



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXIX • n. 1 • gennaio-giugno

IN PRIMO PIANO

3 Suicidio libero e responsabile: una scelta possibile?
Uno sguardo alla letteratura nel tentativo di trovare una risposta
di Giannelli A.

8 Il futuro della Psichiatria tra Markers Biologici e attività Clinica
di Cerveri G.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

16 Attività 2015 in un DSM di Milano per la fascia d'età 14-24 anni
Prima analisi dei dati socio-demografici e clinico-organizzativi
di De Isabella G., Galbiati C., Biffi G.

24 La valutazione degli esiti come pratica routinaria nella residenzialità psichiatrica
Risultati e prospettive di miglioramento continuo della qualità
di Amatulli A., Giampieri E., Marinaccio P.M.

31 Da vicino nessuno è normale
Dialogare a scuola sul pregiudizio e lo stigma
di Tomaselli G., Gambarà S., Naclerio R., Fenaroli S., Ballantini M., Biffi G., Cetti C., Clerici M., De Paoli G., Mencacci C., Percudani M., Rabboni M.

38 Il modello multifamiliare e la metafora lavoro
Identità sociale e coerenza percettiva del sé nelle relazioni complesse, una prospettiva evolutiva e prognostica
di Borgogno F.V., Pismataro C.P.

44 Dipendenza da internet
Un'indagine sulle conoscenze, l'atteggiamento e i bisogni degli operatori sanitari nei CPS, nei SerT e nelle UONPLA della Città di Milano
di Viganò C., Truzoli R., Boroni C., Giovannelli P., Ba G.

55 I benefici relazionali della terapia assistita dall'animale in pazienti con schizofrenia paranoide
Case report
di Chianese S., Traber R., Primerano L., Restrepo M.

63 L'efficacia del ricovero nel SPDC del S. Pertini di Roma
Studio retrospettivo decennale nei pazienti dimessi dal 2003 al 2012
di Maci C., Franco F.

SPECIALE: AUTISMO NELL'ADULTO

84 I disturbi dello spettro autistico
di Mencacci C.

86 L'autismo ad alto funzionamento e la sindrome di Asperger
Comorbidità, misdiagnosi ed errori terapeutici
di Migliarese G.

95 La sindrome di Asperger
di Motta C.

100 La diagnosi di autismo in età precoce
di Di Pasquale D.

108 I disturbi generalizzati dello sviluppo
I cambiamenti apportati dal DSM-5 e la loro influenza sulla clinica
di Rossi M., Pisan P., Ottolini A.

PSICHIATRIA FORENSE

118 Rischio suicidario e "rischio consentito"
Il parere della corte
di Mantovani R.

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (Bergamo)
Massimo Clerici (Monza)

Comitato Scientifico:
Claudio Mencacci (Milano, MI)
Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)
Giorgio Cerati (Legnano)
Emilio Sacchetti (Brescia)
Silvio Scarone (Milano)
Gian Carlo Cerveri (Milano)
Arcadio Erlicher (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Costanzo Gala (Milano)
Gabiella Ba (Milano)
Cinzia Bressi (Milano)
Claudio Cetti (Como)
Giuseppe De Paoli (Pavia)
Nicola Poloni (Varese)
Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)
Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)
Andrea Materzanini (Iseo, BS)
Alessandro Grecchi (Varese)
Francesco Bartoli (Monza)
Lucia Volonteri (Milano)
Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

L'autismo ad alto funzionamento e la sindrome di Asperger

Comorbidità, misdiagnosi ed errori terapeutici

Giovanni Migliarese¹

INTRODUZIONE

La Sindrome di Asperger (*Asperger's Syndrome* – AS) e l'autismo ad alto funzionamento (*High Functioning Autism* – HFA) sono due condizioni cliniche che si situano all'estremo superiore del continuum dei disturbi dello spettro autistico (*Autism Spectrum Disorder* – ASD) e che mostrano diverse sovrapposizioni cliniche e sintomatologiche. Le due diagnosi vengono spesso utilizzate nella clinica in modo indifferenziato, individuando soggetti caratterizzati da un quoziente intellettivo non deficitario (e anzi a volte con aree di ottimo funzionamento) ma caratterizzate da deficit nelle aree della comunicazione e della relazione.

A livello accademico la differenziazione tra le due entità diagnostiche si basa sull'assenza, per soggetti con AS, di difficoltà significative dell'apprendimento o di ritardo nell'acquisizione del linguaggio, che invece è presente in soggetti con autismo ad alto funzionamento: questi ultimi in passato erano spesso identificati quali soggetti caratterizzati dai classici segni della condizione nella prima infanzia ma che con lo sviluppo dimostravano un livello più elevato di capacità intellettiva, con abilità sociali e adattive superiori a quelle usuali per i bambini con autismo.

