UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

Anno accademico 2024/2025

TESI DI LAUREA

I DISTURBI D'ANSIA IN ETÀ EVOLUTIVA:

IL GIOCO SIMBOLICO COME STRUMENTO DI COMPRENSIONE E VALUTAZIONE CLINICA

RELATRICE:

Prof.ssa Laura Ferro

STUDENTESSA: 22 D03 450

Iris Petrecca

INDICE

INTRODUZIONE 1

CAPITOLO 1: I disturbi d'ansia in età evolutiva 3

1.1 Definizione e implicazioni evolutive dei disturbi d'ansia in età infantile 3

1.2 Teorie e approcci psicologici sui disturbi d'ansia in età evolutiva 5
1.2.1 Il contributo di Freud all'interpretazione dell'angoscia infantile 5
1.2.2 John Bowlby: l'attaccamento come matrice dell'ansia in età evolutiva 7
1.2.3 Philip C. Kendall: l'approccio cognitivo-comportamentale all'ansia infantile ... 11

1.3 Disturbi d'ansia in età evolutiva: classificazione secondo il DSM-5 e fattori eziologici .. 13
1.3.1 Disturbo d'Ansia da Separazione 14
1.3.2 Mutismo Selettivo 16
1.3.3 Disturbo d'Ansia Generalizzata 18

1.4 Fattori di rischio, cause e fattori protettivi nei disturbi d'ansia in età evolutiva 19

CAPITOLO 2: Il gioco simbolico in età evolutiva 23

2.1 Definizione e caratteristiche principali del gioco simbolico 23

2.2 Teorie del gioco simbolico 27
2.2.1 La teoria di Piaget 28
2.2.2 La teoria di Vygotskij 31
2.2.3 La teoria di Winnicott 32
2.2.4 Contributi recenti: Lillard e Leslie 34

2.3 Il gioco simbolico come espressione e strumento di gestione dell'ansia nei bambini 36

CAPITOLO 3: Il gioco come strumento di valutazione in età evolutiva 38

3.1 La Play Therapy 38

3.2 La Sandplay Therapy 42
3.2.1 Applicazione clinica della Sandplay Therapy: il caso di Charlie 44

3.3 Il Role playing 45

CONCLUSIONE 48

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA 49

INTRODUZIONE

Durante il mio percorso universitario ho maturato una crescente consapevolezza del ruolo centrale che le emozioni e le relazioni giocano nei primi anni di vita. A partire da questa riflessione è nata la scelta di dedicare la mia tesi ai disturbi d'ansia in età evolutiva e al ruolo del gioco simbolico come strumento di comprensione e valutazione clinica. L'ansia rappresenta, infatti, una delle condizioni psicopatologiche più diffuse in età infantile e adolescenziale, e può mettere a rischio in modo significativo lo sviluppo emotivo, sociale e cognitivo del bambino, specialmente se non riconosciuta tempestivamente.

Ho avuto la possibilità di osservare come il gioco, e in particolare il gioco simbolico, rappresenti una modalità espressiva privilegiata attraverso cui il bambino comunica vissuti profondi, elabora conflitti interiori e sperimenta soluzioni creative alle difficoltà. Il gioco non è solo un'attività spontanea e ludica, ma un vero e proprio linguaggio, spesso più sincero e diretto della parola, in grado di rivelare aspetti nascosti dell'esperienza emotiva del bambino. Questa capacità simbolica del gioco assume un importante valore anche in ambito clinico, dove può diventare uno strumento di osservazione e valutazione del disagio psichico.

L'elaborato si articola in tre capitoli principali. Nel primo capitolo, ho approfondito la natura e le principali manifestazioni dei disturbi d'ansia in età evolutiva. Ho ricostruito l'inquadramento teorico a partire dai contributi della psicoanalisi, con particolare attenzione al pensiero di Freud, Bowlby e Ainsworth, per arrivare all'approccio cognitivo-comportamentale proposto da Philip Kendall. Ho poi esaminato la classificazione dei disturbi d'ansia secondo il DSM-5, concentrandomi su quelli più frequenti nei bambini, come il disturbo d'ansia da separazione, il mutismo selettivo e il disturbo d'ansia generalizzata, analizzando anche i principali fattori di rischio e protettivi coinvolti.

Nel secondo capitolo mi sono concentrata sul gioco simbolico, illustrandone le caratteristiche, le funzioni e le principali teorie di riferimento, tra cui quelle di Piaget, Vygotskij e Winnicott. In modo particolare, ho esplorato come il gioco simbolico favorisca lo sviluppo cognitivo, relazionale ed emotivo del bambino e possa contribuire alla regolazione dell'ansia. Per mezzo del gioco, il bambino infatti può fronteggiare situazioni ansiogene in un contesto protetto, trasformando emozioni disturbanti in narrazioni simboliche e di conseguenza gestibili.

Nel terzo ed ultimo capitolo, ho approfondito il potenziale del gioco come strumento di valutazione clinica, esaminando tre metodologie: la Play therapy, la Sandplay therapy e il Role playing. Questi approcci permettono di osservare il funzionamento psichico del bambino in modo più accurato rispetto alla valutazione tradizionale, permettendo di cogliere segnali emotivi e relazionali che non sarebbero accessibili facilmente. L'uso del gioco in chiave valutativa consente al clinico di avvicinarsi al mondo interno del bambino in modo non invasivo e rispettoso, favorendo una completa lettura del suo vissuto.

Obiettivo di questo lavoro è mostrare l'importanza del gioco simbolico come strumento privilegiato per la comprensione e la valutazione dei disturbi d'ansia in età evolutiva. Vorrei mettere in luce come l'integrazione tra diversi approcci teorici e metodologici consenta di cogliere la complessità dell'esperienza ansiosa nei bambini, valorizzando allo stesso tempo le potenzialità espressive e trasformative del gioco.

CAPITOLO 1:

I DISTURBI D'ANSIA IN ETÀ EVOLUTIVA

1.1 Definizione e implicazioni evolutive dei disturbi d'ansia in età infantile

L'ansia è un'emozione primaria caratterizzata da una serie di reazioni cognitive, comportamentali e fisiologiche che si manifestano in seguito alla percezione di uno stimolo ritenuto minaccioso e percepito come non affrontabile (Barlow, 2002; APA, 2013). Essa rappresenta una reazione normale e innata, orientata alla sopravvivenza, poiché aumenta la vigilanza e predispone l'organismo ad agire di fronte al pericolo imminente. Già negli anni Venti del Novecento, Cannon (1929) aveva descritto l'ansia come parte integrante della risposta di "attacco o fuga", sottolineandone il valore adattivo nelle situazioni di allarme. Negli ultimi anni, la ricerca clinica e neuroscientifica ha permesso di comprendere meglio l'ansia, definendola come uno stato di allerta anticipatoria che nasce dalla previsione di un pericolo futuro, reale o percepito, capace di determinare risposte comportamentali e neurofisiologiche complesse anche in assenza di una minaccia concreta (Grupe & Nitschke, 2013). Quando tale risposta risulta sproporzionata rispetto al contesto o persistente nel tempo, può trasformarsi in un disturbo clinicamente significativo.

Nei bambini, questo meccanismo fisiologico è mediato fin dalle prime fasi della vita dalla qualità della relazione con la figura di attaccamento. I lavori pionieristici di Bowlby (1976) e Ainsworth et al. (1978) hanno evidenziato come le espressioni emotive e comportamentali della madre svolgano una funzione regolativa fondamentale nelle situazioni percepite come ambigue o minacciose. In particolare, secondo Ainsworth, la disponibilità della figura di attaccamento favorisce l'esplorazione del mondo da parte del bambino, mentre la sua assenza o inibizione

può incrementare la percezione di insicurezza e la tendenza a cercare protezione esclusivamente nella vicinanza materna.

Negli ultimi decenni, numerosi studi hanno approfondito e ampliato questi concetti, sottolineando come la regolazione emotiva e la gestione dell'ansia nei bambini dipendano dall'interazione emotiva con l'adulto e dalla sensibilità del caregiver (Fonagy & Target, 1997; Schore, 2001; Mikulincer & Shaver, 2016). La letteratura attuale evidenzia che un attaccamento sicuro promuove una maggiore autonomia e una migliore capacità di affrontare situazioni stressanti, mentre un attaccamento insicuro può essere associato a una maggiore vulnerabilità allo sviluppo di disturbi d'ansia.

In età evolutiva è fondamentale discriminare quando l'ansia risulta eccessiva per intensità, frequenza o durata, diventando disfunzionale, poiché può interferire con il funzionamento sociale, familiare e scolastico del bambino, giungendo così a parlare di disturbo d'ansia.

A livello fisico, si osserva un'attivazione intensa del sistema nervoso autonomo, che si manifesta con sintomi di tachicardia, respiro affannoso, sudorazione, tremori, tensione muscolare e dolori addominali. A livello cognitivo, si osservano preoccupazione eccessiva e pensieri atipici; mentre a livello comportamentale, l'ansia può portare a condotte di evitamento o fuga da situazioni percepite come minacciose (APA, 2013).

I disturbi d'ansia sono tra le condizioni psichiatriche più diffuse in età evolutiva. Albano, Chorpita e Barlow (2002), stimano che circa un terzo degli adolescenti a 18 anni possa ricevere una diagnosi per un disturbo d' ansia. I tassi di prevalenza dei disturbi d'ansia nell'infanzia e nell'adolescenza risultano variabili, oscillando tra il 12% e il 20-25% e con un rapporto femmine/maschi di 2:1.

1.2 Teorie e approcci psicologici sui disturbi d'ansia in età evolutiva

Le prime teorie sull'ansia si sono sviluppate in buona parte sulla base dell'osservazione clinica; un'intuizione fondamentale, da parte di Sigmund Freud e di autori successivi, è stato il riconoscimento del fatto che l'ansia non rappresenta una realtà omogenea, bensì si manifesta in una varietà di forme e funzioni (Freud, 1920). In particolare, il pensiero psicoanalitico ha offerto una delle prime sistematizzazioni teoriche dell'angoscia, ponendo l'accento sulla sua origine intrapsichica e sul suo significato simbolico delle sue manifestazioni.

1.2.1 Il contribuito di Freud all'interpretazione dell'angoscia infantile

Nel pensiero di Freud, il termine tedesco *Angst* assume un doppio significato, traducibile sia come "paura", risposta a una minaccia concreta, sia come "angoscia", cioè un'esperienza interna, spesso priva di oggetto specifico, legata a conflitti inconsci profondi.

Nei suoi ultimi scritti, Freud (1925) ha introdotto una distinzione concettuale importante tra angoscia reale, ovvero una risposta automatica e innata a un pericolo esterno, e angoscia segnale, intesa come una forma appresa di allarme psichico, anticipatoria di un conflitto interno o di una minaccia inconscia. Quest'ultima rappresenterebbe, secondo l'autore, un importante meccanismo di difesa dell'Io, volto a prevenire il riemergere di esperienze traumatiche o stati psichici destabilizzanti. Ancora oggi tale concettualizzazione è considerata centrale per comprendere delle manifestazioni di ansia che compaiono in età evolutiva, specialmente in assenza di cause esterne evidenti.

Già nei primi lavori, Freud si era occupato dell'ansia nei bambini, considerando l'angoscia come uno dei primi segnali dell'organizzazione psichica del soggetto. Un contributo emblematico in questo ambito è rappresentato dal celebre caso clinico del "piccolo Hans" (Freud, 1909), un bambino di cinque anni che sviluppa una fobia specifica verso i cavalli,

temendo in particolare di essere morso da uno di essi. Questa paura si inserisce in un contesto più ampio di angoscia diffusa che, secondo Freud, si origina dal complesso edipico e dalla paura di castrazione, elementi fondamentali nella sua teoria dello sviluppo psicosessuale. L'analisi del caso è peculiare perché è condotta indirettamente da Freud tramite il padre del bambino, che annotava con cura discorsi, sogni, giochi e fantasie del figlio, e riferiva tali osservazioni a Freud. Freud intervenne direttamente solo una volta durante il trattamento, ma il lavoro congiunto padre-figlio permise di seguire l'evoluzione del sintomo fobico e di interpretarne il significato simbolico (Freud, 1909).

