

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Riproduttive ed  
Odontostomatologiche

CORSO DI LAUREA IN LOGOPEDIA

TESI DI LAUREA

**IL RAPPORTO TRA IL DISTURBO DELLA COMUNICAZIONE  
SOCIALE (PRAGMATICA) E LE “SEVERE MENTAL ILLNESS”:  
UNA REVISIONE NARRATIVA**

**THE LINK BETWEEN SOCIAL (PRAGMATIC)  
COMMUNICATION DISORDER AND “SEVERE MENTAL  
ILLNESS”:  
A NARRATIVE REVIEW**

**CANDIDATA:**

Ilenia Esposito

Anno Accademico 2022/2023

## INDICE

<b>ABSTRACT</b>	<b>I</b>
<b>INTRODUZIONE E SCOPO DEL LAVORO</b>	<b>III</b>
<b>CAPITOLO I</b>	<b>1</b>
<b>MENTAL HEALTH</b>	<b>1</b>
1.1 Children's Mental health e definizione di «Severe Mental Illness »	2
1.2 Prevalenza dei Mental Health Issues	3
1.3 Classificazione	7
1.4 Criteri diagnostici: focus su Disturbo Schizofrenico e Disturbo Bipolare	8
1.5 I fenotipi neuropsichiatrici nei pazienti pediatrici	12
<b>CAPITOLO 2</b>	<b>14</b>
<b>SOCIAL (PRAGMATIC) COMMUNICATION DISORDER</b>	<b>14</b>
2.1 La pragmatica	15
2.1.1 Il modello inferenziale	17
2.2 Il Disturbo della Comunicazione Sociale (Pragmatica)	19
2.3 Diagnosi e strumenti di indagine clinica	21

2.4 Diagnosi differenziali nelle diverse popolazioni cliniche	30
2.5 Prevalenza e impatto funzionale	31
<b>CAPITOLO III</b>	<b>33</b>
<b>IL LEGAME TRA “SEVERE MENTAL ILLNESS” E IL DISTURBO DELLA COMUNICAZIONE SOCIALE (PRAGMATICA)</b>	<b>33</b>
3.1 Il Disturbo della Comunicazione Sociale (Pragmatica) in soggetti affetti da Disturbo Bipolare e Disturbo dello Spettro Schizofrenico	34
3.2 Produzione linguistica e comprensione sintattica	40
3.3 Il disturbo socio pragmatico come fattore predittivo di Severe Mental Illness e traiettorie di sviluppo specifiche	42
<b>CAPITOLO IV</b>	<b>46</b>
<b>APPROCCI TERAPEUTICI E MODELLI RIABILITATIVI</b>	<b>46</b>
4.1 Il ruolo del logopedista	47
4.2 Il modello SCIP (Social Communication Intervention Project)	49
4.3 Il modello SCERTS® (Social Communication, Emotional Regulation and Transactional Support)	50
4.4 Il Barrier Game	51
4.5 Supporti visivi	54
4.5.1 Video-modeling e conversazioni a fumetti	54

4.6 Altri approcci riabilitativi	55
4.7 Trattare il disturbo socio pragmatico migliora gli outcomes psichiatrici?	56
<b>DISCUSSIONE</b>	<b>58</b>
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>59</b>
Prospettive future	60
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>62</b>

## ABSTRACT

**Background:** si definisce Disturbo Della Comunicazione Sociale (Pragmatica) un disturbo che esordisce nel periodo precoce dello sviluppo, caratterizzato da persistenti difficoltà nell'uso sociale della comunicazione verbale e non verbale, in assenza di interessi e comportamenti ristretti e ripetitivi. In particolare, il disturbo si manifesta come una difficoltà principale nell'uso sociale della comunicazione e del linguaggio. Questa difficoltà si riflette con deficit nella comprensione e nel seguire le regole sociali della comunicazione in contesti naturalistici, come la capacità di modulare il linguaggio in base alle esigenze di chi ascolta e al contesto, nel seguire le regole della conversazione e della narrazione, nonché la comprensione del linguaggio implicito e il linguaggio figurato. Questi deficit determinano limitazioni funzionali in molteplici ambiti e non sono meglio spiegati da scarse abilità negli aspetti strutturali del linguaggio, nelle competenze cognitive o da un disturbo dello spettro autistico.

**Obiettivo:** lo studio ha lo scopo di determinare la complessa relazione tra il Disturbo Della Comunicazione Sociale (Pragmatica) (*SCD*) e gli esiti sulla salute mentale di bambini e giovani adulti. Si mira a valutare l'efficacia predittiva delle difficoltà di comunicazione sociale precedentemente diagnosticate per la presenza di gravi disturbi psichiatrici, come *Schizofrenia* e *disturbo bipolare*, in età adulta, nonché analizzare le modalità con cui tali difficoltà si correlano con la progressione di specifiche condizioni neuropsichiatriche. Si esaminano alcune strategie di intervento disponibili per i logopedisti, al fine di valutare se un trattamento del *SCD* possa beneficiare di un impatto positivo sugli outcomes psichiatrici a lungo termine.

**Materiali e metodi:** complice il nuovo e crescente interesse per la comunità scientifica, la revisione è di natura narrativa, senza significative restrizioni temporali e sintetizza i principali risultati in materia di salute mentale e *SCD*. Sono esclusi gli studi che esaminano la comunicazione sociale in relazione a *ASD*. Le

principali ricerche sono state eseguite nei seguenti database: PubMed, APA PsycInfo®, Frontiers e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). È stata altresì considerata la letteratura grigia.

**Discussione e conclusioni:** dall'analisi di studi della letteratura internazionale emerge una solida evidenza di associazioni significative tra le abilità di comunicazione sociale (pragmatica) e gli esiti sulla salute mentale. Studi di imaging hanno rivelato anomalie volumetriche nelle aree *prefrontali e temporali* associate a deficit di mentalizzazione nella Schizofrenia. Deficit cognitivi simili sono evidenti anche nel disturbo bipolare poiché entrambi i disturbi sono associati ad anomalie strutturali e funzionali della corteccia *prefrontale ventromediale*, importante per le capacità cognitive sociali. Diversi studi hanno dimostrato come le difficoltà di comunicazione sociale siano in grado di innescare complicanze psichiatriche ed influenzarne il decorso. È emerso che specifiche caratteristiche di coerenza discorsiva nel linguaggio dei giovani potrebbero aiutare a prevedere lo sviluppo futuro di psicosi in età adulta. Gli interventi per promuovere la comunicazione sociale dovrebbero essere considerati promettenti nel trattamento di alcuni disturbi neuropsichiatrici, supportando il potenziale ruolo del logopedista. Ad oggi il contributo del logopedista in questa prospettiva non è ancora ampiamente riconosciuto. Tuttavia, in considerazione delle prove scientifiche disponibili, sarebbe altamente benefico che bambini affetti da Disturbo Socio-Pragmatico siano sottoposti a valutazioni funzionali e strategie terapeutiche specifiche condotte da logopedisti esperti, puntando a un miglioramento della loro qualità di vita, sia a breve che a lungo termine.

**INTRODUZIONE E  
SCOPO DEL LAVORO**

## INTRODUZIONE E SCOPO DEL LAVORO

La comunicazione è una caratteristica innata e distintiva dell'essere umano. È un processo complesso e multiforme che sostiene ogni aspetto della nostra vita quotidiana, influenzando le nostre relazioni interpersonali, il modo in cui apprendiamo, lavoriamo e condividiamo le nostre esperienze. La comunicazione è al centro della nostra esistenza e rappresenta un campo di studio che ha catturato l'attenzione di filosofi, psicologi, sociologi, linguisti, antropologi, neuroscienziati e molti altri. Pertanto, nel contesto di una società sempre più centrata sulla comunicazione, la comprensione della comunicazione umana e dei disturbi che la influenzano è di vitale importanza.

Ciò che spesso diamo per scontato (come la capacità di esprimere pensieri, desideri ed emozioni, di comprendere gli stati d'animo altrui e di navigare senza sforzo nelle sottili complessità delle interazioni quotidiane) è il risultato di una serie di complessi processi noti come *comunicazione pragmatica*. È proprio attraverso la comunicazione che gli esseri umani esprimono i propri pensieri, condividono emozioni, stabiliscono connessioni e costruiscono un mondo condiviso. Tuttavia, per alcuni, questa abilità complessa e sottintesa non è sempre così naturale.

Il Disturbo Della Comunicazione Sociale (Pragmatica) è una condizione che mette in evidenza le complessità e le sfide della comunicazione umana. Questo disturbo si manifesta con difficoltà nella comprensione e nell'uso delle regole sociali implicite che sottendono la comunicazione, portando a interazioni spesso goffe e inadeguate. L'individuo affetto da questo disturbo può trovarsi in situazioni di isolamento, malintesi e ostracismo sociale.

La salute mentale è una componente fondamentale della salute complessiva dell'essere umano e riveste un ruolo imprescindibile nel nostro benessere individuale e sociale. Negli ultimi decenni, il crescente interesse e l'evoluzione

della ricerca nel campo della salute mentale ha evidenziato quanto sia vitale comprendere le sfide e le dinamiche che riguardano la mente umana.

La salute mentale non è soltanto la negazione di disturbi psicopatologici, ma rappresenta uno stato di benessere emotivo, cognitivo e relazionale che ci consente di affrontare le sfide quotidiane, di sviluppare appieno il nostro potenziale e di contribuire positivamente alla società in cui viviamo.

Questo studio si pone l'obiettivo, attraverso una accurata ricerca sullo stato dell'arte effettuata sui principali databases biomedici, di determinare l'efficacia predittiva delle difficoltà di comunicazione sociale precedentemente diagnosticate per la presenza di disturbi mentali in età adulta e, parallelamente, definire se un trattamento logopedico mirato alla riabilitazione della comunicazione socio-pragmatica, attraverso i principali approcci validati a livello internazionale di cui ad oggi si fa maggiormente riferimento, possa beneficiare di un impatto positivo sui risultati psichiatrici a lungo termine.

## **CAPITOLO I**

### **MENTAL HEALTH**

**SOMMARIO:** 1. Children's mental health e definizione di Severe Mental Illness – 2. Prevalenza dei Mental Health Issues – 3. Classificazione – 4. Criteri diagnostici: focus disturbo schizofrenico e Disturbo bipolare – 4.1. I fenotipi neuropsichiatrici nei pazienti pediatrici

## 1.1 Children's Mental health e definizione di «Severe Mental Illness»

La World Health Organization, organismo sanitario internazionale istituito a New York nel 1946, descrive la salute mentale come uno stato di benessere che consente alle persone di affrontare lo stress della vita, realizzare le proprie capacità, sviluppare il proprio potenziale, imparare bene, lavorare bene e contribuire alla propria comunità. Essa è una componente integrale della salute e del benessere che sostiene le nostre capacità individuali e collettive di prendere decisioni, costruire relazioni e modellare il mondo in cui viviamo [1].

La salute mentale è qualcosa di più della semplice assenza di disturbi mentali. Essa è un *continuum* complesso, vissuto in maniera diversa da un individuo ad un altro, con vari gradi di difficoltà, angoscia e risultati sociali e clinici profondamente eterogenei. Nel corso della nostra vita sono molteplici le determinanti individuali, sociali, biologiche e genetiche che possono combinarsi per proteggere o minare la nostra salute mentale, ma quelle che si verificano durante i periodi sensibili allo sviluppo, in particolare la prima infanzia, rivestono una importanza maggiore e risultano particolarmente dannose.

Benché si ritenga che infanzia e adolescenza siano tempi di spensieratezza, fino al 20% dei bambini e degli adolescenti presenta una malattia psichiatrica diagnosticabile che causa stress e menomazione funzionale [2]. Con l'aumentare dell'età, aumenta la prevalenza dei disturbi psichiatrici. Circa il 27,9% degli adolescenti americani di età compresa tra 13 e 17 anni soddisfa i criteri per 2 o più disturbi psichiatrici [3]. Studi che seguono i bambini dalla nascita all'età adulta indicano che la maggior parte dei disturbi di salute mentale degli adulti inizia nella prima infanzia e nell'adolescenza [4] [5].

La Severe Mental Illness, (SMI) è definita come un disturbo mentale, comportamentale o emotivo che comporta un grave danno funzionale, che interferisce o limita sostanzialmente una o più attività importanti della vita.

La SMI, in realtà, è un piccolo sottoinsieme di malattie mentali elencate nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM). Essa comprende molteplici disturbi come il Disturbo Bipolare, il Disturbo Depressivo Maggiore, la Schizofrenia, et al.

Tutte le condizioni di salute mentale hanno il potenziale di produrre menomazioni e interferire con la qualità della vita. Pertanto, molti casi di malattia mentale possono essere genericamente qualificati come “gravi” secondo i vari usi e interpretazioni del termine. Godere di una valida salute mentale è vitale per la nostra salute e il nostro benessere generale. Eppure, numerose persone a livello globale vivono in condizioni di salute mentale tali da avere un impatto sulla salute fisica, sul benessere, sul modo in cui esse si relazionano con gli altri e sui loro mezzi di sussistenza. Le condizioni che minano alla salute mentale colpiscono anche un numero crescente di bambini e giovani adolescenti, con una incidenza maggiore negli ultimi anni.

## **1.2 Prevalenza dei Mental Health Issues**

I disturbi psichiatrici più frequenti dell'infanzia e dell'adolescenza comprendono:

*Disturbi del Neurosviluppo*<sup>1</sup>: questi disturbi si manifestano tipicamente nelle prime fasi dello sviluppo, spesso in epoca prescolare, e sono caratterizzati da deficit di sviluppo che causano una compromissione del funzionamento personale, sociale, scolastico o lavorativo. Il range dei deficit dello sviluppo varia da limitazioni molto

---

<sup>1</sup> Disabilità intellettive; disturbi della comunicazione; disturbo dello spettro autistico; disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD); disturbi specifici dell'apprendimento; disturbi del movimento.

specifiche dell'apprendimento o del controllo delle funzioni esecutive fino alla compromissione globale delle abilità sociali o dell'intelligenza. I disturbi del neurosviluppo si presentano frequentemente in concomitanza. I disturbi del neurosviluppo interessano sia la salute mentale che lo sviluppo generale dei bambini. Non di rado, bambini e adolescenti presentano sintomi e problemi che valicano i confini tra le categorie diagnostiche. Per esempio, più del 25% dei bambini con deficit di attenzione/ipertattività (ADHD) ha anche un disturbo d'ansia, il 25% soddisfa i criteri per un disturbo dell'umore. Per comprendere se un bambino si stia comportando come un tipico individuo della sua età o se sia affetto da un disturbo psichiatrico bisogna considerare la presenza di deficit funzionali e il grado di disagio correlato ai sintomi. Vi è inoltre una notevole sovrapposizione tra i sintomi di numerosi disturbi con i comportamenti e le emozioni dei ragazzi neurotipici.

*Disturbi d'ansia*<sup>2</sup>: comprendono quei disturbi che condividono caratteristiche di paura e ansia eccessive e i disturbi comportamentali correlati. I disturbi d'ansia differiscono dalla normale paura o ansia evolutive perché sono eccessivi o persistenti rispetto allo stadio di sviluppo. Essi differiscono dalla paura o dall'ansia transitorie, spesso indotte da stress, perché sono persistenti (per es., durano tipicamente sei mesi o più); a volte è di durata minore nei bambini (come nel disturbo d'ansia di separazione e nel mutismo selettivo)<sup>3</sup>. Dal momento che questi individui sopravvalutano il pericolo nelle situazioni che temono o evitano, la valutazione primaria per stabilire se la paura o l'ansia siano eccessive o

---

<sup>2</sup> Disturbo d'ansia da separazione; mutismo selettivo; disturbo d'ansia sociale; agorafobia; disturbo da panico; disturbo d'ansia generalizzata; fobie specifiche.

<sup>3</sup> La paura è la risposta emotiva a una minaccia imminente, reale o percepita, mentre l'ansia è l'anticipazione di una minaccia futura. Naturalmente, questi due stati si sovrappongono, ma sono anche differenti: la paura è più spesso associata a picchi di attivazione autonoma necessaria alla lotta o alla fuga, a pensieri di pericolo immediato e a comportamenti di fuga, mentre l'ansia è più frequentemente associata alla tensione muscolare e alla vigilanza in preparazione al pericolo futuro e a comportamenti prudenti o di evitamento

sproporzionate è fatta dal clinico. La maggior parte si verifica più frequentemente nelle femmine rispetto ai maschi (in un rapporto di circa 2:1).

