

euritmia

TALENTI SPECIALI ACCEDONO ALLE ARTI

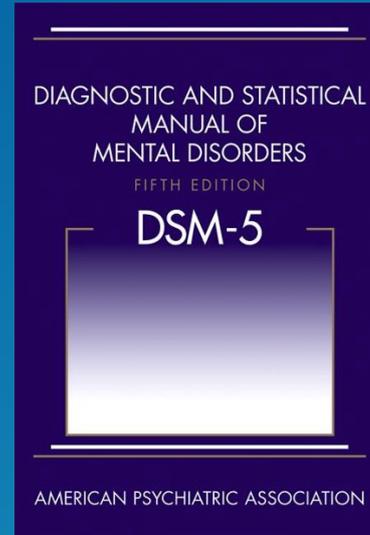
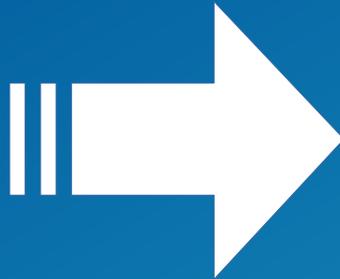
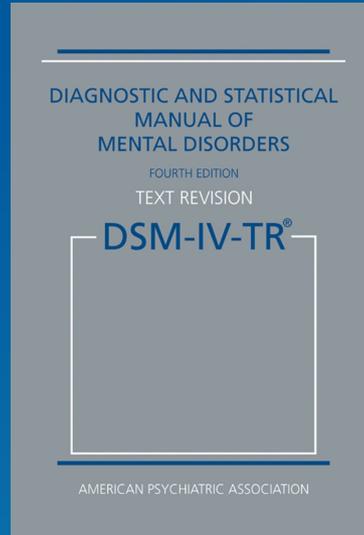


Seminario di Formazione Regionale

**L'INCLUSIONE SCOLASTICA DEGLI ALUNNI
CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO:
A CHE PUNTO SIAMO?**

4 Aprile

I Disturbi Pervasivi dello Sviluppo: dal DSM-IV al DSM-5



Dott. Leonardo Zocante
Centro Regionale Disturbi dello Spettro Autistico di Verona
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Sviluppo

Il processo complesso e articolato che si realizza con e attraverso la definizione di una serie di specifiche funzioni con finalità adattive:

- ✓ Funzioni mentali del movimento**
- ✓ Funzioni mentali del linguaggio**
- ✓ Funzioni mentali preposte agli apprendimenti**
- ✓ Funzioni mentali di controllo dell'emotività e del comportamento**
- ✓ Funzioni mentali preposte alla conoscenza sociale**

**AREE
NEUROFUNZIONALI**



A P P R E N D I M E N T O

**FUNZIONI
NEUROPSICOLOGICHE**



PERCEZIONE



MEMORIA



ATTENZIONE



IMITAZIONE



LINGUAGGIO



**FUNZIONI SUPERIORI
META-
NEUROPSICOLOGICHE**

— CATEGORIZZAZIONE

— ASTRAZIONE

— SIMBOLIZZAZIONE

**DISTURBI SPECIFICI
DEL NEUROSVILUPPO**

**DISTURBI COMPLESSI
DEL NEUROSVILUPPO**

**DISTURBI PERVASIVI
DEL NEUROSVILUPPO**

**DISTURBI DELL'
APPRENDIMENTO**

**DISTURBI DELLA
COMUNICAZIONE**

DISPRASSIA

ADHD

**SINDROME
DI TOURETTE**

**DISABILITÀ
COGNITIVA**

**DISTURBI DELLO
SPETTRO AUTISTICO**

**PROFILI
DISOMOGENEI**

**FORME
ATIPICHE**

Il Disturbo dello Spettro Autistico

- ◆ Deficit persistente nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale
- ◆ Pattern di comportamenti, interessi, attività ristrette e ripetitive