Freud interpreta la fobia di Hans come un processo di spostamento e simbolizzazione: l'angoscia originaria, legata al conflitto edipico e alla paura di castrazione, si concentra su un oggetto esterno, il cavallo, che diventa il simbolo della figura paterna percepita come minacciosa (Freud, 1909). La paura del cavallo diventa così un modo per rendere più tollerabile il conflitto emotivo interno. Hans manifesta comportamenti di evitamento sia verso il cavallo reale sia verso la possibilità immaginaria di incontrarlo, evidenziando una componente anticipatoria e rappresentativa dell'esperienza fobica (Freud, 1909).

Inoltre, il caso evidenzia come l'ansia non sia diretta semplicemente verso il cavallo, ma piuttosto verso la paura stessa e il significato inconscio che essa veicola. Si configura così una struttura a circuito chiuso in cui angoscia, paura e ansia si influenzano reciprocamente: "l'angoscia di castrazione genera la paura oggettuale, che a sua volta riattiva l'ansia come segnale difensivo anticipatorio" (Freud, 1909, p. 30).

Un evento cruciale nella vita di Hans è la nascita della sorellina, che scatena in lui timori di competizione e di abbandono materno, aggravando il conflitto edipico. Freud sottolinea anche l'importanza della sessualità infantile, osservata nelle domande e nei comportamenti di Hans, e il ruolo della rimozione degli impulsi sessuali nel manifestarsi della nevrosi (Freud, 1909).

In sintesi, il caso del piccolo Hans illustra come la fobia infantile possa essere intesa come espressione simbolica di conflitti inconsci legati al complesso edipico, e come l'ansia e la paura si strutturino in un meccanismo interattivo che può essere affrontato attraverso l'analisi psicoanalitica, anche quando condotta indirettamente tramite figure di riferimento come i genitori (Freud, 1909).

Un ulteriore aspetto nella concettualizzazione freudiana dell'ansia in età evolutiva riguarda la funzione simbolica del gioco come mezzo di elaborazione delle paure inconsce. Nel saggio *Al di là del principio di piacere* (1920)*,* Freud descrive il noto gioco del rocchetto (*fort/da*), osservato nel nipote Ernst, come esempio di come il bambino possa utilizzare il gioco per rappresentare e controllare l'ansia da separazione. Nel gioco, il bambino lancia un oggetto fuori dalla vista *(fort, "via")* e poi lo recupera *(da, "qui"),* simboleggiando l'andarsene e il ritornare della figura materna. Questo processo simbolico consente al bambino di affrontare l'angoscia legata alla perdita temporanea e di esercitare un senso di controllo su una situazione ansiogena.

Questa osservazione integra la visione freudiana delle strutture fobiche e ansiose, evidenziando come il gioco possa rappresentare un importante strumento attraverso cui il bambino elabora e gestisce conflitti emotivi profondi

1.2.2 John Bowlby: l'attaccamento come matrice dell'ansia in età evolutiva

John Bowlby (1907-1990), psicoanalista inglese, ha sviluppato un modello teorico che mostra come l'instaurarsi di un normale processo di attaccamento sia essenziale per garantire uno sviluppo sano. Infatti, fin dalla nascita il neonato è predisposto biologicamente a entrare in relazione con le figure che si occupano di lui: tale predisposizione è stata descritta da Bowlby (1976) come una componente fondamentale della natura umana, con importanti funzioni

evolutive, in particolare la protezione dai pericoli e la regolazione degli stati emotivi negativi come ansia, rabbia e tristezza.

Nel 1950, su incarico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Bowlby conduce una ricerca sulla salute mentale dei bambini rimasti orfani durante la Seconda Guerra Mondiale. In seguito a numerose osservazioni, nel 1951 pubblica la relazione "*Cure materne e sanità mentale*" (*Maternal Care and Mental Health*), in cui mette in luce l'importanza delle cure materne nella prima infanzia per lo sviluppo della personalità e del benessere psicologico del figlio. Bowlby elabora la sua teoria dell'attaccamento ispirandosi anche a contributi provenienti da altre aree di ricerca, come gli studi di Konrad Lorenz sull'imprinting (1935) e le ricerche sperimentali di Harry Harlow (Harlow e Zimmerman, 1959) sull'attaccamento nelle scimmie Rhesus.

L'impianto concettuale della teoria dell'attaccamento è stato descritto da Bowlby nei tre volumi che compongono la sua opera fondamentale *Attaccamento e perdita* (1969, 1973, 1980). In particolar modo, si possono distinguere tre fasi nello sviluppo di questa teoria: una prima fase legata alla formulazione del concetto e all'organizzazione teorica effettuata dallo stesso Bowlby, una seconda fase caratterizzata dal lavoro pionieristico di Mary Ainsworth, in particolare attraverso la messa a punto della *Strange Situation;* e infine una terza fase, più recente, in cui si approfondiscono le dinamiche di attaccamento nell'età adulta.

Parallelamente agli sviluppi teorici di Bowlby, Mary Ainsworth conduce ricerche sulle interazioni madre-bambino in contesti naturalistici. Nel 1969, come sostegno empirico alle osservazioni effettuate, elabora la Strange Situation Procedure (SSP), uno strumento di osservazione strutturata che consente di valutare la qualità dell'attaccamento nei bambini e di studiare le differenze individuali dei bambini alla separazione dalla madre. Questa procedura si basa sul presupposto che, in condizioni normali, i bambini di età compresa tra i 12 e 18 mesi riconoscano la figura di attaccamento come una base sicura da cui partire per esplorare

l'ambiente e cui tornare per cercare conforto e rassicurazione in situazioni di stress. A partire da questi studi, Ainsworth (1978) identifica tre stili di attaccamento:

- attaccamento sicuro: il bambino ha fatto esperienza di genitori presenti, disponibili e sensibili ai suoi bisogni. In presenza del caregiver esplora o gioca, mentre quando questo si allontana spesso reagisce con pianto o segnali di stress, ma si calma facilmente al ricongiungimento;
- attaccamento insicuro ambivalente/ansioso: il bambino appare angosciato anche in presenza del caregiver, perché non è sicuro della sua concreta disponibilità, dal momento che ha fatto esperienza di un adulto talvolta imprevedibile. Per questo motivo può esprimere rabbia, ansia verso il genitore unito al desiderio di contatto;
- attaccamento insicuro/evitante: il bambino sembra piuttosto disinteressato alla presenza o assenza del caregiver ed emotivamente distaccato, difatti alla separazione dal genitore non piange e vi è scarsa ricerca di prossimità o contatto.

Successivamente, grazie agli studi di Mary Main, ricercatrice che aveva collaborato con Mary Ainsworth e Solomon (1990), viene individuato un quarto stile di attaccamento definito come disorganizzato. Nel bambino con attaccamento disorganizzato, si osservano comportamenti contraddittori e/o disorganizzati in presenza del genitore, come avvicinarsi al caregiver per cercarne il contatto per poi allontanarsi. Tale stile è spesso associato a esperienze precoci traumatiche che possono generare confusione e ambivalenza verso le figure di attaccamento, percepite come imprevedibili e incostanti (Main & Solomon, 1990).

Le prime relazioni con le figure di accudimento, sulla base della loro capacità di essere presenti, affidabili e sensibili, aiutano il bambino a costruire i modelli operativi interni (MOI) (Bowlby, 1982), che sono delle rappresentazioni mentali stabili di sé e degli altri. I MOI garantiscono stabilità nell'esperienza affettiva e consentono al bambino di sviluppare strategie difensive e di

coping, fondamentali per comprendere i diversi stili di attaccamento (Bowlby, 1976; Ainsworth, 2006).

Una buona qualità dell'attaccamento è collegata a vari aspetti, tra cui una regolazione emotiva efficace, un migliore funzionamento sociale e capacità cognitive più sviluppate. Al contrario, l'attaccamento insicuro è spesso associato a rigidità emotiva, difficoltà nelle relazioni sociali, nelle capacità attentive e nell'empatia, oltre a rappresentare un importante fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi psicopatologici, tra cui ansia, depressione, disturbi alimentari e, nei casi più gravi, disturbi psicotici (Istituto Beck, s.d.).

In questa prospettiva, l'ansia rappresenta una risposta affettiva alla minaccia di perdita della figura di attaccamento. Tra le manifestazioni più precoci troviamo: l'ansia da separazione, una reazione ansiosa tipica e transitoria, che si manifesta generalmente tra i 10 e i 18 mesi, con pianto o irritabilità alla distanza dalla madre. Intorno agli 8 mesi, può comparire un'altra forma di ansia, detta ansia per l'estraneo, che si attiva in presenza di una persona sconosciuta, diversa dalla figura che si occupa abitualmente del bambino.

Quindi, secondo il modello di Bowlby, il sentimento di disagio provato dal bambino durante una separazione dalla madre viene interiorizzato come ansia ed è il paradigma del sentimento d'ansia. Per questo motivo, la capacità della madre di alleviare lo stato ansioso o la paura del bambino è essenziale per lo sviluppo del senso di sicurezza, opposto all'ansia, quando la madre gli è vicina e per cui non avverte paura (Bowlby, 1976).

Numerosi studi empirici hanno confermato l'influenza della teoria dell'attaccamento sulla comprensione dei disturbi d'ansia in età evolutiva, dimostrando che la qualità dell'attaccamento nei primi anni di vita rappresenta un predittore rilevante dell'insorgenza di psicopatologie internalizzanti, tra cui l'ansia (Albano, Chorpita, & Barlow, 2002).

1.2.3 Philip C. Kendall: l'approccio cognitivo-comportamentale all'ansia infantile

Dopo i contributi fondamentali forniti dalla psicoanalisi freudiana e dalla teoria dell'attaccamento di Bowlby, lo studio dell'ansia in età evolutiva ha conosciuto un importante sviluppo con l'emergere della prospettiva cognitivo-comportamentale, a partire dagli anni '80 del Novecento. Questo approccio ha introdotto un cambiamento significativo nel modo di concepire l'origine e il mantenimento dell'ansia, spostando l'attenzione dai conflitti intrapsichici e dalle relazioni precoci ai processi cognitivi e comportamentali implicati nella valutazione soggettiva degli eventi (Kendall, 1993).

In questo contesto teorico si inserisce il contributo di Philip C. Kendall, uno degli studiosi più autorevoli nello studio dei disturbi d'ansia in età evolutiva. Il suo lavoro si colloca all'interno dell'approccio cognitivo-comportamentale, che interpreta l'ansia come il risultato dell'interazione tra pensieri, emozioni e comportamenti, aspetti che si influenzano reciprocamente nel funzionamento psicologico dell'individuo (Kendall & Di Pietro, 2014). In questa prospettiva, il disturbo d'ansia è caratterizzato da una risposta emotiva e comportamentale sproporzionata rispetto a situazioni percepite come minacciose, spesso in assenza di un pericolo reale, a causa di una valutazione soggettiva distorta della realtà (Kendall, 1993).

Kendall sottolinea come l'ansia in età evolutiva non si presenti in forma unitaria, ma assuma manifestazioni differenti in base all'età del bambino, al contesto di sviluppo e alle sue caratteristiche temperamentali e cognitive (Kendall & Treadwell, 2007). Un elemento centrale del suo modello teorico è la necessità di una valutazione multidimensionale, che tenga conto sia dei fattori individuali, sia del contesto familiare e scolastico in cui il bambino è inserito. Secondo l'autore, infatti, un'adeguata comprensione dell'ansia infantile richiede la

partecipazione attiva di genitori e insegnanti, e una rete di collaborazione che favorisca un ambiente di supporto (Kendall & Hedtke, 2006).

Insieme a Mario Di Pietro, Kendall evidenzia che l'approccio cognitivo-comportamentale non si configura come una scuola rigidamente definita, bensì come una prospettiva che mira a potenziare nel bambino abilità cognitive e comportamentali utili ad affrontare stati di disagio emotivo. L'obiettivo non è eliminare completamente l'ansia, ma insegnare a gestirla attraverso strategie consapevoli e adattive (Kendall & Di Pietro, 2014). In quest'ottica, si riconosce l'importanza di tecniche psicoeducative che aiutino il bambino a comprendere le proprie emozioni, a distinguere pensieri razionali e irrazionali e a individuare modalità alternative di interpretazione degli eventi.

