

La diagnosi in psicopatologia dello sviluppo

Classificazione dei disturbi

- D.S.M. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders espressione dell'American Psychiatric Association
- I.C.D. International Classification of Diseases espressione dell'Organizzazione Mondiale della sanità
- D.C. 0-3 Diagnostica Classification 0-3

Classificazioni dei disturbi mentali

- 1952 DSM I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
- 1965 tentativi sistematici condotti da A. Freud
- 1967 ICD 8 (International Classification of Disorders)
- 1978 ICD 9
- 1980 DSM III
- ICD 10 1994
- 1994 DSM IV e CD 0-3
- 2005 CD 0-3R
- 2013 DSM V

Il percorso dei DSM

- Malattia separata dalla salute;
- Ogni disturbo (categoria) è nettamente separato dall'altro. Le forme intermedie, la quota di realtà che non riesco a collocare nelle mie categorie occupano uno spazio a parte, che diventa una nuova categoria (NAS , Non Altrimenti Specificato). La coerenza formale sembra salva, ma ...
- Implica un maggiore livello di astrazione e la concezione di “prototipi”, difficilmente osservabili, ma utili nell'incontro con la grande variabilità dei fenomeni clinici
- Modello dimensionale: Individua diverse dimensioni. Ogni fenomeno clinico varia quantitativamente su un continuum di valori ordinati (*come su una retta*). Ad esempio i tratti della dell'umore, della cognizione.

Dal DSM IV al DSM 5

Rielaborazioni formali:

- Nuova struttura del manuale
- Abolizione del Sistema multiassiale
- Assessment dimensionale

Struttura: nuova organizzazione dei capitoli

- Il DSM-5 ha modificato l'organizzazione dei capitoli al fine di riflettere un approccio basato sull'arco di vita;
- il Manuale inizia con i disturbi maggiormente diagnosticati nelle prime fasi della vita (Disturbi del neurosviluppo) e termina con quelli pertinenti all'età avanzata (Disturbi neurocognitivi).
- Il DSM abolita la divisione tra disturbi dell'infanzia e dell'età adulta

Sistema multiassiale

- Una considerevole modifica riguarda l'abbandono del sistema di valutazione multiassiale, al quale eravamo abituati dal DSM-III, in quanto giudicato come

“non necessario al fine di effettuare una diagnosi di disturbo mentale”

Sistema multiassiale

- Asse I Sindromi Cliniche: sindromi acute che necessitano trattamento (e.g. depressione, attacchi di panico ecc)
- Asse II Disturbi dello Sviluppo e disturbi della personalità (ritardo mentale e disturbo di paranoide schizoide antisociale ecc)
- Asse III Condizioni Fisiche
- Asse IV Stressors psicologici
- Asse V Livello di funzionamento una scala che valuta il funzionamento globale dell'individuo

Categoria N.A.S.

- Con l'intento di aumentare la specificità diagnostica la designazione di Disturbo **NAS (Non Altrimenti Specificato)** è stata sostituita con due opzioni:
- *Disturbo con altra specificazione e Disturbo senza specificazione*, per consentire al clinico di specificare o meno le caratteristiche di un disturbo che non corrisponde appieno alla sintomatologia necessaria per entrare nella categoria diagnostica corrispondente.

Assessment dimensionale

All'interno del Manuale viene promossa un approccio dimensionale:

- 1) l'accorpamento di più disturbi in una categoria più ampia, come è ad esempio avvenuto per i “disturbi dello spettro dell'autismo”;
- 2) gli specificatori quantitativi di gravità dei sintomi elencati all'interno di alcuni disturbi.
- 3) I paragrafi «sviluppo e decorso» possono darci indicazioni di come le manifestazioni si differenziano nell'arco della vita

DSM 5 e psicopatologia dello sviluppo

Il **sintomo è sempre meno determinante** nel formulare una diagnosi ma ha un valore all'interno dell'associazione con un pattern clinico distintivo.

- «Disturbi d'ansia (217)»,
- «Disturbi Ossessivi Compulsivi e correlati»,
- «Disturbi relativi a Trauma ed elementi di stress»

confermando il fatto che l'ansia non è il sintomo determinante ma fa parte di una configurazione clinica.

