

Università degli Studi di Padova

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino

CORSO DI LAUREA IN TERAPIA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ
DELL'ETÀ EVOLUTIVA

PRESIDENTE: Prof.ssa Silvia Carraro

Tesi di Laurea

**L'USO DELLE CATEGORIE ANALOGICHE NEI
GENITORI NIGERIANI CON FIGLI AFFETTI DA
DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO:**

Osservazione di casi clinici e studio comparativo con genitori italiani

RELATRICE: Dott.ssa CHIARA GASPAROTTO

CORRELATRICE: Dott.ssa CHIARA SOLDÀ

LAUREANDA: ALESSIA CAMPIELLO

MATRICOLA: 1222527

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

ABSTRACT.....	5
SOMMARIO.....	9
INTRODUZIONE.....	11
Prima parte: Revisione della letteratura	
Capitolo I: LA CULTURA NIGERIANA.....	13
1.1 Introduzione.....	13
1.1.1 Origini.....	13
1.1.2 La religione.....	14
1.1.3 La famiglia.....	16
1.1.4 Holding e handling: due culture a confronto.....	16
1.2 La disabilità.....	18
1.2.1 Percezione della disabilità.....	18
1.2.2 Disabilità e immigrazione.....	20
1.2.3 Percezione della diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico.....	21
Capitolo II: DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO (ASD).....	23
2.1 Caratteristiche principali del Disturbo dello Spettro Autistico.....	23
2.1.1 Epidemiologia e Diagnosi.....	23
2.1.2 Cause e Fattori di Rischio.....	23
2.1.3 Caratteristiche comportamentali.....	24
2.1.4 Interazione e comunicazione sociale in età prescolare.....	24
2.2 Relazione genitore-figlio nell'autismo.....	25
2.2.1 Impatto degli stili genitoriali.....	26
2.2.2 Attaccamento.....	27
Capitolo III: LE CATEGORIE ANALOGICHE.....	29
3. 1 Definizione.....	29
3.1.1 Il tempo.....	29

3.1.2	Lo spazio.....	30
3.1.3	Il tono muscolare.....	31
3.1.4	La postura.....	32
3.1.5	La produzione fonica.....	33
3.1.6	Gli oggetti.....	35
3.1.7	Lo sguardo.....	36
3.3	L'uso delle categorie analogiche nei genitori nigeriani.....	37
3.3.1	L'uso degli oggetti.....	37
3.3.2	La voce.....	38
Seconda parte: Contenuto clinico		
Capitolo IV:	MATERIALI E METODI.....	41
4.1	Obiettivo dello studio.....	41
4.2	Partecipanti.....	41
4.3	Strumenti di raccolta dati.....	42
4.3.1	Questionario per i genitori.....	42
4.3.2	Osservazione delle sedute.....	47
4.4	Metodi di indagine.....	49
4.5	Considerazioni etiche.....	50
Capitolo V:	CASI OSSERVATI.....	51
5.1	Il caso di Serena.....	51
5.1.1	Presentazione del caso e dati anamnestici.....	51
5.1.2	Osservazione del caso.....	51
5.1.2	Osservazione del genitore.....	53
5.1.3	Microanalisi di un'interazione madre-bambina.....	54
5.2	Il caso di William.....	57
5.2.1	Presentazione del caso e dati anamnestici.....	57
5.2.2	Osservazione del caso.....	57
5.2.3	Osservazione del genitore.....	59

5.2.3 Microanalisi di un'interazione madre-bambino.....	60
Capitolo VI: RISULTATI.....	65
6.1 Analisi dati questionario.....	65
6.2 Analisi dati videoregistrazione sedute.....	72
Capitolo VII: DISCUSSIONE.....	75
7.1 Interpretazione dei risultati.....	75
7.2 Limitazioni dello studio.....	78
7.3 Punti di forza.....	78
Capitolo VIII: CONCLUSIONI.....	81
8.1 Considerazioni finali.....	81
8.2 Direzioni future per la ricerca.....	82
BIBLIOGRAFIA.....	83
SITOGRAFIA.....	87
ALLEGATO 1.....	89
ALLEGATO 2.....	95
ALLEGATO 3.....	101

ABSTRACT

Background teorico

Le categorie analogiche rappresentano parametri di comunicazione non verbale che permettono di analizzare il comportamento di un individuo, in particolare nelle sue relazioni interpersonali. Questi strumenti possono risultare utili per comprendere meglio il comportamento nel contesto della diade caregiver-bambino. L'analisi di queste categorie risulta particolarmente interessante quando applicata alla relazione tra genitori e figli con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD), un disturbo neuropsichiatrico complesso caratterizzato da difficoltà nell'interazione sociale e da comportamenti ripetitivi e interessi ristretti.

Tuttavia, è fondamentale considerare che queste modalità interattive possono essere influenzate dal contesto culturale.

Scopo

L'obiettivo di questo studio è esaminare come nella cultura nigeriana, i genitori di bambini con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) utilizzino le categorie analogiche (quali postura, spazio, tempo, tono muscolare, voce, oggetti e sguardo) nell'interazione con i loro figli. Inoltre si è considerato di confrontare tali modalità con quelle osservate nella cultura italiana. Questa analisi mira infine a comprendere più a fondo l'influenza della cultura nelle dinamiche di interazione tra genitori e figli, offrendo spunti per la progettazione di interventi riabilitativi sempre più personalizzati e culturalmente sensibili.

Materiali e metodi

Il campione di indagine incluso nell'elaborato comprende otto genitori nigeriani e sei italiani, con figli di età prescolare, seguiti in sedute di neuropsicomotricità. La raccolta dati è avvenuta tramite lo sviluppo di un questionario, somministrato individualmente ai caregiver, in lingua italiana e inglese, con domande a risposta multipla per indagare l'uso delle categorie analogiche. Parallelamente, sono state effettuate osservazioni dirette durante le sedute riabilitative per un periodo di tre mesi su due casi clinici di origine nigeriana, dove è stata monitorata l'interazione genitore-figlio. Alcune sedute sono state videoregistrate per consentire un'analisi dettagliata tramite microanalisi. Il confronto dei dati è stato condotto attraverso l'elaborazione di istogrammi per

evidenziare somiglianze e differenze tra le due culture. L'interpretazione finale dei risultati include un confronto tra i dati rilevati dal questionario, le osservazioni dirette e la letteratura consultata.

Risultati

Dai questionari emerge che i caregiver nigeriani tendono a preferire posture sedute per calmare e mantenere l'attenzione dei figli, mentre gli italiani adottano posizioni più erette. Entrambi i gruppi ricercano il contatto fisico, ma i genitori italiani rispondono in modo più affettuoso. I caregiver italiani modulano la velocità delle azioni in base all'attività, mentre quelli nigeriani optano per movimenti più lenti o variati. Per quanto riguarda il tono muscolare, aumenta nei momenti di gioco per i genitori nigeriani, mentre per il gruppo di confronto si attiva maggiormente solamente durante i conflitti. Gli oggetti sono impiegati per scopi ricreativi dai caregiver italiani e per finalità educative dal gruppo in esame. Entrambi i campioni riconoscono l'importanza del contatto visivo. Dalle osservazioni video emerge che entrambi i genitori nigeriani osservati mantengono spesso una postura seduta e ricercano il contatto visivo durante le interazioni, inoltre adattano la postura per facilitare la connessione visiva. Le azioni variano di velocità, ma tendono a essere rapide, e la voce viene usata per guidare l'interazione e incentivare la ripetizione.

Discussione

I risultati confermano quanto emerso dalla letteratura: i genitori nigeriani preferiscono un linguaggio diretto e ritmico, mentre quelli italiani usano di più il tono di voce per esprimere emozioni. Entrambi valorizzano il contatto visivo, ma in contesti diversi. Contrariamente a quanto riportato nei testi consultati, i caregiver nigeriani sembrano usare lo scambio visivo più frequentemente, e sono più consapevoli della postura come strumento di interazione. Nella cultura nigeriana inoltre, il contatto fisico e gli oggetti sono principalmente impiegati secondo fini relazionali, mentre i caregiver italiani li utilizzano per stimolare la creatività. Tuttavia, alcuni genitori nigeriani cominciano ad impiegare gli oggetti con finalità educative, come avviene nella cultura occidentale.

Durante lo svolgimento dello studio, sono emersi alcuni limiti imputabili alla dimensione ridotta del campione, che rende difficile generalizzare i risultati. Inoltre la

veridicità delle risposte potrebbe essere compromessa dalla comprensione delle domande da parte del campione.

Infine, la scarsa disponibilità di materiale bibliografico relativo alle categorie analogiche nella cultura nigeriana e più in generale nell'Africa occidentale rende questo campo di studio poco esplorabile.

Conclusioni

Questo lavoro ha evidenziato le differenze nell'uso delle categorie analogiche tra la cultura nigeriana e quella italiana nell'interazione madre-bambino, in particolare riguardo all'uso della voce, alla gestione della vicinanza fisica e all'uso degli oggetti. I dati suggeriscono che i genitori nigeriani privilegiano la comunicazione corporea rispetto a quella verbale o mediata da oggetti, tipica della cultura occidentale. Tali differenze possono impattare sulle dinamiche relazionali tra genitori e figli con ASD e meritano di essere indagate per comprendere come la cultura influenzi le modalità relazionali in questi contesti.

In ambito neuropsicomotorio, considerare gli aspetti culturali permette di creare percorsi personalizzati che rispettano le caratteristiche e i valori familiari, migliorando l'efficacia dell'intervento e il benessere del paziente.

Per gli studi futuri, potrebbe essere utile aumentare il numero di casi e considerare vari contesti di vita, riducendo l'influenza del setting clinico.

SOMMARIO

Negli ultimi anni, all'interno dei servizi territoriali, ci si trova sempre più frequentemente ad interagire con utenti provenienti da contesti culturali diversi. Tale fenomeno riflette la crescente multiculturalità della società contemporanea che vede coinvolti nuclei familiari immigrati da molteplici parti del mondo, inclusa l'Africa. Questa dimensione pone continue sfide ai professionisti impegnati in ambito sanitario e richiede un atteggiamento rispettoso che sappia considerare le peculiarità socio-culturali di ciascuno in quanto queste possono influenzare il modo in cui genitori e bambini si relazionano e si rapportano ai processi di cura e riabilitazione.

In questo progetto, si vogliono esplorare le modalità di utilizzo delle categorie analogiche e la loro ricaduta nella relazione all'interno della diade genitore-bambino. La raccolta delle informazioni utili all'elaborazione della tesi in oggetto, hanno previsto l'ideazione e la conseguente somministrazione di un questionario, associata alla microanalisi di alcune sedute di terapia neuropsicomotoria che hanno coinvolto genitori e figli con Disturbo dello Spettro Autistico. I risultati emersi sono stati poi confrontati con quanto emerso dalla proposta dello stesso questionario ad un campione di genitori di origine italiana al fine di poter indagare eventuali differenze. L'obiettivo finale dell'elaborato è quindi una maggior conoscenza di una popolazione così diversa da quella occidentale per adattare l'intervento riabilitativo, rispettando le eventuali differenze culturali.

INTRODUZIONE

L'elaborato presenta come contenuto principale l'analisi delle categorie analogiche utilizzate dai genitori che provengono dalla Nigeria, in particolare con figli aventi un Disturbo dello Spettro Autistico (ASD).

La scelta di trattare tale argomento trae spunto principalmente dall'esperienza di tirocinio effettuata presso il servizio di Neuroriabilitazione Infantile presso il Complesso Socio Sanitario "Ai Colli" dell'Ulss 6 Euganea di Padova e l'Associazione "La Nostra Famiglia" di Vicenza, svoltosi durante l'attività formativa prevista nel secondo e terzo anno di corso.

In questo periodo, infatti, ho avuto la possibilità di osservare bambini con ASD e le interazioni che essi avevano con i propri genitori, sia in sala d'attesa che durante le terapie. Inoltre ho potuto notare una significativa presenza di utenti provenienti dall'Africa occidentale, in particolare originari della Nigeria. Mentre accompagnavo il loro percorso riabilitativo insieme alla guida di riferimento, ho maturato la consapevolezza che non conoscevo le caratteristiche culturali relative alla loro percezione della disabilità, alle modalità di *holding* e soprattutto alle caratteristiche interattive che adottavano con il proprio figlio.

Le categorie analogiche alla base dell'osservazione del Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE) permettono di comprendere in maniera qualitativa le azioni del soggetto, creando un profilo individualizzato e analizzando in maniera più approfondita il comportamento.

La prima parte della tesi si concentra sulla revisione della letteratura. Inizialmente viene affrontato il tema della cultura nigeriana per poi analizzare le modalità di *holding* e la peculiare percezione della disabilità. Successivamente si approfondisce il Disturbo dello Spettro Autistico secondo le recenti linee guida. La revisione teorica si conclude con un capitolo dedicato alla descrizione delle categorie analogiche, cercando di sondare, infine, se vi siano caratteristiche peculiari riferite dalla cultura africana.

La seconda parte dell'elaborato ha lo scopo di esplorare l'utilizzo delle categorie analogiche, tramite un questionario proposto ai genitori di bambini con ASD in età prescolare, che afferiscono al Servizio Semiresidenziale e ambulatoriale per bambini e adolescenti con Disordini dello Sviluppo (SSDS), del Complesso Socio Sanitario "Ai Colli" di Padova, per il trattamento neuropsicomotorio. Viene condotta, inoltre,

un'osservazione di due sedute di terapia neuropsicomotoria che coinvolgono la diade mamma-bambino di origine nigeriana al fine di poter analizzare più approfonditamente, tramite la microanalisi, le modalità di interazione adottate.

Infine i risultati ottenuti dall'intervista qualitativa, congiuntamente ai contenuti emersi dalla microanalisi nell'osservazione di utenti nigeriani, vengono comparati con i dati rilevati nell'intervista dei genitori del campione italiano e con quanto emerso nella fase di revisione della letteratura.

La presente tesi, attraverso l'analisi delle categorie analogiche, consente di approfondire le dinamiche relazionali tra genitori e figli con ASD, considerando l'influenza che i fattori culturali possono avere su tali interazioni. L'auspicio è che i contenuti emersi possano fornire uno spunto di approfondimento e riflessione per la realizzazione di progetti riabilitativi sempre più personalizzati, in grado di rispondere in modo efficace alle specifiche esigenze dei bambini con ASD, tenendo conto della diversità culturale delle loro famiglie d'origine.

Prima parte: Revisione della letteratura

Capitolo I:

LA CULTURA NIGERIANA

1.1 Introduzione

La Nigeria, ufficialmente Repubblica Federale della Nigeria, è una nazione situata nell'Africa occidentale con capitale Abuja. Si affaccia sull'oceano Atlantico nel Golfo di Guinea e confina con il Benin a ovest, il Niger a nord e nord-ovest, il Ciad a nord-est e il Camerun a est. Rappresenta uno dei paesi più grandi e densamente abitati del continente. Le città principali si trovano prevalentemente al Sud, dove il territorio risulta pianeggiante; la parte centrale del Paese è occupata da colline ed altipiani, mentre al nord da pianure aride. È caratterizzata da una straordinaria diversità culturale, etnica e religiosa suddivisa in oltre 250 gruppi diversi e più di 500 lingue parlate.

1.1.1 Origini

La cultura nigeriana è molto variegata e riflette la complessità e ricchezza della nazione. Le principali etnie includono gli Hausa, i Fulbè (o Fulani), gli Yoruba e gli Ibo, oltre a numerosi altri raggruppamenti minori, ciascuno con le proprie tradizioni, costumi, lingue e pratiche sociali.

Gli Hausa-Fulani costituiscono la maggioranza della popolazione settentrionale e professano la religione musulmana. Gli Hausa sono noti per la coltivazione della terra, la pastorizia, il commercio e i lavori artigianali. I Fulani, invece, sono rimasti legati al pascolo del bestiame.

Nella regione sud-occidentale, il gruppo etnico dominante è costituito dagli Yoruba, una delle tribù più numerose e occidentalizzate dell'Africa. Infatti, grazie a straordinarie abilità commerciali, ha attivato scambi proficui con l'Europa, preservando nel contempo le sue radici culturali.

Gli Ibo costituiscono la maggioranza della popolazione sud-orientale del Paese e sono stati protagonisti negli anni Sessanta della rivendicazione di indipendenza dello stato

federale. Vivono in un territorio assai ricco a livello di risorse primarie e rappresentano uno dei gruppi più evoluti economicamente. Tale condizione ha accentuato nei secoli un forte senso di indipendenza che si rispecchia in una struttura sociale e politica molto individualista. Il potere è distribuito tra tribù e clan, mentre la famiglia costituisce l'elemento cardine della struttura sociale.

La lingua ufficiale della Nigeria è l'inglese che viene insegnato sin dalla scuola primaria ed è utilizzato per l'istruzione, oltre ad essere adottato anche dal governo nel rapporto con i cittadini. Si stima che più del 70% della popolazione della nazione comprenda e parli la lingua anglosassone e ciò ha un ruolo fondamentale nella comunicazione tra i Nigeriani appartenenti a diverse etnie. Le lingue locali, invece, vengono insegnate come materie a sé stanti e sono propriamente diffuse nel gruppo etnico a cui appartengono. Le più importanti sono quelle legate al gruppo degli Hausa, degli Yoruba, degli Ibo e dei Fulani. Queste lingue hanno dato vita a una tradizione letteraria, sia orale che scritta, fondamentale per la loro sopravvivenza e vengono utilizzate anche nei mezzi di comunicazione, a livello locale, dai quotidiani alla televisione.

La migrazione in Nigeria ha avuto inizio primariamente dalle aree rurali a quelle urbane, creando problemi di sviluppo delle città, associato a condizioni di vita precarie e a difficoltà da parte della popolazione nel trovare un lavoro. Inoltre nei primi anni Ottanta, con l'aggravarsi della crisi economica, sono aumentate le migrazioni verso i paesi esteri: i giovani, spinti dalle difficoltà di tipo economico, si sono inizialmente rivolti verso gli Stati Uniti e l'Inghilterra, Paesi potenzialmente facilitanti nell'inserimento grazie alla lingua in comune, per poi dirigersi maggiormente verso gli Stati europei, dove è possibile ottenere più facilmente un permesso di soggiorno. Nel contempo il continuo susseguirsi di governi ha portato ad una maggiore privazione della libertà di espressione spingendo anche un certo numero di intellettuali e politici all'emigrazione verso l'estero.

1.1.2 La religione

La Nigeria è un Paese eterogeneo dal punto di vista religioso. L'Islam ed il Cristianesimo sono le due religioni predominanti, seguite da una varietà di religioni tradizionali africane spesso condizionate da un fenomeno presente nell'intera Africa: il

sincretismo religioso, che integra alcune credenze e superstizioni legate alle antiche religioni africane.

L'Islam è diffuso principalmente nelle regioni settentrionali, è praticato dagli Hausa-Fulani e da altre etnie del nord. Fu introdotto nel XV secolo e prevalse già dal XIX secolo, in maniera pacifica, permettendo il mantenimento di alcune consuetudini e aspetti religiosi tradizionali. Un esempio evidente della sopravvivenza di alcune usanze è dato dalla condizione della donna: il modello delle tribù antiche era di tipo matriarcale e ciò ha permesso l'assenza nell'obbligo dell'uso del velo e un certo margine di potere decisionale sulle proprie vite. Le pratiche religiose includono i cinque pilastri della fede musulmana: la preghiera quotidiana, il digiuno durante il Ramadan, i pellegrinaggi alla Mecca, la professione di fede e la donazione ai poveri.

Il cristianesimo è diffuso nelle regioni centrali e meridionali, ha una presenza significativa tra gli Yoruba, gli Ibo e altri gruppi etnici. La denominazione più radicata è la Chiesa anglicana, favorita dall'appoggio dei missionari provenienti dall'Inghilterra. Il cattolicesimo, invece, è meno diffuso, ma comunque importante e predomina tra gli Ibo.

Anche le Chiese cristiane minori, alcune di origine propriamente africana, fanno proseliti nelle regioni centro-meridionali. In queste aree, i culti tradizionali sono presenti in maniera più consistente rispetto alle popolazioni musulmane del nord e fanno parte integrante della vita quotidiana e nella regolazione dei rapporti sociali.

Le religioni tradizionali africane sono state definite animiste, poiché ad ogni elemento della natura viene attribuita un'anima divina. Ciò non comporta che i culti siano politeisti, ma nella maggior parte di essi esiste un solo dio creatore a cui vengono subordinate divinità minori. L'aspetto principale della spiritualità africana è la credenza di poter entrare in contatto con il mondo soprannaturale, attraverso diverse forme quali ad esempio l'arte o la ritualità. In alcune di esse sono inoltre presenti dei riti di passaggio nella vita degli uomini nigeriani; una pratica tuttora diffusa nelle tribù centro-meridionali del Paese è l'iniziazione, che segna il passaggio dalla gioventù all'età adulta.

1.1.3 La famiglia

Nei gruppi etnici nigeriani, la famiglia estesa rappresenta il nucleo fondamentale della società e non include solo i genitori e i figli, ma i nonni, gli zii, le zie e i cugini. Questa struttura allargata fornisce un forte supporto sociale ed economico in quanto i vari membri si aiutano reciprocamente nei momenti di bisogno.

