

Psicopatologia del bambino

Introduzione

Non si può definire la **patologia** senza definire la **normalità**: si tratta di concetti strettamente legati, posti lungo un *continuum* in cui è difficile trovare confini netti. Si può definire la normalità come norma statistica (cioè in relazione alla distribuzione della popolazione rispetto ad una data caratteristica), come un ideale da realizzare, come un processo, come assenza di malattia (salute). La patologia va definita non solo in base ai sintomi manifesti, ma anche in relazione ai loro significati e al disagio che producono nella vita dell'individuo. I confini tra patologia e normalità sono piuttosto labili e difficilmente delimitabili una volta per tutte.

Lo sviluppo è determinato dall'interazione complessa tra la maturazione genetica dell'individuo (espressione del **patrimonio genetico**) ed esperienze di apprendimento legate all'**ambiente** (al contesto). Sia i geni sia l'ambiente risultano indispensabili ed ugualmente importanti per uno sviluppo sano dell'individuo; così, le cause della psicopatologia infantile possono essere legate ad entrambi i fattori, che interagiscono in modo complesso.

È particolarmente importante la **diagnosi precoce** di eventuali disturbi per poter intervenire tempestivamente con le terapie adeguate. In alcuni casi, si tratta di terapie decisive, capaci di eliminare il disturbo (es: enuresi); in altri casi (es: ritardo mentale), si tratta di migliorare il più possibile la qualità di vita del bambino compatibilmente con la sua patologia, applicando, cioè, interventi non risolutivi ma fondamentali per stimolare al massimo lo sviluppo dell'individuo e favorire l'autonomia del soggetto.

Il ritardo mentale

Si definisce **ritardo o insufficienza mentale** una condizione in cui le funzioni intellettive sono significativamente al di sotto della media ($QI < 70$) che insorge prima dei 18 anni e che è accompagnata da una riduzione delle capacità di adattamento (incapacità di intrattenere relazioni sociali, di provvedere alle cure personali, mancanza di autosufficienza). Devono

dunque essere compromessi non solo il QI e le abilità scolastiche, ma anche la capacità di integrazione sociale e la comprensione delle relazioni interindividuali.

Si stima che circa l'1% della popolazione sia ritardata mentalmente.

Si definisce ritardo mentale **lieve** (80% del totale dei ritardi) la condizione in cui la persona presenta un QI tra il 50 ed il 70 accompagnato da una compromissione a livello sociale e lavorativo: si tratta di persone fragili in caso di stress, in grado di apprendere a scrivere e leggere, se istruiti a partire dai 3-4 anni di età (in modo da non percepire alle elementari lo svantaggio dovuto alla maggiore lentezza di apprendimento). È importante la stimolazione precoce.

I ritardati **medi o moderati** ($35 < \text{QI} < 50$), che costituiscono il 12% del totale, riescono a curare la propria persona (lavarsi, vestirsi) e sanno parlare. Il livello intellettuale è circa quello di una seconda classe elementare: possono imparare ad essere abbastanza autonomi nel prendere l'autobus e nel lavorare, ma non raggiungono in genere l'autosufficienza completa da un punto di vista del sostentamento economico.

I ritardati mentali **gravi** ($20 < \text{QI} < 35$, il 7% del totale) parlano con difficoltà, possono imparare – anche se dopo molti tentativi – a vestirsi e a mangiare da soli, necessitano di un ambiente protetto e non vanno in giro da soli. Possono svolgere diversi compiti e lavori manuali (anche se lentamente), come intrecciare cestini o costruire oggetti.

I **profondi** ($\text{QI} < 20$, 1% del totale) non sanno parlare, devono essere supervisionati continuamente, non sanno mangiare, né vestirsi da soli; possono comunque migliorare le loro capacità attraverso delle terapie specifiche (task analysis) in cui i compiti vengono suddivisi in parti più piccole e sotto-obiettivi che vengono di volta in volta rinforzati.

