



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione
(DPSS)**

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione

Tesi di Laurea Magistrale

DIFFICOLTÀ SOCIO-RELAZIONALI ED EMOTIVE NEL DISTURBO VISUO-SPAZIALE (NONVERBALE): UN'ANALISI DELLA LETTERATURA

*Socio-relational and emotional difficulties in Visuo-spatial (nonverbal) Disorder:
an analysis of the literature*

Relatrice:

Prof.ssa Irene Cristina Mammarella

Correlatrice:

Dott.ssa Camilla Orefice

Laureanda: Veronica Geremia

Matricola: 2048521

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO I IL DISTURBO VISUO-SPAZIALE (NON VERBALE).....	3
I.1 I Disturbi del Neurosviluppo	3
I.2 Il Disturbo Visuo-spaziale (non verbale): definizione ed evoluzione storica	10
I.3 Sintomatologia e decorso.....	13
I.4 Comorbilità e diagnosi differenziale.....	18
CAPITOLO II.....	27
ABILITA' SOCIO-RELAZIONALI ED EMOTIVE.....	27
II.1 Sviluppo delle abilità emotive, sociali e relazionali	27
II.2 Fragilità emotive e relazionali in età evolutiva	36
II.3 I fattori di protezione e rischio nello sviluppo tipico e atipico	44
CAPITOLO III PSICOPATOLOGIA E NEUROSVILUPPO	53
III.1 Rischio psicopatologico nei disturbi del neurosviluppo	53
III.2 Difficoltà socio-relazionali ed emotive nel DVSD.....	60
CAPITOLO IV PROGETTO DI RICERCA	69
IV.1 Presentazione	69
IV.2 Obiettivi e ipotesi	69
IV.3 Campione	71

IV.4 Metodo e strumenti	71
IV.5 Procedura.....	78
IV.6 Possibili sviluppi futuri	80
BIBLIOGRAFIA	82
RINGRAZIAMENTI	

INTRODUZIONE

Il presente lavoro nasce con l'obiettivo di approfondire le conoscenze sul Disturbo Visuo-spaziale (Non verbale), una condizione che fa parte della più ampia categoria dei Disturbi del Neurosviluppo. Tale disturbo è stato oggetto di crescente interesse nella letteratura scientifica e nella pratica clinica. Tuttavia, rimane un campo ancora insufficientemente compreso in molte delle sue sfaccettature, soprattutto per quanto riguarda le implicazioni psicopatologiche, sociali ed emotive. Obiettivo del presente elaborato è contribuire alla sistematizzazione delle evidenze ad oggi disponibili in merito al Disturbo, focalizzandosi in particolare sui domini socio-relazionale ed emotivo.

Nel primo capitolo ci si è proposto di fare luce sul percorso storico e teorico che ha portato all'identificazione e alla classificazione del Disturbo Visuo-spaziale. Si è partiti dall'inquadramento generale dei Disturbi del Neurosviluppo, per poi focalizzarsi sulle specificità del DVSD. In tal senso si è esplorata la sintomatologia, il decorso clinico e le possibili comorbidità.

Il secondo capitolo è stato realizzato con l'intento di esaminare le dinamiche socio-emotive presenti durante lo sviluppo, a partire dal concetto di Intelligenza Emotiva. Si sono, quindi, discusse le particolari fragilità emotive e relazionali che possono sorgere durante lo sviluppo, con un focus specifico sull'adolescenza. Questa sezione, inoltre, si è posta l'obiettivo di identificare i fattori di rischio e di protezione che possono incidere sullo sviluppo tipico e atipico, cercando di offrire una panoramica delle variabili che influenzano la qualità della vita e il benessere psicologico.

Nel terzo capitolo si è voluta porre attenzione sui rischi psicopatologici connessi al Disturbo Visuo-spaziale e ci si è concentrati in particolare sull'insorgenza di sintomi di

natura internalizzante, quali ansia e depressione, che possono complicare ulteriormente il quadro clinico di questa popolazione.

Nel quarto ed ultimo capitolo viene descritta una proposta di progetto di ricerca, elaborato a seguito dell'analisi della letteratura e volto ad indagare la presenza di difficoltà socio-relazionali ed emotive in un campione di partecipanti con diagnosi di Disturbo Visuo-spaziale di età compresa tra gli 11 e i 14 anni, confrontato con un campione di pari età senza alcuna diagnosi.

CAPITOLO I IL DISTURBO VISUO-SPAZIALE (NON VERBALE)

I.1 I Disturbi del Neurosviluppo

Il “Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali” (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-5), giunto ormai alla sua quinta edizione, annovera diverse condizioni all’interno del capitolo “Disturbi del Neurosviluppo”. Questa categoria del DSM-5 concepisce i suddetti disturbi come un insieme omogeneo, un *cluster* (Andrews, et al., 2009), ovvero un conglomerato di condizioni che in precedenza erano percepite come entità autonome, con l'unica caratteristica comune di essere «solitamente diagnosticate per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza» (*American Psychiatric Association* [APA], 2013, p.53).

Il capitolo del DSM-5 che si sta esaminando in tal sede rappresenta un'aggiunta recente al repertorio terminologico dei sistemi di classificazione in psichiatria. La decisione di utilizzare tale modello è nata dal tentativo da parte APA di oltrepassare i limiti arbitrari stabiliti tra un disturbo e l'altro. In questa ottica, le frequenti situazioni di comorbidità o co-occorrenza non sono considerate un ostacolo diagnostico, derivante da un sistema rigidamente categoriale, bensì un'opportunità per avvicinarsi sempre più alla verità ontologica dei disturbi presenti all’interno del manuale (APA, 2013).

Ad ulteriore approfondimento, la riflessione sulla concezione di Neurosviluppo, o di sviluppo in senso più ampio, di cui il primo è un sottoinsieme, implica necessariamente un'estensione del campo di indagine (Ruggerini et al., 2018).

Questa espansione non si limita ai soli fattori dello sviluppo, ma comprende anche le finalità dello sviluppo stesso (Ruggerini, et al., 2018). In questa specifica sfera di studio, è rilevante notare come le procedure di classificazione diagnostica e di valutazione (che individuano le peculiarità dell'individuo all'interno di una specifica categoria) mantengano una continuità concettuale. Tuttavia, si denota una pronunciata divergenza in termini di obiettivi del processo diagnostico. L'aspirazione non risiede nella cura, come si avrebbe nel campo delle malattie acute, né nella remissione dei sintomi, come ci si potrebbe attendere nel campo della psichiatria. Al contrario, l'obiettivo si orienta verso la realizzazione delle potenzialità individuali in vista di una "fioritura" esistenziale (Ruggerini et al., 2018).

Nell'ambito dei Disturbi del Neurosviluppo si rende necessario, come scrive Ruggerini (2018) «ricorrere ad una formulazione diagnostica *comprehensive*» (p.70). Del resto, lo stesso Asperger (1943) aveva suggerito che ogni persona è un essere unico e irripetibile e, in quanto tale, difficilmente paragonabile agli altri. Tuttavia, scriveva Asperger, l'uomo sente, da sempre, la necessità di creare delle categorie per conoscere gli esseri umani per raggiungere una tipologia che renda conto delle diversità presenti e che rappresenti l'approccio nomotetico-descrittivo della diagnosi delle prime edizioni del DSM (APA, 2013). A dispetto dei diversi approcci categoriali, Asperger (1943) ha preferito descrivere quegli aspetti essenziali della vita psichica della persona dimostrandosi, sicuramente, più attuale che mai. Basti prendere in considerazione il fatto che, ad oggi, il DSM-5 (APA, 2013) consente di applicare un tipo di diagnosi non solo descrittiva e categoriale ma

soprattutto dimensionale, rendendo possibile al clinico evidenziare la gravità dei disturbi presenti (APA, 2013).

In merito alle altre novità presenti nel DSM-5 (APA, 2013) bisogna far riferimento all'inserimento degli specificatori che offrono al clinico la possibilità di porre delle diagnosi non solo su base categoriale ma anche dimensionale, dato che vanno a definire l'entità e la gravità dei disturbi, sia nel caso dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) sia nel caso dei Disturbi dello Spettro dell'Autismo. Tale capitolo è ormai noto come quello relativo al Disturbo dello Spettro dell'Autismo e non più ai Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, in cui c'erano diverse sottocategorie che sono state eliminate. Questa eliminazione è servita per incrementare il valore della diagnosi dimensionale. Dapprima, infatti, si parlava di Disturbo Disintegrativo, Sindrome di Rett, Sindrome di Asperger, Disturbo Pervasivo Non Altrimenti Specificato e tutti questi disturbi si differenziavano soltanto per gravità. Ad oggi, quindi, non si parla più di Sindrome di Asperger ma di Disturbo dello Spettro dell'Autismo di livello 1 con il quale si intende un grave disturbo dello sviluppo caratterizzato da difficoltà importanti nell'interazione sociale e da schemi limitati, con inusuali interessi e comportamenti ma senza la presenza di una compromissione intellettuale e linguistica (Vespe, 2021).

Dall'analisi di questo capitolo del DSM-5, si evince che seppur con tutti i limiti di un manuale di classificazione (costruito su criteri di inclusione ed esclusione) il DSM-5 (APA, 2013) oggi è riuscito a mettere in evidenza un passaggio chiave avvenuto rispetto alla sua precedente edizione, perché è passato da una logica categoriale ad una dimensionale (APA, 2013).

Uno dei più significativi esempi di riorientamento della ricerca in psicopatologia viene fornito dall'approccio trans-diagnostico, sviluppato negli Stati Uniti dal *National Institute of Mental Health (NIMH)* utilizzando il programma *Research Domain Criteria (RDoC)*; Insel et al., 2010). Questa prospettiva ambisce a deviare il fulcro della ricerca e della pratica clinica dalle tradizionali categorie diagnostiche, proponendo nuovi schemi di classificazione della psicopatologia. Questi nuovi schemi sono basati sulle dimensioni del comportamento osservabile e sulle relative misure neurobiologiche che lo caratterizzano (Cuthbert & Insel, 2013). L'obiettivo è quello di produrre dati pertinenti ai processi biologici, cognitivi e comportamentali connessi alla salute mentale e alla malattia, e di delineare le dimensioni fondamentali del funzionamento mentale sottostante (Cuthbert & Insel, 2013).

Il programma RDoC esorta i ricercatori a integrare numerose categorie di variabili (per esempio, unità di analisi neurobiologiche, dati comportamentali e di autovalutazione) con l'intento di raggiungere una comprensione quanto più estesa possibile dei disturbi oggetto di studio. Questa iniziativa vuole, altresì, mettere in evidenza l'importanza di comprendere e chiarire le possibili variazioni che si presentano durante il corso dello sviluppo, e di tenere in considerazione le diverse manifestazioni dei disturbi in relazione all'età dell'individuo (Antonietti et al., 2022). Infatti, sia gli aspetti comportamentali che quelli psico-biologici del funzionamento evolvono durante l'infanzia e l'adolescenza, ma cambiano anche durante l'età adulta (Antonietti et al., 2022). In tale prospettiva, la ricerca sui meccanismi dello sviluppo si rivela essenziale, così come lo è lo studio di vari aspetti dell'ambiente fisico e relazionale, inclusi i fattori culturali e le determinanti sociali della salute (Antonietti, et al., 2022).

La continua evoluzione della conoscenza, in particolare quella relativa ai primi anni di sviluppo, ha evidenziato, quindi, la necessità di una revisione ed estensione della classificazione diagnostica dei disturbi mentali che si manifestano nell'infanzia. A titolo esemplificativo, il sistema "CD: 0-5" (Maestro & Muratori, 2018) rispecchia tale cambiamento. Questo sistema rappresenta la revisione del precedente "CD: 0-3R" e introduce nuovi disturbi, come il Disturbo Specifico della Relazione dell'Infanzia, il Disturbo da Disregolazione della Rabbia e dell'Aggressività dell'Infanzia e il Disturbo dell'Autismo Precoce Atipico (Maestro & Muratori, 2018). Anche questo sistema propone un approccio integrato e dimensionale, che tiene conto delle ricerche empiriche svolte in ambito neuro-psicologico, e si propone di offrire agli operatori che si muovono nel settore della salute mentale una descrizione chiara e ampia dei disturbi che si manifestano durante l'inizio dell'infanzia e che non trovano ancora una loro collocazione nei manuali più largamente in uso (Antonietti et al., 2022).

Il piano strategico promosso dall'RDoC propone, in ultima analisi, di introdurre un modo rivoluzionario per la classificazione dei Disturbi del Neurosviluppo. Questo progetto, concepito principalmente a scopo di ricerca, rappresenta un passo avanti nell'ambito della psichiatria. Diversi studiosi stanno cercando di creare approcci di ricerca alternativi che potrebbero contribuire in maniera fondamentale in questo ambito. Recentemente, Astle, Holmes, Kievit e Gathercole hanno presentato un contributo significativo (Astle et al., 2022). Il loro lavoro ha illustrato metodi di classificazione basati su dimensioni multiple (metodi dimensionali) e su raggruppamenti (metodi di *clustering*) (Astle et al., 2022). Queste proposte rappresentano una potenziale svolta nella percezione e nell'analisi dei disturbi

mentali, con l'obiettivo di offrire una visione rinnovata e più precisa della prevalenza e dei tassi di co-occorrenza di diverse difficoltà e disturbi (Astle et al., 2022).

Per quanto riguarda i metodi dimensionali, lo sviluppo è interpretato in termini di una serie di dimensioni evolutive continue (Astle, et al., 2022). Ogni dimensione rappresenta un'abilità o una capacità, e una persona può mostrare livelli alti o bassi in ciascuna di esse. Per esempio, in questo modello, le persone con Disturbi del Neurosviluppo avrebbero bassi livelli di capacità su più dimensioni. Queste dimensioni non sono indipendenti tra loro, ma mostrano una certa quantità di varianza comune. In altre parole, i livelli di capacità in una dimensione possono influenzare o essere influenzati dai livelli in un'altra. Questa varianza comune potrebbe rappresentare un costrutto latente, o un aspetto sottostante della personalità o del funzionamento cognitivo, che si manifesta attraverso più dimensioni.

Con questo approccio, i Disturbi del Neurosviluppo non sono visti come categorie separate e distinte tra loro, ma come parte di uno spazio multidimensionale (Reale et al., 2017). In questo spazio, una stessa caratteristica fenotipica, come l'iperattività o la disattenzione, potrebbe essere collegata a diversi esiti patologici. Ad esempio, queste caratteristiche comportamentali sono importanti per la diagnosi del Disturbo dell'Attenzione e dell'Iperattività (*Attention Deficit – Hyperactivity Disorder*, ADHD) ma possono essere presenti anche in altri disturbi, come i DSA e i Disturbi Dello Spettro Autistico (Reale et al., 2017).

Pertanto, la visione di tali disturbi come entità discrete e separate l'una dall'altra è superata. Piuttosto, i disturbi del neuro-sviluppo, così come altri disturbi mentali, sono visti come manifestazioni diverse di variazioni sottostanti in uno spazio multidimensionale di abilità o caratteristiche (Vio & Olla, 2022). Questo permette

una comprensione più completa degli stessi, superando le limitazioni dei tradizionali sistemi di classificazione categoriali, che è importante anche per cambiare il modo di approcciarsi a questi disturbi e di gestirli da parte della clinica contemporanea (Vio & Olla, 2022).

Infatti, se il percorso diagnostico, in medicina, è orientato al trattamento ed è volto, dunque, al perseguimento della guarigione scrive Ruggerini (2018), nel caso dei Disturbi del Neurosviluppo l'approccio è radicalmente diverso. Egli, a tal proposito, ha sottolineato che «*L'obiettivo non è la Cura, intesa come terapia della condizione in sé, ma il Prendersi Cura dello sviluppo della persona, sviluppo inteso come promozione della identità*» (Ruggerini, 2018, p.71). In un'ottica di promozione dello sviluppo, che suggerisce una concezione della salute che va ben oltre l'eliminazione o la mitigazione dei sintomi di una patologia, il fine preponderante mira al massimo sviluppo delle potenzialità individuali (Ruggerini, 2018).

Il secondo approccio suggerito da Ruggerini (2018), invece, è quello dei *cluster* transdiagnostici, che si pone l'obiettivo di identificare, in una popolazione target, il modo ottimale per raggruppare gli individui sulla base delle loro caratteristiche comuni. In tal senso, un paziente viene assegnato ad un dato cluster grazie ai punteggi ottenuti nei diversi strumenti diagnostici utilizzati. Chiaramente, l'assegnazione al cluster non è definitiva ma soggetta a cambiamenti e un individuo, quindi, può transitare da un cluster ad un altro durante il percorso di crescita e formazione (Ruggerini, 2018).

Si evince, che gli approcci che si stanno promuovendo ad oggi mirano a superare i limiti diagnostici che possono rendere complesso il percorso di cura e cambiamento e ambiscono, in definitiva, a intercettare l'evoluzione degli individui e delle loro

patologie ma anche gli slittamenti che si possono presentare tra le dimensioni e i cluster (Ruggerini, 2018).

I.2 Il Disturbo Visuo-spaziale (non verbale): definizione ed evoluzione storica

Il Disturbo Visuo-spaziale (*Developmental visuospatial disorder*, DVSD) rappresenta una condizione neuro-evolutiva che si distingue per le notevoli difficoltà che le persone incontrano nell'elaborazione visuo-spaziale (Mammarella & Cornoldi, 2014). Tali problematiche sono ulteriormente aggravate da compromissioni presenti a livello delle abilità fino-motorie, di integrazione visuo-motoria e attentive, le quali hanno un impatto tangibile sull'apprendimento e, di conseguenza, sui risultati che questi ultimi ottengono a scuola. Questo disturbo si manifesta, inoltre, con problematiche nell'interazione sociale, nonostante le competenze verbali siano generalmente adeguate (Cornoldi et al., 2016).

Negli ultimi anni, lo studio del disturbo ha suscitato un interesse crescente tra i clinici e i ricercatori. Tuttavia, nonostante l'interesse anche dal punto di vista empirico, il disturbo non trova, ancora oggi, un ufficiale riconoscimento all'interno dei principali manuali diagnostici perché, in primo luogo non si è riusciti a definire un insieme condiviso di criteri diagnostici (Mammarella & Cornoldi, 2014).

Questi aspetti, hanno scritto Mammarella & Cornoldi (2014) «alimentando una sorta di circolo vizioso, hanno rappresentato (e continuano a rappresentare) un ostacolo per la ricerca sul Disturbo visuo-spaziale (non verbale)» (p.255). Le conseguenze di queste difficoltà ricadono direttamente sulla pratica clinica, in quanto la mancanza di un riconoscimento ufficiale e di criteri diagnostici condivisi limita la capacità di diagnosi e di trattamento del disturbo (Mammarella & Cornoldi, 2014). Dunque, è evidente la necessità di ulteriori studi e ricerca in questo ambito, affinché si possa

pervenire a una definizione più precisa e a una maggior comprensione del disturbo in analisi. Questo permetterebbe di elaborare approcci di trattamento più efficaci e mirati, al fine di ottenere un impatto positivo sulla qualità della vita delle persone con questa condizione. A tal fine, nel 2017 la Columbia University ha creato un gruppo di lavoro per individuare dei criteri condivisi, con l'obiettivo di inserire il disturbo all'interno dei manuali diagnostici nelle future edizioni (Mammarella, et al., 2021).

Il disturbo in analisi è noto per le sue ampie compromissioni nell'elaborazione visuo-spaziale, che certamente rappresenta un tratto riconosciuto fin dalle prime descrizioni risalenti intorno alla fine degli anni '60, come quelle fornite da Johnson & Myklebust (1967). Anche Rourke (1995) è stato tra i pionieri nello studio del disturbo visuo-spaziale ed è stato uno dei primi ad osservare proprio la carenza delle abilità visuo-percettive, anche se non è riuscito a supportare la sua ipotesi con dati di ricerca empirici (Mammarella & Lipparini, 2015). Proprio la carenza di dati ha rallentato lo studio del disturbo e anche oggi sono presenti dei dibattiti sullo stesso, che evidenziano come lo studio, la comprensione e la chiarezza circa il disturbo visuo-spaziale abbia un'origine e un'evoluzione complessa (Mammarella & Lipparini, 2015). A tal proposito, di recente, si è aperto un dibattito riguardo la necessità di aggiornare il termine "Disturbo Non Verbale". L'obiettivo di questa discussione è stato quello di armonizzare la terminologia con quelle già esistenti nei principali manuali diagnostici e di rendere la descrizione del disturbo più rappresentativa delle sue caratteristiche principali. La denominazione proposta, "Disturbo Visuo-Spaziale dello Sviluppo" (*Developmental Visual-Spatial Disorder*, DVSD), sembra essere un passo in avanti significativo in questa direzione.

In primo luogo, il nuovo termine, DVSD, evidenzia in maniera più specifica la compromissione tipica associata al disturbo, contrariamente alla precedente definizione di Disturbo Non Verbale dell'Apprendimento (NLD), che lo definiva più per ciò che non includeva (quindi per criteri di esclusione) piuttosto che per le sue manifestazioni principali. Con la nuova concezione di DVSD si pone l'accento sulla principale area di difficoltà, ovvero, quella delle abilità visuo-spaziali. Questo potrebbe rendere il termine più intuitivo per i professionisti, i genitori e gli individui stessi, facilitando una migliore comprensione e accettazione del disturbo (Mammarella et al., 2009).

