



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e Socializzazione

Corso di laurea in

“Scienze psicologiche dello sviluppo, della personalità e delle relazioni interpersonali”

Elaborato finale

**Lo spettro dell'autismo: il passaggio dal DSM-5 al
DSM-5-TR**

**The autism spectrum: The
transition from DSM-5 to DSM-5-
TR**

Relatrice: Prof.ssa Panzeri

*Laureanda: Elena Lucato
Matricola: 2019996*

Anno accademico 2022/2023

A mia madre

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: LA STORIA DELL’AUTISMO NEI MANUALI DIAGNOSTICI	2
1.1 Gli inizi.....	2
1.2. L’autismo nel DSM-III.....	4
1.3. Il DSM-III-R.....	5
1.4. Il DSM-IV e il DSM-IV-TR	5
1.5. IL DSM-5.....	7
CAPITOLO 2: IL PASSAGGIO DAL DSM-5 AL DSM-5-TR	10
2.1 IL DSM-5-TR	11
CAPITOLO 3: LA NUOVA VISIONE DEL 2022	14
3.1 I criteri diagnostici e le procedure di registrazione	14
3.2 Specificatori	17
3.3 Le caratteristiche diagnostiche.....	18
3.4 Caratteristiche associate al supporto della diagnosi	21
3.5 Prevalenza.....	22
3.6 Sviluppo e decorso	23
BIBLIOGRAFIA	25

INTRODUZIONE

L'autismo è ancora considerato un disturbo molto difficile da comprendere fino in fondo. Attorno a questa condizione, effettivamente, ci sono tuttora molte domande; basti pensare all'eziologia ancora poco conosciuta e alle teorie in continua evoluzione negli anni. Proprio queste svariate sfaccettature lo rendono un tema così interessante. Come esplicitano Bradley, Noble e Hendricks nel loro articolo del 2022, il desiderio di diagnosticare e classificare i disturbi, acquisendo sempre più conoscenza, non è un concetto moderno. Tutto partì da Ippocrate, medico e filosofo greco, il quale enunciò l'importanza di diagnosticare in modo corretto le malattie mentali per trattarle, di conseguenza, in forma appropriata. Da qui nasce il "Giuramento di Ippocrate", il quale sottolinea: "non fare del male". Con questo giuramento l'ordine dei medici si impegna nel voler il bene del paziente e dall'astenersi dal recargli danno o offesa in qualunque modo. La filosofia di Ippocrate ha messo le basi per diagnosticare nel tempo i disturbi mentali e i possibili trattamenti, nonostante siano passati duemila anni dalla sua enunciazione. Questo ha motivato nel tempo la creazione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM), in continua evoluzione da ormai settant'anni. Tuttora è la guida autorevole per la diagnosi e il trattamento dei disturbi e la sua importanza per la classificazione è evidenziata nella prefazione del più recente manuale diagnostico, ovvero il DSM-5-TR (APA, 2022), in cui si descrive che il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'Associazione Psichiatrica Americana (*American Psychiatric Association*) è una classificazione dei disturbi mentali, associata a criteri studiati per facilitare una diagnosi più affidabile di queste condizioni. Con le edizioni di successo degli ultimi settant'anni, il DSM è diventato un riferimento per la diagnosi e per la pratica clinica nel campo della salute mentale. Il DSM-5-TR, infatti, è stato pensato come una guida fondamentale per la classificazione delle informazioni che possono dare una mano nella conoscenza riguardante i disturbi (APA, 2022).

CAPITOLO 1: LA STORIA DELL'AUTISMO NEI MANUALI DIAGNOSTICI

1.1 Gli inizi

Come si può leggere sull'Enciclopedia "Treccani", l'origine del termine "autismo" deriva dal greco "*autòs*", cioè "stesso", in cui si fa riferimento alla perdita di contatto con la realtà e alla costruzione di una vita interna propria dell'individuo. In principio, questo termine fu introdotto dallo psicologo svizzero Eugen Bleuer nel 1911 per indicare un sintomo comportamentale della schizofrenia (Dizionario di medicina "Treccani", 2010).

Nell' articolo di Rosen, Lord e Volkmar (2021) vengono descritti gli inizi della concettualizzazione del disturbo e la sua evoluzione nel tempo fino alla pubblicazione del DSM-5 nel 2013 (APA, 2013). In tal modo si riescono a comprendere le varie tappe dello sviluppo di questo concetto che inizialmente fu utilizzato dallo psichiatra austriaco Leo Kanner per formulare la definizione classica dell'autismo infantile nel 1943, riconosciuta in modo ufficiale solamente 40 anni dopo. Egli prese in considerazione 11 bambini con *disturbi autistici congeniti del contatto affettivo*, nei quali sottolineò due caratteristiche essenziali riguardanti la condizione:

- gravi problemi nell'interazione sociale fin dalla nascita;
- resistenza al cambiamento.

Quest'ultima caratteristica, secondo gli studi di Kanner, comprendeva anche la presenza di movimenti stereotipati utilizzati dagli stessi bambini per mantenere l'identità nel loro mondo. Ancora oggi molte caratteristiche descritte inizialmente da Kanner sono riscontrabili negli individui autistici. Basti pensare, per esempio, all'ecolalia, la prosodia insolita e l'inversione pronominale. Inoltre, il problema della comunicazione è stato un pilastro negli anni successivi per lo studio di questo tema. Anche Hans Asperger iniziò ad interessarsi alla condizione dell'autismo nel 1944, studiando ragazzi con marcate difficoltà sociali e interessi molto circoscritti i quali presentavano, però, una buona capacità verbale. A differenza di Kanner, descrisse comportamenti più vicini al disturbo di personalità, andando a notare anche delle correlazioni genetiche invece di enfatizzare l'autismo come una semplice condizione dello sviluppo. Entrambi hanno contribuito a

sviluppare il concetto di questo disturbo come lo conosciamo ora, nonostante le sue diverse sfaccettature.

Come si è visto, Kanner ha dato decisamente inizio agli studi sull'autismo. Tuttavia, con il passare del tempo, si sono riscontrate alcune considerazioni sbagliate nelle sue ricerche. Per esempio, l'ipotesi che l'autismo fosse lo stadio iniziale della schizofrenia e che non ci fosse alcuna associazione con altre condizioni mediche si rivelò errata. A seguito di ciò, negli anni '70, si è dimostrata la validità del concetto diagnostico andando a sviluppare definizioni più chiare per elaborare una diagnosi accurata. Durante questo periodo, infatti, ci fu un grande sviluppo nell'area della diagnosi psichiatrica infantile che portò all'inclusione dell'autismo come una categoria ufficiale grazie al perfezionamento dei criteri diagnostici. Come conseguenza, l'autismo non venne più considerato incompatibile con il ritardo mentale e si iniziò a valutare questo disturbo come possibilmente associato ad altre condizioni mediche.

Un grande cambiamento nella sua definizione fu proposto anche da Rutter, nel 1978. La sua spiegazione comprendeva un ritardo nelle abilità linguistiche e sociali, nello sviluppo generale, interessi ristretti e comportamenti ripetitivi. Questa formulazione fu molto influente per la pubblicazione del DSM-III (APA, 1980). Inoltre, la *National Society for Autistic Children* (NSAC), sempre nello stesso anno, propose una definizione dove poteva venire inclusa anche l'ipersensibilità o iposensibilità verso l'ambiente circostante. Questa specifica condizione non fu molto rilevante per la nuova revisione del 1980 ma i concetti di sensibilità sensoriale nell'autismo hanno continuato a essere riconosciuti nel tempo, per essere finalmente inclusi nel DSM-5 nel 2013.