I rapporti familiari, nella quasi totalità del Paese, si basano sul modello patriarcale: il padre rappresenta il capofamiglia e con lui vivono moglie e figli. La poligamia, sebbene non sia ammessa dal Codice Civile, è tollerata, soprattutto al nord del Paese, dove prevale ed è applicata la legge islamica. Tuttavia, sebbene faccia parte della tradizione di molte tribù, vi è una grande diminuzione delle famiglie poligame, data sia dal progresso sociale che dalle difficoltà economiche nel mantenimento di più mogli.

A differenza di altre civiltà africane, la figura della donna rimane comunque importante, anche all'interno dei gruppi di fede islamica; raramente, infatti, risultano costrette all'obbedienza dei padri e mariti e contribuiscono al mantenimento della famiglia. Nelle regioni rurali si occupano dei campi e dell'artigianato, nelle città svolgono mansioni come operaie o impiegate, inoltre hanno anche la possibilità di rivestire un ruolo nella vita politica e sociale del Paese, partecipando alle iniziative del governo. La legge federale infine ammette il divorzio e concede pari diritti anche alla moglie che può chiedere l'affidamento dei figli e di risposarsi. Rispetto ad altre realtà africane, l'istruzione femminile è più diffusa, permettendo una maggiore possibilità di impiego nel mondo del lavoro.

In generale come nei Paesi più sviluppati, si osserva che il numero dei figli sta diminuendo. Tale fenomeno è più evidente nelle zone urbane, ma esistono ancora famiglie molto numerose, soprattutto in campagna.

1.1.4 Holding e handling: due culture a confronto

Nei comportamenti di cura nella prima infanzia, le madri africane tendono a porre maggiore enfasi nella stimolazione motoria rispetto alle madri di cultura occidentale, utilizzando comportamenti ritmici motori e tattili, per esempio sollevano il bambino o lo accompagnano nel gioco dei salti, spesso associando tali movimenti ai canti. Quasi tutte

le madri coinvolte nello studio di Carra, Lavelli, Keller (2013), hanno riferito che questo tipo di stimolazione è un allenamento per il figlio nell'acquisizione di abilità specifiche, affinché superi la paura, diventi forte e coraggioso. La stimolazione ritmica sembrerebbe essere una caratteristica saliente, collegata alla comunicazione emotiva e alla gestione del pianto. In questo differiscono dalle madri italiane, che enfatizzano maggiormente l'uso di oggetti per incoraggiare il bambino a sperimentare movimenti autonomi e utilizzano il contatto (massaggi, coccole, ecc.) per calmare il figlio quando si trova in difficoltà. Secondo gli stessi autori, emergono ulteriori differenze culturali tra i comportamenti genitoriali nelle madri immigrate di prima generazione dall'Africa occidentale (55% dalla Nigeria) rispetto a quelle italiane, nella stimolazione corporea dei figli nei primi tre mesi di vita. La stimolazione corporea, per le madri africane, è anche una modalità per prendersi cura del bambino ammalato: praticare movimenti energici e veloci coinvolgendo globalmente il corpo del figlio o muoverne alcune parti, permette di verificarne la salute fisica, mentre nella cultura occidentale si tendono ad utilizzare massaggi delicati o coccole per confortare il bambino.

Keller, Voelker and Yovsi (2005) e Carra, Lavelli, Keller, Kärtner (2013), riportano come le madri africane, generalmente, prediligono uno *stile più prossimale*, concentrandosi su cure primarie, contatto corporeo e stimolazione fisica: l'allattamento al seno, la vicinanza ed il calore corporeo sono aspetti centrali nella cura del figlio, mentre lo sviluppo linguistico viene messo in secondo piano. Nella cultura occidentale, invece, le madri tendono ad usare *comportamenti distali*, dando maggiore enfasi alle interazioni faccia a faccia, al contatto visivo, alla stimolazione con oggetti, alla comunicazione verbale: si concentrano sulla risposta a segnali positivi come il sorriso, la reattività al comportamento del bambino e all'attenzione materna.

Entrambe le culture comunque utilizzano la stimolazione corporea come mezzo per trasmettere sensazioni positive, quali amore e divertimento, ma in quella africana vi è maggiore enfasi rispetto alla sollecitazione motoria, attraverso ad esempio comportamenti ritmici e di stimolazione labirintica, mentre, come abbiamo visto, in quella occidentale è più diffusa la sollecitazione a livello tattile. In Occidente, infatti, questa pratica avviene in un contesto in cui non vi è una preoccupazione immediata circa la salute del bambino legata alla mortalità infantile, permettendo ai genitori di concentrarsi maggiormente sul piacere reciproco.

In conclusione, secondo Keller et al., per le madri africane lo sviluppo di una buona genitorialità è legata alla *relazionalità gerarchica* che coniuga l'interdipendenza tra le cure fisiche e la stimolazione del bambino, l'obbedienza ed il rispetto della gerarchia familiare. Secondo la cultura occidentale, invece, la genitorialità mira all'incoraggiamento all'indipendenza e all'autonomia psicologica, tramite attenzione, comunicazione e reattività emotiva.

1.2 La disabilità

1.2.1 Percezione della disabilità

La disabilità in Africa è generalmente correlata ai conflitti armati, condizioni di disagio economico e all'assenza o scarsità dei servizi sanitari pre e post-natali, spesso associati a malnutrizione, mancanza di acqua pulita ed impossibilità di accedere alle cure mediche. In questo contesto, viene ad innescarsi un ciclo di disagio socio-economico da cui è difficile sottrarsi e che porta gli individui più disagiati ad essere esclusi anche dall'educazione e dalle opportunità di lavoro. Inoltre la maggior parte della popolazione non è a conoscenza dell'eziologia e delle conseguenze delle varie patologie, contribuendo a rafforzare la tradizionale visione distorta. In questo modo, infatti, vengono alimentati i pregiudizi, le superstizioni, i miti e le paure che portano a sottovalutare la gravità della diagnosi ed il successivo percorso terapeutico.

Le persone con disabilità affrontano diversi livelli di emarginazione, a seconda della gravità e dalla tipologia. Per esempio, chi soffre di disabilità mentali o intellettiva è soggetto a maggior stigma rispetto alle patologie fisiche. La discriminazione è più forte nelle aree rurali e le donne con disabilità sono doppiamente svantaggiate rispetto agli individui maschi che vivono la stessa condizione.

In molte comunità la disabilità è spesso vista attraverso una lente di superstizione e viene considerata come una punizione divina o causata da forze esterne, come conseguenza di azioni malvagie compiute dai genitori. Come riferito dall'Ufficio Immigrazione di ARCI nazionale (2023), tali convinzioni alimentano in Nigeria, il fenomeno dei sacrifici rituali che coinvolgono le persone con disabilità, sostenuti dalla credenza che i sacrifici possano portare prosperità.

Tutte queste convinzioni magiche hanno delle ripercussioni evidenti rispetto a come viene gestito e trattato un bambino disabile nella maggior parte delle famiglie. Lo stigma può manifestarsi in vari modi, ad esempio con l'isolamento sociale, la riduzione delle opportunità educative e lavorative, il trattamento inumano.

Nel passato si arrivava addirittura all'uccisione dei neonati portatori di menomazioni, talvolta abbandonando o isolando la madre.

Se queste pratiche sono gradualmente diminuite, il sentimento di vergogna e colpa da parte delle famiglie permane, soprattutto a causa dell'assenza di forme di assistenza sociale. I figli nella cultura africana vengono considerati un investimento per il futuro poiché diventano il supporto quando sopraggiunge la vecchiaia: un bambino con disabilità risulta essere un costo e non può dare nulla in cambio.

Da qui nasce la tendenza a segregare il bambino in casa, piuttosto che abbandonarlo nei centri di assistenza. È necessario, quindi, secondo Casale (2019), cercare di sensibilizzare e coinvolgere le famiglie creando delle reti sociali di supporto, tipiche nella cultura africana, che le aiuti nel sostenersi a vicenda. Le persone con disabilità vengono percepite come non degne di istruzione e l'educazione come priva di utilità. Spesso, infatti, i genitori si dimostrano reticenti nel portare il proprio figlio a scuola. Tuttavia, questa percezione negativa sta cambiando, poiché il numero di bambini con disabilità ammesso agli istituti di istruzione superiore è in aumento. Per esempio, in Nigeria, è stato creato un primo centro per persone con disabilità, aperto anche ai non disabili dove vengono integrati ragazzi con abilità diverse che facciano da sostegno e modello reciproco. Bisogna, ad ogni modo, tenere conto che strutture come queste sono purtroppo ancora un'eccezione e non rispecchiano la situazione reale del Paese.

La religione gioca un ruolo cruciale nella percezione della disabilità in questa terra. Essa, infatti, contribuisce in modo diverso alla comprensione del fenomeno e al trattamento delle persone con difficoltà. Le comunità cristiane spesso vedono la disabilità attraverso un prisma di compassione e carità. Le chiese possono offrire supporto e assistenza alle famiglie con membri disabili, promuovendo l'inclusione e la dignità umana. Tuttavia alcune interpretazioni religiose possono ancora perpetuare l'idea che la disabilità sia una prova divina o una maledizione.

Nell'Islam, invece, questi soggetti sono generalmente visti come meritevoli di cura e rispetto; le comunità islamiche sono incoraggiate a prendersi cura dei membri

vulnerabili, riflettendo i valori di giustizia e misericordia. Tuttavia, le risorse limitate possono influenzare la capacità di fornire supporto adeguato.

Generalmente sono le congregazioni religiose e la società civile ad essere attive sul territorio, mentre lo Stato non sostiene l'assistenza alle persone con disabilità. È importante sottolineare che in Nigeria, rispetto ad altri Paesi africani, vi sono alcuni progetti a livello statale, ma essi sono sporadici e limitati ad alcune aree del Paese. Inoltre, esistono alcune leggi relative all'inserimento nel mondo del lavoro delle persone con disabilità, ma riguardano principalmente impieghi pubblici.

Negli ultimi anni, comunque, sono state approvate alcune norme costituzionali che proteggono dalla discriminazione e promuovono l'uguaglianza dei bambini portatori handicap, permettendo l'accesso all'educazione e ai servizi sanitari. In particolare, esiste uno strumento completo che stabilisce i diritti e definisce principi e norme universali per lo status dei minori, la *African Charter on the Rights and Welfare of the Child (ACRWC)*, alla quale la Nigeria ha aderito nel luglio del 2001. Tramite questa carta, composta da 48 articoli, viene riconosciuto il posto unico e privilegiato che il bambino ha nella società africana e il diritto alla protezione e alle cure speciali. Inoltre, mira a proteggere la vita privata del bambino e a salvaguardarlo dallo sfruttamento, evitando quindi tutte quelle tipologie di maltrattamento a cui potrebbe essere sottoposto.

In conclusione, seppur ancora intrisa di credenze, retaggi culturali ancestrali, stigmatizzazione e paura, la percezione delle disabilità, secondo Casale (2019) sta lentamente cambiando: inizia ad esserci una nuova sensibilità nella gente comune.

Vi è la nascita di un ambiente meno ostile e di solidarietà popolare, grazie ad una mentalità più aperta instaurata dalle associazioni di volontariato, dalla Chiesa e dalle normative in fase di sviluppo. Inoltre si sta lentamente diffondendo la consapevolezza che una persona con disabilità non è solo un peso per la società, ma può essere risorsa, di cui la comunità deve farsi carico.

1.2.2 Disabilità e immigrazione

La migrazione può risultare un evento traumatico, soprattutto per le famiglie con bambini affetti da patologia, poiché è un distacco dall'ambiente conosciuto che porta verso un futuro ricco di incertezze. In alcune situazioni, è proprio l'assenza di assistenza

medico-riabilitativa adeguata che spinge le persone svantaggiate all'emigrazione. Secondo Bini (2020), il numero di bambini migranti con disabilità iscritti nelle scuole è in aumento e questo richiede una revisione dei metodi educativi e di assistenza, per garantirne l'inclusione e il benessere all'interno delle realtà scolastiche.

Queste famiglie affrontano una *duplice diversità*, poiché sono portate a gestire sia la condizione di migrante che quella di soggetti disabili, fattori che li rendono maggiormente vulnerabili in quanto entrambi oggetto di discriminazioni e pregiudizi. I bambini si trovano, infatti, in bilico tra due sistemi simbolico-culturali, di cui spesso i genitori non sono in grado di fare da mediatori consapevoli e responsabili, non conoscendo a loro volta il contesto di approdo. A tal proposito nel 2006 il Consiglio d'Europa ha firmato un documento detto *Action Plan*, che mira a diminuire la discriminazione, sostenendo questi soggetti considerando la loro cultura, la lingua madre e i bisogni speciali.

È importante dunque creare un'adeguata relazione con le famiglie migranti, poiché le differenze culturali nella percezione della disabilità possono generare incomprensioni. La cura educativa, integrata all'approccio medico, risulta efficace nel sostenere questi soggetti, contribuendo alla loro autorealizzazione personale.

1.2.3 Percezione della diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico

In molte comunità nigeriane, il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) è spesso frainteso e può essere attribuito a cause soprannaturali, come maledizioni, stregoneria o punizioni divine. Queste percezioni possono portare ad una forte discriminazione sociale e ad isolamento dei bambini e delle loro famiglie.

La consapevolezza e la comprensione dell'autismo sono generalmente poco radicate, sia tra la popolazione che tra gli operatori sanitari. La mancanza di informazione adeguata e le credenze culturali e spirituali portano a diagnosi tardive e ad un accesso limitato a interventi e terapie appropriate.

Secondo Munroe, Hammond, Cole (2016), l'esperienza delle madri africane risulta aggravata dall'isolamento sociale e dalla mancata conoscenza dell'ASD prima della diagnosi. Questo riflette la scarsa consapevolezza di questa patologia nella comunità

africana ed il conseguente senso di rifiuto e disconnessione dai loro potenziali sistemi di supporto.

Le madri, in questa situazione, provano una forte dissonanza culturale ed emotiva, data dall'incompatibilità tra le spiegazioni mediche occidentali e le credenze tradizionali. Da un lato, infatti, la conoscenza rispetto alla patologia fornisce un quadro di riferimento che le sollevano dal senso di colpa, ma dall'altro provocano conflitti con la loro identità culturale.

Infine in uno studio condotto da Munroe, Hammond, Cole (2016) si dimostra come la fede religiosa possa essere un fattore di protezione significativa che può offrire conforto. Le famiglie immigrate, infatti, dichiarano come la religione rivesta un ruolo centrale, più che nelle famiglie occidentali.

Capitolo II:

DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO (ASD)

2.1 Caratteristiche principali del Disturbo dello Spettro Autistico

Il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) è un disturbo neuropsichiatrico complesso che presenta un'espressività clinica variabile, con esordio durante l'età evolutiva.

Si tratta di un disturbo eterogeneo, il che significa che le manifestazioni e la gravità dei sintomi possono variare ampiamente da un individuo all'altro. Secondo il DSM-5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione) l'ASD è caratterizzato da deficit persistenti nella comunicazione e nell'interazione sociale in vari contesti, accompagnati da comportamenti, interessi o attività ristretti e ripetitivi (American Psychiatric Association, 2013).

2.1.1 Epidemiologia e Diagnosi

La prevalenza dell'ASD è in aumento: studi suggeriscono che circa 1 bambino su 54 negli Stati Uniti è diagnosticato con questa condizione, secondo i dati dei Centri per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CDC, 2020). Le diagnosi vengono solitamente effettuate durante l'infanzia, anche se i sintomi possono essere identificati in età precoce, spesso entro i primi tre anni di vita. Le linee guida per la diagnosi includono l'osservazione del comportamento e delle interazioni del bambino, oltre a interviste con i genitori e valutazioni standardizzate.

2.1.2 Cause e Fattori di Rischio

Le cause dell'ASD sono ancora oggetto di ricerca, ma si ritiene che siano una combinazione di fattori genetici e ambientali. Gli studi hanno evidenziato che anomalie genetiche, insieme a fattori ambientali pre e post-natali e problematiche neurologiche possono aumentare il rischio di sviluppare l'ASD. Tuttavia, non esiste un'unica causa identificabile; piuttosto, si tratta di una serie di fattori che interagiscono in modi complessi per influenzare lo sviluppo neurologico durante le prime fasi della vita.

2.1.3 Caratteristiche comportamentali

Nonostante le caratteristiche comportamentali dell'ASD possano manifestarsi in diversi modi e varino da individuo a individuo, si possono comunque individuare degli aspetti chiave. L'ASD infatti è caratterizzato da difficoltà in due principali aree:

- *Deficit nella comunicazione e interazione sociale*, come difficoltà a rispondere in modo appropriato alle interazioni sociali, difficoltà nel linguaggio verbale e non verbale, sviluppare e mantenere relazioni;
- *Comportamenti, interessi e attività ristretti e ripetitivi*, per esempio movimenti ripetitivi, interesse eccessivo su un oggetto o un'attività, rigidità nelle routine.

Vi possono essere, inoltre, dei comportamenti atipici, che non sono caratteristici del quadro autistico, ma che si possono trovare in altre caratteristiche cliniche. Tali sintomi rientrano nei *disturbi associati o comorbidità*, che contribuiscono all'eterogeneità dei Disturbi dello Spettro Autistico.

Lo sviluppo cognitivo nelle persone con ASD può essere variabile, vi può essere disabilità intellettiva o in alcuni individui abilità superiori alla media. Spesso, inoltre, vi può essere una difficoltà nella regolazione emotiva, che porta a difficoltà a gestire e interpretare le proprie emozioni e quelle altrui. Talvolta vi può essere la presenza di alterazioni sensoriali, come iper o iposensibilità.

L'ASD è descritto come uno "spettro" proprio perché le sue manifestazioni variano notevolmente. Alcuni individui sono in grado di vivere in modo relativamente indipendente, mentre altri necessitano di supporto continuo. Inoltre, i sintomi possono cambiare con il tempo, soprattutto con interventi terapeutici e di supporto adeguati.

2.1.4 Interazione e comunicazione sociale in età prescolare

In età prescolare, la compromissione dell'interazione e comunicazione sociale si arricchisce di comportamenti maggiormente espliciti e caratteristici. Il rapporto interpersonale non è mai, o quasi mai, completamente assente, ma è limitato a richiedere e non a condividere. Il bambino, infatti, spesso utilizza l'altro in maniera strumentale per l'appagamento di esigenze o bisogni, ma non lo individua come partner per una

condivisione di interessi. Si potrebbe definire, quindi, che la comunicazione è “a senso unico”. Il bambino con ASD, inoltre, spesso utilizza codici poco strutturati ed elementari, manifestando un deficit del linguaggio con scarso investimento del canale verbale, sia nella ricezione che nell’espressione.

Le difficoltà di interazione non riguardano solamente le figure dell’ambiente familiare ma spesso anche i coetanei. Vi possono essere dei comportamenti paradossi dove il bambino ricerca attivamente il contatto fisico ma con comportamenti qualitativamente atipici. Si può quindi, generalizzare alcuni profili di interazione e comunicazione sociale in tre categorie:

- Bambini *inaccessibili*, che evitano qualsiasi rapporto sociale;
- Bambini *passivi*, che tendono a isolarsi, ma interagiscono se sollecitati;
- Bambini *attivi ma bizzarri*, che possono prendere iniziativa nell’interazione ma in maniera inopportuna e inappropriata.

Questi profili variano da bambino a bambino, ma possono alternarsi nel corso dello sviluppo anche nello stesso soggetto.

Ogni persona con autismo presenta una combinazione unica di sintomi e livelli di gravità che influenzano la sfera sociale, comunicativa e comportamentale. Questo rende essenziale l’adozione di un approccio personalizzato nella diagnosi e nel trattamento, affinché si possano riconoscere e soddisfare i bisogni specifici di ciascun individuo. Solo tenendo conto di questa eterogeneità si possono offrire interventi adeguati ed efficaci.

2.2 Relazione genitore-figlio nell'autismo

Gli aspetti relazionali dell'autismo, in particolare la relazione genitore-figlio, sono fondamentali per lo sviluppo e il benessere degli individui con ASD. Comprendere le sfide uniche affrontate dalle famiglie, implementare la ricerca e lo sviluppo di interventi abilitativi/riabilitativi e l’applicazione di strategie di supporto efficaci possono favorire interazioni positive, promuovere lo sviluppo emotivo e sociale dei bambini con autismo migliorandone l’outcome.

La relazione tra genitori e bambini con ASD è caratterizzata da sfide legate alla comunicazione, all'empatia e alla comprensione reciproca. I bambini con ASD spesso faticano a leggere i segnali emotivi e sociali, il che può rendere difficile per i genitori stabilire una connessione emotiva tradizionale. I genitori inoltre possono affrontare livelli elevati di stress a causa delle esigenze del caregiving, della gestione del percorso educativo e della ricerca di terapie appropriate per i loro figli. La ricerca ha mostrato che lo stress genitoriale è collegato alla gravità dei sintomi del bambino, con livelli di stress più elevati riportati da genitori di bambini con caratteristiche ASD più pronunciate. Questo stress aumentato può influenzare la qualità delle interazioni genitore-figlio e le dinamiche familiari complessive.

Inoltre, i genitori possono lottare con sentimenti di isolamento o stigma, soprattutto se percepiscono una mancanza di comprensione da parte di amici, familiari o della società riguardo alla condizione del loro bambino. Le reti di supporto, come i gruppi di sostegno per genitori o i servizi di consulenza, possono essere utili per alleviare questi sentimenti e fornire ai genitori strategie di coping (Davis & Carter, 2008).

