



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della
Socializzazione - DPSS**

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e
delle Relazioni Interpersonali**

**Competenze Interpersonali nel Disturbo delle Spettro
dell'Autismo senza Disabilità Intellettiva: un confronto tra
misure Self-report e Parent-report**

**Interpersonal Competences in Autism Spectrum Disorder without
Intellectual Disability: a comparison between Self-report and Parent-
report measures**

Relatore

Prof.ssa Irene Cristina Mammarella

Correlatrice

Dott.ssa Camilla Orefice

Laureanda: Giammarini Clarissa

Matricola: 1220673

Anno Accademico 2021/2022

A te che da lassù mi hai dato la forza di affrontare tutto,
a te dedico il mio traguardo.

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1	
Disturbi dello Spettro dell'Autismo (ASD).....	3
1. Definizione e storia	3
2. Criteri diagnostici	4
2.1. Diagnosi differenziale e comorbidità	6
2.2. Strumenti diagnostici.....	7
3. Epidemiologia ed eziologia.....	8
3.1. Epidemiologia.....	8
3.2. Eziologia.....	8
4. Modelli teorici di riferimento	9
4.1. Il Deficit della teoria della Mente (ToM)	9
4.2. Teoria della Debole Coerenza Centrale (DDC).....	10
4.3. La teoria del deficit a carico delle Funzioni Esecutive (FE)	10
5. Intervento	11
6. Autismo senza Disabilità Intellettiva	12
6.1. Caratteristiche.....	12
CAPITOLO 2	
Le Competenze Interpersonali nel Disturbo dello Spettro dell'Autismo	15
1. Le Competenze Interpersonali	15
1.1. Definizione	15
1.1.1. Le Abilità Sociali e Comunicative.....	15
1.1.2. La Capacità di Mentalizzazione.....	15
1.2. I Modelli di Riferimento.....	16
1.3. Le traiettorie di sviluppo.....	17
2. Positive Illusory Bias (PIB).....	19
3. Competenze Sociali e PIB nel Disturbo dello Spettro dell'Autismo senza Disabilità Intellettiva.....	19
3.1 Percezione di sé in ASD senza disabilità intellettiva	19
3.2. Le conseguenze del PIB in ASD	21

CAPITOLO 3

La ricerca	23
1. Obiettivi ed ipotesi.....	23
2. Partecipanti	23
3. Strumenti	24
3.1 Prove di Screening	25
3.2 Prove Sperimentali	28
4. Procedura	29

CAPITOLO 4

I risultati.....	31
1. Fase di screening	31
1.1. Quoziente intellettivo	32
1.2. ADI-R	32
2. Fase sperimentale	32
2.1. La Prova di Teoria della Mente	32
2.2. Interpersonal Competence Scale	33
3. Discussione dei risultati	37
3.1. Limiti e Sviluppi Futuri	39

INTRODUZIONE

Le Competenze Interpersonali riguardano le capacità dell'individuo di stabilire e mantenere le identità, sia per se stessi che per gli altri (O'Malley, 1977). Le componenti psicologiche alla base di tale abilità sono: la capacità di assumere il ruolo dell'altro; l'avere un repertorio di linee d'azione differenti; e il possesso di risorse intrapersonali per l'utilizzo di tattiche efficaci in situazioni appropriate (Hoza et al., 2002). Dunque, la capacità di comprendere e riflettere sulle proprie abilità di interagire con il mondo è fondamentale per la funzione sociale (Furlano et al., 2015).

Gli individui con Disturbo dello Spettro dell'Autismo presentano deficit nella reciprocità socio-emozionale, nella comunicazione non-verbale e nell'instaurare, mantenere e comprendere relazioni sociali (American Psychiatric Association, APA, 2013). Tali difficoltà possono causare difficoltà nel modulare il comportamento nei vari contesti, nel gioco immaginativo o nell'instaurare amicizie. Questo tipo di carenze nella sfera sociale possono sviluppare una completa assenza di interesse verso le altre persone (Vianello & Mammarella, 2015). Inoltre, gli individui con ASD possono avere delle percezioni di sé positivamente distorte sia riguardo alla sfera sintomatologica sia riguardo alle carenze nelle competenze sociali (Johnson et al., 2009). Questo fenomeno è definito come "*Positive Illusory Bias*" (PIB), ovvero una sopravvalutazione dell'abilità rispetto a un criterio esterno che riflette la competenza effettiva nello stesso dominio (Hoza et al., 2002). Dunque, complessivamente, le persone con ASD tendono a sopravvalutare le loro competenze rispetto ai loro coetanei.

Nel presente elaborato si analizzerà la presenza di PIB rispetto alle Competenze Sociali, confrontando individui con Disturbo dello Spettro dell'Autismo con individui con sviluppo tipico.

L'elaborato è suddiviso in quattro capitoli, nei quali, i primi due saranno dedicati ad un'analisi della letteratura riguardante l'argomento, mentre i seguenti descriveranno nello specifico il progetto di ricerca e i risultati ottenuti da esso.

In particolare, nel primo capitolo saranno fornite informazioni generali riguardanti il Disturbo dello Spettro dell'Autismo, ponendo l'attenzione sulle sue caratteristiche principali, gli strumenti diagnostici e le teorie di riferimento.

Nel secondo capitolo verrà fornita una definizione delle Competenze Interpersonali, focalizzandosi principalmente su quelle che hanno un ruolo predominante nel Disturbo dello Spettro dell'Autismo. Successivamente verrà spiegato e approfondito il costrutto del Positive Illusory Bias, in particolare nel caso di individui con ASD senza Disabilità Intellettiva.

Nel terzo capitolo si descriverà in maniera dettagliata il progetto di ricerca sostenuto, ponendo l'attenzione sulle ipotesi di partenza, sulle caratteristiche dei partecipanti, sugli strumenti utilizzati e sulla procedura con la quale si è condotta la ricerca.

Il quarto capitolo sarà dedicato alla presentazione dei risultati emersi dalla ricerca, confrontando quelli relativi agli individui con ASD e quelli con sviluppo tipico. Nello specifico, saranno descritti i risultati derivanti dalle analisi delle prove di screening e di quelle sperimentali. Nella conclusione dell'elaborato verranno, infine, discussi i risultati della ricerca alla luce della letteratura di riferimento ed evidenziati i limiti emersi e i possibili sviluppi futuri dello studio.

CAPITOLO 1

Disturbi dello Spettro dell'Autismo (ASD)

1. Definizione e storia

I Disturbi dello Spettro dell'Autismo (*Autism Spectrum Disorder*, ASD) sono disturbi del neurosviluppo, a eziologia multifattoriale, caratterizzati da deficit nell'interazione sociale e nella comunicazione (verbale e non verbale), associati alla presenza di comportamenti ripetitivi e interessi ristretti e stereotipati (American Psychiatric Association, APA, 2013). La prima definizione del disturbo autistico è di Leo Kanner (1943), pediatra americano di origine tedesca, il quale descriveva il disturbo come caratterizzato da isolamento sociale, incapacità relazionali, reazioni emotive eccessive, stereotipie, atipie del linguaggio, resistenza al cambiamento, memoria meccanica eccellente e difficoltà motorie (Tambelli, 2017). Da questa definizione iniziale, l'autismo infantile precoce si configurava come un "disturbo da contatto affettivo", caratterizzato da un'incapacità di instaurare relazioni sociali e affettive. Le intuizioni cliniche di Kanner influenzarono successivamente il panorama scientifico e culturale, portando l'attenzione sul ruolo delle figure genitoriali (in particolare, le figure materne) (Sean, 2014). Negli stessi anni, anche se distante da Kanner, il pediatra austriaco Hans Asperger definì la "psicopatìa autistica" come una particolare costellazione sintomatica caratterizzata principalmente da alterazioni delle componenti sociali ed emotive, come la comunicazione e la comprensione delle emozioni (Asperger, 1944). Negli studi successivi, Asperger definì il disturbo autistico come una tipologia di personalità stabile, che era presente in assenza di disintegrazione, tipica della schizofrenia.

Nel ventennio successivo alle osservazioni di Kanner (1943), le teorizzazioni psicodinamiche rappresentarono la principale prospettiva di studio dell'autismo (Tambelli, 2017). Quest'ultime, individuavano la nascita dell'autismo infantile in un'alterazione della relazione madre-bambino, che aveva inizio in fasi molto precoci dello sviluppo (Kanner, 1943). Negli anni seguenti, le teorie psicodinamiche iniziarono a respingere il ruolo della madre evitante all'origine dell'autismo. Tra le concettualizzazioni proposte, appare significativa quella di Margaret Mahler, pediatra e psicoanalista formata a Vienna. La Mahler sosteneva che la "preoccupazione primaria

materna”, e dunque la tempestività nelle cure offerte al bambino, agisca come un “organizzatore simbiotico”, il quale sostiene la successiva individuazione del bambino. Secondo la sua prospettiva, la genesi dell’autismo veniva fatta risalire alla stretta connessione tra fattori contestuali, di qualità della relazione precoce con la madre, e fattori traumatici, che potrebbero essere già presenti durante la vita fetale o insorgere nei primi mesi di vita. Dunque, la psicosi non insorgeva in bambini normali in risposta al comportamento evitante della madre, bensì in bambini che già presentavano vulnerabilità verso uno sviluppo psicotico (Mahler, 1958).

2. Criteri diagnostici

Nella prima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM, APA, 1952), il Disturbo dello Spettro dell’Autismo era classificato sotto l’etichetta di “Schizofrenia Infantile”. La classificazione è rimasta invariata fino al DSM-III (American Psychiatric Association, APA, 1987), nel quale venne inserito all’interno di una nuova classe diagnostica, i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS). Questa tipologia di disturbi era caratterizzata dalla presenza di anomalie e compromissioni qualitative gravi e generalizzate nell’interazione sociale, nella comunicazione (verbale e non) e nei comportamenti (Vianello & Mammarella, 2015).

Fino a oggi, le edizioni del DSM si sono evolute nella direzione di una maggiore espansione e flessibilità diagnostica, in modo tale da evidenziare la crescente convinzione che l’autismo rappresenti un disturbo eterogeneo (Tambelli, 2017). Nel DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, APA, 2000), i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo comprendevano il disturbo autistico, la sindrome di Asperger, la sindrome di Rett, il disturbo disintegrativo della fanciullezza e il Disturbo Generalizzato dello Sviluppo non altrimenti specificato. Nel DSM-5 (American Psychiatric Association, APA, 2013), viceversa, la categoria diagnostica dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo è stata sostituita con quella dei Disturbi dello Spettro dell’Autismo, ad includere tutte le categorie diagnostiche contemplate dal DSM-IV-TR: il disturbo Autistico, il disturbo di Asperger e il Disturbo Generalizzato dello Sviluppo non altrimenti specificato.

In Tabella 1.1 sono riportati i criteri diagnostici proposti dal DSM-5 (American Psychiatric Association, APA, 2013) per l’ASD.

A. Deficit persistenti della comunicazione sociale e dell'interazione sociale in molteplici contesti, come manifestato dai seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato:

1. Deficit nella reciprocità socioemotiva, che vanno da un approccio sociale anomalo e del fallimento della normale reciprocità della conversazione; a una ridotta condivisione di interessi, emozioni o sentimenti; all'incapacità di dare inizio o di rispondere a interazioni sociali;
2. Deficit dei comportamenti comunicativi non verbali utilizzati per l'interazione sociale, che vanno, per esempio, dalla comunicazione verbale e non verbale scarsamente integrata; ad anomalie nel contatto visivo e del linguaggio del corpo o deficit della comprensione e dell'uso dei gesti; a una totale mancanza di espressività facciale e di comunicazione non verbale;
3. Deficit dello sviluppo, della gestione e della comprensione delle relazioni, che vanno, per esempio, dalle difficoltà di adattare il comportamento per adeguarsi ai diversi contesti sociali; alle difficoltà di condividere il gioco di immaginazione o di fare amicizia; all'assenza di interesse verso i coetanei;

B. Pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi, come manifestato da almeno due dei seguenti fattori presenti attualmente o nel passato:

1. Movimenti, uso degli oggetti o eloquio stereotipati o ripetitivi (per esempio, stereotipie motorie semplici, mettere in fila giocattoli o capovolgere oggetti, ecolalia, frasi idiosincratiche);
2. Insistenza nella sameness (immodificabilità), aderenza a routine priva di flessibilità o rituali di comportamento verbale o non verbale (per esempio, estremo disagio davanti a piccoli cambiamenti, difficoltà nelle fasi di transizione, schemi di pensiero rigidi, saluti rituali, necessità di percorrere la stessa strada o mangiare lo stesso cibo ogni giorno);
3. Interessi molto limitati, fissi che sono anomali per intensità o profondità (per esempio, forte attaccamento o preoccupazione nei confronti di oggetti insoliti, interessi eccessivamente circoscritti o perseverativi);
4. Iper o iporeattività in risposta a stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente (per esempio, apparente indifferenza a dolore/temperatura, reazione di avversione nei confronti di suoni o consistenze tattili specifici, annusare o toccare oggetti in modo eccessivo, essere affascinati da luci o da movimenti);

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

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 (disturbo dello sviluppo intellettivo) o da ritardo globale dello sviluppo. La Disabilità Intellettiva e il disturbo dello Spettro dell'Autismo spesso sono presenti in concomitanza; per 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.

