

Convegno “Linee guida sull’Autismo negli adulti

Progetti innovativi

Drssa Rita Di Sarro

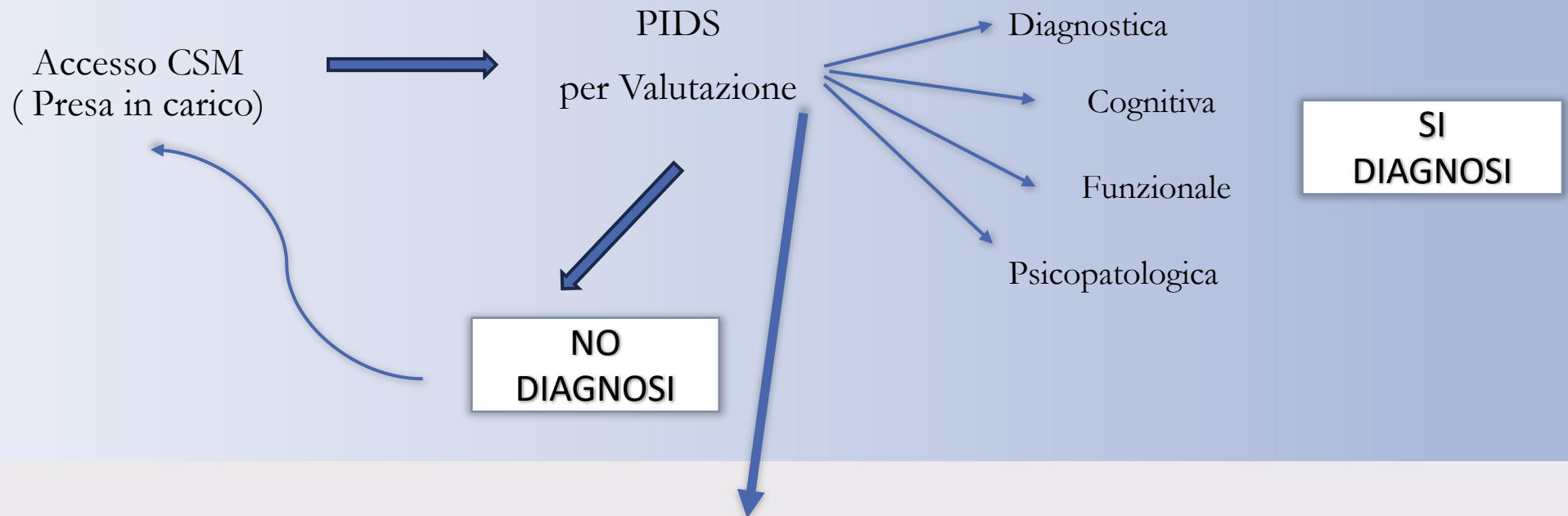
Specialista in Neurologia, Psicologia Clinica, Psichiatria

Analista del Comportamento

Direttore Programma Integrato Disabilità e Salute AUSL Bologna

pids@ausl.bologna.it





COMPORTAMENTALE

- Se CP molto frequenti e intensi
- Sono stati effettuati altri interventi
- Mancato Coinvolgimento altri contesti di vita

- Se CP poco frequenti
- No effettuati altri interventi
- Coinvolgimento altri contesti di vita

Residenza
comportamentale San
Martino

Ambulatorio
Comportamentale P. Testa

PIDS: ATTIVITA' DEL 2025

- 366 Valutazioni per nuove diagnosi (**164 ASD** e 179 ADHD).
- **28 Follow Up**
- **61 valutazioni 18 enni**
- **17 valutazioni comportamentali**
- **6 pz Ambulatorio Paolo testa**
- **8 pz Case San Martino**
- 61 pazienti UVM per 39 incontri
- CRA: 167 richieste (20 pazienti hanno avuto più di una richiesta) :

Nuove diagnosi: ASD livello 1

In linea con la letteratura, molti pazienti erano seguiti da anni con altri inquadramenti diagnostici:

- Disturbi di personalità (schizoide, schizotipico, evitante): Lugnégard et al., 2012, Journal of Autism and Developmental Disorders
- Disturbi d'ansia e fobia sociale: Lai & Baron-Cohen, 2015, Lancet Psychiatry
- Disturbi dell'Umore: Lever & Geurts, 2016, clinical Psychology Review
- DOC: Russel et al., 2005, European Psychiatry

Diagnosi da adulto

- Dare un senso alla propria storia
- Accesso a supporti ed adattamenti specifici (accomodamenti lavorativi, percorsi e trattamenti)
- Consapevolezza relazionale (comunicazione, incomprensioni)
- Difficile rielaborazione (rabbia, sconforto)
- Aspettative irrealistiche

Isr J Psychiatry Relat Sci Vol 43 No. 4 (2006) 265–274

Psychopharmacology and Applied Behavioral Analysis: Tandem Treatment of Severe Problem Behaviors in Intellectual Disability and a Case Series

Lee E. Wachtel, MD,^{1,3} and Louis P. Hagopian, PhD^{2,3}

¹ Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kennedy Krieger Institute, Neurobehavioral Unit, Baltimore, Maryland, U.S.A.

