



# **Psicopatologia e contesti di vita VIII Convegno Nazionale sulla Qualità della Vita per le disabilità**

Milano, 9-10 settembre 2013  
Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano

9 settembre - mattino

## **Workshop Pre-convegno**

### **Autismo: diagnosi, assessment e interventi di efficacia nelle fasi evolutive**

*Relatore: Peter Sturmey*

Il workshop ha un obiettivo semplice e al contempo affascinante: mostrare come l'approccio basato sulle evidenze scientifiche possa essere il perno di tutto il percorso che si snoda dalla diagnosi, fino ad arrivare all'intervento. In riferimento ad autismo e disabilità intellettive ed evolutive, si incontrano numerosi difficoltà in tutti i punti del processo: diagnosi difficoltose, tardive, ambigue, assessment slegati dall'intervento, prese in carico poco sensibili alla persona oppure poco coerenti dal punto di vista scientifico, ecc. E il prezzo che si paga spesso è connotato dall'aggravarsi dei comportamenti problematici. L'approccio funzionale e la prospettiva evidence-based possono aiutare gli operatori ad acquisire maggiore consapevolezza nella pratica quotidiana con piccoli, adolescenti e adulti, e a non perdere l'orientamento nei casi più complessi o quando i contesti multidisciplinari sono slegati. Il programma di Peter Sturmey guida a potenziale il nostro intervento nei processi critici.

Struttura del workshop:

- Assessment: obiettivi e criteri diagnostici
- Valutare il comportamento
- *Evidence-Based Practice*: storia, principi e visione
- Il metodo applicato: come orientarsi in modo rapido ed efficace
- Il contesto specifico delle Disabilità intellettive ed evolutive
- Tradurre nella quotidianità dei Disturbi dello spettro autistico.

9 settembre - pomeriggio

## **Diagnosi**

### **Lezione Magistrale: Peter Sturmey**

Diagnosi e prevalenza delle psicopatologie nella popolazione con disabilità intellettive ed evolutive: dati, prospettive e implicazioni diagnostiche del DSM-V

L'inquadramento diagnostico delle disabilità intellettive e dei Disturbi generalizzati dello sviluppo rappresentano un terreno di continuo confronto e ad oggi sono ancora molte le difficoltà che il clinico affronta nell'applicazione dei criteri. Alla luce delle proposte definite dalla quinta edizione del DSM, delle critiche e delle considerazioni della più recente letteratura scientifica, vengono illustrati i dati epidemiologici, le proiezioni e le prospettive per il mondo dei servizi e per le famiglie. Vengono messe in luce anche le indicazioni sperimentali più forti per potenziare la comprensione dei processi di diagnosi, ad uso di tutti gli operatori.

### **Sessioni parallele - MINORI**

*Chairman: Bernardo Dalla Bernardina*

#### **Interventi:**

##### **Francesca Tinelli e Giovanni Cioni**

Patologie dell'età evolutiva e disturbi neuro evolutivi (0-3 anni)

Un rapido excursus su quelle che sono i principali disturbi neuropsichici per i quali è possibile fare diagnosi precocemente (entro i 3 anni di vita) è il tema di questa presentazione. Particolare attenzione viene posta ai sintomi di esordio e agli strumenti che aiutano a porre una diagnosi precoce quali test standardizzati, osservazione del comportamento spontaneo, check-list sui sintomi di esordio, scale che possono essere somministrate ai genitori dei bambini, facendo riferimento a quelli che sono i criteri diagnostici del DSM e dell'ICD-10. Verrà inoltre discusso il ruolo della prematurità come fattore di rischio per patologie di tipo neurologico e non visto il continuo incremento della percentuale di bambini che, grazie alle recenti tecniche di rianimazione neonatale, sopravvivono ad età gestazionali molto basse.

##### **Massimo Molteni**

Disturbi emotivi e relazionali nei bambini con disabilità intellettive ed evolutive: comorbidità, complicanze e reazioni di adattamento

La diagnosi è un processo complesso che può avere finalità diverse: cliniche, di ricerca, amministrative. In campo psicopatologico si sono imposti modelli empirici, fenomenico/descrittivi con naturale sovrapposizione di comportamenti, reazioni, sintomi che rendono complessa la descrizione di ciò che viene osservato. In campo evolutivo a questa complessità, si aggiunge il naturale fenomeno "distorsivo" della naturale evoluzione, sempre condizionata dalla pressione ambientale.

Nella disabilità intellettiva, si assommano i problemi causati dalla *noxa* all'origine della disabilità intellettiva, la conseguenza della disabilità intellettiva – in tutte le sue sfaccettature – sulle traiettorie evolutive e sui meccanismi di adattamento, gli adattamenti di compenso che l'ambiente cerca di costruire attorno al soggetto disabile. La conseguenza è una fenomenica complessa, dove è difficile distinguere tra comorbidità e reazioni di adattamento. In particolare ciò appare vero nei quadri di disabilità intellettiva lieve, dove la pressione ambientale gioca un ruolo disorganizzativo ancora maggiore.

L'adattamento funzionale è la risultante complessa tra risorse individuali e risorse ambientali e a sua volta gioca un ruolo non trascurabile nel consentire un buon equilibrio emotivo e relazionale ovvero nel diventare esso stesso "fattore stressante" con-causa di psicopatologia.

Sono tutt'ora carenti, almeno nel panorama italiano, strumenti semplici e sufficientemente affidabili applicabili sistematicamente in clinica: l'obiettivo è quello di avere una descrizione epidemiologico-statistica che consenta di orientare gli indirizzi terapeutici e la programmazione della attività, così che la

gestione del singolo soggetto affetto da disabilità intellettiva possa giovare anche di riferimenti metodologici meno soggettivi.

