

la parte



Workshop Online

Autismo & Psicopatologia

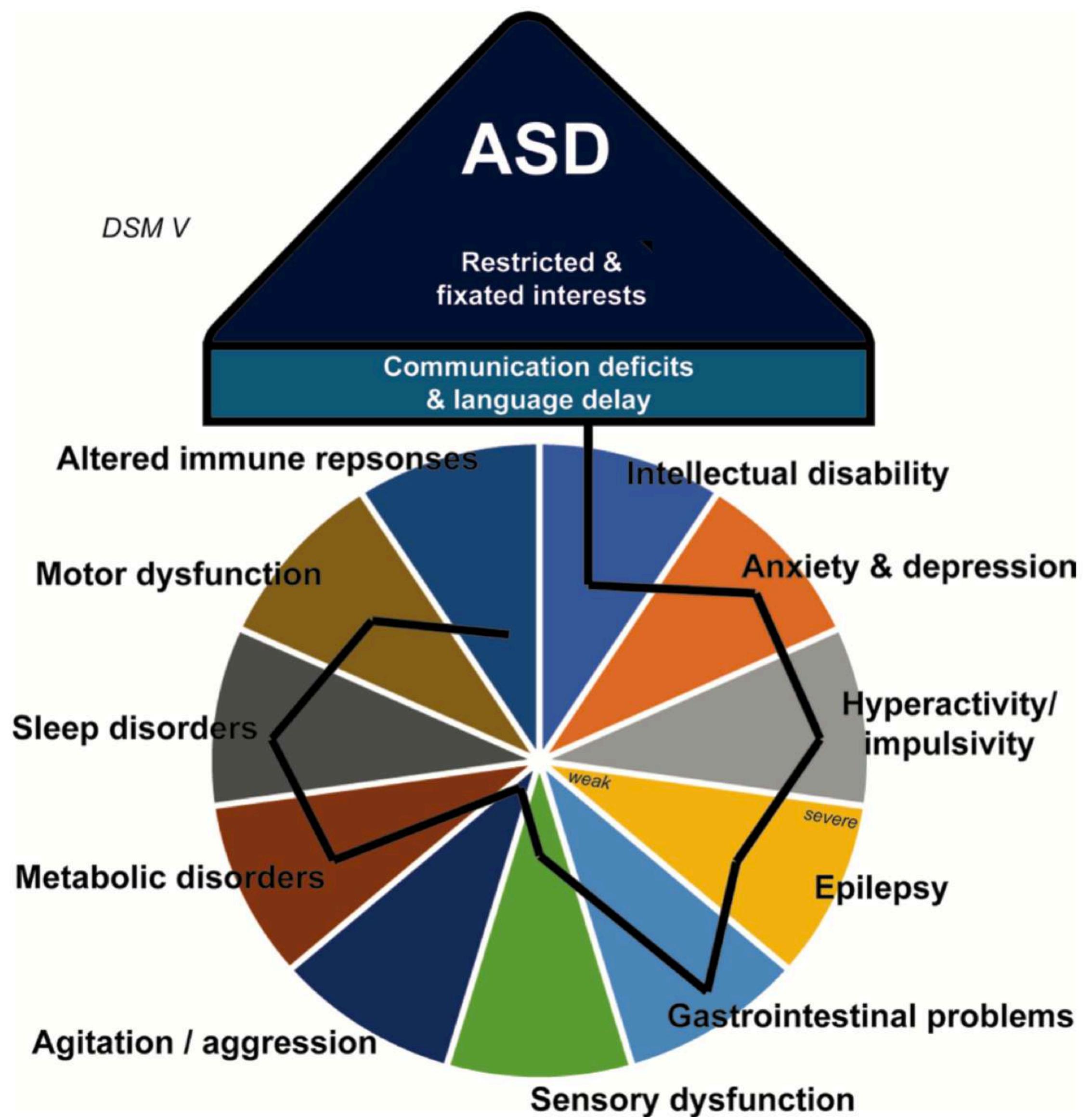
Interventi sul DOC



Dott. Davide Carnevali
Psicologo - Psicoterapeuta - PhD
Analista del comportamento certificato [BCBA]
Dirigente c/o Istituto Ospedaliero di Sospiro - Dipartimento disabilità
Membro del consiglio direttivo di ABAIT
Presidente MIPIA [Iescum]
Professore a contratto c/o Sigmund Freud University [MI]

- Autismo e psicopatologia
- Analisi dei fattori di vulnerabilità psicopatologica
- Comportamenti problema e psicopatologia
- Lo "shift" diagnostico dell'adolescente con autismo
- Il ruolo delle emozioni e il contributo dell'Analisi del Comportamento
- Stato dell'arte degli interventi in ambito comportamentale: verso la "Clinical Behavior Analysis" [CBA]
- Diagnosi differenziale: ritualità e compulsioni
- Semiologia delle compulsioni nell'autismo
- Modelli eziologici
- Assessment del disturbo ossessivo compulsivo
- Indicatori bio-comportamentali
- Dalla disregolazione alla compulsione
- Interventi per il trattamento dei DOC fondati su procedure ABA

PcA: l'etereogenità clinica come regola



Autismo e comorbilità psichiatrica

Lancet 2014; 383: 896–910

Meng-Chuan Lai, Michael V Lombardo, Simon Baron-Cohen

Psychiatric

Anxiety	42–56%	Common across all age groups Most common are social anxiety disorder (13–29% of individuals with autism; clinical guidance available) and generalised anxiety disorder (13–22%) <u>High-functioning individuals are more susceptible</u> (or symptoms are more detectable)
Depression	12–70%	Common in adults, less common in children <u>High-functioning adults who are less socially impaired are more susceptible</u> (or symptoms are more detectable)
Obsessive-compulsive disorder	7–24%	<u>Shares the repetitive behaviour domain with autism</u> that could cut across nosological categories Important to distinguish between repetitive behaviours that do not involve intrusive, anxiety-causing thoughts or obsessions (part of autism) and those that do (and are part of obsessive-compulsive disorder)
Psychotic disorders	12–17%	<u>Mainly in adults</u> Most commonly recurrent hallucinosis High frequency of autism-like features (even a diagnosis of autism spectrum disorder or pervasive developmental disorder) preceding adult-onset (52%) and childhood-onset schizophrenia (30–50%)
Substance use disorders	≤16%	Potentially because individual is <u>using substances as self-medication to relieve anxiety</u>
Oppositional defiant disorder	16–28%	<u>Oppositional behaviours could be a manifestation of anxiety, resistance to change, stubborn belief in the correctness of own point of view, difficulty seeing another's point of view, poor awareness of the effect of own behaviour on others, or no interest in social compliance</u>
Eating disorders	4–5%	<u>Could be a misdiagnosis of autism, particularly in females</u> , because both involve rigid behaviour, inflexible cognition, self-focus, and focus on details

Autismo e comorbilità psichiatrica: riflessioni degne di nota

Età alla diagnosi e Severità dei sintomi "core" si correlano ad un maggior rischio di comorbilità psichiatrica; fa eccezione la depressione che si correla maggiormente a soggetti con maggiori compromissioni del comportamento sociale (Sterling, 2008).

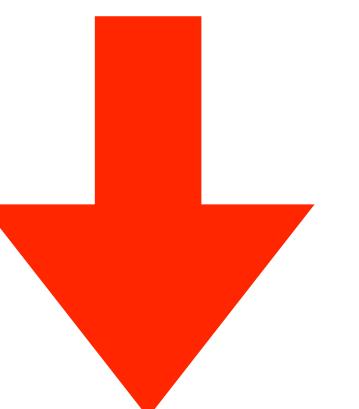
Le **stesse evidenze** sono state ritrovate per i disturbi d'ansia. I **soggetti maggiormente consapevoli** della loro disabilità sono ritenuti più a rischio di sviluppare disturbi ansiosi (Lugnegard, 2011).

Età alla diagnosi e genere nelle PcA: come incide sulla presenza di comorbilità

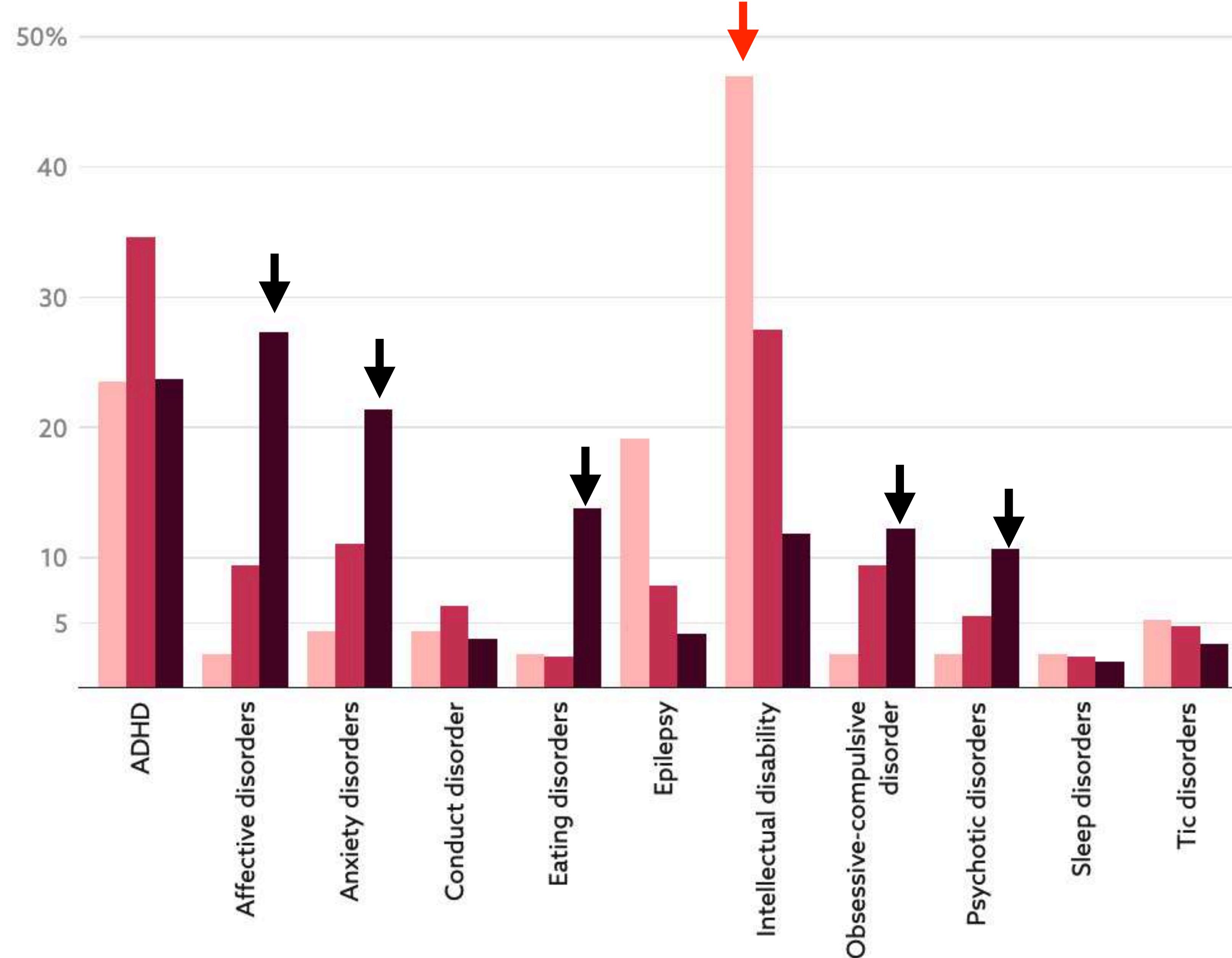
NEWS

Received: 27 April 2021 | Accepted: 5 July 2021

Sex, age of diagnosis correlate with autism comorbidities

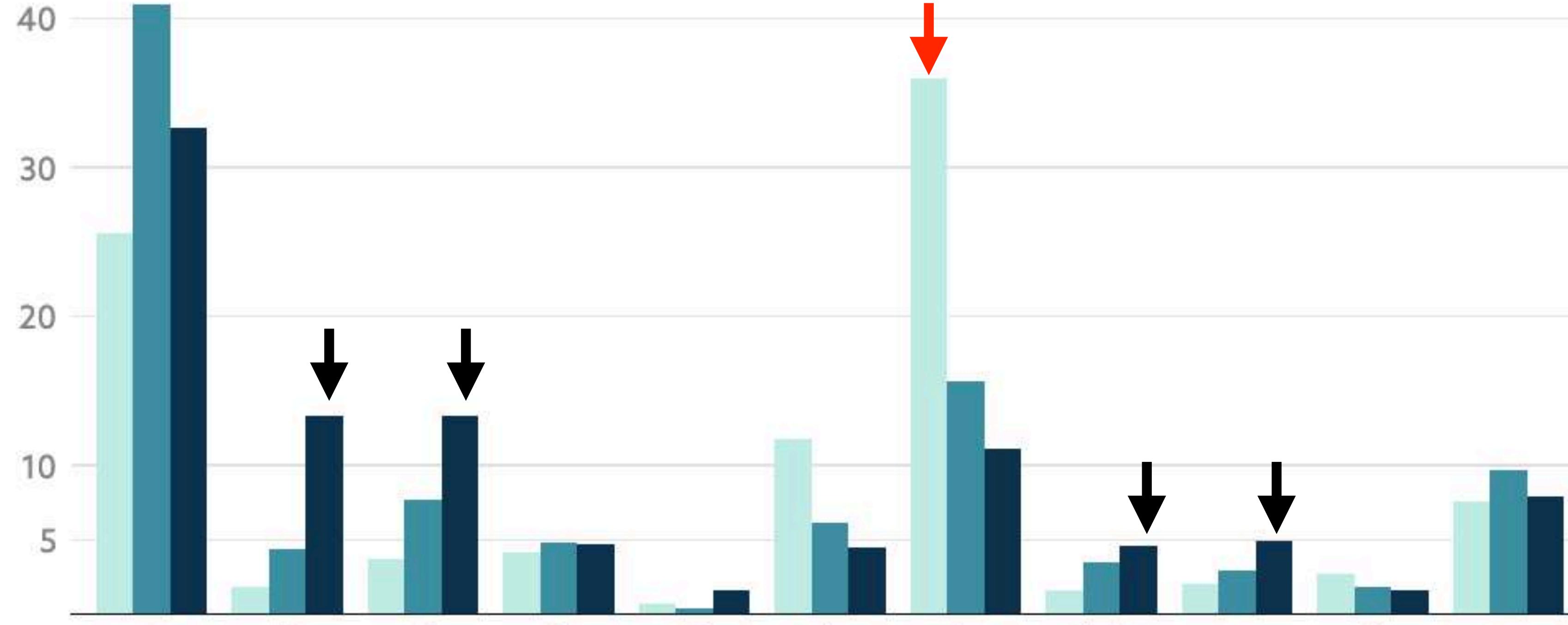


0-5 years old 6-10 years old 11-15 years old



■ 0-5 years old ■ 6-10 years old ■ 11-15 years old

50%



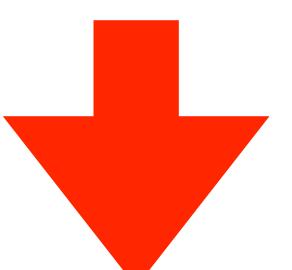
Studi comparativi sulla psicopatologia:

J Autism Dev Disord (2013) 43:1314–1325
DOI 10.1007/s10803-012-1679-5

ORIGINAL PAPER

Psychiatric Comorbidity and Functioning in a Clinically Referred Population of Adults with Autism Spectrum Disorders: A Comparative Study

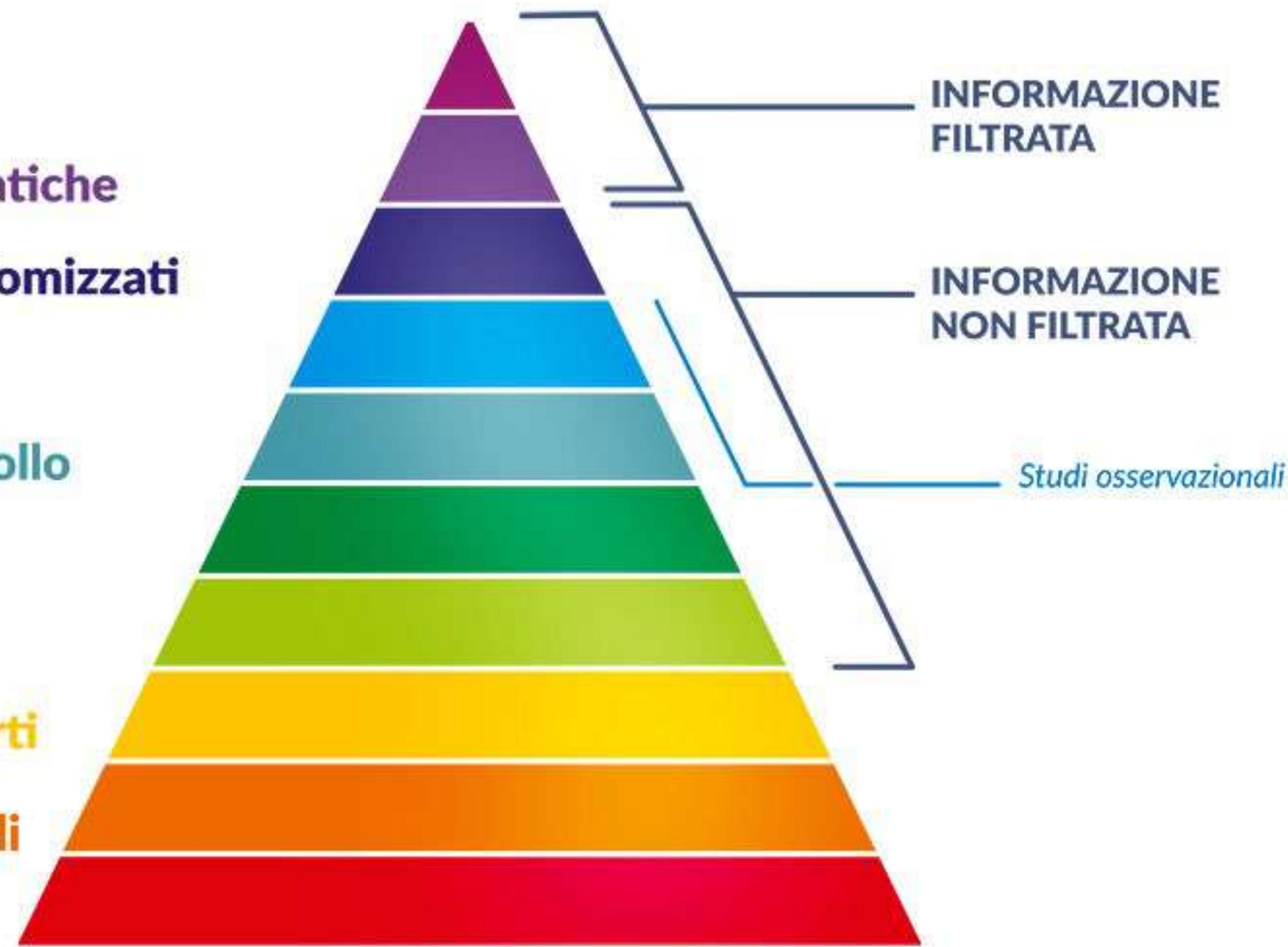
Gagan Joshi · Janet Wozniak · Carter Petty · Mary Kate Martelon ·
Ronna Fried · Anela Bolfek · Amelia Kotte · Jonathan Stevens · Stephannie L. Furtak ·
Michelle Bourgeois · Janet Caruso · Ashley Caron · Joseph Biederman



Abstract To systematically examine the patterns of psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred adults with autism spectrum disorders (ASD). Psychiatrically referred adults with and without ASD were compared on measures assessing for psychiatric comorbidity and psychosocial functioning. Sixty-three adults with ASD participated in the study (mean age: 29 ± 11 years). Adults with ASD in their lifetime suffered from a higher burden of psychiatric disorders (6 ± 3.4 vs. 3.5 ± 2.7 ; $p < 0.001$) including major depressive disorder and multiple anxiety disorders, and were functionally more impaired with a significant proportion having received both counseling and pharmacotherapy.

La piramide delle prove di evidenza

- Meta-analisi**
- Revisioni sistematiche**
- Studi clinici randomizzati**
- Studi di coorte**
- Studi caso-controllo**
- Serie di casi**
- Singolo caso**
- Opinioni di esperti**
- Ricerca su animali**
- Ricerca In vitro**



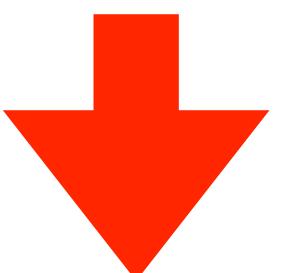
Una revisione sistematica e meta-analisi degna di nota

Lancet Psychiatry. 2019 Oct;6(10):819-829. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30289-5. Epub 2019 Aug 22.

Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis.

Lai MC¹, Kassee C², Besney R², Bonato S², Hull L³, Mandy W³, Szatmari P⁴, Ameis SH⁴.

Findings Of 9746 unique studies identified, 432 were selected for full-text review. 100 studies were eligible for inclusion in our qualitative synthesis, of which 96 were included in our meta-analyses. 11 categories of co-occurring conditions were investigated, of which eight conditions were included in the meta-analyses and three were descriptively synthesised (ie, trauma and stressor-related disorders, substance-related and addictive disorders, and gender dysphoria). From our meta-analyses, we found overall pooled prevalence estimates of 28% (95% CI 25–32) for attention-deficit hyperactivity disorder; 20% (17–23) for anxiety disorders; 13% (9–17) for sleep–wake disorders; 12% (10–15) for disruptive, impulse-control, and conduct disorders; 11% (9–13) for depressive disorders; 9% (7–10) for obsessive-compulsive disorder; 5% (3–6) for bipolar disorders; and 4% (3–5) for schizophrenia spectrum disorders. Estimates in clinical sample-based studies were higher than in population-based and registry-based studies, and these estimates were mostly higher than those in the general population (post hoc). Age, gender, intellectual functioning, and country of study were associated with heterogeneity in prevalence estimates, yet remaining heterogeneity not explained was still substantial (all $I^2 > 95\%$).



Number of datapoints in meta-analysis*	Autism population sample size (n)	Autism population		General population prevalence (95% CI or SE)	Subgroup moderator analysis					
		Pooled prevalence (95% CI; 95% PI)	I ² (95% CI; p value†)		Prevalence in population or registry-based studies (95% CI; 95% PI)	Prevalence in clinical sample-based studies (95% CI; 95% PI)	R ² (QE p value)	I ² (95% CI)	QM p value	
Attention-deficit hyperactivity disorder	89	210 249	28% (25–32; 4–63)	99.65% (99.55–99.85; <0.0001)	7.2% (6.7–7.8; point prevalence, aged ≤18 years) ⁴⁶	22% (17–26; 1–55)	34% (29–39; 7–69)	2.05% (<0.0001)	99.64% (99.60–99.84)	0.0004
Anxiety disorders	68	169 829	20% (17–23; 2–48)	99.53% (99.42–99.87; <0.0001)	7.3% (4.8–10.9; current prevalence, across ages) ⁴⁷	15% (11–19; 0.5–42)	26% (22–31; 1–56)	0% (<0.0001)	99.54% (99.20–99.85)	0.0002
Depressive disorders	65	162 671	11% (9–13; 0–33)	99.41% (99.39–99.81; <0.0001)	4.7% (4.4–5.0; point prevalence of MDD, across ages) ⁴⁸	8% (5–11; 0.01–28)	14% (11–18; 1–38)	0.23% (<0.0001)	99.40% (99.37–99.80)	0.0003
Bipolar and related disorders	38	153 192	5% (3–6; 0–19)	99.50% (99.40–99.82; <0.0001)	0.71% (0.56–0.86) for bipolar I; and 0.50% (0.35–0.64) for bipolar II (1-year prevalence, across ages) ⁴⁹	3% (2–5; 0–16)	7% (4–10; 0–24)	0.35% (<0.0001)	99.50% (99.48–99.81)	0.018
Schizophrenia spectrum and psychotic disorders	42	166 627	4% (3–5; 0–14)	99.18% (99.00–99.87; <0.0001)	0.46% (0.41–0.50; 1-year prevalence, across ages) ⁵⁰	2% (1–4; 0–11)	7% (4–9; 0–19)	0% (<0.0001)	99.18% (99.01–99.84)	0.0004
Obsessive-compulsive and related disorders	47	53 243	9% (7–10; 1–21)	96.85% (96.75–99.87; <0.0001)	0.7% (0.4–1.1; 1-year prevalence, aged ≥18 years) ⁵¹	4% (2–6; 0–13)	12% (10–15; 3–26)	12.51% (<0.0001)	96.20% (96.17–99.37)	<0.0001
Disruptive, impulse-control, and conduct disorders	50	140 946	12% (10–15; 0–36)	99.52% (99.47–99.90; <0.0001)	8.9% (SE 0.5; 1-year prevalence, aged ≥18 years) ⁵²	7% (4–10; 0–28)	22% (17–27; 3–50)	0% (<0.0001)	99.53% (99.42–99.88)	<0.0001
Sleep-wake disorders	26	190 963	13% (9–17; 0–43)	99.87% (99.78–99.93; <0.0001)	3.7% (NA; 1-year prevalence, aged ≤18 years) ⁵³	11% (7–17; 0–39)	16% (8–25; 0–47)	8.52% (<0.0001)	99.85% (99.77–99.91)	0.356

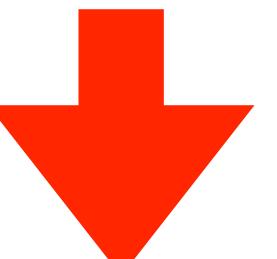
General population prevalence estimates were selected from latest meta-analyses or large-scale population-based studies, as cited. R² is the proportion of true heterogeneity that can be explained by the moderator, the QE statistic and its p value show the significance of residual heterogeneity that is unaccounted for by the moderator, and the QM statistic and its p value show whether the moderator is statistically significant in explaining heterogeneity. PI=prediction interval. MDD=major depressive disorder. NA=not available. *Number of datapoints extracted from studies reporting the co-occurring condition. †Cochran's Q test p value.

Table 1: Pooled estimates of prevalence of co-occurring mental health and psychiatric conditions in autism and general population and moderator analysis by study design

Psicopatologia nelle PcA: studi italiani

LA COMORBILITÀ PSICHIATRICA NELLA DISABILITÀ INTELLETTIVA E NEL DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO: PREVALENZA E PROBLEMATICHE DIAGNOSTICHE

Marco O. Bertelli e Elisa Rondini - CREA (Centro Ricerca E Ambulatori),
Fondazione San Sebastiano, Firenze

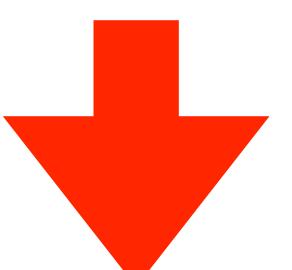


INTRODUZIONE

La comunità scientifica concorda da tempo sulla presenza di una vulnerabilità psicopatologica nelle persone Disabilità Intellettiva (DI) e/o Disturbo dello Spettro Autistico (DdSA) significativamente superiore a quella riscontrata nella popolazione generale. Tuttavia la portata di questa maggiore vulnerabilità è ancora da definirsi e oggetto di discussione sulla base dei diversi approcci teorici e criteri diagnostici.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

L'obiettivo dello studio è stato quello di approfondire lo stato della ricerca sulla prevalenza di disturbi psichiatrici nelle persone con DI e DdSA e sulle cause delle eventuali discrepanze, attraverso una mappatura sistematica della letteratura scientifica.



È stata esaminata la letteratura internazionale degli ultimi venti anni, da gennaio 1996 a dicembre 2016. La ricerca degli articoli è stata condotta utilizzando i motori presenti su Medline, Medmatrix, NHS Evidence e Cochrane Library. Le parole chiave utilizzate sono state: “epidemiology” o “prevalence” o “comorbidity” abbinate a “psychiatric disorders” o “psychopathology” o “psychiatry”, ulteriormente abbinate a {[“intellectual” (da solo e con “developmental”) o “learning”] e “disability” o “disorder”} o “mental retardation” o (“autism spectrum disorder” o “autism”).

La prevalenza di disturbi psichiatrici nelle persone con DI risulta 4 volte superiore rispetto alla popolazione generale e anche l'esordio delle manifestazioni psicopatologiche si caratterizza come più precoce (Day et al., 1994; Nøttestad & Linaker, 1999; Einfeld et al., 2006; Cooper et al., 2007). I dati raccolti suggeriscono che il 25-44% delle persone con DI ha almeno un disturbo psichiatrico (Cooper et al., 2007), il 21% ne presenta due e l'8% tre (Ansseau et al., 2004).



Psicopatologia nelle PcA: studi italiani

31/01/2016

I DISTURBI PSICHIATRICI NELL'AUTISMO: UN'URGENZA DELLA RICERCA EPIDEMIOLOGICA

La prevalenza dei disturbi dello spettro autistico continua a crescere anno dopo anno, sia nei bambini che negli adulti. Rispetto a quella rivolta all'età evolutiva, la ricerca negli adulti è scarsa e limitata ad alcuni problemi.

Uno degli ambiti poco considerati è la compresenza di disturbi psichiatrici. Gli studi disponibili riportano un tasso molto elevato di problemi di salute mentale negli adulti con disturbi dello spettro autistico, già a partire dai 18 anni, ma i limiti di campionamento e di metodologia generale non permettono di rilevare dati sui disturbi specifici.

Negli ultimi mesi sono stati pubblicati risultati di nuove indagini che sembrano coprire almeno parzialmente queste lacune. Una collaborazione fra ricercatori del King's College di Londra e dell'Università di Bath (Regno Unito), capitanata dal Prof. Murphy, ha analizzato una serie di 859 adulti, divisi in due gruppi rispetto alla capacità della sintomatologia di base di soddisfare ($n = 474$) o meno ($n = 385$) i criteri diagnostici dell'attuale sistema di classificazione delle malattie dell'Organizzazione Mondiale di Sanità (ICD-10). In questi gruppi il tasso di disturbi psichiatrici è risultato simile ($>57\%$) e ha superato di gran lunga quello della popolazione generale, sia per numero che per gravità. La prevalenza di disturbi d'ansia e di disturbo ossessivo-compulsivo è risultata molto più alta nel gruppo che soddisfaceva i criteri diagnostici ICD-10. L'alta prevalenza di disturbo ossessivo-compulsivo potrebbe non indicare una comorbidità reale ma una sovrapposizione di criteri diagnostici: infatti alcune caratteristiche dei due disturbi sono molto simili e vengono giudicate dai clinici in modo analogo.

In definitiva: Psicopatologia nelle PcA e/o DI

La letteratura scientifica indica che le persone con DI/DSA hanno una maggiore vulnerabilità psichica e riportano tassi di prevalenza di disturbi psichiatrici fino a 5 volte superiore rispetto alla popolazione generale. Circa il 44% delle persone con DI/DSA presenta almeno un disturbo psichiatrico nell'arco della vita, il 21% ne presenta 2 contemporaneamente e l'8% 3. In più è stato stimato un 15-25% di comorbilità nascosta. La prevalenza di psicopatologia aumenta ulteriormente in quei disturbi del neurosviluppo più complessi in cui vengono soddisfatti sia i criteri per il DSA che per la DI.

Co-occorrenze degne di essere approfondite

The invisible link between autism and anorexia

Anorexia's link to autism, explained

Gli studi recenti disponibili nella letteratura indicano che le persone con anoressia hanno più probabilità di essere autistiche rispetto a quelle che ne sono prive. Al momento ci sono meno dati che dimostrano che le persone autistiche sono particolarmente a rischio di disturbi del comportamento alimentare [DCA], ma gli esperti dicono che è probabile. Le stime variano, anche se la maggior parte dei ricercatori concordano sul fatto che circa il 20% delle persone con anoressia sono autistiche.