L'autismo venne così inserito per la prima volta nel DSM-III e venne incluso in tutte le seguenti pubblicazioni del manuale. Un altro fattore che portò a questa evoluzione fu la consapevolezza nel rappresentare la gamma delle difficoltà dei pazienti nei vari ambiti, soprattutto per quanto riguarda i bambini. Nel DSM-II (APA, 1968), infatti, la descrizione di disturbi legati all'età dello sviluppo descritti da Kanner erano disponibili solo nella categoria della schizofrenia infantile. Questo fu un grande passo per la società, non solo in termini di conoscenza ma anche di consapevolezza verso questa nuova diagnosi.

1.2. L'autismo nel DSM-III

L'autismo è stato inserito nel DSM-III (APA, 1980) nella categoria dei *Disturbi pervasivi dello sviluppo* (*Pervasive Development Disorder*) in cui si descrive la scarsa reattività sociale già presa in considerazione da Kanner nel 1943, accostandola alla variabilità individuale, specificando come non tutti gli individui possano presentare i sintomi "classici". Inoltre, fu inserito anche un nuovo termine diagnostico: l'autismo infantile residuo (*residual infantile autism*) che fu introdotto per descrivere i casi specifici in cui i bambini presentano sintomi dell'autismo solamente per un periodo limitato di tempo. Un altro criterio fu inserito anche per descrivere, invece, quei bambini che acquisiscono i sintomi dell'autismo a seguito di uno sviluppo tipico (es: dopo i tre anni). Come si può vedere, già in questo manuale si è data un'importanza notevole alla differenza individuale fra gli individui interessati a questa diagnosi.

Da quando l'autismo è stato inserito nel DSM molte linee di ricerca si sono sviluppate e fu considerato, inizialmente, un disturbo raro con un tasso di 3.1 casi su 10.000 bambini in uno studio di Treffert (1970) citato nell'articolo di Rosen e collaboratori (2021). Egli studiò questo fenomeno prendendo in considerazione 280 pazienti dai 3 ai 12 anni d'età che avevano avuto una diagnosi di schizofrenia infantile tra il 1962 e il 1967. Venne preso in esame un ampio campione da diversi contesti clinici del Wisconsin (USA) e fu effettuato un confronto con studi precedenti su parametri descrittivi come l'età, sesso, il livello di istruzione dei genitori, malattie mentali in famiglia ecc. Da questo primo studio si notò anche una differenza tra i due generi, dimostrando che il disturbo è molto più frequente nel genere maschile, piuttosto che in quello femminile.

Con il passare del tempo però, i limiti di questa versione del manuale divennero abbastanza evidenti. Un esempio è proprio la definizione monotetica nella quale tutti i criteri devono essere soddisfatti, rendendo così la diagnosi meno flessibile anche per i casi più particolari. Inoltre, la mancanza di un orientamento allo sviluppo del disturbo nel corso della vita non rappresentava in modo adeguato gli adulti con autismo. Un'ultima osservazione fu riferita alla categoria dei "Disturbi dello sviluppo", la quale fu considerata non abbastanza articolata, rendendo il termine stesso alquanto ampio.

Nonostante queste critiche al DSM-III, l'impatto del riconoscimento dell'autismo (o "autismo infantile") per la prima volta nel 1980, fu un grande passo avanti.

1.3. Il DSM-III-R

Successivamente al DSM-III (APA, 1980) sono stati fatti degli aggiornamenti rilevanti nella sua revisione del 1987; nel DSM-III-R (APA, 1987), infatti, si può notare un cambiamento assai importante nel nominare la condizione: si passa da "autismo infantile" a "disturbo autistico". Questa variazione si verificò a seguito del bisogno di avere una diagnosi più flessibile, andando a sottolineare lo sviluppo della malattia durante le varie fasi della vita dell'individuo, così da garantire un orientamento più mirato nel suo trattamento. Si iniziò, di conseguenza, ad utilizzare un approccio politetico. Furono aggiunti 16 criteri dettagliati per la diagnosi che sono stati organizzati nei tre domini principali standard di disfunzione: menomazioni qualitative nelle relazioni sociali, menomazione nella comunicazione con interessi ristretti/resistenza al cambiamento e la ripetitività nei movimenti. Per la diagnosi erano necessari otto criteri positivi, due riguardanti il dominio sociale e almeno uno delle altre due categorie di difficoltà (APA, 1987).

Successivamente, si notarono anche in questa nuova revisione alcune mancanze. Per esempio, la "categoria residuale" o "sottosoglia" fu catalogata come "Disturbo pervasivo dello sviluppo non specificato" (PDD NOS); la ricerca cominciò rapidamente a suggerire che questo concetto potrebbe essere stato eccessivamente ampliato con il rischio di ottenere diagnosi sbagliate. A seguito di questo, nell'ICD-10 (*International Classification of Disease*) è stata presa la decisione di riconoscere in modo esplicito altri disturbi come la sindrome di Asperger, il disturbo di Rett e il disturbo disintegrativo dell'infanzia. Queste specificazioni vennero prese in considerazione per sviluppare un'altra revisione del DSM che portarono alla pubblicazione del DSM-IV nel 1994 (APA, 1994).

1.4. Il DSM-IV e il DSM-IV-TR

Il processo per la stesura del DSM-IV (APA, 1994) e successivamente del DSM-IV-TR (APA, 2000), fu più elaborato rispetto agli altri manuali diagnostici. Questo perché si effettuarono gruppi di lavoro focalizzati su specifici argomenti, un'analisi dei dati e un'approfondita revisione della letteratura. Si notò che l'approccio del DSM-III-R (APA, 1987), anche a seguito delle revisioni dell'ICD-10, era troppo ampio con definizioni cliniche vaghe.

Nell'articolo di Rosen e collaboratori (2021) viene citato uno studio di Volkmar, Klin,

Lang e Cicchetti del 1994 che aiutò a comprendere la miglior affidabilità dei criteri del DSM-IV per quanto riguarda la diagnosi del disturbo autistico e altri disturbi dello sviluppo, rispetto al manuale precedente. In questo studio si osservarono 977 persone, di cui solo 131 vennero prese in considerazione, ovvero quei casi che avevano ricevuto valutazioni diagnostiche da parte di almeno due clinici per constatarne l'affidabilità. Si è fatto riferimento a 13 contesti clinici in Nord America, 4 in Europa e 4 in Medio Oriente. Essi hanno fornito diagnosi di individui con autismo o un altro disturbo dello sviluppo che includeva l'autismo nella sua diagnosi differenziale. L'obiettivo di questo studio era quello di utilizzare i dati diagnostici raccolti per il DSM-IV e di verificarne l'affidabilità. Grazie a valutatori clinici si sono completate le valutazioni per ognuno dei criteri del DSM-IV e si constatò una migliore affidabilità di questo manuale rispetto al precedente nei criteri diagnostici specifici riguardanti il disturbo autistico (Volkmar *et al.*, 1994).