In secondo luogo, il termine DVSD elimina il riferimento ai disturbi dell'apprendimento. Sebbene tali difficoltà possano effettivamente essere presenti nelle persone con DVSD, queste sembrano essere più un risultato diretto delle compromissioni visuo-spaziali piuttosto che una caratteristica intrinseca del disturbo stesso (Mammarella et al., 2009). Questa sottigliezza è importante perché suggerisce che le difficoltà di apprendimento possono essere affrontate in modo più efficace attraverso interventi mirati alle abilità visuo-spaziali, piuttosto che come problemi separati di apprendimento come evidenziato dagli studi svolti in merito da Mammarella et al. (2009).

In conclusione, l'aggiornamento del termine da NLD a DVSD sembra fornire una migliore rappresentazione della natura del disturbo e dei suoi effetti sull'apprendimento e sullo sviluppo. Ciò, a sua volta, potrebbe portare a migliori strategie di diagnosi, trattamento e supporto per le persone con questo profilo.

I.3 Sintomatologia e decorso

Studi recenti hanno confermato l'ipotesi precedentemente citata a proposito del lavoro svolto da Rourke (1995) e sopra menzionato evidenziando come le difficoltà nei bambini con Disturbo Visuo-spaziale si presentino soprattutto nella discriminazione, nell'elaborazione e nell'orientamento delle forme e delle linee (Cornoldi et al., 2016). Inoltre, sembrano esserci difficoltà anche in relazione al riconoscimento di pattern di tipo geometrico (Cornoldi et al., 2016). Nei bambini NLD, sottolinea Mammarella (et al., 2019), si sono poi osservate delle compromissioni nell'area delle abilità visuo-costruttive, per le quali si intendono compiti che richiedono un coinvolgimento motorio come il gioco delle costruzioni e il disegno (Cornoldi et al., 2016).

L'attuale stato della ricerca suggerisce che sia necessario un ulteriore esame e una comprensione più approfondita delle abilità fino-motorie nelle persone con NLD (Fisher et al., 2022). Anche se l'indagine su questo campo è ancora in una fase preliminare, studi recenti hanno iniziato a svelare alcune complessità. Ad esempio, la ricerca condotta da Mammarella e Cornoldi nel 2020 ha fornito indicazioni circa il fatto che le persone con Non-Verbal Learning Disability (NLD) possono manifestare debolezze in certi aspetti del movimento. Queste difficoltà possono manifestarsi come goffaggine o lentezza nei movimenti, rendendo queste persone diversamente abili rispetto ai loro coetanei con uno sviluppo tipico.

Queste scoperte potrebbero aprire nuove vie di ricerca e comprensione, non solo riguardo al NLD ma anche rispetto alle interazioni tra funzioni cognitive e abilità motorie (Cornoldi et al., 2016). Le implicazioni di tali risultati potrebbero estendersi

alla diagnosi, al trattamento e all'assistenza, mettendo in luce la necessità di un approccio più olistico e personalizzato. La chiarezza in questa area, tuttavia, richiederà ulteriori studi e un'analisi più approfondita per confermare e comprendere appieno queste osservazioni iniziali.

Ad esempio, questi individui potrebbero trovare sfidante eseguire compiti che richiedono un'elevata coordinazione mano-occhio, come legare le scarpe o usare le forbici.

Queste difficoltà fino-motorie possono avere un impatto significativo sull'apprendimento scolastico. In particolare, queste debolezze possono compromettere la scrittura a mano, cioè la capacità di eseguire movimenti coordinati e mirati necessari per scrivere. Ad esempio, un bambino con NLD potrebbe avere difficoltà a tenere correttamente la matita o a formare lettere e numeri con precisione e fluidità, rispetto ai suoi pari (Mammarella & Cornoldi, 2014).

Tuttavia, è importante notare che non tutte le aree dell'apprendimento sembrano essere compromesse in modo uniforme nelle persone con NLD (Cornoldi et al., 2016). Ad esempio, non sono state individuate difficoltà specifiche relative alla lettura e alla componente ortografica della scrittura, che comprende la capacità di scrivere correttamente le parole e utilizzare correttamente la punteggiatura e la grammatica (Cornoldi et al., 2016).

In contrasto con le adeguate competenze linguistiche strutturali, le persone con Disturbo di Apprendimento Non Verbale (NLD) tendono a riscontrare notevoli sfide in matematica, che rappresenta un'area chiave di vulnerabilità all'interno del loro profilo di apprendimento. Mammarella e collaboratori (2013) hanno suggerito che queste difficoltà non derivino necessariamente da problemi con l'automatizzazione

dei processi matematici di base, come l'apprendimento di fatti numerici o il calcolo mentale. Piuttosto, le difficoltà in matematica sembrano essere radicate in una compromissione delle abilità visuo-spaziali. Ad esempio, un bambino con NLD potrebbe avere difficoltà con i concetti e le operazioni che richiedono un alto livello di visualizzazione spaziale, come il calcolo scritto o la risoluzione di problemi che coinvolgono il ragionamento spaziale. Potrebbero anche riscontrare difficoltà nell'ordinare o nel confrontare numeri, potendo faticare a comprendere concetti come "maggiore di" o "minore di" che richiedono un senso implicito della posizione dei numeri sulla linea dei numeri.

La geometria, come disciplina che richiede un alto grado di ragionamento spaziale e di visualizzazione, può rappresentare una sfida particolarmente significativa per gli individui con NLD (Mammarella, et al., 2013). La complessità intrinseca della geometria, con la sua dipendenza da concetti astratti e relazioni spaziali, può interagire con le specifiche debolezze cognitive associate all'NLD, dando luogo a difficoltà uniche in questo dominio. Questa problematica richiede un'indagine ulteriore per comprendere le dinamiche precise tra le caratteristiche della geometria e le particolarità cognitive degli individui con NLD, al fine di sviluppare strategie educative e interventi terapeutici mirati. Le competenze visuo-spaziali sono fondamentali per la comprensione dei concetti geometrici e spaziali (Pasqua, 2023). Ad esempio, uno studente con NLD potrebbe avere difficoltà a visualizzare forme geometriche in diversi orientamenti o a comprendere concetti come l'area e il perimetro che richiedono una comprensione dell'organizzazione spaziale (Pasqua, 2023). Inoltre, la memoria di lavoro visuo-spaziale, che aiuta a mantenere e

manipolare le informazioni spaziali nella mente, può giocare un ruolo di mediazione in queste difficoltà (Mammarella et al., 2013).

In seguito agli sforzi di una task force istituita nel 2017, è stata avanzata una proposta per includere il DVSD nelle future edizioni del DSM, ottenendo risposte favorevoli (Cornoldi, 2019) ed è per questo motivo che è stata presentata una sintesi dei criteri diagnostici proposti che hanno ispirato un certo consenso a livello internazionale.

I criteri diagnostici per il Disturbo Visuo-Spaziale dello Sviluppo (DVSD), come interpretati e adattati dai ricercatori Cornoldi et al. (2019) e Mammarella et al. (2021), si articolano in diversi componenti, delineati come segue:

1. **Criterio A:** Questo comprende la constatazione di difficoltà significative, sia attuali che storiche, che il soggetto può manifestare nell'elaborazione visuo-spaziale. Tali difficoltà devono essere evidenziate in almeno due delle seguenti aree: problematiche in test di percezione visiva e difficoltà nella riproduzione di disegni da copia o nella memorizzazione di questi. Inoltre, possono presentarsi difficoltà nella memorizzazione temporanea delle informazioni visuo-spaziali, una caratteristica che può manifestarsi sia nei bambini che negli adolescenti e negli adulti. Questo deficit non si limita al contesto accademico, ma può permeare anche la vita quotidiana, come illustrato da esempi quali la complessità nel seguire indicazioni stradali anche quando sono chiaramente espresse. Queste difficoltà possono culminare in confusione, percorsi errati o ritardi nel raggiungimento delle destinazioni.

2. **Criterio B:** Questa sezione sottolinea la necessità di identificare indicatori clinici e/o psicometrici di debolezza in almeno un'area del seguente elenco, sia nella fase attuale che nei diversi momenti di crescita del soggetto: a. Difficoltà fino motorie; b. Problemi nell'apprendimento del calcolo o in altre discipline che richiedono abilità visuo-spaziali, nonostante una decodifica adeguata della lettura; c. Difficoltà nelle interazioni sociali.
3. **Criterio C:** All'interno della classificazione del DVSD, è stata enfatizzata l'attenzione ai sintomi che possono manifestarsi in modo precoce, ovvero prima dei 7 anni di età. Questi possono includere difficoltà nella coordinazione motoria fine, nella gestione e nell'integrazione delle informazioni visuo-spaziali, o nel completamento di attività che necessitano di una pianificazione spaziale sofisticata. È imperativo notare che tali sintomi possono non essere completamente manifesti fino a quando le richieste accademiche o sociali non superano le capacità intrinseche del bambino. Tale dinamica può essere ulteriormente mascherata o mitigata da strategie verbali efficaci, che possono ritardare l'identificazione delle difficoltà fino a quando le richieste non diventano troppo complesse.
4. **Criterio D:** Questa sezione enfatizza l'importanza dell'osservazione dei sintomi tangibili sul funzionamento quotidiano dell'individuo, estendendo la valutazione al di là delle sole abilità cognitive. È una misura atta a garantire che la diagnosi sia correlata a un impatto concreto sulla vita del soggetto.
5. **Criterio E:** Infine, è stata definita la necessità di escludere altri disturbi o condizioni che potrebbero fornire una spiegazione alternativa per le difficoltà osservate, come il Disturbo dello Spettro dell'Autismo o il Disturbo della

Coordinazione Motoria (Developmental Coordination Disorder, DCD). Se il profilo NLD risulta essere la conseguenza di una disabilità intellettiva, sensoriale, neurologica o genetica, il DVSD non può essere diagnosticato. Tuttavia, può essere specificato che il soggetto presenta un profilo NLD, al fine di migliorare la chiarezza diagnostica e guidare gli interventi terapeutici successivi.

In sintesi, la diagnosi del DVSD richiede una valutazione olistica e precisa, che tenga conto delle specifiche manifestazioni del disturbo e delle sue implicazioni sulla vita quotidiana del soggetto, nonché dell'esclusione di altri disturbi o condizioni che potrebbero spiegare i sintomi. La comprensione e l'identificazione accurata del DVSD sono essenziali per fornire un supporto adeguato e tempestivo, particolarmente in relazione alla gestione e all'intervento nelle sfide associate a questo disturbo complesso.

I.4 Comorbilità e diagnosi differenziale

Il termine comorbilità si riferisce alla coesistenza simultanea di due o più disturbi o condizioni patologiche in un individuo. Nel contesto dei disturbi del neurosviluppo, la comorbilità è un fenomeno complesso e multifattoriale, spesso riscontrato. Essa può riferirsi alla presenza di multiple affezioni neurologiche, psichiatriche o mediche che si manifestano congiuntamente nell'individuo (Reale et al., 2017).

Questa coesistenza può complicare notevolmente sia la diagnosi che il trattamento. Infatti, i disturbi comorbidi possono interagire tra loro, amplificando o attenuando i sintomi, o influenzando la risposta ai trattamenti terapeutici. Ad esempio, il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) può essere in comorbidità con il Disturbo dello Spettro dell'Autismo (ASD), e queste interazioni possono influenzare la manifestazione e il trattamento di entrambi i disturbi (Reale et al., 2017).

La comprensione delle comorbidità nei disturbi del neurosviluppo richiede un'analisi meticolosa e multidisciplinare, coinvolgendo neuropsicologia, psichiatria, neurologia e altre discipline connesse, al fine di comprendere completamente la natura e l'interazione dei vari disturbi coinvolti (Reale et al., 2017).

La diagnosi differenziale, d'altra parte, è un processo critico e metodologico utilizzato nel campo medico e psicologico per discriminare tra due o più condizioni che possono presentare sintomi simili o sovrapposti (Reale et al., 2017). Nel contesto dei disturbi del neurosviluppo, la diagnosi differenziale è di fondamentale importanza data la complessità e la varietà dei sintomi che possono manifestarsi (Nussbaum, 2013).

Questo processo richiede un'analisi sistematica e rigorosa dei sintomi, delle caratteristiche del paziente e dell'anamnesi, al fine di identificare accuratamente la condizione sottostante. La diagnosi differenziale aiuta a escludere altre condizioni che potrebbero essere erroneamente interpretate come la causa principale dei sintomi (Nussbaum, 2013). Ad esempio, i sintomi di ansia in un individuo con Disturbo dello Spettro dell'Autismo potrebbero essere erroneamente attribuiti all'ASD stesso, mentre potrebbero essere legati a un Disturbo d'Ansia presente in comorbidità.

La diagnosi differenziale nei Disturbi del Neurosviluppo richiede quindi un alto grado di competenza, conoscenza e attenzione al dettaglio. La capacità di discriminare tra disturbi con presentazioni simili può avere implicazioni significative sia per la diagnosi che per il trattamento, poiché la selezione di terapie appropriate dipende dalla corretta identificazione della patologia primaria (Zappella, 2018).

Nel caso specifico in analisi, nonostante vi siano degli evidenti parallelismi tra il DVSD e l'autismo lieve, precedentemente conosciuto come disturbo di Asperger, è importante evidenziare che esistono significative differenze tra i due disturbi. Queste diversità diventano particolarmente rilevanti nel contesto della diagnosi clinica, poiché la loro comprensione permette ai clinici di effettuare diagnosi differenziali accurate e tempestive (Orefice & Mammarella, 2022).

Entrambi i disturbi si contraddistinguono per la presenza di un deficit di funzionamento adattivo, una condizione che influisce sul modo in cui un individuo si adatta e interagisce con il proprio ambiente. Tuttavia, è essenziale sottolineare che nell'autismo ad alto funzionamento, questo deficit è sensibilmente più pronunciato rispetto a quello che si osserva nei pazienti DVSD (Orefice & Mammarella, 2022).

Oltre a ciò, un'altra area in cui si evidenzia una differenza notevole è nell'ambito delle abilità di pragmatica del linguaggio (Mammarella et al., 2022). La pragmatica del linguaggio riguarda l'uso del linguaggio in un contesto sociale, includendo l'abilità di adattare il linguaggio in base alla situazione, capire gli indizi non verbali, riconoscere e utilizzare l'ironia e l'umorismo, e alternare il discorso per mantenere una conversazione (Mammarella et al., 2022). In entrambi i disturbi, queste competenze possono essere compromesse, ma la gravità di questa compromissione

tende ad essere più acuta negli individui con autismo ad alto funzionamento (Mammarella et al., 2022).

Dall'analisi cognitiva e neuropsicologica, emerge che la discrepanza tra gli indici di Comprensione Verbale e di Ragionamento Visuo-Percettivo delle scale Wechsler non rappresenta uno strumento affidabile per differenziare il Disturbo Visuo-spaziale (non verbale) e l'Autismo ad alto funzionamento (Mammarella et al., 2022). Tuttavia, l'analisi delle abilità visuo-spaziali fornisce un metodo di distinzione più efficace: nel disturbo visuo-spaziale, si riscontrano deficit generalizzati, mentre nel caso dell'autismo ad alto funzionamento senza disabilità intellettiva, si osserva una maggiore variabilità che può dipendere dalla specifica componente analizzata e dalle esigenze del compito (Mammarella et al., 2022).

Per quanto riguarda la memoria di lavoro, sottoponendo a compiti di memoria, bambini e adolescenti con DVSD riportano risultati inferiori rispetto ai pari con sviluppo tipico (Mammarella et al., 2022) mentre, anche in questo caso, i bambini nello spettro dell'autismo ad alto funzionamento riportano risultati variabili in riferimento, soprattutto, al dominio visuo-spaziale coinvolto nei compiti di memoria richiesti (Mammarella et al., 2022).

È fondamentale sottolineare che il DVSD mostra alcune caratteristiche simili non solo a quelle riscontrate nell'autismo senza disabilità intellettiva, ma anche a quelle presenti in altre condizioni, come i DSA. Ricordiamo che, inizialmente, il disturbo era definito "Disturbo Non Verbale di Apprendimento", mettendo in evidenza le sfide legate a diverse aree dell'apprendimento scolastico, in particolare nelle discipline matematiche e nelle componenti grafiche, nonché negli aspetti motori della scrittura (Myklebust, 1967). Le ricerche empiriche e gli studi clinici condotti

nel campo della neuropsicologia e della psicologia dello sviluppo hanno contribuito a una crescente comprensione della natura multifattoriale e complessa dei disturbi neurocognitivi.

Questa riformulazione concettuale e terminologica riflette una comprensione più sofisticata delle interazioni dinamiche e delle sovrapposizioni tra diverse funzioni cognitive, motorie e percettive. La categorizzazione di questi disturbi come "disturbo visuo-spaziale" enfatizza la centralità delle difficoltà nell'elaborazione e nell'integrazione delle informazioni visuo-spaziali, piuttosto che circoscrivere il fenomeno a specifiche aree di apprendimento (Mammarella et al., 2022).

I bambini con NLD manifestano specifiche difficoltà legate alla percezione, elaborazione e manipolazione di informazioni visuo-spaziali. Queste limitazioni, che possono variare considerevolmente sia in gravità che in specifiche caratteristiche, sono distintive del profilo DVSD e rappresentano un nucleo centrale del disturbo. L'eterogeneità delle manifestazioni cliniche in questa popolazione potrebbe, infatti, riflettere una diversa compromissione dei sottostanti meccanismi neurali e cognitivi coinvolti nell'elaborazione visuo-spaziale (Mammarella et al., 2022).

D'altra parte, i DSA, quali la discalculia o la disgrafia, presentano delle compromissioni ben definite e circoscritte in specifiche aree dell'apprendimento, come la matematica o la scrittura (Mammarella, et al., 2022). Le difficoltà in queste aree sono spesso associate a disfunzioni in determinati circuiti cerebrali responsabili delle abilità numeriche o motorie, piuttosto che a una più generale alterazione delle capacità visuo-spaziali (Mammarella, et al., 2022).

La chiara demarcazione tra queste due categorie di disturbi sottolinea l'importanza della precisione diagnostica e della comprensione approfondita delle sottostanti dinamiche neurocognitive (Mammarella, et al., 2010). Solo attraverso una valutazione accurata e un discernimento chiaro tra queste condizioni, è possibile formulare un piano di trattamento efficace che risponda alle specifiche necessità del singolo individuo, promuovendo così una prognosi favorevole e un ottimale recupero funzionale (Mammarella, et al., 2010).

Quindi, si può affermare che i bambini con DVSD non mostrano necessariamente compromissioni specifiche nell'ambito dell'apprendimento scolastico. Sebbene sia vero che potrebbero emergere lacune in matematica e nell'aspetto grafico della scrittura, è possibile che, con l'età e lo sviluppo, questi bambini mostrino anche difficoltà nella comprensione del testo e nella gestione di altre materie che richiedono abilità visuo-spaziali, come la geografia (Mammarella et al., 2010).

Per esempio, un bambino con DVSD potrebbe trovare particolarmente impegnativo leggere una mappa o comprendere i diagrammi in una lezione di scienze a causa delle fragilità nell'elaborazione visuo-spaziali (Orefice & Mammarella, 2022). Questo non significa che il bambino abbia un DSA, ma piuttosto che le sue difficoltà visuo-spaziali influenzino la sua capacità di gestire determinati compiti o materie (Miragliotta et al., 2017). In altre parole, la diagnosi e il trattamento del DVSD richiedono una strategia terapeutica più integrata e flessibile, che si concentri non solo sulle difficoltà immediate ma anche sulle potenziali barriere future nello sviluppo (Miragliotta et al., 2017).

È importante sottolineare che, nonostante le distinzioni tracciate tra DVSD, non possiamo escludere la possibilità di una comorbilità, ovvero la coesistenza di

entrambi i disturbi in un individuo (Miragliotta et al., 2017). Se, nonostante un intervento specifico mirato a migliorare le sue competenze matematiche, ad esempio un programma di tutoraggio intensivo o l'utilizzo di strumenti pedagogici specializzati, il bambino non mostra i progressi sperati, il clinico potrebbe ipotizzare la presenza di una comorbilità tra DVSD e un disturbo specifico del calcolo (Damiani et al., 2013). In tal caso, quando si presenta la comorbilità tra NLD e discalculia il bambino avrebbe difficoltà non solo nella manipolazione e comprensione degli spazi, che influisce sulla matematica, ma avrebbe anche problemi più specifici nell'apprendimento dei concetti matematici fondamentali (Damiani et al., 2013). Di conseguenza, un bambino con comorbilità potrebbe avere problemi non solo nel tracciare forme geometriche o nell'organizzare gli oggetti nello spazio (un'abilità spaziale tipicamente compromessa nel NLD), ma potrebbe anche incontrare difficoltà nel memorizzare e comprendere le tavole di moltiplicazione o nel risolvere problemi matematici, indipendentemente dal contesto spaziale (Zaccaria & Mammarella, 2007). Queste specifiche sfide matematiche sarebbero più tipiche della discalculia rispetto al disturbo visuo-spaziale (Zaccaria & Mammarella, 2007). In tali casi, è fondamentale per il clinico riconoscere entrambi i disturbi per poter fornire un intervento più completo e mirato, che tenga conto di tutte le aree di difficoltà del bambino (Zaccaria & Mammarella, 2007).

Inoltre, tra i vari disturbi del neurosviluppo, l'ADHD e il DVSD possono presentare una sovrapposizione di sintomi (Zaccaria & Mammarella, 2007). In particolare, gli individui con DVSD possono manifestare sintomi di disattenzione, soprattutto quando devono elaborare materiale di natura visuo-spaziale, e possono incontrare difficoltà nell'organizzazione delle proprie attività (Mammarella et al., 2016)

Tuttavia, nonostante queste somiglianze apparenti, esistono evidenze scientifiche che distinguono chiaramente l'ADHD e il DVSD (Mammarella et al., 2016). Sembra, infatti, che i bambini con DVSD abbiano più difficoltà, rispetto ai bambini con ADHD, a svolgere esercizi in cui sono richieste le abilità visuo-spaziali come disegnare figure geometriche (Semrud-Clikeman et al., 2010).