Per quanto riguarda le **cause** del ritardo mentale, esse sono per lo più di natura psicologica (maltrattamenti, povertà di linguaggio o scarse stimolazioni da parte della famiglia, situazioni di abbandono o deprivazione sensoriale precoce) per il ritardo lieve, mentre sono di natura organica per le forme più gravi di insufficienza mentale. Per questo, è più facile trovare la causa di un ritardo profondo che non di uno lieve (nel 30-40% dei casi le cause rimangono sconosciute).

Tra le **cause genetiche** (25% del totale), la più comune è la trisomia 21, che causa la Sindrome di Down (1 su 1000 dei nati vivi sono affetti da questa malattia); altre cause genetiche di ritardo mentale sono la Sindrome del X fragile (patologia in cui il cromosoma sessuale X si spezza, perdendo, nel maschio, la sua funzionalità e determinando un ritardo

mentale grave, accompagnato da un fenotipo caratteristico – persone tozze, basse) e la fenilchetonuria, una patologia in cui, per un errore metabolico, il bambino non metabolizza la fenilalanina (che dovrebbe diventare acido fenilpiruvico, una sostanza necessaria allo sviluppo cerebrale); il ritardo mentale è in questo caso profondo. Esiste un test (Test di Gutrie) che consente di vedere se il neonato è affetto da questa patologia; in caso positivo, è possibile e necessario impostare dalla nascita una dieta priva di alimenti contenenti fenilalanina (tra cui il latte materno), in modo da prevenire del tutto il ritardo mentale. Lo sviluppo avverrà in tal caso normalmente.

Ci sono poi le **cause infettive**: rosolia contratta dalla madre durante la gravidanza (è comunque obbligatorio il vaccino), sifilide o toxoplasmosi. Tra le **cause tossiche** abbiamo la tossico o alcool dipendenza della madre in gravidanza e l'esposizione del feto ad inquinanti ambientali (piombo e vernici). Ci sono infine le **cause traumatiche**, legate principalmente a traumi da parto.

Gli **interventi psicologici** sono volti principalmente a migliorare le capacità e la qualità di vita dei ragazzi ritardati e delle loro famiglie.

I lievi ed i moderati possono essere integrati nelle scuole per normodotati, mentre i gravi e profondi non ne trarrebbero alcun giovamento. In tutti i casi, nei limiti del possibile, bisogna cercare di fornire un ambiente il meno restrittivo possibile (deistituzionalizzazione). Bisogna porsi degli obiettivi realistici e graduati volti ad aumentare l'autonomia dei bambini. Si tratta di osservare il comportamento (stabilire la *baseline* e fare la *task analysis*) del bambino per poi intervenire ponendosi degli obiettivi di miglioramento. Tra le tecniche più utilizzate, ricordiamo lo **Shaping**, in cui si premiano comportamenti sempre più vicini all'obiettivo finale (il percorso di apprendimento viene suddiviso in tappe, di volta in volta rinforzate), il **Modelling**, che si basa sull'imitazione di modelli (intervento di gruppo) ed il **Chaning**, o concatenamento inverso (che utilizza anche il principio del Prompting). Il rinforzo va poi sempre gradatamente sfumato (**fading**). Si possono usare anche punizioni, nel senso di sospensioni dei rinforzi (*time out*).

Occorre agire in modo ampio, guardando nel paziente tutto il **BASIC ID** (Lazarus), ossia il comportamento (**Behaviour**), l'**A**ffettività (ansia e depressione), l'aspetto **S**ensoriale (problemi di vista o udito eventualmente associati), l'aspetto **I**mmaginario (osservabile dalle stereotipie, dalla mimica facciale), quello **C**ognitivo (capacità di pensiero e ragionamento),

l'aspetto Interpersonale e quello organico (**Drugs and Diet**). Non si può agire ad un solo livello, ma su tutti, perché i vari elementi sono tutti legati fra loro e si influenzano a vicenda.

