



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE
Dipartimento di Scienze della Vita

PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO Modulo A

SVILUPPO ATIPICO: DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

Dott.ssa Eleonora Doz

eleonora.doz@phd.units.it

11 novembre 2024

DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO: DEFINIZIONE

- ▶ I **Disturbi dello Spettro Autistico** (*Autism Spectrum Disorder, ASD*) sono dei **disturbi del neurosviluppo** che esordiscono nella prima infanzia e sono caratterizzati da:
 - a) deficit nelle **INTERAZIONI SOCIALI** e nella **COMUNICAZIONE**
 - b) comportamenti e interessi ristretti e stereotipati.
- ▶ Gli ASD comportano dunque gravi **problemi nella capacità di comunicare, di entrare in relazione con le persone e di adattarsi all'ambiente.**

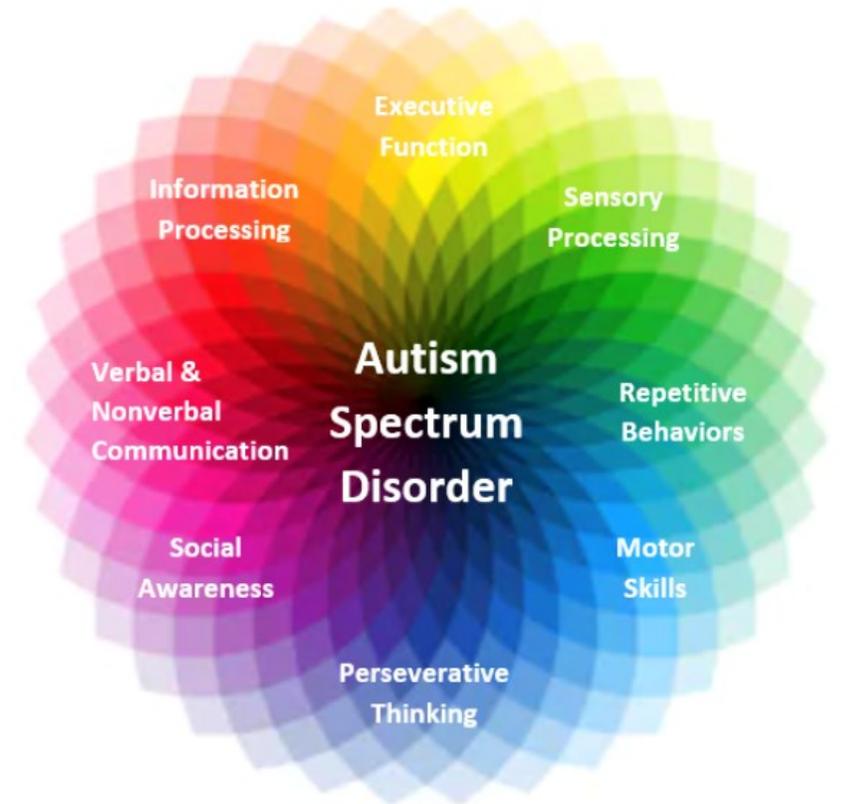


(DSM-5, 2014)

DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

- Gli ASD sono una categoria diagnostica complessa e comprendono diversi disturbi del neurosviluppo:
 - Disturbo Autistico, Sindrome di Asperger, Disturbo Disintegrativo della Fanciullezza, Sindrome di Rett e Disturbo Pervasivo dello Sviluppo non altrimenti specificato.

(DSM-5, 2014)

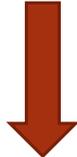


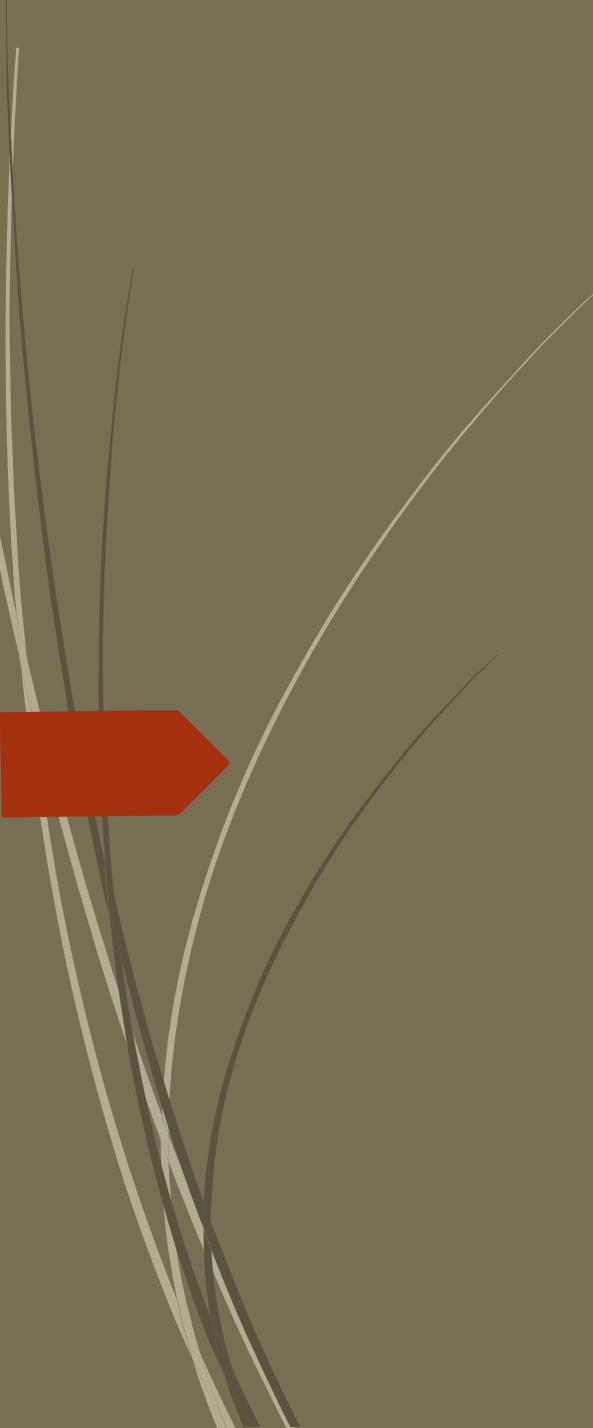
PERCHÉ SI PARLA DI «SPETTRO AUTISTICO»?

