

Comunicazione e linguaggio nei disturbi pervasivi dello sviluppo

Communication and language in pervasive developmental disorders

L. PFANNER, R. TANCREDI, M. MARCHESCHI

IRCCS Stella Maris, Università di Pisa

PAROLE CHIAVE. – Comunicazione - Linguaggio - Disturbi pervasivi dello sviluppo
KEY WORDS. – *Communication - Language - Pervasive developmental disorders*

Summary

The language characteristics in pervasive developmental disorders have been studying for a long time and are now well known, but in the last few years the clinical research has given a stimulus to a more close investigation using new theoretical contribution and a better quality of diagnostic evaluation.

In particular, we have tried to overcome an approach just aimed at emphasising those aspects of language considered typical and universal in autism, in order to favour a better awareness of the existence of many more linguistic phenotypes and a large heterogeneity. Progressively, we have passed from a “static” and transversal descriptions of linguistic skills to a more dynamic and longitudinal approach, beginning to observe the language in pervasive developmental disorders from a developmental point of view.

In the light of these premises we report some of the most recent contributions on the onset modalities and language acquisition in its different areas and in its expressive and receptive dimensions. In addition, we report some considerations on the contribution that a careful attention paid to the evaluation of linguistic profiles in autistic spectrum disorders can give to new hypothesis on language acquisition processes, differential diagnosis and treatment programmes.

Introduzione

Le caratteristiche del linguaggio nei disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS) sono da tempo conosciute, perché molto appariscenti, ma la maggior conoscenza del linguaggio normale e patologico ha permesso recentemente uno studio più

intrinseco di questo strumento di comunicazione tipicamente umano nei gravi difetti di competenza sociale. I contributi più interessanti sono stati offerti dagli studi e dalle esperienze cliniche che hanno cessato di vedere il linguaggio come un semplice ‘fenomeno comportamentale’ associato all’autismo, ed hanno cominciato ad esplorarlo più da vicino ed in maniera più articolata ed approfondita, secondo un’ottica linguistica.

Tuttora alla diagnosi di disturbo pervasivo, nei casi in cui il linguaggio è presente, vengono comunemente associate alcune caratteristiche linguistiche che sono riassumibili come scarsità di iniziative comunicative; ecolalia immediata e differita; prosodia aberrante; scelta di parole inusuali; inversione pronominale; incoerenza a livello del discorso; scarsa capacità a rispondere a domande ²⁷.

Ma negli ultimi anni, la ricerca clinica si è resa conto che le caratteristiche sopradescritte venivano associate a questa patologia come un marchio troppo rigido, che non teneva conto delle differenze individuali dei bambini e delle molteplici variabili che entrano in gioco in un processo di sviluppo, tanto più forse di uno sviluppo atipico.

Capitava anche la forzatura e l’inesattezza contraria: quella di considerare ‘superficialmente’ autistico un bambino solo perché presentava una delle caratteristiche linguistiche cosiddette ‘prototipiche’, ad es. l’ecolalia.

Nonostante che negli anni si siano incrementati i campi di indagine e che le metodologie siano divenute sempre più fini e rigorose, il problema permane estremamente complesso e controverso.

Negli ultimi 50 anni, dalle prime descrizioni di Kanner ¹⁵ fino alle più importanti pubblicazioni scientifiche o ai più conosciuti ed usati sistemi di classificazione, la questione maggiormente affrontata è stata: quali sono le caratteristiche del linguaggio tipiche ed universali nell’autismo?

Da ciò è derivata una discreta concordanza sulle caratteristiche più cruciali (uso anomalo del linguaggio, non intenzionalità comunicativa, intonazione e qualità vocale atipica, uso idiosincrasico delle parole, frasi stereotipate, ecolalia, inversione pronominale, ecc.), ma nella maggior parte dei casi tali caratteristiche non sono state individuate attraverso studi sistematici, meno che mai longitudinali.

Dalla metà degli anni ’70 sono stati condotti studi metodologicamente più raffinati, e si è cercato sempre di più di usare un’ottica psicolinguistica.

Scopo principale di questi studi è stato quello di identificare le caratteristiche prototipiche dell’autismo che distinguono tale patologia dalle altre. Per questo sono state condotte ricerche comparative, mediante il confronto di popolazioni diverse (altri disordini linguistici, ritardo mentale, sviluppo tipico). Un modo comune di fare questi confronti era quello di appaiare i campioni per QI od età mentale, per controllare l’influenza del deficit cognitivo sul linguaggio. Con questo sistema sono state osservate più da vicino la fonologia espressiva e recettiva, le abilità morfosintattiche e semantiche, paragonando questi bambini a bambini con altre patologie. In genere le conclusioni sono state che gli autistici non differiscono per questi aspetti linguistici.

Sono state poi studiate le abilità pragmatiche, appaiando i gruppi, oltre che per QI ed età mentale, anche per le abilità di vocabolario o di sintassi, con la conclusione che gli aspetti pragmatici del linguaggio sono specificatamente ed universalmente compromessi negli autistici rispetto ad altre popolazioni ¹⁹.

Questi studi comparativi hanno perciò avuto il merito di individuare il problema 'core' dell'autismo, che è quello della pragmatica, ma hanno avuto anche il limite di presentare alcuni importanti problemi metodologici, riportati da Tager-Flusberg in un articolo del 2004 ³⁵:

- non tutti gli studi hanno usato gli stessi criteri diagnostici, che sono cambiati nel corso degli ultimi decenni;
- l'autismo è un disordine complesso che è eterogeneo sia nei sintomi suoi propri che in quelli associati, e ciò rende difficoltosa la selezione dei campioni delle ricerche;
- la comorbidità con disturbi psichiatrici (es. ansia) può influenzare la performance nelle prove linguistiche e spesso ciò non viene controllato;
- la maggioranza dei bambini con disturbo pervasivo presenta un ritardo mentale che può variare da borderline a profondo; circa un quarto di questa popolazione non presenta un ritardo mentale, mentre alcuni bambini hanno addirittura un'intelligenza superiore alla norma.