*Disturbi del comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta*<sup>45</sup>: comprendono condizioni che comportano problemi di autocontrollo delle emozioni e dei comportamenti. Le cause sottostanti dei problemi di autocontrollo delle emozioni e dei comportamenti possono variare notevolmente tra tutti i disturbi. per poter valutare se rappresentano i sintomi di un disturbo, è fondamentale che la frequenza, la persistenza, la pervasività nelle diverse situazioni e la compromissione associata ai comportamenti indicativi della diagnosi siano valutate in rapporto a ciò che è ritenuto di norma per l'età, il genere e la cultura dell'individuo.

*Disturbo ossessivo-compulsivo*:<sup>6</sup> è caratterizzato dalla presenza di ossessioni e/o compulsioni<sup>7</sup>. Alcuni altri disturbi ossessivo-compulsivi e correlati sono caratterizzati anche da preoccupazioni e da comportamenti ripetitivi o azioni mentali in risposta alle preoccupazioni. Altri *DOC* sono caratterizzati principalmente da ricorrenti comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo (per es., strapparsi i peli, stuzzicarsi la pelle) e ripetuti tentativi di ridurre o interrompere tali comportamenti.

*Disturbi depressivi*<sup>8</sup>: la caratteristica comune di tutti questi disturbi è la presenza di umore triste, vuoto o irritabile, accompagnato da modificazioni somatiche e cognitive che incidono in modo significativo sulla capacità di funzionamento

---

<sup>4</sup> Disturbo oppositivo provocatorio; disturbo esplosivo intermittente; disturbo della condotta; piromania, cleptomania.

<sup>5</sup> I disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta sono stati collegati a un comune spettro esternalizzante associato a dimensioni di personalità definite disinibizione e (inversamente) repressione e, in misura minore, con l'emotività negativa.

<sup>6</sup> Disturbo ossessivo compulsivo; disturbo di dismorfismo corporeo; disturbo da accumulo; tricotillomania; disturbo da escoriazione.

<sup>7</sup> Le ossessioni sono pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti che sono vissuti come indesiderati, mentre le compulsioni sono comportamenti o azioni mentali ripetitive che un individuo si sente obbligato a compiere in risposta a un'ossessione o secondo regole che devono essere applicate rigidamente

<sup>8</sup> Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente; disturbo depressivo maggiore; distimia.

dell'individuo: la distinzione tra essi consiste nella durata, nella distribuzione temporale o nella presunta eziologia.

*Disturbo Bipolare*: caratterizzato da episodi di mania e depressione, che possono alternarsi, nonostante molti pazienti abbiano una predominanza dell'una o dell'altra. La causa esatta è sconosciuta, ma possono essere coinvolte l'ereditarietà, i cambiamenti nel livello di neurotrasmettitori cerebrali e fattori psicosociali. Si riconoscono due fenotipi:

- di *tipo I*: l'episodio maniaco può essere preceduto e può essere seguito da episodi ipomaniacali o depressivi maggiori. L'incidenza è all'incirca uguale negli uomini e nelle donne.
- di *tipo II*: definito dalla presenza di episodi di depressione maggiore con almeno un episodio ipomaniacale, ma non veri e propri episodi maniacali.

L'incidenza è leggermente più elevata nelle donne. A causa della quantità di tempo che gli individui con disturbo bipolare II trascorrono nella depressione e a causa dell'instabilità dell'umore da loro vissuta, non vengono più considerate forme lievi perché l'instabilità dell'umore si accompagna a alterazioni gravi del funzionamento sociale e lavorativo.

*Disturbi dello spettro della Schizofrenia e altri disturbi psicotici*<sup>9</sup>: sono definiti da anomalie psicopatologiche in uno o più dei cinque seguenti ambiti: deliri, allucinazioni, pensiero disorganizzato (eloquio), comportamento motorio grossolanamente disorganizzato (compresa la catatonìa) e sintomi negativi [6].

---

<sup>9</sup> Disturbo delirante; disturbo psicotico breve; disturbo schizofreniforme; schizofrenia; disturbo schizoaffettivo.

### 1.3 Classificazione

Le problematiche psichiatriche, specialmente in età evolutiva, vengono distinte in disturbi esternalizzanti e disturbi internalizzanti. I primi si caratterizzano per il fatto che il bambino o l'adolescente riversa il disagio verso l'esterno; comprendono, ad esempio, il Disturbo da Deficit d'Attenzione ed Iperattività (ADHD), il Disturbo Oppositivo Provocatorio e il Disturbo Della Condotta. Non si tratta sempre di disturbi, ma la diagnosi si effettua nei casi in cui il comportamento tende a cronicizzarsi nel tempo e ha conseguenze negative per il soggetto o per altre persone<sup>10</sup>. I disturbi internalizzanti indicano difficoltà sviluppate e mantenute all'interno della persona, spesso caratterizzate da ipercontrollo, inteso come la tendenza a controllare o a regolare i propri stati interni emotivi e cognitivi in modo eccessivo e inappropriato. Spesso portano con sé bassa autostima, difficoltà scolastiche e difficoltà nelle relazioni sociali<sup>11</sup>. I disturbi d'ansia costituiscono la categoria maggiore dei disturbi internalizzanti; sono caratterizzati da pensieri negativi, interpretazioni negative o errate di sintomi ed eventi, attivazione fisiologica, ipersensibilità a segnali fisici, paura e ansia in relazione a situazioni specifiche o in modo generalizzato. Tra i disturbi d'ansia in età evolutiva rientrano il disturbo di panico, l'agorafobia, il disturbo d'ansia da separazione, il disturbo d'ansia sociale e il disturbo d'ansia generalizzata. Aspetto tipico della depressione in età evolutiva è l'irritabilità, che rischia di essere fuorviante in quanto bambini e ragazzi possono faticare a riconoscere ed esprimere le loro emozioni e dall'esterno l'irritabilità potrebbe non venire collegata alla tristezza, impedendo il riconoscimento dello stato depressivo [7]. I disturbi internalizzanti includono, dunque, disturbi con alti livelli di affettività negativa.

I disturbi mentali si possono raggruppare in clusters, accomunati da somiglianze nella fisiopatologia, rischio di malattia, genetica altri dati derivati dalle

---

<sup>10</sup> Di Pietro e Bassi, 2021.

<sup>11</sup> *Ibidem*.

neuroscienze e dalla esperienza clinica. L'organizzazione del DSM-5 riflette un raggruppamento tra categorie diagnostiche, per cui vengono posizionate vicino le categorie che spesso sono in comorbidità. Il DSM-5 ha riconosciuto i disturbi bipolari come un ponte tra la Schizofrenia e disturbi depressivi, in termini di sintomatologia, storia familiare e genetica. Pertanto, il disturbo bipolare occupa una posizione intermedia tra la schizofrenia e i disturbi internalizzanti [8]

#### **1.4 Criteri diagnostici: focus su Disturbo Schizofrenico e Disturbo Bipolare**

*Schizofrenia*: i sintomi caratteristici della Schizofrenia comportano una gamma di disfunzioni cognitive, comportamentali ed emotive, ma nessun sintomo considerato singolarmente è patognomonico del disturbo. La diagnosi comporta il riconoscimento di una costellazione di segni e sintomi associati alla compromissione del funzionamento lavorativo o sociale. Gli individui con il disturbo mostreranno manifestazioni molto variabili nella maggior parte delle caratteristiche, dato che la schizofrenia è una sindrome clinica eterogenea. Se il disturbo comincia nell'infanzia o nell'adolescenza, non viene raggiunto il livello di funzionamento atteso. Può essere utile confrontare l'individuo con fratelli e sorelle non affetti. I criteri diagnostici si caratterizzano per:

- A. Due o più dei seguenti sintomi, presente per una parte di tempo significativa durante il periodo di un mese (o meno se trattati efficacemente). Almeno uno di questi sintomi deve essere 1), 2) o 3):
1. Deliri
  2. Allucinazioni
  3. Eloquio disorganizzato (per es. deragliamento o incoerenza)
  4. Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico

5. Sintomi Negativi (diminuzione dell'espressione o delle emozioni, o abulia)

B. Per una significativa parte di tempo dall'esordio del disturbo, il livello di funzionamento in una o più delle aree principali, come il lavoro, le relazioni interpersonali, o la cura di sé è marcatamente al di sotto del livello raggiunto prima dell'esordio.

C. Segni continuativi del disturbo persistono per almeno *sei mesi*. Questo periodo di 6 mesi deve comprendere almeno 1 mese di sintomi che soddisfano il criterio A, e può comprendere periodi di sintomi prodromici o residui. Durante questi periodi prodromici o residui, i segni del disturbo possono essere evidenziati soltanto da sintomi negativi oppure da due o più sintomi elencati nel criterio A in forma attenuata (es. convinzioni stravaganti, esperienze percettive inusuali).

D. Il disturbo schizoaffettivo e il disturbo depressivo o bipolare con caratteristiche psicotiche sono stati esclusi perché:

1. non si sono verificati episodi depressivi maggiori o maniacali in concomitanza della fase attiva dei sintomi, oppure
2. se si sono verificati episodi di alterazione dell'umore durante la fase attiva, essi si sono manifestati per una parte minoritaria della durata totale dei periodi attivi e residui della malattia.

E. Il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica.

F. Se c'è una storia di disturbo dello spettro autistico o di disturbo della comunicazione a esordio infantile, la diagnosi aggiuntiva di schizofrenia viene posta soltanto se sono presenti per almeno 1 mese allucinazioni o deliri preminenti, in aggiunta agli altri sintomi richiesti della schizofrenia.

*Disturbo bipolare*: è tra i disturbi psichiatrici più invalidanti se non adeguatamente curato. La caratteristica peculiare dei disturbi bipolari è l'alternanza di stati

d'umore opposti nel corso del tempo. Depressione e mania si alternano infatti nel corso della vita dell'individuo. Per poter fare diagnosi di disturbo bipolare il DSM-5 definisce dei criteri specifici.

Per la diagnosi di *disturbo bipolare I*, è necessario soddisfare i criteri per un episodio maniacale. L'episodio maniacale può essere preceduto e può essere seguito da episodi maniacali o depressivi maggiori.

Per la diagnosi di *disturbo bipolare II* è necessario soddisfare i criteri per un attuale o pregresso episodio ipomaniacale<sup>12</sup> e i criteri per un attuale o pregresso episodio depressivo maggiore [6].

Episodio *maniacale*:

1. autostima ipertrofica o grandiosità;
2. diminuito bisogno di sonno (per es., sentirsi riposati/e dopo solo 3 ore di sonno);
3. maggiore loquacità del solito o spinta continua a parlare;
4. fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente;
5. distraibilità (cioè, l'attenzione è troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti), riferita o osservata;
6. aumento dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) o agitazione psicomotoria (cioè, attività immotivata non finalizzata);
7. eccessivo coinvolgimento in attività che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (per es., acquisti incontrollati, comportamenti sessuali sconvenienti o investimenti finanziari avventati).

---

<sup>12</sup> Un episodio maniacale con un periodo di tempo di almeno 7 giorni nel quale si osserva un tono dell'umore eccessivamente elevato, espanso, eccitato o irritabile e un conseguente aumento anormale ed eccessivo delle normali attività quotidiane. La presenza di almeno tre di questi sintomi consente di poter fare diagnosi di episodio maniacale. Se inoltre l'intensità dei sintomi è tale da richiedere il ricovero ospedaliero, il criterio dei 7 giorni non è più necessario. L'episodio ipomaniacale invece si differenzia dall'episodio maniacale in quanto deve durare almeno 4 giorni e le condizioni cliniche non rendono necessario un ricovero.

Episodio *depressivo maggiore*:

1. umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riportato dall'individuo (per es., si sente triste, vuoto/a, disperato/a) o come osservato da altri (per es., appare lamentoso/a);<sup>13</sup>
2. marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (come indicato dal resoconto soggettivo o dall'osservazione);
3. significativa perdita di peso<sup>14</sup>, non dovuta a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese) oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi tutti i giorni;
4. insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni;
5. agitazione o rallentamento psicomotorio quasi tutti i giorni (osservabile dagli altri: non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto/a o rallentato/a);
6. faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni;
7. sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi tutti i giorni (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per il fatto di essere ammalato/a);
8. ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi tutti i giorni (come impressione soggettiva o osservata da altri);
9. pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o un piano specifico per commettere suicidio. [6]

---

<sup>13</sup> Nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile.

<sup>14</sup> Nei bambini, considerare l'incapacità di raggiungere i normali livelli ponderali.

## **1.5 I fenotipi neuropsichiatrici nei pazienti pediatrici**

Negli ultimi anni, il numero di diagnosi di disturbo bipolare è aumentato considerevolmente nei bambini e negli adolescenti. Si ritiene che un tasso medio di prevalenza del disturbo dello spettro bipolare nella popolazione pediatrica sia dell'1,8% e del BD di tipo I dell'1,2% e che la prevalenza del disturbo aumenti con l'età dei pazienti. Nonostante gli stessi criteri diagnostici, esistono premesse che suggeriscono che i sintomi del disturbo siano presenti con una frequenza diversa tra i bambini e gli adolescenti rispetto agli adulti.

Si ritiene che il sintomo maniacale più frequente nelle persone con esordio della malattia infantile sia l'irritabilità e nell'adolescenza l'iperattività. Il disturbo bipolare nella popolazione infantile e adolescenziale è accompagnato da un alto tasso di condizioni psichiatriche comorbili, come ADHD, personalità borderline, disturbi d'ansia, disturbo oppositivo provocatorio o disturbi della condotta. Segnali allarmanti nei giovani includono anche disturbi del sonno, sbalzi di energia, disfunzioni cognitive e deterioramento del funzionamento scolastico [9].

La Schizofrenia a esordio infantile (*COS, childhood-onset schizophrenia*) è una malattia straordinariamente rara, con un'incidenza inferiore allo 0,04%. Sia nei bambini sani che nei bambini con una varietà di altri disturbi psichiatrici, le allucinazioni non sono rare; pertanto, la diagnosi non dovrebbe basarsi solo su questo criterio. Sebbene sia neurobiologicamente e fenomenologicamente in continuità con la sua controparte adulta (*AOS, adult-onset schizophrenia*), la COS rappresenta una forma più grave del disturbo con uno sviluppo prepsicotico più evidente, anomalie cerebrali e fattori di rischio genetici. Dei bambini con COS, il 67% mostra disturbi premorbose nell'ambito sociale, motorio e linguistico, oltre a dimostrare difficoltà di apprendimento e comorbidità con disturbi dell'umore o ansia. Inoltre, il 27% ha soddisfatto i criteri per disturbi dello spettro autistico prima dell'esordio dei sintomi psicotici. L'esordio dei sintomi psicotici avviene

prima del tredicesimo compleanno, combinato con un quoziente di intelligenza premorbo pari o superiore a 70 e in assenza di qualsiasi problema neurologico significativo [10].

## CAPITOLO 2

### SOCIAL (PRAGMATIC) COMMUNICATION DISORDER

**SOMMARIO:** **1.** La Pragmatica – **1.1.** Il modello inferenziale – **2.** Disturbo della comunicazione sociale (Pragmatica)– **3.** Diagnosi e strumenti di indagine clinica– **4.** Diagnosi differenziali nelle diverse popolazioni cliniche – **5.** Prevalenza e impatto funzionale

## 2.1 La pragmatica

Secondo i modelli teorici della Neuropsicologia cognitiva, il sistema linguistico è formato da diverse componenti, interagenti ma indipendenti tra di loro, che possono essere così classificate:

1. *la fonologia*: descrive come si organizzano i suoni di una certa lingua e ne individua le caratteristiche e le leggi del sistema fonetico (a partire dalle unità distinte del suono, i fonemi);
2. *la morfologia*: è la parte della linguistica che ha per oggetto lo studio delle forme, la struttura grammaticale delle parole e che stabilisce la classificazione e l'appartenenza a determinate categorie (il nome, il pronome, il verbo, l'aggettivo) e le forme della flessione (la coniugazione per i verbi e la declinazione per i nomi);
3. *la sintassi*: è una disciplina della linguistica che studia le relazioni che intercorrono tra le parole per formare una proposizione e i vari modi in cui le proposizioni si collegano per formare un periodo;
4. *la semantica*: è quella parte della linguistica che studia il significato delle parole (semantica lessicale), delle frasi (semantica frasale) e dei testi. Essa considera il rapporto tra l'espressione e la realtà extra linguistica;
5. *la pragmatica*: è una disciplina della linguistica che studia "l'origine, gli usi e gli effetti" dei segni stessi <sup>15</sup>. Si occupa di come il contesto influisce sull'interpretazione dei significati, dove per contesto si intende "situazione", cioè l'insieme dei fattori extralinguistici (sociale, ambientale e psicologico) che influenzano gli atti linguistici.

