

Sindromi da scarso Sé¹

Nel 1957 Balconi e Berrini, nella classificazione della struttura della personalità infantile e nelle diagnosi correlate, avevano segnalato all'inizio della scuola elementare in alcuni bambini la presenza di sintomi quali l'ansia, il timore della realtà esterna all'ambito familiare, la debolezza dell'Io, gli atteggiamenti infantili ed individuano un *ritardo nella organizzazione strutturale della personalità*, in bambini privi di organicità e con normali livelli intellettivi. Le Autrici ipotizzarono nei genitori di questi bambini una particolare incoerenza educativa.

A seguito di questa segnalazione ho approfondito il problema ed ho riscontrato una certa presenza di questa tipologia nell'età della Scuola dell'infanzia, le cui caratteristiche si presentavano più evidenti all'ingresso della Scuola Primaria di Primo grado (Scuola Elementare). Nell'analisi di numerosi casi il riscontro di comportamenti caratteristici, con esclusione di carenze organizzative neurologiche, mi ha indirizzato a proporre l'esistenza della Sindrome da Scarso Sé (R.C.Russo 1986) confermando la presenza di sintomi tipici tali da potere affermare l'esistenza abbastanza frequente (10,23 % su una casistica di 1075 bambini segnalati per problemi neuropsichiatrici)

È frequente il riscontro, di norma all'inizio delle elementari di segnalazioni da parte degli insegnanti di bambini timidi, particolarmente riservati, richiedenti eccessivo aiuto, che tendono a perdersi per modeste difficoltà e che sono scarsamente partecipi nelle libere attività ludiche di grande movimento con i compagni, specie con quelli motoricamente più attivi. In molti di questi bambini le insegnanti riconoscono buone potenzialità intellettive che si manifestano in alcuni momenti favorevoli, se seguiti individualmente e con un atteggiamento gratificante e di sostegno.

Nell'ambito familiare il comportamento non presenta particolari problematiche, mentre i primi segnali, spesso presi poco in considerazione, si verificano nella scuola materna con marcato prolungamento dei tempi di adattamento nell'inserimento, una scarsa disponibilità di confronto con i pari nelle attività, la difficoltà a creare nuove amicizie, la prevalenza di un rapporto singolo con un compagno con caratteristiche simili alle proprie.

Una parte di questi bambini se seguiti dall'adulto con atteggiamento di rinforzo e fiducia tendono col tempo a superare queste loro insicurezze e a modellare la loro personalità in senso più evoluto e socializzante; per contro altri bambini, in situazioni ambientali meno favorevoli, si avviano a strutturare una personalità caratterizzata da una progressiva sfiducia nelle proprie capacità, da atteggiamenti di ritiro quando le richieste sono impegnative, da una riduzione delle competenze scolastiche, spesso erroneamente interpretate come deficit cognitivo. In molti casi questi bambini non vengono segnalati ai servizi di neuropsichiatria infantile, specie se la resa scolastica è discreta, anche se è presente una scarsa fiducia del Sé che determina nel bambino il comportamento sopra descritto e un scarso impegno nella relazione sociale.

Quando questi casi arrivano ai servizi di neuropsichiatria infantile, pur riconoscendo la tipologia del comportamento e le dinamiche relazionali, risulta difficile porre una diagnosi certa in quanto i disturbi della sfera emozionale, quelli riferibili all'ansia e quelli caratterizzanti il disturbo della socializzazione, si combinano fra loro in modo così variegato da rendere difficile l'inquadramento nosografico.

L'ICD 10 nel gruppo F93 include le *Sindromi e disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico nell'infanzia*, sostiene che il disturbo rappresenta un'accentuazione di un aspetto dello sviluppo normale e che deve essere ben differenziato dalla patologia nevrotica ad insorgenza nel periodo preadolescenziale e adolescenziale. L'ICD 10 riconosce: sindrome ansiosa da separazione (F93.0), sindrome fobica dell'infanzia (F93.1), sindrome di ansia sociale dell'infanzia (F93.2), disturbo da rivalità tra fratelli (F93.3), sindrome o disturbo emozionale dell'infanzia di altro tipo (F93.8) e sindrome o disturbo emozionale dell'infanzia non specificato (F93.9). Il DSM IV ha una classificazione simile all'ICD 10.

