

PF24

Università di Pisa
a.a. 2019/2020

PSICOLOGIA
I PRINCIPALI DISTURBI DEL
NEUROSvilUPPO

Yura Loscalzo, Ph.D.
yura.loscalzo@gmail.com

IL LINGUAGGIO e LA COMUNICAZIONE: UN'INTRODUZIONE

Le principali teorie dello sviluppo del linguaggio



- Imparare a parlare significa acquisire in un tempo relativamente breve (di norma, nei primi tre anni di vita) una capacità complessa.
- Le principali teorie sullo sviluppo del linguaggio hanno dato un peso diverso alla componente **ambientale** e a quella **innata** nell'acquisizione del linguaggio.

La spiegazione basata sull'apprendimento (Skinner, 1957)

- Per Skinner, la padronanza della lingua materna è riconducibile al modellamento, ovvero **il bambino apprende la lingua mediante l'interazione con l'ambiente e per imitazione.**
- I bambini, sin dalla nascita, sono inseriti in discorsi da parte degli adulti: i genitori, nel giocare con i bambini, nel farli mangiare, e nell'accudirli in generale, parlano quasi di continuo ➡ **da queste conversazioni i bambini traggono modelli di parole e di frasi per etichettare** oggetti o azioni, per esprimere emozioni, per cercare di ottenere qualcosa.
- L'imitazione dell'adulto potrebbe quindi essere il meccanismo alla base del processo di acquisizione della lingua, mediante il quale il bambino si adatta al contesto e agli stimoli verbali che incontra.

La spiegazione innatista (Chomsky, 1959; McNeill, 1970)

- Negli anni '60 viene ipotizzata l'esistenza di un dispositivo innato per l'acquisizione del linguaggio (**Language Acquisition Device – LAD**), ovvero di una base biologica mediante la quale si sviluppa il linguaggio e che è strutturata secondo una Grammatica universale (Gu).
- La **Gu** è un sistema solo parzialmente definito → è un sistema di principi, condizioni e regole che sono elementi o proprietà di tutte le lingue; tuttavia, ogni principio può essere specificato in alcune modalità diverse.
- **Ad esempio:** la Gu prevede che in tutte le frasi ci sia un soggetto. Tuttavia, il parametro “pronome” può assumere valore positivo (+) se la lingua ammette frasi in cui il soggetto non è espresso, come in italiano (“Avremo un esame a Giugno”), o negativo (-) se la lingua non ammette frasi senza il soggetto espresso esplicitamente, come in inglese (“Noi avremo un esame a Giugno”).

- ⦿ Secondo Chomsky, e la spiegazione innatista in generale, il linguaggio è una serie di regole che il bambino deve scoprire a partire da quelle più generali e semplici per arrivare a quelle più specifiche e complesse.
- ⦿ L'acquisizione del linguaggio sarebbe quindi un **processo attivo di scoperta di regole e verifica di ipotesi, a partire da un numero limitato di ipotesi, ovvero quelle presenti nella conoscenza innata** → questo spiegherebbe come mai i bambini imparano a parlare così velocemente e come mai le tappe dello sviluppo linguistico sono le stesse in tutte le culture e classi sociali.

- Chomsky si contrappone nettamente alla spiegazione ambientale di Skinner, sostenendo che **l'apprendimento per imitazione e l'insegnamento da parte degli adulti non hanno un ruolo nello sviluppo linguistico.**
- Il bambino è creativo nell'usare il linguaggio: produce e capisce espressioni nuove, mai ascoltate in precedenza. Ad esempio, i bambini producono parole come “romputo” o “leggiato” (**ipercorrettismo** = applicazione di regole anche quando sono previste eccezioni) che non hanno mai sentito in precedenza né sono state rinforzate dagli adulti, e questa caratteristica si ritrova in tutte le lingue.
- Inoltre, anche bambini nati sordi organizzano il loro sistema di comunicazione gestuale secondo le proprietà di base del linguaggio, come ad esempio riportare il soggetto prima del verbo e utilizzare la sequenza “agente - azione - oggetto” (io - mangio - la mela).

Alcune critiche alla prospettiva innatista

- ◉ Agli inizi degli anni '70 **entra in crisi l'idea che il linguaggio si sviluppi indipendentemente da altre capacità dell'individuo, ed in particolare da quelle cognitive e da quelle sociali.**
- ◉ Per quanto riguarda gli aspetti cognitivi, viene evidenziato che potrebbe non essere necessario ipotizzare la presenza del LAD, perché il modo in cui il bambino progredisce nella competenza linguistica è controllato da procedure più generali che si applicano ad altre abilità cognitive.
- ◉ Ad esempio, i bambini imparano prima le parole più brevi e poi quelle più lunghe perché la loro memoria non è ancora pienamente efficiente.
- ◉ L'**ipotesi cognitiva**, quindi, sostiene che lo sviluppo cognitivo precede la comparsa del linguaggio; quindi, non avrebbe senso studiare la competenza linguistica del bambino senza considerare il suo livello di sviluppo mentale.
- ◉ Riassumendo, questa ipotesi sostiene che lo sviluppo linguistico consiste nell'imparare come possa venire espresso nella lingua madre quello che si sa già.

- ◉ Per gli aspetti sociali, Bruner (1983) ritiene che le interazioni tra il bambino e il caregiver abbiano un ruolo fondamentale nello sviluppo linguistico del bambino.
- ◉ Il linguaggio rivolto dagli adulti ai bambini è adattato alle capacità di comprensione dei bambini: frasi brevi e semplici, intonazione esagerata, utilizzo di ripetizioni.
- ◉ È stata quindi proposta la **teoria interazionista**, che ritiene impossibile la spiegazione di Skinner, e “miracolista” quella di Chomsky.
- ◉ In breve, questa teoria, ritiene che in aggiunta al LAD vada postulato un LASS (Language Acquisition Support System – Sistema di Supporto dell’Acquisizione del Linguaggio) che corrisponde al ruolo svolto dall’adulto e dal contesto sociale per consentire l’ingresso del bambino nell’area del linguaggio e della cultura.

In conclusione...

- La facilità con cui i bambini di tutto il mondo imparano a parlare, ed acquisiscono quindi in breve tempo un'abilità così complessa, fornisce supporto all'idea che sia presente una predisposizione innata.
- Tuttavia, non è possibile sottovalutare l'influenza dell'ambiente sociale, nel quale sono presenti dei “tutor linguistici” che favoriscono il processo di acquisizione della lingua.