In pragmatica si tende a fare distinzione tra *significato dell'enunciato* e *intenzione del parlante*. Il significato dell'enunciato è il suo significato letterale, l'intenzione del parlante è il concetto che il parlante tenta di trasmettere. Per comprendere

---

<sup>15</sup> Morris, 1949.

meglio la pragmatica linguistica è utile riflettere sul fatto che, affinché la comunicazione di utenti di una lingua avvenga, non è sufficiente che gli interlocutori siano in possesso di conoscenze relative alla fonetica, morfologia, sintassi e lessico. Tali conoscenze, infatti, dal punto di vista logico, non sono in grado di gestire adeguatamente precisi fenomeni linguistici di grande rilievo come:

- l'ambiguità di singole parole o di interi enunciati;
- uso di metafore e modi di dire;
- l'uso non letterale dei segni, ad esempio l'uso umoristico o sarcastico dei segni e tutti i casi in cui l'intenzione comunicativa reale è diversa da quella apparente;
- la possibilità di emettere messaggi indiretti, per cui l'intenzione comunicativa apparente, seppur veritiera, va intesa in modo più elastico.

Tutti questi fenomeni sono risolvibili da persone che possiedono (e utilizzano) le capacità pragmatiche in maniera funzionale. I soggetti con lacune in questo ambito invece faticano a comprendere situazioni anomale, presentano difficoltà nel capire e adoperare le metafore e i modi di dire e spesso non riescono a riconoscere i contesti delle conversazioni e dei dialoghi. Le conseguenze sono rilevanti non solo sul piano linguistico ma anche su quello emotivo e socio- relazionale, a causa del distacco che si crea tra il parlante con difficoltà pragmatiche e chi interagisce con lui [11].

È chiaro concludere che, da un punto di vista linguistico, la pragmatica ci permette di capire come frasi perfette dal punto di vista semantico e sintattico possano rivelarsi inappropriate in particolari contesti; essa è stata considerata per lungo tempo come una sorta di “calderone” onnicomprensivo della semantica in cui convogliare tutto ciò per cui una spiegazione in termini semantici o sintattici si rivela insufficiente. Ma la pragmatica non è più nell'ombra della fonologia, della sintassi e della semantica: essa è ad oggi un'area di valutazione e trattamento clinico a pieno titolo. Le intuizioni pragmatiche stanno servendo a trasformare il

modo in cui i clinici e i riabilitatori valutano e trattano il linguaggio in tutti i suoi livelli.

C'è un'ulteriore ragione per cui le competenze pragmatiche sono sempre più in cima all'agenda dei clinici: queste abilità costituiscono un'importante interfaccia tra linguaggio e cognizione. È ormai noto che le abilità cognitive come la Teoria della Mente (ToM) e le Funzioni Esecutive (FE) sono compromesse in molti clienti bambini e adulti con disturbi pragmatici. Queste abilità cognitive non possono essere trascurate nella valutazione e nel trattamento dei pazienti più delle abilità pragmatiche stesse. Un professionista esperto è in una buona posizione per comprendere il carattere cognitivo di molti dei problemi di comunicazione vissuti dai bambini con disturbo dello spettro autistico così come dagli adulti con Schizofrenia, disturbo bipolare, lesione cerebrale traumatica o un danno all'emisfero destro. La pragmatica, ne emerge, è un'area di indagine dal duplice aspetto che guarda al linguaggio in una direzione e alla cognizione in un'altra direzione. Nella misura in cui i clinici devono affrontare i deficit della pragmatica, devono essere ugualmente preparati a sostenere entrambe le dimensioni di questa disciplina [12]. Sicuramente questo sarà un presupposto guida di questo lavoro.

### **2.1.1 Il modello inferenziale**

Il cervello umano dispone di una infrastruttura neurale molto organizzata per interpretare il messaggio del parlante. Si può considerare il cervello umano come una sofisticata macchina interpretativa, disegnata per cercare un senso nelle parole e tra le parole del discorso. Gli stimoli linguistici a cui siamo esposti nella comunicazione quotidiana sono spesso sotto-determinati rispetto a ciò che l'altro vuole esprimerci. Tuttavia, riusciamo lo stesso a intenderci.

Di fronte agli stimoli comunicativi che riceviamo dall'ambiente, quindi, il nostro cervello è predisposto per mettere in moto complessi meccanismi interpretativi, compensando l'indeterminatezza del codice e comprendendo il messaggio inteso.

La riflessione sui meccanismi pragmatici che caratterizzano la comunicazione umana nasce proprio dalla critica al modello del codice<sup>16</sup>. Centrale per l'approccio pragmatico è la *distinzione tra ciò che è detto* (il significato letterale o convenzionale dell'enunciato così come risulta dalla decodifica) e *ciò che è comunicato* (il significato del parlante, ossia il messaggio che il parlante intende comunicare). Nella comunicazione umana il significato convenzionale, che consiste nell'esito del processo di decodifica, non coincide con il messaggio che il parlante vuole trasmettere. Piuttosto, il significato convenzionale è un indizio del messaggio. Un enunciato è un indizio codificato linguisticamente e naturalmente la comprensione necessita anche di un elemento di decodifica. Ma non basta: occorre integrare il materiale linguistico con il contesto. Per contesto si intende l'insieme delle coordinate spazio-temporali, cognitive e socioculturali in cui avviene lo scambio comunicativo, incluso il materiale linguistico del discorso in atto.

In breve, il significato del parlante si ricava a partire dall'enunciato, che ne è un indizio, e dal contesto (**Figura 1**). Combinando questi "ingredienti", l'insieme dei processi che vengono messi in atto è di tipo *inferenziale*<sup>17</sup>.

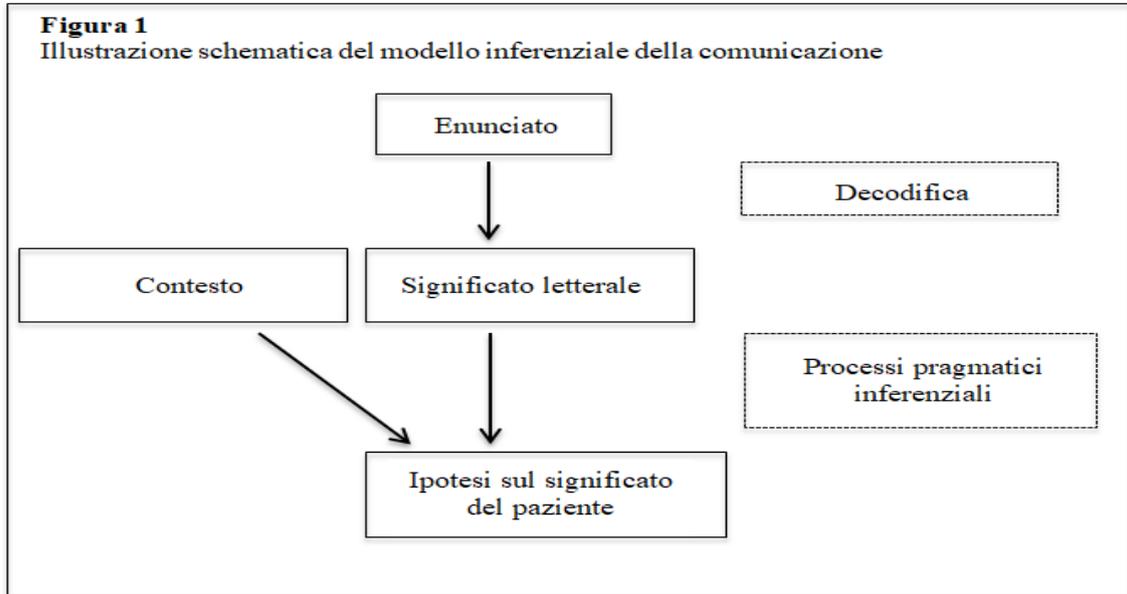
Nella comunicazione umana, le informazioni dell'enunciato e del contesto vengono assunte come premesse, e a partire da esse si compiono inferenze. Il risultato dell'inferenza pragmatica è il significato del parlante o, meglio, un'ipotesi

---

<sup>16</sup> Bianchi, 2005; 2009.

<sup>17</sup> In generale, con il termine inferenza si intende un'operazione cognitiva che deriva una conclusione sulla base dell'informazione disponibile. A differenza delle inferenze logiche, in cui la conclusione è necessaria, nell'inferenza pragmatica la conclusione è nuova e plausibile, ma non necessaria.

sul significato del parlante. Nel modello inferenziale della comunicazione, infatti, non vi è garanzia assoluta che si converga sul medesimo significato [13].



*Figura 1* Illustrazione schematica del modello inferenziale della comunicazione. Fonte: Valentina Bambini, *Il cervello pragmatico* - Carocci editore, 2017

## 2.2 Il Disturbo della Comunicazione Sociale (Pragmatica)

Da diversi decenni i clinici hanno descritto bambini che presentano come caratteristica clinica saliente uno sviluppo atipico delle competenze sociocomunicative e pragmatiche, frequenti soprattutto in ambito conversazionale, narrativo e inferenziale ma è ancora controverso quale sia la migliore concettualizzazione nosografica di queste difficoltà.

Questo dibattito è diventato ancora più significativo con l'introduzione nel DSM-5 di un nuovo disturbo, nell'ambito dei disturbi della comunicazione, all'interno del più ampio dominio dei disturbi del neurosviluppo, il *Social (Pragmatic) Communication Disorder (SPCD)*, tradotto in italiano come *Disturbo della Comunicazione Sociale (Pragmatica) (DCSP)*.

Il dibattito è reso particolarmente controverso dalla complessità e ambiguità della definizione di pragmatica, dalla incoerenza nella terminologia e nei criteri diagnostici, dalla scarsità di strumenti di valutazione attendibili e di dati normativi culturalmente validi, oltre che dal confronto limitato dei profili di competenza pragmatica/sociocomunicativa nei diversi disturbi del neurosviluppo. Ma soprattutto si è evidenziato come alcuni bambini possano presentare significative compromissioni sociocomunicative e/o pragmatiche, senza soddisfare i criteri diagnostici per l'autismo [14].

La nuova etichetta diagnostica relativa al Disturbo della Comunicazione Sociale (Pragmatica<sup>18</sup>) (*SCD*) è una delle novità più rilevanti del recente DSM-5. Il riconoscimento dell'esistenza di fenotipi clinici di difficile collocazione nosografica tra i disturbi specifici del linguaggio e lo spettro autistico ha una tradizione consolidata con particolare riferimento al disturbo semantico-pragmatico, poi ridefinito Disturbo Pragmatico Del Linguaggio (*PLI*). Tale caratterizzazione è stata descritta da più autori che storicamente hanno assunto posizioni differenti:

- chi riteneva questi casi forme lievi dello Spettro Autistico;
- chi preferiva analizzare il profilo dei bambini in termini descrittivo-funzionali specificando alta probabilità di diagnosi dello spettro autistico e, più raramente, un disturbo di area linguistica settoriale;
- chi descriveva una sorta di continuum diagnostico tra spettro autistico e disturbi del linguaggio con la possibilità di quadri settoriali specifici con difetti della pragmatica verbale relativamente selettivi [15][16].

---

<sup>18</sup> Nonostante i termini “pragmatica” e SC siano spesso usati in modo intercambiabile, SC è considerato un concetto più ampio, che comprende la comunicazione verbale e non verbale e con una definizione piuttosto funzionale, mentre la pragmatica è più interessata all'uso di regole linguistiche nell'interazione verbale che rendono linguaggio rilevante nel contesto e appropriato alle interazioni sociali, che in genere non include la comunicazione non verbale.

La definizione del DSM-5 di quadri clinici settoriali dell'ambito pragmatico potrebbe apparire coerente con questa ultima posizione.

Alcuni esperti hanno escluso esplicitamente che il disturbo pragmatico del linguaggio potesse rappresentare una sindrome “discreta”, cioè del tutto distinguibile e indipendente da altri disturbi del neurosviluppo. Piuttosto le autrici hanno preferito ragionare in termini di sintomi rappresentativi di una particolare fase evolutiva dei soggetti e della necessità di orientare in modo specifico gli interventi abilitativi; concludono confermando che il disturbo pragmatico settoriale può iscriversi nei disturbi dello spettro autistico (di gravità lieve con alto funzionamento intellettivo e linguistico e bassa rigidità ideativa e comportamentale) come in altri disturbi dello sviluppo a base neuropsicologica (ad esempio, disturbi specifici del linguaggio, DSL) o comportamentale (ad esempio, disturbi della condotta). Analogamente, altri esperti avevano ipotizzato che il PLI potesse rappresentare più proficuamente una sottocategoria dello spettro autistico piuttosto che un quadro nosografico ascrivibile ai disturbi del linguaggio e della comunicazione. Inoltre, il termine scelto per descrivere il disturbo (SCD piuttosto che PLI) appare fuorviante perché la sintomatologia pragmatica tipica del PLI dovrebbe esprimersi esclusivamente a livello verbale (in primis, in termini di sintomi conversazionali e narrativi) senza coinvolgere aree più globali relative alle competenze comunicative e alla motivazione sociale (ad esempio, in termini di sguardo, espressioni facciali, gestualità, attenzione congiunta) [15].

### **2.3 Diagnosi e strumenti di indagine clinica**

I criteri di diagnosi del SCD specificano la necessaria presenza dei seguenti quattro sintomi:

- A. Persistenti difficoltà nell'uso sociale della comunicazione verbale e non verbale come manifestato da tutti i seguenti elementi:

1. Deficit nell'uso della comunicazione per scopi sociali, come salutarsi e scambiarsi informazioni, con modalità appropriate al contesto sociale;
  2. Compromissione delle capacità di modificare la comunicazione al fine di renderla adeguata al contesto o alle esigenze di chi ascolta (come parlare diversamente a seconda che ci si trovi in un'aula scolastica o al parco giochi, parlare con un bambino diversamente da come si parla con un adulto ed evitare l'uso di un linguaggio troppo formale);
  3. Difficoltà nel seguire le regole della conversazione e della narrazione, come rispettare i turni in una conversazione, riformulare una frase quando male interpretata e saper utilizzare i segnali verbali e non verbali per regolare l'interazione;
  4. Difficoltà nel capire ciò che non viene dichiarato esplicitamente (per es., fare inferenze) e i significati non letterali o ambigui del linguaggio (per esempio idiomi, frasi umoristiche, metafore, significati molteplici la cui interpretazione dipende dal contesto).
- B. I deficit causano limitazioni funzionali dell'efficacia della comunicazione, della partecipazione sociale, delle relazioni sociali, del rendimento scolastico o delle prestazioni professionali, individualmente o in combinazione.
- C. L'esordio dei sintomi avviene nel periodo precoce dello sviluppo (ma i deficit possono non presentarsi pienamente fino al momento in cui le esigenze di comunicazione sociale non eccedono le capacità limitate).
- D. I sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica o neurologica o a basse capacità negli ambiti della struttura del linguaggio (fonologia e sintassi), e non sono meglio spiegati da disturbo dello spettro autistico, disabilità intellettiva, ritardo globale dello sviluppo o da un altro disturbo mentale [6].