Co-occorrenze degne di essere approfondite

Journal of Autism and Developmental Disorders (2020) 50:4280–4296

<https://doi.org/10.1007/s10803-020-04479-3>

ORIGINAL PAPER

Published online: 9 April 2020

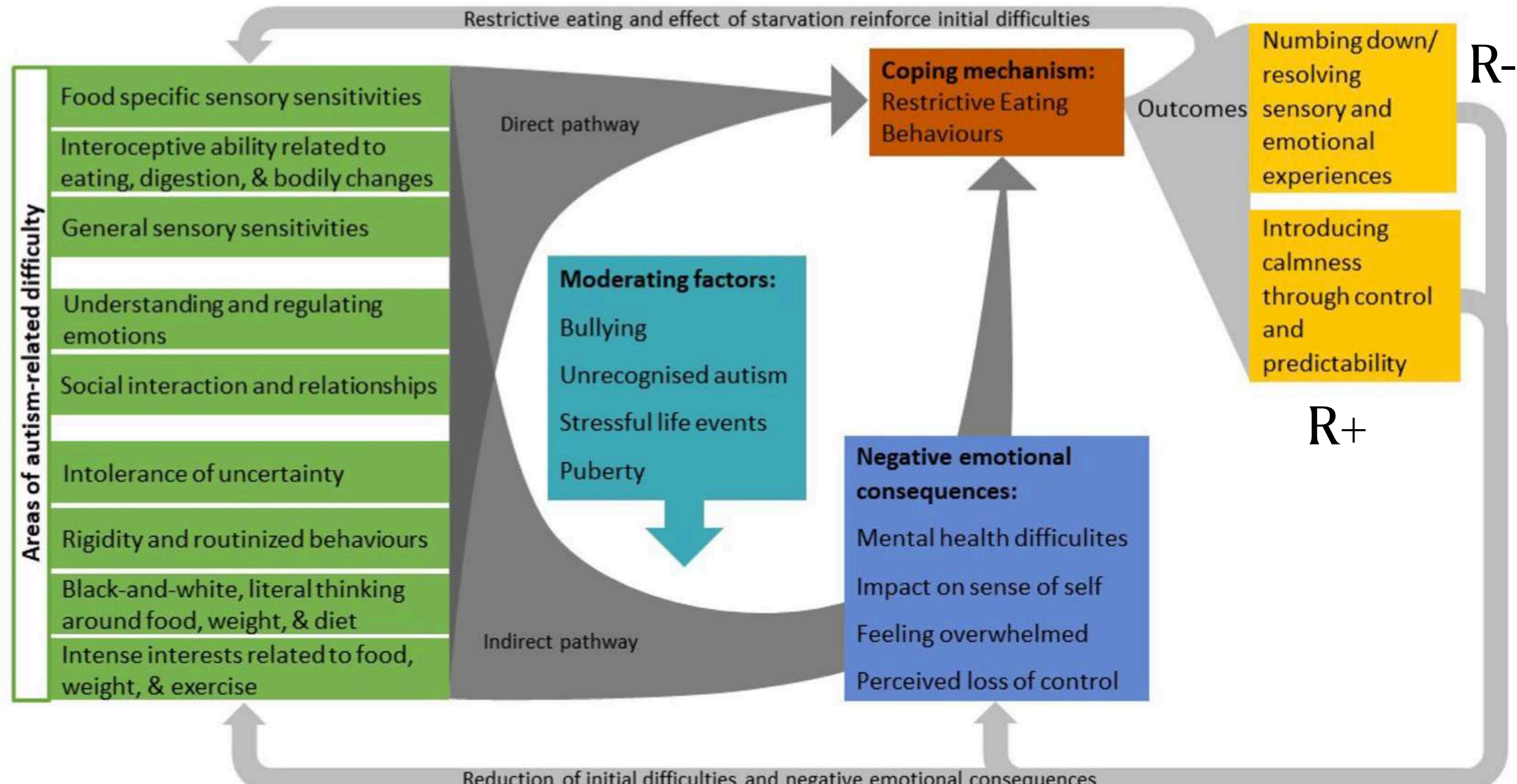
© The Author(s) 2020

“For Me, the Anorexia is Just a Symptom, and the Cause is the Autism”: Investigating Restrictive Eating Disorders in Autistic Women

Janina Brede¹ · Charli Babb² · Catherine Jones² · Mair Elliott⁴ · Cathy Zanker⁵ · Kate Tchanturia³ · Lucy Serpell¹
John Fox² · Will Mandy¹



Un possibile modello di concettualizzazione



Possibili direzioni future ...

La Stampa del 02.06.2020

Ecco perche' il 30% degli adulti con dca convive anche con l'autismo

I bambini con un disturbo dello spettro autistico portano con sé un rischio più alto di ammalarsi nel loro futuro di anoressia, bulimia e binge eating.

LONDRA. Prima può esserci l'autismo. Poi, in alcuni casi, un disturbo del comportamento alimentare. Le condizioni, apparentemente tra loro distanti, possono talvolta riguardare la stessa persona. Un aspetto su cui la comunità scientifica era al lavoro da tempo, avendo già riscontrato che il 20-30 per cento degli adulti con un disturbo dell'alimentazione convive pure con l'autismo. E che risulta in parte chiarito da uno studio pubblicato sul «Journal of Child Psychology and Psychiatry» da un gruppo di ricercatori dell'University College di Londra, che conferma come i bambini con un disturbo dello spettro autistico portino con sé un rischio più alto di ammalarsi, nel tempo, di anoressia, di bulimia e di binge eating disorders.

Informazioni utili per genitori e medici.

Nel frattempo, queste informazioni potranno tornare utili sia in chiave preventiva sia terapeutica. Fare attenzione a come mangia un bambino autistico, per esempio, potrebbe permettere a un genitore di evitare l'insorgenza di un disturbo del comportamento alimentare. O quanto meno indirizzarlo verso una diagnosi precoce (cruciale per determinare un buon esito delle terapie). Così come indagare la presenza di tratti autistici potrebbe rivelarsi utile nel trattamento di adolescenti con l'anoressia o la bulimia che non sembrano rispondere alle cure. In questi casi, spiegano i ricercatori, «potrebbe servire un approccio differente». Da mettere a punto, a partire dalla consapevolezza che autismo e anoressia (soprattutto, per quanto però dato sapere finora) non di rado viaggiano a braccetto.

Co-occorrenze degne di essere approfondite

Childhood autism traits linked to hypomania in adolescence

BY LAURA DATTARO / 10 MAY 2021

Children with autism traits tend to show agitation, excitability, decreased sleep and other **signs of hypomania** in adolescence, according to a new twin study.

The association is higher in identical twins than in fraternal twins, the researchers also found, suggesting that genetics plays a role.

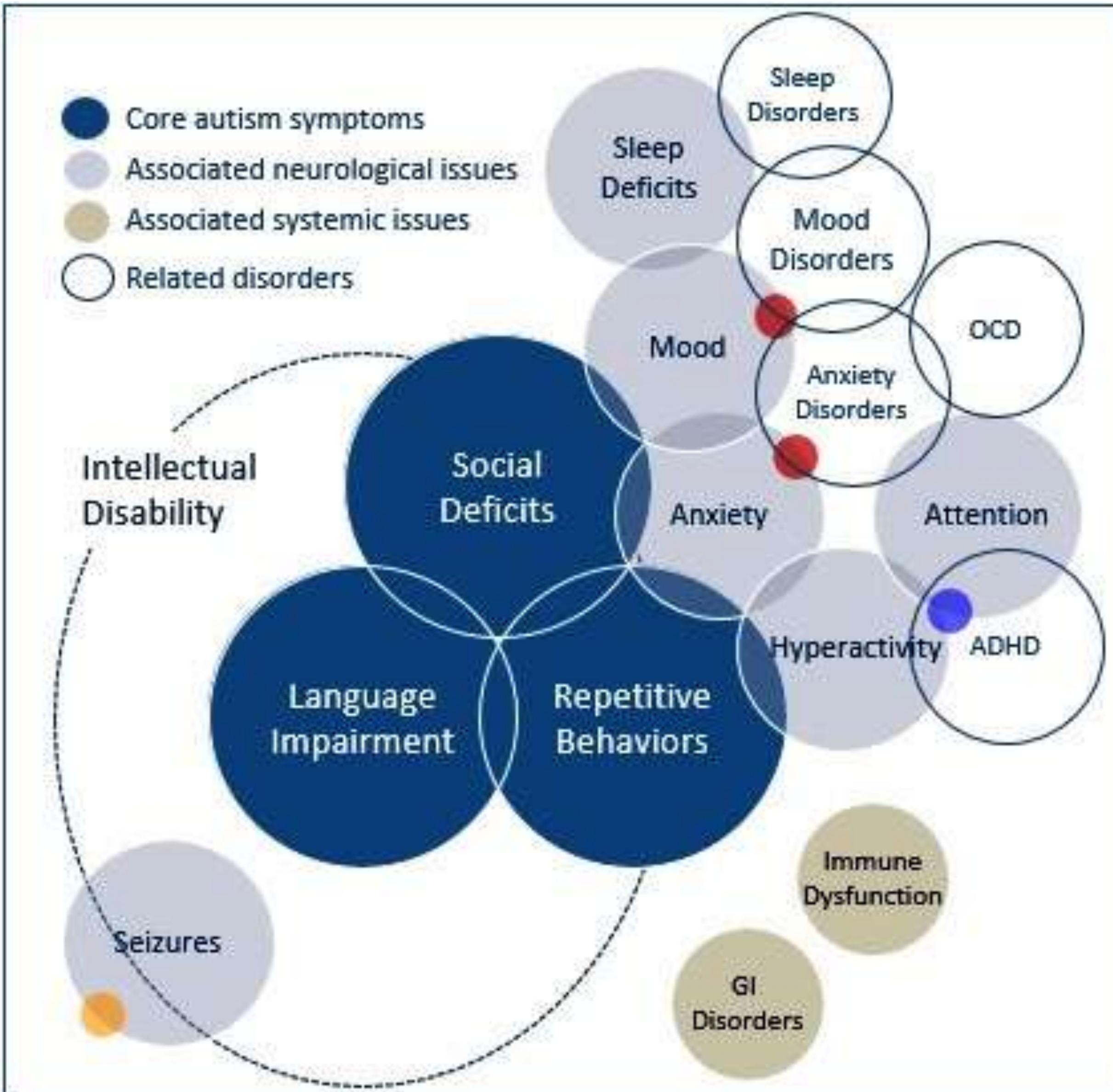
Una grande preoccupazione da risolvere

I **disturbi affettivi / dell'umore** nelle persone con Autismo e con disabilità intellettiva possono **passare del tutto inosservati** con la evidente conseguenza di non essere trattati in alcun modo (Sovner e Hurley, 1983; Szymanski e Biederman, 1984; Reynolds e Baker, 1988).

"... nelle **persone con intelligenza a sviluppo atipico**, l'io e, di conseguenza, il super-io, sono deboli. Quindi i **sensi di colpa e di autosvalutazione** a livello consciente e inconsciente, **caratteristiche dei disturbi affettivi** generati da un super-io ipertrofico, ne risultano attenuati". (Penrose 1963)

I motivi dell'**occultamento diagnostico dei disturbi affettivi** nelle PcA e DI è imputabile anche alla **mancanza di report soggettivi** sulla condizione affettiva ed emotiva

In definitiva: la comorbilità come regola



In questo studio di Simonoff [2008] su un gruppo di 255 bambini con autismo mediante il ricorso ad un assessment strutturato, è stato riportato che il **70.8% presentava almeno un disturbo psichiatrico.**

Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-929.

Comorbilità come regola: le sfide da affrontare

L'identificazione dei disturbi psichiatrici nelle persone con autismo **rimane ad oggi una sfida per i clinici:**

- la natura stessa dell'autismo rende difficile valutare emozioni, pensieri e significati dei comportamenti con conseguenza **difficoltà di attribuzione diagnostica** in caso di co-occorrenza psichiatrica
- È possibile che i **sintomi dell'autismo** siano **simili e mascherino i sintomi psichiatrici**
- La modalità abituale di **espressione del disturbo psichiatrico** potrebbe essere differente nelle persone senza autismo rispetto a quelle con autismo
- Concomitante **disabilità intellettiva a complessificare il quadro clinico**
- Ruolo di "stressors" e variabili ambientali come fattori in grado di **modificare sia i sintomi dell'autismo che quelli caratterizzanti il fenotipo psichiatrico**

Belardinelli, C., Raza, M., & Taneli, T. (2016). Comorbid behavioral problems and psychiatric disorders in autism spectrum disorders. *Journal of Childhood & Developmental Disorders*, 2(11), 2472-1786.

Autismo & psicopatologia: il problema dell'assessment

Oggi non possediamo un "**gold standard**" come strumento per l'assessment psichiatrico **nelle PcA** e questo spiega l'ampia variabilità dei dati di prevalenza e l'incertezza dei risultati di efficacia sui trattamenti.

Allo stato attuale **elementi cruciali di cui disporre** per poter condurre una **valutazione psichiatrica affidabile** nelle PcA e nelle PcD sono:

- ✓ La storia dello **sviluppo personale**
- ✓ La storia **familiare** e negli **ambienti di vita**
- ✓ Il **profilo di funzionamento** preciso della persona
- ✓ Una **precisa valutazione funzionale** dei sintomi "target"/bersaglio

Autismo & psicopatologia: il problema dell'assessment

Di regola è importante porre il **sospetto di disturbo psichiatrico nelle PcA** nei casi in cui:

- ✓ I **sintomi core** da soli **NON** rendono conto del funzionamento (compromissione) in atto
- ✓ Si è assistito ad un **inaspettato declino evidente del funzionamento** (rispetto ad un precedente valutazione)
- ✓ **NON** si registra **nessuna risposta soddisfacente ai trattamenti in corso** al contrario delle aspettative
- ✓ **NON** sono stati riscontrati **problemi di salute fisica in atto**

Diagnosi psichiatrica nell'ASD e nelle PcA e nelle PcdI: principali problemi

- **Definizione** di Disturbo Mentale/Psichico
- **Rappresentatività** dei Campioni considerati negli studi [dal profilo marcatamente etereogeneo]
- **Uso di Criteri Diagnostici appropriati**
- **Classificazione** dei Comportamenti Problema

Costello H. and Bouras N. Assessment of mental health problems in people with intellectual disabilities. Isr J Psychiatry Relat Sci Vol 43 No. 4 (2006)

Smiley E. Epidemiology of mental health problems in adults with learning disability: an update. Advances in Psychiatric Treatment, 2005; 11: 214-222.

Complessità fenomenologica dei disturbi psichiatrici nelle PcA e nelle PcD

✓ Variazioni del funzionamento personale

l'osservazione dei repertori **comportamentali ricorrenti** e la registrazione dei **cambiamenti di funzionamento** sono momenti centrali nel processo diagnostico.

✓ Presenza di sintomatologia somatica

dolori, disfunzioni d'organo o d'apparato, cambiamenti nei ritmi circadiani, distonie del sistema nervoso autonomo, tutti segni che rimandano all'**esistenza di una particolare vulnerabilità neurovegetativa**.

Complessità fenomenologica dei disturbi psichiatrici nelle PcA e nelle PcD

- ✓ "Vulnerabilità neurovegetativa": cioè [in assenza di abilità comunicative] la maggiore tendenza a esprimere dolore e sofferenza psichica con sintomi somatici, disfunzioni d'organo o d'apparato, cambiamenti dei ritmi circadiani o distonie neurovegetive
- ✓ "Disintegrazione cognitiva", ovvero la compromissione dei meccanismi di coping e d'elaborazione cognitiva degli "stressor" [deficit marcati di consapevolezza]

Complessità fenomenologica dei disturbi psichiatrici nelle PcA e nelle PcD

- ✓ "Distorsione intellettiva": ovvero il **diverso livello di funzionamento** cognitivo con inevitabili ripercussioni a livello di introspezione oltre che nelle abilità comunicative
- ✓ "Inappropriatezza evolutiva": ovvero il **ritardo nello sviluppo individuale**
- ✓ "Mascheramento psicosociale": ovvero la **presenza e/o assenza** di peculiari **influenze interpersonali, culturali e ambientali ed esperienziali** [digiuno esperienziale]

Complessità fenomenologica dei disturbi psichiatrici nelle PcA e nelle PCD

- ✓ “**Sovra-ombratura diagnostica**”: in altre parole **non si sa di quello che si osserva** che cosa fa da ombra a che cosa fra sintomi psichiatrici e sintomi core dell'autismo e/o della DI, inclusa la presenza di sintomi atipici di difficile collocazione nosografica

Modelli di riferimento per la psicopatologia

- ✓ Modello **bio-psico-sociale** di George Libman Engel (1913-1999):

“ogni condizione di salute o di malattia è la conseguenza dell’interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali”

(Science, 1977)

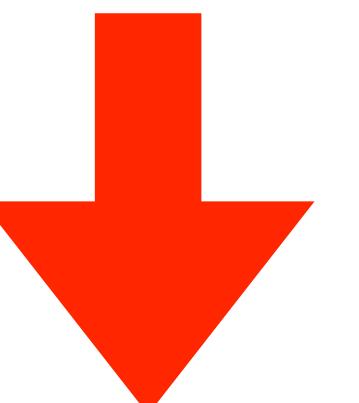


Il modello bio-psico-sociale postula che gli aspetti biologici, psicologici e sociologici dell’intervento siano **interdipendenti**, e ognuno di essi deve essere esplorato, valutato e trattato al fine di fornire alla persona la cura ottimale.

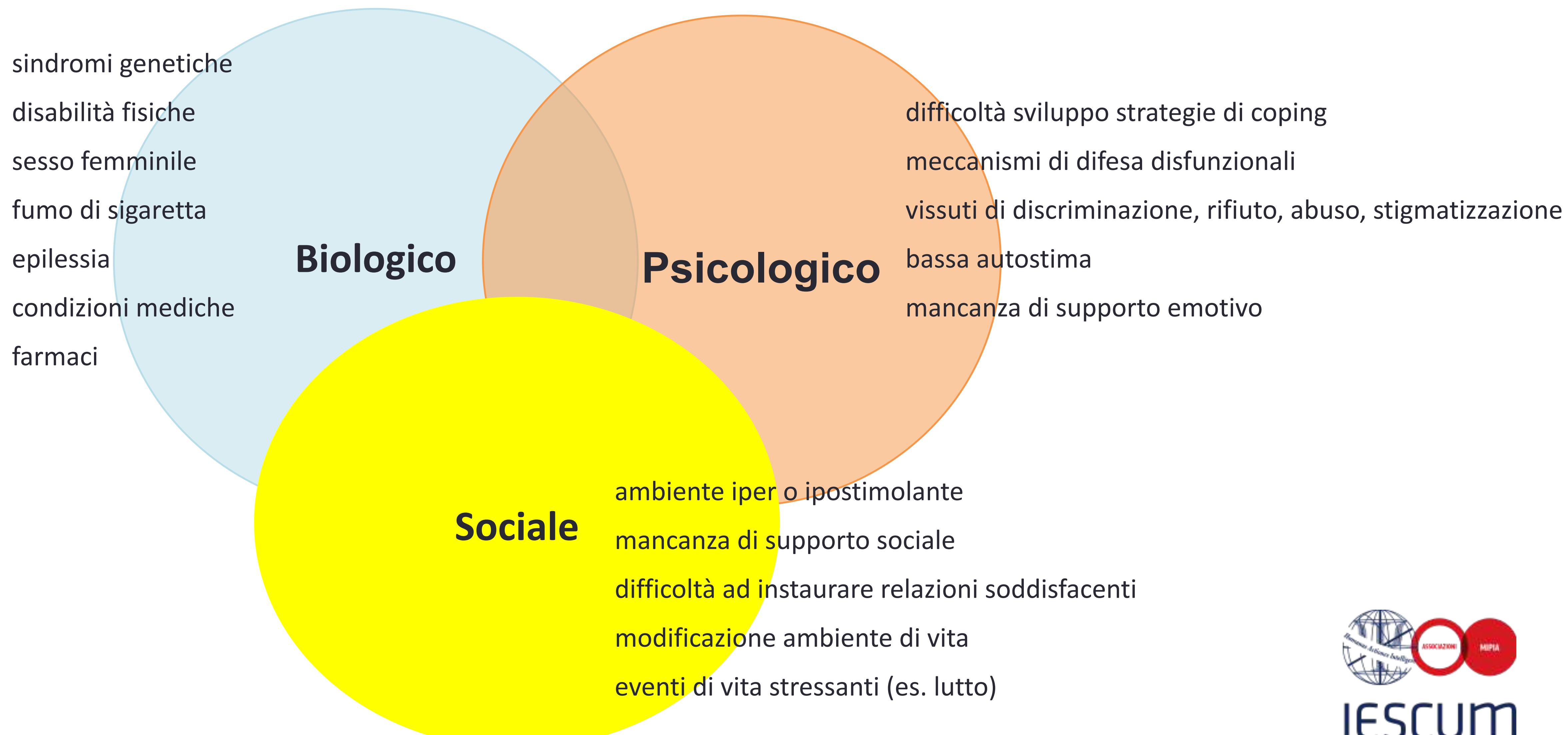
Modello Stress-Vulnerabilità per la malattia mentale

Il modello "stress-vulnerabilità" è un modello esplicativo della patogenesi dei disturbi mentali, secondo il quale in alcune persone **l'effetto combinato della vulnerabilità genetica e di fattori stressanti supera la soglia individuale di adattamento bio-psico-sociale** e favorisce la comparsa dei sintomi del disturbo

(Lieberman, 1999)



Fattori di rischio/vulnerabilità



Il modello bio-medico

Il modello biomedico **ha origini piuttosto antiche**: si sviluppa [intorno al XVI secolo]. Possiamo individuare un pilastro portante su cui si fonda questo modo di intendere l'essere umano e la sua salute.

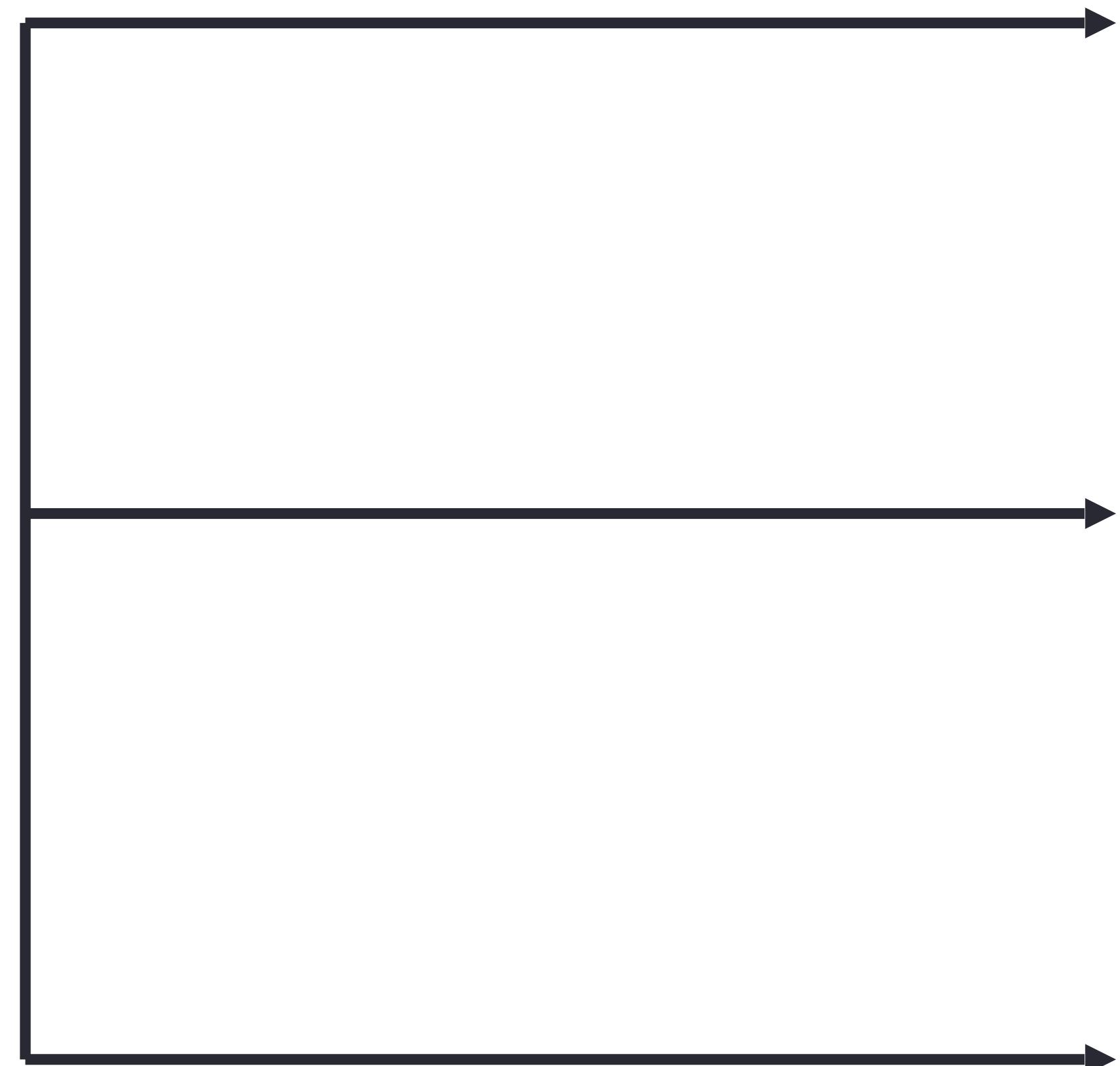
Il modello biomedico si rifà al **riduzionismo**: qualsiasi fenomeno complesso si può scomporre in problemi minori e più semplici che possono in ogni caso essere **spiegati dalla biologia molecolare e dalla chimica**.

Il modello bio-medico [in particolare delle **infezioni**] riamane il **modello più potente espresso dalla medicina** all'**inizio del 900**

Il modello bio-medico

Diagnosi:

Meningite



Eziologia:

Infezione batterica delle meningi

Sintomi presentati:

Febbre elevata, coma..

**Previsione del trattamento
corretto:**

Antibiotici

Il modello bio-medico

Diversamente dal modello biopsicosociale, nel **modello biomedico** i processi biologici sono separati da quelli psicosociali e sono gli unici responsabili della genesi della malattia

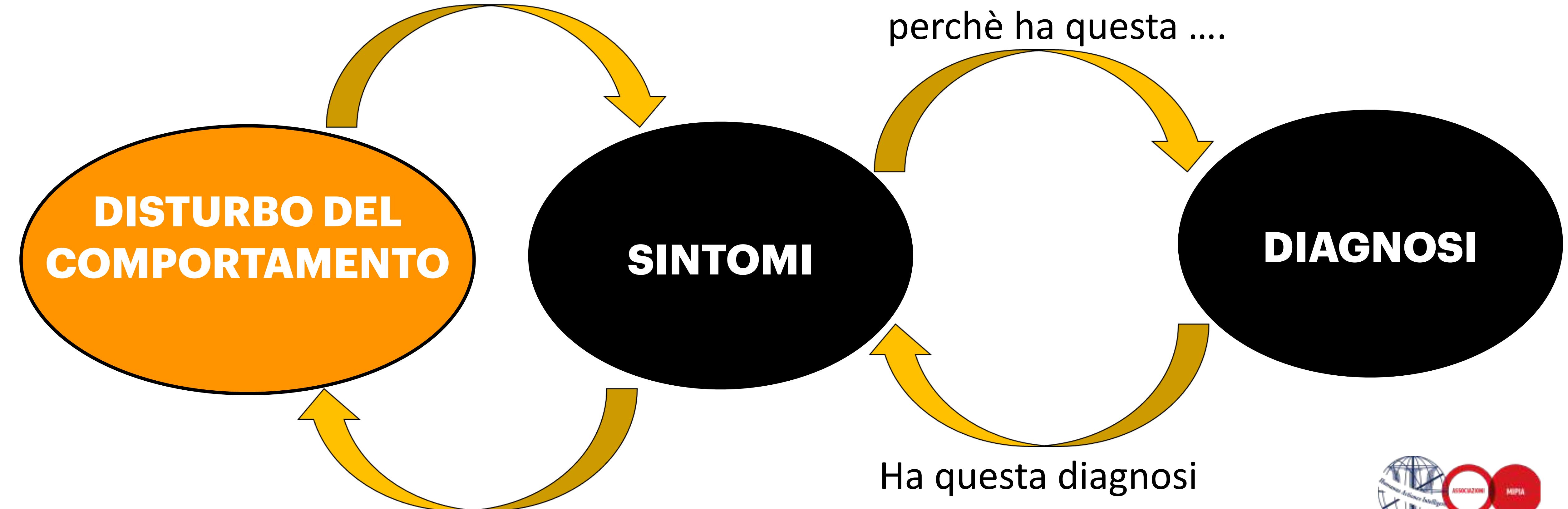
Si tratta di un **modello meccanicistico di causalità lineare** praticamente **impermeabile all'ambiente**: il corpo è come una macchina e la malattia è un guasto che risiede al suo interno

Esistono **cause** identificabili e fisicalizzabili [**all'interno dell'organismo**] che hanno effetti patogeni

Al centro di tutto ci sono gli **stati** e gli **agenti patogeni**

Il modello biomedico è stato talmente forte che ha esercito **un'attrazione importante anche nell'ambito della psicologia** e molti modelli interpretativi si basano su questo modello che è definito **strutturalista**

Il modello bio-medico per aggredire i disturbi del comportamento



Nonostante tutto il modello bio-medico ...

Nonostante il modello biopsicosociale sia senza dubbio più complesso nel cogliere e valorizzare la multidimensionalità di una patologia, **tuttavia** pensare ed agire secondo il **modello biomedico**, può risultare **estremamente efficiente** rifacendosi ad un modello meccanicistico dimostratosi **efficace per la cura delle malattie in fase acuta** [e le patologie croniche e recidivanti?]

Il **punto di forza del modello biomedico**, soprattutto grazie all'attuale sviluppo delle scienze e al progresso in campo della diagnostica strumentale, è quello di riuscire a **dare una diagnosi clinica ben precisa** [per quanto cerchi sempre le cause all'interno dell'organismo]

Nonostante tutto il modello bio-medico ...

Nonostante le evidenze di un mutamento culturale già avvenuto in medicina, **sul versante delle prassi il modello biomedico continua ad essere l'inquadramento dominante nel mondo occidentale**, supportato da una **versione rivisitata** che ritiene che i due modelli [biopsicosociale e biomedico] non si escludano a vicenda nei percorsi terapeutici, ma al contrario **si integrino** [Klimenko, Julliard, Lu, & Song, 2006].

C'è addirittura chi sostiene che il **modello biopsicosociale**, **dal punto di vista metodologico**, **NON** sia conforme ai criteri per essere un modello, dal momento che **i modelli sono concreti e la loro applicazione può essere misurata**, ciò è particolarmente difficile per il modello biopsicosociale [McLaren, 1998]

La stessa **poca chiarezza rispetto alle relazioni tra i tre concetti** indebolisce sensibilmente la coerenza interna del modello [Borrell-Carrió, Schuman, & M., 2004].

Nonostante tutto il modello bio-medico ...

Secondo David Pilgrim, anche l'**impianto epistemologico** del modello biopsicosociale rimane **debole** e perfino **ingenuo**, perché il modello nasce per spiegare in modo ampio l'emergere delle malattie o disabilità e **NON** può essere **considerato come una solida teoria della salute e della malattia applicabile all'intero campo della medicina** (Pilgrim, 2015).

Journal of Critical Realism (2015) 14, 2, 164-180

The Biopsychosocial Model in Health Research: Its Strengths and
Limitations for Critical Realists

David Pilgrim

University of Liverpool, UK

Le ricadute del Modello Bio-medico: "Over - medication"

È consuetudine affrontare un problema **adottando lo stesso livello di analisi** che è stato **utilizzato in fase di concettualizzazione** →SE la concettualizzazione avviene **esclusivamente** sul **versante biologico** ne consegue che anche l'intervento proposito sarà di natura biologica

Il sistema pubblico della salute britannico ha stimato (2009; 2015) che in un giorno medio in Inghilterra, tra 30.000 e 35.000 adulti con una disabilità intellettiva, autismo o entrambi stanno assumendo un antipsicotico, un antidepressivo o entrambi senza indicazioni cliniche appropriate (psicosi o disturbo affettivo/ansia). Alla maggior parte di queste persone sono prescritti psicofarmaci **per scopi comportamentali** nonostante la problematicità reale possa tranquillamente essere gestita anche con una somministrazione ridotta di farmaci o addirittura in assenza di una loro assunzione

Le ricadute del Modello Bio-medico: "Over-medication"

È stato anche rilevato che fino ad un terzo di queste persone riceve farmaci psicoattivi per la gestione di questi comportamenti, soprattutto per l'aggressività auto o etero diretta, senza che sia stato diagnosticato un disturbo psichiatrico. Due terzi dei farmaci prescritti sono antipsicotici, ma sono frequenti anche antidepressivi, antiansia, stabilizzatori dell'umore, stimolanti e antagonisti degli opioidi.

Questa elevata frequenza di prescrizioni, spesso anche multiple e ad alte dosi, riguarda tutti i Paesi del mondo e suscita grande preoccupazione, soprattutto per le scarse evidenze di efficacia, sicurezza ed impatto sulla qualità di vita.