Tra le strategie suggerite vi sono il *modeling* e il *Role-playing*, strumenti utili alla costruzione di nuove modalità di comportamento e alla ristrutturazione cognitiva attraverso l'osservazione e la simulazione di situazioni problematiche. Inoltre, Kendall e Di Pietro propongono un approccio orientato alla risoluzione dei problemi, nel quale il bambino impara a riconoscere il disagio emotivo, a definire il problema, a generare soluzioni possibili e a valutarne le conseguenze, favorendo in tal modo lo sviluppo di un atteggiamento proattivo e autoregolativo.

Complessivamente, il modello teorico di Kendall rappresenta un'evoluzione significativa rispetto agli approcci psicoanalitici e relazionali, integrando la componente cognitiva con elementi comportamentali adattati alle caratteristiche dell'età evolutiva.

1.3 Disturbi d'ansia in età evolutiva: classificazione secondo il DSM-5 e fattori eziologici

«I disturbi d'ansia comprendono quei disturbi che condividono caratteristiche di paura e ansia eccessive e i disturbi comportamentali correlati» (DSM-5, 2013, p.217). La paura e l'ansia sono due stati emotivi sovrapponibili, ma distinguibili, poiché «la *paura* è la risposta emotiva a una minaccia imminente, reale o percepita, mentre *l'ansia* è l'anticipazione di una minaccia futura» (DSM-5, 2013, p.217). La prima è tipicamente associata a un'intensa attivazione del sistema autonomo, che prepara l'organismo alla risposta di attacco o fuga, con pensieri focalizzati sul pericolo immediato e comportamenti di evitamento attivo; invece, la seconda implica una tensione muscolare e uno stato di vigilanza in preparazione al pericolo futuro e a comportamenti prudenti o di evitamento. Nel quadro clinico dei disturbi d'ansia, gli attacchi di panico rivestono un ruolo centrale, poiché costituiscono una risposta specifica alla paura.

I disturbi d'ansia si distinguono tra loro per la tipologia di oggetti o situazioni che provocano paura, ansia o comportamenti di evitamento, e per il contenuto dei pensieri disfunzionali ad essi associati (DSM-5, 2013, p.217), pur condividendo un elevato grado di comorbidità tra di loro.

«I disturbi d'ansia differiscono dalla normale paura o ansia evolutive perché sono eccessivi e persistenti rispetto allo stadio di sviluppo. Essi differiscono dalla paura o dall'ansia transitoria, spesso indotte da stress, perché sono persistenti (durano tipicamente 6 mesi o più)» (DSM-5, 2013, p.217), questo criterio a volte è di durata minore nei bambini (come nel disturbo d'ansia da separazione e nel mutismo selettivo). Molti disturbi d'ansia si sviluppano in età infantile e, in assenza di interventi adeguati, tendono a persistere nel tempo. Questi disturbi vengono diagnosticati solo quando i sintomi non possono essere attribuiti agli effetti fisiologici di una sostanza/farmaco e laddove i sintomi non risultino meglio spiegati da un altro disturbo mentale.

Dal punto di vista eziologico, l'ansia presenta una genesi multifattoriale, derivante dall'interazione complessa tra variabili biologiche, genetiche, temperamentali e psicosociali

(Morosini, 2021). L'ambiente familiare riveste un ruolo determinante nell'insorgenza dei disturbi d'ansia, in quanto sin da piccoli i bambini sono influenzati dalle loro figure di attaccamento e dal modo in cui queste mettono in atto stili educativi al fine di trasmettere loro norme, valori, ideali e conoscenze per adeguarsi al mondo sociale esterno. La causa genetica è considerata in virtù di fattori metabolici del cervello, della personalità e delle esperienze di vita che sono coinvolte nella genesi del disturbo. Anche l'esposizione prolungata a eventi stressanti, così come la qualità della relazione col caregiver, può fungere da fattore di rischio o, al contrario, da elemento protettivo. In questo contesto, il temperamento — inteso come predisposizione innata del bambino alla reattività emotiva — rappresenta un ulteriore elemento predittivo per lo sviluppo di sintomi ansiosi (Morosini, 2021).

1.3.1 Disturbo D'Ansia Da Separazione

Il DSM-5 classifica i disturbi in base alla precocità dell'esordio e include, tra gli altri, il disturbo d'ansia da separazione. «La caratteristica essenziale del disturbo d'ansia da separazione è una paura o ansia eccessiva riguardante la separazione da casa o dalle figure di attaccamento» (DSM-5, 2013, p. 220).

Per fare una diagnosi di questo disturbo è necessario che i soggetti presentino dei sintomi che soddisfino almeno tre dei seguenti criteri: il criterio A1 prevede che il soggetto manifesti un disagio ricorrente ed eccessivo prima o durante la separazione da casa o dalle principali figure di attaccamento. Il criterio A2 riguarda preoccupazioni persistenti per la salute o la sicurezza delle figure di attaccamento, mentre il criterio A3 fa riferimento a timori rispetto a eventi imprevisti (ad esempio incidenti, rapimenti, smarrimento) che potrebbero ostacolare il ricongiungimento con esse (APA, 2013).

I restanti criteri A4-A5-A6 e A7 riflettono maggiormente la difficoltà del bambino di restare da solo e la paura di uscire dalle mura della propria casa. Tali soggetti possono essere descritti come “appiccicosi”, poiché spesso richiedono la presenza costante di un adulto anche durante attività quotidiane all’interno dell’abitazione, come spostarsi da una stanza all’altra o addormentarsi. Il criterio A8 include sintomi somatici (mal di testa, dolori addominali, nausea, vomito) che si manifestano in prossimità o al pensiero della separazione dalle figure di attaccamento. Per formulare una diagnosi, è necessario che nei bambini e negli adolescenti i sintomi si manifestino per almeno quattro settimane (Criterio B) e che siano tali da provocare un disagio clinicamente significativo o compromettere il funzionamento in ambito sociale, scolastico o in altre aree importanti (Criterio C).

Tra i principali fattori di rischio di questo disturbo vi possono essere i fattori ambientali, tale per cui «il disturbo d’ansia si sviluppa spesso dopo un evento stressante (per esempio la morte di un parente, o una malattia)» (APA, 2013, p.222), ma sono rilevanti anche quelli genetici e fisiologici, che suggeriscono una possibile trasmissione ereditaria del disturbo.

L’ansia da separazione rappresenta una fase normale dello sviluppo, che si manifesta solitamente per la prima volta intorno agli 8 mesi e tende a risolversi entro i 24 mesi (Elia, 2021). È fondamentale, tuttavia, distinguere il disturbo dalla normale ansia da separazione in quanto, nonostante i termini sembrino indicare la stessa cosa, il primo è di un livello di intensità statisticamente significativo (con un’anomala persistenza oltre l’età abituale), e perché è associato a un funzionamento sociale significativamente compromesso.

Inoltre, l’ansia da separazione si associa a una temporanea incapacità, adeguata allo stadio di sviluppo del bambino, di comprendere il concetto di permanenza dell’oggetto, ossia: «l’idea che qualcosa esiste ancora quando non è visto o sentito» (Elia, 2021). Lo stesso principio si applica alla figura genitoriale, l’assenza visiva del caregiver può generare paura e angoscia,

poiché il bambino non è ancora in grado di rappresentarsi mentalmente il ritorno della figura di attaccamento.

«L'ansia da separazione si risolve quando i bambini iniziano a sviluppare un senso di memoria» (Elia, 2021), ciò riguarda la capacità di interiorizzare la presenza costante della figura di attaccamento in varie circostanze, cioè creare una rappresentazione mentale stabile e persistente che genererà un senso di stabilità e sicurezza.

1.3.2 Mutismo Selettivo

Un altro disturbo d'ansia è il mutismo selettivo, tipicamente infantile, caratterizzato dall'incapacità di parlare in specifici contesti sociali nonostante la competenza linguistica sia preservata. Il termine "selettivo" indica che il bambino è in grado di comunicare verbalmente solo in presenza di persone delle quali si fida e in circostanze percepite come sicure, mentre manifesta un blocco comunicativo in contesti ansiogeni o percepiti come giudicanti (DSM-5, 2013).

Secondo il DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), i criteri diagnostici includono: una persistente difficoltà a parlare in determinate situazioni sociali (per esempio a scuola), in cui è invece attesa una prestazione verbale, nonostante riesca a comunicare normalmente in altri contesti (Criterio A). Tale difficoltà interferisce significativamente con il funzionamento scolastico, lavorativo o sociale (Criterio B). La durata della condizione è di almeno un mese (non limitata al primo mese di scuola) (Criterio C). L'assenza di linguaggio non può essere attribuita a una scarsa conoscenza o familiarità con la lingua parlata (Criterio D) e questo disturbo non è meglio spiegato attraverso altri disturbi, come quelli della comunicazione, dello spettro autistico, dalla schizofrenia o da altri disturbi psicotici (Criterio E).

Il mutismo selettivo è ancora un disturbo relativamente raro, però è noto che l'età di esordio si colloca solitamente tra i 2 e i 4 anni, anche se il disturbo viene spesso riconosciuto in maniera chiara solo all'inizio della scolarizzazione, quando le richieste comunicative e sociali diventano più marcate. Questo disturbo è frequentemente contrassegnato da un'elevata ansia sociale, associata a timidezza, isolamento sociale e ritiro, tratti compulsivi e, in alcuni casi, comportamenti lievemente oppositivi.

Dal punto di vista eziologico, si configura come un disturbo a origine multifattoriale, che coinvolge fattori temperamentali, come l'affettività negativa o l'inibizione comportamentale; i fattori ambientali, quali esperienze precoci sfavorevoli, contesti familiari iperprotettivi o pressioni comunicative precoci; e fattori genetici e fisiologici legati all'ereditarietà dei disturbi d'ansia (APA, 2013).

Sebbene in passato il mutismo selettivo è stato talvolta interpretato come possibile indicatore di situazioni a rischio, di bambini in condizioni di disagio, abusi o traumi; in verità, nella maggior parte dei casi, i bambini che ne soffrono sono solo ipersensibili, estremamente fragili e con un'elevata predisposizione all'ansia (State of Mind, n.d.). Inoltre, l'assenza della parola dipende dall'ansia e dalla conseguente paura che il bambino è in grado di controllare solo tacendo. Molti bambini affetti da mutismo selettivo, oltre alla mancata verbalizzazione, possono manifestare sintomi somatici legati all'ansia, quali mal di stomaco, mal di testa, nausea, crisi di pianto o collera. Con il progredire dell'età, la sintomatologia può evolvere verso manifestazioni fisiologiche più tipiche dell'ansia generalizzata, quali palpitazioni, tremori, sudorazione. In ambito scolastico, queste difficoltà si riflettono in comportamenti di evitamento o ritiro sociale: molti bambini, ad esempio, evitano di chiedere di andare in bagno o di mangiare in presenza di altri, arrivando a nascondere il cibo o attendono che i compagni abbiano terminato il pasto per non esporsi verbalmente o socialmente (State of Mind, n.d.).

1.3.3 Disturbo d'Ansia Generalizzata

Il Disturbo d'Ansia Generalizzata (GAD, *generalized anxiety disorder*) è caratterizzato, secondo il DSM-5 (APA, 2013), dalla presenza di ansia e preoccupazione eccessive, persistenti per almeno sei mesi, relative a una molteplicità di eventi o attività quotidiane. Nei bambini, il GAD può manifestarsi anche in comorbidità con altri disturbi, tra cui l'ansia da separazione.

I bambini affetti da questo disturbo tendono a preoccuparsi in modo sproporzionato rispetto alla realtà oggettiva, con particolare attenzione alla qualità delle proprie competenze, delle loro prestazioni scolastiche, alle relazioni interpersonali o a questioni familiari. Le preoccupazioni possono cambiare durante il decorso del disturbo o sono molteplici e variegate (da qui deriva il termine "generalizzata") (APA, 2013).

Per distinguere un disturbo d'ansia generalizzata da una normale esperienza di ansia, si può fare riferimento a tre criteri principali:

1. nel GAD le preoccupazioni tendono ad essere eccessive e a interferire in modo marcato con il funzionamento psicosociale, mentre le ansie comuni sono di solito più contenute e vissute come gestibili;
2. l'ansia patologica si manifesta in modo più costante e intenso, generalmente in assenza di specifici fattori scatenanti, risultando più difficile da controllare;
3. in terzo luogo, a differenza dell'ansia non clinica, il GAD si accompagna frequentemente a sintomi somatici, come irrequietezza o disturbi del sonno.