Inoltre, si evidenziano anche differenze nelle manifestazioni comportamentali, infatti, nell'ADHD sono più frequenti le problematiche comportamentali, spesso correlate a difficoltà di auto-regolazione emotiva (Semrud-Clikeman et al., 2010). Invece, nel caso di DVSD, è più comune l'insorgenza di sintomi ansiosi, difficoltà di interazione con i coetanei, e problemi di comprensione degli aspetti non verbali della comunicazione (Semrud-Clikeman et al., 2010). Ad esempio, un bambino con NLD potrebbe avere delle difficoltà per interpretare le espressioni facciali, il contatto visivo o i gesti, elementi chiave della comunicazione non verbale (Semrud-Clikeman et al., 2010).

Nonostante queste distinzioni, la comorbilità tra ADHD e NLD, ovvero la presenza di entrambi i disturbi in un singolo individuo, può essere abbastanza frequente e richiede un'indagine più approfondita (Semrud-Clikeman et al., 2010). Un esempio di questa necessità di studio più dettagliato è evidenziato dal lavoro di ricerca sui *Deficits in attention, motor control and visual perception* (DAMP), un quadro clinico teorizzato da Gillberg (2003). Gli studi su DAMP si sono concentrati principalmente su casi che presentano non solo problematiche visuo-spaziali, tipiche del DVSD, ma anche deficit nell'area attentiva, tipiche dell'ADHD. Il DAMP potrebbe quindi rappresentare un esempio di comorbilità tra ADHD e NLD, in cui i

sintomi di entrambi i disturbi sono presenti e interagiscono, rendendo la diagnosi e il trattamento un processo più complesso (Gillberg, 2003).

Si evince, in base a quanto scritto sino ad ora, che il disturbo visuo-spaziale (non verbale) non è facile da riconoscere e diagnosticare, per le diverse sovrapposizioni che i clinici possono incontrare con gli altri disturbi, per cui si rende necessario migliorare l'aspetto diagnostico del disturbo e potenziare l'uso delle diagnosi differenziali in clinica, al fine di supportare i professionisti nel lavoro diagnostico prima e prognostico poi (Mammarella, 2016).

CAPITOLO II

ABILITA' SOCIO-RELAZIONALI ED EMOTIVE

II.1 Sviluppo delle abilità emotive, sociali e relazionali

Sin dalla sua introduzione nel panorama accademico e scientifico, l'Intelligenza Emotiva (IE) ha suscitato un crescente interesse, culminato in una prolifica ricerca e in numerosi dibattiti interdisciplinari. Si è, infatti, evoluta da una semplice novità teorica a una dimensione riconosciuta e integrata nel campo delle scienze comportamentali e psicologiche (Santrock & Rollo, 2021).

La radice concettuale dell'IE risiede nell'idea che gli individui possiedono, al di là delle loro capacità cognitive tradizionalmente misurate, una serie di competenze e abilità legate alla percezione, all'uso, alla comprensione e alla regolazione delle emozioni, sia proprie che altrui (Macchi Cassia et al., 2012). Queste competenze emotive sono state identificate come cruciali per il successo in molti ambiti della vita, che spaziano dalle relazioni interpersonali ai contesti lavorativi, influenzando significativamente il benessere individuale e collettivo (Macchi Cassia et al., 2012).

Il riconoscimento dell'importanza dell'IE ha innescato una rapida espansione nel settore della psicometria. Il fiorente mercato degli strumenti di valutazione ha accolto con entusiasmo l'opportunità di misurare, in modo quantitativo e qualitativo, queste competenze emotive. La proliferazione di tali strumenti ha, tuttavia, sollevato anche una serie di interrogativi riguardo alla validità, alla standardizzazione e all'applicabilità di tali misure in vari contesti (Goleman, 2011).

È pertanto plausibile postulare che l'Intelligenza Emotiva rappresenti uno dei principali costrutti psicologici che hanno caratterizzato le ricerche sulla differenziazione individuale nel corso del ventesimo secolo (Goleman, 2011).

Nonostante l'indiscutibile ascendente che l'IE ha acquisito nella cultura contemporanea, si deve fare una necessaria precisazione: le asserzioni che vedono l'Intelligenza Emotiva come un costrutto di importanza superiore rispetto all'intelligenza tradizionale, quantitativa o analitica, il Q.I per intendersi, non hanno ancora trovato una corroborazione empirica inconfutabile (Goleman, 2011). In effetti, l'intelligenza tradizionale continua ad occupare un ruolo di prim'ordine nel prevedere una serie di risultati relativi all'adattamento e al successo individuale (Goleman, 2011). Tuttavia, questo non preclude il valore intrinseco dell'IE, anzi, ne amplifica il significato. Infatti, l'IE offre un contributo informativo di rilevante portata, in particolar modo se si considera l'applicabilità sociale intrinseca a tale costrutto (D'Amico, 2018). Il fascino che l'Intelligenza Emotiva esercita sembra essere strettamente correlato alle sue implicazioni sociali: gli individui dotati di elevata IE sono spesso percepiti come i candidati ideali in contesti lavorativi che necessitano di abilità comunicative raffinate e di una notevole competenza sociale (D'Amico, 2018). Ecco perché in quasi tutte le professioni, a vari livelli di complessità e indipendentemente dal settore, l'Intelligenza Emotiva è considerata una risorsa indispensabile (D'Amico, 2018).

Secondo Goleman (2011) l'intelligenza non è e non potrà mai ridursi al solo universo cognitivo e alle abilità logiche, ma si riferisce anche alla capacità dell'individuo di leggere correttamente le proprie emozioni e quelle altrui, di controllare gli impulsi e le emozioni a maggiore intensità, come l'ira, riguardando anche l'abilità del

singolo di restare ottimista dinanzi alle difficoltà della vita (Goleman, 2011). Sembrerebbe, quindi, che l'intelligenza emotiva sia quella capacità che permette all'individuo di adattarsi al meglio all'ambiente e di destreggiarsi nelle relazioni interpersonali, che sono essenziali per il benessere e per il continuo miglioramento della qualità di vita (Goleman, 2011). Secondo questa teoria, chi ha una mente brillante dal punto di vista logico non sempre ha anche successo nella vita lavorativa, familiare o amicale (Goleman, 2011). Questo tipo di successo, infatti, implica l'acquisizione di abilità emotive, interpersonali, comunicative che prescindono dalle competenze logico-matematiche (Goleman, 2011). L'uomo, per poter raggiungere la soddisfazione personale e lavorativa, necessita di relazionarsi positivamente all'altro, di poter stare in gruppo, di comunicare le proprie emozioni in modo consono ma, soprattutto, ha bisogno di acquisire le abilità empatiche che gli consentono di comprendere le emozioni degli altri e di trovare a queste ultime delle risposte comportamentali ed emotive appropriate (Goleman, 2011).

Si comprende, in tal senso, l'entusiasmo generalizzato per l'IE che potrebbe anche essere interpretato come la reazione a una carenza storica: l'assenza di uno standard appropriato per la valutazione delle abilità sociali o dell'intelligenza sociale (Goleman, 2011). Questo scenario potrebbe aver reso l'IE particolarmente attraente come possibile risposta a tale vuoto, scrivono Engelberg e Sjoeborg (2005). Gli autori continuano sottolineando come la variazione individuale nel percepire e rispondere agli indizi emotivi degli altri costituisce una piattaforma significativa per l'analisi dell'emozione come funzione sociale-adattiva. Diventa, quindi, essenziale comprendere i fattori che contribuiscono allo sviluppo delle abilità sociali, emotive e relazionali dell'individuo, a partire dalle abilità di mentalizzazione ed empatia.

Secondo la definizione di Baron-Cohen e Frith (1999), l'empatia nasce e si evolve grazie alla Teoria della Mente, che concerne la capacità di «*inferire gli stati mentali degli altri, vale a dire i loro pensieri, opinioni, desideri, intenzioni e così via, e all'abilità di usare tali informazioni per interpretare ciò che essi dicono, dando significato al loro comportamento e prevedendo ciò che faranno in seguito*» (Baron-Cohen & Frith, 1999, p.8).

La comprensione del comportamento umano, con la conseguente previsione delle azioni che gli altri individui sono inclini a compiere, è un aspetto fondamentale per potersi destreggiare con efficacia nell'intricata tessitura di relazioni interpersonali che caratterizzano la vita sociale e affettiva (Baron-Cohen & Frith, 1999). Questo processo comprende la capacità di cogliere le sfumature comportamentali, di decifrare le intenzioni altrui e di anticipare, in un certo senso, le traiettorie future dell'agire umano (Baron-Cohen & Frith, 1999).

Quando un individuo pone in essere un'azione, viene innescata una sorta di indagine mentale in coloro che ne sono osservatori (Engelberg & Sjoeborg, 2005). Ci si interroga sui motivi che hanno spinto l'altro ad agire in quel determinato modo, sui pensieri o i sentimenti che potrebbero aver innescato tale comportamento. Inoltre, si cerca di comprendere come le credenze, i valori e i principi dell'individuo in questione possano aver influito nella scelta di quel preciso corso d'azione e ciò è parte integrante dello sviluppo delle abilità relazionali (Engelberg & Sjoeborg, 2005). È questa incessante ricerca di significato, a rendere l'uomo capace di accedere a sempre nuove conoscenze circa la comprensione di sé e degli altri (Engelberg & Sjoeborg, 2005). Questo processo di decodifica e comprensione continua delle motivazioni e delle emozioni altrui alimenta la consapevolezza del sé e delle

relazioni affettive (Engelberg & Sjoeberg, 2005). In questo modo, l'uomo è in grado di attribuire un significato profondo alle proprie interazioni con gli altri, ed è altresì capace di dotare di senso le sue relazioni (Engelberg & Sjoeberg, 2005). Tale comprensione arricchisce, allora, le esperienze, intensifica le abilità empatiche e consente di navigare con maggiore consapevolezza e sensibilità nel mondo emotivo (Engelberg & Sjoeberg, 2005).

Le teorie principali che si sono occupate di spiegare la Teoria della Mente (*Theory of Mind*, ToM) sono tre:

- *Theory of Mind Theory* (Wellman, 1990);
- Teoria della simulazione (Harris, 1992);
- Teoria modulare (Baron-Cohen et al., 1985).

Nella *theory-theory*, Wellman (1990) suggerisce di leggere gli stati mentali come teorie astratte che, in quanto tali, non sono direttamente osservabili. Attraverso queste teorie, il bambino, come farebbe appunto lo scienziato nel formulare una sua teoria, si costruisce una propria teoria della mente, tramite la quale comprende e prevede il comportamento degli altri.

Il secondo approccio, invece, è quello di Harris (1992) sulla simulazione. Secondo l'autore, la teoria della mente nasce in seguito all'esperienza del bambino nell'ambiente circostante. Egli, attraverso l'osservazione e la simulazione degli stati mentali degli altri, immagina di essere come l'altro, ovvero, si mette nei suoi panni e inizia a capire emozioni, pensieri e sentimenti, nonché le azioni che possono scaturire da queste ultime (Harris, 1992).

Il terzo approccio, l'ultimo della prima ondata di studi sulla teoria della mente, è quello proposto da Baron-Cohen, Leslie e Frith (1985), che sostiene uno sviluppo

innato della ToM, postulando, dunque, l'esistenza di moduli di dominio specifici che hanno il compito di elaborare le informazioni e che si attivano, proprio perché innati, in modo autonomo e automatico. È chiaro, quindi, che tali moduli, che danno forma alla ToM, sono legati allo sviluppo genetico e neurologico (Baron-Cohen et al., 1985).

Gli studi di prima ondata hanno avuto il merito di mettere in evidenza, innanzitutto, le differenze che intercorrono nello sviluppo della ToM a livello individuale. Alcuni bambini, infatti, mostrano di avere questa capacità anche a due anni di età, mentre altri la sviluppano intorno ai quattro anni (Frith & Frith, 2005); ciò ha richiamato l'interesse scientifico che, dunque, ha portato allo sviluppo degli studi di seconda ondata che, a differenza dei primi, hanno messo in luce il legame che intercorre tra la ToM e le interazioni sociali (Dalsant et al., 2015).

In tal senso, lo sviluppo della ToM non sembra più esaurirsi nella dimensione individuale, perché l'interazione sociale diviene parte integrante della formazione dell'individuo, come aveva sostenuto Olson già all'inizio degli anni '90 del secolo scorso (Olson, 1993).

Tra gli approcci più importanti di seconda ondata si possono ricordare l'approccio socio-culturale, che affonda le sue radici teoriche sulle tesi di Bruner (2002) e Vygotskij (1990), e che intende la Teoria della Mente come conseguenza naturale alle interazioni sociali messe in atto dal bambino sin dalla più tenera infanzia.

Un altro approccio, invece, proviene dai Teorici dell'attaccamento, come Fonagy (1992), secondo cui la ToM nasce e si sviluppa sulla base delle interazioni avvenute nel legame di attaccamento che intercorre tra madre e bambino.

In ultimo, la teoria socio-relazionale, così come presentata da Marchetti (2002), considera la ToM come una vera e propria abilità, sia cognitiva che affettiva, che nasce sulla base delle interazioni significative tra gli individui e gli altri.

Sembra chiaro, allora, che la ToM sia fortemente collegata alle relazioni affettive e anche allo sviluppo emotivo, in quanto l'empatia altro non è che la capacità di comprendere lo stato mentale dell'altro, oltre che a rispondere ad esso in modo consono e adeguato (Baron-Cohen, 2012).

L'intreccio tra empatia e ToM appare complesso e profondamente radicato nelle dinamiche dell'esperienza umana e nello sviluppo tipico e atipico dall'infanzia all'adolescenza (Dalsant, et al., 2015). In effetti, si potrebbe essere portati a pensare che il fiorire dell'empatia come capacità psicologica sia strettamente correlato allo sviluppo della ToM (Dalsant, et al., 2015). Questa intuizione ha guidato il lavoro di Baron-Cohen (2011), che ha sviluppato la teoria del “cervello maschile estremo” (*Extreme Male Brain*, EMB) per spiegare il funzionamento autistico. Egli ha proposto un'estremizzazione del modello del cervello maschile, caratterizzato da una propensione più marcata alla sistematizzazione piuttosto che all'empatia e alle relazioni. In altre parole, l'autismo sarebbe il risultato di un'ipertrofia della capacità di classificare e organizzare il mondo, a discapito della capacità di collegarsi emotivamente con gli altri (Baron-Cohen, 2003).

Questa ipotesi solleva una serie di questioni intriganti, non solo dal punto di vista psicologico, ma anche da una prospettiva psicobiologica e fisiologica (Baron-Cohen, 2003).

Potrebbe essere rivelatore esaminare come le differenze in termini di sistematizzazione ed empatia si riflettono non solo nel funzionamento psichico di un

individuo con autismo, ma anche nel suo funzionamento neurologico (Baron-Cohen, 2011).

Tuttavia, è importante sottolineare che le problematiche associate all'autismo sono molteplici e sfaccettate. Tra queste, quelle che più ostacolano l'adattamento dell'individuo nella società sono spesso legate alle relazioni affettive (Baron-Cohen, 2011). Difficoltà nell'accesso alla Teoria della Mente si traducono in difficoltà nel comprendere e nel riflettere sui propri stati mentali e su quelli altrui (Baron-Cohen, 2011). Questo deficit può condurre a una carenza di mentalizzazione e, conseguentemente, di empatia che si traduce in difficoltà nell'instaurare delle sane relazioni interpersonali, sia durante l'infanzia che durante l'adolescenza (Baron-Cohen, 2011).

L'intelligenza emotiva si focalizza su aspetti fondamentali dell'essere umano, su quelle abilità che risiedono nel profondo dell'individuo e che governano il controllo e la gestione dei propri sentimenti, nonché sul potenziale interno di generare un'interazione positiva (Costantini, 2020).

In questa ottica, l'intelligenza emotiva presuppone una transizione da una prospettiva intrapersonale, centrata sulla conoscenza di sé e sulla gestione dei propri stati emotivi, a una prospettiva interpersonale, che richiede abilità di comprensione e di interazione con gli altri (Costantini, 2020). Questa transizione implica l'espansione delle proprie competenze, passando da un'indagine interiore verso una conoscenza più profonda delle dinamiche interpersonali (Costantini, 2020).

La capacità di comprendere le proprie emozioni e quelle altrui, di agire adeguatamente nelle relazioni interpersonali, contribuendo allo sviluppo di un

dialogo efficace e di relazioni armoniose, rappresenta un pilastro fondamentale dell'intelligenza emotiva e dello sviluppo tipico (Costantini, 2020).

L'antico precetto del "Conosci te stesso" (Petrovici & Dobrescu, 2014) trova qui una particolare rilevanza, evolvendosi in un'autoregolazione dei sentimenti, un adattamento al contesto circostante e una finalità di comprensione degli altri, allo scopo di stabilire interazioni positive e costruttive (Petrovici & Dobrescu, 2014).

Sono certamente diverse le situazioni che influenzano le abilità sociali e affettive dei bambini, per cui sembra importante ricavare informazioni sullo sviluppo sociale, emotivo e comportamentale di un bambino nei primi anni di vita, anche per determinare possibili esiti diagnostici e per prevenire l'evolversi di difficoltà emotive e comportamentali (Arslan, et al., 2011). Tali informazioni sono importanti anche per fornire al bambino un ambiente educativo efficace, in cui sia sostenuto in queste aree di sviluppo (Arslan, et al., 2011).

Dallo studio condotto da Arslan (et al., 2011) è emersa una relazione positiva e significativa tra tutte le sottodimensioni indagate, quali relazioni interpersonali, autocontrollo, spiegazione verbale e capacità di ascolto e le sottodimensionali relative alla regolazione emotiva, alla preparazione scolastica, fiducia sociale e coinvolgimento familiare. Di conseguenza, gli autori hanno suggerito che per lo sviluppo sociale, un bambino ha bisogno di avere una famiglia di riferimento, che gli trasmetta sicurezza, senso di appartenenza e fiducia, ma anche una cerchia di amici (Arslan, et al., 2011). L'amicizia fornisce al bambino le competenze sociali, all'interno di un ambiente strutturato e guidato, in cui si pone la giusta enfasi sul supporto emotivo e cognitivo. Il bambino impara a tutelare i propri diritti e a rispettare i diritti e le responsabilità degli altri attraverso il gruppo, attraverso il suo

senso di appartenenza a quest'ultimo. Secondo gli autori dello studio, il periodo prescolare è il momento più appropriato e importante per l'apprendimento di competenze sociali adeguate, perché è il momento in cui il bambino sta crescendo più rapidamente ed è più influenzato dall'ambiente circostante (Arslan, et al., 2011). L'importanza delle competenze sociali nella costruzione di relazioni interpersonali sane è ancora spesso sottovalutata, eppure la carenza di queste competenze può essere associata a differenti problemi comportamentali, incluse marginalità e devianza (Arslan, et al., 2011). I bambini che mostrano un deficit nelle abilità sociali tendono a sperimentare difficoltà nelle interazioni con i loro coetanei, che comporta sentimenti di inadeguatezza, sfiducia e scarsa autostima (Arslan, et al., 2011). Fragilità nelle competenze sociali non solo ostacolano la creazione di relazioni interpersonali sane, ma possono anche ostacolare l'adattamento dell'individuo all'ambiente circostante, inficiando il processo di crescita, sia quando il bambino non presenta altre difficoltà, sia quando tali problemi si presentano in comorbidità ad altre condizioni psicopatologiche, come nei Disturbi del neurosviluppo (Arslan et al., 2011).

II.2 Fragilità emotive e relazionali in età evolutiva

La scuola comportamentista, pur avendo svolto un ruolo storico essenziale nell'evoluzione della psicologia, ha frequentemente trascurato l'esplorazione delle variabili interne inerenti al comportamento umano (Goldfried, 2000). Molti studiosi hanno pertanto sostenuto che tale approccio potrebbe essersi rivelato carente nel

considerare determinate variabili mentali di fondamentale importanza (Goldfried, 2000).

Con l'avvento della cosiddetta "rivoluzione cognitiva", il processo di creazione del significato è tornato al centro dell'attenzione scientifica (Goldfried, 2000). Tuttavia, l'accento posto sugli aspetti cognitivi potrebbe aver portato a una sottovalutazione del ruolo cruciale svolto dalle emozioni nel comportamento e nell'esperienza umana (Goldfried, 2000).

Infatti, nonostante i termini "disturbi emotivi" o "problemi emotivi" siano di uso comune nel gergo psicologico e clinico, e nonostante l'emozione sia riconosciuta come elemento chiave dell'esperienza umana, molti dei modelli teorici prevalenti nel panorama contemporaneo non sembrano aver integrato in modo appropriato il ruolo delle emozioni nello sviluppo e nella psicopatologia (Goldfried, 2000). Fortunatamente, gli attuali sforzi di ricerca (Goldfried, 2000) suggeriscono un cambiamento di paradigma in atto. Questo mutamento si sta configurando come una vera e propria "rivoluzione delle emozioni" che, dal punto di vista teorico, sta riconoscendo l'importanza fondamentale delle emozioni nel comportamento umano e nei processi di sviluppo e psicopatologia (Bottaccioli & Bottaccioli, 2023). Questo cambiamento rappresenta un passo significativo verso una comprensione maggiormente integrata e completa della psiche umana, considerando non solo le strutture cognitive, ma anche le dinamiche emotive come elementi centrali nel determinare il comportamento e l'esperienza degli individui (Tangney & Fischer, 1995).