Marco O. Bertelli e Elisa Rondini - CREA (Centro Ricerca E Ambulatori),
Fondazione San Sebastiano, Firenze



Le ricadute del Modello Bio-medico: "Over-medication"

PEDIATRICS

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Pediatrics. 2013 Nov; 132(5): 833–840.

doi: [10.1542/peds.2012-3774](https://doi.org/10.1542/peds.2012-3774)

PMCID: PMC3813388

PMID: 24144704

Psychotropic Medication Use and Polypharmacy in Children With Autism Spectrum Disorders

Donna Spencer, PhD,^a Jaclyn Marshall, MS,^b Brady Post, BA,^b Mahesh Kulakodlu, MS,^a Craig Newschaffer, PhD,^c Taylor Dennen, PhD,^b Francisca Azocar, PhD,^d and Anjali Jain, MD^{✉b}



IESCUM
ISTITUTO EUROPEO PER LO STUDIO
DEL COMPORTAMENTO UMANO
A NON PROFIT
ORGANIZATION

Modello Bio-medico & "Over-medication"

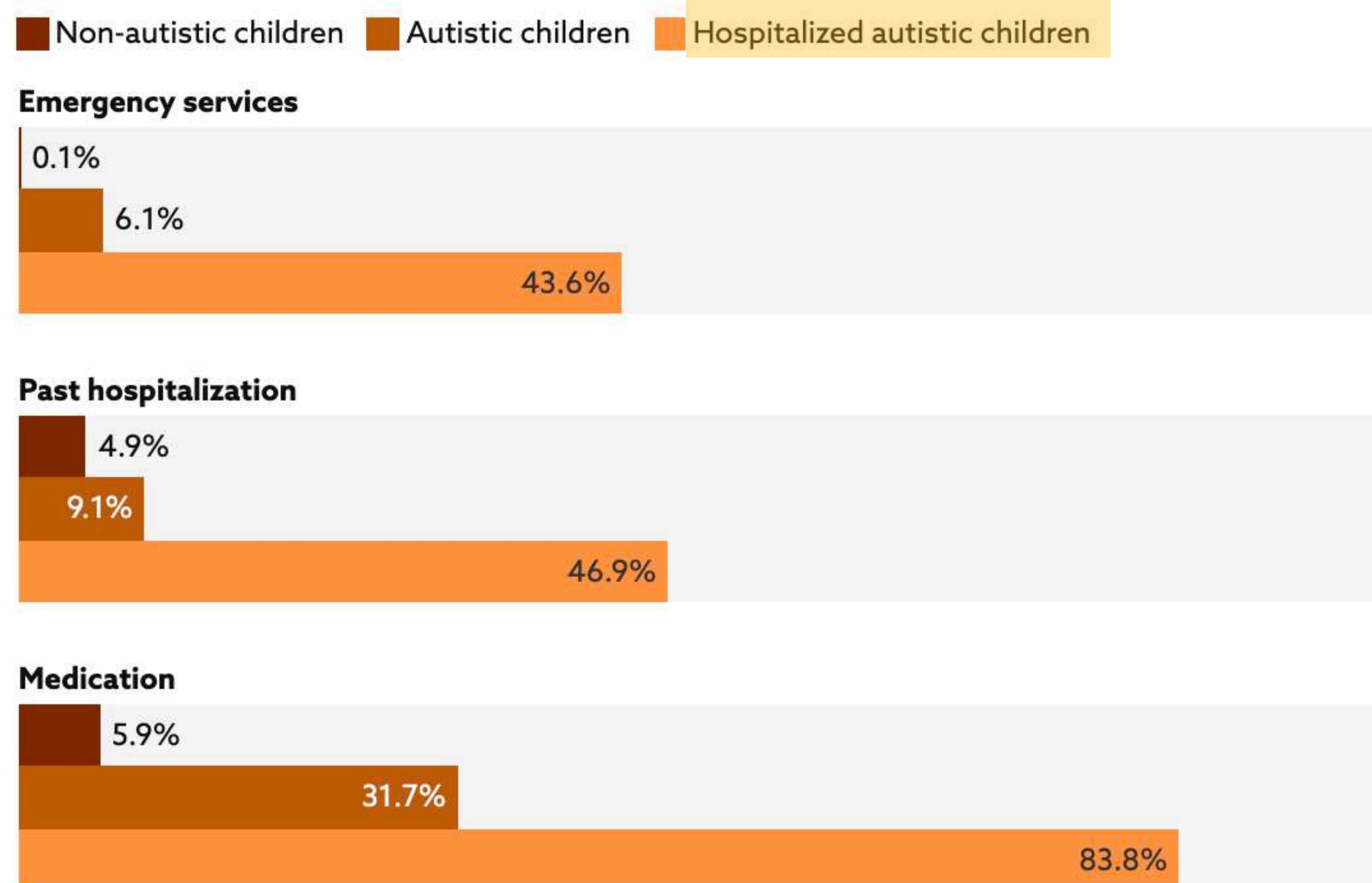
LATEST NEWS

Polypharmacy remains common for autism spectrum patients

Publish date: June 24, 2021

About 30 percent of autistic people take three or more psychotropic drugs simultaneously to manage those comorbidities, the study shows — a percentage **two times higher** than a 2013 analysis found.

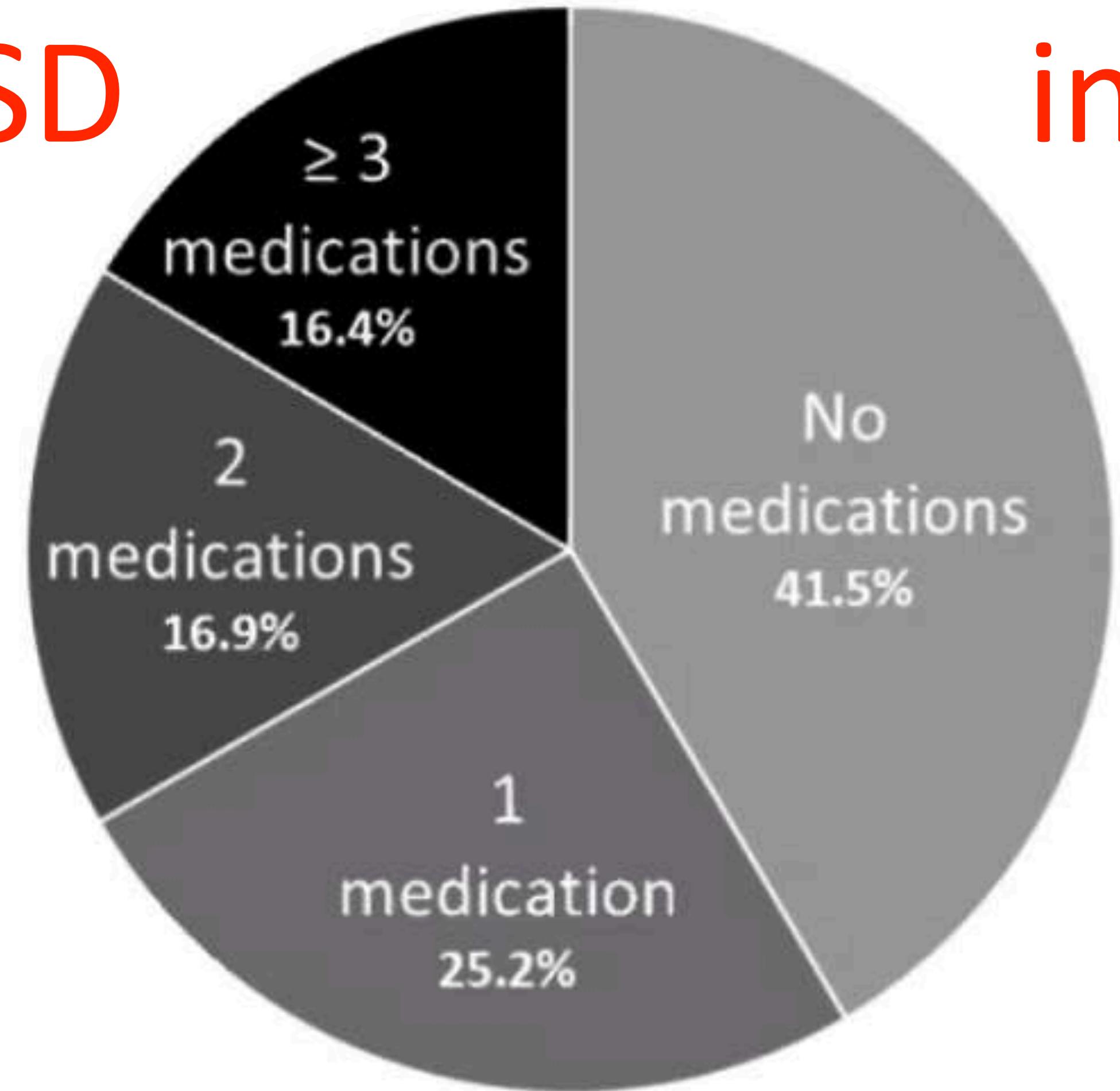
Modello Bio-medico & "Over-medication"



These data come from questionnaires filled out by the caregivers of 1,000 non-autistic children, 1,169 autistic children not currently in the hospital and 567 autistic children hospitalized at the time of assessment.

Conner, C. M., Golt, J., Shaffer, R., Righi, G., Siegel, M., & Mazefsky, C. A. (2021). Emotion dysregulation is substantially elevated in autism compared to the general population: Impact on psychiatric services. *Autism Research*, 14(1), 169-181.

Trattamenti psicofarmacologici in adolescenti e adulti con ASD in Italia



Fusar-Poli L, Brondino N, Rocchetti M, et al. Prevalence and predictors of psychotropic medication use in adolescents and adults with autism spectrum disorder in Italy: A cross-sectional study. Psychiatry Res. 2019 Jun;276:203-209.

Modello Bio-medico & "Over-medication"

Stopping over-medication of people

Received 27 February 2018
Revised 30 May 2018
Accepted 1 June 2018

with an intellectual disability, autism or both (STOMP) in England

In summary, STOMP aims to:

- Improve the quality of life of people with a learning disability, autism or both
- Make sure people only receive psychotropic medication (medicines which alter consciousness, mood or perception) for the right reasons and in the right amount
- Improve understanding of psychotropic medicines and when they should or should not be given
- Improve understanding of alternatives to medication
- Make sure that people with a learning disability, autism or both are involved in decisions about their health and treatment

Modello biomedico: un approccio stagnante



Questa scarsa considerazione ha condotto a “una serie di punti di vista stereotipati o punti ciechi ..., ovvero: accettazione acritica dell'età mentale come descrizione adeguata di una persona; nichilismo terapeutico ... associati a una considerazione quasi esclusiva della cronicità e dell'irreversibilità; e un'eccessiva enfasi sulle forme di ritardo più gravi rispetto a quelle moderate”.

Frank J. Menolascino

Modello biomedico: un approccio stagnante

A Blind Spot? Screening for Mild Intellectual Disability and Borderline Intellectual Functioning in Admitted Psychiatric Patients: Prevalence and Associations with Coercive Measures



PLOS

ONE

Published: February 2, 2017

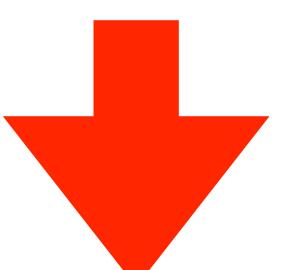
Aims

In this prospective dynamic cohort study we screened for intellectual disabilities in patients admitted to psychiatric wards, and investigated the use of coercive measures with these patients.

Psychiatry Must Admit Failure of Current System and Take New Approach, Claims Stanford Neuroscientist

June 30, 2016

- Cronicizzazione delle problematiche trattate → "Overdiagnosis"
- Incapacità di valorizzare il funzionamento adattivo della persona con DNS
- Contenere il danno e la pericolosità → Resprimere VS esprimere
- Assistere VS Abilitare
- La strada della biologizzazione/medicalizzazione della disabilità → "Overmedication"



Il contributo dell'Analisi del Comportamento

L'organismo rimane un **organismo**, da un punto di vista biologico, per anatomisti e fisiologi interessati ad analizzare la **struttura di un comportamento**, ma è una **persona** che **interagisce con l'ambiente** e **fa esperienza**, per chi invece come gli **analisti del comportamento** sono interessati ad analizzare **il significato [la funzione]** del **comportamento** in continuo divenire lungo una dimensione contestuale spazio-temporale

About Behaviorism, Chapter 11_Skinner, 1974

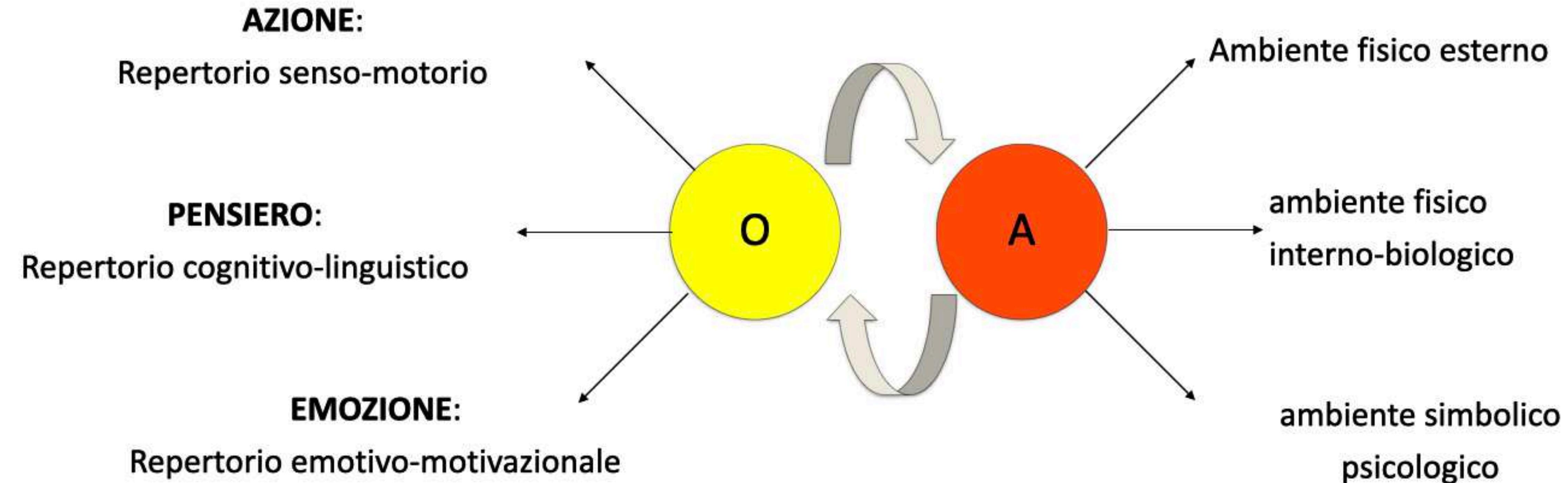
Ridurre l'analisi di un processo [O↔A] ad analisi di contenuti patologici [sintomi]

Anche se so che l'acqua è composta da due atomi di idrogeno e uno di ossigeno [**la chimica del funzionamento mentale**], il mio **modo di vivere e relazionarmi** all'acqua [**le mie interazioni**] non viene alterato da tale conoscenza [Wertheimer, 1912]

In Analisi del Comportamento parleremmo del **rifiuto radicale** della **scomposizione in "chimica"** del **funzionamento mentale/comportamentale** [tutto è **comportamento** anche la vita mentale è regolata dai medesimi principi alla base del funzionamento comportamentale]

Inoltre [**da un p.d.v funzionale**] l'acqua **non è la semplice somma di 2 atomi di idrogeno e 1 di ossigeno** [H_2O] ma può significare **la salvezza per un assetato o la fonte di ispirazione per un pittore** [**dipende dalle variabili del contesto**]

Oggetto di studio in Analisi del Comportamento



Modello «strutturale» VS «modello funzionale»

MODELLO BIO-MEDICO
Strutturale

↓
malattia psichiatrica
[quadro psicopatologico]

↓
analisi dei sintomi
bersaglio [forma]

↓
trattamento primariamente orientato
all'eliminazione dei sintomi
[prevenzione e controllo della crisi]

MODELLO
COMPORTAMENTALE
Funzionale

↓
comportamento disadattivo
disfunzionale [CP]

↓
Analisi funzionale del comp. target

↓
Modifica ambientale e
Riprogrammazione di
interazioni [O-A] funzionali

I trattamenti aderenti al «modello funzionale»

CanJPsychiatry 2012;57(10):593–600

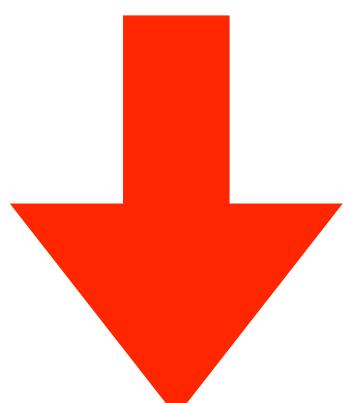
In Review

Treatment of Psychopathology in People With Intellectual and Other Disabilities

Peter Sturmey, PhD¹

¹ Professor, Department of Psychology, Queens College and The Graduate Center, City University of New York, Flushing, New York.

Correspondence: Department of Psychology, Queens College, City University of New York, Flushing, NY 11367; psturmey@gmail.com.



Objective: To review the psychosocial, pharmacological, and other treatments of psychopathology in people with intellectual disabilities (IDs), autism, and other developmental disabilities (DDs).

Method: Systematic reviews and meta-analyses of psychosocial, pharmacological, and other treatments for people with DDs are reviewed.

Results: There is strong evidence for applied behaviour analysis (ABA) and other behavioural treatments of some forms of psychopathology. There is little good evidence to support the effectiveness of cognitive-behavioural therapy, cognitive therapy, sensory interventions, and other forms of psychosocial interventions. Recently, more randomized controlled trials (RCTs) of psychopharmacology have been published, especially with people with autism spectrum disorders. Most RCTs were for externalizing behaviour problems, rather than for psychopathology. These RCTs offer only preliminary support for the effectiveness of pharmacotherapy. No evidence was found for the effectiveness of other biological treatments.

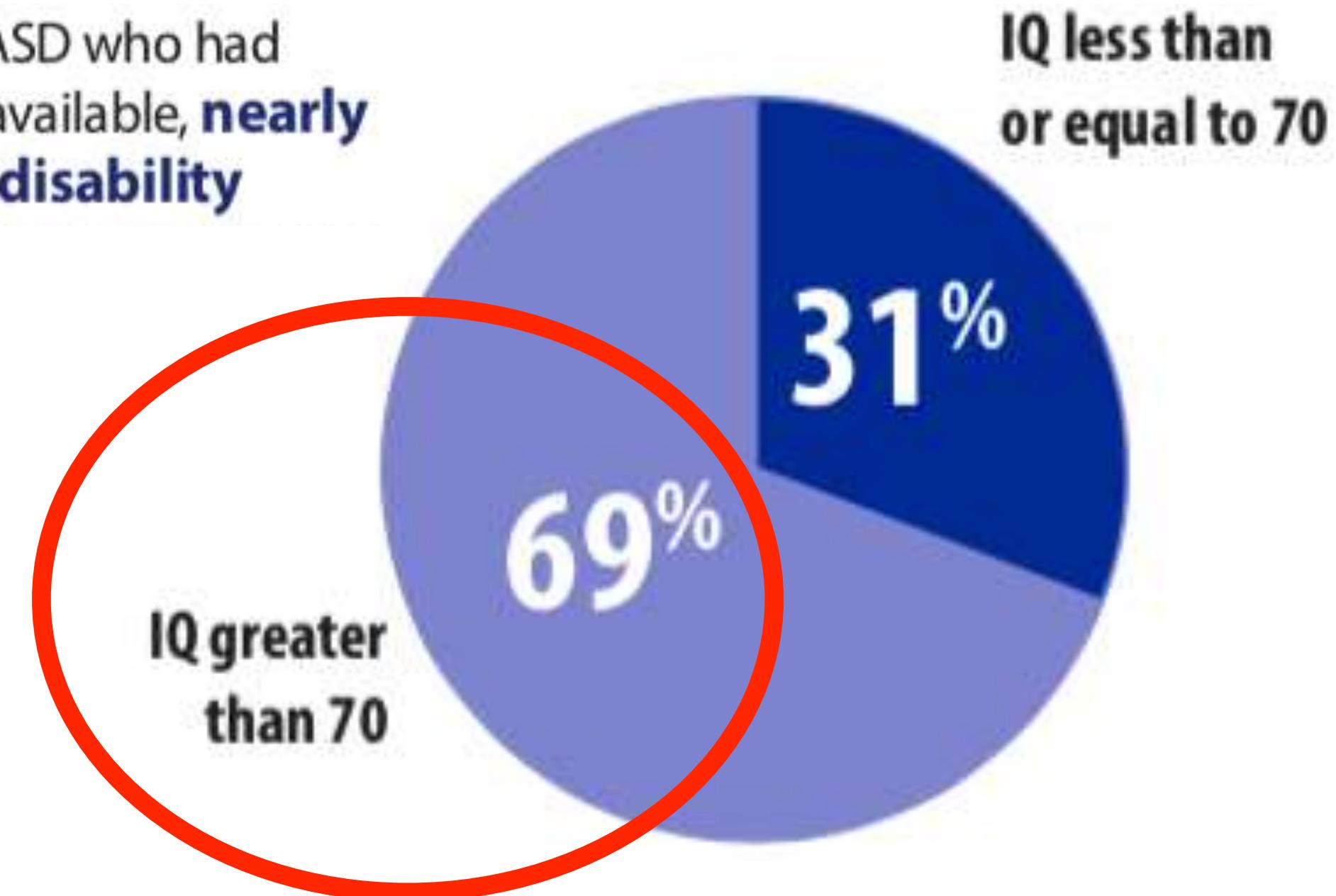
Conclusions: Current research supports the use of ABA and other behavioural interventions for some forms of psychopathology. Evidence for the effectiveness of other interventions is limited or absent.



Altre variabili degne di nota

Report del 2018 [from the Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network] Finanziato dal Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

Among children identified with ASD who had intelligence quotient (IQ) scores available, **nearly a third also had intellectual disability (IQ score ≤ 70)**.



- 31% of children with ASD have an intellectual disability (intelligence quotient [IQ] < 70), 25% are in the borderline range (IQ 71–85), and 44% have IQ scores in the average to above average range (i.e., IQ > 85).

A proposito di PcA senza DI: l'inflessibilità cognitiva come indicatore di rischio

NEWS

BY EMMA YASINSKI / 22 OCTOBER 2021

Inflexible thinking in adolescence linked to emotional, behavioral issues in adulthood



Lancet 2006; 368: 210-15

Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP)

Gillian Baird, Emily Simonoff, Andrew Pickles, Susie Chandler, Tom Loucas, David Meldrum, Tony Charman

www.thelancet.com Vol 368 July 15, 2006

Dall'inflessibilità cognitiva a quella psicologica

2017

Cognitive and psychological flexibility after a traumatic brain injury and the implications for treatment in acceptance-based therapies: A conceptual review



University of Wollongong
Research Online

Publication Details

Whiting, D. L., Deane, F. P., Simpson, G. K., McLeod, H. J. & Ciarrochi, J. (2017). Cognitive and psychological flexibility after a traumatic brain injury and the implications for treatment in acceptance-based therapies: A conceptual review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 27 (2), 263-299.

Ci sono un certo numero di sovrapposizioni tra i costrutti ["flessibilità cognitiva" e "flessibilità psicologica"]. Entrambi si manifestano nella disponibilità a cambiare il comportamento [un pensiero o un'azione] in risposta al cambiamento ambientale, con somiglianze nel substrato neurale e nei processi mentali coinvolti → I danni in entrambi mostrano una forte associazione con la **psicopatologia**.



NIH Public Access

Author Manuscript

Clin Psychol Rev. Author manuscript; available in PMC 2011 November 1.

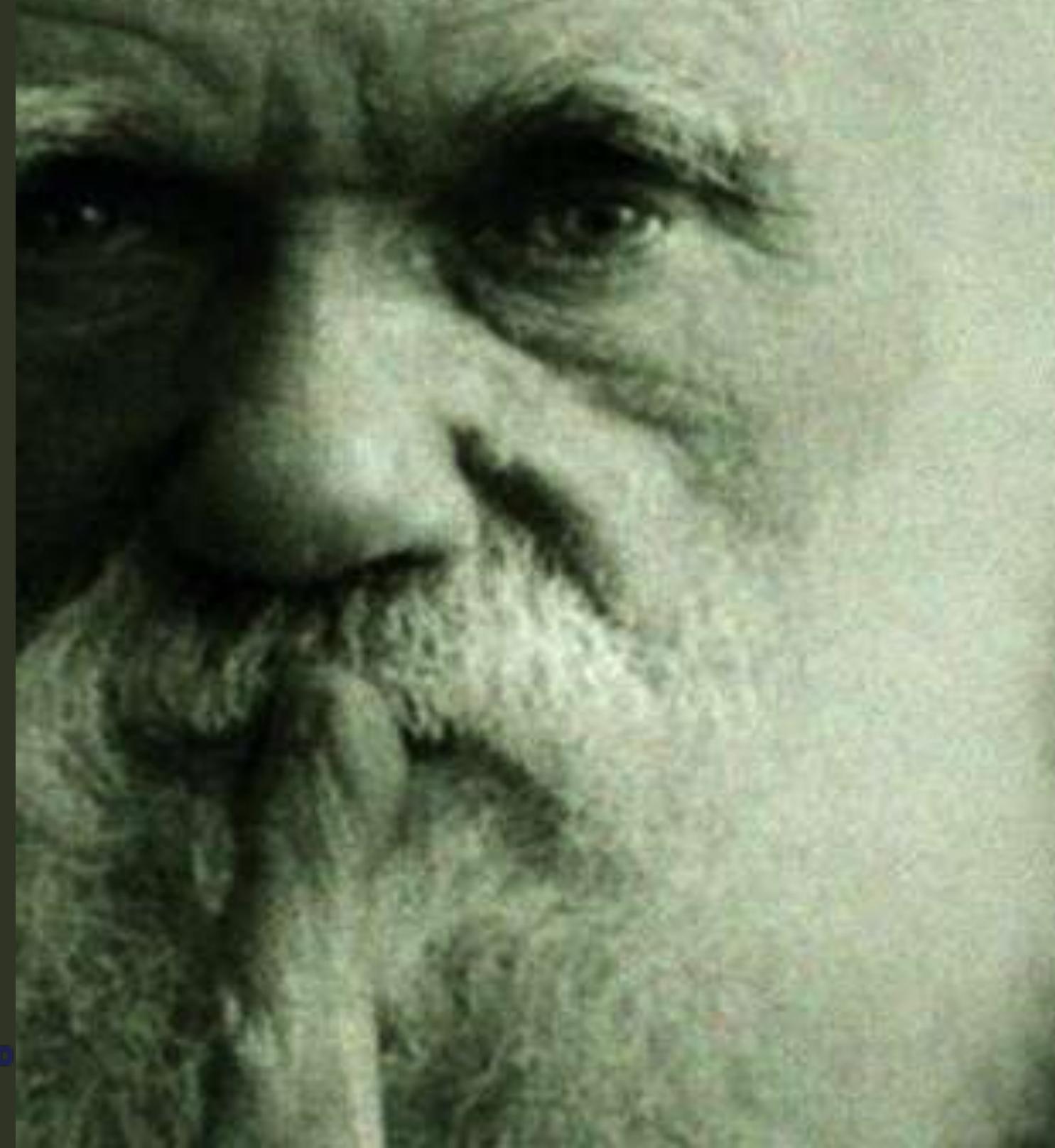
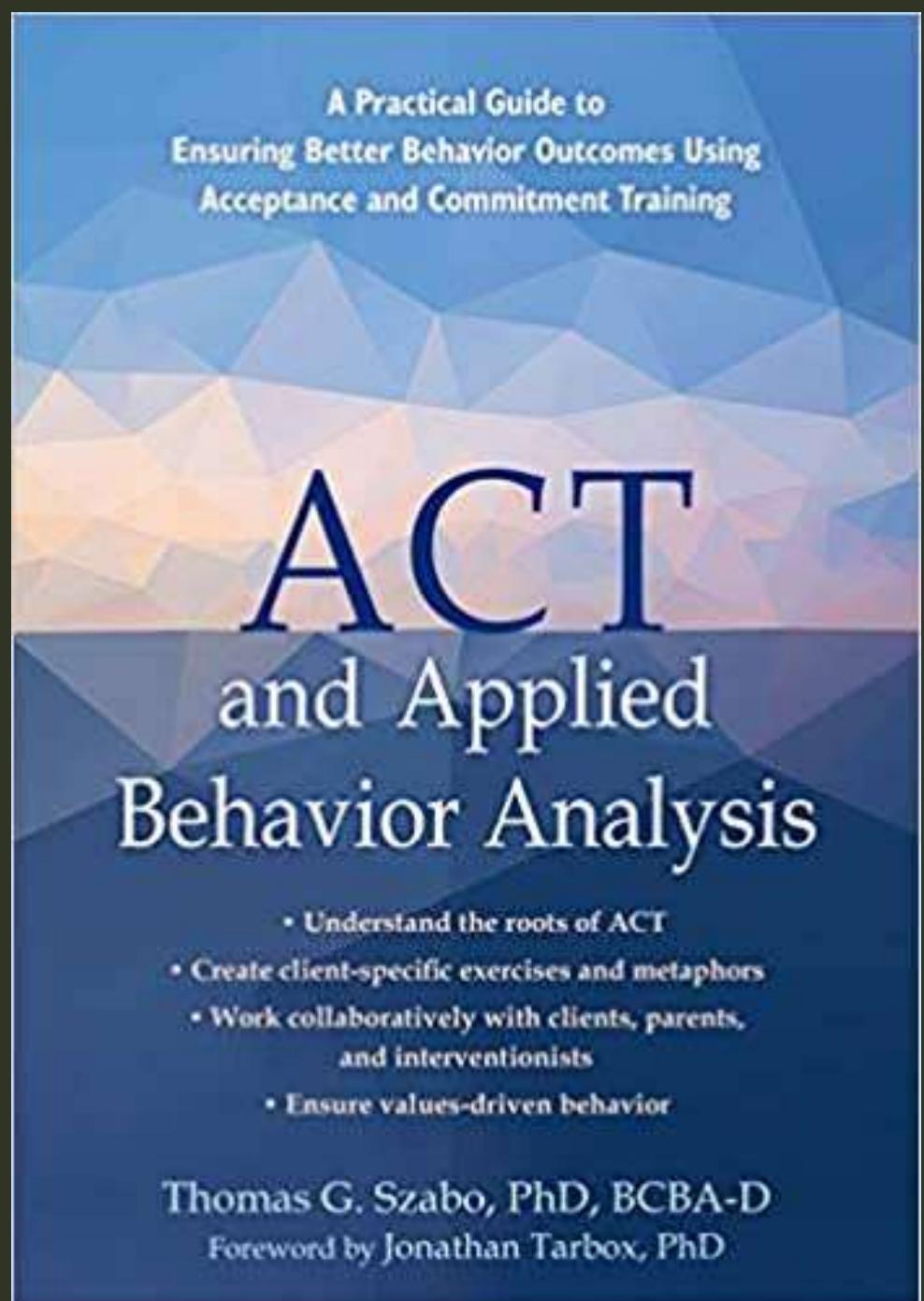
Published in final edited form as:

Clin Psychol Rev. 2010 November 1; 30(7): 865–878. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.001.

Psychological Flexibility as a Fundamental Aspect of Health

Todd B. Kashdan

George Mason University Jonathan Rottenberg University of South Florida



“It is not the strongest of the species that survives, nor the most intelligent, but the one most responsive to change.”

~Charles Darwin, 1809

Tuttavia, attenzione a non dimenticare ...

May 3, 2019

Including Severe Autism in Neuroscience Research

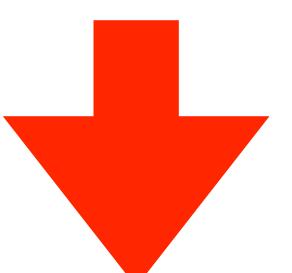
A decreasing proportion of studies include the severe end of the spectrum, which represents 30-50% of the autism population. This needs to change.