Specificare la gravità attuale: il livello di gravità si basa sulla compromissione della comunicazione sociale e sui pattern di comportamento ristretti, ripetitivi.

Specificare se:

- 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.

Tabella 1.1. Criteri diagnostici per l'ASD secondo il DSM-5 (APA, 2013)

2.1. Diagnosi differenziale e comorbidità

La diagnosi differenziale tra i Disturbi dello Spettro dell'Autismo ed altre tipologie di disturbi è complicata nella pratica clinica, in particolar modo nel caso in cui il disturbo è caratterizzato da livello di gravità lieve. È importante fare diagnosi differenziale rispetto al Disturbo Specifico del Linguaggio, al Disturbo Pragmatico del Linguaggio, alla Disabilità Intellettiva e alla Psicosi ad esordio Infantile (Vianello & Mammarella, 2015). La presenza di Disabilità Intellettiva è molto elevata, circa il 70% di individui con disturbo dello Spettro dell'Autismo presenta comorbidità tra i due disturbi: il 30% ha un funzionamento cognitivo nella media, il 30% ha una Disabilità Intellettiva di grado lieve o moderato e il 40% presenta una Disabilità Intellettiva di grado grave o profondo (Vianello & Mammarella, 2015).

La DC:O-5 (Zero to Three, 2016) evidenzia come frequentemente i Disturbi dello Spettro Autistico si presentino in concomitanza con un ritardo globale dello sviluppo e del linguaggio, ritardi motori associati ai movimenti rigidi e ripetitivi, iperattività e mancanza di attenzione in risposta a stimoli provenienti dall'ambiente o dal mondo interno

dell'individuo, ansia e depressione e difficoltà comportamentali (es. disturbi del sonno, dell'alimentazione, comportamenti autolesivi) ed emotivi (es. emozionalità negativa).

2.2. Strumenti diagnostici

Il processo diagnostico riguardante l'ASD deve tener conto del fatto che i sintomi e i comportamenti sono estremamente eterogenei, variano al variare dello stadio di sviluppo, possono subire l'influenza del setting e della situazione sociale e possono presentarsi in sovrapposizione con i tratti tipici di altri disturbi (Vianello & Mammarella, 2015). Tra gli strumenti per la diagnosi dell'autismo, quello maggiormente utilizzato è l'*Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R, Rutter & Coteur, 2000), un'intervista semi-strutturata rivolta ai genitori o ai *caregiver*. Le principali aree indagate in questa intervista sono le anomalie nell'interazione sociale e nella comunicazione e i modelli di comportamenti ripetitivi e stereotipati. Uno strumento che consente l'osservazione dei comportamenti associati all'autismo è anche l'*Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition* (ADOS-2, Lord et al., 2013). I diversi protocolli sono organizzati secondo un sistema modulare, ovvero vi sono differenti livelli di stimolazione a seconda dell'età e delle abilità linguistiche. Lo scopo è quello di creare un "mondo sociale" che fornisca l'input per la manifestazione e l'osservazione di comportamenti legati all'autismo.

Ulteriori strumenti utilizzati nel campo dell'ASD sono la NEPSY-II(Korkman et al., 2011), la *Children's Communication Checklist- Second Edition* (CCC-2, Bishop, 2002) e l'APL Medea (Russo, 2009), i quali si focalizzano, a differenza dell'ADI-R e dell'ADOS-2, sulle informazioni relative al funzionamento cognitivo e linguistico.

Nello specifico, la NEPSY-II è una batteria neuropsicologica volta a valutare le funzioni neuropsicologiche in età evolutiva, prescolare e scolare. La batteria include numerose prove suddivise in differenti domini cognitivi, come Attenzione e Funzioni Esecutive, Linguaggio, Memoria e Apprendimento, Funzioni Sensorimotorie, Percezione Sociale e Elaborazione Visuospatiale.

La CCC-2 è un questionario parent-report finalizzato alla valutazione dei problemi del linguaggio e della comunicazione pragmatica nei bambini e nei ragazzi.

Infine, l'APL Medea, è una batteria di valutazione della abilità pragmatiche nel linguaggio rivolta ai bambini dai 5 ai 14 anni.

3. Epidemiologia ed eziologia

3.1.Epidemiologia

I Center for Disease Control and Prevention (2014), recentemente, hanno riportato la presenza di ASD in un bambino su 68, con prevalenza maschile con un rapporto di 4:1. La maggior parte degli studiosi concorda con l'affermare che il disturbo sia individuabile nel bambino prima dei 36 mesi e perduri nel corso dell'infanzia e dell'età adulta, nonostante vi sia una modifica dei sintomi nel corso del tempo (Vianello & Mammarella, 2015).

3.2.Eziologia

L'eziologia del disturbo dello Spettro dell'Autismo è multifattoriale e comprende fattori genetici, fattori neurobiologici, fattori neurofisiologici e caratteristiche anatomiche (Vianello & Mammarella, 2015).

Per quanto riguarda i fattori genetici, l'80-90% (Vianello & Mammarella, 2015) dei casi di disturbo dello Spettro dell'Autismo è riconducibile a fattori ereditari; inoltre, vi è un'associazione del disturbo autistico con specifiche alterazioni genetiche, come quelle alla base la sindrome dell'X Fragile, la sindrome di Mobius, la Sclerosi Multipla, la Fenilchetonuria e la Neurofibromatosi.

I fattori neurobiologici indicano la presenza di un'associazione nel 70% dei casi di Disabilità Intellettiva e nel 25-30% di epilessia (Vianello & Mammarella, 2015).

I fattori neurofisiologici comprendono alterazioni nel 50% dei casi di autismo riscontrate nel tracciato EEG (Elettroencefalogramma)(Vianello & Mammarella, 2015). Alcune ricerche (Roberts & et al., 2008) condotte con i potenziali evento-relati (ERP, una risposta elettrofisiologica ad uno stimolo) hanno mostrato che le persone con autismo presentano una ridotta sensibilità a volti mostrati normalmente o invertiti, una risposta anomala allo sguardo, una lateralizzazione emisferica anomala e un'elaborazione percettiva anomala di stimoli visivi e uditivi.

Le caratteristiche anatomiche, infine, riguardano anomalie al livello del Sistema Nervoso Centrale (SNC), più precisamente, la riduzione nella correlazione tra sostanza grigia del lobo frontale, dei lobi temporali e parietali e delle strutture sottocorticali durante l'esecuzione di prove che riguardano le competenze sociali, la comprensione di frasi e la

memoria di lavoro. Inoltre, sono state riscontrate anomalie anche nella produzione di serotonina, il cui aumento nel 25-30% dei casi è attribuibile ad un danno del sistema dopaminergico (Vianello & Mammarella, 2015).

4. Modelli teorici di riferimento

Nel corso degli anni sono stati elaborati alcuni modelli esplicativi dell'autismo, nel tentativo di individuarne i disturbi fondamentali e specifici, i loro fondamenti biologici e la natura della profonda disabilità sociale e comunicativa che lo caratterizza (Tambelli, 2017).

I modelli principali sono:

1. Il Deficit della Teoria della Mente (ToM)
2. La Teoria della Debole Coerenza Centrale (DCC)
3. La Teoria del deficit a carico delle Funzioni Esecutive (FE)

4.1. Il Deficit della teoria della Mente (ToM)

La teoria della Mente è definita come la capacità dell'individuo di attribuire stati mentali al Sé e agli altri e di predire il comportamento proprio e altrui basandosi proprio su questi stati mentali (Baron-Cohen, 1995). Nei soggetti con disturbo dello Spettro dell'Autismo vi è un'incapacità di accedere alla Teoria della Mente, causando una "cecità mentale" (Baron-Cohen et al., 1985); dunque, risulta compromessa la capacità di assumere prospettive altrui e di valutare in modo opportuno gli interessi degli altri. Nel compito della "Falsa Credenza" (Baron-Cohen et al., 1985) viene presentata una scenetta ai bambini, in cui vi sono due personaggi che giocano con un oggetto. Il primo personaggio colloca l'oggetto in un determinato contenitore ed esce. In sua assenza, il secondo personaggio sposta l'oggetto in un altro contenitore presente nella stanza. Successivamente, il primo personaggio rientra nella stanza dichiarando di andare a riprendere l'oggetto nel posto in cui lo aveva collocato. A questo punto, si chiede al bambino di prevedere dove il primo personaggio andrà a cercare il proprio oggetto (Vianello & Mammarella, 2015). Dai risultati emerge che tutti i bambini sotto i 3 anni di età sbagliano riposta, affermando che il primo personaggio cercherà il proprio oggetto dove lo aveva riposto il secondo personaggio. La Teoria della Mente comprende deficit nel funzionamento di tre meccanismi: l'indicatore di intenzionalità, l'indicatore di direzione dello sguardo e il meccanismo per l'attenzione condivisa (Vianello &

Mammarella, 2015). L'attenzione condivisa riguarda lo scambio triadico, ovvero l'attenzione su un oggetto viene condivisa con un'altra persona. La mancanza della Teoria della Mente evidenzerebbe, quindi, un deficit nella meta-rappresentazione (Leslie, 1987). Compatibilmente, i bambini con autismo incontrano difficoltà nell'intraprendere giochi simbolici e nella comprensione, nell'influenzare e nel prevedere il comportamento delle altre persone (Vianello & Mammarella, 2015). In conclusione, Happé e Frith (1996) sostengono che la teoria della "cecità mentale" in ASD risulta essere in grado di spiegare sia i sintomi manifesti del disturbo sia quelli legati alla sfera delle competenze preservate (es. capacità visuospatiali e memoria meccanica)(Happé & Frith, 1996). Tuttavia, gli autori ammettono che vi è una minoranza di bambini autistici che superano le prove di "false credenze" a causa della presenza di un ritardo nell'acquisizione e sviluppo delle strategie compensatorie (Tambelli, 2017).

4.2. Teoria della Debole Coerenza Centrale (DDC)

La Teoria della Debole Coerenza Centrale (Frith, 1989) riguarda la capacità di sintetizzare in un tutt'uno coerente, di assemblare in un sistema di conoscenza unitario le svariate esperienze frammentate del bambino. Secondo tale modello, gli individui con disturbo dello Spettro dell'Autismo elaborerebbero gli stimoli in maniera frammentata, pertanto, focalizzano la propria attenzione sui dettagli piuttosto che sull'insieme delle parti in un sistema unico dotato di significato. Tale alterazione dipenderebbe da deficit nell'elaborazione dell'esperienza, nella concentrazione sui dettagli, nell'incapacità di tener conto delle informazioni contestuali e nell'impossibilità di cogliere il significato di uno stimolo nella sua interezza (Tambelli, 2017). Grazie alla Teoria della Debole Coerenza Centrale vengono spiegate la presenza di scarse abilità nella pragmatica del linguaggio e la presenza di comportamenti stereotipati e ripetitivi (Vianello & Mammarella, 2015). Frith sostiene che deficit nella coerenza centrale possono spiegare le difficoltà di mentalizzazione tipiche degli ASD, le quali delineano un mondo psichico caratterizzato da aspetti frammentati e separati che non possono essere integrati al fine di comprendere il contesto sociale (Frith, 1989).

