-caregiver: ottiene un punteggio di 22, *moderate perturbazioni nei pattern relazionali* (Moderate perturbation or disturbante in relational patterns = 22-28), date soprattutto da una povera consapevolezza delle difficoltà del bambino ed una carente capacità riflessiva e di “lettura” del suo profilo sensori-motorio-affettivo.

- Pattern di attaccamento: Sicuro.

3) **FEAS**: è stata compilata esclusivamente la sezione dedicata al gioco sensori-motorio, sia per il caregiver che per il bambino, in quanto non è emerso il gioco simbolico durante la valutazione. È stato possibile valutare esclusivamente i primi 3 livelli di sviluppo emotivo-funzionale, in quanto i successivi non sono di accesso al bambino e, conseguentemente, al caregiver (N/O: not observed).

Il caregiver (mamma) ottiene un punteggio deficitario in tutti e tre i livelli della scala di sviluppo emotivo-funzionale; *regolazione ed interesse per il mondo*: 3, “deficitario” (Deficient= 0-3); *coinvolgimento e relazione*: 4, “deficitario” (Deficient= 0-5); *intenzionalità e comunicazione a due vie*: 4, “deficitario” (Deficient= 0-7) ed un punteggio totale di 11, “deficitario” (Deficient= 0-39).

Parimenti il bambino ottiene un punteggio deficitario in tutti e tre i livelli della scala di sviluppo emotivo-funzionale; *regolazione ed interesse per il mondo*: 3, “deficitario” (Deficient= 0-10); *coinvolgimento e relazione*: 6, “deficitario” (Deficient= 0-12); *intenzionalità e comunicazione a due vie*: 0, “deficitario” (Deficient= 0-6) ed un punteggio totale di 9, “deficitario” (Deficient= 0-45).

Dalla somma totale dei punteggi bambino-caregiver emerge un punteggio “deficitario” di 21 (Deficient= 0-86).

La tabella 7.1 sintetizza i livelli dello sviluppo emotivo-funzionale.

Dalla **Basic Chart** emergono le medesime difficoltà nei primi tre livelli della FEDC.

Si rimanda alla sezione Appendice (Appendice 2) per visionare nel dettaglio i risultati della prima valutazione.

**Tab 7.1 Sintesi del profilo emotivo-funzionale di Flippo.**

LIVELLO FEDC	1	2	3	4	5	6	7
	Non raggiunto	Scarsamente raggiunto anche con molto supporto (instabile)	Mostra isole di capacità	Con moderato supporto affettivo, gestuale, linguistico e sensoriale, può espandere questa capacità	Non ancora adeguato all'età. È frammentato	Raggiunge un adeguato livello per l'età ma è vulnerabile nelle situazioni di stress e/o con repertorio limitato affettivo	Appropriato all'età per un range ampio e variato di stati emotivi differenti
1		x					
2		x					
3	x						

## 7.2 Presa in carico presso lo studio Psicopedagogico Fredel

A seguito della valutazione è stato avviato il percorso di presa in carico Floortime presso lo studio Fredel, l'ambiente domiciliare e quello scolastico. Sono stati, di conseguenza, individuati obiettivi comuni tra gli interventi, elaborati utilizzando il formato della GAS (*Goal Attainment Scale*) fornito dalla dott.ssa Rossana Giorgi. Di seguito vengono riportati i Functional Goal e, per ognuno di essi, le modalità/tecniche Floortime utilizzate per il perseguimento degli stessi obiettivi.

Nella tabella possiamo osservare:

- Functional Goal: obiettivo specifico di lavoro quantificabile secondo dimensioni legate al tempo (minuti) oppure al numero (quantità). In alcuni casi viene indicato il tipo di supporto fornito.
- Current Performance: indica l'output sensori-motorio-affettivo attuale del bambino.
- Indicatori numerali: permettono di visionare da dove parte il bambino (-2), dove gli specialisti si prefiggono di arrivare in relazione a quel determinato obiettivo (0), la massima performance alla quale aspirare (2); -1 si riferisce, invece, ad un performance migliore rispetto al punto di partenza ma non ancora in linea con l'obiettivo prefissato, mentre 1 indica un risultato maggiore rispetto al punto zero (0), inferiore tuttavia al punto 2.

Si specifica come gli obiettivi sotto riportati si riferiscano, in particolare, alle sessioni Floortime in studio, le quali hanno una durata di 60 minuti e si svolgono bi settimanalmente; ciò nonostante gli stessi obiettivi sono stati tenuti in considerazione per strutturare gli interventi domiciliari, il PEI e l'intervento scolastico.

Gli obiettivi sottostanti sono stati perseguiti per tutta la durata della presa in carico (19 mesi) e sono stati monitorati, modificati, rielaborati nel corso del percorso Floortime. Di seguito, ai fini della tesi, vengono riportati congiuntamente e nella loro più recente formulazione.

<b>#1 Functional Goal:</b> Raggiungere e mantenere lo stato di calma e regolazione per più tempo possibile				
<b>Current Performance:</b> Attualmente F. mantiene lo stato di regolazione per 1 minuto				
<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Attualmente F. mantiene lo stato di regolazione per 1 minuto	F. mantiene lo stato di regolazione per 5/6 minuti continuativi con costante supporto sensori-motorio-affettivo	F. mantiene lo stato di regolazione per 5/6 minuti continuativi con moderato supporto sensori-motorio-affettivo	F. mantiene lo stato di regolazione per 10 minuti continuativi con moderato supporto sensori-motorio-affettivo	F. mantiene lo stato di regolazione per più di 10 minuti continuativi con moderato supporto sensori-motorio-affettivo

Modalità: essendo F. un bambino con livello tendente all'iperaroual causato soprattutto da un'attivazione del sistema simpatico con manifestazioni di "attacco/fuga", è risultato fondamentale favorire nel piccolo l'emergere di un senso di "safe" (attivazione parasimpatica ventro-vagale) al fine di aumentare la sua finestra di tolleranza e portarlo, conseguentemente, a raggiungere e mantenere la regolazione per un periodo di tempo maggiore. Per questo motivo:

- Il setting è stato reso prevedibile e familiare, strutturato nello stesso modo soprattutto per le prime sedute, evitando la proposta di stimoli imprevisti e nuovi che avrebbero causato manifestazioni di ansia e stress. In fase iniziale non sono stati introdotti stimoli tattili verso i quali il bambino già manifestava una certa reattività.
- Wait, Watch, Wonder: partire dall'iniziativa del bambino, senza seguirlo nella sua iniziale ipercinesia, attenderlo assumendo una postura rilassata e ferma, per poi unirsi con piacere al suo interesse naturale.
- il nostro atteggiamento/comportamento doveva essere "calmante" con attenzione ad una "regolazione in discesa"; per questo il ritmo del gioco doveva essere incalzante ma allo stesso tempo lento, il nostro movimento doveva risultare non eccessivamente rapido, la nostra postura doveva apparire ai suoi occhi rilassata e disponibile (spesso al pavimento), il nostro output comportamentale doveva essere prevedibile, il nostro volume di voce tendenzialmente basso e la nostra affettività doveva diventare organizzante e modulata.

<b>#2 Functional Goal:</b>		Prolungare i tempi di attenzione condivisa durante il gioco con l'adulto		
<b>Current Performance:</b>		Attenzione condivisa limitata (massimo 1 minuto)		
<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
F. condivide l'attenzione con l'altro per 1 minuto prima di distrarsi	F. condivide l'attenzione con l'altro per 3/4 minuti prima di distrarsi	F. condivide l'attenzione con l'altro per 5 minuti prima di distrarsi	F. condivide l'attenzione con l'altro per 7/8 minuti prima di distrarsi	F. condivide l'attenzione con l'altro per 10 minuti prima di distrarsi

Modalità: per catturare l'attenzione del bambino nei confronti dell'interlocutore piuttosto che in riferimento ad un gioco auto assorbente è stato fondamentale renderci "interessanti" ai suoi occhi; l'utilizzo di mimica marcata, spesso "buffa", di una gestualità ampia ed esplosiva e di un'altissima affettività è stato quindi determinante per incrementare la sua attenzione condivisa. È risultato fondamentale, inoltre, eliminare preventivamente dal setting tutti quegli elementi/giochi che portavano F. ad un eccessivo isolamento (es. oggetti di piccole dimensioni), sostituendoli con materiale sensori-motorio. Fornire al bambino input tattili al suo corpo, attraverso il nostro tocco, ed abbassarsi fisicamente al suo livello per favorire una maggior contatto oculare, ha inoltre incrementato notevolmente la sua attenzione nei nostri confronti durante i momenti di interazione.

<b>#3 Functional Goal:</b>		Aumentare il coinvolgimento in giochi di causa-effetto 1 step, in uno spazio prossimale e con alta affettività		
<b>Current Performance:</b>		Attualmente F. rimane ingaggiato in giochi di causa effetto per 1 minuto; poi si allontana		
<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
F. rimane ingaggiato per 1 minuto; interrompe il gioco allontanandosi	F. rimane ingaggiato per 3 minuti continuativamente	F. rimane ingaggiato per 5 minuti continuativamente	F. rimane ingaggiato per 6/7 minuti continuativamente	F. rimane ingaggiato per 9/10 minuti continuativamente

Modalità: F. tendeva ad un gioco per lo più auto assorbente con oggetti di piccole dimensioni, senza manifestare alcun tipo di coinvolgimento con l'altro. Per favorire un incremento dell'engagement siamo partite dall'analisi del suo profilo sensoriale, in particolare dalla ricerca/bisogno di stimolazione vestibolare e propriocettiva attiva; abbiamo quindi allestito uno setting prevalentemente con materiale sensori-motorio

(cubi psicomotori, tappetoni, crash-pad, scivolo) per fornire al bambino questi input. Come abbiamo osservato in valutazione, tuttavia, la ricerca di queste sensazioni avveniva in modo ripetitivo e spesso aveva effetti disorganizzanti sull'arousal stesso del bambino, causandone un aumento esponenziale. Proprio per questo motivo è risultato fondamentale, partendo sempre dalla sua iniziativa/interesse, aiutarlo ad organizzare le sue sperimentazioni sensoriali indirizzandole verso un goal diretto; tutto questo doveva avvenire in uno spazio ristretto (personale-peripersonale) al fine di supportarlo nella processazione degli input visivi, all'interno di un gioco causa-effetto ad uno solo step e tenendo in considerazione le sue potenzialità prassiche attuali (combinazione di massimo due prassie). Per esempio F. entrava nella stanza ed iniziava a correre lungo le pareti (ricerca vestibolare), sbattendo forte i piedi a terra (ricerca propriocettiva), stimolandosi visivamente lungo i bordi dei muri (ricerca visiva), eseguendo il medesimo percorso senza fermarsi (schema rigido ed ipercinesia come segno di un arousal elevato). Abbiamo per questo:

- Allestito un setting, sempre uguale, che rassicurasse il bambino, che lo ingaggiasse ed avvicinasse ad un primo gioco di tipo sensori-motorio.
- Wait: lo abbiamo aspettato, in una posizione statica al pavimento accompagnando il movimento del bambino con suoni, mimica, gestualità ed affettività co-regolante e calmante, al fine di fargli percepire la nostra presenza nel suo agito.
- Wonder: quando abbiamo visto che l'ipercinesia stava diminuendo ci siamo unite a lui.
- Introdurre un goal: abbiamo iniziato a correre con lui, ma dalla parte opposta alla sua direzione, modulando la velocità del nostro movimento (molto lento e pesante). I nostri passi, ora, erano accompagnati da suoni semplici ("pum, pum") ripetuti in modo da attenzionare il bambino verso di noi ed indurlo ad imitarci e quindi rallentare (co-regolazione). F. ha iniziato così a muoversi più lentamente, accorgersi realmente della nostra presenza, osservandoci nel nostro stesso spostamento. In questo caso il gioco era ancora sensori-motorio e parallelo.
- Ripetizione: abbiamo ripetuto lo schema di gioco in modo da favorire in F. l'attivazione del *rilevatore di intenzionalità* (Baron-Choen, 1995/1997), con il fine di fargli comprendere il nostro agito; lo schema così reso prevedibile (con effetti positivi sullo stato di safe) ha permesso al bambino di anticipare lui stesso l'azione.

- Utilizzo di una forte mimica, affettività e gestualità che accompagnavano gli scambi.

- Dopo che lo schema ripetuto è stato compreso realmente dal bambino è iniziato il vero coinvolgimento; ci stavamo muovendo da un angolo all'altro della stanza andando nella direzione contraria a quella di F. quando, improvvisamente, arrivati nell'angolo opposto a quello di partenza, F. si ferma, ci guarda negli occhi, sorride, alza le braccia e batte le mani, dando il segnale per ricominciare a muoverci e scambiarci di posizione con lui. Si è creato così un gioco condiviso in cui F. aspettava che noi arrivassimo nella posizione opposta della stanza per dare lui il "segnale di partenza"; la sua ricerca è stata quindi indirizzata verso un goal (mi muovo e mi scambio di posizione), all'interno di un gioco semplice di causa effetto ad uno step (batto le mani-ci muoviamo), che ha incrementato sempre di più il suo piacere e divertimento. Infatti, ad ogni scambio F. aumentava i sorrisi, la mimica diventava più flessibile, lo sguardo più indirizzato ed emergevano delle risate di divertimento. Aspettandoci, inoltre, F. manifestava il desiderio di condividere con noi l'esperienza ludica; il nostro movimento lento nello spazio oltre ad avere una funzione di modulazione e co-regolazione sull'arousal del bambino (e sul suo agito), aveva anche lo scopo di aumentare la sua attenzione e capacità di attesa e favorire altresì la percezione della dimensione temporale e spaziale nell'azione di gioco; lo spazio ed il tempo sono stati così percepiti attraverso l'interazione reciproca in un significato motorio condiviso e attraverso un approccio multimodale.

Tutto questo ha permesso l'emergere graduale di un senso di sé Nucleare (Stern, 1992/1985) e delle sue sottodimensioni.

<b>#4 Functional Goal:</b>		Mantenere un ingaggio di almeno 10 circoli comunicativi in attività sensori-motorie.		
<b>Current Performance:</b>		F. apre circa 1/massimo 2 circoli di comunicazione con costante supporto sensori-motorio-affettivo		
<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
F. apre 1/2 circoli di comunicazione con costante supporto sensori-motorio-affettivo	F. apre 5 circoli di comunicazione con stante supporto sensori-motorio-affettivo	F. apre 10 circoli comunicativi con costante supporto sensori-motorio-affettivo	F. apre 10 circoli comunicativi con moderato supporto sensori-motorio-affettivo	F. apre più di 10 circoli comunicativi con moderato supporto sensori-motorio-affettivo

Modalità: per aumentare il numero di circoli comunicativi non era necessario fare richieste al bambino oppure indurlo a ripetere parole/frasi/azioni. Come si è potuto osservare nel *Functional Goal 3* è proprio all'interno di un gioco sensori-motorio di

causa effetto-semplice, adeguato al profilo individuale del bambino, che sono emerse segnalazioni, scambi, e circoli di comunicazione; possiamo infatti considerare il gesto di battere le mani di F. come un primo segnale comunicativo, al quale l'adulto ha risposto muovendosi nella stanza mentre il bambino lo osservava ed attendeva; la risposta mimica ed affettività del bambino al nostro movimento ha rappresentato così un altro segnale comunicativo. Il circolo si è chiuso con un momento di attesa da parte di entrambi i partner, per poi riprendere con il gesto di F. Ciò che ha accompagnato l'aumento del numero di circoli è stato l'emergere del *rilevatore della direzione degli occhi* (Baron-Cohen, 1995/1997), che ha permesso al bambino di incrementare gli scambi relazionali con l'altro, condividendo con lui l'attenzione verso le interazioni giocose.

Per espandere sempre di più i circoli di comunicazione è risultato indispensabile l'utilizzo dell'affetto al fine di stimolare il piacere della condivisione. In base al profilo sensoriale di F., inoltre, il canale uditivo e visivo sono stati utili a questa espansione (es. accompagnando la segnalazione con suoni/rumori e con gestualità ampia ed esplosiva). È inoltre importante sottolineare come, inizialmente, date l'ipercinesia e le difficoltà di regolazione e di processazione degli input vestibolari, propriocettivi e visuo-percettivi, il numero di circoli aumentasse maggiormente all'interno di spazi ristretti, dove il corpo fosse prevalentemente fermo. Questo si traduceva nel predisporre nel setting piccole "nicchie"/"angoli" dove il bambino potesse sedersi/entrare ed avviare più scambi con l'altro.

Tuttavia, man mano che l'arousal diminuiva, la ricerca vestibolare e propriocettiva si organizzava, l'attenzione condivisa e l'engagement aumentavano, così anche i circoli si espandevano notevolmente nel movimento spaziale.

Per favorire l'emergere dei circoli è stato fondamentale utilizzare una forte mimica ed affettività, spesso teatrale, nonché servirsi dei canali vista-udito-tatto (osservare cosa osserva il bambino, ripetere o proporre suoni semplici modulati e variati, toccare il corpo del bambino per fornirgli una sensazione di grounding).



<b>#5 Functional Goal</b> Aumentare la segnalazione non verbale nell'interazione				
<b>Current Performance</b> Attualmente F. fa uso di gergofasie ed etichette lessicali senza finalità comunicativa				
<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Comunica non verbalmente 0 volte all'interno di sessioni di 60 minuti	Comunica non verbalmente 3 volte all'interno di sessioni di 60 minuti	Comunica non verbalmente 5 volte all'interno di sessioni di 60 minuti	Comunica non verbalmente 7 volte all'interno di sessioni di 60 minuti	Comunica non verbalmente 10 volte all'interno di sessioni di 60 minuti

Modalità: per diminuire l'utilizzo di ecolalie, script e gergolalie, particolarmente presenti ad un livello di attivazione elevato, e favorire sia un linguaggio più contestuale e, soprattutto, una segnalazione non verbale adeguata e coerente è stato necessario:

- Partire dal suo stesso interesse in modo che, grazie alla motivazione stessa, il bambino segnalasse non verbalmente ed emotivamente.
- Utilizzare inizialmente, date le difficoltà di segnalazione, una sola espressione non verbale; successivamente quando questa veniva compresa e rielaborata dal bambino, risultava necessario variare.
- Non ripetere le sue parole script.
- Ridurre il nostro stesso parlato, sostituendolo inizialmente con gesti deittici o preformativi, referenziali o rappresentativi, legati e coerenti all'azione/interazione in atto ed accompagnati da mimica ed alta affettività. Tutto questo per favorire, da un lato, la diminuzione delle ecolalie e gergolalie e, dall'altro, l'eventuale imitazione sia immediata che differita, coerente e contestuale, da parte del bambino; la maggior parte delle sessioni, infatti, avveniva senza l'utilizzo della parola. Con il tempo F. aveva aumentato il numero di gesti legati all'azione e riprendeva suoni coerenti con il movimento in atto, rendendo così la segnalazione funzionale alla comunicazione; se il bambino, infatti, voleva qualcosa, lo indicava, mi guardava e, se l'oggetto era legato ad un suono, produceva l'output verbale.
- Inserire gradualmente semplici parole legate al contesto esperienziale-emozionale ed interpersonale nell'azione svolta (es. apri/chiudi/su/giù), pronunciate dall'adulto come se fosse il bambino stesso a parlare; questo al fine di favorire il loro utilizzo contestuale nel momento in cui il bambino ripeteva il nostro parlato. Per esempio per aprire la porta abbiamo introdotto la parola "apri"; F. ripeteva la parola e noi, di conseguenza,

aprivamo la porta. Il tutto, necessariamente, doveva essere calato in un contesto sensoriale ed affettivo di grande coinvolgimento, al fine che la parola data fosse arricchita di significato, realmente compresa ed utilizzata spontaneamente e contestualmente dal bambino; infatti il giorno successivo a questa proposta linguistica F., trovatosi davanti alla porta, prima di entrare in stanza, ci ha guardate e sorridendo ha detto “apri”.