* Neuropsichiatra Infantile e Psicoterapeuta. E mail russo@cspipi.it

La Classificazione diagnostica 0-3 anni nel capitolo *Disturbi dell'affettività* (200) comprende: disturbo d'ansia dell'infanzia (201), disturbo dell'umore per perdita di un genitore (202), disturbo depressivo (203), disturbo misto delle emozioni (204), disturbo dell'identità di genere (205), disturbo dell'attaccamento reattivo (206).

L'ICD9-CM (che corrisponde all'impostazione dell'ICD9 con modifiche cliniche), attualmente adottata in Italia, nel gruppo 313 «*Disturbi dell'emotività specifici dell'infanzia e dell'adolescenza*» apporta alcune modifiche rispetto le precedenti classificazioni e nel sottogruppo 313.2 «*Con ipersensibilità timidezza e isolamento sociale*», in cui possono rientrare anche alcune forme di mutismo, individua un gruppo da genesi diversa, centrato sul tipo di sintomatologia presente.

Appare importante e significativo differenziare dalle classificazioni nosografiche sopra citate, senza metterle in discussione, quelle forme con un corredo sintomatico (espresso in termini motori, emozionali e relazionali) caratterizzato da una scarsa fiducia nelle proprie capacità pur essendo presente un regolare sviluppo psicomotorio e una normale evoluzione delle funzioni psichiche superiori. Questa tipologia può essere identificata in una sindrome che può esprimersi con modalità differenti, ma con una genesi comune: la costante presenza di modelli educativi inadeguati alle caratteristiche personali del bambino. È importante evidenziare in tempi precoci queste forme per evitare che si strutturi nel bambino una personalità con Io fragile e dipendente dall'altro.

Sindrome da scarsa fiducia del Sé

L'insorgenza di questa sindrome, la cui genesi risale nel secondo-terzo anno di vita, può manifestarsi precocemente a circa 3-4 anni o presentarsi all'inizio della latenza o poco dopo in seguito ad esperienze particolarmente impegnative che fungono da eventi scatenanti (l'esempio tipico è l'ingresso alla scuola elementare).

Per la comprensione di questa sindrome va considerata l'influenza reciproca tra le caratteristiche neurofunzionali e psicologiche del bambino e la tipologia dei modelli genitoriali.

Una mancata possibilità di vivere in modo adeguato le proprie potenzialità e la limitata espressione delle competenze evolutive, specie nel secondo e terzo anno di vita, può riproporre gli effetti negativi del vissuto anche nelle fasi successive dello sviluppo.

Diverse possono essere le cause. L'atteggiamento parentale di *iperprotezione* e di *limitazione dell'autonomia*, specie sul piano motorio, può favorire una scarsa fiducia del Sé in bambini con già un'eccessiva tendenza alla dipendenza, molto sensibili e timorosi nei confronti delle nuove esperienze. In questi bambini anche un'*insufficiente confronto con il coetaneo*, tra il terzo ed il quinto anno di vita, la ridotta sperimentazione di frustrazioni e gratificazioni tipiche nel gioco tra i pari, non favoriscono il compromesso socializzante che il bambino si trova ad affrontare in quegli anni.

Negli anni successivi il ritiro dalla competizione e lo strutturarsi di un habitus personale che tende alla svalutazione delle proprie capacità porta conseguentemente a ridurre l'investimento negli apprendimenti e nelle prestazioni con una ridotta spinta evolutiva e con la tendenza a porsi in una posizione di sudditanza nelle relazioni con i pari, un minore impegno evolutivo ed una tendenza alla sudditanza nei confronti dei pari.

L'iperprotezionismo può manifestarsi con atteggiamenti diversi: in alcuni casi la figura parentale, dopo aver mostrato le varie difficoltà, le risolve non permettendo al bambino di cimentarsi con le proprie capacità; in altri casi le difficoltà vengono rimosse e viene anticipata la soddisfazione dei desideri; al bambino viene falsata la realtà fornendo in tal modo un iter evolutivo privo di ostacoli. Anche l'atteggiamento educativo di totale concessione al soddisfacimento dei desideri del bambino con la conseguente affermazione del suo volere sulle regole del nucleo familiare, impedisce al bambino di affrontare e rapportarsi alle reali difficoltà del percorso evolutivo che presenta ogni periodo di crescita, difficoltà che stimolano l'affermazione del Sé e il

successivo compromesso socializzante.