2.2.1 Impatto degli stili genitoriali

Lo stile di genitorialità adottato dai caregiver può influenzare significativamente lo sviluppo emotivo e sociale dei bambini con ASD. La ricerca evidenzia che la genitorialità autorevole, caratterizzata da un equilibrio tra reattività e richieste, è associata a risultati più favorevoli per i bambini con autismo. Questi bambini tendono a mostrare meno problemi comportamentali e a dimostrare migliori abilità sociali rispetto a quelli cresciuti in ambienti autoritari o permissivi. Pratiche genitoriali positive, tra cui routine coerenti, ambienti strutturati, supporto emotivo e promozione dell'indipendenza, possono migliorare la capacità del bambino di impegnarsi socialmente e sviluppare strategie di coping (Hastings et al., 2005). Uno stile genitoriale autorevole che promuove la pazienza, l'accettazione e la flessibilità può aiutare a creare una relazione più forte e resiliente (Siller & Sigman, 2002).

Al contrario, secondo Greenlee (2023), gli stili di genitorialità autoritari, che sono più controllanti e meno reattivi, possono ostacolare lo sviluppo sociale del bambino e portare ad un aumento dell'ansia e dei problemi comportamentali.

Lo stile genitoriale, quindi, gioca un ruolo centrale nel determinare la qualità delle interazioni genitore-figlio e nel plasmare lo sviluppo dei bambini con ASD. Fornire un ambiente strutturato ma affettuoso può favorire il benessere e il miglioramento delle abilità sociali e comunicative in bambini con questo tipo di difficoltà.

2.2.2 Attaccamento

Il concetto di attaccamento nei bambini con autismo è un tema cruciale e riguarda il modo in cui formano legami emotivi con i genitori o i caregiver. Un attaccamento sicuro è fondamentale per un sano sviluppo emotivo e sociale. Esso infatti consente di regolare meglio le proprie emozioni, ridurre i comportamenti problematici e sviluppare maggiore autonomia. Promuovere un ambiente familiare sicuro e rispondente, secondo Capps et al. (1994), può essere un fattore chiave nel migliorare la qualità della vita sia per il bambino che per la famiglia.

Anche se l'autismo influenza le modalità con cui un bambino interagisce con gli altri e processa le informazioni sociali, non significa che non sia in grado di formare legami d'attaccamento. Tuttavia, ci sono delle differenze rispetto ai bambini neurotipici in termini di espressione e manifestazione dell'attaccamento. Alcuni aspetti chiave dell'attaccamento nei bambini con ASD includono:

- *Difficoltà nella manifestazione emotiva:* i bambini con autismo possono non mostrare i segni tipici dell'attaccamento, come cercare il contatto visivo o il conforto fisico, ma possono comunque sentirsi legati ai genitori e ricercare la loro vicinanza in altri modi (es. stando fisicamente vicini senza però interagire direttamente).
- *Attaccamento sicuro e insicuro:* gli studi hanno mostrato che, nonostante le difficoltà nelle interazioni sociali, una proporzione significativa di bambini con autismo sviluppa un attaccamento sicuro con i propri genitori. Tuttavia, le difficoltà comunicative e di regolazione emotiva possono aumentare la prevalenza di stili di attaccamento insicuro.
- *Ruolo dei genitori:* la sensibilità genitoriale, ovvero la capacità del caregiver di rispondere in modo appropriato e tempestivo ai bisogni del bambino, è

fondamentale per favorire un attaccamento sicuro. Tuttavia, i genitori di bambini con autismo possono trovare più difficile comprendere e rispondere ai segnali del proprio bambino a causa della loro presentazione meno convenzionale.

- *Influenza della gravità dei sintomi:* la qualità dell'attaccamento può essere influenzata dalla gravità dei sintomi. I bambini con forme di autismo più gravi possono avere maggiori difficoltà ad esprimere il proprio attaccamento e le loro esigenze emotive.

Fornire un supporto adeguato, sia a livello familiare che riabilitativo, può favorire lo sviluppo di relazioni positive e migliorare le competenze sociali ed emotive dei bambini con autismo.

Capitolo III:

LE CATEGORIE ANALOGICHE

3.1 Definizione

La comunicazione, distinta in verbale e non verbale, è essenzialmente rappresentata da quest'ultima. Secondo un esperimento di Mehrabian (1972), nello scambio di messaggi, la comunicazione non verbale è molto più influente di quella verbale: il 55% è influenzata dai movimenti del corpo, il 38% dall'aspetto vocale e solo il 7% da quello verbale. Inoltre, ciò che passa attraverso il corpo e il canale non verbale ha una potenza 12,5 volte maggiore. Essa viene inoltre definita *analogica* e rappresenta quei parametri usati in modo consapevole o meno, che definiamo appunto *categorie analogiche*.

Con questo termine, intendiamo più precisamente la postura, lo spazio, il tempo, il tono, la voce, l'oggetto, lo sguardo e il movimento.

Le categorie analogiche ci permettono un'analisi qualitativa e una corretta osservazione delle azioni del soggetto, dando quindi la possibilità di tracciare un profilo individualizzato.

Tutti questi aspetti sono interconnessi tra loro e suddividerli implica una semplificazione, ma è necessaria per poter fare un processo metacomunicativo e portare sul piano verbale queste entità. È utile tenere presente che la categoria *movimento*, racchiude in sé tutte le categorie, poiché si può descrivere come una modificazione del tono e della postura nello spazio e nel tempo, in rapporto agli oggetti.

3.1.1 Il tempo

La temporalità è un concetto intrinseco all'esistenza e alla presenza di un corpo.

Quando si parla di tempo, comunemente intendiamo quello quantitativo, che misuriamo tramite gli orologi e i calendari: un tempo diviso in unità sommabili tra di loro, uguale per tutti.

Esiste, però, un altro tipo di tempo quantitativo, che l'essere umano vive sin dai primi attimi di vita: quello dei ritmi. La struttura ritmica di veglia/sonno, bisogno/soddisfazione e soprattutto la presenza/assenza (quando si articola intorno a

quest'ultima) aiuta a creare la scansione del tempo in *prima, adesso e dopo*. Questo è fondamentale poiché è la condizione indispensabile per poter mettere in atto una qualsiasi progettualità: il soggetto compie un'azione se è in grado di rappresentarsi mentalmente lo scopo del proprio intervento, una capacità nata per esperienze già avvenute nel passato. Inoltre, è la base della costruzione di un Io, poiché se ci fossero solo attimi presenti tra loro indipendenti, non sarebbe possibile creare un prima e un dopo.

Il tempo, però, quando è legato all'esperienza corporea, non è direttamente assimilabile a quello meccanico e oggettivo, ma dipende dalla qualità e quantità degli eventi che esso vive. Si può dire dunque che «il tempo quantitativo personale è fortemente *colorato* dal tempo qualitativo psicologico» (Berti, Comunello & Nicolodi, 1988, p.45), cioè dipende dallo stato emotivo e affettivo con il quale si ha vissuto un certo momento o una certa esperienza.

Il tempo oggettivo, paradossalmente, si può ritrovare in molte patologie infantili: un esempio è la stereotipia, caratterizzata dalla ripetitività e dal prolungarsi indefinito, che crea un ritmo vuoto, senza alcuna differenza, portando alla perdita di senso e all'assenza di cambiamento. Il tempo, infatti, è connesso con il cambiamento.

3.1.2 *Lo spazio*

La concezione comune dello spazio è quella geometrica, secondo la quale è un insieme di coordinate spaziali, prospettive e relazioni tra cose differenti, nelle quali il corpo fa parte di esse.

Ritenendo, però, il corpo non solo come un oggetto tra oggetti, esso diventa lo sfondo da cui nasce uno spazio esterno e rispetto al quale gli oggetti sono in relazione. Lo spazio diventa quindi non un dato, ma «il risultato di un punto di vista sempre mutevole secondo il rapporto che il corpo stabilisce con l'ambiente» (Berti et al., 1988, p. 53).

Lo spazio corporeo risulta non essere, quindi, uno spazio posizionale, in cui vi è una geometria assoluta e le cose sono disposte in base a un sistema di coordinate, ma diventa uno spazio situazionale, dove si misura a partire da situazioni in cui si trova il corpo e ai progetti e possibilità che si propone e dispone.

Il corpo, in questo modo, diventa ciò su cui si fondano le dimensioni e l'ordine dello spazio; quest'ultimo diventa il quadro su cui il soggetto può attuare la sua prima identificazione e fondare la conoscenza del proprio Io corporeo: il processo di differenziazione di Sé dall'altro si attua proprio con la conquista di uno spazio distale rispetto alla mamma, dove il bambino può compiere le sue azioni.

Il concetto di spazio, quindi, viene inteso proprio come possibilità di agire e trasformare: la manipolazione di esso concerne lo spazio fisico vissuto, non quello geometrico o rappresentato, e la sua funzione simbolica nasce proprio dalla possibilità di fare e trasformare spazi concreti.

3.1.3 *Il tono muscolare*

Il tono muscolare è la categoria analogica meno percepibile nell'immediato. Rappresenta lo sfondo di ogni attività muscolare (tono residuo o di riposo) e si adatta in base alla postura, all'atto motorio e comportamentale. È l'aspetto più automatico e meno soggetto al controllo volontario, perché dipendente dalle regioni sottocorticali dell'encefalo. Si può definire quindi una delle categorie più autentiche, che è in grado di trasmettere lo stato emotivo dell'individuo.

È importante distinguere la regolazione dalla modulazione tonica: la prima è l'organizzazione dell'energia in rapporto al movimento/oggetto, la seconda è la valenza comunicativa che il tono assume in una relazione, ciò che viene considerato nell'approccio terapeutico neuro-psicomotorio.

Già nel neonato il tono muscolare è fondamentale poiché è il primo mezzo comunicativo: fa parte del suo bagaglio primitivo, viene utilizzato per esprimere i suoi stati emotivi e le sue necessità. Esso trasmette principalmente informazioni sull'opposizione *pericolo/sicurezza*, che sono alla base della sopravvivenza. Nella prima fase di vita, infatti, vi è un ipertono fisiologico, poiché vive in un costante *stato di allarme*, dove ogni stimolo esterno crea una reazione di tipo tonico.

Con la crescita e la maturazione del sistema nervoso, nel fondo tonico si innesta la modulazione tonica della madre: attraverso il gioco corporeo, la reciprocità tonico-emozionale e più in generale, il *dialogo tonico* tra mamma e bambino, si

stabiliscono le variazioni tra i diversi stati di massima tensione e massima distensione e le basi della comunicazione non verbale. Attraverso esso, infatti, il bambino impara a comunicare i suoi bisogni, modulare le proprie risposte allo stimolo esterno basandosi su quelle materne nelle diverse situazioni. Il bambino crea quindi una griglia esperienziale e interpretativa che saranno alla base dello sviluppo della sua personalità e relazione del mondo.

Il tono muscolare risente delle caratteristiche individuali, ma anche dell'ambiente culturale in cui la diade è inserita. Ogni cultura, infatti, prevede determinati stati tonici e variazioni di essi in relazione a situazioni sociali e delle variazioni non previste dalla cultura possono venire considerate anomali o in alcuni casi, addirittura patologiche.

In conclusione, il tono muscolare può essere definito come «il principio informatore della relazione del soggetto con il mondo» (Berti et al., 1988, p.66), ciò che è in grado di investire di connotazioni affettive ed emotive il movimento, trasformare una posizione in postura e influenzare la qualità di un messaggio verbale.

3.1.4 La postura

La postura è la posizione che assume il corpo in una determinata situazione e i rapporti spaziali che si vengono a stabilire tra i vari segmenti corporei, inseriti nello spazio. È difficile, dunque, prescindere dalle altre categorie analogiche, soprattutto rispetto allo spazio e al tono.

A livello anatomo-morfologico, è il campo dei riflessi di equilibrio della statica e del raddrizzamento, che regolano i movimenti tonici e fasici dei gruppi muscolari. Richiedono l'integrità di tutto l'encefalo e sono molto influenzati dalle prime relazioni della diade mamma-bambino e con l'ambiente.

La differenza di definizione di postura rispetto alla posizione, quindi, sta proprio nel caricare di significato quest'ultima: associare un aspetto comunicativo e relazionale al sistema di coordinate spaziali e anatomiche assunte, che l'altro percepisce e può rendere pertinente per la comunicazione. Essa dipende dalla personalità, dallo stato d'animo, dal sesso, dall'età, ma soprattutto dalla possibilità di agire e di modificare il tono.

Come il tono, la postura è caratterizzata da aspetti non soggetti al controllo volontario e che possono essere l'espressione di stati d'animo ed emozioni nella relazione con l'altro; anche nell'infanzia, infatti, le posture vengono utilizzate per inviare messaggi riguardanti soprattutto le coppie semantiche difesa/attacco e accettazione/rifiuto.

Anche nell'adulto l'assetto posturale ha un ruolo fondamentale nell'aprire, mantenere o chiudere una comunicazione con l'altro e per stabilire il tipo di rapporto presente nella diade. Secondo ciò, le posture possono essere classificate, grossolanamente in:

- Con contatto;
- Senza contatto;
- Faccia a faccia;
- Faccia a fianco;
- Fianco a fianco;
- Faccia a schiena;
- Schiena a schiena.

Si può parlare di postura, però, solo a partire dell'acquisizione della posizione seduta, ancora meglio di quella eretta, proprio perché sono collegate al movimento volontario e al senso di progettualità, potendo associare quindi un intento comunicativo.

La postura, dunque, è «il percorso originale scelto dal soggetto come presentazione di sé allo spazio esterno e all'altro» (Berti et al., 1988, p.75).

3.1.5 La produzione fonica

La voce e le parole sono importanti da comprendere nell'analisi della comunicazione non verbale, poiché si viene immersi in esse sin dalla nascita e rappresentano un fondamentale aspetto comunicativo. La produzione fonica, infatti, comprende tutte le espressioni sonore prodotte dalla voce ed è possibile distinguerla in tre livelli:

- i vocalizzi;
- i tratti paralinguistici (tono, timbro, altezza, ritmo, pause, ecc.)
- la parola vera e propria.

La produzione vocale è strettamente legata a dei meccanismi fisiologici: la respirazione che è alla base del suono, il tono dipende dalla tensione e rilassamento delle corde vocali e dall'apertura e chiusura dell'apparato fonatorio.

Secondo uno studioso russo, R. Jackson, ciascun aspetto dell'atto verbale crea delle funzioni linguistiche diverse:

- La *funzione referenziale*, dove l'attenzione è posta proprio su ciò che viene detto;
- La *funzione emotiva*, che si concentra sul mittente ed esprime emozioni;
- La *funzione conativa*, che mira a convincere il destinatario di quanto si sta dicendo;
- La *funzione fàtica*, che serve a stabilire ed aprire un canale di comunicazione con l'altro; rappresenta la tendenza a comunicare;
- La *funzione poetica*, utilizzata per saggiare le potenzialità espressive dello strumento parola;
- La *funzione metacomunicativa*, che serve a verificare che si stia utilizzando lo stesso codice e a parlare del linguaggio stesso.

Alcune di queste funzioni sono operanti e presenti anche nella comunicazione non verbale, tranne quella metacomunicativa.

Fondamentale è la funzione fàtica, perché è quella che mantiene il canale comunicativo con l'altro e può essere definita sussidiaria all'assetto tonico-posturale e al contatto corporeo. Quando questi vengono a mancare, infatti, la voce diventa preminente e fondamentale per conservare la comunicazione, in quanto gesto sonoro che riesce a collegare due persone.

Il tono, il ritmo e la ripetizione, invece, sono anch'essi fondamentali perché veicolano messaggi sulla relazione e permettono di trasmettere emozioni oltre i veri messaggi di lingua. Un esempio è il genitore che emette verso il bambino piccolo messaggi linguisticamente non coerenti (i *nonsense* materni), ma che sono in grado di trasmettere l'affetto, in accordo con l'assetto tonico-posturale e mimico-gestuale.

Sono riportate di seguito alcune caratteristiche della voce:

- *Il timbro*: quella particolare caratteristica che distingue una voce da un'altra.
- *L'altezza*: è data dalla frequenza delle vibrazioni/onda sonora.
- *L'intensità*: è determinata dall'ampiezza delle vibrazioni. Ci permette di distinguere i suoni forti da quelli deboli, è quello che comunemente chiamiamo *volume*. Si misura in decibel.
- *Il tono*: è il modo in cui moduliamo la voce per esprimere un'intenzione.
- *Il ritmo*: in un discorso conferisce maggiore o minore importanza alle parole. È importante effettuare delle pause e alternare ritmi più veloci o lenti adattandoli all'interlocutore (o bambino) con cui ci relazioniamo.

3.1.6 Gli oggetti

Il termine oggetto deriva dal latino *obiectum* e significa “posto innanzi”, “gettato davanti”. Da questa traduzione potremmo quindi dire che è ciò che è posto di fronte ai sensi e alla mente; rappresenta la mediazione tra il corpo e l'ambiente, proprio perché rende tangibile all'uomo la sua presenza e rende accessibile il mondo circostante.

È importante, dunque, tenere conto dell'uso/non uso dell'oggetto perché è attraverso esso che principalmente si entra in relazione con l'ambiente esterno e si attuano le modificazioni di esso.

Winnicott (1971), nel suo articolo *L'uso di un oggetto* all'interno di “Esplorazioni psicoanalitiche”, illustra la differenza tra il relazionarsi con un oggetto e l'utilizzo dell'oggetto stesso. Il relazionarsi con l'oggetto implica dei cambiamenti nel sé e richiede un certo livello di coinvolgimento fisico. Al contrario, per utilizzare un oggetto, bisogna aver fatto il passaggio al principio di realtà ed essere capace di collocare l'oggetto al di fuori della sua area di controllo onnipotente, percependolo come qualcosa di esterno a sé.

Tutti gli oggetti presentano delle caratteristiche proprie, date dalla loro forma, dalla consistenza o dal colore che rimandano al soggetto delle sensazioni.

L'oggetto può essere utilizzato come strumento di interazione con l'altro e a tal proposito permette all'individuo di mettersi in ascolto, di modulare il proprio agire sulla base dell'altro.

Gli oggetti rappresentano gli elementi fisici essenziali per poter condurre il gioco, attività privilegiata dal bambino. È possibile suddividere gli oggetti di gioco in tre categorie principali:

- **Oggetti strutturati:** cioè, definiti e vincolati. Si tratta di oggetti costruiti secondo regole determinate e dalle caratteristiche strutturali e costitutive (forma, dimensione, materiale)
- **Oggetti semi-strutturati:** sono costituiti da una serie di elementi con caratteristiche variamente combinabili e si possono prestare a usi diversi a seconda degli scopi che si vogliono raggiungere e a seconda delle capacità che si vogliono allenare e sviluppare nel soggetto.
- **Oggetti non strutturati:** sono materiali poco differenziati, generici a cui si può attribuire loro un significato e una funzionalità sempre diversa.

3.1.7 Lo sguardo

Lo sguardo è l'espressione dell'atto visivo. Con questo termine si intende volgere gli occhi verso qualcosa o qualcuno. È un potente comunicatore, spesso è proprio il primo canale di comunicazione e di interazione tra due persone. Esso, infatti, è un doppio canale comunicativo: con lo sguardo si possono esprimere sentimenti ed emozioni, dall'altra parte si riesce a cogliere i sentimenti e le emozioni degli altri. Diventa quindi imprescindibile nello scambio di informazioni, poiché permette di programmare e aggiustare le modalità comunicative.

Durante le interazioni, solitamente le persone si guardano negli occhi, ma è improbabile che si fissino su di essi: compiono piccoli, rapidi e involontari movimenti, detti *saccadi*, che permettono di creare un'immagine retinica. La definizione di *sguardo*, si riferisce, quindi, al guardare il viso di un'altra persona, in particolare nella regione vicino agli occhi. Lo sguardo reciproco, invece, chiamato anche contatto oculare, si verifica quando

due persone si guardano contemporaneamente negli occhi ed entrambe sono consapevoli e coinvolte, creando un livello più elevato di connessione visiva.

Lo sguardo reciproco può generare diverse dinamiche emotive e sociali, poiché comporta un maggior grado di intimità e coinvolgimento. Una sua funzione, infatti, è proprio quella di trasmettere le emozioni e gli atteggiamenti di una persona nei confronti di un'altra, ad esempio se questa le piace o no (Argyle & Cook, 1994).

L'esperienza del contatto visivo delle persone può essere influenzata da molti fattori, come la presenza di una terza persona, la distanza dal viso dell'altra persona o l'acutezza visiva del percettore (Gamer & Hecht, 2007).

3.3 L'uso delle categorie analogiche nei genitori nigeriani

Dall'analisi della letteratura si possono ritrovare solo pochi spunti rispetto all'utilizzo delle categorie analogiche nella popolazione africana e nello specifico in quella nigeriana rendendo difficile una comparazione con la cultura occidentale. Di seguito verranno citate due categorie che sono descritte da alcuni autori come caratterizzanti della popolazione in esame: gli oggetti e la voce.