- Un altro passo importante è stato quello di generalizzare la parola ad altri contesti/situazioni (es “apri” per aprire il rubinetto dell’acqua /per aprire l’armadio con i giochi).

- Evitare l’utilizzo dei sistemi CAA e prediligere l’emergere della comunicazione all’interno di un sistema interattivo dove le parole non siano semplici etichette lessicali legate alla rappresentazione pittografica, bensì vengano arricchite dalla controparte sensoriale; tutto questo con la finalità di sviluppare un linguaggio investito e non stereotipato.

L’utilizzo di queste modalità ha permesso a F. nel tempo di espandere la sua segnalazione non verbale, di aumentare e variare il numero di circoli comunicativi e di incrementare le sue stesse abilità sociali.

<b>#6 Functional Goal:</b> Diminuire la durata dei meltdown (crisi)				
<b>Current Performance:</b> Attualmente F. ha dei meltdown della durata di 20/30 minuti di fronte a "no" o limitazioni				
<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Attualmente F. ha dei meltdown della durata di 20/30 minuti di fronte a "No" o limitazioni	F. ritorna nello stato di calma dopo 15 minuti con costante supporto sensori-motorio-affettivo	F. ritorna nello stato di calma dopo 10 minuti con costante supporto sensori-motorio-affettivo	F. ritorna nello stato di calma dopo 10 minuti con moderato supporto sensori-motorio-affettivo	F. ritorna nello stato di calma dopo meno di 10 minuti con moderato supporto sensori-motorio-affettivo

Modalità: per ridurre la durata delle disregolazioni di fronte a dei limiti/regole e “no” imposti dall’altro e per far ritornare F. il più velocemente allo stato di calma, è stato necessario servirsi della co-regolazione interattiva. Quando il bambino era frustrato emergevano spesso comportamenti di fight/flight (schiaffi, graffi, sberle, calci, svincolamenti) verso sè stesso e verso gli altri.

Per prima cosa è risultato fondamentale tenere a disposizione nel setting uno spazio nel quale il bambino potesse essere guidato nei momenti di forte meltdown (tenda), in quanto F. in quelle circostanze non voleva essere toccato dall'altro e si allontanava dalla situazione ricercando gli angoli della stanza, rannicchiandosi. È stato poi indispensabile anticipare le nostre risposte di fronte alle reazioni di attacco del bambino: se rivolte verso noi stessi risultava fondamentale allontanarsi per non essere "colpiti" ed evitare così l'esecuzione da parte di un bambino di uno schema che poi sarebbe diventato rigido ed appreso; se invece erano rivolte verso se stesso era indispensabile bloccare la sua azione e sostituirla con un'altra attraverso la co-regolazione (es. prendere la sua mano prima che potesse darsi uno schiaffo ed accarezzarla dolcemente). Il tutto doveva essere guidato da una forte affettività calmante, rispecchiando con la mimica (più che con le parole) lo stato d'animo del bambino di quel momento, per poi fornire una marcatura, rielaborando così l'emozione vissuta; la sintonizzazione affettiva risultava così essere la chiave per tornare il più rapidamente allo stato di calma. Una volta che il bambino aveva appreso che la tenda poteva essere un luogo sicuro dove rifugiarsi, egli vi si recava in autonomia, accettava la vicinanza dell'adulto co-regolante e, gradualmente, anche il suo contatto. Risultava, infatti, molto regolatorio effettuare un massaggio tattile profondo o propriocettivo (joint compression) al corpo del bambino nel momento di discesa dal meltdown; si sottolinea, infatti, come la stimolazione dei recettori tattili profondi e propriocettivi abbia un effetto calmante ed organizzante sul SN.

Inoltre, in alcune occasioni l'adulto poteva accompagnare il rispecchiamento mimico-posturo-gestuale con frasi che davano voce allo stato del bambino (es. "F. è molto arrabbiato"), il tutto con un'alta sintonizzazione affettiva.

Con il tempo i meltdown sono diminuiti e l'uso della tenda si è gradualmente sostituito a rispecchiamento/marcatura ed al tocco profondo dell'altro.

Poiché molti meltdown avvenivano nei momenti di transizione (quando il bambino doveva andare/venire via da un luogo) l'utilizzo delle foto stampate, raffiguranti il luogo di destinazione, catturavano la sua attenzione, riducevano la sua ipercinesia e gli permettevano di comprendere e, quindi, "leggere" al meglio la situazione anche attraverso l'utilizzo di semplici parole, cariche di affetto, da parte dell'adulto (es. "adesso andiamo a scuola" facendo vedere la foto della scuola). La scelta di servirsi delle foto risiede sia nel ragionamento clinico in riferimento al profilo sensoriale del

bambino, (F. ricerca e apprezza infatti stimoli visivi come foto, immagini) sia nella potenzialità dell'immagine visiva stessa, che permette di aumentare la comprensione del messaggio e della situazione immediata e futura. Attraverso l'utilizzo delle foto e della co-regolazione interattiva, infatti, F. ritornava allo stato di calma e gestiva al meglio la transizione.

<b>#7 Functional Goal:</b> Diminuire schemi rigidi e ripetitivi di gioco				
<b>Current Performance:</b> Attualmente F. varia lo schema di gioco 0 volte				
<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Attualmente F. varia lo schema di gioco 0 volte	F. varia lo schema di gioco 2 volte con costante supporto sensori-motorio-affettivo	F. varia lo schema di gioco 2 volte con moderato supporto sensori-motorio-affettivo	F. varia lo schema di gioco 3 volte con moderato supporto sensori-motorio-affettivo	F. varia lo schema di gioco + di 3 volte con moderato supporto sensori-motorio-affettivo

Modalità: essendo F. un bambino tendente alla ripetizione dello schema di gioco in modo rigido e continuativo, è risultato fondamentale lavorare sulla flessibilità attraverso la modificazione di una sola variabile alla volta, all'interno della routine ludica. Per prima cosa era fondamentale che F. si trovasse in uno stato di "safe", calma, regolazione ed ingaggio sociale e che avesse organizzato la sua ricerca vestibolare e propriocettiva in un gioco semplice di causa-effetto diretto ad un goal, all'interno di uno spazio personale e peri-personale; risultava infatti indispensabile che egli avesse compreso lo schema di gioco e, conseguentemente, il nostro comportamento attraverso la ripetizione della routine ludica, in modo da renderla prevedibile ed anticipabile.

Solo quando questo veniva raggiunto noi potevamo introdurre, utilizzando un lieve ostruzionismo giocoso, una variabile nella sequenza di gioco che permetteva di "rompere" la successione nella sua rigidità. Per esempio se F. faceva lo stesso percorso camminando sopra a dei cubi psicomotori in equilibrio, noi potevamo "far finta" di cadere su uno di essi per spostarlo giocosamente lontano; il tutto doveva risultare per il bambino sorretto da una fortissima mimica, gestualità ed affettività. Di conseguenza F., trovandosi davanti ad una "distruzione" fisica e mentale del suo percorso di gioco, reagiva ridendo, si avvicinava a noi, prendeva il cubo e lo sistemava, prima di

riprendere il percorso. Quello che accadde successivamente fu che, nel ripetere nuovamente lo schema, il bambino si “aspettava” che noi giocosamente distruggessimo il percorso, come avevamo fatto in precedenza; ed ecco che la sequenza era stata modificata e, da quel momento, sarebbe stato possibile produrre un’ulteriore piccola modifica.

E ancora nell’esempio precedente della corsa negli angoli, per variare lo schema abbiamo introdotto un altro elemento di segnalazione diverso dal “battito di mani; sempre con molta giocosità ed affettività abbiamo provato a battere i piedi per terra e F. ha così imitato l’azione e modificato la segnalazione.

Nelle routine di gioco risultava quindi fondamentale modificare una sola variabile alla volta; se per esempio giocavamo a lanciarsi una pallina rossa sulla scivolo, potevamo variare o il colore della pallina, oppure la sua velocità (più lento/forte), o la nostra stessa posizione e postura nello spazio (un po’ più vicino/lontano, seduti/sdraiati), oppure il suono (“uee/”ooo”) e la gestualità (braccia che si alzano/braccia che si allargano) che accompagnavano l’azione. Tutto questo doveva necessariamente tenere in considerazione il profilo sensoriale del bambino e il suo livello di regolazione del momento, in modo che la “modifica” nello schema di gioco da parte dell’altro nella routine, potesse essere accolta con piacere e coinvolgimento, senza frustrarlo e disregolarlo. Il supporto sensori-motorio e soprattutto affettivo risultava essere indispensabile per rendere tollerabile la flessibilità.

Piccole variazioni sono state inoltre introdotte nelle routine quotidiane; per esempio, in accoglienza, ci facevamo trovare in luoghi differenti: a volte in corridoio, altre volte fuori dalla porta di ingresso, altre ancora lo aspettavamo in cortile. Tutto questo risultava necessario per rompere lo schema di ingresso che il bambino utilizzava rigidamente e che metteva spesso in atto rapidamente.

Tutte queste piccole variazioni, calate in un contesto ludico di condivisione, affettività e gioia, hanno gradualmente permesso a F. di sviluppare il piacere della sperimentazione delle diverse possibilità di azione ed interazione del suo corpo nello spazio-tempo con l’altro.

<b>#8 Functional Goal:</b> Diminuire la reattività agli stimoli tattili				
<b>Current Performance:</b> Attualmente F. scappa/si disregola/si ritira di fronte a consistenze morbide o liquide (schiuma, acqua, slime)				
<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Attualmente F. scappa e si ritira di fronte ad consistenze morbide o liquide	F. Si avvicina consistenze morbide o liquide (almeno 1)	F. tocca consistenze morbide o liquide (almeno 1)	F. sperimenta consistenze morbide o liquide (almeno 1)	F. gioca con consistenze morbide o liquide (almeno 1)

Modalità: essendo F. un bambino con una reattività tattile e manifestazioni difensive di fronte ad oggetti con consistenza morbida/molle, è stato necessario partire dalla proposta di materiali più solidi, duri e secchi per favorire una prima ricezione e modulazione dello stimolo (es. riso, fagioli, mais). Ciò che ha permesso una maggiore processazione tattile è stato il supporto fornito dai canali visivo ed uditivo durante la manipolazione delle consistenze. Inizialmente, infatti, F. non tollerava giocare con il riso e reagiva rovesciando la vaschetta e scappando dalla situazione; introducendo la stimolazione visiva (es. prendere il riso e farlo scivolare dall'alto verso il basso, oppure racchiuderlo nella mano e poi aprirla rapidamente ed in modo "esplosivo") ed uditiva (es. accompagnare la discesa del riso dall'alto verso il basso con il suono "o-o-o-o"), con una forte affettività, mimica e gestualità, il bambino non solo ha iniziato a toccare e sperimentare diverse consistenze, ma ha altresì avviato una forte condivisione emotiva con l'altro. Per favorire una maggiore integrazione dello stimolo, inoltre, era importante effettuare una certa pressione sulle mani del bambino nel mentre egli stringeva le varie consistenze.

Anche l'acqua, inizialmente non tollerata dal bambino, se supportata a livello del suo profilo sensoriale dagli input visivo ed uditivo e, a livello relazionale dall'affettività, si è trasformata, nel periodo estivo, in uno dei giochi più apprezzati dal bambino.

È importante sottolineare come l'utilizzo della relazione con l'altro, dell'affettività e della co-regolazione sia la via regia per favorire una maggiore accettazione dello stimolo tattile; si riporta, infatti, come le principali sperimentazioni tattili, anche con consistenze più morbide (es. schiuma) siano state accettate da F. in presenza della mamma, grazie al suo supporto affettivo.

Per favorire una maggiore integrazione dello stimolo tattile inoltre:

- È stato introdotto prima in stanza e successivamente a casa il Brushing Protocol (spazzolamento del corpo con un'apposita spugna con la finalità di integrare maggiormente gli input tattili).
- Il bambino è stato spesso toccato su tutto il corpo con un tocco deciso, evitando il contatto leggero, specie su spalle ed arti. Il contatto è stato sempre anticipato da una segnalazione verbale per evitare che il bambino si disregolasse perché “colto di sorpresa”.
- Utilizzo dello spazzolino elettrico per desensibilizzare l'iper-reattività a livello orale e di oggetti vibratorii su tutto il corpo, a basse frequenze o per un tempo limitato.
- Al bambino venivano spesso proposto degli “havy work” (lavori pesanti; es. spostare cubi psicomotorii, palle pesanti 0.5 kg, coperta ponderata, oggetti pesanti) in quanto organizzanti per la sensibilità tattile.

Tutto questo, in linea con la processazione sensoriale del bambino, doveva necessariamente essere calato all'interno di un contesto relazionale.

Si vuole tuttavia sottolineare come la reattività tattile di F. si sommi alla sua stessa rigidità; ciò significa che se il bambino in passato ha vissuto la sperimentazione di una determinata consistenza in modo spiacevole, questa stessa risposta negativa tenderà a ripetersi rigidamente ogni qual volta F. si troverà di fronte al medesimo oggetto o simili. Proprio per questo il confine tra reattività e rigidità è molto difficile da delineare in questo bambino; ciò che risulta fondamentale è, quindi, l'utilizzo della co-regolazione e di un'affettività organizzante-calmate, per superare la rigidità/reattività e favorire, così, una maggiore integrazione tattile.

Per quanto riguarda la selettività alimentare sono stati successivamente introdotti dalla logopedista DIRFloortime proficient® Lara Matera appositi Functional Goal.

<b>#9 Functional Goal:</b>		Ridurre l'intesa ricerca di stimolazione propriocettiva e vestibolare, spesso disorganizzante		
<b>Current Performance:</b>		Attualmente F. ricerca stimolazione vestibolare e propriocettiva disorganizzante per circa 40 minuti		
<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Attualmente F. ricerca stimolazione vestibolare e propriocettiva disorganizzate per circa 40 minuti	F. ricerca stimolazione vestibolare e propriocettiva con più organizzazione per circa 20 minuti con costante supporto sensori-motorio-affettivo	F. ricerca stimolazione vestibolare e propriocettiva con più organizzazione per circa 10 minuti con costante supporto sensori-motorio-affettivo	F. ricerca stimolazione vestibolare e propriocettiva con più organizzazione per circa 10 minuti con moderato supporto sensori-motorio-affettivo	F. ricerca stimolazione vestibolare e propriocettiva con più organizzazione per circa meno di 10 minuti con moderato supporto sensori-motorio-affettivo

Modalità: per favorire questa maggior organizzazione abbiamo utilizzato le tecniche descritte per il *Functional Goal 3*. Inoltre, affinché fosse possibile una maggiore organizzazione di questi sistemi, risultava fondamentale lavorare in un'ottica di integrazione vestibolare-proprioceettiva, offrendo attrezzature/attività adeguate al profilo individuale del bambino. Per esempio, nel caso di F., un'attività organizzante era quella di arrampicarsi sui cubi psicomotori, sedersi sull'ultimo modulo, darmi le mani e cadere abbracciato con me su di un ampio cuscino (crush-pad). In questo modo il bambino poteva infatti integrare:

- Salendo la scaletta di cubi: input vestibolari e proprioceettivi attivi
- Dandomi le mani: input tattili.
- Cadendo con me sul tappetone: inpt proprioceettivi, tattili e vestibolari anche passivi.

All'interno di questa attività, inoltre, la processazione degli input visuo-spaziali ed uditivi si univa all'elaborazione delle sensazioni sopra descritte, in un'ottica di integrazione. Tutto chiaramente era calato in un contesto giocoso e relazionale, dove il livello di engagement era molto elevato e così, conseguentemente, il numero di circoli comunicativi risultava in espansione.

Infine, fornire al bambino uno stimolo tattile profondo prima dell'azione motoria gli permetteva di integrare le informazioni visive con quelle proprioceettive sulla posizione del proprio corpo nello spazio, avendo effetti positivi sull'arousal, la postura e sulle reazioni di stabilizzazione.



### **7.3 Presa in carico domiciliare**

La presa in carico domiciliare è iniziata verso il periodo di marzo 2021 ed è stata effettuata da parte di Lorena Liloni, DIRFloortime practitioner®. Gli incontri sono avvenuti a cadenza quindicinale, con durata di circa 60 minuti, e si svolgevano prevalentemente nel salotto di casa con la partecipazione attiva della mamma di F., che veniva guidata nelle interazioni di gioco; inoltre Lorena si è dimostrata essere una figura di riferimento per i genitori, i quali potevano avanzare dubbi e ricevere consigli circa la gestione educativa del bambino nella loro quotidianità.

Obiettivo fondamentale era quello di favorire il raggiungimento-mantenimento di un adeguato stato di regolazione, partendo dall'interesse del bambino, per poi aumentare il livello di attenzione condivisa e di engagement con l'altro e favorire, così, l'emergere un numero sempre più ampio di circoli di comunicazione.

Inizialmente F., data il suo intenso bisogno di stimolazioni propriocettive e vestibolari, ricercava maggiormente giochi sensori-motori, in sequenze ripetitive e rigide, con scarsa attenzione nei confronti dell'altro, poco coinvolgimento e limitata apertura di circoli; con il passare del tempo, è riuscito ad organizzarsi in giochi più statici, sempre ripetitivi, che prevedevano l'uso di incastri, animali e macchinine, condividendo con l'altro il suo interesse ed un piacere sempre più crescente negli scambi ludico-interattivi. Per ridurre la presenza di schemi rigidi di gioco sono state introdotte gradualmente piccole variabili nella sequenza ludica, attraverso l'utilizzo di un leggero ostruzionismo gioco, con la finalità di espandere i circoli di comunicazione, aumentare la flessibilità e favorire una maggiore tolleranza alla frustrazione.

Inizialmente questi cambiamenti non venivano accettati da F. il quale, data l'elevata vulnerabilità di fronte allo stress, perdeva con facilità la regolazione; per questo non si insisteva e si invitava il genitore, mediante la co-regolazione, a riportarlo allo stato di calma. Successivamente, attraverso l'utilizzo di una forte affettività calmante ed organizzante ed una forte mimica teatrale e giocosa in relazione al suo profilo individuale, F. ha sempre più accettato le modifiche e le "intromissioni" nel gioco da parte dell'altro, manifestando persino un crescente divertimento.

Durante i primi incontri F. ignorava la presenza dell'operatrice, lo sguardo non era presente, erano frequenti ecolalie e numerose disregolazioni durante gli incontri; con il

passare del tempo, tuttavia, il bambino ha sviluppato con Lorena un legame intimo di affetto tanto che attualmente la accoglie sulla porta di casa e la invita a giocare assieme a lui; è migliorata l'attenzione condivisa (F. triangola con l'operatrice e la mamma), il linguaggio si presenta più contestuale e finalizzato non solo alla richiesta ma alla comunicazione-condivisione e la durata dei meltdown si sta gradualmente riducendo.

Inizialmente, infatti, F. aveva delle manifestazioni di aggressività, verso se stesso e gli altri, di fronte ai "no" ed ai limiti imposti dall'adulto; attualmente, a seguito di un picco nel mese di gennaio/febbraio, attraverso un importante lavoro di co-regolazione e sintonizzazione affettiva, le crisi si stanno notevolmente riducendo sia di intensità che di durata.

Recentemente, dal mese di aprile, alcuni incontri si sono svolti al parco giochi vicino casa, in modo da poter fornire al bambino più input sensoriali (es. altalene, scivoli) e supportarlo, così, nella loro elaborazione anche all'interno di uno spazio maggiormente allargato ed in presenza di altri possibili bambini; anche in questo caso è risultato fondamentale lavorare sulla variazione delle sue routine ludiche, sulla gestione dell'attesa del proprio turno sulle varie attrezzature di gioco in presenza di altri bambini e sull'espansione dei circoli di comunicazione, supportandolo in semplici interazioni con i pari attraverso un linguaggio sensori-motorio e relazionale sempre più contestuale e comunicativo. Attualmente, infatti, con il supporto dell'adulto, F. ricerca i bambini, interagisce con massimo 2/3 pari (in precedenza non aveva nessun contatto con loro), aspetta il suo turno sulle attrezzature, inizia a condividere giochi con gli altri ed interagisce in modo coerente con loro.

