



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
CORSO MAGISTRALE IN PSICOLOGIA
DELLO SVILUPPO E DELL'EDUCAZIONE

Disturbo pervasivo dello sviluppo (Disturbi dello Spettro dell'Autismo)

Cap. 4 del libro Disabilità Intellettive

**CORSO “DISABILITÀ COGNITIVE”
PROF. RENZO VIANELLO
ANNO ACCADEMICO 2017 - 2018**



A cura di:
Arianna Dalla Valle
Luca Marcadella

Cenni storici:

Prima del XXI secolo non esisteva il concetto di autismo. Il termine fu introdotto dallo psichiatra Eugen Bleuler nel 1911 per indicare un sintomo comportamentale della schizofrenia, il **ritiro del Sé dalla vita sociale**. Solo nel 1930 venne avviato il primo studio sistematico sull'autismo. Ma fu Kanner (1943) ad essere il primo autore a parlare di “**autismo infantile precoce**” per descrivere bambini tra i 2 e gli 8 anni che presentavano: **reazioni emotive eccessive, tratti ossessivi, stereotipie, ecolalie e isolamento sociale**. Descrivendolo così, dell'autismo viene messo in risalto sia il momento evolutivo in cui avvengono le prime manifestazioni, sia i limiti che il bambino presenta nelle relazioni. Nel 1944 Hans Asperger descrisse casi simili ma con un miglior funzionamento cognitivo generale e senza ritardi nello sviluppo del linguaggio. Successivamente questo disturbo fu introdotto nel DSM e venne descritto come un tipo di psicosi infantile.

Criteri diagnostici secondo il DSM

DSM-IV-TR:

Disturbi pervasivi dello sviluppo

- A. Compromissione dell'area dell'INTERAZIONE SOCIALE.
- B. Compromissione nell'area della COMUNICAZIONE.
- C. I soggetti mostrano comportamenti, interessi e attività RISTRETTI, RIPETITIVI e STEREOTIPATI.

(Esordio prima dei 3 anni d'età)

DSM-5:

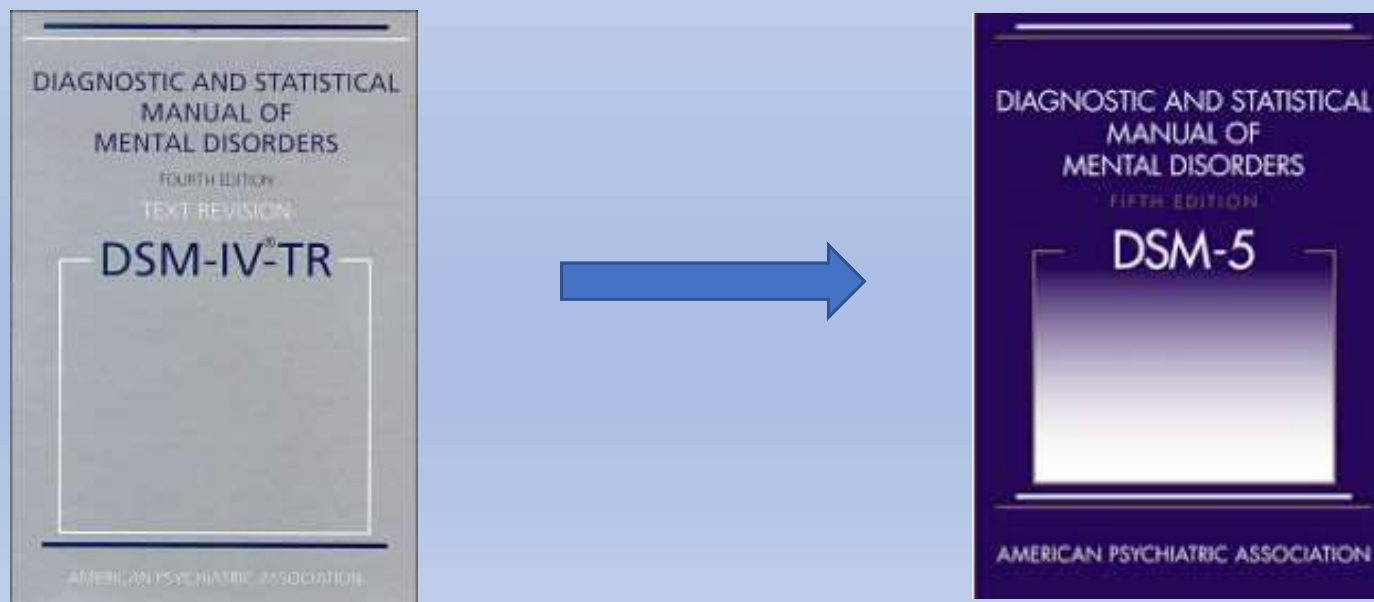
Disturbi dello Spettro dell'Autismo

- A. Deficit persistenti nella COMUNICAZIONE e nell'INTERAZIONE SOCIALE.
- B. Pattern di COMPORTAMENTO, INTERESSI o ATTIVITÀ RIPETITIVI e RISTRETTI.
- C. I sintomi devono essere presenti nel periodo precoce dello sviluppo.