3.3.1 L'uso degli oggetti

Secondo Carra, Lavelli, Keller (2013), l'educazione precoce nelle società africane associato al contesto migrante, dà maggiore importanza al comportamento motorio e sociale del bambino, incoraggiandolo nelle sue attività esplorative. Nei primi anni di vita, i genitori non sembrano avere particolari aspettative rispetto alle capacità cognitive del bambino. Riferiscono, infatti, che i bambini imparano meglio quando hanno un'età maggiore: i giochi vengono dati al bambino per giocare, non per insegnare loro alcuni concetti a sostegno dei processi cognitivi.

Lo scambio di materiale ludico, quindi, non sembra mirare a insegnare ai figli ad agire con efficacia sul mondo fisico, ma piuttosto ad incoraggiare l'atto di offrire e di condividere con gli altri, così tramite i bambini imparano lo scambio tra pari o con i fratelli. Le interazioni non verbali ed il rispetto delle regole infatti, risultano predominanti nella società africana, dove viene dato più valore al contatto fisico e alle

relazioni sociali, che all'apprendimento verbale o attraverso gli oggetti. Nelle comunità subsahariane, la stimolazione corporea/motoria è l'incarnazione di una buona genitorialità oltre ad essere necessaria per uno sviluppo sano del bambino. I genitori occidentali usano invece uno stile distale di interazione, composto da contatto faccia a faccia e stimolazione con gli oggetti (Carra, Lavelli, Keller & Kärtner 2013).

3.3.2 *La voce*

Secondo Rabain-Jamin (1989), l'interazione sociale tra madre-bambino in un contesto culturale africano, si concentra maggiormente sulle relazioni sociali e meno sull'uso della parola. Le madri africane, infatti, utilizzano meno il supporto verbale per accompagnare le loro azioni lasciando spazio alle interazioni non verbali. I bambini apprendono dall'imitazione dei gesti dei caregiver attraverso l'osservazione, mentre la comunicazione è utilizzata principalmente negli scambi sociali. Le madri africane tendono, quindi, a sollecitare azioni dirette da parte dei loro bambini, mentre le madri europee favoriscono un approccio più mediato, evidenziando le proprietà degli oggetti.

Inoltre nelle società africane tradizionali, l'educazione del bambino è responsabilità della famiglia allargata, che dà maggior enfasi sulle competenze motorie e sociali del bambino. In Europa, invece, l'apprendimento avviene spesso attraverso la comunicazione verbale, dove le madri utilizzano il linguaggio per organizzare attività e pianificare azioni future.

In termini di produzione sonora, secondo Carra, Lavelli, Keller (2013), le madri africane si distinguono per vocalizzazioni ritmiche e canti, rispetto a quelle di cultura occidentale, che utilizzano maggiormente un *parlare affettuoso*.

La ripetizione, nella cultura africana, è un modo per stabilire un legame tra le persone, anche nelle conversazioni quotidiane, mantenendo un ritmo continuo del discorso.

Negli ultimi anni emergono alcuni segnali di cambiamento nelle pratiche genitoriali di genitori africani immigrati in Europa, come un aumento della lingua parlata durante l'interazione con il figlio. Permangono tuttavia le strutture tipiche della cultura di origine, come ad esempio i *protosong*. Secondo Demuth, Carolin (2013) nelle comunità africane, le interazioni madre-bambino sono spesso ritmiche e corali, si focalizzano

sull'armonia e la partecipazione sociale attraverso il ritmo e la musica, ciò che definiamo appunto *protosong*. In molte culture occidentali, invece, le interazioni neonato-genitore sono caratterizzate dalla *protoconversazione*, in cui i caregiver rispondono ai segnali vocali e comportamentali del bambino, come se fosse parte di un dialogo adulto, attribuendo in modo esplicito stati mentali alle azioni dei bambini. Le madri africane, in particolare sub-sahariane, invece, riprendono ciò che sta facendo il bambino riferendosi solo alla descrizione di ciò che osservano esteriormente, senza elaborarlo ulteriormente e presumere intenzioni o indagare l'esperienza interiore del bambino.

Questo rispecchia quanto precedentemente riferito, cioè che vi è una differenza nella manifestazione della genitorialità in base ai contesti culturali: nei contesti occidentali viene enfatizzato lo sviluppo delle competenze verbali e analitiche, promuovendo l'individualità e l'autonomia, mentre nella cultura africana è più importante promuovere le competenze sociali e l'integrazione comunitaria, tramite l'obbedienza e la responsabilità verso la comunità.

Seconda parte: Contenuto clinico

Capitolo IV:

MATERIALI E METODI

4.1 Obiettivo dello studio

L'obiettivo di questo studio è quello di esplorare l'uso delle categorie analogiche da parte dei genitori nella relazione con i figli affetti da Disturbo dello Spettro Autistico (ASD), in particolare nella cultura nigeriana. L'indagine si è basata principalmente sull'analisi dei dati emersi dalla somministrazione di un questionario (vedi Allegato 1) e dalla microanalisi di alcune sedute per comprendere se vi siano implicazioni culturali nelle modalità di interazione tra genitori e figli nella cultura nigeriana e quella occidentale.

4.2 Partecipanti

Il campione di studio è costituito da otto genitori di origine nigeriana e sei genitori italiani, che fungono da campione di controllo, che avessero un figlio con diagnosi di ASD. Sono stati scelti due tipi di campioni, per permettere un confronto tra le due diverse culture. I bambini appartenenti alle famiglie indagate hanno un'età compresa tra i 3 e i 6 anni e frequentano regolarmente sedute di terapia neuropsicomotoria presso il centro di Servizio Semiresidenziale e ambulatoriale per bambini e adolescenti con Disordini dello Sviluppo (SSDS), presente nel Complesso Socio Sanitario "Ai Colli" di Padova. Questa fascia di età è stata selezionata in quanto corrisponde al periodo in cui la maggior parte dei genitori ricevono la diagnosi e sono coinvolti nel trattamento riabilitativo con maggiore continuità. Inoltre risulta essere il campione più rappresentato presso il centro in cui si svolge l'osservazione

Tra gli otto partecipanti si sono scelte due coppie genitore-bambino di origine nigeriana che potessero soddisfare due prerequisiti: da un lato garantire una frequenza stabile e duratura e dall'altro che il genitore fosse coinvolto come membro attivo durante le sedute di riabilitazione neuropsicomotoria, così da ottenere un numero di dati sufficientemente esaustivo relativamente all'interazione. Si è scelto di condurre l'osservazione esclusivamente su partecipanti di origine nigeriana, escludendo quelli

italiani, al fine di focalizzarsi sull'analisi approfondita delle modalità di interazione e sull'uso delle categorie analogiche proprie di questa cultura. Questa decisione è stata guidata dall'intento di comprendere meglio le specificità culturali che caratterizzano l'approccio nigeriano, ponendo attenzione agli aspetti di comunicazione principalmente non verbale nella relazione con i bambini. Un'osservazione mirata ha quindi permesso di esplorare con maggiore dettaglio le sfumature comportamentali e valoriali di questa cultura, rispetto a elementi spesso dati per scontati nel contesto italiano.

4.3 Strumenti di raccolta dati

4.3.1 Questionario per i genitori

È stato sviluppato un questionario a risposta multipla, con l'obiettivo di indagare l'uso delle categorie analogiche utilizzate dai genitori durante l'interazione con i loro figli con Disturbo dello Spettro Autistico. Il questionario di tipo qualitativo è suddiviso in tre sezioni e comprende una serie di domande relative a:

- **SEZIONE 1 Informazioni generali:** in questa sezione vengono richieste al genitore alcune generalità personali, come l'età, la lingua madre, lo stato civile, il livello di istruzione, il lavoro attuale, il numero di figli, ecc. Ciò permette di raccogliere dati demografici che possono aiutare ad interpretare meglio i risultati del questionario, in particolare per contestualizzare l'uso delle categorie analogiche.

SEZIONE 1: INFORMAZIONI GENERALI

<ul style="list-style-type: none"> ● Età del genitore: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <20 <input type="checkbox"/> 41-50 <input type="checkbox"/> 20-30 <input type="checkbox"/> >50 <input type="checkbox"/> 31-40 ● Genere: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina ● Paese di origine: _____ ● Lingua madre: _____ ● Stato civile: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sposato <input type="checkbox"/> Divorziato <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Single 	<ul style="list-style-type: none"> ● Livello di istruzione: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Scuola elementare <input type="checkbox"/> Laurea <input type="checkbox"/> Scuola media <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Scuola superiore ● Lavoro attuale: _____ ● Età del Figlio: _____ ● Genere del figlio: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina ● Numero di figli: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 o più <input type="checkbox"/> 3
--	--

- **SEZIONE 2** *Categorie analogiche*: in questa fase il questionario esplora sette sezioni principali: postura, spazio, tempo, tono muscolare, voce, oggetti e sguardo.

Le domande sono tutte a risposta multipla, generalmente con 4 o più opzioni, talvolta si ha la possibilità di dare anche più di una risposta. Questi quesiti, posti al genitore, vanno ad indagare nella maggior parte dei casi la loro percezione e consapevolezza rispetto all'uso delle categorie analogiche. Le domande sono strutturate basandosi su alcuni items presenti nella "Scheda di Osservazione/valutazione Neuropsicomotoria" (SON)¹, della Sezione B, adattandole al genitore invece che al bambino. Inoltre, alcuni quesiti sono stati formulati sulla base delle evidenze emerse in letteratura, al fine di consentire un confronto successivo.

SEZIONE 2: LE CATEGORIE ANALOGICHE

<p><u>PARTE 1: La postura</u></p> <p>1. Com'è la sua postura quando si rivolge a suo figlio? <input type="checkbox"/> In piedi <input type="checkbox"/> Ricurvo in avanti <input type="checkbox"/> Seduto <input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <p>2. Tende a piegarsi verso suo figlio quando gioca con lui? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Spesso <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Mai</p> <p>3. In quali situazioni nota cambiamenti di postura? (può selezionare più di una risposta) <input type="checkbox"/> Momenti di gioco <input type="checkbox"/> Momenti dedicati all'applicazione delle regole <input type="checkbox"/> Conversazioni <input type="checkbox"/> Durante i pasti <input type="checkbox"/> Durante la lettura di una storia <input type="checkbox"/> Momenti di cura <input type="checkbox"/> Altro: _____</p>	<p>4. Ha osservato se ci sono posture facilitanti che lo calmano o che aumentino l'attenzione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p> <p>4.1 Se sì, quali? <input type="checkbox"/> In piedi <input type="checkbox"/> Ricurvo in avanti <input type="checkbox"/> Seduto <input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <p>5. Ha osservato se ci sono posture che NON facilitano l'interazione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p> <p>5.1 Se sì, quali? <input type="checkbox"/> In piedi <input type="checkbox"/> Ricurvo in avanti <input type="checkbox"/> Seduto <input type="checkbox"/> Altro: _____</p>
--	--

¹ Scheda di osservazione tratta da "Il contratto terapeutico in terapia psicomotoria. Dall'osservazione al progetto", E.Berti, F.Comunello, P.Savini - Junior, 2001

<p><u>PARTE 2: Lo spazio</u></p> <p>1. Come organizza lo spazio quando gioca o interagisce con suo figlio? <input type="checkbox"/> Creo aree privilegiate per diverse attività <input type="checkbox"/> Uso lo spazio in modo flessibile <input type="checkbox"/> Mantengo lo spazio il più ordinato possibile <input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <p>2. Quanto spesso utilizza il contatto fisico (abbracci, carezze, tenere per mano) nell'interazione con suo figlio? <input type="checkbox"/> Molto <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Per niente</p> <p>3. Nota le variazioni nella reazione di suo figlio al contatto corporeo? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Spesso <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Mai</p>	<p>4. Se il suo bambino richiede contatto fisico, cosa fa? <input type="checkbox"/> Mi allontanano <input type="checkbox"/> Lo allontanano <input type="checkbox"/> Lo accolgo <input type="checkbox"/> Rimango passivo <input type="checkbox"/> Ricambio <input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <p>5. Quali sono state le modalità prevalenti negli spostamenti dentro e fuori casa nel primo anno di vita del bambino? <input type="checkbox"/> In braccio <input type="checkbox"/> In passeggino <input type="checkbox"/> Con la fascia <input type="checkbox"/> Con il marsupio <input type="checkbox"/> Altro: _____</p>
<p><u>PARTE 3: Il tempo</u></p> <p>1. Quando si relaziona con suo figlio/a, come descriverebbe le sue azioni? (può scegliere più di un'opzione) <input type="checkbox"/> Veloci <input type="checkbox"/> Lente <input type="checkbox"/> Variate <input type="checkbox"/> Monotone</p> <p>2. Quanto tempo attende prima di intervenire quando suo figlio non riesce a compiere un compito in autonomia? <input type="checkbox"/> Subito, appena vedo che è in difficoltà <input type="checkbox"/> Aspetto qualche secondo prima di intervenire <input type="checkbox"/> Aspetto che provi da solo e poi intervengo <input type="checkbox"/> Lascio passare tempo e aspetto una sua richiesta di aiuto</p> <p>3. Durante l'interazione con suo figlio, quante volte interrompe la sua azione? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Spesso <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Mai</p>	<p>4. Quanto spesso riesce a ritagliarsi un tempo dedicato a suo figlio senza interruzioni? <input type="checkbox"/> una volta al giorno <input type="checkbox"/> tre volte al giorno <input type="checkbox"/> cinque volte al giorno o più <input type="checkbox"/> mai</p> <p>5. Quanto durano le interazioni? <input type="checkbox"/> qualche secondo <input type="checkbox"/> 1 minuto <input type="checkbox"/> > 1 minuto <input type="checkbox"/> > 5 minuti</p>
<p><u>PARTE 4: Il tono muscolare</u></p> <p>1. Durante le attività con suo figlio, nota cambiamenti nel suo tono muscolare? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>	<p>3. In quali situazioni il suo tono muscolare aumenta? <input type="checkbox"/> Durante i conflitti <input type="checkbox"/> Durante i giochi movimentati <input type="checkbox"/> Durante i momenti di attenzione e</p>

<p>2. In quali situazioni specifiche nota cambiamenti nel tono muscolare? (può selezionare più di una risposta)</p> <p><input type="checkbox"/> Durante il gioco fisico</p> <p><input type="checkbox"/> Durante i momenti di disciplina</p> <p><input type="checkbox"/> Durante le conversazioni quotidiane</p> <p><input type="checkbox"/> Durante i momenti di rilassamento</p> <p><input type="checkbox"/> Durante le attività educative</p> <p><input type="checkbox"/> Altro: _____</p>	<p>concentrazione</p> <p><input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <p>4. In quale situazioni il suo tono muscolare diminuisce?</p> <p><input type="checkbox"/> Durante i momenti di gioco tranquillo</p> <p><input type="checkbox"/> Durante le letture</p> <p><input type="checkbox"/> Durante i momenti di coccole</p> <p><input type="checkbox"/> Altro: _____</p>
<p><u>PARTE 5: La voce</u></p> <p>1. In che misura utilizza la sua voce per giocare o interagire in modo ludico con suo figlio?</p> <p><input type="checkbox"/> Mai</p> <p><input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> A volte</p> <p><input type="checkbox"/> Spesso</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre</p> <p>2. Quanto spesso utilizza la sua voce per cantare ninne nanne o canzoni a suo figlio?</p> <p><input type="checkbox"/> Mai</p> <p><input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> A volte</p> <p><input type="checkbox"/> Spesso</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre</p> <p>3. Che volume di voce tende ad utilizzare nella comunicazione con suo figlio?</p> <p><input type="checkbox"/> Alto</p> <p><input type="checkbox"/> Moderato</p> <p><input type="checkbox"/> Basso</p> <p><input type="checkbox"/> Variabile</p>	<p>4. Quale tono di voce utilizza principalmente quando parla con suo figlio?</p> <p><input type="checkbox"/> Calmo</p> <p><input type="checkbox"/> Autoritario</p> <p><input type="checkbox"/> Affettuoso</p> <p><input type="checkbox"/> Rassicurante</p> <p><input type="checkbox"/> Aggressivo</p> <p><input type="checkbox"/> Serio</p> <p><input type="checkbox"/> Giocoso</p> <p><input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <p>5. Con quale frequenza modifica il tono della voce per trasmettere emozioni o intenzioni a suo figlio?</p> <p><input type="checkbox"/> Mai</p> <p><input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> A volte</p> <p><input type="checkbox"/> Spesso</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre</p>
<p><u>PARTE 6: Gli oggetti</u></p> <p>1. Quali oggetti utilizza maggiormente quando trascorre del tempo con suo figlio? (può selezionare più di una risposta)</p> <p><input type="checkbox"/> Giocattoli</p> <p><input type="checkbox"/> Libri</p> <p><input type="checkbox"/> Materiale artistico (matite, colori, carta, ecc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Strumenti musicali</p> <p><input type="checkbox"/> Dispositivi elettronici</p> <p><input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <p>2. Quanto spesso utilizza oggetti durante l'interazione con suo figlio?</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre</p> <p><input type="checkbox"/> Spesso</p> <p><input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> Mai</p>	<p>3. Qual è lo scopo principale dell'uso degli oggetti durante l'interazione con suo figlio? (può selezionare più di una risposta)</p> <p><input type="checkbox"/> Educativo</p> <p><input type="checkbox"/> Ricreativo</p> <p><input type="checkbox"/> Calmare o rilassare il bambino</p> <p><input type="checkbox"/> Stimolare la creatività</p> <p><input type="checkbox"/> Intrattenimento</p> <p><input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <p>4. Ritiene che l'uso di oggetti facilitino l'interazione con suo figlio?</p> <p><input type="checkbox"/> Molto</p> <p><input type="checkbox"/> Abbastanza</p> <p><input type="checkbox"/> Poco</p> <p><input type="checkbox"/> Per niente</p>

<p><u>PARTE 7: Lo sguardo</u></p> <p>1. Quanto spesso stabilisce un contatto visivo diretto con suo figlio?</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Spesso <input type="checkbox"/> A volte <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Mai</p> <p>2. In quali situazioni mantiene più frequentemente il contatto oculare con suo figlio? (può selezionare più di una risposta)</p> <p><input type="checkbox"/> Durante il gioco <input type="checkbox"/> Durante le conversazioni <input type="checkbox"/> Durante i momenti di disciplina <input type="checkbox"/> Durante i pasti <input type="checkbox"/> Durante la lettura di storie <input type="checkbox"/> Altro: _____</p>	<p>3. In quali situazioni evita il contatto oculare?</p> <p><input type="checkbox"/> Durante i momenti di conflitto <input type="checkbox"/> Quando è stanco <input type="checkbox"/> Quando è distratto <input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <p>4. Ritiene che il contatto visivo sia importante nella vostra relazione?</p> <p><input type="checkbox"/> Molto <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Per niente</p>
---	--

- *SEZIONE 3 Conclusioni*: spazio riservato ad eventuali dubbi, domande o considerazioni dopo la compilazione del questionario.

SEZIONE 3: CONCLUSIONE

Se presenta ulteriori commenti, domande o altre esperienze da condividere, utilizzi lo spazio qui presente.

Le sue osservazioni aggiuntive possono fornire ulteriori spunti preziosi per la nostra ricerca!

Il questionario è stato proposto sia in lingua italiana che in lingua inglese (vedi Allegato 2), per facilitare la comprensione da parte dei genitori di origine nigeriana.

È stato somministrato individualmente ai caregiver, al di fuori della stanza di terapia e senza la presenza del figlio, accompagnando il genitore nella compilazione per far

comprendere correttamente le domande proposte. La durata prevista per la compilazione era di circa 20 minuti; effettivamente, il tempo impiegato è stato in linea con questa stima, talvolta uguale o leggermente inferiore, a seconda della facilità di comprensione delle domande e della disponibilità del genitore a porre domande o approfondire alcuni aspetti.

Il questionario veniva posto, dunque, in forma cartacea di fronte al genitore, solitamente le domande e le relative opzioni di risposta sono state lette ad alta voce e in alcune occasioni spiegate al genitore con qualche esempio pratico riferito alla quotidianità. Il genitore, di seguito, indicava una o più risposte che venivano segnate nel questionario, qualvolta insieme ad alcune ulteriori considerazioni e personali osservazioni.

È stata consegnata, quando possibile, la copia da far compilare a casa dall'altro genitore. Dei 14 questionari ottenuti, 10 sono stati compilati insieme in struttura, mentre quattro sono stati completati in autonomia dai genitori. Complessivamente 10 risultano contrassegnati da mamme, mentre gli altri quattro dai genitori maschi. Di questi, sono presenti tre coppie di genitori, appartenenti alla stessa famiglia, di cui due italiane e una nigeriana. I dati sono stati principalmente raccolti attraverso l'analisi della sezione dedicata alle informazioni generali all'interno del questionario.

4.3.2 Osservazione delle sedute

Le osservazioni dirette sono state condotte durante le terapie settimanali e coinvolgono due casi clinici, per circa tre mesi. Ho preso parte alla seduta esclusivamente come osservatrice. Durante la terapia si è cercato di far partecipare attivamente il genitore, incoraggiando l'interazione ed il gioco con il figlio. Le sedute avevano una durata di 45 minuti ciascuna.

Le variabili osservate comprendevano principalmente le categorie analogiche (postura, spazio, tempo, tono muscolare, voce, oggetti, sguardo) tra il genitore e il bambino, in particolare nel genitore.