La presa in carico domiciliare è ancora in atto e, gradualmente, verranno inseriti degli incontri dedicati all'accompagnamento del bambino e della sua famiglia nella gestione di piccole esperienze/sfide quotidiane (es. fare la spesa insieme, andare allo zoo, andare al bar/ristorante), con l'obiettivo di fornire consigli e strategie per supportare al meglio i genitori nel loro compito educativo e favorire, così, un crescente benessere familiare.

#### 7.4 Presa in carico scolastica

L'intervento è stato svolto sempre dall'operatrice Lorena Liloni mediante delle supervisioni periodiche (tre nell'anno 2020/2021; due nell'anno 2021/2022) per supportare le insegnanti, in particolare la maestra di sostegno, nella gestione di F. e promuovere, conseguentemente, un clima sereno ed inclusivo all'interno dell'ambiente scolastico.

Inizialmente il bambino era isolato dal resto della classe, non partecipava alle routine, non aveva relazioni con i pari e con le insegnanti, ed erano frequenti disregolazioni e meltdown.

L'operatrice ha tuttavia osservato che, quando F. si trovava in presenza di un numero minore di persone/stimoli, l'arousal si stabilizzava, l'attenzione e l'engagement miglioravano e così anche i circoli di comunicazione si espandevano. Per questo motivo ha suggerito, in linea con il profilo sensoriale del bambino, di introdurre dei *sensory break* (pause sensoriali) nella routine scolastica, conducendo F. all'interno di una palestra allestita con materiale sensori-motorio, prima con la sola presenza dell'insegnante e, successivamente, coinvolgendo un massimo di 3/4 bambini alla volta. Obiettivo fondamentale è infatti quello di favorire il mantenimento di un adeguato stato di regolazione per periodi sempre più lunghi, supportandolo nella processazione di un numero crescente di input sensoriali e sociali contemporaneamente, ma graduati in intensità e durata; risulta infatti necessario sottolineare come l'ambiente scolastico rappresenti un'importante sfida senso-affettiva per il bambino e, proprio per questo motivo, risulta fondamentale dosare, laddove possibile, il numero di input da elaborare per mantenere F. in uno stato di calma e regolazione.

Anche a scuola erano presenti momenti di meltdown con comportamenti aggressivi verso se stesso e gli altri, soprattutto quando l'ambiente risultava caotico, nel momento in cui venivano imposti dei limiti (es. "no") da parte dell'altro e quando F. desiderava un gioco che stava già usando un altro bambino.

È per questo stata consigliata, oltre che l'introduzione dei *sensory break* (es. allontanamento, massaggio tattile profondo, correre, saltare), la creazione di piccoli gruppi (3/4 bambini massimo) nei quali F. potesse essere supportato nella gestione delle dinamiche sociali tra pari; parallelamente Lorena ha proposto di ridurre il numero di

*stressor* nell'arco della giornata, limitando la quantità di “no”, e suggerendo di intervenire nell'immediato alla prima manifestazione di disregolazione. Risulta infatti fondamentale porsi un solo obiettivo settimanale da perseguire con F. all'interno dell'ambiente scolastico, focalizzarsi su quello, cercando di essere più flessibili e tollerabili verso le altre manifestazioni comportamentali del bambino, in modo da evitare meltdown causati da richieste, attualmente, ancora eccessive per il suo profilo.

Durante gli incontri, inoltre, le maestre hanno potuto osservare le potenzialità del bambino grazie alla sintonizzazione di Lorena con F., la quale ha fornito loro delle informazioni sul profilo sensori-motorio-affettivo del piccolo e strategie/modalità da adottare in relazione ad esso.

Durante l'ultimo incontro, nel mese di aprile 2022, l'operatrice ha riportato quanto segue: *lo stato di regolazione viene mantenuto per periodi maggiormente lunghi e questo permette a F. di partecipare più attivamente alle routine scolastiche, si è sviluppata una relazione intima con l'insegnante di sostegno che co-regola il bambino nei momenti di frustrazione, è aumentata l'accettazione delle regole, sono diminuiti di intensità e durata i meltdown, seppur ancora presenti, ed il rapporto con i pari, in piccolo gruppo, è migliorato sia in termini di engagement che di comunicazione a due vie.*

Saranno previsti ulteriori incontri per monitorare l'adattamento ed il benessere del bambino all'interno dell'ambiente scolastico.

## 7.5 Intervento Feeding Disorders

Dal mese di novembre 2021 abbiamo consigliato alla famiglia di intraprendere un percorso di valutazione con la dott.ssa Lara Matera, logopedista e DIRFloortime proficient®, in merito alle difficoltà alimentari di F.; il bambino, infatti, presenta un'importante selettività alimentare che lo porta, nell'ambiente familiare, a mangiare pochi elementi (biscotti, patatine, frutta, una sola pappa per lo svezzamento) e ad evitare il cibo nell'ambiente scolastico (ad eccezione dei biscotti). A casa, inoltre, se vengono introdotte delle variazioni anche minime nella "pappetta" il bambino non mangia.

Come abbiamo precedentemente osservato, F. manifesta comportamenti fortemente rigidi, contesto-dipendenti, che limitano la sua possibilità di sperimentare ed accettare stimoli nuovi. Per questo ogni minimo cambiamento nella sua routine alimentare lo conduce a perdere la regolazione ed evitare il momento del pasto; anche il cambiamento della forma di un biscotto o di tipo di patatina, infatti, non viene accettato dal bambino. Allo stesso modo, il cibo deve essere posto ogni volta nel medesimo contenitore ( la sua "ciotolina") e se questo viene variato (es. piatto) non accetta e si allontana dalla situazione. Mentre dal punto di vista orale non risulta reattivo per i gusti "dolce e salato" e per le consistenze dei cibi "morbido/molle/duro", F. manifesta una certa reattività tattile nella manipolazione di alcuni stimoli e, dal punto di vista visivo, sembra prediligere cibi tendenti al "giallo/bianco", mentre sembra essere reattivo, a priori, di fronte a qualsiasi altro alimento colorato. Laddove finisca la reattività sensoriale ed inizi la rigidità comportamentale, o viceversa, non è quindi facile da definire con F.

Essendo la terapeuta della provincia di Torino, la prima consulenza è stata effettuata telefonicamente, mentre nel mese di dicembre 2021 si sono svolti 2 incontri di valutazione in presenza, presso lo studio Fredel.

Attraverso un'analisi delle abitudini alimentari della famiglia, servendosi anche l'osservazione di video registrati nel momento del pasto, grazie all'osservazione del profilo sensoriale del bambino e delle sue modalità comportamentali, la professionista ha elaborato una GAS con obiettivi specifici per F. ed i suoi genitori.

In particolare:

- A casa: mantenere le abitudini e proporre quindi la sua “pappetta”, ma preparare e proporre anche il piatto che mangia tutta la famiglia, a tavola. Lavorare su piccoli cambiamenti, riguardanti una sola variabile per volta, nella routine alimentare (es. variare il patto) e negli alimenti (es. introdurre nella “pappetta” la banana piccola a pezzi; variare la forma del biscotto; variare il tipo di patatina).
- A scuola: cambiare la forma dei biscotti . dare un primo biscotto a F. (il suo usuale) e poi proporre un biscotto identico per colore ed ingredienti ma con forma modificata; introdurre poi altri semplici variazioni (es. il luogo dove sono posizionati i biscotti).
- In seduta: proporre le patatine che lui mangia anche a casa, iniziando ad usarle come stimolazione tattile sulle mani e sulle guance, per poi eventualmente proporle all’interno della bocca. Introdurre successivamente altri alimenti (es. pan bauletto, altre patatine) e vedere se F. passa dall’accettazione di questi in stanza, alla loro manipolazione, fino ad arrivare ad assaggiarli.

Lavorare sulla desensibilizzazione (es. uso dello spazzolino elettrico, manipolazione di varie consistenze), in un’ottica di integrazione sensoriale (coinvolgendo anche la processazione ed integrazione degli altri input).

Ad oggi F. ha mangiato in stanza con me le patatine ed accetta visivamente, senza tuttavia manipolare spontaneamente, gli alimenti nuovi nel setting. Richiedere l’uso della “spazzolina” su tutto il suo corpo, dello spazzolino nella bocca, ed accetta di toccare, oltre che la farina, il riso ed i fagioli, anche la schiuma da barba. In particolare se un oggetto viene inserito nella routine di gioco, l’accettazione avviene più rapidamente. A scuola F. ha variato la tipologia di biscotti senza troppa difficoltà ed accetta la presenza del piatto con “il cibo del giorno” davanti a sé, nel momento del pasto. A casa, infine, con la mamma riesce a giocare nella vasca da bagno con lo yogurt (si sporca anche le labbra), partecipa alla preparazione dei pasti, le patatine sono state variate (ha assaggiato i fonzies), alla sua “pappetta” è stato aggiunto un alimento nuovo, accetta la presenza di un altro piatto sul tavolo oltre che alla sua ciotolina, ha assaggiato spontaneamente un nuovo cibo ed ha variato il tipo di contenitore del pasto.

## 7.6 Follow-up

Durante il percorso Floortime sono state effettuate delle valutazioni intermedie, necessarie al monitoraggio della presa in carico, dalle quali sono emersi miglioramenti significativi soprattutto nei primi tre livelli della scala emotivo-funzionale.

Da una rivalutazione neuropsichiatrica, presso il servizio Ausll 9 Scaligera, del 20 aprile 2021, dopo circa 6 mesi di intervento Floortime, emerge quanto segue: *“Il gioco spontaneo è migliorato ed è ora capace di giochi costruttivi. A seguito dell’osservazione semi-strutturata ADOS 2 si conferma la presenza di un profilo comportamentale ascrivibile all’autismo con la presenza di un livello di sintomi autistici di grado moderato. Si conferma la presenza sia di aspetti disfunzionali nell’interazione sociale, sia la presenza di comportamenti ed interessi ristretti e ripetitivi (punteggio tot 21). L’aspetto attentivo e la regolazione alla frustrazione sono molto migliorati rispetto al controllo precedente.”*

F. prosegue gli incontri in studio con regolarità e, nel mese di ottobre 2021, viene redatta, da me e dalla dott.ssa Delaini, una relazione di aggiornamento sul profilo emotivo-funzionale del bambino. Per quanto riguarda il livello 1 della FEDC *“F. riesce a mantenersi regolato nell’ambiente in relazione agli stimoli sensoriali esterni/interni, gli input enterocettivi e la presenza dell’altro per un periodo di tempo maggiore (15 minuti continuativi). Il sistema vestibolare e quello propriocettivo risultano maggiormente integrati; la ricerca di tali sensazioni avviene in modo molto più organizzato, con maggiore variabilità nello schema e con la condivisione dell’esperienza con il caregiver. L’aggancio oculare e l’attenzione condivisa permangono per periodi maggiori (+10 minuti) e questo ha permesso di incrementare la relazione con l’altro e, allo stesso tempo, la discriminazione dello spazio circostante ed il controllo posturo-motorio. Attualmente F., infatti, riesce a mantenere un buon livello di arousal anche in uno spazio d’azione più ampio, processando adeguatamente 2/3 stimoli sensoriali contemporaneamente.*

*La difesa tattile è ancora presente anche se diminuita rispetto alla precedente relazione.*

*La gestione delle transizioni avviene con poche difficoltà se queste vengono accompagnate da immagini/foto come anticipazioni in sequenza, supportate da una semplice descrizione verbale, di quello che succederà. Vi sono delle occasioni in cui è ancora presente una certa rigidità ed una scarsa tolleranza alla frustrazione, ma la durata dei meltdown si sta riducendo di intensità e durata”; per quanto riguarda il livello 2 “attualmente F. risulta coinvolto ed ingaggiato in una molteplicità di giochi, che variano da seduta a seduta. Tollera maggiormente le novità ed eventuali proposte dell’altro, se prima si percepisce in un ambiente sicuro e prevedibile. La lettura del segnale dell’altro risulta migliorata così come la capacità di segnalare al caregiver i suoi bisogni, stati ed emozioni. Le espressioni del volto e l’atteggiamento posturale, infatti, risultano più adeguati alla situazione vissuta e coerenti con l’emozione provata dal bambino.*

*Attualmente ricerca e richiama l’altro, mostrando interesse e divertimento nel gioco condiviso ed un forte investimento negli scambi ludico-interattivi.*

*E’ ancora presente la ricerca di alcuni giochi assorbenti (aprire e chiudere sportelline, girare le ruote) anche se ridotta rispetto alla precedente valutazione”; infine, in relazione con il livello 3 “F. apre molti circoli comunicativi con i caregiver, arrivando in una seduta anche a 20 circoli continuativi quando il livello di arousal risulta ottimale e l’engagement stabile. Risponde se richiamato per nome, comprende semplici frasi ed istruzioni esprimendo sia verbalmente che non la sua intenzionalità; se non vuole fare qualcosa, per esempio, dice “no”, oppure se vuole porre fine ad un’attività utilizza il “basta”. Non è ancora presente autonomamente il “sì”. Il suo vocabolario si è ampliato ma è presente una certa ecolalia e gergofasia soprattutto quando i livelli di regolazione vengono meno.*

*Riesce a gestire, inoltre, scambi interattivi con più partner contemporaneamente (2/3), rimanendo un con un buon livello di regolazione e coinvolgimento”.*

Da un’ulteriore visita di controllo neuropsichiatrica del 28 ottobre 2021, dopo circa 12 mesi di intervento, si riporta quanto segue: “Rispetto al controllo precedente F. si mostra più competente sia in ambito relazionale che comunicativo, sia di tolleranza alle frustrazioni. Le autonomie e l’apprendimento di alcune regole di comportamento sociale (scuola) sono molto migliorate. A livello linguistico si orienta adeguatamente



*rispetto a molte richieste date verbalmente. Il lessico linguistico conta tra le 7 e 100 parole, la cui forma appare imprecisa ma spesso comprensibile. Quando si propone un gioco che non gradisce esprime il suo rifiuto con le parole e non più esclusivamente con il suo comportamento. In fase di richiesta attiva uno sguardo diretto adeguato ed una triangolazione sull'oggetto e la persona. La frequenza di interazione di sguardo è ancora deficitaria. Nei giochi costruttivi sta per tempi adeguati all'età. Davanti al rifiuto non attua comportamenti problematici. Si registra un incremento delle competenze comunicativo-relazionali significativo.”.*

Nell'estate del 2021 la dott.ssa Serena Suman si reca presso lo studio Fredel per un'osservazione del bambino. Dalla sua relazione emerge: *“Rispetto alla scala emotivo-funzionale penso si possano ritenere piuttosto saldi i primi tre livelli, non credo che F. raggiunga il quarto sia per le possibilità prassiche che per l'uso dello spazio e la gestione dello stress. Sicuramente molto migliorato rispetto alla precedente osservazione, ed anche il linguaggio è più presente. Le sue possibilità di processazione dello stimolo sono in evoluzione e, a loro volta, sono connesse con una maggiore lettura dell'altro (interazioni reciproche); tutto questo porta ad una differenziazione delle percezioni e, quindi, all'uso della parola”.*

Il percorso di F. prosegue tuttavia con numerose interruzioni, tra i mesi di novembre 2021 e febbraio 2022, a causa di 3 episodi di quarantena; questi eventi, che hanno alterato la routine del bambino, hanno impattato negativamente sull'evoluzione dei primi tre livelli della FEDC. Dopo un periodo di regressioni, tuttavia, dal mese di marzo-aprile 2022 si sono riscontrati stabilizzazioni e miglioramenti nella scala di sviluppo emotivo-funzionale. Da una relazione di aggiornamento, redatta nel mese di aprile 2022 da parte mia e della dott.ssa Dealini, emerge quanto segue: per quanto riguarda il livello 1 della FEDC *“ la capacità di rimanere calmo, regolato, attento in relazione agli stimoli sensoriali risulta maggiore rispetto alla precedente relazione (circa 20 minuti anche se non sempre in continuità). Attualmente F. è in grado di processare 3/+ input sensoriali in integrazione, in particolare vestibolare-proprio-cettivo-visivo ed uditivo. Ancora presente una certa reattività tattile la quale,*

*tuttavia, si accompagna a modalità di reazione/risposta apprese, che lo limitano nella sua sperimentazione rendendo il suo comportamento rigido.*

*Risulta incrementata l'attenzione congiunta verso l'altro piuttosto che verso l'oggetto.*

*Più organizzato nel gioco statico, in uno spazio prossimale, mentre risulta più sfidante la gestione dello spazio distale con il corpo in movimento.*

*Migliorato il controllo posturale (ridotto l'atteggiamento si shifting in avanti) e l'integrazione visuo-vestibolare che altresì si accompagna ad uno sviluppo maggiore dell'integrazione bimanuale e della pianificazione motoria. Non è più presente*

*l'autostimolazione visiva anche nelle occasioni di forte frustrazione.*

*Tuttavia è ancora presente una ricerca di sensazioni vestibolari e propriocettive attive nel momento in cui il livello di arousal aumenta. Questo avviene quando F. viene esposto a situazioni nuove (ambienti), più partner di gioco/interazione (dai 4), od emozioni ancora difficili da gestire (gioia, rabbia).*

*Migliorata la tolleranza alla frustrazione e diminuiti i comportamenti di "attacco" (schiacci, graffi verso se stesso e gli altri) di fronte a situazioni di stress ("No" da parte dell'adulto). Sono ancora presenti momenti in cui il bambino esce dalla finestra di tolleranza ma, attraverso la co-regolazione dell'adulto, riesce a ritrovare la calma nel giro di pochi minuti (ultimamente massimo 5/7 minuti). Migliorata la capacità di attesa ed, attualmente in seduta, non sono presenti difficoltà nella gestione delle transizioni."; analizzando il livello 2 risulta "incrementato il coinvolgimento e l'ingaggio nei confronti dell'altro quando lo stato di regolazione viene raggiunto. Migliorata la mimica che risulta essere maggiormente modulata e la coerenza tra gesti-postura ed emozione/stato provato. Attualmente F. utilizza sia il linguaggio verbale che quello corporeo per segnalare i suoi bisogni/intenzioni/stati e riesce a leggere, anche con anticipazione, l'intenzione dell'altro a livello non verbale.*

*Il bambino richiama l'altro non più per scopi richiestivi bensì per unirsi a lui nel gioco, denotando sempre un maggiore investimento, interesse e divertimento negli scambi ludico-relazioni con l'altro. F. attende e ricerca la risposta/reazione dell'altro e predilige giochi interattivi ad azioni isolate, parallele od autoassorbenti.*

*Ciò nonostante sono ancora presenti schemi di giochi ripetitivi, anche se in maniera ridotta."; infine, nel livello 3 possiamo osservare che "attualmente F. apre molti circoli comunicativi con i caregiver (20/30) con coinvolgimento e forte affettività, risponde se*

*chiamato per nome e richiama l'altro per entrare in relazione con lui. Triangolazione in continua espansione.*

*Sono presenti un maggior numero di gesti contestuali, in imitazione immediata e differita. Risponde con "basta", "via", "no" quando non vuole fare qualcosa ed è in grado di esprimere maggiormente i suoi desideri e stati interni; non è tuttavia ancora presente il "sì" contestuale e spontaneo. Ampliato il vocabolario e la costruzione della frase risulta più strutturata; tuttavia sono frequenti ecolalie immediate e differite (anche in riferimento a frasi di cartoni animati) soprattutto quando si trova in uno stato di forte eccitabilità/disregolazione."*

Sulla base della GAS possiamo quindi affermare che:

- Functional Goal 1: F. mantiene lo stato di regolazione per 10 minuti continuativi con moderato supporto sensori-motorio-affettivo (+1).
- Functional Goal 2: F. condivide l'attenzione con l'altro per 10 minuti prima di distrarsi (+2). Chiaramente questo avviene con supporto sensori-motorio-affettivo.
- Functional Goal 3: F. rimane ingaggiato per 9/10 minuti continuativamente (+2). Sempre con supporto sensori-motorio-affettivo.
- Functional Goal 4: F. apre più di 10 circoli comunicativi con moderato supporto sensori-motorio-affettivo (+2); in questo caso F. apre più circoli comunicativi (anche 20/30) ma il supporto deve essere costante.
- Functional Goal 5: Comunica non verbalmente 10 volte all'interno di sessioni di 60 minuti (+2).
- Functional Goal 6: F. ritorna nello stato di calma dopo meno di 10 minuti con moderato supporto sensori-motorio-affettivo (+2).
- Functional Goal 7: F. varia lo schema di gioco 3 volte con moderato supporto sensori-motorio-affettivo (+1).
- Functional Goal 8: F. tocca consistenze morbide o liquide (almeno 1) (0).
- Functional Goal 9: F. ricerca stimolazione vestibolare e propriocettiva con più organizzazione per circa 10 minuti con costante supporto sensori-motorio-affettivo (0).