Di conseguenza, i risultati di questa sperimentazione hanno suggerito l'eccessiva ampiezza del DSM-III-R, mentre una bozza dettagliata del ICD-10 poteva essere compatibile con la nuova stesura del DSM-IV, migliorandone l'affidabilità. Venne presa la decisione di continuare con un modello a tre categorie e una serie finale di criteri meno numerosi e più dettagliati. Successivamente, la sindrome di Asperger venne finalmente inserita in una diagnostica separata, quando si constatò che alcuni pazienti con precedenti ben documentati di questa sindrome possedevano caratteristiche differenti sia da persone con autismo sia da quelle con una diagnosi di PDD-NOS. Nell'anno 2000 si effettuò una revisione del manuale diagnostico precedente, andando a correggere e a chiarire alcune ambiguità senza però modificare le revisioni antecedenti riguardanti il disturbo autistico. Si cercò di migliorare i codici diagnostici per riflettere i cambiamenti del sistema di codifica dell'ICD-10 e correggere alcune specificazioni del DSM-IV. In entrambi i manuali, i disturbi pervasivi dello sviluppo sono cinque: disturbo autistico, disturbo di Asperger, sindrome di Rett, disturbo disintegrativo dell'infanzia e disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato.

Si mantiene, quindi, anche nel DSM-IV-TR, un approccio politetico con tre domini di sintomi:

- deficit sociale;

- deficit nella comunicazione;
- comportamenti e interessi ristretti e ripetitivi.

La diagnosi richiedeva un minimo di sei criteri comportamentali, di cui almeno due dal dominio sociale e uno da ognuna delle altre due aree di compromissione.

Viene specificato che la sindrome di Asperger non richiede la presenza di criteri diagnostici nel dominio della comunicazione e nemmeno l'insorgenza del disturbo prima dei tre anni d'età, a differenza della diagnosi del disturbo autistico (APA, 2000). Sono stati aggiunti criteri che specificano l'area disfunzionale, l'assenza di un ritardo nel linguaggio e l'assenza di deficit nello sviluppo cognitivo o di funzioni adattive non sociali. Conseguentemente però, ci furono delle critiche a sfavore del DSM-IV-TR riguardanti l'inaffidabilità delle sottocategorie diagnostiche e l'importanza di diagnosi più obiettive e non solamente basate sul giudizio clinico. Per questo motivo si inizia a elaborare una nuova revisione dando vita al DSM-5.

1.5. IL DSM-5

Come confermano anche Rosen e collaboratori (2021), il DSM-5 (APA, 2013) segnò una svolta nella concettualizzazione dell'autismo, passando da un sistema di diagnosi multi-categoriale a una singola diagnosi basata su più dimensioni. Questo cambiamento segna la riuscita, a seguito di insuccessi, di classificare l'eterogeneità dell'autismo in sottocategorie definite empiricamente.

Nel DSM-IV-TR (APA, 2000) le categorie diagnostiche erano localizzate all'interno dei *Disturbi pervasivi dello sviluppo (PDDs)*, cioè la sindrome di Asperger, la sindrome di Rett, il disturbo autistico, il disturbo disintegrativo dell'infanzia e il disturbo disintegrativo dello sviluppo non altrimenti specificato. Nel manuale diagnostico del 2013, invece, si sono chiarite queste sottocategorie, che sono state sostituite da un'unica ampia categoria ASD (*Autistic Syndrome Disorder*), migliorandone la predittività, la chiarezza diagnostica e soprattutto l'affidabilità che nel manuale precedente presentava una limitazione. Grazie al passaggio dalle multi-categorie a un'unica dimensione venne migliorata non solo la specificità ma anche la sensibilità diagnostica. La tradizionale triade dei domini diagnostici (sociale, comunicazione e comportamenti atipici) viene sostituita da soli due domini conciliando la sfera sociale e quella comunicativa in un'unica

area. La seconda categoria (comportamenti e interessi ripetitivi- RRB) include, inoltre, anomalie sensoriali omesse nel DSM-IV-TR e si fa riferimento a una più generale manifestazione nella prima infanzia delle caratteristiche comportamentali, invece dell'indicazione precisa presente nel manuale precedente (l'esordio prima dei tre anni d'età). Quindi, in questo manuale diagnostico, le caratteristiche essenziali del disturbo vengono descritte come *“la persistente compromissione della comunicazione sociale reciproca e dell'interazione sociale (criterio A) e pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi (criterio B)”* (APA, 2013, p. 61). Questi criteri, come detto precedentemente, interessano già l'individuo nei suoi primi anni di vita e causano una compromissione nel suo funzionamento quotidiano su vari livelli (Criterio C e D). Il momento in cui questa limitazione diventa esplicita varia molto in base alle caratteristiche della persona stessa e dell'ambiente circostante in cui essa vive. Questa nuova concettualizzazione dell'autismo fa riferimento ad un continuum che va da limitazioni più gravi a meno gravi; di conseguenza si inizia a usare il termine *“disturbo dello spettro dell'autismo”* (APA, 2013, p.57), in cui si fa riferimento alla gravità della condizione e ad altre caratteristiche specifiche della persona, che portano ad una diagnosi personale e mirata. Un'ulteriore precisazione è stata introdotta con il “Criterio E”, in cui si specifica che la disabilità intellettiva e il disturbo dello spettro dell'autismo sono presenti, spesso, in concomitanza. Per questa diagnosi di comorbidità è necessario che *“la comunicazione sociale sia inferiore rispetto al livello di sviluppo generale”* (APA, 2013, p. 58).

Il DSM-5 richiede un approccio monotetico per i criteri sociocomunicativi (tre su tre) e politetico per la categoria RRB (due sintomi su quattro), andando ad includere anche un criterio di insorgenza versatile, cioè dei sintomi possibilmente presenti durante la prima infanzia ma che diventano espliciti solo a seguito di una richiesta da parte dell'ambiente.

Il DSM-5, inoltre, fornisce una descrizione dei livelli di gravità dei domini principali per la diagnosi dell'autismo in cui si sottolinea anche il livello di supporto necessario per il funzionamento individuale. Si specificano anche alcune comorbidità che gli individui possono presentare in concomitanza dell'ASD (deficit cognitivo, deficit linguistico ecc.); il disturbo della struttura del linguaggio, per esempio, deve essere indicato con specificatori di pertinenza.

Anche questo manuale diagnostico è stato oggetto di critiche da parte dei ricercatori. Si è

posta la preoccupazione sui criteri diagnostici poco applicabili a soggetti più abili cognitivamente, compresi quelli con la sindrome di Asperger. Per questo motivo, dopo nove anni, è stata pubblicata la sua nuova revisione: il DSM-5-TR (APA, 2022).