Dal punto di vista del linguaggio spesso negli studi sono inclusi sia bambini con ritardo che quelli senza, sebbene l'intelligenza sia correlata con le abilità linguistiche, e questo aspetto, da solo, compromette ogni deduzione scientifica;

- l'autismo è un disturbo dello sviluppo: molti bambini autistici di età prescolare fanno considerevoli progressi nel linguaggio man mano che crescono, proprio come i non autistici. Eppure molti studi includono partecipanti di età molto diverse, ignorando la dimensione evolutiva, e assumendo che la performance a determinate prove linguistiche non è influenzata dalla dimensione evolutiva.

La domanda più corretta da porsi dovrebbe essere: qual è il fenotipo linguistico dell'autismo?, prescindendo dall'identificare solo quegli aspetti del disordine linguistico che differenziano l'autismo dalle altre popolazioni. Il fenotipo deve comprendere sia i deficit, sia le abilità, ed anche i processi evolutivi non 'catturabili' dagli studi trasversali.

Recentemente, studi diretti ad esplorare i profili linguistici nell'autismo ^{16 36}, hanno trovato un ampio raggio di performances in ciascuna delle misure linguistiche indagate. Ciò ha portato all'identificazione di sottotipi linguistici diversi, tra cui, il 'subtype normal' e, all'opposto, il 'subtype impaired', con un profilo che, per alcuni aspetti (ad es. prestazione deficitaria al test di ripetizione di non parole) è simile a quello dei bambini con disturbo specifico del linguaggio (DSL).

Sembrirebbe quindi che non ci sia un unico fenotipo linguistico nell'ambito dei disturbi pervasivi, ma più fenotipi, che includono sia bambini che parlano bene (ma non dal punto di vista pragmatico), sia bambini che presentano deficit linguistici simili a quelli dei DSL, con profili anche molto diversi.

Ciò ha portato alla crescente consapevolezza dell'eterogeneità di questa patologia, eterogeneità che si manifesta anche per gli aspetti linguistici. Si presenta tutta una serie di variabili:

- assenza del linguaggio (circa il 50%);
- ritardo di comparsa/acquisizione del linguaggio;
- regressione di competenze inizialmente acquisite;

Alcuni di questi bambini cominciano a produrre parole a 12 o 18 mesi, con successiva regressione e incapacità ad imparare parole nuove, fino alla cessazione di ogni produzione verbale ¹⁷;

- presenza di competenze linguistiche atipiche (comparsa del linguaggio tardiva e ritmo di sviluppo lento).

Le variabili implicate sarebbero la gravità, il tipo di disturbo (es. sindrome di Asperger), il livello cognitivo (basso, alto funzionamento), l'età.

Lo studio dell'eterogeneità lungo lo spettro, sia nel dominio cognitivo che linguistico, è il campo di indagine più attuale, e la sua importanza è determinata anche dal fatto che può aiutare ed indirizzare la ricerca genetica e neurobiologica.

Si può quindi affermare che ad un disturbo pervasivo dello sviluppo si affianca un disordine linguistico con un'espressività clinica molto variabile e tale espressività clinica va osservata, analizzata.

Il grado ed il tipo di compromissione linguistica non sono univoci in questi bambini, i quali, come nei disturbi specifici del linguaggio, presentano una grande varietà di disordini linguistici ²⁶.

Perciò, l'impressione che tutti i bambini con disturbo pervasivo abbiano lo stesso disturbo linguistico è erronea, anzi i deficit linguistici variano drammaticamente attraverso le diverse diagnosi ed anche all'interno della stessa categoria diagnostica.

Inoltre il corso di sviluppo linguistico nell'autismo è poco conosciuto: vi sono pochi studi longitudinali condotti nel periodo critico di acquisizione del linguaggio, e pochi studi che analizzino il diverso ritmo di sviluppo nelle diverse aree. Ciò è importante anche ai fini della scelta del trattamento più appropriato.

La dimensione longitudinale e lo studio dei processi di acquisizione appare quindi il campo di indagine attualmente più importante e le questioni cruciali connesse vanno dalla diagnosi precoce e la sua stabilità, alla diagnosi differenziale nei primi anni di vita, agli indici prognostici, alla tipologia ed efficacia del trattamento.

I primi deficit linguistici

Spesso i bambini con una patologia dello spettro autistico giungono a consultazione clinica intorno all'età di due anni per un ritardo del linguaggio. A questo si associa spesso la mancanza di interesse per il contatto sociale e la presenza di un gioco atipico e perseverativo.

Lo sviluppo del linguaggio è più lento che negli altri ritardi del linguaggio, spesso è collegato con il livello cognitivo, ma può anche procedere a rilento dietro lo sviluppo di altre aree.

Mentre i bambini con sviluppo tipico imparano le parole attraverso l'atto di ascoltarle nell'uso del contesto sociale (e ciò richiede un'attenzione condivisa), i bambini autistici possono fare un'associazione scorretta tra oggetti e parole (non riescono a monitorizzare lo sguardo dell'altro). Le parole apprese vengono usate per etichettare, chiedere o protestare; il linguaggio viene usato per regolare l'ambiente circostante, anziché per motivi puramente sociali, come commentare od iniziare una interazione sociale.

Alcuni bambini rimangono non verbali, anche se, in virtù dei sempre maggiori interventi precoci, questo numero sembra in diminuzione (non è chiaro se il miglioramento dell'*outcome* dipenda dalla presenza di sintomi più lievi già in fase di esordio). Alcuni non acquisiscono il linguaggio anche perché presentano una disprassia verbale od un impaccio dei movimenti oro-motori. Contrariamente agli altri ritardi del linguaggio, gli autistici non compensano la loro mancanza di linguaggio con i gesti. Hanno inoltre difficoltà ad iniziare e a rispondere agli inviti di condivisione dell'attenzione.