I dati epidemiologici italiani sono tutt'ora scarsi e di qualità non ottimale: i riferimenti della letteratura e il nuovo DSM-V possono però fornire un aiuto per affrontare in maniera razionale questo problema, così da contribuire ad una analisi più accurata sui fattori di rischio e di protezione su cui progettare gli interventi terapeutici e educativi da sviluppare anche nel contesto ambientale.

### **Francesco Barale**

#### **Psicopatologia: diritti, bisogni speciali e benessere**

Verranno discusse ragioni e le implicazioni pratiche di alcuni principi che sono importanti in generale in tema di etica e qualità di vita, ma che assumono particolare rilievo nel caso di disabilità mentali (come ad esempio l'autismo) che ostacolano o compromettono gravemente le capacità comunicative e di interazione sociale. Proprio per la fragilità e il difficile accesso alla soggettività di queste persone, infatti, è frequente una deriva di interventi e contesti all'insegna di una "adaptation" che trascura gli aspetti personologici, non si interroga sugli aspetti comunicativi e/o di segnale che i comportamenti problematici spesso hanno, tratta in definitiva i soggetti disabili non come persone, che esprimono a loro modo e nei loro limiti disfunzionali una loro stentata soggettività, portatori di una esperienza da considerare, ma come cervelli rotti o mal programmati che secernono deficit comportamentali e cognitivi da correggere o silenziare in qualche modo. Le ragioni di questa frequente deriva, che può avere effetti disastrosi in termini di qualità di vita e di rispetto sostanziale delle soggettività e delle forme di vita che quelle disabilità esprimono, sono di molteplice natura: di risorse, di organizzazione, di cultura, di conoscenze, di ricaduta di conoscenze (anni fa uno studioso comportamentista rilevava la discrepanza tra gli sviluppi della ricerca sugli aspetti personologici e motivazionali nelle persone con disabilità e la scarsa o nulla ricaduta di queste conoscenze negli ambiti assistenziali), ma anche di difficoltà emotiva: ritenere di aree di fronte a sé dei "sintomi" insensati da sopprimere è, anche da questo punto di vista, molto meno faticoso, emotivamente, che interrogarsi sul senso dell'esperienza che quei "sintomi" possono esprimere. A partire dall'esperienza della "farm community" di Cascina Rossago, verrà sottolineata dunque l'importanza di alcuni aspetti generali: 1) Il tema del "contesto"; 2) Il tema della "persona"; 3) Il tema "ecologico"; 4) Il tema del "fare assieme". Verranno fornite illustrazioni di questi principi e portati alcuni dati di valutazione di interventi.

## **Sessioni parallele - ADULTI**

### *Chairman: Serafino Corti*

#### **Interventi:**

##### **Stefano Lassi**

#### **Gli strumenti di diagnosi per l'adulto**

La prevalenza dei disturbi psichiatrici nella popolazione con Disabilità Intellettiva adulta varia considerevolmente nei diversi studi disponibili in letteratura, rimanendo tuttavia sempre molto più elevata di quella della popolazione generale. Tuttavia questo riscontro epidemiologico troppo spesso non trova una corrispondenza in ambito clinico e la diagnosi psichiatrica, già complessa nella popolazione generale, diviene di ancor più difficile attuazione nella persona con DI, soprattutto nei gradi grave e gravissimo, dove le normali capacità comunicative sono fortemente compromesse o assenti. La valutazione si fonda spesso su l'osservazione diretta dei comportamenti e sulle modalità d'interazione con l'ambiente esterno ma l'incertezza diagnostica resta un problema frequentissimo che viene spesso risolto con il ricorso a prescrizioni farmacologiche inappropriate o con puro fine contenitivo. Una delle cause di tale difficoltà è la carenza di strumenti di valutazione specifici, sia a livello nazionale che internazionale. Scopo di questo lavoro è fornire una rassegna degli strumenti diagnostici disponibili evidenziandone benefici e problematiche.

Si prenderanno in esame i criteri diagnostici, gli strumenti disponibili in Italia con particolare riferimento alle scale di screening, diagnosi ma anche di follow up rispetto al monitoraggio di effetti collaterali e dell'efficacia di trattamenti prescritti come diretta conseguenza degli stessi procedimenti diagnostici e si valuteranno i protocolli di diagnosi più utilizzati anche alla luce delle prossime novità introdotte dal DSM-V e dall'ICD-11.

La discussione presenterà come la maggior parte degli strumenti diagnostici finora prodotti sono applicabili ai soggetti con i gradi più lievi di DI, hanno un valore orientativo, sono poco sensibili o richiedono tempi lunghissimi di compilazione. I più utilizzati a livello internazionale sono la DASH (*Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped*), l'evoluzione della PIMRA (*Psychopathological Instrument for Mentally Retarded Adults*) e la PASS-ADD (*Psychopathological Assessment Schedule for Adult with Developmental Disability*) in accordo con i criteri DSM-IV TR.

Infine la relazione illustra come sia evidente la necessità di continuare a sviluppare e diffondere strumenti specifici di diagnosi accurati e validati come la SPAID per sostenere il clinico nella scelta di trattamenti adeguati ed efficaci nella DI.