I criteri diagnostici individuati dal DSM-5 sono: presenza di ansia e preoccupazione eccessiva, per la maggior parte dei giorni e che si manifestano per almeno 6 mesi, riferiti a differenti eventi o attività (Criterio A); difficoltà dell'individuo nel controllare la preoccupazione (Criterio B); l'ansia e le preoccupazioni sono associate ad almeno tre dei seguenti sintomi: irrequietezza, affaticamento frequente, difficoltà nel mantenere la concentrazione o vuoti di memoria,

irritabilità, tensione muscolare e disturbi del sonno (Criterio C); l'insieme dei sintomi determinano una riduzione della qualità della vita del soggetto (Criterio D); la condizione non è attribuibile agli effetti fisiologici diretti di una sostanza o di una condizione medica generale (Criterio E) e il quadro clinico non è specificato da altri disturbi psichiatrici (Criterio F).

Nei bambini con disturbo d'ansia generalizzata è frequente osservare un'eccessiva preoccupazione legata a numerosi eventi quotidiani, accompagnata da difficoltà a gestire l'incertezza e da un bisogno costante di cercare rassicurazioni da parte degli adulti di riferimento. Questo quadro si associa spesso a una sensazione di scarso controllo emotivo e a una tendenza a rimuginare in modo ripetitivo (Albano, Chorpita, & Barlow, 2002).

I fattori di rischio che determinano la comparsa del disturbo d'ansia generalizzata in età infantile includono: fattori temperamentali, come l'inibizione comportamentale, l'affettività negativa, la strategia difensiva e l'ipersensibilità al pericolo; fattori ambientali, quali le esperienze infantili avverse e le pratiche genitoriali disfunzionali (ad esempio, iperprotezione, ipercontrollo, rinforzo dell'evitamento) e i fattori genetici e fisiologici, che suggeriscono una componente ereditaria nella predisposizione all'ansia generalizzata.

1.4 Fattori di rischio, cause e fattori protettivi nei disturbi d'ansia in età evolutiva

L'insorgenza dei disturbi d'ansia in età evolutiva è determinata dall'interazione di numerosi fattori, che è possibile ricondurre a tre principali categorie: biologici, ambientali e cognitivi. Questi elementi contribuiscono in misura variabile a seconda delle caratteristiche individuali del bambino e delle tappe del suo sviluppo (Donovan & Spence, 2000).

I fattori biologici includono la predisposizione genetica e l'assetto neurobiologico che caratterizzano il bambino fin dalle prime fasi della sua vita. La presenza di familiarità dei

disturbi d'ansia nei genitori costituisce un importante predittore di vulnerabilità, mediato da meccanismi genetici ed ambientali. Alcuni studi longitudinali hanno mostrato che i figli di genitori ansiosi presentano una maggiore probabilità di sviluppare sintomatologie analoghe nel corso dell'infanzia (Donovan & Spence, 2000).

All'interno di questa dimensione si colloca anche il ruolo del temperamento, in particolar modo dell'inibizione comportamentale, ovvero la tendenza a reagire con timore o ritiro di fronte a stimoli nuovi. Se persiste nel tempo, questo tratto temperamentale è stato associato a un elevato rischio di disturbi d'ansia, soprattutto in contesti relazionali poco supportivi (Donovan & Spence, 2000). Inoltre, alterazioni nei circuiti neurali coinvolti nella regolazione dello stress – come l'iperattività dell'amigdala o un funzionamento disfunzionale dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene – possono contribuire alla genesi dell'ansia (Dabkowska & Dabkowska-Mika, 2015).

Anche l'ambiente in cui il bambino cresce riveste un ruolo centrale nello sviluppo dell'ansia. Tra i fattori di rischio ambientali fanno parte anche le esperienze traumatiche precoci (come abusi, trascuratezza, separazioni o lutti), che possono compromettere il funzionamento emotivo e neurobiologico del bambino (Donovan & Spence, 2000). Anche eventi stressanti acuti o cronici, come conflitti familiari o instabilità economica, sono stati associati a un aumento dell'incidenza dei disturbi d'ansia (Dabkowska & Dabkowska-Mika, 2015). Un altro elemento ambientale cruciale è rappresentato dalle dinamiche familiari e dal tipo di attaccamento instaurato nelle prime relazioni significative. L'attaccamento ansioso-ambivalente, caratterizzato da una relazione incerta e imprevedibile con la figura di riferimento, è spesso associato a una difficoltà nella regolazione emotiva e all'insorgenza di sintomatologie ansiose (Donovan & Spence, 2000). In parallelo, pratiche genitoriali disfunzionali – come l'iperprotezione, il controllo eccessivo o l'intrusività – contribuiscono al mantenimento di un clima emotivo che può ostacolare l'autonomia e l'autoefficacia del bambino (Donovan & Spence, 2000). Inoltre, l'ansia manifestata dai genitori può riflettersi sulle modalità relazionali

adottate con il figlio, rafforzandone le insicurezze e limitandone le esperienze esplorative (Dabkowska & Dabkowska-Mika, 2015).

Dal punto di vita cognitivo, diversi studi hanno evidenziato come i bambini con disturbi d'ansia tendano a interpretare le informazioni in modo disfunzionale. In particolare, si riscontra una tendenza a focalizzarsi su stimoli percepiti come minacciosi, a sovrastimare il pericolo e a sottovalutare la propria capacità di affrontarlo. Questi schemi cognitivi disadattivi, spesso appresi in contesti familiari ansiosi o iperprotettivi, contribuiscono al mantenimento dell'ansia e possono stabilizzarsi nel tempo, se non vengono contrastati (Donovan & Spence, 2000; Albano, Chorpita & Barlow, 2002).

Nonostante l'esposizione a numerosi fattori di rischio, non tutti i bambini sviluppano disturbi d'ansia nel corso della crescita. Questo aspetto ha stimolato l'interesse della ricerca a identificare i fattori protettivi in grado di promuovere la resilienza e modulare l'impatto degli eventi stressanti o delle vulnerabilità individuali (Donovan & Spence, 2000). Tali fattori possono essere di natura individuale, cioè inerenti alle caratteristiche del bambino, o ambientale, legati quindi al contesto familiare e sociale di appartenenza (Donovan & Spence, 2000). La funzione protettiva può manifestarsi attraverso diverse modalità: riducendo direttamente la probabilità di insorgenza del disturbo, attenuando le reazioni negative a fattori di rischio già presenti, o in alcuni casi, impedendone l'attivazione.

Nonostante l'indagine empirica sui fattori protettivi sia stata meno approfondita rispetto a quella dei fattori di rischio, due ambiti hanno ricevuto maggior attenzione in relazione ai disturbi d'ansia in età evolutiva: il sostegno sociale e le abilità di coping.

Numerosi studi hanno evidenziato il ruolo del supporto sociale come importante fattore protettivo contro lo sviluppo di problemi emotivi e comportamentali (Donovan & Spence, 2000). In particolare, Quamma e Greenberg (1994), White, Bruce, Farrell e Kliewer (1998) e

Spaccarelli e Fuchs (1997) – come riportato da Donovan e Spence (2000) – hanno mostrato che un basso livello di supporto percepito dai bambini, soprattutto in situazioni di vulnerabilità come i bisogni educativi speciali o esperienze di abuso, è associato a un aumento dei sintomi ansiosi e depressivi nel tempo. Queste evidenze sottolineano l'importanza di un ambiente familiare che offra sostegno emotivo per promuovere un sano sviluppo emotivo e psicologico nell'infanzia.

Un ulteriore elemento protettivo è rappresentato dalla capacità del bambino di affrontare situazioni avverse attraverso strategie efficaci. Il termine "coping" si riferisce all'insieme delle modalità cognitive e comportamentali messe in atto per fronteggiare eventi stressanti. In età evolutiva, l'utilizzo di strategie di coping focalizzate sull'evitamento o sulle emozioni è associato a una maggiore sintomatologia ansiosa (Donovan & Spence, 2000). Al contrario, l'utilizzo di strategie per la risoluzione dei problemi permette di ottenere esiti psicologici più positivi. In particolare, alcuni studi riportati da Donovan e Spence (2000) hanno evidenziato che, in presenza di stress interpersonale, l'adozione di strategie di coping focalizzate sul problema è predittiva di un migliore adattamento nei bambini (Compas, Malcarne & Fondacaro, 1988, cit. in Donovan & Spence, 2000). Malgrado siano necessari ulteriori approfondimenti, questi dati suggeriscono che la promozione di competenze di coping attivo e orientato al problema potrebbe costituire un importante obiettivo nella prevenzione dei disturbi d'ansia in età evolutiva.

CAPITOLO 2:

IL GIOCO SIMBOLICO IN ETÀ EVOLUTIVA

2.1 Definizione e caratteristiche principali del gioco simbolico

L'infanzia e il gioco costituiscono un binomio inseparabile ed essenziale per lo sviluppo psicofisico del bambino. Difatti, osservando i bambini nel corso dei primi anni di vita ci si può rendere conto che gran parte del loro tempo è occupato da diverse forme di gioco, poiché attraverso di esso i bambini si accingono a conoscere il mondo e se stessi, ma il gioco è anche una forma di comunicazione, di esperienza emotiva e di azione trasformativa sulla realtà (Winnicott, 2004).

Si possono distinguere diverse fasi dello sviluppo del gioco nei bambini da 0 a 36 mesi, raggruppabili in quattro categorie principali (Baumgartner, 2002):

- Il gioco esplorativo da 0 a 12 mesi
- Il gioco imitativo da 12 a 18 mesi
- Il gioco simbolico da 18 a 24 mesi
- Il gioco di finzione da 24 a 36 mesi

Nei primi mesi di vita, il gioco del neonato si manifesta come attività esplorativa e coinvolge tutti gli organi di senso. Questo processo consente al bambino di esplorare oggetti quotidiani, acquisendo informazioni sulle loro caratteristiche e funzioni, per poi associarli a schemi d'azione (ad esempio: con il cucchiaio si mangia o con il bicchiere si beve). I tempi dell'esplorazione e del gioco, però, non coincidono, ma il gioco ha inizio quando il bambino ha acquisito familiarità con i nuovi oggetti. Siccome l'esplorazione fornisce informazioni sulle proprietà degli oggetti e il gioco dà informazioni su quello che si può fare con essi, questi

rappresentano due facce della stessa medaglia, cioè la relazione tra il bambino e il mondo fisico. Una volta interiorizzate le caratteristiche degli oggetti, il gioco diventa di tipo imitativo. Il bambino inizia a usare degli oggetti della vita quotidiana per simulare azioni, come, ad esempio, far bere alla bambola da una tazzina. Dopodiché il bambino si mostra pronto per il gioco simbolico vero e proprio. L'azione prende origine dalle idee e gli oggetti vengono reinterpretati per dar forma al gioco immaginato (ad esempio, un bastone può diventare un cavallo). Attraverso il gioco simbolico il bambino mostra di avere una capacità di pensiero nuova che gli permette di vedere oltre le cose e ciò è possibile grazie alla capacità rappresentativa del pensiero, che gli consente di creare nella sua mente cose, persone, situazioni che non ci sono realmente, generando delle associazioni mentali e di somiglianza per far sì che un oggetto diventi qualcosa di diverso (Piaget, 1972).

Il gioco simbolico implica quattro aspetti chiave:

- la capacità di comportarsi "come se" si fosse in un contesto diverso da quello normale;
- la capacità di usare come strumenti di gioco oggetti che costituiscono quelli reali;
- l'abilità di eseguire azioni generalmente messe in atto da altri;
- l'abilità di collegare differenti schemi di azione in sequenze tematiche coerenti.

Inoltre, è possibile distinguere cinque stadi attraverso cui evolve il gioco simbolico:

- il gioco di passaggio che si rifà ad una pre-simbolizzazione, non ancora del tutto sviluppata (come portare il telefono all'orecchio senza parlare);
- il gioco simbolico diretto a sé (come far finta di dormire);
- il gioco simbolico rivolto a un altro (come abbracciare una bambola);
- la sequenza di giochi simbolici (come comporre il numero e telefonare);

- la simbolizzazione sostitutiva, quando invece si coinvolgono uno o più oggetti sostitutivi (come utilizzare una conchiglia al posto di una tazza o un cubo al posto di una cornetta e parlare al telefono) (Piaget, 1972).