Per comprendere questi aspetti, è stata fatta, un'osservazione qualitativa di queste caratteristiche, basandosi su uno schema (vedi Allegato 3) dedicato alla raccolta dei dati

che si è basato su quegli item già compresi nel questionario, ma che potessero essere valutati anche durante le sedute di neuropsicomotricità.

L'osservazione è una tecnica di raccolta dati che consiste nel guardare, ascoltare e registrare con attenzione ciò che avviene in un contesto specifico, senza intervenire direttamente, è possibile quindi raccogliere informazioni su comportamenti, interazioni e atteggiamenti.

L'osservazione cerca di descrivere i fenomeni in modo imparziale, evitando di influenzare o alterare il contesto, viene condotta in contesti quotidiani e spontanei o in ambienti strutturati. Può essere attuata con criteri specifici da seguire, o non strutturata, in questo caso l'osservatore registra liberamente tutto ciò che ritiene rilevante.

L'osservazione è uno strumento fondamentale per la figura di Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE) perché permette di comprendere le caratteristiche del bambino e di costruire un intervento terapeutico mirato e personalizzato. Utilizzando un'analisi attenta e sistematica infatti il TNPEE individua le caratteristiche specifiche del bambino e formula un progetto individualizzato. L'osservazione può essere rivolta all'indagine del comportamento spontaneo o anche in situazioni strutturate, spesso viene integrata da una valutazione testistica.

Ai fini di questo elaborato, è stata utilizzata la microanalisi, che è una tecnica basata sull'osservazione dettagliata di fenomeni o interazioni attraverso la loro scomposizione in unità. Tale approccio mira ad osservare micro-comportamenti, in questo caso particolari relativi alle categorie analogiche, permettendo di comprendere meglio il significato dell'interazione in esame.

La microanalisi spesso si avvale di registrazioni video o audio, che possono essere esaminate in modo dettagliato e ripetuto. Alcune sedute, dunque, sono state videoregistrate, utilizzando una videocamera che ho mantenuto posizionata in un angolo della stanza, in modo da catturare l'intera dinamica dell'interazione, senza interferire con lo svolgimento naturale della seduta. Le registrazioni sono state poi analizzate qualitativamente, focalizzandosi su alcuni momenti chiave di interazione tra genitore e figlio.

È importante sottolineare che la microanalisi interpreta i particolari all'interno di un contesto più ampio, dando significato ai dettagli in relazione all'interazione complessiva.

4.4 Metodi di indagine

L'analisi dei dati si è sviluppata su due livelli principali:

- *Analisi del questionario:* le risposte dei genitori sono state codificate e suddivise in macrocategorie, che rappresentano le categorie analogiche. I dati sono stati riportati su un foglio di lavoro online (Excel) e divisi in tabelle differenti per i due diversi gruppi di partecipanti (nigeriani ed italiani). Sono state poi calcolate la frequenza di ogni risposta e la percentuale di esse rispetto alla totalità considerata. Dalle percentuali è stato costruito un grafico (Istogramma) per ogni domanda somministrata, al fine di valutare in maniera più efficace e visibile eventuali discrepanze o uguaglianze nella frequenza delle risposte tra i due gruppi. Mettendo a confronto, quindi, le diverse risposte ottenute, è stato possibile trarre delle considerazioni.
- *Analisi delle osservazioni video:* i video sono stati visionati più volte per individuare pattern comunicativi analogici tra genitori e figli. Le interazioni sono state segmentate in unità di analisi per studiare il comportamento del genitore e del bambino nel contesto della seduta. Per ciascun caso osservativo, sono stati identificati e descritti i principali momenti di interazione e i segnali non verbali utilizzati dai genitori. Le interazioni sono state analizzate in relazione ai concetti di categorie analogiche.

I risultati ottenuti andranno poi analizzati e interpretati utilizzando tre diverse modalità: un iniziale confronto tra le due diverse culture attraverso i risultati dei questionari, un successivo paragone con quanto emerso dalle osservazioni e infine una comparazione con quanto riportato in letteratura.

4.5 Considerazioni etiche

Prima di avviare l'indagine, è stato ottenuto il consenso informato da parte della struttura e dai genitori partecipanti, che sono stati informati rispetto alle finalità dello studio e al trattamento dei dati personali, gestiti nel rispetto delle normative vigenti sulla privacy e sull'etica della ricerca.

Capitolo V:
CASI OSSERVATI

5.1 Il caso di Serena

5.1.1 Presentazione del caso e dati anamnestici

Il primo soggetto analizzato in questo progetto di tesi riguarda una bambina di circa 3 anni (nata a giugno 2021) che frequenta da ottobre 2023 il Servizio Semiresidenziale e ambulatoriale per bambini e adolescenti con Disordini dello Sviluppo (SSDS), presente nel Complesso Socio Sanitario “Ai Colli” di Padova.

Serena vive a Padova con i suoi genitori ed è la terza di quattro figli: ha una sorella di 13 anni, un fratello di 6 e una sorellina di circa 1 anno. I genitori sono di origine nigeriana: il padre ha un diploma di scuola superiore, mentre la madre è laureata in Nigeria.

In famiglia, la lingua principale parlata è l'inglese e l'igbo, l'italiano è utilizzato come seconda lingua.

Frequenta la scuola dell'infanzia con certificazione scolastica.

Serena è nata dopo una gravidanza di 36 settimane gestazionali, con parto indotto a causa di ipertensione materna. È stata allattata fino ai 13 mesi e ha iniziato lo svezzamento a partire dai 6 mesi. Intorno ai 12 mesi ha cominciato a pronunciare le sue prime parole, come "mamma", "papà" e "ciao".

È stata inviata a valutazione neuropsicomotoria intorno ai 20 mesi per difficoltà relazionali con la madre e i fratelli. La bambina evitava il contatto visivo, non pronunciava più alcuna parola e si isolava, inoltre il cammino era caratterizzato da appoggio sull'avampiede. A due anni dopo ulteriore visita NPI viene fatta diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico.

5.1.2 Osservazione del caso

Serena riconosce le persone a lei familiari, come la mamma e la terapeuta, alla quale si avvicina quando la vede in sala d'attesa. Se la madre non entra in stanza, la separazione generalmente avviene in modo spontaneo e sereno. Durante la seduta di terapia, Serena

cerca poche volte il contatto fisico con il caregiver, ricercando solo quando è particolarmente stanca o per avere conforto, mentre più frequentemente cerca la madre con lo sguardo.

Il contatto oculare verso l'adulto è presente, ma non è stabile, soprattutto durante i momenti di interazione. Gli scambi relazionali sono possibili, prevalentemente su iniziativa della terapeuta e vengono mantenuti per una sequenza corrispondente a 6-8 scambi. La bambina sorride e dimostra divertimento, specialmente durante gli scambi o in giochi che trova piacevoli.

Serena si adatta facilmente alle situazioni e alle proposte di gioco accettando le attività senza difficoltà. Solo in rare occasioni ha mostrato reticenza nel partecipare alle attività o nel cominciare la terapia, a causa di stanchezza o davanti alla frustrazione causata da un bisogno non soddisfatto.

Dal punto di vista espressivo, l'intenzionalità comunicativa di Serena è emergente, soprattutto durante alcune sequenze di gioco che ha appreso, nelle quali richiede spontaneamente l'intervento dell'adulto. Ha acquisito alcuni gesti comunicativi, come il saluto con la mano, il pointing e sta imparando alcuni gesti per esprimere una richiesta. Spesso prova ancora a raggiungere l'oggetto in autonomia o ad usare in modo strumentale l'altra persona. È in grado di pronunciare alcune parole, suoni onomatopeici e spesso qualche vocalizzo.

Un aspetto emergente è la sua capacità di imitazione, sia immediata che differita: in questa fase evolutiva, Serena prova ad imitare molto, inclusi gesti, vocalizzi e parole, talvolta però in modo non finalizzato.

Dal punto di vista ricettivo, Serena è in grado di comprendere alcune richieste semplici, soprattutto se accompagnate dal gesto. In risposta ad alcune domande ha iniziato a dire correttamente "sì" invece di ripetere in modo ecolalico la parola finale della domanda dell'adulto.

Serena riconosce l'ambiente di terapia e sa raggiungere in autonomia la stanza, dirigendosi verso l'area dedicata al rituale iniziale. È in grado di differenziare gli spazi, come quello legato al gioco sensomotorio, alle attività a tavolino e a dove sono situati i giochi. La bambina non esplora spontaneamente l'intera stanza, in particolare non

ricerca lo spazio sensomotorio e mostra quasi timore nella sperimentazione, spesso infatti tende a dirigersi verso l'armadio dove riposto il materiale, per poi sedersi a tavolino e iniziare l'attività.

I giochi proposti a Serena mirano prevalentemente a sostenere la relazione, con l'eventuale coinvolgimento della mamma. La bambina mostra interesse per i giochi con l'acqua, le bolle di sapone e il tubo luminoso, inoltre accetta anche materiale più strutturato come gli incastri. Il gioco di finzione è in fase emergente: è possibile osservare qualche sequenza di azioni, principalmente su imitazione dell'altro, sia su sé stessa che sulla terapeuta. Nel complesso l'uso degli oggetti appare funzionale.

A livello motorio, Serena ha acquisito tutte le abilità di base, ma raramente sperimenta sequenze motorie più complesse, come arrampicarsi, scivolare o saltare. È presente un certo impaccio motorio sia globale che fine, un moderato ipertono diffuso ed una tendenza a camminare sulle punte. Il movimento risulta generalmente lento.

La bambina non mostra selettività alimentare, mangia imboccata, ma sta emergendo l'uso autonomo del cucchiaino. Non ha ancora acquisito il controllo sfinterico. Serena è in grado di togliere e mettere le scarpe con l'aiuto e il supporto dell'adulto.

5.1.2 Osservazione del genitore

Durante le sedute, ho avuto l'opportunità di osservare la madre che partecipava alle attività proposte, accompagnata dalla sorellina più piccola.

Il caregiver si mostra attento alle attività e ai giochi che la figlia svolge, intervenendo raramente, e soltanto quando quest'ultima non risponde alle richieste della terapeuta o qualora venga invitata ad agire. La sua espressione facciale è generalmente neutra, mantiene un leggero sorriso. In una situazione, Serena le è salita in grembo per giocare al "cavalluccio", ma la madre inizialmente ha cercato di farla tornare dalla terapeuta dicendole "go away" (vai via). Ha assecondato il gioco solo dopo che le è stata data indicazione di poterlo fare.

La madre solitamente resta seduta, rilassata, appoggiandosi allo schienale e in alcune occasioni si toglie le scarpe. Non si sporge spesso in avanti, neanche quando gioca con la figlia.

Durante le interazioni con Serena i suoi movimenti sono rapidi ed energici. La capacità di attesa prima di intervenire è tendenzialmente breve ma, con il supporto della terapeuta, sta migliorando nella capacità di aspettare un segnale comunicativo da parte della figlia.

L'uso della voce è limitato nelle interazioni: la madre di Serena preferisce parole semplici e brevi, spesso utilizza un singolo enunciato, con un volume moderato e un tono poco modulato, quasi imperativo.

Lo sguardo è fisso e direzionato verso la bambina quando le parla.

Ho osservato anche il suo modo di interagire con la sorellina lattante. Durante le sedute, allatta la piccola, spostandola da un seno all'altro con movimenti veloci e decisi, spesso con poco contenimento fisico. La madre spesso la tiene in piedi sulle sue gambe, anche accompagnandola con movimenti ritmici, e occasionalmente la mette seduta sulla scrivania accanto a sé. Ad ogni modo riesce a mantenere l'attenzione principalmente verso Serena.

Per quanto riguarda l'uso degli oggetti, anche in sala d'attesa, la madre non porta giochi per intrattenere i figli più piccoli e lascia il cellulare ai più grandi.

5.1.3 Microanalisi di un'interazione madre-bambina

Sono stati fatti alcuni video durante le sedute di terapia, in particolare per registrare le interazioni mamma-bambina. Ho eseguito una microanalisi di una sezione di video di gioco, che ho ritenuto significativa per descrivere la relazione di Serena con sua madre.

Segmento di video: IL TUBO DI LUCE

Osservazione e trascrizione dettagliata:

Serena si trova in piedi davanti al tubo luminoso, posizionato sulla scrivania. La madre è seduta lateralmente rispetto alla figlia, con la sorellina in braccio e il gomito appoggiato sulla scrivania. La terapeuta è collocata dall'altro lato, alle spalle della bambina.

Il tubo di luce è coperto da un telo. La terapeuta esclama: "Luce!" e, con l'aiuto di Serena, rimuove il telo. Subito dopo dice "Cucù!", e la madre ripete immediatamente la parola. Alternando lo sguardo tra la bambina e l'oggetto, la madre inizia a indicare la luce e a nominare i colori che appaiono, alternando tra italiano e inglese ("blue!", "yellow!" ecc.). Serena ripete il colore o emette un suono simile, mentre fissa il tubo luminoso; poi si ferma e guarda la madre.

La madre, osservando la figlia, annuisce con un "ye!" e subito dopo aggiunge: "High five!", sollevando la mano davanti al viso. Serena dà il cinque, mantenendo lo sguardo verso il tubo. La madre ritorna rapidamente a indicare i colori e a ripetere i nomi. Quando Serena dice "pink" alla vista del verde, la madre, con tono deciso e imperativo, le dice: "No pink, green!" e prosegue nella sequenza, cercando nuovamente lo sguardo della figlia.

La terapeuta successivamente chiude la luce e dice "oh oh!", la madre ripete accompagnando la mano davanti alla bocca come per indicare il segno di sorpresa.

Analisi:

L'analisi della sequenza in cui Serena interagisce con il tubo di luce offre spunti interessanti sull'interazione.

- *Imitazione e risposta:* Serena mostra segni di imitazione e risposta ai comandi verbali della terapeuta e della madre, suggerendo un'apertura al dialogo e alla comunicazione.
- *Facilitazione del gioco:* la terapeuta utilizza un approccio ludico per stimolare l'interazione. La presenza attiva della madre che ripete i colori aiuta Serena a migliorare le sue abilità comunicative, cognitive e relazionali.
- *Sguardo e attenzione:* la madre ricerca continuamente il contatto visivo con la figlia. Serena mantiene il contatto visivo principalmente verso l'oggetto, sottolineando il suo coinvolgimento verso di esso, ma dimostra interesse nell'interazione con la madre, aspettando che dica il colore e ricercando il suo sguardo quando questo non avviene.

Categorie analogiche utilizzate dalla madre:

- *Postura:* la madre è appoggiata alla sedia, mentre allatta la sorellina, tenendola sdraiata orizzontalmente. Durante l'interazione non si protende in avanti, si posiziona poi con il gomito appoggiato alla scrivania e la guancia al palmo della sua mano. Tendenzialmente non varia la propria postura nell'interazione.
- *Spazio:* la madre mantiene stabile la distanza con la figlia, senza diminuirla o aumentarla. Non vi sono alcune variazioni della gestione dello spazio. In questa sequenza non è presente alcun contatto fisico tra la madre e la figlia, se non durante il battito del cinque e non vi è nessuna ricerca di contatto da parte di quest'ultima.
- *Tempo:* la madre indica i colori rapidamente, talvolta ripetendoli due volte; si aspetta una risposta dalla figlia e non smette di nominare il nome del colore comparso volontariamente per vedere se la figlia ricerca il suo sguardo o accenna ad un segnale comunicativo di richiesta. Durante questa sezione non vi sono interruzioni dell'interazione.
- *Tono muscolare:* il tono muscolare sembra rilassato, la madre non è particolarmente tesa e non ci sono particolari variazioni durante questa sequenza. Aumenta il tono quando alza la mano per farsi battere il cinque.
- *Voce:* la madre utilizza un linguaggio chiaro e diretto, senza utilizzare parole superflue. Il tono è autoritario ma al tempo stesso esprime un leggero entusiasmo; il volume è moderato. Non viene utilizzata nessuna canzoncina. Modifica il tono per trasmettere emozioni solamente quando dice "Ye!" e "High five!" indicando entusiasmo e quando dice "Oh!" nella parte finale per esprimere sorpresa.
- *Oggetti:* in questo frammento di interazione l'oggetto svolge un ruolo fondamentale per creare uno scambio relazionale mamma-bambina; la madre non utilizza il tubo o propone variazioni, ma rimane distante. L'oggetto funge anche un ruolo educativo.

- *Sguardo*: la madre ricerca spesso lo sguardo della figlia, alternandolo tra lei e la luce. Cerca di mantenere il contatto visivo a lungo, soprattutto quando nomina i colori. Non ci sono momenti in cui evita il contatto oculare.

5.2 Il caso di William

5.2.1 *Presentazione del caso e dati anamnestici*

Il secondo caso analizzato in questo progetto di tesi è un bambino di circa 3 anni e mezzo (nato a aprile 2021) che frequenta il Servizio Semiresidenziale e ambulatoriale per bambini e adolescenti con Disordini dello Sviluppo (SSDS), presente nel Complesso Socio Sanitario “Ai Colli” di Padova, da giugno 2024.

William vive a Padova con la madre e la sorellina lattante. I genitori sono entrambi di origine nigeriana.

La lingua madre è l'inglese, a casa non utilizza l'italiano.

Ha frequentato l'asilo nido e da settembre 2024 ha iniziato la scuola dell'infanzia con certificazione scolastica.

La gravidanza è risultata nella norma, ma è stato sottoposto a taglio cesareo per diabete gestazionale alla 42 SG. William è stato allattato fino ai 6 mesi ed a un anno è comparsa la produzione di qualche parolina, persa successivamente. La deambulazione autonoma viene raggiunta intorno ai 12 mesi.

Verso i 18 mesi i genitori osservano una generale regressione in particolare a livello linguistico e relazionale, su indicazione del pediatra afferiscono al servizio per una valutazione: il bambino non pronuncia più parole, presenta difficoltà nella regolazione emotiva, urla frequentemente in maniera immotivata, non sembra interessato al gioco e manifesta difficoltà di separazione dalla madre. A due anni viene fatta diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico.

5.2.2 Osservazione del caso

William riconosce le persone familiari, in particolare la madre, con la quale ha stabilito una buona relazione. Durante la seduta, William la ricerca spesso, sia con lo sguardo che attraverso il contatto fisico.

L'aggancio visivo con l'adulto è intermittente e prevalentemente rivolto alla madre.

Dal punto di vista espressivo, l'intenzionalità comunicativa è emergente in alcune situazioni: per esempio, durante una sequenza di gioco, inizia a richiedere un'azione ripetuta attraverso un gesto motorio. Quando ha bisogno di aiuto per svolgere un'attività, William non cerca l'intervento dell'adulto, ma tende a rinunciare. Il bambino non utilizza gesti comunicativi, non pronuncia parole e i vocalizzi sono quasi assenti, anche se sta iniziando ad imitare i movimenti delle labbra di alcuni suoni prodotti dagli adulti. Le principali modalità comunicative risultano essere, dunque, il contatto oculare e la mimica facciale. Dal punto di vista ricettivo, la comprensione di semplici comandi verbali non risulta stabile.

William sta sviluppando semplici abilità imitative: in alcune sequenze di gioco relazionale, soprattutto con la madre, osserva le sue azioni e tenta di riproporle, prevalentemente in modo simultaneo.

Gli scambi sono possibili sia con oggetti semplici sia attraverso il gioco sensomotorio, soprattutto su iniziativa dell'altro. Il bambino accetta la maggior parte delle proposte, specialmente quando si tratta di attività di suo interesse o di routine socio-sensoriali come il gioco con le bolle, il tubo luminoso, il tamburo, ecc. Se non sostenuto, William tende a cambiare spesso attività. Si osserva la necessità di ricercare agganci percettivi quali la tendenza a trattenere in mano un oggetto per lungo tempo senza lasciarlo ed è impegnato in altre proposte. L'uso funzionale degli oggetti è emergente, mentre il gioco simbolico non è ancora presente.

William sembra iniziare a riconoscere l'ambiente di terapia ed esplora la stanza, il movimento è caotico e poco finalizzato, soprattutto quando non è impegnato in interazioni con gli altri.

A livello motorio, William ha acquisito tutte le abilità di base. Non mostra particolare goffaggine, ma tende spesso a camminare sulle punte.

A casa, in base a quanto riferito dalla madre, non utilizza il pannolino, neanche di notte, e utilizza il vasino in autonomia, tirando giù le mutandine da solo.

Non mostra particolari problemi di selettività alimentare, anche se in passato mangiava solo frutta, permangono difficoltà nella masticazione. William beve in autonomia da borraccia e bicchiere, ma non dalla bottiglia con il tappo, ha bisogno di una guida fisica per lavarsi le mani, accetta di farsi spazzolare i denti, ma piange durante il taglio dei capelli. Il bambino è in grado di togliersi i calzini in autonomia, mentre altre azioni sono possibili solo con supporto fisico. Dorme senza problemi, a volte anche nel pomeriggio, condividendo il letto (co-sleeping) con la madre e la sorellina, in quanto necessita ancora di un contatto fisico.

5.2.3 Osservazione del genitore

La madre di William rimane in stanza durante la terapia, talvolta accompagnata dalla sorellina, che tiene avvolta sulla schiena con una fascia. In alcune sedute, la madre rimane seduta sulla sedia, con lo zaino addosso, senza però apparire in uno stato di allerta.

Nelle prime sedute, tendeva a guardare il cellulare, ma successivamente ha mostrato maggiore attenzione a ciò che avveniva durante la terapia, spesso ridendo di fronte alle azioni del figlio.