- Gli individui con ASD presentano delle **caratteristiche cliniche eterogenee** (i comportamenti disfunzionali variano per intensità e gravità).
- Perciò, gli ASD vengono immaginati come un **continuum** che varia in base alla gravità e richiesta di supporto dall'esterno (Fontani, 2014).



DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

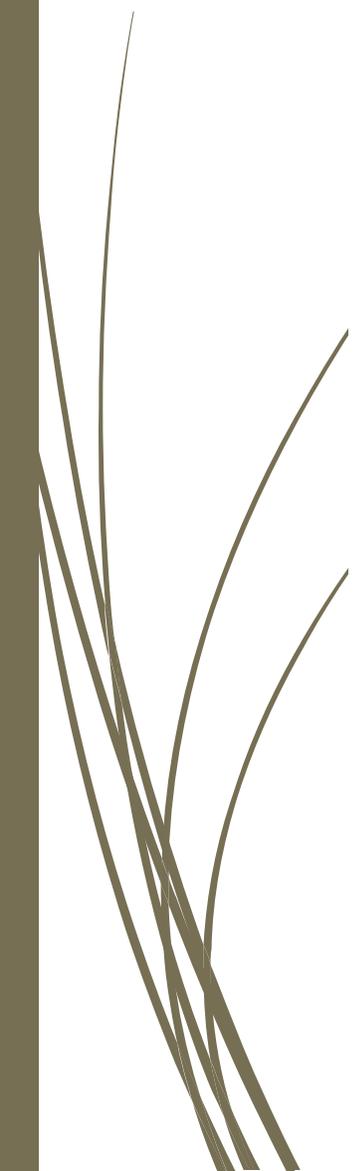
- ▶ Il tasso medio di prevalenza è **1 su 69** bambini, con un rapporto 4 a 1 fra sesso maschile e femminile (Baxter et al., 2015).
- 
- ▶ Sono tra i disordini neuroevolutivi più frequenti in età pediatrica (Devescovi et al., 2017).
 - ▶ La diagnosi di ASD viene fatta dall'età di 3 anni.
 - ▶ I sintomi vengono generalmente riconosciuti tra i 12-24 mesi di età.



QUALI SONO LE
CARATTERISTICHE DI
ASD?



SINTOMATOLOGIA



► Esordiscono nella prima infanzia e sono caratterizzati da:



b) comportamenti ed interessi ristretti e stereotipati.

(DSM-5, 2014)

a) DEFICIT NELLE INTERAZIONI SOCIALI E NELLA COMUNICAZIONE

1. Deficit nella reciprocità socio-emotiva:

Per esempio:

- approccio sociale e modo di conversare anormali, caratterizzati da una **ridotta condivisione** di interessi, emozioni e reazioni;
- **ridotta imitazione** (Marsh et al., 2013; Van Etten & Carver, 2015);
- **ridotta risposta al proprio nome** (Miller et al., 2017);
- fino alla totale **incapacità di dare inizio o rispondere** ad interazioni sociali.



(DSM-5, 2014)

Deficit nella reciprocità socio-emotiva:
Confronto tra due bambini di 14 mesi

Effective Communication and Sharing Enjoyment



Center for
"

Video: Kennedy
Krieger Institute

Video: Deficit nella reciprocità socio-emotiva



Il bambino con ASD non
condivide il proprio
entusiasmo con gli altri



Il bambino con ASD non
chiede aiuto



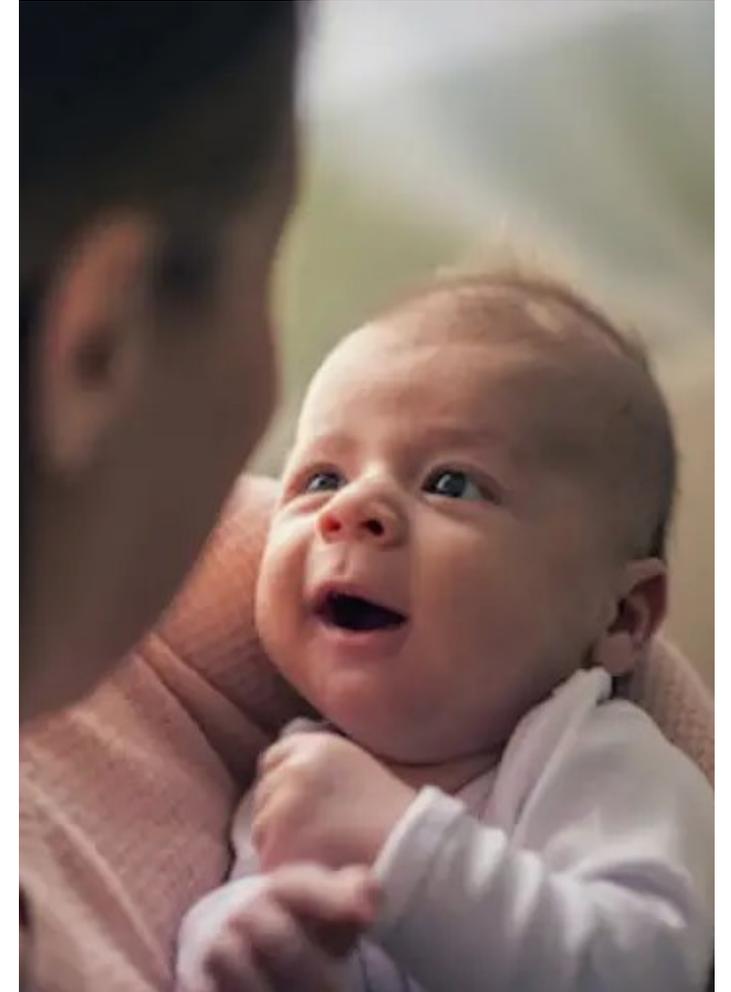
a) DEFICIT NELLE INTERAZIONI SOCIALI E NELLA COMUNICAZIONE

2. Deficit nei comportamenti comunicativi non verbali usati per l'interazione sociale.

Per esempio:

- anomalie nel contatto visivo (**ridotto contatto visivo**);
- **deficit** della comprensione e dell'uso dei **gesti** (es. non fa "ciao ciao" con la mano)
- **mancanza di attenzione condivisa** (es. *pointing* - indicare) (Dawson et al., 1998);
- fino ad una totale **mancanza di espressività facciale** e di comunicazione non verbale.