È stata riproposta la somministrazione della FEAS nell'aprile 2022, ponendo attenzione ai primi tre livelli della FEDC ed al gioco di tipo sensori-motorio in linea con gli obiettivi d'intervento. Dai risultati è emerso quanto segue:

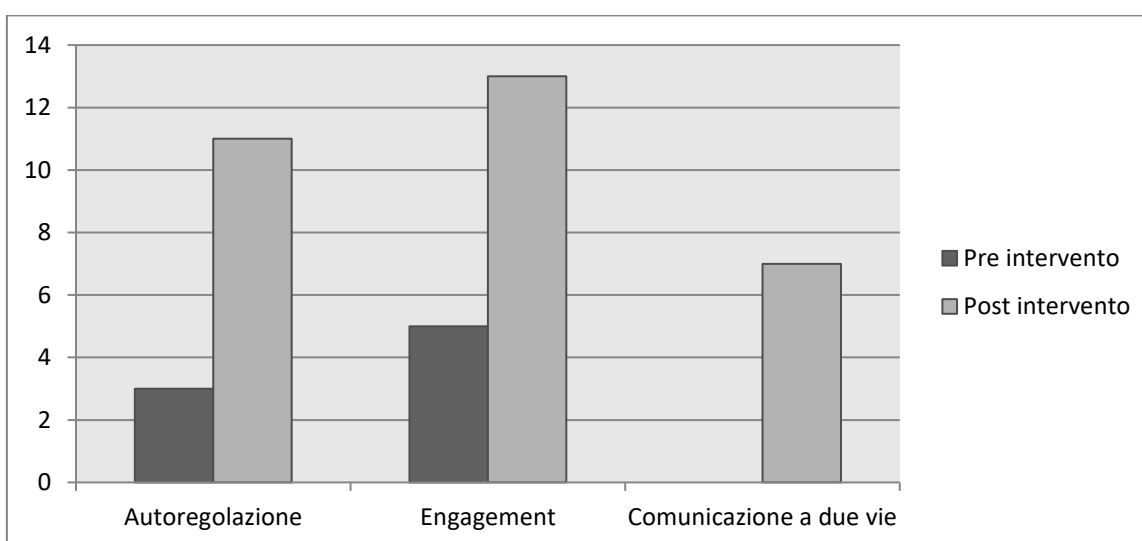
- Il caregiver (mamma) ottiene un punteggio di 6, "in norma" (Normal= 4-6), in *regolazione ed interesse per il mondo*; un punteggio di 8, "in norma" (Normal= 7-8), in *coinvolgimento e relazione*; un punteggio di 9, "in norma" (Normal= 9-10), in *intenzionalità e comunicazione a due vie*. Per tutti e tre i livelli i punteggi sono così passati da "deficitario" a "in norma".

- F. ottiene un punteggio di 11, "a rischio" (At Risk= 11), in *regolazione ed interesse per il mondo*; un punteggio di 14, "in norma" (Normal=14-16), in *coinvolgimento e relazione*; un punteggio di 8, "in norma" (Normal= 8-10), in *intenzionalità e comunicazione a due vie*. Il primo livello è così passato da "deficitario" a "rischio", mentre entrambi i successivi due livelli sono passati da "deficitari" a "in norma".

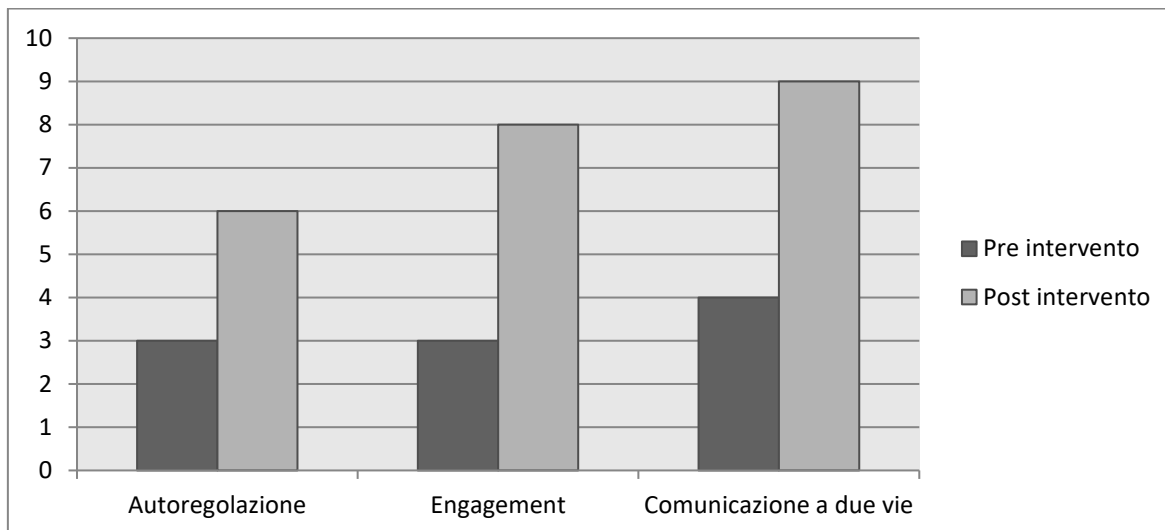
Nella tabella 7.2 vengono evidenziati i cambiamenti di F., nei primi tre livelli della scala emotivo-funzionale, attraverso il confronto dei punteggi ottenuti nella prima valutazione (pre-intervento) con quelli ottenuti a seguito della presa in carico Floortime della durata di 19 mesi (post-intervento).

Nella tabella 7.3 vengono riportati i cambiamenti in riferimento al caregiver (mamma).

**Tab. 7.2.** *Confronto tra punteggi ottenuti da F., nella valutazione pre-intervento e post-intervento Floortime, in merito ai primi tre livelli della scala emotivo-funzionale.*



**Tab. 7.3.** Confronto tra punteggi ottenuti dal caregiver (mamma), nella valutazione pre-intervento e post-intervento Floortime, in merito ai primi tre livelli della scala emotivo-funzionale.

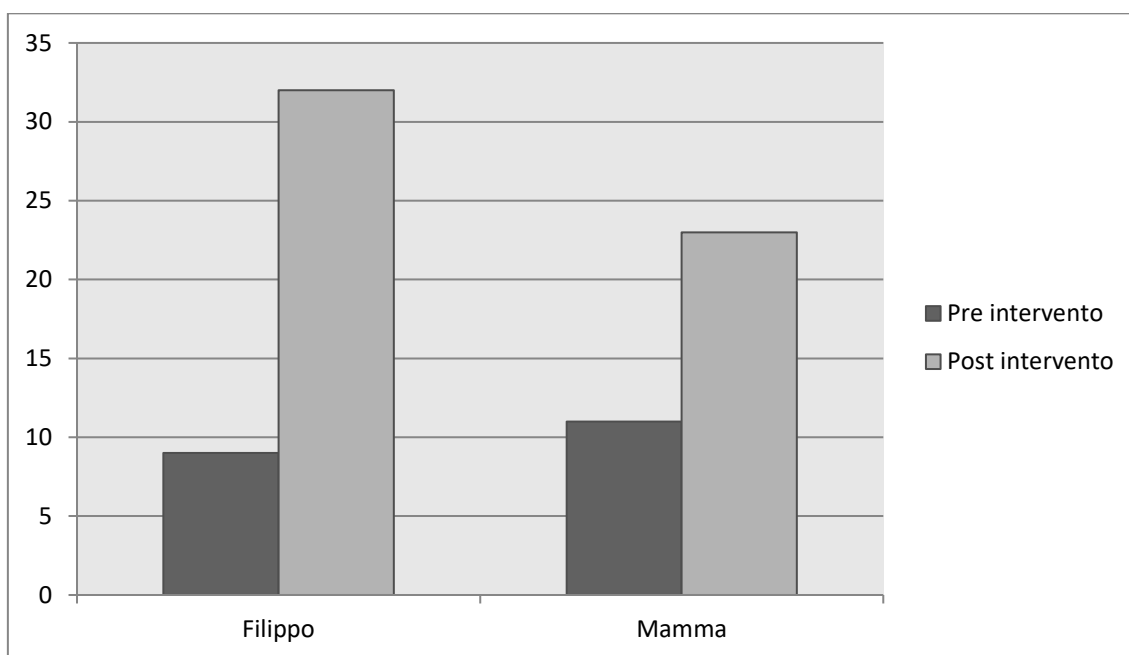


La somma punteggi ottenuti nei primi tre livelli della FEAS passa da 9 (valutazione pre intervento) a 33 (valutazione post intervento) per F., sempre “deficitaria” (Deficient= 0-45); per la mamma passa, invece, da 12 (valutazione pre intervento) a 23 (valutazione post intervento), ugualmente deficitaria (Deficient= 0-39). Ciò nonostante, per evidenziare i cambiamenti raggiunti, rispettivamente in F. e nel caregiver, nella tabella 7.4 vengono confrontati i punteggi totali ottenuti dalla valutazione prima dell’intervento con i punteggi totali ottenuti nella seconda valutazione a seguito del programma Floortime.

La somma dei punteggi totali bambino-caregiver è di 56, “deficitaria” (Deficient= 0-85). Nonostante gli evidenti miglioramenti, infatti, i punteggi totali rimangono deficitari a causa della mancata valutazione, per inaccessibilità del bambino e del caregiver, dei livelli successivi della scala emotivo-funzionale (N/O).

È importante tuttavia sottolineare i cambiamenti positivi ottenuti da entrambi i soggetti nei primi livelli della FEDC, vero i quali erano indirizzati i primi obiettivi d’intervento Floortime.

**Tab. 7.4.** *Confronto dei punteggi totali di F. e della mamma, nei primi tre livelli della FEAS, tra pre e post intervento Floortime.*



Si rimanda alla sezione Appendice (Appendice 3) per visionare nel dettaglio i risultati ottenuti dalla risomministrazione della FEAS a seguito dei 19 mesi di intervento Floortime.

## CAPITOLO 8. CONCLUSIONI

Questo elaborato ha permesso di evidenziare l'efficacia e la validità del modello DIRFloortime® nel trattamento dei bambini ASD, partendo dall'analisi delle fondamenta teorico-scientifiche dell'approccio, che unisce ed integra tra loro i principali teorici della developmental psychology. Nello specifico la presentazione di un caso clinico di trattamento Floortime ha permesso di entrare nella dimensione pratica del modello, offrendo un esempio concreto di applicazione, valutazione e trattamento DIR. La mia diretta esperienza, all'interno di un'equipe multidisciplinare, mi ha permesso di prendere parte all'intero processo, di vedere e toccare con mano i progressi che emergevano durante i 19 mesi di presa in carico. Si è trattato di un lavoro fatto di pianificazione, confronto, studio e ricerca, ma soprattutto di collaborazione tra professionisti e famiglia, tutti indirizzati al benessere del bambino e dei suoi sistemi di riferimento. Il percorso svolto con F. è stato intenso, coinvolgente, molte volte difficile, ma estremamente formativo per tutti coloro che hanno potuto prendervi parte e condividere i traguardi sensori-motori-affettivi del bambino e della famiglia, in particolare della madre.

Il trattamento DIRFloortime® ha permesso a F. e alla mamma stessa, infatti, di ottenere significativi miglioramenti nei primi tre livelli della scala emotivo-funzionale, che risultavano particolarmente disfunzionali nella prima valutazione tramite FEAS; in particolare il bambino ha sviluppato un buon livello di calma e regolazione, ha notevolmente incrementato il suo ingaggio sociale, la sua segnalazione affettiva, il piacere di stare e condividere il mondo con i suoi partner relazionali attraverso circoli di comunicazione in continua espansione; abbiamo potuto assistere alla schiusura emotivo-relazionale di F. che, a tutti gli effetti, è diventato un essere agente nel mondo, in grado di esprimere un senso di Sé sempre più complesso. Inoltre la partecipazione attiva della mamma alle sedute Floortime le ha permesso di aumentare la sintonizzazione nei confronti del bambino, di comprendere il funzionamento individuale del piccolo, di incrementare la sua capacità riflessiva ed i suoi pattern interattivi e di cura. La famiglia, al centro del processo, si è dimostrata così essere una risorsa fondamentale per la buona riuscita del trattamento stesso, in grado di apprendere e comprendere attivamente e continuativamente.

Il percorso con F. e la sua famiglia non termina qui, ed il processo è ancora lungo; è necessario rafforzare le conquiste ottenute, lavorare su nuovi obiettivi sempre più complessi, cercando di accompagnare il bambino verso livelli di funzionamento emotivo e sociale sempre più elevati.

Con questo elaborato mi auguro di aver acceso l'interesse, all'interno della nostra professione, verso un approccio che, racchiudendo in sé le principali teorie della psicologia dello sviluppo, vede nella dimensione relazionale il motore di ogni apprendimento sensori-motorio-affettivo. Lo psicologo dello sviluppo, infatti, grazie alla sua formazione teorico-pratica nei confronti dell'età evolutiva, può essere considerato il professionista per eccellenza in grado di applicare con efficacia il modello DIRFloortime®, spaziando dall'ambito educativo a quello clinico. In quest'ottica il DIRFloortime® non può altro che essere considerato come un mezzo grazie al quale lo psicologo possa far valere ed arricchire, sempre più, la propria peculiarità e competenza professionale.



## CAPITOLO 9. BIBLIOGRAFIA

Adolph, K. E., & Franchak, J. M. (2017). *The development of motor behavior*. WIREs Cognitive Science, 8 (1-2), 1–18.

Adolphs, R. (2003). Cognitive neuroscience of human social behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(3), 165-178.

Ahn, R. R., Miller, L. J., Milberger, S., & McIntosh, D. N. (2004). Prevalence of parents' perceptions of sensory processing disorders among kindergarten children. *The American Journal of Occupational Therapy*, 58(3), 287-293.

Ammaniti, M., & Gallese, V. (2014). *La nascita dell'intersoggettività. Lo sviluppo del sé tra psicodinamica e neurobiologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Ayres, A.I. (2012). *Il bambino e l'integrazione sensoriale: le sfide nascoste della sensorialità*. (Zanatta, G. trad.). Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l. (Opera originale pubblicata nel 2005).

Baron-Choen, S. (1997). *L'autismo e la lettura della mente*. (Cunsolo, A. trad.) Casa Editrice Astrolabio. (Opera originale pubblicata nel 1995).

Beebe, B., & Lachman, F. (2001). *Infant research and adult treatment: A dyadic systems approach*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Ben-Sasson, A., Carter, A. S., & Briggs-Gowan, M. J. (2009). Sensory over-responsivity in elementary school: prevalence and social-emotional correlates. *Journal of abnormal child psychology*, 37(5), 705-716.

Binns, A. V., & Oram Cardy, J. (2019). Developmental social pragmatic interventions for preschoolers with autism spectrum disorder: A systematic review. *Autism & Developmental Language Impairments*, 4, 2396941518824497.

Boshoff, K., Bowen, H., Paton, H., Cameron-Smith, S., Graetz, S., Young, A., & Lane, K. (2020). Child development outcomes of DIR/Floortime TM-based programs: a systematic review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 87(2), 153-164.

Bowlby, J. (1988). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. (Magnino, M. trad.). Milano: Cortina Raffaello Editore.

Brian, J., Bryson, S. E., Garon, N., Roberts, W., Smith, I. M., Szatmari, P., & Zwaigenbaum, L. (2008). Clinical assessment of autism in high-risk 18-month-olds. *Autism*, 12(5), 433-456.

Bronfenbrenner, U. (1978). *The ecology of human development: Experiment by nature and design*. Harvard università press.

Casenhiser, D. M., Binns, A., McGill, F., Morderer, O., & Shanker, S. G. (2015). Measuring and supporting language function for children with autism: Evidence from a randomized control trial of a social-interaction-based therapy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(3), 846-857.

Casenhiser, D. M., Shanker, S. G., & Stieben, J. (2013). Learning through interaction in children with autism: Preliminary data from a social-communication-based intervention. *Autism*, 17(2), 220-241.

Corrigan, F. M., Fisher, J. J., & Nutt, D. J. (2011). Autonomic dysregulation and the window of tolerance model of the effects of complex emotional trauma. *Journal of psychopharmacology*, 25(1), 17-25.

Damasio, A. (2004). *Descartes' Error: emotion, reason and the human brain*. London: Vintage.

Davis, A., Isaacson, L., & Harwell, M. (2004). *Floortime Strategies to promote development in the children and teens*. Baltimore: Brookes Publishing.

Fogel, A., Nwokah, E., Dedo, J. Y., Messinger, D., Dickson, K. L., Matusov, E., &

Holt, S. A. (1992). Social process theory of emotion: A dynamic systems approach. *Social Development*, 1(2), 122-142.

Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e Funzione Riflessiva*. (Gazzillo, F., Odorisio, F., & Simula, M. trad.). Milano: Raffaello Cortina Editore. (Opera originale pubblicata nel 2001).

Fonagy, P., Gergely, E., Jurist, M., & Target, M. (2005). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*. (Williams, R. trad.). Milano: Raffaello Cortina Editore. (Opera originale pubblicata nel 2002).

Goldman, A. I., & Sripada, C. S. (2005). Simulationist models of face-based emotion recognition. *Cognition*, 94(3), 193-213.

Goldsmith, H. H., Buss, K. A., & Lemery, K. S. (1997). Toddler and childhood temperament: expanded content, stronger genetic evidence, new evidence for the importance of environment. *Developmental psychology*, 33(6), 891.

Greenspan, S.I., Thorndike Greenspan, N. (2010). *The learning tree: overcoming learning disabilities from the ground up*. New York City: Da Capo Lifelong Books.

Greenspan, S. I., & Wieder, S. (1997). Developmental patterns and outcomes in infants and children with disorders in relating and communicating: A chart review of 200 cases of children with autistic spectrum diagnoses. *Journal of Developmental and Learning disorders, 1*, 87-142.

Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2007). *The developmental individual-difference, relationship-based (DIR/Floortime) model approach to autism spectrum disorders*.

Greenspan, S. I., DeGangi, G., & Wieder, S. (2001). *The Functional Emotional Assessment Scale (FEAS): For infancy & early childhood*. Interdisciplinary Council on Development & Learning Disorders.

Greenspan, S. I. (1980). *Intelligence and adaptation. An integration of psychoanalytic and Piagetian Developmental Psychology*. Connecticut: Intl Universities Pr Inc.

Greenspan, S. I. (1996). *The Challenging Child. Understanding, raising and enjoying the five "difficult" types of children*. New York City: Da Capo Lifelong Books.