4.3. La teoria del deficit a carico delle Funzioni Esecutive (FE)

La Teoria delle Funzioni Esecutive (Ozonoff & Pennington, 1996) si focalizza sulla presenza di elementi autorganizzanti (ossia, le funzioni esecutive). Le Funzioni Esecutive sono generalmente tre: l'inibizione, la memoria di Lavoro ("*working memory*") e lo

spostamento dell'attenzione (Miyake et al., 2000). Le funzioni esecutive permettono l'anticipazione e la pianificazione di un piano risolutivo, il controllo e il monitoraggio dei comportamenti (Vianello & Mammarella, 2015). Il disturbo dello Spettro dell'Autismo è caratterizzato dalla compromissione dei sistemi riguardanti la pianificazione e il controllo del comportamento. Una recente rassegna degli studi sulle funzioni esecutive nell'autismo (Hill, 2004) ha determinato compromissioni in diverse aree funzionali: la pianificazione, la flessibilità cognitiva (capacità di spostarsi verso un pensiero o azione diversa), la possibilità di esercitare idee e comportamenti innovativi (le cui carenze si manifestano nella povertà del linguaggio e del comportamento) e l'automonitoraggio delle proprie azioni e pensieri (carenze in questo ambito si manifestano con la perseveranza nei comportamenti). La teoria delle Funzioni Esecutive spiega la presenza di comportamenti stereotipati e interessi ristretti nei soggetti con autismo; nonostante ciò, appare complicato ritenere che le cause del disturbo dello Spettro dell'Autismo possano essere fatte risalire solamente a tal deficit (Vianello & Mammarella, 2015).

5. Intervento

Il trattamento del Disturbo dello Spettro dell'Autismo per essere efficace deve includere interventi educativi in ambito familiare e scolastico (Vianello & Mammarella, 2015). Vi sono, inoltre, tre tipologie di interventi multidisciplinari precoci frequentemente utilizzati: il Metodo *Applied Behavior Analysis* (ABA)(Lovaas, 1986), il Metodo *Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children* (TEACCH, (Schopler, 1994)), , e il Metodo *Picture Exchange Communication System* (PECS;(Bondy & Forst, 1985)).

Il Metodo ABA (Lovaas, 1986) si concentra maggiormente sull'analisi comportamentale applicata, ovvero analizza la relazione tra gli antecedenti e le conseguenze di un comportamento. Lo scopo di tale metodo è quello di modificare il comportamento specifico o il contesto che ha generato una determinata conseguenza. Le tecniche utilizzate da questo metodo sono il rinforzo, il modellamento e la ricompensa (Vianello & Mammarella, 2015).

Il metodo TEACCH (Schopler, 1994) è un programma relativo al potenziamento delle abilità sociocomunicative dei genitori e delle persone che hanno un'interazione con il bambino autistico, creando in questo modo una relazione adeguata. Lo scopo principale

è di creare, insieme ai genitori e alle persone vicine al bambino, un'ambiente che favorisce l'adattamento del bambino alle situazioni di vita quotidiana (Vianello & Mammarella, 2015). Il Metodo TEACCH prevede, inoltre, la valutazione degli aspetti di forza e di debolezza del bambino e si sviluppa in base a dei principi generali, quali l'organizzazione dell'ambiente fisico, la scansione precisa dell'attività, l'importanza dei *prompts* visivi e la partecipazione attiva della famiglia.

Il metodo PECS (Bondy & Forst, 1985), infine, riguarda lo sviluppo delle abilità comunicative attraverso l'utilizzo di strategie per esprimere bisogni e richieste (Vianello & Mammarella, 2015). L'obiettivo è far apprendere al bambino/a l'utilizzo di immagini o simboli per esprimere un determinato bisogno o desiderio. Allo scopo di far diventare l'associazione tra immagine e desiderio automatica e indipendente, il programma prevede l'utilizzo di rinforzi, di qualsiasi tipologia (alimentare, sensoriale ecc...).

6. Autismo senza Disabilità Intellettiva

L'Autismo senza Disabilità Intellettiva comprende un sottogruppo dei Disturbi dello Spettro dell'Autismo, di cui fanno parte gli individui che presentano sintomatologia autistica ma senza Disabilità Intellettiva (Vianello & Mammarella, 2015).

6.1. Caratteristiche

Le principali caratteristiche dell'Autismo senza Disabilità Intellettiva riguardano le componenti del linguaggio, dell'attenzione condivisa, dell'abilità imitativa, delle relazioni sociali, dell'emotività e delle componenti cognitive.

In particolar modo, per gli individui con ASD senza DI, lo sviluppo del linguaggio è caratterizzato da elevata variabilità, ovvero vi è la presenza di ritardi o difficoltà nell'acquisizione delle tappe di sviluppo relative al linguaggio (Vianello & Mammarella, 2015). In generale, nella sfera del linguaggio sono spesso presenti deficit rilevanti nell'abilità di gestione dello scambio verbale e, ad un livello generale, nell'area della pragmatica. In particolare, sono presenti atti linguistici limitati, una difficoltà nella valutazione della quantità di informazione da gestire durante la comunicazione e una difficoltà elevata nello strutturare una narrazione (Vianello & Mammarella, 2015). Infine, persone con ASD senza DI sono caratterizzate da prolissità, da incapacità di modificare il registro linguistico a seconda dei contesti sociali e da difficoltà nel cogliere i segnali della comunicazione non verbale (Vianello & Mammarella, 2015).

L'attenzione condivisa riguarda la condivisione triadica dell'attenzione tra due individui ed un oggetto su tre punti, senza nessun altro scopo evidente. I soggetti con ASD senza DI hanno difficoltà nell'alternare il proprio sguardo tra l'oggetto che si sta guardando e l'altra persona o a seguire con lo sguardo l'oggetto indicato dall'altra persona (Vianello & Mammarella, 2015).

L'abilità imitativa è presente fin dai primi tre mesi e riguarda l'imitazione di espressioni del viso, gesti, movimenti, parole, azioni con oggetti. È l'abilità cardine dello sviluppo sociale ed è fondamentale per il gioco di finzione tra bambini (Vianello & Mammarella, 2015). Persone con ASD incontrano difficoltà nell'imitare sequenze di movimenti grossomotori, sequenze di azioni con oggetti, azioni accompagnate dai suoni, giochi a sequenza con le costruzioni e copiare semplici disegni (Vianello & Mammarella, 2015).

Le relazioni sociali di bambini e ragazzi con ASD senza DI sono caratterizzate da assenza o ridotta reciprocità sociale, un approccio sociale bizzarro e una difficoltà nella comprensione delle norme sociali (Vianello & Mammarella, 2015). In generale, vi è la presenza di uno sguardo sfuggente e l'assenza di un sorriso sociale, con la conseguente mancanza di atteggiamenti anticipatori. Inoltre, essi non richiedono la partecipazione dell'altro nella propria attività ma costruiscono il rapporto sociale a livello strumentale, basandolo esclusivamente sulla "richiesta". In generale, dunque, vi sono elevati deficit nelle abilità di stringere e di mantenere rapporti sociali duraturi, come amicizie o relazioni d'amore (Vianello & Mammarella, 2015).

Per quanto riguarda le componenti della sfera emotiva, uno studio recente (Strang et al., 2012) ha esaminato il tasso di disturbi dell'umore e di ansia in un campione di bambini con diagnosi di Autismo senza DI, rispetto ad un campione di popolazione con sviluppo tipico. Il 44% del campione riferiva sintomi depressivi, mentre il 56% sintomi ansiosi. Ci sono diverse ipotesi che possono spiegare le difficoltà relative alla manifestazione dell'affetto esibite dalla maggior parte dei soggetti con Autismo senza DI. Molti bambini, ad esempio, hanno un'ipereccitabilità sensoriale, altri, invece, interpretano i gesti di affetto come stimoli avversivi: essendo la percezione più accentuata, l'esperienza sensoriale risulta differente (Blakemore et al., 2006).

Infine, per quanto concerne gli aspetti della componente cognitiva, diversi studi hanno mostrato differenze, in persone con Autismo senza DI, nella modalità di analisi dei volti,

caratterizzata da un evitamento del contatto oculare, difficoltà a comprendere gli stimoli in maniera complessiva, con una percezione dell'ambiente fisico e sociale spesso frammentata (Jarrod & Russell, 1997).

Il presente lavoro, nei successivi capitoli, prenderà in esame proprio l'Autismo senza disabilità intellettiva, approfondendo la tematica relativa alle Competenze Interpersonali e analizzando la possibile presenza di un Positive Illusory Bias in questa popolazione.

CAPITOLO 2

Le Competenze Interpersonali nel Disturbo dello Spettro dell'Autismo

1. Le Competenze Interpersonali

1.1. Definizione

Le Competenze Interpersonali comprendono tutte quelle abilità che ci permettono di analizzare i nostri stati interni e di entrare in relazione con gli altri (Mallinckrodt, 2002). Le interazioni sono soddisfacenti per il bambino quando gli obiettivi personali sono raggiunti; mentre, per gli adulti, esse sono soddisfacenti se le azioni sono percepite come positive (O'Malley, 1977). Secondo il modello *Social Competencies in Interpersonal Process* (SCIP), le competenze sociali sono caratterizzate dalle abilità necessarie per creare e mantenere relazioni soddisfacenti e di supporto e da tratti di personalità che favoriscono le relazioni sociali (Mallinckrodt, 2002).

1.1.1. Le Abilità Sociali e Comunicative

Le abilità Sociali e Comunicative sono comportamenti, verbali e non verbali, indispensabili per entrare in relazione positiva con le persone (Vianello & Mammarella, 2015). Questo tipo di abilità può essere definite da un serie di caratteristiche principali: sono apprese in maniera naturale, ma possono essere insegnate; si manifestano nelle situazioni interpersonali; sono orientate al raggiungimento di un rinforzo ambientale o auto-rinforzo. Le precedenti caratteristiche elencate gestiscono e regolano le Abilità Comunicative, in quanto esse necessitano di un determinato autocontrollo emotivo. Queste abilità stanno acquistando, con il passare del tempo, sempre maggiore influenza, in quanto si può rilevare una stretta relazione tra la competenza sociale infantile e l'adattamento scolastico (D'Addario, 2018).

1.1.2. La Capacità di Mentalizzazione

La Mentalizzazione è un termine relativo all'attività mentale che permette di comprendere e dirigere i comportamenti umani riconducendoli a stati mentali (Gillibrand et al., 2013). Questa abilità è correlata con la formazione della Teoria della Mente (ToM) e riguarda processi sia emotivi che cognitivi. La capacità di Mentalizzazione può essere rivolta alla comprensione dei propri stati mentali, delle emozioni e dei sentimenti, ma allo stesso tempo può dedicarsi anche alla comprensione dei punti di vista altrui. La capacità

di attribuire stati mentali intenzionali a se stessi e agli altri non si sviluppa prima dei 4 anni di età (Gillibrand et al., 2013). Tuttavia, vi sono dei segnali che giocano il ruolo di precursori di questa abilità, come l'indicare un oggetto o una persona, il guardare e il controllare le reazioni e i comportamenti del caregiver primario (Gillibrand et al., 2013).

1.2. I Modelli di Riferimento

Vi sono prevalentemente tre filoni riguardanti i modelli di riferimento: la prospettiva biologica, la prospettiva psicologica e la prospettiva cognitiva (Gillibrand et al., 2013).

Per quanto concerne la prospettiva biologica, la teoria di maggior risalto risulta essere quella Etologica di Konrad Lorenz (1903-1989). La proposta di Lorenz (1903-1989) e Nikolaas Tinbergen (1907-1988) prevedeva l'individuazione di una serie di processi tali da rendere conto dell'efficienza dei modelli comportamentali (Alleva & Santochirico, 2010). Secondo gli etologi, un gran numero di schemi comportamentali che troviamo sia negli animali che negli uomini sono istintivi. Gli istinti sono considerati specie-specifici e ciascuna specie li riconosce attraverso un segnale peculiare. Essi, inoltre, sono mossi da una particolare motivazione o pulsione (Gillibrand et al., 2013). L'etologia considera il comportamento sociale come tipico non solo dell'uomo e non totalmente appreso e indipendente dalle sue basi genetiche. I comportamenti sociali degli animali sono riconducibili a fattori esplicativi fondamentali. Rientra tra i comportamenti sociali l'aggressività posta tra gli istinti fondamentali, geneticamente programmati e scatenati da determinati stimoli e gli altri istinti fondamentali sono la nutrizione e la procreazione (Lucaccini, 2017).