Circa un quarto dei bambini con autismo presenta una regressione tra 12 e 18 mesi. Di solito non si tratta di una drammatica perdita del linguaggio nel periodo critico di acquisizione, ma parole singole cominciano ad essere usate in maniera inconsistente e poi gradualmente spariscono. Contemporaneamente a ciò viene segnalato un ritiro sociale, nonché cambiamenti nel temperamento e nell'espressione degli affetti.

Il ritardo del linguaggio precoce sembra quindi essere una caratteristica comune per tutti i disturbi dello spettro, seppure con modalità di esordio diverse, tranne che per la sindrome di Asperger che, sul piano strettamente linguistico, differirebbe dall'autismo ad alto funzionamento proprio per assenza di ritardo del linguaggio^{2 39}.

Ultimamente, tuttavia, ciò è sempre più oggetto di discussione: intanto questa informazione in genere viene ricavata retrospettivamente; ci sono bambini che inizialmente hanno un ritardo del linguaggio, ma poi il linguaggio si sviluppa ed hanno abilità linguistiche nell'ambito della norma. In altre parole alcuni bambini con sindrome di Asperger hanno avuto un ritardo del linguaggio, ma non un disordine linguistico⁸.

Indici predittivi: C'è grande variabilità su come si sviluppa il linguaggio nei bambini autistici ed è difficile fare previsioni, quando il bambino è piccolo, sulla base delle abilità linguistiche. Ci sono però alcuni indici che possono predire un incremento del vocabolario che sono i seguenti:

- ampiezza del vocabolario al momento della prima consultazione; presenza di imitazione verbale; uso di oggetti per 'far finta'; numero di gesti per iniziare una condivisione;

- migliore livello intellettuale, migliore comprensione linguistica, migliori capacità di imitazione e di attenzione condivisa³⁰. Altri indici predittivi si possono rintracciare nella presenza e nella qualità del babbling e di altre vocalizzazioni, che spesso, quando sono presenti, sono alterate nel tono, spesso stridulo o lamentoso, o troppo forte, o in ecolalia.

È importante che i bambini autistici sviluppino il linguaggio prima dei 5 anni, perché questa presenza è un importante predittore di un buon *outcome*.

Ci sono alcune evidenze³⁷ che la diagnosi di autismo effettuata tra 2 e 4 anni sia meno stabile di quello che si pensava: in particolare sembra che la diagnosi sia più stabile per quei bambini diagnosticati dopo 30 mesi (87%), rispetto a quelli diagnosticati a 30 mesi o prima (52%). Ciò è imputabile ad errori diagnostici? I metodi di assessment sono forse meno efficaci per i bambini più piccoli? Vi sono difficoltà di inquadramento diagnostico prima dei tre anni per carenza di sistemi di classificazione? Vi sono effetti del trattamento precoce ancora poco conosciuti? A questo proposito sembra che alcuni aspetti di un intervento precoce possano cambiare l'architettura della mente di questi bambini, prima che pattern comportamentali anomali e devianti si 'fissino' e diventino persistenti¹⁴.

La maggior parte dei bambini con DPS, anche se non tutti, hanno dei deficit sia nella comprensione che nella produzione linguistica.

Comprensione

Le descrizioni classiche sul linguaggio autistico si concentravano essenzialmente sulla produzione linguistica, cioè sull'output, mentre da alcuni anni è apparso di grande interesse l'osservazione e lo studio della comprensione, cioè dell'input.

La comprensione verbale è un cardine importante per lo sviluppo del linguaggio. Gli studi sul bambino piccolo con sviluppo tipico ci indicano come lo sviluppo della comprensione sia un fenomeno di estrema complessità.

In una fase iniziale dello sviluppo i bambini:

- sviluppano un precoce interesse all'ascolto dei messaggi verbali;
- si avvalgono per comprendere solo di minimi indizi linguistici ed in larga misura di indici extralinguistici, quali il contesto, i gesti, l'intonazione, la probabilità dell'evento.

L'acquisizione delle capacità recettive passa dunque attraverso un lungo e complesso percorso, che parte da una comprensione contestuale ed arriva ad una comprensione progressivamente più astratta, che necessita di strategie linguistiche di decodifica. Durante questo percorso il bambino continua ad avvalersi, per comprendere messaggi verbali sempre più complessi, di strategie anche di tipo non linguistico, che lo aiutano e lo indirizzano verso una comprensione corretta ed efficace.

C'è comune accordo in letteratura, e secondo anche quanto emerge dall'esperienza clinica, che nei bambini con disturbo pervasivo sia presente in genere un deficit più o meno grave della comprensione verbale (talora indicata come 'agnosia uditiva').

In età precoce questi bambini non sembrano interessati al linguaggio, anzi, ne sono spesso infastiditi (Rapin parla di 'rigurgito della lingua'). La loro risposta agli stimoli verbali è scarsa, sebbene invece reagiscano a stimoli acustici non verbali; tendono a non eseguire richieste su comando verbale, e questo sembrerebbe dipendere da una molteplicità di fattori (inattenzione uditiva, reazione di chiusura a stimolazioni verbali, difficoltà a comprendere in senso stretto). L'impossibilità nelle interazioni quotidiane ad utilizzare i diversi 'suggerimenti' non verbali per decifrare il significato dei messaggi verbali potrebbe essere uno dei fattori all'origine del difetto di comprensione²⁰. È probabile che la difficoltà ad utilizzare gli indizi extralinguistici faccia sì che certi bambini arrivino, con notevole ritardo, a comprendere il linguaggio attraverso processi evolutivi che si avvalgono di strategie diverse.

Uno dei motivi di queste difficoltà di comprensione derivano dalle limitazioni che questi bambini hanno nell'integrare l'input linguistico con la conoscenza del mondo, nel senso del difetto di comprensione del mondo sociale. Non possono infatti usare le espressioni facciali, il linguaggio del corpo, l'intonazione per capire se il messaggio del parlante è affettuoso, ostile, dispettoso; la comprensione di frasi ellittiche, di domande indirette (es. 'potresti portare fuori la spazzatura?'), del linguaggio non letterale, di bugie o barzellette, comportano abilità nell'interpretare l'intenzione del parlante.