Greenspan, S. I., & Lewis, N. (2000). *Bulding healthy minds. The six experiences that create intelligence and emoziona growth in babies and young children*. New York City: Da Capo Lifelong Books.

Greenspan, S. I., & Shanker, S.G. (2017). *La prima idea*. (Cavaggioni, C.G., trad.). Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l. (Opera originale pubblicata nel 2004).

Greenspan, S. I., & Wieder S. (2005). *Bambini con bisogni speciali. Parte II: Il metodo floor-time, come incoraggiare la crescita emotiva e cognitiva del bambino* (Pari, C., de Falco, S., & Gusti, Z., trad.). Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l. (Opera originale pubblicata nel 1998).

Greenspan, S. I., & Wieder S. (2007). *Bambini con bisogni speciali. Parte I: Alla scoperta dei punti di forza peculiari di ogni bambino, delle capacità evolutive, delle sfide. Famiglia, terapia e scuola*. (Cavaggioni, C.G. trad.). Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l. (Opera originale pubblicata nel 1998).

Greenspan, S. I., & Wieder S. (2007). *Trattare l'autismo: il meotodo Floortime per aiutare a rompere l'isolamento e a comunicare*.(Marchetti,C. trad.). Milano: Raffaello Cortina Editore. (Opera originale pubblicata nel 2006).

Guiot, G., Meini, C., & Sindelar, M. T. (2012). *Autismo e musica: il modello Floortime nei disturbi della comunicazione e della relazione*. Erickson.

Hanoch, Y., & Vitouch, O. (2004). When less is more: Information, emotional arousal and the ecological reframing of the Yerkes-Dodson law. *Theory & Psychology, 14*(4), 427-452.

Hastings, R. P., & Johnson, E. (2001). Stress in UK families conducting intensive home-based behavioral intervention for their young child with autism. *Journal of autism and developmental disorders, 31*(3), 327-336.

Hierro, V. C., & Abelenda, J. (2012). El modelo DIR®/Floortime™: un abordaje relacional e interdisciplinar para las dificultades de relación y comunicación. *Norte de salud mental, 10*(44), 54-6.

Hyman, S. L., Levy, S. E., Myers, S. M., Kuo, D. Z., Apkon, S., Davidson, L. F., ... & Bridgemohan, C. (2020). Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics, 145*(1).

Itskovich, G. (2019). On Affective States and the Use of Affect in DIR Floortime Clinical Practice. *Autism and Developmental Disorders, 17*(2), 5-17.

Kandel, E. R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American journal of psychiatry, 155*(4), 457-469.

Kraemer, G. W. (1992). A psychobiological theory of attachment. *Behavioral and Brain Sciences, 15*(3), 493-511.

Kranovitz, C.S., (2005) *The Out Of Sync Child: Recognizing and coping with sensory processing disorder*. Revisited and updated edition. New York, Perigee Ed.

Lavelli, M. (2007). *Intersoggettività. Origini e primi sviluppi*. Milano: Raffaello Cortina Editori.

Legerstee, M. (1991). The role of person and object in eliciting early imitation. *Journal of experimental child psychology, 51*(3), 423-433.

Liao, S. T., Hwang, Y. S., Chen, Y. J., Lee, P., Chen, S. J., & Lin, L. Y. (2014). Home-based DIR/Floortime™ intervention program for preschool children with autism spectrum disorders: Preliminary findings. *Physical & occupational therapy in pediatrics, 34*(4), 356-367.

Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Publications.

Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1978). *La nascita psicologica del bambino*. (Ammaniti, M., & Zampon, A. trad.). Torino: Bollati Boringhieri. (Opera originale pubblicata nel 1975).

Mahoney, G., & Solomon, R. (2016). Mechanism of developmental change in the PLAY project home consultation program: Evidence from a randomized control trial. *Journal of autism and developmental disorders*, 46(5), 1860-1871.

Marshall, P. J., & Meltzoff, A. N. (2011). Neural mirroring systems: Exploring the EEG mu rhythm in human infancy. *Developmental cognitive neuroscience*, 1(2), 110-123.

Matheson, H. E., & Barsalou, L. W. (2018). Embodiment and grounding in cognitive neuroscience. *Stevens' handbook of experimental psychology and cognitive neuroscience*, 3, 1-27.

Mayes, L., Fonagy, P., & Target, M. (2007). *Developmental Science and Psychoanalysis: Integration and Innovation*. London: Karnac.

McCleery, J. P., Elliott, N. A., Sampanis, D. S., & Stefanidou, C. A. (2013). Motor development and motor resonance difficulties in autism: relevance to early intervention for language and communication skills. *Frontiers in integrative neuroscience*, 7, 30. Milano: Raffaello Cortina 2005, pp. 121-148.

Miller, L. J. (2014). *Sensational kids: Hope and help for children with sensory processing disorder (SPD)*. Penguin.

Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, S. J., Cermak, S. A., & Osten, E. T. (2007). Concept evolution in sensory integration: A proposed nosology for diagnosis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 135.

Miller, L. J., Nielsen, D. M., Schoen, S. A., & Brett-Green, B. A. (2009). Perspectives on sensory processing disorder: a call for translational research. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 3, 22.

Onnis, L. (a cura di). (2016). *Una nuova alleanza tra psicoterapia e neuroscienze. Dall'interosoggettività ai neuroni a specchio. Dialogo tra Danile Stern e Vittorio Gallese*. Milano: Franco Angelini.

Piaget J. (1968). *La nascita dell'intelligenza nel fanciullo*. (Mennillo, A. trad.). Firenze: La Nuova Italia. (Originariamente pubblicato nel 1936).

Pisula, E. (2002). Parents of children with autism: Recent research findings. *Psychiatria polska*, 36(1), 95-108.

Porges, S.W. (2014). *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. (Ardino, V. trad.). Roma: Giovanni Fioriti Editore. (Opera originale pubblicata nel 2011).

Ringwalt, S. (2008). Developmental Screening and Assessment Instruments with an Emphasis on Social and Emotional Development for Young Children Ages Birth through Five. *National Early Childhood Technical Assistance Center (NECTAC)*.

Rogers, T. D., McKimm, E., Dickson, P. E., Goldowitz, D., Blaha, C. D., & Mittleman, G. (2013). Is autism a disease of the cerebellum? An integration of clinical and pre-clinical research. *Frontiers in systems neuroscience*, 7, 15.

Sameroff, Arnold. "Transactional models in early social relations." *Human development* 18.1-2 (1975): 65-79.

Sandbank, M., Bottema-Beutel, K., Crowley, S., Cassidy, M., Dunham, K., Feldman, J. I., & Woynaroski, T. G. (2020). Project AIM: Autism intervention meta-analysis for studies of young children. *Psychological Bulletin*, 146(1), 1.

Schertz, H. H., & Odom, S. L. (2004). Joint attention and early intervention with autism: A conceptual framework and promising approaches. *Journal of Early Intervention*, 27(1), 42-54.

Schore, A. N. (1997). Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders. *Development and psychopathology*, 9(4), 595-631.

Sealy, J., & Glovinsky, I. P. (2016). Strengthening the reflective functioning capacities of parents who have a child with a neurodevelopmental disability through a brief, relationship-focused intervention. *Infant Mental Health Journal*, 37(2), 115-124.

Sigel, D. (2021). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. (Mededdu, L. trad.). Milano: Raffaello Cortina Editore. (Opera originale pubblicata nel 1999).

Solomon, R., Necheles, J., Ferch, C., & Bruckman, D. (2007). Pilot study of a parent training program for young children with autism: The PLAY Project Home Consultation program. *Autism, 11*(3), 205-224.

Stern D. (1998). *Le interazioni madre-bambino: nello sviluppo e nella clinica*. (Speranza, M. trad). Milano: Raffaello Cortina. (Opera originale pubblicata nel 1977).

Stern D. *Intersoggettività*. In: Person ES, Cooper AM, Gabbard GO, Psicoanalisi. Teoria, clinica, ricerca.

Tambelli, R. (2017). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Bologna: il Mulino.

Theodosis, D. T., Schachner, M., & Neumann, I. D. (2004). Oxytocin neuron activation in NCAM-deficient mice: anatomical and functional consequences. *European Journal of Neuroscience, 20*(12), 3270-3280.

Tomasello, M. (1995). Joint attention as social cognition. *Joint attention: Its origins and role in development, 103130*, 103-130.

Tronick. ED. (A cura di Riva Crugnola, C., & Rodini C.). (2008). *Regolazione emotiva. Nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Turatto, M. (2018). *Psicologia generale*. Milano: Mondadori Università.

Van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Atkinson, L., & Zucker, K. (1997). Intergenerational transmission of attachment: A move to the contextual level. *Attachment and psychopathology, 135-170*.

Wagner, A. L., Wallace, K. S., & Rogers, S. J. (2014). Developmental approaches to treatment of young children with autism spectrum disorder. In *Handbook of early intervention for autism spectrum disorders* (pp. 393-427). Springer, New York, NY.

Wilson, M. (2002). Six views of embodied cognition. *Psychonomic bulletin & review, 9*(4), 625-636.

Winnicott, DW. (1970). *Sviluppo affettivo e ambiente*. (Bencini Bariatti, A. trad). Roma: Armando. (Opera originale pubblicata nel 1965).

WHO, O. (1992). International classification of diseases. *WHO [Internet]*.

Zero to Three. (A cura di Maestro, S., & Muratori, F.). (2018). *DC:0-5TM. Classificazione Diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia*.

(Balucchu, L. trad.) Roma: Giovanni Fioriti Editore. (Opera originale pubblicata nel 2016).

## **SITOGRAFIA**

International Council on development and learning, ICDL. (n.d). *About Us*. <[https://www.icdl.com/#h.s\\_ID\\_580](https://www.icdl.com/#h.s_ID_580)>. [ 23/05/2022 ].

International Council on development and learning, ICDL. (n.d). *DIR® Courses*. <<https://www.icdl.com/courses>>. [ 23/05/2022 ].

## **MATERIALE NON CARTACEO**

You Tube (5 luglio 201). *Dr. Stanley Greenspan: History of the DIRFloortime Model, Autism*. 6:49 min. <https://youtu.be/G8b8MDaFin4>

You Tube. (5 aprile 2017). *Greenspan Explain The D*. [File video]. 51:40 min. <https://youtu.be/41FVIGN7jWU>

## **MATERIALE GRIGIO**

Azienda ULSS 9 – Scaligera. (6 novembre 2020). *Relazione clinico-diagnostica specialistica valida ai sensi della L. 104/92 i fini dell'attuazione della L. 517/77 per l'integrazione scolastica*.

Azienda ULSS 9 – Scaligera. (20 aprile 2021). *Relazione clinico-diagnostica specialistica valida ai sensi della L. 104/92 i fini dell'attuazione della L. 517/77 per l'integrazione scolastica*.

Azienda ULSS 9 – Scaligera. (28 ottobre 2021). *Relazione clinico-diagnostica specialistica valida ai sensi della L. 104/92 i fini dell'attuazione della L. 517/77 per l'integrazione scolastica*.

Delaini, C., & Lotti, M. (17 ottobre 2021). *Aggiornamento del profilo emotivo.funzionale secondo il modello DIRFloortime®*.

Delaini, C., Lotti, M. (26 aprile 2022). *Aggiornamento del profilo emotivo.funzionale secondo il modello DIRFloortime®*.

Suman, S. (23 luglio 2021). *Relazione sul minore*.

Suman, S., & Giorgi, R. (2020). *Materiale del corso DIR101, ICDL*.

Suman, S., & Giorgi, R. (2021). *Materiale corso DIR201, ICDL*.

Suman, S., & Giorgi, R. (2022). *Materiale corso DIR202, ICDL*.



## **RINGRAZIAMENTI**

*Al termine di questo elaborato desidero ringraziare tutti coloro che mi hanno sempre sostenuta nel mio percorso di crescita professionale e personale.*

*Innanzitutto vorrei ringraziare la mia famiglia, che supportandomi nelle mie scelte, mi ha insegnato quanto la passione e la determinazione siano fondamentali nella vita.*

*Ringrazio il mio compagno Fabio per aver costantemente creduto in me, per essere stato la mia spalla, e per avermi donato forza e sicurezza in ogni singolo momento.*

*Ringrazio le mie amiche che sono sempre state presenti con affetto ed entusiasmo ad ogni mio singolo traguardo, condividendo con me momenti indimenticabili.*

*Ringrazio la mia amica e collega Caterina per tutti i nostri momenti “di studio e confronto”, sia personale che professionale, che risultano per me di estrema ricchezza.*

*Ringrazio la mia compagna di studi Emily per aver percorso assieme a me questa bellissima avventura.*

*Ringrazio di cuore i genitori di F., per aver creduto in me, per la loro fiducia, collaborazione e partecipazione. Siete una meravigliosa famiglia.*

*Ringrazio la mia collega Cristina, per avermi fatta avvicinare al mondo DIRFloortime®, trasmettendomi la sua passione.*

*Ringrazio le mie straordinarie Expert Training Leader, Rossana Giorgi e Serena Suman, per avermi accompagnata, con i loro preziosi insegnamenti, in questo meraviglioso processo che è il DIRFloortime®. In particolare vorrei ringraziare la mia mentore Serena per tutto quello che mi trasmette ogni giorno e che mi arricchisce enormemente sia come professionista che come persona.*

*Ringrazio la mia relattrice Simonelli Alessandra, per aver condiviso come me l'interesse verso questo approccio e per avermi guidata, passo dopo passo, nella realizzazione di questo elaborato.*

*Per ultimo vorrei ringraziare me stessa, per non aver mai mollato e per aver, finalmente, coronato un sogno.*



APPENDICE

APPENDICE 1: PATTERN DI RISPOSTA ADATTIVI E MALADATTIVI

**Table 1-2.**  
**Overview of Functional Emotional Developmental Levels**  
**with Descriptions of Different Degrees of Maladaptive**  
**and Adaptive Patterns**

<b>Self-Regulation and Interest in the World (Homeostasis)</b>			
<b>0-3 Months</b>			
<b>Maladaptive</b>			<b>Adaptive</b>
Attention is fleeting (a few seconds here or there) and/or very active or agitated or mostly self-absorbed and/or lethargic or passive	When very interested or motivated or captivated can attend and be calm for short periods (e.g., 30 to 60 seconds).	Focused, organized, and calm except when overstimulated or understimulated (e.g., noisy, active, or very dull setting); challenged to use a vulnerable skill (e.g., a child with weak fine motor skills asked to write rapidly), or ill, anxious, or under stress.	Focused, organized, and calm most of the time, even under stress.
<b>Forming Relationships, Attachment, and Engagement</b>			
<b>2-7 Months</b>			
<b>Maladaptive</b>			<b>Adaptive</b>
Aloof, withdrawn, and/or indifferent to others	Superficial and need-oriented, lacking intimacy.	Intimacy and caring is present but disrupted by strong emotions, like anger or separation (e.g., person withdraws or acts out).	Deep, emotionally rich capacity for intimacy, caring, and empathy, even when feelings are strong or under stress.
<b>Two-Way Purposeful Communication (Somatopsychological Differentiation)</b>			
<b>3-10 Months</b>			
<b>Maladaptive</b>			<b>Adaptive</b>
Mostly aimless, fragmented, unpurposeful behavior and emotional expressions (e.g., no purposeful grins or smiles or reaching out with body posture for warmth or closeness).	Some need-oriented, purposeful islands of behavior and emotional expressions. No cohesive larger social goals.	Often purposeful and organized, but not with a full range of emotional expressions (e.g., seeks out others for closeness and warmth with appropriate flirtatious glances, body posture, and the like, but becomes chaotic, fragmented or aimless when very angry).	Most of the time purposeful and organized behavior and a wide range of subtle emotions, even when there are strong feelings and stress.
<b>Behavioral Organization, Problem-Solving, and Internalization (Complex Sense of Self)</b>			
<b>9-18 Months</b>			
<b>Maladaptive</b>			<b>Adaptive</b>
Distorts the intents of others (e.g., misreads cues and, therefore, feels suspicious, mistreated, unloved, angry, etc.)	In selected relationships can read basic intentions of others (such as acceptance or rejection) but unable to read subtle cues (like respect or pride or partial anger).	Often accurately reads and responds to a range of emotional signals, except in certain circumstances involving selected emotions, very strong emotions, or stress or due to a difficulty with processing sensations, such as sights or sounds, e.g., certain signals are confusing.	Reads and responds to most emotional signals flexibly and accurately even when under stress (e.g., comprehends safety vs. danger, approval vs. disapproval, acceptance vs. rejection, respect vs. humiliation, partial anger, etc.).

**Table 1-2. Continued**

<b>Representational Elaboration and Differentiation 18-48 Months</b>			
<b>Maladaptive</b>			<b>Adaptive</b>
<p>Puts wishes and feelings into action or into somatic states ("My tummy hurts"). Unable to use ideas to elaborate wishes and feelings (e.g., hits when mad, hugs or demands physical intimacy when needy, rather than experiencing idea of anger or expressing wish for closeness).</p> <p>Ideas are experienced in a piecemeal or fragmented manner (e.g., one phrase is followed by another with no logical bridges).</p>	<p>Uses ideas in a concrete way to convey desire for action or to get basic needs met. Does not elaborate idea of feeling in its own right (e.g., "I want to hit but can't because someone is watching" rather than "I feel mad").</p> <p>Thinking is polarized, ideas are used in an all-or-nothing manner (e.g., things are all good or all bad. There are no shades of gray).</p>	<p>Often uses ideas to be imaginative and creative and express range of emotions, except when experiencing selected conflicted or difficult emotions or when under stress (e.g., cannot put anger into words or pretend).</p> <p>Thinking is constricted (i.e., tends to focus mostly on certain themes like anger and competition). Often thinking is logical, but strong emotions, selected emotions, or stress can lead to polarized or fragmented thinking.</p>	<p>Uses ideas to express full range of emotions. Is imaginative and creative most of the time, even under stress.</p> <p>Thinking is logical, abstract, and flexible across the full range of age-expected emotions and interactions. Thinking is also relatively reflective at age-expected levels and in relationship to age-expected endeavors (e.g., peer, spouse, or family relationship). Thinking supports movement into the next stages in the course of life.</p>

**Additional Functional Developmental Stages**

*Throughout the life cycle, these stages build on emotional thinking*

- *Triangular Thinking*—Triadic interactions among feeling states ("I feel left out when Susie likes Janet better than me").
- *Relativistic Thinking (Playground Politics)*—Shades and gradations among differentiated feeling states (ability to describe degrees of feelings around anger, love, excitement, love, disappointment—"I feel a little annoyed.")
- *Internalized sense of self (the world inside me)*—Reflecting on feelings in relationship to an internalized sense of self. ("It's not like me to feel so angry." Or "I shouldn't feel this jealous.")
- *Extending representational capacity to new realms of biological, psychological, and social experience*—Expanding reflective feeling descriptors into new realms, including sexuality, romance, closer and more intimate peer relationships, school, community, and culture, and emerging sense of identity ("I have such an intense crush on that new boy that I know it's silly; I don't even know him.").
- *Extending representational capacities in time and space*—Using feelings to anticipate and judge future possibilities in light of current and past experience ("I don't think I would be able to really fall in love with him because he likes to flirt with everyone and that has always made me feel neglected and sad.") Broadening reflective capacities to include the larger community and culture.
- *Extending representational capacities into the stages of adulthood, middle age, and the aging process*—Expanding feeling states to include reflections and anticipatory judgment with regard to new levels and types of feelings associated with the stages of adulthood, including
  - ability to function independently from, and yet remain close to, and internalize many of the capacities initially provided by one's nuclear family
  - inner sense of security
  - judgment and self-monitoring of behavior and impulses
  - regulation of mood
  - reality-based, organized thinking;
  - intimacy (serious long-term relationships);
  - the ability to nurture and empathize with one's children without over-identifying with them;
  - the ability to broaden one's nurturing and empathetic capacities beyond one's family and into the larger community;
  - the ability to experience and reflect on the new feelings of intimacy, mastery, pride, competition, disappointment, and loss associated with the family, career, and intra-personal changes of mid-life and the aging process.