Le tappe dello sviluppo linguistico

- I primi suoni sono di natura vegetativa, come sbadigli e ruttini, o legati al pianto.
- Tra i 2 e i 6 mesi compaiono i **SUONI VOCALICI**, e i suoni del bambino si inseriscono nei turni verbali del genitore, creando una sorte di «conversazione».
- Tra i 6 e i 7 mesi, si ha la **LALLAZIONE CANONICA**, ovvero la produzione di sequenze consonante-vocale (“da”, “ma”), spesso ripetute (“dadada”, “mamama”). È in questa fase che l’iniziale ampiezza fonetica (ovvero la capacità di produrre tutti i contrasti fonetici possibili) si riduce notevolmente e si consolidano i suoni propri della lingua materna.
- Tra i 10 e i 12 mesi, il bambino inizia a produrre la **LALLAZIONE VARIATA**, ovvero sequenze sillabiche complesse (bada, dadu). È in questa fase che compaiono le PROTO-PAROLE, ovvero forme fonetiche particolari (tata, papa) che assumono un significato specifico quando utilizzate consistentemente in vari contesti (es., “nanà” ogni volta che vuole fare una richiesta).

- Tra i 9 e i 12 mesi, compaiono anche i **GESTI PERFORMATIVI (o DEITTICI)**, come indicare, mostrare, dare. Si tratta di gesti che esprimono un'intenzione comunicativa in riferimento ad un oggetto esterno, spesso accompagnati dallo sguardo al destinatario del gesto.
- Tra gli 11 e i 12 mesi, compaiono anche i **GESTI REFERENZIALI (o RAPPRESENTATIVI)**, che non solo esprimono un'intenzione comunicativa, ma rappresentano anche un referente specifico; quindi il loro significato non varia in base al contesto. Ad esempio, il bambino apre e chiude la mano per «ciao» o scuote la testa per «no». È in questo periodo che compaiono anche le **PRIME PAROLE**. Quando il bambino arriva a consolidare nel proprio linguaggio circa 50 parole, l'uso dei gesti referenziali diminuisce fin quasi a scomparire.

- Tra i 12 e i 16 mesi, a livello lessicale, si consolidano in media **50 parole**.
- Tra i 17 e i 24 mesi, si ha una maggior rapidità nell'acquisire nuove parole, e in alcuni casi si ha quella che viene definita **ESPLOSIONE DEL VOCABOLARIO**, poiché i bambini possono arrivare ad imparare fino a 40 nuove parole per settimana. Tuttavia, gli studi riportano che non tutti i bambini hanno questa «esplosione», e che alcuni continuano a imparare nuove parole in modo graduale o hanno una fase di accelerazione più tardiva.
- A partire dalla fine del secondo anno di vita, inizia a svilupparsi la **GRAMMATICA sia nella componente morfologica** (ad es., utilizzo di suffissi e prefissi per formare il singolare/plurale o il maschile/femminile; acquisizione di particelle come articoli o verbi ausiliari) **che sintattica** (capacità di costruire combinazioni di parole secondo le regole della propria lingua madre). **Tuttavia, il processo prosegue in età prescolare e scolare.**

La pubertà come periodo critico per lo sviluppo del linguaggio

- La forma e la disposizione del canale vocale dell'uomo evidenzia una serie di caratteristiche funzionali al linguaggio verbale, come la robustezza muscolare della lingua e l'inarcamento del palato, che favoriscono i meccanismi articolatori dei suoni.
- Il “motore” del linguaggio è a livello cerebrale, ed in particolare l'uomo ha a disposizione ampie zone cerebrali deputate al controllo di attività comunicative (in particolare, nell'emisfero sinistro).
- Il processo di lateralizzazione cerebrale, mediante il quale l'emisfero sinistro diviene la sede delle aree deputate al linguaggio, sembra concludersi con la **pubertà** ➡ il **periodo critico** per lo sviluppo ottimale della competenza linguistica.

La pubertà come periodo critico – Elementi a favore

- **APPRENDIMENTO DELLE LINGUE STRANIERE:** Chi impara una seconda lingua in età adulta può raggiungere una grandissima padronanza grammaticale e lessicale; tuttavia, molto difficilmente sviluppa un controllo fono-articolatorio e prosodico che lo faccia passare per madrelingua.
- **DIVERSO ESITO DI MICROLESIONI CEREBRALI IN DIVERSE FASI EVOLUTIVE:** Le disfasie evolutive (ovvero lievi disturbi linguistici dovuti a danni neurologici prima della pubertà) possono gradualmente ridursi fino a scomparire mediante meccanismi di plasticità cerebrale che consentono al controllo della parola di essere allocato presso altre aree cerebrali. Se le lesioni dei centri linguistici avvengono invece dopo la pubertà, il disturbo linguistico non potrà più essere recuperato autonomamente, e potrebbe non essere recuperato del tutto nemmeno mediante un intervento di logoterapia.

- ◎ **“BAMBINI SELVAGGI”**: Fin dall’antichità, molti miti hanno raccontato la storia di bambini abbandonati dai genitori e cresciuti da scimmie, lupi, o orsi. Ci sono tuttavia anche alcuni casi documentati di bambini cresciuti in condizioni familiari “selvagge” o di condizioni mediche non appropriatamente diagnosticate che hanno causato problemi linguistici:
 - **Victor**: il medico Itard trovò un giovane nel bosco di una località francese nel 1799 e tentò di insegnargli la lingua francese, senza successo
 - **Isabelle**: è una bambina che fino all’età di sei anni e mezzo vive segregata in casa con i genitori, entrambi sordomuti. Tuttavia, dopo un anno dal suo inserimento in una vita sociale normale, le sue capacità linguistiche sono uguali a quelli di altri bambini della sua età

- **Genie:** fino ai 13 anni, vive segregata in uno scantinato da parte dei genitori psicotici che, oltre a non rivolgerle mai la parola, la picchiano tutte le volte che lei si fa sentire. Una volta allontanata dai genitori e affidata ad un team di specialisti, Genie non acquisirà mai un'adeguata competenza linguistica, limitandosi a costruire frasi con due o tre parole.
- **Chelsea:** è una donna nata con un grave deficit udivo da genitori senza questa problematica. Il suo deficit viene attribuito ad una disabilità intellettiva invece che a sordità. La diagnosi verrà corretta solo a 31 anni, e questo le permette di ricevere delle protesi uditive, oltre a un percorso di rieducazione. Tuttavia, dopo anni di terapia, diviene capace di interagire verbalmente usando un lessico di base, e la sua grammatica raggiunge il livello di un bambino di due anni e mezzo.

- ◎ **PIDGIN e CREOLO** (Bickerton, 1988); i bambini allevati in un pidgin, lo trasformano in creolo:
 - **Pidgin**: forma linguistica che si crea quando gruppi linguistici differenti si incontrano per scopi economici. La parola “pidgin” deriva infatti dal modo in cui i cinesi pronunciavano la parola “business”. Un esempio di pidgin della lingua italiana è quello dei venditori ambulanti africani, che usano frasi del tipo “Tu interessato io mostrare tanti” (Mecacci, 2001). Il pidgin è quindi una lingua che si caratterizza per una composizione mista tra il lessico della lingua dell’altro e la costruzione grammaticale della propria lingua (povertà sintattica) e dal fatto che non esiste una comunità che la usi come lingua madre.
 - **Creolo**: vengono meno le due caratteristiche del pidgin, e nasce una lingua ibrida riconosciuta da una comunità e identificabile per specifiche regole grammaticali.