Nei bambini piccoli con DPS la comprensione verbale è dunque difficilmente valutabile (specie mediante la somministrazione di prove strutturate), a causa della loro scarsa responsività sociale. Tale mancata responsività agli stimoli sociali potrebbe far perdere loro l'opportunità vitale di sviluppare adeguatamente il linguaggio, che non sembra essere per loro, almeno inizialmente, un codice da interpretare.

Rispetto ai bambini con ritardo mentale o del linguaggio, le abilità recettive sono molto più compromesse di quelle espressive³¹.

È suggestiva la considerazione che in tutta la patologia del linguaggio, i deficit di comprensione verbale, e comunque di input, rendono il soggetto più a rischio, hanno una prognosi peggiore e spesso si trascinano dietro tutta una serie di conseguenze sia sull'aspetto di produzione, sia sull'*outcome*, sia sul profitto scolastico, sia sulla qualità delle interazioni. Da segnalare a questo proposito l'alta incidenza di deficit recettivi nei bambini piccoli con disturbo di regolazione.

Ciò potrebbe avere importanti implicazioni per l'individuazione dei bambini a rischio e quindi candidati ad un trattamento precoce, che dovrebbe iniziare appena vengono notate difficoltà nell'uso delle facilitazioni contestuali.

Produzione

Dagli studi classici sull'autismo, il deficit linguistico tipico di quei bambini che hanno acquisito il linguaggio sembra essere caratterizzato da un adeguato sviluppo della fonologia e della sintassi e da un deficit a livello della semantica e della pragmatica³². Tuttavia vi sono anche opinioni diverse.

Fonologia

Vi sono informazioni dettagliate scarse sullo sviluppo precoce delle abilità fonetico-fonologiche: secondo Bartolucci e Pierce⁶ le abilità fonologiche dei bambini con DPS che sviluppano il linguaggio sono relativamente preservate, anche se lo sviluppo articolatorio è rallentato.

Solitamente i bambini autistici non hanno problemi con l'articolazione dei suoni, ma ve ne sono alcuni che presentano disprassia verbale od impaccio dei movimenti oro-motori. Per quanto riguarda lo sviluppo fonetico-fonologico possono avere capacità di pronunciare le parole in epoca normale, o addirittura precoce, anche se talvolta possono presentare un ritardo, spesso transitorio²⁹.

Prosodia

La prosodia, cioè l'insieme delle caratteristiche soprasegmentali del parlato (variazione della durata, ampiezza, frequenza fondamentale dei suoni linguistici), gioca un ruolo importante nella comunicazione, ed ha diverse funzioni:

- *sintattica*: funzione di segmentare gli enunciati (la fine degli enunciati è segnalata da tutta una serie di indici prosodici, incluso le pause);
- *pragmatica*: la prosodia permette, attraverso l'accentazione, di 'stressare' una parte od un'altra di una frase e può enfatizzare o cambiare completamente il significato delle parole prodotte;
- *affettiva*: l'espressione delle emozioni dà informazioni sullo stato affettivo del parlante.

In letteratura sono stati usati molti aggettivi per descrivere la prosodia degli autistici: inespressiva, cantilenante, robotica, bizzarra, ecc.^{3 12}, ed in alcuni casi anche aggettivi opposti come 'monotona' ed 'esagerata'⁵. Hubbard et al.¹³ trovano che la prosodia non sempre è monotona: al contrario, gli autistici producono una grande varietà di tratti prosodici e quindi, nei disturbi dello spettro, anche la prosodia varia in maniera considerevole²¹.

In genere prevale la descrizione di una qualità della voce monotona e di un'integrazione prosodica spesso assente nelle costruzioni frasali. Al contrario, viene descritta la presenza frequente di produzioni addirittura melodiche nella gergofasia e la capacità di riprodurre le intonazioni nelle ecolalie.

Non si tratterebbe quindi di un'incompetenza melodica, ma piuttosto di un'incapacità ad usare l'intonazione per scopi comunicativi.

Il parlato di bambini e adulti autistici spesso appare bizzarro o inusuale, e questa 'bizzarria', che è uno dei segni clinici del disturbo immediatamente rico-

noscibili, è in parte dovuta ad anomalie nell'intonazione. Difficoltà prosodiche sono state trovate sia a livello di linguaggio espressivo che recettivo: i bambini autistici hanno difficoltà nel distinguere *patterns* intonativi differenti o ad interpretare il valore emotivo della prosodia. Anche gli Asperger presentano un parlato piatto, monotono o cantilenante, sonorità nasale, mancanza di connotazione affettiva, scarso controllo del volume, accentazioni atipiche di parole e frasi.

Ecolalia

L'ecolalia, cioè la ripetizione, con la stessa intonazione, di parole o frasi pronunciate da qualcun altro, può essere immediata o differita, cioè può essere una riproduzione di qualcosa che è stato appena detto o di qualcosa udito in passato. L'ecolalia differita spesso deriva dai film TV, letture o conversazioni passate: spesso bambini con linguaggio povero e non spontaneo sono in grado di ripetere lunghi spezzoni pubblicitari o di film.

L'ecolalia è uno dei sintomi più classici dell'autismo ma è un fenomeno presente anche nei ritardi specifici del linguaggio, nei bambini ipovedenti o sordi, ed anche nei bambini normali nella fase di acquisizione e consolidamento del vocabolario (tra 2 e 2 anni e mezzo di età), nei quali però tende a scomparire rapidamente. Nei bambini autistici invece, tende a diminuire col tempo, ma persiste più a lungo e spesso è presente con molta frequenza,

Tale fenomeno è stato a lungo visto come privo di ogni funzione comunicativa, mentre più recentemente ne sono state individuate almeno ben 6 funzioni comunicative²³, tra cui citiamo: l'asserzione, la presa di turno, la funzione di supporto al processamento linguistico, cioè un modo per analizzare le forme linguistiche in via di acquisizione. A questo proposito è interessante notare che entrambe le forme di ecolalia, immediata o differita, possono essere talvolta interpretate come una strategia di acquisizione del linguaggio, non così difforme da quella dei bambini normali molto piccoli.