DSM 5 e psicopatologia dello sviluppo

La **gravità** e la disabilità derivante da ciascun disturbo diventano sempre più un criterio diagnostico fondamentale, con la conseguenza che il problema non viene riportato all'individuo per sé, ma ai bisogni adattivi che esso rappresenta.

- L'indicazione di un livello di gravità suggerisce che ogni disturbo possa essere presente anche in forma lieve e che non ci sia soluzione di continuità fra tipicità e disturbo.
- Minor medicalizzazione per patologie con basso impatto disfunzionale

DSM 5 e psicopatologia dello sviluppo

Continuità fra psicopatologia dello sviluppo e dell'adulto con riferimento al fatto che un disturbo presente nello sviluppo non può non lasciare traccia nell'adulto.

DSM 5 e psicopatologia dello sviluppo

- **Il concetto di specificità.** È noto che una delle preoccupazioni del DSM-5 è stata quella di interrompere il processo di inflazione delle categorie diagnostiche che, dalle prime edizioni del DSM fino all'ultima, aveva visto raddoppiarsi il numero di disturbi.
- **visione dello sviluppo più plastica,** soprattutto per l'ambito evolutivo, le singole componenti della mente risultano solo in parte dissociate.

DSM 5 e psicopatologia dello sviluppo

Comorbidità. «sebbene il DSM-5 rimanga una classificazione categoriale di disturbi distinti, siamo consapevoli che i disturbi mentali non sempre rientrano completamente all'interno dei confini di un singolo disturbo. Alcuni domini sintomatologici, come l'ansia e la depressione, coinvolgono molteplici categorie diagnostiche e possono riflettere una vulnerabilità di base per un più ampio gruppo di disturbi. Nel riconoscere questa realtà, i disturbi inclusi nel DSM-5 sono stati riordinati all'interno di una struttura organizzativa concepita per stimolare nuove prospettive cliniche»

DSM 5 e psicopatologia dello sviluppo

Alcune condizioni cliniche, che per essere riconosciute formalmente come disturbi necessitano di conferma scientifica, sono state raccolte nella Sezione III del manuale.

Due di queste condizioni il Disturbo da Comportamento Suicidario e l'Autolesionismo non Suicidario riflettono l'aumentato interesse della letteratura e dei clinici nella diagnosi di comportamenti autolesivi.

Disturbi del neurosviluppo

Questo capitolo racchiude le seguenti macrocategorie diagnostiche:

Disabilità intellettive,

Disturbi della comunicazione,

Disturbi dello spettro dell'autismo,

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività,

Disturbo specifico dell'apprendimento,

Disturbi del movimento,

Altri Disturbi del neurosviluppo.

Il termine *Ritardo mentale* utilizzato nel DSM-IV-TR è stato sostituito da Disabilità intellettiva, più comunemente in uso fra pubblico, associazioni e professionisti.

Disturbi d'ansia

- Disturbo d'ansia da separazione
- Mutismo selettivo
- Fobia specifica (indicare se legato ad Animale, ambiente naturale
Sangue iniezioni ferite)
- Disturbo d'ansia sociale
- Disturbo da panico
- Agorafobia
- Disturbo d'ansia generalizzato
- Disturbo d'ansia indotto da sostanze

Disturbo d'ansia da separazione

Criterio A: Paura o ansia eccessiva e inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo che riguarda la separazione da coloro a cui l'individuo è attaccato come evidenziato da **3 o più** dei seguenti criteri

- Ricorrere ad eccessivo disagio quando si prevede o si sperimenta la separazione da casa o dalle principali figure di attaccamento
- Persistente eccessiva preoccupazione riguardo alla perdita di figure di attaccamento o alla possibilità che accada loro qualcosa di dannoso, come malattie, ferite, catastrofi o morte.
- Persistente o eccessiva preoccupazione riguardo al fatto che un evento imprevisto comporti separazione delle figure di riferimento
- Riluttanza o rifiuto di uscire di casa per andare a scuola o al lavoro o altrove per paura di una separazione
- Persistente paura o riluttanza a stare soli o senza le principali figure di attaccamento
- Persistente riluttanza a dormire fuori casa o ad andare a dormire senza le figure di attaccamento
- Ripetuti incubi che implicano il tema della separazione
- Ripetute lamentele di sintomi fisici quando si verifica o si prevede la separazione dalle principali figure di attaccamento