DSM-5

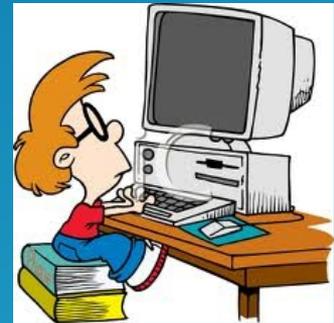


**Abilità
sociali**

**Abilità “non
sociali”**



SOUTHERN LINE	
STATION	TIME
BRISTOL	07.00
BATH	07.15
GLoucester	07.30
Swindon	07.45
Reading	08.00
Wokingham	08.15
Southampton	08.30
Southampton	08.45
Wokingham	09.00
Reading	09.15
Swindon	09.30
GLoucester	09.45
BATH	10.00
BRISTOL	10.15



QUOZIENTE INTELLETTIVO

<20

40

60

80

100

>100

LIVELLO DI
COMPROMISSIONE 3

(BASSO FUNZIONAMENTO)

LIVELLO DI
COMPROMISSIONE 2

(MEDIO FUNZIONAMENTO)

LIVELLO DI
COMPROMISSIONE 1

(ALTO FUNZIONAMENTO)

(SINDROME DI ASPERGER)

ASSENTE

DEFICITARIO

FLUENTE

LINGUAGGIO E COMUNICAZIONE

LIVELLO DI
COMPROMISSIONE 3

→ *Adesività*

→ *Ripetitività*

→ *Gratificazioni sensoriali*

LIVELLO DI
COMPROMISSIONE 2

→ *Bisogno di immutabilità*

→ *Fissazione sui particolari*

→ *Resistenza al contatto fisico*

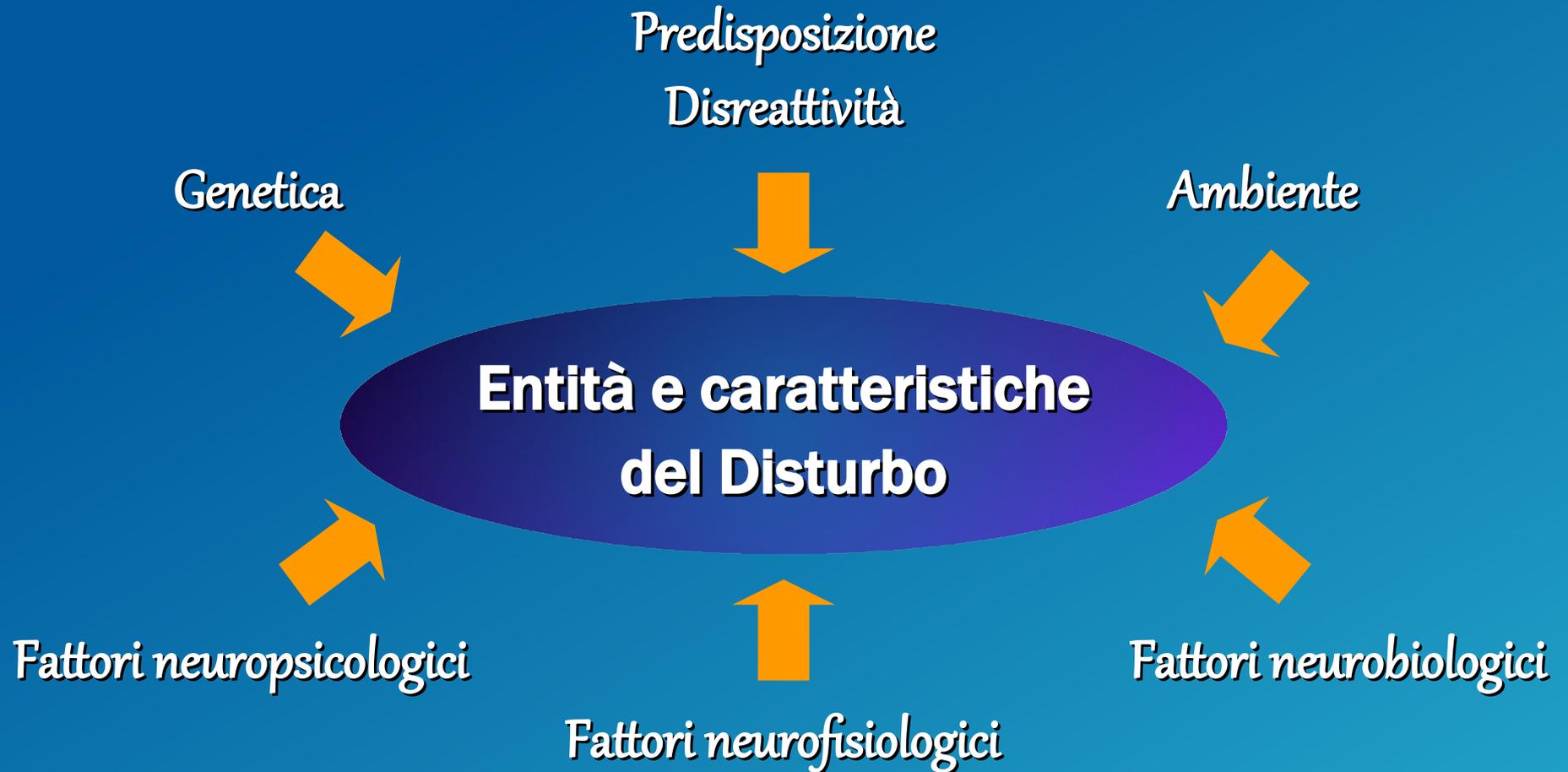
LIVELLO DI
COMPROMISSIONE 1

→ *Isole di competenza*

→ *Produzione verbale*

→ *Difficoltà semantico-pragmatiche*

Eziologia multifattoriale



0-1

1-4

4-7

>7

**Modo di piangere
specifico, schemi
fissi di
comportamento,
risposte motorie
anomale**

**Assenza del sorriso
“sociale”, assenza di gesti
sociali, attenzione ristretta
all’oggetto, ridotta
attenzione per altri bambini,
azioni e sequenze motorie
ripetitive, difficoltà nel
mostrare l’oggetto di
interesse**

**Adesività, completa
assenza di giochi
funzionali,
stereotipie,
isolamento, anomale
risposte motorie**

**Problemi nelle
interazioni sociali,
difficoltà nella
comunicazione e
sequenze motorie
ripetitive**



Indicatori precoci



I DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO SECONDO IL DSM-I-II-III

Nel **DSM-I (1952)** e **DSM-II (1968)** si nomina l'Autismo solo come categoria della Schizofrenia di tipo infantile. Fino al 1980 non vengono pubblicati criteri diagnostici specifici per l'Autismo.