Ciò potrebbe dimostrare che l'ecolalia è una più generale strategia di compenso. Invece di essere una stereotipia vocale od un'autostimolazione, talora è funzionale e permette al bambino di formulare richieste, di autoconsolarsi, di partecipare a routine sociali. Potrebbe essere anche una modalità per sopperire, nel dialogo, ad una difficoltà al recupero di parole appropriate, il tentativo di marcare il turno in una conversazione o di mantenere una interazione di tipo sociale, una sorta di 'ponte' comunicativo, quando il bambino è insicuro su cosa rispondere. Tra le ipotesi più suggestive c'è quella che si tratti di un sistema per 'prendere più tempo' per elaborare informazioni linguistiche e comprendere meglio ciò che è stato detto^{24 25}.

Grammatica

L'acquisizione della grammatica, in genere, presenta una 'dissociazione' rispetto agli aspetti 'funzionali' del linguaggio³⁴, poiché classicamente considerata priva di segni atipici. Rispetto all'organizzazione fonologica c'è più varietà: no-

nostante ci siano bambini che raggiungono un buon livello grammaticale, in realtà la maggior parte continua a presentare un ritardo. Similmente a ciò che accade nei DSL, i bambini autistici hanno particolari difficoltà nel costruire la morfologia grammaticale, specialmente nell'uso dei tempi verbali (es. il tempo passato) e conseguentemente hanno difficoltà con le strutture sintattiche complesse.

Nel corso dell'acquisizione, talora i bambini autistici tendono ad omettere gli elementi grammaticali e a fare errori grammaticali. Alcune volte questi errori sono indice di una sottostante conoscenza sintattica (es. ipercorrettismi sulla forma del passato remoto (es. venì)).

Bartolucci et al.⁷ hanno suggerito che i deficit sintattici dell'autismo sono collegati ai deficit nelle abilità di mettere in sequenza gli stimoli.

Sia nei disturbi pervasivi e talora, in misura ancora maggiore nei disordini semantico-pragmatici, si ha l'impressione di avere di fronte una sintassi non agrammatica, ma confusa, 'sballata', che perde talvolta la sua armonia.

Semantica

Sul piano dello sviluppo semantico, è stato dimostrato che i bambini con autismo ad alto funzionamento sono in grado sia di assegnare le parole a specifiche categorie semantiche, sia di rappresentarsi in memoria i significati delle parole³³, ma hanno difficoltà nell'uso dei significati e nel recupero di parole appropriate al contesto, dimostrando una tendenza a creare neologismi. Tra i primi sintomi descritti nell'autismo²⁸ vi è stata infatti la creazione di neologismi e l'uso 'inadatto', talora aberrante, di parole e frasi.

In realtà i bambini autistici non sembrano avere particolari difficoltà nel vocabolario, sebbene abbiamo difficoltà nell'usare e comprendere parole che si riferiscono ad emozioni e pensieri.

La costruzione sociale del significato lessicale procede attraverso migliaia di interazioni personali che permettono di precisare gradualmente il senso di un termine: è pertanto interessante esaminare l'influenza che possono esercitare i deficit sociali sullo sviluppo lessicale e semantico. I disagi sociali dei bambini autistici potrebbero essere all'origine delle loro incapacità a strutturare in modo socialmente pertinente i loro campi semantici *denotativi* (cioè il senso collettivo e condiviso di un'etichetta verbale e quindi di un'associazione parola-significato) e nel differenziarli chiaramente dalle estensioni *connotative* (cioè quei termini che, oltre a significare un oggetto, ne indicano un attributo o un riferimento a qualche altra cosa che è più personale e può riferirsi anche a particolari esperienze individuali).

Piuttosto che deviante, lo sviluppo lessicale e semantico sarebbe ritardato e incompleto. Negli studi più recenti tuttavia la conoscenza semantica è descritta tutto sommato come un'area 'di forza'¹¹.

Pragmatica

Il nucleo centrale delle difficoltà linguistiche negli autistici sta nell'abilità ad usare il linguaggio in maniera funzionale in una varietà di contesti, cioè nella pragmatica. Per difficoltà pragmatica si intende una 'mancata corrispondenza' tra linguaggio e contesto³⁸. I bambini autistici usano il linguaggio in modo limitato: raramente fanno commenti, chiedono informazioni o chiarimenti all'ascoltatore, descrivono eventi. Non riescono ad usare espressioni di cortesia, fanno osservazioni irrilevanti e nella conversazione hanno problemi di presa di turno e possono parlare troppo o troppo poco¹⁸. Se devono raccontare eventi della loro vita o storie spesso includono contenuti irrilevanti o inappropriati e faticano a tenere in conto la prospettiva dell'ascoltatore (es. presentano gli eventi in maniera confusa e disorganizzata). Questi problemi pragmatici ostacolano seriamente l'adattamento sociale e possono portare a comportamenti distruttivi, ad es. nella scuola.

La *pragmatica non verbale* si riferisce alla produzione e all'interpretazione di espressioni facciali, posture, gesti e prosodia-tono della voce, tutti aspetti che rendono 'trasparente' l'intenzionalità nella comunicazione verbale. Ad esempio, gli autistici tendono a non guardare la persona con cui stanno parlando, a non usare gesti in accompagnamento alla produzione verbale, ad usare un'intonazione monotona ed un ritmo robotico, ad impiegare un tono affermativo nelle domande, ad ignorare le espressioni facciali, ecc. Il primo segno di questa 'incompetenza pragmatica' si osserva in una fase molto precoce, quando questi bambini non usano il 'pointing' per attirare l'attenzione su un oggetto o non si girano se chiamati per nome. A questo proposito ricordiamo che nei primi 18 mesi l'assenza del pointing e del gioco del 'far finta' (*pretend play*) e dell'attenzione condivisa (*shared attention*) sono segni fortemente predittivi di un disturbo pervasivo di sviluppo, essendo prerequisiti del linguaggio comunicativo o anche dell'acquisizione della 'teoria della mente'⁴.