CAPITOLO 2: IL PASSAGGIO DAL DSM-5

AL DSM-5-TR

Come si è visto precedentemente nell'articolo di Rosen e collaboratori (2021), già con il DSM-5 (APA, 2013) ci sono stati dei cambiamenti importanti rispetto ai precedenti manuali diagnostici. Oltre alla modifica dei numeri nel titolo stesso (si passa dai numeri romani ai numeri arabi), viene descritta una rimozione del sistema multiassiale. Passando a una diagnosi dimensionale, infatti, si inizia a considerare i disturbi come “dimensioni” autonome e indipendenti. In questo modo, non solo si può valutare se una persona presenta un determinato disturbo o meno, ma è anche possibile quantificare il suo livello di gravità, permettendo così un profilo diagnostico individuale più esaustivo. Per facilitare l'uso di questo manuale nei vari ambiti, sono stati apportati dei miglioramenti; basti pensare alla descrizione dei problemi dello sviluppo legata alla diagnosi, maggiore specificità per i disturbi neurocognitivi, riorganizzazione dei disturbi da uso di sostanze per coerenza e chiarezza ecc. I gruppi incaricati di revisionare il DSM hanno anche deciso di accordarlo con l'ICD-11 per creare un filo di comprensione univoco riguardante i disturbi mentali; con questo procedimento si cerca di eliminare la discrepanza delle diagnosi fra i due sistemi di classificazione. Un'altra innovazione degna di attenzione, come si è detto precedentemente, è lo spostamento del DSM-5 ad una classificazione non assiale dei disturbi, che non viene considerata più necessaria. Nei manuali precedenti, infatti, le varie diagnosi venivano divise in cinque assi.

Si inizia, inoltre, a considerare l'autismo come un continuum di vari livelli di gravità, dando più importanza alla relatività individuale e al sostegno necessario alla persona nei vari contesti. Si descrivono i vari specificatori e il grado di supporto in base ai tre livelli di gravità, ovvero: “è necessario un supporto molto significativo”, “è necessario un supporto significativo” e “è necessario un supporto” (APA, 2013, p.60). Questo perché le manifestazioni del disturbo variano ampiamente a seconda della gravità della condizione autistica, l'ambiente circostante e lo sviluppo della persona stessa. Il termine *spettro*, introdotto in questo manuale, fa proprio riferimento a queste caratteristiche variabili, che dipendono dalle particolari condizioni di ogni individuo.

Nonostante questo, sembrerebbe che i nuovi criteri abbiano fornito un concetto più

ristretto di autismo rispetto al DSM-III-R (APA, 1987), segnalando anche una preoccupazione verso i bambini più piccoli. A seguito di studi, si constatò l'inasprimento dei criteri per l'accesso ai servizi e al cambiamento della natura del concetto diagnostico, come enunciato da Mcpartland e collaboratori nel loro articolo (2012). Questo perché i bambini più piccoli possono essere particolarmente vulnerabili ai requisiti limitanti di compromissione di tutti e tre i sintomi di comunicazione sociale e di due sintomi di restrizione/ripetizione. L'ampliamento dei confini diagnostici e la loro scarsa applicabilità interessarono anche individui più abili cognitivamente, compresi quelli con la sindrome di Asperger.

2.1 IL DSM-5-TR

Nell'articolo di Bradley, Noble e Hendricks (2022), si descrive come, a seguito di queste osservazioni, l'APA (*American Psychological Association*) commissionò duecento esperti per la revisione del manuale, analizzando in modo approfondito la letteratura degli ultimi nove anni e cercando di eliminare alcune parti del testo considerate ormai obsolete. Sono stati coinvolti quattro gruppi di revisione trasversale (genere e sesso, suicidio, cultura e medicina legale) per la revisione di tutti i capitoli, in modo da garantire una buona inclusione ed evitare fattori di rischio come razzismo, discriminazione e stigmatizzazione. Il testo, infatti, è stato anche revisionato da un gruppo di lavoro interessato all'inclusione etno-razziale per ottenere un uso del linguaggio appropriato. L'obiettivo principale di questa revisione è l'aggiornamento del manuale in ogni disturbo descritto, a partire dalla pubblicazione precedente, e dei miglioramenti di interesse diretto per la pratica clinica. A seguito di ciò, nel DSM-5-TR (APA, 2022), si possono notare nuove diagnosi e modifiche ai disturbi con alcuni aggiornamenti della codifica. Come viene descritto in un altro articolo di First, Yousif, Clarke, Wang, Gogtay e Appelbaum del 2022, questi rinnovamenti dei criteri diagnostici e del testo nel DSM-5-TR sono il risultato di due processi separati ma concomitanti, che permettono l'aggiunta o la cancellazione di disturbi e specificatori:

1. il processo di revisione iterativa;
2. modifica dei criteri diagnostici su base continuativa.

Si possono più semplicemente suddividere i cambiamenti salienti del DSM-5-TR in quattro categorie:

- aggiunte di entità diagnostiche e sintomi;

- cambiamento dei criteri diagnostici o specificatori;
- miglioramento della terminologia;
- miglioramento della comprensività del testo.

Queste modifiche interessano più di settanta disturbi; la maggior parte risultano minime ma alcuni cambiamenti hanno permesso una migliore specificazione dei criteri, evitando così diagnosi errate. Un esempio è il “Disturbo da lutto prolungato” che viene inserito per la prima volta in questa revisione del 2022.

Nel manuale del 2013, il Disturbo dello *spettro* dell’autismo era definito da significative difficoltà nell’uso sociale della comunicazione verbale e dell’interazione in molteplici contesti (Criterio A). Il criterio B, invece, descrive modelli di comportamento, interessi o attività ristretti e ripetitivi. Mentre la soglia minima per la componente del criterio B era semplice (almeno due su quattro), il numero minimo richiesto per i deficit nella comunicazione sociale poteva risultare fraintendibile nel DSM-5. In particolare, la frase "*come manifestato dai seguenti fattori*" (APA, 2013, p. 57) poteva essere interpretata come "qualsiasi di quelli elencati" o “tutti i criteri” (tre su tre).

A seguito di questa imprecisione, la prima modifica che si può notare nel nuovo manuale del 2022 riguarda il “Criterio A”; vengono elencate tre aree di deficit: deficit in reciprocità socio-emotiva, deficit nei comportamenti comunicativi non verbali e deficit nello sviluppo, mantenimento e comprensione delle relazioni. Al contrario del DSM-5, tutti i sintomi elencati devono essere soddisfatti per diagnosticare un ASD. La modifica di questo criterio ha permesso una maggior chiarezza, modificando la frase in "*come manifestato da tutti i seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato*" (APA, 2022, p. 66).

Nel capitolo successivo si andrà ad osservare in modo più approfondito alcuni cambiamenti rilevanti presenti nel manuale diagnostico attuale, partendo proprio dai criteri diagnostici.

CAPITOLO 3: LA NUOVA VISIONE DEL 2022

In questo capitolo si andranno finalmente ad analizzare le differenze sostanziali tra i due manuali diagnostici per quanto riguarda le prime sette proprietà descritte, ponendo anche l'attenzione verso le caratteristiche rimaste invariate. Sia nel DSM-5 (APA, 2013) che nel DSM-5-TR (APA, 2022), il disturbo dello spettro autistico è inserito nella categoria dei “Disturbi del neurosviluppo”, ovvero quei disturbi che si presentano, tipicamente, nel primo periodo di vita del bambino. Sono caratterizzati da differenze nei processi cerebrali o da deficit dello sviluppo che causano un'importante compromissione dei compiti nei vari contesti della vita. In questa categoria di disturbi si può passare da compromissioni più specifiche a limitazioni globali delle abilità sociali o intellettuali. Grazie al recente approccio dimensionale, questi disturbi non vengono più definiti da categorie statiche; in questo modo si riesce anche a determinare una grande variabilità individuale, dettata dalla gravità del disturbo e dalla presenza di determinati specificatori. Molto spesso è presente una comorbilità che interessa la sovrapposizione di più disturbi del neurosviluppo; un esempio è proprio il disturbo dello spettro autistico che si può manifestare in concomitanza con il disturbo dello sviluppo intellettivo, con i disturbi d'ansia, con il disturbo da deficit di attenzione\ iperattività (ADHD) e altri disturbi (APA, 2022).