Nel **DSM-IV** è presente un Approccio categoriale, che vede l'autismo come una categoria diagnostica con caratteristiche cliniche definite:

- Disturbo autistico
- Disturbo disintegrativo dell'infanzia
- Disturbo di Asperger
- Disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato
- Sindrome di Rett (nel DSM-5 è stata inserita tra i disturbi neurologici)

Il DSM-5, invece, adotta un Approccio dimensionale: lo spettro autistico è un continuum dimensionale.



Nel DSM-5 complessivamente devono essere soddisfatti 5 criteri:

A. Deficit persistenti della comunicazione sociale e nell'interazione sociale;

- Deficit nella reciprocità socio-emotiva: approcci sociali atipici, mancata reciprocità nella conversazione, riduzione degli interesse, mancanza di iniziativa nell'interazione Sociale.
- Deficit nella comunicazione non-verbale: anomalie riguardanti il contatto oculare e nel linguaggio del corpo, assenza di espressioni facciali e comunicazione non verbale.
- Deficit nell'instaurare, mantenere e comprendere relazioni sociali: difficoltà di modulare il comportamento nei vari contesti, difficoltà nel gioco immaginativo, nell'instaurare amicizia, carenza di interesse verso le altre persone.

B. Pattern di comportamenti, interessi o attività ripetitivi e ristretti;

(Devono essere soddisfatti almeno due dei seguenti criteri)

- Linguaggio, uso di oggetti, movimenti stereotipati o ripetitivi.
- Resistenza al cambiamento, eccessiva aderenza alla routine, pattern rituali di comportamenti verbali o non verbali.
- Interessi altamente ristretti e fissi.
- Iper- o ipo-sensibilità per input sensoriali: indifferenza al dolore/temperatura, risposte evitanti o eccessive a suoni, eccessivo interesse a luci o oggetti in movimento.

- C. I sintomi devono essere presenti nel periodo precoce dello sviluppo;**
- D. I sintomi causano compromissione clinicamente significativa in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti;**
- E. Queste alterazioni non sono meglio spiegate da disabilità intellettiva o da ritardo globale dello sviluppo;**

Durante ogni valutazione diagnostica, il DSM-5 richiede di specificare i livelli di gravità dei sintomi:

- Se è presente o meno una compromissione intellettiva associata
- Se è presente o meno una compromissione del linguaggio associata
- Se è associato ad una condizione medica o genetica nota o ad un fattore ambientale
- Se è associato ad un altro disturbo del neurosviluppo, mentale e/o comportamentale
- Se è presente o meno catatonia

Gli specificatori di gravità possono essere utilizzati per descrivere in modo conciso la sintomatologia attuale, con la consapevolezza che la gravità può variare nei diversi contesti e oscillare nel tempo. I livelli di severità del Disturbo dello Spettro dell'Autismo vanno a specificare la tipologia di supporto che l'individuo dovrebbe ricevere:

- Livello 3: “ E’ necessario un supporto molto significativo”.
- Livello 2: “ E’ necessario un supporto significativo”.
- Livello 1: “ E’ necessario un supporto”.

SEVERITA'	COMUNICAZIONE SOCIALE	COMPORTAMENTI RIPETITIVI E RISTRETTI
LIVELLO 3 : Richiesta di supporto molto significativo	Poche parole comprensibili, scarsa iniziativa nell'avviare interazioni sociali, scarsa rispondenza alle aperture sociali altrui.	Estrema resistenza al cambiamento, comportamenti ripetitivi e ristretti, forte disagio al cambiamento.
LIVELLO 2 : Richiesta di supporto significativo	Linguaggio limitato a frasi povere, difficoltà di integrazione con gli altri anche se con supporto.	Molto evidenti, frequenti, interferenti negativamente con la vita quotidiana.
LIVELLO 1 : Richiesta di supporto	Ridotto interesse per le interazioni sociali, linguaggio con frasi complete, ricerca di comunicazione con gli altri, ma insuccessi nelle conversazione e nel farsi degli amici.	Comportamenti rigidi, difficoltà ad abbandonare una attività per iniziarne un'altra, scarse capacità organizzative e di pianificazione.