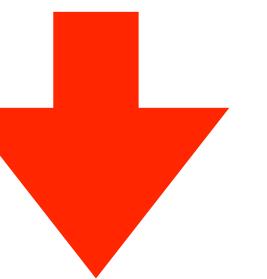
Journal of Autism and Developmental Disorders

© The Author(s) 2018

Are Children Severely Affected by Autism Spectrum Disorder Underrepresented in Treatment Studies? An Analysis of the Literature

Amy Stedman¹ · Briana Taylor² · Michael Erard² · Christine Peura² · Matthew Siegel^{1,2,3,4}





one-third of people with autism have a ‘severe’ form of the condition: They often have intellectual disability, little or no speech and trouble regulating their emotions. It’s not unusual for children with severe autism to become so unstable that they need to be hospitalized; 11 percent of children on the spectrum are admitted to a psychiatric hospital at least once before adulthood, mainly for aggression, self-injury or extreme tantrums, and the risk increases with age. Compared with neurotypical children, they are far more likely to require psychiatric hospitalization and are among the most challenging children for hospitals to handle.



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ



Corso

La Diagnosi delle co-occorrenze psicopatologiche nel disturbo dello spettro autistico a basso funzionamento e nella disabilità intellettiva

16-17 aprile 2020

Viale Regina Elena, 299
Istituto Superiore di Sanità
Roma
Aula Marotta

organizzato da

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Servizio di Coordinamento e supporto alla Ricerca

con

Società Italiana di Psichiatria e World Psychiatric Association

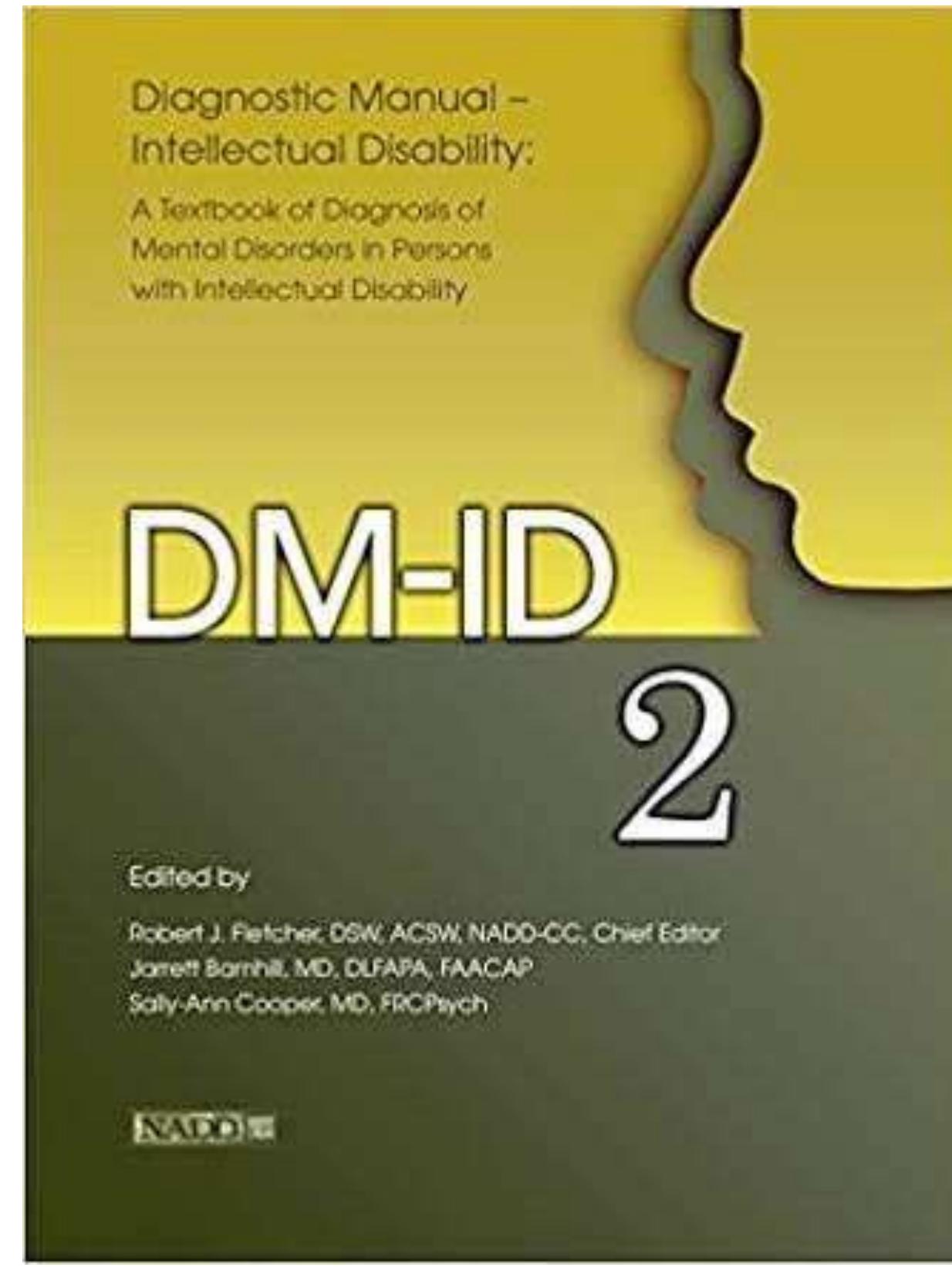
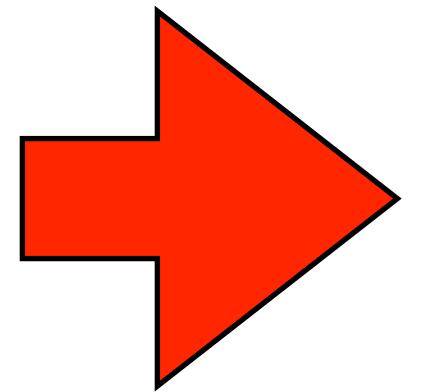
Corso di Alta Formazione “Diagnosi delle co- occorrenze psicopatologiche nel disturbo dello spettro autistico a basso funzionamento e nella disabilità intellettiva”

Limiti degli strumenti classici [DSM, ICD] per la diagnosi psichiatrica nelle persone con DNS

Costruiti per [sulle] le persone a **sviluppo neurotipico**

Molti dei criteri per la diagnosi si basano sui racconti dei vissuti della persona
[sintomi esperiti di natura soggettiva]

Principali sistemi di classificazione diagnostica per la Psicopatologia nei DNS



Diagnostic Manual–Intellectual Disability

[DM-ID2; 2016]

- ✓ Adattamento del DSM-5
- ✓ Costruito per facilitare il processo della diagnosi psichiatrica nelle persone con DNS
- ✓ Si fonda sul **Modello del Consenso di Esperti**
- ✓ Prevede la definizione della maggior parte delle categorie diagnostiche previste nel DSM 5
- ✓ È orientato a un approccio "Empirically-based" nell'identificare specifici disturbi nei soggetti con DI
- ✓ Contiene informazioni su **come differenziare i problemi di comportamento dai disturbi psichiatrici**
- ✓ Da informazioni sulla **differente manifestazione** dei disturbi psichiatrici nei **soggetti con compromissione da lieve a moderata VS grave e profonda**

A.Cinque o più dei seguenti sintomi sono stati presenti durante un periodo di almeno 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al funzionamento precedente. Almeno uno dei sintomi è o (1) umore depresso o (2) perdita di interesse o piacere.

Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come indicato dal riscontro soggettivo o dall'osservazione fatta da altri.

Nota: nei bambini e negli adolescenti, può esserci umore irritabile.

(2) Marcato calo di interesse o piacere in tutte, o quasi, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come indicato dal resoconto soggettivo o dall'osservazione fatta da altri).

A. **Quattro o più sintomi** sono stati presenti durante lo stesso periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al funzionamento precedente. Almeno uno dei sintomi è o (1) umore depresso o (2) perdita di interesse o piacere o (3) **irritabile**

(1) umore depresso o **irritabile** per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come indicato dal rapporto soggettivo o dall'osservazione fatta da altri.

Nota: Nella PwID, l'umore depresso può essere descritto da altri in uno o più dei seguenti modi, che costituiscono un cambiamento rispetto a quanto osservato di solito in questa persona: espressione facciale triste, assenza di espressione emotiva, raramente sorride o ride, piange o appare lacrimoso.

Nota: Gli osservatori possono descrivere l'irritabilità della PwID come: apparire scontrosi o avere un'espressione facciale arrabbiata, avere l'inizio di (o l'aumento di) **comportamenti agitati** (aggressioni, comportamenti autolesionistici, sputare, urlare, imprecare **comportamenti distruttivi** o dirompenti) accompagnati da rabbia.

Nota: Nelle persone con un PDD o PwID con alti tassi al basale di stereotipie e o comportamenti ritualistici o ripetitivi, questi possono anche mostrare un aumento quando la persona è in uno stato di irritabilità.

(2) **Nessun adattamento.**

Nota: Gli osservatori possono riferire che la PwID: rifiuta le attività preferite, appare ritirato, passa troppo tempo da solo (più tempo di prima), partecipa ma non mostra segni di benessere, diventa aggressivo in risposta alla richiesta di partecipare ad attività che gli piacevano, **ha perso la risposta ai rinforzi**, trova eventi o oggetti precedentemente motivanti non più motivanti, evita le attività sociali, aggredisce o diventa agitato quando gli viene richiesto di partecipare ad attività sociali che una volta gli piacevano.

Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped [DASH – II; 2002]

DASH-II

Diagnostic
Assesment for the
Severely
Handicapped

Versione italiana a cura di Gian Paolo Guaraldi, Ciro Ruggerini, Vittoria Neviani, Stefania Vicini



Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped [DASH – II; 2002]

La scala consente di operare Diagnosi all'interno di **8 categorie diagnostiche** del DSM III-R e **5 Aree** di **Disturbi del Comportamento**

- 1) Ansia
- 2) Depressione
- 3) Mania
- 4) Disturbo Pervasivo dello Sviluppo-
Autismo
- 5) Disturbo da Movimenti Stereotipati
- 6) Schizofrenia
- 7) Disturbo del controllo degli impulsi
- 8) Deterioramento
 - 1) Comportamenti Autolesivi
 - 2) Controllo degli sfinteri
 - 3) Condotta Alimentare
 - 4) Sonno
 - 5) Comportamento Sessuale

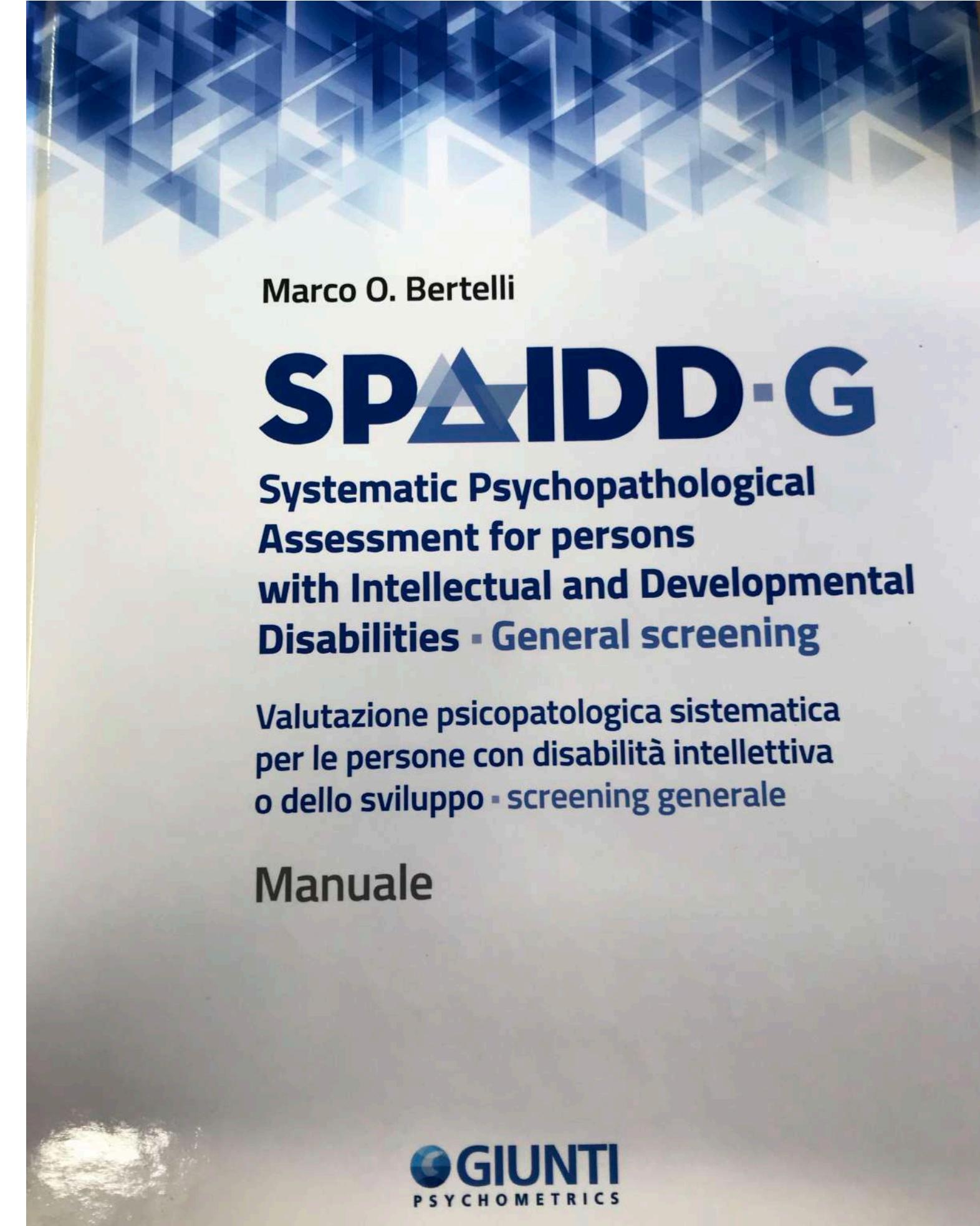
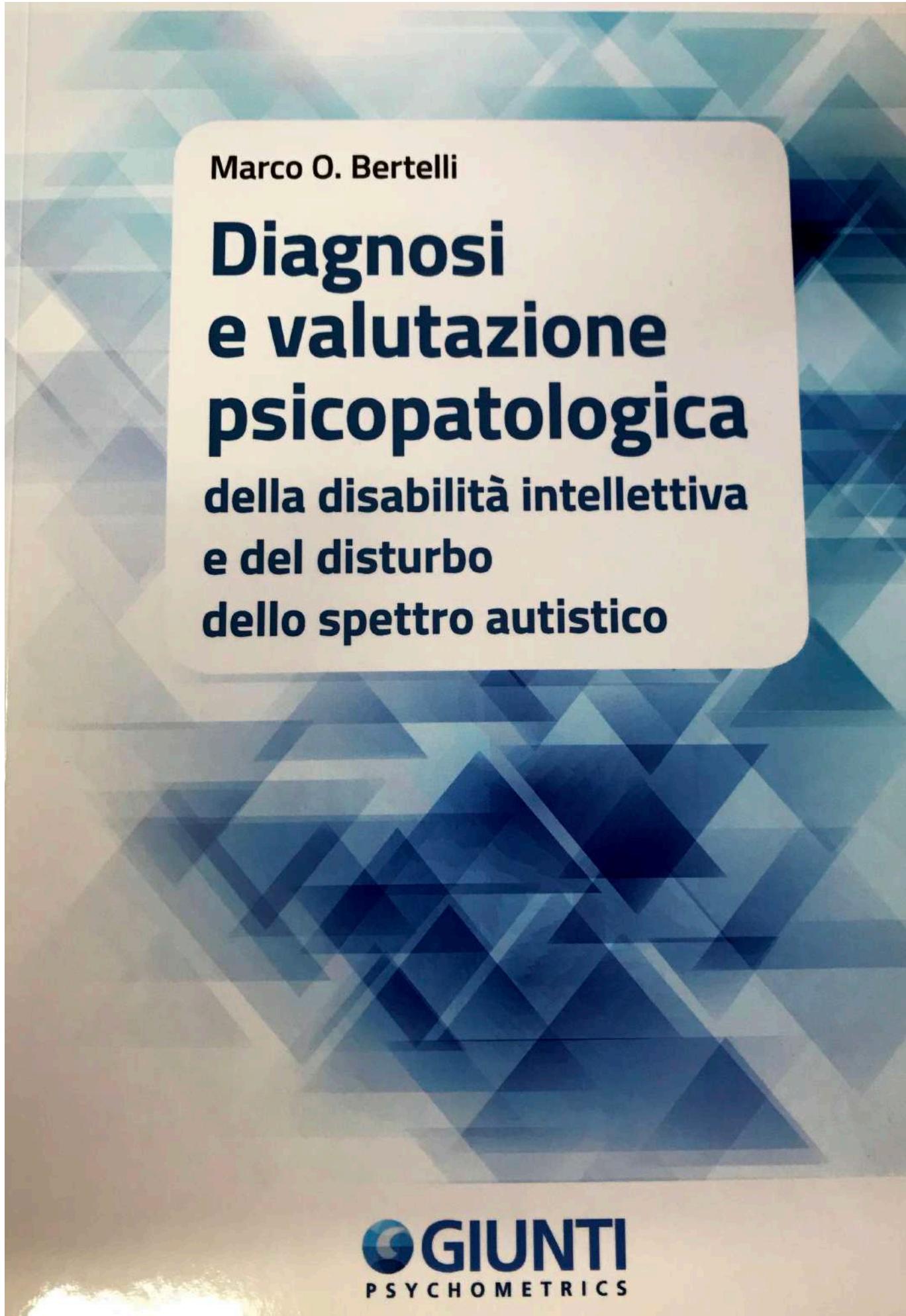
Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped [DASH – II; 2002]

La scala (84 items) è basata su un'intervista ad un "**informant**", persona che fa parte dello staff che si occupa della persona **da almeno sei mesi**.

Gli item richiedono che la presenza di un comportamento sia stimata a partire da 3 parametri:

1. **Frequenza**, si riferisce al numero di volte che un sintomo si è presentato nelle ultime 2 settimane.
2. **Durata**, si riferisce al tempo in cui il sintomo/comportamento è stato presente negli ultimi 12 o più mesi.
3. **Severità**, si riferisce all'impatto quotidiano sul contesto di vita del comportamento problematico nelle ultime due settimane.

Strumento Psichiatrico x l'Adulto con Disabilità dello Sviluppo Intellettivo [SPAID; 2010]



Strumento Psichiatrico x l'Adulto con Disabilità dello Sviluppo Intellettivo [SPAID; 2010]

Il progetto SPAIDD è nato in risposta all'esigenza scientifica di:

- A. conoscere più **approfonditamente** il **problema della comorbidità psichiatrica nella DI**
- B. fornire alle varie professionalità operanti uno **strumento** per la valutazione psicopatologica **che avesse:**
 - i. sensibilità e validità
 - ii. Indipendenza dal tipo di compilatore (attendibilità interosservatori)
 - iii. Rapidità di somministrazione e di calcolo dei risultati
 - iv. Un tempo ridotto di addestramento all'utilizzo

Indicatori contenuti negli item dello SPAIDD

Indicatori comportamentali (azioni osservabili)

Indicatori neurovegetativi (funzioni fisiologiche come: sonno, appetito, ecc...)

Indicatori emozionali (mimica facciale osservabile e riferibile a specifici stati d'animo come: tristezza, preoccupazione, felicità, ecc...)

Altri sistemi di classificazione diagnostica per la Psicopatologia nei DNS

PIMRA

Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults

PASS-ADD

Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disabilities Checklist

VAP-H

Valutazione degli Aspetti Psicopatologici nell'Handicap

Limiti dei sistemi di classificazione diagnostica per la Psicopatologia nei DNS

Ad oggi non esiste un "**gold standard**" per gli strumenti di screening nell'ambito della salute mentale in soggetti con DI

Le scale attualmente disponibili sono in grado di **allertare** rispetto ad una generica **vulnerabilità psichiatrica** **MA NON** si sono mostrate ancora affidabili nel rilevare **specifici** disturbi psichiatrici

Elevata **variabilità dei dati** circa la prevalenza di psicopatologia in relazione ai criteri diagnostici adottati dai vari strumenti

Affidabilità delle fonti di informazione

A proposito di affidabilità delle fonti di informazione ...

► Quando la fonte di informazione è la PcA e/o DI:

- scarse abilità d'espressione verbale dei propri vissuti
- Una certa tendenza all'acquiescenza [per storia di apprendimento] e alla desiderabilità sociale
- Una certa peculiarità nella gamma esperienziale (es. eventi stressogeni idiosincratici)
- “distorsione cognitiva” e conseguente difficoltà generalizzata della capacità d'introspezione

A proposito di affidabilità delle fonti di informazione ...

- ▶ Quando la fonte di informazione sono i caregivers
- ▶ I familiari sono spesso in difficoltà nel rispondere a domande volte a rilevare la presenza di un ulteriore disturbo del funzionamento mentale
- ▶ Gli operatori di prima linea, sia assistenziali che socio-sanitari, faticano a discriminare i comportamenti osservati sia da un punto di vista funzionale che in base ad un presumibile significato patologico.
- ▶ Le cartelle cliniche e le altre documentazioni d'archivio sono spesso lacunose ed inesatte.

A proposito di affidabilità delle fonti di informazione ...

- ▶ Quando la fonte di informazione sono i Clinici:
- ▶ Sovra-ombratura diagnostica tra DI e disturbi psichiatrici
- ▶ Difficoltà per i clinici a distinguere tra sintomi psichiatrici e alterazioni comportamentali o modalità espressive proprie della DI (fenotipi comportamentali come l'autismo)
- ▶ Il diverso funzionamento psichico della persona con Autismo e/o DI può determinare modalità di presentazione delle condizioni psichiatriche sostanzialmente diverse
- ▶ Il deficit cognitivo può inibire alcuni sintomi o pattern sintomatologici ed esasperarne altri rendendo i quadri psicopatologici confusi o sfumati (la sintomatologia può essere caotica, intermittente, fluttuante, atipica, mascherata, mista, scarsamente definita o estremamente rigida)

Comportamenti Problema e Psicopatologia: alcune riflessioni degne di approfondimento

Esistono differenze fra quei comportamenti che solitamente definiamo "**challenging behaviour**" e quella complessa costellazione di risposte che chiamiamo "**quadri psicopatologici**"?

Se esistono **relazioni** quali possiamo evidenziare?

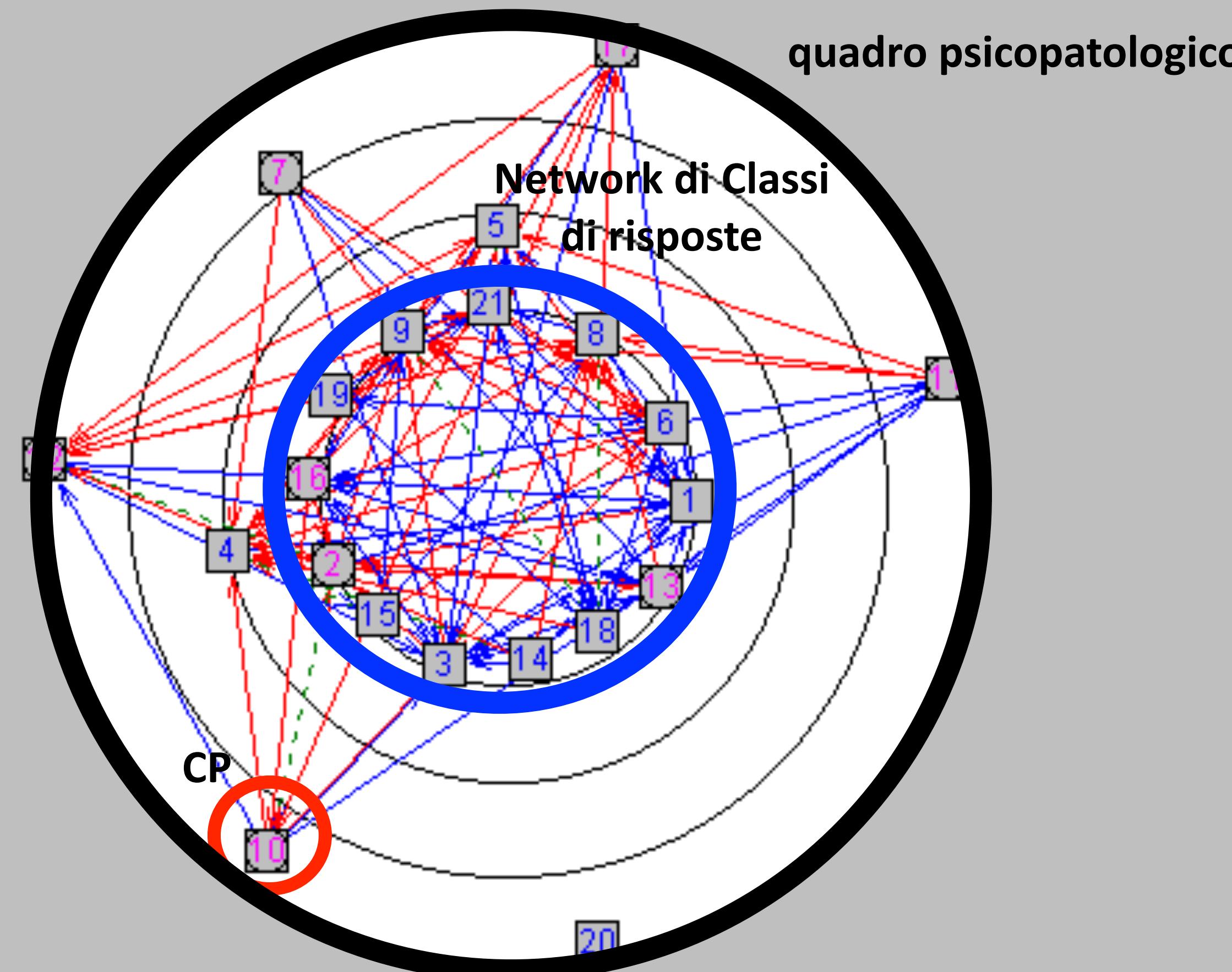
La persona con Disturbi del NeuroSviluppo **soffre di disturbi psicopatologici**?

“Noi oggi assumiamo del tutto naturale riflettere, come in questo caso, sulla psicopatologia e sui rapporti con i challenging behavior, vale però la pena di ricordare che c'è stato un periodo, non troppo lontano peraltro, in cui si assumeva che in tutte le condizioni di disabilità intellettiva, e quindi anche l'autismo low functioning, questa condizione era assente. La disabilità intellettiva veniva infatti vista come una condizione che preservava dalla sofferenza mentale” [Sovner, 1983]

Comportamenti Problema e Psicopatologia: Esploriamo le differenze

- ✓ In generale, i quadri psicopatologici rappresentano per l'appunto un **quadro articolato** (e spesso tipico) **di risposte**.
- ✓ I quadri psicopatologici si configurano pertanto come **più complessi**, **sia** dal punto di vista dei **comportamenti coinvolti sia** dei **sistemi interessati** (motorio, cognitivo, autonomico, affettivo, endocrino-metabolico, immunitario...).
- ✓ Il "challenging behaviour" ha in genere una **topografia più semplice**, è spesso **un singolo comportamento** (colpire con un pugno, graffiare, urlare...) che si accompagna ad alcuni altri in termini di co-occorrenza o di **catena comportamentale**. ("catene maladattive")

A proposito di complessità nella manifestazione comportamentale



Comportamenti Problema e Psicopatologia:

Esploriamo le differenze

- ✓ Le psicopatologie in genere hanno un **grado di durata ed estensione maggiore...**
- ✓ La persona **convive stabilmente con alcune problematiche** [condizione di tratto e non di stato] che, di norma, **NON** rappresentano **un'interferenza intermittente** come spesso accade per i "challenging behavior"
- ✓ Una differenza riguarda il carattere **maggiormente "puntiforme**, dal punto di vista temporale, dei comportamenti problema rispetto a quelle complesse costellazioni di risposte che sono i comportamenti che inquadriamo come psicopatologie.
- ✓ La PcA manifesta il suo comportamento sfidante che, per quanto importante e drammatico possa essere, **NON** necessariamente è il **modo di essere di questa persona**.

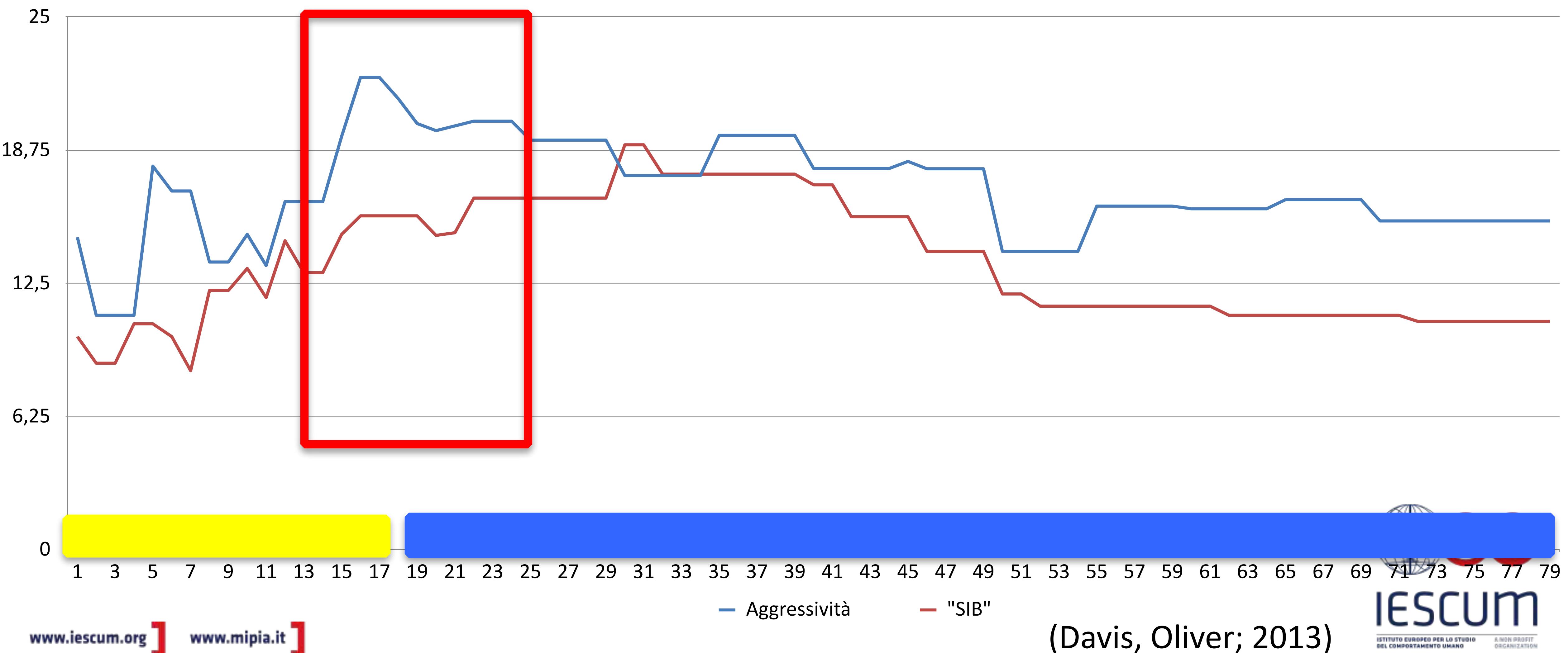
Comportamenti Problema e Psicopatologia:

Esploriamo le differenze

- ✓ Forse è proprio quella **dimensione così pervasiva dal punto di vista temporale** del loro modo di comportarsi, e quindi di essere, che ingenera, anche nel senso comune, il fatto che abbiano qualcosa "**dentro**" qualcosa che li renda diversi, una malattia che condiziona globalmente il loro modo di essere nel mondo
- ✓ Il Tale comportamento rappresenta una **rottura**, con un suo ordinario modo di comportarsi.
- ✓ La rappresentazione che ci facciamo di queste persone è pertanto quella di individui con precise caratteristiche di funzionamento che **periodicamente**, in modo più o meno frequente, generano una serie di comportamenti che inducono negli ambienti di vita ansia, preoccupazione, paura.