Se sollecitata dalla terapeuta, la madre partecipa ai giochi relazionali. Quando il bambino cerca il contatto fisico con lei, risponde con affetto, tramite abbracci e baci, inoltre si osserva come ricerchi spesso l'aggancio oculare con il figlio, spostandosi con il corpo per facilitare lo sguardo diretto. Nelle prime sedute, William aveva difficoltà nella separazione, manifestando frustrazione con pianto, urla e tentativi di fuga.

I suoi movimenti sono spesso veloci, ritmici, energici e vengono accompagnati da canzoncine o parole onomatopoeiche. In genere l'intervallo tra un'azione e l'altra è breve. Il tempo di attesa prima della risposta da parte del figlio è spesso ridotto, ma grazie al supporto della terapeuta, questo aspetto è in miglioramento. La madre utilizza un linguaggio semplice, composto da poche parole, spesso ripetendo il nome del figlio o

impartendo ordini. Il volume della voce è moderato, il tono deciso e talvolta esprime entusiasmo.

La sua postura è prevalentemente rilassata, seduta sulla sedia, ma in alcune occasioni si protende in avanti verso il figlio.

L'uso degli oggetti è guidato dalla terapeuta e in questo modo riesce a costruire un gioco relazionale e di turnazione sostenuta con il bambino.

Durante una seduta in cui era presente la sorellina, la madre l'ha tolta dalla fascia con movimenti veloci e poco contenitivi: l'ha sollevata con una mano da sotto l'ascella e l'ha posata a terra, mettendola in piedi.

5.2.3 Microanalisi di un'interazione madre-bambino

Sono stati fatti alcuni video durante le sedute di terapia, in particolare per registrare le interazioni mamma-bambino. Ho eseguito una microanalisi di una sezione di video di gioco, che ho ritenuto significativa per descrivere la relazione di William con sua madre.

Segmento di video: GIOCO CON TUNNEL

Osservazione e trascrizione dettagliata:

Questo frammento di video si svolge al centro della stanza di terapia, sopra i tappetoni nella zona dedicata principalmente al gioco sensomotorio. La mamma è seduta sui talloni di fronte ad un tunnel di gommapiuma posto orizzontalmente, mentre William è davanti, rivolto verso di lei. La mamma lo abbraccia, si mette in ginocchio, lo prende da sotto le ascelle, lo guarda e ride. Quando la terapeuta chiede: "Ah vuoi andare in braccio alla mamma?", la madre solleva il bambino in alto ridendo, mettendogli la fronte appoggiata alla sua, lo abbraccia e gli dà dei baci sulla guancia. William poi si inclina all'indietro con la schiena e la mamma allora lo appoggia a terra.

La mamma lo solleva nuovamente da sotto le ascelle e lo fa abbassare per aiutarlo ad entrare nel tunnel. William esce dall'altra estremità e viene accolto dalla terapeuta, che dice "cucù!" e poi "ti prendo!". Subito dopo, passando esternamente al tunnel, si dirige di nuovo verso la mamma, che si è accovacciata a terra, e ricerca il suo sguardo

sorridendo. Quando il bambino arriva lo prende nuovamente in braccio, lo gira verso il tunnel e lo aiuta ad abbassarsi per rientrare.

Quando esce, William rientra nel tunnel per andare verso la mamma che lo aspetta dall'altro lato dicendo: "Go go, William!". La mamma, in ginocchio, lo prende da sotto le ascelle e lo tira fuori, abbracciandolo di nuovo e strofinandogli il viso sulla pancia. Con una mano gli tiene il pollice e con l'altra la schiena; avvicina poi il suo viso a quello del bambino e lo guarda intensamente.

Nuovamente lo prende e lo solleva in alto, facendolo poi cadere con energia sopra il tunnel. Si abbassa per cercare lo sguardo del bambino, poi afferra il tunnel e lo scuote dall'alto in basso con vigore cantando "Pum pum", cercando di far saltare William che è seduto sopra, sorridendo e guardandolo negli occhi. William osserva l'ambiente circostante, senza esprimere emozioni evidenti, con la bocca leggermente aperta. Il bambino si sposta di lato come per allontanarsi dal tunnel e la mamma allora si ferma.

Il bambino si alza, scende dal tunnel e si avvicina di nuovo a lei, cercando di andarle in braccio. La madre lo prende nuovamente da sotto le ascelle e lo solleva in aria un paio di volte, dicendo "Jump!". Dopo lo fa ricadere sul tunnel e continua a farlo saltare un paio di volte, cantando sempre "Pum pum" e cercando il contatto visivo. William invece si osserva intorno e strofina le braccia. A quel punto, la terapeuta interviene, dicendo di aspettare che il bambino faccia un gesto per comunicare di voler continuare. La madre allora inizia a cantare la canzoncina senza muovere il tunnel. Dopo un po' di attesa il bambino prova a simulare il movimento del salto, che viene interpretato come una richiesta di prosecuzione della routine di gioco.

Analisi:

- *Comunicazione non verbale e affettiva*: durante l'interazione la madre utilizza il contatto fisico (abbracci, baci, sollevamento) per interagire e rafforzare il legame con il bambino, esprimendo affetto e sostegno; ride spesso comunicando il suo divertimento.

- *Madre come figura di riferimento:* William si dirige costantemente verso la madre, la quale ricambia il contatto fisico con affetto. Diventa quindi un punto di riferimento sicuro, fornendo uno spazio di sicurezza fisica ed emotiva.
- *Comportamento esplorativo e gioco sensomotorio:* il tunnel rappresenta un elemento del gioco sensomotorio che invita William a esplorare lo spazio fisico e diventa uno strumento per facilitare l'interazione.
- *Imitazione e richiesta implicita:* un altro aspetto importante riguarda l'imitazione e la richiesta di continuare l'attività. William, nonostante non utilizzi il linguaggio verbale, riesce in un'occasione a comunicare il desiderio di proseguire con il gioco attraverso il movimento (ripetere il gesto del salto).
- *Coinvolgimento della terapeuta:* la terapeuta ha un ruolo attivo nel mediare l'interazione, favorendo lo sviluppo di capacità comunicative e relazionali in William. Attraverso l'uso di domande e commenti ("Ah vuoi andare in braccio alla mamma?", "Ti prendo!"), il terapeuta guida e supporta sia la madre che il bambino nel mantenere l'interazione, rafforzando l'aspetto relazionale e comunicativo.

Categorie analogiche utilizzate dalla madre:

- *Postura:* mantiene una postura adeguata alla situazione, seduta o in ginocchio durante l'interazione. Si abbassa per cercare più facilmente il contatto visivo. Cambia la postura per spostarsi verso il figlio o per prenderlo in braccio.
- *Spazio:* la madre rimane circa nella stessa area, non spostandosi ma aspettando da una parte del tunnel. Utilizza molto il contatto fisico e risponde accettando e ricambiando con enfasi il contatto fisico ricercato dal figlio. Il bambino segnala di voler sciogliere l'abbraccio della mamma allontanandosi con la schiena, la madre comprende questo segnale.
- *Tempo:* la madre utilizza azioni veloci; tende a non attendere una richiesta da parte del figlio, ma se guidata verbalmente comprende come adeguare la propria azione a quella di William. Durante la sequenza l'interazione viene mantenuta

per quasi tutto il tempo: l'unico momento di breve interruzione è stato durante i salti sul tunnel, quando il bambino ha iniziato a guardare in giro e a strofinarsi le braccia. L'interazione è continuata poco dopo.

- *Tono muscolare*: il tono è modulato in base all'azione. Aumenta durante i sollevamenti del tunnel o quando solleva o abbraccia il figlio. Diminuisce nell'attesa dell'avvicinamento del figlio.
- *Voce*: utilizza molto la voce per accompagnare movimenti ritmici, con suoni o canzoni; la utilizza poco per accompagnare le azioni del figlio. Il volume è moderato e il tono risulta sia affettuoso, giocoso e a volte più serio. Modifica, a volte, il tono per esprimere emozioni, soprattutto entusiasmo.
- *Oggetti*: utilizza il tunnel variandone l'uso e avendo iniziativa nelle variazioni, specialmente per farne uno relazionale. In questa sequenza viene usato lo stesso oggetto, facendone due diversi usi.
- *Sguardo*: si orienta insieme al corpo per cercare lo sguardo del figlio; il contatto visivo viene usato attivamente come modalità comunicativa durante il gioco e cerca di mantenerlo il più possibile. Vi sono possibili alcuni momenti di contatto visivo diretto. Non ci sono situazioni in cui evita il contatto oculare.

Capitolo VI:

RISULTATI

6.1 Analisi dati questionario

Il questionario, somministrato a 14 partecipanti, di cui otto di origine nigeriana e sei italiana, si è posto l'obiettivo di esplorare le modalità di interazione tra i genitori ed i figli con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD).

Dall'analisi dei risultati, è emerso che i caregiver nigeriani tendono ad assumere, con frequenza simile, sia la postura eretta che quella seduta quando si rivolgono ai loro figli (rispettivamente 46,2% e 38,5%), mentre quella protesa in avanti solo per il 15,4%. I genitori italiani, invece, preferiscono rivolgersi ai figli stando in piedi o protesi in avanti (rispettivamente 44,4% e 44,4%), piuttosto che seduti (11,1%) (Figura 1.1.).

Inoltre, circa il 50% dei genitori nigeriani ha dichiarato che mantenere una posizione seduta aiuta a calmare il figlio ed a migliorarne l'attenzione (Figura 1.5.), mentre l'80% che la stazione eretta non facilita l'interazione (Figura 1.7.).

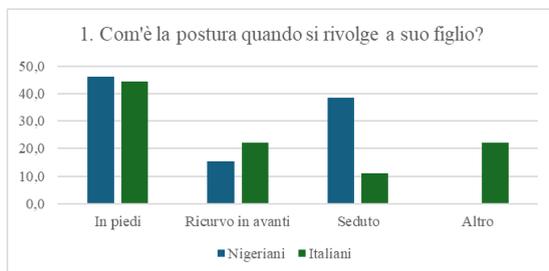


Figura 1.1. Postura: domanda 1

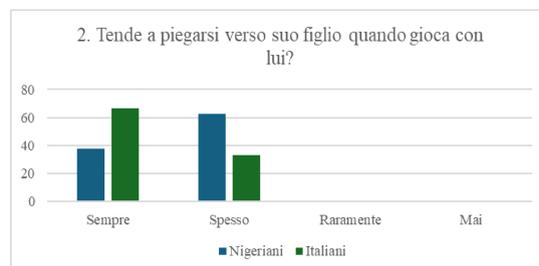


Figura 1.2. Postura: domanda 2

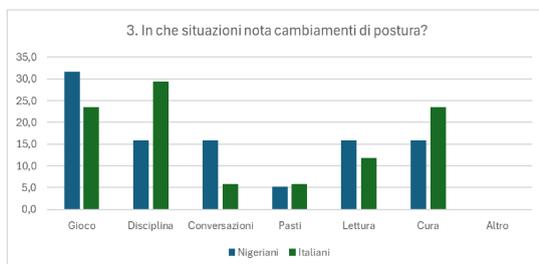


Figura 1.3. Postura: domanda 3

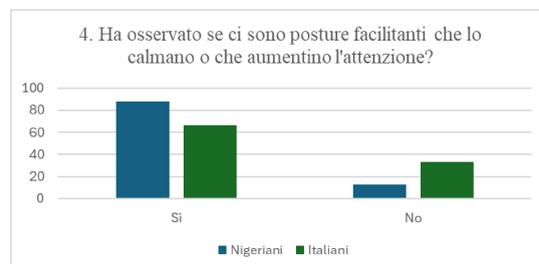


Figura 1.4. Postura: domanda 4

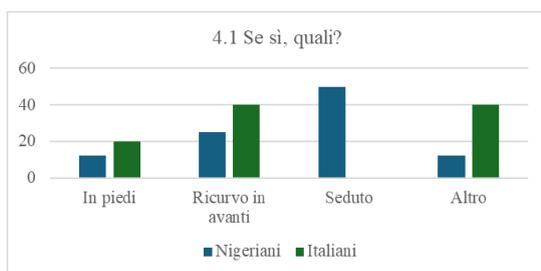


Figura 1.5. Postura: domanda 4.1

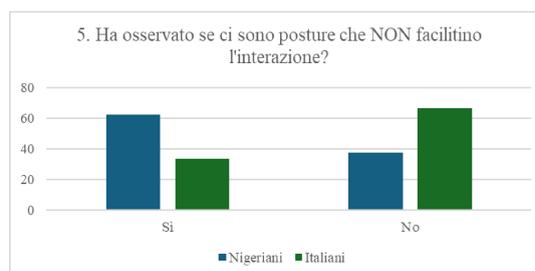


Figura 1.6. Postura: domanda 5

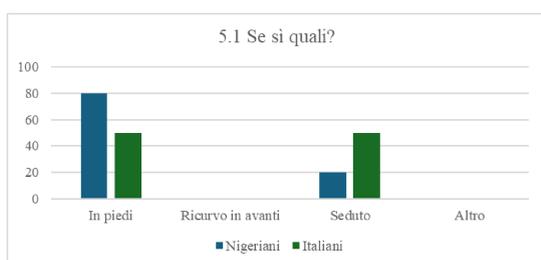


Figura 1.7. Postura: domanda 5.1

Per quanto riguarda lo spazio, quando la vicinanza corporea è richiesta dal bambino, la maggioranza dei genitori nigeriani (62,5%), accetta questa ricerca di contatto, senza ricambiarla necessariamente. I caregiver italiani, invece, hanno una risposta parzialmente diversa: la metà di loro accoglie passivamente il contatto fisico richiesto, mentre il restante campione tende a rispondere attivamente, restituendo l'affetto tramite abbracci o altri gesti (Figura 2.4.).

Dal questionario è emerso, inoltre, che la maggioranza dei genitori nigeriani (50%) e italiani (40%) ha utilizzato il passeggino come principale modalità di spostamento nel primo anno di vita, oltre a portare il figlio in braccio (rispettivamente 33,3% e 30%) . Nell'uso della fascia, invece, sono risultati più significativi i dati riferiti ai caregiver italiani (20%) rispetto a quelli nigeriani (8,3%) (Figura 2.5.).



Figura 2.1. Spazio: domanda 1

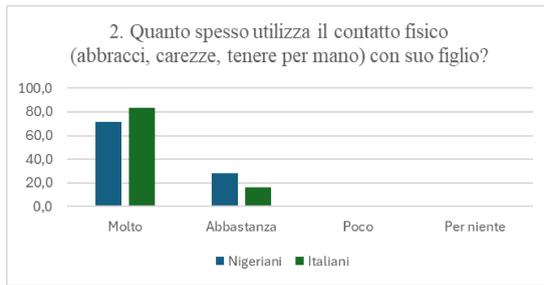


Figura 2.2. Spazio: domanda 2



Figura 2.3. Spazio: domanda 3

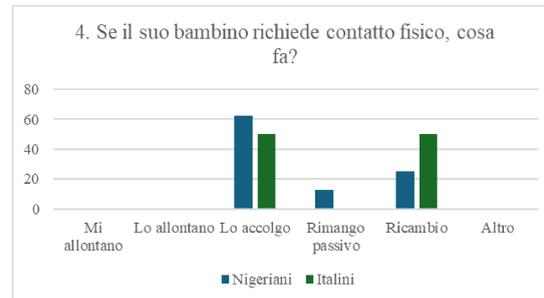


Figura 2.4. Spazio: domanda 4

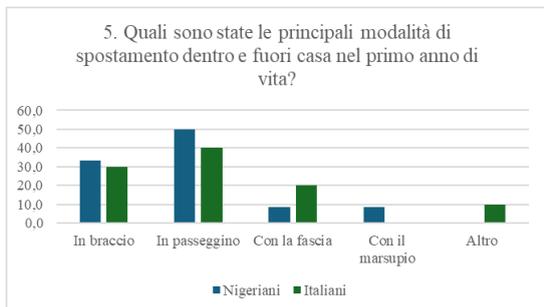


Figura 2.5. Spazio: domanda 5

Dall'analisi dei valori relativi alla categoria "tempo" la maggioranza dei partecipanti italiani (85,7%) descrive la velocità delle proprie azioni come variabile, a seconda dell'attività svolta, mentre i caregiver nigeriani utilizzano sia azioni variate (50%) che azioni lente (40%) (Figura 3.1.).

Entrambi i gruppi tendono a lasciare che il figlio affronti le difficoltà autonomamente, intervenendo solo in un secondo momento (50% degli italiani e 66,7% dei nigeriani) (Figura 3.2.).

Tuttavia, si osserva una differenza nelle interruzioni delle proprie azioni con i figli: il 50% dei caregiver nigeriani interrompe sempre, mentre il 66,7% degli italiani lo fa raramente (Figura 3.3). Non emerge invece una differenza significativa rispetto al numero di interazioni che riescono a ricavare durante la giornata e alla loro durata poichè il 50% di entrambi i gruppi di genitori si ritagliano del tempo per interagire con il figlio tre volte al giorno (Figura 3.4.).



Figura 3.1. Tempo: domanda 1

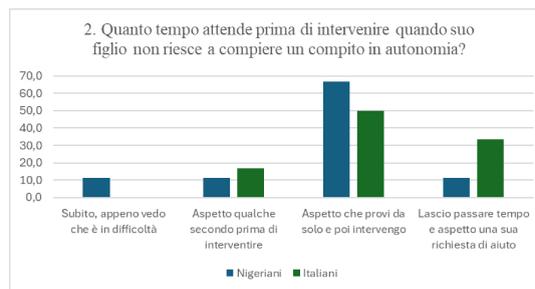


Figura 3.2. Tempo: domanda 2



Figura 3.3. Tempo: domanda 3



Figura 3.4. Tempo: domanda 4

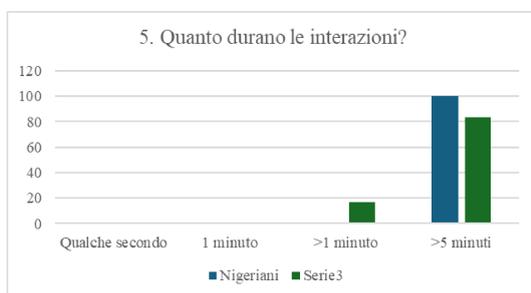


Figura 3.4. Tempo: domanda 5

Per quanto riguarda il tono muscolare, i genitori italiani (66,7%) riferiscono che questo aumenta principalmente durante i conflitti, mentre quelli nigeriani indicano che ciò

avviene durante i giochi movimentati (60%) o nei momenti di attenzione e concentrazione (40%) (Figura 4.3.). Entrambi i gruppi riportano che il tono diminuisce nei momenti di intimità e *holding* con il proprio bambino (Figura 4.4).

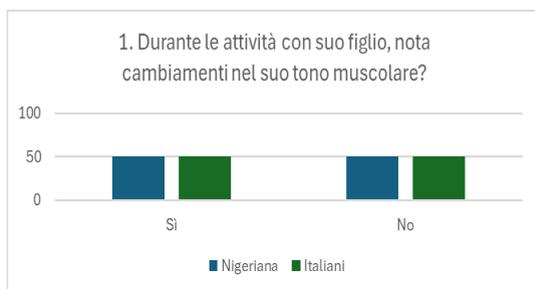


Figura 4.1. Tono muscolare: domanda 1

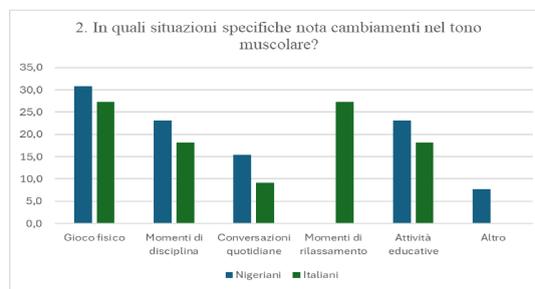


Figura 4.2. Tono muscolare: domanda 2

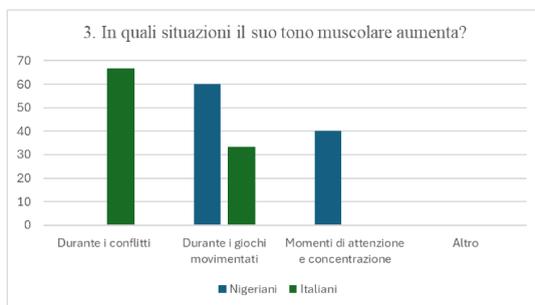


Figura 4.3. Tono muscolare: domanda 3

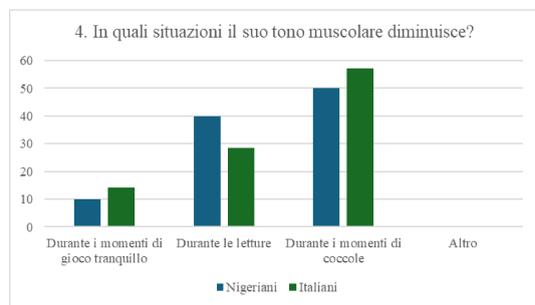


Figura 4.4. Tono muscolare: domanda 4

L'uso della voce nell'interazione e nel gioco risulta abbastanza uniforme tra i due campioni: il 50% dei genitori nigeriani la utilizza "sempre", mentre tra gli italiani la voce viene impiegata "spesso" dal 50% e "sempre" dal 33,3% (Figura 5.1). Le ninne nanne o canzoni sono utilizzate in entrambi i gruppi, solo il 16,7% dei partecipanti italiani dichiara di non farne mai uso (Figura 5.2).