Con minore frequenza anche l'*atteggiamento svalutativo* di ogni esperienza fatta dal bambino può provocare, dopo una fase di reattività, una progressiva accettazione del modello svalutativo dell'adulto rispetto alla propria incapacità di raggiungere dei risultati soddisfacenti.

Questi modelli educativi hanno sempre effetti negativi, ma con risultati diversi, sia per intensità che per modalità, a secondo delle caratteristiche biologiche del bambino. Spesso determinano un carente impegno da parte del bambino nell'affrontare le nuove situazioni, le difficoltà quotidiane e nell'accettare le regole.

In età scolare con l'ingresso alle elementari viene a mancare la figura iperprotettrice e il bambino deve affrontare da solo le esperienze quotidiane e soprattutto il confronto con i coetanei. La mancata preparazione ad affrontare l'adattamento alle regole, il confronto con i compagni, la rinuncia di privilegi e l'adattamento all'alternativo gioco delle gratificazioni-frustrazioni, determina facili sconfitte che in seguito struttureranno una sfiducia del Sé anche nelle attività già sperimentate e ritenute adeguate alle proprie potenzialità.

L'età tipica nella genesi di questa patologia è quella compresa tra i 12 ed i 48 mesi. Dai 12 ai 24 mesi il bambino vive l'esplorazione e la conquista dello spazio, l'uso ed il dominio dell'oggetto; in questo periodo sperimenta la propria potenzialità confrontandosi con l'ambiente inanimato e l'adulto vigila e sottolinea positivamente o negativamente questa autonomia, rinforzando o smorzando la spinta evolutiva di conquista. Dai 24 ai 48 mesi il bambino vive prevalentemente l'interesse, la scoperta, il confronto e lo scontro con l'altro essere a lui più simile: il coetaneo. Con esso si cimenta in conoscenze, schermaglie, opposizioni, alleanze, lotte dichiarate, per poi arrivare ad una mediazione che gli permetterà di costruire man mano un adeguato compromesso che si concretizzerà in buoni rapporti di gioco e di reciproco rispetto.

A seconda del maggiore influsso negativo dell'ambiente nel primo o nel secondo periodo di vita, si struttureranno diverse modalità di comportamento. Un modello iperprotettivo e limitante (o più raramente svalutativo) nel corso del secondo anno di vita potrà determinare un progressivo scarso impegno nelle attività di grande movimento a favore di attività ludiche sedentarie, di norma più accette in ambienti iperprotettivi. Nei casi più gravi il bambino tenderà a rifiutare le attività di gioco che impegnano la globalità somatica, con la conseguenza di riluttanza e paura ad affrontare ostacoli e a confrontarsi sul piano corporeo con il coetaneo, verso il quale manterrà un rapporto di sudditanza.

L'effetto dell'iperprotezionismo (o più raramente della svalutazione), agente con prevalenza nel periodo del terzo e quarto anno, determina minori danni rispetto al periodo precedente, in quanto il bambino ha potuto sperimentare (12-24 mesi) le proprie abilità motorie nello spazio di conquista.

Il rapporto che si instaura col coetaneo si basa sulla diffidenza, su uno scarso confronto diretto di opposizione e sul prevalere di spostamenti temporali per agire i propri desideri. Mentre nell'iperprotezione precoce dominano l'insicurezza motoria nell'agire e la tendenza alla dipendenza dall'adulto o dal coetaneo, nel secondo caso dominerà la difficoltà dei rapporti tra i pari, sottolineata da una continua alternanza di titubanze, di rinvii a momenti considerati più favorevoli, di crisi di pianto, di ritiri e più raramente di manifestazioni reattive dovute a una momentanea incapacità di contenere il conflitto tra il vivere non competente e il desiderio di affermarsi.

In questa sindrome il comportamento del bambino che subisce in modo consistente l'effetto dei modelli parentali, tende a diventare stabile dopo i 4 anni: diventa dipendente dall'adulto, ha uno scarso impegno nelle attività motorie che richiedono l'uso globale del corpo, presenta emotività ed affettività infantili, si pone in rapporto di sudditanza nei confronti dei compagni, tende ad instaurare rapporti con bambini di età inferiore alla propria, usa schemi motori infantili, ha carente autonomia, presenta atteggiamenti di ritiro in situazioni impegnative e soprattutto scarsa autostima; a volte compaiono manifestazioni reattive in situazioni frustranti.