### **Giuseppe Chiodelli**

#### **Prevalenza della psicopatologia nella popolazione adulta con disabilità: le prime sperimentazioni della SPAID**

I dati di prevalenza dei disturbi psichiatrici nella popolazione adulta con disabilità Intellettiva e dello sviluppo risultano, concordemente tra i diversi autori, essere da tre a cinque volte maggiori rispetto a quelli della popolazione adulta a sviluppo tipico. A fronte di una evidente maggiore vulnerabilità della popolazione con DI rispetto alla patologia psichiatrica risulta maggiore anche la difficoltà della diagnosi tanto più quanto più è marcato il grado di compromissione dello sviluppo cognitivo della persona con DI. Gli strumenti diagnostici oggi a disposizione del clinico pur dotati di buona validità e affidabilità necessitano ancora, per una corretta applicazione, di una loro approfondita conoscenza e di una costante azione di confronto dei risultati forniti delle scale di valutazione con i dati dell'osservazione clinica (il giudizio clinico specialistico) per ridurre il numero dei falsi (positivi e negativi).

Lo SPAID G, strumento per la valutazione di screening della psicopatologia nell'adulto con DI, creato da M. Bertelli e collaboratori, è stato su una popolazione adulta particolarmente variegata per storie di vita e disagi psichiatrici (presso le RSD di Fondazione Sospiro, Cr).

La relazione descrive il lavoro di analisi dei fattori psicopatologici, con particolare cura ad ottenere attraverso diversi sistemi di misura (test, giudizio clinico) un quadro di validità ecologica e di funzionalità. Gli obiettivi erano molteplici: 1) comprendere come utilizzare lo SPAID G come strumento di screening della psicopatologia nell'adulto con DI, in affiancamento ad altri strumenti di assessment di base (es. Vineland, CIRS, SIS, Sistema AAIDD, POS, Scale per la demenza nella DI, ecc.); 2) comprendere come lo SPAID -G descrive la prevalenza delle diagnosi psichiatriche; 3) confrontare i dati forniti dallo SPAID G con quelli dalla DAS-H-II.

Vengono infine esposti alcuni dati di statistica descrittiva in cui si evidenziano le diagnosi psichiatriche che raggiungono il cut off della soglia di attenzione propria dello screening e che richiederebbero ulteriori approfondimenti diagnostici.

### **Paolo Moderato**

#### **Psicopatologia: tra problematiche deontologiche e controllo sociale**

L'analisi del comportamento è la scienza che studia una particolare classe di interazioni tra esseri viventi e il loro ambiente seguendo il metodo delle scienze naturali. All'interno di questa classe per gli esseri umani vi è una sottoclasse di comportamenti che vengono definiti "psicopatologia".

La scienza applicata, o tecnologia, derivata dalla scienza di base, conosciuta come analisi comportamentale applicata, nasce all'inizio degli anni '60 in un'ottica di miglioramento della qualità della vita, secondo la definizione del tempo, degli ospiti degli *asylums for insane*, l'equivalente dei nostri manicomi.

Partita da una visione tipicamente meccanicista, veniva infatti anche chiamata *behavioral engineering*, si è progressivamente evoluta in una visione contestualista in cui assumono particolare rilievo gli aspetti valoriali.

L'intervento cerca di presentare l'evoluzione attuale di queste tematiche e quali sono le ricadute per chi si occupa di programmare sistemi di sostegno che accompagnano il singolo evento della vita della persona con Disabilità Intellettiva (problematico o positivo), così come l'intera prospettiva esistenziale.

## Assessment

### Lezione Magistrale: **Roberto Anchisi**

#### Leggere la psicopatologia: tra struttura e funzione

Le categorie diagnostiche tradizionali si basano su un elenco di sintomi definiti in modo statico secondo una prospettiva *formista* (Anchisi, Gambotto Dessy, Moderato, 2000), mentre le definizioni in ottica contestualista considerano i *processi* che avvengono tra le variabili in relazione reciproca. Il termine *struttura* ha perciò due significati: nel formismo rappresenta la *forma dei raggruppamenti di sintomi*: "L'enfasi viene posta sulla corretta classificazione della forma del comportamento" (Sturmey, 2001, p.3); nel contestualismo rappresenta la *struttura delle reti neurali di contiguità*, che regolano i processi di adattamento organismo-ambiente (Goldin, 2005). La struttura delle reti neurali varia in *funzione* della probabilità di ottenere un adattamento favorevole allo sviluppo dell'individuo e della specie (Le Doux, 2000; Levenson, 1994).

Tra struttura e funzione vi è un rapporto di reciprocità: le strutture sostengono i processi di adattamento, e questi determinano la selezione e la modifica delle strutture, in funzione della loro efficacia adattiva. Per comprendere i comportamenti di un individuo l'analisi funzionale considera le interazioni tra ambiente e organismo: così, ad esempio, un improvviso cambiamento ambientale può richiedere cambiamenti all'interno dell'organismo, che quest'ultimo non è per nulla preparato a sostenere, se le strutture operanti al suo interno erano condizionate interamente da agenti esterni. Inquadrare un comportamento in una categoria diagnostica (es. DSM), implica in parte una forzatura *interpretativa* che, in accordo con la critica wittgensteiniana dell'*interpretazione*, vela la realtà (Anchisi e Gambotto Dessy, 2013). Nel senso che si esclude dall'analisi il fattore cruciale per comprendere la natura dei comportamenti: il cambiamento ambientale (Levenson, 1994); mentre si enfatizza il ruolo di presunti fattori interni, responsabili della forma di disagio mostrata. È necessario valutare al contempo i cambiamenti nei fattori interni, con attenzione primaria al ruolo delle *Establishing Operations* (Michael, 1982).

Nei soggetti verbali le cose sono decisamente più complesse, per la presenza del linguaggio, che espande all'infinito le possibilità di autostimolazione (Woods e Kanter, 2007). Ma anche in tali casi l'uso di categorizzazioni formali dei disturbi di comportamento richiede molta cautela, perché rischia di oscurare una corretta ed efficace analisi funzionale delle variabili in gioco.