Disturbo d'ansia da separazione

Criterio B

la paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti, con una durata di almeno 4 settimane nei bambini e negli adolescenti 6 mesi negli adulti

Criterio C

Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti

Criterio D

Il disturbo non è meglio spiegato da altro disturbo mentale, come il rifiuto ad uscire di casa a causa di un'eccessiva resistenza al cambiamento nel disturbo dello spettro autistico; deliri e allucinazioni nei disturbi psicotici; assenza di agorafobia, ansia generalizzata o avere un disturbo da ansia della malattia

Classificazione diagnostica 0-3

Classificazione diagnostica 0-3

1977 si costituisce il Centro Nazionale Statunitense per i Programmi di Clinica Infantile, che si chiamerà successivamente “ZERO TO THREE”

1987 si costituisce l'Unità Operativa formata da clinici e ricercatori, nel campo della salute mentale del bambino piccolo, di diverse professionalità e provenienza (Stati Uniti Canada e Europa)

Classificazione diagnostica 0-3

Categorizza i pattern emotivi e comportamentali che rappresentano le deviazioni più significative dello sviluppo “normale” nei primi anni di vita.

Le categorie diagnostiche sono di tipo descrittivo, cioè registrano pattern di sintomi e di comportamenti presenti nel bambino.

Alcune categorie implicano la presenza di potenziali fattori etiologici (es. il disturbo post-traumatico da stress), altre la presenza di processi disfunzionali (es. il disturbo della regolazione)

Classificazione diagnostica 0-3

La classificazione è basata sulla discussione di dati relativi a casi clinici e sull'accordo tra esperti in materia.

Essa costituisce invece una prima guida nella formulazione delle diagnosi e nella pianificazione degli interventi, oltre a rappresentare un quadro di riferimento per le comunicazioni scientifiche (linguaggio comune) e per la progettazione di future ricerche.

Classificazione diagnostica 0-3

Raccoglie tutte le scoperte del processo diagnostico in un mosaico ideale

- Comprende l'esame dei problemi del bambino in termini di vulnerabilità organica,
- storia di sviluppo,
- dinamiche familiari o di problemi relazionali

rappresenta un tentativo di riconoscere e di descrivere i sintomi dei disturbi mentali, di ricostruirne la loro evoluzione, di spiegarne i molteplici aspetti cognitivi e affettivi della specifica situazione del singolo individuo

Classificazione diagnostica 0-3

- Asse I Diagnosi Primaria
- Asse II Classificazione della relazione
- Asse III Disturbi e condizioni fisiche
- Asse IV agenti psicosociali di stress
- Asse V livello di funzionamento emotivo

Asse I: Diagnosi primaria

- 100. Disturbo Post-traumatico da stress
- 150. Disturbo da Deprivazione/Maltrattamento
- 200. Disturbi dell'affettività
 - 210. Disturbo da Lutto Prolungato
 - 220. Disturbi d'ansia nell'infanzia
 - 221. Dist. Da Separazione
 - 222. Fobia Isolata
 - 223. Ansia Sociale
 - 224. Ansia Generalizzata
 - 225. Altri dist. D'ansia (NOS)
 - 230 Depressione Infantile
 - 231. Tipo 1.
 - 232. Tipo 2
 - Depressione NOS
 - 240. Disturbo misto nella componente espressiva delle emozioni
- 300. Disturbo di adattamento

Asse I Diagnosi primaria

- 400. Disturbi della regolazione del Processo Sensoriale
 - 410. Ipersensibile 411.Tipo A: Pauroso/Cauto 412.Tipo B: Oppositivo/Provocatorio
 - 420.Iposensibile/Non Responsivo
 - 430. Alla ricerca di stimolazioni sensoriali/Impulsivo
- 500. Disturbo del sonno
 - 510.Disturbo dell'addormentamento
 - 520.Disturbo del mantenimento del sonno

Asse I: Diagnosi primaria

- 600. Disturbi dell'Alimentazione
 - 601. Dist. dello stato di Regolazione
 - 602. Dist. della Reciprocità con il Caregiver
 - 603. Anoressia Infantile
 - 604. Avversione verso il cibo di certa consistenza o caratteristica
 - 605. Associato a condiz. Mediche Concomitanti
 - 606. Con Traumi nel tratto Gastrointestinale