² Department of Behavioral Psychology, Kennedy Krieger Institute, Neurobehavioral Unit, Baltimore, Maryland, U.S.A.

³ Department of Psychiatry and Behavioral Science, Johns Hopkins University, School of Medicine, Baltimore, Maryland, U.S.A.





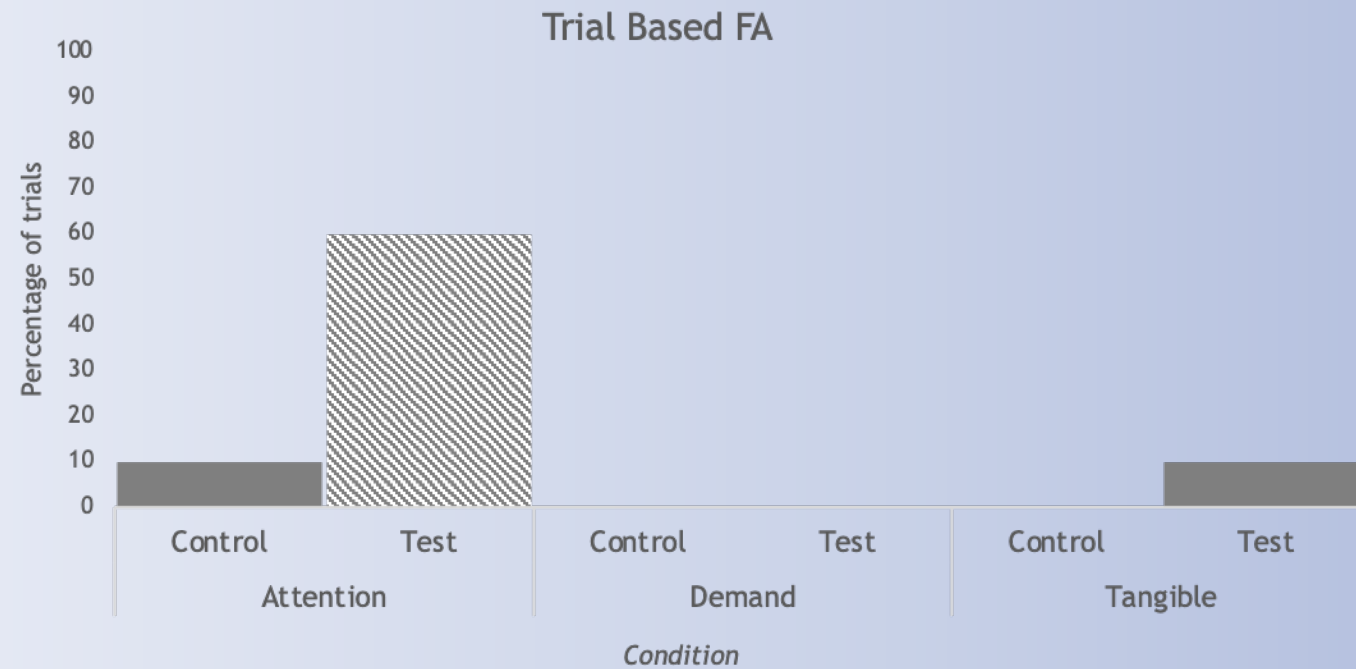
LA STORIA DI NICO

19 anni

- Diagnosi: Autismo Infantile (F.84.0) associata a Disabilità Intellettiva di grado medio (F.71)
- Linguaggio caratterizzato da utilizzo di frasi a 2 termini (es: mi dai il tablet?). Presenza di ecolalia
- Comprensione legata a istruzioni di routine e comandi semplici (es: metti qui, versa, incolla)
- Interessi: musica, disegni e colorare
- Livello adattivo (Scala Vineland): basso