Il passaggio diagnostico e di paradigma che il DSM 5 ha effettuato, con la creazione della nuova categoria diagnostica dei disturbi dello spettro autistico, raggruppando all'interno di un continuum condizioni cliniche dapprima distinte e caratterizzate da difficoltà della comunicazione/interazione sociale e dalla presenza di

comportamenti stereotipati e ripetitivi, ha di fatto finito per sottolineare maggiormente le similitudini tra queste condizioni rispetto alle differenze. La creazione di uno "spettro autistico" coglie le indicazioni accumulate negli ultimi 20 anni durante i quali la ricerca scientifica ha evidenziato sia una forte sovrapposizione genetica in tutte queste condizioni, sia manifestazioni cliniche e cognitive sovrapponibili.

L'aspetto maggiormente significativo per i ASD, tanto da essere utilizzato come aspetto cardine su cui effettuare un corretto inquadramento diagnostico, è rappresentato dall'*impairment* nello sviluppo di una teoria della mente adeguata all'età del soggetto, che si riflette in una spiccata difficoltà di comprensione automatica ed intuitiva del funzionamento mentale altrui e in una secondaria inadeguatezza in situazioni sociali e relazionali. Accanto a questo sono stati segnalati altri aspetti significativamente alterati in soggetti con disturbi dello spettro autistico rispetto ai controlli: sono stati infatti segnalati deficit nelle funzioni esecutive (a livello di pianificazione, inibizione delle risposte – spesso associate a comportamenti impulsivi – flessibilità cognitiva ecc.) e nelle performance motorie (che spesso si associano a una sensazione di scarsa fluidità dei movimenti corporei che si può manifestare con una forma di "goffaggine" motoria altamente suggestiva).

Se per soggetti all'estremo inferiore del continuum queste difficoltà appaiono estremamente evidenti e quasi invariabilmente associate a ritardo mentale, individui con AS o HFA presentano quadri clinici più sfumati e meno evidenti. Le differenze a livello fenomenico sono marcate: bambini con autismo a basso funzionamento ad esempio possono essere isolati e manifestare incapacità o importanti difficoltà a sviluppare una reciprocità emotiva sia con gli adulti sia con i coetanei, possono mostrare compromissioni qualitative del linguaggio e della comunicazione anche molto gravi, fino a una totale assenza, e possono mostrare comportamenti stereotipati e ripetitivi da cui è difficile distoglierli, oppure comportamenti

inadeguati di tipo aggressivo (si rimanda all'approfondimento specifico in questo numero) (8). Soggetti con HFA invece mantengono spesso un buon interesse sociale anche se, a causa delle difficoltà nella comprensione della mente altrui, possono apparire bizzarri. Possono inoltre manifestare interessi e comportamenti ripetitivi ed alterazioni del funzionamento socio-relazionale. Alcuni tratti comportamentali appaiono suggestivi, seppur non patognomonicamente, di questi disturbi: i soggetti mostrano tipicamente un eloquio pedante, spesso con intonazione vocale monotona, faticano a mantenere il contatto visivo, mostrano una ridotta comunicazione non verbale e spesso manifestano una forma di "goffaggine" motoria. Un ulteriore aspetto suggestivo è dato da una scarsissima flessibilità cognitiva: soggetti con HFA mostrano rigidità di pensiero e ripetitività (es. difficoltà a spostare l'attenzione tra argomenti/interessi), concretismo, pensiero dicotomico. Anche in questo caso si rimanda all'approfondimento specifico in questo numero (23).

PROBLEMI LEGATI AL RICONOSCIMENTO DEI SOGGETTI CON AUTISMO AD ALTO FUNZIONAMENTO

I bambini con HFA o con AS spesso non vengono diagnosticati precocemente e l'età media alla diagnosi è di undici anni (Howlin e Asgharian 1999). Vi sono molte cause che concorrono a tale riscontro.

Nella AS è spesso presente una motivazione alla socializzazione, e i bambini non tendono a isolarsi dai compagni. Le modalità relazionali con gli stessi appaiono però peculiari e sono generalmente presenti modalità spiccatamente eccentriche o unilaterali (ad esempio i bambini con Asperger non riescono ad adattarsi alla flessibilità cognitiva dell'altro, di fatto ricorrendo a schemi di comportamento rigidi e in parte predefiniti; per questo tendono a riuscire ad entrare in relazione generalmente solo con uno/due coetanei per volta oppure a dover assumere il ruolo di leader, richiedendo agli altri di adattarsi alle loro modalità cognitive e di

comportamento). Soprattutto in presenza di un elevato quoziente intellettivo, il bambino con HFA può spesso apparire bizzarro o eccentrico più che problematico, non sempre spingendo il contesto (ad es. la scuola, ma anche la famiglia) a favorire una valutazione specialistica. Inoltre, poiché l'aspetto centrale del disturbo è caratterizzato dalle difficoltà nella comprensione intuitiva ed automatica della mente altrui, le difficoltà emergono prevalentemente di fronte a compiti sociali complessi e quindi quando il soggetto si trova a confrontarsi con richieste più articolate da parte dell'ambito sociale di riferimento (ad esempio con il passaggio alle medie o alla formazione secondaria).