3.1 I criteri diagnostici e le procedure di registrazione

La prima informazione riguardante l'autismo che si trova in entrambi i manuali interessa i criteri diagnostici, utili per la diagnosi del disturbo, i quali vengono descritti da cinque criteri ben definiti. Come si può leggere nel DSM-5-TR (APA, 2022), il “Criterio A” è caratterizzato da una persistente difficoltà nella comunicazione e nell'interazione sociale in più ambiti. Questa caratteristica è descritta, a sua volta, da tre punti:

1. deficit nella reciprocità socio-emotiva (incapacità di rispondere alle interazioni sociali, mancanza di interessi ecc.);
2. deficit dei comportamenti comunicativi non verbali utili per l'interazione sociale (anomalie nel contatto visivo, nel linguaggio del corpo, mancanza di espressività facciale ecc.);

3. deficit nello sviluppo, nel mantenimento e nella comprensione delle relazioni (difficoltà nel fare amicizia, mancato interesse verso i coetanei ecc.).

Successivamente, si trova il “criterio B” che viene descritto da pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi. Anche nel DSM-5-TR, per soddisfare questo criterio è necessaria la presenza di almeno due dei seguenti sintomi:

1. movimento, uso del linguaggio e degli oggetti stereotipato o ripetitivo;
2. insistenza nella immodificabilità (*sameness*) della routine o di determinati comportamenti verbali e non verbali;
3. interessi molto limitati e anomali per profondità e intensità;
4. iper- o iporeattività in risposta a stimoli sensoriali dell’ambiente o interessi insoliti verso alcuni aspetti che riguardano quest’ultimo (APA, 2022).

Il “Criterio C”, invece, specifica che questi sintomi si devono manifestare nella prima fase dello sviluppo e che possono risultare espliciti solo a seguito della domanda da parte dell’ambiente.

Gli ultimi due criteri sottolineano la grande limitazione che questo disturbo causa nei vari ambiti di vita dell’individuo (Criterio D) e come “*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 comorbilità 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*” (APA, 2013, p. 58), esplicitato dal “Criterio E”, ugualmente descritto nel nuovo manuale del 2022. In questo specifico punto, la differenza che si può notare tra i due manuali diagnostici interessa le condizioni per soddisfare il “criterio A”. Nel DSM-5 (APA, 2013), infatti, la frase “*come manifestato dai seguenti fattori*” (APA, 2013, p. 57) poteva risultare ambigua, creando un’incomprensione sul soddisfacimento della diagnosi. Questa descrizione poteva venir interpretata come “tutti i criteri” o “uno qualsiasi fra quelli elencati”. Di conseguenza, nel DSM-5-TR si può notare un miglioramento nella comprensione di questo punto grazie alla frase: “*come manifestato da tutti i seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato*” (APA, 2022, p. 66), che permette una comprensione immediata. In entrambi i manuali è presente una specifica nota a seguito della descrizione dei criteri diagnostici,

in cui si esplicita che *“il livello di gravità si basa sulla compromissione della comunicazione sociale e sui pattern di comportamento ristretti, ripetitivi”* (APA, 2013, p.58). Questa specificazione fa riferimento ad una particolare tabella in cui si sottolinea il livello di supporto necessario all’individuo per soddisfare i compiti quotidiani in base, appunto, alla gravità della sua condizione. Questo supporto è descritto in tre livelli, che variano in base alle capacità comunicative e di comportamento della persona, ovvero: *“è necessario un supporto molto significativo”*, *“è necessario un supporto significativo”* e *“è necessario un supporto”* (APA, 2013, p. 60).

In ambo i DSM è presente una chiarificazione in cui si sottolinea che gli individui con una buona diagnosi consolidata del disturbo autistico, della sindrome di Asperger o del disturbo dello sviluppo non altrimenti specificato nel DSM-IV (APA, 1994) dovrebbero ricevere la diagnosi del disturbo dello spettro autistico. Si deve fare molta attenzione a non confondere il disturbo della comunicazione sociale con il disturbo autistico, dando molta importanza al soddisfacimento dei criteri di quest’ultima condizione. Inoltre, a seguito di ciò, vengono aggiunti degli specificatori per la diagnosi; si sottolinea se è presente una compromissione intellettuale o comunicativa associata al disturbo, se è presente un altro disturbo del neurosviluppo, un’altra condizione medica o la presenza/assenza di catatonia. Queste chiarificazioni non devono essere sottovalutate nella descrizione globale della persona, sia per determinare il giusto supporto ma anche per organizzare possibili trattamenti futuri.

A seguito dei criteri diagnostici si trovano le *“procedure di registrazione”*, in cui si spiega come registrare la gravità della condizione autistica e le eventuali concomitanze con altri disturbi. Nel DSM-5, come nel DSM-5-TR, si esplicita che la gravità è registrata in base al livello di supporto necessario richiesto per ciascuno dei due ambiti psicopatologici (Criteri A e B), come si è visto precedentemente. Si specifica, effettivamente, se il disturbo dello spettro autistico presenta una compromissione intellettuale associata o meno. In seguito, dovrebbe essere registrata la compromissione del linguaggio, specificando il livello attuale del funzionamento verbale. La presenza/assenza di catatonia viene registrata separatamente alla condizione.

Nel DSM-5-TR si aggiungono delle precisazioni riguardo le associazioni del disturbo con condizioni mediche, fattori ambientali o con un problema di sviluppo neurologico,

mentale o comportamentale. Nel nuovo manuale del 2022 si esplicita che questi particolari specificatori si applicano quando le condizioni o i problemi elencati sono potenzialmente rilevanti per la cura clinica dell'individuo. Chiaramente, se un determinato problema associato (neurosviluppo, mentale, comportamentale ecc.) soddisfa i criteri per un altro disturbo, deve essere diagnosticato a sua volta. Per la registrazione di questi specificatori si nomina la condizione autistica e, successivamente, il disturbo o fattore associato (es: Disturbo dello spettro autistico associato alla sindrome di Rett), come descritto in entrambi i manuali.