Riporto un caso esplicativo di un bambino di 5 anni, figlio unico, con genitori iperprotettivi con alto livello d'istruzione e di formazione, madre molto ansiosa e insicura, padre calmo e riflessivo con un buon rapporto con il figlio. L'evoluzione psicomotoria è stata normale. Il nucleo familiare fin dalla nascita del figlio si è trasferito per motivi di lavoro più volte in varie nazioni e per brevi periodi, mantenendosi pertanto isolato da contatti con altri nuclei familiari. All'età di 3

anni il nucleo rientra in Italia e il bambino viene inserito in una scuola materna dove presenta difficoltà di adattamento, facile pianto, rifiuto di attività produttive, disinteresse per i compagni, pur presentando un buon rapporto con le insegnanti e una valida capacità di comprensione delle situazioni. Nel secondo anno scolastico inizia a fare amicizia con un solo compagno, si evidenzia maggiormente la sfiducia nelle proprie capacità e nella relazione con i pari, prevalentemente impostata in sudditanza. A cinque anni viene inserito in una scuola inglese (equivalente alla nostra 1° elementare) dove aumentano le difficoltà del bambino: presenta facile pianto, dichiara le sue incapacità, è intollerante alle frustrazioni, presenta stati di agitazione e comportamenti infantili. Inizia subito una terapia psicomotoria e un supporto parentale. Il percorso terapeutico procede con buoni risultati, mentre il supporto ai genitori presenta diverse difficoltà per l'atteggiamento iperprotettivo, per l'ansia materna e per la conflittualità di coppia. Nel corso del primo anno di terapia il bambino elabora la sua problematica, afferma la sua identità, migliora l'espressività corporea, rinforza la fiducia del Sé, ma permane una difficoltà ad allargare le relazioni a più compagni. A 6 anni suggerisco l'inserimento in una prima elementare italiana; il consiglio viene accettato. Preparo l'ingresso del bambino con colloqui con le future insegnanti. Lentamente i genitori, seguiti con supporto mensile, migliorano il loro rapporto di coppia e la madre, seguita da una psicoterapeuta, diventa meno ansiosa e più sicura come modello educativo e affettivo. La resa scolastica, dopo qualche mese di adattamento, inizia ad essere buona, migliora la socializzazione e si rafforza la fiducia del Sé. Il bambino viene dimesso dopo due anni di terapia e i genitori sono stati poi seguiti ancora saltuariamente per un altro anno.

In un campione di 610 bambini, visti per problemi neuropsichici, ho individuato 34 (5,57 %) casi affetti da tale sindrome. Il numero appare decisamente esiguo rispetto alle attese, va però tenuto conto che determinati tipi di disturbi vengono spesso sottovalutati dai genitori se il bambino non presenta manifestazioni considerate anomale o invalidanti. Infatti frequentemente il genitore iperprotettivo non si preoccupa del comportamento rinunciatario e scarsamente socializzante del figlio e non gli dà un'avalenza patologica.

Disarmonia evolutiva da scarso Sé

La sindrome «Disarmonia evolutiva da scarso Sé», riscontrata in 28 (4,59 %) casi nel campione di 610 bambini già citato, è una forma clinica nettamente meno frequente della precedente, ma facilmente segnalata dai genitori per la sintomatologia più preoccupante.

Prima ancora di entrare nello specifico della sindrome in oggetto, risulta indispensabile definire il concetto di disarmonia evolutiva in quanto al suo interno sono state identificate le forme cliniche di tipo psicotico e di tipo cognitivo. Il concetto di «disarmonia» (Misés, 1973) è definito non dalla mancata omogeneità di sviluppo dei settori motorio, cognitivo e relazionale, ma dalla presenza di un «Io a mosaico» caratterizzato dall'alternarsi di un comportamento apparentemente normale con uno patologico a seguito di situazioni ambientali che richiedono particolare impegno emotivo-affettivo, cognitivo o motorio. Risulta sempre compromessa la capacità di adattamento alla variabilità delle richieste ambientali.

Il comportamento patologico sarebbe l'espressione di un tentativo di fuga di significato difensivo per evitare un'angoscia di frammentazione legata ad un rapporto con l'altro vissuto inadeguato, invasivo o decisamente distruttivo. È presente un «Io» fragile che è capace anche di un comportamento adeguato, ma che condizionato da problematiche evolutive non risolte, instaura meccanismi difensivi patologici di fronte a situazioni in cui vengono vissute insufficienti le proprie capacità di contenimento e di adattamento.