È quindi frequente che soggetti con AS o HFA giungano all'osservazione clinica tardivamente: se l'autismo a basso funzionamento coinvolge in prima linea il pediatra e i servizi per i minori è pressoché la norma che l'HFA coinvolga servizi che si occupano di soggetti con un'età maggiore a 14 anni, compresi i servizi per gli adulti. In questi casi la presentazione è inoltre generalmente per via indiretta, in quanto la richiesta di aiuto deriva dallo sviluppo di una sintomatologia secondaria o dall'esposizione a situazioni altamente stressanti.

È stato ad esempio segnalato che vi è un elevato numero di episodi di bullismo a cui sono esposti soggetti con tali condizioni cliniche, soprattutto per soggetti di sesso femminile (13): è stato inoltre ipotizzato che ragazze con HFA o AS siano più a rischio di episodi di abuso/violenza sessuale (28; 32; 21). È stato inoltre segnalato che soggetti adulti con HFA misconosciuti prendono contatto con i servizi psichiatrici territoriali per la presenza di patologie psichiche emergenti, spesso inquadrabili come disturbi dell'adattamento oppure che alcuni aspetti caratteristici del disturbo autistico, aggravatisi per una concomitante situazione di stress, richiedano l'invio per una valutazione specialistica.

La comorbidità psichiatrica appare estremamente rilevante: diversi studi hanno segnalato tassi elevati di associazione tra AS/ HFA e sintomi depressivi, ansia,

disturbo bipolare, disturbi psicotici e disturbi di personalità, sia in minori che in adulti. Dal punto di vista epidemiologico i tassi di comorbidità riscontrati in età adulta in vari studi superano i 2/3 dei soggetti (19).

LA COMORBIDITÀ PSICHIATRICA NEI SOGGETTI CON AUTISMO AD ALTO FUNZIONAMENTO

In età adulta, per i soggetti con HFA e AS, la comorbidità psichiatrica rappresenta la regola più che l'eccezione: i disturbi depressivi e i disturbi d'ansia hanno tassi di prevalenza attorno al 50%, l'ADHD attorno al 40%, il disturbo ossessivo-compulsivo del 25%, i disturbi psicotici tra il 5 e il 15% (5; 24; 13; 10; 1).

Tutti questi disturbi, oltre ad avere un'elevata co-presenza, risultano inoltre in diagnosi differenziale con i disturbi dello spettro autistico a causa di un ampio overlap dei sintomi. Allo stesso tempo non va dimenticato che la comorbidità psichiatrica può mascherare i disturbi dello spettro autistico che quindi possono rimanere misconosciuti, con un effetto peggiorativo sull'impostazione dei trattamenti e sulla prognosi.

Almeno due possono essere i fattori che spiegano l'elevatissima associazione tra disturbi dello spettro autistico ed altri disturbi psichici.

Una prima chiave di lettura è quella di una predisposizione genetica condivisa. È stato ad esempio segnalato che parenti di primo grado di soggetti con disturbi dello spettro autistico siano ad aumentato rischio di sviluppare disturbi psichici quali disturbi affettivi e psicotici (14). L'ipotesi è quindi quella che vi sia una specifica sensibilità neurobiologica crociata (Rapoport et al. 2009; 31). Seppure non siano presenti sufficienti studi per trarre conclusioni definitive l'ipotesi più accreditata attualmente sostiene che fattori ambientali precoci (gravidici e perinatali) possano facilitare l'espressione di una predisposizione poligenica (30; 6).

Un secondo fattore importante è invece di tipo causale: soggetti con HFA sono infatti maggiormente

esposti a fattori ambientali predisponenti in conseguenza del proprio schema cognitivo rigido e delle difficoltà ad interpretare in modo intuitivo la mente altrui (ad es. sono più facilmente esposti a eventi stressanti quali fallimenti in ambito accademico o lavorativo, affettivo e relazionale, ma anche più facilmente vittime di episodi di bullismo, o eventualmente anche di veri e propri abusi). In questa considerazione il disturbo dello spettro autistico può venir immaginato come una *neuro-diversità*, ovvero un disturbo di base, cioè come una struttura di funzionamento cognitivo e affettivo che definisce le modalità di accesso dell'individuo alle interazioni socio-relazionali, alla gestione dei conflitti, all'analisi delle reazioni emotive e che pone il soggetto in una condizione di predisposizione a situazioni stressanti.

È infine possibile che alcune condizioni cliniche vengano erroneamente confuse con la diagnosi di AS/HFA. È il caso di alcuni disturbi di personalità (dist. schizoide e schizotipico, evitante, paranoide) ma anche di entità diagnostiche più complesse quali la schizofrenia o altri disturbi dello spettro della schizofrenia): si tratterebbe di una misdiagnosi dovuta alla scarsa capacità da parte dei soggetti di evidenziare/riconoscere (e secondariamente esprimere) i propri stati emotivi (e quindi di cercare e ottenere aiuto in modo corretto), alla scarsa conoscenza dei disturbi dello spettro autistico ad alto funzionamento anche tra i professionisti della salute mentale e alla presenza di un'elevata quota di sovrapposizione sintomatologica tra i disturbi autistici ad alto funzionamento ed altre condizioni cliniche (questo aspetto sembra avere un peso soprattutto nell'ambito della diagnosi dei disturbi di personalità, che esprimendo un pattern relativamente stabile di pensare, sentire, comportarsi e mettersi in relazione con gli altri hanno diverse similitudini con i disturbi dello spettro autistico descritti come "neuro-diversità") ma riguarda anche disturbi in asse primo come i dist. schizofrenici, il dist. ossessivo-compulsivo.