3.2 Specificatori

In questo paragrafo si parla degli specificatori di gravità, utilizzati per descrivere in modo sintetico i sintomi attuali della persona, tenendo bene a mente che l'intensità di questi criteri è variabile in base al contesto e non risulta costante nel tempo. Questo perché la condizione autistica si modifica a seguito delle varie fasi della vita e all'ambiente circostante riguardante la persona, essendo un disturbo alquanto variabile in base alle varie fasi dello sviluppo. Su questo specifico paragrafo i due manuali diagnostici sono piuttosto simili; si esplicita che i due criteri principali (comunicazione sociale e comportamenti ripetitivi) devono essere valutati separatamente e non in modo globale, essendo due elementi diagnosticati in modo indipendente uno dall'altro. I livelli di gravità di questi due criteri non vengono descritti e valutati per un possibile soddisfacimento dell'utilizzo o erogazione dei servizi di assistenza. Infatti, si deve ricordare che questo genere di supporto è possibile valutarlo solo a livello individuale, in base alle specifiche capacità della persona, ai suoi obiettivi personali da raggiungere e alla sua fase attuale di sviluppo. Tutto ciò per garantire un sostegno adeguato e un soddisfacimento nei compiti quotidiani, individuando servizi personali specifici. Anche lo specificatore del profilo intellettivo (spesso disomogeneo) è necessario per creare un quadro diagnostico più esaustivo in cui si vanno a determinare i punti di forza dell'individuo in base alle capacità verbali e non verbali, sia nel bambino che nell'adulto. La stessa importanza viene data alla compromissione del linguaggio in cui si descrivono separatamente l'abilità ricettiva e quella espressiva, le quali potrebbero non coincidere. In certi casi, effettivamente, la ricettività del linguaggio potrebbe risultare compromessa ma la produzione potrebbe essere invece buona (es: parla in modo fluente). Lo specificatore "associato a una condizione medica o genetica nota o a un fattore ambientale" può essere utilizzato se

nell'individuo, appunto, è presente una condizione medica nota (es: epilessia), una condizione genetica nota (es: sindrome dell'X fragile) o un fattore ambientale (es : sindrome alcolica fetale). Una esplicitazione importante non presente nel manuale precedente, sottolinea che questo specificatore non deve essere considerato come sinonimo di causalità del disturbo dello spettro autistico. Una condizione può essere indicata come associata a questo disturbo quando si ritiene che sia potenzialmente rilevante dal punto di vista clinico o per informare l'assistenza e non perché il medico ne stia affermando una causa diretta (APA, 2022). Anche nella spiegazione dello specificatore che riguarda l'associazione con problemi di sviluppo neurologico, mentale o di comportamento, compaiono delle aggiunte non presenti nel DSM-5 (APA, 2013). Viene esplicitato che *“può essere applicato per indicare problemi (per es; irritabilità, problemi del sonno, comportameto autolesivo o regressione dello sviluppo) (APA, 2022, p.70)*. Se vengono diagnosticati altri disturbi del neurosviluppo in concomitanza con il disturbo autistico, chiaramente verranno segnalati come diagnosi separate. Un'ultima aggiunta presente nel nuovo manuale riguarda una specificazione verso la catatonìa, che può essere anch'essa una condizione di comorbilità con il disturbo autistico. Oltre ai tipici sintomi di negativismo, mutismo e postura, si potrebbe verificare la presenza di un peggioramento delle stereotipie, mutismo o di autolesionismo che possono fare parte dell'insieme dei sintomi della catatonìa nel contesto del disturbo autistico.

3.3 Le caratteristiche diagnostiche

Come possiamo leggere sia nel DSM-5 (APA, 2013) che nel DSM-5-TR (APA, 2022), *“le caratteristiche essenziali del disturbo dello spettro autistico sono una persistente compromissione della comunicazione sociale reciproca e dell'interazione sociale (Criterio A) e modelli di comportamento, interessi o attività ristretti e ripetitivi (Criterio B). Questi sintomi sono presenti fin dalla prima infanzia e limitano o compromettono il funzionamento quotidiano (Criteri C e D)” (APA, 2022, p. 70)*. In questo paragrafo, pertanto, si vanno a descrivere tutte le caratteristiche che interessano la diagnosi del disturbo autistico nello specifico. Non si notano grandi differenze tra i due manuali in questa descrizione, ad eccezione di una parte finale aggiunta nel DSM-5-TR e non presente nel manuale del 2013 in cui si descrive l'autismo come un disturbo alquanto fluttuante in base alle caratteristiche individuali di ogni persona, proprio per questo

motivo si iniziò ad utilizzare il termine “disturbo dello *spettro* autistico” per descrivere questa condizione. Infatti, la compromissione funzionale diventa nota solo a seguito delle richieste esplicite da parte dell’ambiente che può risultare temporaneamente celata da interventi e supporti. Questa compromissione è variabile in base allo stadio dello sviluppo dell’individuo, dal sesso, dalla condizione autistica ecc. A seguito di ciò, è possibile non riconoscere il disturbo in individui che non presentano una disabilità intellettiva o una compromissione associata a tale disturbo, proprio perché i sintomi risultano meno espliciti e più sottili. Quando si parla dei deficit del “Criterio A”, effettivamente, si fa riferimento a sintomi meno evidenti se la persona presenta delle buone capacità comunicative (es: una parlata fluida). D’altra parte, però, i sintomi di questo primo criterio sono pervasivi e più duraturi nel tempo, proprio per questo si necessitano più fonti di informazione per ottenere una diagnosi accurata e affidabile; precisamente perché anche queste specifiche caratteristiche variano in base all’età, al livello intellettivo, supporto attuale e la storia del trattamento precedente. Le persone che presentano il disturbo autistico possono passare dalla totale assenza del linguaggio e una totale incomprensione ad un linguaggio stentato oppure eccessivamente letterale e ripetitivo. Anche quando le abilità linguistiche di base sono buone (es: la persona presenta un buon vocabolario) si nota comunque una compromissione nell’uso del linguaggio sociale. Lo stesso vale per i deficit della reciprocità socio-emotiva, ovvero la capacità di impegnarsi con le altre persone e condividere pensieri e sentimenti con loro. Questa caratteristica può risultare più evidente nei bambini piccoli; negli individui più grandi, invece, questa difficoltà può manifestarsi nell’elaborazione e nella formulazione di risposte sociali complesse e adatte alla situazione (es: il sapere cosa non dire). Le persone adulte possono attuare strategie di compensazione per adattarsi meglio a queste situazioni per loro limitanti, che non interessano, però, le nuove sfide sociali. Non avendo un’intuizione spontanea per le situazioni sociali come gli altri individui, le nuove situazioni possono creare un forte disagio e una perdita di concentrazione dovuta al pensare alle proprie azioni e alle parole da dire. Le strategie di compensazione acquisite in uno specifico contesto sociale, infatti, non vengono trasferite in altre situazioni simili. Per quanto riguarda i deficit comunicativi non verbali, invece, possono essere inclusi il mancato contatto visivo, un uso atipico dei gesti e delle espressioni facciali, prosodia insolita, ecc. Riguardo a questo, una caratteristica precoce del disturbo potrebbe verificarsi proprio negli atteggiamenti non