Le indagini nel campo della psicopatologia dello sviluppo hanno promosso un accresciuto interesse nei confronti dei processi emotivi e della loro rilevanza nello

sviluppo tipico e atipico (Sroufe & Rutter, 1984). Questa linea di ricerca ha apportato contributi significativi psicologia dello sviluppo, sottolineando l'importanza fondamentale delle emozioni nella formazione dell'identità individuale e nei processi di adattamento sociale (Sroufe & Rutter, 1984). Inoltre, i progressi realizzati nel campo delle neuroscienze e della psicofisiologia hanno arricchito notevolmente la nostra comprensione dei correlati neurali e psicofisiologici delle emozioni, oltre a fornire nuove intuizioni riguardo al loro impatto sull'adattamento dell'individuo all'ambiente circostante (Sroufe & Rutter, 1984).

A un livello ancora più ampio, l'interesse per le emozioni è stato rinvigorito da concetti emergenti come l'intelligenza emotiva, la competenza emotiva e l'educazione emotiva (Bottaccioli & Bottaccioli, 2023). Questi concetti, attualmente diffusi e applicati in numerosi ambiti, tra cui l'istruzione, la ricerca scientifica, la psicologia clinica e dello sviluppo, hanno introdotto una nuova prospettiva sulla comprensione e gestione delle emozioni, mettendo in risalto la loro importanza non solo per l'individuo, ma anche per la società nel suo insieme (Bottaccioli & Bottaccioli, 2023).

La crescente considerazione dell'emozione nella ricerca scientifica, nella pratica clinica e nel contesto educativo rappresenta un segnale della rilevanza centrale che l'esperienza emotiva riveste nella vita dell'individuo, confermando l'importanza di approfondire ulteriormente l'indagine sull'emozione all'interno delle discipline psicologiche (Velotti et al., 2013).

L'ambito della ricerca che si occupa di regolazione delle emozioni ha vissuto un incremento considerevole nel corso dell'ultimo decennio (Velotti et al., 2013).

Tuttavia, come molti studiosi del settore hanno osservato, le definizioni di

'regolazione delle emozioni' sono state generalmente implicite e non esplicitamente dichiarate (come ricorda lo studio di Thompson, 1994). Recentemente, sono stati profusi notevoli sforzi per chiarire il costrutto di regolazione delle emozioni, portando alla luce una definizione più ampia e ricca di sfumature (Northoff, et al., 2008).

La regolazione affettiva implica l'attivazione di diversi sistemi interconnessi che elaborano la risposta affettiva, includendo sia componenti biologiche, come quelle neurofisiologiche e motorie, che componenti psicologiche, come i vissuti emotivi e le elaborazioni cognitive (Northoff et al., 2008).

Questi sistemi lavorano insieme per aiutare un individuo a navigare attraverso l'esperienza emotiva dell'apprendimento, contribuendo a massimizzare i risultati positivi e a minimizzare quelli negativi (Northoff et al., 2008).

Inoltre, la regolazione affettiva ha una dimensione intersoggettiva. Le relazioni con gli altri offrono un modo per regolare le emozioni, che può essere positivo, come l'induzione di calma e distensione, o negativo, come il senso di perdita, l'aggressività o la tensione. Questi elementi interpersonali possono influire sulla capacità di un individuo di apprendere efficacemente in un ambiente di gruppo o di classe (Northoff et al., 2008).

Sebbene gran parte dell'attenzione attuale sia rivolta alle competenze accademiche precoci, anche l'importanza di affrontare lo sviluppo socio-emotivo dell'individuo ha suscitato grande attenzione e interesse nel mondo della ricerca empirica. Shonkoff (2003) ha identificato tre aree critiche di sviluppo necessarie per l'apprendimento che fanno riferimento alla regolazione delle proprie emozioni, all'acquisizione del linguaggio, del ragionamento e delle abilità di risoluzione dei

problemi e alla sfera relazionale. È stato dimostrato che i bambini che hanno comportamenti aggressivi e antisociali hanno la probabilità di continuare a seguire una traiettoria che comprende comportamenti difficili, problemi scolastici e sfide che influiscono sulle opportunità sociali, sulla salute mentale e sul benessere in età adulta (Greenberg et al., 2015). Sembra, quindi, che le difficoltà di regolazione delle proprie emozioni influisca negativamente sull'adattamento e sulle relazioni interpersonali oltre che sull'apprendimento (Greenberg et al., 2015).

Secondo Blair e Raver (2015), si possono osservare delle buone competenze e delle buone abilità di apprendimento in quegli individui che sembrano, a partire dall'infanzia, capaci di regolare e gestire, in modo appropriato le proprie emozioni. Sembra, quindi, che nel momento in cui si è in grado di essere entusiasti ma anche curiosi circa le nuove attività da svolgere si è anche capaci di prestare attenzione e di seguire le indicazioni dei tutor in contesti di apprendimento. In questi casi, gli individui sembrano anche capaci di controllare gli impulsi tanto da avvicinarsi empaticamente agli altri (Blair & Raver, 2015).

Nel caso in cui vi siano, invece, dei problemi nella regolazione emotiva, che sfociano in sintomi di natura esternalizzante, queste abilità risultano compromesse, con ripercussioni anche sulle abilità di apprendimento in genere (Blair & Raver, 2015). In primo luogo, la regolazione delle emozioni può essere considerata, quindi, un costrutto dialettico. Questo significa che comprende sia l'emozione come regolatore del comportamento, sia l'emozione come fenomeno che necessita di essere regolato (Blair & Raver, 2015). Da un lato, le emozioni sono essenziali per guidare il comportamento, in quanto forniscono un feedback costante sull'interazione dell'individuo con l'ambiente circostante. Le emozioni, infatti, agiscono come un

barometro che indica all'individuo quando è necessario modificare la propria condotta in risposta a un determinato contesto o situazione (Blair & Raver, 2015).

D'altra parte, le emozioni stesse possono essere l'oggetto di regolazione. Questo implica l'uso di strategie cognitive e comportamentali per gestire e modulare la propria risposta emotiva (Blair & Raver, 2015). Questa componente della regolazione delle emozioni è fondamentale per il benessere psicologico e l'adattamento sociale, in quanto un'efficiente gestione delle emozioni consente all'individuo di rispondere in maniera appropriata e flessibile alle diverse situazioni che si presentano (Inwood & Ferrari , 2018).

In estrema sintesi, la regolazione delle emozioni può essere vista come un delicato equilibrio tra il ruolo delle emozioni come regolatori del comportamento e la necessità di controllare e gestire le emozioni stesse (Inwood & Ferrari , 2018).

Recentemente è stato proposto che i problemi di regolazione delle emozioni possano essere un importante meccanismo alla base dei problemi comportamentali nei disturbi dirompenti e che possano, altresì, creare, delle fragilità, ampliando i rischi psicosociali che i bambini e gli adolescenti possono incontrare durante il loro percorso di crescita (Roll & Koglin, 2012). Si ritiene che un'alterata capacità di regolazione delle emozioni sia alla base di problemi comportamentali anche in bambini con altri disturbi e/o difficoltà, come i disturbi dello spettro autistico e il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) (Roll & Koglin, 2012). Quando le abilità di regolazione delle emozioni sono compromesse nei bambini si osservano (Roll & Koglin, 2012):

- Riduzione del comportamento prosociale;
- Riduzione del successo scolastico;

- Riduzione della competenza sociale;
- Riduzione della qualità delle relazioni sociali;
- Maggiore vulnerabilità alla psicopatologia.

La revisione di Roll e Koglin (2012) ha mostrato che esistono diversi studi empirici a sostegno dell'ipotesi che la regolazione delle emozioni possa essere compromessa nei bambini con comportamenti aggressivi e antisociali. Un'efficace regolazione delle emozioni inizia con la consapevolezza emotiva, definita come attenzione e comprensione delle proprie risposte emotive e del proprio funzionamento (Roll & Koglin, 2012).

Un'insufficiente consapevolezza emotiva può portare a gestire le emozioni spiacevoli con comportamenti impulsivi di *acting-out*, a causa di un'errata interpretazione degli spunti emotivi interni ed esterni (Rosen et al., 2013). In effetti, Rosen (2013) ha riscontrato che una ridotta consapevolezza emotiva auto-riferita era associata a disturbi esternalizzanti in comorbilità in una popolazione di bambini con ADHD. Gli adolescenti maschi autori di reati hanno riferito problemi sostanzialmente maggiori nell'identificare i sentimenti rispetto a un gruppo di controllo non clinico. Manninen e Therman (2011) hanno riscontrato che gli adolescenti maschi con gravi problemi di comportamento avevano più problemi a descrivere i sentimenti agli altri rispetto ai controlli. Sembra, quindi, che la consapevolezza delle emozioni influenzi i processi di regolazione delle emozioni.

Dopo aver preso coscienza delle emozioni, è necessario per lo sviluppo tipico, etichettarle correttamente e decidere quali risposte o comportamenti sono necessari/appropriati o quali devono essere inibiti (Manninen & Therman, 2011). È stato riscontrato che i bambini con problemi di aggressività hanno minori probabilità

di inibire la reattività emotiva e utilizzano strategie di regolazione meno efficaci o più inappropriate (Flouri et al., 2013).

Sulla base dei risultati presenti in letteratura, benché emerga una relazione positiva tra i disturbi del comportamento, la devianza e i disturbi della regolazione emotiva, non è ancora chiaro se i suddetti deficit emotivi si presentino solo in questi casi o anche in comorbilità con altre psicopatologie, come ad esempio accade nel caso dell'ADHD o disturbo dello spettro dell'autismo (Flouri, et al., 2013). Pertanto, studiando la regolazione delle emozioni nei bambini è necessario includere anche i tratti dell'autismo e del deficit di attenzione, oltre che i tratti tipici dei disturbi del comportamento, come il disturbo oppositivo-provocatorio e il disturbo della condotta (Flouri, et al., 2013).

I principali risultati dello studio di Rijn (2016), che ha indagato proprio la suddetta relazione, suggeriscono che i ragazzi con DOP presentino una compromissione del processo decisionale emotivo e della regolazione delle emozioni nella vita quotidiana, ma ne abbiano una consapevolezza ridotta, in quanto loro stessi non hanno riferito di aver avuto problemi. Inoltre, l'autismo e i tratti di deficit di attenzione non sono stati correlati al processo decisionale emotivo nei ragazzi con DOP, al contrario di come si era ipotizzato all'inizio. Il confronto che è stato svolto da Rijn (2016) ha rivelato che i ragazzi con DOP avevano maggiori problemi nel prendere decisioni emotive rispetto ai controlli. Dalla ricerca dell'autore sopra citato è emerso anche che i ragazzi con DOP tendono a presentare difficoltà nell'elaborazione delle informazioni sociali. In linea con l'ipotesi di partenza degli autori, i genitori dei ragazzi con DOP hanno riportato maggior problemi nella regolazione delle emozioni, quindi, in diverse dimensioni che si ripercuotono nella

loro vita quotidiana e che si riferiscono alla conoscenza dei propri sentimenti, come anche alla capacità di autoriflessione. Anche se si può obiettare che l'autoriflessione potrebbe non essersi sviluppata completamente in età infantile, alcuni studi (Stacks & Oshio, 2009) hanno utilizzato con successo questionari self-report sulla consapevolezza emotiva o sull'espressività in popolazioni di bambini psichiatrici di età simile. In estrema sintesi, i risultati dello studio riportato supportano l'idea che la disregolazione delle emozioni sia un problema importante nei soggetti che presentano sintomi di natura esternalizzante (Stacks & Oshio, 2009). Questa può essere un'informazione importante per la diagnosi e il trattamento, che dovrebbe essere progettato proprio per migliorare la regolazione delle emozioni, la presa di coscienza delle emozioni e dei comportamenti di coping utilizzati (Bauminger, 2008). Migliorare la regolazione delle emozioni è importante perché può aiutare a ridurre i comportamenti aggressivi e antisociali se i bambini imparano a rispondere alle emozioni nella vita quotidiana in modo socialmente accettabile e flessibile (Bauminger, 2008).

II.3 I fattori di protezione e rischio nello sviluppo tipico e atipico

Nell'ambito degli studi svolti nel campo dello sviluppo, si è potuta osservare una crescente attenzione alla comprensione delle dinamiche che modulano e influenzano i percorsi evolutivi degli individui durante le diverse fasi della vita. In questo contesto, è opportuno delineare due concetti cardinali che svolgono un ruolo di primo piano nella determinazione delle traiettorie evolutive: i fattori di rischio e i fattori di protezione (Guerra, 2014).

I fattori di rischio possono essere definiti come quegli elementi o condizioni, presenti nell'ambiente o nella costituzione individuale, che aumentano la probabilità di sviluppare esiti negativi o maladattivi nel corso dello sviluppo (Guerra, 2014). Questi possono includere, ma non sono limitati a, stress prenatali, esposizione a sostanze tossiche, traumi precoci, carenze affettive o educative, o predisposizioni genetiche avverse. Essi contribuiscono, in modi spesso sinergici e multifattoriali, a deviazioni dal percorso di sviluppo ottimale e possono culminare in disturbi psicopatologici, comportamenti antisociali o altre manifestazioni di maladattamento (Verrocchio et al., 2008). Quando si parla di fattori di rischio, quindi, si fa riferimento all'insieme dei fattori ambientali che si riferiscono sì alla famiglia, ma anche all'individuo, alla scuola, al gruppo dei coetanei e all'ambiente socio-economico (Verrocchio et al., 2008).

D'altro canto, i fattori di protezione rappresentano quelle condizioni o caratteristiche che, pur in presenza di fattori di rischio, riducono la probabilità di manifestazione di esiti negativi e favoriscono traiettorie di sviluppo resilienti e adattive. Essi possono manifestarsi sotto forma di capacità individuali, come un elevato quoziente intellettivo o competenze socio-emotive, oppure come elementi contestuali, come il sostegno di una figura affettiva stabile, l'appartenenza a una rete sociale coesa o l'accesso a risorse educative e socio-culturali di qualità (Specchia et al., 2015).

Lo sviluppo emotivo, sociale e relazionale del bambino o dell'adolescente è un processo intricato e multiforme, arricchito da una serie di variabili interconnesse tra loro (Battacchi, 2014). In questa complessa matrice di sviluppo, la presenza o l'assenza di diagnosi di comorbilità può avere un impatto significativo.

Disturbi quali l'ADHD, il Disturbo dello spettro dell'autismo, il Disturbo visuo-spaziale, i disturbi dell'apprendimento o i disturbi dell'umore come la depressione e l'ansia possono interagire con il processo di sviluppo socio-affettivo del bambino, spesso complicando ulteriormente il quadro clinico e sintomatologico (Geraci, 2020).

Quando un disturbo concomitante è presente, le difficoltà già esistenti nelle traiettorie evolutive possono essere amplificate (La Cascia et al., 2008). Ad esempio, un bambino con ADHD potrebbe avere difficoltà nel gestire adeguatamente gli aspetti emotivi, e questo potrebbe portare a problematiche nei rapporti con i coetanei e nell'interazione sociale (La Cascia et al., 2008). Similmente, un adolescente con sintomatologia depressiva potrebbe ritrovarsi a fronteggiare numerose difficoltà nel gestire le proprie emozioni, influenzando negativamente la sua capacità di creare e mantenere relazioni sane (Tambelli et al., 2013). Inoltre, le diagnosi in comorbilità possono interferire con l'abilità dell'individuo di identificare correttamente le proprie emozioni, rendendone più difficile l'interpretazione e l'espressione (Baldoni, 2005). Questa condizione può complicare ulteriormente la capacità di interagire efficacemente con gli altri, dato che l'empatia e la comprensione reciproca giocano un ruolo fondamentale nelle relazioni interpersonali (Dvir et al., 2014).

Nonostante queste sfide, è importante sottolineare che la presenza di comorbilità non preclude necessariamente uno sviluppo socio-affettivo sano, ma potrebbe divenire essa stessa un fattore di rischio per altre problematiche, ed è per questo che sarebbe auspicabile trattare al meglio la diagnosi principale e curare l'aspetto sociale della vita del bambino o dell'adolescente individuando, innanzitutto, i fattori di rischio e di protezione dello sviluppo tipico e atipico (Guarino et al., 2006).

Il principale fattore di rischio che può ostacolare il normale sviluppo affettivo e sociale è rappresentato dal contesto in cui il bambino è immerso e, di conseguenza, dalla famiglia soprattutto quando si presenta come multi-problematica (Cigala et al., 2018). Al suo interno, quindi, si possono scorgere numerose complessità, che vanno da quelle socio-economiche a quelle psicopatologiche sino alla marginalità e alla devianza (Cigala et al., 2018). Inoltre, problemi lavorativi da parte dei genitori, gravi conflitti coniugali sembrano divenire dei fattori particolarmente rischiosi per l'insorgenza di sintomi di natura internalizzante ed esternalizzante (Cigala et al., 2018). In una ricerca di Loeber e collaboratori (2000), infatti, sono stati evidenziati i fattori di rischio infantili e psicosociali, unitamente ai fattori protettivi ed è stato evidenziato come il fattore economico e lo status sociale della famiglia incida fortemente nell'etiologia della psicopatologia infantile. Gli autori (Loeber et al., 2000) sembrano d'accordo nel ritenere che i rischi psicosociali nell'infanzia e nell'adolescenza sono osservabili nei nuclei famigliari problematici, ma non è ancora chiaro se i quartieri suburbani o a rischio di criminalità siano anch'essi fattori di rischio e che, appunto, andrebbero studiati a parte, per comprendere il fenomeno dei disturbi del comportamento anche in un'ottica sociologica, laddove il contesto ambientale, anche extrafamigliare, che è rappresentato dai luoghi primariamente frequentati dal bambino, ha una sua influenza diretta sul suo sviluppo e sulla sua *forma mentis*. Sembra, quindi, che vivere in contesti di marginalità predisponga i bambini, ma soprattutto gli adolescenti a comportarsi in modo tale da irrompere le norme e le regole sociali (Factor et al., 2014). Questo accade soprattutto quando i bambini presentano un tortuoso percorso di crescita, come accade, solitamente, nei bambini con ADHD, in cui si registra un alto tasso di comorbilità con altre

condizioni esternalizzanti, come il disturbo della condotta e il disturbo oppositivo-provocatorio (Muratori & Lambruschi, 2020).

Sebbene tutti questi elementi si sommino per dar luogo a comportamenti a rischio nel bambino o nell'adolescente, la psicodinamica contemporanea tende a focalizzare l'attenzione sul gruppo famiglia, in particolar modo, sugli stili educativi inadeguati, autoritari o lassisti, in cui si possono osservare delle dinamiche relazionali non ottimali, ma conflittuali, con dei ruoli disorganizzati e, molto spesso, all'interno di un clima familiare violento, psicopatologico e abusante (Muratori & Lambruschi, 2020). Gli abusi, la trascuratezza e i traumi subiti nella prima infanzia, infatti, risultano dannosi per l'individuo in formazione, non solo per una questione psicologica ma anche psicobiologica, poiché l'organismo, vivendo continuamente sotto stress, a causa dei traumi cumulativi e, quindi, persistenti, attiva l'asse ipotalamo ipofisi surrene, dal quale si secreta il cortisolo, il cui circolo nel sangue va a svantaggio della salute complessiva del bambino, andando, tra l'altro, ad influire negativamente sulla formazione del sistema nervoso centrale e, in particolare, sull'ippocampo riducendone il volume (Craparo, 2015). I traumi, del resto, sono anche associati a disturbi legati all'umore, alla condotta e ai meccanismi dissociativi ed è per questo motivo che potenziare l'intervento preventivo risulta un passaggio fondamentale per dare alla clinica una spinta propulsiva volta ad arginare da un lato il fenomeno della violenza domestica, dall'altro lo sviluppo crescente di queste psicopatologie a base traumatica (Sabatello et al., 2010). In riferimento, invece, agli stili educativi, i ricercatori hanno designato con il termine *disrupted parenting*, l'insieme di tutte quelle dinamiche educative e quei metodi che risultano inefficaci, inconsistenti e che, spesso, sono associati a metodi abusivi come si evince nel caso

delle punizioni corporali (Johnston et al., 2001). In questi casi, il comportamento aggressivo, oppositivo e provocatorio sembra aumentare a dismisura insieme ai disturbi della regolazione emotiva, che ostacolano la nascita di buone relazioni sociali anche nel gruppo dei pari (Boden, et al., 2010).

È importante notare come l'isolamento sociale, un ridotto network di relazioni amicali e le difficoltà emotive possono essere sintomatici di un basso livello di empatia all'interno del nucleo familiare, di una scarsa intimità emotiva tra i membri della famiglia e di un frequente ricorso a tattiche coercitive basate su manipolazioni emotive e sfide (Boden et al., 2010).

In questa prospettiva, si può osservare come i pregiudizi derivanti da un approccio educativo eccessivamente rigido possono essere paragonati a quelli scaturiti da uno stile educativo caratterizzato da un atteggiamento di lassismo o, per meglio dire, *laissez-faire* (Boden et al., 2010). Entrambi questi estremi, infatti, possono portare a conseguenze simili dal punto di vista clinico e comportamentale (Boden et al., 2010). Quando la disciplina si trasforma in rigidità, si possono creare barriere emotive e inibire la capacità dell'individuo di esprimere liberamente i propri sentimenti. Al contrario, un atteggiamento troppo permissivo può portare a un senso di instabilità e mancanza di limiti, con conseguente difficoltà nell'autoregolazione e nella gestione delle relazioni interpersonali (Boden et al., 2010).