Similmente gli autistici hanno anche un deficit nella *pragmatica verbale*. Ad esempio, non hanno iniziativa comunicativa spontanea, non sono capaci di sostenere una conversazione, non usano il linguaggio come strumento per formulare commenti o per soddisfare un bisogno, non utilizzano, o comunque non in maniera canonica, regole conversazionali quali quella del rispetto dei turni dialogici o del mantenimento del 'topic' nel dialogo, ecc.⁹. Occorre tener presente tuttavia che in alcuni bambini con autismo ad alto funzionamento o con sindrome di Asperger, la compromissione della pragmatica verbale può essere più sfumata. Si tratta di bambini che non assumono spontaneamente l'iniziativa comunicativa, che formulano richieste relative ai propri bisogni, che possono dimostrare una certa capacità di rispettare i turni nella conversazione, ma non apportano un contributo personale ad essa.

I bambini con DPS generalmente producono lunghi monologhi in cui non è rintracciabile un chiaro intento comunicativo, e ignorano l'impazienza dell'interlocutore che si pone all'ascolto di un linguaggio poco condivisibile²².

Valutazione

Un'attenta osservazione e valutazione delle competenze linguistiche in un bambino con disturbo pervasivo può fornire un contributo importante sia per la diagnosi sia per il trattamento (da segnalare che l'intervento precoce rappresenta attualmente la terapia più efficace a nostra disposizione).

Scopo della valutazione linguistica diventa perciò l'individuazione dell'entità del ritardo del linguaggio, lo studio qualitativo delle atipie, l'individuazione di profili di sviluppo (asse longitudinale), la formulazione di ipotesi sui processi di acquisizione, l'enucleazione di indici prognostici, il fornire un contributo ai programmi di trattamento.

Poiché l'obiettivo è quello del trattamento precoce, dobbiamo avere un'attenzione preferenziale verso il bambino piccolo, anche perché l'osservazione del linguaggio in età precoce può contribuire alla diagnosi in questa età così difficile per la diagnosi differenziale.

Per il bambino piccolo è necessario ridefinire meglio gli strumenti diagnostici per il linguaggio, adattandoli a questa particolare patologia.

In genere, classicamente, il bambino autistico è considerato 'poco valutabile' con prove strutturate e comunque con un approccio che implichi una relazione, tanto più se verbale.

Lo sforzo che è stato fatto in questi ultimi anni, è stato quello di tentare di considerare i bambini con disturbo pervasivo non come soggetti difficilmente approcciabili, ma, al contrario, come soggetti a cui rivolgersi non solo con un'ottica osservativa, ma anche interattiva e valutativa.

Così, contrariamente a quanto spesso viene detto, il bambino con DPS può essere testabile con prove linguistiche, anche se questo dipende molto dall'età, dalla variabilità individuale, dalla gravità e tipologia del disturbo.

L'approccio clinico al soggetto DPS in un'ottica di valutazione delle competenze linguistiche, prevede: un'osservazione libera del bambino in presenza di oggetti, giochi, figure familiari di riferimento, nel cui ambito poter verificare se siano presenti competenze comunicative non verbali e come eventualmente esse vengano utilizzate; se venga o meno utilizzato il canale verbale, ed eventualmente con quale frequenza; se il bambino sia capace di un'iniziativa verbale spontanea, ad es. al momento dell'arrivo o dell'uscita.

Con i bambini che possiedono il linguaggio, è opportuno, quando possibile, somministrare prove strutturate, di produzione e di comprensione verbale; video-registrare un piccolo dialogo spontaneo con l'esaminatore o con un familiare ed un racconto sia di una storia figurata sia, eventualmente di una storia conosciuta dal bambino.

Tale situazione porta successivamente ad una serie di considerazioni su come il bambino accetta di 'interagire' con l'operatore, se vi sono differenze tra prove di produzione e prove di comprensione, se è possibile una sollecitabilità

con mezzi verbali, se vi sono differenze nelle reazioni ad un approccio verbale rispetto ad un approccio non verbale.

La sua reazione di fronte al linguaggio può essere molto diversa dai bambini con sviluppo tipico o con altre patologie, e questo comporta l'utilizzo di stili diversi di comunicazione anche da parte dell'adulto, fattore fondamentale nel trattamento.

Per quanto riguarda la valutazione della pragmatica, vi sono numerose difficoltà a delineare questa competenza sul piano clinico, per l'interazione complessa tra influenze sociali, linguistiche, cognitive e culturali¹. Dato che il disordine pragmatico è stato a lungo associato all'autismo in maniera quasi esclusiva, è importante invece ricordare che si possono trovare bambini con altre patologie (sindrome di Williams, ADHD, ecc.) che presentano difficoltà pragmatiche e che un disordine pragmatico (PLI – *pragmatic language impairment*, Bishop¹⁰) può esistere senza un aggiuntivo deficit sociale.

Riassumendo, è importante fare un'approfondita valutazione delle competenze linguistiche, quando possibile, con prove strutturate, per valutare la presenza/entità del ritardo del linguaggio e per avere la possibilità di analizzare, in un secondo momento, i profili e la qualità degli 'errori'.

L'osservazione/valutazione del bambino con disturbo pervasivo deve effettuarsi più volte, in momenti diversi, possibilmente in diversi contesti ed ambienti, allo scopo di verificare la frequenza e la variabilità dei comportamenti linguistici. È inoltre importante seguire i bambini in follow-up per verificare la presenza/assenza di modificabilità ed arrivare alla formulazione di ipotesi sulla natura dei processi di acquisizione.

In sintesi, molti studi sui disturbi dello spettro autistico concordano sulla presenza di *due importanti dissociazioni* all'interno della competenza linguistica:

la prima, tra lo sviluppo delle abilità formali (meglio preservate) e quello delle abilità legate al contenuto e l'uso del linguaggio (maggiormente compromesse);

la seconda tra abilità espressive (con ampia variabilità in relazione all'età, al tipo e alla gravità del disordine) e abilità recettive (compromesse in maniera più stabile).