- Verso la fine dell'800, data l'espansione delle piantagioni delle canne da zucchero, le Hawaii accolsero molti emigranti da vari Paesi. Nelle interazioni al di fuori della famiglia si diffuse quindi un pidgin dalla base lessicale inglese e dalla grammatica incerta. Tuttavia, bastò una sola generazione di bambini a far sì che il pidgin si regolarizzasse e divenisse una nuova lingua (creolo hawaiano). Gli adulti, però, non riuscirono mai ad assimilare la grammatica del creolo hawaiano “inventato” dai figli.



Linguaggio Verbale e Non Verbale

- Il linguaggio verbale è una competenza dell'essere umano che gli consente di conoscere il mondo e comunicare con gli altri.
- Tuttavia, la specie umana non dispone solo del linguaggio verbale, ma anche di quello non verbale, tramite il quale comunica con gli altri essere umani, e che costituisce l'interesse di varie discipline:
 - ✓ **PROSSEMICA:** mostra il valore comunicativo della disposizione dei corpi nello spazio
 - ✓ **CINESICA:** indaga la mimica e la gestualità come forma di comunicazione
 - ✓ **PARALINGUISTICA:** indaga il potenziale comunicativo della voce

Comunicazione

- ◉ Il linguaggio (sia verbale che non verbale) assume quindi grande rilevanza a fini comunicativi, e la **CONVERSAZIONE** è l'evento prototipico dell'atto comunicativo.
- ◉ La sua importanza per l'essere umano ha fatto sì che le persone interiorizzassero delle regole per controllare reciprocamente il modo in cui alternarsi nel parlare, ovvero il meccanismo della **TURNAZIONE**, secondo cui ci sono **tre procedure mediante le quali si organizza la presa di turno nella conversazione** (Sacks, Schegloff, & Jefferson, 1974):
 - Il parlante seleziona il suo successore, ed è quindi tenuto ad interrompersi
 - Un partecipante può auto-selezionarsi e prendere la parola approfittando di una breve pausa fatta dal parlante
 - Se nessuno interviene, il parlante può continuare a parlare, ma non è tenuto a farlo.

- Il modo di conversare varia in base al numero di partecipanti, al tipo di relazione e di situazione.
- Tuttavia, **ci sono alcuni aspetti costanti e universali**, come la cura particolare per le formule di apertura e chiusura, in cui ha un ruolo fondamentale la cultura, che fornisce alla persone dei modi standard per aprire e chiudere un discorso.
- Inoltre, un elemento universale è il fenomeno della **SEQUENZA COMPLEMENTARE**, ovvero **ciò che dice una persona ha una rilevanza condizionale per ciò che dirà l'altra persona** (ad es. al saluto si risponde con il saluto; a una richiesta di scuse o complimento, ci si aspetta che l'altra persona minimizzi) → il mancato rispetto di queste aspettative viene caricato di senso, e ad es. potrei pensare che l'altro è arrabbiato con me se non risponde al mio saluto.

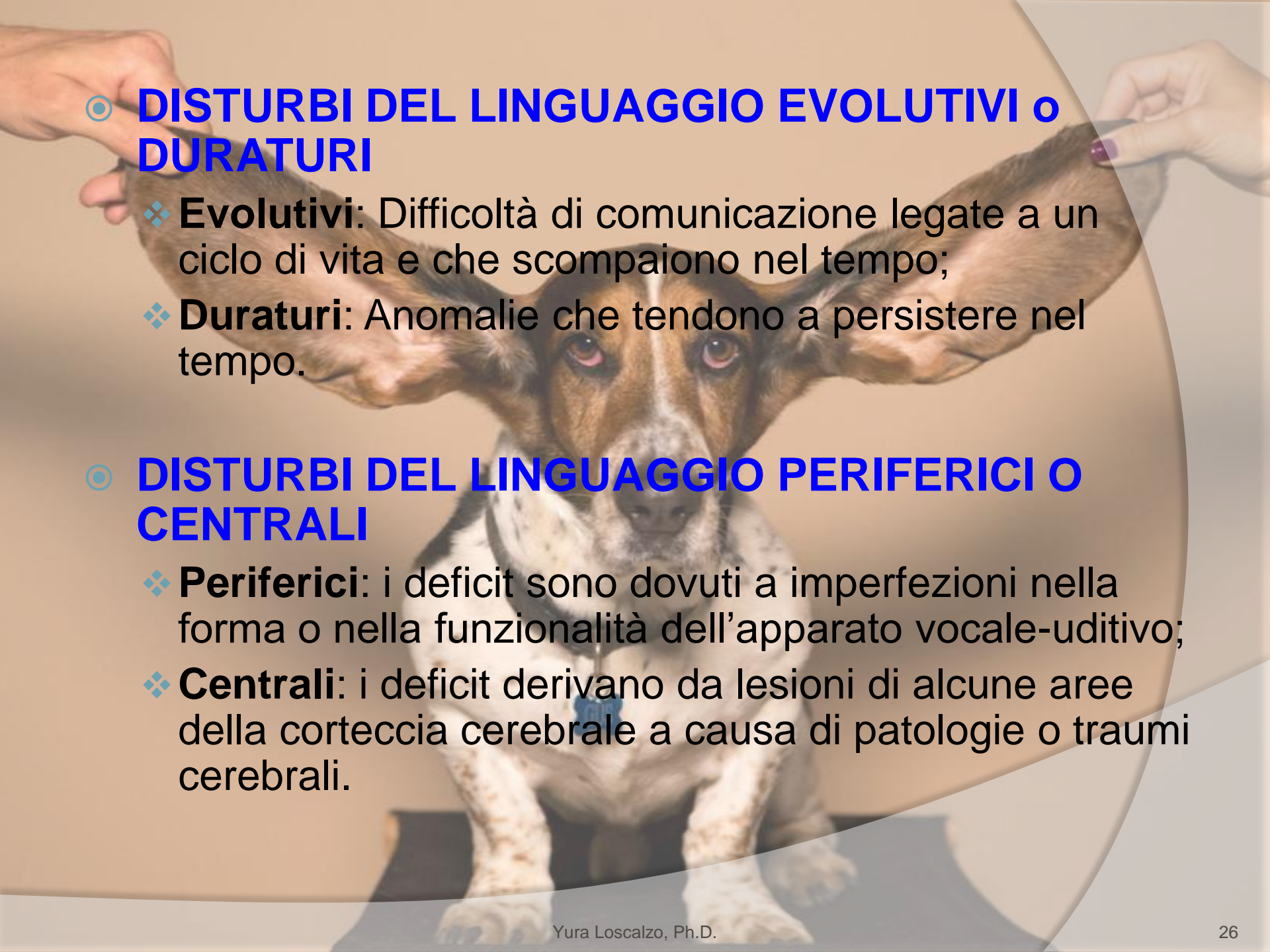
Principio di cooperazione (Grice, 1975)

- ◉ La conversazione è possibile grazie a questo principio, in base al quale **ognuno dà il suo contributo per realizzare lo scopo inerente alla conversazione.**
- ◉ Questo principio impegna le persone a seguire delle regole, anche se in modo inconsapevole:
 - **Massima della Quantità:** non essere né troppo reticente né troppo ridondante
 - **Massima della Qualità:** essere sincero ed affidabile
 - **Massima della Relazione:** essere pertinente
 - **Massima del Modo:** essere chiaro, evitare formulazioni ambigue e oscure
- ◉ Queste regole vengono rispettate anche nei casi di interazione aggressiva o volta all'inganno.