La teoria principale della prospettiva psicologica è la Teoria dell'Apprendimento Sociale di Albert Bandura (1977). Egli ritiene che il bambino impari a modulare i propri comportamenti analizzando e osservando le norme sociali (Gillibrand et al., 2013). Questa teoria è centrata sul fatto che l'apprendimento sociale avviene attraverso l'osservazione di punizioni e di rinforzi effettuati su qualcun altro (Gillibrand et al., 2013). Bandura, Ross e Ross (1961) sostengono che l'imitazione sia influenzata dalle caratteristiche individuali. Bandura (1977) ha osservato che il rinforzo esterno e ambientale non era l'unico fattore che influenzava l'apprendimento e il comportamento: egli ha descritto il rinforzo intrinseco come una forma di ricompensa interna, come

orgoglio, soddisfazione e senso di realizzazione. La teoria dell'Apprendimento Sociale sostiene che i diversi processi riguardanti l'apprendimento possono essere spiegati analizzando i processi mentali. Quindi, essa si pone come ponte tra comportamentismo e approccio cognitivo (Akpan & Kennedy, 2020). Mentre molti libri di testo collocano la teoria dell'Apprendimento Sociale con teorie comportamentali, Bandura stesso descrive il suo approccio come una "Teoria Cognitiva Sociale". La Percezione di Sé determina quali comportamenti verranno adottati da una persona.

Infine, per la prospettiva cognitiva è rilevante la Teoria dello Sviluppo Cognitivo di Jean Piaget (1958). Questa teoria è caratterizzata da una spiegazione sistematica delle varie trasformazioni ed evoluzioni delle competenze sociali nelle diverse fasce d'età, compatibilmente con le diverse modalità che il pensiero utilizza al fine di dare un senso alle mutazioni dell'ambiente (Gillibrand et al., 2013). La Teoria dello Sviluppo Cognitivo può essere suddivisa in quattro stadi: l'intelligenza sensomotora, il pensiero preoperatorio, il pensiero operatorio concreto e il pensiero ipotetico-deduttivo e delle operazioni formali. Ogni stadio è rappresentato dall'acquisizione di un'abilità e il conseguente superamento di quest'ultimo permette il passaggio allo stadio successivo (Gillibrand et al., 2013). L'attenta suddivisione e classificazione dello sviluppo cognitivo durante l'infanzia sembra essere applicabile all'autismo (Morgan, 1986). Infatti, questa analisi ci permette di valutare e apprezzare meglio le complessità dello sviluppo intellettivo tipico, in quanto alcune funzioni cognitive sembrano essere compromesse nei bambini con Disturbo dello Spettro dell'Autismo (Morgan, 1986). Dunque, la Teoria dello Sviluppo Cognitivo risulta utile nella comprensione delle compromissioni e delle incongruenze che distinguono il bambino con sviluppo tipico dal bambino con autismo.

1.3. Le traiettorie di sviluppo

Le abilità Sociali e Comunicative si sviluppano nel lattante a partire già dal sesto mese. Egli, posto di fronte ad un altro bambino, mostra interesse per l'altro, ma le azioni che rivolge verso di lui non sono sostanzialmente differenti da quelle che rivolge nei confronti di un oggetto inanimato. Tra queste troviamo il guardare, vocalizzare, toccare e sorridere (Gillibrand et al., 2013). Più precisamente, dai 6 mesi ai 10 mesi il/la bambino/a è in grado effettuare delle semplici preferenze sociali. Alla fine del primo anno, si aggiunge l'imitazione di semplici azioni che il compagno di gioco mette in atto. Dai 18 mesi, i

bambini iniziano a mostrare interazioni coordinate con i pari e il loro divertimento principale sta nell'imitarsi a vicenda. Infine, dai 2 fino ai 5 anni, i bambini iniziano a dirigere gesti sociali ad un pubblico più ampio. I bambini di 2/3 anni, in contesti pubblici, restano vicino all'adulto e cercano il contatto fisico. I bambini di 4/5 anni mostrano comportamenti socievoli in competizioni giocose per attirare l'attenzione dei pari, piuttosto che dei caregivers (Gillibrand et al., 2013). Con l'aumentare dell'età, dunque, i bambini diventano sempre più orientati verso i pari, i quali giocano un ruolo importante nello sviluppo della capacità dell'individuo di instaurare relazioni positive e di sviluppare le proprie competenze sociali (Gillibrand et al., 2013).

Lo sviluppo delle abilità sociali e comunicative si inserisce, più in generale, nei processi che caratterizzano lo sviluppo cognitivo del bambino. Infatti, il lattante possiede già l'abilità di attenzione condivisa, la quale consiste nel fatto che se l'adulto indica un oggetto di interesse, lo indica anche il bambino (Gillibrand et al., 2013). Questi comportamenti evidenziano come l'individuo stia iniziando a coordinare il proprio stato mentale con lo stato mentale altrui. Altra tappa importante dello sviluppo dell'abilità di Mentalizzazione si raggiunge verso i 3 anni di età, in cui l'individuo inizia a comprendere che le conoscenze che una persona ha di una determinata situazione dipendono fortemente dal modo in cui quella persona vede la situazione (Gillibrand et al., 2013). A 4 anni il bambino apprende la capacità di dividere ciò che è vero da ciò che è inventato e inizia ad essere consapevole dei sentimenti e delle emozioni altrui, quindi inizia a sviluppare l'empatia (Gillibrand et al., 2013). A questo punto, l'individuo si trova nello "stadio rappresentativo" della Teoria della Mente, in cui ha imparato che le credenze possono essere false e che ciò può creare una rappresentazione errata della situazione (Gillibrand et al., 2013).

Per quanto riguarda i giovani e gli adolescenti, i cambiamenti primari che avvengono riguardano il piano fisico e cognitivo e sono accompagnati a modificazioni sullo sviluppo sociale e personale. Lo sviluppo sociale dell'adolescenza riguarda lo sviluppo del senso di sé o dell'identità dell'individuo. Il senso di identità è influenzato da una serie di fattori, come i coetanei dell'individuo e la vita familiare. Ci sono diverse preoccupazioni legate allo sviluppo sociale dell'adolescenza, tra cui la bassa autostima, la pressione dei pari e l'abuso di sostanze (Confalonieri & Grazzani, 2021).

2. Positive Illusory Bias (PIB)

Il Positive Illusory Bias (PIB), o “*pregiudizio illusorio positivo*” è un fenomeno che si riferisce alla tendenza dell’individuo di considerarsi significativamente più competente in una certa area rispetto alle valutazioni effettuate dai genitori, dagli insegnanti, o a misure più obiettive e oggettive, come ad esempio le valutazioni di un test (Wanstall et al., 2019). Risulta interessante notare come alcune ricerche (Alicke & Govorun, 2005) in Psicologia Sociale hanno analizzato l’esistenza di illusioni positive simili nella popolazione generale, come l’effetto del “migliore della media”: quando agli adulti veniva richiesto di misurarsi con un ipotetico individuo "medio", le autovalutazioni erano generalmente più positive di quanto matematicamente possibile. Pertanto, le credenze illusorie moderatamente positive sembrano essere un tratto caratteristico all’interno della popolazione generale (Owens et al., 2007). Generalmente, il PIB viene calcolato utilizzando il Metodo della Discrepanza, in cui la valutazione esterna, che sia da parte di un genitore o di un insegnante o, la misura oggettiva selezionata, viene sottratta all’autovalutazione della competenza da parte dell’individuo (Owens et al., 2007).

Un’evidenza, che rappresenta l’argomento centrale del presente elaborato, è stata riscontrata in alcuni studi relativi agli individui con Disturbo dello Spettro dell’Autismo senza Disabilità Intellettiva. Essi tendono ad auto-segnalare il proprio funzionamento sociale in modo più positivo di quanto i genitori riferiscano (Lerner et al., 2012). Al contrario, per quanto riguarda la segnalazione del livello dei propri tratti autistici, essa viene riportata come meno grave di quanto i genitori riportino (Grainger et al., 2014).

Nel seguente paragrafo verrà analizzata nello specifico questa tematica e si inizierà a discutere del Positive Illusory Bias (PIB) in relazione con il Disturbo dello Spettro dell’Autismo senza Disabilità intellettiva.

3. Competenze Sociali e PIB nel Disturbo dello Spettro dell’Autismo senza Disabilità Intellettiva

3.1 Percezione di sé in ASD senza disabilità intellettiva

Gli individui con ASD senza Disabilità Intellettiva presentano atipicità in diversi domini del funzionamento; nonostante ciò, in letteratura è presente indicazione che essi tendano

ugualmente a sopravvalutare le proprie capacità (Johnson et al., 2009), le proprie abilità sociali (Nicpon et al., 2010) e accademiche (Furlano et al., 2015). Sono state riscontrate delle discrepanze rilevanti tra le auto- e le etero-valutazioni sul funzionamento sociale degli individui con Disturbo dello Spettro dell'Autismo ad Alto Funzionamento, ovvero senza Disabilità Intellettiva. Sembrerebbe infatti che gli individui con ASD non comprendano la gravità dei loro deficit nell'ambito del funzionamento sociale (Furlano & Kelley, 2019). Si ritiene che l'auto-percezione eccessivamente positiva possa essere deleteria per gli individui con ASD per alcuni aspetti: ad esempio, può essere un ostacolo per la capacità dell'individuo di riflettere sulla necessità di modulare il proprio comportamento a seconda delle situazioni sociali. Allo stesso tempo, tuttavia, una tendenza di questo tipo può costituire un fattore protettivo (Furlano & Kelley, 2019).

Un altro aspetto rilevante nella Percezione del Sé è il feedback (Furlano & Kelley, 2019). I bambini e gli adulti con ASD utilizzano principalmente feedback esterni e concreti alla stessa maniera dei loro coetanei con sviluppo tipico; diversamente accade per quanto riguarda il riscontro interno e più astratto, il quale utilizzo risulta essere compromesso (Larson et al., 2011). Dunque, i bambini piccoli con ASD sono più bravi nell'imitazione di come utilizzare i giocattoli in correlazione con il feedback sensoriale piuttosto che con il feedback sociale, più astratto (Ingersoll et al., 2003). In conclusione, sembra che le persone con ASD possiedano la capacità di elaborare feedback concreti ma incontrino difficoltà a creare tipi di feedback più sociali e astratti (Furlano & Kelley, 2019).

Sebbene la letteratura in merito sia ancora limitata, alcuni autori si sono concentrati sul costrutto del PIB nei bambini o negli adolescenti con Autismo (Wanstall et al., 2019). In tali lavori sono riscontrate delle discrepanze tra le autovalutazioni dell'individuo con autismo e le segnalazioni delle altre persone circa il suo funzionamento sociale, almeno nel caso specifico in cui sono considerate persone con autismo che non hanno disabilità intellettiva (Wanstall et al., 2019). I bambini con ASD senza Disabilità Intellettiva tenderebbero a valutare le loro abilità sociali in modo migliore rispetto alla valutazione riportata dai loro insegnanti e genitori, e questa discrepanza è maggiore di quella che si trova quando si esaminano i bambini senza autismo (Koning & Magill-Evans, 2001). Inoltre, Johnson, Filliter e Murphy (2009) hanno riscontrato differenze anche tra i giudizi che gli individui in esame danno di se stessi e quelli dei genitori relativamente alla

presenza di tratti autistici e all'empatia; ciò evidenzia come i giovani con autismo identificano meno tratti autistici e maggiori qualità empatiche (Johnson et al., 2009). In uno studio di Lerner, Calhoun, Mikami e De Los Reyes (2012), sono state trovate differenze tra le autovalutazioni sulle abilità sociali degli adolescenti con Autismo ad Alto Funzionamento e le valutazioni dei loro genitori; nello specifico i risultati hanno indicato una minore autoefficacia valutata da parte dei genitori, minori attribuzioni ostili riferite, invece, da parte dei giovani ai coetanei e una minore depressione (Lerner et al., 2012). Infine, Kanne, Abbacchi e Constantino (2009) hanno rilevato, in aggiunta, discrepanze inerenti ai sintomi psichiatrici nei bambini con autismo rispetto ai giudizi dei loro genitori, le quali erano maggiormente legate a fattori contestuali piuttosto che alle caratteristiche dell'individuo con autismo (Kanne et al., 2009). Complessivamente, il PIB di Competenza nei giovani con Disturbo dello Spettro dell'Autismo rappresenta un elemento importante del funzionamento sociale ed emotivo di quest'ultimi e del contesto sociale in cui sono inseriti.