Autismo

Nel DSM II era considerato un tipo di schizofrenia, caratterizzato da un esordio precocissimo per cui i bambini che non avevano ricevuto affetto dalla madre, non si attaccavano a lei e si chiudevano psicoticamente in se stessi, distaccandosi dal mondo esterno. In realtà, l'autismo non è una schizofrenia, in quanto mancano alcuni sintomi tipici, quali il delirio, le allucinazioni ed il progressivo decadimento mentale; inoltre, mentre la schizofrenia è ugualmente presente in maschi e femmine e colpisce soprattutto i ceti sociali inferiori, l'autismo è un disturbo prettamente maschile (rapporto di 4 a 1) ed è presente in tutti i ceti sociali. L'autismo è classificato, nel DSM IV, come un **disturbo generalizzato dello sviluppo**, cioè come una forma di psicosi infantile caratterizzata da un'alterazione globale delle **capacità comunicative**, dell'**interazione sociale** e da un **ristretto repertorio**, stereotipato e ripetitivo, **di interessi e attività**. Il ritardo mentale è associato all'autismo nell'80% dei casi. La patologia diventa in genere manifesta verso i tre anni, ma ne compaiono segni premonitori già a un anno. I principali sintomi sono:

1. **disturbi relazionali**: isolamento sociale, rifiuto del contatto, assenza di mimica e linguaggio, assenza di *pointing*, sguardo vuoto;
2. **disturbo di comunicazione e linguaggio**: scarsa mimica e pochi gesti, assenza di gioco simbolico e di imitazione sociale; ecolalie, prosodia monotona, inversione pronominale (parlare in seconda o terza persona), sintassi povera;
3. **reazioni bizzarre e restrizione degli interessi**: reazioni intense di angoscia o collera per i cambiamenti nell'ambiente o in presenza di imprevisti; lunghi rituali e abitudini senza senso, comportamento rigido, interessi ristretti e stereotipati verso oggetti insoliti o usati in modo bizzarro;
4. **modulazione sensoriale e motricità**: ipo o iper reattività agli stimoli sensoriali, motricità limitata o agitazione; indifferenza ai richiami sociali;
5. **funzioni intellettive**: in maggioranza la condizione è di ritardo mentale, con buone capacità visuo-spaziali e mnestiche.

Tra i segni precoci, abbiamo l'assenza di pianto, l'evitamento dello sguardo, disturbi del sonno e dell'alimentazione, assenza del sorriso sociale (a sei mesi); inoltre, ci sono assenza

del dialogo tonico con la madre, scarsa mimica, rifiuto del contatto, comportamenti stereotipati, indifferenza verso la separazione e l'incontro con la madre (tra i 6 e i 12 mesi), assenza del linguaggio e dei suoi precursori e dell'attenzione congiunta (12-30 mesi).

Sono bambini che non rispondono agli abbracci materni e sembrano guardare nel vuoto; hanno meno lallazioni degli altri bambini e sono molto metodici. Tra le stereotipie troviamo il dondolamento e forme di autolesionismo (picchiarsi lo zigomo, mordersi la spalla, sbattere la testa contro il muro); questi bambini sembrano muoversi come in una danza, leggeri e distaccati.

Tra le **cause** vi sono quelle genetiche, legate ad alterazioni nel cromosoma sessuale X e ad alterazioni metaboliche, ma tuttora sconosciute in un'ampia percentuale di casi.

Ci sono altre patologie che rientrano nella famiglia dell'autismo, pur differenziandosi da quello classico per alcune caratteristiche: l'**autismo atipico** compare dopo i 3 anni e non presenta sintomi per uno dei tre ambiti fondamentali; è associato ad un ritardo mentale profondo. La **Sindrome di Rett** colpisce solo le bambine: dopo uno sviluppo normale per 7-18 mesi, compaiono deterioramento mentale e comportamentale, con stereotipie di lavaggio delle mani e microcefalia acquisita. La **Sindrome di Asperger** è caratterizzata dall'assenza di ritardo nell'acquisizione del linguaggio e nello sviluppo cognitivo (rimane la goffaggine a livello delle interazioni sociali). I **disturbi disintegrativi dell'infanzia** sono caratterizzati da una regressione del linguaggio e dalla comparsa dei sintomi autistici dopo un periodo di sviluppo normale.