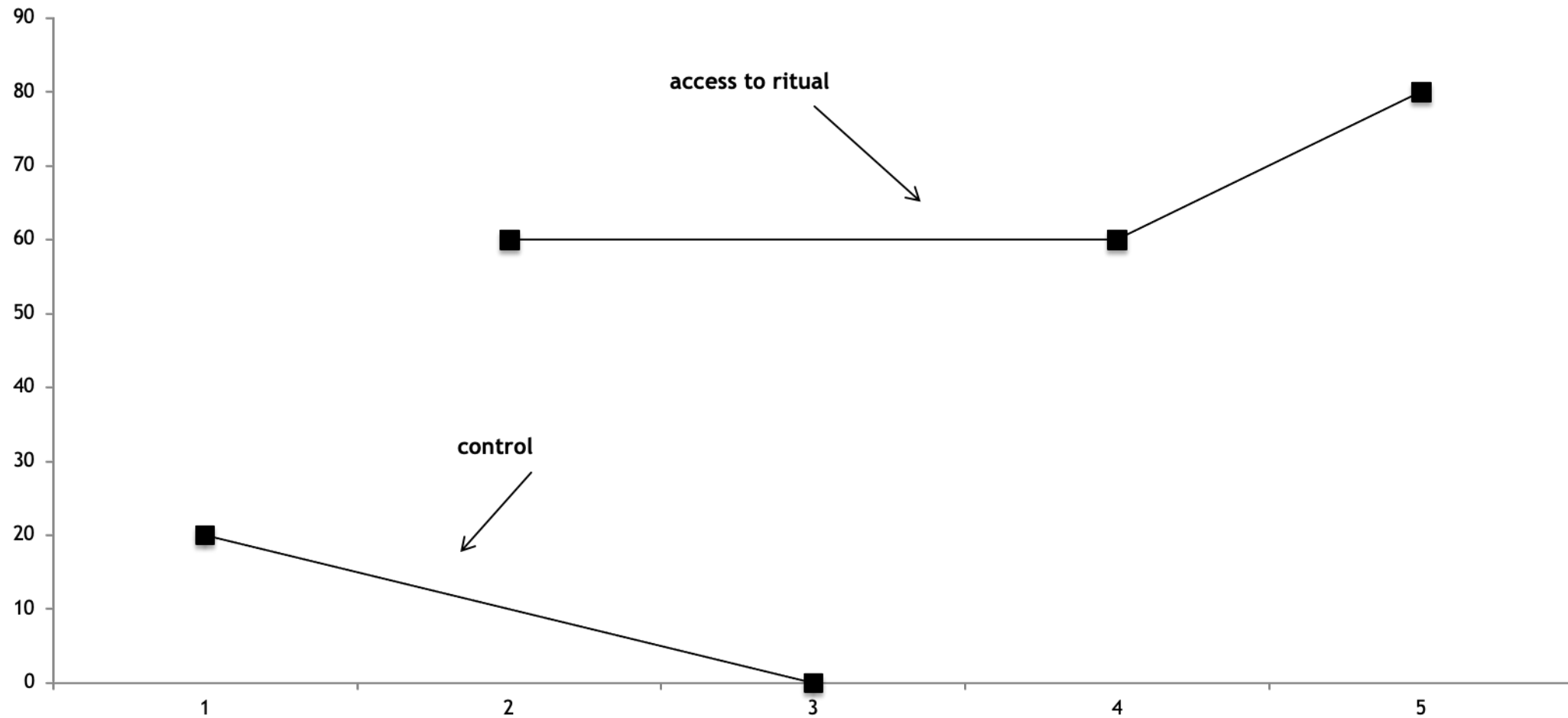


GRAFICO TRIAL BASED F.A.



Graph. 1Results of the functional analysis of problem behaviours in Test and Control conditions. Attention result as the most likely reinforcer.