## APPENDICE 2: VALUTAZIONE INIZIALE

### A Sensory Life



## Guida per riconoscere le Differenze Sensoriali

### Nota bene:

Questa lista è stata redatta per essere usata come uno strumento e una guida per acquisire una maggiore consapevolezza e per entrare in sintonia con i bisogni e le differenze sensoriali del vostro bambino.

Non è uno strumento diagnostico ed il numero delle voci spuntate non indica necessariamente un disturbo.

L'elenco include molte delle più comuni differenze e preferenze sensoriali ed è suddiviso in categorie basate sul sistema sensoriale e su come il cervello ed il sistema nervoso potrebbero elaborare l'input.

Dopo averlo compilato prendete nota delle categorie in cui avete spuntato la maggior parte delle voci.

Questo vi aiuterà ad identificare il sistema sensoriale che più necessita di attenzione e supporto.

Le voci elencate sono segnali e spunti che il vostro bambino vi sta inviando riguardo al modo in cui il suo sistema sensoriale sta elaborando e rispondendo ad uno specifico input.

Troverete idee per aiutarlo ed una spiegazione sensoriale sulla maggior parte delle voci di questo elenco in uno dei due libri scritti da Angie Voss, OTR: *Understanding Your Child's Sensory Signals*

Tradotto in italiano: *"Capire i segnali sensoriali del tuo bambino"*, edito da Lem libreria ed acquistabile online:

<http://www.lem-ops.org/schedalibro-voss.html>

o *"Understanding Your BABY's Sensory Signals"*.

### INPUT TATTILE

#### Sovra-registrazione/Rifiuto Tattile

- Si spaventa, diventa ansioso o aggressivo a causa di luci o se viene toccato inaspettatamente.
- Da piccolo non gli piaceva/non gli piace essere abbracciato o coccolato: può inarcarsi all'indietro, piangere o spingervi via.
- Si angoschia per il cambio del pannolino.
- Sembra spaventato o evita di stare vicino ad altre persone o coetanei (specialmente in fila).
- Si spaventa quando viene toccato da dietro o da qualcuno/qualcosa che non può vedere (ad esempio quando è sotto ad una coperta).
- Si lamenta quando gli vengono spazzolati i capelli.
- È infastidito dalle lenzuola ruvide (ad esempio vecchie e stropicciate).
- Evita le situazioni di gruppo per paura di essere toccato inaspettatamente.
- Oppone resistenza a tocchi affettuosi o amichevoli da chiunque tranne genitori o fratelli (e, a volte, anche da loro!).
- Non ama i baci e si pulisce il punto in cui è stato baciato.
- Una goccia di pioggia, l'acqua della doccia, o il vento che soffia sulla pelle scatena una avversione o una reazione di fuga.
- Ha reazioni eccessive a piccoli tagli, graffi e/o morsi di insetti.
- Evita di toccare determinati tessuti o materiali (coperte, tappeti, animali di peluche).



Scritto da: Angie Voss, OTR [ASensoryLife.com](http://ASensoryLife.com) Copyright 2014 ©

Permission granted to reproduce this handout for educational and instructional purposes.

The Seastar Project ha il permesso dell'autrice per la traduzione e divulgazione senza scopo di lucro del materiale in italiano



# A Sensory Life



- Si rifiuta di indossare abiti nuovi e tessuti ruvidi o rigidi, dolcevita, jeans, cinture e cappelli.
- Evita di usare le mani per giocare o si approccia a pugno chiuso.
- Evita/non ama i giochi in cui ci si sporca (fango, colla o colori a dita).
- Evita di sporcarsi con il cibo.
- È angosciato dalle mani sporche e vuole pulirle e lavarle frequentemente.
- Soffre eccessivamente il solletico.
- Non sopporta le cuciture delle calze e può rifiutarsi di indossarle.
- Non sopporta lo sfregamento degli abiti sulla pelle; vuole indossare pantaloncini e maniche corte tutto l'anno, i più piccoli preferiscono stare nudi e si tolgono vestiti e pannolini in continuazione.
- Non sopporta che gli si lavi il viso.
- Detesta farsi tagliare i capelli e le unghie.
- Non vuole lavare i denti e può avere un'eccessiva paura del dentista.
- Si rifiuta di camminare scalzo sull'erba o sulla sabbia.
- Cammina sulle punte su superfici o materiali che non conosce.

## Sotto-registrazione/Ricerca Tattile

- Ricerca il contatto ed ha bisogno di toccare tutto e tutti
- Non si accorge di essere toccato/urtato a meno che non venga fatto con estrema forza o intensità.
- Non è preoccupato per le ferite e non mostra disagio agli stimoli dolorosi.
- Non si rende conto di avere mani o viso sporchi o di avere il naso che cola.
- Spesso, giocando, fa male agli altri bambini o agli animali.
- Tocca ripetutamente superfici od oggetti per rilassarsi.
- Va alla ricerca di superfici e materiali che forniscono un notevole feedback tattile.
- Cerca ed ama moltissimo i giochi in cui ci si sporca.
- Ricerca le vibrazioni.



Scritto da: Angie Voss, OTR [ASensoryLife.com](http://ASensoryLife.com) Copyright 2014 ©

Permission granted to reproduce this handout for educational and instructional purposes.

The Seastar Project ha il permesso dell'autrice per la traduzione e divulgazione senza scopo di lucro del materiale in italiano





# A Sensory Life



## Discriminazione Tattile e Difficoltà Percettiva

- Ha difficoltà a compiere azioni di motricità fine come abbottonare, allacciare o aprire/chiudere cerniere.
- È incapace di identificare quale parte del corpo gli stanno toccando senza guardare.
- Ha difficoltà ad usare forbici, matite, posate.
- Non riesce ad identificare gli oggetti al tatto, deve aiutarsi con la vista; ad esempio per cercare qualcosa nello zaino o in un cassetto.

## INPUT VESTIBOLARE (Movimento)

### Sovra-registrazione/Rifiuto Vestibolare

- Evita/non ama i giochi dei giardinetti che implicano movimento: scivoli, altalene, giostre che girano.
- Predilige le attività sedentarie, si muove lentamente e cautamente, evita i rischi.
- Evita/non ama ascensori e scale mobili.
- Si aggrappa ad un adulto di cui si fida.
- Sembra terrorizzato di cadere anche quando non c'è un reale rischio.
- Ha paura delle altezze; anche solo di un marciapiede o di uno scalino.
- Ha paura di staccare i piedi da terra.
- Soffre facilmente il mal d'auto.
- Ha paura di salire e scendere le scale o di camminare su superfici accidentate.
- Ha paura se fatto penzolare a testa in giù, di lato o all'indietro.
- Sussulta se qualcuno lo muove.
- Da piccolo non amava le altalene o i tappeti elastici.
- Ha paura o difficoltà ad andare in bicicletta, saltare, saltellare, stare in equilibrio.
- Da piccolo non amava stare sdraiato sulla pancia.
- Perde facilmente l'equilibrio ed è goffo.
- Ha paura delle attività che richiedono un buon equilibrio.
- Evita i movimenti rapidi e rotatori.



Scritto da: Angie Voss, OTR [ASensoryLife.com](http://ASensoryLife.com) Copyright 2014 ©

Permission granted to reproduce this handout for educational and instructional purposes.

The Seastar Project ha il permesso dell'autrice per la traduzione e divulgazione senza scopo di lucro del materiale in italiano



# A Sensory Life



## Sotto-registrazione/Ricerca Vestibolare

- È in costante movimento, sembra incapace di stare seduto composto.
- Ricerca esperienze motorie intense come muoversi e girare velocemente.
- Ama essere lanciato in aria.
- Può girare velocemente per ore senza avere mai vertigini.
- Salta sempre sui mobili e sui trampolini, gira velocemente sulle sedie con le ruote.
- Ama stare a testa in giù.
- Sull'altalena ama dondolarsi più in alto possibile e a lungo.
- È alla ricerca di emozioni forti, a volte pericolose.
- Invece di camminare corre, salta e saltella.
- Da seduto dondola il corpo, agita le gambe o muove la testa.

## INPUT PROPRIOCETTIVO

***(Il corpo nello spazio, consapevolezza della posizione corporea, la capacità del cervello di comunicare con muscoli ed articolazioni durante una qualsiasi attività).***

*(\*) la sovra-registrazione ed il rifiuto propriocettivo sono estremamente rari, quindi questa sezione ha solo una categoria.*

*(\*\*) un altro elemento è il tocco a pressione profonda.*

## Sotto-registrazione /Ricerca Proprioceettiva

- Va alla ricerca di attività in cui si salta, ci si colpisce e ci si scontra.
- Sbatte i piedi camminando.
- Ha il corpo "molle e flessibile".
- Frequentemente non sta dritto, si sdraia o appoggia la testa sulla mano o sul braccio quando è a tavola o alla scrivania.
- Si scroccia frequentemente le dita.
- Ama avvolgersi stretto nelle coperte (\*\*).
- Ama gli spazi piccoli e stretti (\*\*).
- Preferisce indossare abiti più attillati possibile (\*\*).
- Gli piacciono gli abbracci forti (\*\*).
- Urta le cose/sembra goffo.
- Ha difficoltà a girare pomelli e maniglie e ad aprire e chiudere oggetti.
- Spesso si siede sul pavimento con la posizione delle gambe a W.



Scritto da: Angie Voss, OTR [ASensoryLife.com](http://ASensoryLife.com) Copyright 2014 ©

Permission granted to reproduce this handout for educational and instructional purposes.

The Seastar Project ha il permesso dell'autrice per la traduzione e divulgazione senza scopo di lucro del materiale in italiano





# A Sensory Life



- Va a sbattere o sbatte fra loro giochi e/o oggetti.
- Ama la lotta ed è scalmanato\*\*.
- Spesso cade intenzionalmente.
- Digrigna i denti.
- Ama tirare, spingere e trascinare oggetti.
- Spesso colpisce, urta o spinge altri bambini.
- Ha difficoltà a regolare la pressione quando scrive o disegna, ha il tratto troppo pesante o troppo lieve.
- Buca spesso i fogli per cancellare.
- Si lamenta che gli oggetti sono troppo pesanti.
- Non capisce il significato di "piano" o "forte".
- Sembra faccia tutto con troppa forza (sbatte le porte).
- Gioca con gli animali con troppa forza, spesso facendogli male.

## INPUT Uditivo

### Sovra-registrazione/Rifiuto Uditivo

- È distratto da suoni che le altre persone normalmente non notano: il ronzio delle luci, il ticchettio dell'orologio.
- Ha paura del rumore dello sciacquone, dell'aspirapolvere, dell'asciugacapelli, dell'abbaiare dei cani.
- Trasale o si distrae per rumori forti o inaspettati.
- Si distrae per rumori circostanti come tagliaerba o camion della spazzatura.
- Chiede spesso di fare silenzio, smettere di parlare o di cantare.
- Scappa e si copre le orecchie per rumori forti ed inaspettati.
- Si rifiuta o non ama andare al cinema, teatro, parate, palestre.
- Alcune voci possono essere molto fastidiose, così come le risate.

### Sotto-registrazione/Ricerca Uditiva

- Spesso non risponde agli stimoli verbali o quando lo si chiama per nome.
- Fa rumore solo per far rumore.
- Ama la musica e la tv ad un volume eccessivamente alto.
- Non nota alcuni rumori.



Scritto da: Angie Voss, OTR [ASensoryLife.com](http://ASensoryLife.com) Copyright 2014 ©

Permission granted to reproduce this handout for educational and instructional purposes.

The Seastar Project ha il permesso dell'autrice per la traduzione e divulgazione senza scopo di lucro del materiale in italiano



# A Sensory Life



- Sembra non capire la provenienza dei rumori.
- Anche se grandicello usa la lallazione ed i vocalizzi come un bimbo piccolo.
- Bisogna spesso ripetergli le cose.
- Dice "cosa?" frequentemente.

## INPUT SENSORIALE ORALE

### Sovra-registrazione/Rifiuto Sensoriale Orale

- Esigente nel mangiare, ha preferenze estreme per i cibi.
- Mangia solo cibi "morbidi" o frullati (dopo i due anni di età).
- Fatica ad inghiottire i cibi solidi.
- Ha una paura esagerata del dentista.
- Non gli piace il dentifricio e lavarsi i denti.
- Preferisce i cibi insipidi.
- Mangia solo cibi di determinate consistenze, è sensibile ai cibi caldi o freddi, oppone resistenza quando gli si propongono nuovi cibi.

### Sotto-registrazione/Ricerca Sensoriale Orale

- Mette eccessivamente gli oggetti in bocca (dopo i due anni).
- Si morde o succhia le dita.
- Ha difficoltà di suzione, masticazione e deglutizione.
- Lecca o mastica oggetti non commestibili.
- Preferisce gli alimenti molto saporiti.
- Ha una salivazione eccessiva.
- Frequentemente mastica i capelli, la maglia o le dita.
- Cerca vibrazioni in bocca.
- Preferisce cibi eccessivamente speziati, dolci aspri, o salati.





# A Sensory Life



## INPUT OLFATTIVO

### Sovra-registrazione/Rifiuto Olfattivo

- Reagisce negativamente ad odori che solitamente non disturbano gli altri.
- Dice alle persone che hanno un odore cattivo o strano.
- Si rifiuta di mangiare alcuni alimenti a causa del loro odore.
- È disturbato o nauseato dagli odori del bagno o di prodotti per l'igiene personale.
- È infastidito dall'odore di profumo o acqua di colonia.
- È infastidito dall'odore di chiuso o dai profumi della cucina.

### Sotto-registrazione/Ricerca-Olfattiva

- Annuserà l'intera stanza, inclusi oggetti e muri prima di interagire.
- È incapace di riconoscere gli odori dagli adesivi "gratta e annusa".
- Non nota odori di cui gli altri solitamente si lamentano.
- Usa eccessivamente l'olfatto nei confronti di cose, persone ed oggetti nuovi.
- Usa l'olfatto per interagire con le cose.

## INPUT VISIVO

### Sovra-Registrazione/Rifiuto Visivo

- È sensibile alle luci intense, la luce può scatenargli il mal di testa.
- Gli stimoli visivi all'interno della stanza lo distraggono facilmente.
- Ha difficoltà a stare nelle stanze con colori accesi.
- Si strofina gli occhi o ha gli occhi che lacrimano dopo aver letto o guardato uno schermo.
- Evita il contatto oculare.
- Gli piace giocare al buio.

### Sotto-Registrazione/Ricerca Visiva

- Ama i posti luminosi e colorati (spesso affollati e disordinati).
- Ama allineare le cose.
- Ama guardare gli oggetti che girano.
- Gli piace guardare gli oggetti brillanti.



Scritto da: Angie Voss, OTR [ASensoryLife.com](http://ASensoryLife.com) Copyright 2014 ©

Permission granted to reproduce this handout for educational and instructional purposes.

The Seastar Project ha il permesso dell'autrice per la traduzione e divulgazione senza scopo di lucro del materiale in italiano



# A Sensory Life



## DIFFICOLTÀ NELL'AUTO-REGOLAZIONE

- Ha difficoltà ad accettare cambiamenti della routine.
- Si demoralizza facilmente.
- È impulsivo.
- Ha inaspettati e repentini cambi d'umore.
- Evita il contatto oculare.
- Preferisce i giochi ripetitivi.
- È eccessivamente irritabile.
- Ha difficoltà nelle transizioni (ad esempio da un'attività ad un'altra).
- Difficilmente si calma da solo.
- Non riesce a passare dal sonno alla veglia senza stress.
- Ha eccessivamente bisogno dell'aiuto degli altri per addormentarsi.



Functional Emotional Developmental Capacities: Basic Chart (livelli 1, 2, 3)



**Functional Emotional Developmental Capacities: Basic Chart**

Use the following chart to help you identify which capacities your child has developed or is developing and which still need work. Depending on neurodevelopmental differences, some of the ways to observe each of these items can vary, so it is important to get connected with a professional that can help you understand how these developmental capacities can be used to best understand your child's unique developmental process.

Capacity 1: Self-Regulation and Interest in the World	Always	Sometimes	Never	Not under stress
Shows interest in different sensations for 3+ seconds		X		
Remains calm and focused for 2+ minutes with your help			X	
Recovers from distress within 20 minutes			X	
Shows interest in you (i.e. not only in inanimate objects)			X	
Capacity 2: Engaging & Relating	Always	Sometimes	Never	Not Under Stress
Responds to your overtures (with a smile, frown, reach, vocalization, or other intentional behavior)			X	
Responds to your overtures with pleasure			X	
Responds to your overtures with curiosity and assertive interest			X	
Anticipates an object that was shown then removed (for example, may smile or babble to show interest)				X
Becomes displeased when you are unresponsive during play			X	
Protests and grows angry when frustrated	X			
Recovers from distress with 15 minutes with your help			X	
Capacity 3: Purposeful Two-Way Communication	Always	Sometimes	Never	Not Under Stress
Responds to your gestures with intentional gestures (for example, reaches out in a response to your outstretched arms or returns your vocalizing or look)			X	
Initiates interactions with you (for example, reaching for your nose or hair or for a toy or raises arms to be picked up)			X	

Demonstrate the following emotions:	Always	Sometimes	Never	Not Under Stress
<ul style="list-style-type: none"> <li>Closeness (for example, hugging back when hugged, reaching out to be picked up, or staying in close connection even if hugs or other acts may be less present due to sensory differences)</li> </ul>			X	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pleasure &amp; Excitement (for example, smiling joyfully while pointing at or touching/grabbing your face)</li> </ul>				X
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assertive curiosity (for example, touching and exploring hair)</li> </ul>			X	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Protest or anger (for example, pushing food off the table or screaming when desired toy is not bought)</li> </ul>	X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fear (for example, turning away, looking scared, or crying when a stranger approaches too quickly)</li> </ul>			X	
Recovers from distress within 10 minutes by being involved in social interactions			X	



**Psychodiagnostic Chart—Infancy and Early Childhood** (page 3 of 4)

**Section IV: Relational Patterns and Disorders**

Each child's relationship with a significant caregiver (mother or father but, if appropriate custodial parent, grandparent, etc.) should be evaluated in this section. Rate the caregiver-child relationship on each of the eight descriptions below, on a scale from 1 to 5 (1 = Severely impaired; 5 = Healthy). Then sum the eight ratings for the degree to which the pattern represents healthy/adapted relationship versus relational disorder.

Caregiver 1: \_\_\_\_\_ (please specify)

<b>Infant/child-caregiver relationship</b>	<b>Rating scale</b>				
Quality and flexibility of caregiver's representation of the child	5	4	3	2	1
Quality of caregiver's reflective functioning	5	4	3	2	1
Quality of caregiver and child's nonverbal engagement	5	4	3	2	1
Quality of interactional patterns (reciprocity, synchrony, interactive repair)	5	4	3	2	1
Affective tone of the caregiver-infant relationship	5	4	3	2	1
Quality of caregiver's behavior (sensitivity vs. threatening and/or frightening behaviors)	5	4	3	2	1
Quality of caregiving patterns (comfort, stimulation, response to infant emotional signals, encouragement vs. withdrawal, overstimulation, controlling behavior, insensitivity)	5	4	3	2	1
Infant/child's ability to engage and form a significant relationship (vs. specific difficulties that impair this ability)	5	4	3	2	1
Total score =					22

**Overall Level of Relational Pattern (Caregiver 1)**

[Healthy/adapted relational patterns, 36-40; Adapted relational patterns with some areas of difficulty, 29-35; Moderate perturbation or disturbance in relational patterns, 22-28; Significant disturbance in relational patterns, 15-21; Major impairments in relational pattern or relational disorders, 8-14]

**Attachment Pattern (Caregiver 1)**

Rate the caregiver-child relationship as regards attachment patterns on a scale from 1 (no correspondence) to 5 (high correspondence) for each of the four prototypes.