Durante i primi momenti il gioco simbolico è individuale, il bambino assume un ruolo attivo, mentre i partner, che possono essere reali o immaginari, mantengono un ruolo passivo (Piaget, 1972). Successivamente, con l'ingresso nella scuola dell'infanzia, la qualità della partecipazione sociale cambia e diventa più attiva e lo stesso bambino inizia a "far finta" insieme ad altri, dando origine a scenari condivisi e più complessi (Vygotskij, 1966; Baumgartner, 2002). Infatti, i fanciulli devono creare un'intesa, accomunare i loro desideri, intenzioni e accordarsi sul significato da attribuire al gioco, poiché tale tipologia di gioco non prevede un copione da seguire, ma sono loro stessi a improvvisare le loro azioni. Questo tipo di gioco è definito gioco socio-drammatico e prevede che i bambini mettano in scena delle situazioni, in cui i partecipanti abbiano dei ruoli precisi e una storia da raccontare (Baumgartner, 2002; Cambi & Staccioli, 2007). Un esempio tipico è: "facciamo finta che io sono il dottore e tu il paziente".

Alla base del gioco simbolico e del gioco socio-drammatico vi sono dei processi cognitivi fondamentali. Innanzitutto, vi è il processo di decentramento, cioè il bambino è in grado di estendere le azioni di finzione da se stesso agli altri immaginari, che prima sono destinatari passivi, poi coprotagonisti attivi del gioco (Piaget, 1972). Questo processo è fondamentale per instaurare un'intesa con i compagni di gioco (Vygotskij, 1966). Inoltre, il gioco richiede anche un processo di decontestualizzazione, ovvero le azioni che i bambini mettono in atto sono repliche fedeli delle azioni della vita reale, che si verificano però in contesti diversi da quelli ordinari e a cui vanno attribuiti dei significati nuovi e simbolici a oggetti e situazioni. Infine, è previsto un processo di integrazione, che consiste nel rivolgere la medesima azione a più partner in successione (ad esempio a se stesso, poi alla mamma e alla bambola) e nel coordinare diverse

azioni in una sequenza temporale e causale coerente (ad esempio preparare la pappa per la bambola, imboccarla e metterla a letto) (Baumgartner, 2002).

Spesso accade che i bambini rappresentino situazioni realmente vissute, in modo da trovare un significato nuovo alle proprie esperienze, allontanare le proprie paure e superare i propri limiti (Cambi & Staccioli, 2007).

Quindi, la particolarità del gioco simbolico risiede nell'esercizio dell'immaginazione e della creatività, oltre allo sviluppo di autoconsapevolezza, riconoscimento delle proprie emozioni e di quelle altrui. Giocare a "essere un altro" aiuta anche il bambino a conoscere un punto di vista diverso dal proprio, a riflettere sui propri pensieri e su quelli degli altri, in modo da comprendere il comportamento proprio e altrui, dandogli senso e significato (Baumgartner, 2002). Il gioco simbolico può offrire all'adulto un'occasione di osservazione del mondo interno del bambino, dal momento che, tramite la finzione, mette in scena se stesso e il mondo dei grandi che lo circonda (Cambi & Staccioli, 2007).

Con ciò si arriva a definire quella che è la teoria della mente di cui il gioco simbolico ne è un importante antecedente, che si basa sulla presenza di oggetti o situazioni che stanno per altri non presenti. La teoria della mente, secondo Fonagy & Target (1996), si riferisce alla capacità di riconoscere che la mente umana è un sistema che costruisce e organizza rappresentazioni della realtà, di rappresentarsi l'evento mentale e di attribuire agli altri stati mentali che possono differire dai propri. Il bambino comprende che le persone agiscono in base alla rappresentazione che hanno della realtà esterna, più che in funzione della realtà oggettiva intorno ai 4 anni, quando compare il pensiero metarappresentativo. Alcune manifestazioni tipiche della teoria della mente sono:

- la capacità di distinguere fra pensieri riguardanti oggetti concreti e pensieri che riguardano eventi mentali;

- pensiero e ragionamento sugli stati mentali;
- la comprensione del fatto che gli stati mentali degli altri possono essere diversi dai nostri;
- la valutazione dei rapporti di conversazione, collaborazione e competizione;
- la distinzione fra apparenza e realtà;
- la capacità di attribuire agli altri false credenze;
- l'uso della bugia per indurre negli altri delle false credenze;
- la comprensione dei verbi mentali (come pensare, credere)

Nel contesto del gioco simbolico e della teoria della mente è possibile identificare alcuni aspetti condivisi, come:

- la funzione di reversibilità debole: la capacità di rappresentare un oggetto come appartenente a due significati distinti contemporaneamente;
- la funzione simbolica: usare un oggetto per rappresentare un altro oggetto, evento o concetto;
- la funzione metarappresentativa: la capacità di rappresentare non solo oggetti o eventi, ma anche le rappresentazioni mentali stesse, ovvero la consapevolezza e il pensiero su pensieri e credenze.

2.2 Teorie del gioco simbolico

Nella ricerca psicologica, diversi studiosi si sono dedicati allo studio del gioco simbolico, sebbene siano emerse delle difficoltà. Come sottolineano Rubin, Fein, Vandenberg (1983) «il gioco pone un dilemma familiare agli psicologi: al pari di altri fenomeni quali l'intelligenza, il linguaggio, l'aggressività o l'altruismo può essere definito più facilmente a livello comportamentale che non teorico».

Diversi autori riconoscono che il gioco simbolico svolga una molteplicità di funzioni, tra cui:

- gestire le emozioni negative come paura, dolore e ansia (Harris, 2000);
- favorire lo sviluppo cognitivo (Berk, 1994);
- potenziare le abilità di problem solving e sviluppare strategie di adattamento del bambino (Piaget, 1962; Vygotskij, 1966);
- la possibilità di apprendere e interiorizzare regole, norme e ruoli sociali attraverso l'interazione con i pari (Bruder & Chen, 2007).

Nel corso degli anni sono stati proposti diversi modelli per spiegare il ruolo del gioco simbolico nello sviluppo infantile. Verranno approfondite le teorie principali, partendo dalla prospettiva cognitiva di Piaget, per proseguire con la dimensione socioculturale di Vygotskij, fino ad arrivare alla visione emotiva e relazionale di Winnicott, con un'ulteriore considerazione di alcune teorie più recenti.

2.2.1 La teoria di Piaget

Secondo l'approccio cognitivista, di cui Piaget è stato uno dei principali esponenti, il gioco simbolico, l'imitazione differita e il linguaggio sono manifestazioni parallele della funzione simbolica, ossia l'abilità di agire "come se" e simulare eventi, azioni e circostanze del mondo reale. Questo processo di simulazione è legato all'abilità del bambino di decentrarsi, cioè di allontanarsi dal proprio punto di vista per adottare quello di un altro o per rappresentare eventi e situazioni non direttamente osservabili.

Quindi, Piaget (1945) colloca il gioco nella teoria dello sviluppo cognitivo, ma più in particolare nel "processo di formazione del simbolo". Come l'imitazione, anche il gioco contribuisce allo sviluppo della funzione simbolica, poiché mentre gioca il bambino interagisce con una realtà immaginaria che conserva un legame con il mondo reale ma se ne distacca. Giocando i bambini

attivano un processo mentale che permette di creare simboli in grado di richiamare eventi o situazioni non presenti nella realtà. Il gioco è guidato dall'assimilazione, ovvero da quel processo mentale attraverso cui i bambini adattano e trasformano la realtà esterna alle strutture già costruite.

La teoria di Piaget si articola in 4 stadi attraverso cui avviene lo sviluppo dei bambini (Piaget, 1972). Questi stadi sono:

1. stadio senso-motorio (da zero a due anni circa), in cui il bambino acquisisce la conoscenza tramite i riflessi;
2. stadio preoperatorio (da due a sette anni circa), in cui il bambino acquisisce la conoscenza mediante il gioco simbolico, ovvero il gioco del "far finta", l'imitazione differita e la presenza del linguaggio;
3. stadio delle operazioni concrete (da sette a undici anni circa), cioè quel periodo in cui il bambino è in grado di pensare alle cose concrete, ma non a quelle astratte;
4. stadio delle operazioni formali (da undici anni in poi), in cui il bambino è in grado di ragionare anche su concetti astratti.

Dunque, il gioco simbolico riguarda lo stadio preoperatorio, in cui il bambino è in grado di usare simboli, immagini, parole e rappresentazioni mentali che si manifestano soprattutto attraverso l'imitazione differita, grazie alla quale egli è in grado di osservare dei comportamenti messi in atto, per esempio, dal fratello o da un adulto per poi, a distanza di tempo, imitare ciò che ha osservato anche in assenza del soggetto (Piaget, 1972). Il fanciullo utilizza in particolar modo il gioco simbolico, cioè, usa un oggetto con una funzione diversa da quella reale, ad esempio, una scatola per simulare un telefono, dando prova di saper usare schemi verbali appresi per indicare una realtà mentale, che o non è presente nell'immediato o è solo immaginata.

Inoltre, Piaget (1972) differenzia i giochi dell'infanzia in base all'evoluzione dei processi cognitivi coinvolti. Distinguendo tra:

- giochi di esercizio: sono tipici dello stadio senso-motorio e consistono nella ripetizione di attività che vengono acquisite con l'obiettivo dell'adattamento. Grazie alla ripetizione le azioni diventano uno schema che il bambino saprà eseguire anche in altre circostanze;
- giochi simbolici: a differenza del gioco di esercizio, il simbolo implica la rappresentazione di un oggetto assente, attraverso un paragone tra un elemento concreto e uno immaginato, immaginando situazioni non reali. Ad esempio, il fanciullo può muovere una scatola per simulare un'automobile, attribuendo ad essa un significato simbolico che va oltre la sua funzione originaria. Secondo Piaget, il gioco simbolico svolge una funzione importante nell'organizzare il pensiero del bambino, in uno stadio in cui il linguaggio non ha ancora raggiunto il suo predominio, ma il gioco diventa un ponte per la sua acquisizione;
- giochi di regole: mentre i giochi simbolici diminuiscono con l'età scolare, i giochi di regole diventano più frequenti e, a differenza del simbolo, la regola presuppone le relazioni sociali o interindividuali. In questo contesto, Piaget considera i giochi di regole adattivi, mediante i quali il bambino apprende la competizione, la negoziazione, la persuasione, il conflitto e il compromesso con i coetanei, favorendo in tal modo il superamento della fase "egocentrica", a favore dello sviluppo della socializzazione e delle competenze cognitivo-sociali.

Infine, secondo l'autore, il gioco svolge due funzioni fondamentali nello sviluppo del bambino: da un lato, consente di consolidare le abilità già acquisite attraverso la ripetizione e l'esercizio e dall'altro, rinforza la consapevolezza del bambino di poter agire in maniera efficace sulla realtà. Nel contesto del gioco simbolico, infatti, non esistono insuccessi e non vi sono vincoli

legati alle proprietà degli oggetti o delle situazioni reali, poiché il bambino opera nel mondo della fantasia, dove le regole della realtà possono essere trasgredite (Piaget, 1972).

2.2.2 La teoria di Vygotskij

Pur condividendo con Piaget l'idea che il gioco implichi una rappresentazione mentale, Vygotskij considerava riduttiva la visione del gioco limitata agli aspetti cognitivi. Secondo lui è importante porre attenzione anche agli affetti, alle motivazioni e alle circostanze interpersonali da cui il gioco trae origine.

In particolare, Vygotskij (1966) osservava che, nel passaggio dall'infanzia all'età prescolare, il gioco simbolico aiuta il fanciullo a gestire la tensione tra i suoi desideri e l'impossibilità di soddisfarli immediatamente. Crescendo, infatti, il bambino comprende che non sempre i propri desideri possono essere soddisfatti subito e così il gioco diventa una risposta creativa ai bisogni non soddisfatti. Un altro aspetto importante del gioco è che esso libera gli oggetti dal loro potere vincolante. In altre parole, nel gioco gli oggetti non sono più utilizzati secondo il loro scopo originario (come aprire una porta o suonare un campanello), ma acquisiscono nuovi significati simbolici. Ciò si verifica, perché «nel gioco il pensiero è separato dagli oggetti e l'azione nasce dalle idee più che dalle cose: un pezzo di legno comincia ad essere una bambola e un bastone diventa un cavallo» (Vygotskij, 1966, trad. it. p. 143). Il gioco diventa così una fase di transizione nel processo di separazione del significato dall'oggetto reale. Crescendo il fanciullo non avrà più bisogno di un oggetto come supporto al processo di creazione simbolica, ma potrà inventare attraverso le parole tutte le situazioni immaginarie che vorrà.