Come si distribuiscono i Comportamenti Problema nel corso della traiettoria evolutiva



Comportamenti Problema e Psicopatologia: Esploriamo le differenze

- ✓ Le psicopatologie rispetto ai "**challenging behavior**" sembrano mostrare, una **minor sensibilità agli aspetti contestuali** [maggiore resistenza ai tentativi di modificazione ambientale].
- ✓ Appaiono **controllati e mantenuti da taluni eventi ambientali SOLO** al presentarsi di determinate **condizioni di vulnerabilità** [ambiente interno-biologico] che spesso **NON** sono sotto il nostro controllo [variabili fisiologiche, come ad esempio particolari effetti prodotti dalla farmacologia psicotrope, dolore, malattie, allergie]
- ✓ In questo senso l'**Analisi Funzionale**, nelle sue forme tradizionali [Iwata, 1982, 1994] rischia di non produrre alcun esito soddisfacente nelle psicopatologie, diversamente da quanto accade per i "**Challenging Behavior**" → Occorrono strategiche modificazioni idiosincratiche
- ✓ Dalla "**classificazione funzionale**" [quale funzione?] al "**controllo funzionale**" delle variabili

30 anni di Analisi Funzionale Sperimentale

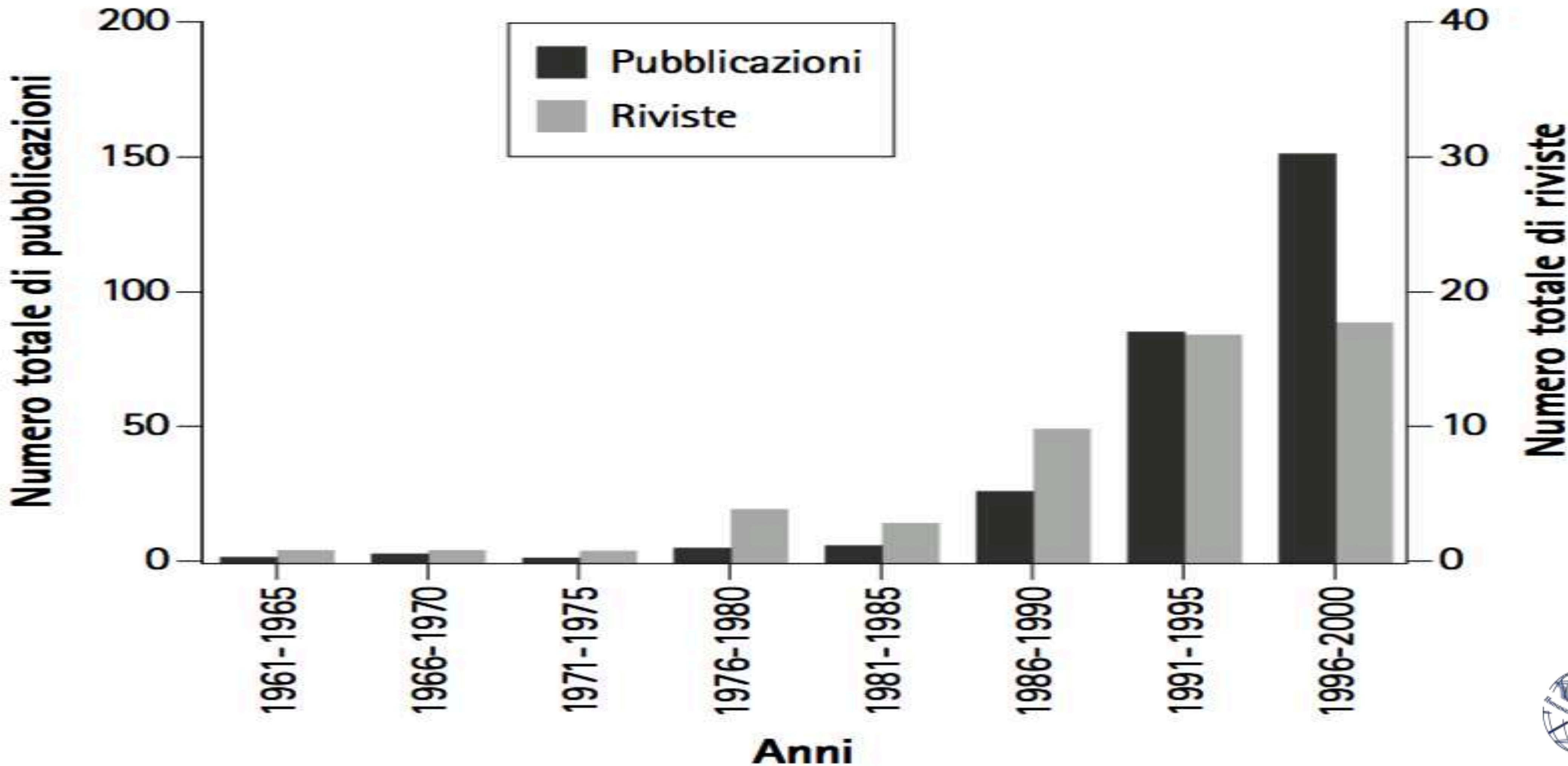


Figure 1. Cumulative number of publications and total number of publishing journals across intervals of 5 years. Data from 1961 to 2000 were obtained from Hanley et al. (2003).

Screening for Anxiety and Depression in the Context of Challenging Behavior

By Emma Wilkinson, BA
and Kristin V. Christodulu, PhD
University at Albany Center for
Autism and Related Disabilities

Challenging behavior is common among individuals with autism spectrum disorder (ASD). Challenging behavior includes tantrums, self-injurious behavior, noncompliance, and aggression, especially when they occur with heightened intensity or frequency (Machalicek et al., 2016). In addition, anxiety and depression occur at high rates among autistic individuals (Gotham et al., 2015). Though often overlooked, anxiety and depression may contribute to the pre-

Failing to identify mental health problems in the context of challenging behavior may result in ineffective treatment and negatively affect long-term functioning.

Research indicates a relationship between mental health problems and challenging behavior among autistic individuals. Associations between anxiety and challenging behavior have been observed across a range of ages and cognitive abilities (Bitsika & Sharpley, 2016; Cervantes et al., 2013; Rzepecka et al., 2011; Moskowitz et al., 2013). Anxiety has also been linked to specific challenging behaviors, including aggression (Ambler et al., 2015; Hill et al., 2014) and self-injury (Oliver et



al., 2017; Soke et al., 2017). Challenging behavior may also indicate underlying depression. Autistic individuals who are depressed may display increased aggression, self-injurious behavior, and behavior problems (Baudewijns et al., 2018; Soke et al., 2017). In particular, marked changes in the frequency or intensity of challenging behavior can be an important marker of depression, particularly for individuals who do not communicate verbally (Magnuson & Constantino, 2011).

A recent study at the Center for Autism in Albany, NY suggests that disruptive behavior is a more important predictor of anxious and depressive symptoms for autistic youth than youth with similar cognitive and adaptive functioning. Youth receiving comprehensive autism diagnostic evaluations reported their anxiety, mood, and disruptive behavior symptoms. Disruptive behavior accounted for significantly more variance in anxiety and depressive symptoms among autistic youth

($n = 68$) compared to those without ASD ($n = 42$), indicating stronger associations between disruptive behavior and mental health problems within ASD. Additionally, disruptive behavior was a more important predictor than other correlates of psychopathology, including cognitive ability and self-esteem. These results, in combination with existing research, suggest anxiety and depression should be evaluated in the context of challenging behavior, particularly among autistic populations.

Due to associations between behavior problems, anxiety, and depression, autistic individuals with challenging behavior should be routinely screened for co-occurring mental health problems. Assessment of anxiety and depression can be difficult in autistic populations, therefore multi-modal (observation, questionnaires, interviews) and multi-informant (self, caregiver, teacher) assessment is recommended (Hagopian & Jennett, 2014; Moskowitz et al., 2013).

Furthermore, screening should occur regardless of the individual's age, cognitive ability, or preconceptions about the cause of the behavior. Screening for these co-occurring mental health problems can help professionals and clinicians working with autistic individuals rule out potential co-occurring issues and develop appropriate interventions.

Comportamenti Problema e Psicopatologia: Esploriamo il tipo di relazione che stabiliscono

1. I **challenging behaviour**, in particolare nei soggetti con più basso livello di funzionamento (Felce et al., 2009), ma non solo, possono rappresentare una **forma atipica** dei sintomi principali **di** un **disturbo psichiatrico** (Emerson 2001)

Per esempio **alcune forme** di **SIB** possono manifestare una **forma atipica delle compulsioni** ascrivibili al disturbo ossessivo compulsivo (King 1993, Aman 1999)



Comportamenti Problema e Psicopatologia: Esploriamo il tipo di relazione che stabiliscono

Il termine di "**equivalenti comportamentali**" fu coniato nel 1982 da Sovner ed Hurley che per primi introdussero tale concetto chiave di questa relazione:

“... **differenze di funzionamento** nell’ambito neurologico e dello sviluppo tra persone nella popolazione normale e quelle con disabilità intellettive **potrebbero significare una diversa manifestazione dei sintomi delle malattia mentale** che dovrebbero essere identificati mediante **indicatori comportamentali...**”

Gli "**equivalenti comportamentali**" possano essere considerati come il versante comportamentale di un sottostante disturbo psichiatrico

A proposito di "equivalenti comportamentali"

Journal of Intellectual Disability Research

doi: 10.1111/jir.12807

VOLUME 65 PART 3 pp 211–229 MARCH 2021

A systematic review of the behaviours associated with depression in people with severe–profound intellectual disability

C. Eaton,^{1,2}  J. Tarver,³  A. Shirazi,¹ E. Pearson,³  L. Walker,³ M. Bird,³ C. Oliver¹ 
& J. Waite³ 

1 *The Cerebra Centre for Neurodevelopmental Disorders, School of Psychology, University of Birmingham, Birmingham, UK*

2 *Department of Child Life and Health, Centre for Clinical Brain Sciences, University of Edinburgh, Edinburgh, UK*

3 *School of Life and Health Sciences, Aston University, Birmingham, UK*

Nell'articolo viene ribadito che la valutazione della depressione nelle **persone con DI da grave a profonda** è difficile, principalmente a causa dell'incapacità di riferire stati interni come l'umore, sentimenti di inutilità e/o ideazione suicidaria. **In questo tipo di popolazione si presenta inoltre comunemente irritabilità** [gli scatti d'ira e urla], **rallentamento o agitazione psicomotoria, ingestione di sostanze non edibili** [pica], **variazioni del sonno e dell'appetito, distonie neurovegetative** [come sudorazione e tachicardia] e **aggressività**, sia autodiretta che **eterodiretta** [autolesionismo] verso altre persone o oggetti [comportamenti dirompenti] → **tali comportamenti** rappresenterebbero gli "**equivalenti comportamentali**" più frequenti dei sintomi depressivi **nelle PcDI grave e profonda**

Eaton, C., Tarver, J., Shirazi, A., Pearson, E., Walker, L., Bird, M., ... & Waite, J. (2021). A systematic review of the behaviours associated with depression in people with severe–profound intellectual disability. *Journal of intellectual disability research*, 65(3), 211-229.

"Equivalenti comportamentali" sensibili alla depressione nelle PcA e DI, ma NON specifici

DSM 5

L'umore in un Episodio Depressivo Maggiore viene spesso descritto dall'individuo come depresso, triste, senza speranza, scoraggiato o "giù di corda" (**Criterio A**). In alcuni casi la tristezza può essere inizialmente negata, ma in seguito si può far emergere durante il colloquio...

Alcuni individui enfatizzano lamentele somatiche (per es., algie e dolori) piuttosto che riferire sentimenti di tristezza.

PCA e DI

Mancanza di linguaggio vocale o di qualsiasi altra forma di comunicazione
Incapacità a comunicare stati interni
Tendenza a rispondere positivamente a domande dirette per ingraziarsi ed assecondare l'interlocutore

DSM 5

La perdita di interesse o di piacere è quasi sempre presente, almeno in qualche misura. Gli individui possono riferire di **sentirsi meno interessati agli hobby**, di “non tenere a niente”, o di non provare divertimento in attività precedentemente considerate come piacevoli (**Criterio A2**). I familiari spesso notano il **ritiro sociale** o il rifiuto di occupazioni piacevoli (per es., un accanito giocatore di golf non gioca più, un bambino appassionato di calcio trova scuse per non praticarlo). In alcuni individui **si riducono significativamente i livelli precedenti** di interesse o di desiderio sessuale.

PCA e DI

Attività ed **interessi già fortemente ridotti**
Ridotte informazioni su ciò che realmente interessa e motiva la persona

Ridotta o nulla la rete sociale

Attività sessuale spesso assente o difficoltà a stabilire fluttuazioni quantitative della stessa

DSM 5

L'appetito è di solito ridotto, e molti individui sentono di doversi sforzare di mangiare. Altri, in particolare in ambiente ambulatoriale, possono avere un appetito aumentato o **ricercare cibi particolari** (per es., dolci o altri carboidrati). Quando le alterazioni dell'appetito sono gravi (in qualunque direzione) vi può essere una **perdita o un aumento di peso significativi...**

PCA e DI

Fluttuazioni dell'appetito **abbastanza comuni**

Iperselettività alimentare (che potrebbe ombreggiare la perdita dell'appetito)

Ruolo svolto dalla **terapia farmacologica** psicotrope

DSM 5

L'**insonnia** è il disturbo del sonno più comunemente associato con l'Episodio Depressivo Maggiore (**Criterio A4**). Gli individui presentano tipicamente insonnia centrale (risvegli durante la notte con difficoltà a riprendere sonno), o insonnia terminale (risveglio precoce con incapacità di riprendere sonno). Si può anche verificare insonnia iniziale (difficoltà nell'addormentamento). Meno frequentemente gli individui presentano un eccesso di sonno (ipersonnia), sotto forma di prolungamento del sonno notturno o di aumento del sonno durante il giorno.

PCA e DI

A volte c'è un'azione di **occultamento** da parte della terapia farmacologica psicotrope (**ipersonnia**)

DSM 5

Le **alterazioni psicomotorie** includono **agitazione** (per es., incapacità di stare seduti, passeggiare avanti e indietro, stropicciarsi le mani; oppure tirarsi o sfregarsi la pelle, i vestiti, o altri oggetti), oppure rallentamento (per es., eloquio, **pensiero** e movimenti del corpo rallentati; aumento delle pause prima di rispondere; **eloquio caratterizzato da riduzione in volume, inflessioni, quantità, o varietà di contenuti, o mutacismo**) (**Criterio A5**)

PCA e DI

Le **alterazioni psicomotorie** sono spesso già presenti (in termini di agitazione o rallentamento). È più complesso stimare la variazione quantitativa

Spesso **impossibilità** a **valutare alterazioni qualitative e quantitative del linguaggio e del pensiero.**

DSM 5

Deve essere presente disagio clinicamente significativo o qualche interferenza nell'ambito sociale, lavorativo o in altre importanti aree del funzionamento (**Criterio C**). Se la compromissione è grave, il soggetto può perdere la capacità di funzionare dal punto di vista sociale o lavorativo. In casi estremi, il soggetto può essere incapace di occuparsi della cura personale minima

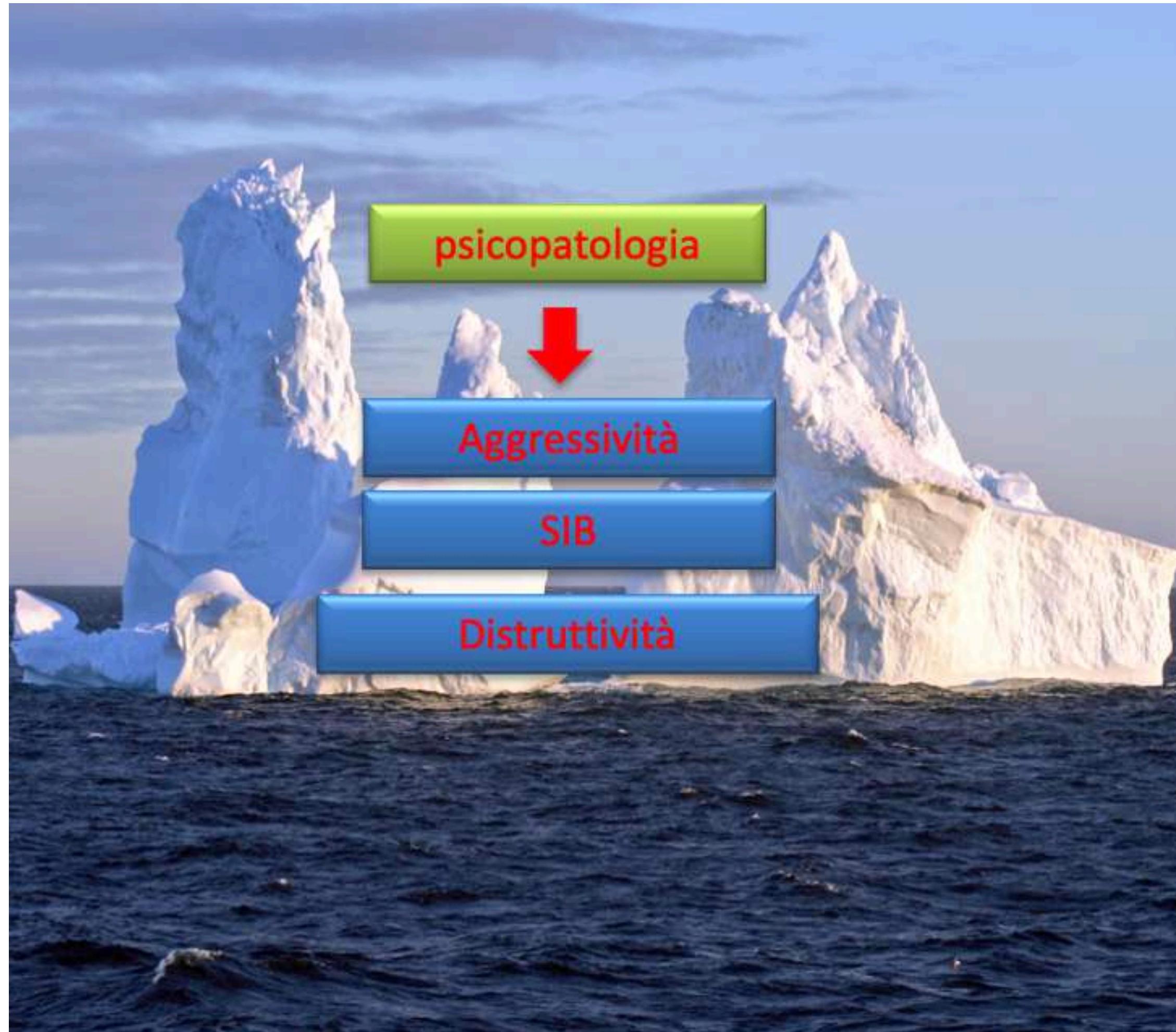
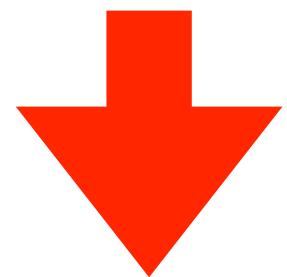
PCA e DI

Deficit sociali, lavorativi e di funzionamento come **condizione di base**

Comportamenti Problema e Psicopatologia: Esploriamo il tipo di relazione che stabiliscono

2. I challenging behaviour
possono manifestarsi
come caratteristiche
SECONDARIE dei
disturbi psichiatrici

(Hemmings C., 2006)



Comportamenti Problema e Psicopatologia: Esploriamo il tipo di relazione che stabiliscono

- I **sintomi psichiatrici cardinali** sono presenti ma "trascinano" con se altri **sintomi secondari**... l'**irritabilità** ad esempio può essere accompagnata da manifestazioni di **aggressività** in ragione delle **difficoltà cognitive, comunicative, adattative**
- In questa relazione **una problematica psichiatrica può istituire l'emissione** (MO) di un **comportamento problema** che viene inavvertitamente rinforzato e quindi trasformato in un comportamento operante (Gardner e Cole, 1990; Sigafoss et al. 2003)
- In quest'ottica la **psicopatologia** sarebbe la **base contestuale e motivazionale** che innesca l'emissione dei challenging behavior stabilendone il loro esordio

Comportamenti Problema e Psicopatologia: Esploriamo il tipo di relazione che stabiliscono

I disturbi psichiatrici **possono funzionare come basi motivazionali (MO)** per i comportamenti problema che originano dalla storia di apprendimento della persona (Emerson et al., 1999)

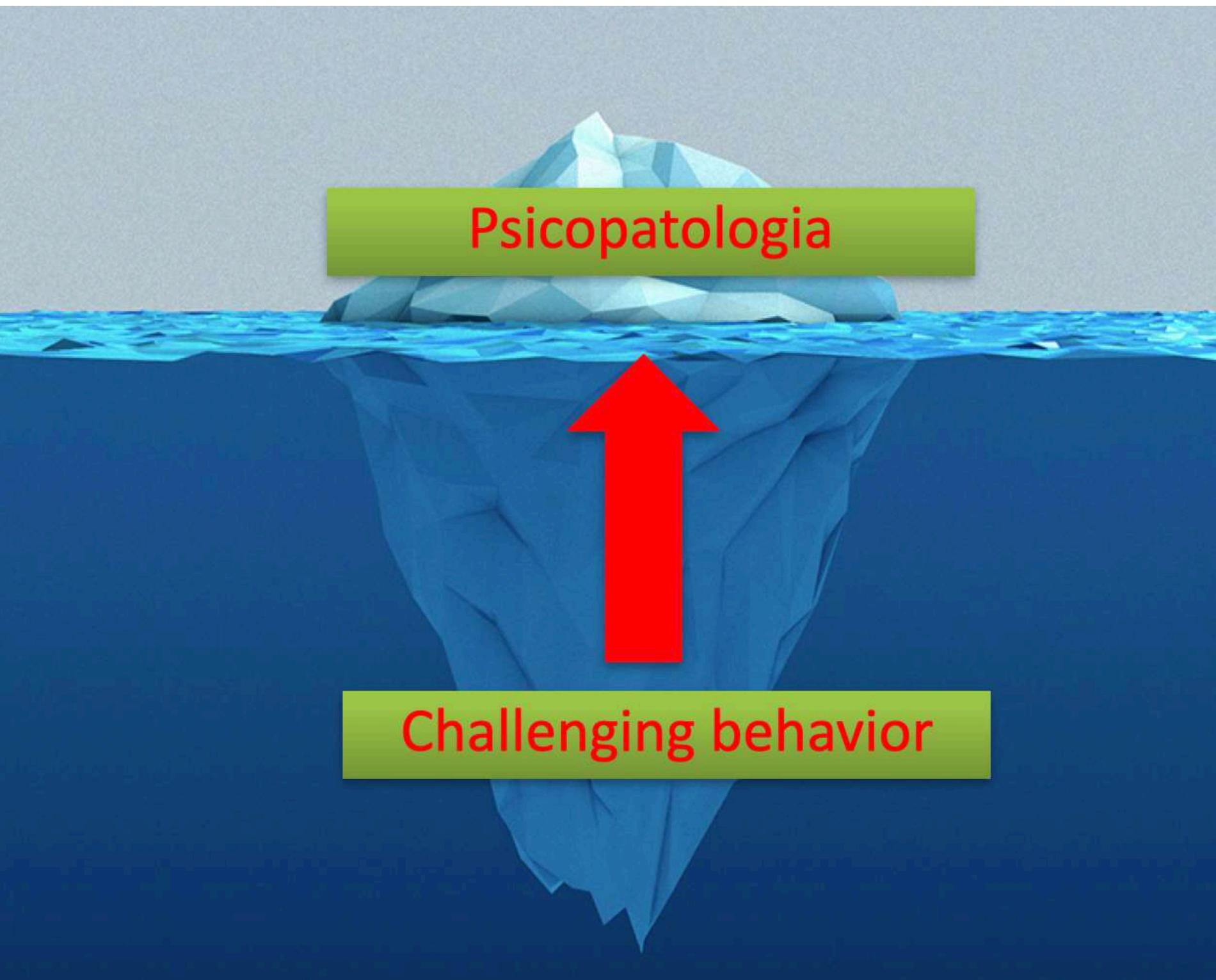
I disturbi psichiatrici agiscono in modo indiretto sul comportamento problema
"Alterano la valenza dei rinforzatori"

(Durand, 2011)



Comportamenti Problema e Psicopatologia: Esploriamo il tipo di relazione che stabiliscono

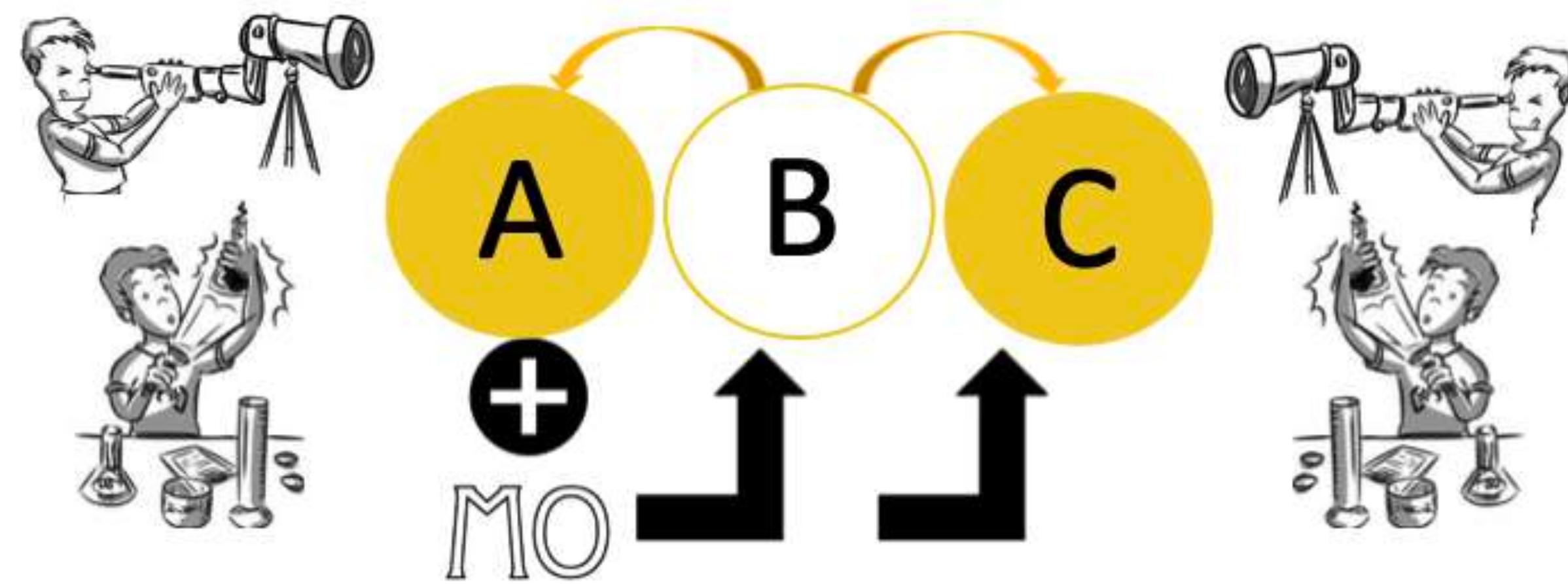
3. La psicopatologia e i challenging behaviour sono **fenomeni distinti**: la cui **direzionalità** appare inversa: i challenging behaviour **possono essere predittivi**, per lo meno di alcune forme di psicopatologia, piuttosto che il contrario (E. Ross e C. Oliver 2002)



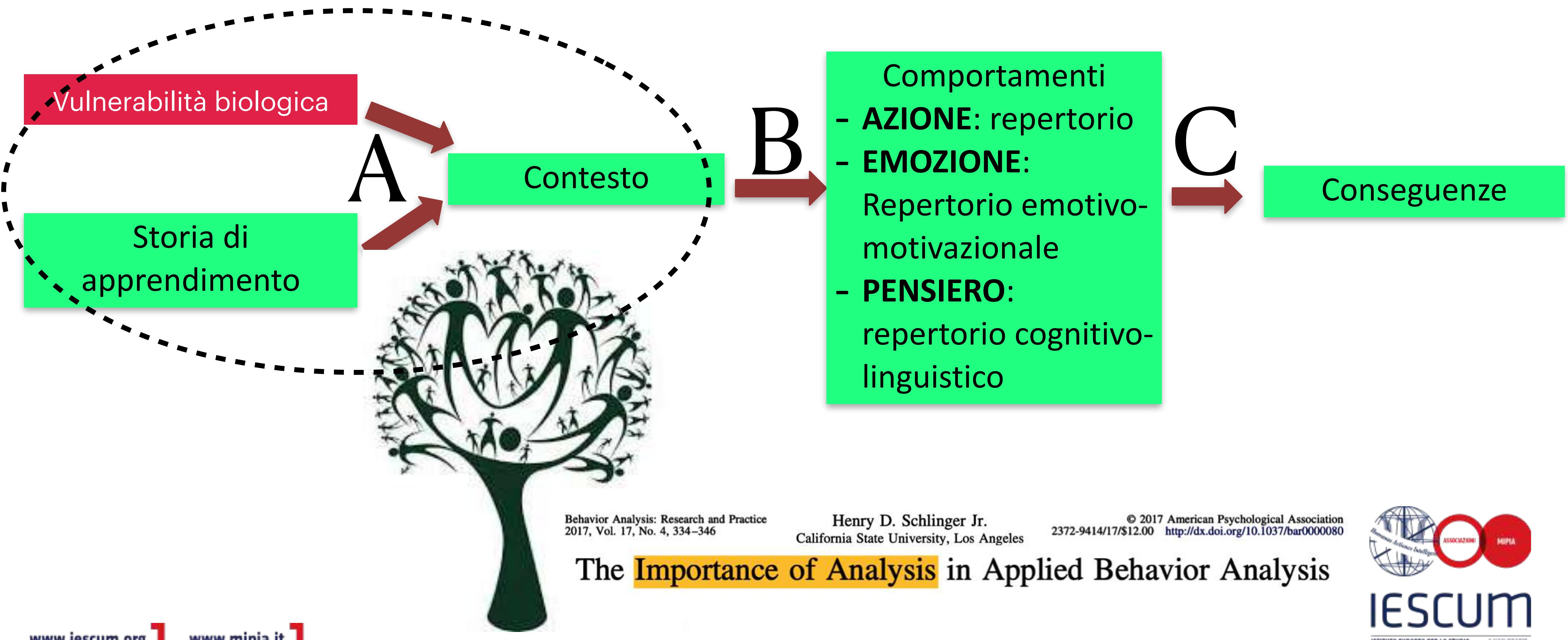
Comportamenti Problema e Psicopatologia: Esploriamo il tipo di relazione che stabiliscono

Per quanto CP e Psicopatie conservino una loro indipendenza, i principi che regolano la loro emissione e il loro mantenimento sono davvero totalmente eterogenei?