Dato che fino ai 4/5 anni di età bambini con disturbi del linguaggio possono non aver ancora sviluppato adeguatamente l'eloquio, per questi casi, i segni

clinici di ambito pragmatico potrebbero non essere evidenti se non in epoche successive. Per la conversazione vanno segnalati: verbosità non necessaria e tendenza a dominare la conversazione, scarsa capacità di gestione dell'argomento del discorso (introduzione inappropriata nella qualità e possibili "slittamenti" dal tema centrale), possibili derive concettuali e risposte tangenziali, apparente scarsa comprensione del discorso parlato in assenza di deficit ai test formali di linguaggio, debolezza nel cogliere gli aspetti figurati del linguaggio, possibile utilizzo di routine linguistiche o modalità formali del parlato. A livello narrativo sono frequenti scarsa coesione tra gli enunciati, tendenza all'omissione dei referenti e problematiche linguistiche relative all'elaborazione semantico-lessicale (anomie, parafasie semantiche, scelta inusuale dei termini) e fonologico-sintattica (possibili costruzioni frastiche atipiche, errori morfologici, parafasie fonemiche). Questi rilievi di ambito verbale possono, o meno, associarsi a segni di tipo "simil autistico" quali scarso uso della comunicazione non verbale (gestualità, mimica e contatto oculare), possibile presenza di un certo grado di modalità stereotipate di comportamento, prosodia non completamente modulata nei registri intonazionali. Tutti questi segnali possono variamente combinarsi a delineare profili oltremodo differenti tra loro anche in funzione del livello intellettivo e di altre eventuali comorbidità neuropsicologiche; analogamente l'ambito dell'adattamento socio-emotivo può risultare eterogeneo con scarsa possibilità di identificare profili tipici e caratteristici [15].

Come specificato nel DSM-5, la diagnosi di SCD deve avvenire innanzitutto *escludendo un franco disturbo dello spettro autistico*. Questo processo necessita pertanto dell'utilizzo dei classici strumenti di indagine per l'autismo (**ADOS** come indagine clinica attuale e **ADI-R** come indagine anamnestica) a verificare che il disturbo della pragmatica verbale non si aggregi ad un più ampio quadro dello sviluppo socio-cognitivo con associati pattern rigidi e/o stereotipati. Nell'economia del percorso valutativo, l'analisi anamnestica può

essere semplificata partendo da uno screening breve tramite il questionario **SCQ** (Social Communication Questionnaire). Successivamente, occorre effettuare un inquadramento intellettuale tramite scale multi-componenziali (**Scale Wechsler**): non ci sono indicazioni per uno specifico profilo, anche se cadute di ambito verbale ( $QIV \ll QIP$ ) potrebbero documentare precedenti problematiche linguistiche e cadute delle performance ( $QIP \ll QIV$ ) dovrebbero condurre ad un approfondimento per un possibile fenotipo non verbale. [15]

La valutazione delle abilità linguistiche di base servirà a verificare la presenza attuale o quella di eventuali residui di un precedente disturbo formale del linguaggio. Vista l'età tipica di pazienti con questo sospetto diagnostico (6-10 anni), dovrà essere posta particolare attenzione alle componenti linguistiche relative al livello semantico-lessicale e all'elaborazione sintattica (sia in espressione che in comprensione) che possono incidere grandemente sulla funzionalità narrativa e conversazionale. Definito un livello basale delle componenti comunicativo-sociali, intellettive e linguistiche si potrà finalmente entrare nel merito dei sintomi più prettamente pragmatici.

Quando confrontati tramite *CCC-2*, i soggetti con deficit della pragmatica mostrano un profilo tendenzialmente differente dai coetanei con diagnosi di spettro autistico ad alto funzionamento cognitivo. I primi presentano infatti problematiche più evidenti di ambito strutturale del linguaggio (sottoscale di eloquio, sintassi, semantica e coerenza) in assenza di sintomi macroscopici per il versante dell'iniziativa, della comunicazione non verbale, del linguaggio stereotipato e degli interessi. [15]

*Analisi della conversazione.* La sintomatologia primaria del deficit pragmatico si manifesta nell'incapacità di sostenere scambi conversazionali diadici efficaci. Purtroppo, non esistono strumenti codificati adatti a questo scopo. Il protocollo ADOS (in particolare il modulo 3 per soggetti relativamente giovani

con buon linguaggio strutturale) offre sicuramente indicazioni precise per come costruire il setting adatto ad elicitarne segni di ambito conversazionale: ad esempio, evitando troppe domande dirette, evitando lo stile botta-risposta, promuovendo la reciprocità tramite commenti liberi. Nonostante ciò, questo test ha obiettivi non propriamente centrati sulla conversazione né tanto meno offre una griglia di analisi dei meccanismi che sottendono la pragmatica verbale. Sicuramente più interessanti appaiono le schede sviluppate recentemente da Adams<sup>19</sup>. Entrambe forniscono uno spaccato molto completo sui movimenti pragmatici caratteristici della conversazione verbale. Ad esempio, coerentemente con il modello teorico di Adams (2002), TOPICC descrive i movimenti conversazionali all'interno di sei differenti categorie quali

1. reciprocità e turn-taking;
2. considerazione della conoscenza/competenza dell'ascoltatore;
3. verbosità;
4. gestione dell'argomento;
5. stile del discorso;
6. problemi nelle risposte

a loro volta suddivise in specifici descrittori da punteggiare in termini di gravità (ad esempio, la verbosità è declinata con due descrittori: A. tendenza a dominare la conversazione e B. utilizzo di troppe domande). In questo modo è possibile definire un profilo conversazionale caratteristico nel quale possono riconoscersi ambiti chiaramente dispragmatici (soggetto che domina la conversazione, la dirige verso argomenti tangenziali senza preavviso, fornisce dettagli troppo vaghi e i racconti non sono chiari) e aree relativamente integre (la prosodia è naturale, non utilizza frasi stereotipate, non ripete le stesse

---

<sup>19</sup> (TOPICC di Adams, Gaile, Lockton e Freed del 2011) o, precedentemente, da Prutting e Kirchner (Pragmatic Protocol del 1987).

domande né tende a dirigere la conversazione verso lo stesso argomento, non sembrano esserci problemi di comprensione verbale nel linguaggio parlato).

*Valutazione delle abilità narrative.* Il resoconto narrativo è un altro parametro tipicamente scadente nei soggetti con deficit pragmatico. Tuttavia, le abilità narrative dipendono da abilità di natura pragmatica ma anche competenze prettamente linguistiche oltre che concettuali e cognitivo/intellettive. Norbury e Bishop hanno evidenziato numerose criticità in relazione alla possibilità di catturare quantitativamente deficit di tipo narrativo: nell'età 6-10 anni bambini con sviluppo tipico producono narrative fortemente eterogenee e categorie diagnostiche diverse non presentano differenze macroscopiche in termini di qualità ed errori specifici. In Italia è possibile valutare le produzioni narrative mediante “*Frog story*” (**Figura 2**) nella fascia d'età 3 - 13 anni e mediante “*Bus story*” nella fascia 3 - 8 anni. È importante usare cautela con le tarature e codifiche che permettano di identificare più aree funzionali delle competenze narrative e non un unico punteggio macroscopico nel quale si perderebbe il profilo multidimensionale del racconto orale.



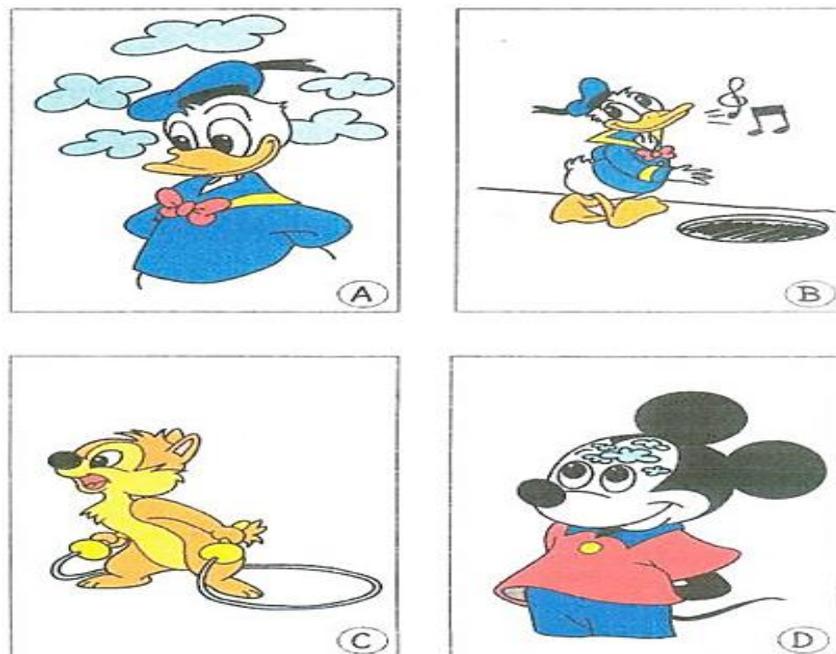
**Figura 2** Tavole 7-8. **FONTE:** Frog story: “Frog where are you?”, Reilly, 1992; D’Amico, Devescovi e Tonucci, 2002; D’Amico, Albano, Marano e Devescovi, 2008

*Linguaggio figurato.* Tra i sintomi pragmatici spesso riferiti vi è la difficoltà di comprendere e manipolare varie forme di linguaggio figurato (ad esempio, espressioni idiomatiche, metafore, ironia, atti linguistici indiretti). Queste difficoltà originano da deficit linguistici e/o inferenziali di base e non sono per nulla specifiche dello spettro autistico, né tanto meno di soggetti con SCD. I test disponibili che valutano formalmente la capacità di comprendere il linguaggio figurato andrebbero interpretati alla luce del profilo psicolinguistico e intellettuale dei soggetti. A conferma di ciò, il manuale dell’**APL Medea** (**Figura 3**) (**Figura 4**) evidenzia correlazioni significative tra la prestazione al test e i risultati a prove intellettive e di comprensione morfo-sintattica del linguaggio. La batteria è costituita da 5 prove:

- Metafore (M): capacità di comprendere il linguaggio metaforico.
- Comprensione del significato implicito (CSI): la capacità di trarre inferenze su contenuti non esplicitati.
- Fumetti (F): capacità di comprendere e rispettare la struttura dialogica in una comunicazione.
- Situazioni (S): capacità di comprendere e far proprio il significato assunto da particolari espressioni nell'interazione sociale.

- Il gioco dei colori (GC): valuta la capacità di usare il linguaggio in modo referenziale e utilizzare competenze legate alla ToM.

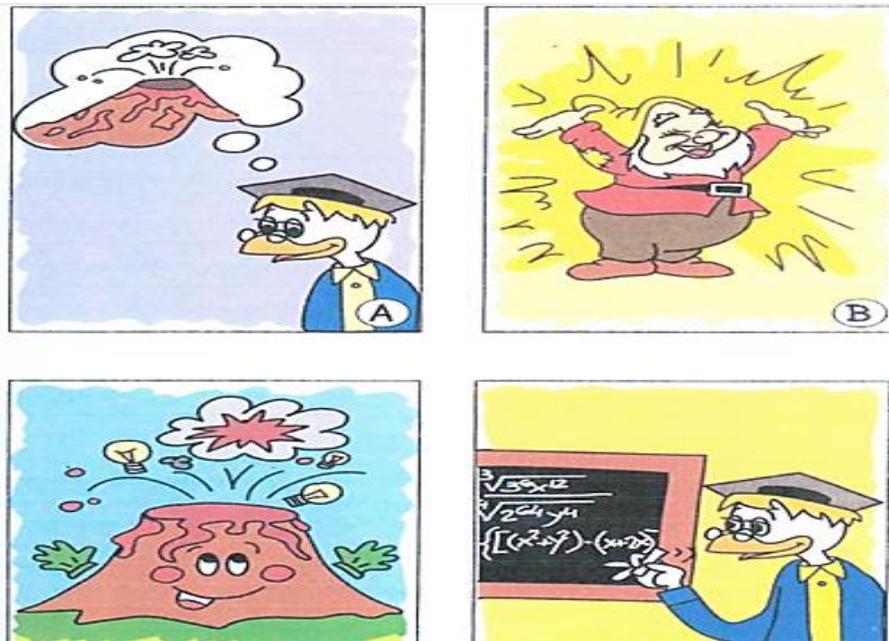
Andrebbe comunque considerato che la competenza figurata è un'abilità relativamente tardiva nell'acquisizione: ad esempio, la capacità di comprendere espressioni idiomatiche poco trasparenti<sup>20</sup> può essere incerta fino ai 9/10 anni di età. Può risultare pertanto fuorviante valutare la competenza figurata in età antecedenti, se non addirittura prescolari, con il rischio di individuare «falsi negativi»<sup>21</sup>. La difficoltà di comprensione del linguaggio figurato potrebbe pertanto originare da una più generale difficoltà di natura inferenziale del soggetto che meriterebbe un approfondimento sia in modalità orale sia in relazione alla comprensione del testo scritto.



*Figura 3 Metafore figurate; MF1: “ha sempre la testa fra le nuvole”. Fonte: APL MEDEA, Maria Luisa Lorusso.*

<sup>20</sup> Come “rompere il ghiaccio” o “sputare il rospo” dove il significato letterale della stringa non ha nulla a che fare con la traduzione figurata della stessa.

<sup>21</sup> il bambino ottiene un punteggio nella norma perché la popolazione generale di quell'età non è ancora in grado di affrontare il compito



**Figura 4** Metafore figurate; MF3: "sei davvero un vulcano di idee". FONTE: APL MEDEA, Maria Luisa Lorusso.

*Compiti superiori di Teoria della Mente.* Una possibilità di approfondimento circa gli ambiti comunicativo-sociali e pragmatici è valutare la competenza di natura mentalistica, cioè quella tradizionalmente legata alla prestazione in compiti di teoria della mente di II ordine oppure «superiori». Idealmente, se un bambino ha problemi di pragmatica verbale ma non presenta un disturbo dello spettro autistico dovrebbe superare compiti di questo tipo senza particolari difficoltà. In realtà sono state notate difficoltà di Teoria della Mente in soggetti (non autistici) con disturbo pragmatico del linguaggio. Le prove tipicamente utilizzate sono di vario tipo: da quelle orientate a valutare la memoria di volti e il riconoscimento delle espressioni facciali mediate dallo sguardo, a quelle che indagano la comprensione di brevi storie contenenti significati sottintesi, gaffe sociali, inganno o sarcasmo tra attori, punti di vista differenti che necessitano di livelli sovra-ordinati di rappresentazione sociale della situazione.

*Altre valutazioni neuropsicologiche.* Più studi hanno identificato possibili fragilità/incompetenze di tipo pragmatico nei disturbi di area comportamentale e

nei disturbi complessi di area non verbale (sindrome non verbale). Relativamente ai disturbi comportamentali, appaiono evidenti i rapporti tra deficit delle funzioni esecutive, impulsività, disinibizione relazionale e scarsa gestione dei meccanismi pragmatici della conversazione. In particolare, i bambini con queste caratteristiche possono incontrare difficoltà nell'attesa del turno conversazionale e nella capacità di ascolto con una possibile tendenza ad interrompere l'interlocutore. Una valutazione formale dei processi attentivi e delle funzioni esecutive dovrebbe pertanto accompagnare il profilo funzionale di soggetti con sospetto SCD: particolare attenzione dovrebbe essere posta alle aree dell'attenzione uditiva <sup>22</sup>e del controllo inibitorio.

*Adattamento socio-emotivo.* È sicuramente importante cercare di definire il livello di impatto delle difficoltà pragmatiche sul comportamento adattivo, sulla regolazione emotiva e sulle strategie di coping nelle situazioni sociali da parte del bambino. Vari questionari per genitori, insegnanti e self-report sono disponibili a questo fine, sia in funzione di screening <sup>23</sup> sia con approfondimenti più dettagliati. Oltre a questo, sarebbe utile poter verificare direttamente le modalità relazionali del bambino in contesto spontaneo per osservare qualitativamente lo stile sociale e il rapporto con i pari [15].

## **2.4 Diagnosi differenziali nelle diverse popolazioni cliniche**

Considerando il criterio D del Manuale DSM-V è chiaro che il quadro clinico del disturbo sociale della comunicazione non può essere diagnosticato in presenza di un disturbo dello spettro autistico, disturbi specifici del linguaggio (DSL), di una disabilità intellettiva o di altre condizioni più formalmente mediche e neurologiche. In particolare, la diagnostica differenziale con lo spettro autistico è

---

<sup>22</sup> Spesso connessa alle difficoltà di ascolto in assenza di franchi deficit di comprensione sintattica.