Nel 1984 una ricerca catamnestiche sulle cartelle di miei pazienti con sintomi da scarsa valutazione delle proprie competenze, mi avevano portato a proporre il riconoscimento di due sindromi: «Disarmonia regressiva» e «Sindrome da scarsa fiducia del Sé» (Russo, 1986) che presentavano una sintomatologia simile, ma si esprimevano con una diversa incidenza e frequenza delle manifestazioni. Nella prima il bambino presentava in alcuni momenti comportamenti avvicinabili alla norma, mentre in altri metteva in atto comportamenti regressivi favoriti da una scarsa fiducia nelle proprie potenzialità in confronto alle reali capacità. Nella seconda sindrome il

bambino presentava invece una sintomatologia stabile nel tempo.

In seguito conosciuti gli studi di Misés ho rivisto la definizione precedentemente data di «Disarmonia regressiva» ed ho ritenuto più adeguata la definizione «Disarmonia evolutiva da scarso Sé» che tiene conto del comportamento del bambino e della genesi psicodinamica. Infatti l'Io del bambino assumeva caratteristiche a mosaico, con fasi alterne di comportamenti adeguati ed altri con le caratteristiche da marcata sfiducia nelle proprie capacità.

L'insorgenza della sintomatologia è individuabile il più delle volte tra il terzo ed il quinto anno di vita, mentre in altri casi la sintomatologia può esplodere improvvisamente all'inizio della latenza in seguito a richieste ambientali sentite troppo onerose. Anche in questi casi la matrice genetica risulta situarsi sempre in un'età precoce.

Nella casistica, già in precedenza citata, ho potuto individuare, in un campione di 580 casi, 22 individui con tale sindrome, in età compresa tra i 4 e i 16 anni.

La sintomatologia è simile a quella della sindrome da scarso Sé, ma presenta connotazioni più marcate sottolineate anche dall'alternanza del comportamento, fatto che risulta poco accettabile nell'ambito familiare e scolastico.

Per maggiore chiarezza illustro un caso. Una bambina di otto anni viene segnalata per difficoltà di apprendimento scolastico, scarsa organizzazione spazio-temporale e motricità globale non adeguata ed infantile. A scuola presenta rapporti superficiali con i compagni, ha imparato a leggere e a scrivere anche se ancora con grossi errori grammaticali, il disegno è discretamente strutturato, lo sviluppo psicomotorio è stato normale nei primi anni di vita. All'esame neuromotorio evidenzia un marcato impaccio motorio globale in assenza di una patologia specifica dell'atto motorio, una scarsa organizzazione spazio-temporale nelle produzioni scolastiche, una buona coordinazione oculomanuale, un tratto grafico sicuro e ben controllato. A casa e con le amiche del cortile il comportamento non traduceva le sue difficoltà.

Nelle prime sedute di terapia psicomotoria la bambina, entrata nella stanza, cammina rasente i muri, nell'esplorazione dell'ambiente usa tragitti preferenziali, a volte passa dalla deambulazione eretta alla marcia a carponi, usa solo oggetti noti, l'attività con gli oggetti è scarsamente strutturata, prevalentemente manipolatoria e poco creativa, spesso comunica con monologhi e presenta frequenti richieste di rassicurazioni alla terapeuta.

Questo comportamento all'inizio della terapia evidenzia una regressione rapportabile ad una fase evolutiva di circa due anni. La bambina in questo modo espone alla terapeuta il suo fondamentale problema, la notevole sfiducia del Sé che limita le sue reali capacità evolutive.

A partire dalla settima seduta, la bambina inizia a vivere il piacere del movimento e soprattutto degli ampi movimenti corporei, dimostrando una potenzialità evolutiva ed una capacità proprio in quei settori che si manifestavano più compromessi. Dopo 8 mesi di terapia psicomotoria con la frequenza di due sedute alla settimana, il sostegno mensile ai genitori e la collaborazione con le figure scolastiche, la bambina ha risolto positivamente i suoi problemi, è migliorata nettamente nella resa scolastica ed ha iniziato ad intrattenere normali rapporti con le compagne e i compagni.