Una visione funzionalista e contestualista potrebbe in parte spiegarle entrambe; essere un denominatore comune. Potrebbe gettare ponti interpretativi tra i due fenomeni e avvicinarli considerevolmente sul piano della concettualizzazione e del trattamento



L'analisi funzionale al servizio della psicopatologia

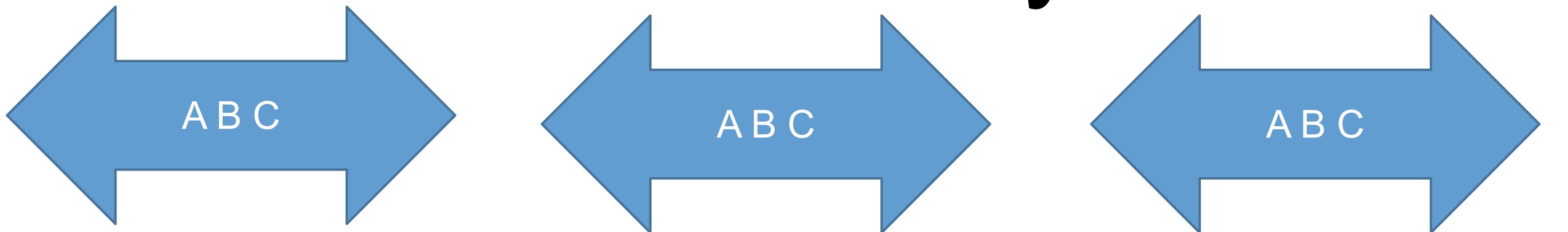


Le psicopatologie come espressione della storia di apprendimento

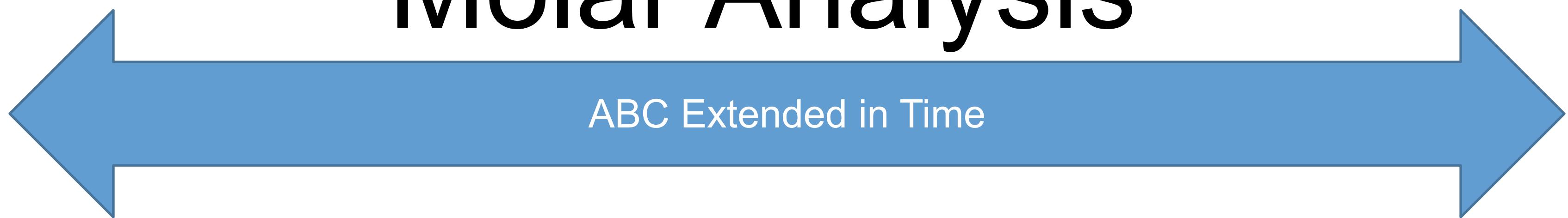
Depressione	Lewinson, 1974; Ferster, 1973; Seligman, 1975
Disturbo d'ansia	Pavlov, 1903, 1927, 1941; Eysenck 1987; Mark, 1967; Wolpe, 1958; Rachman, 1960, Mowrer, 1939, 1960
DOC	Maher, 1966; Meyer, Chesser 1970; Mower, 1939, 1960)

Psicopatologia & Analisi Funzionale: molare vs molecolare

Molecular Analysis



Molar Analysis



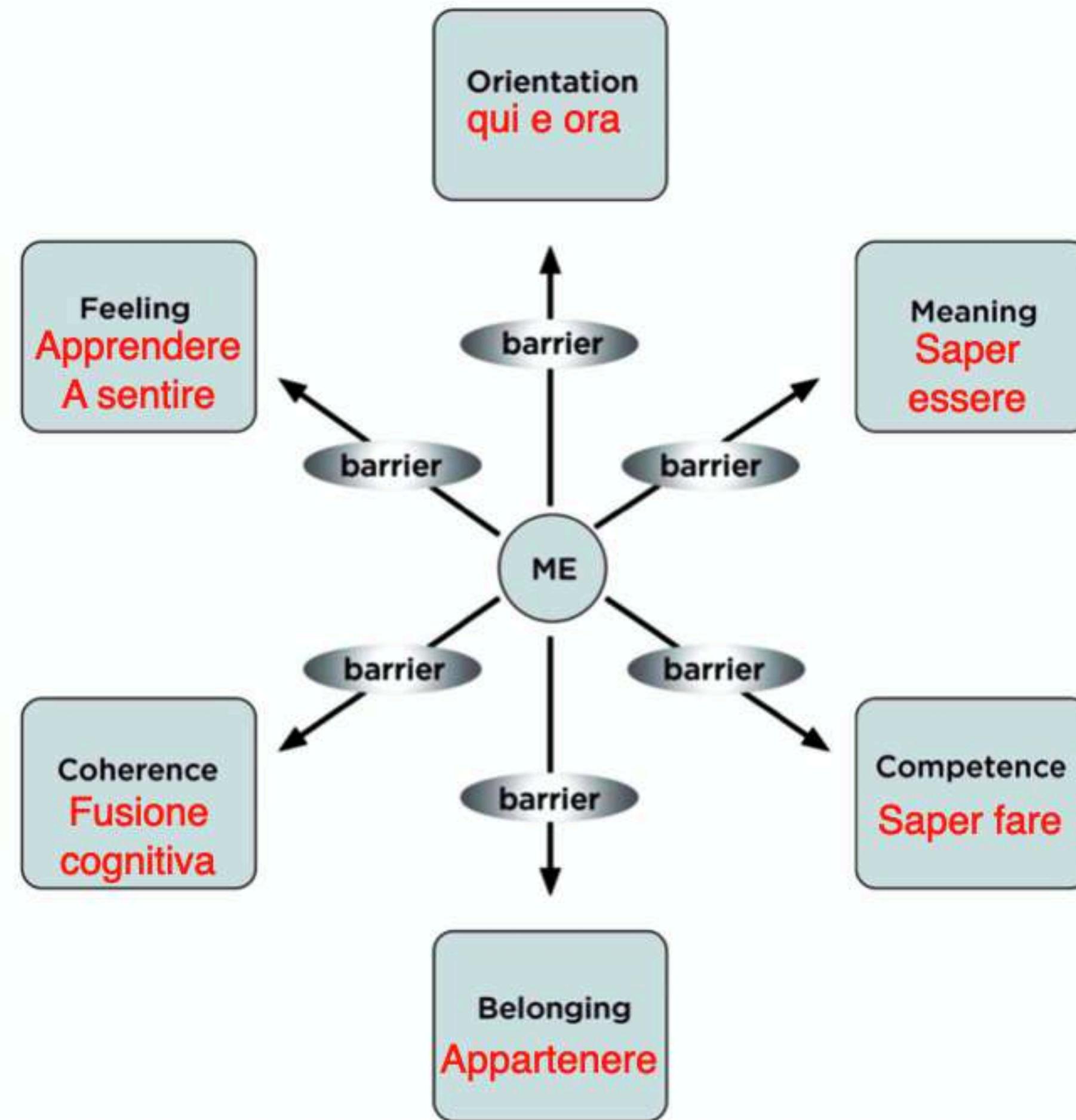
Shimp, C. P. (2020). Molecular (moment-to-moment) and molar (aggregate) analyses of behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 114(3), 394-429.

Psicopatologia & Analisi Funzionale: molare vs molecolare

La vera sfida sarà **ampliare il punto di vista** (il "livello di analisi") adottato tradizionalmente in ABA per affrontare singoli CP, includendo quelle **variabili del contesto omesse** nei modelli di AF ad oggi in vigore

Solo in questo modo potremmo concorrere a promuovere AF al servizio delle psicopatologie e, conseguentemente, **interventi sempre più allineati al funzionamento della persona nel suo contesto di vita** e sempre più **incisivi sulla Qualità di Vita** della PcA e/o DI e dell'intera comunità abilitativa

Psicopatologia & Analisi Funzionale: un utile arricchimento in chiave "molare"



Esistono **bisogni esistenziali** che appartengono alla nostra storia evolutiva e che **motivano (MO)** le **attività della specie mammiferi** [bisogni di arricchimento esperienziale ed emotivo; bisogni di orientamento nel contesto; bisogni di comprensione e di coerenza nel contesto; bisogni di partecipazione e di appartenenza; bisogni di competenza e di padronanza alla base del controllo dell'ambiente e infine bisogni di pienezza esistenziale e di autodeterminazione]

Bisogni esistenziali al servizio di processi biopsico-sociali [transdiagnostici]: «ORIENTAMENTO»

- Desiderio innato di essere orientati verso ciò che sta accadendo nel proprio ambiente: tale desiderio ha un evidente significato evolutivo intercettabile già nelle specie meno evolute [già il cervello dei rettili è cablato per promuovere l'orientamento agli stimoli e reagire di conseguenza a tale sorgente di stimolazione]
- Orientarsi nell'ambiente è la condizione necessaria per poterlo controllare

Bisogni esistenziali al servizio di processi bio-psico-sociali: «PADRONANZA»

- **Desiderio innato di essere in grado di agire in modo efficace nel proprio ambiente:** come detto in precedenza nasciamo e cresciamo come animali votati al controllo del proprio ambiente per queste ragioni sentirsi competenti è un bisogno irrinunciabile per l'essere umano

Bisogni esistenziali al servizio di processi bio-psico-sociali: «APPARTENENZA»

- **Desiderio innato di appartenenza e relazionalità:** la nostra sopravvivenza e il nostro benessere dipendono anche dalle possibilità di stabilire relazioni con gli altri → **Siamo mammiferi, ovvero animali sociali e gregari che cooperano tra loro** [per questa ragione parliamo di "cognitività sociale"]
- Il nostro bisogno di **appartenere a un gruppo e ad un contesto sociale** è dunque un'esigenza profondamente istintiva e fortemente dipendente da come ci siamo evoluti

Bisogni esistenziali al servizio di processi bio-psico-sociali: «SENTIRE»

- Desiderio innato di sentire: i mammiferi si caratterizzano per la presenza del **sistema limbico** coinvolto in prima istanza nell'elaborazione delle emozioni [del **sentire** appunto]
- Noi esseri umani [a prescindere dal livello di abilità] **desideriamo esperienze** che ci facciano sentire bene [R+] e che ci permettono di non sentirci male [R-]
→ "Experiential Avoidance" VS "Experiential Attachment"

Bisogni esistenziali al servizio di processi biopsico-sociali: «COERENZA»

- **Desiderio innato di coerenza e comprensione:** fa riferimento al nostro **funzionamento cognitivo**; la neocorteccia ci distingue da altri mammiferi e guida i processi di pensiero caratterizzati dalla **coerenza tra ciò che "pensiamo"/ "diciamo" ["Self-Rules"] e come "agiamo"** [In caso di incoerenza sperimentiamo un diffuso senso di disagio]
- **Non sempre tuttavia la coerenza è "funzionale"** a rispondere in modo adattivo al contesto [per esempio la persona che non vaccina il proprio figlio perché pensa che sia dannoso farlo è coerente, ma tale coerenza non è funzionale al contesto di evidenze ad oggi disponibili]

Bisogni esistenziali al servizio di processi bio-psico-sociali: «TROVARE UNO SCOPO»

- **Desiderio innato di significato e di scopo:** questo bisogno è strettamente legato ai "valori", intesi in Analisi del Comportamento come costruzioni verbali [regole] a sostegno degli altri bisogni evolutivi sopra descritti, capaci di regolare le nostre azioni nel tempo alimentando **direzioni rinforzanti a lungo termine**
- Qualsiasi intervento di costruzione e/o chiarificazione valoriate offre per definizione alla persona l'opportunità di percepirti/sperimentarsi **come agente causale primario** all'interno dei **processo decisionale** [transizione dal «**SAPER FARE**»→progetto abilitativo al «**SAPER ESSERE**»→progetto di vita]

A proposito di "valori" in ottica comportamentale

As Maslow pointed out, valueless-ness is “variously described as anomie, amorality, anhedonia, rootlessness, emptiness, hopelessness, the lack of something to believe in and be devoted to.” These terms all seem to refer to feelings or states of mind, but what are missing are effective reinforcers. (p. 118)

Beyond Freedom and Dignity; Skinner, 1971

Definire operazionalmente i valori: dalle direzioni biologiche alle direzioni culturali

La **definizione di MO** in termini comportamentali (Michael, Poling et coll. 2003), **NON** può spiegare quei **comportamenti motivati dal bisogno di aumentare l'arousal**, per **rompere l'equilibrio** (l'omeostasi) **anziché mantenerlo** (**deprivazione↔saziazione**): l'uomo può trascendere l'equilibrio costituito per aprirsi a nuove esperienze, per **cercare nuove direzioni** (adottando una terminologia comportamentale potremmo parlare dei valori come **direzioni rinforzanti a lungo termine**)

Definire operazionalmente i valori: «Verbal Motivating Operation»

Values may be defined behaviorally as “rules that function as verbal motivating operations that increase or decrease the effectiveness of stimuli as reinforcers or punishers, thereby supporting overt behaviors that produce those stimuli” (Tarbox, Szabo, & Aclan, 2020b, p. 3).

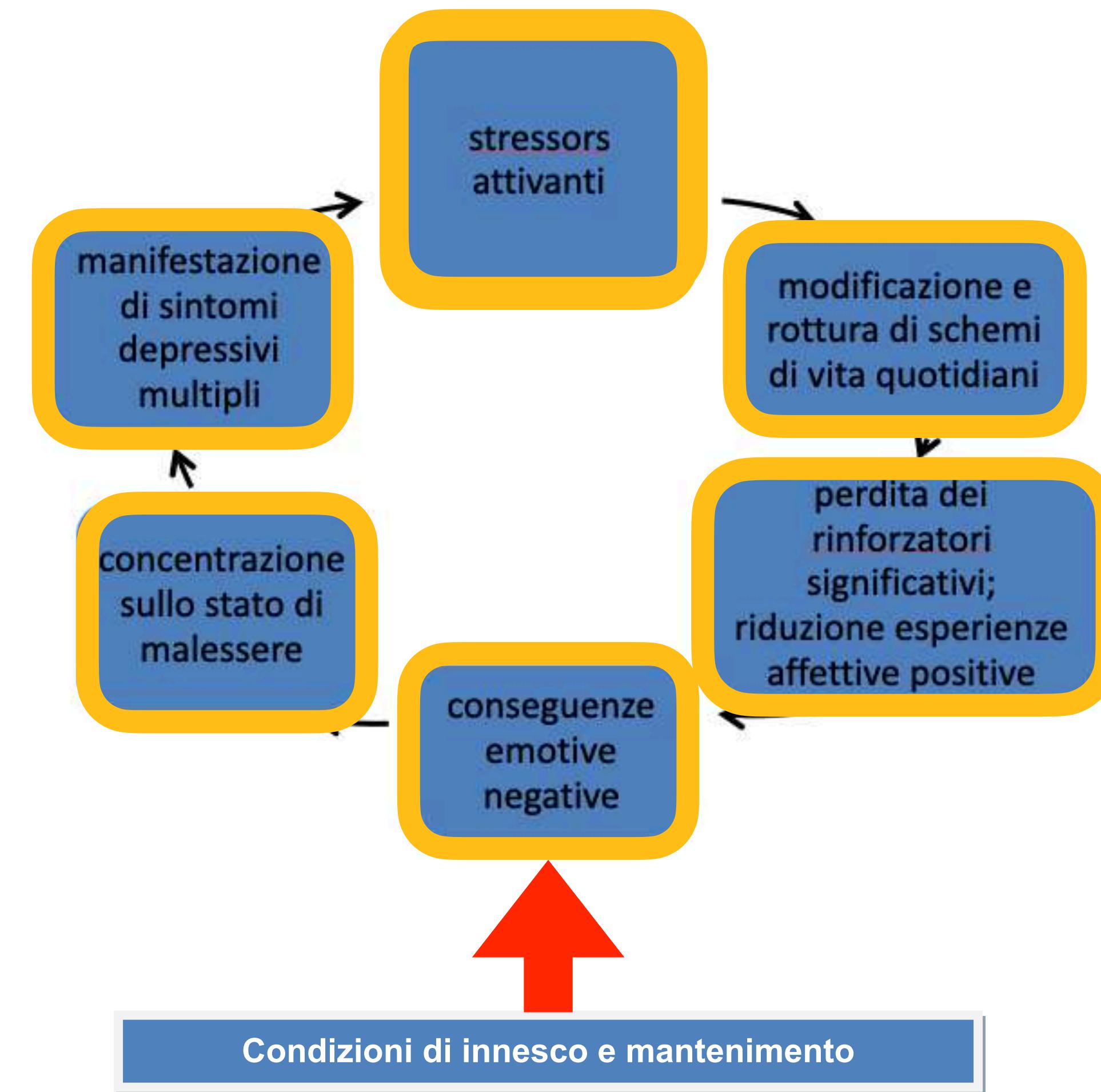
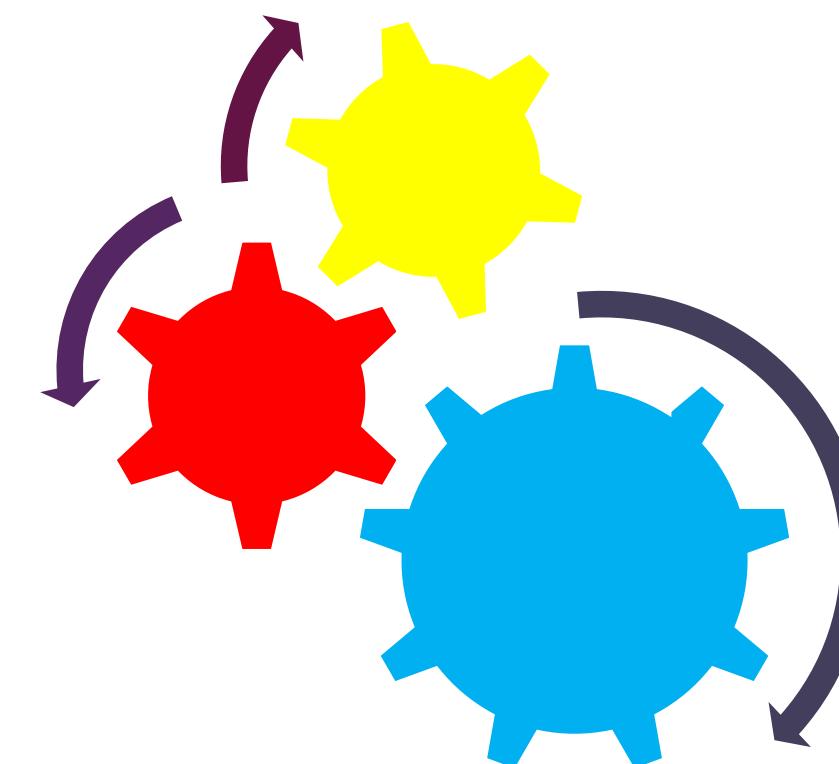
Kelly, A. D., & Kelly, M. E. (2021). Acceptance and Commitment Training in Applied Behavior Analysis: Where Have You Been All My Life?. *Behavior Analysis in Practice*, 1-12.

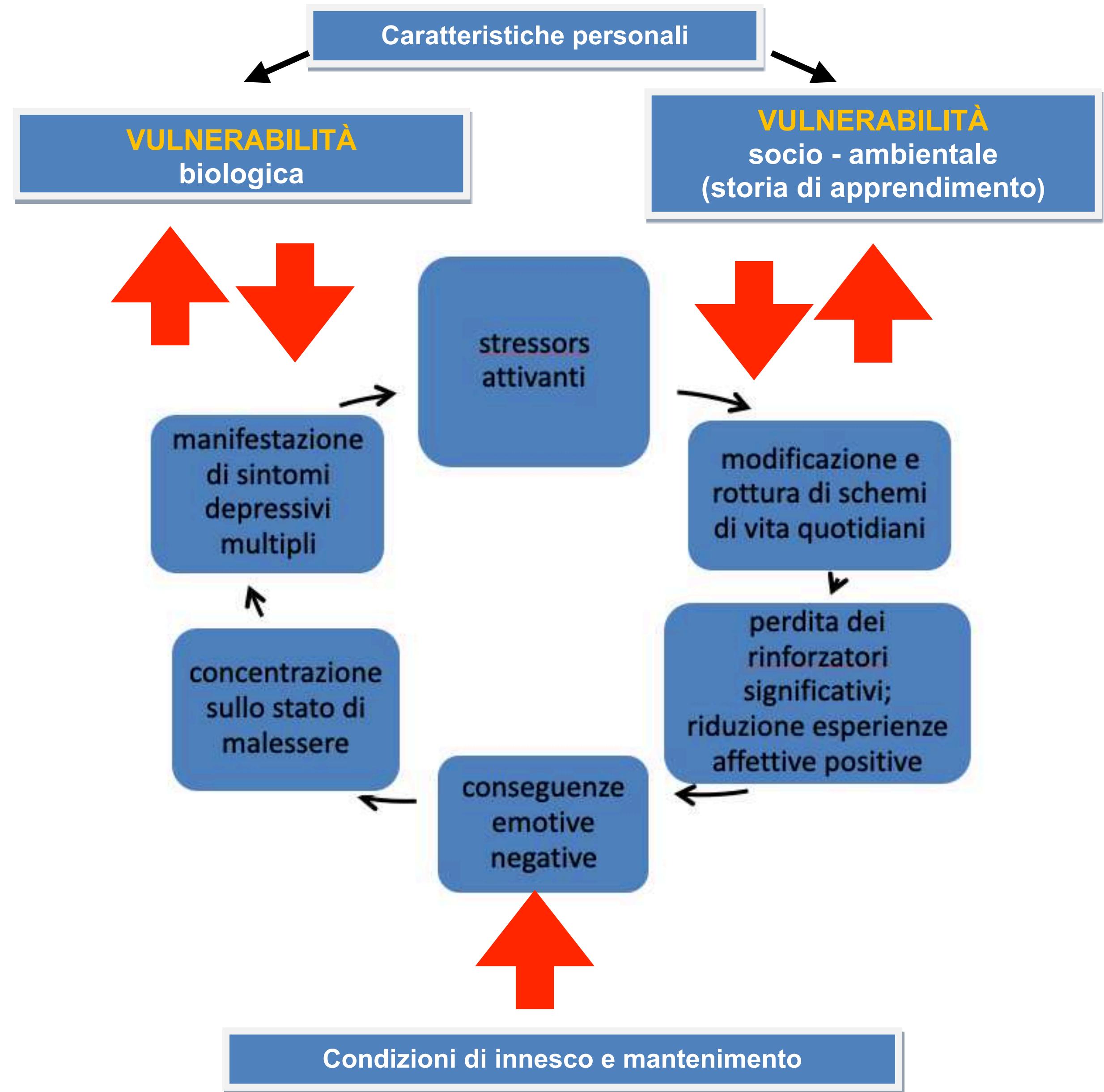
Definire operazionalmente i valori: «Verbal Motivating Operation»

Tecnicamente in Analisi del Comportamento i valori sono dunque un'estensione simbolica verbale (**regola**) di ciò che è rinforzante per la persona e che si estende, si protrae nel tempo: "**COME**" voglio comportarmi nel tempo [come desidero "**ESSERE**"] a prescindere da quello che riesco ad ottenere sul momento → La risposta alla domanda "**Cosa c'è di importante per te in quella cosa/in quell'azione**" definisce il valore per quella persona

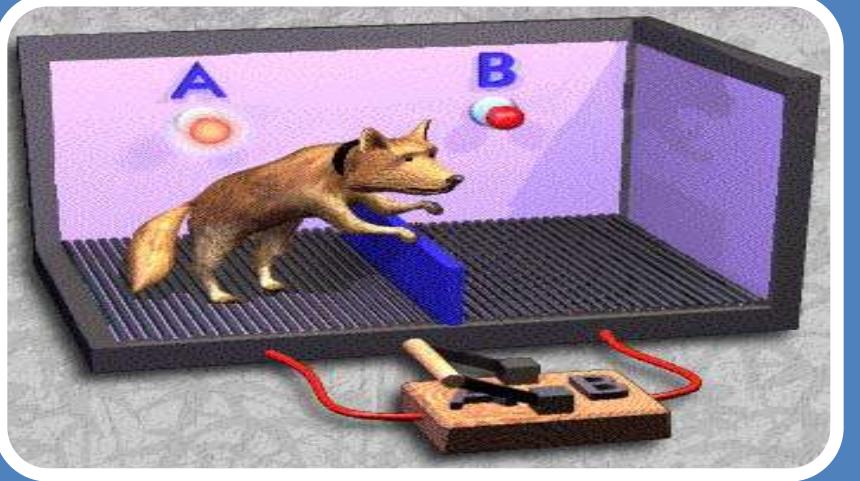
Psicopatologia & Analisi Funzionale: un modello dalla caratteristiche "molari"

"Modello Psicosociale Integrato della Depressione unipolare nelle persone con DI grave" (W. Gardner, P. Willmering, 1999)





Fattori di vulnerabilità socio-ambientale legati alla storia di apprendimento



Impotenza
appresa



Dipendenza



Deficit abilità
sociali e coping

Limitata
gamma di
relazioni
affettive



limitazioni
motivazionali



L'Analisi Funzionale al servizio dell'intervento: contrastò della vulnerabilità socio-ambientale

1. Incrementare il controllo ambientale

2. Attivazione comportamentale

3. Offrire opportunità di scelta

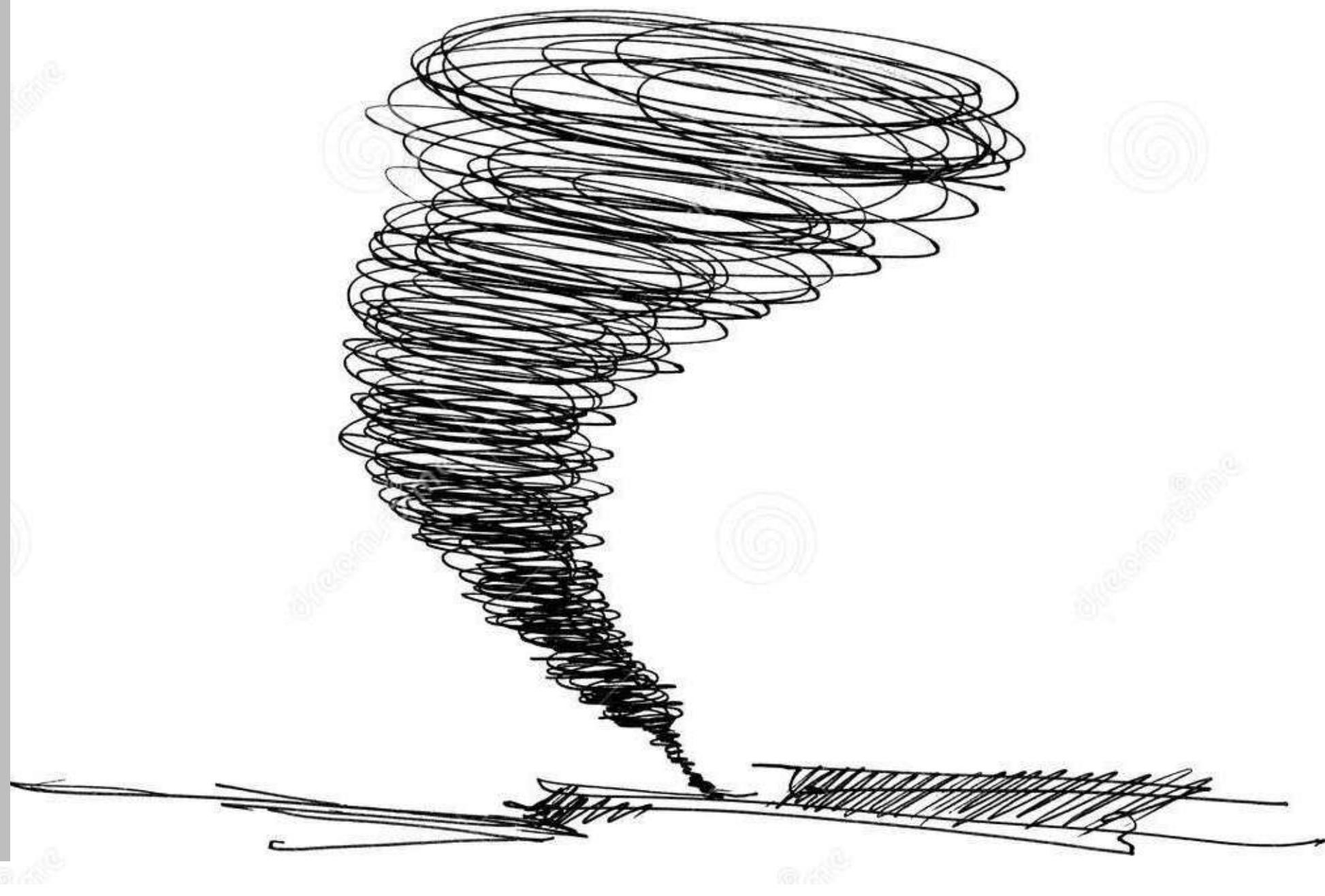
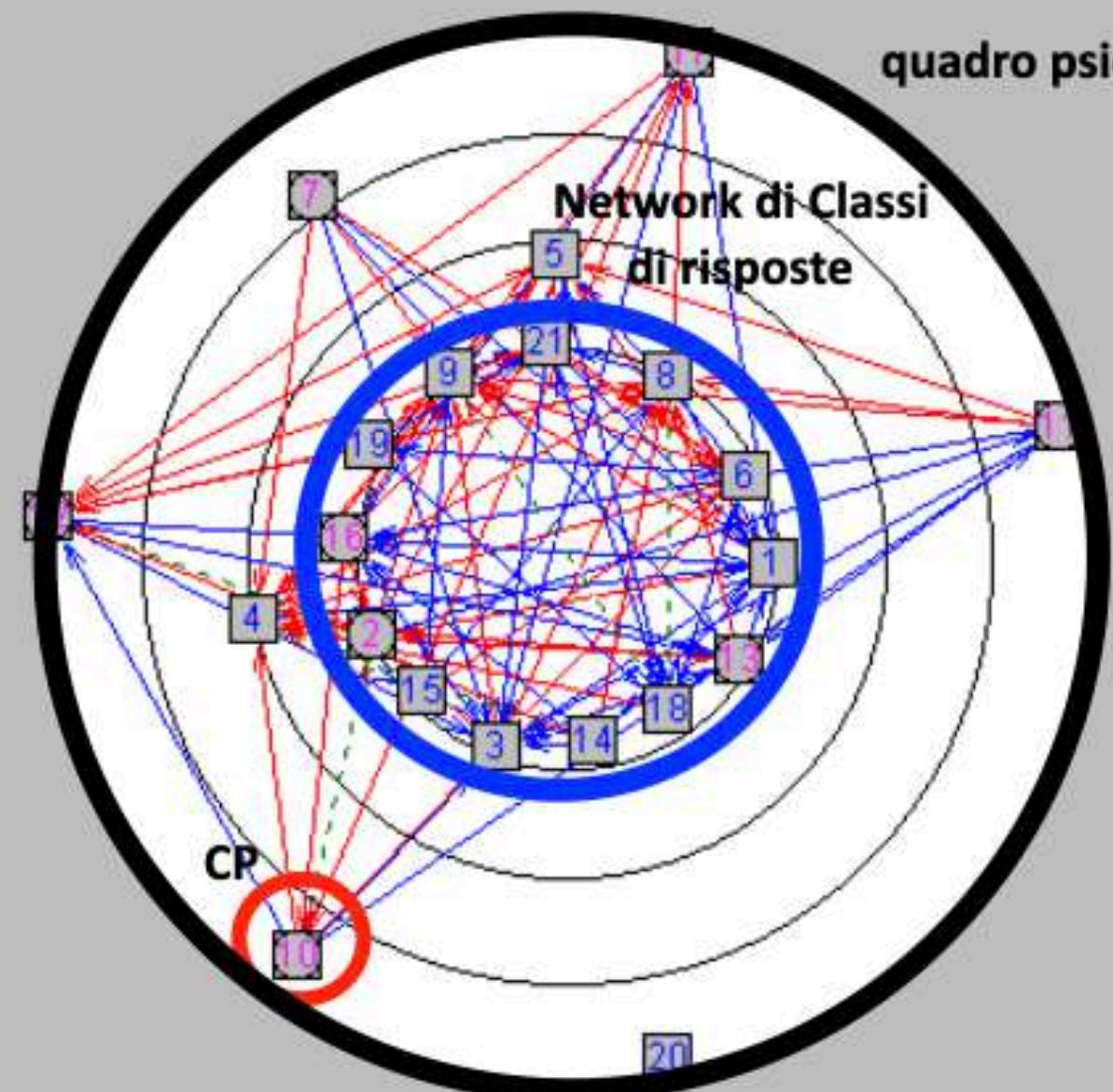
4. Mand training