<sup>23</sup> si veda il questionario SDQ dai 4 ai 16 anni.

basata sull'assenza dei sintomi «non sociali», ovvero degli schemi di comportamento, interessi o attività ristretti/stereotipati. Tale sintomatologia non deve essere mai stata presente nel corso dello sviluppo del bambino. Tuttavia, questi pazienti possono mostrare un certo livello di rigidità comportamentale, ma comunque molto meno evidente di un franco disturbo dello spettro autistico. I soggetti SCD si discostano dai classici DSL per un assetto di processing fonologico relativamente intatto che permette un miglior apprendimento della letto-scrittura e quindi un rischio minore di disturbi specifici dell'apprendimento (DSA); nonostante ciò, va considerato che un DSL grave, con perduranti sintomi di ambito strutturale, non mostrando miglioramenti degli ambiti linguistici, nel tempo, sembra sviluppare sintomi pragmatici sintomi simil-autistici <sup>24</sup>.

Si possono considerare altre diagnosi differenziali che comprendono ad esempio: disturbi genetici del neurosviluppo che possono contemplare sintomi “autistic-like”; deprivazioni socio-ambientali precoci in istituti di orfanotrofio; esordi psicotici precoci o precocissimi che possono mostrare quadri fenotipici molto simili allo spettro autistico; disturbo di personalità di tipo schizoide con fenotipo cognitivo e comportamentale fortemente suggestivo sia nelle caratteristiche dispragmatiche sia nella rigidità ideativa [15].

## **2.5 Prevalenza e impatto funzionale**

I tassi di prevalenza risultanti per i deficit socio-pragmatici hanno indicato che pochissimi bambini hanno difficoltà isolate di comunicazione sociale (0-1,3%), pertanto i bambini che si presentano con SCD “puro” sono estremamente rari. Tuttavia, va considerato che i problemi strutturali sono generalmente ben

---

<sup>24</sup> Stereotipie, peggioramento dell'interazione sociale con tendenza alla chiusura relazionale

individuati nell'ambiente scolastico, i problemi di linguaggio pragmatico si rivelano, invece, più difficili da individuare e spesso rimangono sottovalutati.

Una quota considerevole di bambini nei primi anni della scuola primaria presenta deficit socio-pragmatici che interferiscono con il comportamento e l'attività scolastica [17]. Un maggiore impegno nella rilevazione dei problemi di linguaggio pragmatico in età precoce potrebbe essere vantaggioso per una diagnosi precoce dei bambini a rischio di problemi comportamentali e per concentrare gli sforzi terapeutici sulle abilità socio-pragmatiche, al fine di riscontrare risultati funzionali migliori e consentendo trattamenti più tempestivi e accurati. Non sorprendentemente, si sa che i bambini con SCD hanno difficoltà in abilità accademiche, in particolare con la lettura, proprio a causa delle abilità cognitive sociali e inferenziali richieste per comprendere il testo. Alla luce di ciò, le attuali ricerche indicano che i deficit socio-pragmatici sono associati ad altre preoccupazioni nello sviluppo funzionale del bambino e aumentano il rischio di esiti negativi, sottolineando i potenziali costi per la salute pubblica e la necessità di pianificare servizi efficaci per la salute e l'istruzione di bambini con deficit nella comunicazione sociale. Ulteriori ricerche sarebbero necessarie per confermare la fattibilità di questo approccio alla diagnosi precoce [18][19][20].

## **CAPITOLO III**

### **IL LEGAME TRA “SEVERE MENTAL ILLNESS” E IL DISTURBO DELLA COMUNICAZIONE SOCIALE (PRAGMATICA)**

**SOMMARIO:** **1.** Il disturbo della Comunicazione Sociale (Pragmatica) in soggetti affetti da Disturbo Bipolare e Disturbo dello Spettro Schizofrenico – **2.** Specifici deficit linguistici e pragmatici – **3.** Il disturbo della comunicazione sociale come fattore predittivo di “Severe Mental Illness” e traiettorie di sviluppo specifiche.

### **3.1 Il Disturbo della Comunicazione Sociale (Pragmatica) in soggetti affetti da Disturbo Bipolare e Disturbo dello Spettro Schizofrenico**

La mentalizzazione è un aspetto chiave della cognizione sociale. Diversi ricercatori presuppongono che la mentalizzazione abbia due sistemi: uno esplicito<sup>25</sup> e uno implicito<sup>26</sup>. La mentalizzazione (Teoria della Mente, ToM) è un aspetto chiave della cognizione sociale. Durante i processi di mentalizzazione attribuiamo a noi stessi e agli altri stati mentali (intenzioni, credenze, desideri, stati emotivi), il che ci consente di comprendere e prevedere il comportamento sociale altrui. Tradizionalmente si ritiene che la mentalizzazione si sviluppi precocemente (3-6 anni). Tuttavia, numerosi dati suggeriscono che i bambini possono attribuire intuitivamente le intenzioni molto prima [21]. Si suppone che la mentalizzazione implicita sia presente molto presto, presumibilmente fin dalla nascita. Essa è caratterizzata da un'elaborazione rapida e prerafflessiva delle informazioni non verbali, che vengono decodificate senza consapevolezza. La forma esplicita, al contrario, è *inferenziale*, relativamente lenta e si basa fortemente sull'elaborazione verbale e cosciente delle informazioni. Si sviluppa parallelamente alle abilità linguistiche e cognitive (ad esempio, le funzioni esecutive). È probabile che i sistemi implicito-esplicito persistano e coesistano per tutto il corso della vita [21][22][23]. Diverse reti neurali sociali sono responsabili dell'elaborazione delle informazioni implicite di livello inferiore e delle informazioni esplicite di livello superiore [23]. La pragmatica comunicativa, cioè la capacità di utilizzare il linguaggio per trasmettere significato in un contesto specifico, dunque, è collegata alla ToM; tuttavia, queste due abilità non si sovrappongono completamente. [24]

---

<sup>25</sup> Coscivo, relativamente lento, flessibile, verbale, inferenziale.

<sup>26</sup> Inconscio, automatico, veloce, non verbale, intuitivo.

Il deterioramento della ToM è connesso alle difficoltà nell’elaborazione degli aspetti pragmatici del linguaggio, e tale connessione non è principalmente dovuta al deterioramento delle capacità cognitive generali come l’intelligenza e/o le funzioni esecutive. Pertanto, si può confermare che, in una certa misura, la ToM è necessaria, anche se non del tutto sufficiente, per comprendere gli aspetti figurativi del linguaggio.

I deficit nella cognizione sociale (e più specificamente nella comunicazione) hanno un impatto importante sul funzionamento nella vita reale delle persone con Schizofrenia (SZ) [25][26]. In particolare, i pazienti affetti da SZ hanno mostrato un'ampia gamma di deficit nel dominio pragmatico-comunicativo, caratterizzati da una grave compromissione della comprensione dell'intenzione comunicativa del parlante nelle interazioni conversazionali quotidiane. Questo limite è associato ad un'alterazione morfologica e funzionale del *giro temporale medio sinistro* (L-MTG), area cerebrale coinvolta in diversi processi comunicativi, in particolare nella distinzione dell'intenzione comunicativa ironica da quella sincera e ingannevole [24][27].

Al di là degli aspetti grammaticali del linguaggio (che verranno analizzati successivamente), i pazienti con SZ soffrono di un fallimento nell’uso del linguaggio nell’interazione sociale, nel produrre discorsi contestualmente appropriati e nell’inferire significati dipendenti dal contesto.

Sono segnalati deficit nella comprensione del linguaggio non letterale, tradizionalmente attribuiti all'incapacità di pensiero astratto, clinicamente definito “**concretismo**”, cioè aderenza agli aspetti fisici degli stimoli e delle parole. Ulteriori ricerche mostrano che specifiche caratteristiche di coerenza discorsiva nel linguaggio dei giovani potrebbero aiutare a prevedere lo sviluppo futuro di psicosi [28], suggerendo che la comunicazione e la disgregazione pragmatica possono rappresentare un *biomarcatore della Schizofrenia*, adattandosi all'ipotesi

dello sviluppo neurologico, poiché radicata nello sviluppo precoce del cervello.  
[29]

Diversi studi hanno anche riportato che gli individui con schizofrenia ottengono risultati peggiori rispetto ai controlli nella comprensione del linguaggio non letterale e figurato, come gli atti linguistici indiretti, i proverbi, ironia, metafore e modi di dire. Inoltre, i pazienti possono avere difficoltà nella gestione di atti comunicativi ingannevoli, nella violazione delle *massime di Grice*<sup>27</sup> e nel riconoscimento e recupero dei fallimenti comunicativi. Non solo le difficoltà linguistiche ma anche quelle non verbali/extralinguistiche, come il riconoscimento delle espressioni facciali, sono parte integrante della patologia schizofrenica [30][31][32][33].

Pochi studi in letteratura hanno analizzato il ruolo di ToM e delle funzioni esecutive in termini di flessibilità cognitiva e capacità di pianificazione, nella comprensione dei proverbi. Gli autori hanno osservato un'associazione tra la comprensione dei proverbi e ciascuna delle altre abilità delle funzioni esecutive e ToM analizzate. Hanno anche condotto un'analisi di regressione, dalla quale la ToM è emersa come il miglior predittore della competenza pragmatica, mentre l'unico contributo importante delle funzioni esecutive è stata la flessibilità cognitiva. Infine, sempre in pazienti con schizofrenia, hanno indagato il ruolo della ToM e delle funzioni esecutive (in particolare shifting, controllo inibitorio e flessibilità cognitiva) nella comprensione del significato pragmatico (richieste indirette, metafore idiomatiche e metafore non idiomatiche). Dunque, determinare il ruolo specifico di ToM ed EF nel causare deficit pragmatici e comunicativi ha importanti implicazioni cliniche e nello sviluppo di trattamenti riabilitativi progettati per aiutare le persone con schizofrenia a superare le loro difficoltà comunicative [32][33].

---

<sup>27</sup> Capitolo IV

Inoltre, i deficit della cognizione sociale e della comunicazione pragmatica sembrano possano contribuire in modo cruciale alla transizione verso la psicosi [34][35][36]. Infatti, si presume che i deficit cognitivi sociali siano un tratto stabile che precede e predice l'esordio della schizofrenia [37][38] che informa sulla frequenza delle ricadute dei pazienti. Nella Schizofrenia, la cognizione sociale agisce come mediatore tra la neurocognizione e l'esito funzionale [39]. Pertanto, questi disturbi svolgono un ruolo chiave non solo nello sviluppo del disturbo, ma anche nell'esito funzionale dei pazienti<sup>28</sup>. Nella Schizofrenia, sono compromessi tutti e cinque i domini cognitivi sociali ben consolidati: percezione sociale, conoscenza sociale, elaborazione delle emozioni, elaborazione attributiva e Teoria della Mente (ToM) [40].

Studi di imaging hanno anche rivelato anomalie significative nella Schizofrenia: anomalie volumetriche del cervello nelle aree *prefrontali e temporali* [42] associate a deficit di mentalizzazione. Gli studi sulla Schizofrenia ad esordio infantile (COS) sottolineano il ruolo di un tasso più elevato di perdita di tessuto anche nelle *aree parietofrontale e parietotemporale* [43]. Queste traiettorie maturative disturbate possono interferire con lo sviluppo della mentalizzazione, e in effetti i dati della ricerca infantile evidenziano il ruolo delle aree *temporoparietali* nello sviluppo precoce della mentalizzazione implicita [44]. Nel complesso, è probabile che i pazienti con Schizofrenia rilevino le intenzioni comunicative, ma potrebbero attivare una rete neurale diversa e meno integrata durante la mentalizzazione implicita [24].

Esiste ancora poca letteratura sulla funzione neuropsicologica e socio-cognitiva nei pazienti pediatrici con disturbo bipolare. I giovani con disturbo bipolare dimostrano marcati deficit sociali, nonostante il normale funzionamento sociale

---

<sup>28</sup> La mentalizzazione può essere carente anche prima dell'esordio della malattia, può predire una conversione psicotica e spesso peggiora prima del primo episodio [41].

prima dell'esordio della malattia. I bambini e gli adulti con disturbo bipolare ottengono risultati diversi rispetto ai soggetti di controllo e agli individui con altri disturbi nelle aree socio-cognitive, in particolare nei compiti di elaborazione dell'espressione facciale. Anche gli adulti sintomatici con disturbo bipolare hanno difficoltà a utilizzare segnali contestuali per dedurre gli stati mentali degli altri. L'osservazione clinica di giovani con disturbo bipolare, tuttavia, suggerisce che la pragmatica del linguaggio può essere disfunzionale. Questo modello di abilità socio-cognitive aberranti suggerisce una disfunzione nelle strutture neurali ritenute mediare l'elaborazione linguistica sociale, emotiva e possibilmente pragmatica [45][46]. Queste strutture includono le cortecce *prefrontali ventro-laterale e mediale e l'amigdala* [47], che presentano anomalie strutturali e/o funzionali nel disturbo bipolare.

Rispetto ai soggetti di confronto di età, sesso e QI comparabili, i giovani con disturbo bipolare pediatrico ottengono risultati più scarsi nei compiti che coinvolgono l'identificazione delle emozioni facciali e la formulazione di risposte socialmente appropriate a situazioni interpersonali. Questi risultati offrono una dimostrazione di continuità tra disturbo bipolare pediatrico e disturbo bipolare adulto. Inoltre, i risultati di compromissione tra i pazienti pediatrici con disturbo bipolare su compiti che coinvolgono il linguaggio pragmatico, il riconoscimento degli affetti facciali e la flessibilità della risposta riconoscono l'importanza per la ricerca neurocognitiva volta a chiarire i mediatori neurali di questi deficit.

Dunque, è chiaro che la disfunzione cognitiva è una caratteristica comune sia della Schizofrenia che del disturbo bipolare. Sebbene questi deficit siano più gravi nella Schizofrenia, esiste una significativa sovrapposizione tra le condizioni. Tuttavia, è stato ipotizzato che i deficit cognitivi sociali potrebbero essere più specifici della Schizofrenia.

Il deterioramento neurocognitivo è una caratteristica ben consolidata della Schizofrenia ma deficit cognitivi simili, seppure meno gravi, sono chiaramente evidenti anche nel disturbo bipolare. Ciò potrebbe non sorprendere poiché entrambi i disturbi sono associati ad anomalie strutturali e funzionali nelle regioni del cervello (cioè, la corteccia prefrontale ventromediale) importanti per le capacità cognitive sociali [49].

Nel loro studio, Lee et al. [50] hanno scoperto che i pazienti con BP mostravano meno compromissione della cognizione sociale rispetto alla neurocognizione, mentre i pazienti schizofrenici mostravano più compromissione della cognizione sociale rispetto alla neurocognizione. Recentemente sono state condotte diverse metanalisi della cognizione sociale nei pazienti con disturbo bipolare rispetto ai controlli [51][52]. Queste metanalisi hanno suggerito che il disturbo bipolare è associato a deficit cognitivi sociali con dimensioni dell'effetto medie: quindi le prestazioni dei pazienti con disturbo bipolare nei compiti cognitivi sociali, simili alla neurocognizione, possono essere intermedie tra la schizofrenia e i controlli sani [52].

In conclusione, i deficit di ToM e di riconoscimento delle emozioni facciali sono più pronunciati nella Schizofrenia che nel BP. Tuttavia, come la neurocognizione, i deficit della cognizione sociale non sono strettamente specifici della schizofrenia e vi è una notevole sovrapposizione tra queste principali psicosi. I deficit neurocognitivi svolgono un ruolo nei deficit più gravi della cognizione sociale nella Schizofrenia rispetto al disturbo bipolare. [53]

### **3.2 Produzione linguistica e comprensione sintattica**

Il linguaggio umano è una funzione cognitiva complessa basata sull'interazione tra diversi livelli di elaborazione: la capacità di produrre/decodificare i suoni del parlato (elaborazione fonetica) e di convertirli in rappresentazioni astratte specifiche del linguaggio (elaborazione fonologica); la capacità di organizzare questi suoni e sillabe in parole ben formate (elaborazione morfologica) che a loro volta devono essere organizzate in frasi (elaborazione sintattica); la capacità di organizzare e comprendere il significato letterale di parole e frasi (elaborazione semantica). Tuttavia, sono necessarie competenze aggiuntive per elaborare adeguatamente il linguaggio. Infatti, per essere buoni comunicatori, i parlanti devono trarre inferenze e contestualizzare i significati letterali di parole e frasi (abilità pragmatiche) e organizzare le proposizioni veicolate da ogni singola frase in strutture più grandi come conversazioni o discorsi narrativi (elaborazione a livello del discorso). La produzione linguistica è un processo altamente interattivo in cui processi macro-linguistici di livello superiore (che coinvolgono la pianificazione, l'inferenza e la capacità di organizzare le informazioni successive) probabilmente influenzano i processi micro-linguistici dedicati alla scelta lessicale e al sequenziamento grammaticale.