Secure 4  
 Insecure-avoidant 1  
 Insecure-ambivalent/resistant 1  
 Disorganized/disoriented 1

(continued)

Functional Emotional Assessment Scale

Stanley I. Greenspan, M.D. and Georgia A DeGangi, Ph.D., OTR  
Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders, Bethesda, MD

## The Functional Emotional Assessment Scale Administration and Scoring Form

Age: **3-4 Years**  
Behaviors: **Caregiver**  
Name of Child: FILIPPO Date of Testing: NOVEMBRE 2020  
Age of Child: 3  
Person Playing With Child: Mother:  Caregiver:  Father:  Examiner:

General Scoring

Scoring is on a two-point scale for most items, except where indicated, and is:

- 0 = not at all or very brief
  - 1 = present some of time, observed several times
  - 2 = consistently present, observed many times
- Indicate N/O for behaviors that are not observed.

Where indicated to convert a score, transform the scoring as follows:

- 0 becomes a 2
- 1 = 1
- 2 becomes a 0

Scores for symbolic play should be entered in the SYM column and scores for sensory play entered in the SENS column. When the examiner facilitates play with the child, enter scores in the EXAM column. The last column may be used for entering scores for additional caregivers (e.g., mother, father, foster parent, babysitter) observed playing with the child.

Scores are interpreted for the primary caregiver playing with the child for the symbolic and sensory play situations. If scores do not differ for symbolic and sensory play, then only one score is interpreted. However, if behaviors differ for the different play situations, then two scores are calculated, one for symbolic play, one for sensory play. These are interpreted using the cutoff scores presented in the profile form.



Age: **3-4 Years**  
Behaviors: **Caregiver**

Child's Name: FILIPPO

Key: SYM = Symbolic; SENS = Sensory; EXAM = Examiner

	SYM	SENS	EXAM
<b>SELF-REGULATION AND INTEREST IN THE WORLD</b>			
1. Interacts calmly with child, able to wait for child's responses.		1	
2. Shows pleasant or animated, happy affect throughout play. <i>Scoring:</i> 0 = flat, somber, or depressed affect. 1 = content, but neutral. 2 = happy and animated with warm and engaging smiles.		1	
3. Is sensitive and responsive to child's need for touch by stroking or touching child in pleasurable ways and/or encourages child to explore textured toys.		1	
<b>Total For Self-Regulation and Interest in the World</b>		3	
<b>FORMING RELATIONSHIPS, ATTACHMENT, AND ENGAGEMENT</b>			
4. Is relaxed during interchange with child, not overly attentive to child's every action.		1	
5. Looks at child with affection, showing a warm connection.		1	
6. Enjoys being with and playing with the child through smiles or a joyful look and emits a sense of warmth by providing inviting gestures. Keep in mind cultural differences in how this may be expressed.		1	
7. Maintains a verbal or visual connection with child, showing clear availability and interest in the child. Child may move away from caregiver to explore room, yet the caregiver maintains connection to the child across space through gestures, vocalizations, and facial expressions.		1	
<b>Total for Forming Relationships, Attachment, and Engagement</b>		4	
<b>TWO-WAY, PURPOSEFUL COMMUNICATION</b>			
8. Allows child to decide on the play topic, to initiate play and explore toys in ways that the child seeks or needs.		1	
9. Responds to child's wishes, intentions, and actions in a contingent way, building on how the child wishes to play. For example, child may hand toy to parent, and parent responds by taking it and saying something about the toy, then gives the child an opportunity to respond to what parent just did. <i>Scoring:</i> 0 = consistently does opposite to what baby seeks, misreads child's cues, changing activity from what child wants to do. 1 = misreads child's signals 25 to 50% of time, changing activity or toy while at other times reads child's signals accurately. 2 = responds to child's signals in appropriate way most of time (up to 75% time responsive to child), staying on the activity that the child has chosen.		1	

Age: **3-4 Years**  
 Behaviors: **Caregiver**

Child's Name: FILIPPO

	SYM	SENS	EXAM
10. Predominately handles toys, engaging in parallel play and removing attention from playing with child. <i>Converted Score* Score of 0 converts to 2</i>		1	
11. Plays with child at developmentally appropriate level. Caregiver may play slightly above child's level of skill, modeling new ways to do things or labeling what child does or describing the functions of objects.		1	
12. Stimulates child at pace that allows child to respond, waiting for child's responses. Avoids overstimulating child with language or actions.		0	
<b>Total for Two-Way, Purposeful Communication</b>		4	
<b>BEHAVIORAL ORGANIZATION, PROBLEM-SOLVING, AND INTERNALIZATION (A Complex Sense of Self)</b>			
13. Responds and initiates reciprocal back and forth chains of interactions with child, stringing together connected circles of communication or units of interaction. For example, caregiver introduces baby doll, baby touches doll's face, mother touches doll's hair, baby pats the doll, mother says "baby," and baby glances between mother and doll. The caregiver may imitate child (i.e., pushing car alongside child), then interject her turn by an action or verbalization related to the child's actions (i.e., "Oh, a bump!", then bumps her car into child's car). <i>Scoring:</i> 0 = 0 to 2 circles. 1 = 3 to 5 circles. 2 = 6 or more circles.		/	
14. Uses gestures and facial expressions as a modality to promote circles of communication.		/	
15. Uses language or vocalizations as a modality to promote circles of communication.		/	
16. Elaborates on and builds complexity into the child's play behaviors while engaged in interactive sequences between parent and child. The parent expands on what the child does while remaining on the child's play topic (e.g., the parent does not introduce a completely new play idea). The parent provides a small challenge or interesting twist to the play that requires the child to respond slightly differently than before, thus creating a problem solving opportunity for the child. For example, the parent and child are pushing a car back and forth toward each other. The parent expands on this by creating a wall with her leg to prevent the car from rolling, then waits to see how the child will solve this situation.		/	

Age: **3-4 Years**  
 Behaviors: **Caregiver**

Child's Name: FILIPPO

	SYM	SENS	EXAM
17. Allows child to assert self in play, exploring with confidence in what he or she wishes (i.e., child expresses strong wish to play in a certain way such as banging toys, being silly, holding a doll, or running around room.) Parent supports the child's needs for dependency and closeness, assertiveness and curiosity, aggression, autonomy, or pleasure and excitement by admiring, showing interest, and/or by joining in to the child's play in whatever way the child seeks. Problems that may interfere with caregiver's capacity to support this area might be intrusiveness, withdrawal, overprotectiveness, or playing at level far above child's level of competence.		/	
18. Shows pleasure and excitement in playing with child in whatever way the child wishes to play. <i>Scoring:</i> 0 = little pleasure and excitement shown by caregiver. 1 = pleasure and excitement sustained by parent over the course of several (3 to 5) circles of communication. 2 = pleasure and excitement sustained for many (6 or more) circles of communication.  <i>Note here if child is unable to sustain circles of communication if it affects caregiver's score:</i> Child can sustain circles: _____ Child cannot: _____		/	
19. Expresses appropriate limits on baby. The caregiver may redirect child not to leave room, not to hit her, or not to throw toy. If no need for limits arises during play, mark N/O and give 2 points.		/	
<b>Total for Behavioral Organization, Problem-Solving, and Internalization</b>			
<b>REPRESENTATIONAL CAPACITY (Elaboration)</b>			
20. Encourages child to engage in symbolic play by modeling or combining materials in ways that encourage representational actions (i.e., mother holds spoon near baby doll's mouth and says, "Feed baby?"). Parent appears comfortable in playing make believe.		/	
21. Elaborates on child's pretend play idea by building on child's ideas and adding some complexity to them. (e.g., child puts doll in car and pushes it and caregiver says, "Oh, is Daddy going to the store?").		/	
22. Allows child to express pretend play themes involving closeness or dependency (e.g., nurturing doll) without competing for child's attention to be the one nurtured.		/	
23. Sustains pretend play, showing interest, pleasure, and excitement about the child's pretend play idea by asking questions, laughing or smiling, and joining into the child's play with enthusiasm (e.g., caregiver says, "Oh, that's a good idea. What happens now? That's so funny!").		/	

Age: **3-4 Years**  
 Behaviors: **Caregiver**

Child's Name: FILIPPO

	SYM	SENS	EXAM
24. Allows child to express themes of assertiveness in pretend play (i.e., child pretends he's a policeman and puts caregiver in jail; child pretends to go to work and tells caregiver to stay home).		/	
<b>Total for Representational Capacity (Elaboration)</b>			
<b>REPRESENTATIONAL DIFFERENTIATION (Building Bridges Between Ideas and Emotional Thinking)</b>			
25. Elaborates on child's pretend play, creating opportunities to logically connect ideas in play. The caregiver accomplishes this by asking questions to give depth to the drama such as "how," "why," or "when." If the child strays off the topic, the caregiver asks questions to bridge the circle of communication back to the pretend play theme (i.e., "But what happened to the crocodile? He was ready to go for a swim and now you're playing with the truck.")		/	
26. Incorporates causality into pretend play by helping child to logically connect three or more ideas into a reality-based story sequence. For example, if the child is playing out how two animals fight, the caregiver might ask "How come they're fighting?", "Do they know each other?"		/	
27. Helps child to elaborate on a wide range of emotional themes, whatever they might be—assertiveness, pleasure and excitement, fearfulness, anger, or separation and loss. The caregiver is accepting of the child's expressions of different feelings and themes through play and shows no discomfort at the expression of different ideas from the child.		/	
<b>Total for Representational Differentiation (Emotional Thinking)</b>			
<b>Total Caregiver Score</b>		11	

Stanley I. Greenspan, M.D. and Georgia A DeGangi, Ph.D., OTR  
Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders, Bethesda, MD

## The Functional Emotional Assessment Scale Administration and Scoring Form

Age: **3-4 Years**

Behaviors: **Caregiver**

Name of Child: FILIPPO

Date of Testing: NOVEMBRE 2020

Age of Child: 3

Person Playing  
With Child:

Mother:  Father:   
Caregiver:  Examiner:

### General Scoring

Scoring is on a two-point scale for most items, except where indicated, and is:

- 0 = not at all or very brief
  - 1 = present some of time, observed several times
  - 2 = consistently present, observed many times
- Indicate N/O for behaviors that are not observed.

Where indicated to convert a score, transform the scoring as follows:

- 0 becomes a 2
- 1 = 1
- 2 becomes a 0

Scores for symbolic play should be entered in the SYM column and scores for sensory play entered in the SENS column. When the examiner facilitates play with the child, enter scores in the EXAM column. The last column may be used for entering scores for additional caregivers (e.g., mother, father, foster parent, babysitter) observed playing with the child.

Scores are interpreted for the primary caregiver playing with the child for the symbolic and sensory play situations. If scores do not differ for symbolic and sensory play, then only one score is interpreted. However, if behaviors differ for the different play situations, then two scores are calculated, one for symbolic play, one for sensory play. These are interpreted using the cutoff scores presented in the profile form.

Age: **3-4 Years**

Child's Name: FILIPPO

Behaviors: **Child**

Key: SYM = Symbolic; SENS = Sensory; EXAM = Examiner

	SYM	SENS	EXAM
<b>SELF-REGULATION AND INTEREST IN THE WORLD</b>			
1. Is interested and attentive to play with toys.		1	
2. Explores objects freely without caution.		1	
3. Remains calm for play period with no signs of distress (crying or whining), showing appropriate frustration.		0	
4. Is comfortable touching textured toys and in being touched by caregiver.		0	
5. Shows happy, content affect. <i>Scoring:</i> 0 = flat, somber, or depressed affect. 1 = content but neutral. 2 = happy and content, robust smiles, warm and engaging affect.		1	
6. Remains focused on objects or caregiver without being distracted by sights or sounds. <i>Scoring:</i> 0 = distracted frequently; no focused play for more than a few seconds at a time. 1 = distracted some of the time with brief periods of focused play. 2 = remains focused in play most of the time with only brief distractibility.		0	
NOTE: SCORE ONLY ITEM 7 OR 8, WHICHEVER APPLIES.			
7. Underreactivity: Appears sluggish or withdrawn. <i>Scoring:</i> 0 = withdrawn, difficult to engage. 1 = sluggish or slow-paced in actions but can eventually be aroused or engaged. 2 = shows a bright, alert state with focused play throughout.		/	
8. Overreactivity: Appears overaroused by toys and environment. <i>Scoring:</i> 0 = very active, moves quickly from one toy to the next or wanders away from caregiver and toys constantly. 1 = moderately active, occasional bursts of changing activity quickly or wandering away, then settles into play with one toy for short period. 2 = well-modulated in pace and activity level, focusing on a toy or caregiver for long periods before changing activity.		0	
<b>Total For Self-Regulation and Interest in the World</b>		3	
<b>FORMING RELATIONSHIPS, ATTACHMENT, AND ENGAGEMENT</b>			
9. Shows emotional interest and connection with caregiver by vocalizing and smiling at her.		0	

Age: **3-4 Years**  
 Behaviors: **Child**

Child's Name: FILIPPO

	SYM	SENS	EXAM
10. Evidences a relaxed sense of security and/or comfort when near caregiver. If child is active and moves away from caregiver, he references her from across space and shows relaxed security in distal space.		1	
11. Anticipates with curiosity or excitement when caregiver presents an interesting object or game.		1	
12. Displays signs of discomfort, displeasure, or sadness during interactive play if caregiver should become unresponsive or engage in anticontingent behaviors. <i>(If caregiver is responsive or contingent, note that this was not observed with "N/O," then assign 2 points.)</i>		2	
13. Initiates physical closeness to caregiver but is not clingy; if child is active and moves away from caregiver, child maintains a visual or verbal connection with caregiver.		1	
14. Turns head away, averts gaze, moves away, or sits facing away from caregiver without social referencing caregiver. Appears indifferent, aloof, withdrawn, or avoidant of caregiver. <i>Converted Score* Score of 0 converts to 2</i>		1	
15. Social references caregiver while playing with toys.		0	
16. After moving away, communicates to caregiver from across space by looking, gestures, or vocalizations.		0	
<b>Total for Forming Relationships, Attachment, and Engagement</b>		6	
<b>TWO-WAY, PURPOSEFUL COMMUNICATION</b>			
17. Opens circles of communication: Initiates intentional actions with objects while also engaged in interactions with caregiver (i.e., manipulates object then looks at mother and smiles or vocalizes).		0	
18. Gives signals: Initiates purposeful and intentional actions in play with objects. <i>Scoring:</i> 0 = needs considerable help to get started in play or to engage in purposeful actions; no clear gestures or organized intent. 1 = initiates play but engages in stereotypic actions; i.e., lining toys up, mouthing toys for long periods of time, banging toys without engaging in any other actions with the same toy OR initiates play but actions appear aimless or disorganized. 2 = play shows intentionality and variety, engaging in two or more different behaviors with a given toy or activity. Gestures are specific and activity is functionally tied to objects.		0	



Age: **3-4 Years**  
 Behaviors: **Child**

Child's Name: FILIPPO

	SYM	SENS	EXAM
19. Closes circles: Responds to caregiver's cues in contingent manner (i.e., mother offers toy, baby takes it and puts it in a container). <i>Scoring:</i> 0 = does not notice caregiver's response. 1 = notices caregiver's response and looks, but does not respond contingently through actions; instead does something that has nothing to do with what caregiver did (i.e., mother holds toy out for child; child looks at mother and toy, then returns to what he was doing before). 2 = notices caregiver's response, then responds contingently by elaborating on what caregiver did, by taking toy held by caregiver and examining it, by imitating her, or some other response that is clearly linked to what caregiver did.		○	
20. Uses language (e.g., sounds, words, and/or gestures) during interactions. Circle which ones were used.		○	
<b>Total for Two-Way, Purposeful Communication</b>		○	
<b>BEHAVIORAL ORGANIZATION, PROBLEM-SOLVING, AND INTERNALIZATION (A Complex Sense of Self)</b>			
21. Engages in complex patterns of communication stringing together several circles of communication with caregiver (initiated and elaborated on by child) using gestures, vocalizations, and/or words. <i>Scoring:</i> 0 = 0 to 2 circles. 1 = 3 to 5 circles. 2 = 6 or more circles.		/	
22. Imitates or copies something new that the caregiver introduces, then incorporates idea into play (i.e., caregiver feeds doll; child copies this).		/	
<b>Total for Behavioral Organization, Problem-Solving, and Internalization</b>			
<b>REPRESENTATIONAL CAPACITY (Elaboration)</b>			
23. Engages in symbolic play with the various toys or equipment (e.g., plays out cars racing), going beyond simple concrete actions (e.g., feeding self with cup).		/	
24. Engages in pretend play patterns of at least one idea in collaboration with caregiver (e.g., one part of a script or scenario played out).		/	
25. Uses language or pretend play (e.g., playing out with doll figures) to communicate needs, wishes, intentions, or feelings.		/	
26. Uses pretend play to express themes around closeness or dependency (e.g., putting dolls to sleep next to one another; feeding caregiver and dolls).		/	
27. Uses pretend play to express themes around pleasure and excitement around humorous theme (e.g., imitating humorous behaviors).		/	



Age: **3-4 Years**  
 Behaviors: **Child**

Child's Name: FILIPPO

	SYM	SENS	EXAM
28. Uses pretend play to express themes around assertiveness (e.g., cars racing).		/	
29. Creates pretend drama with two or more ideas that are not related or logically connected.		/	
<b>Total for Representational Capacity (Elaboration)</b>			
<b>REPRESENTATIONAL DIFFERENTIATION (Building Bridges Between Ideas and Emotional Thinking)</b>			
30. Pretend play, however unrealistic, involves two or more ideas, which are logically tied to one another. Child may build on adult's pretend play idea.		/	
31. Elaborates on pretend play sequence of two or more ideas, which are logically connected and grounded in reality. There is a planned quality and child can elaborate to "how," "why," or "when" questions, giving depth to drama.		/	
32. Uses pretend play or language to communicate themes containing two or more ideas dealing with closeness or dependency (e.g., doll gets hurt, then gets kiss from daddy, then plays ball together).		/	
33. Uses pretend play or language to communicate themes containing two or more ideas dealing with pleasure and excitement in humorous game (e.g., imitates funny word heard, watches how caregiver reacts, then laughs).		/	
34. Uses pretend play or language to communicate themes containing two or more ideas dealing with assertiveness (e.g., soldiers search for missing person, find her, then battle to save her again)		/	
<b>Total for Representational Differentiation (Emotional Thinking)</b>			
<b>Total Child Score</b>		9	
<b>TOTAL FEAS SCALE SCORE</b> (add Caregiver and Child scores)		24	

Age: **3-4 Years**  
 Behaviors: **Child**

Child's Name: FILIPPO

**Functional Emotional Assessment Scale**  
**Profile Form**  
**For 3- to 4-Year-Olds**

Subtest	Score			Normal	At Risk	Deficient
	SYM	SENS	EXAM			
<b>Caregiver</b>						
Self-Regulation and Interest in the World				4-6		0-3
Forming Relationships, Attachment, and Engagement				7-8	6	0-5
Two-Way, Purposeful, Communication				9-10	8	0-7
Behavioral Organization, Problem-Solving, and Internalization				12-14	11	0-10
Representational Capacity				6-10	5	0-4
Representational Differentiation				2-6		0-1
<i>Total Caregiver Score</i>				42-54	40-41	0-39
<b>Child</b>						
Self-Regulation and Interest in the World				12-14	11	0-10
Forming Relationships, Attachment, and Engagement				14-16	13	0-12
Two-Way, Purposeful, Communication				8-10	7	0-6
Behavioral Organization, Problem-Solving, and Internalization				2-4		0-1
Representational Capacity				8-14	7	0-6
Representational Differentiation				2-10		0-1
<i>Total Child Score</i>				48-66	46-47	0-45
<b>Total FEAS Scale</b>				<b>93-120</b>	<b>86-92</b>	<b>0-85</b>

Key: SYM = Symbolic; SENS = Sensory

APPENDICE 3: SECONDA VALUTAZIONE

Functional Emotional Assessment Scale

Stanley I. Greenspan, M.D. and Georgia A DeGangi, Ph.D., OTR  
Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders, Bethesda, MD

### The Functional Emotional Assessment Scale Administration and Scoring Form

Age: **3-4 Years**

Behaviors: **Caregiver**

Name of Child: FILIPPO

Date of Testing: APRILE 2022

Age of Child: 4

Person Playing  
With Child:

Mother:       Father:   
Caregiver:       Examiner:

#### General Scoring

Scoring is on a two-point scale for most items, except where indicated, and is:

- 0 = not at all or very brief
  - 1 = present some of time, observed several times
  - 2 = consistently present, observed many times
- Indicate N/O for behaviors that are not observed.