Gli assiomi della comunicazione (Watzlawick, 1967)

1. **Non si può non comunicare**; la condivisione di un ambiente fa sì che le persone siano “costrette” a interpretarsi, ovvero a trarre informazioni dal comportamento dell'altra persona.
2. Le persone comunicano mediante **sistemi digitali** (il linguaggio), che fanno riferimento in particolare al contenuto della comunicazione, **e analogici** (mimica e gestualità), che fanno riferimento all'aspetto di relazione della comunicazione.
3. Ogni evento comunicativo è bifacciale, in quanto **veicola contenuti e registra relazioni**. In altre parole, oltre a dare informazioni, fornisce come interpretarle (ad esempio, è una notizia o è un rimprovero?).
4. Ogni evento comunicativo posiziona i partecipanti nella dimensione del potere interpersonale, tra **simmetria** (si ha uguaglianza tra le parti) **e complementarità** (viene riconosciuta la disparità tra le parti).
5. L'evento comunicativo in cui sono coinvolte due persone può essere **segmentato in fasi diverse** mediante punteggiatura, la quale definisce la natura della relazione (sequenze stimolo – risposta nella conversazione, che tuttavia non sono sempre oggettivi).

ALTERAZIONE DELLE PRESTAZIONI LINGUISTICHE



◉ **DISTURBI DEL LINGUAGGIO EVOLUTIVI o DURATURI**

- ❖ **Evolutivi:** Difficoltà di comunicazione legate a un ciclo di vita e che scompaiono nel tempo;
- ❖ **Duraturi:** Anomalie che tendono a persistere nel tempo.

◉ **DISTURBI DEL LINGUAGGIO PERIFERICI O CENTRALI**

- ❖ **Periferici:** i deficit sono dovuti a imperfezioni nella forma o nella funzionalità dell'apparato vocale-uditivo;
- ❖ **Centrali:** i deficit derivano da lesioni di alcune aree della corteccia cerebrale a causa di patologie o traumi cerebrali.

Alcune delle patologie del linguaggio più note

- ◉ **SORDITÀ:** La perdita totale o parziale dell'udito comporta una difficoltà o impossibilità di articolare suoni. La gravità della privazione acustica e/o il ritardo nell'intervento di supporto possono rallentare e complicare lo sviluppo del linguaggio.
- ◉ **BALBUZIE:** È un incepparsi continuo del meccanismo di produzione dei suoni, che porta a un ritmo alterato dell'eloquio. Può essere dovuto sia a cause organiche (inadeguato funzionamento della respirazione, lateralizzazione cerebrale non ben definita, ...) che psicologiche (perturbazioni nello stile di attaccamento).
- ◉ **AFASIE:** Si tratta di disturbi specifici nella comprensione e produzione del linguaggio causati da lesioni in specifiche aree corticali (es., nell'afasia di Broca, in cui il discorso non è fluente e sono presenti omissioni grammaticali, l'area danneggiata è quella del lobo frontale anteriore; nell'afasia di Wernicke, in cui la persona si esprime facilmente e velocemente ma ha una comprensione uditiva scarsa, l'area danneggiata è quella temporale).

A close-up photograph of a child's hands playing with two toy cars on a light-colored wooden surface. The car in the foreground is yellow with blue wheels, and the one in the background is blue with white wheels. The image is partially covered by a large, semi-transparent white circle on the right side, which serves as a background for the text.

DISTURBO DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO

I criteri diagnostici del DSM-5

Per chi ne avesse sentito parlare in precedenza...

Nel DSM-IV-TR, rientrava tra i Disturbi pervasivi dello sviluppo, e prevedeva una distinzione tra Disturbo Autistico e Disturbo di Asperger, che con il DSM-5 non è più presente

- A. Deficit persistenti della comunicazione sociale e dell'interazione sociale in molteplici contesti**, come manifestato dai seguenti fattori, presenti attualmente o in passato (esempi esplicativi, ma non esaustivi):
- 1. Deficit nella reciprocità socio-emotiva** (approccio sociale anomalo, ridotta condivisione di interessi ed emozioni, incapacità di iniziare o di rispondere a un'interazione sociale);
 - 2. Deficit nei comportamenti comunicativi non verbali usati per l'interazione sociale** (anomalie del contatto visivo o del linguaggio del corpo, deficit nella comprensione e nell'uso della comunicazione non verbale, assenza di espressività facciale);
 - 3. Deficit dello sviluppo, della gestione e della comprensione delle relazioni** (difficoltà ad adattare il comportamento a diverse situazioni sociali, difficoltà nel condividere il gioco immaginativo, nessun interesse per i pari).

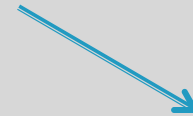
- B. Pattern di comportamenti, interessi o attività ristretti, ripetitivi**, come manifestato da almeno 2 dei seguenti fattori presenti attualmente o nel passato (esempi non esaustivi):
1. **Movimenti, uso degli oggetti o eloquio stereotipati o ripetitivi** (stereotipie motorie semplici, mettere in fila i giocattoli, ecolalia);
 2. **Insistenza nella *sameness* (immodificabilità), aderenza inflessibile alle routine o a schemi ritualizzati di comportamenti verbali o non verbali** (estremo stress in seguito a piccoli cambiamenti, mangiare lo stesso cibo tutti i giorni);
 3. **Interessi molto limitati, fissi, che sono anomali per intensità o profondità** (forte attaccamento per oggetti insoliti, interessi eccessivamente circoscritti);
 4. **Iper o iporeattività a stimoli sensoriali o interessi insoliti per aspetti sensoriali dell'ambiente** (apparente indifferenza al dolore o alla temperatura, toccare o odorare eccessivamente gli oggetti).

- C. I sintomi devono essere **presenti nel periodo precoce dello sviluppo** (ovvero nell'infanzia). Tuttavia, possono divenire evidenti successivamente, quando il bambino non riesce a far fronte alle aumentate richieste sociali;
- D. I sintomi causano **compromissione clinicamente significativa del funzionamento** sociale, lavorativo, o in altre aree importanti;
- E. Questi sintomi **non sono meglio spiegati da disabilità intellettiva** (spesso compresente) o da ritardo globale dello sviluppo.