Dal punto di vista delle funzioni evolutive, il gioco collocandosi nell'ambito del possibile apre una "zona di sviluppo prossimale", ovvero ciò che un bambino può fare da solo e ciò che è in grado di fare con l'aiuto di un adulto o di un esperto. In altre parole: giocando, un bambino «si

comporta sempre al di sopra del suo comportamento quotidiano» perché «il gioco contiene tutte le tendenze evolutive in forma condensata ed è esso stesso una fonte principale di sviluppo» (Vygotskij, 1966, trad. it. p.150).

Il gioco simbolico può essere visto come una forma di pre-addestramento delle regole e delle convenzioni della società in cui il bambino cresce e per questo motivo rappresenta una tappa cruciale per lo sviluppo delle competenze infantili affettive, cognitive e soprattutto sociali (Vygotskij, 1966). Nel gioco, infatti, il bambino rispetta le regole con attenzione, più di quanto accada nella vita reale. Il gioco diventa così un campo di apprendimento in cui il bambino può interiorizzare le regole e i comportamenti sociali, prima di applicarli nel mondo reale.

2.2.3 La teoria di Winnicott

Winnicott affronta il gioco da un altro punto di vista, sottolineando il suo carattere serio come uno dei tratti distintivi del gioco. Come Vygotskij, considera il gioco un'attività fondamentale per lo sviluppo del bambino; tuttavia, mentre Vygotskij si concentra sull'interazione sociale e sulle regole, Winnicott vede il gioco come uno spazio in cui il bambino può esprimersi liberamente e iniziare a separarsi emotivamente dagli altri, costruendo così la propria identità e autonomia.

Winnicott è stato uno psicoanalista e psichiatra infantile inglese, che parla dei bambini cosiddetti "perduti" nel gioco e definisce lo spazio-tempo del giocare «un'area che non può facilmente essere lasciata e che non ammette intrusioni» (Winnicott, 1971, trad. it. p. 40). Egli giunge alla formulazione della teoria del gioco attraverso l'analisi degli oggetti transizionali. Per spiegare questo concetto, Winnicott sostiene che il lattante sperimenta uno stato di fusione totale con la realtà esterna ed è quindi totalmente dipendente dalle cure materne, sulle quali non può operare nessun controllo. Winnicott (2004) usa l'espressione "madre sufficientemente

buona" per descrivere la figura materna che, nelle fasi iniziali della vita, si adatta totalmente ai bisogni del bambino, offrendo un'illusione di controllo sulla realtà esterna. Con il tempo, questa adattabilità viene gradualmente ridotta, permettendo al bambino di riconoscere l'esistenza del "non-me", cioè una realtà esterna distinta da sé (Winnicott, 2004). Per passare dalla pura soggettività all'oggettività, il bambino si serve degli "oggetti transizionali", cioè di quegli oggetti come, ad esempio, un fazzoletto, un lembo di lenzuolino o un pelouche, che permettono al fanciullo di far fronte all'ansia, causata dalla separazione dalla madre e di affrontare momenti come l'addormentarsi. In tal modo, egli costruisce la propria indipendenza affettiva mostrando interesse nei confronti del mondo che lo circonda. Un esempio noto di oggetto transizionale è rappresentato dalla copertina che Linus, il personaggio dei fumetti di Schultz, porta sempre con sé.

Seppur il giocattolo consente il distacco dalla madre, allo stesso tempo ripristina con lei una nuova relazione fondata sulla sicurezza della continua disponibilità della madre anche dopo essere stata dimenticata. Oltretutto, l'oggetto transizionale funge da sostituto della madre, pur non essendo la madre stessa e sembra assumere maggiore importanza di essa in quanto autonomamente gestito e soggetto ad una continua modifica per ridurre la distanza tra il sé e la realtà esterna. Il bambino comincia così a sviluppare una certa autonomia, tramite l'oggetto transizionale, nella produzione del proprio benessere. Tuttavia, Winnicott (2004) sostiene anche che l'oggetto transizionale, a causa di fattori ambientali, può essere utilizzato in modo disfunzionale e rischia di ridursi a semplice strumento di consolazione per colmare un vuoto affettivo, senza raggiungere mai la sua funzione di mediatore tra il sé e la realtà.

Il gioco e gli oggetti transizionali si collocano in un'area intermedia dell'esperienza che, pur non essendo completamente reale, è vissuta come tale dal bambino, e non dovrebbe essere messa in dubbio dagli adulti. Questa dimensione nasce dall'esigenza del bambino di trovare un equilibrio tra il mondo interno e le richieste dell'ambiente. In questo spazio, il gioco diventa un

ponte che collega il sé con l'altro, l'interno e l'esterno e l'assenza con la presenza della figura materna (Winnicott, 2004).

Secondo Winnicott, l'uso che il bambino fa del suo oggetto transizionale rappresenta sia una prima forma di attività simbolica, sia l'inizio dell'attività ludica.

Inoltre, un'altra caratteristica fondamentale è che, durante il gioco il bambino è libero di esprimere la propria creatività, senza costrizioni. Questa capacità di giocare in modo creativo consente al bambino di esprimere appieno il potenziale della propria personalità e di esplorare e scoprire il proprio sé. Per tali ragioni, Winnicott sostiene che l'intera esistenza dell'uomo, intesa come esperienza, si costruisce a partire dal gioco.

2.2.4 Contributi recenti: Lillard e Leslie

A partire dagli anni '80, numerose ricerche condotte in Inghilterra e negli Stati Uniti hanno approfondito le Teorie della Mente Infantili, mettendo in evidenza una trasformazione significativa nel pensiero del bambino, definita da alcuni autori come una "rivoluzione copernicana" (Di Fazio, 2015; Fonagy & Target, 1996). Tra i due e i quattro anni circa, il bambino inizia ad acquisire la capacità di "pensare il pensiero", ovvero di comprendere che la propria mente e quella degli altri sono separate e che le azioni degli esseri umani sono influenzate da emozioni, desideri, affetti e pensieri (Di Fazio, 2015). Questo cambiamento determina una conquista fondamentale nel bambino che inizia a comprendere che gli esseri umani hanno una vita interiore che può essere diversa dalla propria (Fonagy & Target, 1996).

Tra gli studiosi che si sono occupati di questo tema in anni più recenti vi sono Angeline Lillard e Alan Leslie.

Angeline Lillard (1994, cit. in Cambi & Staccioli, 2007) illustra sei caratteristiche della finzione: innanzitutto, è necessario che il soggetto “faccia finta di”. Ci dev’essere poi una situazione reale che si contrappone a una fittizia e colui che finge deve crearsi una rappresentazione mentale dello scenario da proiettare poi nella realtà, in modo che realtà e finzione condividano lo stesso spazio-tempo. La finzione dev’essere consapevole e intenzionale, poiché lo scenario è costruito volontariamente dal soggetto. Nei bambini vi sono altri due aspetti rilevanti: il divertimento, quindi il piacere, e l’attività che, oltre a essere fisica, è soprattutto mentale.

Nel gioco di finzione, i bambini sono consapevoli del fatto che il dominio della realtà e della non realtà sono separati, anche se la fantasia viene proiettata nella realtà. Quindi, il confine tra i due è preciso, però Lillard cerca di comprendere se i bambini siano consapevoli della natura mentale della finzione o se agiscano solo “come se”, senza esser consapevoli del fatto che la finzione si basi sulla rappresentazione mentale. Sulla base delle sue ricerche, l’autrice conclude che in età prescolare la finzione si manifesta principalmente a livello comportamentale, mentre solo nei bambini più grandi emerge la consapevolezza che “fare finta di” significa avere una rappresentazione mentale (Cambi & Staccioli, 2007).

Su questo aspetto indaga anche Alan Leslie, psicologo contemporaneo inglese, noto tra gli studiosi di psicologia dello sviluppo per le sue ricerche sulle teorie della mente infantili.

Leslie (2002, cit. in Cambi & Staccioli, 2007) sostiene che il gioco di finzione delinea la capacità umana di manipolare stati mentali, ossia stati che non sono direttamente percepibili. Ad esempio, quando un bambino di due anni finge di bere da una tazza vuota, sta manipolando una rappresentazione mentale. Secondo Leslie, non si verificherà mai una confusione tra la finzione e la realtà, come nel caso in cui il bambino dovesse confondere una tazza piena con una vuota, poiché egli ipotizza l'esistenza di un meccanismo "distaccatore" (Theory of Mind

Mechanism, ToMM). Questo meccanismo permette di separare le rappresentazioni primarie, che corrispondono a una rappresentazione diretta della realtà, dalle rappresentazioni secondarie, che riflettono stati mentali propri o altrui, e che indicano atteggiamenti o attitudini verso la realtà.

Quindi, le teorie moderne sulla mente infantile, come quelle di Lillard e Leslie, hanno permesso di comprendere meglio come il gioco di finzione rappresenti una capacità evolutiva fondamentale per i bambini. Attraverso il gioco, i bambini sviluppano la consapevolezza dei propri stati mentali e di quelli altrui, comprendendo la distinzione tra realtà e finzione e imparando a manipolare rappresentazioni mentali. In questo processo, il gioco diventa una chiave per lo sviluppo cognitivo e sociale (Cambi & Staccioli, 2007).

2.3 Il gioco simbolico come espressione e strumento di gestione dell'ansia nei bambini

Il gioco simbolico è uno strumento fondamentale attraverso cui i bambini esplorano il mondo e sviluppano strategie emotive, per affrontare esperienze interiori complesse, come l'ansia.

Questa forma di gioco consente loro di ricreare in modo simbolico situazioni che suscitano paura o disagio, favorendo la rielaborazione emotiva e un senso di controllo. In particolare, il gioco simbolico permette ai bambini di affrontare e rielaborare emozioni difficili, come paura e ansia, distaccandosi dalla realtà ed esplorando scenari immaginari (Bateson, 1996).

Gregory Bateson, nel suo saggio *Questo è un gioco*, osserva come i bambini siano capaci di distinguere tra realtà e finzione e utilizzano il gioco simbolico come uno spazio protetto in cui esprimere emozioni senza esserne sopraffatti (Bateson, 1996). Il concetto viene ripreso anche da Schaffner e Zoletto, secondo i quali il gioco simbolico permette ai bambini di esplorare paure e ansie senza che queste diventino fonte di angoscia, rappresentando situazioni ansiogene o

conflittuali senza doverle affrontare direttamente nella realtà, riducendo così l'intensità del coinvolgimento emotivo.

Un esempio significativo è il gioco di ruolo: un bambino che sta vivendo un'esperienza stressante, come la separazione dei genitori, può "fare finta" di essere un genitore o un medico. Questo gli permette di elaborare la situazione da una posizione attiva e di trasformare un evento percepito come minaccioso in uno più comprensibile e meno angosciante. Il gioco simbolico promuove l'auto-regolazione affettiva e sostiene lo sviluppo di un senso maggiore di padronanza emotiva.

Anche Winnicott (2004) sottolinea come il gioco si svolga in uno "spazio protetto", intermedio tra realtà interna e realtà esterna, dove il bambino può rielaborare i vissuti dolorosi in modo creativo e protetto, riconciliando progressivamente il mondo interno con le richieste del mondo esterno.

CAPITOLO 3:

IL GIOCO COME STRUMENTO DI VALUTAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA

In età evolutiva, il gioco rappresenta il principale strumento attraverso cui il bambino esprime emozioni, pensieri e bisogni in maniera spontanea e naturale. Attraverso l'osservazione del gioco si possono cogliere aspetti importanti dello sviluppo emotivo, cognitivo e relazionale del bambino, spesso difficili da verbalizzare. Per questo motivo, sempre più spesso si utilizza il gioco come metodo di valutazione indiretta in ambito clinico, permettendo di individuare paure, ansie e dinamiche interne che possono non essere individuate dai tradizionali strumenti diagnostici.