(DSM-5, 2014)



Contatto visivo in un bambino a sviluppo tipico.

Anomalie nel contatto visivo:
La maestra prende tutti i giocattoli al bambino con ASD, il quale è confuso ma non stabilisce un contatto visivo con la maestra



a) DEFICIT NELLE INTERAZIONI SOCIALI E NELLA COMUNICAZIONE

Anomalie nel contatto visivo

➤ 3-6 mesi d'età

- ASD presentano una **minore attenzione per gli stimoli sociali** rispetto i bambini a sviluppo tipico.

→ **Deficit nell'intersoggettività primaria.**

(Maestro et al., 2005)



a) DEFICIT NELLE INTERAZIONI SOCIALI E NELLA COMUNICAZIONE

Anomalie nel contatto visivo

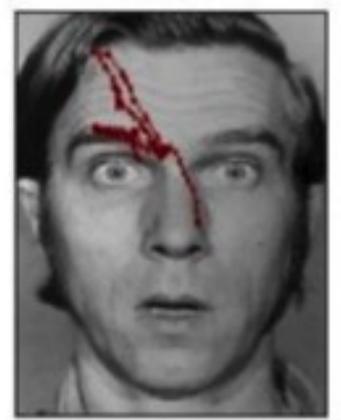
- ▶ Quando guardano un viso, gli adulti affetti da autismo prestano:
 - ▶ **minore attenzione alle aree caratteristiche della faccia** (es. occhi, bocca, naso)
 - ▶ **maggior attenzione alle aree non caratteristiche della faccia** (es. mento, fronte)

rispetto ad adulti a sviluppo tipico (Pelphrey et al., 2002).

Control



Autism



Deficit nella comprensione dei gesti:
Confronto tra due bambini di 14 mesi

Focal/No



Making Social Connections



Center for Autism and Related Disorders
at Kennedy Krieger Institute

Video: Deficit nella comprensione dei gesti

Deficit nella comprensione del *pointing*
(14 mesi)



BAMBINO NON AFFETTO DA ASD



BAMBINO AFFETTO DA ASD

a) DEFICIT NELLE INTERAZIONI SOCIALI E NELLA COMUNICAZIONE

3. Deficit nella creazione e mantenimento di relazioni.

Per esempio:

- **difficoltà** nell'adottare il **comportamento adeguato** ai diversi contesti sociali;
- **difficoltà nel condividere il gioco simbolico**;
- **difficoltà a fare amicizia**;
- fino all'**assenza di interesse** verso i coetanei.



(DSM-5, 2014)

Deficit nella creazione delle relazioni:
Confronto tra due bambini di 19 mesi

Seeing Social Opportunity Through Play



Center for Autism and Related Disorders
at Kennedy Krieger Institute

Video: Deficit nella creazione delle relazioni



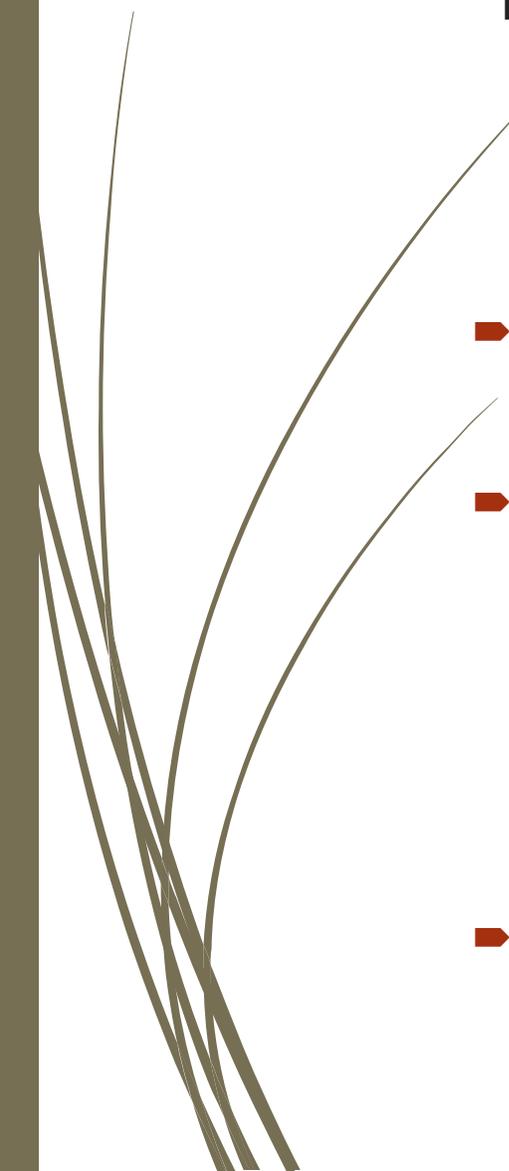
Il bambino con ASD
non coinvolge
l'adulto nel proprio
gioco





a) DEFICIT NELLE INTERAZIONI SOCIALI E NELLA COMUNICAZIONE

DEFICIT DI LINGUAGGIO?

- Possono presentare delle **difficoltà nel linguaggio** che sono **legate alle difficoltà comunicativo-relazionali**.
 - Il linguaggio presenta **variabilità**:
 - casi in cui il deficit linguistico è marcato;
 - casi in cui il linguaggio è ben consolidato;
 - casi in cui le facoltà linguistiche sono particolarmente sviluppate.
 - **Non sono necessarie alla diagnosi di ASD** (DSM-5, 2014).
- 



a) DEFICIT NELLE INTERAZIONI SOCIALI E NELLA COMUNICAZIONE

DEFICIT DI LINGUAGGIO?