Where indicated to convert a score, transform the scoring as follows:

- 0 becomes a 2
- 1 = 1
- 2 becomes a 0

Scores for symbolic play should be entered in the SYM column and scores for sensory play entered in the SENS column. When the examiner facilitates play with the child, enter scores in the EXAM column. The last column may be used for entering scores for additional caregivers (e.g., mother, father, foster parent, babysitter) observed playing with the child.

Scores are interpreted for the primary caregiver playing with the child for the symbolic and sensory play situations. If scores do not differ for symbolic and sensory play, then only one score is interpreted. However, if behaviors differ for the different play situations, then two scores are calculated, one for symbolic play, one for sensory play. These are interpreted using the cutoff scores presented in the profile form.

Age: **3-4 Years**

Child's Name: FILIPPO

Behaviors: **Caregiver**

Key: SYM = Symbolic; SENS = Sensory; EXAM = Examiner

	SYM	SENS	EXAM
<b>SELF-REGULATION AND INTEREST IN THE WORLD</b>			
1. Interacts calmly with child, able to wait for child's responses.		2	
2. Shows pleasant or animated, happy affect throughout play. <i>Scoring:</i> 0 = flat, somber, or depressed affect. 1 = content, but neutral. 2 = happy and animated with warm and engaging smiles.		2	
3. Is sensitive and responsive to child's need for touch by stroking or touching child in pleasurable ways and/or encourages child to explore textured toys.		2	
<b>Total For Self-Regulation and Interest in the World</b>		6	
<b>FORMING RELATIONSHIPS, ATTACHMENT, AND ENGAGEMENT</b>			
4. Is relaxed during interchange with child, not overly attentive to child's every action.		2	
5. Looks at child with affection, showing a warm connection.		2	
6. Enjoys being with and playing with the child through smiles or a joyful look and emits a sense of warmth by providing inviting gestures. Keep in mind cultural differences in how this may be expressed.		2	
7. Maintains a verbal or visual connection with child, showing clear availability and interest in the child. Child may move away from caregiver to explore room, yet the caregiver maintains connection to the child across space through gestures, vocalizations, and facial expressions.		2	
<b>Total for Forming Relationships, Attachment, and Engagement</b>		8	
<b>TWO-WAY, PURPOSEFUL COMMUNICATION</b>			
8. Allows child to decide on the play topic, to initiate play and explore toys in ways that the child seeks or needs.		2	
9. Responds to child's wishes, intentions, and actions in a contingent way, building on how the child wishes to play. For example, child may hand toy to parent, and parent responds by taking it and saying something about the toy, then gives the child an opportunity to respond to what parent just did. <i>Scoring:</i> 0 = consistently does opposite to what baby seeks, misreads child's cues, changing activity from what child wants to do. 1 = misreads child's signals 25 to 50% of time, changing activity or toy while at other times reads child's signals accurately. 2 = responds to child's signals in appropriate way most of time (up to 75% time responsive to child), staying on the activity that the child has chosen.		1	

Age: **3-4 Years**  
 Behaviors: **Caregiver**

Child's Name: FILIPPO

	SYM	SENS	EXAM
10. Predominately handles toys, engaging in parallel play and removing attention from playing with child. <i>Converted Score* Score of 0 converts to 2</i>		2	
11. Plays with child at developmentally appropriate level. Caregiver may play slightly above child's level of skill, modeling new ways to do things or labeling what child does or describing the functions of objects.		2	
12. Stimulates child at pace that allows child to respond, waiting for child's responses. Avoids overstimulating child with language or actions.		2	
<b>Total for Two-Way, Purposeful Communication</b>		9	
<b>BEHAVIORAL ORGANIZATION, PROBLEM-SOLVING, AND INTERNALIZATION (A Complex Sense of Self)</b>			
13. Responds and initiates reciprocal back and forth chains of interactions with child, stringing together connected circles of communication or units of interaction. For example, caregiver introduces baby doll, baby touches doll's face, mother touches doll's hair, baby pats the doll, mother says "baby," and baby glances between mother and doll. The caregiver may imitate child (i.e., pushing car alongside child), then interject her turn by an action or verbalization related to the child's actions (i.e., "Oh, a bump!", then bumps her car into child's car). <i>Scoring:</i> 0 = 0 to 2 circles. 1 = 3 to 5 circles. 2 = 6 or more circles.		/	
14. Uses gestures and facial expressions as a modality to promote circles of communication.		/	
15. Uses language or vocalizations as a modality to promote circles of communication.		/	
16. Elaborates on and builds complexity into the child's play behaviors while engaged in interactive sequences between parent and child. The parent expands on what the child does while remaining on the child's play topic (e.g., the parent does not introduce a completely new play idea). The parent provides a small challenge or interesting twist to the play that requires the child to respond slightly differently than before, thus creating a problem solving opportunity for the child. For example, the parent and child are pushing a car back and forth toward each other. The parent expands on this by creating a wall with her leg to prevent the car from rolling, then waits to see how the child will solve this situation.		/	

Age: **3-4 Years**  
Behaviors: **Caregiver**

Child's Name: FILIPPO

	SYM	SENS	EXAM
17. Allows child to assert self in play, exploring with confidence in what he or she wishes (i.e., child expresses strong wish to play in a certain way such as banging toys, being silly, holding a doll, or running around room.) Parent supports the child's needs for dependency and closeness, assertiveness and curiosity, aggression, autonomy, or pleasure and excitement by admiring, showing interest, and/or by joining in to the child's play in whatever way the child seeks. Problems that may interfere with caregiver's capacity to support this area might be intrusiveness, withdrawal, overprotectiveness, or playing at level far above child's level of competence.		/	
18. Shows pleasure and excitement in playing with child in whatever way the child wishes to play. <i>Scoring:</i> 0 = little pleasure and excitement shown by caregiver. 1 = pleasure and excitement sustained by parent over the course of several (3 to 5) circles of communication. 2 = pleasure and excitement sustained for many (6 or more) circles of communication.  <i>Note here if child is unable to sustain circles of communication if it affects caregiver's score:</i> Child can sustain circles: ____ Child cannot: ____		/	
19. Expresses appropriate limits on baby. The caregiver may redirect child not to leave room, not to hit her, or not to throw toy. If no need for limits arises during play, mark N/O and give 2 points.		/	
<b>Total for Behavioral Organization, Problem-Solving, and Internalization</b>			
<b>REPRESENTATIONAL CAPACITY (Elaboration)</b>			
20. Encourages child to engage in symbolic play by modeling or combining materials in ways that encourage representational actions (i.e., mother holds spoon near baby doll's mouth and says, "Feed baby?"). Parent appears comfortable in playing make believe.		/	
21. Elaborates on child's pretend play idea by building on child's ideas and adding some complexity to them. (e.g., child puts doll in car and pushes it and caregiver says, "Oh, is Daddy going to the store?").		/	
22. Allows child to express pretend play themes involving closeness or dependency (e.g., nurturing doll) without competing for child's attention to be the one nurtured.		/	
23. Sustains pretend play, showing interest, pleasure, and excitement about the child's pretend play idea by asking questions, laughing or smiling, and joining into the child's play with enthusiasm (e.g., caregiver says, "Oh, that's a good idea. What happens now? That's so funny!").		/	

Age: **3-4 Years**  
 Behaviors: **Caregiver**

Child's Name: FILIPPO

	SYM	SENS	EXAM
24. Allows child to express themes of assertiveness in pretend play (i.e., child pretends he's a policeman and puts caregiver in jail; child pretends to go to work and tells caregiver to stay home).		/	
<b>Total for Representational Capacity (Elaboration)</b>			
<b>REPRESENTATIONAL DIFFERENTIATION (Building Bridges Between Ideas and Emotional Thinking)</b>			
25. Elaborates on child's pretend play, creating opportunities to logically connect ideas in play. The caregiver accomplishes this by asking questions to give depth to the drama such as "how," "why," or "when." If the child strays off the topic, the caregiver asks questions to bridge the circle of communication back to the pretend play theme (i.e., "But what happened to the crocodile? He was ready to go for a swim and now you're playing with the truck.")		/	
26. Incorporates causality into pretend play by helping child to logically connect three or more ideas into a reality-based story sequence. For example, if the child is playing out how two animals fight, the caregiver might ask "How come they're fighting?", "Do they know each other?"		/	
27. Helps child to elaborate on a wide range of emotional themes, whatever they might be—assertiveness, pleasure and excitement, fearfulness, anger, or separation and loss. The caregiver is accepting of the child's expressions of different feelings and themes through play and shows no discomfort at the expression of different ideas from the child.		/	
<b>Total for Representational Differentiation (Emotional Thinking)</b>			
<b>Total Caregiver Score</b>		<b>23</b>	



# The Functional Emotional Assessment Scale Administration and Scoring Form

Age: **3-4 Years**

Behaviors: **Child**

Name of Child: FILIPPO

Date of Testing: APRIL 2022

Age of Child: 4

Person Playing  
With Child:

Mother:  Father:   
Caregiver:  Examiner:

## General Scoring

Scoring is on a two-point scale for most items, except where indicated, and is:

- 0 = not at all or very brief
  - 1 = present some of time, observed several times
  - 2 = consistently present, observed many times
- Indicate N/O for behaviors that are not observed.

Where indicated to convert a score, transform the scoring as follows:

- 0 becomes a 2
- 1 = 1
- 2 becomes a 0

Scores for symbolic play should be entered in the SYM column and scores for sensory play entered in the SENS column. When the examiner facilitates play with the child, enter scores in the EXAM column. The last column may be used for entering scores for additional caregivers (e.g., mother, father, foster parent, babysitter) observed playing with the child.

Scores are interpreted for the primary caregiver playing with the child for the symbolic and sensory play situations. If scores do not differ for symbolic and sensory play, then only one score is interpreted. However, if behaviors differ for the different play situations, then two scores are calculated, one for symbolic play, one for sensory play. These are interpreted using the cutoff scores presented in the profile form.



Age: **3-4 Years**  
 Behaviors: **Child**

Child's Name: FILIPPO

Key: SYM = Symbolic; SENS = Sensory; EXAM = Examiner

	SYM	SENS	EXAM
<b>SELF-REGULATION AND INTEREST IN THE WORLD</b>			
1. Is interested and attentive to play with toys.		2	
2. Explores objects freely without caution.		2	
3. Remains calm for play period with no signs of distress (crying or whining), showing appropriate frustration.		1	
4. Is comfortable touching textured toys and in being touched by caregiver.		1	
5. Shows happy, content affect. Scoring: 0 = flat, somber, or depressed affect. 1 = content but neutral. 2 = happy and content, robust smiles, warm and engaging affect.		2	
6. Remains focused on objects or caregiver without being distracted by sights or sounds. Scoring: 0 = distracted frequently; no focused play for more than a few seconds at a time. 1 = distracted some of the time with brief periods of focused play. 2 = remains focused in play most of the time with only brief distractibility.		2	
NOTE: SCORE ONLY ITEM 7 OR 8, WHICHEVER APPLIES.			
7. Underreactivity: Appears sluggish or withdrawn. Scoring: 0 = withdrawn, difficult to engage. 1 = sluggish or slow-paced in actions but can eventually be aroused or engaged. 2 = shows a bright, alert state with focused play throughout.		/	
8. Overreactivity: Appears overaroused by toys and environment. Scoring: 0 = very active, moves quickly from one toy to the next or wanders away from caregiver and toys constantly. 1 = moderately active, occasional bursts of changing activity quickly or wandering away, then settles into play with one toy for short period. 2 = well-modulated in pace and activity level, focusing on a toy or caregiver for long periods before changing activity.		1	
<b>Total For Self-Regulation and Interest in the World</b>		11	
<b>FORMING RELATIONSHIPS, ATTACHMENT, AND ENGAGEMENT</b>			
9. Shows emotional interest and connection with caregiver by vocalizing and smiling at her.		2	

Age: **3-4 Years**  
Behaviors: **Child**

Child's Name: FILIPPO

	SYM	SENS	EXAM
10. Evidences a relaxed sense of security and/or comfort when near caregiver. If child is active and moves away from caregiver, he references her from across space and shows relaxed security in distal space.		1	
11. Anticipates with curiosity or excitement when caregiver presents an interesting object or game.		2	
12. Displays signs of discomfort, displeasure, or sadness during interactive play if caregiver should become unresponsive or engage in anticontingent behaviors. <i>(If caregiver is responsive or contingent, note that this was not observed with "N/O," then assign 2 points.)</i>		2	
13. Initiates physical closeness to caregiver but is not clingy; if child is active and moves away from caregiver, child maintains a visual or verbal connection with caregiver.		2	
14. Turns head away, averts gaze, moves away, or sits facing away from caregiver without social referencing caregiver. Appears indifferent, aloof, withdrawn, or avoidant of caregiver. <i>Converted Score* Score of 0 converts to 2</i>		2	
15. Social references caregiver while playing with toys.		2	
16. After moving away, communicates to caregiver from across space by looking, gestures, or vocalizations.		1	
<b>Total for Forming Relationships, Attachment, and Engagement</b>		14	
<b>TWO-WAY, PURPOSEFUL COMMUNICATION</b>			
17. Opens circles of communication: Initiates intentional actions with objects while also engaged in interactions with caregiver (i.e., manipulates object then looks at mother and smiles or vocalizes).		2	
18. Gives signals: Initiates purposeful and intentional actions in play with objects. <i>Scoring:</i> 0 = needs considerable help to get started in play or to engage in purposeful actions; no clear gestures or organized intent. 1 = initiates play but engages in stereotypic actions; i.e., lining toys up, mouthing toys for long periods of time, banging toys without engaging in any other actions with the same toy OR initiates play but actions appear aimless or disorganized. 2 = play shows intentionality and variety, engaging in two or more different behaviors with a given toy or activity. Gestures are specific and activity is functionally tied to objects.		2	

Age: **3-4 Years**  
Behaviors: **Child**

Child's Name: FILIPPO

	SYM	SENS	EXAM
19. Closes circles: Responds to caregiver's cues in contingent manner (i.e., mother offers toy, baby takes it and puts it in a container). <i>Scoring:</i> 0 = does not notice caregiver's response. 1 = notices caregiver's response and looks, but does not respond contingently through actions; instead does something that has nothing to do with what caregiver did (i.e., mother holds toy out for child; child looks at mother and toy, then returns to what he was doing before). 2 = notices caregiver's response, then responds contingently by elaborating on what caregiver did, by taking toy held by caregiver and examining it, by imitating her, or some other response that is clearly linked to what caregiver did.		2	
20. Uses language (e.g., sounds, words, and/or gestures) during interactions. Circle which ones were used.		2	
<b>Total for Two-Way, Purposeful Communication</b>		8	
<b>BEHAVIORAL ORGANIZATION, PROBLEM-SOLVING, AND INTERNALIZATION (A Complex Sense of Self)</b>			
21. Engages in complex patterns of communication stringing together several circles of communication with caregiver (initiated and elaborated on by child) using gestures, vocalizations, and/or words. <i>Scoring:</i> 0 = 0 to 2 circles. 1 = 3 to 5 circles. 2 = 6 or more circles.		/	
22. Imitates or copies something new that the caregiver introduces, then incorporates idea into play (i.e., caregiver feeds doll; child copies this).		/	
<b>Total for Behavioral Organization, Problem-Solving, and Internalization</b>			
<b>REPRESENTATIONAL CAPACITY (Elaboration)</b>			
23. Engages in symbolic play with the various toys or equipment (e.g., plays out cars racing), going beyond simple concrete actions (e.g., feeding self with cup).		/	
24. Engages in pretend play patterns of at least one idea in collaboration with caregiver (e.g., one part of a script or scenario played out).		/	
25. Uses language or pretend play (e.g., playing out with doll figures) to communicate needs, wishes, intentions, or feelings.		/	
26. Uses pretend play to express themes around closeness or dependency (e.g., putting dolls to sleep next to one another; feeding caregiver and dolls).		/	
27. Uses pretend play to express themes around pleasure and excitement around humorous theme (e.g., imitating humorous behaviors).		/	

Age: **3-4 Years**  
 Behaviors: **Child**

Child's Name: FILIPPO

	SYM	SENS	EXAM
28. Uses pretend play to express themes around assertiveness (e.g., cars racing).		/	
29. Creates pretend drama with two or more ideas that are not related or logically connected.		/	
<b>Total for Representational Capacity (Elaboration)</b>			
<b>REPRESENTATIONAL DIFFERENTIATION (Building Bridges Between Ideas and Emotional Thinking)</b>			
30. Pretend play, however unrealistic, involves two or more ideas, which are logically tied to one another. Child may build on adult's pretend play idea.		/	
31. Elaborates on pretend play sequence of two or more ideas, which are logically connected and grounded in reality. There is a planned quality and child can elaborate to "how," "why," or "when" questions, giving depth to drama.		/	
32. Uses pretend play or language to communicate themes containing two or more ideas dealing with closeness or dependency (e.g., doll gets hurt, then gets kiss from daddy, then plays ball together).		/	
33. Uses pretend play or language to communicate themes containing two or more ideas dealing with pleasure and excitement in humorous game (e.g., imitates funny word heard, watches how caregiver reacts, then laughs).		/	
34. Uses pretend play or language to communicate themes containing two or more ideas dealing with assertiveness (e.g., soldiers search for missing person, find her, then battle to save her again)		/	
<b>Total for Representational Differentiation (Emotional Thinking)</b>			
<b>Total Child Score</b>		33	
<b>TOTAL FEAS SCALE SCORE</b> (add Caregiver and Child scores)		56	

Age: **3-4 Years**  
 Behaviors: **Child**

Child's Name: FILIPPO

**Functional Emotional Assessment Scale**  
**Profile Form**  
**For 3- to 4-Year-Olds**

Subtest	Score			Normal	At Risk	Deficient
	SYM	SENS	EXAM			
<b>Caregiver</b>						
Self-Regulation and Interest in the World				4-6		0-3
Forming Relationships, Attachment, and Engagement				7-8	6	0-5
Two-Way, Purposeful, Communication				9-10	8	0-7
Behavioral Organization, Problem-Solving, and Internalization				12-14	11	0-10
Representational Capacity				6-10	5	0-4
Representational Differentiation				2-6		0-1
<b>Total Caregiver Score</b>				42-54	40-41	0-39
<b>Child</b>						
Self-Regulation and Interest in the World				12-14	11	0-10
Forming Relationships, Attachment, and Engagement				14-16	13	0-12
Two-Way, Purposeful, Communication				8-10	7	0-6
Behavioral Organization, Problem-Solving, and Internalization				2-4		0-1
Representational Capacity				8-14	7	0-6
Representational Differentiation				2-10		0-1
<b>Total Child Score</b>				48-66	46-47	0-45
<b>Total FEAS Scale</b>				93-120	86-92	0-85

Key: SYM = Symbolic; SENS = Sensory