Per quanto riguarda il volume della voce, il 66,6% dei genitori italiani lo descrive come variabile, mentre i genitori nigeriani si distribuiscono quasi equamente tra le diverse opzioni ("alto", "moderato", "basso", "variabile") (Figura 5.3.).

Entrambi i gruppi segnalano di avvalersi di un tono prevalentemente calmo (29,4% dei nigeriani e 40% degli italiani) (Figura 5.4.), il campione di confronto dimostra una maggiore sensibilità nel trasmettere emozioni o intenzioni attraverso la voce (50% "spesso" e 33,3% "sempre") (Figura 5.5).

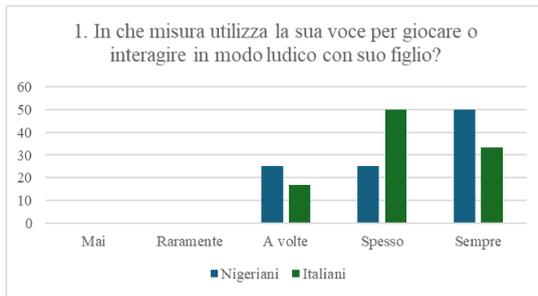


Figura 5.1. Voce: domanda 1

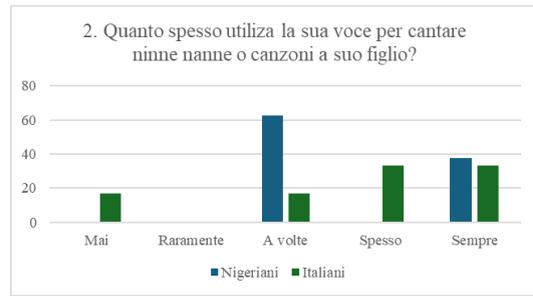


Figura 5.2. Voce: domanda 2



Figura 5.3. Voce: domanda 3

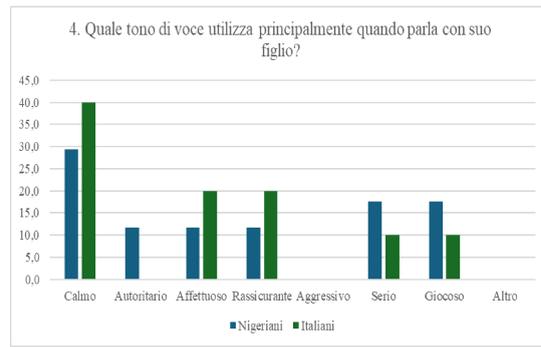


Figura 5.4. Voce: domanda 4

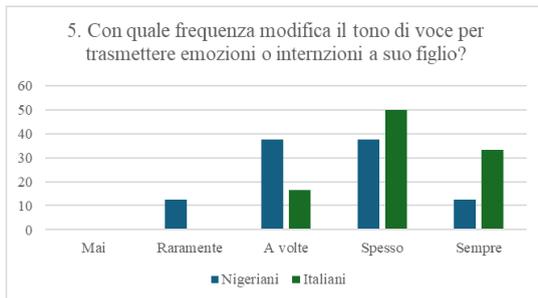


Figura 5.5. Voce: domanda 5

Per quanto riguarda l'uso degli oggetti nell'interazione, i caregiver nigeriani tendono a utilizzare una varietà di oggetti senza mostrare alcuna preferenza, mentre i genitori italiani prediligono i giocattoli strutturati (42,9%) (Figura 6.1.). Gli oggetti hanno principalmente una funzione educativa (38,5%) e di rilassamento (30,8%) per il campione nigeriano, mentre assume una finalità ricreativa (31,25%) e di stimolazione della creatività (25%) per quello italiano (Figura 6.3.). Entrambi ritengono che l'oggetto possa, in ogni modo, facilitare l'interazione (Figura 6.4.). Solo il 21,4% dei genitori italiani ha riferito di utilizzare dispositivi elettronici con il figlio, mentre nessuno dei caregiver nigeriani ha dichiarato di farne uso (Figura 6.1.).



Figura 6.1. Oggetti: domanda 1



Figura 6.2. Oggetti: domanda 2

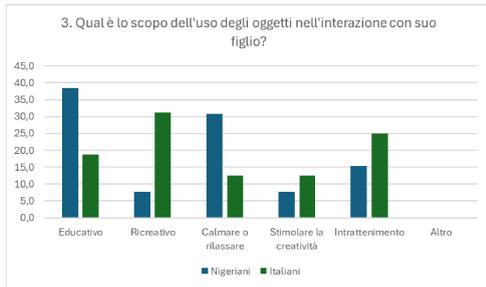


Figura 6.3. Oggetti: domanda 3



Figura 6.4. Oggetti: domanda 4

Dall'osservazione dei dati relativi al contatto visivo, emerge come entrambi i gruppi tendono a cercarlo frequentemente ("sempre" per il 62,5% dei genitori nigeriani e per il 66,7% di quelli italiani) (Figura 7.1.). Tuttavia, i caregiver italiani cercano di mantenerlo maggiormente durante l'interazione di gioco (46,7%) o nei momenti in cui richiamano alla disciplina (30,8%), mentre i genitori nigeriani lo fanno principalmente durante le conversazioni (33,3%) (Figura 7.2.). Lo sguardo viene evitato da entrambi i gruppi principalmente quando distratti (60% dei nigeriani e 66,7% degli italiani) (Figura 7.3.). Tutti i partecipanti hanno concordato comunque rispetto all'importanza del contatto visivo nella relazione con i figli (Figura 7.4.).

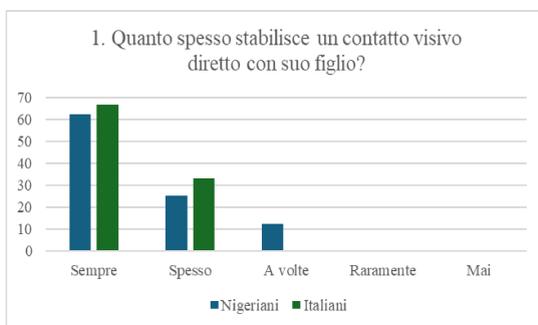


Figura 7.1. Sguardo: domanda 1

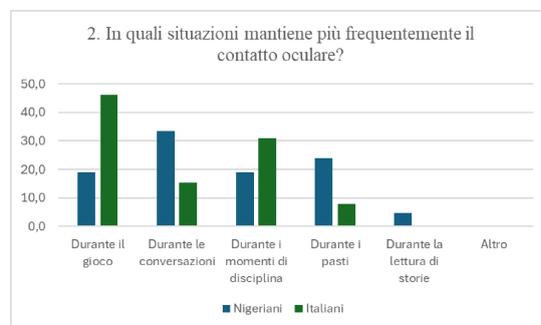


Figura 7.2. Sguardo: domanda 2



Figura 7.3. Sguardo: domanda 3



Figura 7.4. Sguardo: domanda 4

6.2 Analisi dati videoregistrazione sedute

Dall'analisi delle videoregistrazioni dei due casi clinici svolte durante le attività di tirocinio, si osserva come i genitori utilizzino principalmente la posizione seduta per rivolgersi al proprio figlio, spesso senza protendersi in avanti. Il cambiamento di postura avviene solitamente quando l'adulto vuole contattare lo sguardo del figlio.

Per quanto riguarda l'uso dello spazio, emerge che le madri non cercano di diminuire o aumentare la distanza con il proprio bambino e che non sperimentano nuovi ambienti, ma nel contempo hanno compreso la differenziazione dei vari spazi all'interno della stanza di terapia.

Il contatto fisico risulta solitamente accolto dal genitore quando richiesto dal figlio. Nei due casi osservati, in particolare quello di William, la madre spesso oltre ad accettarlo, lo ricambia tramite gesti di affetto.

Per quanto riguarda il tempo, si evidenzia come le azioni risultino spesso variabili in base alla situazione, anche se prevalgono quelle più rapide. I genitori, inoltre, tendono ad intervenire e a continuare l'azione senza aspettare la risposta o una richiesta da parte del figlio. Si è notato, però, come questa tendenza stia cambiando durante le terapie e vi sia il tentativo da parte del genitore di attendere un tempo maggiore, su consiglio della terapeuta. Non si sono invece notate particolari interruzioni durante l'interazione con il proprio bambino.

Si evidenzia, inoltre, come il tono muscolare nei genitori sia abbastanza modulato: aumenta durante i giochi più movimentati, come i sollevamenti e i salti, mentre è più

basso durante l'azione con gli oggetti o nei momenti in cui si relazionano senza mantenere alcun contatto fisico con il figlio.

Dall'analisi emerge come i genitori hanno utilizzato la voce principalmente per dare ordini, incentivare la ripetizione di alcune parole pronunciate dal figlio o per cantare canzoncine ritmiche durante i giochi. Il linguaggio risulta essere chiaro e semplice e viene utilizzato per pronunciare pochi suoni o enunciati. Il tono di voce risulta talvolta essere autoritario e calmo ed il volume spesso è moderato.

Sull'uso dell'oggetto, durante la seduta non è emersa la scelta spontanea da parte del genitore, poiché spesso era proposto dalla terapeuta. Nelle interazioni descritte dalla microanalisi, con Serena l'oggetto ha assunto un significato educativo: viene utilizzato principalmente con finalità di apprendimento attraverso la ripetizione dei colori che compaiono nel tubo di bolle. Nella microanalisi di William, invece, l'oggetto assume una connotazione relazionale e la madre ne modifica spontaneamente l'uso per creare un gioco più ritmato, cercando di mantenere l'attenzione del figlio. Non si è notato l'uso di dispositivi elettronici con i bambini, se non con i fratelli in sala d'attesa.

Nelle osservazioni, si è potuto analizzare come il genitore ricerchi attivamente il contatto visivo con il figlio, talvolta variando anche la postura. Spesso avviene nei momenti di richiesta o quando sta aspettando un segnale comunicativo da parte del bambino.

Capitolo VII:

DISCUSSIONE

7.1 Interpretazione dei risultati

Dai risultati del questionario somministrato al campione di genitori di origine nigeriana e italiana, si possono osservare differenze e somiglianze nell'uso delle categorie analogiche durante l'interazione con i figli affetti da ASD.

Dal confronto si evidenzia come i caregiver nigeriani sembrano avere una maggiore consapevolezza della loro postura durante l'interazione con i figli rispetto ai genitori italiani, preferendo spesso una posizione seduta per sostenere la calma e l'attenzione del bambino.

Non sono state rilevate differenze significative nell'uso dello spazio. Entrambi i gruppi infatti, generalmente ricercano e a loro volta accettano il contatto fisico con il figlio. Inoltre, hanno adottato il passeggino durante il primo anno di vita del bambino, mentre l'uso della fascia è stato più utilizzato tra i genitori italiani.

I risultati dei questionari evidenziano che i caregiver italiani modulano la velocità delle loro azioni in base all'attività specifica che stanno svolgendo, mentre questo aspetto è meno presente nel campione nigeriano. Entrambi i gruppi tendono a lasciare che i figli affrontino difficoltà autonomamente lasciando loro un tempo congruo prima di intervenire.

I genitori italiani riferiscono un aumento del tono muscolare durante i conflitti, mentre quelli nigeriani indicano che ciò avviene solamente durante i giochi movimentati. Entrambi, riportano un rilassamento del tono muscolare durante momenti di coccole.

L'uso di un tono di voce più affettuoso e una maggiore sensibilità nel trasmettere emozioni, risulta più frequente nei genitori italiani. I due campioni si avvolgono della voce nell'interazione anche per cantare ninne nanne o canzoni.

Da quanto emerso, i caregiver italiani riportano l'uso dei giocattoli per stimolare la creatività, mentre quelli nigeriani utilizzano una varietà di materiale con funzione educativa e calmante. Si può notare come per questi genitori la tipologia degli oggetti sia molto più varia rispetto al campione italiano, che usa più specificamente i giocattoli

strutturati. Dai risultati dei questionari emerge, inoltre, che i due gruppi di partecipanti sono d'accordo nel considerare l'oggetto una facilitazione nell'interazione con il figlio.

Entrambi i campioni valutano il contatto visivo importante, anche se i genitori italiani lo mantengono di più durante il gioco e nel trasmettere le regole, mentre quelli nigeriani lo usano durante le conversazioni.

Sono stati inoltre confrontati i dati del questionario somministrato ai due casi clinici con le evidenze emerse dalle osservazioni degli stessi soggetti durante la terapia neuropsicomotoria, focalizzandosi su eventuali incongruenze.

Nel caso di Serena, la madre afferma nel questionario di preferire una posizione eretta durante l'interazione con la figlia, tendendo spesso a piegarsi in avanti. Tuttavia, questo aspetto contrasta con le osservazioni, in quanto la stessa rimane frequentemente appoggiata allo schienale della sedia senza protendersi verso la bambina.

Per quanto riguarda l'utilizzo del tempo, il questionario rivela l'uso di azioni di velocità variabile, elemento solo parzialmente confermato dalle osservazioni, in cui si nota un frequente utilizzo di movimenti diversificati, ma con prevalenza di quelli rapidi. Inoltre, la madre dichiara di aspettare che la figlia tenti da sola di risolvere un'azione prima di inserirsi, mentre durante le sedute emerge una tendenza a intervenire immediatamente.

Rispetto all'uso della voce, la madre di Serena riferisce di adottare un tono affettuoso e di trasmettere spesso emozioni; tuttavia, dalle osservazioni emerge in parte una discrepanza, poiché il tono risulta frequentemente autoritario, chiaro e diretto, e le emozioni vengono raramente espresse.

Per quanto riguarda la madre di William, la maggior parte delle risposte al questionario risulta coerente con quanto osservato durante le sedute. Tuttavia, un aspetto discordante riguarda la velocità delle azioni: mentre riferisce di impiegare azioni lente e variate, nelle osservazioni queste appaiono spesso rapide.

Inoltre, la madre dichiara di ritenere l'uso degli oggetti poco utile per facilitare l'interazione; tuttavia, durante le sedute gli oggetti vengono impiegati, assumendo in ogni caso una funzione relazionale.

Facendo, infine, un confronto tra l'indagine condotta e quanto emerso dalla letteratura riportata nei capitoli precedenti, si possono evidenziare i seguenti aspetti.

Per quanto riguarda la categoria riferita alla voce, le vocalizzazioni ritmiche ed i canti utilizzati sono in accordo con quanto riferito da Demuth, Carolin (2013). L'uso del linguaggio per esprimere prevalentemente parole chiare e semplici, spesso in maniera diretta per dare ordini, sostiene quanto riferito da Rabain-Jamin (1989), secondo cui le madri nigeriane tendono a sollecitare azioni dirette ai loro bambini. Questi aspetti confermano quanto riportato anche da Carra, Lavelli, Keller (2013), che sottolineano inoltre la differenza con i genitori italiani, i quali hanno una maggiore tendenza ad utilizzare un tono più affettuoso e una maggiore sensibilità nel trasmettere emozioni.

L'utilizzo degli oggetti con la funzione educativa è in parte discordante con quanto riportato in letteratura. Secondo Carra et al. (2013), infatti, i genitori nigeriani non utilizzano gli oggetti per farne un uso educativo, ma hanno più un valore relazionale e ricreativo. Dalla ricerca, invece, quasi la metà dei partecipanti nigeriani li utilizza per questa funzione. Questo aspetto potrebbe indicare l'influenza dello stile occidentale sui caregiver nigeriani, caratterizzato infatti da un uso più frequente di oggetti strutturati.

Dalla letteratura, inoltre, emerge che i genitori nigeriani utilizzano meno gli oggetti nell'interazione con i figli, ma in maggior misura la stimolazione corporea. Questo aspetto trova riscontro anche in alcune sequenze relative alle osservazioni: nell'interazione con il figlio coinvolto nella terapia neuropsicomotoria, si è notata la tendenza ad utilizzare un approccio legato alla stimolazione corporea, in accordo con quanto riportato da Carra, Lavelli, Keller (2013), più che all'uso funzionale dell'oggetto. Questo emerge chiaramente nel passaggio analizzato, quando la madre di William interagisce con lui durante il gioco dei salti sul tunnel di gommapiuma.

Secondo quanto riportato da Keller, Voelker and Yovsi (2005) e Carra, Lavelli, Keller, Kärtner (2013), la ricerca del contatto visivo e degli scambi faccia a faccia è un aspetto tipico della genitorialità della cultura occidentale, mentre per la cultura africana, vi è uno stile più prossimale, legato alla vicinanza fisica e al contatto corporeo. Quanto trovato in letteratura, quindi, contrasta con ciò che è emerso durante l'osservazione e dai risultati del questionario: un aspetto, anche in questo caso, che può indicare l'influenza della cultura occidentale nello stile dei genitori immigrati.

7.2 Limitazioni dello studio

Vi sono alcune limitazioni che potrebbero aver condizionato i dati ottenuti durante lo svolgimento del presente studio. La principale riguarda la dimensione del campione: il numero ridotto di partecipanti che hanno aderito al questionario limita la possibilità di generalizzare i risultati ad una popolazione più ampia.

Inoltre, bisogna tenere conto della veridicità e della correttezza delle risposte riportate dai soggetti coinvolti: è possibile, infatti, che alcune domande non siano state comprese in maniera esatta. È necessario infatti tenere in considerazione, soprattutto con alcuni genitori nigeriani, dei possibili limiti relativi alla barriera linguistica. Il questionario è stato somministrato anche in inglese, che come descritto nella parte teorica è la lingua ufficiale nigeriana, ma la spiegazione delle domande proposte potrebbe non essere stata esaustiva. Per di più alcuni termini specifici utilizzati all'interno dell'intervista potrebbero assumere valenze difformi nelle varie lingue e quindi essere interpretate diversamente.

Inoltre i temi affrontati, quali le categorie analogiche, richiedono un livello di consapevolezza e metacognizione rispetto alle modalità di interazione che alcuni genitori potrebbero non aver ancora sviluppato.

Infine è importante sottolineare come durante la stesura relativa alle basi teoriche dell'elaborato ho potuto rilevare la scarsità di materiale bibliografico riguardante le categorie analogiche nella cultura nigeriana o, più in generale, nell'Africa occidentale, tematica ancora poco indagata.

7.3 Punti di forza

È utile evidenziare anche alcuni aspetti positivi emersi durante la progettazione e la stesura di questo elaborato. Innanzitutto, la collaborazione dei genitori ha rappresentato un elemento fondamentale: si sono mostrati disponibili a partecipare ai questionari, alcuni di loro hanno anche contribuito attivamente nelle interazioni con i loro figli, permettendo una raccolta di dati più autentica e significativa.

Inoltre, il questionario è stato progettato in modo da risultare chiaro e conciso, con tempi di somministrazione brevi, facilitando così la partecipazione dei genitori e riducendo al minimo il rischio di distrazione.

La strutturazione con cui è stato realizzato ha reso i risultati agevolmente confrontabili e interpretabili, permettendo una comparazione efficace tra i dati raccolti e garantendo una maggiore coerenza nell'analisi.

La microanalisi dei momenti di interazione madre-bambino durante le sedute ha offerto l'opportunità di fare un confronto con quanto emerso dai questionari e comprendere meglio la corrispondenza tra la consapevolezza del genitore e quanto osservato.

Capitolo VIII:

CONCLUSIONI

8.1 Considerazioni finali

L'indagine condotta si è dimostrata utile per indagare le differenze nell'utilizzo delle categorie analogiche confrontando la cultura nigeriana e quella italiana durante l'interazione madre-bambino. In particolare queste diversità si rilevano in aspetti come l'uso della voce, la gestione della vicinanza fisica e l'impiego degli oggetti. I dati ottenuti suggeriscono che le modalità di interazione utilizzate dai genitori nigeriani mettono una maggiore enfasi su alcuni elementi di comunicazione corporea rispetto a quelli verbali o mediati da oggetti, tipici dell'approccio occidentale.

Gli aspetti culturali riscontrati potrebbero influire in vari modi nella relazione tra genitore di origine nigeriana e il figlio con ASD. Per esempio, l'uso di indicazioni semplici e canzoni ritmate possono essere vantaggiose poiché i bambini con questa diagnosi solitamente preferiscono proposte strutturate e prevedibili: ritmi ripetuti e canzoni possono sostenere la comprensione e promuovere l'attenzione del bambino.

La mancanza di coloritura emotiva nell'uso della voce all'interno della cultura nigeriana, invece, se da una parte evita di sovraccaricare il bambino di informazioni e stimoli, d'altra può rendere più difficile la creazione di un modello interpretativo delle emozioni altrui, difficoltà spesso presente in questo disturbo.

La tendenza alla stimolazione corporea diretta, come il contatto fisico e i movimenti ritmici adottati dai caregiver nigeriani, possono risultare caratteristiche da promuovere per migliorare la consapevolezza corporea e favorire un'interazione diretta. Il caregiver va comunque accompagnato a comprendere che l'uso eccessivo di questo tipo di stimolazioni può sovraccaricare il sistema sensoriale del bambino con autismo spesso caratterizzato da ipo- o iper-sensorialità. Inoltre in questi genitori potrebbe rivelarsi utile promuovere l'uso di oggetti come mediatori nella relazione diretta per facilitare l'attenzione e fungere da ponte comunicativo.