I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO AD ALTO FUNZIONAMENTO E I DISTURBI AFFETTIVI

I disturbi affettivi risultano tra i disturbi psichici più frequentemente associati ai disturbi dello spettro autistico. La comorbidità con i disturbi affettivi peggiora l'evoluzione e la prognosi e provoca un ulteriore peggioramento dell'*impairment* sociale e delle capacità socio-relazionali e comunicative, complicando il quadro clinico.

Gran parte degli studi sono concordi nell'indicare la depressione unipolare e la sintomatologia depressiva quale il riscontro di maggior frequenza in soggetti con disturbi dello spettro autistico ad alto funzionamento, anche se più recentemente alcuni autori (25) hanno suggerito un ruolo preponderante per il disturbo bipolare, supportati anche dal riscontro di elevati tassi di prevalenza di disturbo bipolare tra familiari di primo grado dei soggetti affetti (7; 11). Questi autori hanno ipotizzato che il riscontro di bassi tassi di comorbidità del disturbo bipolare sarebbero da attribuire a misdiagnosi dello stesso a favore degli episodi depressivi, a causa di una mancanza di riconoscimento di episodi ipo-maniacali che sarebbero inseriti erroneamente tra le manifestazioni del decorso clinico dell'HFA (ad es. le dimensioni dell'irritabilità e dell'oscillazione timica). Sia dal punto di vista speculativo che dal punto di vista clinico questo aspetto appare estremamente interessante e ulteriori studi su soggetti adulti, magari con disegni sperimentali differenti (es. studi prospettici o retrospettivi) appaiono necessari per trarre conclusioni definitive.

Gli studi attuali segnalano comunque che circa il 50% degli adulti con diagnosi di HFA manifestano una sintomatologia depressiva (13; 37) e che la comorbidità con il disturbo bipolare è compresa tra il 6 e il 20% (38). Spesso tale sintomatologia non è riportata direttamente (a causa di difficoltà ad esprimere gli stati emotivi) e può essere segnalata da terzi (prevalentemente parenti o il partner), soprattutto per soggetti più giovani. Vi possono essere segni che suggeriscono la presenza di

una patologia depressiva: modificazioni nel funzionamento che appaiono visibili a livello comportamentale (rallentamento, riduzione dell'interesse in attività precedentemente ritenute piacevoli, alterazioni di sonno, scarsa cura del sé). La depressione può inoltre associarsi ad alterazioni maladattative quali un incremento dell'irritabilità e dell'aggressività (compreso il self-injury) o dell'irrequietezza e può peggiorare alcuni sintomi tipici quali le alterazioni del linguaggio, i movimenti bizzarri (hand-flapping) e i rituali. Generalmente i sintomi depressivi e l'ansia si sviluppano in un contesto di croniche difficoltà socio-relazionali, spesso difficili da comprendere da parte del soggetto, o in seguito a fallimenti in ambito relazionale o lavorativo che minano l'autoestima, identificandosi come disturbi dell'adattamento o come reazioni prolungate da stress. Può esservi una percezione di incompetenza riguardo alle proprie capacità sociali e anche della possibilità di essere efficiente e "funzionante" in ambito lavorativo.

In altre condizioni la sintomatologia depressiva può verificarsi in conseguenza di un "affaticamento cronico". I soggetti con elevati quozienti intellettivi possono infatti utilizzare (imparandole) strategie cognitive compensative per gestire le situazioni socio-relazionali: non riuscendo a comprendere intuitivamente quale sia il funzionamento mentale dell'altro e quindi quali siano le modalità corrette di comportarsi queste persone tendono a utilizzare un'analisi cognitiva e razionale costante della situazione che causa un elevatissimo dispendio di energie (attentive, di concentrazione, di controllo) e tra l'altro non risulta quasi mai pienamente efficace (35).

Il disturbo bipolare tende a manifestarsi con caratteristiche quali umore instabile, irritabile o misto, ostilità, irrequietezza, ansia, aggressività, insonnia. Spesso il disturbo bipolare può essere erroneamente diagnosticato come schizofrenia (33) a causa della presentazione atipica e della presenza di allucinazioni, interpretazioni deliranti (spesso di stampo paranoide), pensiero bizzarro: questi aspetti appaiono maggiormente visibili nelle fasi acute

ma si possono mantenere anche nelle fasi eutimiche con le caratteristiche già descritte di bizzarrie di pensiero tipiche dei ASD (38).