Asse I: Diagnosi primaria

- 700. Disturbi della relazione e della comunicazione
 - 710. Disturbo Multisistemico dello Sviluppo (MSDD)
- 800. Altri Disturbi (Non codificati in CD 0-3R ma presenti nei sist. Class. Quali DSM-IV-TR o ICD 10)

Asse II: Classificazione della relazione

- L'Asse 2 dovrebbe essere utilizzato solo per diagnosticare le difficoltà di relazione di una certa entità.
- I disturbi della relazione genitore-bambino sono caratterizzati da interazioni genitore-bambino caratterizzate da percezioni, atteggiamenti, comportamenti e affetti disturbati di uno o di entrambi i partner della coppia.
- Queste possono interagire con specifici pattern del bambino, determinando difficoltà o disturbi relazionali.

Asse II: Classificazione della relazione

- Nell'osservare e descrivere la relazione il clinico deve tenere conto di 3 parametri:
- le caratteristiche dell'interazione,
- il tono affettivo,
- il coinvolgimento psicologico.

L'asse 2 va considerato dopo avere applicato la scala di valutazione globale della relazione genitore-bambino (PIR-GAS):

un punteggio inferiore a 40 suffraga una diagnosi in asse 2 di difficoltà gravi e persistenti nella diade.

un punteggio fra 40 e 70 descrive difficoltà che non sono così gravi da diventare disturbo.

Asse II: Classificazione della relazione Scala PIR GAS

- Ben adattata 81-90
- Adattata 71-80
- Perturbata 61-70
- Significativamente Perturbata 51-60
- Angosciata 41-50
- Disturbata 31-40
- Disorganizzata 21-30
- Gravemente Disorganizzata 21-11
- Gravemente Deteriorata 11-20
- Documentati Maltrattamenti 1-10

Asse II: Classificazione della relazione

- **IPER-COINVOLGIMENTO** Il genitore spesso interferisce, domina il bambino, fa richieste non appropriate, può vivere periodi di ansia, depressione, collera e comportarsi con il bambino trattandolo come un pari o come un partner di coppia e ciò può comportare scarsa definizione dei limiti generazionali;
- inoltre non considera il bambino come un individuo distinto da sè, con bisogni propri. Il bambino può apparire dispersivo, sottomesso, con abilità motorie insufficienti, può esprimere rabbia e pianto.

Asse II: Classificazione della relazione

- IPO-COINVOLGIMENTO Il genitore è insensibile e/o non in sintonia con i segnali del bambino, ha un comportamento incoerente verso il bambino rispetto a ciò che dice verbalmente, ignora, rifiuta o è incapace di soddisfare le richieste di conforto del bambino, non è in grado di funzionare da “specchio” in cui si riflettono gli stati interni del bambino, non protegge sufficientemente il b. dal pericolo, nella discussione con gli altri il genitore può essere inconsapevole dei segnali e dei bisogni del bambino
- Il genitore e il bambino sono spesso per conto proprio o stabiliscono solo contatti intermittenti, l'affettività sia del genitore, sia del b. sono caratterizzate da isolamento e tristezza, coartate, piatte e l'iterazione appare priva di piacere e incapace di suscitare piacere. Il bambino può essere frequentemente malato, non sottoposto a visite mediche regolari, trascurato nell'igiene del corpo e dei vestiti, può presentare problemi di crescita non organici.

Asse II: Classificazione della relazione

- **RELAZIONE ANSIOSA-TESA** Il genitore ha una sensibilità estremamente alta ai segnali del bambino, è spesso iperprotettivo, tocca il b. in modo goffo e teso, c'è scarsa sincronia tra genitore e bambino, ha umore ansioso e sbaglia ad interpretare il comportamento e lo stato emotivo del b. rispondendo in modo inadeguato. Sia il genitore, sia il b. sono iper-reattivi l'uno nei confronti dell'altro. Il b. può essere molto accondiscendente o ansioso nei confronti del genitore.
- **RELAZIONE ARRABBIATA/OSTILE** Il genitore può essere insensibile al b., può toccarlo in modo brusco, può schernirlo o prenderlo in giro. La relazione trasmette al clinico un senso di rabbia e di ostilità. Il genitore può percepire la dipendenza del figlio come una richiesta eccessiva e irritarsi per i bisogni espressi dal bambino. Il b. può essere pauroso o aggressivo o avere comportamenti di evitamento verso il genitore; può avere preferenza per i comportamenti concreti piuttosto che per quelli che sviluppano la fantasia.