L'evoluzione del disturbo, variabile in base ai fattori organici associati e all'intensità e precocità dei sintomi, può progredire nell'età adulta verso una situazione di ritardo mentale, verso una persistenza dello stato autistico oppure verso un miglioramento parziale (con l'eventuale comparsa di disturbi di personalità con fobie o DOC) o totale (adattamento sociale) della sintomatologia.

Disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività (ADHD)

Colpisce circa il 4% dei bambini in età scolare. Si tratta di un disturbo sovrastimato, dato che è alto il rischio di etichettare come iperattivi bambini semplicemente un po' vivaci. In realtà, per la diagnosi di ADHD, devono essere presenti sintomi in tre diverse aree:

1. **deficit di attenzione;**
2. **impulsività;**
3. **iperattività.**

Tutte queste attività devono essere compromesse.

Si tratta di bambini che fanno molti errori di distrazione (ad esempio nello scrivere), che non portano a termine i compiti, non seguono le istruzioni, evitano le prove, perché già sanno di fallire. Questi bambini non riescono a seguire per tempi lunghi nemmeno le cose piacevoli, come i cartoni animati, perché sono molto distraibili. Riescono a stare attenti solo se i programmi sono brevi e ricchi di colpi di scena. La loro capacità di mantenere l'attenzione fissa dura circa 15-20 secondi.

In situazioni nuove, questi bambini possono risultare inizialmente calmi e tranquilli, ma non appena si abituano all'ambiente, il comportamento iperattivo si rende manifesto.

Si tratta di bambini molto impulsivi, che “sparano” le risposte senza pensarci, senza considerare le possibili alternative né le conseguenze. A causa di ciò, possono essere istigati dai compagni a fare cose che loro non farebbero (dire una parolaccia all'insegnante, fare scherzi,...). Il bambino con ADHD non è consapevole di comportarsi male, si stupisce di fronte alla rabbia degli altri nei suoi confronti, non è un bambino cattivo, in quanto le azioni, anche negative, che fa non sono emesse intenzionalmente.

Per quanto riguarda l'iperattività, questi bambini non sono capaci di stare fermi: si muovono sulla sedia, si alzano spesso, toccano tutto, non riescono a stare seduti dietro un banco per ore.

Il disturbo è in parte ereditario, ma può anche essere legato a difficoltà durante il parto.

L'intervento prevede l'insegnamento al bambino di tecniche di autocontrollo e di autogratificazione, sotto l'effetto di farmaci stimolanti l'attenzione (oggi vietati in Italia) e un lavoro di supporto e appoggio, basato sul rinforzo dei comportamenti positivi, con la famiglia: si insegnano metaregole, si aiutano i ragazzi a ragionare, si premiano i comportamenti positivi, dando dei feedback immediati. La collaborazione con la famiglia risulta indispensabile.

Disturbo della condotta

E' un disturbo prettamente maschile e più raro dell'ADHD. Causa sintomi simili a quelli dell'iperattività, ma con alcune importanti differenze: questi ragazzi violano le norme della

società, compiendo atti vandalici e spesso violenti, e trascurando le sofferenze degli altri. Mentre il bambino con ADHD si dispiaceva delle conseguenze negative delle proprie azioni, pur non capendole, e non voleva procurare sofferenza intenzionalmente, i ragazzi con disturbo della condotta sono poco empatici e spesso aggrediscono appositamente persone o animali più deboli ed indifesi, allo scopo di produrre sofferenza. Distruggono case, compiono atti vandalici, rubano, spesso fuggono da casa. Le azioni sono pianificate punto dopo punto. Non è difficile che tale disturbo si evolva, in età adulta, in un disturbo di personalità antisociale.

Si tratta di un disturbo strettamente legato all'ambiente sociale dove i bambini crescono: spesso sono figli di genitori antisociali che fungono da modello, cosicché questo appare come l'unico comportamento possibile da mettere in atto nella vita quotidiana. Per questo, l'intervento dovrebbe riguardare anche la famiglia, ed è di solito piuttosto lungo e complicato (anche per la riluttanza della famiglia stessa!).