3.2. Le conseguenze del PIB in ASD

Il Positive Illusory Bias può comportare delle conseguenze sia positive che negative negli individui con ASD.

In generale, tra gli studiosi vi sono opinioni contrastanti circa il fatto che possedere opinioni di sovrastima del Sé sia benefico o dannoso (Furlano & Kelley, 2019). Nell'infanzia, questa tendenza può aiutare i bambini a rispondere in maniera adattiva al feedback ambientale (Taylor & Brown, 1988). Tale tendenza risulta assai utile in ambito accademico, poiché sostiene la persistenza nei tentativi di apprendimento, contrapposta alla tendenza al ritiro di fronte a compiti sfidanti. Complessivamente, dunque, sia nelle popolazioni cliniche che non cliniche, avere un'opinione positiva di Sé, anche se non supportata da riscontri oggettivi, può costituire un fattore protettivo (Furlano & Kelley, 2019). Se bambini e adolescenti non avessero questo tipo di opinioni di se stessi, potrebbero non avere la motivazione per continuare a perseverare nei compiti in cui hanno fallito in passato (Furlano & Kelley, 2019).

Vi sono tuttavia anche implicazioni negative del PIB: la ricerca, infatti, suggerisce che queste sono presenti non solo nelle popolazioni a sviluppo tipico, ma anche nelle

popolazioni cliniche (es. ASD, ADHD) (Furlano & Kelley, 2019). I bambini che non sono consapevoli delle proprie competenze possono riscontrare difficoltà nella regolazione del loro comportamento nei momenti in cui ricevono riscontri in merito (McQuade et al., 2011). Il PIB può avere, dunque, riscontri dannosi in domini relativi al funzionamento sociale o alla sintomatologia, specialmente per gli individui nelle popolazioni cliniche. Infatti, in questa situazione, gli individui potrebbero essere inconsapevoli delle loro difficoltà e potrebbero non comprendere la necessità di modificare il proprio comportamento (Furlano & Kelley, 2019).

Nei capitoli successivi si presenterà la ricerca condotta, inerente alle Competenze Sociali nel gruppo con ASD senza disabilità intellettiva e nel gruppo a sviluppo tipico, analizzando nello specifico le discrepanze tra le valutazioni fornite dai partecipanti in prima persona e dai loro genitori.

CAPITOLO 3

La ricerca

1. Obiettivi ed ipotesi

In base alle considerazioni effettuate nei capitoli precedenti, l'obiettivo di questa ricerca è quello di apportare un ulteriore contributo allo studio delle Competenze Interpersonali in ragazzi con Disturbo dello Spettro dell'Autismo (ASD) senza Disabilità Intellettiva, confrontandoli con un campione a sviluppo tipico (TD).

In particolare, la presente ricerca è focalizzata da una parte sullo studio delle abilità socio-comunicative e di Teoria della Mente, mentre dall'altra sullo studio del Positive Illusory Bias, prendendo in considerazione le differenze tra un gruppo con Disturbo dello Spettro dell'Autismo senza DI e uno con sviluppo tipico rispetto a ciascuna di queste variabili.

Al termine della ricerca, ci si aspetta di riscontrare prestazioni migliori nell'ambito delle competenze interpersonali nel campione di partecipanti con sviluppo tipico, rispetto al campione di partecipanti con Autismo. Per quanto concerne, invece, il Positive Illusory Bias, si ipotizza un maggiore effetto di quest'ultimo nel campione di partecipanti con Disturbo dello Spettro dell'Autismo senza Disabilità Intellettiva.

2. Partecipanti

Il campione della ricerca è costituito da 10 partecipanti, di età compresa tra 8 e 16 anni, di cui 5 con Disturbo dello Spettro dell'Autismo senza Disabilità Intellettiva e 5 con sviluppo tipico.

Il gruppo di controllo, composto da 5 partecipanti, è stato selezionato da popolazioni di studenti di 3^a secondaria di primo grado e 1^a secondaria di secondo grado; la somministrazione delle prove è avvenuta in sessione individuale all'interno della scuola frequentata da ciascun partecipante.

Per il gruppo clinico, il campione è composto sempre da 5 partecipanti con età tra i 13 e i 14 anni; le prove sono state somministrate in sessione individuale presso il Servizio

presso il quale sono stati reclutati o in un laboratorio dell'Università, in relazione alle preferenze della famiglia.

Per il campione clinico la diagnosi di ASD è stata effettuata presso i Servizi del territorio di appartenenza. I partecipanti del gruppo TD, reclutati presso istituti scolastici, sono stati appaiati a quelli del gruppo clinico in base all'età, al genere e al livello di funzionamento intellettivo.

Le informazioni principali relative al campione sono state riportate nella tabella successiva (Tabella 1).

	ASD senza DI	TD
N (M:F)	5 (5:0)	5 (5:0)
Età in mesi: M (DS)	171,80 (10,18)	170,80 (6,91)

Tabella 3.1: Caratteristiche principale dei partecipanti suddivise per gruppi

3. Strumenti

Le prove somministrate sono state divise in due distinte fasi: una fase di screening, nella quale sono state somministrate le prove relative alla valutazione del livello di funzionamento intellettivo e della sintomatologia dei Disturbi dello Spettro dell'Autismo, e una fase sperimentale, riguardante l'utilizzo delle prove specifiche per la ricerca. Dunque, le prove risultano suddivise come segue.

Le prove di screening:

- a. Prove di Vocabolario e di Disegno con i cubi tratte dalla Wechsler Intelligence Scale for Children - Fourth Edition (WISC-IV, Wechsler, 2012);
- b. Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R, Rutter et al., 2005).

Le prove sperimentali:

- a. Interpersonal Competence Scale (Cairns, Leung, Gest, et al., 1995) proposta sia nella versione self- che parent-report;

- b. Prova di Teoria della Mente tratta dalla Batteria NEPSY-II (Korkman et al., 2011).

3.1 Prove di Screening

Wechsler Intelligence Scale for Children - Fourth Edition

La Prova di Vocabolario (VC) è collocata all'interno della quarta edizione della Wechsler Intelligence Scale for Children (Wechsler, 2012). La prova fa parte dell'indice fattoriale della Comprensione Verbale (ICV), il quale è focalizzato sulla comprensione e produzione del linguaggio. L'obiettivo generale di questo subtest è quello di misurare la conoscenza lessicale e la formazione dei concetti verbali. Il subtest è composto da 36 item, dei quali i primi 4 sono composti da figure, mentre i restanti sono item verbali. Gli item verbali consistono in parole a complessità crescente lette da parte dell'esaminatore. Gli item possono essere riletti tutte le volte necessarie, ma è negata la modificazione testuale. Al partecipante viene richiesto di fornire una definizione ad una serie di parole, che vengono lette dall'esaminatore e, contemporaneamente, presentare attraverso il libro stimoli. L'esaminatore può attribuire a ciascuna risposta un punteggio da 0 a 2 punti. Egli attribuisce 0 nel caso di risposte chiaramente errate, 1 nel caso di risposta corretta dal punto di vista del significato ma povera relativamente al contenuto, e, infine, attribuisce 2 punti nel caso in cui vi è la presenza di un buon contenuto.

Il punteggio grezzo totale massimo è di 68 punti. Per i partecipanti di età superiore ai 6 anni, la somministrazione della prova ha inizio dall'item 5, attribuendo automaticamente il punteggio massimo agli item precedenti qualora ottenga un punteggio pieno negli item da 5 a 7. Se ciò non accade, è necessario applicare la regola dell'inversione, la quale riguarda la somministrazione degli item precedenti in ordine inverso finché l'esaminato non ottiene il punteggio pieno in almeno due item consecutivi. L'interruzione della prova avviene dopo 5 errori consecutivi.

La prova di Disegno con i cubi (DC), tratto dalla quarta versione della WISC (Wechsler, 2012) è uno dei subtest principali che rientra nell'indice fattoriale di Ragionamento Visuo-Percettivo (IRP). L'obiettivo della prova è di misurare l'abilità di analizzare e sintetizzare stimoli visivi astratti cogliendone le relazioni spaziali.

Questa prova prevede che il partecipante l'utilizzo di cubi metà bianchi e metà rossi, come riportati in figura (Figura 1).

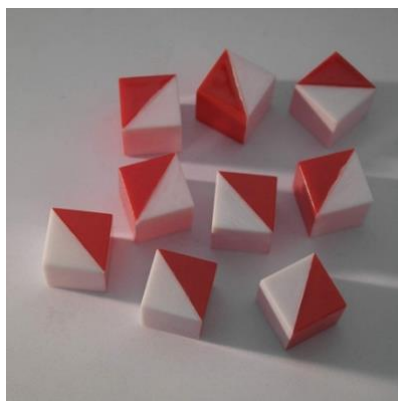


Figura 3.1: Rappresentazione dei cubi utilizzati nella prova

Il partecipante, mediante l'utilizzo dei cubi, deve riprodurre un modello costruito dall'esaminatore o presentato attraverso il libro stimoli, in un limite di tempo che varia a seconda della tipologia e della complessità dell'item (Figura 3.2).



Figura 3.2: Esecuzione della prova Disegno con i Cubi

L'attribuzione del punteggio da parte dell'esaminatore varia in base alla tipologia dell'item. Per gli item dal 1 al 3, l'esaminatore può attribuire da 0 a 2 punti a seconda che la prova sia svolta nel modo corretto o meno al primo o al secondo tentativo. Agli item da 4 a 8 possono essere assegnati 4 punti o 0 punti, in relazione alla correttezza della costruzione. Infine, per gli item dal 9 al 14 vengono assegnati 4, 5, 6 o 7 punti a seconda del tempo impiegato per svolgere la prova; vengono attribuiti 0 punti nel caso di item scorretto. I punteggi grezzi vengono successivamente convertiti in punteggi standardizzati attraverso una serie di tabelle normative che permettono di confrontare la prestazione dell'individuo con quelle dei pari età.

Nei primi tre item il modello viene costruito dall'esaminatore, ma può essere utilizzato anche il libro degli stimoli; mentre, per gli item successivi vengono utilizzate esclusivamente figure provenienti dal libro stimoli.

Autism Diagnostic Interview-Revised

Un adattamento, creato ad hoc per fini di ricerca, dell'Intervista Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R, Rutter et al., 2005), viene somministrata sotto forma di questionario ai genitori dei partecipanti al fine di verificare la presenza di sintomatologia tipica dell'ASD nel gruppo clinico e l'assenza nel gruppo con sviluppo tipico. Il questionario è composto da 41 domande suddivise in 4 sub-scale (A, B, C, D). La parte A riguarda le anomalie nell'interazione sociale, la parte B valuta le anomalie nella comunicazione, la parte C riguarda i comportamenti stereotipati e gli interessi ristretti ed infine la parte D considera la presenza dei sintomi e delle anomalie di sviluppo evidenti prima dei 36 mesi. Per l'ADI-R il cut-off è fissato a 10 per il dominio dell'Interazione Sociale Reciproca, a 8 per il dominio della Comunicazione e del Linguaggio, a 3 per i Comportamenti Ripetitivi e Stereotipati e a 1 per la presenza di Anomalie precoci nello sviluppo.