I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO AD ALTO FUNZIONAMENTO E I DISTURBI D'ANSIA

I disturbi d'ansia sono presenti in quasi il 50% dei soggetti con autismo ad alto funzionamento. Come per gli aspetti depressivi l'ansia può frequentemente far parte di aspetti reattivi, da stress cronico. I soggetti con HFA infatti, soprattutto quelli ad elevato insight, si rendono conto delle difficoltà relazionali a cui vanno incontro, pur non riuscendo, in modo autonomo, a trovare strategie compensative valide. I significativi problemi nel comportamento adattivo, tipici di soggetti con autismo ad alto funzionamento, appaiono evidenti soprattutto nei minori o negli adolescenti/giovani adulti (Attwood 2002) e si possono manifestare non solo con sintomi d'ansia (attacchi di panico, evitamenti, ansia anticipatoria), ma anche con una cattiva gestione della rabbia, che spesso può divenire la via finale comune per detendere la tensione, con conseguente incremento nel rischio di agiti e di comportamenti inadeguati. I comportamenti inadeguati sono modulati dall'impulsività, che in soggetti con disturbi dello spettro autistico può essere elevata (18; 22; 10).

Anche la sintomatologia ossessiva-compulsiva, spesso con le caratteristiche di un ridotto insight, è risultata associata all'autismo ad alto funzionamento. Il rapporto tra questi disturbi è complesso: sono presenti infatti delle sovrapposizioni sintomatologiche che, se valutate superficialmente, rendono difficile effettuare correttamente una diagnosi differenziale. Le stereotipie, la rigidità di pensiero, la necessità di seguire comportamenti routinari e a volte di utilizzare comportamenti rituali sono spesso una caratteristica dei soggetti con ASD ad alto funzionamento che possono essere confusi con un dist. ossessivo-compulsivo. Gli individui con ASD riportano

più frequentemente aspetti ripetitivi, di accaparramento, o modalità ripetitive legate al toccare: soggetti con DOC che invece presentano più frequentemente pensieri ossessivi relativi alla pulizia, al controllo o al conteggio. Globalmente, a livello clinico, nel soggetto con autismo la sintomatologia appare maggiormente di tipo compulsivo e gli aspetti ossessivi sono meno evidenti.

I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO AD ALTO FUNZIONAMENTO E I DISTURBI PSICOTICI

Il legame tra disturbi autistici e i disturbi psicotici è dibattuto sin dall'origine stessa della definizione di autismo. Prima delle descrizioni di Kanner e di Asperger di quei bambini che adesso vengono ampiamente riconosciuti come affetti da disturbi dello spettro autistico, e anche per alcuni anni successivamente, bambini con sintomi simili venivano diagnosticati come affetti da schizofrenia infantile. Una review di Cappon (1953) sulla schizofrenia e l'autismo infantile segnalava che i sintomi dei due disturbi mostrano ampie sovrapposizioni: nello stesso lavoro l'autismo veniva presentato come una condizione clinica contenuta all'interno dello spettro della schizofrenia.

I dati epidemiologici sottolineano una forte associazione tra i disturbi: in campioni di minori con disturbi dello spettro autistico i disturbi dello spettro della schizofrenia sono stati riportati tra lo 0% e il 34,8%. Anche la prevalenza inversa (soggetti con disturbi autistici in campioni di soggetti con disturbi dello spettro della schizofrenia) mostra dati simili, tra il 3,6% e il 60% a seconda degli studi. La schizofrenia infantile è stata infine associata nel 30-50% dei casi a una precedente diagnosi di disturbi dello spettro autistico (4). Tutti questi studi sono stati effettuati su soggetti in minore età, di fatto non permettendo di generalizzare anche a soggetti adulti.

Vi sono vari aspetti e caratteristiche che accomunano i disturbi: la presenza di *impairment* nella Teoria della Mente sia in soggetti con autismo che con schizofrenia (20), deficit funzionali associati ai neuroni a specchio,

alterazioni della connettività riscontrati tramite tecniche di imaging e strumentali (studi morfologici sul corpo calloso, riduzione morfometrica della materia bianca, riduzione della coerenza dei segnali EEG). (15). Inoltre, aspetto non secondario, alcuni dei trattamenti efficaci nei disturbi dello spettro della schizofrenia (aripirazolo e risperidone) hanno importanti dati di efficacia anche in soggetti con disturbi dello spettro autistico (15) e gli stessi farmaci sono associati a miglioramenti della cognitiv  sociale (27).

Per tali motivi   stato suggerito che disturbi dello spettro autistico e della schizofrenia possano condividere molto di pi  di quanto immediatamente apparente a livello clinico e che la linea di demarcazione tra le due condizioni non sia facile da evidenziare. Alcuni autori hanno ad esempio sottolineato che, nonostante le differenze anche evidenti a livello clinico, che non rendono difficile la diagnosi differenziale a personale formato, l'ampiezza delle manifestazioni fenotipiche dei due disturbi debba rendere conto di un'ampia sovrapposizione tra gli stessi (15).