DISTURBO DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO



Deficit della
comunicazione
sociale e
dell'interazione
sociale



Pattern di
comportamenti,
interessi o attività
ristretti, ripetitivi

Tutti i fattori (3)
elencati nel punto A

Almeno 2 dei 4 fattori
elencati nel punto B

Specifier – Livello di Gravità

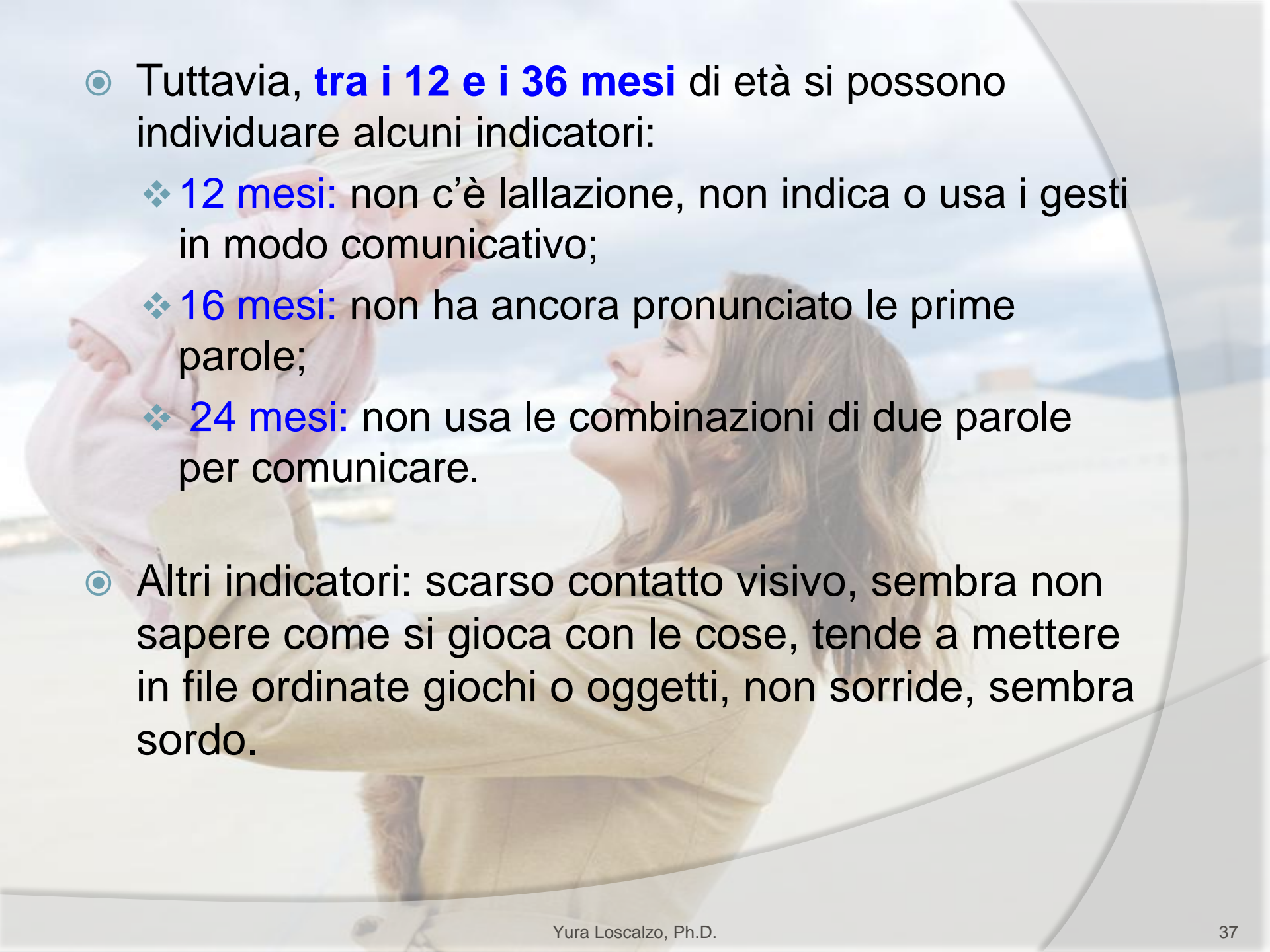
- ◉ **Livello 1** – È necessario un supporto
- Livello 2** – È necessario un supporto significativo
- Livello 3** – È necessario un supporto molto significativo
- ◉ Per stabilire il livello di gravità, si deve far riferimento alla tabella riportata nel DSM-5, che presenta alcuni esempi per ogni livello di gravità e separatamente per i due cluster (comunicazione sociale e comportamento ristretto e ripetitivo).
- ◉ Il livello di gravità viene valutato separatamente per i 2 cluster.
- ◉ Ci sono poi altri specifiers, come ad es. difficoltà intellettive o linguistiche associate.

Epidemiologia

- La prevalenza è circa dell'1%.
- I maschi sono in numero nettamente superiore rispetto alle femmine.
- Il DSM-5 riporta che il disturbo dello spettro dell'autismo viene diagnosticato quattro volte di più nei maschi rispetto alle femmine.
- Le femmine tendono ad avere una maggior probabilità di disabilità intellettiva concomitante.

Possibili Indicatori Precoci

- Una diagnosi precoce è l'aspetto cruciale per intervenire il più presto possibile al fine di migliorare la qualità della vita del bambino e della sua famiglia.
- Generalmente, la diagnosi è fatta più precocemente per i bambini che provengono da famiglie con livello culturale medio-alto.
- Gli indicatori comportamentali si presentano chiaramente con la scuola primaria.

- 
- ⦿ Tuttavia, **tra i 12 e i 36 mesi** di età si possono individuare alcuni indicatori:
 - ❖ **12 mesi:** non c'è lallazione, non indica o usa i gesti in modo comunicativo;
 - ❖ **16 mesi:** non ha ancora pronunciato le prime parole;
 - ❖ **24 mesi:** non usa le combinazioni di due parole per comunicare.
 - ⦿ Altri indicatori: scarso contatto visivo, sembra non sapere come si gioca con le cose, tende a mettere in file ordinate giochi o oggetti, non sorride, sembra sordo.

Cause

- ◉ Fino alla fine degli anni '70, era diffusa la convinzione che il disturbo fosse dovuto ad una mancanza di affetto da parte dei genitori → Bruno Bettelheim: “**mamme frigorifero**”, ovvero incapaci di cura e di amare il figlio.

**NON CI SONO PROVE A SOSTEGNO DI QUESTA
IPOTESI...
AL CONTRARIO...**

- ◉ Nei genitori di bambini con diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo la frequenza di disturbi psicopatologici è uguale a quella che si riscontra in famiglie con bambini con altri problemi.
- ◉ Nei fratelli, raramente si riscontra la presenza del **Disturbo dello Spettro dell'Autismo in entrambi**, mentre i gemelli monozigoti hanno maggiori probabilità di avere entrambi la diagnosi sia rispetto ai gemelli dizigoti che ai fratelli.