5. Azioni di contrasto dell'impotenza appresa

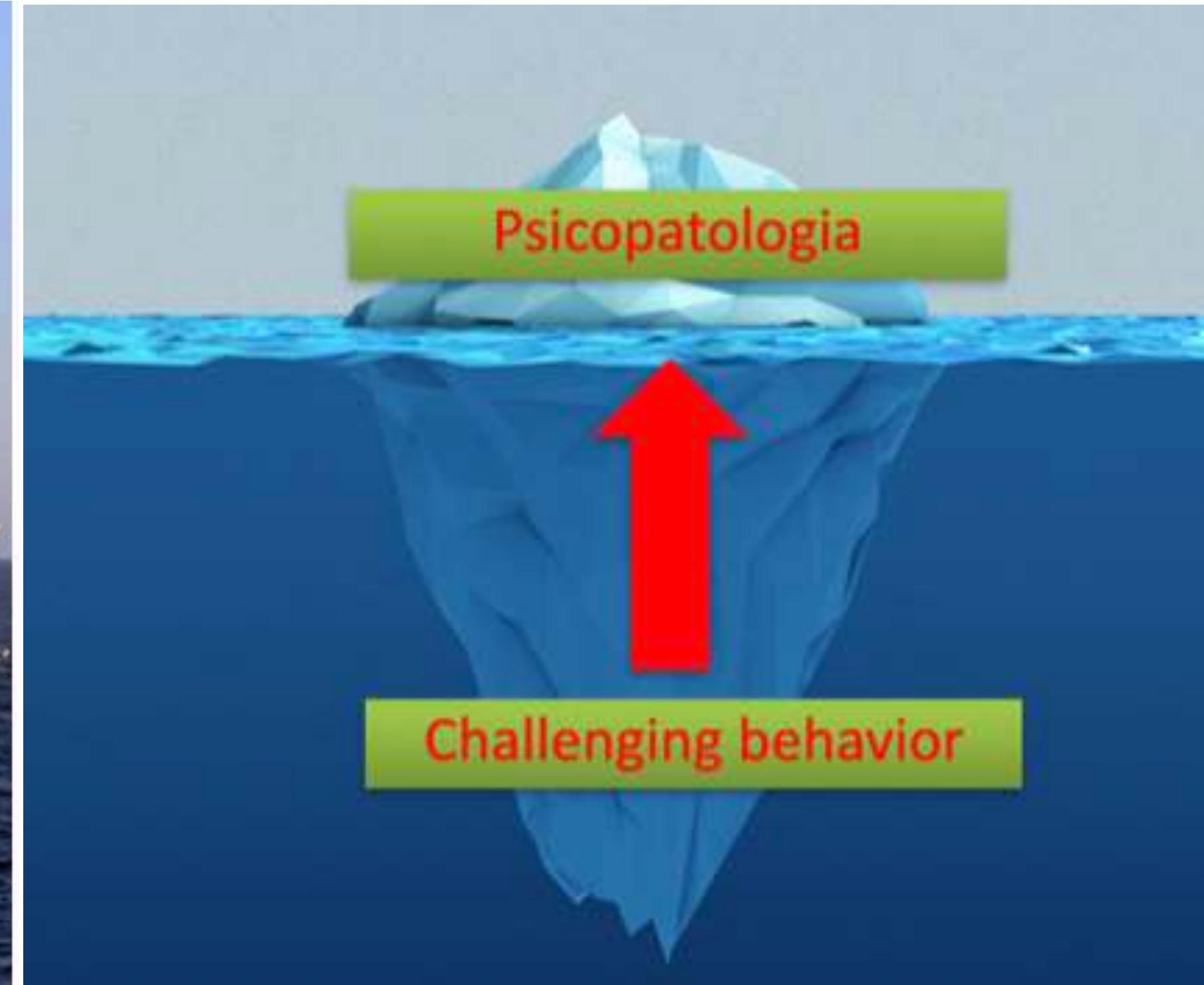
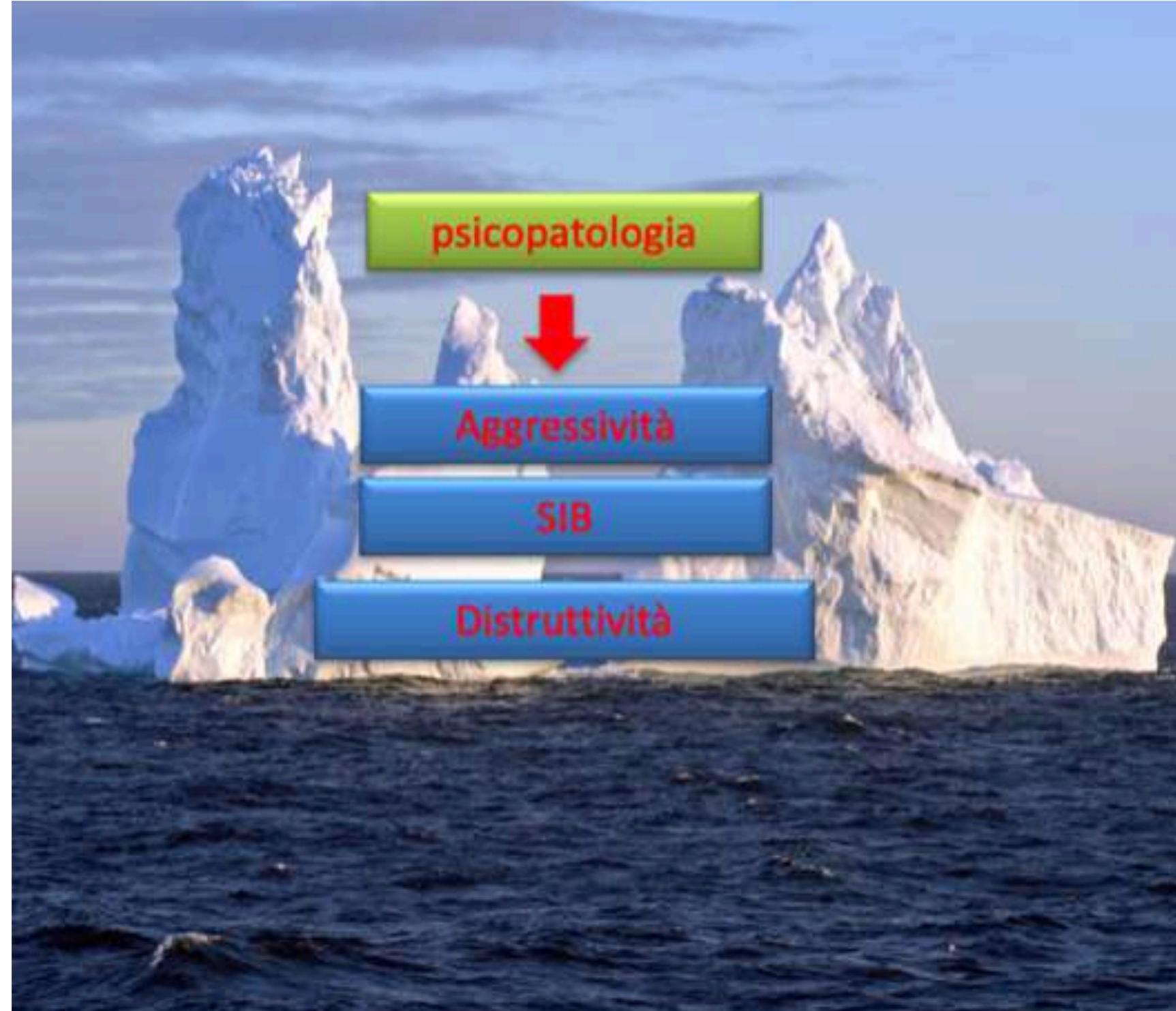
6. Contrastò delle "Limitazioni motivazionali"

7. Gamma limitata di relazioni affettive

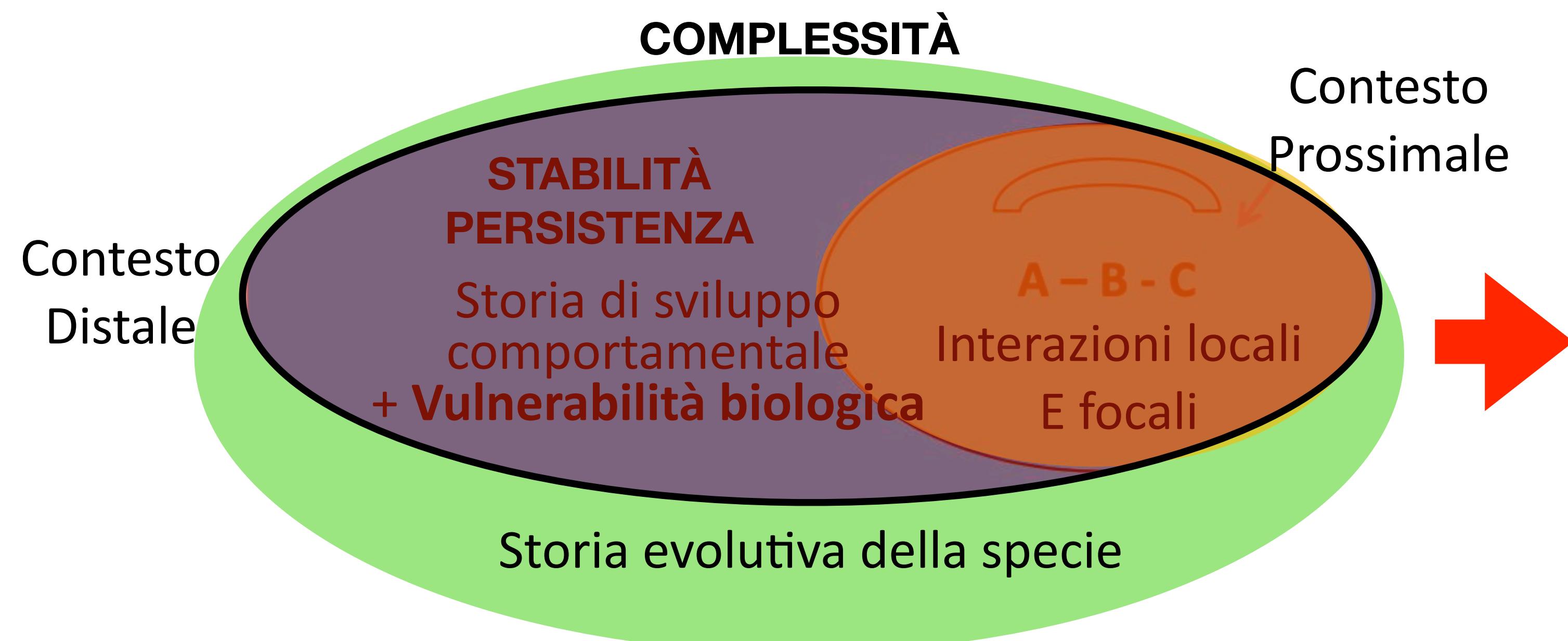
In sintesi cosa abbiamo visto ...



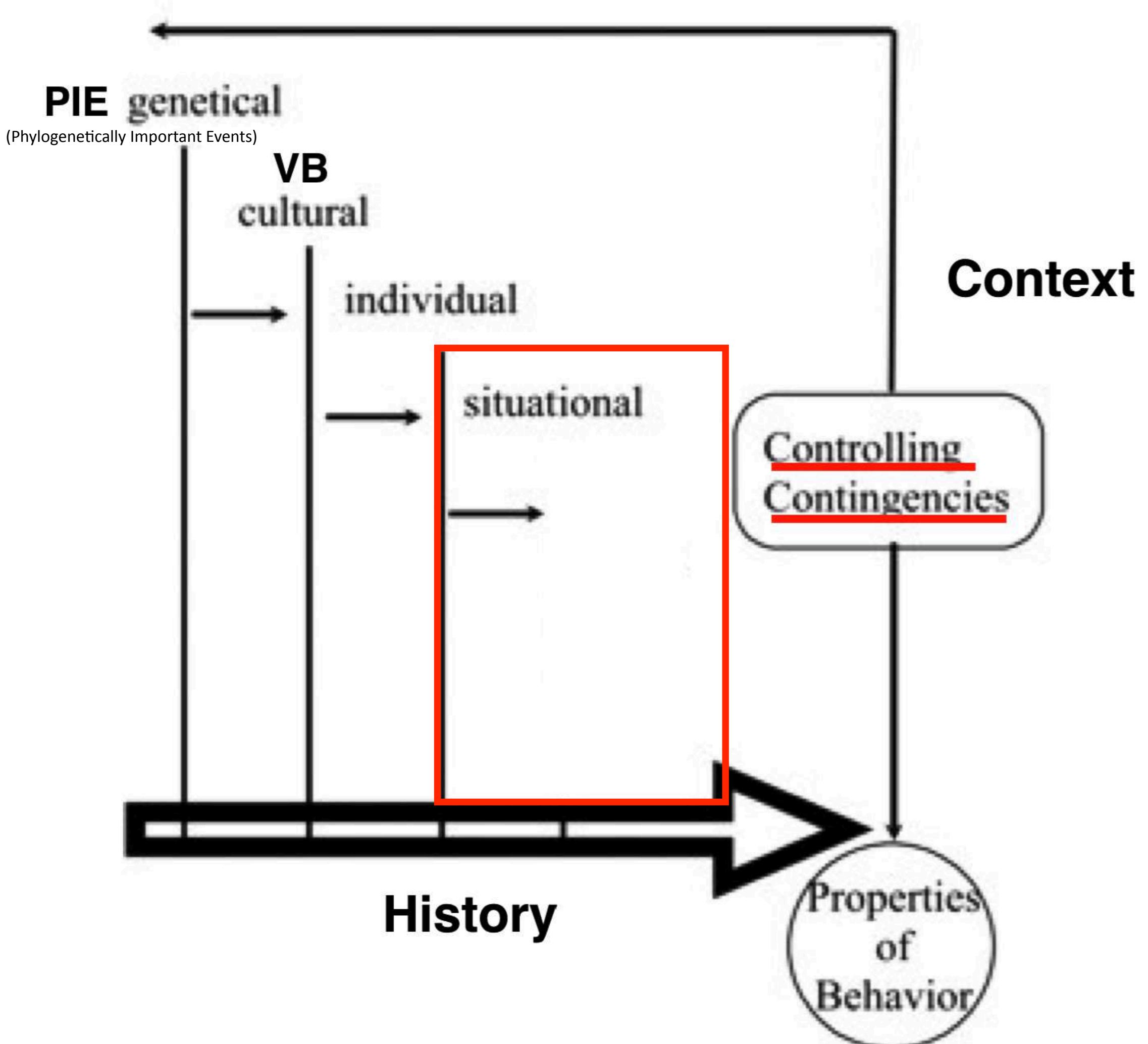
In sintesi cosa abbiamo visto ...



In sintesi cosa abbiamo visto ...



A proposito di complessità: le contingenza comportamentali operano una selezione a più livelli:



Le condizioni motivazionali non manipolabili: Le emozioni come EO per il comportamento problema

VOLUME 108, NUMBER 1: 32–55 | JANUARY 2003

AMERICAN JOURNAL ON MENTAL RETARDATION

Using Mood Ratings and Mood Induction in Assessment and Intervention for Severe Problem Behavior

**Edward G. Carr, Darlene Magito McLaughlin, Theresa Giacobbe-Grieco, and
Christopher E. Smith**

State University of New York at Stony Brook and Developmental Disabilities Institute

Umore ed eventi del setting

- Sulla emissione del comportamento problema agiscono più variabili che possono avere una funzione motivazionale. Una particolare, e ampia, classe di variabili che pare giocare un ruolo importante nell'influenzare in tali comportamenti è quella denominata “eventi del setting”

Umore ed eventi del setting

- **variabili fisiche**, per esempio un ambiente troppo caldo, eccessivamente freddo, rumoroso, povero o arricchito di stimoli... (Horner, 1980; Sasso, Peck, & Garrison-Harrell, 1998)
- **variabili sociali**, come ad esempio interagire con un membro poco gradito del personale, fare attività insieme ad un compagno verso cui si nutre paura... (Brown, 1991; Kennedy, 1994; O'Reilly, Lancioni, & Emerson, 1999)
- **variabili fisiologiche**, come ad esempio particolari effetti prodotti dalla farmacologia psicotrope, dolore, malattie (Kennedy, Meyer, 1996; O'Reilly, 1997; Schaal, Hackenberg, 1994).

Umore ed eventi del setting

- Queste variabili potrebbero interagire e rendere più o meno probabile l'emissione di un comportamento problema (Gardner, Cole, Davidson, & Karan, 1986; Gardner & Sovner, 1994).
- **Questa co-occorrenza di eventi del setting generano un impatto cumulativo** che, a sua volta, produce un cambiamento nel comportamento e l'esibizione di indicatori che i caregiver vicini alla persona etichettano utilizzando un descrittore generale, come affetto negativo o cattivo umore (Dunlap & Koegel, 1980; Durand & Mapstone, 1998).

Umore ed eventi del setting

- L'uso di un tale descrittore può essere importante clinicamente in quanto predittivo, sia aneddoticamente che attraverso l'osservazione diretta (Durand & Mapstone, 1998; Gardner et al., 1986; Lindauer, DeLeon, & Fisher, 1999), della successiva comparsa del comportamento problema.

Umore ed eventi del setting

- Gli autori sottolinearono, in apertura del loro lavoro, che il termine **“cattivo umore” non venne usato nella accezione che questo termine ha nel senso comune, cioè uno stato interno che rappresenta la causa un comportamento problematico.**
- Ne fecero uso come di un termine **“sintetico”** che potesse **inscrivere la confluenza di una serie di eventi del setting capaci di produrre cambiamenti nel comportamento e la comparsa di indicatori evidenti che gli osservatori riassumono come costituenti il cattivo umore.**

Umore ed eventi del setting

- L'accezione che gli autori accordarono all'umore è molto vicina al concetto di **operazione motivazionale** (Michael, 1982, Poling, 2019) **in quanto è un fattore che cambia, momentaneamente, le proprietà, rinforzanti o avversive, di una particolare conseguenza attraverso la mediazione di stimoli discriminativi del contesto.**
- P.e. il compito di economia domestica, che nel contesto di altre condizioni motivazionali viene comunemente svolto, nel contesto di quella condizione definita come “cattivo umore” assume una valenza maggiormente avversiva rendendo, di conseguenza, particolarmente rinforzante la fuga e l'aumento della probabilità di emissione di comportamenti che, nella storia di apprendimento della persona, hanno prodotto conseguenze congrue con questa funzione.

L'utilità clinica della valutazione dell'umore

- il numero di variabili contestuali che possono potenzialmente avere un impatto sul comportamento di un individuo è davvero grande (Davis & Fox, 1999) e “... l'identificazione e la valutazione sistematica di così tante variabili potrebbe richiedere molto tempo ed essere poco pratica. Al contrario, valutare l'influenza di queste variabili ... usando un descrittore sintetico come l'umore potrebbe rivelarsi più fattibile.” (Carr et. Al., 2003)

La domanda sperimentale relativa alla analisi funzionale

- **una valutazione sull’umore può essere utilizzata per prevedere in modo affidabile la probabilità di comportamenti problematici in presenza di specifici stimoli discriminativi?**
- **Quanto «conta» questa variabile nella conduzione della AFS? Quanto ne influenza gli esiti?**

Le fasi dello studio

- 1. le modalità di valutazione del tono dell'umore**
- 2. la relazione tra le valutazioni dell'umore e il comportamento problematico**

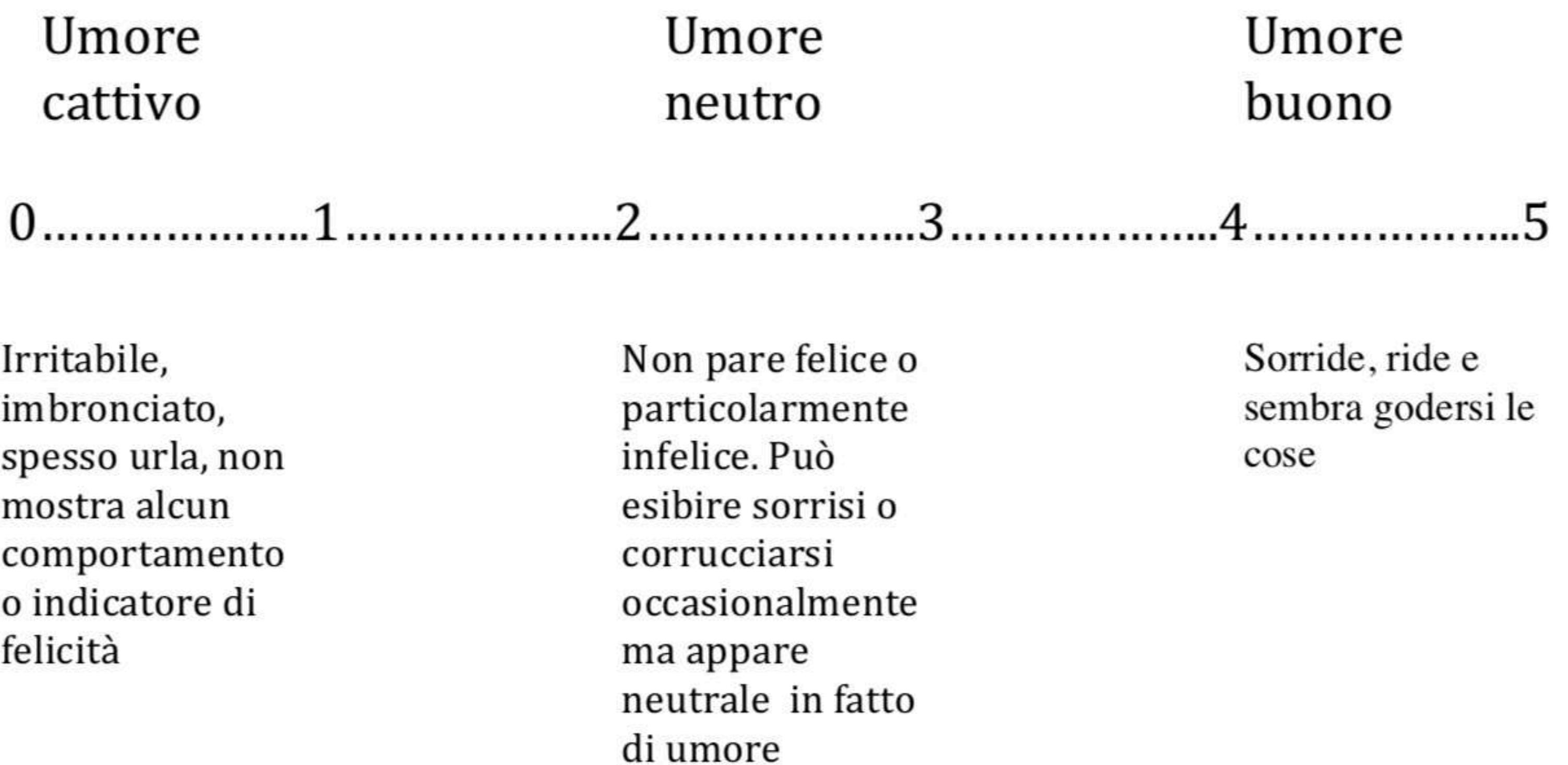
La valutazione del tono dell'umore

- osservazioni all'interno dei diversi contesti della giornata che erano stati segnalati dal personale come associate a diversi tipi di umore (cattivo, neutro, buono).
- In questi contesti venne pertanto registrato l'umore dei partecipanti attraverso. L'uso di una scala Likert a cinque punti

La scala likert per l'umore

Scale “personalizzate” attraverso la descrizione operazionale di quanto effettivamente manifestava una singola persona laddove veniva definita di umore cattivo, neutro o buono.

È importante notare che l'aggressività, l'autolesionismo e la distruttività non facevano parte della definizione di cattivo umore.



La valutazione del tono dell’umore

- L'accordo inter-osservatori fu calcolato nel seguente modo:
- erano concordanti le osservazioni che generavano lo stesso punteggio o che avevano uno scarto di un punto ma all'interno del range che descriveva il medesimo tono dell'umore.
- erano concordanti due osservazioni che generavano entrambe un punteggio di 1 ma anche quelle in cui un osservatore aveva generato un punteggio di “1” ed un'altra il punteggio di “2” poiché insistevano nel medesimo range che descriveva il tono dell'umore “cattivo”.

La conduzione della analisi funzionale sperimentale

	Cattivo umore	Umore neutro	Buon umore
Condizione di attività (test)	10 sessioni	10 sessioni	10 sessioni
Condizione senza attività (Controllo)	10 sessioni	10 sessioni	10 sessioni

Le sessioni sperimentali

Condizione test (attività)

- La condizione “attività” venne condotta nel contesto naturale dei partecipanti e le attività richieste erano quelle segnalate dal personale come attività nelle quali si erano verificati, per quella specifica persona, comportamenti problema. I compiti erano tutti interni alle routine quotidiane: **l'apparecchiare i tavoli, la preparazione del cibo, la rasatura e la sequenza di igiene personale.** La sessione durava fino al completamento del compito, ad eccezione di quella in cui compariva il comportamento problematico. In tal caso la sessione era immediatamente sospesa.

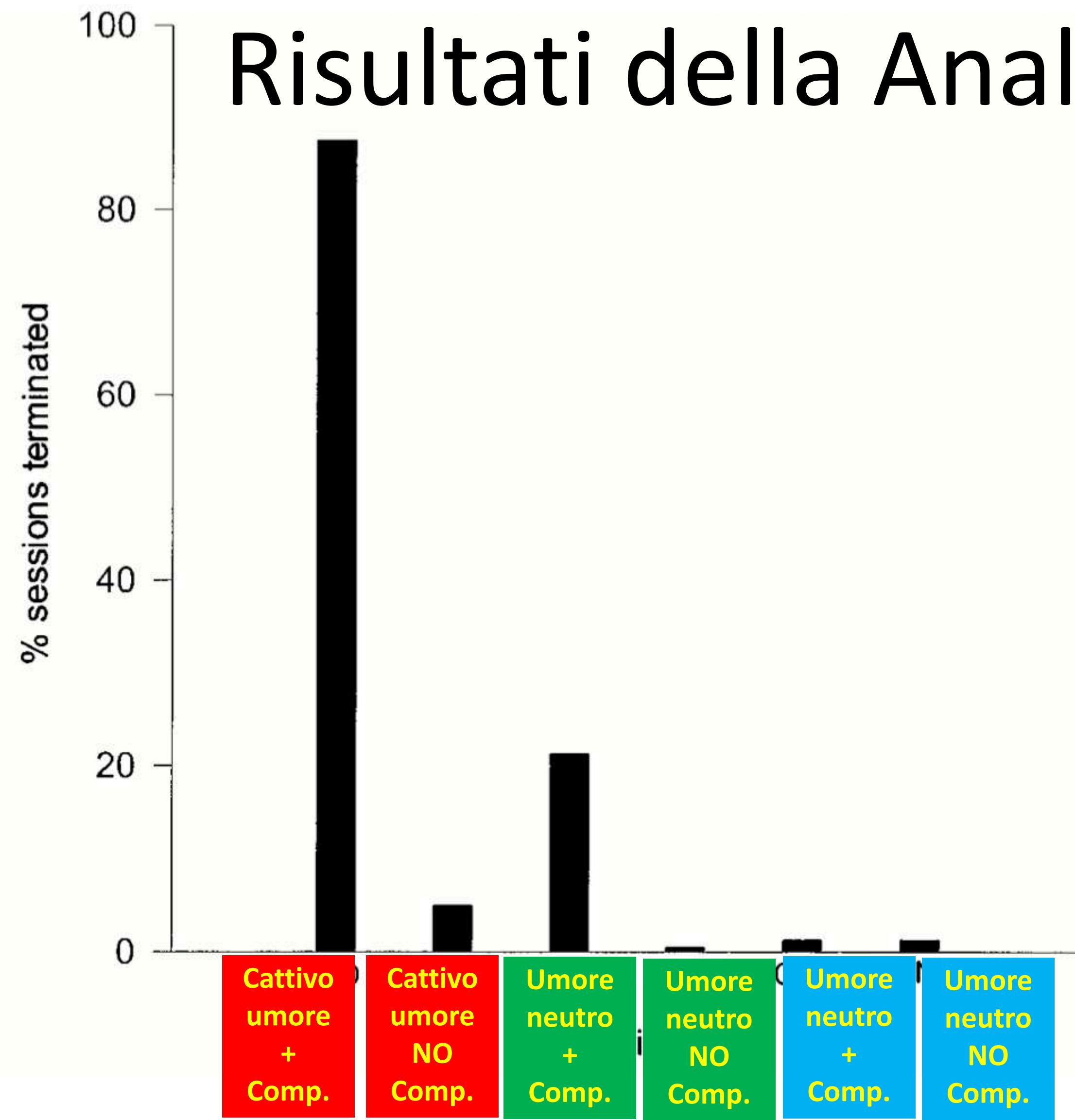
Condizione controllo (senza attività)

- La condizione “senza attività” prevedeva che al partecipante non fosse fatta alcuna richiesta e vennero osservati mentre svolgevano attività di svago o relax come ad esempio socializzare, guardare la TV, ascoltare musica. **La lunghezza delle sessioni era legata alla durata delle sessioni condotte all'interno della condizione “con attività” (se nella sessione precedente di «attività» la durata era di 15 minuti, la sessione “senza attività” avrebbe avuto una durata uguale)**

Gli accorgimenti necessari per la predisposizione del disegno sperimentale di AFS

- **il primo era che venisse valutato “l’umore”, prima della conduzione della sessione, per determinare il valore della rating scale.** Per sapere infatti a quale condizione di umore ascrivere una singola sessione era necessario valutare l’umore ed era altresì importante che tale giudizio, basato sul punteggio della rating scale, fosse formulato da **due osservatori indipendenti**.
- **Il secondo accorgimento adottato era che prima di condurre qualsiasi sessione dovevano essere trascorsi almeno 5 minuti durante i quali il partecipante non doveva mostrare alcun comportamento problematico** per evitare l’effetto carry over.

Risultati della Analisi funzionale



Considerazioni

- Il tono dell'umore è una variabile importante che cambia significativamente il segno di una analisi funzionale: gestendo le medesime contingenze a seconda che la persona abbia o non abbia un umore deflesso avremmo risultati opposti (differenziata vs indifferenziata)
- **Per la prima volta si introduce nella analisi funzionale una variabile «non manipolabile» come l'umore... le condizioni sperimentali vengono implementate in presenza di tale condizione** (condizione tuttavia non introdotta e quindi non manipolata)
- In presenza di alcune problematiche, in condizioni di AFS indifferenziati, questo tipo di indagine non solo può essere l'unica forma di indagine che abbiamo a disposizione ma può generare ipotesi sulla funzione del comportamento che che non sarebbero ottenibili attraverso altre procedure di analisi

Altri problemi di diagnosi differenziale

Autismo o Schizofrenia?

E. Kraepelin (1904)	E. Bleuler (1911)	T. Crow (1980)	N.C. Andreasen & S. Olsen (1982)
Disturbi fondamentali	Sintomi fondamentali	Sindrome di tipo II	Sintomi negativi
deterioramento cognitivo	rottura dei nessi associativi	impoverimento del linguaggio	impoverimento del linguaggio (alogia)
ottundimento affettivo	disturbi affettivi	appiattimento affettivo	deficit dell'attenzione
	autismo		appiattimento affettivo
perdita di energia e forza di volontà	abulia, ambitendenza* ambivalenza**	perdita di energia	avolizione, abulia-apatia
Disturbi di accompagnamento	Sintomi accessori	Sindrome di tipo I	Sintomi positivi
		disturbi formali del pensiero di tipo positivo (ad es. paralogie e parafasie)	disturbi formali del pensiero di tipo positivo
sintomi paranoidi-allucinatori	sintomi paranoidi-allucinatori	deliri, allucinazioni	deliri, allucinazioni
sintomi catatonici e ebe frenici	sintomi catatonici e ebe frenici		comportamento bizzarro e disorganizzato

*tendenza a volere una cosa e subito dopo il suo contrario

**presenza simultanea di pulsioni opposte, indissociabili, verso lo stesso oggetto

Altri problemi di diagnosi differenziale

Autismo o Schizofrenia?

- La prevalenza della schizofrenia nella popolazione con autismo è circa dell' 1%, cioè **analoga a quella della popolazione generale NON autistica**
- Eppure molti studi continuano a parlare di **co-occorrenze significative** con **indici estremamente variabili** [dal 4.4 %; Cooper et al., 2007 al 18%; Tsioris, 2008].

Schizophrenia affects an estimated **4 to 35 percent of adults with autism.**

(Chisolm 2015)

Study	Participants	Co-occurrence
	<i>Schizophrenia diagnosed in those who have autism</i>	
Stahlberg 2004	129 adults with autism	14.8 percent
Billstedt 2005	120 adults with autism	7 percent
Mouridsen 2008(1)	89 adults diagnosed with "atypical autism"	34.8 percent
Mouridsen 2008(2)	118 adults previously diagnosed with "infantile autism"	6.6 percent
Eaves 2008	48 young adults with autism	0 percent
Hofvander 2009	122 adults with autism and normal intelligence	12 percent
Joshi 2010	217 children and teens with autism	20 percent
Bakken 2010	62 adults with autism and intellectual disability	25.1 percent
Lugnegard 2011	54 young adults with Asperger syndrome	3.7 percent
	<i>Autism diagnosed in those who have schizophrenia</i>	
Sporn 2004	75 children with childhood-onset schizophrenia	3.9 percent
Solomon 2011	16 people with a first episode of psychosis	19 percent
Hallerback 2012	46 adults with schizophrenic psychotic disorders	50 to 60 percent
Waris 2013	18 adolescents with early onset schizophrenia	44 percent
Davidson 2014	197 adults receiving early intervention for psychosis	3.6 percent

Studies have varied widely in estimating how often autism occurs in those diagnosed with schizophrenia and how often schizophrenia occurs in those diagnosed with autism. Table adapted from Chiscolm 2015. *Neurosci Biobehav Rev.*

Altri problemi di diagnosi differenziale

Autismo o Schizofrenia?



SPETTRO AUTISTICO

- Sul piano clinico
- Sul piano eziopatogenetico

OVERLAP

SPETTRO SCHIZOFRENICO

- Sul piano neuroanatomico e neuropsicologico



IEScum
ISTITUTO EUROPEO PER LO STUDIO
DEL COMPORTAMENTO UMANO
NON PROFIT
ORGANIZATION

Altri problemi di diagnosi differenziale Autismo o Schizofrenia?

Clinical Neuropsychiatry (2012) 9, 4, 171-176

SCHIZOPHRENIA AND AUTISM/ASPERGER'S SYNDROME: OVERLAP AND DIFFERENCE

Michael Fitzgerald

Abstract

There are many overlapping features of Autism/Asperger's syndrome and schizophrenia. There are also differences in terms of age of onset, progression and treatment. Misdiagnosis causes major frustration for patient and psychiatrist.