I dati epidemiologici e strumentali supportano l'ipotesi di una predisposizione genica condivisa tra i due disturbi (Rapoport et al. 2009). Inoltre, anche a livello ambientale sono presenti fattori comuni, seppure siano state evidenziate importanti aree di differenziazione e fattori di rischio specifici per un disturbo e non per l'altro (Cantor-Graae & Selten, 2005;29). A partire da questi riscontri sono stati proposti diversi modelli eziopatogenici, attualmente ancora in fase di valutazione sperimentale (4): i disturbi dello spettro autistico e della schizofrenia sono stati interpretati come disturbi neuroevolutivi caratterizzati da esordio precoce e tardivo, con un gran numero di deficit a livello cognitivo e delle capacit  interpersonali. Nonostante la grande diversit  tra i criteri diagnostici e gli aspetti evolutivi infatti gli impairment a livello motorio e cognitivo appaiono simili (37).

Dal punto di vista diagnostico vi sono evidenti differenze nei quadri clinici in et  adulta che rendono facilmente

differenziabili da personale formato le due condizioni. Alcune difficolt  possono comunque verificarsi per soggetti con autismo ad alto funzionamento, che non hanno manifestato in et  precoce evidenti segnali di malessere o scarso adattamento sociale. Per questi soggetti, che spesso sono stati solo riconosciuti come "particolari" dal contesto, il confronto con ambienti socio-relazionali maggiormente complessi e pi  prestazionali pu  facilitare l'emergere di manifestazioni da analizzare attentamente per non effettuare errori diagnostici. Alcune manifestazioni che possono essere definite tipiche, ma non patognomoniche, dei quadri autistici, quali i comportamenti bizzarri, la ridotta espressivit  emotiva, le distorsioni percettive, l'ideazione paranoide (soprattutto in situazioni di forte stress) possono infatti essere confuse con sintomi appartenenti allo spettro della schizofrenia (35).

In soggetti con AS sono stati riportati deliri grandiosi o paranoidei ed   stato suggerito che questi siano da correlarsi al bias attenzionale dovuto all'incompetenza sociale. Soggetti con AS sarebbero quindi pi  portati, a causa di una modalit  erronea di interpretare i segnali relazionali (espressioni facciali, messaggi non verbali) a sperimentare elevati livelli d'ansia e a costruire interpretazioni paranoidei secondarie.

LA GESTIONE DELLE COMORBIDIT  PSICHIATRICHE NEI SOGGETTI CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO AD ALTO FUNZIONAMENTO

Il trattamento delle comorbidit  psichiatriche in un soggetto con HFA   un trattamento che pu  essere complesso. Il rischio prevalente   quello di non riconoscere la neurodiversit  legata all'autismo: questa evenienza pu  portare a scarsi risultati clinici per vari motivi. Innanzi tutto non riconoscere l'autismo rischia di compromettere la relazione terapeutica, che deve essere impostata facendo attenzione alle caratteristiche del soggetto. In secondo luogo vi   il rischio di utilizzare strumenti poco efficaci: le psicoterapie "classiche", ad esempio, mostrano

numerosi limiti con soggetti che utilizzano una chiave di lettura della realtà (e dei rapporti sociali) estremamente concreta e che quindi sono poco in grado di utilizzare i consueti caratteri metaforici delle interpretazioni o del lavoro relazionale. Infine, anche in caso di buon contatto terapeutico e di terapia efficace, il rischio di ricadute è molto frequente se non vengono modificate le condizioni di partenza, poiché il soggetto, una volta superata la situazione di difficoltà rischia di trovarsi nuovamente di fronte a tutti quei fattori precipitanti che l'avevano favorita senza aver appreso modalità efficaci per affrontarle. Un corretto inquadramento diagnostico è necessario quindi per permettere l'impostazione di una corretta terapia delle condizioni emergenti e per poter impostare un trattamento multi-disciplinare complesso, che associ all'intervento psicofarmacologico anche interventi di tipo psico-educazionale e di coaching, mirato al disturbo autistico sottostante.

Diversi trattamenti farmacologici sono risultati efficaci per trattare le condizioni associate: antidepressivi, ansiolitici, antipsicotici di seconda generazione. La terapia cognitivo-comportamentale è risultata efficace nella gestione degli aspetti ansioso-depressivi, soprattutto in associazione con altri trattamenti.

La gestione delle comorbidità psichiatriche prevede personale con una specifica formazione: purtroppo, soprattutto per soggetti in maggiore età, vi è un'assoluta carenza di servizi specialistici che possano effettuare un corretto inquadramento clinico e il successivo trattamento di queste condizioni. Questo è particolarmente vero per quei soggetti senza deficit intellettivo e con disturbi dello spettro autistico ad alto funzionamento e risulta una criticità estremamente comune non solo su tutto il territorio italiano ma anche a livello europeo e nord-americano (17).

Per supplire a questa lacuna dei nostri servizi recentemente alcuni centri hanno iniziato a definire protocolli specifici per intervenire in queste condizioni. Presso la nostra azienda è stato definito un protocollo di conven-

zione con Associazione Asperger Italia (ASA) ed è stato istituito un ambulatorio specialistico per la comorbidità psichiatrica in soggetti adulti con AS. Presso tale spazio soggetti con diagnosi accertata di AS possono effettuare una valutazione specialistica per situazioni cliniche concomitanti e essere trattati da personale specificatamente formato.