La relazione descrive, in sintesi, come la prospettiva contestualista presenta le caratteristiche di semplicità e fecondità proprie di una scienza in progresso, portando l'analisi funzionale del comportamento a livelli di notevole raffinatezza per la comprensione e la concettualizzazione dei comportamenti problematici degli individui, verbali e non verbali.

### Sessioni parallele - MINORI

#### *Chairman: Antonella Costantino*

#### Interventi:

##### **Fabio Celi**

#### Valutare i disturbi d'ansia nei piccoli con disabilità

Partendo dalla visione tipica dell'inquadramento multiassiale, l'intervento descrive come è possibile approcciarsi alla valutazione di specifiche condizioni psicopatologiche quando è presente una diagnosi primaria di disabilità intellettiva. Sebbene sia noto che le condizioni "di tratto" (come i disturbi della sfera emozionale) non siano a priori escluse da diagnosi "di stato" (come la Disabilità intellettiva), quotidianamente ci troviamo a fronteggiare dei quadri che non si presentano in modo lineare e facilmente comprensibile. Nel valutare i minori, già con la popolazione neurotipica sono necessari adeguamenti dei criteri diagnostici e delle procedure di assessment. Con la popolazione oggetto di discussione, la condizione di DI tende a mascherare i vissuti emozionali che spesso assumono conformazioni di vera e propria psicopatologia.

Viene discusso come il clinico può considerare questi fattori di complicazione, consapevole dell'alta incidenza epidemiologica dei disturbi d'ansia e dei rischi ad essa associati, e di come spesso si innestano veri e propri circoli viziosi legati allo stesso intervento oppure sotto forma di comportamenti problematici.

Attraverso esemplificazioni cliniche vengono presentate metodiche e strumenti per orientarsi nell'assessment e impostare l'intervento.

### **Susanna Villa**

La ricerca sui disturbi dell'umore nei minori con disabilità: capire e valutare

Vi è sostanziale accordo sulla maggiore vulnerabilità psicopatologica dei bambini con disabilità cognitive rispetto a quelli con sviluppo tipico, ma questa vulnerabilità non riesce ad essere opportunamente evidenziata a causa dei limiti insiti nella metodologia diagnostica. Le scale validate attualmente in uso con la popolazione tipica (basate principalmente sulla rilevazione del dato comportamentale o sull'autovalutazione di pensieri-sentimenti) mal si prestano, sia per struttura che per costrutto, ad un utilizzo efficace con bambini che presentano disabilità intellettiva. Nella presentazione vengono presentati criticamente I risultati della letteratura e verrà operata una riflessione sui quesiti principali che emergono e sulle direzioni di ricerca futura: 1) come si manifesta il disturbo dell'umore nei bambini con disabilità cognitiva?; 2) quale tipo di assessment può fare emergere il dato comportamentale necessario alla diagnosi clinica?; 3) quale tipo di assessment può fare emergere degli elementi funzionali all'intervento, considerando anche le variabili complesse che si presentano nella situazione globale di vita?

### **Peter Sturmey**

Come valutare l'emergenza dei disturbi psicotici

Partendo da una revisione dei criteri diagnostici vengono presentati e discussi i dati di letteratura scientifica inerenti i disturbi psicotici in età infantile e adolescenziale. La scarsità di informazioni inerenti queste aree, se paragonate ad altre classi diagnostiche dei disturbi psichiatrici, porta ad implicazioni dal punto di vista clinico, della ricerca sul campo e soprattutto per i servizi che vogliono offrire una presa in carico efficace nella prospettiva di vita di questi soggetti.

L'intervento discute come l'approccio contestualista offra una sponda "sicura" da utilizzare anche in questi frangenti; in particolare per come può modellare le letture psicopatologiche attraverso una visione "funzionalista" delle variabili emergenti e guidare il clinico a una sensibilità maggiore rispetto alle fragilità individuali nelle diverse epoche di vita.

## **Sessioni parallele - ADULTI**

*Chairman: Vittorio Cigoli*

### **Interventi:**

#### **Peter Sturmey**

I disturbi psicotici: analizzare l'evoluzione dei quadri nell'adulto con disabilità

L'intervento descrive I criteri diagnostici dei disturbi psicotici e di come sia complesso adattarli alla popolazione con disabilità Intellettiva, dall'alto funzionamento ai quadri di compromissione più significativa.

Vengono presentate e confrontate tre differenti strategie diagnostiche: interviste cliniche, assessment psicometrici, analisi funzionale; al fine di ottenere indicazioni procedurali per il clinico al fine di migliorare l'efficacia valutativa e nel sostenere i progetti di intervento.

#### **Roberto Cavagnola**

L'assessment dei disturbi dell'umore

La presenza di problematiche di tipo depressivo è stata a lungo una condizione non riconosciuta all'interno della disabilità intellettiva grave. In questa autentica ombreggiatura diagnostica ha storicamente pesato non poco il paradigma psicodinamico che, come affermato da Penrose (1963), vedeva le persone con disabilità intellettiva "immunizzate" dal disturbo depressivo in ragione di una strutturale

debolezza dell'Io e, di conseguenza, del Super Io, dove "... i sensi di colpa e di autosvalutazione a livello conscio e inconscio, caratteristici dei disturbi affettivi generati da un super-io ipertrofico, ne risultano attenuati".

Per converso, oggi sappiamo che la prevalenza della depressione unipolare in questa popolazione, pur in un quadro dove i dati appaiono ancora molto difformi e legati agli strumenti diagnostici utilizzati, è assai più diffusa che nella popolazione neurotipica e, al contrario di quanto si riteneva, la condizione di disabilità intellettiva grave rappresenta una specifica condizione di rischio per l'insorgenza di un disturbo dell'umore.