Nel 1980 il termine Schizofrenia Infantile viene abolito.

Il Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, lanciato nel 1971, cambia il suo nome in Journal of Autism and Developmental Disorder nel 1979

1980: il **DSM-III** definisce l'Autismo come un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo distinto dalla Schizofrenia e caratterizzato da tre gruppi sintomatologici, la cui comparsa deve avvenire entro i 30 mesi:

- L'assenza di responsività nelle relazioni con gli altri
- Grossi deficit nelle abilità comunicative
- La bizzarria delle risposte all'ambiente

1987: Il **DSM-III-R** presenta una più complessa definizione del Disturbo Autistico che richiede, per essere diagnosticato, la presenza di almeno 8 dei 16 criteri richiesti dalla triade sintomatologica:

- Interazione sociale
- Comunicazione
- interessi e attività ristretti

Cade il requisito della comparsa precoce (dai 30 mesi ai tre anni)

Si inserisce una nuova categoria, i **PDD-NOS** (disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato) per quei bambini che presentano alcuni ma non tutti i criteri diagnostici richiesti per il disturbo autistico

IL DSM-IV

1994: DSM-IV

2000: DSM-IV-R

**Ulteriore perfezionamento dei sempre più complessi criteri per la definizione di
Disturbo Autistico.**

**Il numero complessivo dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo sale a 5 con l'inclusione
del Disturbo di Asperger e della Sindrome di Rett.**

UN UNICO SPETTRO - ABOLIZIONE DELLE SOTTOCATEGORIE

Il **DSM-IV** individuava una macro-categoria, Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, che includeva:

- Disturbo Autistico (autismo)
- Disturbo di Rett
- Sindrome di Asperger
- Disturbo Disintegrativo dell'infanzia
- Disturbi Pervasivi dello sviluppo non altrimenti specificati.