(1) Dipartimento di Salute mentale e Neuroscienze
ASST Fatebenefratelli-Sacco

BIBLIOGRAFIA

1. Bakken T.L., et al., *Psychiatric disorders in adolescents and adults with autism and intellectual disability: a representative study in one county in Norway*. Res Dev Disabil. 2010; 31(6): 1669–1677.
2. Bolton P.F., Pickles A., Murphy M., Rutter M., *Autism, affective and other psychiatric disorders: patterns of familial aggregation*. Psychol Med. 1998; 28(2): 385–395.
3. Cappon D., *Clinical manifestations of autism and schizophrenia in childhood*. Can. Med. Assoc. J., 1953; 69, 44–49.
4. Chisholm K., Lin A., Abu-Akel A., Wood S.J., *The association between autism and schizophrenia spectrum disorders: a review of eight alternate models of co-occurrence* Neurosci Biobehav Rev. 2015 Aug;55:173-83. doi: 10.1016/j.neubiorev.2015.04.012. Epub 2015 May 5.
5. Cooper S.A., Smiley E., Morrison J., et al. *Psychosis and adults with intellectual disabilities: prevalence, incidence, and related factors*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007; 42(7): 530–536.
6. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium, *Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis*. Lancet, 2013 Apr 20; 381(9875): 1371–1379. Published online 2013 Feb 28. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62129-1
7. DeLong G.R., Dwyer J.T., *Correlation of family history with specific autistic subgroups: Asperger's syndrome and bipolar affective disease*. J Autism Dev Disord, 1988; 18(4): 593–600. 56.
8. Di Pasquale D., *La diagnosi di autismo in età precoce*. Psichiatria Oggi Anno XXIX, n.1 gennaio- giugno 2016
9. Ghanizadeh A., *Co-morbidity and factor analysis on attention deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorder DSM-IV-derived items*. J Res Med Sci, 2012 Apr;17(4):368-72.
10. Ghaziuddin M., Zafar S., *Psychiatric comorbidity of adults with autism spectrum disorders*. Clinical Neuropsychiatry, 2008; 5(1): 9–12.
11. Gillberg I.C., Gillberg C., *Asperger syndrome—some epidemiological considerations: a research note*. J Child Psychol Psychiatry. 1989; 30(4): 631–638.
12. Graae E., Selten J.P., *Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review*. Am. J. Psychiatry, 2005; 162 (1): 12–24, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.12>
13. Hofvander B., Delorme R., Chaste P. et al., *Psychiatric and psycho-social problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders*. BMC Psychiatry, 2009; 9: 35.
14. Jokiranta-Olkonemi E., Cheslack-Postava K., Sucksdorff D., Suominen A., Gyllenberg D., Chudal R., Leivonen S., Gissler M., Brown A.S., Sourander A., *Risk of Psychiatric and Neurodevelopmental Disorders Among Siblings of Probands With Autism Spectrum Disorders*. JAMA Psychiatry, 2016 May 4; doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0495. [Epub ahead of print]
15. 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.
16. King B.H., Boštic J.Q., *An update on pharmacologic treatments for autism spectrum disorders*. Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am, 2006; 15: 161–175.
17. Lake J.K., Perry A., Lunskey Y., *Mental health services for individuals with high functioning autism spectrum disorder*. Autism Res Treat, 2014;2014:502420. doi: 10.1155/2014/502420. Epub 2014 Sep 3.
18. Lee D.O., Ousley O.Y., *Attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in a clinic sample of children and adolescents with pervasive developmental disorders*. J Child Adolesc Psychopharmacol, 2006 Dec; 16(6):737-46.
19. Lehnhardt F.G., Gawronski A., Volpert K., Schilbach L., Tepest R., Vogeley K., *Psychosocial functioning of adults with late diagnosed autism spectrum disorders—a retrospective study*. Fortschr Neurol Psychiatr, 2012, 80:88–97
20. Lysaker P.H., Olesek K.L., Warman D.M., Martin J.M., Salzman A.K., Nicolò G., Salvatore G., Dimaggio G., *Metacognition in schizophrenia: correlates and stability of deficits in theory of mind and self-reflectivity*. Psychiatry Res., 2011 Nov 30; 190(1):18-22. doi: 10.1016/j.psychres.2010.07.016. Epub 2010 Aug 8.