3.1 La Play Therapy

La *Play Therapy* rappresenta una metodologia fondamentale per la valutazione psicologica in età evolutiva, perché permette di accedere al mondo interno del bambino attraverso la forma di linguaggio più spontanea e naturale: il gioco. Infatti, in molti casi, il bambino non è in grado di comunicare verbalmente il proprio disagio, che può essere anche inconscio; per mezzo del gioco egli riesce ad esprimere emozioni, pensieri e conflitti che il clinico può osservare e interpretare, ottenendo importanti indicazioni sul funzionamento psicologico del minore (De Pascali, 2020).

Questa modalità è particolarmente adatta per bambini di età compresa tra i 3 e i 12 anni, periodo in cui il gioco rappresenta il principale strumento di espressione emotiva e socializzazione. L'osservazione delle attività ludiche permette di rilevare indicatori psicologici rilevanti, quali l'ansia derivante da esperienze traumatiche, difficoltà relazionali o la presenza di condotte disfunzionali (De Pascali, 2020).

Schaefer (1993, cit. in De Pascali, 2020, p. 112) ha identificato diversi "poteri terapeutici" del gioco, che nella dimensione valutativa assumono un valore diagnostico. Tra questi ci sono la comunicazione mediata (per mezzo di pupazzi e bambole), l'abreazione (la possibilità di rivivere esperienze traumatiche in modo simbolico e controllato), la padronanza (ridurre l'ansia attraverso un'esposizione graduale), la catarsi emotiva (rilascio delle tensioni), la compensazione con la fantasia, lo sviluppo dell'attaccamento, la facilitazione dell'apprendimento, la costruzione dell'identità e la soluzione creativa dei problemi.

Il setting della *Play Therapy* è strutturato per offrire al bambino un ambiente accogliente, sicuro e stimolante. Tra gli strumenti utilizzati vi sono: la *family house*, giochi simbolici, oggetti con valenza affettiva (come i peluche), giochi cognitivi e libri illustrati, che consentono di cogliere le dinamiche emotive e relazionali del bambino (De Pascali, 2020). La disposizione dello spazio e la scelta dei materiali non sono casuali, ma rispondono alla necessità di favorire l'espressione spontanea e un'osservazione accurata da parte del clinico.

La *Play Therapy* non direttiva si basa su alcuni principi chiave che pongono il bambino al centro del processo valutativo. Tra questi vi sono: l'importanza di creare una relazione positiva, l'accettazione incondizionata delle emozioni esibite dal bambino, lasciare al bambino una libertà con limiti chiari, il rispetto per la capacità di problem-solving del bambino, la libertà di scelta e la gradualità dell'intervento. Le limitazioni vengono imposte solo quando necessarie e sono minime (De Pascali, 2020). Tali principi garantiscono che il gioco sia uno strumento diagnostico prezioso, in grado di rivelare in profondità il mondo emotivo e relazionale del bambino.

Accanto alle forme più classiche e non direttive di Play Therapy, si sono sviluppati modelli che integrano l'uso del gioco con riferimenti teorici e tecniche strutturate. Tra questi vi è la Play

Therapy Cognitivo-Comportamentale (CBPT), che rappresenta un'importante evoluzione, e coniuga l'efficacia del gioco simbolico con i principi del modello cognitivo-comportamentale.

La Play Therapy Cognitivo-Comportamentale (CBPT) è un intervento clinico pensato specificatamente per l'età evolutiva, in particolare per i bambini tra i 3 e gli 8 anni, che adatta la teoria cognitivo-comportamentale al paradigma della Play Therapy. L'obiettivo principale è adeguare le tecniche dell'intervento cognitivo-comportamentale (CBT), originariamente sviluppate per adulti, alle caratteristiche cognitive, emotive e relazionali dei bambini, per i quali gli interventi verbali appaiono spesso poco efficaci (Geraci, 2024).

Il modello CBPT è stato sviluppato da Susan M. Knell a partire dagli anni '90, integrando gli approcci di Ellis, Beck e Bandura nel contesto del gioco. Secondo Knell, l'intervento cognitivo può essere adattato ai bambini piccoli se presentato in modo accessibile, per mezzo ad esempio dell'uso di puppets, peluche, libri e altri giocattoli, che fungono da modelli per l'apprendimento di nuovi comportamenti e strategie cognitive. In questo modo, il gioco diventa il linguaggio favorito attraverso cui il bambino è in grado di esprimere emozioni, pensieri e bisogni, facilitando la comunicazione e la comprensione del proprio mondo interno (Geraci, 2024).

Il setting della CBPT è generalmente strutturato nella stanza dei giochi, in cui ci si possono trovare materiali e giocattoli tradizionali, organizzati in modo prevedibile e di facile accesso per garantire un ambiente sicuro e accogliente. Questo spazio è caratterizzato da una relazione clinica empatica e da un'atmosfera di accettazione e permette al bambino di sentirsi libero di esprimersi e di essere se stesso. Il clinico, sia nei momenti del gioco libero che in quelli strutturati, osserva e raccoglie informazioni cliniche fondamentali per valutare e comprendere il funzionamento del bambino. In alcune situazioni specifiche, come la presenza di ansie e fobie, l'intervento si può svolgere anche al di fuori della stanza dei giochi, utilizzando materiali

espressivi adatti a favorire l'esposizione graduale e la desensibilizzazione sistematica (Geraci, 2024).

La CBPT si articola in diverse fasi: orientamento, valutazione, definizione del caso e intervento. Nella fase di orientamento si esamina il problema presentato e si chiarisce il ruolo dei genitori e delle figure adulte significative. Durante la valutazione, si utilizzano strumenti di osservazione e il gioco per raccogliere informazioni su comportamenti, emozioni e pensieri del bambino, considerando anche i fattori individuali, relazionali e ambientali. L'intervento, pur mantenendo un focus diagnostico, prevede l'uso di tecniche come il modeling, il Role playing, lo storytelling e la biblioterapia, che aiutano il bambino ad apprendere strategie di coping efficaci e generalizzare i comportamenti appresi in altri contesti di vita (Geraci, 2024).

Il modeling è una delle principali tecniche della CBPT, attraverso cui il bambino osserva e impara comportamenti e strategie di problem-solving da modelli rappresentati da pupazzi, peluche o personaggi delle storie. Il Role playing e lo storytelling clinico offrono ulteriori opportunità per apprendere e di osservare le dinamiche emotive e relazionali del bambino. Fondamentale è mantenere l'equilibrio tra attività strutturate e momenti di gioco spontaneo: le prime insegnano comportamenti adattivi, mentre i secondi permettono di osservare la spontaneità e la creatività del bambino, fornendo informazioni utili per la valutazione clinica (Geraci, 2024).

Quindi, la Play Therapy Cognitivo-Comportamentale si è rilevata efficace per trattare diverse difficoltà dell'età evolutiva, come mutismo selettivo, ansia da separazione, disturbi d'ansia e comportamenti aggressivi. L'uso del gioco come strumento diagnostico e di valutazione permette di comprendere e monitorare il funzionamento emotivo, cognitivo e relazionale del bambino, facilitando lo sviluppo di strategie più adattive e promuovendo il benessere psicologico (Geraci, 2024).

3.2 La Sandplay Therapy

La Terapia del Gioco della Sabbia, o *Sandplay Therapy,* è una tecnica clinica caratterizzata da un approccio pratico e creativo, basato sulla costruzione di rappresentazioni immaginative all'interno della relazione analitica tra clinico e paziente. Questa modalità permette al paziente di esprimere il proprio mondo interiore inconscio attraverso l'uso di una sabbiera e di miniature, inserite in uno spazio delimitato e protetto (De Pascali, 2020).

Le origini della *Sandplay Therapy* risalgono alla prima metà del XX secolo e sono legate al lavoro pionieristico della pediatra inglese Margaret Lowenfeld (1890-1973). Nel 1929, Lowenfeld elaborò la *World Technique*, uno strumento psicologico capace di facilitare l'espressione del mondo interiore dei bambini. Trasse l'ispirazione dal libro *Floor Games* (1911) di Herbert George Wells, che descriveva giochi creativi sul pavimento con miniature e oggetti, trasformando lo spazio in un palcoscenico per mondi fantastici (Sergiampietri, 2013).

Fin dal 1929, Lowenfeld introdusse nella sua clinica londinese una stanza detta "il mondo", in cui vi erano dei vassoi di sabbia e una ricca collezione di piccoli giocattoli e miniature. Spesso i bambini con difficoltà psicologiche usavano liberamente questo materiale per creare mondi e scene in miniatura, dando forma ai propri vissuti e stimolando la loro immaginazione e capacità espressiva. Così la *World Technique* si configurò una modalità clinico-diagnostica in grado di indagare i processi psicodinamici del bambino attraverso il gioco simbolico e non verbale (De Pascali, 2020; Sergiampietri, 2013).

Un'evoluzione rilevante della tecnica fu operata da Dora Kalff (1904–1989), psicoterapeuta svizzera e allieva di Carl Gustav Jung. Tra gli anni Cinquanta e Sessanta, Kalff elaborò la *Sandplay Therapy*, integrando la tecnica di Lowenfeld con i presupposti teorici della psicologia analitica junghiana (De Pascali, 2020). Kalff immaginava la sabbiera e le miniature come strumenti privilegiati per accedere ai contenuti inconsci del paziente, che venivano proiettati

nella scena creata nella sabbia sotto forma di rappresentazioni simboliche (Sergiampietri, 2013).

A differenza del classico setting analitico, la stanza dedicata al Gioco della Sabbia si presenta come un ambiente vivace e suggestivo, pensato per stimolare la creatività e l'espressività del paziente. All'interno, vi sono delle mensole su cui vengono posti numerosi oggetti colorati e attraenti, scelti e organizzati secondo lo stile personale del clinico. Come indicato da Dora Kalff, al centro della stanza si trovano due sabbiere: una contenente sabbia asciutta e l'altra sabbia bagnata, poste entrambe su di un carrello ad altezza regolabile per facilitarne l'accesso. Il fondo della sabbiera è dipinto di un azzurro luminoso, a richiamare la rappresentazione dell'acqua (Sergiampietri, 2013).

La sabbiera svolge una funzione ordinatrice e protettiva, contenendo e dando forma al materiale psichico che emerge dall'inconscio. La sabbia, per sua natura non strutturata e malleabile, si presta soprattutto ai processi proiettivi, permettendo al paziente di esprimere liberamente contenuti inconsci che potrebbero altrimenti risultare caotici o difficili da gestire. Vi è a disposizione un'ampia raccolta di miniature che comprende oggetti naturali come sassi, terre colorate, vegetali e conchiglie, rappresentazioni in miniatura di elementi del mondo quotidiano e fantastico: alberi, case, animali, persone di diverse età e culture, creature mitologiche, elementi architettonici e materiale da costruzione. Questa varietà permette di rappresentare sia il mondo esterno che quello immaginario del paziente, facilitando l'espressione simbolica di emozioni e vissuti profondi (De Pascali, 2020; Sergiampietri, 2013).

Secondo Kalff, la sabbia e gli oggetti fungono da "tramiti" attraverso cui i contenuti profondi del bambino possono emergere e manifestarsi. Questo processo, detto meccanismo inconscio della proiezione, consiste nel trasferire un'esperienza soggettiva su un oggetto, che diventa così veicolo di espressione psichica. Nei bambini che giocano spontaneamente, il Gioco della Sabbia

offre la possibilità di esprimersi in modo creativo attraverso la costruzione di immagini che li rappresentano, in un gioco che non ha regole e che stimola la fantasia e l'espressività libera (De Pascali, 2020).

Durante la seduta, il clinico osserva in silenzio la costruzione della scena, registrando attentamente diversi aspetti: l'uso della sabbia, la sequenza e il piazzamento degli oggetti, la direzione e le relazioni spaziali tra gli elementi, eventuali oggetti seppelliti e la comunicazione verbale e non verbale del paziente. Al termine, segue un momento di condivisione in cui il paziente può attribuire un titolo alla scena o raccontarne la storia. Kalff consiglia di evitare interpretazioni immediate, soprattutto nei casi che richiedono un'analisi più profonda. In ultimo, la rappresentazione viene fotografata per documentare il percorso clinico (De Pascali, 2020).