Infine la tendenza delle madri a cercare il contatto visivo, al contrario di quanto trovato in letteratura, può rivelarsi un aspetto positivo, poiché stimola l'attenzione condivisa e migliora le competenze sociali del bambino.

Alla luce di quanto appena esposto, emerge come sia importante che il TNPEE consideri queste caratteristiche relative alle categorie analogiche nel coinvolgimento del genitore durante le sedute di neuropsicomotricità per poterle valorizzare ed eventualmente modulare al fine di sostenere la relazione nella diade madre-bambino.

Tenere in considerazione gli aspetti culturali nei processi di cura in ambito riabilitativo infatti, consente di creare percorsi personalizzati che rispettino i valori e le pratiche della famiglia, rendendo l'intervento più efficace e favorendo una maggiore adesione e benessere del paziente.

8.2 Direzioni future per la ricerca

In prospettiva potrebbe essere interessante ampliare la numerosità dei casi e considerare differenti contesti di vita. La valutazione della relazione genitore-figlio in ambienti come la scuola, la casa o altri spazi, permetterebbe un'osservazione più naturale e spontanea, riducendo l'influenza del setting clinico, che spesso condiziona il comportamento dei partecipanti e fornire informazioni relative ad un contesto più naturale.

BIBLIOGRAFIA

1. Abang, T. B., 2015, Disablement, disability and the Nigerian society. Department of Special Education, Faculty of Education, University of Jos, Nigeria.
2. Amechi, R. C., 2000, Nigeria, Bologna, Pendragon.
3. American Psychiatric Association. (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5^a edizione).
4. African Union, 1999, African Charter on the Rights and Welfare of the Child. Adopted by the 26th Ordinary Session of the Assembly of Heads of State and Government of the OAU, Addis Ababa, Ethiopia (July 1990).
5. Argyle, M., Cook, M., & Cramer, D., 1994, Gaze and mutual gaze.
6. Berti, E., Comunello, F., Nicolodi, G., 1988, Il labirinto e le tracce, Milano, Giuffrè Editore.
7. Bini, E., 2020, La presa in carico dei bambini disabili provenienti da contesti migratori: Cura educativa e relazione con le famiglie.
8. Capps, L., Sigman, M., & Mundy, P., 1994, Attachment security in children with autism. *Development and Psychopathology*, 6(2), 249-261.
9. Carra, C., Lavelli, M., & Keller, H., 2013, Differences in practices of body stimulation during the first 3 months: Ethnotheories and behaviors of Italian mothers and West African immigrant mothers.
10. Casale, E., 2019, Viaggio nella disabilità in Africa: L'abilità di essere «normali».
11. Davis, N. O., & Carter, A. S., 2008, Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(7), 1278-1291.

12. Demuth, C., 2013, Protoconversation and protosong as an infant's socialization environment.
13. Diop, Y., 2018, A descriptive study of Wolof mother-child mutual gaze interactions in rural Senegal and their associations with child language skills.
14. Dissanayake, C., & Sigman, M., 2001, Autism and attachment: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(6), 1123-1134.
15. Greenlee, J. L., Piro-Gambetti, B., Putney, J., Papp, L. M, Hartley, S. L., 2021, Marital satisfaction, parenting styles, and child outcomes in families of autistic children.
16. Hastings, R. P., et al., 2005, Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism, SAGE Publications and The National Autistic Society, Vol 9(4) 377–391.
17. Karst, J. S., & Van Hecke, A. V., 2012, Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(3), 247-277.
18. Keller, H., Voelker, S., & Yovsi, R. D., 2005, Conceptions of parenting in different cultural communities: The case of West African Nso and Northern German women. University of Osnabrueck.
19. Lord, C., et al., 2018, Autism spectrum disorder. *The Lancet*, 392(10146), 508-520.
20. Militerni, R., 2021, *Neuropsichiatria infantile (7^a edizione)*.
21. Munroe, K. M., Hammond, L., & Cole, S., 2016, The experiences of African immigrant mothers living in the United Kingdom with a child diagnosed with an autism spectrum disorder: An interpretive phenomenological analysis.

22. Oduyemi, A. Y., Okafor, I. P., Eze, U. T., Akodu, B. A., & Roberts, A. A., 2021, Internalization of stigma among parents of children with autism spectrum disorder in Nigeria: A mixed method study.
23. Rabain-Jamin, J., 1989, Culture and early social interactions: The example of mother-infant object play in African and native French families.
24. Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Van Berckelaer-Onnes, I. A., 2004, Autism and attachment: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(6), 1123-1134.
25. Siller, M., & Sigman, M., 2002, The behaviors of parents of children with autism predict the subsequent development of their children's communication. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(2), 77-89.

SITOGRAFIA

1. <https://www.wikiwand.com/it/Nigeria> (visitato il 19 agosto 2024)
2. <https://www.neuropsicomotricista.it/argomenti/terapia-neuropsicomotoria/la-comunicazione-non-verbale/lo-spazio-in-terapia-neuropsicomotoria.html> (visitato il 29 agosto 2024)
3. <https://www.neuropsicomotricista.it/argomenti/terapia-neuropsicomotoria/la-comunicazione-non-verbale/il-tono-muscolare.html> (visitato il 2 settembre 2024)
4. <https://www.neuropsicomotricista.it/argomenti/terapia-neuropsicomotoria/la-comunicazione-non-verbale/la-postura.html> (visitato il 30 agosto 2024)
5. <https://www.neuropsicomotricista.it/argomenti/terapia-neuropsicomotoria/la-comunicazione-non-verbale/la-produzione-fonica.html> (visitato il 29 agosto 2024)
6. <https://www.psicolab.net/caratteristiche-principi-comunicazione/> (visitato il 30 settembre 2024)

ALLEGATO 1

QUESTIONARIO

Gentile Partecipante,

sono Alessia Campiello, una studentessa di Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva dell'Università di Padova.

La invito a partecipare a un sondaggio che va ad indagare le modalità di interazione tra genitore e bambino, utile allo svolgimento del mio progetto di Tesi.

Le risposte saranno anonime e utilizzate esclusivamente per scopi di ricerca. Grazie per il contributo!

SEZIONE 1: INFORMAZIONI GENERALI

- Età del genitore:
 - <20 41-50
 - 20-30 >50
 - 31-40
- Genere:
 - Maschio Femmina
- Paese di origine: _____
- Lingua madre: _____
- Stato civile:
 - Sposato Single
 - Divorziato Altro
- Livello di istruzione:
 - Scuola elementare Laurea
 - Scuola media Altro
 - Scuola superiore
- Lavoro attuale: _____
- Età del Figlio: _____
- Genere del figlio:
 - Maschio Femmina
- Numero di figli:
 - 1 4
 - 2 5 o più
 - 3

SEZIONE 2: LE CATEGORIE ANALOGICHE

PARTE 1: La postura

6. Com'è la sua postura quando si rivolge a suo figlio?
 - In piedi
 - Ricurvo in avanti
 - Seduto
 - Altro: _____
7. Tende a piegarsi verso suo figlio quando gioca con lui?
 - Sempre
 - Spesso
 - Raramente
 - Mai

8. In quali situazioni nota cambiamenti di postura? (può selezionare più di una risposta)
- Momenti di gioco
 - Momenti dedicati all'applicazione delle regole
 - Conversazioni
 - Durante i pasti
 - Durante la lettura di una storia
 - Momenti di cura
 - Altro: _____
9. Ha osservato se ci sono posture facilitanti che lo calmano o che aumentino l'attenzione?
- Sì
 - No
- 4.1 Se sì, quali?
- In piedi
 - Ricurvo in avanti
 - Seduto
 - Altro: _____
10. Ha osservato se ci sono posture che NON facilitano l'interazione?
- Sì
 - No
- 5.1 Se sì, quali?
- In piedi
 - Ricurvo in avanti
 - Seduto
 - Altro: _____

PARTE 2: Lo spazio

6. Come organizza lo spazio quando gioca o interagisce con suo figlio?
- Creo aree privilegiate per diverse attività
 - Uso lo spazio in modo flessibile
 - Mantengo lo spazio il più ordinato possibile
 - Altro: _____
7. Quanto spesso utilizza il contatto fisico (abbracci, carezze, tenere per mano) nell'interazione con suo figlio?
- Molto
 - Abbastanza
 - Poco
 - Per niente
8. Nota le variazioni nella reazione di suo figlio al contatto corporeo?
- Sempre
 - Spesso
 - Raramente
 - Mai

9. Se il suo bambino richiede contatto fisico, cosa fa?
- Mi allontano
 - Lo allontano
 - Lo accolgo
 - Rimango passivo
 - Ricambio
 - Altro: _____
10. Quali sono state le modalità prevalenti negli spostamenti dentro e fuori casa nel primo anno di vita del bambino?
- In braccio
 - In passeggino
 - Con la fascia
 - Con il marsupio
 - Altro: _____

PARTE 3: Il tempo

6. Quando si relaziona con suo figlio/a, come descriverebbe le sue azioni? (può scegliere più di un'opzione)
- Veloci
 - Lente
 - Variate
 - Monotone
7. Quanto tempo attende prima di intervenire quando suo figlio non riesce a compiere un compito in autonomia?
- Subito, appena vedo che è in difficoltà
 - Aspetto qualche secondo prima di intervenire
 - Aspetto che provi da solo e poi intervengo
 - Lascio passare tempo e aspetto una sua richiesta di aiuto
8. Durante l'interazione con suo figlio, quante volte interrompe la sua azione?
- Sempre
 - Spesso
 - Raramente
 - Mai
9. Quanto spesso riesce a ritagliarsi un tempo dedicato a suo figlio senza interruzioni?
- una volta al giorno
 - tre volte al giorno
 - cinque volte al giorno o più
 - mai
10. Quanto durano le interazioni?
- qualche secondo
 - 1 minuto
 - > 1 minuto
 - > 5 minuti

PARTE 4: Il tono muscolare

5. Durante le attività con suo figlio, nota cambiamenti nel suo tono muscolare?
- Sì
 - No
6. In quali situazioni specifiche nota cambiamenti nel tono muscolare? (può selezionare più di una risposta)
- Durante il gioco fisico
 - Durante i momenti di disciplina
 - Durante le conversazioni quotidiane
 - Durante i momenti di rilassamento
 - Durante le attività educative
 - Altro: _____
7. In quali situazioni il suo tono muscolare aumenta?
- Durante i conflitti
 - Durante i giochi movimentati
 - Durante i momenti di attenzione e concentrazione
 - Altro: _____
8. In quali situazioni il suo tono muscolare diminuisce?
- Durante i momenti di gioco tranquillo
 - Durante le letture
 - Durante i momenti di coccole
 - Altro: _____

PARTE 5: La voce

6. In che misura utilizza la sua voce per giocare o interagire in modo ludico con suo figlio?
- Mai
 - Raramente
 - A volte
 - Spesso
 - Sempre
7. Quanto spesso utilizza la sua voce per cantare ninne nanne o canzoni a suo figlio?
- Mai
 - Raramente
 - A volte
 - Spesso
 - Sempre
8. Che volume di voce tende ad utilizzare nella comunicazione con suo figlio?
- Alto
 - Moderato
 - Basso
 - Variabile

9. Quale tono di voce utilizza principalmente quando parla con suo figlio?
- Calmo
 - Autoritario
 - Affettuoso
 - Rassicurante
 - Aggressivo
 - Serio
 - Giocoso
 - Altro: _____
10. Con quale frequenza modifica il tono della voce per trasmettere emozioni o intenzioni a suo figlio?
- Mai
 - Raramente
 - A volte
 - Spesso
 - Sempre

PARTE 6: Gli oggetti

5. Quali oggetti utilizza maggiormente quando trascorre del tempo con suo figlio? (può selezionare più di una risposta)
- Giocattoli
 - Libri
 - Materiale artistico (matite, colori, carta, ecc.)
 - Strumenti musicali
 - Dispositivi elettronici
 - Altro: _____
6. Quanto spesso utilizza oggetti durante l'interazione con suo figlio?
- Sempre
 - Spesso
 - Raramente
 - Mai
7. Qual è lo scopo principale dell'uso degli oggetti durante l'interazione con suo figlio? (può selezionare più di una risposta)
- Educativo
 - Ricreativo
 - Calmare o rilassare il bambino
 - Stimolare la creatività
 - Intrattenimento
 - Altro: _____
8. Ritieni che l'uso di oggetti facilitino l'interazione con suo figlio?
- Molto
 - Abbastanza
 - Poco
 - Per niente

PARTE 7: Lo sguardo

1. Quanto spesso stabilisce un contatto visivo diretto con suo figlio?
 - Sempre
 - Spesso
 - A volte
 - Raramente
 - Mai

2. In quali situazioni mantiene più frequentemente il contatto oculare con suo figlio? (può selezionare più di una risposta)
 - Durante il gioco
 - Durante le conversazioni
 - Durante i momenti di disciplina
 - Durante i pasti
 - Durante la lettura di storie
 - Altro: _____

3. In quali situazioni evita il contatto oculare?
 - Durante i momenti di conflitto
 - Quando è stanco
 - Quando è distratto
 - Altro: _____

4. Ritiene che il contatto visivo sia importante nella vostra relazione?
 - Molto
 - Abbastanza
 - Poco
 - Per niente

SEZIONE 3: CONCLUSIONE

Se presenta ulteriori commenti, domande o altre esperienze da condividere, utilizzi lo spazio qui presente.

Le sue osservazioni aggiuntive possono fornire ulteriori spunti preziosi per la nostra ricerca!

Grazie per la tua partecipazione!

Grazie per aver dedicato il suo tempo a compilare questo questionario. Le sue risposte sono estremamente preziose per il mio progetto di Tesi.

Alessia Campiello

Studentessa del CdL in Terapia della Neuropsicomotricità dell'Età Evolutiva, Università di Padova.

ALLEGATO 2

QUESTIONNAIRE

Dear Participant,

I am Alessia Campiello, a student of Neuro and Psychomotor Therapy in Developmental Age at the University of Padua.

I invite you to participate in a survey that aims to investigate the interaction methods between parent and child, which is useful for the development of my thesis project.

Your responses will be anonymous and used exclusively for research purposes. Thank you for your contribution!

SECTION 1: GENERAL INFORMATION

- Parent's age:
 - <20
 - 20-30
 - 31-40
 - 41-50
 - >50
- Gender:
 - Male Female
- Country of origin: _____
- Mother language: _____
- Marital status:
 - Married
 - Divorced
 - Single
 - Other
- Education level:
 - Elementary school
 - Middle school
 - High school
 - University degree
 - Other
- Current occupation: _____
- Child's age: _____
- Child's gender:
 - Male Female
- Number of children:
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5 or more

SECTION 2: PSYCHOMOTOR CATEGORIES

PART 1: Posture

1. What is your posture when addressing your child?
 - Standing
 - Bent forward
 - Sitting
 - Other: _____

2. Do you tend to bend towards your child when playing with them?
 - Always
 - Often
 - Rarely
 - Never

3. In what situations do you notice changes in posture? (you can select more than one answer)

- Playtime
- Rule-setting moments
- Conversations
- During meals
- During storytime
- Care moments
- Other: _____

4. Have you noticed any facilitating postures that calm them or increase attention?

- Yes
- No

4.1 If yes, which ones?

- Standing
- Bent forward
- Sitting
- Other: _____

5. Have you noticed any postures that do NOT facilitate interaction?

- Yes
- No

5.1 If yes, which ones?

- Standing
- Bent forward
- Sitting
- Other: _____

PART 2: Space

1. How do you organize the space when playing or interacting with your child?

- I create specific areas for different activities
- I use space flexibly
- I keep the space as tidy as possible
- Other: _____

2. How often do you use physical contact (hugs, caresses, holding hands) in interaction with your child?

- Very often
- Quite often
- Rarely
- Never

3. Do you notice changes in your child's reaction to physical contact?

- Always
- Often
- Rarely
- Never

4. If your child requests physical contact, what do you do?

- I move away
- I push them away
- I welcome them
- I remain passive
- I reciprocate
- Other: _____

5. What were the main ways of transporting your child inside and outside the house during the first year of life?

- In arms
- In a stroller
- In a sling
- In a baby carrier
- Other: _____

PART 3: Time

1. When interacting with your child, how would you describe your actions? (you can choose more than one option)

- Fast
- Slow
- Varied
- Monotonous

2. How long do you wait before intervening when your child struggles to complete a task on their own?

- Immediately, as soon as I see they are in difficulty
- I wait a few seconds before intervening
- I wait for them to try on their own, then intervene
- I let time pass and wait for them to ask for help

3. How often do you interrupt your actions during interaction with your child?

- Always
- Often
- Rarely
- Never

4. How often can you spend uninterrupted time for your child?

- Once a day
- Three times a day
- Five times a day or more
- Never

5. How long do your interactions last?

- A few seconds
- 1 minute
- >1 minute
- >5 minutes

PART 4: Muscle Tone

1. During activities with your child, do you notice changes in muscle tone?

- Yes
- No

2. In what specific situations do you notice changes in muscle tone? (you can select more than one answer)

- During physical play
- During discipline moments
- During daily conversations
- During relaxation moments
- During educational activities
- Other: _____

3. In which situations does your muscle tone increase?

- During conflicts
- During lively games
- During moments of attention and concentration
- Other: _____

4. In which situations does your muscle tone decrease?

- During quiet playtime
- During reading
- During cuddle moments
- Other: _____

PART 5: Voice

1. To what extent do you use your voice to play or interact playfully with your child?

- Never
- Rarely
- Sometimes
- Often
- Always

2. How often do you use your voice to sing lullabies or songs to your child?

- Never
- Rarely
- Sometimes
- Often
- Always

3. What volume of voice do you tend to use when communicating with your child?

- High
- Moderate
- Low
- Variable

4. What tone of voice do you mainly use when talking to your child?

- Calm
- Authoritative
- Affectionate
- Reassuring
- Aggressive
- Serious
- Playful
- Other: _____

5. How often do you change your tone of voice to convey emotions or intentions to your child?

- Never
- Rarely
- Sometimes
- Often
- Always

PART 6: Objects

1. What objects do you use most when spending time with your child? (you can select more than one answer)

- Toys
- Books
- Art materials (pencils, colors, paper, etc.)
- Musical instruments
- Electronic devices
- Other: _____

2. How often do you use objects during interaction with your child?

- Always
- Often
- Rarely
- Never

3. What is the main purpose of using objects during interaction with your child? (you can select more than one answer)

- Educational
- Recreational
- To calm or relax the child
- To stimulate creativity
- Entertainment
- Other: _____

4. Do you think the use of objects facilitates interaction with your child?

- Very much
- Quite a bit
- Little
- Not at all

PART 7: Eye Contact

1. How often do you establish direct eye contact with your child?

- Always
- Often
- Sometimes
- Rarely
- Never

2. In what situations do you most frequently maintain eye contact with your child? (you can select more than one answer)

- During playtime
- During conversations
- During discipline moments
- During meals
- During storytime
- Other: _____

3. In what situations do you avoid eye contact?

- During conflict moments
- When you are tired
- When you are distracted
- Other: _____

4. Do you believe that eye contact is important in your relationship?

- Very much
- Quite a bit
- Little
- Not at all

SECTION 3: CONCLUSION

If you have any additional comments, questions, or other experiences to share, please use the space provided here.

Your additional observations can provide valuable insights for our research!

Thank you for your participation!

Thank you for taking the time to complete this questionnaire. Your responses are extremely valuable to my thesis project.

Alessia Campiello

Student of the Neuropsychomotor Therapy in Developmental Age program at the University of Padua

ALLEGATO 3

SCHEMA PER L'OSSERVAZIONE

POSTURA	<ul style="list-style-type: none"> ● Postura utilizzata quando si rivolge al figlio ● Tendenza a flettersi verso il figlio ● Cambiamenti di postura in base alle situazioni
SPAZIO	<ul style="list-style-type: none"> ● Distanza nell'interazione con il figlio ● Organizzazione dello spazio durante l'interazione ● Variazioni della reazione del figlio al contatto corporeo ● Reazione alla ricerca di contatto da parte del figlio
TEMPO	<ul style="list-style-type: none"> ● Velocità delle azioni ● Tempi di attesa prima di intervenire in aiuto al figlio ● Frequenza di interruzioni dell'interazione ● Durata delle interazioni
TONO MUSCOLARE	<ul style="list-style-type: none"> ● Variazioni del tono muscolare durante l'interazione ● Situazioni di cambiamento del tono ● Situazioni di aumento del tono ● Situazioni di diminuzione del tono
VOCE	<ul style="list-style-type: none"> ● Utilizzo della voce nell'interazione ● Utilizzo di canzoni ritmate ● Volume della voce ● Tono utilizzato nella comunicazione con il figlio ● Modifica del tono per trasmettere emozioni
OGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> ● Utilizzo di oggetti nell'interazione ● Modalità di utilizzo dell'oggetto nell'interazione ● Frequenza nell'utilizzo dell'oggetto nell'interazione ● Finalità dell'utilizzo dell'oggetto nell'interazione
SGUARDO	<ul style="list-style-type: none"> ● Frequenza di contatto visivo diretto con il figlio ● Situazioni in cui mantiene il contatto oculare ● Situazioni in cui evita il contatto oculare ● Modalità di ricerca del contatto oculare