➤ Il linguaggio può essere caratterizzato da:

- **ritardo nello sviluppo del linguaggio** (i bambini a sviluppo tipico imparano a parlare dai 12 ai 18 mesi, mentre i bambini con ASD a 24 mesi potrebbero ancora non parlare);
- **ecolalie** (ripetizioni di una stessa parola o frase appena udita) e **frasi fatte**;
- **sintassi particolare**: scarso uso dei funtori (articoli, preposizioni...), anteporre gli aggettivi e gli avverbi ai nomi e ai verbi, collocare il verbo principale alla fine della frase (es. rossa lucida mela sempre gustosamente mangio).
- **lessico particolare**: utilizzano con frequenza maggiore gli aggettivi e avverbi.

SINTOMATOLOGIA

► Esordiscono nella prima infanzia e sono caratterizzati da:

a) deficit nelle INTERAZIONI SOCIALI e nella COMUNICAZIONE

(DSM-5, 2014)



b) COMPORTAMENTI ED INTERESSI RISTRETTI E STEREOTIPATI

➤ Si sviluppano più tardi rispetto alle difficoltà di interazione e possono manifestarsi in:

1. **Linguaggio, movimenti o uso di oggetti stereotipati o ripetitivi:**

- stereotipie motorie o comportamenti autostimolatori (es. *rocking*-movimento del busto in avanti e indietro; mettersi le dita davanti agli occhi);
- uso ripetitivo di oggetti (es. manipolare gli oggetti in maniera ripetitiva per ore e ore; mettere in fila i giocattoli o capovolgere oggetti);
- Ecolalie e frasi idiosincratiche.

b) COMPORTAMENTI ED INTERESSI RISTRETTI E STEREOTIPATI

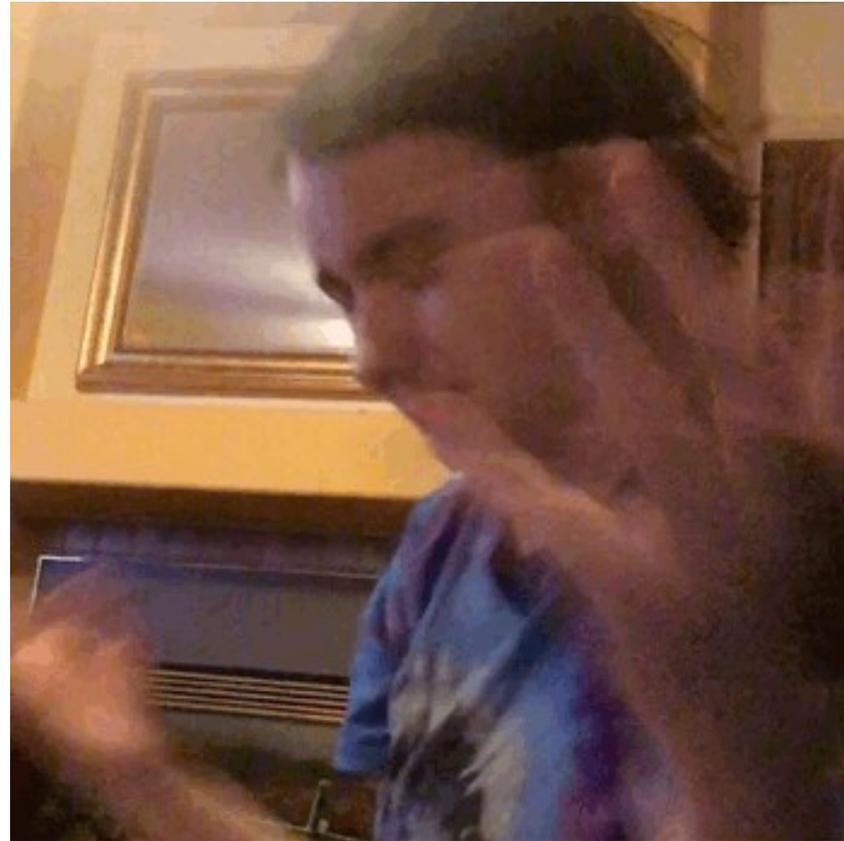


Esempio di *body rocking* (muovere ritmicamente il corpo in avanti e indietro)



Esempio di manipolazione ripetitiva di oggetti

b) COMPORTAMENTI ED INTERESSI RISTRETTI E STEREOTIPATI



Esempio di *stimming* con le mani
(movimento autostimolatori)



b) COMPORTAMENTI ED INTERESSI RISTRETTI E STEREOTIPATI

2. **Eccessiva aderenza alla routine o eccessiva riluttanza ai cambiamenti** («sameness»)

- es. insistenza a fare la stessa strada per andare a scuola, mangiare lo stesso cibo, estremo stress a seguito di piccoli cambiamenti.

3. **Interessi molto limitati, fissi che sono anomali per intensità o argomenti:**

- interesse per oggetti insoliti;
- interessi eccessivamente circostanziati (es. interesse eccessivo per gli autobus).

b) COMPORTAMENTI ED INTERESSI RISTRETTI E STEREOTIPATI

4. **Iper- o iporeattività agli stimoli sensoriali** o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente:
- es. apparente indifferenza al caldo/freddo/dolore;
 - risposta avversa a suoni o consistenze specifiche;
 - annusare eccessivamente gli oggetti;
 - attrazione per le luci.





Pausa



ANALISI DI UN CASO CLINICO: MARCO

Marco, 2 anni e 10 mesi. I genitori richiedono una valutazione psicologica in quanto notano un ritardo del linguaggio del figlio.

- Deambulazione autonoma a 17 mesi, lallazione a 7 mesi, prime parole «mamma» e «papà» a 12 mesi. Si alimenta da solo, dorme regolarmente, ha già tolto il pannolino.
- Marco non comunica con il linguaggio verbale, a volte comunica con i gesti. I genitori riferiscono la pronuncia di poche parole, l'uso di monosillabi al posto delle parole. Molto spesso fa i versi degli animali.
- Gioca soprattutto con gli animali giocattolo. Tende a girare tra le mani il giocattolo che spesso lo lancia. Gli piace molto il gioco delle bolle, che fissa con insistenza.
- Secondo i genitori, Marco ha poche relazioni con gli altri bambini.
- Quando chiamato Marco si gira, ma vi è un deficit nell'aggancio oculare e nella modulazione del contatto visivo per iniziare, terminare e regolare l'interazione. Deficitaria l'attenzione condivisa.