MA...

Mentre la differenziazione dello spettro autistico rispetto allo sviluppo tipico e ad altri disturbi non nello spettro si è dimostrata valida ed efficace, la distinzione tra le diverse sottocategorie è stata nel tempo considerata inconsistente (es. soggetti che a una prima osservazione ricevevano diagnosi di Disturbo Autistico (F84.0) nel tempo modificavano la severità dei sintomi non rispondendo più alla stessa diagnosi ma piuttosto ad un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato (F84.9))

QUINDI...

Il **DSM-5** individua un'unica categoria, il Disturbo dello Spettro Autistico

DSM-5: NUOVA COLLOCAZIONE

I Disturbi dello Spettro Autistico vengono collocati in una nuova sezione indicata con la denominazione **Disturbi del Neurosviluppo**.

PERCHÈ

- Si tratta di condizioni cliniche che esordiscono in età evolutiva, molto spesso prima che il bambino entri nella scuola elementare
- Sono caratterizzate da una disorganizzazione di funzioni in via di sviluppo con conseguente compromissione del funzionamento relativo alla dimensione personale, alla vita di relazione, agli apprendimenti accademici e all'integrazione sociale
- I processi di disorganizzazione e di “mal funzionamento” possono riguardare specifiche aree funzionali in via di sviluppo, quali linguaggio o abilità motorie, ovvero possono investire aree complesse dello sviluppo come l'intelligenza o le competenze sociali
- I vari disordini inclusi nella sezione sono spesso presenti in comorbidità. E' possibile anzi affermare che la co-occorrenza rappresenta la regola più che l'eccezione

I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO NEL

DSM-5

Criteri Diagnostici:

Deve soddisfare i criteri **A, B, C, D, E**:

- A.** Deficit persistente nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale in molteplici contesti, come ,manifestato dai seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato (esempi esplicativi non esaustivi):
1. Deficit nella reciprocità socio-emotiva: approccio sociale anormale e fallimento nella normale reciprocità della conversazione; ridotta condivisione di interessi, emozioni o sentimenti; incapacità di dare inizio o rispondere a interazioni sociali.
 2. Deficit nei comportamenti comunicativi non verbali utilizzati per l'interazione sociale: comunicazione verbale e non verbale scarsamente integrata; anomalie del contatto visivo e del linguaggio del corpo, o deficit nella comprensione e nell'uso dei gesti; fino alla totale mancanza di espressività facciale e gestualità.
 3. Deficit dello sviluppo, della gestione e della comprensione delle relazioni: difficoltà di adattare il comportamento per adeguarsi ai diversi contesti sociali; difficoltà nella condivisione del gioco immaginativo e nel fare amicizie; assenza di interesse verso i coetanei.

B. Pattern di comportamenti, interessi, attività ristrette e ripetitive come manifestato da almeno 2 dei seguenti punti:

1. Linguaggio e/o movimenti motori e/o uso di oggetti, stereotipato e/o ripetitivo: come semplici stereotipie motorie, ecolalia, uso ripetitivo di oggetti, frasi idiosincratiche.

2. Eccessiva aderenza alla routine, comportamenti verbali o non verbali riutilizzati e/o eccessiva resistenza ai cambiamenti: rituali motori, insistenza nel fare la stessa strada o mangiare lo stesso cibo, domande o discussioni incessanti o estremo stress a seguito di piccoli cambiamenti.

3. Fissazione in interessi altamente ristretti con intensità o attenzione anormale: forte attaccamento o preoccupazione per oggetti inusuali, interessi eccessivamente perseveranti o circostanziati.