Disturbo da ansia di separazione

Il bambino con ansia di separazione ha **paura di allontanarsi** dai genitori anche per tempi brevi e anche in situazioni insolite, come in vacanza o alla domenica (non accetterà l'invito di un amichetto a fare una gita con i suoi, per esempio) e non solo per andare a scuola (se l'ansia è presente soltanto in questa situazione, siamo di fronte ad una fobia scolastica). Si tratta di un disturbo frequente nelle famiglie con figli unici, soprattutto se i genitori lavorano (sentendosi in colpa per il tempo che lasciano solo il bambino); colpisce leggermente più femmine che maschi e, se i figli sono più d'uno, leggermente più i primogeniti dei minori.

I sintomi dell'ansia di separazione sono vari e costituiscono delle vere **crisi d'ansia** che colpiscono i bambini: ci sono **sintomi somatici** (mal di testa e nausea), **pianto intenso**, **comportamenti bizzarri** (bambini che dormono davanti alla stanza dei genitori, che li seguono dappertutto). Questi bambini sentono di poter essere abbandonati dai genitori o avvertono dei pericoli per la loro incolumità (pensano che i genitori avranno incidenti o moriranno).

E' un disturbo del nucleo familiare, nel senso che compare in genere in famiglie molto coese nella genitorialità, dove ci sono pochi figli (situazione oggi sempre più frequente) e dove le madri pensano di dover stare sempre con il bambino, per essere delle buone madri. E' una patologia legata a forme di attaccamento invischiato, cioè insicuro e conflittuale. L'idea di

base è: *“stiamo vicini così non ci succede niente di male”*, per cui se capita un allontanamento, questo è vissuto con grande ansia. Le madri mandano ai figli messaggi ambivalenti e sono a loro volta preoccupate se il bambino si allontana e quest'ansia viene trasmessa al bambino stesso, che la fa propria.

Il bambino con ansia di separazione ha un atteggiamento ambivalente verso i genitori: sa che sono necessari, ma li sente come un peso. La presenza costante della madre è per loro un po' come la medicina cattiva: serve, ma non è buona. C'è una grande ostilità, perché il bambino vorrebbe crescere ed essere più autonomo, ma ha una grande paura. C'è un conflitto emotivo.

L'**intervento** è volto a sostenere e istruire i genitori sulle tappe di sviluppo del bambino sulla separazione, a identificare e risolvere gli eventi scatenanti la reazione d'ansia (come eventi traumatici quali un lutto, la separazione dei genitori, traslochi, conflitti), a ridurre la preoccupazione come atteggiamento emotivo e cognitivo verso l'autonomia, a garantire la presenza scolastica costante del bambino, a risolvere i conflitti emotivi e alla collaborazione tra famiglia e scuola. Si interviene sui genitori per insegnare loro a controllare la propria ansia, istruendoli anche sui momenti più opportuni per accordare più libertà ai propri figli. Si possono anche insegnare a bambino e genitori le tecniche di rilassamento.

Il disturbo evolve spesso in disturbo da attacchi di panico, se non viene debitamente curato.

La depressione nel bambino

La depressione in età infantile (5-10 anni) è piuttosto rara e comunque differente da quella degli adulti: in genere, il bambino può sviluppare un disturbo depressivo in seguito ad eventi traumatici significativi, come esperienze di lutto, perdita o separazione (che possono essere legate anche ad un trasloco o alla morte del cagnolino). Generalmente la depressione insorge a seguito di uno stato d'ansia e si manifesta con sintomi prevalentemente somatici, quali: **rallentamento e inibizione motoria, volto poco espressivo, eccessiva docilità** con accettazione passiva di ciò che succede intorno, **anedonia** osservata nella vita quotidiana (non gli interessano più i cartoni animati, è passivo) o **agitazione** non finalizzata, mancanza di tranquillità e di concentrazione, irritazione, poca memoria. A volte abulia (l'essere passivi) e agitazione si alternano. L'instabilità dell'umore è maggiore che nell'adulto.