21. Mandell D.S., Walrath C.M., Manteuffel B., Sgro G., Pinto-Martin J.A., *The prevalence and correlates of abuse among children with autism served in comprehensive community-based mental health settings*. Child Abuse Negl., 2005 Dec;29(12):1359-72. Epub 2005 Nov 15.
22. Mosconi M.W., Kay M., D’Cruz A.M., Seidenfeld A., Guter S., Stanford L.D., Sweeney J.A., *Impaired inhibitory control is associated with higher-order repetitive behaviors in autism spectrum disorders*. Psychol Med., 2009 Sep; 39(9): 1559-66. doi: 10.1017/S0033291708004984. Epub 2009 Jan 21.
23. Motta C., *La sindrome di Asperger Psichiatria Oggi Anno XXIX*, n.1 gennaio–giugno 2016
24. Mouridsen S.E., Rich B., Isager T., *Psychiatric disorders in adults diagnosed as children with atypical autism: a case control study*. J Neural Transm, 2008; 115(1): 135–138.
25. Munosue T., Ono Y., Mutoh K., Shimoda K., Nakatani H., Kikuchi M., *High prevalence of bipolar disorder comorbidity in adolescents and young adults with high-functioning autism spectrum disorder: a preliminary study of 44 outpatients*. J Affect Disord., 2008 Dec;111(2-3):170-5. doi: 10.1016/j.jad.2008.02.015. Epub 2008 Apr 2.
26. Piven J., Palmer P., *Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: evidence from a family study of multiple-incidence autism families*. Am J Psychiatry, 1999; 156(4): 557–563.
27. Roberts D.L., Penn D.L., Corrigan P., Lipkovich I., Kinon B., Black R.A., *Antipsychotic medication and social cue recognition in chronic schizophrenia*. Psychiatry Res., 2010; 178: 46–50
28. Roberts A.L., Koenen K.C., Lyall K., Robinson E.B., Weisskopf M.G., *Association of autistic traits in adulthood with childhood abuse, interpersonal victimization, and posttraumatic stress*. Child Abuse Negl., 2015 Jul;45:135-42. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.04.010. Epub 2015 May 6.
29. Roseboom T.J., Painter R.C., Van Abeelen A.F.M., Veenendaal M.V.E., De Rooij S.R., *Hungry in the womb: what are the consequences? Lessons from the Dutch famine*. Maturitas, 2011; 70 (2): 141–145; http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.06.017
30. Serretti A., Fabbri C., *Shared genetics among major psychiatric disorders*. Lancet, 2013 Apr 20;381(9875):1339-41. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60223-8. Epub 2013 Feb 28.
31. Shailesh H., Gupta I., Sif S., Ouhtit A., *Towards understanding the genetics of Autism*. Front Biosci (Elite Ed.), 2016 Jun 1; 8: 412-26.
32. Skeppar P., Thoor R., Sture A., Isakson A., Skeppar I., Persson B., Fitzgerald M., *Neurodevelopmental disorders with comorbid affective disorders sometimes produce psychiatric conditions traditionally diagnosed as schizophrenia*. Clin. Neuropsychiatry, 2013; 3-4: 123–133
33. Sofronoff K., Dark E., Stone V., *Social vulnerability and bullying in children with Asperger syndrome*. Autism., 2011 May;15(3):355-72. doi: 10.1177/1362361310365070. Epub 2011 Mar 23
34. Stewart M.E., Barnard L., Pearson J., Hasan R., O’Brien G., *Presentation of depression in autism and Asperger syndrome: a review*. Autism, 2006; 10: 103–16.
35. Tebartz van Elst L., Pick M., Biscaldi M., Fangmeier T., Riedel A., *High-functioning autism spectrum disorder as a basic disorder in adult psychiatry and psychotherapy: psychopathological presentation, clinical relevance and therapeutic concepts*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci, 2013; 263(Suppl 2), S189–S196.10.1007/s00406-013-0459-3
36. Tick B., Bolton P., Happé F., Rutter M., Rijdsdijk F., *Heritability of autism spectrum disorders: a meta-analysis of twin studies*. J Child Psychol Psychiatry, 2016 May;57(5):585-95. doi: 10.1111/jcpp.12499. Epub 2015 Dec 27.
37. 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.
38. Vannucchi G., Masi G., Toni C., Dell’Osso L., Erfurth A., Perugi G., *Bipolar disorder in adults with Aspergers Syndrome: a systematic review*. J Affect Disord., 2014b; 168: 151-60. doi: 10.1016/j.jad.2014.06.042. Epub 2014 Jul 8. Review.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:

1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo la citazione dovrà essere riportata indicando tra parentesi il numero relativo al testo citato, ad esempio (1).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidente:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

Presidente eletto:

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

Segretario:

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini (*Somdrino*)

Franco Spinogatti (*Cremona*)

Andrea Materzanini (*Iseo*)

Costanzo Gala (*Milano*)

Orsola Gambini (*U. Mi Statale*)

Claudio Cetti (*Como*)

Giuseppe De Paoli (*Pavia*)

Nicola Poloni (*Varese*)

Antonio Magnani (*Mantova*)

Emi Bondi (*Bergamo*)

Ettore Straticò (*Mantova*)

Roberto Bezzi (*Legnano, Mi*)

Marco Toscano (*Garbagnate, Mi*)

Antonio Amatulli (*Sirp.Lo*)

Caterina Viganò (*Sirp.Lo*)

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Alessandro Grecchi (*Milano*)

Francesco Bartoli (*Monza Brianza*)

Giacomo Deste (*Brescia*)

Giovanni Migliarese (*Milano*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati

Angelo Cocchi,

Arcadio Erlicher,

Claudio Mencacci,

Emilio Sacchetti

Silvio Scarone

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli

Simone Vender

Antonio Vita

Giuseppe Biffi