Alcune dissociazioni:

- tra lessico espressivo e lessico recettivo;
- nel lessico espressivo (test di denominazione) tra parole ad alta e a bassa frequenza (con scelta talvolta di parole ricercate, es. calendula al posto di fiore);
- tra comprensione lessicale e comprensione grammaticale;
- tra la musicalità mostrata nella gergofasia e l'assenza di musicalità nel linguaggio intellegibile;
- tra competenze formali e competenze legate al contenuto;

- tra produzione e comprensione in genere;
- tra l'uso di un lessico a volte bizzarro nell'eloquio spontaneo e la presenza di errori 'poco atipici' in prove di denominazione figurata.

La situazione di valutazione mette in evidenza anche quanto spesso il bambino autistico sia più 'adeguato' se incanalato in prove strutturate e quanto non lo sia per niente se lasciato libero. La traccia strutturata e/o visiva, almeno in produzione, lo aiuta? (es. lessico, storia figurata, ripetizione?) oppure no, perché sono prove poco implicanti la pragmatica o la 'teoria della mente'?

Il linguaggio sarebbe cioè meno compromesso negli aspetti cosiddetti 'automatizzabili' cioè fonologia e morfosintassi, ed invece gravemente deficitario in tutti i contesti (*dialogo, narrazione, comprensione*), che prevedono un'interazione ed anche una condivisione degli stati mentali dell'altro.

Una ipotesi suggestiva è che i bambini autistici nascano con una fragilità nei sistemi di elaborazione degli stimoli uditivi, e che non riescano, se non con estrema difficoltà, ad integrare questi in un sistema codificato e condiviso. Il linguaggio, pertanto, sin dalle fasi più precoci di acquisizione, disorienterebbe il bambino piuttosto che contribuire ad orientarlo, e potrebbe essere percepito inizialmente come uno stimolo puramente sensoriale, non come un codice di comunicazione da interpretare. Ciò spiegherebbe anche il perché, specie nel caso di iperstimolazione verbale, i messaggi verbali dell'altro vengono percepiti dai bambini autistici come fastidiosi ed intrusivi.

Conclusioni

Dopo questa analisi linguistica delle complesse ed ancora misteriose devianze dell'espressione e della comprensione verbale nel bambino autistico, l'approccio clinico ed interpretativo deve ovviamente proseguire poiché la patologia della relazione in epoca precoce può essere mutevole. Tra i prossimi obiettivi resta l'ulteriore valutazione delle competenze espressive anche per comprendere meglio i disturbi dello spettro e trarne un contributo più specifico per le altre patologie come il disturbo pragmatico, il *multiple complex developmental disorder* e il disturbo di regolazione.

È infine importante fare ricerche longitudinali sistematiche per studiare meglio la storia naturale del disturbo (esordio, follow-up, *outcome*) anche in relazione al trattamento riabilitativo. Le implicazioni cliniche più importanti della valutazione delle competenze linguistiche nei bambini con DPS sembrano essere nel campo della riabilitazione, dove l'evoluzione linguistica è un'importante 'finestra' sull'andamento evolutivo generale del disturbo, e quindi la riabilitazione linguistica è un aspetto da includere nei piani di trattamento.

Riassunto

Le caratteristiche del linguaggio nei disturbi pervasivi dello sviluppo sono da tempo conosciute, ma negli ultimi anni la ricerca clinica ha dato impulso a indagini più approfondite, avvalendosi sia di nuovi contributi teorici sia di una maggiore e più mirata qualità osservativa e valutativa.

In particolare si è cercato di superare l'approccio mirato a mettere in luce quegli aspetti linguistici considerati tipici ed universali nell'autismo, a favore di una sempre maggiore consapevolezza che esistono più fenotipi linguistici ed una grande eterogeneità. Progressivamente si è passati inoltre da una descrizione 'statica' e trasversale delle competenze linguistiche, ad un approccio più dinamico e longitudinale, cominciando a osservare il linguaggio dei disturbi pervasivi in una prospettiva di sviluppo.

Alla luce di queste premesse verranno riportati alcuni dei contributi più recenti sulle modalità di esordio ed acquisizione del linguaggio nelle diverse aree e nelle due dimensioni espressiva e recettiva, nonché alcune considerazioni sui contributi che un'attenta valutazione dei profili linguistici nei disturbi dello spettro autistico può dare sia alla messa a punto di nuove ipotesi sui processi di acquisizione, sia alla diagnosi differenziale e ai programmi di trattamento.

Bibliografia

- ¹ Adams C, Green J, Gilchrist A, Cox A. *Conversational behavior of children with Asperger syndrome and conduct disorder*. J Child Psychol Psychiatr 2002;43:679-90.
- ² American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. IV edn. Washington 1994.
- ³ Baltaxe CAM, Simmons JQ. *Prosodic development in normal and autistic children*. In: Schopler E, Mesibov GB (eds). *Communication problems in autism*. New York: Plenum Press 1985, pp. 95-125.
- ⁴ Baron-Cohen S. *Mindblindness: an essay on autism and theory of mind*. Cambridge: MIT Press 1995.
- ⁵ Baron-Cohen S, Staunton R. *Do children with autism acquire the phonology of their peers? An examination of group identification through the window of bilingualism*. First language 1994;14:241-8.
- ⁶ Bartolucci G, Pierce S. *A preliminary comparison of phonological development in autistic, normal, and mentally retarded subjects*. Br J Dis Commun 1977;12:137-47.
- ⁷ Bartolucci G, Pierce SJ, Streiner D. *Cross-sectional studies of grammatical morphemes in autistic and mentally retarded children*. J Autism Dev Dis 1980;10:39-50.
- ⁸ Bennett T, Szatmari P, Bryson S, Volden J, Zwaigenbaum L, Vaccarella L, et al. *Differentiating Autism and Asperger syndrome on the basis of language delay or impairment*. J Autism Dev Dis 2007;38:616-25.
- ⁹ Bishop DV, Adams C. *Conversational characteristics of children with semantic-pragmatic disorders. II: What features lead to a judgement of inappropriacy?* Br J Dis Commun 1989;24:241-63.
- ¹⁰ Bishop DV. *Pragmatic language impairment: a correlate of SLI, a distinct subgroup, or part of autistic continuum?* In: Bishop DVM, Leonard L (eds.). *Speech and language impairments in children: causes, characteristics, intervention and outcome*. Philadelphia: Psychology Press 2000, pp. 99-113.
- ¹¹ Eigsti I, Bennetto L, Dadlani MB. *Beyond pragmatics: morphosyntactic development in autism*. J Autism Dev Dis 2006;37:1007-23.
- ¹² Fay W, Schuler A. *Emerging language in autistic children*. Baltimore: University Park Press 1980.
- ¹³ Hubbard K, Trauner DA. *Intonation and emotion in autistic spectrum disorders*. J Psychol Res 2007;36:159-73.