La mancanza di interesse per il mondo si manifesta nelle frequenti interruzioni sia durante attività spiacevoli (fare i compiti) sia durante attività piacevoli (giocare). La perdita della

stima di sé si manifesta con frasi *tipo* “*non valgo nulla, sbaglio tutto, mi annoio, non lo so fare*”. Sono distaccati affettivamente e mostrano autosvalutazione (“*nessuno mi vuole bene, nessuno vuole giocare con me*”) e colpevolezza (“*non sono degno di essere amato*”).

Sembra che non ci sia una grande correlazione tra depressione infantile e depressione in età adulta, mentre la correlazione con il disturbo in età adulta è elevata nel caso di una depressione in età adolescenziale.

La **Depressione anaclitica di Spitz** è una forma di depressione infantile che colpisce i bambini che non ricevono alcuna attenzione o cura nei primi 6 mesi di vita: si tratta di una situazione estrema, che può colpire bambini ospedalizzati o figli di psicotici. Sono bambini che non hanno alcuna esperienza di un oggetto d’amore (si parla di situazioni di odio marcato e di abbandono totale) e possono anche diventare ritardati mentali profondi o nani (le coccole stimolano l’ormone della crescita GH) e sono soggetti a morte precoce.

Psicopatologie dell’addormentamento e del sonno

Il sonno del neonato si caratterizza per alcune importanti differenze rispetto a quello dell’adulto: dura più ore, è frammentato in più periodi, c’è una maggiore quantità di sonno REM e la prima fase REM ha inizio immediatamente dopo l’addormentamento.

Le patologie della condotta d’addormentamento sono costituite dall’**insonnia precoce** (spesso legata a condizioni ambientali inopportune che causano disagio e impediscono di addormentarsi, quali rumori o luci intense) e da **difficoltà di addormentamento**, che possono essere combattute con rituali (la favola della sera) e oggetti controfobici (luce accesa, peluche...), che aiutano il passaggio dalla veglia al sonno, lasciando il bambino in uno stato di rilassamento.

I problemi nascono quando i genitori sono incapaci di gestire questi momenti di transizione.

Le condotte patologiche del sonno sono:

1. le **angosce notturne**, tra cui il *pavor nocturnus* (nel sonno a onde lente), il sogno angoscioso (nella fase REM) e il risveglio angoscioso (per incubi a inizio notte);
2. il **sonnambulismo**, più frequente a inizio notte (stadio IV);

3. gli **automatismi motori**, come il bruxismo e il sonniloquio (negli stadi superficiali del sonno lento);
4. l'**enuresi notturna**, in genere poco prima della fase REM. Quest'ultima è curabile con tecniche comportamentali, quali il *bell and pad*.

Disturbi alimentari

Il comportamento alimentare del neonato dipende dall'interazione tra tre elementi complessi:

1. il **lattante**: ogni piccolo mangia infatti a modo suo. Il riflesso di suzione è innato, ma non rappresenta soltanto un mezzo per ottenere un fine (il cibo), bensì succhiare rappresenta un bisogno di per sé, un piacere che va oltre la nutrizione. Il comportamento alimentare è anche affettivo (forma di contatto con la madre) e aggressivo.
2. la **madre**: ognuna ha una diversa attitudine verso l'oralità, anche se poi tutte vi si adattano.
3. la **società**, che influenza gli scambi alimentari madre/bambino, dettandone i tempi ed i modi di svolgimento.

La psicopatologia della sfera oroalimentare comprende:

1. l'**anoressia del II° semestre**, costituita dal rifiuto del cibo e spesso legata ad un cambiamento nel regime alimentare (svezzamento, introduzione di pezzetti) che genera ansia nella madre e conseguenti comportamenti – che falliscono – per far mangiare il bambino. L'intervento è in questo caso di tipo relazionale: si lavora per ridurre le angosce materne e le sue attitudini disfunzionali;
2. l'**obesità**, il cui esordio precoce rende più difficile la prognosi (obesità iperplastiche). E' spesso legata al clima familiare ed alle abitudini culturali all'iperfagia; spesso si accompagna a vissuti depressivi e a rappresentazioni alterate dello schema corporeo.
3. i **comportamenti alimentari devianti** sono costituiti da crisi bulimiche, avversioni elettive (molto frequenti), potomania (bisogno irrefrenabile di bere), pica (ingestione di sostanze non commestibili), coprofagia (rara, in bambini psicotici).