3.2.1 Applicazione clinica della Sandplay Therapy: il caso di Charlie

Considerando un esempio di applicazione del Gioco della Sabbia, significativo è il caso di Charlie, un bambino di 8 anni figlio di genitori immigrati, cui è stato diagnosticato un Disturbo Post Traumatico da Stress a seguito di un grave incidente automobilistico. Charlie manifestava frequenti incubi e un'intensa ansia, che compromettevano il suo benessere quotidiano. Attraverso l'intervento clinico con la Sandplay Therapy, il bambino ha potuto esprimere ed elaborare le proprie paure e ansie, recuperando progressivamente la capacità di dormire serenamente e di affrontare senza timore gli spostamenti in auto. Durante l'intervento, Charlie ha realizzato sette scenari simbolici nella sabbia, ognuno con un forte valore rappresentativo. La prima scena raffigurava un incidente d'auto collocato su una collina centrale, invece nelle sedute successive comparivano immagini di forze contrapposte, come due squadre di calcio schierate pronte a giocare, un cerchio di dinosauri attorno a un piccolo albero e una partita di

calcio tra squadre di colori opposti. Altre rappresentazioni comprendevano dei gatti selvatici attorno a un cucciolo allegro e la firma del bambino impressa nella sabbia con le proprie mani. Nell'ultima scena, Charlie ha raffigurato dei pugili e dei combattenti di karatè in un ring di boxe, che poi ha riempito di sabbia e posizionato dentro i giocatori. Dopo dieci sedute, il bambino è stato dimesso, completamente libero dai sintomi che avevano motivato l'inizio dell'intervento. Questo caso illustra come il Gioco della Sabbia rappresenti un processo di trasformazione e cura, in cui le immagini create nella sabbia, sebbene siano temporanee e mutevoli, rispecchiano le dinamiche interne del paziente e facilitano l'elaborazione simbolica dei vissuti traumatici (De Pascali, 2020).

3.3 Il Role playing

Il Role playing, o gioco di ruolo, rappresenta una delle tecniche più efficaci per la valutazione delle dinamiche emotive e relazionali in età evolutiva. Attraverso la messa in scena di situazioni reali o immaginarie, il bambino può esprimere emozioni, bisogni e conflitti che spesso risultano difficili da verbalizzare (Ticusan, 2014).

Quando il gioco evolve in un'attività più complessa, che richiede una capacità di intercoordinazione, il bambino deve non solo essere in grado di costruire un contesto immaginativo, ma sapersi anche adattare a quello creato dall'altro, che sia un coetaneo o un adulto. In questo quadro prende forma il gioco di ruolo (R*ole playing*), definito come un comportamento attraverso il quale il bambino simula l'identità o le caratteristiche di un'altra persona. Nel gioco di ruolo, i bambini assumono diversi tipi di ruoli, che possono riflettere relazioni sociali reali, imitazioni di attività quotidiane o personaggi stereotipati. Con l'età, questi ruoli diventano più complessi e personalizzati, favorendo lo sviluppo emotivo e relazionale. Affinché il gioco di ruolo mantenga la sua funzione espressiva e trasformativa, è

fondamentale che il bambino possa condurlo in maniera spontanea, scegliendo ruoli e scenari senza imposizioni esterne, cosicché possa esplorare il proprio mondo interiore, dare voce alle emozioni e acquisire una maggiore consapevolezza di sé, superando incertezze e paure (Pascali, 2020).

Il Role playing si configura anche come un importante strumento di osservazione clinica in età evolutiva. Il gioco di ruolo e le attività teatrali con le marionette permettono al bambino di affrontare emozioni complesse come l'ansia in un ambiente protetto, facilitando l'espressione simbolica di paure, insicurezze e conflitti interiori spesso difficili da comunicare verbalmente. Attraverso l'assunzione di ruoli differenti, il bambino può "rivivere" esperienze spiacevoli, modificarne l'esito e invertire i ruoli (ad esempio da vittima ad agente attivo), trovando una forma di giustizia simbolica e sollievo emotivo (Ticusan, 2014).

Dal punto di vista valutativo, l'osservazione delle dinamiche di gioco permettono al clinico di accedere a una comprensione più profonda del funzionamento psicologico del bambino. Le modalità con cui il bambino interpreta i diversi ruoli, le sue reazioni emotive e le interazioni con pari o figure simboliche offrono indizi sulle sue risorse, vulnerabilità e dinamiche relazionali interne. Inoltre, il Role playing favorisce l'acquisizione di competenze sociali fondamentali come l'empatia, la cooperazione e la capacità di assumere la prospettiva dell'altro (Ticusan, 2014).

Infine, il Role playing si può utilizzare anche nei contesti più strutturati all'interno di programmi di intervento per la riduzione dell'ansia. L'integrazione di giochi di ruoli, narrazione, teatro con le marionette e giochi simbolici permette di creare uno spazio sicuro in cui il bambino possa apprendere modalità emotivamente più adattive e sviluppare fiducia in se stesso (Ticusan, 2014). Per queste ragioni, il gioco di ruolo è uno strumento essenziale non solo

per la valutazione clinica, ma anche per la promozione del benessere emotivo nei bambini, in particolare nei casi di disturbi d'ansia o difficoltà nella regolazione affettiva.

CONCLUSIONE

Concludendo questo percorso, sento di aver acquisito una visione più profonda e chiara del ruolo che il gioco simbolico può assumere nella comprensione e nella valutazione dei disturbi d'ansia in età evolutiva. Ho compreso come il gioco non rappresenti solo uno specchio attraverso cui osservare i vissuti interiori del bambino, ma anche uno spazio in cui le emozioni possono essere trasformate e rielaborate, in cui possono emergere e metabolizzarsi paure, insicurezze e bisogni profondi.

L'analisi dei diversi approcci teorici e delle pratiche cliniche centrate sul gioco mi ha permesso di riconoscere l'importanza di strumenti valutativi che siano in grado di cogliere la complessità dell'esperienza infantile, andando oltre le parole e i comportamenti osservabili. Tecniche come la Play therapy, la Sandplay therapy e il Role playing si sono rivelate fondamentali per accedere in modo empatico e non intrusivo al mondo interno del bambino, soprattutto nei casi in cui l'ansia si manifesta in forme non facilmente verbalizzabili.

Ritengo che un intervento efficace in ambito evolutivo debba sempre partire dall'ascolto autentico del bambino e dalla valorizzazione attribuita ai suoi strumenti espressivi, tra questi il più importante è il gioco. In questa prospettiva, il gioco simbolico non è solo una modalità di osservazione, ma diventa anche un mezzo potente per favorire la crescita, rafforzare le risorse individuali e promuovere il benessere psicologico.

Penso che questo lavoro mi abbia permesso di approfondire la comprensione del gioco come prezioso strumento per conoscere, prendersi cura e costruire relazioni con i bambini. Spero che questa riflessione possa rappresentare un punto di partenza per ulteriori approfondimenti personali e professionali nel campo dell'infanzia.

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

Ainsworth, M. D. S. (2006). *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità*. Milano: Raffaello Cortina.

Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (2002). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed., pp. 292–332). New York, NY; London: The Guilford Press.

American Psychiatric Association. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (5ª ed.). Milano: Raffaello Cortina.

Bateson, G. (1996). *Questo è un gioco* (B. Schaffner, Ed.; D. Zoletto, trad.) Milano: Raffaello Cortina Editore.

Baumgartner, E. (2002). *Il gioco dei bambini*. Roma: Carocci.

Bowlby, J. (1976). *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri.

Bowlby, J. (1978). *Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri.

Bowlby, J. (1983). *Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre*. Torino: Boringhieri.

Bowlby, J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina.

Cambi, F., & Staccioli, G. (Eds.) (2007). *Il gioco in Occidente: storia, teorie, pratiche*. Roma: Armando.

Centro per l'età evolutiva. (2021). *Il gioco simbolico: Che cos'è, come osservarlo nel tuo bambino e perché è importante*. https://www.centroetaevolutiva.it/news/gioco-simbolico-sviluppo-e-creativita/

Dabkowska, M., & Dabkowska-Mika, A. (2015). Risk factors of anxiety disorders in children. In A. Durbano (Ed.), *A fresh look at anxiety disorders* (pp. 81–96). IntechOpen. https://doi.org/10.5772/61169

De Pascali, V. L. (2020). Il gioco infantile nella diagnostica e nella psicopedagogia. *Psychofenia*, *23*(41–42). https://doi.org/10.1285/i17201632vXXIIIn41-42p95

Di Fazio, G. (2015). Il gioco simbolico come precursore della teoria della mente. *State of Mind*. https://www.stateofmind.it/2015/09/gioco-simbolico-teoria-mente/

Donovan, C. L., & Spence, S. H. (2000). Prevention of Childhood Anxiety Disorders. *Clinical Psychology Review, 20*(4), 509–531. https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00040-

Elia, M. (n.d.). Disturbo d'ansia da separazione. In *Manuale MSD per operatori sanitari*. *MSD Manuale*. https://www.msdmanuals.com/it/professionale/pediatria/disturbi-psichiatrici-nei-bambini-e-negli-adolescenti/disturbo-d-ansia-da-separazione

Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-Analysis, 77*, 217–233. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8771375/

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology, 9*(4), 679–700. https://doi.org/10.1017/S0954579497001399

Freud, S. (1909/1976). Analisi della fobia di un bambino di cinque anni (Caso clinico del piccolo Hans). In *Opere* (Vol. 5). Torino: Bollati Boringhieri.

Freud, S. (1920). *Al di là del principio di piacere* [Estratto]. In C. L. Musatti (Ed.), *Opere* (Vol. IX, pp. 200–203). Boringhieri. https://lacan-con-freud.it/ar/freud_fort_da_sp.pdf

Geraci, M. A. (2024). La play therapy cognitivo-comportamentale: dalla teoria alla pratica clinica. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 327–362. https://doi.org/10.1449/113493

Grupe, D. W., & Nitschke, J. B. (2013). Uncertainty and anticipation in anxiety: an integrated neurobiological and psychological perspective. *Nature Reviews Neuroscience, 14*(7), 488–501. https://doi.org/10.1038/nrn3524

Istituto A.T. BECK. (n.d.). *I disturbi d'ansia in età evolutiva*. https://www.istitutobeck.com/disturbi-d-ansia-in-eta-evolutiva

Istituto Beck. (n.d.). *Il legame di attaccamento*. https://www.istitutobeck.com/psicoterapia-disturbi-psicologici-terapie/il-legame-di-attaccamento

Kendall, P. C., & Treadwell, K. R. H. (2007). The role of self-statements as a mediator in treatment for youth with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(3), 380–389.

Kendall, P. C., & Di Pietro, M. (2014). *Terapia scolastica dell'ansia. Guida per psicologi e insegnanti*. Trento: Erickson.

Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2nd ed.). New York, NY; London: The Guilford Press.

Morosini, P. (2021). L'ansia nei bambini e negli adolescenti. *Frattali: Rivista semestrale di psicologia e psicoterapia individuale sistemica al tempo della complessità*, Anno II (3), 29–40. http://www.scuolamaraselvini.it/files/03Frattali%2027.12.21.pdf

Piaget, J. (1967). *Lo sviluppo mentale del bambino* (pp. 11–16, 92–95). Torino: Einaudi. https://web.unica.it/static/resources/cms/documents/Piaget.pdf

Piaget, J. (1972). *La formazione del simbolo nel bambino* (pp. 127–247). Firenze: La Nuova Italia.

Russo, R. C. (1990). *Gioco simbolico e produzione fantasmatica in terapia psicomotoria*. https://www.csppni.it/wp-content/uploads/GiocoSimbolicoProduzioneFantasmatica-1.pdf

Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal,* 22(1–2), 7–66. https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7: AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N

Sergiampietri, D. (2013). *La terapia del gioco della sabbia: Dal contributo pionieristico di Dora Kalff alle nuove riflessioni sulla relazione analitica* [PDF]. Istituto Fromm. https://www.ifefromm.it/wp-content/uploads/2020/03/Il_Gioco_della_Sabbia-2013.pdf

State of Mind. (n.d.). *Mutismo selettivo: sintomi e trattamento*. https://www.stateofmind.it/mutismo-selettivo/

Ticusan, M. (2014). Shaping anxiety at school children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences,* 159, 147–150. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.347

Vygotskij, L. S. (1966). *Pensiero e linguaggio* (A. Massucco Costa, Trad. & Ed.). Firenze: Barbèra.

Winnicott, D. W. (2004). *Gioco e realtà*. Roma: Armando.