DISTURBO AUTISTICO:



Caratteristiche diagnostiche

I soggetti presentano ritardo:

- Nello sviluppo motorio
- Nello sviluppo delle attività e dell'intelligenza senso-motoria
- Nell'uso del pensiero simbolico, della comunicazione e del linguaggio non verbale.

I soggetti mostrano delle complicazioni mediche.

Inoltre, mostrano una discrepanza tra lo sviluppo dell'intelligenza e lo sviluppo comunicativo, linguistico e sociale.

Frequenti sono i movimenti corporei o espressioni vocali stereotipate.

➡ QUINDI il profilo di sviluppo risulta essere qualitativamente diverso rispetto allo sviluppo tipico

Prevalenza

Il disturbo ha una prevalenza media di 5 casi ogni 10.000 (DSM.IV-TR).

Nel DSM - 5 viene riportato che l'1% della popolazione presenta un disturbo dello Spettro dell'Autismo. Quindi si passerebbe a 100:10.000.

➡ L'aumento potrebbe dipendere da:

- Ampliamento dei criteri diagnostici (per comprendere anche casi sotto soglia, borderline o limiti)
- Maggiore attenzione alla patologia
- Differenze metodologiche alle ricerche
- Effettivo aumento della frequenza del disturbo dello spettro dell'autismo.

Manifestazioni e disturbi associati

- Movimenti corporei stereotipati
- Limitati interessi ed eccesso di impegni in alcuni di essi
- Discrepanza fra prove verbali e di performance nei test d'intelligenza (Scale Weschler)
- Comportamenti autolesivi, aggressivi e di iperattività
- Desiderio di non modificare le abitudini, mantenimento delle routine
- Ritardo mentale e/o disabilità intellettiva
- Linguaggio verbale carente, frasi stereotipate e ripetizioni non adeguate al contesto.
- Carente o mancato interesse al gioco simbolico

Familiarità e basi genetiche

Sulla base della concordanza fra gemelli si stima un' influenza degli aspetti ereditari fra il 37-90%. Questo supporta l'ipotesi di una causa genetica del disturbo autistico, anche se attualmente non vi sono dati specifici sicuri.

DSM-5: solo il 15% dei casi di disturbo dello spettro autistico sembrano associati ad una nota mutazione genetica; per il resto dei casi il rischio sembra associato ad una trasmissione poligenica.

Fattori di rischio specifici possono contribuire al rischio di sviluppare un disturbo dello spettro dell'autismo: Età avanzata dei genitori, basso peso alla nascita, esposizione del feto a valproato.

Diagnosi differenziale

Nel **DSM-IV-TR** queste sindromi erano incluse nei

Disturbi pervasivi dello sviluppo:

- Sindrome di Rett
- Mutismo selettivo
- Disturbi del linguaggio e disturbo della comunicazione sociale (pragmatica)
- Disabilità intellettiva senza disturbo dello spettro dell'autismo
- Disturbo da movimento stereotipato
- Disturbo da deficit di attenzione/iperattività
- Schizofrenia

Nel **DSM-5** vengono diagnosticati come disturbi assestanti al Disturbo dello Spettro dell'Autismo

Disturbo disintegrativo dell'infanzia

Si manifesta con una grave regressione in varie aree del funzionamento del bambino dopo almeno due anni di sviluppo tipico.

La regressione riguarda sia sviluppo intellettuale che l'area della socializzazione e l'area della comunicazione.

Viene caratterizzato da ritardo mentale grave e frequente è il rischio di crisi epilettiche.

Ha un'incidenza maggiore nei maschi.



DISTURBO DI ASPERGER

I soggetti non presentano ritardi mentali significativi. Si va da un ritardo mentale lieve ad un'intelligenza nella norma.

Non vi è un grave ritardo nel linguaggio anche se le prestazioni comunicative sono inferiori a quelle fonologiche, semantiche, morfologiche e sintattiche.

I rapporti amicali con i pari sono scarsi dovuti ad una motivazione sociale inizialmente povere ma mai assente. In alcuni casi, con il passare del tempo però alcuni bambini possono apprendere l'importanza della comunicazione con i pari e quindi stringere amicizie.

Di rado sono presenti difficoltà motorie, invece frequenti sono le difficoltà di attenzione/iperattività.