Disturbi del linguaggio

Il linguaggio normalmente si sviluppa attraverso alcune fasi caratteristiche:

1. *pre linguaggio* (fino a 1 anno – 1 anno e $\frac{1}{2}$), con lallazioni ed ecolalie;
2. *piccolo linguaggio* (10 mesi – 2 e $\frac{1}{2}$, 3 anni), dove compare prima la comprensione e poi l'espressione fatta di singole parole (periodo olofrastico) e poi di frasi di due parole;
3. *linguaggio* (dai 3 anni), con un grandissimo arricchimento quantitativo e qualitativo; inizia con la comparsa dell' "io".

I precursori del linguaggio nascono in un contesto interazionale di attenzione selettiva congiunta e di *pointing* del bambino. La sua comparsa determina notevoli mutamenti a livello psichico e relazionale.

Esistono diversi tipi di patologie del linguaggio:

1. le **alterazioni del linguaggio** comprendono le **alterazioni dell'articolazione** (deformazioni fonetiche banali fino a 5 anni, da rieducare se persistono dopo tale età), il **ritardo della parola** (da curare dopo i 5 anni) ed il **ritardo semplice del linguaggio**, in assenza di insufficienza mentale, sordità o psicosi (è un'alterazione nella costruzione e organizzazione sintattica della frase che va trattata precocemente, a partire dai 3-4 anni).
2. le **disfasie gravi** sono disturbi severi sia nell'espressione sia nella comprensione del linguaggio, che persistono dopo i 6 anni, in assenza di insufficienza mentale. Sono difficili da distinguere dai ritardi semplici di linguaggio, che però scompaiono a 5-6 anni e possono portare alla totale assenza di linguaggio. Non sono associate ad altri disturbi del comportamento o della comunicazione, ma spesso vi sono sintomi associati di natura affettiva, emotiva o relazionale.

In questi casi, vanno sempre fatte alcune indagini complementari, per valutare le abilità uditive e identificare eventuali anomalie alla RMN, o all'EEG. Per intervenire, valutare cosa è accaduto quando il linguaggio avrebbe dovuto emergere e trovare le motivazioni per la mancata emergenza; considerare inoltre cosa si è riorganizzato a seguito della sua mancata emergenza. A questo punto, va impostata una terapia ortofonica regolare ed intensiva, associata a trattamenti psicomotori e psicoterapici, se opportuni.

La **Dislessia** è la difficoltà ad imparare a leggere, in assenza di deficit mentali di alcun tipo. Spesso è associata a forme di disortografia. Tale diagnosi si può fare dai 7 anni in poi, in presenza di difficoltà scolastiche persistenti.

Le cause sono diverse: fattori genetici (come vulnerabilità costituzionale), sofferenza cerebrale in epoca neonatale, alterazioni percettive, fattori socio-culturali (ceti medio bassi)...

Il trattamento prevede una rieducazione eventualmente associata ad una psicoterapia più generale.

Altre psicopatologie del linguaggio sono: la **balbuzie**, che consiste in un'alterazione dell'eloquio di tipo tonico (blocco iniziale) o clonico (ripetizione delle stesse sillabe), spesso associata (50% del totale) ad un precedente ritardo del linguaggio. I bambini balbuzienti sono in genere bambini ansiosi e sottomessi o aggressivi e impulsivi; spesso il loro disagio è legato all'interazione con la madre. Il trattamento va fatto precocemente (a 5-7 anni); il **mutismo**, cioè l'assenza di linguaggio in un bambino che prima parlava ed in assenza di afasia, che può essere **totale acquisito** (dopo uno shock) o **elettivo** (limitato a certe persone, più duraturo nel tempo). L'intervento prevede in questo caso una terapia di sostegno.