Gli algoritmi dell'ADI-R sono moduli utilizzati per produrre dei risultati formali e interpretabili. Se lo scopo della valutazione è quello di formulare una diagnosi che faccia riferimento all'intera anamnesi dello sviluppo del soggetto e consenta di arrivare a una stima complessiva della gravità della patologia, si utilizzerà uno dei due algoritmi diagnostici (2,0-3,11 anni / 4,0 anni e oltre). Se invece l'obiettivo è la pianificazione di una terapia o di un progetto educativo si utilizzerà uno degli algoritmi del comportamento attuale (3,11 anni in giù / 4,0-9,11 anni / 10,0 anni e oltre).

L'obiettivo di questa intervista è quello di ottenere una gamma completa di informazioni utili a formulare una diagnosi di autismo a partire dalla prima infanzia fino all'età adulta.

3.2 Prove Sperimentali

Interpersonal Competence Scale

L'*Interpersonal Competence Scale* (ICS, Cairns et al., 1995) è un questionario che valuta le competenze interpersonali. Vi sono due versioni del medesimo questionario, una Self-report, compilata dai bambini/ragazzi stessi, e una Parent-report, compilata dai genitori o caregivers. L'ICS è composto da una serie di 18 item, ognuno costituito da una coppia di frasi opposte (ad esempio, “piango molto” rispetto a “non piango mai”).

Il partecipante deve indicare, su una scala a 7 punti, quanto si identifica con una frase piuttosto che ad un'altra, poste ai due estremi, come riportato in Figura 3.

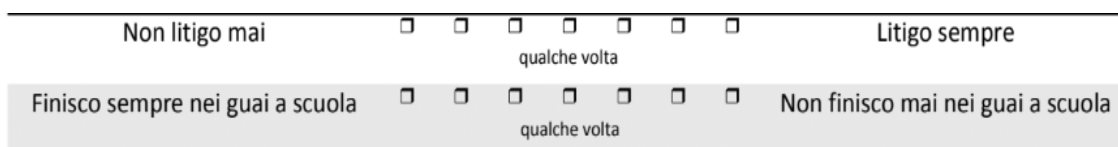


Figura 3.3: Esempio di scale presenti nell'ICS

Gli item riguardano diversi domini, tra cui aggressività, popolarità, rendimento scolastico, appartenenza sociale, attrattività e presenza di sintomatologia internalizzante. È possibile, inoltre, calcolare un punteggio totale.

Per il presente studio è stata utilizzata sia la versione per bambini e ragazzi sia quella per i genitori, in modo tale da ottenere oltre che un'autovalutazione del partecipante alla ricerca anche una valutazione del genitore così da poterle, in seguito, metterle a confronto e far risaltare gli aspetti concordanti e discordanti tra le due.

Prova di Teoria della Mente

La Prova di Teoria della Mente è collocata all'interno della batteria della NEPSY II (Korkman et al., 2011); più nel dettaglio è posizionata nel dominio cognitivo della Percezione Sociale. Quest'ultimo valuta l'identificazione delle espressioni facciali e la capacità di decodificare e interpretare le intenzioni degli altri e i loro punti di vista e comprendere come essi influenzino i comportamenti. La Prova di Teoria della Mente può essere utilizzata per individui tra i 3 e i 16 anni e si compone di due parti, che valutano

diversi aspetti della capacità di comprendere gli stati mentali altrui. La prima parte è quella Verbale (ToM A), in cui al partecipante vengono letti scenari e mostrate figure e gli vengono fatte domande che richiedono la comprensione del punto di vista dell'altro. Nella prova vi è un differente punto di inizio a seconda dell'età e si interrompe l'esecuzione dopo quattro punteggi 0 consecutivi. La seconda parte è quella Non verbale (ToM B), in cui al partecipante viene richiesto di scegliere l'espressione emozionale appropriata allo stato d'animo di un determinato personaggio presente nelle figure che rappresentano differenti contesti sociali. Il punto di inizio e di conclusione della prova sono i medesimi a prescindere dall'età e dall'accuratezza delle risposte fornite dal partecipante. Infine, i punteggi grezzi vengono trasformati in punteggi standardizzati, con i quali è possibile mettere a confronto la prestazione dell'individuo con quella dei pari età.

4. Procedura

La somministrazione delle prove del presente progetto di ricerca è avvenuta in due sessioni individuali. Nella prima sono state raccolte alcune informazioni di screening circa le abilità generali dei partecipanti. Nella seconda, invece, sono state somministrate le prove sperimentali, che indagano più approfonditamente l'oggetto specifico della ricerca.

Una volta individuati i partecipanti appaiati per età e genere sono stati somministrati i test di screening, come già accennato precedentemente, allo scopo di appaiare i partecipanti anche in base al QI e per assicurarsi che i partecipanti del campione di controllo non presentassero tratti autistici superiori ai cut-off proposti dall'ADI-R (M. Rutter et al., 2005).

La raccolta dei dati è avvenuta entro Aprile e Maggio dell'Anno Accademico 2021/2022. Al termine, si è proceduto allo scoring delle prove e all'analisi dei dati, i cui risultati saranno presentati nel capitolo seguente, unitamente alla discussione di questi ultimi alla luce delle ipotesi formulate e della letteratura di riferimento.

CAPITOLO 4

I risultati

L'obiettivo del presente lavoro è esaminare e confrontare le Competenze Interpersonali in individui con ASD senza disabilità intellettiva e con TD. A tal fine, sono stati reclutati 5 partecipanti con ASD e 5 con TD, di età compresa tra i 13 e i 14 anni, e sono state proposte loro prove di screening e prove sperimentali. In fase di screening sono stati esaminati i quozienti intellettivi e i punteggi ottenuti al questionario ADI-R, al fine di verificare che sia stato effettuato un corretto appaiamento tra i gruppi. In fase sperimentale, viceversa, sono state prese in considerazione le abilità di Teoria della Mente dei partecipanti, unitamente alle loro competenze interpersonali. Riguardo a queste ultime, in particolare, sono stati paragonati i risultati ottenuti dalla compilazione del questionario ICS (Cairns, Leung, & et al., 1995) in forma Self-Report e Parent-Report, con lo scopo di evidenziare le differenze del costrutto Positive Illusory Bias tra il gruppo clinico e il campione di controllo. Ci si aspetta di trovare una maggiore presenza dell'effetto del Positive Illusory Bias per il campione clinico rispetto al campione di controllo (Furlano et al., 2015).

Di seguito verranno presentati i risultati ottenuti, riportando nella prima parte i risultati relativi alle prove di screening, nella seconda parte quelli relativi alle prove sperimentali. Seguirà la discussione dei risultati ottenuti.

1. Fase di screening

In Tabella 3 sono riportate le statistiche descrittive relative al campione coinvolto.

Variabile	ASD (N=5) M (DS)	TD (N=5) M (DS)
Età in mesi	171,80 (10,18)	170,80 (6,91)
QI	121,00 (15,83)	119,80 (13,95)
ADI-R A	14,20 (6,38)	1,60 (2,19)
ADI-R B	8,00 (4,85)	1,00 (0,45)

ADI-R C	7,80 (2,95)	0,20 (0,45)
ADI-R D	2,60 (1,14)	0,20 (0,45)

Tabella 3. Statistiche descrittive relative alle principali caratteristiche del campione.

1.1. Quoziente intellettivo

La Tabella 3 riporta le statistiche descrittive relative al quoziente intellettivo in forma breve dei gruppi, calcolato attraverso la Media e la Deviazione Standard. Tutti i partecipanti coinvolti hanno un QI superiore ad 80 e dai dati riportati in tabella le prestazioni medie dei due gruppi risultano omogenee.

1.2. ADI-R

La presenza di sintomi relativi all'ASD è stata valutata e confermata (per il gruppo con Disturbo dello Spettro Autistico) ed esclusa (per il gruppo con sviluppo tipico) attraverso l'utilizzo dell'ADI-R (L. Rutter & Coteur, 2000) in forma adattata sotto forma di questionario.

Nella Tabella 3 sono state riportate le statistiche descrittive relative a ciascuna delle aree che compongono il questionario: linguaggio e comunicazione (A); interazione sociale reciproca (B); comportamenti stereotipati e interessi ristretti (C); anomalie dello sviluppo evidenti prima dei 36 mesi (D).

I risultati evidenziano la presenza di differenze tra i gruppi, dimostrando la presenza della sintomatologia autistica solo nel campione clinico.

Al contrario, il gruppo a sviluppo tipico non raggiunge i cut-off in nessuna delle aree presenti nel questionario (cut-off di 8 per la scala A, 10 per la scala B, 3 per la scala C e 1 per la scala D), confermando pertanto l'assenza di sintomatologia tipica dell'autismo in questi partecipanti.

2. Fase sperimentale

2.1. La Prova di Teoria della Mente

I risultati ottenuti nella Prova di Teoria della Mente (Korkman et al., 2011) sono riportati nella Tabella 4. Da essi emerge una maggiore variabilità dei punteggi ottenuti dai partecipanti del gruppo ASD, sia nella Prova Verbale sia in quella Non Verbale. compatibilmente con quanto osservato per i punteggi alle singole parti, anche per quanto

riguarda il punteggio totale viene osservata una maggiore variabilità dei punteggi nel gruppo clinico con ASD rispetto al gruppo di controllo con TD.

	ASD (N=5)	TD (N=5)
	M (DS)	M (DS)
A (Verbale)	0,19 (0,98)	0,03 (0,67)
B (Non Verbale)	-0,34 (1,50)	-0,34 (0,89)
Totale	9,20 (5,07)	9,80 (0,45)

Tabella 4. Risultati relativi alla Prova di Teoria della Mente.

2.2. Interpersonal Competence Scale

Per quanto riguarda il questionario ICS verranno presentati i risultati relativi ad entrambe le versioni somministrate, il Parent-Report compilato dai genitori e il Self-Report compilato dai partecipanti in prima persona. In tabella 5 sono presentate le statistiche descrittive relative ai punteggi totali e per ciascuna scala del questionario, sia per la versione di autovalutazione che per quella compilata dai genitori.

Dalle statistiche descrittive emergono tutti risultati di livello medio, sia nel campione clinico che nel campione di controllo, con qualche differenza circa la variabilità dei partecipanti dei due gruppi.

	Self- Report		Parent- Report	
	M (DS)		M (DS)	
	ASD (N=5)	TD (N=5)	ASD (N=5)	TD (N=5)
Popolarità	4,80 (0,56)	4,53 (0,51)	4,20 (0,69)	4,17 (0,55)
Rendimento scolastico	4,90 (1,19)	4,00 (1,27)	3,90 (1,71)	5,02 (1,46)
Appartenenza sociale	5,30 (1,15)	4,60 (0,82)	5,50 (0,94)	5,40 (0,82)
“Quantità Olimpiche” (attrattività)	4,73 (0,98)	5,27 (1,62)	3,67 (0,97)	5,08 (0,76)
Problemi internalizzanti	3,73 (1,38)	3,07 (1,80)	4,47 (1,07)	3,47 (0,45)
Aggressività	4,60 (0,92)	3,93 (0,98)	4,33 (0,88)	5,19 (0,69)

	Self- Report		Parent- Report	
	M (DS)		M (DS)	
Totale	4,87 (0,72)	4,47 (0,27)	4,32 (0,59)	4,97 (0,44)

Tabella 5. Statistiche descrittive relativa al Questionario Self e Parent-Report ICS.

In aggiunta, la differenza tra i punteggi medi al questionario in forma self- e parent-report, per ciascuna scala e per ciascun gruppo, consentirà di valutare la presenza del Positive Illusory Bias. Dai risultati sono evidenti alcune differenze alle diverse scale che compongono il questionario ICS nella versione self- e parent-report.

In particolare, in Figura 1, sono presentati i confronti tra i punteggi Self-Report e Parent-Report nella scala Popolarità. Per entrambi i gruppi, i partecipanti in prima persona hanno ottenuto punteggi medi superiori rispetto a quanto indicato dai genitori. Emerge tuttavia una maggiore discrepanza tra i punteggi nel gruppo clinico che in quello di controllo. Dunque, vi è la presenza di un maggior livello di PIB nel gruppo clinico, poiché vi è un'elevata differenza tra ciò che riportano i partecipanti in prima persona e ciò che riportano i genitori.