L'intervento presenta e discute il "Modello psicosociale integrato della depressione nelle persone con ritardo mentale grave" di W. Gardner e P. Willmering, quale contributo alla concettualizzazione e all'assessment dei disturbi dell'umore.

## **Mauro Leoni**

### **L'assessment dei disturbi d'ansia**

La convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità è il necessario punto di partenza per ragionare sulla valutazione psichiatrica nella popolazione con Disabilità Intellettive, con particolare riferimento all'indirizzo verso una precoce e corretta individuazione di un disagio, così come di sostegni adeguati al raggiungimento di una vita di realizzazione e soddisfazione. Da un lato, risulta evidente l'insoddisfazione per una visione delle fragilità mentali di una persona che si fonda in larga parte sulle competenze cognitive (o peggio il QI), dall'altro è eclatante lo smarrimento (professionale ed etico) che si nota quando si indaga queste tematiche nella grave DI.

L'intervento descrive una rassegna delle differenti classi psicopatologiche dei disturbi d'ansia, i criteri DSM-IV e DSM-V e degli adeguamenti possibili per i soggetti con DI, con particolare riferimento al Diagnostic Manual-Intellectual Disability. Vengono poi presentati i dati relativi all'epidemiologia delle differenti condizioni patologiche. Infine sono descritti gli strumenti e le metodologie più rilevanti per l'assessment di queste condizioni, sottolineando le limitazioni oggi presenti.

In sintesi, i dati mostrano che da anni le persone con DI stanno vivendo una ulteriore condizione di svantaggio: in primis i disturbi d'ansia sono stati sotto diagnosticati; in secundis questi disturbi sono stati spesso valutati in modo erroneo o oggetto di ombreggiamento clinico della stessa DI o dei Disturbi del comportamento; infine, il trattamento ha spesso privilegiato le velleità sedative legate ad alcune molecole, oppure dal punto di vista psicoeducativo non si è considerato il livello di disagio umano soggettivo vissuto dai soggetti. L'approccio multidimensionale non risolve tutte le problematiche discusse, mentre sembra necessario un approccio multidisciplinare di assessment che si basi su una matrice contestualista. L'intervento approfondisce il caso del Disturbo Ossessivo Compulsivo.

10 settembre - pomeriggio

## **Progettare l'intervento**

### **Lezione Magistrale: Peter Sturmey**

#### **I trattamenti delle psicopatologie: dall'analisi funzionale agli interventi evidence-based**

Fino a poco tempo fa era comune lamentarsi dell'assenza di indicazioni rigorose sul trattamento che rispondessero

ai criteri di efficacia tipici dell'approccio scientifico. Un recente studio indica 93 revisioni sistematiche di letteratura e 82 meta-analisi riferite agli interventi psicosociali. Le evidenze di efficacia più forti emergono da studi con piccoli campioni, con interventi contestualistici di ABA e *Behavior Modification*.

Gli studi sui trattamenti di altra natura indicano bassi livelli di qualità. Per alcuni interventi è addirittura confermata l'inefficacia o il potenziale rischio, mentre altre pratiche rimangono ancora sprovviste di esplorazioni sperimentali. La relazione cerca di orientare verso interventi che funzionino e soddisfino, sia per bambini che per adulti.

## Sessioni parallele - MINORI

*Chairman: Paola Visconti*

### Interventi:

#### **Simone Antonioli**

##### *L'intervento evidence-based nella popolazione pre-schooler con autismo*

Il Centro abilitativo per minori "Francesco Faroni" di Brescia è un progetto sperimentale finanziato da Regione Lombardia e gestito da Fobap Onlus, in collaborazione con la UONPIA degli Spedali civili di Brescia, l'ASL e l'ufficio scolastico provinciale. Il Centro accoglie 36 minori con disturbi dello spettro autistico, dai 2 ai 16 anni d'età, a partire da tre tipologie di moduli, che si differenziano per l'intensità dei trattamenti educativi (10, 6, 4 ore settimanali). Gli elementi che caratterizzano l'esperienza di Brescia sono: l'utilizzo dei principi derivati dalla *behavior analysis*, il riferimento alla filosofia *evidence based*, il lavoro mirato non solo al bambino ma a tutti i suoi caregivers, in primis la famiglia e la scuola, la totale gratuità del servizio per le famiglie, la collaborazione tra pubblico e privato sociale.

L'obiettivo della relazione è quello di presentare, partendo dall'esperienza del Centro abilitativo, un modello d'intervento sui disturbi del comportamento nell'infanzia, in cui gli aspetti scientifici inerenti all'applicazione sistematica dell'approccio comportamentale vengono integrati con il lavoro sociale di costruzione di alleanze educative e di promozione del protagonismo della scuola e della famiglia.

Il modello verrà discusso attraverso la descrizione del processo e delle procedure messe in campo in uno specifico caso clinico su un bambino in età pre-scolare, in cui la riduzione dei problemi comportamentali è l'esito di un percorso strutturato d'insegnamento di abilità al minore e di costruzione, nella quotidianità, di competenze educative dei suoi caregivers.