verbali come la mancanza dell'attenzione congiunta da parte del bambino (non indica l'oggetto o non mostra l'oggetto a qualcuno per dividerne l'interesse). Alcuni bambini, come gli adulti, adottano delle strategie funzionali per integrarsi con i propri pari ma le loro prestazioni saranno sempre inferiori rispetto ai bambini a sviluppo tipico. Anche i deficit nel mantenere e comprendere le relazioni variano in base allo sviluppo, al genere e alla cultura e si nota in forma maggiore nei bambini più piccoli, come è stato già specificato precedentemente. Questo perché i bambini autistici tendono a evitare il gioco condiviso e a prediligere invece attività solitarie focalizzandosi, molto spesso, su determinati interessi. L'interesse sociale può essere del tutto assente, ridotto oppure atipico; un esempio è proprio la relazione unilaterale in cui il bambino instaura un'amicizia per una condivisione di particolari interessi senza reciprocità, oppure la necessità di giocare con regole molto rigide e non trascurabili. Questa inflessibilità nel gioco fa riferimento anche al secondo criterio (Criterio B), in cui si definisce il disturbo dello spettro autistico con modelli di comportamento ristretti e ripetitivi, interessi o attività che variano in base alle caratteristiche della persona. Quando si parla di comportamenti stereotipati o ripetitivi, si fa riferimento a semplici stereotipie motorie (battere le mani o i piedi), uso ripetitivo di oggetti (mettere gli oggetti in un determinato modo), discorsi ripetitivi (ecolalia, ripetizione di parole sentite precedentemente), inversione pronominale (uso del "tu" parlando di loro stessi) ecc. Può essere presente, inoltre, una inflessibilità nella routine che può manifestarsi con una forte angoscia se si presenta un cambiamento nei propri rituali giornalieri, anche se apparentemente sembrerebbe una variazione marginale. Questa rigidità interessa anche l'alimentazione, causando una forte restrizione alimentare come, per esempio, il mangiare sempre la solita cosa o mangiare in base al colore del cibo. Le persone autistiche possono anche avere degli interessi anomali sia per intensità che per l'oggetto di interesse (es: un bambino fortemente attratto da una scopa o da una pentola); questi deficit possono risultare meno evidenti se sono più o meno consoni all'età dell'individuo. Alcuni comportamenti possono essere il frutto di una reazione derivata dall'iper- o iporeattività della persona verso gli stimoli sensoriali, come per esempio risposte estreme e inadatte a stimoli tattili specifici o suoni e una conseguente indifferenza apparente verso altri stimoli esterni (freddo, caldo ecc.). Se non è presente una disabilità intellettiva o deficit del linguaggio, come si è già visto con il "Criterio A", si possono esercitare delle strategie e riuscire a

sopprimere i comportamenti ripetitivi in pubblico che solitamente vengono usati dagli individui autistici per ottenere un effetto calmante o ansiolitico. Inoltre, con il giusto sostegno e focalizzazione, gli interessi speciali possono diventare una fonte lavorativa futura oltre che una fonte di piacere nelle persone adulte. Per soddisfare il “Criterio D”, invece, si richiede che *“le caratteristiche causino compromissione clinicamente significativa dell’attuale funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti”*. (APA, 2022, p. 72). In questo modo si esplicita se una determinata persona interessata alla diagnosi presenta o meno delle difficoltà in più contesti quotidiani differenti tra loro, come conseguente difficoltà di integrarsi non solo in un contesto specifico ma in più aspetti della sua quotidianità. L’ultimo criterio (“Criterio E”), specifica che la comunicazione sociale è compromessa e non in linea con lo sviluppo dell’individuo, anche se quest’ultima molto spesso è associata ad una disabilità intellettiva. Di conseguenza, le limitazioni superano i risultati attesi in base al livello di sviluppo della persona stessa. Dopo aver descritto tutte le caratteristiche diagnostiche, nei manuali si fa riferimento agli strumenti diagnostici comportamentali standardizzati per ottenere la diagnosi. Presentando delle buone proprietà psicometriche, si riesce a migliorare l’affidabilità della diagnosi nel tempo grazie anche alle interviste ai caregiver, questionari e misure di osservazione clinica. Nel DSM-5-TR viene aggiunta una piccola parte alla fine della descrizione di queste caratteristiche diagnostiche che non è presente nel DSM-5. Si esplicita che i sintomi del disturbo dello spettro dell’autismo si presentano come dimensioni e non come categorie, di conseguenza non sono presenti “cut-off” universali per definire questo specifico disturbo. Per tal motivo, la diagnosi rimane di tipo clinico, sempre prendendo in considerazione tutte le informazioni disponibili derivanti dalle persone che fanno parte della vita dell’individuo. Conseguentemente, non si farà riferimento solo al punteggio di un questionario o di un’osservazione ma si prenderà in esame il quadro completo che riguarda la persona interessata alla diagnosi. Nel DSM-5-TR, quindi, si sottolinea la rilevanza nell’utilizzare un approccio dimensionale anziché categoriale, rendendo la diagnosi individuale più precisa e personale in base all’identità e alle caratteristiche della persona stessa.

3.4 Caratteristiche associate al supporto della diagnosi

Quando si fa riferimento alle caratteristiche associate al supporto della diagnosi, si prendono in considerazione quelle peculiarità riguardanti la condizione che aiutano nella

conferma e nel sostegno di quest'ultima. Come già affermato in precedenza, le persone con una diagnosi di disturbo dello spettro autistico possono avere delle limitazioni linguistiche e/o intellettive. Anche chi presenta un'intelligenza medio/alta, però, possiede un insieme di abilità non uniforme. Infatti, il divario tra capacità intellettive e capacità funzionali adattive è frequentemente molto ampio. Molto comune è il deficit della teoria della mente, descritto per la prima volta nel DSM-5-TR (APA, 2022), ovvero la difficoltà nel vedere la realtà dal punto di vista di una terza persona e di capire cosa può pensare l'altro. Questo si ripercuote, ovviamente, nelle interazioni sociali che risultano spesso inadeguate. Successivamente si parla anche dei deficit di coerenza centrale, ovvero la difficoltà nel comprendere il contesto di riferimento andando a focalizzarsi sui dettagli e ad intendere i concetti in modo strettamente letterale e non generale. Anche questa specifica difficoltà non era presente nel manuale del 2013 ma compare per la prima volta nel DSM-5-TR. Un'altra limitazione ricorrente per gli individui che presentano questa diagnosi riguarda la funzione esecutiva, la quale non ha una sua specificità ma si manifesta a livello generale. Durante l'infanzia o l'adolescenza sono più comuni comportamenti dirompenti o di sfida rispetto ad altri disturbi, seguiti da comportamenti motori di tipo catatonico, cioè la presenza di rallentamenti o di staticità dell'azione. Questo rischio di insorgenza di un episodio catatonico è più frequente in adolescenza, il quale può includere smorfie, mutismo, postura insolita ecc. Durante questa fase adolescenziale, notando come generalmente sia alquanto delicata, può manifestarsi anche il rischio di insorgenza di alcuni comportamenti autolesionistici. Un'ulteriore caratteristica che interessa le persone presentanti il disturbo dello spettro autistico è la presenza di segni motori anomali (es: camminare in punta di piedi, goffaggine, ecc.), già precedentemente descritti nelle caratteristiche diagnostiche.

3.5 Prevalenza

Nel DSM-5 (APA, 2013), la descrizione della prevalenza del disturbo dello spettro autistico risultava poco dettagliata ed esaustiva. Si fa riferimento, appunto, ad una stima globale dell'1% per quanto riguarda gli Stati Uniti d'America e per gli altri Paesi del mondo, con stime simili sia nei bambini che negli adulti. Veniva descritto il riscontro di un aumento della frequenza di questo disturbo rispetto agli altri anni precedenti, forse dovuto ad un ampliamento dei criteri diagnostici del DSM-IV (APA, 1994). Nel DSM-5-TR (APA, 2022), invece, si descrive una prevalenza tra l' 1% e il 2% del disturbo nella

popolazione degli Stati Uniti d'America, con stime simili sia per quanto riguarda i bambini e gli adulti. Una presenza più bassa si descrive nei bambini afroamericani (1%) e nei bambini latini (0,8%) rispetto ai bambini bianchi (1,3%); tenendo sempre conto delle risorse socioeconomiche che possono influenzare, ritardare o rendere errata la diagnosi. Successivamente, nei Paesi non U.S.A, si descrive una prevalenza del 1%. Per quanto riguarda gli studi epidemiologici, si è confermato un rapporto maschi/femmine di 3:1, con una maggior prevalenza del disturbo nel genere maschile e un alto rischio di sottovalutazione di quest'ultimo nelle bambine. Solitamente, infatti, le bambine presentano limitazioni più gravi rispetto ai bambini presentanti la stessa diagnosi, nonostante la minor frequenza dei casi.