Pertanto, appare fondamentale trovare un equilibrio tra questi due estremi. L'educazione dovrebbe promuovere un ambiente di rispetto e comprensione, nel quale l'individuo può sentirsi sicuro nell'esprimere le proprie emozioni e allo stesso tempo apprendere l'importanza dei limiti e delle regole (Confalonieri et al., 2017). L'empatia e la vicinanza emotiva all'interno del nucleo familiare svolgono un ruolo

cruciale in questo contesto, in quanto promuovono l'instaurarsi di relazioni sane e costruttive che possono prevenire l'isolamento sociale e facilitare lo sviluppo di abilità emotive (Confalonieri et al., 2017).

Nell'interpretazione dell'evoluzione dei disturbi del neurosviluppo, è fondamentale considerare una serie di fattori prognostici "distali", che includono il livello di funzionamento sociale, il quoziente intellettivo e lo sviluppo linguistico (Costa, et al., 2021). Tuttavia, la prospettiva può essere arricchita includendo i fattori prognostici "prossimali", ovvero quegli elementi suscettibili di modifica che possono essere valutati e trattati attraverso un percorso terapeutico efficace e che possono, a lungo termine, trasformarsi in fattori protettivi dai rischi psicosociali (Costa et al., 2021).

Tra questi fattori modificabili la progressione del disturbo, tre si sono dimostrati di particolare rilevanza: l'ambiente familiare, l'ambiente scolastico (con enfasi sulle relazioni tra pari) e l'intervento terapeutico (Costa et al., 2021).

L'intervento nell'ambiente familiare presuppone un coinvolgimento attivo e consapevole dei genitori, elemento fondamentale per garantire un percorso terapeutico efficace. Per tale ragione, diventa essenziale fornire loro indicazioni dettagliate e specifiche, spesso sotto forma di un programma di formazione strutturato, noto come "*parent training*" (Zwi et al., 2011). Attraverso questi percorsi, i genitori vengono formati sulle dinamiche dei disturbi del neurosviluppo, comprendendo a fondo le cause, l'evoluzione e la sintomatologia specifica del disturbo del figlio (Zwi et al., 2011). Questa comprensione approfondita permette loro di affrontare il disturbo in maniera consapevole e informata, favorendo

l'attuazione di strategie comportamentali adeguate all'interno dell'ambito domestico, potenziando, così, l'efficacia delle terapie attuate in ambito clinico (Zwi et al, 2011). Inoltre, il sostegno terapeutico esteso ai genitori assume un ruolo cruciale nell'affrontare eventuali difficoltà o fragilità familiari che possono emergere a seguito della diagnosi (Vio & Spagnoletti, 2013). Questo sostegno può includere counseling, terapia familiare, gruppi di supporto per genitori e altro ancora. L'obiettivo di tale sostegno è fornire ai genitori strumenti e risorse per gestire in modo efficace le sfide associate al crescere un figlio con un disturbo del neurosviluppo, sostenendo il benessere emotivo di tutta la famiglia e rafforzando il suo ruolo di principale agente di supporto per il bambino (Benedetto, 2017).

In sintesi, l'intervento sull'ambiente familiare contribuisce a creare un contesto domestico che sostiene e arricchisce il percorso di cura del bambino, fornendo un complemento fondamentale alle terapie cliniche (Costa et al., 2021). È altresì importante offrire ai bambini e agli adolescenti opportunità di socializzazione al di fuori dell'ambito scolastico (Garelli et al., 2006).

Per quanto riguarda l'intervento terapeutico, esso deve essere tempestivo, mirato, specifico e individualizzato, basandosi su un'accurata valutazione preliminare e sulla collaborazione di un team multiprofessionale (Garelli et al., 2006). Questo potrebbe essere un fattore assolutamente positivo e protettivo da rischio di devianza, marginalità e disagio relazionale e affettivo.

Esiste, quindi, un potenziale reale per influenzare positivamente il decorso di disturbi del neuro-sviluppo anche di grave entità, operando attivamente sull'ambiente circostante dell'individuo - famiglia, scuola, relazioni con i pari - attraverso un progetto di cura accuratamente studiato e individualizzato (Garelli et

al., 2006). Tale opportunità concreta impone a tutti gli attori coinvolti nel network assistenziale di non trascurare alcuna delle azioni potenzialmente efficaci per la realizzazione di un efficace progetto di cura (Maino & Ferrara, 2017).

CAPITOLO III PSICOPATOLOGIA E NEUROSVILUPPO

III.1 Rischio psicopatologico nei disturbi del neurosviluppo

Le fasi evolutive di un disturbo nel corso della crescita tendono a manifestarsi con maggiore intensità durante i momenti di transizione, come l'inizio della scolarizzazione. Questi momenti di cambiamento portano con sé nuove e diverse richieste esterne che l'individuo deve affrontare. Quando la persona riesce a soddisfare le crescenti aspettative dell'ambiente, a causa dell'incremento delle difficoltà legate ai compiti o della maggiore complessità delle interazioni sociali, le problematiche legate al disturbo emergono con maggiore chiarezza ed evidenza (Armesano & Giofré, 2014).

Durante l'adolescenza, oltre alle tradizionali sfide legate a questo periodo di crescita, quali questioni cognitive, emozionali e sociali, emergono ulteriori problemi. L'età adolescenziale, infatti, porta con sé non solo le consuete difficoltà legate alle relazioni con i coetanei e potenziali problemi di autostima, spesso radicati in precedenti esperienze di fallimento, ma anche questioni strettamente legate all'ambiente scolastico (Armesano & Giofré, 2014). È proprio in questa delicata fase dello sviluppo che si manifesta un incremento del rischio di adottare comportamenti antisociali, di sviluppare disturbi di natura psichiatrica e, in alcuni casi estremi, di incorrere in tentativi di suicidio (Braga et al., 2001).

È importante sottolineare come, in base a recenti studi, la sintomatologia tipica dei Disturbi del Neurosviluppo tenda a evolvere durante l'adolescenza e nella fase adulta (Braga et al., 2001). Si stima che, in circa il 35% dei casi, vi sia un effettivo

miglioramento e superamento dei sintomi, anche se spesso si registra un rendimento scolastico o lavorativo non all'altezza delle aspettative o inferiore rispetto ai coetanei con sviluppo normotipico. In un ulteriore 45% dei casi, invece, si osserva una riduzione dei sintomi classici, in particolare quelli legati all'iperattività, come avviene nei casi di ADHD (Braga, et al., 2001). Questa attenuazione, però, viene spesso compensata da un'intensificazione dei problemi di natura emotiva o sociale (Braga, et al., 2001). Infatti, in questa fase, emergono con maggiore frequenza altri disturbi di carattere internalizzante, come i Disturbi d'Ansia e la Depressione legati soprattutto alle diverse problematiche che insorgono all'interno dei contesti educativi, quando ci si trova a relazionarsi con il mondo dei pari.

Secondo Arnesano e Giofrè (2011), il DVSD appare strettamente connesso a un aumento del rischio di manifestare sintomi di disagio emotivo e depressione. Gli autori si propongono di analizzare la connessione tra una ridotta competenza visuo-spaziale, tipica del DVSD, e l'insorgenza di disagi emotivi tra studenti delle scuole secondarie di primo grado. La ricerca ha coinvolto un campione di 202 studenti, suddivisi in 95 maschi e 107 femmine, provenienti dalle prime tre classi della scuola secondaria di primo grado (Arnesano & Giofrè, 2011).

Gli autori hanno messo in evidenza come le difficoltà visuo-spaziali siano connesse alle difficoltà socio-relazionali, come si vedranno in seguito, e ad una maggiore propensione a sviluppare disturbi dell'umore di tipo depressivo (Rourke, 1995). Sebbene gli individui mostrino difficoltà nelle abilità visuo-spaziali, nella percezione tattile e nelle competenze di problem solving non verbale, le loro abilità linguistiche e l'assorbimento di materiale verbale non sembrano compromesse (Myklebust, 1975; Rourke, 1989). In riferimento all'ambito scolastico, tali individui

tendono ad incontrare sfide maggiori in materie come matematica, scienze, geografia e disegno (Rourke, 1989; Strang & Rourke, 1983) e questo potrebbe essere connesso alle difficoltà emotive e alla psicopatologia internalizzante che potrebbe insorgere durante la crescita di questi bambini e adolescenti.

I risultati dell'indagine che hanno condotto Arnesano e Giofrè (2011) corroborano l'ipotesi di un legame tra abilità visuo-spaziali limitate e manifestazioni di sintomi depressivi, in linea con precedenti studi in letteratura (Casey et al., 1991). Gli autori hanno osservato una correlazione significativa tra difficoltà scolastiche e visuo-spaziali, che insieme contribuiscono a una variazione rilevante nei punteggi al CDI. Specificatamente, punteggi inferiori nelle abilità scolastiche sono stati associati a una maggiore presenza di sintomi depressivi. Inoltre, analizzando il campione con competenze visuo-spaziali ridotte, si è evidenziato che gli individui con un indice visuo-spaziale più basso tendono a valutarsi meno positivamente rispetto ai loro coetanei con un indice visuo-spaziale più elevato, mostrando contemporaneamente sintomi depressivi più accentuati (Arnesano & Giofrè, 2011).

In particolare, durante la scuola secondaria di primo grado, si osserva un incremento dei sintomi depressivi. Da questi dati, Arnesano e Giofrè (2011) hanno dedotto l'importanza cruciale che riveste lo sviluppo psicoaffettivo nei giovani con difficoltà visuo-spaziali. Sebbene l'attenzione degli interventi tenda spesso a focalizzarsi su altre problematiche, relegando questi aspetti a una posizione periferica, è indubbio che influenzino profondamente il benessere (Arnesano & Giofrè, 2011).

Tuttavia, la ricerca presenta alcune limitazioni. La mancanza di considerazione di casi con una diagnosi confermata di DVSD suggerisce la necessità di replicare questi risultati su un campione clinico con un'accurata documentazione. Inoltre, la modalità

di selezione del campione, basata su un questionario di screening completato dagli insegnanti, non garantisce l'effettiva presenza di difficoltà di natura non verbale. Potrebbe quindi essere interessante, in futuro, replicare la ricerca ma su un campione con diagnosi di DVSD conclamato, avvalendosi di misurazioni dirette circa le prestazioni in ambito visuo-spaziale e circa il rilevamento dei sintomi depressivi, su soggetti appartenenti ad un campione più ampio e con fasce d'età differenti (Arnesano & Giofrè, 2011).

È importante sottolineare che i sintomi internalizzanti sono stati oggetto di studio in merito non solo al DVSD ma a tutti i Disturbi del Neurosviluppo. A partire dagli anni Ottanta, infatti, le questioni relative alla salute mentale nelle persone adulte che avevano ricevuto, durante il periodo infantile, diagnosi di autismo o con disabilità intellettiva, hanno guadagnato crescente attenzione (Sturmev & Sevin, 1993). Gran parte degli studi ha esplorato la presenza di Disturbi dell'umore, con un'enfasi particolare sulla Depressione (Davis et al., 1997). È stato ipotizzato che i sintomi depressivi accomunassero bambini, adolescenti e adulti con Disturbi del Neurosviluppo e a tal proposito sono stati svolti diversi studi in cui si è ipotizzato che i sintomi depressivi potessero presentarsi anche in modo atipico e non essere, quindi, adeguatamente riconosciuti. Ross e Oliver (2002) hanno condotto uno studio pionieristico su queste ipotesi concettuali, con l'obiettivo di verificare se esistesse una correlazione tra i comportamenti tipicamente associati alla depressione e comportamenti problematici in un campione di persone con diagnosi di Disturbi del Neurosviluppo (Ross & Oliver, 2002). Gli autori hanno analizzato l'umore e i livelli di interesse e piacere in 53 persone che avevano ricevuto la diagnosi durante l'età evolutiva e che al momento del questionario avevano superato i 18 anni di età.

Il test utilizzato è stato il *Mood, Interest and Pleasure Questionnaire* (Petry, et al., 2010). Dallo studio condotto è emerso che mentre gli adulti con ritardo mentale lieve e medio sembrano manifestare tutti i sintomi tipici della depressione, come descritto nelle linee guida, il panorama cambia per quelli con ritardo grave e profondo. La letteratura in questo ambito è limitata, e la diagnosi diventa sfidante dato che molti sintomi richiedono una comunicazione verbale diretta con il paziente, cosa spesso non possibile con questi individui (Ross & Oliver, 2002).

La discussione attuale si concentra sulla possibilità che la Depressione in questi adulti possa manifestarsi diversamente dai criteri diagnostici tradizionali. Anche se alcuni sintomi tipici della depressione sono stati identificati in questi individui, alcuni ricercatori hanno suggerito la presenza di sintomi atipici per facilitare il percorso diagnostico (Ross & Oliver, 2002).

È bene chiarire come possono manifestarsi i sintomi atipici della Depressione quando si presenta una diagnosi di Disturbo del Neurosviluppo. Innanzitutto, la definizione di "sintomi atipici" abbraccia un ampio spettro di comportamenti problematici, con particolare enfasi sull'aggressione, l'autolesionismo e l'irritabilità (Ross & Oliver, 2002). Si è avanzata l'ipotesi che tali comportamenti possano servire come indicatori di Disturbi dell'umore. Sebbene l'idea dei "sintomi atipici" sia ampiamente accettata, la loro validità è considerata più solida quando si riesce a stabilire un legame temporale tra la comparsa dei sintomi tradizionali della Depressione e questi sintomi non convenzionali (Ross & Oliver, 2002). Tuttavia, si tende raramente a considerare che potrebbero esserci altri fattori in gioco. Ad esempio, un individuo con un decrescere dell'interesse potrebbe manifestare autolesionismo se spinto a partecipare a un'attività non desiderata, come si può

osservare molto spesso nel contesto scolastico quando si lavora con i bambini che presentano diagnosi del neurosviluppo (Ross & Oliver, 2002).

Gli studi che cercano di identificare questi "sintomi atipici" presentano alcune limitazioni metodologiche chiave. In primo luogo, molte delle affermazioni fatte riguardo alla manifestazione dei sintomi depressivi in persone con diagnosi di Disturbi del Neurosviluppo, come nell'Autismo, si basano su campioni di dimensioni molto limitate. In secondo luogo, i sintomi studiati, come l'irritabilità, sono spesso delineati in modo vago e incoerente. Infine, gran parte della ricerca che ha cercato di identificare i "sintomi atipici" ha una natura tautologica, in quanto utilizza criteri diagnostici adattati per identificare individui depressi e poi esamina come si manifesta la Depressione in questi stessi individui (Ross & Oliver, 2002).

Clark et al. (1991) avevano proposto l'idea che, per affrontare la complessità della diagnosi della Depressione, in particolare in contesti speciali come quello dei pazienti con Disturbi del Neurosviluppo, un approccio metodologico fruttuoso potrebbe essere quello di iniziare focalizzando l'attenzione su specifici costrutti. Più specificatamente, gli autori (Clark et al., 1991) suggerirono di esplorare in profondità come determinati costrutti, prendendo come esempio la tristezza, potrebbero manifestarsi e interagire con vari comportamenti ritenuti "problematici". Questo suggerimento porta con sé diverse implicazioni. Innanzitutto, riduce la complessità di analizzare l'intero spettro dei sintomi della Depressione, consentendo ai ricercatori di concentrarsi su elementi più tangibili e facilmente osservabili. Questo tipo di approccio potrebbe anche aiutare a individuare specifici pattern comportamentali correlati al costrutto in questione (Ross & Oliver, 2002).

Per esempio, prendendo il costrutto della tristezza, si potrebbe indagare come si manifesta in termini comportamentali in un individuo con ritardo mentale. Ciò potrebbe includere l'osservazione di pattern specifici come ritiro sociale, rifiuto di partecipare alle attività quotidiane o manifestazioni fisiche come pianto o espressioni facciali tristi. Successivamente, si potrebbe esaminare come questi comportamenti si intersecano o influenzano altri comportamenti considerati problematici, come l'autolesionismo o l'aggressività (Clark, et al., 1991).

Un ulteriore vantaggio di questo approccio è che permette una maggiore precisione e specificità. Invece di cercare di capire un'entità complessa e multidimensionale come la Depressione, si tenta di comprendere un aspetto specifico e come questo si manifesta e interagisce in un determinato contesto o popolazione (Clark, et al., 1991).

In sintesi, la proposta di Clark et al. (1991) seppur sicuramente pionieristica, rappresenta un primo tentativo di modificare l'approccio per diagnosticare la Depressione nei bambini, negli adolescenti e anche negli adulti con Disturbi del Neurosviluppo, che possono inficiare il percorso terapeutico di questi ultimi, rendendo ancora più difficile l'adattamento e l'inclusione sociale. Si è trattato quindi di offrire una visione più ampia del problema tramite la messa in atto di un approccio mirato e focalizzato. Questi *insight* non solo arricchiscono la nostra comprensione, ma possono anche orientare la ricerca futura, assicurando che gli interventi proposti siano basati su una fondamentale comprensione delle dinamiche del problema. In altre parole, attraverso una metodologia mirata e una comprensione olistica della psicopatologia in comorbilità con i Disturbi del Neurosviluppo, come si è visto in seno alla Depressione, si potrebbe essere in grado di non solo individuare le radici

del problema, ma anche di fornire soluzioni ben informate e adatte per affrontarlo con maggiore efficacia (Clark, et al., 1991).

III.2 Difficoltà socio-relazionali ed emotive nel DVSD

Quando si osserva uno sviluppo atipico, come quello riscontrato nei Disturbi del Neurosviluppo, emerge chiaramente come determinati sintomi possano avere un impatto diretto su diverse funzioni cognitive ed emotive. In particolare, questi sintomi possono ostacolare la capacità di un individuo di regolare e gestire le proprie emozioni, nonché di elaborare efficacemente le informazioni sociali. Queste difficoltà possono avere un effetto domino, influenzando vari aspetti della vita quotidiana di un individuo, dalla sua capacità di interagire con gli altri alla sua performance in ambito accademico e lavorativo (Gadow et al., 2006).

Prendendo come esempio i bambini con Disturbi dello Spettro Autistico (ASD) o Disturbo Visuo-spaziale, le sfide vanno oltre le difficoltà di comunicazione o le particolari sensibilità sensoriali spesso associate a questi disturbi. Un dato significativo è che, secondo ricerche come quella condotta da Gadow et al. nel 2006, circa il 30% di questi bambini manifesta anche sintomi di disattenzione o iperattività. Questo evidenzia come, al di là delle caratteristiche centrali del disturbo, vi possano essere ulteriori complicanze che possono sovrapporsi e influenzare la qualità della vita di questi bambini (Gadow et al., 2006).

La presenza di sintomi di disattenzione o iperattività in bambini con ASD o DVSD complica ulteriormente il quadro clinico. Non solo devono affrontare la sintomatologia centrale del disturbo, ma devono anche gestire sintomi che possono

interferire con la loro capacità di concentrarsi, di completare compiti o di interagire in modo produttivo con i coetanei (Gadow et al., 2006).

I bambini che manifestano Deficit di Attenzione o Disturbi del Neurosviluppo, come evidenziato da Barkley (2005), sono frequentemente alle prese con complessità nell'ambito sociale. Queste difficoltà non derivano necessariamente da una mancanza di comprensione o conoscenza delle norme sociali; piuttosto, sembra che il vero problema risieda nella loro capacità di mettere in pratica queste abilità in modo efficace e coerente. Questo può essere attribuito a diverse ragioni, tra cui l'incapacità di regolare adeguatamente le proprie emozioni, di interpretare correttamente gli indizi sociali o di reagire a stimoli imprevisti in un contesto sociale (Mrug et al., 2007).

A causa di queste sfide nell'autoregolazione, i comportamenti di questi bambini possono spesso essere interpretati in modo errato dai loro coetanei e da altri adulti. Essi possono essere percepiti come controllanti, aggressivi, sia verbalmente che fisicamente, ostili o addirittura dominanti (Mrug et al., 2007). Questa percezione può derivare da episodi isolati di esplosioni emotive o da reazioni sproporzionate a situazioni che la maggior parte dei loro coetanei potrebbe gestire con più calma (Mrug et al., 2007).

La percezione negativa da parte dei coetanei può avere effetti a cascata, aggravando le sfide sociali che questi bambini già affrontano. Essere etichettati o evitati a causa di comportamenti inappropriati può portare a sentimenti di isolamento, solitudine e frustrazione (Mrug et al., 2007). Inoltre, la mancanza di opportunità di interazione sociale positiva può limitare le occasioni per questi bambini di apprendere e praticare abilità sociali appropriate in un ambiente naturale (Mrug et al., 2007).

Maegden e Carlson (2000) hanno svolto un'indagine sulle difficoltà sociali ed emotive in un campione di bambini con ADHD, ASD e DVSD. Le autrici hanno riscontrato che le valutazioni degli insegnanti dei bambini con ADHD di tipo combinato (ADHD-C) o ADHD di tipo prevalentemente disattento (ADHD-PI) differiscono per quanto riguarda il funzionamento sociale (Maegden & Carlson, 2000). Le autrici hanno riscontrato che, a differenza dei controlli e dei bambini con ASD e DVSD, i bambini con ADHD-C mostravano livelli più elevati di aggressività e di disregolazione emotiva ed erano, in genere, meno apprezzati dai loro coetanei. Al contrario, i bambini con ADHD-PI mostravano maggiore passività, ansia, timidezza e scarse abilità sociali rispetto ai bambini con ADHD-C e rispetto ai bambini con Disturbo visuospatiale (Millich et al., 2001). Sembra, quindi, che il numero di sintomi di disattenzione possano essere considerati come fattori significativi di scarsa percezione sociale (Fine et al., 2008).