4. Iper-reattività e/o Ipo-reattività agli stimoli sensoriali o interessi inusuali rispetto a certi aspetti dell'ambiente: apparente indifferenza al caldo/freddo/dolore, risposta avversa a suoni o tessuti specifici, eccessivo odorare o toccare gli oggetti, fascinazione verso luci o oggetti roteanti.

C. I sintomi devono essere presenti nel periodo precoce dello sviluppo (ma possono manifestarsi pienamente prima che le esigenze sociali eccedano le capacità limitate, o possono essere mascherati da strategie apprese in età successiva)

D. I sintomi causano compromissione clinicamente significativa del funzionamento 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. La disabilità intellettiva e il disturbo dello spettro autistico spesso sono presenti in concomitanza; per poter porre diagnosi di comorbidità di disturbo dello spettro dell'autismo e di disabilità intellettiva, il livello di comunicazione sociale deve essere inferiore rispetto a quanto atteso per il livello di sviluppo generale.

LE DIFFERENZE TRA DSM-IV E DSM-5

CRITERIO A

Deficit persistente nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale in molteplici contesti

Diversi criteri socio-comunicativi sono stati uniti e specificati in modo da chiarire i requisiti diagnostici.

Nel DSM-IV criteri multipli riguardavano in realtà lo stesso sintomo e quindi pesavano troppo nella decisione della diagnosi. L'unione delle aree comunicative e sociali richiedeva un nuovo approccio ai criteri. Una secondaria analisi dei dati è stata condotta sui sintomi socio-comunicativi per determinare l'insieme di sintomi più sensibili e specifici per ogni gruppo di età e capacità linguistica.

CRITERIO B

Pattern di comportamenti, interessi, attività ristrette e ripetitive

Richiedere che si manifestino almeno due sintomi aumenta la specificità del criterio senza diminuirne significativamente la sensibilità. (es. Stereotipie motorie semplici, da sole, sono poco specifiche e comuni ad altre condizioni non autistiche)

La presenza, attraverso l'osservazione clinica o il racconto dei genitori, di una storia di interessi fissi, routine, rituali o movimenti stereotipati aumenta sensibilmente la stabilità di una diagnosi di spettro autistico nel tempo e la differenza da altri tipi di disturbi.

La riorganizzazione dei sottodomini aumenta la chiarezza e continua a permettere un'adeguata sensibilità e nel mentre aumenta la specificità attraverso esempi adatti a differenti età e livelli linguistici.

Comportamenti sensoriali inusuali sono stati esplicitamente inclusi in un sottodominio, espandendo la specificazione di differenti comportamenti che possono essere codificati in questo dominio, con esempi particolarmente rilevanti per i bambini più piccoli.

CRITERIO C

I sintomi devono essere presenti nel periodo precoce dello sviluppo (ma possono manifestarsi pienamente prima che le esigenze sociali eccedano le capacità limitate, o possono essere mascherati da strategie apprese in età successiva)

Modifiche rilevanti rispetto al DSM IV:

Non viene definito l'arco temporale entro cui deve essere accertata la presenza dei "sintomi"

L'affermazione che i sintomi possono manifestarsi pienamente solo quando le esigenze ambientali eccedono le limitate capacità del soggetto significa che forme "lievi", la prima diagnosi può rendersi possibile solo in età scolare o addirittura in età adulta

CRITERIO D

I sintomi causano compromissione clinicamente significativa del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti

Volontà di integrare l'approccio:

Categoriale (Disturbi dello Spettro dell'Autismo considerati come “categoria” definita da specifici criteri)

Dimensionale (i deficit definiti nei criteri A e B si dispongono lungo un continuum senza soluzione di continuità con la normalità)

CRITERIO E.

Queste alterazioni non sono meglio spiegate da disabilità intellettiva o da ritardo globale dello sviluppo. La disabilità intellettiva e il disturbo dello spettro autistico spesso sono presenti in concomitanza; per poter porre diagnosi di comorbidità di disturbo dello spettro dell'autismo e di disabilità intellettiva, il livello di comunicazione sociale deve essere inferiore rispetto a quanto atteso per il livello di sviluppo generale.