Diversi studi hanno dimostrato come le persone affette da Schizofrenia possano presentare problemi nell'affrontare gli aspetti micro e macro-linguistici dell'elaborazione del linguaggio, come difficoltà nel trovare le parole e disturbi nell'elaborazione lessicale. Nelle loro interazioni comunicative possono introdurre concetti vaghi o idiosincratici, produrre enunciati con intonazioni prosodiche anomale, essere incapaci di rappresentare correttamente stati mentali, sentimenti e credenze dei loro interlocutori (cioè, difficoltà di mentalizzazione, ToM). Il

discorso schizofrenico, di fatto, è stato spesso descritto come tangenziale<sup>29</sup>, deragliante<sup>30</sup>, disorganizzato, con perdita di associazioni e poco informativo.

Le caratteristiche specifiche dell’elaborazione linguistica nel disturbo bipolare sono ancora oggetto di dibattito. Alcuni studi sull’elaborazione del linguaggio in pazienti con disturbo bipolare hanno mostrato una generale povertà di linguaggio e contenuto, circostanzialità e autoreferenzialità [54]

I soggetti con disturbo bipolare mostravano abilità narrative normali e capacità di comprensione sintattica quasi adeguate. Non sono state riscontrate anomalie a livello macrolinguistico, indipendentemente dal loro stato clinico. Questi deficit diffusi nel riconoscimento delle strutture grammaticali sembrano essere specifici per i pazienti affetti da Schizofrenia, mentre quelli con diagnosi di disturbo bipolare non riescono a riconoscere solo le frasi negative. Ciò suggerisce, ancora, un danno minore e/o più specifico nel disturbo bipolare. Questo risultato suggerisce che i pazienti con Schizofrenia tendono a utilizzare referenti vaghi o ambigui che confondono l’ascoltatore e rendono difficile la sua comprensione [55], in particolare in pazienti gravemente malati. Questo conferma i rapporti precedenti sulle difficoltà dei pazienti affetti da Schizofrenia sia nella pragmatica che nell’elaborazione del discorso [56] [57].

In conclusione, questi risultati suggeriscono che i deficit linguistici potrebbero essere più pervasivi nella Schizofrenia che nel disturbo bipolare. Inoltre, supportano le potenziali somiglianze tra le due sindromi (in alcuni aspetti discreti sia del linguaggio recettivo che della produzione del linguaggio). In più, la comprensione dei deficit linguistici specifici e/o condivisi in queste due principali

---

<sup>29</sup> Il tema centrale viene toccato ma solo per un attimo, in maniera superficiale e viene dato di nuovo spazio ad associazioni labili. Fonte: Adornetti, Ines. *Patologie Del Linguaggio e Della Comunicazione*. Carocci Editore, 2018.

<sup>30</sup> Chi parla va gradualmente fuori strada senza mostrare alcuna consapevolezza del fatto che la sua risposta non ha più alcun legame con ciò che gli è stato chiesto. Fonte: Adornetti, Ines. *Patologie Del Linguaggio e Della Comunicazione*. Carocci Editore, 2018.

malattie psichiatriche rappresenta una questione cruciale, soprattutto se si considera il potenziale contributo nella pianificazione di strategie riabilitative innovative [58]. Il miglioramento dei deficit del sistema linguistico (specialmente a livello macrolinguistico/pragmatico) può, in definitiva, migliorare il funzionamento sociale e la qualità della vita nei pazienti con Schizofrenia, supportando il potenziale ruolo della logopedia [58][59].

### **3.3 Il Disturbo Socio Pragmatico come fattore predittivo di Severe Mental Illness e traiettorie di sviluppo specifiche**

L'associazione tra linguaggio socio-pragmatico e salute mentale può essere collegata a diversi aspetti del linguaggio [60]. L'acquisizione di abilità comunicative implica l'interazione dinamica dello sviluppo linguistico, sociale e cognitivo, compreso lo sviluppo della cognizione sociale, come la Teoria della Mente [61].

I problemi di comunicazione sociale (SC) sono strettamente collegati a problemi emotivi, comportamentali e sociali (in particolare le relazioni tra pari) durante l'infanzia. Esistono prove che le difficoltà SC precedono e predicano i problemi di salute mentale, nonché la persistenza e la gravità delle traiettorie dei sintomi. Si presume che le difficoltà di SC incidano negativamente sulle relazioni con i pari, con la famiglia e con gli insegnanti e, di conseguenza, inneschino e peggiorino problemi emotivi e comportamentali. Tuttavia, questi problemi di salute mentale potrebbero, a loro volta, portare al ritiro e alla mancanza di opportunità di praticare e sviluppare le competenze di SC, rappresentando un circolo vizioso. I risultati degli studi esaminati indicano effetti che si rafforzano reciprocamente tra i deficit di SC e la salute mentale nel tempo. Studi basati sulla popolazione hanno dimostrato tassi significativamente più elevati di problemi di SC nei bambini con

condizioni di salute mentale. Nell’infanzia, la SC sembra essere associata alla comunicazione verbale e non verbale precoce e principalmente a problemi di interiorizzazione come emotività negativa, ansia sociale, inibizione [62] e disregolazione. Tuttavia, la maggior parte degli studi esaminati hanno riportato associazioni di forza simile con tutte le dimensioni della salute mentale, comprese l’esternalizzazione (disturbo della condotta, iperattività/attenzione), l’internalizzazione (problemi emotivi, sintomi depressivi, ansia) e i problemi di relazione con i pari [63].

La revisione sistematica di Dall et al. [64] dimostra un numero crescente di pubblicazioni sulle associazioni tra abilità sociocomunicative e salute mentale nei bambini e nei giovani adulti, con una qualità soddisfacente e un numero di pubblicazioni recentemente crescente, in particolare in Europa. Studi basati sulla popolazione rilevano tassi significativamente più elevati di problemi di SC nei bambini con tutte le dimensioni di problemi di salute mentale (esternalizzazione, internalizzazione) e problemi di relazione con i pari. Gli studi con un disegno longitudinale dimostrano gli effetti delle precedenti abilità SC sui successivi esiti di salute mentale. Nonostante le associazioni tra le abilità SC e altre dimensioni dello sviluppo del bambino (come il linguaggio, lo sviluppo sociale, il funzionamento esecutivo, l’intelligenza), si ritiene che queste dimensioni spieghino solo un tasso limitato di varianza delle abilità SC, così che SC deve essere considerato come un dominio a sé di sviluppo e di contenuto.

CAPITOLO III- IL LEGAME TRA “SEVERE MENTAL ILLNESS” E IL DISTURBO  
DELLA COMUNICAZIONE SOCIALE (PRAGMATICA)

---

<b>STUDIO</b>	The Link Between Social Communication And Mental Health From Childhood To Young Adulthood: A Systematic Review
<b>AUTORE</b>	Magdalena Dall, Johannes Fellingner, Daniel Holzinger.
<b>CARATTERISTICHE DELLO STUDIO E METODO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisione sistematica di banche dati elettroniche.</li> <li>- Incluso studi che misuravano SC prima dei 21 anni e valutavano una componente di salute mentale prima dei 30 anni</li> <li>- La maggior parte degli studi ha indagato il concetto ampio di linguaggio pragmatico e la sua influenza sui problemi di internalizzazione, esternalizzazione e di relazione tra pari.</li> <li>- Le pubblicazioni analizzate comprendevano studi basati sulla popolazione e studi su popolazioni speciali con problemi di salute mentale esistenti o con un rischio maggiore di svilupparli.</li> <li>- Gli studi trasversali basati sulla popolazione hanno mostrato tassi significativamente più alti di problemi di sc nei bambini con problemi di salute mentale.</li> <li>- Gli con un disegno longitudinale hanno riscontrato problemi di salute mentale ad esordio più precoce e più persistenti nei bambini che avevano le difficoltà di SC più gravi.</li> <li>- Sette dei 12 studi longitudinali si basano sull’ampia coorte ALSPAC. Nella maggior parte degli studi longitudinali, la salute mentale è stata misurata contemporaneamente e dopo la SC, consentendo di tenere conto dell’impatto dei precedenti problemi di salute mentale.</li> <li>- Molti studi esaminati hanno valutato sia il SC che la salute mentale con questionari rivolti ai genitori che potrebbero aver contribuito alle associazioni osservate tra i due domini.</li> </ul>
<b>OBIETTIVI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valutare lo stato attuale della letteratura sulla relazione tra difficoltà di SC ed esiti di salute mentale in bambini, adolescenti e giovani adulti affrontando tre domande di ricerca: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. associazioni tra difficoltà concomitanti di SC e problemi di salute mentale;</li> <li>2. difficoltà SC precedentemente diagnosticate predicono problemi di salute mentale;</li> <li>3. in che modo le difficoltà del SC sono associate alle traiettorie di sviluppo.</li> </ol> </li> </ul>

CAPITOLO III- IL LEGAME TRA “SEVERE MENTAL ILLNESS” E IL DISTURBO  
DELLA COMUNICAZIONE SOCIALE (PRAGMATICA)

---

<b>RISULTATI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- I problemi del SC sono strettamente collegati a problemi emotivi, comportamentali e sociali (in particolare le relazioni tra pari) durante l'infanzia.</li><li>- Esistono prove che le difficoltà di SC precedono e predicono i problemi di salute mentale e la persistenza e la gravità delle traiettorie dei sintomi.</li></ul>
<b>CONCLUSIONI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Esistono prove solide di associazioni significative tra competenze SC e risultati di salute mentale. Studi longitudinali hanno dimostrato che le difficoltà del SC possono innescare problemi di salute mentale e moderarne le traiettorie.</li></ul>

Questa revisione sistematica è la prima a riassumere lo stato attuale della letteratura sulle associazioni tra abilità SC e salute mentale nei bambini e nei giovani adulti, escludendo i soggetti con ASD e le altre popolazioni cliniche. L'interesse per queste associazioni è in aumento, seppur non esaustivo, con un numero crescente di pubblicazioni negli ultimi anni, specialmente in Europa. [64]

## CAPITOLO IV

### APPROCCI TERAPEUTICI E MODELLI RIABILITATIVI

**SOMMARIO:** **1.** Il ruolo del logopedista – **2.** Modello SCIP (Social Communication Intervention Project) – **3.** Modello SCERTS® (Social Communication, Emotional Regulation and Transactional Support) – **4.** Il Barrier Game – **5.** Supporti visivi – **5.1** Video modeling e conversazioni a fumetti – **6.** Altri approcci riabilitativi – **7.** Trattare il disturbo socio-pragmatico migliora gli outcomes psichiatrici?

## 4.1 Il ruolo del logopedista

Il logopedista, in quanto specialista del linguaggio e della comunicazione, guida il bambino verso l'apprendimento del comportamento pragmatico più appropriato. Ogni bambino è diverso e gli obiettivi della riabilitazione variano in base alle aree di debolezza evidenziate dalla valutazione e alle caratteristiche delle sue modalità comunicative.

Sulla base dei lavori di Adams and co., è stata tentata una misurazione dello scambio conversativo diadico in termini di:

- *partecipazione al discorso*: rapporto tra il numero di frasi prodotte dal bambino e quelle prodotte dall'interlocutore al fine di identificare il contributo personale di ciascun soggetto allo scambio;
- *dominanza della conversazione*: tendenza del bambino a richiedere ripetitivamente delle informazioni oppure fornirle anche se non sollecitate;
- *loquacità/verbosità*: tendenza a produrre più frasi per ogni turno del discorso senza lasciare spazio di intervento all'interlocutore;
- *assertività*: iniziativa spontanea nello scambio conversativo;
- *responsività*: tendenza del bambino a rispondere con affermazioni che offrono possibili aperture all'interlocutore piuttosto che con uno stile «domanda-risposta»;
- *qualità delle risposte*: grado di adeguatezza con cui le risposte del bambino si adattano alle iniziative dell'interlocutore (adeguate, inadeguate per limitazioni linguistiche, inadeguate dal punto di vista pragmatico).
- Sulla base di questi criteri, è possibile identificare uno scambio comunicativo pragmaticamente inappropriato.

In alcuni casi può risultare evidente la mancanza di “senso sociale e pragmatico” della risposta di un bambino (**esempio A**); in altri casi la risposta può risultare inappropriata per limitazioni più propriamente linguistiche (di comprensione,

come nell'**esempio B** o di sintassi espressiva, come nell'**esempio C**). Esistono però aree di sovrapposizione dei settori linguistico e pragmatico che rendono la valutazione clinica decisamente soggettiva e discutibile (si veda l'**esempio D** in cui coesistono una scelta lessicale/semantica atipica e una modalità comunicativo-sociale scarsamente rivolta all'interlocutore). Esempi:

A. Risposta dispragmatica

- Adulto: *Sei andato al mare questa estate?*
- Bambino: *Io sono preoccupato per l'estinzione dei cavallucci marini*

B. Risposta inappropriata per problemi linguistici di comprensione

- Adulto: *Dove sei stato in vacanza?*
- Bambino: *In settembre*

C. Risposta inappropriata per problemi linguistici di costruzione sintattica

- Adulto: *Ti sei divertito a giocare a bowling?*
- Bambino: *Sii... un tiro... noo... poi strike... stupito* (intendendo che si è divertito, ha fatto un tiro che sembrava sbagliato e invece ha fatto strike e quindi ne è rimasto stupito)

D. Risposta inappropriata per difficoltà semantico/pragmatiche

- Adulto: *Stai facendo un bel disegno ma è molto impegnativo*
- Bambino: *Ho dei muscoli* (intendendo che sta facendo fatica) [65].

Alla luce di ciò, è necessario che il logopedista pianifichi un intervento riabilitativo che tenga conto non soltanto dell'epifenomeno<sup>31</sup>, ma anche della *funzione comunicativa del paziente*, intesa come possibilità e capacità di adattamento a un contesto, al fine di espletare lo scopo stesso della riabilitazione: il miglioramento del benessere dell'individuo. È importante che il logopedista ampli la sua visione del paziente non soltanto sulle caratteristiche strutturali del linguaggio ma è indispensabile che tenga in considerazione le attività di vita quotidiana in cui egli

---

<sup>31</sup> Vale a dire una bassa prestazione in una singola abilità, per esempio il linguaggio o le abilità non verbali.

è immerso, dalle situazioni più comuni e frequenti fino a quelle più complesse, dove proprio il suo intervento esperto può fare la differenza. Migliorare la comunicazione, strumentale, pragmatica e sociale può elevare significativamente la qualità di vita del paziente, con un importante aumento del suo “benessere” percepito, così come quello di chi lo circonda.

Successivamente verranno descritti alcuni dei modelli riabilitativi largamente utilizzati nella riabilitazione di questo disturbo, a livello internazionale e durante il percorso di riabilitazione logopedica svolta presso il Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche dell’A.O.U. Federico II di Napoli.

## **4.2 Il modello SCIP (Social Communication Intervention Project)**

Il modello di intervento SCIP (Social Communication Intervention Project) è un programma di logopedia e terapia del linguaggio per bambini che soffrono di Disturbo della comunicazione sociale (SCD), sviluppato da un gruppo di ricercatori guidati dalla Logopedista *Catherine Adams*, presso l’*Università di Manchester*, Regno Unito. L’intervento SCIP assume la posizione teorica che le abilità socio-pragmatiche emergono mentre i bambini si sviluppano e dipendono dall’interazione tra la cognizione sociale e lo sviluppo del linguaggio nella prima infanzia. Pertanto, l’intervento è composto principalmente da tre componenti principali:

1. *area dell’elaborazione linguistica*: prevede di stimolare i processi semantici e lessicali (superamento delle difficoltà di accesso lessicale), la costruzione narrativa (miglioramento dei riferimenti temporali), la

- comprensione e l'uso del linguaggio non-letterale (ad esempio, consapevolezza dei modi di dire);
2. *area pragmatica*: prevede di migliorare i meccanismi che sottendono la conversazione (turn-talking, la comprensione e gestione dell'argomento, stile del discorso in funzione dell'interlocutore);
  3. *area della comprensione e interpretazione sociale*: al fine di aiutare a riconoscere i contesti e regole sociali, riconoscere gli indicatori emotivi, comprendere pensieri e intenzioni altrui, comprendere i concetti sottostanti le relazioni (ad esempio l'amicizia).