Questo caso presenta una regressione ad una precoce fase evolutiva, vengono in parte abbandonate le modalità comportamentali acquisite e potenzialmente usufruibili, lo spazio ed il tempo vengono vissuti come quelli che li può vivere un bambino di età tra il 12° il 18° mese, quando si trova nella fase dei primi approcci nella conquista dello spazio.

La profonda insicurezza della bambina si manifesta nel setting terapeutico con tutta l'espressività tipica della fase evolutiva in cui normalmente il bambino lotta per la conquista dello spazio e per le sue affermazioni come individuo alla ricerca dell'indipendenza e della autonomia. Nelle prime sedute lo spazio, vissuto come nuova esperienza impegnativa, viene agito parzialmente in quanto il suo totale coinvolgimento avrebbe potuto produrre disorientamento e frustrazione a causa dell'insicurezza per il nuovo ambiente.

Poter ritornare a questa fase evolutiva, riviverla in concreto assieme alla terapeuta, ha significato per la bambina poter riprendere il problema dal punto nel quale «qualcosa» di era incrinato e non aveva permesso una normale evoluzione. La bambina, forte delle capacità già acquisite, ha potuto ricostruire la fiducia nelle sue possibilità e vivere con soddisfazione la gioia del movimento che prima le era negata.

Con la terapia psicomotoria, in diversi casi simili, abbiamo constatato una rapida risoluzione della problematica, favorita dalla possibilità di poter vivere a fondo quella fase evolutiva non completata che se non viene conclusa blocca o ritarda le potenzialità evolutive del bambino.

Tra le due sindromi citate esistono anche forme intermedie dove a volte è difficile una diagnosi differenziale.

I sintomi in comune sono: un'attività motoria espressa con schemi infantili, un deficit di controllo inibitorio di diffusione dello stimolo alla globalità somatica, una costante scarsa fiducia nelle proprie potenzialità, un'alternanza di atteggiamenti onnipotenti (specie negli ambiti protetti) a manifestazioni rinunciarie, una ridotta autonomia e la presenza di modelli parentali inadeguati alle necessità evolutive del bambino.

Diagnosi differenziale

L'intervento elettivo e più efficace risulta essere la terapia psicomotoria con l'obiettivo di permettere e favorire al bambino il piacere del movimento, la conquista e l'affermazione del Sé in giusto rapporto con le sue reali capacità. Indispensabile sarà anche il supporto delle figure parentali per aiutarle a permettere e favorire il processo di autonomia, la responsabilizzazione e l'autocontrollo dell'emotività. In molti casi risulta necessaria la collaborazione con le insegnanti per la comprensione del problema e per procedere con un obiettivo comune.

Terapia

L'intervento elettivo e più efficace risulta essere la terapia psicomotoria con l'obiettivo di permettere e favorire al bambino il piacere del movimento, la conquista e l'affermazione del Sé in giusto rapporto con le sue reali capacità. Indispensabile sarà anche il supporto delle figure parentali per aiutarle a permettere e favorire il processo di autonomia, la responsabilizzazione e l'autocontrollo dell'emotività. In molti casi risulta necessaria la collaborazione con le insegnanti per la comprensione del problema e per procedere con un obiettivo comune.

Bibliografia

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM III.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM IV.
- BALCONI M., BERRINI M.E. (1957) Diagnosi di struttura in personalità infantile. *Infanzia anormale*, 379-404.
- RUSO R.C. (1984) Le sindromi psicomotorie sostenute da inadeguati modelli di riferimento, *Agorà*, 78, 4-7.
- RUSO R.C. (1986) Sindrome da scarsa fiducia del Sé. In: Russo R.C. *La diagnosi in psicomotricità*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano , 34-35.
- RUSO R.C. (2000) Sindrome da scarsa fiducia del Sé. In: Russo R.C. *Diagnosi e terapia psicomotoria*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano , 123-124.
- RUSO R.C. (2000) Disarmonia evolutiva da scarso Sé. In: Russo R.C. *Diagnosi e terapia psicomotoria*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano , 125-127
- RUSO R.C. (1992) Disarmonia evolutiva da scarso Sé. *Pratica Psicomotoria*, 8, 20-21, 37-45.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1975) *Multiaxial classification of child and adolescent disorders ICD9*. 29° Assemblea della Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996) *Multiaxial classification of child and adolescent disorders. ICD 10*, Cambridge University Press.