Definisce i rapporti tra disturbi dello spettro autistico e disabilità intellettiva

TRE DOMINI DIVENTANO DUE

Il **DSM-IV** utilizzava tre domini diagnostici:

- Compromissione qualitativa dell'interazione sociale
- Compromissione qualitativa della comunicazione
- Modalità di comportamento, interessi ed attività ristretti, ripetitivi e stereotipati

MA

Comunicazione e interazione sociale sono due aspetti di un'unica funzione

(es. È impossibile immaginare lo scambio interattivo con l'altro senza il padroneggiamento dei codici comunicativi necessari a mediare tali scambi)

QUINDI

Il **DSM-5** ha rinunciato alla distinzione fra compromissione dell'interazione sociale e della comunicazione verbale e non verbale. I criteri diagnostici sono ora due:

Deficit Socio-Comunicativi

Interessi fissati e comportamenti ripetitivi

Richiedere che entrambi i criteri (1 e 2) siano raggiunti aumenta la specificità della diagnosi senza intaccarne la sensibilità rispetto ai diversi livelli, dal moderato fino al più severo, mentre si mantiene la specificità con solo due domini.

ABBANDONO DEL SISTEMA MULTI-ASSIALE E INTRODUZIONE DEGLI SPECIFICATORI

Il **DSM-IV** individuava degli Assi I,II e III utilizzati per la documentazione della diagnosi, di un Asse IV utilizzato per le annotazioni che riguardavano la presenza di importanti fattori psicosociali contestuali e di un Asse V utilizzato per esprimere un giudizio sul funzionamento globale del soggetto.

MENTRE

Nel **DSM-5** vengono usati specificatori per fornire opportunità di individuare nell'ambito di una definita categoria sottogruppi più omogenei di soggetti in rapporto alla condivisione di determinate caratteristiche e di mettere in risalto informazioni particolarmente rilevanti per la gestione del disordine del soggetto.

5 specificatori utilizzati per descrivere l'eventuale co-presenza di altri disturbi:

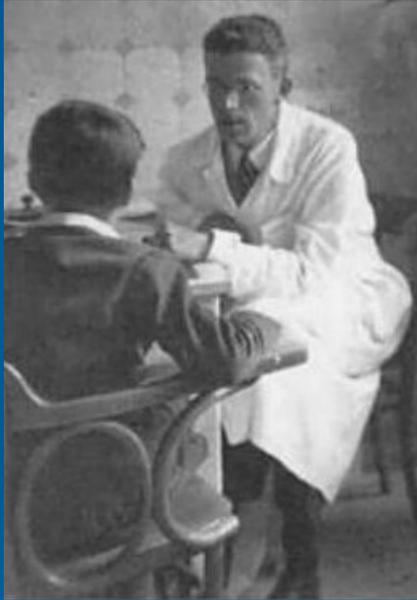
- **Con o senza compromissione intellettiva associata**
- **Con o senza compromissione del linguaggio associata**
- **Associato a una condizione medica o genetica nota o a un fattore ambientale**
- **Associato a un altro disturbo del neurosviluppo, mentale o comportamentale**
- **Con catatonia**

La sindrome di Asperger non viene più riconosciuta come entità nosologica

I risultati di 69 studi di ricerca suggeriscono che i bambini con S. di Asperger presentano performance simili ai bambini con autismo con Q.I. >70, in termini di linguaggio, comunicazione, competenze motorie e sociali

La Sindrome di Asperger dovrebbe essere considerata come il più alto funzionamento nello spettro autistico.

Confusion and inconsistency in diagnosis of Asperger syndrome: a review of studies from 1981 to 2010 Shilpi Sharma, Lisa Marks Woolfson, Simon C. Hunter
AUTISM, 16 (5) 465-486, 2011



HANS ASPERGER

Nel 1944 descrive un gruppo di persone che presentano un disturbo che definisce come “psicopatia autistica”.

L’isolamento sociale, le stereotipie e la resistenza ai cambiamenti di routine ricalcano in maniera sorprendente le caratteristiche degli 11 bambini descritti da Kanner ma i casi da lui descritti non presentano particolari disturbi di linguaggio.