Asse III: Disturbi e Condizioni Fisiche e Mentali associati

E' possibile includere in questo asse le diagnosi effettuate utilizzando altri sistemi classificativi quali il DSM IV o l'ICD 10 o altre classificazioni specifiche utilizzate da Logopedisti/e, Fisioterapisti/e o Psicomotricisti/e o insegnanti di sostegno o altro personale sanitario. Lo scopo è quello di annotare ogni caratteristica si utile a disegnare il quadro complessivo del mondo vitale e relazionale del bambino.

Asse IV: Disturbi e Condizioni Fisiche e Mentali associati

L'impatto dell'evento traumatico dipende da 3 fattori:

La severità dello stress (intensità e durata, l'esordio improvviso, la frequenza e l'imprevedibilità della ricorrenza)

Il livello di sviluppo del b. (età cronologica, storia socio emozionale, vulnerabilità biologica allo stress, la resistenza dell'io)

La disponibilità e la capacità dell'adulto nel dare protezione e nell'aiutare il b. a fronteggiare il fattore stressante

Asse V: Livello di sviluppo e funzionamento emotivo

- Si utilizzano 2 parametri:
- 1) valutazione della qualità di gioco del bambino e della sua relazione con ciascuna delle persone che hanno un ruolo significativo nella sua vita (caregiver) e poi con l'esaminatore.
- 2) valutazione del livello di funzionamento globale del bambino. Per fare tale valutazione si deve utilizzare l'osservazione diretta del bambino e della sua relazione con gli adulti, ma si devono anche raccogliere informazioni sul suo funzionamento a casa e in contesti differenti.

Asse I: 400. Dist.della Regolazione del Processo Sensoriale

Questi disturbi sono caratterizzati da difficoltà del bambino di regolare il proprio comportamento, i propri processi fisiologici, sensoriali, attentivi, motori o affettivi e da difficoltà ad organizzare uno stato di calma, di vigilanza o uno stato affettivo positivo.

Per la Diagnosi occorre la presenza di 3 caratteristiche:

Difficoltà di processamento sensoriale

Difficoltà motorie

Specifico Pattern comportamentale

Asse I: 400. Dist.della Regolazione del Processo Sensoriale

Per ciò che riguarda le **difficoltà sensoriali, senso-motorie, o di elaborazione dell'informazione**, ci deve essere almeno una delle difficoltà indicate nella lista che segue:

- Reattività iper o ipo a rumori forti o dal tono grave o acuto
- Reattività iper o ipo a luci abbaglianti, o a forme, colori, strutture visive nuove e singolari
- Reattività iper alle sensazioni tattili e/o orali (es. nel vestirsi o fare il bagno, nello sfregamento delle gambe, braccia, tronco, rifiuto di toccare tessuti ruvidi, evitamento di cibi di consistenza particolare)
- Basso tono muscolare orale con mancanza di coordinazione o difficoltà di pianificazione motoria orale e ipersensibilità tattile orale.
- Reattività iper o ipo agli odori
- Reattività iper o ipo alla temperatura
- Reattività ipo al dolore
- Insicurezza gravitazionale con reattività iper o ipo ai movimenti orizzontali o verticali rapidi (es.essere lanciati per aria, fare il girotondo o saltare)

Asse I: 400. Dist.della Regolazione del Processo Sensoriale

Per ciò che riguarda le **difficoltà sensoriali, senso-motorie, o di elaborazione dell'informazione**, ci deve essere almeno una delle difficoltà indicate nella lista che segue:

- Stabilità muscolare e tono bassi con ipotonia o ipertonìa o movimento poco armonico
- Deficit qualitativo nelle abilità di pianificazione motoria (es.difficoltà ad organizzare movimenti in giusta sequenza per esplorare un giocattolo nuovo o complesso)
- Deficit qualitativo nella capacità di modulare l'attività motoria Deficit qualitativo nella motricità fine
- Deficit qualitativo nella capacità di articolazione verbale
- Deficit qualitativo nelle capacità di elaborazione visuo spaziale (es. nel riconoscere facce diverse, tragitti spaziali ecc.)
- Deficit qualitativo nella capacità di elaborazione uditivo-verbale Deficit qualitativi nelle capacità attentive e di concentrazione.