ANALISI DI UN CASO CLINICO: PAOLO

Paolo, 3 anni, giunge al controllo psicologico perché i genitori sono preoccupati di alcuni suoi comportamenti.

- Nulla di rilevante su gravidanza e parto. Deambulazione autonoma 13 mesi, prime parole intorno all'anno. Attualmente produzione limitata a circa 4-5 parole. Non ha ancora raggiunto il controllo sfinterico.
- Il contatto oculare è fugace e scarsamente modulato.
- Assente l'utilizzo del linguaggio verbale e del canale gestuale. Se vuole qualcosa utilizza il pianto oppure prende la mano del genitore e la pone sull'oggetto desiderato.
- Non si gira se chiamato.
- Riferite irritabilità con oppositività e difficoltà ad adattarsi ai cambiamenti.
- Quando gioca porta gli oggetti alla bocca e li annusa, poi li allinea in riga.
- Tendenza all'isolamento, scarso interesse per gli altri bambini.



10 min in gruppo di due

In relazione ai due casi presentati

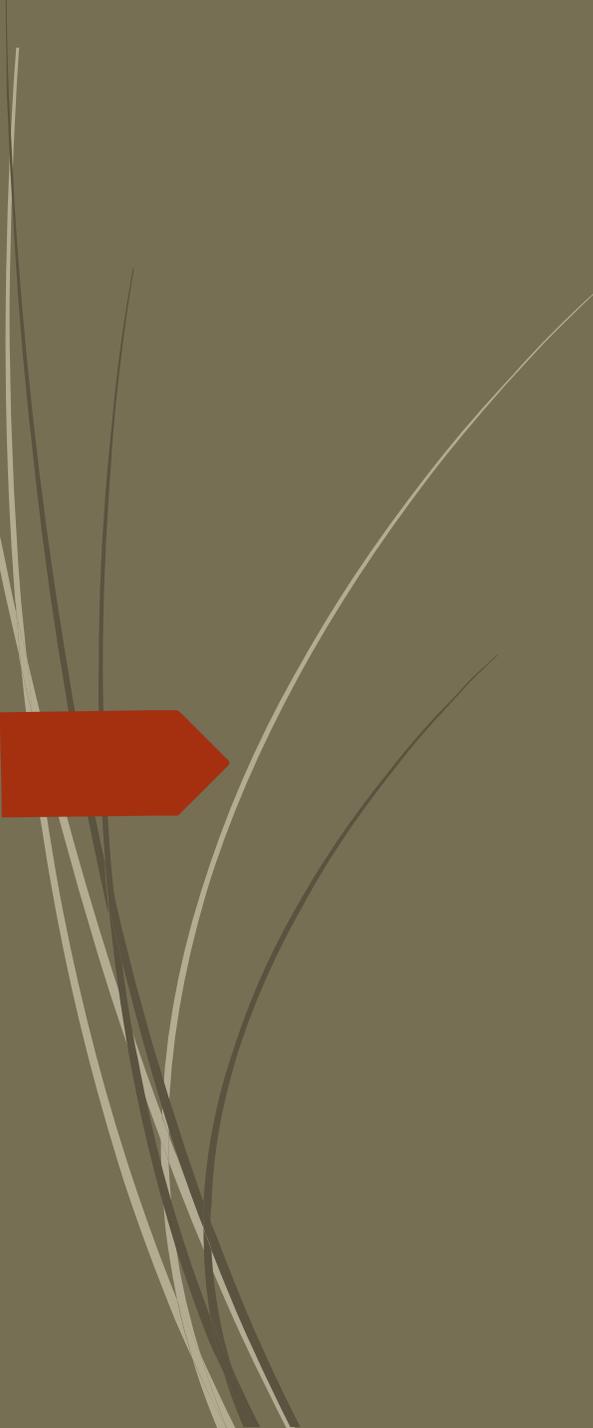
- ▶ Individuare sinteticamente almeno 3 tratti caratteristici per quanto riguarda l'area della comunicazione/interazioni sociali nel Autismo nel caso di Marco e di Paolo
- ▶ Individuare almeno 2 tratti caratteristici per quanto riguarda l'area delle stereotipie e degli interessi ristretti nell'Autismo nel caso di Marco e di Paolo

SINTESI DEI CASI CLINICI – DEFICIT NELLE INTERAZIONI SOCIALI E NELLA COMUNICAZIONE

MARCO	PAOLO
Deficit nell'aggancio oculare e nella modulazione del contatto visivo per iniziare, terminare e regolare l'interazione (Deficit nei comportamenti comunicativi non verbali usati per l'interazione sociale)	Il contatto oculare è fugace e scarsamente modulato (Deficit nei comportamenti comunicativi non verbali usati per l'interazione sociale)
Deficitaria l'attenzione condivisa (Deficit nei comportamenti comunicativi non verbali usati per l'interazione sociale)	Assente l'utilizzo del linguaggio verbale e del canale gestuale. Se vuole qualcosa utilizza il pianto oppure prende la mano del genitore e la pone sull'oggetto desiderato (Deficit nella reciprocità socio-emotiva)
Poche relazioni con gli altri bambini (Deficit nella creazione e mantenimento di relazioni)	Non si gira se chiamato (Deficit nella reciprocità socio-emotiva)
	Tendenza all'isolamento, scarso interesse per gli altri bambini (Deficit nella creazione e mantenimento di relazioni)