ASPERGER SYNDROME

A partire dalle caratteristiche dei sintomi di insorgenza si può distinguere:

- Una forma *classica*
- Una forma *Autistic-like*

CONCETTI INTRODOTTI DAL DSM-5

Specificità: si osserva una riduzione delle categorie diagnostiche. Ciò è stato influenzato da una visione più plastica dello sviluppo, largamente influenzata dalla prospettiva neurocostruttivista in cui le singole componenti della mente risultano solo in parte dissociate;

DSM	ANNO	DISTURBI DESCRITTI
IV -TR	2000	>300
5	2013	247

CONCETTI INTRODOTTI DAL DSM-5

Concezione dimensionale



DIMENSIONE
NORMALE DEL
PROBLEMA

DIMENSIONE CON
ALTERAZIONI DEL
PROBLEMA



GRAVITA'

CONCETTI INTRODOTTI DAL DSM-5

Comorbilità: viene riconosciuto che alcuni sintomi possono essere coesistenti in differenti categorie diagnostiche



CONCETTO DI CO-OCCORRENZA



IPSOTIPICI SE ORIGINANO DA
PROBLEMATICHE DELLA STESSA
NATURA

AD ESEMPIO PROBLEMI DI
LINGUAGGIO E DI APPRENDIMENTO



ETEROTIPICI SE ORIGINANO DA
PROBLEMATICHE DI DIVERSA NATURA

AD ESEMPIO DISCALCULIA E DISTURBO
DELLA COORDINAZIONE MOTORIA

Livello di gravità	Comunicazione sociale	Comportamenti ristretti, ripetitivi
<p>Livello 3 “E' necessario un supporto molto significativo”</p>	<p>Gravi deficit nella comunicazione sociale, verbale e non verbale, causano un impedimento severo nel funzionamento; iniziativa molto limitata nell'interazione sociale e minima risposta all'iniziativa altrui.</p>	<p>Preoccupazioni, rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi che interferiscono marcatamente con il funzionamento in tutte le sfere. Stress marcato quando i rituali o le routine sono interrotte; è molto difficile ridirigere dall'interesse fissativo o ritorna rapidamente ad esso.</p>
<p>Livello 2 “E' necessario un supporto significativo”</p>	<p>Deficit marcati nella comunicazione sociale, verbale e non verbale, l'impedimento sociale appare evidente anche quando è presente supporto; iniziativa limitata nell'interazione sociale e ridotta o anormale risposta all'iniziativa degli altri.</p>	<p>Preoccupazioni, rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi appaiono abbastanza di frequente da essere ovvi all'osservatore casuale ed interferiscono con il funzionamento in diversi contesti. Stress o frustrazione appaiono quando sono interrotti ed è difficile ridirigere l'attenzione.</p>
<p>Livello 1 “E' necessario supporto”</p>	<p>senza supporto i deficit nella comunicazione sociale causano impedimenti che possono essere notati. Ha difficoltà ad iniziare le interazioni sociali e mostra chiari esempi di atipicità o insuccesso nella risposta alle iniziative altrui. Può sembrare che abbia un ridotto interesse nell'interazione sociale.</p>	<p>Ritualità e comportamenti ripetitivi causano un'interferenza significativa in uno o più contesti. Resiste ai tentativi da parte degli altri di interromperli.</p>

LINEE GUIDA DEI TRATTAMENTI

- Non esiste un solo trattamento o rimedio che vada bene per ogni bambino autistico
- Non esiste un intervento che copra tutte le esigenze del bambino
- Non esiste un intervento che vada bene per ogni fascia d'età

È FONDAMENTALE L'ORGANIZZAZIONE DI UNA RETE DI SERVIZI:

- PROGETTI CONDIVISI E DEFINIZIONE DEI RUOLI
- PASSAGGI DI CONSEGNE
- DEFINIZIONE DEGLI SPAZI E DEI TEMPI
- PROGETTUALITÀ DEI SERVIZI NEUROPSICHIATRICI A SECONDA DEI LIVELLI NEUROFUNZIONALI DEL SOGGETTO