In uno studio svolto da Semrud-Clikeman (2010) alcuni bambini con Disturbi dello Spettro Autistico (ASD), ADHD e DVSD sono stati invitati a vedere una serie di interazioni sociali videoregistrate. In queste vignette le parole sono rese inintelligibili grazie all'uso di un filtro che preserva l'intonazione della voce. I bambini erano chiamati a rispondere a una serie di domande sui segnali non verbali (espressioni facciali, gesti, prosodia) e a fornire una loro interpretazione emotiva della vignetta. È stato riscontrato che il numero di sintomi di disattenzione rappresentava in modo significativo il 15% della varianza e ha determinato un effetto di dimensioni moderate (Semrud-Clikeman et al., 2010). Un migliore riconoscimento emotivo è risultato correlato a un minor numero di sintomi di disattenzione. In conclusione, l'attenzione era correlata a un'alterata percezione

sociale. L'ipotesi principale dello studio era che i bambini con Disturbi dello Spettro Autistico e i bambini con DVSD avrebbero avuto un successo significativamente inferiore nelle misure dirette di comprensione sociale rispetto ai gruppi ADHD e ai gruppi di controllo. Si ipotizzava inoltre che bambini con Disturbi dello Spettro Autistico ad alto funzionamento avrebbero mostrato maggiori difficoltà rispetto a quelli con DVSD (Semrud-Clikeman et al., 2010).

Nel contesto della ricerca psicologica e psichiatrica sui Disturbi dello sviluppo, è stata avanzata l'ipotesi che i gruppi di bambini diagnosticati con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) o con Disturbi Specifici dello Sviluppo della Parola e del Linguaggio (DSL) avrebbero manifestato valutazioni significativamente più basse in vari indicatori psicometrici relativi all'ansia, alla depressione e al ritiro sociale, rispetto ai loro coetanei con diagnosi di Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) (Semrud-Clikeman et al., 2010). Gli autori della ricerca, inoltre, postulavano che i bambini affetti da Disturbo dello Spettro Autistico esibirebbero una maggiore prevalenza e gravità di problemi nei domini del funzionamento sociale ed emotivo in confronto a quelli affetti da Disturbi dello Sviluppo della Parola e del Linguaggio (Semrud-Clikeman et al., 2010).

Il principale obiettivo dell'indagine scientifica è stato dunque quello di esaminare, attraverso una metodologia rigorosa, le differenze intragruppo e intergruppo tra bambini diagnosticati con Disturbo dello Spettro Autistico, Disturbi dello Sviluppo della Parola e del Linguaggio e vari sottotipi di Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (Semrud-Clikeman et al., 2010). Questo è stato fatto

attraverso l'implementazione di strumenti di valutazione sia diretti che indiretti per quantificare vari aspetti del funzionamento sociale ed emotivo nei gruppi in esame. La ricerca ha rivelato che i bambini con diagnosi di Autismo o Disturbo Visuo-spaziale (Non Verbale) manifestano difficoltà significativamente maggiori nell'interpretare le sfumature emotive e i segnali non verbali, in confronto sia ai bambini con ADHD sia a quelli del gruppo di controllo, soprattutto quando sottoposti a una valutazione diretta della percezione sociale (Semrud-Clikeman et al., 2010).

La seconda ipotesi fondamentale non ha trovato conferma, ossia, l'idea che i bambini con ASD avrebbero riscontrato una maggiore difficoltà nella percezione sociale rispetto a quelli con DVSD. In linea con studi precedenti che hanno utilizzato scale di valutazione neuropsicologica e comportamentale, lo studio ha evidenziato maggiori similitudini nella percezione sociale tra i gruppi di bambini con DVSD e ASD piuttosto che differenze, utilizzando una misurazione diretta della percezione sociale (Semrud-Clikeman et al., 2010).

Tali risultati suggeriscono che sia i bambini con Disturbi dello Spettro Autistico sia con DVSD presentano disturbi sociali correlati.

L'importanza di adottare una metodologia dettagliata e approfondita, simile a quella proposta da Lecavalier et al. (2009) o Gadow et al. (2008), per distinguere e comprendere i sintomi dei bambini con ASD o DVSD è fondamentale. Questo permette di analizzare come e dove questi disturbi si sovrappongano o differiscano. Di conseguenza, è imprescindibile condurre studi di ampio respiro per stabilire criteri diagnostici specifici per il DVSD, seguendo l'esempio di quelli definiti per l'autismo. Un'azione iniziale in questa direzione potrebbe consistere in una meta-

analisi della letteratura esistente sul DVSD, per esplorare i criteri diagnostici adottati e interpretare i risultati emergenti. Questo tipo di approccio potrebbe segnare un progresso determinante nel settore, indicando la via per la creazione di interventi terapeutici più efficaci e specifici (Semrud-Clikeman et al., 2010).

Nella ricerca condotta da Semrud Clikeman nel 2010, si è osservato che le emozioni negative, in particolare la tristezza, erano più pronunciate tra i bambini con ASD, DVSD e ADHD-C rispetto al gruppo di controllo. Una differenza notevole si è manifestata nelle percezioni tra genitori e insegnanti: mentre i genitori riferivano una maggiore tendenza al ritiro a casa sia per i bambini con ASD che con DVSD, gli insegnanti evidenziavano questo comportamento principalmente solo nei bambini con ASD. Da questi dati, gli autori dell'indagine hanno tratto l'ipotesi che il comportamento di ritiro dalle interazioni sociali potrebbe derivare da una crescente consapevolezza, da parte dei bambini, delle proprie difficoltà nel campo sociale (Semrud-Clikeman et al., 2010).

Gli studi effettuati in passato hanno evidenziato una tendenza tra i bambini con ASD e quelli con DVSD a manifestare sintomi di tristezza, particolarmente accentuata durante la crescita (Ozonoff & Griffith, 2000). Questa tendenza si riconferma nello studio in esame, dove si osserva che i bambini con difficoltà nelle competenze sociali, indipendentemente dal tipo di diagnosi, affrontano spesso esperienze di rifiuto da parte dei coetanei (Ozonoff & Griffith, 2000). Questo rifiuto tende a generare conseguenze collaterali, come disturbi dell'umore e una tendenza al ritiro dalle interazioni sociali (Ozonoff & Griffith, 2000,).

Nella ricerca svolta da Gadow et al. (2004) sebbene le difficoltà comportamentali fossero attese nei bambini con diagnosi di ADHD combinato (ADHD-C), l'entità

delle preoccupazioni internalizzanti non lo era. I bambini con ADHD-C sono stati valutati dai genitori e dagli insegnanti come sperimentanti più sintomi di depressione rispetto ai bambini con ADHD di tipo prevalentemente inattento (ADHD-PI), e i loro punteggi rientravano nella fascia a rischio (Gadow et al., 2004). Studi precedenti hanno rilevato che circa il 3-4% dei bambini con ADHD-C mostrava sintomi depressivi secondo le segnalazioni dei genitori e/o degli insegnanti (Gadow et al., 2004).

In conclusione, quindi, i bambini con ASD e con DVSD sembrano incontrare difficoltà nel comprendere i segnali emotivi e non verbali nelle interazioni sociali (Gadow et al., 2004). Alla luce delle indagini condotte precedentemente, sono stati individuati deficit attenzionali fortemente correlati alla percezione sociale (Gadow, et al., 2004). Tuttavia, è importante sottolineare che i bambini con ADHD non hanno mostrato prestazioni altrettanto deficitarie rispetto a quelli con ASD (Gadow, et al., 2004).

Da ciò si può ipotizzare che le difficoltà di natura percettiva possano svolgere un ruolo di maggiore rilevanza nella comprensione delle interazioni sociali rispetto a quelle legate all'attenzione (Gadow, et al., 2004).

Ulteriormente, sulla base degli ultimi risultati ottenuti dallo studio condotto da Semrud Clikeman (2010), è emerso che i partecipanti con ASD, DVSD o ADHD-C, hanno manifestato significativamente più sentimenti di tristezza e tendenza al ritiro sociale, secondo le valutazioni svolte da genitori e insegnanti. Questi sentimenti di angoscia emotiva possono rappresentare un ostacolo all'apprendimento di nuove abilità e alla messa in pratica di quelle già acquisite, dal momento che il bambino tende a evitare le interazioni e le esperienze sociali (Semrud-Clikeman et al., 2010).

Queste evidenze scientifiche rivestono un'importanza critica nel campo clinico, dal momento che i bambini con problemi di funzionamento sociale possono rispondere in modo differenziale ai vari interventi, a seconda delle cause sottostanti alle loro scarse abilità sociali. Di conseguenza, diventa fondamentale non solo prendere in considerazione le valutazioni comportamentali riferite dai genitori e dagli insegnanti, ma anche utilizzare misure dirette della comprensione sociale nel valutare i bambini con problemi di questo tipo (Semrud-Clikeman et al., 2010).

All'interno dello stesso panorama clinico, è importante menzionare una particolare problematicità associata all'autovalutazione dei bambini con diagnosi di ASD, DVSD o ADHD-C. Infatti, da quanto scritto sinora è emerso che i bambini con tali diagnosi non hanno manifestato o riconosciuto autonomamente problematiche relative al proprio funzionamento sociale (Gadow et al., 2004). Questo fenomeno potrebbe essere attribuito a una mancanza di consapevolezza o a una possibile riluttanza nel rivelare le proprie preoccupazioni attraverso un meccanismo di autovalutazione (Gadow et al., 2004).

Approfondimenti clinici di tipo qualitativo condotti su bambini con diagnosi di ASD o DVSD hanno evidenziato che questi individui sperimentano spesso sentimenti acuti di solitudine e isolamento sociale, che si traducono in esperienze altamente dolorose, che possono comportare problemi anche nello sviluppo dell'autostima e del senso di auto-efficacia, che si traducono in difficoltà relazionali ed emotive (Gadow et al., 2008). Pertanto, è possibile che la natura di tali sentimenti, così come la complessità delle condizioni in questione, richiedano metodologie di valutazione più profonde e adatte a catturare i punti di forza e di debolezza nel funzionamento sociale di questi bambini (Gadow et al., 2004).

Nel complesso, la combinazione di interviste cliniche, osservazioni comportamentali e questionari di autovalutazione può fornire una panoramica completa e precisa del comportamento nei bambini, mettendo in luce le aree di difficoltà e facilitando la messa in atto di interventi terapeutici mirati (Barry et al., 2003).

CAPITOLO IV PROGETTO DI RICERCA

IV.1 Presentazione

Quanto analizzato fino ad ora dimostra come difficoltà nelle abilità socio-relazionali siano presenti in numerosi Disturbi del Neurosviluppo (Barkley, 2005) e, seppur in modo secondario, anche nel Disturbo Visuo-spaziale (Mammarella & Cornoldi, 2020). In tale disturbo, a fronte di una capacità verbale preservata (Cornoldi, 2023), la problematicità in ambito relazionale sembra essere legata alla difficoltà di interpretare correttamente sia le emozioni sia il comportamento non verbale altrui, quali intonazione della voce, gestualità ed espressioni del viso (Salviato et al., 2020). Come già illustrato nel precedente capitolo, gli studi condotti sull'Intelligenza Emotiva sottolineano come un alto grado di capacità emotiva apporti benefici sulla quotidianità dell'individuo. Persone emotivamente intelligenti mostrano, ad esempio, minor rischio di sviluppare comportamenti devianti o antisociali (Brackett et al. 2004), godono di maggiore approvazione da parte dei loro coetanei, sono più supportivi nei confronti di un loro congiunto (Lopes et al, 2004) e gestiscono in maniera più adeguata situazioni emotivamente intense, come ad esempio le attività curricolari, riducendo stress ed intrusioni ad esse associate (Ciarrochi et al. 2001; Lanciano et al., 2010; Taylor, 2001).

IV.2 Obiettivi e ipotesi

Il presente progetto di ricerca si pone l'obiettivo di indagare la presenza di difficoltà socio-relazionali e deficit nell'elaborazione delle emozioni in partecipanti con diagnosi di Disturbo Visuo-spaziale di età compresa tra gli 11 e i 14 anni,

confrontati con un gruppo di pari età con sviluppo tipico (*typical development*, TD).

Le ipotesi alla base del disegno sperimentale proposto sono le seguenti:

1. Dalla letteratura esistente presa in esame, il DVSD appare strettamente connesso a un aumento del rischio di manifestare sintomi di disagio emotivo e depressione (Arnesano & Giofrè, 2011). Secondo quanto analizzato in precedenza, ossia che il riconoscimento delle emozioni sia di fondamentale importanza nella costruzione di relazioni interpersonali adeguate e che una la carenza di tali competenze possa essere associata a differenti problemi comportamentali (Arslan et al., 2011), ci si aspetta che gli appartenenti al gruppo clinico ottengano punteggi inferiori nell'identificazione di emozioni rispetto al gruppo.
2. La letteratura riporta che, nei test che indagano le abilità visuo-spaziali, i risultati ottenuti dai bambini predicono l'individuazione delle emozioni di soggetti con DVSD (Semrud-Clikeman et al., 2010). Pertanto, in presenza di difficoltà nelle abilità visuo-spaziali, ci si aspetta che ci siano compromissioni nella gestione e riconoscimento delle emozioni e tutte le conseguenze ad esse associate.

IV.3 Campione

Saranno coinvolti circa cento partecipanti, equamente distribuiti nelle differenti fasce d'età e bilanciati per sesso biologico. Ai fini della ricerca, è necessario suddividere i ragazzi in 2 gruppi, costituiti da 50 partecipanti ciascuno. Il primo, clinico, in cui si rilevano difficoltà nell'area visuo-spaziale. Il secondo, con sviluppo tipico (TD). La raccolta dati è condotta su partecipazione volontaria coinvolgendo contestualmente anche i genitori soprattutto nelle fasi iniziali del disegno sperimentale.

I Criteri di inclusione alla ricerca sono:

1. Età compresa tra gli 11 e i 14 anni;
2. QI totale maggiore di 85;
3. Diagnosi di Disturbo Visuo-spaziale per il gruppo clinico;
4. Assenza di diagnosi di Disturbo Visuo-spaziale e/o di altri Disturbi del Neurosviluppo, così come di altre condizioni mediche per il gruppo di controllo.

IV.4 Metodo e strumenti

Il disegno sperimentale della presente ricerca si compone di due fasi: una fase iniziale di screening ed una successiva fase sperimentale. Gli strumenti utilizzati in entrambe le fasi sono costituiti da prove standardizzate e da prove create *ad hoc*.

La fase di screening, finalizzata alla conferma della corretta costituzione dei gruppi, è composta dalle seguenti prove:

- Questionario Anamnestico, *creato ad hoc*;
- *Subtest* “Disegno con i cubi” (DC) e “Vocabolario” (VC), della Wechsler *Intelligence Scale for Children – Fourth Edition* (WISC-IV; Wechsler, 2012);

- Test della “Figura Complessa di Rey (Rey, 1941).

Le prove sperimentali, invece, sono:

- Questionario *Social Skills Improvement System* (SSIS, Gresham & Elliot, 2008);
- Test Intelligenza Emotiva: Abilità, Credenze e Concetto di sé Meta-Emotivo (IE-ACCME, D'Amico, 2013);
- Test delle Relazioni Interpersonali (TRI, Bracken, 2003).

Di seguito si descriveranno nel dettaglio le prove e il metodo di somministrazione.

Prove di screening

- Questionario anamnestico

Previa presentazione del progetto e successiva consegna del consenso informato cartaceo ai genitori, viene chiesta la compilazione del Questionario Anamnestico, creato *ad hoc*, da svolgersi su piattaforma virtuale quale Google Moduli. L'analisi dei questionari compilati dai genitori permetterà l'individuazione di studenti con difficoltà nell'area visuo-spaziale, Disturbi del Neurosviluppo (quali ad esempio ADHD, ASD).

- “Disegno con i cubi” (DC) e “Vocabolario” (VC), della *Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth Edition* (WISC IV; Wechsler, 2012)

Per determinare l'adeguatezza in termini di funzionamento cognitivo, si calcola il QI breve dei partecipanti, somministrando ai fini della ricerca i seguenti *subtest* della

Wechsler Intelligence Scale for Children - Fourth Edition (WISC-IV; Wechsler, 2012): le prove “Disegno con i cubi” (DC) e “Vocabolario” (VC). Nello specifico:

1. Prova “Disegno con i cubi”. Permette di misurare la capacità di valutare correttamente gli stimoli visivi e comprendere i rapporti spaziali, di pianificazione e di coordinazione delle figure proposte. La prova consiste nel richiedere al bambino di ricreare una serie di immagini bidimensionali utilizzando dei cubi caratterizzati da due facce rosse, due facce bianche e due facce metà rosse e metà bianche (Figura IV.1). Dopo aver ricevuto le istruzioni necessarie per lo svolgimento della prova e aver osservato l'*item* che funge da esempio, realizzato come modello dallo sperimentatore, si procede con la risoluzione del primo *item*, in base all'età dell'esaminato: con i bambini dagli 8 ai 16 anni si inizia dal terzo. Le figure che il bambino deve ricreare utilizzando i cubi dati sono illustrate sul libro degli stimoli che contiene i 14 *item*:

- per i primi tre, il range di punteggio va da zero a due, considerando se la prova viene eseguita entro i limiti di tempo previsti e il numero di tentativi effettuati prima di aver riprodotto la figura correttamente;
- dal quarto all'ottavo vengono valutati con un punteggio da zero a quattro punti, tenendo presente che la prova sia o meno svolta correttamente e nei limiti di tempo previsti;
- dal nono al quattordicesimo viene assegnato un punteggio di 0 (se la prova non viene eseguita correttamente o entro i limiti di tempo stabiliti, e, se la figura è stata riprodotta in maniera corretta) oppure un punteggio compreso tra 4 e 7 (in base al tempo impiegato per l'esecuzione).

- Durante questa prova si applicano due regole: quella di *inversione* e quella di *interruzione*. Secondo il primo criterio, se nel terzo e nel quarto item non si raggiunge la totalità dei punteggi previsti, si devono proporre gli item precedenti finché non si ottengono consecutivamente due punteggi pieni. La regola dell'interruzione, invece, prevede che la prova si concluda dopo aver ottenuto consecutivamente tre punteggi di zero. Come stabilito dal Manuale, tutti gli *item* precedenti al primo proposto vengono valutati con due punti, mentre tutti quelli successivi all'ultimo somministrato ottengono punteggio zero.

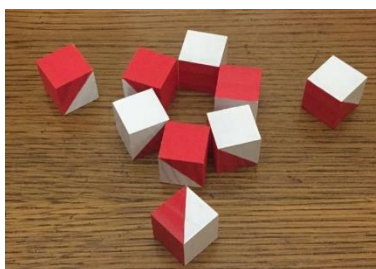


Figura IV.1 Materiale utilizzato nella prova “Disegno con i cubi” della *Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth Edition* (WISC IV; Wechsler, 2012)

2. Prova “Vocabolario”. Consente di valutare la padronanza e accuratezza nell'espressione del linguaggio, quindi la fluidità verbale e la capacità di esprimersi correttamente. In questa prova si chiede al partecipante di definire alcune parole contenute nel libro degli stimoli, suddivise in 4 *item* composti da figure e 32 *item* verbali. Ogni item viene valutato su una scala da zero a due secondo le risposte fornite:
 - punteggio zero ad una risposta scorretta, gestuale, imprecisa o data utilizzando un gergo dialettale;
 - un punteggio di uno se la risposta è giusta, ma non approfondita, incompleta o non elaborata;

- infine, un punteggio di due punti, quando la risposta è corretta.

Durante l'esecuzione della prova, per poter decidere quale punteggio assegnare ad ogni *item*, l'esaminatore deve consultare il Manuale. Come nella prova con i cubi, dopo aver illustrato le modalità di esecuzione, si inizia la prova somministrando il primo *item*, basato sull'età del partecipante: nella presente ricerca, perciò, per i bambini di 11 anni si inizia dal settimo *item*; invece, dai 12 ai 14 anni, si inizia dal nono. Anche in questo caso tutti gli *item* precedenti al primo valutato otterranno punteggio due, mentre a quelli non svolti dopo l'ultimo somministrato si attribuisce un punteggio pari a zero. Nel caso in cui le risposte risultino poco esaustive o riportate sul Manuale contrassegnate da una lettera (I), l'esaminatore chiede di esplicitare o completare la definizione data. Anche in questa prova vale la regola dell'*inversione*, vale a dire, quando non si ottiene un punteggio di due punti ossia pieno nei primi due *item* è necessario somministrare in ordine inverso gli *item* precedenti al primo proposto. La prova termina quando, secondo quanto indicato dalla regola dell'*interruzione*, il partecipante ottiene un punteggio pari a zero a cinque *item* consecutivi.

➤ Test della Figura Complessa di Rey (Rey, 1941)

Questa prova rappresenta un test di natura percettivo-visiva, concepito per esplorare le capacità visuo-spaziali dell'individuo, focalizzandosi in particolare sulla modalità di elaborazione, costruzione e rievocazione di una figura geometrica complessa e asemantica.

L'intera prova si struttura in due distinte fasi:

1. Nella fase iniziale, il partecipante viene esposto all'immagine modello (Figura IV.2). Successivamente, è invitato a replicare tale figura su una superficie bianca, in orientamento verticale, mediante l'utilizzo di pastelli di diversi colori.
2. Trascorso un intervallo di tre minuti, si invita il partecipante a rievocare e riprodurre la figura precedentemente illustrata, seguendo le stesse modalità operative della prima fase.

In entrambe le sezioni (replicazione e rievocazione), la valutazione finale prende in esame l'accuratezza della rappresentazione, quantificando il grado di aderenza rispetto al modello di riferimento.