Asse I: 400. Dist.della Regolazione del Processo Sensoriale

Per ciò che riguarda i **sintomi della sfera comportamentale** ci possono essere:

- Disturbi del Sonno e/o dell'Alimentazione
- Difficoltà di controllo dell'azione e di organizzazione del comportamento (es. comportamento aggressivo e impulsivo)
- Difficoltà nell'organizzazione attentiva (sia labilità attentiva, sia perseverazione..)
- Difficoltà ad organizzare gli affetti nella tonalità affettiva predominante (paura o ansia, depressione, calma o felicità..) nella gamma degli affetti (ampia o ristretta), nel modulare gli stati affettivi esibiti (labilità dello stato affettivo con facilità alla perdita del buon umore e al divenire triste in modo improvviso), nella capacità di utilizzare gli affetti nell'interazione con gli altri (es. pattern di comportamenti evitanti, negativisti o eccessivamente dipendenti)
- Scarsa capacità di giocare da soli o con altri
- Difficoltà nell'adattamento ai cambiamenti
- Difficoltà di linguaggio e cognitive.

Asse I: 400. Dist.della Regolazione del Processo Sensoriale

Sono individuati 2 pattern caratteristici: tipo A (**Pattern Pauroso e cauto**) e tipo B (**Pattern Negativo e provocatore**)

Tipo A: pattern Pauroso e cauto

Pattern comportamentali: eccessiva cautela, inibizione e/o paura, non è in grado di autoconsolarsi, può avere un mondo interno frammentato.

Pattern sensoriali: eccessive reazioni di startle, pianto, reazioni di “congelamento” , paura agitazione motoria, iper sensibilità al tocco, ai rumori forti e alle luci abbaglianti.

Pattern motori: diff. nel controllo posturale e nel tono, diff. Di coordinazione fine, scarsa esplorazione

I Pattern di cura sono orientati all’aumento dell’assertività e della flessibilità, attraverso limiti fermi, ma imposti con calma, con incoraggiamento, empatia e con sostegno delle curiosità esplorative.

Asse I: 400. Dist.della Regolazione del Processo Sensoriale

Tipo B: Pattern Negativo e provocatore

Pattern comportamentali: negativi, ostinati, fanno spesso l'opposto di ciò che viene loro richiesto, diretti a controllare il comportamento altrui, provocatori, resistenti al cambiamento, tendono ad evitare le novità e preferiscono la ripetitività, possiedono un certo autocontrollo, hanno un senso di sé organizzato attorno ai pattern oppositivi.

Pattern sensoriali e motori: sono gli stessi del pattern A

I Pattern di cura prevedono l'evitamento dell'intrusività, l'evitamento di sfide e di punizioni e l'incoraggiamento alla costruzione di una rappresentazione simbolica dei vari stati affettivi specie della dipendenza, della collera e della noia

Asse I: 400. Dist.della Regolazione del Processo Sensoriale

- ❑ Si ritiene che il processo di regolazione si sviluppi a partire dall'intreccio tra le capacità innate del bambino nel regolare i propri stati emotivi per organizzare l'esperienza e le proprie risposte comportamentali e le ripetute interazioni della diade intorno al raggiungimento dell'omeostasi (Sroufe 1995).
- ❑ Le strategie per la regolazione di stato sono inizialmente fornite dal caregiver e successivamente interiorizzate dal bambino.
- ❑ Il primo ad aver formulato il costrutto diagnostico di Disturbo della Regolazione è Greenspan(1992).
- ❑ Alla base di queste difficoltà si ritiene che ci sia un'origine costituzionale.
- ❑ A fronte della vulnerabilità su base biologica del bambino occorre considerare il contributo delle relazioni interpersonali: relazioni di caregiving inadatte al bambino possono aumentare il disturbo così come esperienze positive di regolazione reciproca possono influenzare positivamente lo sviluppo del cervello e della personalità del bambino.

A young boy with short brown hair, wearing a blue and white striped t-shirt and grey shorts, is walking away from the camera on a gravel path. The path is flanked by green grass and leads towards a line of trees in the distance. The scene is captured from a low angle, emphasizing the boy's journey.

....Buona strada...