#### **Cristina Copelli**

##### *Percorsi di intervento e di vita per bambini con autismo: tra rigore metodologico e sostenibilità*

Lo sviluppo è un processo continuo. Dal concepimento fino alla morte, le modificazioni nelle relazioni persona-ambiente sono fondate su ciò che è accaduto in precedenza (Novak, 1999). Si possono verificare cambiamenti piccoli e additivi, ma a volte le modificazioni sono più intense e irregolari. Le abilità cognitive, intese nel senso più ampio, includendo quindi, ad esempio, i rapporti pensiero e linguaggio, hanno bisogno, per svilupparsi, di interazioni umane, di stimolazione, relazione, educazione e cultura. Se immaginiamo lo sviluppo intellettuale come caratterizzato dall'acquisizione progressiva di abilità e competenze nelle diverse aree (motoria, cognitiva, sociale, affettiva, ecc.) in relazione allo scorrere del tempo, quindi al crescere dell'età, possiamo osservare come alla nascita tutti i bambini possano essere considerati come «naturalmente disabili», in quanto il loro livello di abilitazione è molto basso (da ciò deriva la difficoltà di compiere diagnosi accurate in bambini molto piccoli in assenza di quadri organici ben definiti). In breve tempo, però, le curve di sviluppo si differenziano in modo sostanziale in conseguenza della diversa capacità di «sfruttare» le interazioni ambientali. In altri termini, in funzione dell'integrità della propria condizione biomedica di partenza, ciascuno, nella medesima unità temporale, è in grado di apprendere e sviluppare quantità diverse di abilità e competenze: l'analisi del comportamento, applicando il metodo scientifico, rende più efficaci e più efficienti le pratiche educative che vengono normalmente utilizzate dagli adulti per la crescita dei bambini con sviluppo tipico e atipico.

Sulla base di questi presupposti verranno presentati i dati relativi a 70 bambini con autismo in un periodo di 6 anni d'intervento all'interno del modello denominato MIPIA-Modello Italiano di Intervento Precoce e Intensivo per l'Autismo. MIPIA si caratterizza per un intervento sostenibile, individualizzato, precoce, intensivo, integrato, e inclusivo; opera una integrazione fra le diverse componenti dell'analisi comportamentale e metodologie in funzione dei punti di forza e di debolezza di ogni bambino. Gli interventi sono basati sui principi dell'analisi del comportamento modernamente declinati in termini evolutivi (Novak, 1999; Bijou, 1997; Moderato, 2006).

## **Marilena Zacchini**

### L'intervento per l'adolescente con autismo: esperienze italiane

Accogliendo la sfida e l'opportunità della Regione Lombardia per fare un salto di qualità all'interno dei servizi che si occupano di bambini, adolescenti e giovani adulti che hanno disturbi nell'area dello spettro autistico, abbiamo sviluppato un modello basato su solide basi scientifiche che con le linee guida del Ministero della Sanità e i percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali costituiscono i tre pilastri per l'organizzazione di servizi per l'autismo.

Il progetto "I CARE" (Intervento Contestualistico Abilitativo delle Reti Educative) di Fondazione Istituto Ospedaliero Sospiro Onlus si è posto l'obiettivo di implementare interventi abilitativo ed educativo di tipo ecologico con particolare rilievo agli aspetti riguardanti l'interazione sociale (intersoggettività primarie e secondaria, comunicazione) le abilità di vita della persona (autonomie personali, gestione del tempo libero, abilità sociali, ecc.) e il decremento dei comportamenti problematici di minori con autismo. Le modalità d'intervento sono tutte state contraddistinte da una visione ecologica: le prestazioni dirette sul bambino hanno infatti sempre rappresentato una parte dell'intervento che ha cercato di trovare specifici momenti di generalizzazione ed implementazione sia nell'ambito della famiglia che delle più rilevanti ecologie di vita del minore (in particolare modo la scuola). Il progetto I CARE ha voluto inoltre offrire il proprio contributo per la formulazione di un modello di presa in carico *life span* che cerchi di superare i rischi di una presa in carico "per segmenti" con grave pregiudizio per la continuità della presa in carico stessa. Per questa ragione il progetto ha previsto la presa in carico del minore dai primi anni di vita (3 anni), con il modulo ambulatoriale, fino all'attivazione di un modulo di abilitazione sociale (18 anni) articolato su tre differenti funzioni: l'abilitazione sociale di base, la "palestra" di vita indipendente, le transizioni.

Il particolare, il modulo dei disturbi del comportamento, utilizza il modello descritto con principale caratteristica: il lavoro indiretto con il minore (focus dell'intervento è il caso degli adolescenti), un numero di ore previste economico ma efficace, spendibile con soggetti che non sono necessariamente in carico al servizio. Il lavoro è stato suddiviso in diverse fasi modello di Sidney Bijou, un percorso che favorisse non solo la generalizzazione in più setting ma anche la capacità di affrontare anche i comportamenti inadeguati più complessi.

## **Sessioni parallele - ADULTI**

### *Chairman: Roberto Franchini*

#### **Interventi:**

##### **Francesco Fioriti**

#### **Un intervento sui disturbi d'ansia nella grave disabilità**

Il contributo illustra un intervento comportamentale effettuato su una persona adulta con Disabilità Intellettiva, inserita in un servizio residenziale, affetta da Disturbo Ossessivo Compulsivo con una variegata topografia di compulsioni (prevalentemente di *hoarding* e *checking*) che nella storia della persona era accompagnata da importanti disturbi del comportamento e della condotta di aggressività fisica eterodiretta ed autolesionismo.

L'intervento, articolato per step successivi nel corso degli anni 2009-2013 e tutt'ora in corso, ha fatto uso di procedure di: esposizione e prevenzione della risposta; una rivisitazione della tecnica dei "Rituali Obbligati"; funzionalizzazione e contenimento di alcune topografie di compulsione; contrattazione educativa.

Gli esiti mostrano l'efficacia dell'intervento comportamentale evidenziando la riduzione dei comportamenti compulsivi e dei disturbi comportamentali correlati.