### **4.3 Il modello SCERTS® (Social Communication, Emotional Regulation and Transactional Support)**

Il modello SCERTS® fornisce linee guida specifiche per aiutare un individuo a diventare un comunicatore sociale competente e sicuro di sé. Esso si concentra sullo sviluppo di competenze nella comunicazione sociale, nella regolazione emotiva e nel supporto transazionale come priorità massime da affrontare in qualsiasi programma, applicabile a individui con un'ampia gamma di abilità ed età in contesti domestici, scolastici e comunitari. Vengono fornite linee guida per aiutare l'individuo a essere più disponibile per l'apprendimento e l'interazione e per prevenire comportamenti problematici. Il modello SCERTS® è progettato per aiutare famiglie, educatori e terapisti a collaborare in modo attentamente coordinato. Si tratta di un modello che copre l'arco di vita ed è utilizzabile dalla diagnosi iniziale, durante gli anni scolastici e oltre. Può essere adattato per soddisfare le esigenze specifiche di diversi contesti sociali per individui più giovani e più anziani, inclusi casa, scuola, comunità e contesti lavorativi.

L'acronimo "SCERTS" in particolare fa riferimento alla focalizzazione su *tre sottodomini* di lavoro:

- "SC" - Social Communication: lo sviluppo di una comunicazione *spontanea e funzionale*, con lo scopo di rendere la comunicazione il più convenzionale possibile tramite strategie in ambito *linguistico* (ad esempio, migliorare le abilità narrative nei riferimenti temporali e pronominali), *conversazionale* (ad esempio, insegnare strategie per iniziare, sostenere e concludere uno scambio) e *metacognitivo* (ad esempio, riconoscere il linguaggio figurato);
- "ER" -Emotional Regulation: lo sviluppo della capacità di *mantenere uno stato emotivo ben regolato* e promuovendo obiettivi circa la corretta *interpretazione degli stati emotivi* propri e altrui;
- "TS" - Transactional Support: lo sviluppo e l'attuazione dei supporti, obiettivi educativi e terapeutici proposti al fine di *generalizzare* quanto appreso in ogni contesto di vita quotidiana. [65]

## 4.4 Il Barrier Game

I Barrier Games sono attività coinvolgenti e educative in un setting semi strutturato basate sul dare e ricevere istruzioni, volti a incoraggiare la comunicazione, la capacità di ascolto e la capacità di creare inferenze tra le informazioni fornite. La *P.A.C.E*<sup>32</sup>. ha fornito un buon supporto per la creazione del materiale, che ovviamente viene riadattato per l'età e le abilità del paziente con cui si intende lavorare. Questa tecnica prevede l'uso di tutti gli elementi costitutivi dell'interazione comunicativa: un mittente, un codice, un messaggio, un contesto,

---

<sup>32</sup> 'Promoting Aphasic Communicative Effectiveness', tecnica riabilitativa introdotta da Davis e Wilcox che ha trovato numerosi riscontri grazie alla sua comprovata efficacia. Essa è rivolta ai soggetti afasici che in seguito a lesioni dell'emisfero dominante per il linguaggio, presentano una grave compromissione dell'area linguistico verbale.

un canale comunicativo e un ricevente. Questi elementi interagiscono tra loro con precise finalità: l'alternanza dei ruoli, lo scambio di informazioni in presenza di un contesto comune e il carattere multimodale della comunicazione.

I *Barrier Games*, esattamente alla tecnica P.A.C.E. , coinvolgono due partecipanti: l'oratore (l'emittente) e l'ascoltatore (il ricevente), i quali durante l'attività ricoprono, a turno, sia il ruolo dell'emittente che il ruolo del ricevente; tramite questo scambio di ruoli, consentendo quindi al paziente di essere sia il mittente che il ricevente del messaggio, vengono stimulate diverse capacità, quali: la corretta decodifica del messaggio, la riformulazione di un messaggio non comunicato adeguatamente, la capacità di fornire e chiedere chiarimenti qualora il messaggio prodotto dall'oratore non sia stato compreso. Entrambi i partecipanti partecipano con set di oggetti e/o immagini identici, posizionati ai lati di una barriera, che può essere rappresentata da un grande libro, un pezzo di cartone, una cartella o qualsiasi altro oggetto ritenuto adatto tale che ostruisca il contatto visivo tra i partecipanti ma consenta il passaggio del suono (**Figura 5**). L'obiettivo principale è dare e seguire istruzioni in modo tale che, una volta rimossa la bandiera, tutti i partecipanti ottengano risultati identici.

I *Barrier Games* consentono ai bambini con disturbo socio-pragmatico di sviluppare una serie di abilità, tra cui:

- *fornire informazioni chiare, complete e pertinenti all'ascoltatore;*
- *identificare e agire in base alle informazioni rilevanti dalle istruzioni ricevute;*
- *monitorare le istruzioni che ascoltano e chiarirle se necessario, ad esempio, imparando a chiedere ripetizioni o ulteriori informazioni;*
- *sviluppare la consapevolezza delle interruzioni nella comunicazione;*
- *utilizzare e sviluppare adeguatamente il proprio lessico, in particolare parole descrittive come:*
  - *sostantivi (parole che descrivono oggetti precisi);*

- attributi (ad esempio, "grande", "rosso");
- parole di posizione (ad esempio, "sopra", "accanto a/ a destra di");
- *sviluppare attenzione e memoria*: il bambino ha bisogno di essere attento a ciò che dici e di tenerlo in memoria per poterlo mettere in pratica;
- *comprendere i turni della conversazione*: il bambino capirà quando sarà il momento di ascoltare e il momento di chiedere spiegazioni o quando arriverà il suo turno di guidare l'attività;
- *sviluppare abilità sociali*: il bambino avrà la possibilità di chiedere di ripetere, o di dire che non riesce a sentire o capire l'istruzione.

In questo modo i bambini potranno acquisire una serie di competenze che saranno per loro importanti nel contesto scolastico, nella vita quotidiana e nella relazione tra i loro pari. [65] **(Figura 6)**



*Figura 5 Esempio di barriera e set di oggetti e/o immagini adoperati. Fonte: Internet.*



*Figura 6* Esempio di setting semi strutturato. L'attività può essere svolta anche senza la diade terapeuta- bambino ma anche tra due bambini, rendendo l'attività più naturale e funzionale. Fonte: Internet.

## **4.5 Supporti visivi**

I supporti visivi contribuiscono in maniera decisa a stimolare la comprensione e l'imitazione del bambino allo sviluppo di comportamenti target oggetti del trattamento. Tra questi ricordiamo l'uso del video-modeling e conversazioni a fumetti.

### **4.5.1 Video-modeling e conversazioni a fumetti**

Il video-modeling sfrutta l'utilizzo di filmati mentre nelle conversazioni a fumetti si propongono delle vignette disegnate da comprendere ed eventualmente completare a piacimento. In entrambe le tecniche si presentano dei comportamenti

bizzarri o desiderabili che il bambino deve interpretare o imitare per rendere più convenzionale il proprio repertorio. Ad esempio, tramite il video-modeling è possibile costruire un filmato con due attori che interagiscono, nel quale uno di essi proporrà un “*messaggio mal formato*”<sup>33</sup> e l’interlocutore chiederà spiegazioni; l’attore dovrà quindi riparare lo scambio comunicativo tramite una riformulazione del messaggio che diventerà l’obiettivo da imitare per il bambino in trattamento. [65]

#### **4.6 Altri approcci riabilitativi**

Tra i numerosi approcci riabilitativi a cui già è stato fatto riferimento, si possono ulteriormente includere:

- il *Principio di Cooperazione tra parlanti* di Grice, di matrice teorica classica, non postulata per finalità di trattamento clinico, ma interessante nelle possibili programmazioni riabilitative dei bambini con SCD. Grice analizza le regole implicite della conversazione tramite quattro “*massime*”:
  1. di quantità («*dà un contributo informativo quanto serve, né eccessivo né insufficiente*»),
  2. di qualità («*non dire ciò che ritieni falso o per il quale manchi di adeguate evidenze*»),
  3. di relazione («*sii pertinente*»),
  4. di modo («*nell’esposizione non essere oscuro o ambiguo, sii breve ed evita di essere prolisso, sii ordinato*»).

---

<sup>33</sup> Le caratteristiche dovranno essere calibrate in maniera mirata alle specifiche difficoltà del bambino.

- il principio di *Violazione delle massime conversazionali* nel quale viene richiesto al bambino di giudicare quale di due risposte appare “sciocca o maleducata”. Questo principio può essere utilizzato sia in modalità valutativa, poiché si presta a verificare la consapevolezza dei bambini circa le regole implicite della conversazione, sia in modalità riabilitativa permettendo la creazione di un setting per la stimolazione del ragionamento meta-pragmatico. [65]

#### **4.7 Trattare il disturbo socio pragmatico migliora gli outcomes psichiatrici?**

Alla luce dei diversi approcci terapeutici analizzati, sorge spontaneamente interrogarsi se un trattamento tempestivo e adeguato del disturbo socio-pragmatico possa influenzare positivamente sugli esiti psichiatrici a lungo termine. Non ci sono studi in merito, tuttavia il ruolo del logopedista è già stato messo in evidenza nella possibilità di migliorare il funzionamento sociale e la qualità di vita dei pazienti affetti da SMI. Sicuramente, in presenza di modalità di comunicazione sociale disfunzionali, i pazienti beneficerebbero di un miglioramento sostanziale della propria qualità di vita. Il buon esito del trattamento delle psicosi all’esordio è da una parte legato anche alla tempestività dell’intervento. C’è ampio consenso oggi circa la necessità di interventi multidisciplinari specifici, volti sia a prevenire la comparsa della franca psicosi che a mitigare l’effetto long-time dei sintomi negativi, cognitivi e più in generale a salvaguardare il funzionamento dell’individuo. La sfida cui il clinico è chiamato sembra dunque quella di fare “presto e bene”.

Una risposta a questa necessità può consistere nell’elaborare programmi di intervento efficaci che possano intercettare i pazienti anche in condizioni sottosoglia e garantire una presa in carico tempestiva, specialistica e

multidisciplinare. In questo contesto l'assessment ricopre un ruolo fondamentale: esso deve riguardare non solo l'identificazione dei sintomi e la loro pervasività ma anche il funzionamento e il ruolo sociale del soggetto, l'ambiente e le relazioni all'interno della famiglia, le risorse presenti nel suo contesto di vita, i fattori protettivi e quelli che potrebbero compromettere od ostacolare il buon esito del trattamento. I soggetti all'esordio psicotico costituiscono un target con caratteristiche e bisogni specifici e articolati, per questa ragione ogni intervento deve essere progettato appositamente per ogni esigenza.

Infine, resta la necessità di individuare biomarkers specifici e fenotipi intermedi, misurabili in contesti clinici, predittivi del rischio psicotico e merita, inoltre, ancora maggiore sviluppo lo studio degli interventi fase-specifici [66].

## **DISCUSSIONE**

Benchè si ritenga che infanzia e adolescenza siano periodi di spensieratezza nella vita di ognuno, un numero drammaticamente alto di bambini e adolescenti presenta una malattia psichiatrica tale da determinare stress e menomazioni funzionali importanti. La “Severe Mental Illness” (SMI) è definita come un disturbo mentale, comportamentale o emotivo in grado di causare gravi danni funzionali tali da interferire sostanzialmente con numerose attività quotidiane. Le cause possono essere numerose come genetica, stress, disturbi del neurosviluppo, traumi, ambiente familiare tossico o disfunzionale o, talvolta, l’incapacità intrinseca di relazionarsi e comunicare efficacemente con i propri pari, noto come Disturbo della Comunicazione Sociale (Pragmatica), una delle novità più rilevanti del DSM-V. La comunicazione sociale (SC, Social Communication) implica la selezione di messaggi verbali e non verbali appropriati e la loro interpretazione appropriata all'interno di un contesto sociale; essa svolge una ricca varietà di funzioni comunicative di vari gradi di complessità come attirare l'attenzione di qualcuno, commentare, chiedere informazioni, condividere informazioni o emozioni e umorismo, discutere o negoziare, padronanza della reciprocità e il rispetto delle regole della conversazione umana (comprese le capacità di alternanza, l'aderenza all'argomento o le strategie di riparazione comunicativa). L'acquisizione di abilità comunicative implica l'interazione dinamica dello sviluppo linguistico, sociale e cognitivo. Esistono prove inequivocabili che le difficoltà di SC precedono e predicono i problemi di salute mentale, nonché la persistenza e la gravità delle traiettorie dei sintomi. Esistono prove in grado di confermare che le difficoltà di SC incidano negativamente sulle relazioni con i pari, con la famiglia e con gli insegnanti e, di conseguenza, inneschino e peggiorino problemi emotivi e comportamentali. Tuttavia, questi problemi di salute mentale potrebbero, a loro volta, portare al ritiro e alla mancanza di opportunità di praticare e sviluppare le competenze di SC, rappresentando un circolo vizioso. Ulteriori ricerche mostrano

che specifiche caratteristiche di coerenza discorsiva nel linguaggio dei giovani potrebbero aiutare a prevedere lo sviluppo futuro di psicosi. Nonostante esistano ancora pochi studi che dimostrino come il disturbo socio pragmatico funga da interfaccia su problemi di Mental Health rappresentando un “biomarcatore” di SMI, la ricerca ha fatto numerosi passi in avanti con un numero crescente di pubblicazioni negli ultimi anni, specie in Europa.

## **CONCLUSIONI**

Date le inequivocabili associazioni SCD e sviluppo di Severe Mental Illness, si dovrebbe prestare maggiore attenzione alla comunicazione sociale nei bambini con problemi di salute mentale e, viceversa, alla salute mentale dei bambini con difficoltà di comunicazione sociale. Potrebbe essere opportuno l'introduzione di liste di controllo dei sintomi adeguati all'età, questionari per gli operatori sanitari, osservazioni cliniche e valutazioni standardizzate nei programmi di salute ed educazione per bambini e adolescenti. Inoltre, poiché è stato dimostrato come le competenze della comunicazione sociale moderino le traiettorie della salute mentale, compresi gli effetti preventivi, gli interventi per promuovere la SC dovrebbero essere considerati promettenti nel trattamento dei disturbi della salute mentale, supportando il potenziale ruolo di un logopedista esperto e considerando i numerosi approcci di riabilitazione logopedica validati a livello internazionale. In considerazione delle prove scientifiche disponibili, sarebbe altamente benefico che bambini affetti da Disturbo Socio-Pragmatico siano sottoposti tempestivamente a valutazioni funzionali e strategie terapeutiche specifiche condotte da logopedisti esperti, puntando a un miglioramento della loro qualità di vita, sia a breve che a lungo termine.

## **Prospettive future**

Un ostacolo significativo affrontato in questo studio è rappresentato dal nuovo interesse da parte della comunità scientifica in merito, il che ha reso complesso il reperimento di una letteratura sufficiente e pertinente in relazione ai quesiti clinici sollevati.

Sarebbe particolarmente interessante investire in nuove ricerche ed avviare studi longitudinali volti ad esaminare l'evoluzione dei sintomi psichiatrici in pazienti affetti da Disturbo della Comunicazione Sociale, valutati e riabilitati da logopedisti esperti e con approcci terapeutici adeguati.



## BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Ginevra: World Health Organization; 2022
2. Merikangas, Kathleen Ries, et al. “Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A).” *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 49, no. 10, 2010, pp. 980–9, [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20855043](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20855043), <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>.
3. Elia, Josephine. “Panoramica Sui Disturbi Psichiatrici Nei Bambini E Adolescenti - Pediatria.” *Manuali MSD Edizione Professionisti*, May 2023, [Online] [www.msdmanuals.com/it-it/professionale/pediatria/disturbi-psichiatrici-nei-bambini-e-negli-adolescenti/panoramica-sui-disturbi-psichiatrici-nei-bambini-e-adolescenti](http://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/pediatria/disturbi-psichiatrici-nei-bambini-e-negli-adolescenti/panoramica-sui-disturbi-psichiatrici-nei-bambini-e-adolescenti).
4. Dalsgaard, Søren, et al. “Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence.” *JAMA Psychiatry*, vol. 77, no. 2, 1 Feb. 2020, p. 155, <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3523>.
5. Caspi, Avshalom, et al. “Longitudinal Assessment of Mental Health Disorders and Comorbidities across 4 Decades among Participants in the Dunedin Birth Cohort Study.” *JAMA Network Open*, vol. 3, no. 4, 21 Apr. 2020, p. e203221, <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3221>.
6. (DSM-V, 2014) *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (quinta edizione)* (2014). Milano: Raffaello Cortina Editore.
7. Maria Gazzotti. “Disturbi Internalizzanti Ed Esternalizzanti: Cosa Si Intende?” *State of Mind*, 6 July 2023, [Online] [www.stateofmind.it/2023/07/disturbi-internalizzanti-esternalizzanti/](http://www.stateofmind.it/2023/07/disturbi-internalizzanti-esternalizzanti/).
8. Goldberg, D. P., et al. “Emotional Disorders: Cluster 4 of the Proposed Meta-Structure for DSM-V and ICD-11.” *Psychological Medicine*, vol. 39, no. 12, 1 Oct. 2009, pp. 2043–2059, <https://doi.org/10.1017/s0033291709990298>.
9. Cichoń, Lena, et al. “Clinical Picture and Treatment of Bipolar Affective Disorder in Children and Adolescents.” *Psychiatria Polska*, vol. 54, no. 1, 29 Mar. 2020, pp. 35–50, Adornetti, Ines. *Patologie Del Linguaggio E Della Comunicazione*. Carocci Editore, 2018.

10. Driver, David I., et al. “*Childhood-Onset Schizophrenia and Early-Onset Schizophrenia Spectrum Disorders.*” *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 29, no. 1, Jan. 2020, pp. 71–90, <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.017>.
11. Vegini, Sara. *Sviluppare Le Competenze Pragmatiche*. Edizioni Erickson, 2014.
12. Cummings, Louise. *Clinical Pragmatics*. The Oxford Handbook of Pragmatics, May 2013, 10.1093/oxfordhb/9780199697960.013.001.
13. Bambini, Valentina. *Il Cervello Pragmatico*. Carocci Editore, Bussole, 2017.
14. Valeri, Giovanni. “*Disturbo Della Comunicazione Sociale (Pragmatica): Prospettive Di Ricerca E Pratica Clinica.*” *Giornale Italiano Di Neuropsichiatria Dell’Età Evolutiva (GINPIA)*, vol. 13, no. 2, June 2017.
15. Padovani, Roberto. “*Social (Pragmatic) Communication Disorder. A Clinical Approach Proposal for Functional Assessment, Differential Diagnosis and Treatment Hypothesis.*” *Psicologia Clinica Dello Sviluppo*, no. 3, Dec. 2015, pp. 367–392, <https://doi.org/10.1449/81772>.
16. Poletti, M. “*Ontogenesi Del Disturbo Pragmatico Di Linguaggio.*” *Giornale Di Neuropsichiatria Dell’Età Evolutiva*, 2010, pp. 39–45, [sinpia.eu/rivista/2010001/07poletti.pdf](http://sinpia.eu/rivista/2010001/07poletti.pdf).
17. Adams, Catherine, et al. “*Exploring the Effects of Communication Intervention for Developmental Pragmatic Language Impairments: A Signal-Generation Study.*” *International Journal of Language & Communication Disorders*, vol. 41, no. 1, Jan. 2006, pp. 41–65.
18. Saul, Jo, et al. “*Prevalence and Functional Impact of Social (Pragmatic) Communication Disorders.*” *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 64, no. 3, 16 Sept. 2022, pp. 376–387, <https://doi.org/10.1111/jcpp.13705>.
19. Helland, Wenche Andersen, and Turid Helland. “*Emotional and Behavioural Needs in Children with Specific Language Impairment and in Children with Autism Spectrum Disorder: The Importance of Pragmatic Language Impairment.*” *Research in Developmental Disabilities*, vol. 70, Nov. 2017, pp. 33–39, <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.08.009>.
20. Ketelaars, Mieke P., et al. “*Pragmatic Language Impairment and Associated Behavioural Problems.*” *International Journal of Language & Communication Disorders*, vol. 45, no. 2, Mar. 2010, pp. 204–214, <https://doi.org/10.3109/13682820902863090>.
21. Apperly, IA e Butterfill, SA (2009). “Do humans have two systems to track beliefs and belief-like states?” *Psychological rev.* 116, 953–970. doi: 10.1037/a0016923

22. Butterfill, Stephen A., and Ian A. Apperly. "How to Construct a Minimal Theory of Mind." *Mind & Language*, vol. 28, no. 5, 31 Oct. 2013, pp. 606–637, <https://doi.org/10.1111/mila.12036>
23. Voegeley, Kai. "Two Social Brains: Neural Mechanisms of Intersubjectivity". *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, vol. 372, no. 1727, 3 July 2017, p. 20160245, <https://doi.org/10.1098/rstb.2016.0245>.
24. Csulak, Timea, et al. "Implicit Mentalizing in Patients with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Frontiers in Psychology*, vol. 13, 2 Feb. 2022, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.790494>
25. Green, Michael F., et al. "Nonsocial and Social Cognition in Schizophrenia: Current Evidence and Future Directions." *World Psychiatry*, vol. 18, no. 2, 6 May 2019, pp. 146–161, <https://doi.org/10.1002/wps.20624>.
26. Javed, A. e Charles, A. (2018). "The Importance of Social Cognition in Improving Functional Outcomes in Schizophrenia". *Frontiers in Psychiatry* 9:157. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00157
27. Morese, Rosalba, et al. "Efforts for the Correct Comprehension of Deceitful and Ironic Communicative Intentions in Schizophrenia: A Functional Magnetic Resonance Imaging Study on the Role of the Left Middle Temporal Gyrus." *Frontiers in Psychology*, vol. 13, 14 June 2022, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.866160>.
28. Bedi, Gillinder, et al. "Automated Analysis of Free Speech Predicts Psychosis Onset in High-Risk Youths." *Npj Schizophrenia*, vol. 1, no. 1, 26 Aug. 2015, pp. 1–7, [www.nature.com/articles/npjSchz201530](http://www.nature.com/articles/npjSchz201530), <https://doi.org/10.1038/npjSchz.2015.30>.
29. Bambini, Valentina, et al. "The Communicative Impairment as a Core Feature of Schizophrenia: Frequency of Pragmatic Deficit, Cognitive Substrates, and Relation with Quality of Life." *Comprehensive Psychiatry*, vol. 71, 1 Nov. 2016, pp. 106–120, [www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X16303030?via%3Dihub](http://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X16303030?via%3Dihub), <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.08.012>
30. Gil, Luis, and Eugenio García-Albea. "Theory of Mind and Language Comprehension in Schizophrenia." *Psicothema*, vol. 25, no. 4, 1 Jan. 2013, pp. 440–5, <https://doi.org/10.7334/psicothema2012.357>.
31. Del-Monte, J. et al. "Nonverbal expressive behaviour in schizophrenia and socialphobia". *Psychiatry Res.* 210, 29–35 (2013)

32. Kupper, Z., Ramseyer, F., Hoffmann, H., Kalbermatten, S. and Tschacher, W. “*Videobased quantification of body movement during social interaction indicates the severity of negative symptoms in patients with schizophrenia*”. *Schizophr. Res.* 121, 90–100 (2010)
33. Parola, Alberto, et al. “*Cognitive Abilities and Theory of Mind in Explaining Communicative-Pragmatic Disorders in Patients with Schizophrenia.*” *Psychiatry Research*, vol. 260, Feb. 2018, pp. 144–151, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.051>.
34. Clemmensen, L., et al. “*Psychotic Experiences and Hyper-Theory-of-Mind in Preadolescence – a Birth Cohort Study.*” *Psychological Medicine*, vol. 46, no. 1, 8 Sept. 2015, pp. 87–101, <https://doi.org/10.1017/s0033291715001567>
35. Sullivan, Sarah A., et al. “*A Longitudinal Investigation of Childhood Communication Ability and Adolescent Psychotic Experiences in a Community Sample.*” *Schizophrenia Research*, vol. 173, no. 1-2, May 2016, pp. 54–61, <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.03.005>.
36. Parola, Alberto, et al. “*Editorial: Psychotic Experiences, Social Cognition and Pragmatic Communication in the Psychosis Continuum.*” *Frontiers in Psychology*, vol. 14, 8 Feb. 2023, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1127477>
37. Pinkham, Amy E., et al. “*The Social Cognition Psychometric Evaluation Study: Results of the Expert Survey and RAND Panel.*” *Schizophrenia Bulletin*, vol. 40, no. 4, 31 May 2013, pp. 813–823, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt081>.
38. Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews. Neuroscience*, 16(10), 620–631. <https://doi.org/10.1038/nrn4005>
39. Galderisi, Silvana, et al. “*The Interplay among Psychopathology, Personal Resources, Context-Related Factors and Real-Life Functioning in Schizophrenia: Stability in Relationships after 4 Years and Differences in Network Structure between Recovered and Non-Recovered Patients.*” *World Psychiatry*, vol. 19, no. 1, 10 Jan. 2020, pp. 81–91, <https://doi.org/10.1002/wps.20700>.
40. Chapellier, Victoria, et al. “*The Impact of Poor Nonverbal Social Perception on Functional Capacity in Schizophrenia.*” *Frontiers in Psychology*, vol. 13, 23 Feb. 2022, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.804093>.
41. Davidson, Charlie A., et al. “*Age-Related Trajectories of Social Cognition in Youth at Clinical High Risk for Psychosis: An Exploratory Study.*” *Schizophrenia Research*, vol. 201, 1 Nov. 2018, pp. 130–136, [www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0920996418302585](http://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0920996418302585), <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.05.001>.

42. Koelkebeck, Katja, et al. “*Impact of Gray Matter Reductions on Theory of Mind Abilities in Patients with Schizophrenia.*” *Social Neuroscience*, vol. 8, no. 6, Nov. 2013, pp. 631–639, <https://doi.org/10.1080/17470919.2013.837094>.
43. Gogtay, N. “*Cortical Brain Development in Schizophrenia: Insights from Neuroimaging Studies in Childhood-Onset Schizophrenia.*” *Schizophrenia Bulletin*, vol. 34, no. 1, 27 Oct. 2007, pp. 30–36, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm103>.
44. Grosse Wiesmann, Charlotte, et al. “*Two Systems for Thinking about Others’ Thoughts in the Developing Brain.*” *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 117, no. 12, 9 Mar. 2020, pp. 6928–6935, <https://doi.org/10.1073/pnas.1916725117>
45. Haxby JV, Hoffman EA, Gobbini MI. “*Human neural systems for face recognition and social communication*”. *Psychiatry Biol* 2002; 51:59–67
46. Adolphs R. “The neurobiology of social cognition”. *Curr Opin Neurobiol* 2001; 11:231–239
47. Monk CS, McClure EB, Nelson EE, Zarahn E, Bilder RM, Leibenluft E, Charney DS, Ernst M, Pine DS. “*Adolescent immaturity in attention-related brain engagement to emotional facial expressions*”. *Neurosinh* 2003; 20:420–428
48. McClure, Erin B., et al. “*Deficits in Social Cognition and Response Flexibility in Pediatric Bipolar Disorder.*” *American Journal of Psychiatry*, vol. 162, no. 9, Sept. 2005, pp. 1644–1651, <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.9.1644>.
49. Delvecchio, G., Sugranyes, G., Frangou, S., 2013. “*Evidence of diagnostic specificity in the neural correlates of facial affect processing in bipolar disorder and schizophrenia: a meta-analysis of functional imaging studies*”. *Psychol. Med.* 43, 553–569.
50. Lee, J., Altshuler, L., Glahn, D.C., Miklowitz, D.J., Ochsner, K., Green, M.F., 2013. “*Social and nonsocial cognition in bipolar disorder and schizophrenia: relative levels of impairment.*” *Am. J. Psychiatry* 170, 334–341.
51. Samamé, C., Martino, D.J., Strejilevich, S.A., 2012. “*Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and meta-analytic approach*”. *Acta. Psychiatr. Scand.* 125, 266–280.
52. Bora, Emre, and Christos Pantelis. “*Social Cognition in Schizophrenia in Comparison to Bipolar Disorder: A Meta-Analysis.*” *Schizophrenia Research*, vol. 175, no. 1-3, Aug. 2016, pp. 72–78, <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.018>.
53. Addington, Jean, and Donald Addington. “*Facial Affect Recognition and Information Processing in Schizophrenia and Bipolar Disorder.*” *Schizophrenia Research*, vol. 32, no. 3, Aug. 1998, pp. 171–181, [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(98\)00042-5](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(98)00042-5).

54. Andreasen, N. C. (1979). "Thought, language, and communication disorders". *Archives of General Psychiatry*, 36(12), 1315. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1979.01780120045006>
55. Docherty NM, Derosa M, Andreasen NC. "Communication disturbances in schizophrenia and mania". *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 358 – 364 .
56. Covington MA, He C, Brown C et al. "Schizophrenia and the structure of language: the linguist's view". *Schizophr Res* 2005; 77: 85 – 98
57. Marini A, Spoletini I, Rubino IA et al. "Il linguaggio della schizofrenia: un'analisi delle abilità micro e macrolinguistiche e dei loro correlati neuropsicologici". *Schizophr Res* 2008; 105: 144 – 155.
58. Boucard C, Laffy-Beaufils B. "Qualifying language disorders of schizophrenia through the speech therapists' assessment." *Encephale* 2008; 34(3): 226–232.
59. Perlini, C., et al. "Linguistic Production and Syntactic Comprehension in Schizophrenia and Bipolar Disorder." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 126, no. 5, 17 Apr. 2012, pp. 363–376, <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01864>.
60. Rimehaug, Tormod, and Silja Berg Kårstad. "Communication and Emotional Vocabulary; Relevance for Mental Health among School-Age Youths." *Frontiers in Psychology*, vol. 13, 25 Apr. 2022, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.847412>.
61. Adams C, Gaile J. "Il Manuale SCIP: Programma di intervento sulla comunicazione sociale per la gestione dei bisogni pragmatici e di comunicazione sociale dei bambini nei primi anni scolastici". Macclesfield: Napier Hill Press (2015). P. 435
62. Esmé Möricke, et al. "Latent Class Analysis Reveals Five Homogeneous Behavioural and Developmental Profiles in a Large Dutch Population Sample of Infants Aged 14–15 Months." *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 22, no. 2, 18 Oct. 2012, pp. 103–115, <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0332-3>.
63. Holzinger, Daniel, and Johannes Fellingner. "Editorial: Exploring Links between Social Communication and Mental Health." *Frontiers in Psychiatry*, vol. 13, 10 Jan. 2023, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1130363>.
64. .Dall, Magdalena, et al. "The Link between Social Communication and Mental Health from Childhood to Young Adulthood: A Systematic Review." *Frontiers in Psychiatry*, vol. 13, 6 Oct. 2022, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.944815>. Padovani, Roberto, and Gaia Iori. "La Riabilitazione Della Conversazione. Lo Spettro Autistico, l'Approccio Pragmatico E Una

Proposta Clinica Di Intervento.” *Psicologia Clinica Dello Sviluppo*, no. 1, 1 Jan. 2011, <https://doi.org/10.1449/34607>.

65. Padovani, R., & Iori, G. (2011). La riabilitazione della conversazione. Lo spettro autistico, l’approccio pragmatico e una proposta clinica di intervento. *Psicologia Clinica Dello Sviluppo*, 1. <https://doi.org/10.1449/34607>
66. Bisogno, Sabrina, et al. “*L’esordio psicotico. Una procedura di intervento precoce e multidisciplinare.*” *Cognitivismo Clinico*, vol. 16, no. 2, 2019, pp. 175–192. DOI: 10.36131/COGNCL20190205