Questo disturbo ha un decorso continuo e duraturo per tutta la vita.

È più frequente nei maschi rispetto alle femmine e il rischio aumenta maggiormente se in famiglia sono presenti altri casi di disturbo pervasivo dello sviluppo.

Disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato

Viene utilizza questa classificazione per quei casi in cui il risultato della diagnosi presenta le caratteristiche dei disturbi pervasivi dello sviluppo, ma non sono soddisfatti i criteri che permettono di diagnosticare uno dei tre disturbi presentati precedentemente.



Profilo Cognitivo

Cosa differenzia il disturbo autistico dal ritardo mentale?

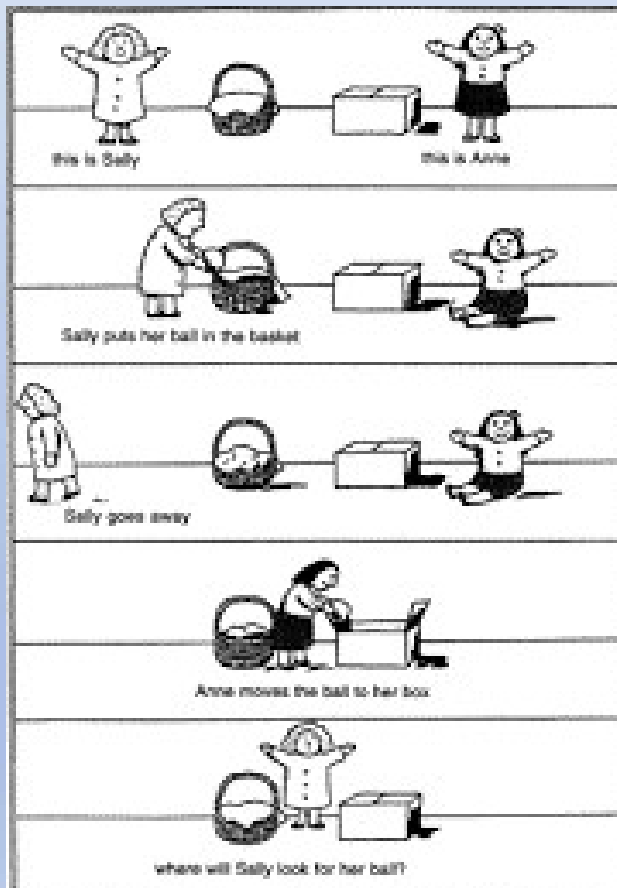
- Contributi dalla ricerca:
 - A. Studi che indagano le **aree di funzionamento maggiormente compromesse** attraverso **compiti specifici**
 1. **Teoria della mente**
 2. **Funzioni esecutive**
 3. **Coerenza centrale**
 - B. Risultati ottenuti dalla somministrazione delle scale **WISC**



Solitamente i partecipanti sono soggetti ad **alto funzionamento** ma possono essere considerati comunque **rappresentativi** della popolazione.

A. AREE MAGGIORMENTE COMPROMESSE

1. Teoria della mente



La teoria della mente è la capacità del soggetto di attribuire stati mentali a sé e ad altri e di predire il comportamento proprio e altrui sulla base di tali stati.

I 4 anni sono l'età in cui è previsto il pieno sviluppo della Teoria della Mente.

Solo il 20% dei soggetti autistici con età mentale equivalente ai 4-5 anni riesce a risolvere il compito.

→ Difficoltà nel pensiero simbolico (18-24 mesi)

→ Difficoltà nelle interazioni sociali dovute all'incomprensione / erronea interpretazione degli stati altrui.

2. Funzioni esecutive

Insieme di processi cognitivi che permettono di **pianificare, iniziare e portare a termine** comportamenti diretti ad uno scopo, attraverso un insieme di azioni coordinate e strategiche.

Comprendono:

- Controllo degli impulsi
- Inibizione di risposte non adeguate
- Pianificazione
- Ricerca sistematica
- Ragionamenti flessibili.



→ Spiega comportamenti stereotipati e interessi ristretti

3. Coerenza centrale (U. Frith, 1989)

«Incapacità di mettere insieme le informazioni in modo da generare idee coerenti e significative.

C'è una falla nella predisposizione della mente a dare un senso al mondo»

Ciò causa:

- Elaborazione frammentaria dell'esperienza
- Ossessione per i dettagli
- Scarsa considerazione delle informazioni contestuali
- Incapacità di comprendere stimoli complessi.