SINTESI DEI CASI CLINICI – COMPORTAMENTI ED INTERESSI RISTRETTI E STEREOTIPATI

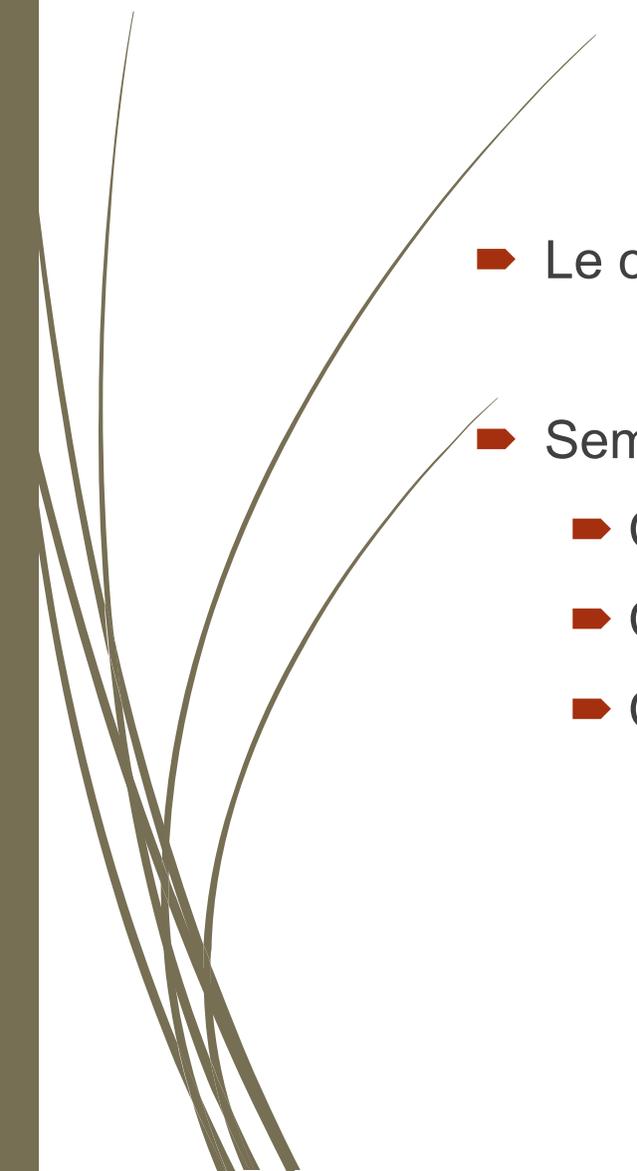
MARCO	PAOLO
Molto spesso fa i versi degli animali (linguaggio stereotipato/ripetitivo)	Riferite irritabilità con oppositività e difficoltà ad adattarsi ai cambiamenti (eccessiva riluttanza ai cambiamenti)
Gioca soprattutto con gli animali giocattolo (interessi limitati)	Quando gioca porta gli oggetti alla bocca e li annusa (iper-reattività agli stimoli sensoriali)
Tende a girare tra le mani il giochino che spesso lo lancia (uso di oggetti in maniera stereotipata)	poi li allinea in riga (uso di oggetti in maniera stereotipata)