##### **Nicola Maffini**

#### **Un intervento sui disturbi dell'umore nella grave disabilità**

La presenza di un quadro di disabilità intellettiva grave rende solitamente difficile l'identificazione di una specifica diagnosi psicopatologica anche là dove le manifestazioni comportamentali di un soggetto indichino per esse la possibile presenza di una "base patologica" comune. Tale condizione invita ad orientarsi verso quadri sindromici che possono in alcuni casi toccare un diverso numero di diagnosi

psicopatologiche classiche. Come accade ad esempio per lo spettro corrispondente ai disturbi dell'umore. Pertanto un trattamento relativo a un quadro sindromico orientato ai disturbi dell'umore nella disabilità intellettiva grave avrà come focus sia la riduzione degli effetti degli episodi depressivi o maniacali sul comportamento del soggetto sia la riduzione della vulnerabilità generale a tali quadri sindromici.

Il contributo proposto ha per oggetto un intervento multidimensionale su un soggetto con disabilità intellettiva grave affetto da un quadro sindromico riferibile ad una alterazione della sfera umorale. L'intervento illustra come agendo sui due versanti della vulnerabilità generale e della sintomatologia sia possibile modulare l'intensità, la durata e la vulnerabilità generale alle manifestazioni del suddetto quadro.

Partendo da una concettualizzazione dal "Modello Psicosociale Integrato della Depressione nelle persone con ritardo mentale grave" di Gardner e Willmering (1999) vengono proposti strumenti messi a disposizione dall'analisi applicata del comportamento e dalle discipline biomediche al fine di modulare l'intensità, la durata e la vulnerabilità generale alle manifestazioni del quadro in oggetto. I dati sembrano corroborare le due diverse aspettative che guidano l'azione terapeutica: da un lato il progressivo distanziarsi nel tempo degli episodi sindromici; dall'altro la diminuzione sia della intensità sia della durata del singolo episodio.

Pur nella difficoltà circa il peso da attribuire ai due aspetti della terapia, quella farmacologica e quella psicologica contestualista (*Applied Behavior Analysis*), non possiamo non rilevare il fatto che l'azione psicologica abbia concorso, e non poco, alla buona riuscita dell'intervento e che l'azione integrata sui due versanti della vulnerabilità e della sintomatologia possano ridurre la problematicità globale del soggetto anche in presenza di un quadro di disabilità intellettiva grave.

### **Mauro Coppa**

#### **Un intervento psicoeducativo sui disturbi del comportamento nella pluridisabilità**

La presenza di comportamenti autolesivi e di autorestrizione (*self-restraint*) in persone con grave disabilità intellettiva e deficits sensoriali è fortemente elevata, e raggiunge circa il 65% dei casi. Il comportamento autolesivo e di *self-restraint* sono negativamente correlati, in quanto l'autorestrizione assume spesso la funzione di evitamento/fuga dall'autolesionismo. Le procedure di intervento psicoeducativo prevedono strategie di riduzione dei target di tipo contenitivo/avversivo, integrate a pesanti terapie farmacologiche, con esiti alterni e spesso non soddisfacenti.

Il ragazzo coinvolto nello studio presenta una condizione di sordocecità completa, con disabilità intellettiva grave, e livelli elevati di comportamenti autolesivi. Gli obiettivi pertanto erano realistici: ridurre l'autolesionismo attraverso condizioni motivazionali competitive e contratto educativo; introdurre forme "light" di *self-restraint* direttamente incompatibili con i target autolesivi. La procedura d'intervento prevede la selezione di situazioni di routines quotidiane; vengono introdotte cuffie con musiche fortemente motivanti ed un anticipatore comunicativo di tipo oggettuale, associato al contratto educativo in base al quale, in assenza di target autolesivi per tempi gradualmente maggiori, il ragazzo può accedere ad oggetti/eventi gratificanti. In presenza di target autolesivi, viene attuato il costo della risposta, e rimosse contingentemente le cuffie.

I dati preliminari evidenziano una riduzione significativa della frequenza dei comportamenti autolesivi, in rapporto ad altre attività di controllo, e la generalizzazione in contesti diversi, in particolare con i genitori, durante i rientri a casa. Le forme di *self-restraint*, riservate a momenti di relax e pause individuali, mostrano di mantenere gli effetti di autocontrollo e regolazione emotiva rispetto ai target autolesivi.

In conclusione, l'esempio riportato mostra come l'utilizzo di procedure "*gentle teaching*" sembrano rilevare effetti positivi e di mantenimento sui livelli di autocontrollo comportamentale del ragazzo. L'autorestrizione intesa come evitamento/fuga dal comportamento autolesivo della persona, diventa naturalmente prevalente nel repertorio comportamentale di persone autolesive, sia per la poca faticosità della risposta, sia perché, nel caso in oggetto, viene mantenuta dal piacere e conforto determinato dal sentirsi avvolto e contenuto. Programmare situazioni di autorestrizione, alternate ad un incremento delle procedure sostenute da stimoli piacevoli competitivi, sembra costituire una strategia incoraggiante nella gestione del comportamento autolesionistico.