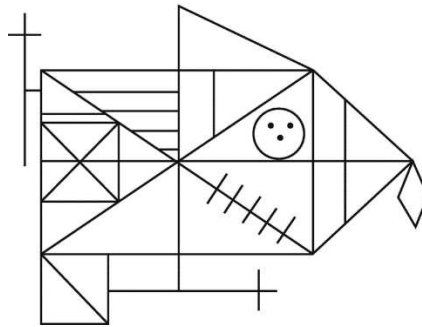


Figura IV.2 Modello Test Figura di Rey (Rey, 1941)

Prove sperimentali

- Questionario *Social Skills Improvement System* (SSIS, Gresham & Elliot, 2008)

Si somministra in modalità *multi-informant*, ovvero sia attraverso la visione personale del soggetto (cioè attraverso *self-report*) e tramite *parent-report* dei genitori (nuovamente tramite apposito link consegnato al momento del rilascio del consenso informato), il

Questionario *Social Skills Improvement System* (SSIS, Gresham & Elliot, 2008) che consente di misurare la percezione di abilità sociali e comportamenti quotidiani dei partecipanti.

Il SSIS, nelle due scale *sociale* e *comportamento*, permette di valutare su scala likert a quattro punti quanto ciascuna affermazione rappresenti il comportamento abituale del partecipante in oggetto. Si calcoleranno poi i punteggi totali: per la scala sociale gli alti punteggi indicano buone abilità sociali, mentre per la scala del comportamento, un punteggio elevato indica maggiori difficoltà nella regolazione.

- Intelligenza Emotiva: Abilità, Credenze e Concetto di sé Meta-Emotivo (IE-ACCME, D'Amico, 2013)

Questo strumento indaga ciascun ramo dell'Intelligenza Emotiva (gestione, comprensione, facilitazione e percezione delle emozioni) definiti nel modello di Mayer e Salovey (1997) (Figura IV.3).

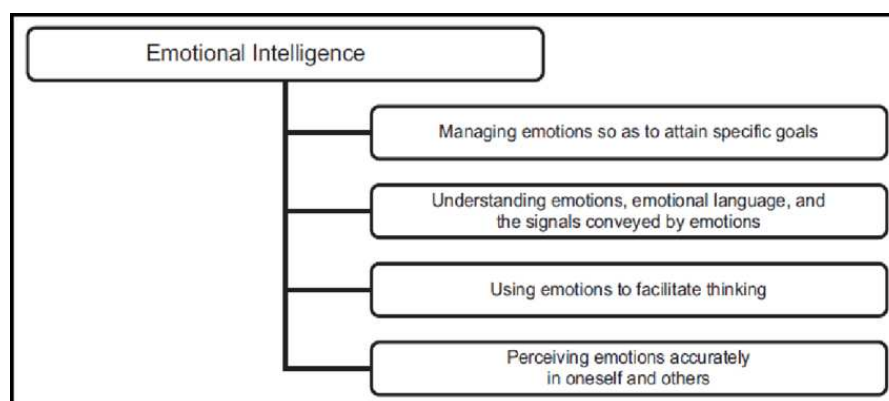


Figura IV.3 Modello dell'Intelligenza Emotiva “The Four-Branch Model of Emotional Intelligence” (Mayer & Salovey 1997).

Questa prova, della durata di 30- 45 minuti circa, consente di indagare:

1. Le credenze sulle emozioni (CE) possedute dall'individuo;
2. Il concetto di sé meta-emotivo (CME), cioè l'autopercezione di competenza;
3. L'abilità emotiva (AE), mediante compiti che prevedono elaborazione di informazioni emotive;
4. L'autovalutazione di prestazione (AP) risultante dalla valutazione dell'individuo circa la prova svolta al punto 3.

➤ Il Test delle Relazioni interpersonali (TRI, Bracken, 2003)

Il test, composto da 35 item per cui è prevista la risposta su scala *likert* in termini di veridicità di quanto proposto (assolutamente vero – vero – non vero- non assolutamente vero), indaga la qualità di tre tipologie di relazione (genitori – coetanei- insegnanti) in cui il soggetto è coinvolto. Non ci sono limiti di tempo ma si considerano sufficienti 20 minuti.

IV.5 Procedura

Il reclutamento dei partecipanti su base volontaria viene fatto tramite incontri informativi rivolti ai genitori che si svolgono in scuole, in centri sportivi e sociali quali ad esempio l'Oratorio Parrocchiale. Verrà rilasciato in tale occasione un volantino in cui, oltre ad una breve descrizione del progetto, alle modalità di adesione e alla sezione relativa all'adesione al progetto stesso, vengono illustrate tutte le informazioni circa il trattamento dei dati personali, oltre che i riferimenti e contatti di tutte le persone coinvolte nella somministrazione delle prove nonché dei responsabili del progetto. A seguito dell'adesione al progetto, mediante firma del consenso informato, i genitori riceveranno

istruzioni per la compilazione dei questionari, che potrà avvenire online e senza la presenza del somministratore.

Successivamente, saranno concordati due incontri individuali, della durata di circa 60 minuti ciascuno, da svolgersi in un luogo adeguato a garantire la *privacy* dei coinvolti e organizzati in modo da non interferire con le normali attività svolte.

L'intero progetto dovrebbe svolgersi lungo un arco di tempo che va dai sei mesi ad un anno.

Ai partecipanti, in tutte le fasi di svolgimento delle prove, sono garantite la tutela della *privacy* secondo quanto stabilito dalle normative vigenti D. Lgs 196/2003 e UE GDPR 679/2016 sulla protezione dei dati, tutelando la raccolta, il trattamento e la conservazione di dati sensibili. Il personale coinvolto nella fase di somministrazione sarà debitamente formato e consapevole delle proprie competenze. Ad ogni partecipante, sarà garantita in qualsiasi momento la possibilità di sospendere la partecipazione dallo studio, senza dover giustificare tale scelta, senza penalizzazioni e garantendo il non utilizzo dei dati. Qualora i genitori non fossero presenti in sede di raccolta dati, potranno delegare altre figure (es., allenatori, dirigenti, educatori, ricercatori, ecc.) ad interrompere la ricerca qualora lo ritenessero opportuno. Infine, si specifica che la partecipazione alla ricerca è completamente libera e indipendente da altre attività.

Per quanto riguarda la *privacy*, i dati saranno raccolti in forma confidenziale, attribuendo un codice identificativo alfanumerico a ciascun partecipante e tale per cui non sia in alcun modo possibile risalire all'identità del minore coinvolto.

I genitori saranno inoltre informati della possibilità di ottenere la restituzione dei dati grezzi congiuntamente ai relativi dati normativi di riferimento e che, non essendo uno

studio con finalità cliniche, dovranno rivolgersi ad una/o specialista per l'eventuale interpretazione dei dati.

Terminata la somministrazione e lo scoring di tutte le prove si procederà con l'analisi dei dati ottenuti.

IV.6 Prospettive future

La socializzazione, la formazione di legami affettivi e l'interazione con i pari sono elementi chiave per lo sviluppo psicosociale (Gadow et al., 2006). È perciò evidente come una scorretta identificazione delle intenzioni e del comportamento non verbale dell'altro sia causa della messa in atto di risposte incoerenti e comportamenti inappropriati, con conseguenti incomprensioni da parte degli interlocutori (Gadow et al., 2006).

La carriera scolastica di un bambino, ad esempio, non è soltanto determinata dalle sue abilità cognitive, ma anche da come queste interagiscono con l'ambiente circostante e con le aspettative sociali e didattiche (Arnesano & Giofrè, 2014). È quindi imperativo continuare a investire risorse ed energie nella ricerca in questo ambito, al fine di delineare un quadro complesso e articolato che possa guidare educatori, clinici e ricercatori nell'offrire risposte concrete e supporto ai bambini con Disturbo Visuo-spaziale e alle loro famiglie. Alla luce di ciò appare però importante sottolineare come, per ottenere dei dati che possano dare risposte chiare circa le correlazioni tra emotività e Disturbo Visuo-spaziale, sarebbero auspicabili in futuro disegni di ricerca che coinvolgano un numero più ampio di partecipanti, equamente divisi per genere e fasce d'età, oltre che prevedere lo sviluppo di studi longitudinali che possano valutare se,

dopo opportuni training sia in campo socio-relazionale sia finalizzati ad aumentare le abilità visuo-spaziali, si possano verificare miglioramenti tangibili nei due domini di sviluppo. Tali studi si comporrebbero di batterie di test che indagano in maniera rapida, soprattutto nella fase di screening, e oggettiva i costrutti presi in esame limitando quindi l'uso di strumenti di autovalutazione per i ragazzi e di eterovalutazione per genitori che possono non rispecchiare l'effettiva competenza socio-relazionale dei soggetti oggetto di studio. Per una partecipazione più attiva, volta ad una sempre maggiore conoscenza del disturbo stesso oltre che delle implicazioni che esso comporta nelle varie fasi di sviluppo, appare chiaro che sia necessaria una visione della ricerca in psicologia più vicina agli individui e non solo relegata entro i laboratori dell'Università o finalizzata ad un intervento di tipo diagnostico. In questo potrebbe risultare fondamentale il supporto di ambienti educativi quali scuola e centri ricreativi nei quali, tramite collaborazioni ad ampio spettro, si possano sviluppare raccolte dati basate su un numero ampio di partecipanti e tali da apparire meno diagnostiche agli occhi dei non addetti ai lavori.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Fifth Edition. DSM-5*, (Vol. 5). A.P.A.

Andrews, G., Pine, D. S., Hobbs, M. J., Anderson, T. M., & Sunderland, M. (2009). Neurodevelopmental disorders: Cluster 2 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11: Paper 3 of 7 of the thematic section: ‘A proposal for a meta-structure for DSM-V and ICD-11’. *Psychological medicine*, 39(12), 2013-2023
<https://doi.org/10.1017/S0033291709990274>

Antonietti, A., Borgatti, R., & Giorgetti, M. (2022). Cambiare paradigma per i disturbi del neurosviluppo? Dalla ricerca alla pratica clinica. *Ricerche di Psicologia*, (45), 1-12. FrancoAngeli. <https://doi.org/10.3280/rip2022oa14921>

Arnesano, D., & Giofrè, D. (2011). Autopercezioni di abilità e disagio in ragazzi con basse abilità visuospatiali. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 15(2), 471-478.
<https://www.rivisteweb.it/doi/10.1449/35344>

Arslan, E., Durmuşoğlu-Saltali, N., & Yilmaz, H. (2011). Social skills and emotional and behavioral traits of preschool children. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 39(9), 1281-1287.
<https://doi.org/10.1017/S0033291709990274>

Asperger, H. (1944). Die “Autistischen psychopathen” im kindesalter. *Archiv für psychiatrie und nervenkrankheiten*, 117(1), 76-136.

Astle, D. E., Holmes, J., Kievit, R., & Gathercole, S. E. (2022). Annual Research Review: The transdiagnostic revolution in neurodevelopmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 397-417. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13481>

Baldoni, F. (2005). Autenticità, emozioni e salute: un sottile filo conduttore. *Quaderni di Psicoanalisi e Psicodramma Analitico*, 1(2), 57-78.

Barkley, R. A. (2005). ADHD and the nature of self-control (paperback ed.). *New York, NY: Guilford*.

Bar-On, R., & Parker, J. (2020). Emotional Quotient Inventory: Youth Version. *Giunti Psychometrics*

Baron-Cohen, S. (2011). Cognizione ed empatia nell'autismo. *Erickson*.

Baron-Cohen, S. (2012). *La scienza del male: l'empatia e le origini della crudeltà*. Raffaello Cortina ed.

Baron-Cohen, S., & Frith, U. (1999). *L'autismo e la lettura della mente*. Astrolabio.

Baron-Cohen, S., et al. (2003). The systemizing quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 358, 361-374.

Baron-Cohen, S., Frith, U., et al. (1985). Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition*, 21(1), 37-46

Barry, C., Killian, A., & Frick, P. (2003). The Relation of Narcissism and Self-Esteem to Conduct Problems in Children: A Preliminary Investigation. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 32(1).

Battacchi, M. W. (2014). *Lo sviluppo emotivo*. Gius. Laterza & Figli Spa.

Bauminger, N., & Kimhi-Kind, I. (2008). Social information processing, security of attachment, and emotion regulation in children with learning disabilities. *Journal of learning disabilities*, 41(4), 315-332. <https://doi.org/10.1177/0022219408316095>

Benedetto, L. (2017). *Il parent training*. Carocci, Nuova ed., 2. ed.

Bisiacchi, P. S., Cendron, M., Gugliotta, M., Tressoldi, P. E., & Vio, (2005). *BVN 5-11 Batteria di Valutazione Neuropsicologica per l'età Evolutiva* (Vol. 1, pp. 1-324). Erickson. <https://hdl.handle.net/11381/1445131>

Blair, C., & Raver, C. C. (2012). Child development in the context of adversity: experiential canalization of brain and behavior. *American psychologist*, 67(4), 309. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0027493>

Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2010). Risk factors for conduct disorder and oppositional/defiant disorder: evidence from a New Zealand birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1125-1133. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.08.005>

Bottaccioli, A. G., & Bottaccioli, F. (2023). *Epigenetica e psiconeuroendocrinoimmunologia: le due facce della rivoluzione in corso nelle scienze della vita*. Edra.

- Bracken, B. A., & I. (1997). *Test TRI: test delle relazioni interpersonali*. Erickson.
- Brackett, M. A., Mayer, J. D., & Warner, R. M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36(6), 1387-1402. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00236-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00236-8)
- Braga C., et al. (2001). Deficit visuospaziali e disturbi di apprendimento: una rassegna. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 3(1). <https://www.rivisteweb.it/doi/10.1449/614>
- Bruner, J. S. (2002). *La cultura dell'educazione. Nuovi orizzonti per la scuola*. Feltrinelli editore.
- Casey, J. E., Rourke, B. P., & Picard, E. M. (1991). Syndrome of nonverbal learning disabilities: Age differences in neuropsychological, academic, and socioemotional functioning. *Development and psychopathology*, 3(3), 329-345. <http://doi.org/10.1017/S0954579400005344>
- Ciarrochi, J., Scott, G., Deane, F. P., & Heaven, P. C. (2003). Relations between social and emotional competence and mental health: A construct validation study. *Personality and Individual Differences*, 35(8), 1947-1963. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00043-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00043-6)
- Cigala, A., & Mori, A. (2018). La socializzazione emotiva in famiglia: quando il contesto presenta fattori di rischio psicosociale. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, (2018/2). <https://doi.org/10.3280/MAL2018-002001>

Clark, A.K., Reed, J. & Sturmey, P. (1991). Staff perceptions of sadness among people with mental handicaps. *Journal of Mental Deficiency Research*, 35, 147-153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.1991.tb01044.x>

Confalonieri, E., Cucci, G., Olivari, M. G., Stile genitoriale autoritario, giustificazione della violenza e messa in atto di comportamenti di Dating Aggression in "MALTRATTAMENTO E ABUSO ALL'INFANZIA" 3/2017, pp 13-30, <https://doi.org/10.3280/MAL2017-003002>

Cornoldi, C. (2023). I disturbi dell'apprendimento (2. ed). Il Mulino.

Cornoldi, C., Garcia, R. B., & Tomaino, A., (2019). Cross-modal working memory binding and learning of visual-phonological associations in children with reading difficulties. *Child Neuropsychology*, 25(8), 1063-1083.

Cornoldi, C., Mammarella, I. C., & Fine, J. G. (2016). *Nonverbal learning disabilities*. Guilford Publications.

Costa, S., Giamboni, L., Gamberini, L., & Chiodo, S. (2022). Traiettorie evolutive nei disturbi del neurosviluppo: dalla prima infanzia all'adolescenza. Analisi dei fattori prognostici. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, 23(1).

Costantini, B. (2020). Empatia umana: una forma complessa di inferenza. *Modelli Della Mente - Open Access*, (1). <https://journals.francoangeli.it/index.php/modelli-mente-oa/article/view/9177>

Craparo, G. (2013). *Il disturbo post-traumatico da stress*. Carocci.

Cuthbert, B. N., & Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC medicine*, 11(1), 1-8.

D'Amico, A. (2013). Test IE-ACCME–Intelligenza emotiva: Abilità, Conoscenza e Consapevolezza Meta-Emotiva. Test per adolescenti. Manuale. Giunti O.S. <https://hdl.handle.net/10447/76790>

D'Amico, I. (2018). *Intelligenza emotiva e metaemotiva*. Il Mulino.

Dalsant, A. et al. (2015). Empatia e teoria della mente. Un unico meccanismo cognitivo. *Rivista Internazionale di Filosofia e Psicologia*, 6(2), pp. 245-248.

Damiani, P., Grimaldi, R., & Palmieri, S. (2013). Robotica educativa e aspetti non verbali nei Disturbi Specifici di Apprendimento. In *DIDAMATICA 2013. Tecnologie e Metodi per la Didattica del Futuro* (Vol. 1, pp. 1211-1220). AICA-Scuola Superiore Sant'Anna-CNR Pisa. <https://hdl.handle.net/2318/134850>

Davis, J.P., Judd, F.K., & Herrmann, H. (1997). Depression in adults with intellectual disability. Part 2: A pilot study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 243-251.

Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard review of psychiatry*, 22(3), 149–161. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000014>

Engelberg, E., & Sjöberg, L. (2005). Emotional intelligence and interpersonal skills. *International handbook of emotional intelligence*, 289-308.

Factor, P.I., Reyes, R.A., & Rosen, P.J. (2014). Emotional Impulsivity in Children with ADHD Associated with Comorbid—Not ADHD—Symptomatology. *J Psychopathol Behav Assess* 36, 530–541. <https://doi.org/10.1007/s10862-014-9428-z>

Fine, J. G., Semrud-Clikeman, M., Butcher, B., & Walkowiak, J. (2008). Brief report: Attention effect on a measure of social perception. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1797-1802. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0570-x>

Fisher, P. W., Reyes-Portillo, J. A., Riddle, M. A., & Litwin, H. D. (2022). Systematic review: Nonverbal learning disability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(2), 159-186. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.04.003>

Flouri, E., & Mavroveli, S. (2013). Adverse life events and emotional and behavioural problems in adolescence: The role of coping and emotion regulation. *Stress and Health*, 29(5), 360-368. <https://doi.org/10.1002/smi.2478>

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and psychopathology*, 9(4), 679-700. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001399>

Forrest, B. J. (2004). The utility of math difficulties, internalized psychopathology, and visual-spatial deficits to identify children with the nonverbal learning disability syndrome: evidence for a visuospatial disability. *Child neuropsychology*, 10(2), 129-146. <https://doi.org/10.1080/09297040490911131>

Frith, C., & Frith, U. (2005). Theory of mind. *Current biology*, 15(17), R644-R645.

Gadow, K. D., DeVincent, C., & Schneider, J. (2008). Predictors of psychiatric symptoms in children with an autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental Disorders*, 38, 1710-1720. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0556-8>

Gadow, K. D., DeVincent, C. J., & Pomeroy, J. (2006). ADHD symptom subtypes in children with pervasive developmental disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 36, 271-283. <https://doi.org/10.1007/s10803-005-0060-3>

Garelli, F., Palmonari, A., & Sciolla, L. (2006). *La socializzazione flessibile* (pp. 1-370). Il Mulino. <https://hdl.handle.net/2318/15492>

Geraci, M. A. (Ed.). (2020). *I disturbi del neurosviluppo: descrizione, trattamenti e indicazioni per gli insegnanti*. FrancoAngeli.

Gillberg, C. (2003). Deficits in attention, motor control, and perception: a brief review. *Archives of disease in childhood*, 88(10), 904-910. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.88.10.904>

Goldfried, M. (2000). *Dalla terapia cognitivo-comportamentale all'integrazione delle psicoterapie* (Vol. 18). Sovera Edizioni.

Goleman, D. (2011). *Intelligenza emotiva*. Bur.

Greenberg, L. S., Elliott, R., & Pos, A. (2015). La terapia focalizada en las emociones: una visión de conjunto. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 5(1-19).

Gresham, F., & Elliott, S. N. (2008). Social Skills Improvement System (SSIS) Rating Scales. *SSIS Rating Scales*. Pearson

Grodzinsky, G. M., Forbes, P. W., & Bernstein, J. H. (2010). A practice-based approach to group identification in nonverbal learning disorders. *Child Neuropsychology*, 16(5), 433-460. <https://doi.org/10.1080/09297041003631444>

Guarino, A., Serantoni, G., Vitiello, A., & Lopez, E. (2006). Il tempo del rischio nello sviluppo: la Prospettiva Temporale come fattore di rischio e di protezione negli stili di vita e nei comportamenti a rischio dei preadolescenti. In *La preadolescenza: identità in transizione tra rischi e risorse*. (pp. 151-170). Piccin. <https://hdl.handle.net/11573/489271>

Guerra, L. (2014). Fattori di rischio e protezione. In *Atlante delle dipendenze* (pp. 611-615). Edizioni Gruppo Abele. <https://hdl.handle.net/20.500.14089/426>

Harris, P. L. (1991). The work of the imagination. In A. Whiten (Ed.), *Natural theories of mind: Evolution, development and simulation of everyday mindreading* (pp. 283–304). Basil Blackwell.

Innocenti, G. M. (2007). Subcortical regulation of cortical development: some effects of early, selective deprivations. *Progress in Brain Research*, 164, 23-37.

Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C. & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of psychiatry*, *167*(7), 748-751. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>

Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and mental health: A systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *10*(2), 215-235. <https://doi.org/10.1111/aphw.12127>

Johnson, D. J., & Myklebust, H. R. (1967). *Learning Disabilities; Educational Principles and Practices*.

Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*, *4*, 183-207. <https://doi.org/10.1023/A:1017592030434>

La Cascia, C., Ferraro, L., & Mulè, A. (2008). *Il problema della comorbilità*. *Noos*. *No*, *2*, 159-1682. <https://hdl.handle.net/10447/49070>

Lanciano, T., Curci, A., & Zatton, E. (2010). Why do some people ruminate more or less than others? The role of emotional intelligence ability. *Europe's Journal of Psychology*, *6*(2), 65-84. <https://doi.org/10.5964/ejop.v6i2.185>

Lecavalier, L., Gadow, K. D., DeVincent, C. J., & Edwards, M. C. (2009). Validation of DSM-IV model of psychiatric syndromes in children with autism spectrum

disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 278-289.
<https://doi.org/10.1007/s10803-008-0622-2>

Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468-1484.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200012000-00007>

Lopes, P. N., Brackett, M. A., Nezlek, J. B., Schütz, A., Sellin, I., & Salovey, P. (2004). Emotional intelligence and social interaction. *Personality and social psychology bulletin*, 30(8), 1018-1034. <https://doi.org/10.1177/0146167204264762>

Macchi Cassia, V., Valenza, E., & Simion, F. (2012). *Lo sviluppo della mente umana. Dalle teorie classiche ai nuovi orientamenti.* il Mulino.
<https://hdl.handle.net/10281/34913>

Maestro, S., & Muratori, F. (2018). *CD: 0-5 - Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia: Zero to three.* Giovanni Fioriti Editore.

Maino F, Ferrara M. (2017). Welfare aziendale e provider prima e dopo le Leggi di Stabilità. *F. Maino & M. Ferrera (a cura di), Terzo Rapporto sul secondo welfare in Italia*, 91-116.

Mammarella I. C. (2022). Editorial: Time to Recognize Nonverbal Learning Disability to Foster Advances in Its Research. *Journal of the American Academy of*

Child and Adolescent Psychiatry, 61(2), 120–121.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.05.015>

Mammarella, I. C., & Cornoldi, C. (2014). An analysis of the criteria used to diagnose children with Nonverbal Learning Disability (NLD). *Child Neuropsychology*, 20(3), 255-280. <https://doi.org/10.1080/09297049.2013.796920>

Mammarella, I. C., & Cornoldi, C. (2020). Nonverbal learning disability (developmental visuospatial disorder). In *Handbook of clinical neurology* (Vol. 174, pp. 83-91). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64148-9.00007-7>

Mammarella, I. C., Cardillo, R., & Broitman, J. (2021). *Understanding Nonverbal Learning Disability: A Guide to Symptoms, Management and Treatment*. Routledge.

Mammarella, I. C., Cardillo, R., & Zoccante, L. (2019). Differences in visuospatial processing in individuals with nonverbal learning disability or autism spectrum disorder without intellectual disability. *Neuropsychology*, 33(1), 123-134. <https://doi.org/10.1037/neu0000492>

Mammarella, I. C., Coltri, S., Lucangeli, D., & Cornoldi, C. (2009). Impairment of simultaneous-spatial working memory in nonverbal (visuospatial) learning disability: A treatment case study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 19(5), 761–780. <https://doi.org/10.1080/09602010902819731>

Mammarella, I. C., Giofrè, D., Ferrara, R., & Cornoldi, C. (2013). Intuitive geometry and visuospatial working memory in children showing symptoms of nonverbal

learning disabilities. *Child neuropsychology*, 19(3), 235-249.
<https://doi.org/10.1080/09297049.2011.640931>

Mammarella, I. C., & Lipparini, S. (2015). Un intervento sulla comprensione del testo e sul metodo di studio in un caso di disturbo dell'apprendimento non verbale. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 19(1), 165-176.
<https://www.rivisteweb.it/doi/10.1449/79745>

Mammarella, I. C., Lucangeli, D., & Cornoldi, C. (2010). Spatial working memory and arithmetic deficits in children with nonverbal learning difficulties (NLD). *Journal of Learning Disabilities*, 43, 455–468. <https://doi.org/10.1177/0022219409355482>

Mammarella, I. C., Toso, C., & Cornoldi, C. (2016). Riflessioni sul Disturbo Nonverbale (NLD): Proposta per linee guida AIRIPA.

Mancini, G., & Gabrielli, G. (1998). *TVD: test di valutazione del disagio e della dispersione scolastica* (Vol. 20). Edizioni Erickson.

Manninen, M., Therman, S., Suvisaari, J., Ebeling, H., Moilanen, I., Huttunen, M., & Joukamaa, M. (2011). Alexithymia is common among adolescents with severe disruptive behavior. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(7), 506-509.
<http://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182214281>

Marchetti, A. (2002). " Lei vuole che io creda che la rendo felice". Dal " cogito" allo sviluppo della mentalizzazione del contesto. *Giornale italiano di psicologia*, 29(2), 457-0. <https://www.rivisteweb.it/doi/10.1421/1248>

Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). The four-branch model of emotional intelligence.

Mercer, J.R., & Smith, J.M. (1972). Subtest estimates of the WISC full scale IQ's for children. *Vital and health statistics. Series 2, Data evaluation and methods research*, 47, 1-42.

Millich, R., Balentine, A. C., & Lynam, D. R. (2001). ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(4), 463–488. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.4.463>

Miragliotta, E., Baccaglini-Frank, A. E., & Tomasi, L. (2017). Apprendimento della geometria e abilità visuo-spaziali: un possibile quadro teorico e un'esperienza didattica (seconda parte). *L'insegnamento della matematica e delle scienze integrate*, 40(4), 463-488. <https://hdl.handle.net/11568/874279>

Mrug, S., Hoza, B., Pelham, W. E., Gnagy, E. M., & Greiner, A. R. (2007). Behavior and peer status in children with ADHD: Continuity and change. *Journal of Attention Disorders*, 10(4), 359-371. <https://doi.org/10.1177/1087054706288117>

Muratori, P., & Lambruschi, F. tori di rischio, strumenti di assessment e strategie psicoterapeutiche, Erickson, Trento, 2020. <http://digital.casalini.it/10.3280/qpc46-2020oa10166>

Myklebust, H. R. (1976). Learning Disabilities. *Science and Children*, 13(6), 12-13.

Nussbaum, A. M. (2014). *L'esame diagnostico con il DSM-5*. Raffaello Cortina Editore.

Northoff, G., Schneider, F., Rotte, M., Matthiae, C., Tempelmann, C., Wiebking, C., Birmpohl, F., Heinzl, A., Danos, P., Heize, H., Bogerts, B., Wlter, M., & Panksepp, J. (2009). Differential parametric modulation of self-relatedness and emotions in different brain regions. *Human brain mapping, 30*(2), 369-382.
<https://doi.org/10.1002/hbm.20510>

Olson, D. R., & Astington, J. W. (1993). Thinking about thinking: Learning how to take statements and hold beliefs. *Educational Psychologist, 28*(1), 7-23.
https://doi.org/10.1207/s15326985ep2801_2

Orefice, C., & Mammarella, I. C. (2022). Disturbo non verbale (visuo-spaziale) e Disturbo dello spettro dell'autismo senza disabilità intellettiva: Come la valutazione delle abilità visuo-spaziali può contribuire alla diagnosi differenziale. *TOPIC - Temi Di Psicologia dell'Ordine Degli Psicologi Della Campania, 1*(4),
<https://doi.org/10.53240/topic004.01>.

Ozonoff, S., & Griffith, E. M. (2000). Neuropsychological function and the external validity of Asperger syndrome. *Asperger syndrome, 72-96*.

Pasqua, I. P. (2023). Disturbo Non Verbale, una scoping review per promuovere l'orientamento visuo-spaziale negli adolescenti. Unimore

Petry, K., Kuppens, S., Vos, P., & Maes, B. (2010). Psychometric evaluation of the Dutch version of the Mood, Interest and Pleasure Questionnaire (MIPQ). *Research in Developmental Disabilities, 31*(6), 1652-1658.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.04.011>

Petrovici, A., & Dobrescu, T. (2014). The role of emotional intelligence in building interpersonal communication skills. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *116*, 1405-1410. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.406>

Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Costantino, M. A., Canevini, M. P., Termine, C., Bonati, M., & Lombardy ADHD Group (2017). Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *European child & adolescent psychiatry*, *26*(12), 1443–1457. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1005-z>

Rey, A. (1941). L'examen psychologique dans les cas d'encéphalopathie traumatique. (Les problems.) [The psychological examination in cases of traumatic encephalopathy. Problems]. *Archives de Psychologie*, *28*, 215–285.

Rogers, C. R. (1978). On Personal Power. Trad. it. Potere Personale. La forza interiore e il suo effetto rivoluzionario. Astrolabio

Röll, J., Koglin, U., & Petermann, F. (2012). Emotion regulation and childhood aggression: Longitudinal associations. *Child Psychiatry & Human Development*, *43*, 909-923. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0303-4>

Rosen, P. J., Epstein, J. N., & Van Orden, G. (2013). I know it when I quantify it: Ecological momentary assessment and recurrence quantification analysis of emotion dysregulation in children with ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, *5*, 283-294. <https://doi.org/10.1007/s12402-013-0101-2>

Ross, E., & Oliver, C. (2002). The relationship between levels of mood, interest and pleasure and “challenging behaviour” in adults with severe and profound intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(3), 191–197. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2002.00397.x>

Rourke, B. P. (1989). *Nonverbal learning disabilities: The syndrome and the model*. Guilford Press.

Rourke, B. P. (1995). *Syndrome of nonverbal learning disabilities: Neurodevelopmental manifestations*. The Guilford Press.

Ruggerini, C., Daolio, O., & Manzotti, S. (2018). Obiettivi e specificità della diagnosi nei Disturbi del Neurosviluppo: una revisione della letteratura. *Giornale Italiano*, 3(3).

Ruggerini, S., & Neviani, G. (2004). *La sfida tra sviluppo e ritardo mentale. Una ricerca dell'Opera Don Guanella sul divenire adulto della persona disabile* (Vol. 3). FrancoAngeli.

Sabatello, U., Fedeli, N., Di Cori, R., & Nicolini, A. (2010). Giovani autori di reati sessuali e psicopatologia. *Giovani autori di reati sessuali e psicopatologia*, 138-151. [https:// 10.3280/MG2009-003013](https://10.3280/MG2009-003013)

Sabatello, U., & Stefanile, S. (2016). Lo sviluppo antisociale: Dal bambino al giovane adulto. *Promuovere la salute nella realtà virtuale e territoriale*, 26.

Salviato, C., Mammarella, I. C., & Cornoldi, C. (2020). *Intervento per le difficoltà socio-relazionali*. Erickson.

Santrock, J. W., & Rollo, D. (2017). *Psicologia dello sviluppo*. Con Connect (terza edizione). McGraw-Hill.

Santrock, J. W. (2021). *Psicologia dell'educazione*. McGraw-Hill.

Schoorl, J., van Rijn, S., de Wied, M., Van Goozen, S., & Swaab, H. (2016). Emotion regulation difficulties in boys with oppositional defiant disorder/conduct disorder and the relation with comorbid autism traits and attention deficit traits. *PloS one*, *11*(7), e0159323. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159323>

Semrud-Clikeman, M., Walkowiak, J., Wilkinson, A., & Minne, E. P. (2010). Direct and indirect measures of social perception, behavior, and emotional functioning in children with Asperger's disorder, nonverbal learning disability, or ADHD. *Journal of abnormal child psychology*, *38*, 509-519. <https://doi.org/10.1007/s10802-009-9380-7>

Semrud-Clikeman, M., Walkowiak, J., Wilkinson, A., & Christopher, G. (2010). Neuropsychological differences among children with Asperger syndrome, nonverbal learning disabilities, attention deficit disorder, and controls. *Developmental neuropsychology*, *35*(5), 582-600. <https://doi.org/10.1080/87565641.2010.494747>

Shonkoff, J. P. (2003). From neurons to neighborhoods: old and new challenges for developmental and behavioral pediatrics. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *24*(1), 70-76. <https://doi.org/10.1097/00004703-200302000-00014>

Specchia, M. L., Cadeddu, C., & De Waure, C. (2015). Identificazione dei fattori di rischio e di protezione: gli studi di epidemiologia analitica. In *Manuale critico di sanità pubblica* (pp. 559-565). Maggioli Editore. <https://hdl.handle.net/10807/70976>

Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child development*, 17-29. <https://doi.org/10.2307/1129832>

Stacks, A. M., & Oshio, T. (2009). Disorganized attachment and social skills as indicators of Head Start children's school readiness skills. *Attachment & human development*, 11(2), 143-164. <https://doi.org/10.1080/14616730802625250>

Strang, J. D., & Rourke, B. P. (1983). Concept-formation/non-verbal reasoning abilities of children who exhibit specific academic problems with arithmetic. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 12(1), 33-39. <https://doi.org/10.1080/15374418309533110>

Sturme, P., & Sevin, J. (1993). Dual diagnosis: An annotated bibliography of recent research. *Journal of Intellectual Disability Research*, 37(5), 437-448. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.1993.tb00314.x>

Tambelli, R., & Odorisio, F. (2013). Gli effetti della comorbidità della depressione e dell'ansia sulle rappresentazioni materne e sull'interazione con il bambino. *Infanzia e adolescenza*, 12(3), 197-206. <http://eprints.bice.rm.cnr.it/id/eprint/9081>

Tangney, J. P., & Fischer, K. W. (1995). *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. Guilford Press.

Thompson, R. A. (1987). Development of children's inferences of the emotions of others. *Developmental Psychology*, 23(1),124.–131.

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.23.1.124>

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 25-52.

<https://doi.org/10.2307/1166137>

Velotti, P., Zavattini, G. C., & Garofalo, C. (2013). Lo studio della regolazione delle emozioni: prospettive future. *Giornale italiano di psicologia*, 40(2), 247-264.

<https://www.rivisteweb.it/doi/10.1421/74555>

Verrocchio, M. C., & Miragoli, S. (2008). Traiettorie di rischio: studi e ricerche su fattori di rischio e di protezione. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, (2008/3).

Vespe, M. (2021). Sindrome di Asperger: caratteristiche, novità diagnostiche e differenze con l'autismo. *Piesse* 7 (8-1).

Vio, C., & Olla, V. (2022). I disturbi del neurosviluppo: i limiti della diagnosi categoriale e la ricerca dei costrutti di base del funzionamento. *Ricerche di Psicologia-Open Access*, (4). <https://doi.org/10.3280/rip2022oa15609>

Vio, C., & Spagnoletti, M. S. (2013). *Bambini disattenti e iperattivi: parent training: Formazione e supporto dei genitori di bambini in età prescolare*. Edizioni Centro Studi Erickson.

Vio, C., Tressoldi, P. E., & Presti, G. L. (2012). *Diagnosi dei disturbi specifici dell'apprendimento scolastico*. Edizioni Erickson.

Vygotskij, L. S. (2010). *Storia dello sviluppo delle funzioni psichiche superiori*. Giunti Editore.

Wechsler, D. (2003). Wechsler intelligence scale for children—Fourth Edition (WISC-IV). Giunti O.S.

Wheeler Maedgen, J., & Carlson, C. L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of clinical child psychology*, 29(1), 30-42.
https://doi.org/10.1207/S15374424jccp2901_4

Wellmann H., (1990). *The child's theory of mind*, Bradford.

Zappella, M. (2018). L'evoluzione del concetto di autismo. *Autismo e disturbi dello sviluppo*, 16(3), 313-325.

Zaccaria, S., & Mammarella, I. C. (2007). Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività: elaborazione ed inibizione di informazioni in memoria di lavoro visuo-spaziale. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 11(1), 39-54.
<https://www.rivisteweb.it/doi/10.1449/24344>

Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., & Dennis, J. A. (2011). Parent Training Interventions for Attention Deficity Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children Aged 5 to 18 Years. *Campbell Systematic Reviews*. 2012: 2. *Campbell Collaboration*.

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio la Prof.ssa Mammarella e la Dott.ssa Orefice per l'opportunità concessami di partecipare al loro progetto di ricerca e per il prezioso supporto ricevuto durante tirocinio e stesura della tesi.

Grazie alla mia famiglia, per il supporto datomi in questi anni. Menzione speciale a mia madre per l'immancabile spesa del venerdì e le telefonate per tenermi sveglia durante il tragitto in autostrada per tornare a Padova la domenica sera e a papà per i controlli al volo alla macchina, per tutte le lampadine bruciate cambiate, acqua aggiunta e controlli delle gomme fatti! Grazie a mio fratello Giulio con il quale condivido, seppur in modo diverso, la voglia di farcela e mettermi in gioco e del quale ammiro la passione che mette nel lavoro che fa!

Un grazie particolare va a tutto il Tennis Club Pordenone, al Consiglio, agli amici di sempre, a colleghe e colleghi, ai Soci, ma soprattutto ai miei nonni acquisiti Sergio e Aristide (e i suoi immancabili pensierini), che in questi anni mi hanno sempre sostenuta ed incoraggiata. Grazie per tutte le acque e i caffè offerti nei miei momenti di sonno, per tutti i "Dai che ce la fai!" vedendomi studiare appoggiata al bancone del bar.

Grazie alle mie coinquiline *Francesca, Sara e Viola* con le quali ho condiviso la vita da studentessa Unipd in questi 2 anni tra pranzi e cene "gourmet" a base di tonno, sessioni d'esame, lezioni, scleri, risate, racconti di vita, la caldaia pazza. Grazie per lo scambio incessante di post da una stanza all'altra, per le serate nate per caso e che rimarranno indelebili nei nostri ricordi... senza dimenticare i momenti di alta "cultura" guardando Sanremo e Temptation Island... A Fra e Sara un grazie speciale per il supporto morale e tecnico di questi ultimi mesi/giorni...Grazie coinqui! W via S.Venturato!!! W la Dafne!

Grazie a *Elisa B.* che in questi due anni mi ha fatto capire che essere un po' egoiste ogni tanto non guasta, che è giusto pensare un po' più a me stessa e preoccuparmi meno per gli altri,

che mi ha aiutata a conoscermi meglio e a rendermi conto che col “freno a mano tirato non si va avanti!” Grazie!!!

Ci sono tre persone, però, che meritano un pensiero speciale, perché senza di loro non ce l'avrei fatta soprattutto in questo ultimo periodo e alle quali dire un semplice “grazie” non basta: mi riferisco a *Lara, Federico e Nicola*.

Lara, un'esplosione di energia pazzesca, anti-ansia per eccellenza, fino alla fine collega di percorso accademico e non, dispensatrice di ottimi consigli e serie TV, con la quale ho condiviso non soltanto ore e ore di studio matto e disperatissimo (vabbè, dai! Ci siamo anche divertite!), ma anche momenti di vita importanti. Un esempio da seguire nei momenti di sconforto perché “Se ce la fa lei, posso farcela anch'io! Devo almeno provarci!”. Un solo augurio: 100 di questi “metti la stellina sennò poi non lo ritroviamo più!” Ps: questo con che colore lo evidenzi? -Semicit- Grazie 1000!

Federico, sempre presente nei momenti belli ma soprattutto in quelli brutti, lui che sa sempre tutto di me (a volte anche prima di me), primo a cui ho detto di essere entrata in Magistrale. Migliore amico, dal cuore tenero ma ben nascosto. Non ci servono tante parole, ci capiamo al volo e basta un “Stasera che fai? Hai da fare?” per correre l'uno dall'altra e finire col prendere decisioni importanti seduti ad un tavolino del McDonald's, lungo le vie del centro o riguardando per la centesima volta “Pretty Woman”. Grazie per tutti i “Fammi sapere com'è andata” dopo ogni esame e gli “Ecco, lo sapevoooo!” dopo ogni prova superata. Per tutti gli “Eccoci! Amo, non puoi capire! Noi, totale...Maaaaaaaammmaaaa...” Grazie stellina!

E poi c'è lui, *Nicola*, entrato a far parte di questo mio mondo per caso e suo malgrado. Persona buona e paziente, capace di sopportare il mio brutto carattere, tutte le mie ansie e la paura di non farcela. Lui che al mio “Prima di tutto in sti due anni ci sarà l'Università”, non sapendo nemmeno a cosa sarebbe andato incontro, ha risposto con un “Va bene” che vale più di mille altre dimostrazioni d'affetto. Lui che mi fa arrabbiare ma poi sa subito come calmarmi (più o meno,

almeno ci prova), che ha accettato la mia vita da trottola, che si è ormai rassegnato al mio non saper decidere cosa voglio per cena e al ricevere una serie infinita di *Reels* con cagnolini inviati nei miei momenti di noia. Lui che mi aiuta con i lavori in chiusura al TC “così non si fa troppo tardi”. Lui che “Anche se dormo, avvisami quando arrivi a casa/Padova”. Lui che mi vuole veramente bene e me lo dimostra ogni giorno. Lui che ha deciso di starmi accanto... E adesso inizia la nuova avventura! Più o meno...Chissà come andrà a finire ... io ho già l'ansia! Grazie ♥

Un pensiero lo devo infine dedicare a me stessa, per tutti i sacrifici fatti in questi anni. Per tutti i pianti e le notti insonni, le ore passate al pc e sui libri e relativi crampi alle mani e mal di schiena, per i week end al lavoro per pagare l'affitto, i Km percorsi in auto giorno e notte con la valigia sempre pronta, per tutti i momenti di spensieratezza a cui ho rinunciato per portare a termine questo percorso voluto ma non certo facile. Per tutti i “Ma cosa mi è venuto in mente di iscrivermi di nuovo all'Università?”, per tutte le volte in cui mi sono sentita fuori posto, fuori tempo, vecchia, inutile e soprattutto un peso per chi mi sta accanto. Per la soddisfazione che sto provando ora, orgogliosa di me e con lo sguardo rivolto verso nuovi obiettivi e nuovi ostacoli che so di poter affrontare... Come ho sempre fatto, con molta, moltissima ansia, millemila dubbi e testardaggine fino alla fine...Questa sono io! E questo risultato è solo un'altra conferma che, qualsiasi cosa io voglia fare, ce la posso fare!!!

#sifaquelchesipuò#maimollare#crediciunpòdipiù#nonsièmaitroppovecchiperinseguireiproprisogni