- Non sono state mai trovate prove nemmeno a sostegno dell'ipotesi dei vaccini (o dei conservanti contenuti in essi) come causa di disturbo dello spettro dell'autismo.
- Ad oggi, non sono state trovate chiare origini genetiche per il disturbo, anche se il 15% delle diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo sembra associato ad una mutazione genetica e gli studi si stanno muovendo nella direzione delle cause genetiche.
- Alcuni studi hanno evidenziato fattori neurobiologici: cervello di dimensioni maggiori in adulti e bambini con diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo (sebbene alla nascita dimensioni relativamente normali). In particolare, sono le aree deputate al linguaggio e ai processi sociali ed emozionali ad essere sovradimensionate (regioni frontali, temporali, cervelletto).

Fattori di Rischio

- Sebbene le cause non siano ancora chiare, la ricerca ha evidenziato alcuni fattori di rischio:
 - ❖ nascita pretermine
 - ❖ basso peso alla nascita
 - ❖ esposizione ad alcuni farmaci durante la gravidanza
 - ❖ diabete gestazionale
 - ❖ parto cesareo
 - ❖ malattie autoimmunitarie della madre
 - ❖ rosolia materna durante la gravidanza
 - ❖ età dei genitori avanzata, soprattutto l'età del padre maggiore di 50 anni
 - ❖ esposizione del bambino ad inquinanti ambientali
 - ❖ convulsioni nei primi mesi di vita

Conseguenze

- Viene ostacolato l'apprendimento, soprattutto quello tramite interazione sociale e con i coetanei.
- La sameness e la sensibilità percettiva possono interferire con l'alimentazione, il sonno e la cura di sé.
- Anche in presenza di un QI adeguato, le capacità adattive sono spesso inferiori rispetto ad altri bambini con lo stesso QI.
- Possono essere presenti difficoltà scolastiche.
- In genere, è presente uno scarso funzionamento psicosociale in età adulta (vita indipendente, lavoro).

Prognosi

- ⦿ I primi sintomi vengono riconosciuti solitamente durante il secondo anno.
- ⦿ I sintomi generalmente sono molto evidenti nella prima infanzia e nei primi anni di scuola, ma **con la crescita si hanno dei miglioramenti almeno in alcune aree** (es. maggior interesse nelle relazioni sociali). Qualcuno con l'adolescenza ha un peggioramento, ma la maggior parte ha dei miglioramenti.
- ⦿ La presenza di un **QI elevato** e del **linguaggio verbale** sono fattori importanti nel determinare un **miglior esito** in seguito al trattamento.
- ⦿ **Pochissime persone diventano autonome in età adulta.**

Diagnosi Differenziale

1. **DISABILITÀ INTELLETTIVA:** A differenza del disturbo dello spettro dell'autismo, nei casi di disabilità intellettiva non c'è un'evidente discrepanza tra le competenze socio-comunicative e le altre abilità intellettive.
2. **DISTURBO DELL'ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ:** In questo caso, sebbene siano presenti disattenzione e impulsività, non sono presenti deficit a livello sociale.
3. **MUTISMO SELETTIVO:** In questo disturbo, le capacità comunicative non verbali non sono generalmente compromesse; inoltre il linguaggio non è assente in tutti i contesti.

QUALI INTERVENTI IN CLASSE CON UN BAMBINO o RAGAZZO CON DISTURBO DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO?

- ◉ L'intervento deve essere intensivo ed estendersi a tutti i contesti in cui il bambino vive, quindi compresa la scuola.
- ◉ Il bambino ha il diritto/dovere di frequentare la scuola dell'obbligo.
- ◉ La **flessibilità** è la caratteristica più importante per gli operatori, data la grande eterogeneità delle manifestazioni comportamentali e dei livelli di sviluppo che si riscontrano in bambini con questa diagnosi.
- ◉ Non esiste un modello unico di intervento che va bene per tutti ➡ **intervento individualizzato (PEI).**

- ⦿ Deve essere portata avanti la prospettiva dell'**integrazione**; tuttavia, in alcuni casi, è necessario prevedere attività individuali in una stanza separata, al fine di far acquisire al bambino le abilità necessarie per partecipare successivamente ad attività integrate in classe.
- ⦿ L'insegnante, in generale, si trova di fronte a sfide che possono emergere proprio per le caratteristiche del contesto scolastico stesso: **gestione di nuovi ambienti e persone**, apprendimento, socializzazione, gestione dei problemi comportamentali.
- ⦿ Il bambino può dimostrare incapacità di comunicare e interagire, oppure passare molto tempo in comportamenti inappropriati (come agitare le mani per lunghi periodi) ➡ educare il bambino a comportamenti più adeguati e produttivi.

AUTONOMIA PERSONALE

(andare in bagno,
tenersi puliti e
ordinati)

AUTONOMIA SOCIALE

(leggere l'orologio,
usare il denaro,
usare il telefono)

INTERVENTO DELL'INSEGNANTE SU ABILITÀ BASILARI

AUTONOMIA INTERPERSONALE

(salutare,
rispondere,
interagire)

ABILITÀ DI COMUNICAZIONE

(esprimere
verbalmente, o a
gesti, i bisogni)

Dal punto di vista del genitore ...

<https://www.youtube.com/watch?v=VagE9AWbLrk>

<https://www.youtube.com/watch?v=-TSqM1PM4tk>

L'ATTENZIONE: UN'INTRODUZIONE

ATTENZIONE

È una focalizzazione attiva (volontaria) o passiva (involontaria) della coscienza su un'esperienza esterna o interna

- ◉ **Focalizzazione volontaria** → È la persona a focalizzare l'attenzione su un evento esterno o interno
- ◉ **Focalizzazione involontaria** → È lo stimolo ad attrarre l'attenzione della persona senza un suo sforzo consapevole
- ◉ **Stimolo esterno** → È al di fuori della persona, come ad esempio un suono proveniente dall'esterno
- ◉ **Stimolo interno** → È all'interno della persona, come un ricordo.

L'attenzione ha una **CAPACITÀ LIMITATA**, che è relativamente stabile, ma condizionata da fattori come stanchezza, depressione e lesioni cerebrali (**riduzione della capacità attentiva**)

ATTENZIONE FOCALIZZATA o SELETTIVA

Capacità di far risaltare un unico o due stimoli su cui è diretto l'interesse, mentre la consapevolezza di altri stimoli viene posta sullo sfondo → CONCENTRAZIONE

ATTENZIONE SOSTENUTA o VIGILANZA

Capacità di mantenere un impegno attentivo per un periodo di tempo prolungato

ATTENZIONE DIVISA

Capacità di rispondere a più di un compito alla volta o a più aspetti di un medesimo compito

ATTENZIONE ALTERNANTE

Capacità di spostare rapidamente il focus attentivo da un compito a un altro



DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ

I criteri diagnostici del DSM-5

A. Un **pattern persistente di disattenzione e/o iperattività** che interferisce con il funzionamento o lo sviluppo, come caratterizzato da (1) e/o (2):

1. DISATTENZIONE: 6 (o più) dei seguenti sintomi persistiti per almeno 6 mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e con impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche/lavorative.