- ¹⁴ Huttenlocher PR. *Synaptogenesis in human cerebral cortex*. In: Dawson G, Fisher KW (eds.). *Human behavior and developing brain*. New York: Guilford 1994, pp. 137-152.
- ¹⁵ Kanner L. *Autistic disturbances of affective contact*. *Nervous Child* 1943;2:217-50.
- ¹⁶ Kielgard M, Tager-Flusberg H. *An investigating of language impairment in Autism: Implications for genetics subgroups*. *Lang Cogn Proces* 2001;16:287-308.
- ¹⁷ Kurita, H. *Infantile autism with speech loss before the age of 30 months*. *J Am Acad Child Psychiat* 1985;24:191-6.
- ¹⁸ Landa R. *Social language use in Asperger Syndrome, high functioning autism*. In: Klin A, Volkmar FR, Sparrow S. (eds.) *Asperger syndrome*. New York: The Guilford Press 2000, pp. 125-155.
- ¹⁹ Lord C, Paul R. *Language and Communication in Autism*. In: Cohen DJ, Volkmar FR (eds.). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. 2nd edn. John Wiley & Sons, Inc. 1997, pp. 195-225.
- ²⁰ Loveland K, Tunali B. *Social scripts for conversational interactions in autism and Down's syndrome*. *J Aut Dev Dis* 1991;21:177-86.
- ²¹ Peppé S, McCann J, Gibbon F, O'Hare A, Rutheford M. *Receptive and expressive prosodic ability in children with high-functioning autism*. *J Speech Lang Hear Res* 2007;50:1015-28.
- ²² Pfanner P, Marcheschi M, Tancredi R, Pfanner L. *Linguaggio verbale e scritto nelle sindromi pervasive dello sviluppo*. In: Arcolini I, Zardini G (eds.). *I disturbi dell'apprendimento della lettura e della scrittura*. Milano: Franco Angeli 2002.
- ²³ Prizant BM, Duchan J. *The functions of immediate echolalia in autistic children*. *J Speech Hear Dis* 1981;46:241-9.
- ²⁴ Prizant BM. *Language acquisition and communicative behavior in autism: toward an understanding of the whole of it*. *J Speech Hear Dis* 1983;48:296-307.
- ²⁵ Prizant BM, Rydell, PJ. *An analysis of the functions of delayed echolalia in autistic children*. *J Speech Hear Res* 1984;27:183-92.
- ²⁶ Rapin I. *Practitioner review: developmental language disorders: a clinical update*. *J Child Psychol Psychiatr* 1996;37:643-55.
- ²⁷ Rapin I, Dunn M. *Update on the language disorders of individuals on the autistic spectrum*. *Brain Dev* 2003;25:166-72.
- ²⁸ Rutter M. *Autistic children: Infancy to adulthood*. *Seminars Psychiat* 1970;2:435-50.
- ²⁹ Rutter M, Mawhood L, Howlin P. *Language delay and social development*. In: Fletcher P, Hall D (eds.). *Specific speech and language disorders in children: Correlates, characteristics and outcomes*. London: Whurr 1992, pp. 63-78.
- ³⁰ Sigman M, Ruskin E, Arbeile S, Corona R, Dissanayake C, Espinosa M, et al. *Continuity and change in the social competence of children with autism, Down syndrome and developmental delays*. *Monograph Soc Res Child Dev* 1999;64:1-114.
- ³¹ Tager-Flusberg H. *Sentence comprehension in autistic children*. *Appl Psycholin* 1981;2:5-24.
- ³² Tager-Flusberg H. *A psycholinguistic perspective on language development in the autistic child*. In: G. Dawson (ed.). *Autism: Nature, diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press 1989, pp. 92-118.
- ³³ Tager-Flusberg H. *Semantic processing in the free recall of autistic children: Further evidence for a cognitive deficit*. *Brit J Dev Psychol* 1991;9:417-30.
- ³⁴ Tager-Flusberg H. *Dissociations in form and function in the acquisition of language by autistic children*. In: Tager-Flusberg (ed.). *Constraints on language acquisition: Studies of atypical children*. Hillsdale: Erlbaum 1994, pp. 175-194.
- ³⁵ Tager-Flusberg H. *Strategies for conducting research on language in autism*. *J Aut Dev Dis* 2004; 34:75-80.
- ³⁶ Tager-Flusberg H, Caronna E. *Language disorders: Autism and other pervasive developmental disorders*. *Ped Clinics N Am* 2007;54:469-81.
- ³⁷ Turner LM, Stone WL. *Variability in outcome for children with an ASD diagnosis at age 2*. *J Child Psychol Psychiat* 2007;8:793-802.
- ³⁸ Volden J, Lord C. *Neologism and idiosyncratic language in autistic speakers*. *J Aut Dev Dis* 1991;21:109-30.
- ³⁹ World Health Organization. *International Classification of mental and behavioural disorders* (10th edn.) Geneva 1993.