3.6 Sviluppo e decorso

In ambedue i manuali diagnostici si descrive lo sviluppo e il decorso in egual modo, sottolineando inizialmente la necessità di dare importanza all'età e alla modalità di insorgenza del disturbo. Come già è noto, l'insorgenza avviene durante la prima infanzia e si manifesta con uno scarso o addirittura assente interesse verso gli altri, tipicamente durante il secondo anno di vita (12-24 mesi). Si ritiene utile sottolineare, però, che queste difficoltà possono essere riscontrate e notate durante il primo anno di vita del bambino se i ritardi nello sviluppo risultano gravi oppure anche dopo i due anni se i sintomi sono invece lievi. La descrizione del modello di insorgenza può includere informazioni essenziali sui primi ritardi dello sviluppo, perdite di abilità sociali\linguistiche o interazioni sociali insolite, in cui si descrive solitamente un deterioramento graduale o abbastanza rapido dei comportamenti ed un ritardo nello sviluppo del linguaggio. Questa descrizione è riportata dai caregiver e aiuta negli studi prospettici riguardanti la condizione. Molte volte si ipotizza la sordità, inizialmente, nei bambini che presentano queste caratteristiche di interazioni sociali insolite e problemi del linguaggio. Infatti, la mancata risposta quando vengono chiamati o l'assenza di contatto visivo potrebbe far pensare a una condizione fisica più che neurologica, in assenza di altri indicatori. Però, questi cali di funzionamento sono abbastanza tipici del disturbo dello spettro autistico e sono rari in altri disturbi e per questo la sordità viene quasi subito esclusa. In altri casi la regressione dello sviluppo si verifica dopo due anni di sviluppo normale, questa situazione veniva inizialmente descritta come "disturbo disintegrativo dell'infanzia". Durante il secondo anno di vita del bambino diventano sempre più evidenti i

comportamenti atipici, ripetitivi o la fissazione con interessi stravaganti. Risulta normale avere delle fissazioni in questa fase dello sviluppo, proprio per questo è necessario distinguere i comportamenti tipici da quelli anomali. La distinzione clinica, infatti, si basa sul tipo, sulla frequenza e sull'intensità del comportamento (es: stesso gioco per ore e sensazione di angoscia nel doverlo cambiare). Ci possono essere un incremento delle abilità nella tarda infanzia, almeno in alcune aree; un esempio può essere l'aumento di interesse verso le altre persone. Tuttavia, alcuni individui peggiorano il proprio comportamento nell'adolescenza, altri lo migliorano. Non essendo il disturbo dello spettro autistico un disturbo degenerativo, le abilità e le compensazioni acquisite nell'arco della vita rimangono nella memoria dell'individuo e di conseguenza ci può essere un margine di miglioramento a lungo termine nell'uso di determinate strategie, utili per l'integrazione e l'autonomia. Grazie a questo, alcuni individui possono vivere una vita indipendente riuscendo a conciliare le loro particolari passioni con un lavoro retribuito. Chiaramente, si parla di quelle persone che presentano certe capacità intellettive e linguistiche, le quali potrebbero garantire una certa autonomia. Nel DSM-5 veniva specificato che questa percentuale di persone era molto ridotta ma in realtà molti più ragazzi riescono a vivere la loro vita con una sorta di normalità grazie all'accesso ai servizi di riabilitazione professionale, migliorando la possibilità di trovare un lavoro per i giovani adolescenti con disturbo dello spettro autistico. Nonostante questa possibilità di indipendenza, le loro performance saranno sempre inferiori agli altri individui a sviluppo tipico; questo perché generalmente chi presenta questa condizione risulta più vulnerabile e ingenuo, più incline all'ansia e alla depressione e limitato nel soddisfare compiti pratici senza aiuto. Molti adulti riferiscono di utilizzare meccanismi di coping o strategie di compensazione per celare, almeno in parte, le difficoltà riscontrate. A sua volta, però, questi meccanismi causano un forte stress e sofferenza perché richiedono un grande sforzo cognitivo causato dalla mancata spontaneità dei comportamenti adattivi. In entrambi i manuali viene esplicitato che non si conosce molto sull'autismo quando si parla di terza età. Nel DSM-5-TR, però, viene aggiunta una precisazione in cui si descrive una maggior presenza di comorbilità con condizioni mediche durante la vecchiaia nelle persone presentanti il disturbo. Molti individui ottengono la diagnosi del disturbo solo in età adulta, a seguito di un avvenimento importante della vita (es: fine di una relazione, diagnosi che riguarda un bambino della famiglia ecc.) e in questo caso risulta molto

difficile capirne lo sviluppo e l'insorgenza. Comunque, se non vengono soddisfatti i due criteri principali di comunicazione sociale e di comportamenti ripetitivi in infanzia, la percentuale di probabilità di presentare l'autismo si abbassa considerevolmente. In alcuni contesti, effettivamente, l'età adulta permette un perfezionamento del mascheramento di questi limiti a seguito di interventi o supporti attuali, come detto in precedenza. Tuttavia, *“nel complesso, i sintomi residui sono sufficienti per causare compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti”*. (APA, 2022, p. 75).

BIBLIOGRAFIA

Bradley, Noble & Hendricks (2022). DSM-5-TR: Salient changes. *The family journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 11-6.

Dizionario di Medicina "Treccani" (2010). Autismo.
https://www.treccani.it/enciclopedia/autismo_%28Dizionario-di-Medicina%29/.

Rosen, Lord & Volkmar (2021). The Diagnosis of Autism: From Kanner to DSM-5 and Beyond. *Journal of Autism and Developmental Disorder*. 4253-4270.

James, McPartland, Reichow & Volkmar (2012). Sensitivity and Specificity of Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria for Autism Spectrum Disorder. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 51 (4), 368-383.

Treffert, M D, Winnebago & Wis (1970). Epidemiology of Infantile Autism. *Arch Gen Psychiat*. 22, 431-438.

Volkmar, Klin, Lang & Cicchetti (1994). Brief Report: Interrater Reliability of Clinical Diagnosis and DSM-IV Criteria for Autistic Disorder: Results of the DSM-IV Autism Field Trial. *Journal of Autism and Developmental Disorder*. 30 (2), 163-167.

*American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (3rd ed. - Text revision) Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

*American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (4th ed.) Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (4th ed. - Text revision) Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (5th ed.) Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Edizione italiana: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (2014). Milano: Raffaello Cortina.

American Psychiatric Association (2022) Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (5th ed. - Text revision) Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

*= non direttamente consultati.

Ringrazio mio fratello Matteo, per la pazienza e il supporto nei momenti di difficoltà.