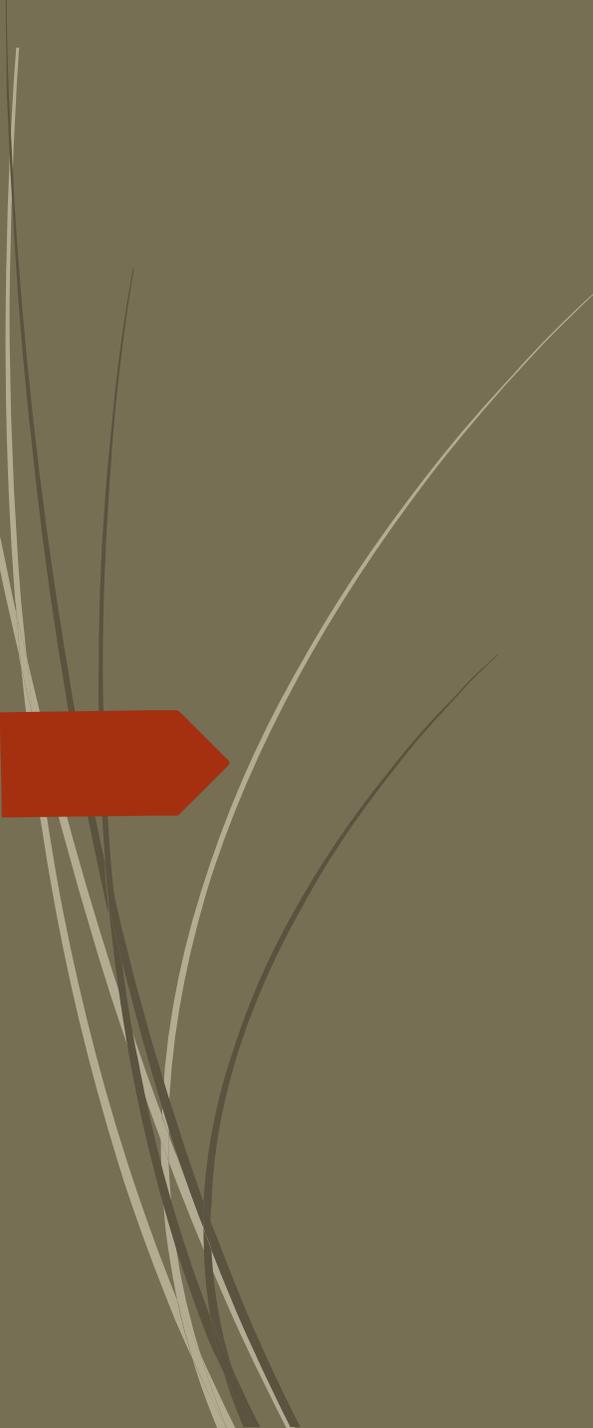
**QUALI SONO LE CAUSE
DI ASD?**



CAUSE DEI ASD



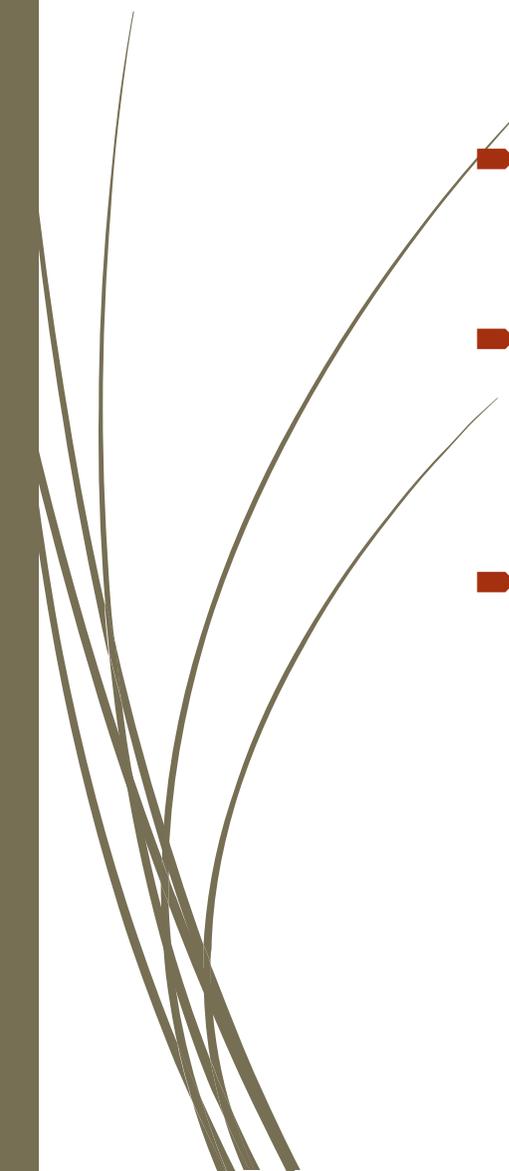
- Le cause risultano ancora ad oggi **poco chiare**.
- Sembrerebbe che negli ASD entrino in gioco diverse cause:
 - Cause neurobiologiche;
 - Cause genetiche;
 - Cause psicoambientali acquisite.



COME VALUTARE ASD?



VALUTAZIONE DEI ASD

- Solitamente il pediatra effettua un **primo screening** per ASD (con M-CHAT).
 - Se lo screening risulta positivo, il bambino deve essere sottoposto a una **valutazione completa**.
 - La valutazione comprende:
 - *Autism Diagnostic Observation Schedule* - 2a edizione (**ADOS-2**)
 - *Autism Diagnostic Interview-Revised* (**ADI-R**).
- 

VALUTAZIONE: ADOS-2

- L'ADOS-2 è un'osservazione semi- strutturata di **gioco** → si osservano i comportamenti sociali e della comunicazione del bambino/adulto.
- Valuta i soggetti dai 12 mesi fino a tutta l'età adulta.
 - Il **Modulo Toddler**: 12- 30 mesi, misura il **rischio di poter sviluppare** un ASD → attivare fin da subito un trattamento precoce;
 - Il **Modulo Classico**: diagnosi di ASD.
- Per il test ADOS sono previsti 4 moduli organizzati in base alle capacità linguistiche e all'età del paziente.

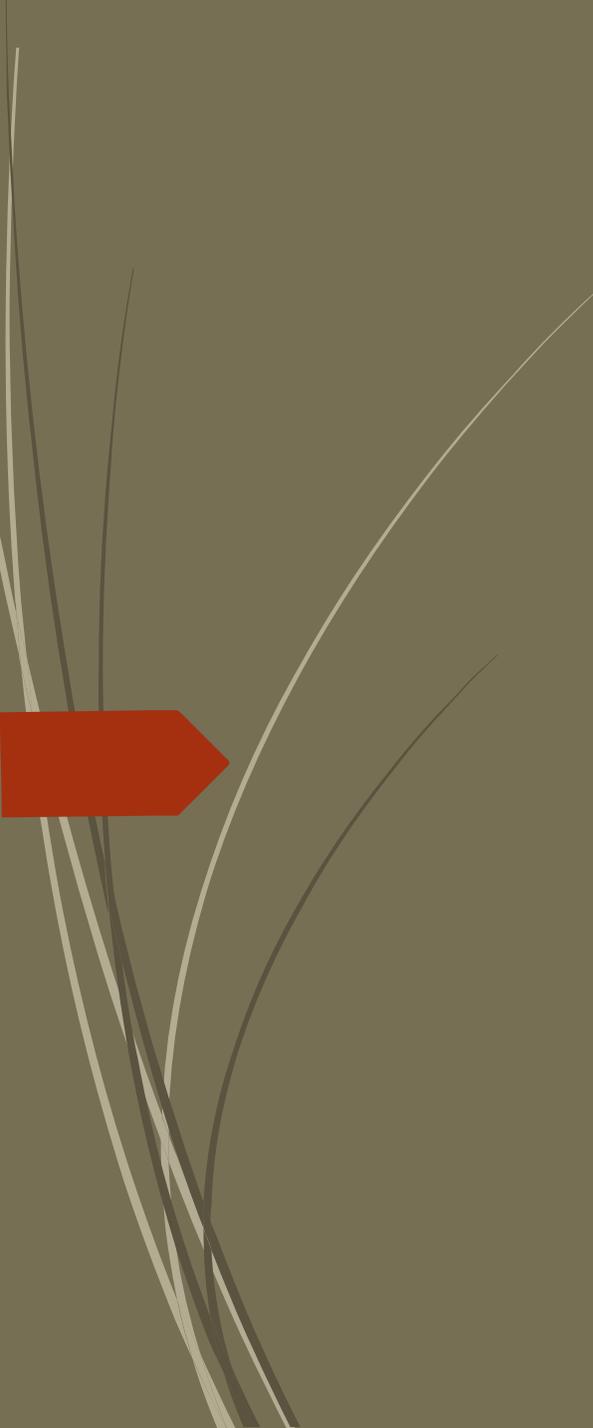




VALUTAZIONE: ADI-R

- L'ADI-R è un'intervista **strutturata per genitori** e caregiver di bambini e adulti con sospetto di autismo.
- L'intervista contiene **93 items** (prevalentemente domande aperte) che fanno riferimento a **tre aree**:
 1. Interazione sociale;
 2. Comunicazione e linguaggio;
 3. Ripetitività degli interessi/ comportamenti.





COME TRATTARE ASD?