Nota. I sintomi non sono soltanto una manifestazione di comportamento oppositivo, sfida, ostilità o incapacità di comprendere i compiti o le istruzioni. Oltre i 17 anni di età, sono richiesti almeno 5 sintomi.

1. Difficoltà a prestare attenzione ai particolari o errori di distrazione nei compiti scolastici/lavorativi o altre attività
2. Difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco (es., difficoltà a rimanere concentrato durante una conversazione, lezione, o lettura)
3. Sembra non ascoltare quando si parla con lui direttamente (anche in assenza di distrazioni evidenti)
4. Non segue le istruzioni e non termina le attività
5. Difficoltà ad organizzarsi nei compiti e nelle attività (es., difficoltà nel tenere in ordine il materiale, lavoro disordinato, gestisce il tempo in modo inadeguato)
6. Evita, prova avversione, o è riluttante a impegnarsi in compiti che richiedono uno sforzo mentale protratto (es., compiti scolastici)
7. Perde gli oggetti necessari per svolgere le attività
8. È facilmente distratto da stimoli esterni
9. È sbadato nelle attività quotidiane (es., fare commissioni).

2. IPERATTIVITÀ e IMPULSIVITÀ: 6 (o più) dei seguenti sintomi persistono per almeno 6 mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e con un impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche/lavorative.

Nota. I sintomi non sono soltanto una manifestazione di comportamento oppositivo, sfida, ostilità o incapacità di comprendere i compiti o le istruzioni. Oltre i 17 anni di età, sono richiesti almeno 5 sintomi.

1. Agita o batte mani e piedi, o si dimena sulla sedia
2. Lascia il proprio posto in situazioni in cui si dovrebbe rimanere seduti (es., lascia il posto in classe)
3. Corre e salta in situazioni non appropriate (in adolescenti e adulti, è sufficiente sentirsi irrequieti)
4. È incapace di giocare o svolgere attività ricreative tranquillamente
5. È “sotto pressione”, agendo come se fosse “azionato da un motore” (es., incapace di rimanere fermo)
6. Parla troppo
7. “Spara” una risposta prima che la domanda sia stata completata (es., completa le frasi dette da altre persone, non riesce ad attendere il proprio turno nella conversazione)
8. Ha difficoltà ad aspettare il proprio turno (es., mentre aspetta in fila)
9. Interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti (es., interrompe conversazioni, giochi o attività, usa le cose degli altri senza chiedere il permesso)

- B. Diversi sintomi di disattenzione o iperattività-impulsività erano presenti prima dei 12 anni.
- C. Diversi sintomi di disattenzione o iperattività-impulsività **si presentano in due o più contesti** (es. a casa, a scuola/lavoro, con amici o parenti, in altre attività).
- D. Vi è una chiara evidenza che i sintomi interferiscono con, o riducono, la qualità del funzionamento sociale, accademico o lavorativo.
- E. I sintomi non sono dovuti ad altri disturbi psicologici o all'intossicazione/astinenza da sostanze.

Specifiers

◎ MANIFESTAZIONE:

- ❖ Combinata
- ❖ Con Disattenzione Predominante
- ❖ Con Iperattività/Impulsività Predominante

- ◎ IN REMISSIONE PARZIALE: Quando tutti i criteri sono stati soddisfatti in precedenza, ma non tutti i criteri sono stati soddisfatti negli ultimi 6 mesi e i sintomi causano però ancora una compromissione del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo

◎ GRAVITÀ ATTUALE:

- ❖ **Lieve:** Sono presenti pochi sintomi oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi, e i sintomi comportano solo compromissioni minori del funzionamento sociale o lavorativo.
- ❖ **Moderata:** Sono presenti sintomi o compromissione funzionale in una posizione intermedia tra “lieve” e “grave”.
- ❖ **Grave:** Sono presenti molti sintomi oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi, o diversi sintomi che sono particolarmente gravi, o i sintomi comportano una marcata compromissione del funzionamento.

Epidemiologia

- Il DSM-5 riporta che nella maggior parte delle culture la prevalenza del disturbo è di circa il 5% dei bambini e il 2.5% degli adulti.
- Inoltre, il DSM-5 riporta una **maggior prevalenza del disturbo nei maschi** (rapporto 2:1).
- Le **femmine** tendono ad avere primariamente caratteristiche di **disattenzione** e problemi soprattutto nell'**area scolastica**.
- I **maschi** tendono ad essere caratterizzati maggiormente da **impulsività e iperattività**, e da una **maggior pervasività del disturbo sul funzionamento**, interessando anche l'area sociale

Fattori di Rischio

- ◉ È un disturbo ad **elevata ereditarietà** (genetica)
- ◉ Inoltre, i bambini con questa diagnosi hanno una riduzione del 5% del volume totale del cervello e del 10-12% nelle regioni cerebrali implicate nelle funzioni di controllo del comportamento.
- ◉ **Fattori ambientali**: esposizione intrauterina ad alcol o nicotina, nascita pretermine, basso peso alla nascita, abuso durante l'infanzia, trascuratezza.
- ◉ **I pattern di interazione familiare** nella prima infanzia non costituiscono un fattore di rischio, ma possono influenzare il decorso del disturbo e, in particolare, contribuire allo sviluppo secondario del disturbo della condotta.

Conseguenze

- ◉ Ridotta performance scolastica
- ◉ Occupazione di basso livello o Disoccupazione
- ◉ Rifiuto sociale
- ◉ Incidenti
- ◉ Conflitti interpersonali
- ◉ Abuso di sostanze e maggior rischio di arresto

Prognosi

- ◉ Solitamente i genitori notano molto presto nel figlio un'eccessiva attività motoria, ma prima dei 4 anni è difficile capire se si tratta o meno di ADHD.
- ◉ In genere la diagnosi viene fatta durante la scuola primaria, quando la disattenzione diviene prominente.
- ◉ **Il disturbo rimane stabile durante la prima adolescenza**, ma in alcuni casi si ha lo sviluppo di comportamenti antisociali.
- ◉ **Nella maggior parte dei casi, con l'adolescenza i sintomi di iperattività motoria si attenuano**, ma rimangono (anche in età adulta) agitazione, disattenzione, disorganizzazione e impulsività.
- ◉ Più del 50-60% delle persone con diagnosi di ADHD, sebbene evidenzia un'attenuazione dei sintomi, mantiene il danneggiamento funzionale anche dopo i 20 anni.