Key words: differential diagnosis, autism/Asperger's syndrome and schizophrenia.

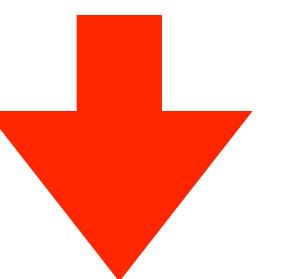
- Diversamente dall'autismo che fa la sua comparsa **entro i primi tre anni** di vita, la schizofrenia in genere fa la sua comparsa in età adolescenziale o giovanile (eccetto la minoranza residuale degli esordi VEOS "Very early onset" prima dei 13 anni): tra i 16 e i 30 anni negli uomini, più tardi (**20-40 anni**) nelle donne

TUTTAVIA:

- Alaghband-Rad et al. (1995): 36% di VEOS ha presentato tratti autistici (stereotipie, ecolalia, ecc).
- Sporn et al. (2004): il 25% di VEOS ha diagnosi di PDD-NOS: sottotipo specifico?

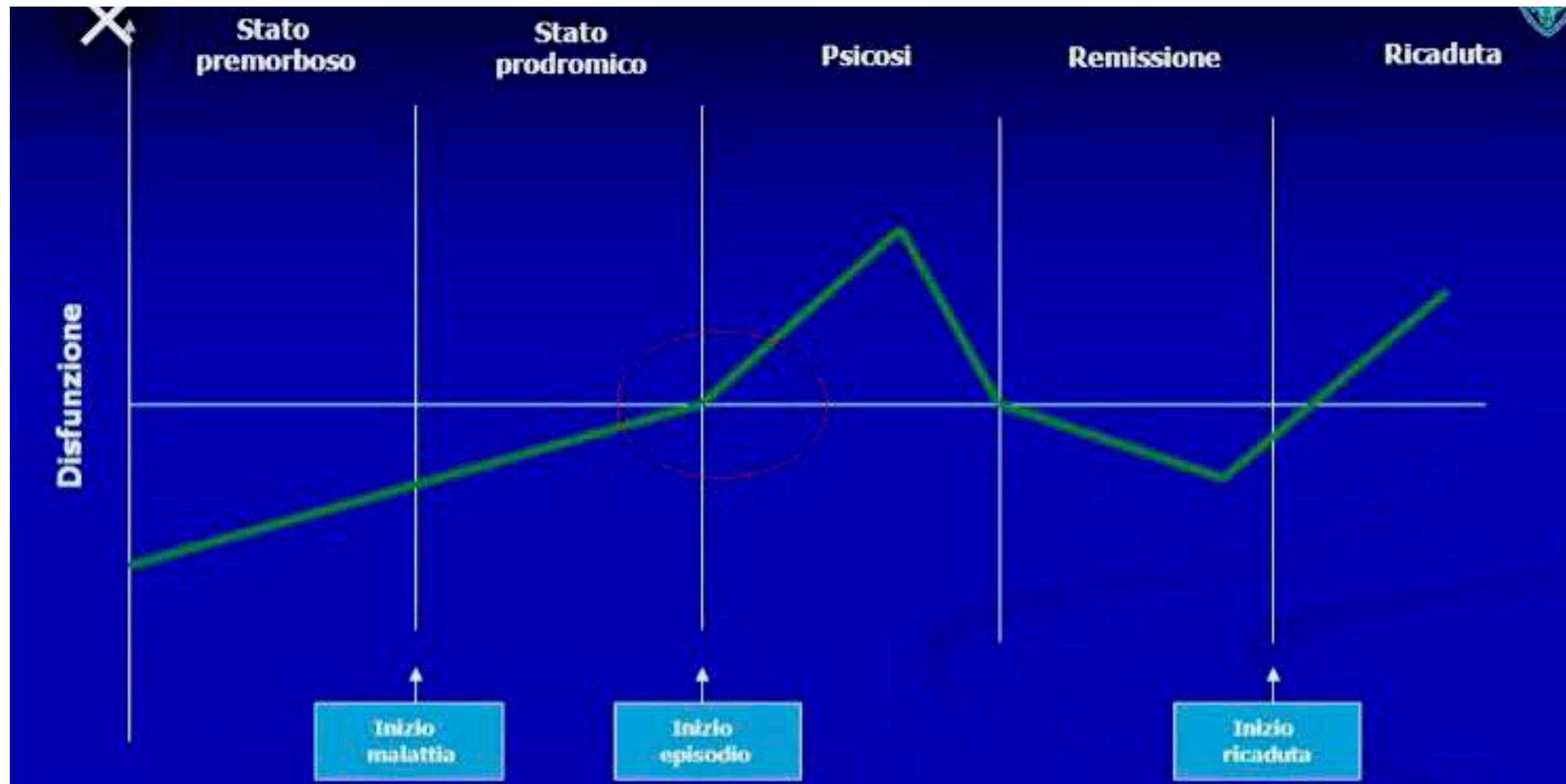
DSM-V

DISTURBO DELLO SPETTRO DELLA SCHIZOFRENIA E ALTRI DITURBI PSICOTICI



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 post soltanto se sono presenti per almeno 1 mese allucinazioni o deliri preminenti, in aggiunta agli altri sintomi richiesti della schizofrenia.

- Il decorso della schizofrenia è tipico e **differente dall'autismo**



- Nella **schizofrenia** la sintomatologia è il risultato di un deterioramento delle funzioni cognitive ("dementia precox", Kraepelin 1887); nell'autismo non c'è deterioramento di abilità precedentemente acquisite, ma assenza di sviluppo di tali competenze

Altri problemi di diagnosi differenziale

Social Anhedonia in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder and Psychiatry Referrals

Kenneth D. Gadow

Department of Psychiatry, Stony Brook University

Heather D. Garman

Department of Psychology, Stony Brook University

Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 00(00), 1–12, 2018

- Nelle persone con sindrome di **Asperger**, che sono particolarmente **a rischio di sviluppare disturbi ansioso-depressivi**, il quadro di diagnosi differenziale con la schizofrenia può ulteriormente complessificarsi, poichè l'ansia e la depressione diventano così intense che si può avere una **visione distorta della realtà** (**depressione delle facoltà cognitive**) con **situazioni di delirio congruente con l'umore** → l'emozione è così intensa che la realtà si frantuma
- In questi casi **trattare l'ansia o la depressione genera una risoluzione dei deliri**
- Negli Asperger è talvolta possibile intercettare **deliri di paranoia**, per lo più attribuibili però ai **deficit marcati di ToM** (sono sospettosi degli altri perché non li riescono a capire)

- Nelle persone con sindrome di Asperger è anche possibile registrare la presenza di deliri di grandezza, ma con una funzione ben precisa: **funzione autoprotettiva** → devo consolarmi perché sono diverso dagli altri (sono unico e speciale)
- Tra l'altro **non rendendosi conto** degli effetti che hanno sulle altre persone le loro **comunicazioni**, spesso si potrebbe essere indotti a fraintendere tali comunicazioni come sintomo di **disconnessione dalla realtà**
- Molte persone con la Sindrome di Asperger affermano inoltre che il procedere dei loro **pensieri** diviene più chiaro e lucido se **li ripetono ad alta voce** (**strategia di auto-istruzione** per affrontare le situazioni problematiche)

- Ancora nelle persone con sindrome di Asperger è anche possibile essere testimoni di episodi di fervida immaginazione (**autostimolazione cognitiva**) o **episodi di fuga ideativa** di fronte a situazioni di minaccia o difficili da gestire
- Le **allucinazioni** possono presentarsi nell'autismo per lo più come esito di disturbi di integrazione sensoriale o possono essere **faintese con rituali verbali autostimolatori** (risposte verbali a stimoli inosservabili)
- **Attenzione al linguaggio letterale:** lo psichiatra chiede al paziente se sente le voci e lui risponde sì in riferimento alle voci udibili nella stanza accanto (o alla sua testa quando parla ad alta voce)

- **Malgrado le differenze a livello clinico siano per lo più evidenti e discriminabili, va tuttavia riconosciuto che l'ampiezza delle manifestazioni fenotipiche dei due disturbi spettrali debba rendere conto anche di un'ampia sovrapposizione tra gli stessi, come sottolineato da diversi autori**

King B.H., Lord C., *Is schizophrenia on the autism spectrum?*

Brain Res. 2011 Mar 22;1380:34-41. doi: 10.1016/j.

brainres.2010.11.031. Epub 2010 Nov 12.

Vannucchi G., Masi G., Toni C., Dell'Osso L., Marazziti D.,

Perugi G., *Clinical features, developmental course, and psychiatric comorbidity of adult autism spectrum disorders.*

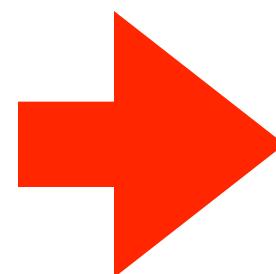
CNS Spectr. 2014a; 19(2):157-64. doi: 10.1017/

S1092852913000941. Epub 2013 Dec 19.

Ulteriori problemi di diagnosi differenziale: Schizofrenia o DOC?

DELIRI

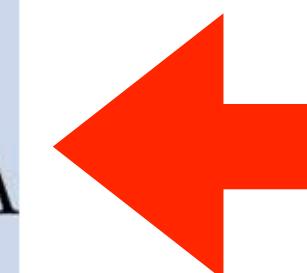
- CERTEZZA
- FALSI, BIZZARRI, IMPOSSIBILI
- INSIGHT ASSENTE



OSSESSIONI

- DUBBIO
- POSSIBILE FONDAMENTO DELLA REALTÀ
- INSIGHT PRESENTE

O



Ulteriori problemi di diagnosi differenziale: Schizofrenia o DOC?

1. Il pz con DOC tende a **criticare la propria ideazione (egodistonia)**, a differenza del pz schizofrenico (anche se nel DSM V si specifica "**in most individuals**", non più in tutti gli individui, come nel DSM-IV- TR e ciò complessifica il quadro)
2. Il pz DOC crede a **idee bizzarre** per l'utilizzo di un atteggiamento iperprudenziale, **a differenza del pz schizofrenico** che agisce sulla base di **credenze deliranti** (crede fermamente alle proprie convinzioni) non necessariamente finalizzate ad evitare un potenziale pericolo

Ulteriori problemi di diagnosi differenziale: Schizofrenia o DOC?

3. Tendenza a ipervalutare la natura spesso bizzarra dei rituali e delle convinzioni nel DOC

4. Il DOC può evolvere in un **Disturbo Schizofrenico** con una frequenza variabile dall'1 al 3% (Marazziti, 2003)

Schizofrenia & Analisi Funzionale:

Analizzare psicosi e allucinazioni come comportamenti operanti [agiti in funzione di variabili dell'ambiente] piuttosto che come meri sintomi di processi che si svolgono all'interno dell'organismo e che riflettono danni neuroanatomici e/o neuropsicologici

Tradizionalmente, i sintomi della Schizofrenia NON sono mai stati considerati e analizzati come dei comportamenti operanti e un'analisi rigorosa e sperimentale del ruolo di innesto e/o mantenimento del contesto sociale è stata considerata marginale o semplicemente accessoria

Schizofrenia & Analisi Funzionale:



CONCEPTUAL ANALYSIS
published: 05 December 2017
doi: 10.3389/fpsyg.2017.02108

Using Functional Analysis as a Framework to Guide Individualized Treatment for Negative Symptoms

Tania M. Lincoln^{1}, Marcel Riehle¹, Matthias Pillny¹, Sylvia Helbig-Lang¹, Anne-Katharina Fladung¹, Matthias Hartmann-Riemer² and Stefan Kaiser³*



Schizofrenia & Analisi Funzionale:



PERGAMON

Journal of Behavior Therapy
and Experimental Psychiatry 29 (1998) 131–141

JOURNAL OF
behavior
therapy and
experimental
psychiatry

Making sense of schizophrenic symptoms;
delusional statements and behavior **may be**
functional in purpose*

Keven Schock^{a,*}, Cris Clay^a, Ennio Cipani^b

^a Psychology Department, University of the Pacific, 3601 Pacific Ave., Community Re-Entry Program, Stockton,

^b California School of Professional Psychology, Fresno, California, USA

Schizofrenia & Analisi Funzionale:

Molti trattamenti non-farmacologici utilizzati per le persone con diagnosi di schizofrenia cronica, di solito sono **selezionati in modo arbitrario, piuttosto che derivati dal punto di vista funzionale**

Ad esempio, un medico può prescrivere **il ridirezionamento dell'argomento** su altri temi alla presenza di un'affermazione delirante/allucinatoria di un suo pz. (Es. "**vedi le persone la fuori con i fucili**"). Il ridirezionamento in questo caso **ha poco a che fare con la presunta funzione del comportamento** (poiché **NON** è stata condotta alcuna **analisi operante**). **Piuttosto** viene prescritta perché è apparsa nella letteratura come una procedura utile per il trattamento di altri comportamenti problema

Se la precedente funzione del comportamento allucinatorio fosse ottenere attenzione, l'utilizzo del reindirizzamento contingente sarebbe efficace. **Tuttavia, se il cliente fa dichiarazioni allucinatorie con altre funzioni** (es. quando vuole sdraiarsi nel suo letto da solo), il ridirezionamento contingente **non sarebbe efficace**

Schizofrenia & Analisi Funzionale "deliri":

- "... non è la posizione degli autori affermare che tutti i sintomi della schizofrenia possono essere migliorati utilizzando **unicamente un approccio fondato sull'analisi funzionale**. **Tuttavia** ci sembra che questo tipo di analisi dovrebbe essere condotto per determinare se i comportamenti sintomatici possono essere spiegati con un framework di tipo operante e successivamente trattati con un intervento comportamentale derivato funzionalmente..." (K. Schock; C. Clay; . Cipani, 1998)
- Vale in tutti i casi la pena ribadire che "... sintomi e problemi di persone affette da gravi malattie mentali sono **sensibili alla manipolazione dell'ambiente...**" (K. Schock; C. Clay; . Cipani, 1998)

Schizofrenia & Analisi Funzionale: «Mislabelling of private events»

- Quando proviamo dolore o strane sensazioni interne al nostro corpo, **se siamo in grado di descriverle e riferirle [tact] abbiamo modo di essere aiutati [SR]**. **Se siamo invece inefficaci nella comunicazione dei nostri dolori l'aiuto verrà a meno [no SR / Ext]**
- Se un paziente è incapace di descrivere accuratamente o riferire ad un altro eventi fisici o interni **[Tact difettivi]**, tutto ciò che la persona dice può sembrare privo di senso... o **addirittura parte della patologia stessa** [come nel caso della Schizofrenia]
- **NON** è assolutamente la nostra posizione quella di affermare che **tutti i deliri siano "mislabelling"**. **Tuttavia** andrebbe **ANCHE** considerata questa possibilità in presenza di comportamenti verbali deliranti/allucinatori

Effect of Training Different Classes of Verbal Behavior to Decrease Aberrant Verbal Behavior

Monica Vandbakk¹, Erik Arntzen¹, Arnt Gisnaas², Vidar Antonsen², and Terje Gundhus²

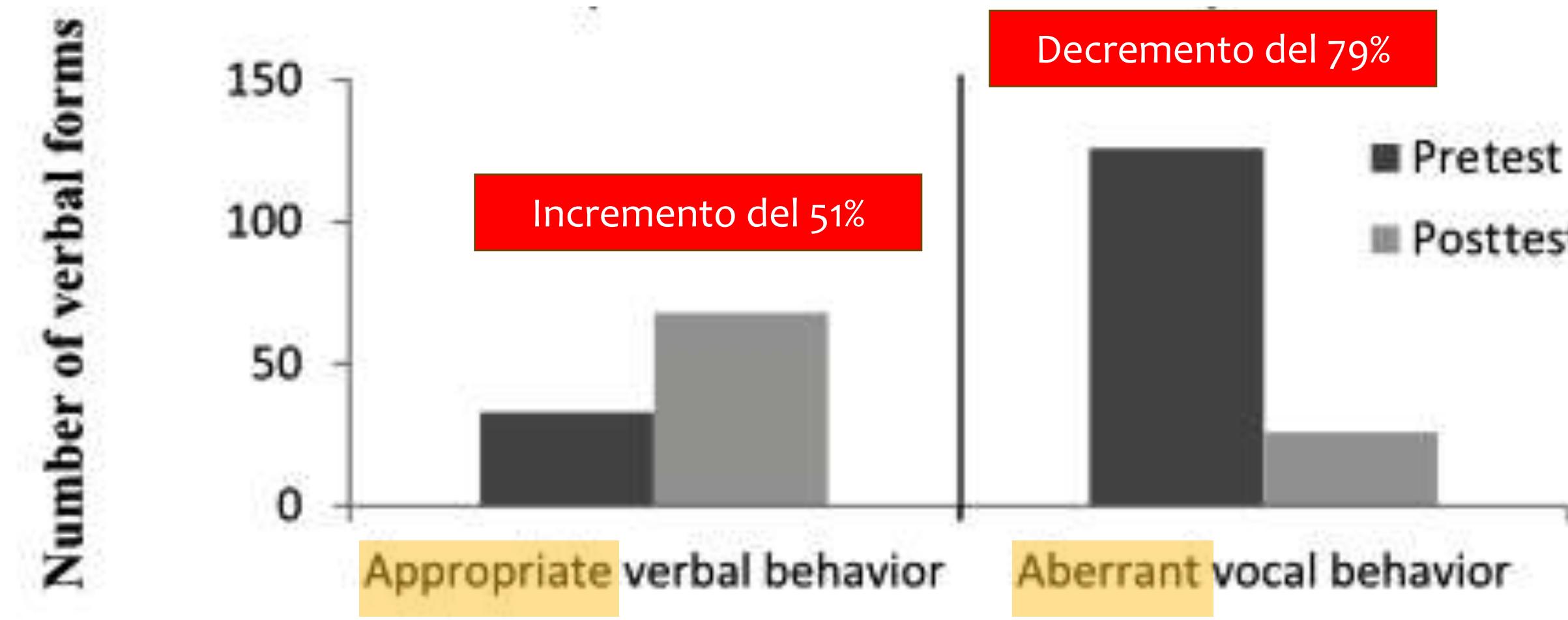
¹Oslo and Akershus University College and ²Oslo University Hospital

Inappropriate verbal behavior that is labeled “psychotic” is often described as insensitive to environmental contingencies. The purpose of the current study was to establish different classes of rational or appropriate verbal behavior in a woman with developmental disabilities and evaluate the effects on her psychotic or aberrant vocal verbal behavior. Similar to a previous study (Arntzen, Ro Tonnessen, & Brouwer, 2006), the results of the current study suggested that the procedure helped to establish a repertoire of appropriate functional vocal verbal behavior in the participant. Overall, the results suggested the effectiveness of an intervention based on training various classes of verbal behavior in decreasing aberrant verbal behavior.

Key words: vocal verbal behavior, verbal operants, psychotic behavior, autism

In estrema sintesi:

- Veniva definito **comportamento verbale appropriato** il comportamento che appariva **sotto il controllo di ciò che stava accadendo nell'ambiente** e poteva riguardare ogni operante verbale
- Veniva definito **comportamento verbale "bizzarro"** il comportamento verbale che comprendeva **affermazioni palesemente infondate** (deliranti); ripetizioni di frasi; verbalizzazioni del tutto **prive di legami con gli aspetti del contesto**



In estrema sintesi:

- Il **linguaggio psicotico** può **surrogare deficit o perdite nell'ambito degli operanti verbali**
- Il **linguaggio psicotico** alla stregua di altri comportamenti **è sensibile al sistema delle contingenze ambientali [ABC]**
- È stata **dimostrata la possibilità di modificare il linguaggio psicotico grazie ad interventi comportamentali** [quindi **NON solo farmacologici**]

Malgrado ciò: gli effetti di «insensibilità» alle funzioni stimolo dirette



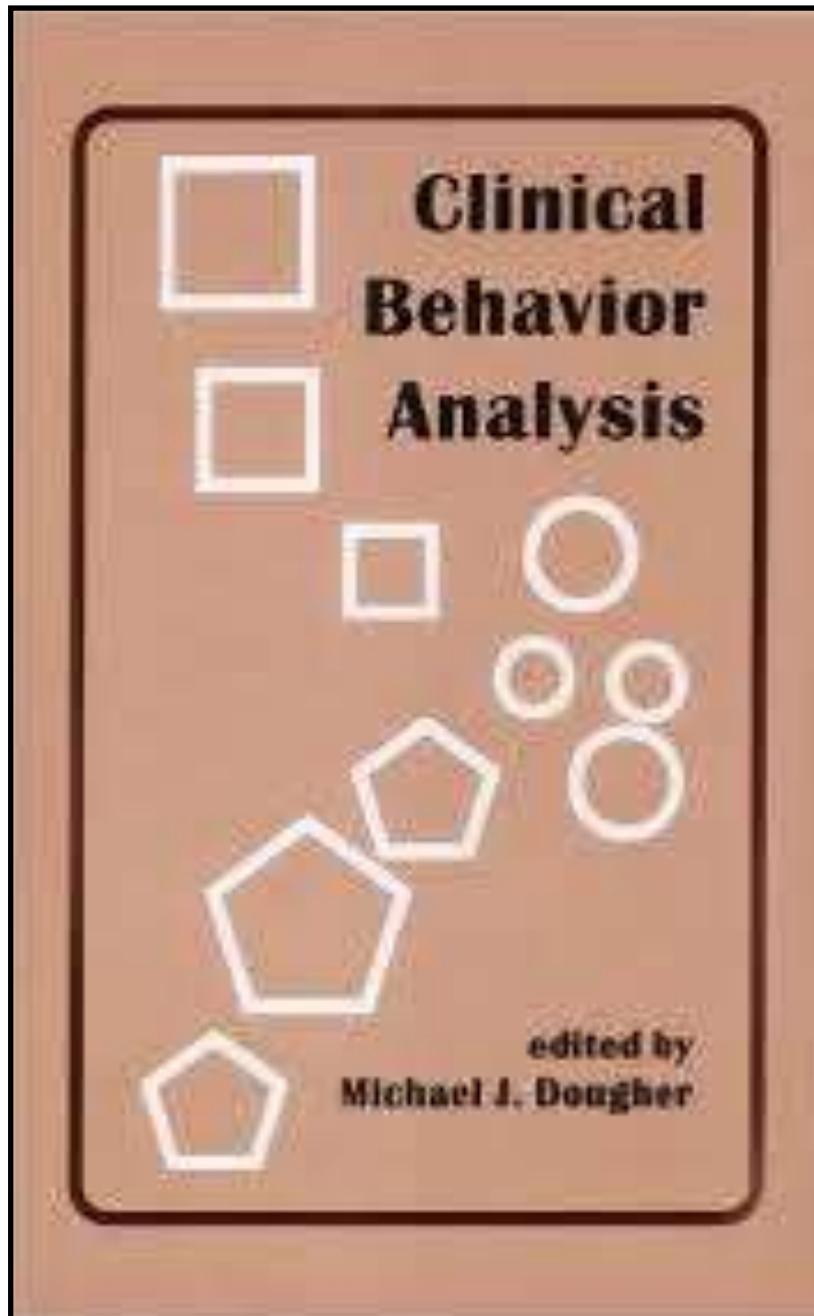
Although this approach was usually successful in reducing psychotic verbalizations, a few patients failed to respond to tokens as reinforcers and gains of those who responded did not automatically generalize to extra-therapy settings (Wincze et al., 1972).

While token economy programs usually produced sizable gains in the adaptive behavior of most patients treated, a small percentage of subjects (3% to 20%) did not respond to the therapeutic contingencies. These treatment failures were most likely due to ineffective positive reinforcers, faulty application of the program, or inflated token values or token earnings (Kazdin, 1983, as cited in Glynn, 1990).



Dall'Applied Behavior Analysis [ABA] alla Clinical Behavioral Analysis [CBA]

L'**Analisi del Comportamento applicata alla Clinica (CBA)** fa riferimento a quel campo di studi che mantiene un'attenzione privilegiata per il comportamento verbale dell'individuo (Verbal Behavior, Skinner , 1957) **analizzandone la funzione** nello sviluppo e nel mantenimento dei disturbi psicopatologici



Oggetto di studio: il modo in cui il linguaggio interagisce con le contingenze dirette producendo un'inabilità nel persistere in comportamenti efficaci e **funzionali** al contesto di interazione

Quando il Contesto verbale occulta le funzioni stimolo disponibili nel contesto esperienziale



In conclusione: il ruolo dell'Analisi Funzionale

Comprendere secondo modalità e procedure fondate sull'evidenza e sul controllo sperimentale [Analisi Funzionale_AFs] le psicopatologie nell'ambito dello spettro autistico e dalla DI, continua a rappresentare un terreno sfidante, ma al tempo stesso promettente e percorribile, così come già avvenuto da ormai oltre 35 anni nell'ambito della gestione dei "challenging behavior".



Non esiste tuttavia altra strada... "le azioni umane non vanno derise, compiante, o detestate, vanno comprese"

B. Spinoza

Un articolo di riferimento sul tema affrontato

CanJPsychiatry 2012;57(10):593–600

Treatment of Psychopathology in People With Intellectual and Other Disabilities

Peter Sturmey, PhD¹

¹ Professor, Department of Psychology, Queens College and The Graduate Center, City University of New York, Flushing, New York.
Correspondence: Department of Psychology, Queens College, City University of New York, Flushing, NY 11367; pssturmey@gmail.com.

Objective: To review the psychosocial, pharmacological, and other treatments of psychopathology in people with intellectual disabilities (IDs), autism, and other developmental disabilities (DDs).

Method: Systematic reviews and meta-analyses of psychosocial, pharmacological, and other treatments for people with DDs are reviewed.

Results: There is strong evidence for applied behaviour analysis (ABA) and other behavioural treatments of some forms of psychopathology. There is little good evidence to support the effectiveness of cognitive-behavioural therapy, cognitive therapy, sensory interventions, and other forms of psychosocial interventions.

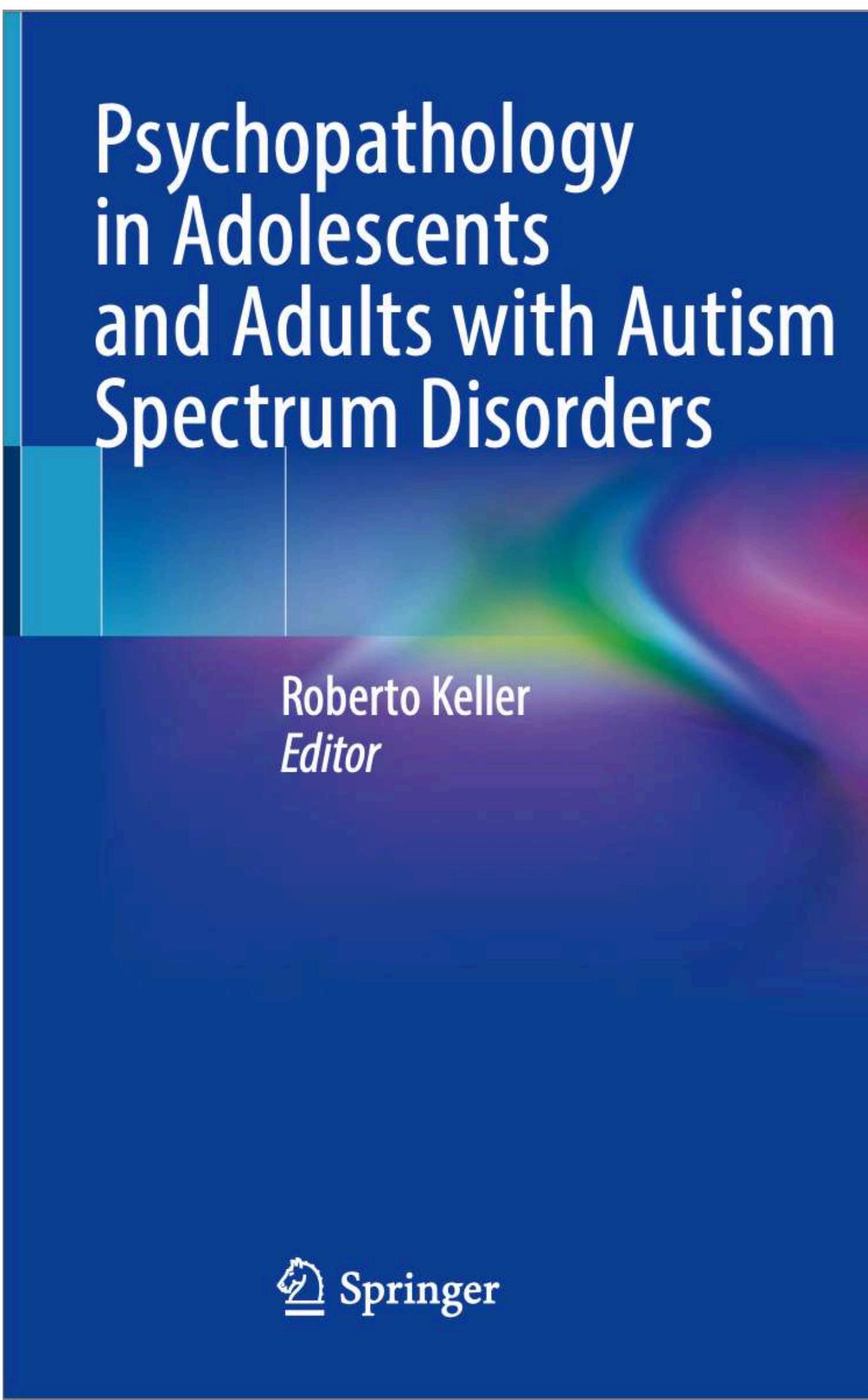


IEScum
ISTITUTO EUROPEO PER LO STUDIO
DEL COMPORTAMENTO UMANO
A NON PROFIT
ORGANIZATION

Recently, more randomized controlled trials (RCTs) of psychopharmacology have been published, especially with people with autism spectrum disorders. Most RCTs were for externalizing behaviour problems, rather than for psychopathology. These RCTs offer only preliminary support for the effectiveness of pharmacotherapy. No evidence was found for the effectiveness of other biological treatments.

Conclusions: Current research supports the use of ABA and other behavioural interventions for some forms of psychopathology. Evidence for the effectiveness of other interventions is limited or absent.

Libri di riferimento sul tema affrontato



- 1 **Diagnosing ASD in Adolescence and Adulthood** 1
Roberto Keller, Stefania Bari, and Romina Castaldo
- 2 **Genomic Architecture of ASD** 23
Alfredo Brusco and Giovanni Battista Ferrero
- 3 **Neuropsychology of ASD** 35
Stefania Brighenti and Roberto Keller
- 4 **Psychosis and ASD** 51
Roberto Keller and Stefania Bari
- 5 **Adolescents and Adults with ASD and Obsessive Compulsive Disorder** 67
Giuseppe Maina, Stefano Bramante, and Sylvia Rigardetto
- 6 **Depressive Disorders and ASD** 77
Roberto Keller, Erika Borroz, and Silvia Chieregato
- 7 **Bipolar Disorder and ASD** 89
Giulia Vannucchi, Giulio Perugi, and Gabriele Masi
- 8 **ASD and Intellectual Disability** 111
Marco O. Bertelli
- 9 **Anxiety Disorders in the Autism Spectrum: Update and Multi-Case-Control Study on Clinical Phenotypes** 131
Leonardo Zoccante
- 10 **Personality Disorders and ASD** 157
Francesca De Cagna, Edoardo Squillari, Matteo Rocchetti, and Laura Fusar-Poli
- 11 **Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in ASD** 175
Luana Salerno and J. J. Sandra Kooij
- 12 **Behavioural Interventions in Challenging Behaviours** 195
Serafino Corti, Roberto Cavagnola, Giovanni Miselli, Francesco Fioriti, Mauro Leoni, Davide Carnevali, Laura Galli, Giovanni Michelini, and Giuseppe Chiodelli

Formazioni specifiche sul tema

2022

Corso di PERFEZIONAMENTO

DISTURBI DEL
NEUROSVILUPPO
E PSICOPATOLOGIA
integrare gli interventi evidence-based



AMICO-DI

Associazione Modello di Intervento Contestualistico
sulle Disabilità Intellettive e dello sviluppo



FONDAZIONE
ISTITUTO
OSPEDALIERO
DI SOSPIRO
Onlus



IESCUM
ISTITUTO EUROPEO PER LO STUDIO
DEL COMPORTAMENTO UMANO



ABAlITALIA

Ringrazio per l'ascolto e la gentile attenzione