Le tre ipotesi non si escludono a vicenda e non escludono altre carenze

B. RISULTATI ALLE PROVE WISC

- Lincoln, Allen e Kilman (1995)
- Analisi di 12 ricerche sulle prestazioni alle Scale Wechsler
- Campione:
 - 183 partecipanti con disturbo dello spettro dell'autismo (età media compresa tra 7 e 27 anni)
 - QI superiore a 70.
- Risultati:
 - QI performance > QI verbali.
 - In 7 ricerche su 12 risultano superiori a quelli verbali di almeno 10 punti.

- Più opportuno svolgere un **analisi fattoriale** distinguendo:
 1. **Comprensione verbale** (cultura generale, vocabolario, comprensione generale e analogie): fattore di debolezza nella maggior parte dei casi
 2. **Organizzazione percettiva** (completamento, riordino e ricostruzione di figure, disegno con i cubi): punto di forza
 3. **Capacità di concentrazione** (ragionamento aritmetico, memoria di cifre, codifica): punteggi intermedi
- Oppure possiamo considerare le componenti di memoria implicate nei diversi compiti, distinguendo tra:
 - **Memoria sequenziale**: più scadente
 - **Memoria simultanea**



Temple Grandin

Basso

Funzionamento cognitivo

Alto

Ritardo mentale dovuto a **problemi di elaborazione sensoriale**
(ipersensibilità percettiva, confusione e mescolamento percettivo)

Caratterizzati da **concretezza e rigidità di pensiero** (mancanza di senso comune, difficoltà di generalizzazione, pensiero per immagini).

Inoltre riporta difficoltà...

- a costruirsi una rappresentazione generalizzata degli oggetti (es. gatto);
- a comprendere il pensiero astratto;
- nella comunicazione sociale (probabilmente mancano le basi sociali della comunicazione);
- a riconoscere e riprodurre i volti (probabilmente per lo scarso contatto oculare);
- a tenere in considerazione la parte emotiva dei vissuti personali (anche a livello mnestico).

https://it.wikipedia.org/wiki/Temple_Grandin_-_Una_donna_straordinaria

<http://www.templegrandin.com/templehome.html>

<http://www.grandin.com/>

<https://pages.presencelearning.com/webinar-16-temple-grandin-new-time-register.html>

EDUCAZIONE E TRATTAMENTO

1. Necessità di **conoscere lo sviluppo tipico** e lo sviluppo di **soggetti con disabilità intellettiva** per capire lo sviluppo di coloro che hanno un disturbo dello spettro dell'autismo
2. Responsabilità di un **operatore** che definisca e monitori il programma personalizzato coinvolgendo operatori, insegnanti e familiari
3. **Ambiente strutturato e familiare** per eliminare fonti di distrazione
4. Competenza nella **comunicazione aumentativa e alternativa**
5. **Strutturazione delle attività** della vita quotidiana
6. Esperienza, competenza e sensibilità per dare significato ai comportamenti ritenuti assurdi e non collegati al contesto
7. Evitare il **bombardamento sensoriale** (ricordare le difficoltà nel processare stimoli provenienti da fonti diverse)
8. Considerare che il **linguaggio verbale** può essere **impegnativo** da comprendere
9. Tenere in considerazione **emozioni e sentimenti** dell'individuo con autismo senza sotto o sopravvalutarli
10. Importanza del **counselling alle famiglie** mirato e continuo.

Metodo TEACCH

(Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children)

- Ideato da Eric Schopler, nasce in Carolina del Nord intorno agli anni '60
- L'**obiettivo** è la strutturazione dell'ambiente e la collaborazione tra genitori, operatori e insegnanti, al fine di favorire l'adattamento del bambino alle situazioni di vita quotidiana.

<http://www.designhub.it/cometa/programma-teacch.html>



Parola chiave: STRUTTURARE

Che cosa?

Spazio

Permette al bambino di identificare chiaramente a livello visivo dove si svolgono le varie attività della giornata

Tempo

Per rispondere ai bisogni del bambino di prevedibilità e ripetizione

Compito

Permette al bambino di prefigurarsi la durata dell'attività che ha iniziato e i compiti che deve ancora svolgere per portarla a termine

- Video

<https://www.youtube.com/watch?v=5iwbxmkIaBQ>

Bibliografia

- Vianello, R. (2015), Diabilità intellettive, Parma: Ed. Junior
- Vianello, R., Mammarella, C. (2015), Psicologia delle disabilità, Parma: Ed. Junior
- Cumine, v., Leach, J., Stevenson, G. (2005), Bambini autistici a scuola, Parma: Ed. Junior
- APA, (2014), DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Raffaello Cortina