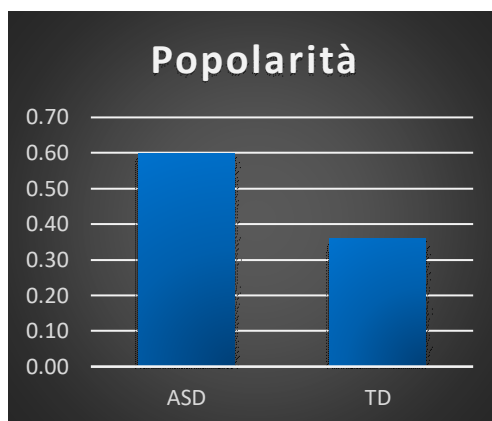


Figura 1. Differenza tra misure Self-Report e Parent-Report nella scala Popolarità dell'ICS

In Figura 2, relativa alle differenze tra le misure Self-Report e Parent-Report nella scala del Rendimento scolastico, si osserva come per il gruppo con ASD i punteggi ottenuti ai questionari Self-Report siano superiori rispetto a quanto emerso dalle valutazioni dei genitori, mentre nel gruppo di controllo avviene il contrario: ovvero, i punteggi ottenuti ai questionari Parent-Report sono superiori rispetto a quelli dei questionari Self-Report. Tuttavia, l'entità della differenza rimane la medesima in entrambi i gruppi, anche se possiamo parlare di una presenza del PIB solo per quanto concerne il campione con ASD, in quanto nel gruppo TD i punteggi Self-Report sono più bassi dei punteggi Parent-Report.

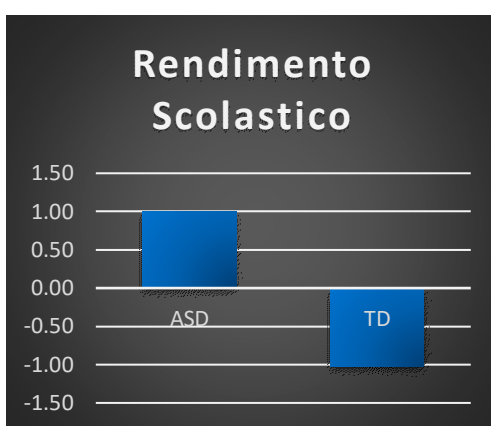


Figura 2. Differenza tra misure Self-Report e Parent Report nella scala dei Risultati Accademici

In Figura 3, relativa alle differenze tra le misure Self-Report e Parent-Report nella scala Appartenenza sociale, si osserva come per entrambi i gruppi i punteggi ottenuti ai questionari Parent-Report siano complessivamente superiori rispetto a quanto emerso tramite le auto-valutazioni. Ciò che differisce tra i gruppi, tuttavia, è l'entità della differenza, maggiormente marcata per il gruppo di controllo. In questo caso specifico, il PIB non risulta essere presente, in nessuno dei due gruppi, in quanto le valutazioni degli esterni sono maggiori delle autovalutazioni.

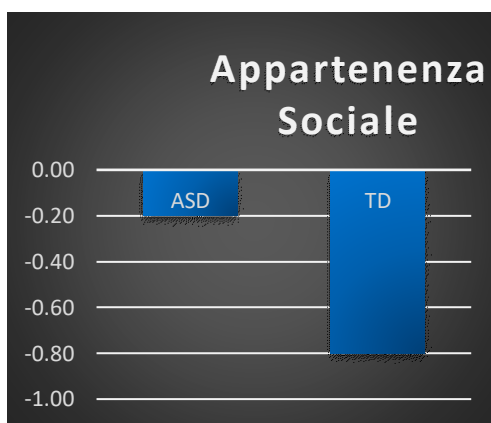


Figura 3. Differenza tra misure Self-Report e Parent-Report nella scala dell’Afflizione sociale.

In Figura 4, relativa alle differenze tra le misure Self-Report e Parent-Report nella scala “Quantità Olimpiche” (attrattività), si osserva come per entrambi i gruppi i punteggi ottenuti ai questionari Parent-Report siano complessivamente inferiori rispetto a quanto emerso tramite le auto-valutazioni. La differenza tra i due gruppi riguarda l’entità della discrepanza, maggiore nel caso del gruppo clinico. Il PIB è presente marcatamente nel gruppo clinico.

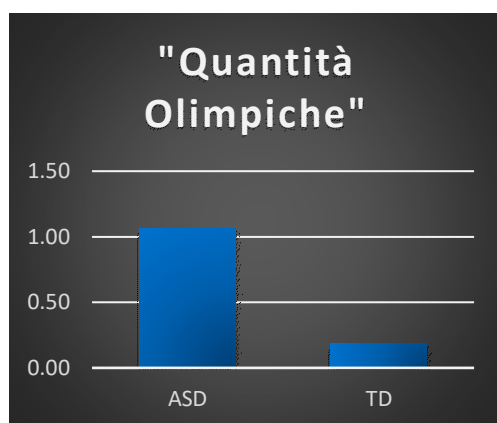


Figura 4. Differenza tra misure Self-Report e Parent-Report nella scala “Quantità Olimpiche”

In Figura 5, relativo alle differenze tra le misure Self-Report e Parent-Report nella scala Problemi Internalizzanti, si osserva come per entrambi i gruppi i punteggi ottenuti ai questionari Parent-Report siano superiori rispetto a quanto emerso tramite le auto-valutazioni. Ciò che risulta è una maggiore discrepanza tra i due questionari nel gruppo clinico rispetto a quello di controllo. Il PIB, in questo caso, non è presente nel gruppo clinico in quanto le valutazioni degli esterni sono maggiori delle autovalutazioni.

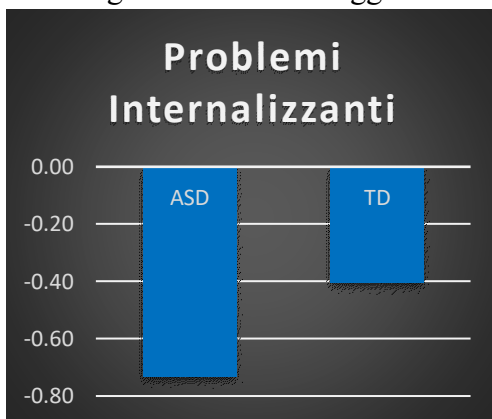


Figura 5. Differenza tra misure Self-Report e Parent-Report nella scala dei Problemi Internalizzanti

In Figura 6, relativa alle differenze tra le misure Self-Report e Parent-Report nella scala Aggressività, si osserva come per il gruppo con ASD i punteggi ottenuti ai questionari Self-Report siano superiori rispetto a quanto emerso dalle valutazioni dei genitori, mentre nel gruppo clinico i punteggi ottenuti ai questionari Parent-Report sono superiori rispetto a quelli dei questionari Self-Report. Emerge tuttavia una maggiore discrepanza tra i punteggi nel gruppo di controllo che in quello clinico. Nella presente scala, i partecipanti con ASD dichiarano la presenza di maggiori comportamenti aggressivi rispetto a ciò che dichiarano i genitori: dunque, il PIB non è presente per il gruppo clinico.

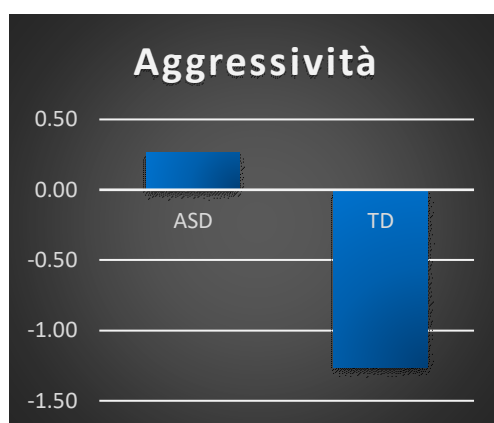


Figura 6. Differenza tra misure Self-Report e Parent-Report nella scala dell'Aggressività

Il punteggio totale rappresentato in Figura 7 rispecchia l'andamento generale di tutte le scale incluse nello strumento; la differenza tra i due questionari nel campione clinico e nel campione di controllo risulta pressoché simile. La distinzione fra i due gruppi è dovuta a punteggi più elevanti nel questionario Self-Report per il gruppo clinico; viceversa, a punteggi più alti nel questionario Parent-Report per il gruppo di controllo. Il PIB è presente nel gruppo con ASD.

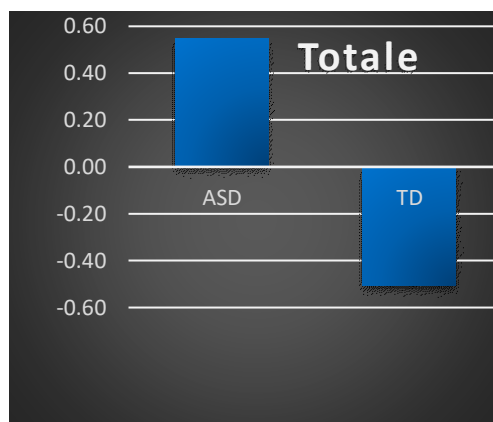


Figura 7. Differenza Totale tra misure Self-Report e Parent-Report

3. Discussione dei risultati

La presente ricerca è focalizzata sullo studio delle Competenze Sociali in partecipanti con ASD e con TD. In particolare, lo studio riguarda la presenza del Positive Illusory Bias nei partecipanti del gruppo clinico.

Lo scopo di questo elaborato è quello di fornire un contributo alla ricerca relativa alle Competenze Sociali negli individui con Disturbo dello Spettro dell'Autismo senza Disabilità Intellettiva (ASD), confrontandoli con un campione di partecipanti con sviluppo tipico (TD), appaiato per genere, età cronologica e livello di funzionamento intellettivo. In particolare, l'obiettivo principale è di valutare la presenza di discrepanze tra i due gruppi presi in considerazione per quanto concerne le proprie autovalutazioni e le valutazioni dei genitori riguardo alle Competenze Sociali, attraverso l'utilizzo dei questionari ICS, sia in forma Self-Report che Parent-Report.

Attraverso la somministrazione delle prove di screening è stato possibile valutare il livello di funzionamento intellettivo e della sintomatologia dei Disturbi dello Spettro dell'Autismo e, dunque, appaiare adeguatamente i partecipanti per genere, età e funzionamento cognitivo.

Innanzitutto, è stata proposta ai partecipanti la prova standardizzata di Teoria della Mente tratta dalla Batteria NEPSY-II (Korkman et al., 2007). I risultati ottenuti dai partecipanti sono paragonabili; infatti, per la parte Non Verbale i risultati sono i medesimi, vi è, invece, una lieve differenza nella componente Verbale, a favore del gruppo con ASD.

Dai risultati emersi dal questionario ICS, si osserva come è possibile riscontrare, nella maggior parte delle scale, una differenza più elevata tra le auto-valutazioni e le valutazioni dei genitori nel gruppo clinico. Ciò è evidente maggiormente nelle scale volte alla valutazione della popolarità, dell'attrattività e della presenza di sintomatologia internalizzante, quale tristezza e preoccupazioni. In particolar modo nella scala della Popolarità e nella scala delle "Quantità Olimpiche" (attrattività) si osserva la presenza del PIB. Dunque, gli individui con sintomatologia autistica si percepiscono maggiormente competenti rispetto a quanto riportano gli esterni negli ambiti della popolarità tra i coetanei e delle prestazioni sportive. Questi risultati sono in linea con le ipotesi formulate, in quanto ci aspettavo di trovare che i partecipanti con ASD si percepivano come

maggiormente competenti nella sfera sociale rispetto alle valutazioni degli esterni; come, infatti, ritenevano Furlano e Kelley, gli individui con ASD sembrano non comprendere la gravità dei loro deficit nell'ambito del funzionamento sociale (Furlano & Kelley, 2019).