## Sessioni parallele - **PSICOFARMACOLOGIA**

*Chairman: Franco Nardocci*

### Interventi:

#### **Maria Mucci e Gabriele Masi**

##### Psicofarmacologia nei minori con disabilità: lo stato dell'arte

Le Disabilità Intellettive (note sotto la precedente etichetta di Ritardo Mentale), agendo in una fase cruciale dello sviluppo (generalmente i primi anni di vita), condiziona l'evoluzione complessiva del soggetto, la sua personalità ed il suo comportamento adattivo. Una delle espressioni della specificità psicopatologica delle DI è la elevata incidenza di comorbidità psichiatrica. Infatti i soggetti con DI possono presentare tutto lo spettro dei disturbi psichiatrici dei soggetti normodotati con una frequenza 3-4 volte superiore. Tale comorbidità psichiatrica influenza in modo marcato il quadro clinico, la prognosi e le strategie di trattamento. Nel più ampio contesto di un approccio multimodale, centrato su interventi riabilitativi, educativi e comportamentali, la farmacoterapia può talvolta migliorare alcuni sintomi, ed in tale modo ampliare la risposta del soggetto agli interventi non farmacologici. La valutazione psichiatrica dei soggetti con DI è analoga a quella dei soggetti normodotati, ma la frequenza di fattori biologici e la associazione con altri disturbi (epilessia, paralisi cerebrale, deficit sensoriali, ecc.) rende la diagnosi tipicamente "neuropsichiatrica". Inoltre la scarsa capacità critiche e di espressione di stati affettivi, così come il polimorfismo e la aspecificità delle manifestazioni cliniche, complica la diagnosi di disturbi emotivo-affettivi e comportamentali man mano che il deficit cognitivo si fa più grave. Infine la stretta relazione tra fattori biologici e fattori ambientali e relazionali, ancor più stretta nei soggetti con DI rispetto ai normodotati, impone una particolare attenzione alle determinanti socioculturali di uno specifico comportamento.

Obiettivo di questo intervento è l'approfondimento del concetto di vulnerabilità psichiatrica dei soggetti con DI, attraverso lo studio dei meccanismi psicopatologici, delle modalità della espressione clinica dei disturbi, dei processi della diagnosi psichiatrica al fine di focalizzare linee generali di intervento farmacologico.

Viene presentata una revisione critica della letteratura e della esperienza personale sulla farmacoterapia delle comorbidità psichiatriche del DI, in termini di efficacia e tollerabilità. In particolare vengono considerati i risultati di studi clinici in letteratura con particolare attenzione ad alcuni specifici disturbi psicopatologici comorbidi (es: disturbi dirompenti del comportamento, disturbi pervasivi dello sviluppo). I dati mostrano come la semplificazione dell'approccio psicopatologico può favorire un incongruo uso di farmaci aspecifici ad azione sedativa. Nuova frontiera della psichiatria del DI sono strumenti e sistemi diagnostici più affidabili, studi specifici su trattamenti farmacologici, studi empirici su integrazione tra farmacoterapia e intervento riabilitativo e sociale.

#### **Marco Bertelli**

##### Psicofarmacologia negli adulti con disabilità: lo stato dell'arte

Oltre il 30% delle persone con Disabilità Intellettiva è affetto da disturbi psichiatrici, con una prevalenza fino a quattro volte superiore a quella nella popolazione generale. Molto frequenti sono anche i comportamenti problema, che possono riguardare fino a 6 persone su 10. Il 14-30% delle persone con DSI riceve psicofarmaci, soprattutto per la gestione di comportamenti problema.

Il presente contributo ha lo scopo di passare in rassegna alcune delle principali posizioni della letteratura internazionale su questo argomento. Un'attenzione particolare viene riservata alle recenti linee-guida della sezione Disabilità Intellettiva dell'Organizzazione Mondiale di Psichiatria.

I risultati sono piuttosto articolati: 1) i farmaci più prescritti sono gli antipsicotici, seguiti dagli stabilizzatori dell'umore, le benzodiazepine e gli antidepressivi; 2) non esistono chiare evidenze sul razionale d'impiego, i dosaggi e la sicurezza; 3) la qualità di vita non viene ancora utilizzata come misura di esito. Sebbene Tyrer e collaboratori abbiano riportato che il placebo è più efficace di aloperidolo o di risperidone nel controllare problemi di comportamento, molti altri autori supportano un'elevata efficienza degli antipsicotici di nuova generazione nel trattare tali disturbi lungo tutto l'arco di vita. Le esperienze cliniche e i pochi trial con i farmaci più recenti di questa classe, come aripiprazolo, quetiapina, ziprasidone e paliperidone, offrono la possibilità di operare alcune distinzioni d'utilizzo, soprattutto

rispetto alla sicurezza ed alle interazioni con altri principi attivi di frequente riscontro. Particolarmente promettenti per l'immediato futuro i primi dati sull'uso di asenapina.

In conclusione, le informazioni basate su evidenze sono ancora troppo limitate per permettere di formulare delle raccomandazioni sull'uso di molecole specifiche. Dalla revisione della letteratura è infatti risultata una grave carenza di ricerca, sia metodologica che quantitativa, soprattutto in riferimento all'età adulta ed alle principali fasi di transizione della vita. Fra le linee-guida generali la principale è che la terapia farmacologica non deve essere considerata l'intervento di prima scelta.

## AULE – CONVEGNO

Giorni	Aula Magna	Aula Lazzati	Aula Maria Immacolata
09/09/2013 (h 09/13)	<b>Workshop</b>		
09/09/2013 (h 14/15)	<b>Sessione Plenaria</b>		
09/09/2013 (h 15/18)	<b>Sessione Parallela</b>	<b>Sessione Parallela</b>	
	<b>Adulti</b>	<b>Minori</b>	
10/09/2013 (h 09/10)	<b>Sessione Plenaria</b>		
10/09/2013 (h 10/13)	<b>Sessione Parallela</b>	<b>Sessione Parallela</b>	
	<b>Adulti</b>	<b>Minori</b>	
10/09/2013 (h 14/15)	<b>Sessione Plenaria</b>		
10/09/2013 (h 15/18)	<b>Sessione Parallela</b>	<b>Sessione Parallela</b>	<b>Sessione Parallela</b>
	<b>Adulti</b>	<b>Minori</b>	<b>Psicofarmacologia</b>

*Le pause sono previste tra la fine della Sessione Plenaria e l'inizio delle Sessioni Parallele*