◎ Sono frequenti disturbi in comorbidità:

- **Disturbo oppositivo provocatorio:** in circa la metà dei bambini con manifestazione combinata e in circa un quarto dei bambini con disattenzione predominante
- **Disturbo della condotta:** in circa un quarto dei bambini con manifestazione combinata
- Anche i **disturbi d'ansia e depressivi** possono essere compresenti, sebbene in una minoranza rispetto ai disturbi esternalizzanti e soprattutto quando è predominante la disattenzione.

Diagnosi Differenziale

- ◉ **DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO:** Questa diagnosi si caratterizza per il rifiuto di fare i compiti scolastici/lavorativi perché la persona si oppone al soddisfacimento delle richieste altrui. Il comportamento è caratterizzato da negatività, ostilità e provocatorietà; aspetti assenti nel disturbo da deficit di attenzione/iperattività, che presenta difficoltà scolastiche come conseguenza della difficoltà a mantenere l'attenzione, a ricordare le istruzioni o all'impulsività.

QUALI INTERVENTI IN CLASSE CON UN BAMBINO o RAGAZZO CON DISTURBO DELL'ATTENZIONE/ IPERATTIVITÀ ?

(Strepparava & Iacchia, 2012)

ORGANIZZAZIONE DELL'AULA

- ❖ **Controllare le fonti di distrazione nella classe:** evitare di farlo sedere vicino alla finestra, ma nemmeno in una zona del tutto priva di stimolazioni
- ❖ **Disporre i banchi** in modo da potersi spostare frequentemente in mezzo ad essi

PRIMA DI INIZIARE LA LEZIONE

- ❖ **Accertarsi che** quando vengono date le istruzioni per eseguire i compiti o vengono spiegate le lezioni **lo studente sia presente** (fisicamente e mentalmente!): creare un contatto oculare
- ❖ Fornire **istruzioni semplici e brevi**
- ❖ Se viene assegnato il testo di un problema, **aiutarlo a individuare i punti salienti**

DURANTE LA LEZIONE

- ❖ Fare brevi e frequenti **pause**, soprattutto se i compiti sono ripetitivi
- ❖ Rendere le **lezioni stimolanti**, anche utilizzando il ritmo della voce
- ❖ **Interagire** frequentemente con gli studenti
- ❖ Quando possibile, usare il **gioco** per favorire l'apprendimento

FAVORIRE E SVILUPPARE LE CAPACITÀ DI PIANIFICAZIONE

- ❖ Stabilire **attività programmate e ripetitive** in modo che lo studente impari a prevedere quali sono i comportamenti richiesti nei diversi momenti della giornata
- ❖ **Definire con chiarezza i tempi previsti** per le varie attività
- ❖ **Aiutarlo a gestire il proprio materiale**

STABILIRE E FAR CONDIVIDERE LE REGOLE

- ❖ Definire e far mantenere chiare e semplici regole all'interno della classe
- ❖ Discutere e rivedere le regole, se necessario
- ❖ Spiegare agli studenti quali sono i comportamenti adeguati e quali quelli inadeguati, facendo capire quali sono le conseguenze per entrambi i comportamenti
- ❖ **Utilizzare il rinforzo e non la punizione** per favorire comportamenti appropriati
- ❖ **Non punire togliendo l'intervallo!**
- ❖ Non creare situazioni di competizione con altri compagni su abilità che non costituiscono una risorsa del bambino
- ❖ **Non focalizzarsi sul tempo di svolgimento del compito, ma sulla qualità**
- ❖ Scegliere attività in cui può **far emergere le sue qualità**

FAVORIRE L'ATTENZIONE PER L'APPRENDIMENTO

- ❖ **CATTURARE L'ATTENZIONE:** Utilizzare il **contatto visivo**, **gessetti colorati** per evidenziare gli aspetti salienti, segnalare verbalmente che state per parlare di qualcosa a cui devono prestare attenzione, raccontare una storia divertente per introdurre un argomento
- ❖ **MANTENERE L'ATTENZIONE:** Assicurarsi di **essere sempre visibile** a tutti gli studenti, assicurarsi che la propria **voce raggiunga tutti**, far sedere i bambini più disattenti nei primi banchi, usare supporti visivi, spiegazioni brevi, semplici e chiare, evitare tempi vuoti, **favorire il lavoro in piccoli gruppi**

LO STILE RELAZIONALE

Utilizzare uno stile assertivo

L'insegnante si esprime in modo chiaro e deciso, rispettando la sensibilità del ragazzo e, al contempo, le regole di comportamento stabilite.

EVITARE:

Stile passivo: difficoltà nello stabilire le regole e farle rispettare.

Stile aggressivo: l'insegnante è ostile, collerico, ricorre a modalità punitive.

COLLABORARE CON I GENITORI (Scuola Secondaria di Primo Grado)

- Può essere utile stabilire un “**contratto educativo**” in cui si può coinvolgere anche lo studente (soprattutto con studenti della scuola primaria e secondaria di primo grado).
- Si stabiliscono gli obiettivi da raggiungere, gli impegni e le responsabilità reciproche, i premi più indicati per il ragazzo.
- Il comportamento desiderato deve essere premiato immediatamente al termine dell'ora/giornata scolastica per evidenziare le conseguenze (positive) dei comportamenti messi in atto in classe.
- Ad esempio, si stabilisce che al termine di ogni giornata, se il ragazzo ha esibito i comportamenti concordati, otterrà uno sticker. Al termine della settimana, se ha ottenuto 4 stickers otterrà il premio concordato (dall'insegnante o a casa dai genitori).

UN CASO DA YOUTUBE...

<https://www.youtube.com/watch?v=w4t4JFKDD6s>



BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

Per chi volesse approfondire

- ◉ American Psychiatric Association (2014). Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, 5° edizione. Raffaello Cortina Editore.
- ◉ Camaioni, L., & Di Blasio, L. (2002). Psicologia dello sviluppo. Il Mulino.
- ◉ Celi, F., & Fontana, D. (2015). Psicopatologia dello Sviluppo. Storie di Bambini e Psicoterapia, III Edizione. McGraw Hill Education.
- ◉ Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M., & Johnson, S. L. (2013). Psicologia Clinica, 4° edizione, Zanichelli.
- ◉ Mecacci, L. (2001). Manuale di Psicologia Generale, Storia, teorie e metodi. Cervello, cognizione e linguaggio. Motivazione ed emozione. Giunti.
- ◉ Pecini, C., & Brizzolara, D. (2020). Disturbi e traiettorie atipiche del neurosviluppo. McGraw Hill.
- ◉ Sims, A. (2009). Introduzione alla Psicopatologia Descrittiva. 4° Edizione. Raffaello Cortina Editore
- ◉ Strepparava, M. G. & Iacchia, E. (2012). Psicopatologia cognitiva dello sviluppo. Bambini difficili o relazioni difficili? Raffaello Cortina Editore.