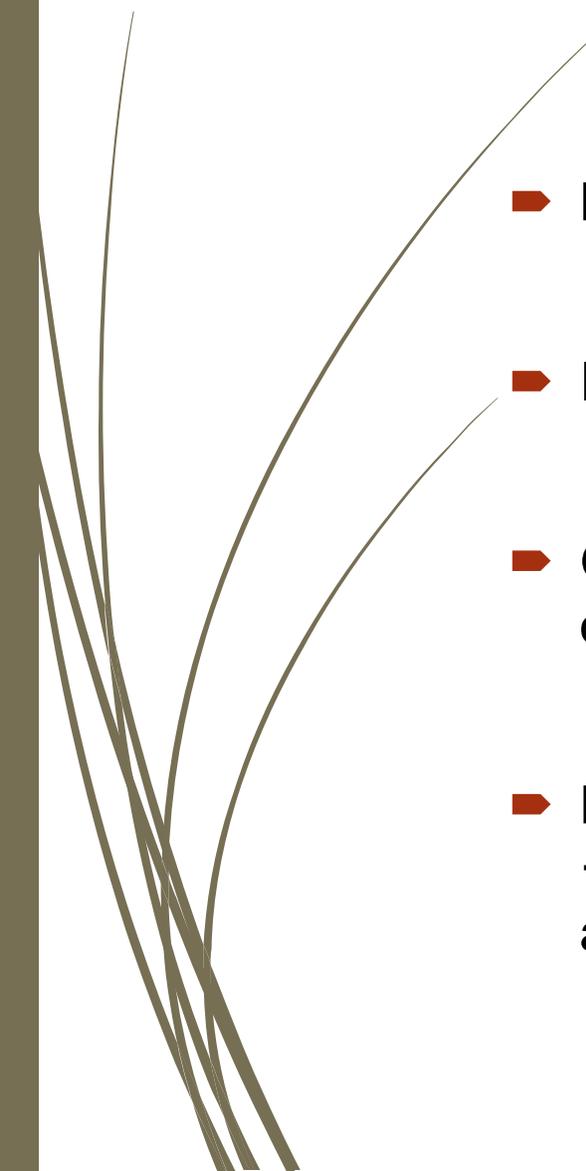
TRATTAMENTO: INTERVENTO ESDM

- L'**Early Start Denver Model** (ESDM) di Sally Rogers e Geraldine Dawson è un modello *evidence-based* di intervento **precoce** per i bambini con ASD.
- Rivolto a bambini di età dai 18 ai 30-60 mesi.
- L'ESDM può essere applicato non solo da professionisti, ma anche da **genitori, insegnanti, educatori in diversi contesti**.





TRATTAMENTO: INTERVENTO ESDM

- ▶ L'ESDM prevede una **valutazione iniziale** delle abilità del bambino.
 - ▶ In base alla valutazione si elaborano degli **obiettivi di intervento**.
 - ▶ Gli obiettivi vengono verificati e riadattati in base ai progressi del bambino ogni 12 settimane.
 - ▶ Procedura di intervento: **attività di gioco condiviso** tra adulto e bambino
→ vengono **stimolate e potenziate** le abilità legate alla comunicazione, alla socializzazione, all'imitazione, al gioco, allo sviluppo cognitivo...
- 

TRATTAMENTO: INTERVENTO ESDM

1. SOLLETICO

- L'adulto fa il solletico al bambino.
- Dopodiché l'adulto si ferma e aspetta un segnale da parte del bambino per continuare l'attività (es. contatto visivo, gesto, parola).
- Stimolare la comunicazione verbale e la comunicazione non verbale
- Stimolare il contatto visivo
- Reciprocità dell'interazione



TRATTAMENTO: INTERVENTO ESDM

2. ATTIVITÀ DI DISEGNO

- L'adulto disegna una figura e il bambino lo imita
- Migliorare l'imitazione
- Imparare a rispettare i turni
- Stimolare l'attenzione condivisa



TRATTAMENTO: INTERVENTO ESDM

3. SCEGLIERE IL GIOCATTOLO

- Il bambino sceglie un gioco, es. giocare con le palline.
- Si portano due palline a livello degli occhi e si chiede al bambino con quale pallina vuole giocare: quella gialla o quella blu?
- Il bambino per poter scegliere è costretto a dirigere lo sguardo verso il viso dell'adulto.
- Contatto visivo
- Rispondere all'interazione sociale





➔ GRAZIE



ANALISI DI UN CASO CLINICO



- R., femmina, 3 anni e 7 mesi
- Nessuna familiarità per patologie neuropsichiatriche
- Gravidanza a termine normodecorsa, da parto spontaneo
- Sviluppo postuomotorio in epoca: deambulazione a 14 m.
- Sviluppo neurolinguistico in ritardo: prime parole a 1 anno,
- Controllo sfinterico non acquisito
- Difficile l'aggancio diadico, il contatto oculare è fugace e scarsamente modulato, non indica, assente l'utilizzo del canale gestuale, se vuole qualcosa utilizza il pianto, non sempre si gira se chiamata (nel sospetto di ipoacusia ha effettuato esame ABR: normoacusia bilaterale).
- Si osservano stereotipie motorie (sfarfalla, gira intorno a se stessa, si dondola..), risata incontestuale, interessi sensoriali insoliti (porta gli oggetti alla bocca, li annusa)
- Tendenza all'isolamento, scarso interesse per gli altri bambini, gioco poco organizzato (non ha acquisito il gioco simbolico, tende ad allineare gli oggetti e a non utilizzarli in modo funzionale)

ANALISI DI UN CASO CLINICO: MARCO

Marco, 2 anni e 10 mesi. I genitori richiedono una valutazione psicologica in quanto notano un ritardo del linguaggio del figlio.

- Deambulazione autonoma a 17 mesi, lallazione a 7 mesi, prime parole «mamma» e «papà» a 12 mesi.
- Comunica bene con i gesti, si alimenta da solo, dorme, ha già tolto il pannolino.
- I genitori riferiscono la pronuncia di poche parole, la pronuncia di suoni, vocali, monosillabe al posto delle parole, fa i versi degli animali.
- Secondo i genitori, Marco ha una normale relazione con i genitori e i parenti, ma poche relazioni con gli altri bambini. Quando chiamato Marco si gira, ma vi è un deficit nell'aggancio oculare e nella modulazione del contatto visivo per iniziare, terminare e regolare l'interazione. Deficitaria l'attenzione condivisa.
- Gioca con molti giocattoli, soprattutto animali. Tende a girare tra le mani il giocattolo che spesso lo lancia. Gli piace molto il gioco delle bolle.