Per quanto riguarda la scala dei Risultati Accademici le differenze tra stime Self- e Parent-Report tra i due gruppi risultano essere uguali. Tale risultato non è in linea con le ipotesi effettuate in quanto lavori precedenti (Furlano et al., 2015) riportano che gli individui con ASD solitamente tendono ad auto-segnalarsi come maggiormente competenti nelle discipline accademiche rispetto a quanto riportano le valutazioni degli esterni. Mentre, per quanto riguarda le scale dell'Afflizione Sociale e dell'Aggressività la tendenza è invertita: infatti, vi è una maggiore differenza tra i due questionari nel gruppo di controllo, con punteggi più elevati nel questionario Parent-Report. In quest'ultime scale, così come in quella che indaga la presenza di sintomatologia internalizzante, c'è una tendenza diversa dalle scale precedenti: i punteggi delle valutazioni da parte dei genitori risultano maggiori rispetto ai punteggi delle autovalutazioni. Tali risultati suggeriscono che gli individui con ASD si percepiscono come meno aggressivi e con meno sofferenza legata al contesto sociale rispetto a quanto riportano i genitori o i caregivers. La svalutazione da parte dei partecipanti in questa scala potrebbe evidenziare una minore consapevolezza delle proprie fragilità emotive, e dunque una maggiore difficoltà nel controllare e gestire le proprie emozioni. Solitamente, infine, gli individui con ASD riportano i propri sintomi autistici con una gravità minore rispetto a quanto evidenziano le valutazioni esterne.

Dai punteggi totali dell'ICS emerge la presenza del Positive Illusory Bias nel gruppo con ASD, in quanto in questo caso il punteggio più elevato è ottenuto nei questionari Self-Report; mentre, nel gruppo di controllo, punteggi maggiori sono ottenuti dalle valutazioni dei genitori. Dunque, si può ritenere che gli individui con ASD abbiano una limitata consapevolezza circa le proprie difficoltà nell'ambito del funzionamento sociale, e ciò può essere dannoso in quanto può essere un ostacolo per la capacità dell'individuo di riflettere sulla necessità di modulare il proprio comportamento a seconda delle situazioni sociali. Allo stesso tempo, tuttavia, una tendenza di questo tipo può costituire un fattore protettivo a livello dell'autostima e della percezione che l'individuo con ASD ha di sé.

Nonostante i risultati ottenuti per alcune scale del Questionario non siano in linea con le ipotesi, i punteggi ottenuti al Totale confermano le ipotesi precedentemente effettuate

(Furlano & Kelley, 2019) riguardanti il fatto che vi sia una tendenza maggiore negli individui con Disturbo dello Spettro dell'Autismo ad auto-segnalare il proprio funzionamento sociale in modo più positivo di quanto i genitori riferiscano.

In sintesi, a fronte di competenze di Teoria della Mente paragonabili tra i due gruppi, i risultati del presente studio suggeriscono la presenza di differenze tra i partecipanti con ASD e con TD per quanto riguarda il livello delle abilità sociali e, soprattutto, rispetto alla consapevolezza delle proprie fragilità. Parallelamente, la presenza del PIB è stata riscontrata nel gruppo clinico ma vi sono alcune scale (es. Afflizione Sociale e Aggressività) in cui esso non apporta differenze tra i due gruppi e, dunque, non innesca nessun effetto negli individui con ASD.

3.1.Limiti e Sviluppi Futuri

I risultati emersi da questa ricerca sono interessanti, tuttavia, è possibile individuare alcuni limiti.

Innanzitutto, essi riguardano la composizione del campione coinvolto in questa ricerca, il quale risulta essere ridotto e ciò potrebbe aver avuto delle ripercussioni sui dati emersi rendendoli scarsamente generalizzabili.

Un altro limite è rappresentato dal fatto che il campione è composto esclusivamente da partecipanti di genere maschile. Ciò è in linea con i dati di prevalenza dell'ASD che mostrano un'incidenza maggiore del disturbo nei maschi rispetto alle femmine (Vianello & Mammarella, 2015), ma sarebbe comunque necessario svolgere approfondimenti al fine di osservare la presenza di differenze di genere nelle prove somministrate.

Per quanto riguarda, invece, gli sviluppi futuri della ricerca, potrebbe essere utile tenere in considerazione l'età. Infatti, il campione analizzato era composto principalmente da ragazzi di età compresa tra i 13 e i 14 anni, ma potrebbe essere ragionevole prendere in considerazione un campione di età differente, maggiore o minore, e mettere in relazione i dati ottenuti dalle due fasce d'età. Un ulteriore sviluppo futuro potrebbe essere relativo al paradigma del Positive Illusory Bias stesso, ovvero focalizzarsi sulle motivazioni sottostanti a questo effetto e comprendere da cosa esso ha origine attraverso alcuni aspetti della vita quotidiana dell'individuo con Disturbo dello Spettro dell'Autismo e se può rientrare all'interno della sintomatologia del disturbo. Inoltre, sarebbe opportuno anche

comprendere in maniera più approfondita gli effetti che esso può avere nello sviluppo futuro dell'individuo, sia nel contesto sociale che a livello personale, al fine di poter contrastare o limitare gli eventuali effetti negativi.

BIBLIOGRAFIA

- Akpan, B., & Kennedy, T. (2020). *Science Education in Theory and Practice An Introductory Guide to Learning Theory*.
- Alicke, M. D., & Govorun, O. (2005). The self in social judgment. *Psychology Press*, 85–106.
- American Psychiatri Association, APA. (1952). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders: DSM*.
- American Psychiatri Association, APA. (2000). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*.
- American Psychiatric Association, APA. (1987). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders: DSM-III*.
- American Psychiatric Association, APA. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders: DSM-5*.
- Asperger, H. (1944). Die «Autistischen Pscyopathen» in Kindsalter. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 117(1), 76–136.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. MIT Press.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a «theory of mind»? *Cognition*, 21, 37–46.
- Bishop. (2002). *Children's Communication Checklist- Second Edition*.
- Blakemore, S. J., Tavassoli, T., & et al. (2006). Tactile sensitivity in Asperger Syndrome. «*Brain and Cognition*», 61(1), 5–13.
- Bondy, A., & Forst, L. (1985). *Picture Exchange Communication System*.
- Cairns, R., Leung, M. C., & et al. (1995). *Interpersonal Competence Scale*.
- Cairns, R., Leung, M. C., Gest, S. D., & Cairns, B. D. (1995). *Interpersonal Competence Scale*.

- Confalonieri, E., & Grazzani, I. (2021). *Adolescenza e compiti di sviluppo* (Terza edizione ampliata). UNICOPLI.
- D'Addario, M. (2018). *Abilità Sociali. Crescita personale, sotto il segno dell'assertività e dell'intelligenza affettiva*. Babelcube Inc.
- Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the enigma*. Basil Blackwell.
- Furlano, R., & Kelley, E. A. (2019). Do Children with Autism Spectrum Disorder Understand Their Academic Competencies? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 3101–3113.
- Furlano, R., Kelley, E., Hall, L., & Wilson, D. (2015). Self-perception of competencies in adolescents with autism spectrum disorders. *Autism Research*, 8, 761–770.
- Gillibrand, O'Donnell, Lam, & Tallandini. (2013). *Psicologia dello Sviluppo*. Pearson.
- Grainger, C., Williams, D. M., & Lind, S. E. (2014). Metacognition, Metamemory, and Mindreading in High-Functioning Adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 650–659.
- Happé, F., & Frith, U. (1996). Theory of mind and social impairment in children with conduct disorder. *British Journal of Developmental Psychology*, 14, 385–398.
- Hill, E. L. (2004). Executive dysfunction in autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 8, 26–32.
- Hoza, B., Pelham, W. E., Dobbs, J., Owens, J., & Pillow, D. R. (2002). Do boys with attention deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts? *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 268–278.
- Ingersoll, B., Schreibman, L., & Tran, Q. H. (2003). Effect of sensory feedback on immediate object imitation in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 673–683.
- Jarrold, C., & Russell, J. (1997). Counting abilities in autism: Possible implications for central coherence theory. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27(1), 25–37.
- Johnson, S. A., Filliter, J. H., & Murphy, R. R. (2009). Discrepancies between self- and

- parent-perceptions of autistic traits and empathy in high functioning children and adolescents on the autism spectrum. *Journal of Developmental Disorders*, 39, 1706–1714.
- Kanne, S. M., Abbacchi, A. M., & Constantino, J. N. (2009). Multi-informant ratings of psychiatric symptom severity in children with Autisms: The importance of environmental context. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
- Kanner, L. (1943). *Autistic Disturbance of Affective Contact in Nervous Child* (pagg. 2, 217–250).
- Koning, C., & Magill-Evans, J. (2001). Social and language skills in adolescent boys with Asperger syndrome. *Autism*, 5, 23–36.
- Korkman, M., Kirk, U., & Kemp, S. (2011). *Clinical and interpretative manual*. Harcourt Assessment(ed. it.: a cura di C. Urgesi, F. Campanella e F. Fabbro).
- Larson, M. J., South, M., Krauskopf, E., & Clawson, A. (2011). Feedback and reward processing in high-function- ing autism. *Psychiatry Research*, 187, 198–203.
- Lerner, M. D., Calhoun, C. D., & Mikami, A. Y. (2012). Understanding Parent-Child Social Informant Discrepancy in Youth with High Functioning Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2680–2692.
- Leslie, A. (1987). Pretense and representation: The origins of «Theory of Mind». *Psychological Review*, 94(4), 412–426.
- Lord, Rutter, & et al. (2013). *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition*.
- Lovaas, I. (1986). *Applied Behavior Analysis*.
- Lucaccini, M. (2017). *Psicologia e comportamento: La prospettiva etologica*.
- Mahler, M. S. (1958). Autism and Symbiosis, Two Extreme Disturbances of Identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 77–82.
- Mallinckrodt, B. (2002). Attaccamento, Competenze Sociali, Sostegno Sociale, e Processi Interpersonali Nella Psicoterapia. *Attachment, social competence, social support, and interpersonal processes in psychotherapy*, 5(1–2), 3–43.

- McQuade, J. D., Tomb, M., Hoza, B., & Waschbusch, D. A. (2011). Cognitive deficits and positively biased self-perceptions in children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *39*, 307–319.
- Miyake, A., Friedman, N., Emerson, M. J., & et al. (2000). The Unity and Diversity of Executive Functions and Their Contributions to Complex “Frontal Lobe” Tasks: A Latent Variable Analysis. *Cognitive Psychology*, 49–100.
- Morgan, S. B. (1986). Autism and Piaget’s Theory: Are the Two Compatible? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *16*(4).
- Nicpon, M. F., Doobay, A. F., & Assouline, S. G. (2010). Parent, teacher, and self-perceptions of psychosocial functioning in intellectually gifted children and adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *40*, 1028–1038.
- O’Malley, M. (1977). Research Perspective on social competence. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, 29–44.
- Owens, J. S., Goldfine, M. E., & Evangelista, N. M. (2007). A Critical Review of Self-perceptions and the Positive Illusory Bias in Children with ADHD. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 335–351.
- Ozonoff, S., & Pennington, B. F. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *37*, 64–75.
- Russo, M. L. L. (2009). *Abilità Pragmatiche nel Linguaggio Medea*.
- Rutter, L., & Coteur, L. (2000). *Autism Diagnostic Interview-Revised, ADI-R*.
- Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2005). *ADI-R (Autism Diagnostic Interview—Revised)*. Giunti.
- Schopler. (1994). *Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children*.
- Sean, C. (2014). *Early Infantile Autism and the Refrigerator Mother Theory*.
- Strang, J. F., Kenworthy, L., Daniolos, P., Case, L., & et al. (2012). Depression and anxiety symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorders without

intellectual disability. *Research in Autism Spectrum Disorder*.

Tambelli, R. (2017). *Manuale di Psicopatologia dell'Infanzia*. Il Mulino.

Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusions and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, *103*, 193–210.

Vianello, R., & Mammarella, I. C. (2015). *Psicologia della Disabilità: Una prospettiva life span*. Gruppo Spaggiari.

Wanstall, E. A., Doidge, J., & Weiss, J. (2019). Estimations of Competence in Neurodevelopmental Conditions: A Review. *Psychological Topics*, 193–232.

Wechsler, D. (2012). In *The Wechsler Intelligence Scale for children (4th ed.)*. Pearson Assessment (ed. it.: a cura di A. Orsini, L. Pezzuti e L. Picone).

Zero to Three. (2016). *Diagnostic Classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: DC:0-5*. Zero to Three Press.