AF FUNZIONI IDIOSINCRATICHE

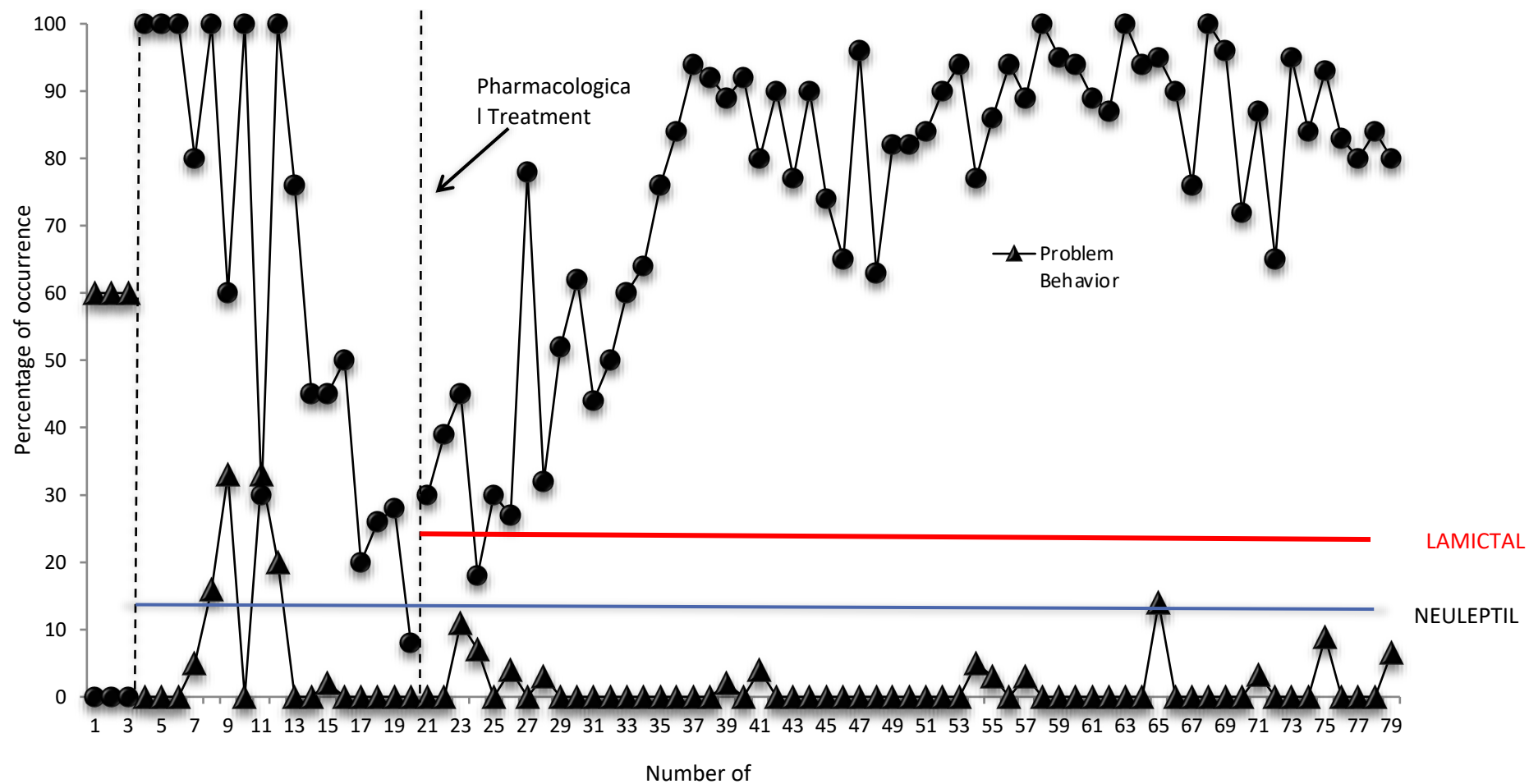


TRATTAMENTO COGNITIVO- COMPORTAMENTALE

Risultati instabili

La percentuale dei
comportamenti problema
diminuisce ma non si
registra un aumento di
percentuale delle richieste
indipendenti

TRATTAMENTO
FARMACOLOGICO:
in base all'osservazione
dell'andamento
comportamentale, per
qualche mese, ipotesi
di cicli di variazioni
dell' umore



Nome: Tobia

Età: 22

Diagnosi:

Disturbo dello Spettro Autistico;

Disabilità Intellettiva moderata;

Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Storia farmacologica pregressa

- **Risperdal** (1^a–2^a elementare): somministrato nei primi anni scolastici. Nessun effetto collaterale specifico segnalato.
- **Olanzapina** (dalla 4^a elementare alla scuola media): inizialmente efficace, ma nel tempo ha causato movimenti involontari delle gambe (**sintomi extrapiramidali**).
- **Zoloft**: introdotto dopo l'interruzione dell'Olanzapina. Nessun beneficio clinico osservato.
- **Maveral**: introdotto per aspetti Ossessivo-Compulsivi, sui quali non sembra risultato efficace

COMPORTAMENTI PROBLEMA

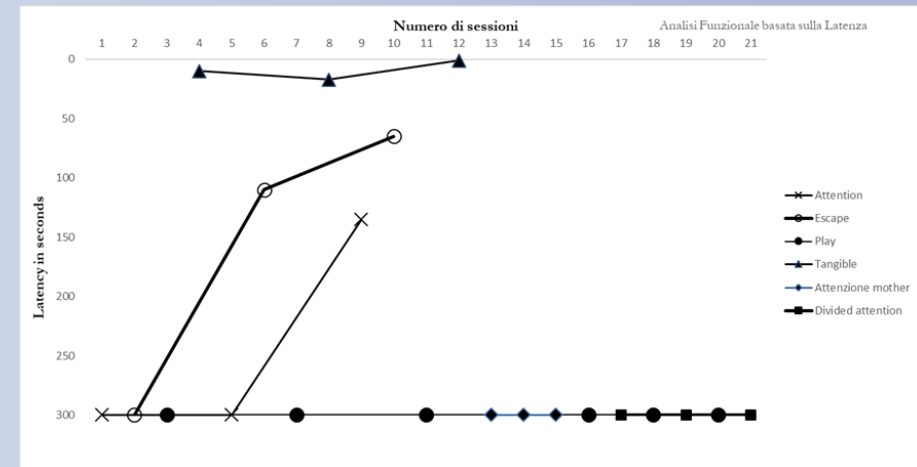
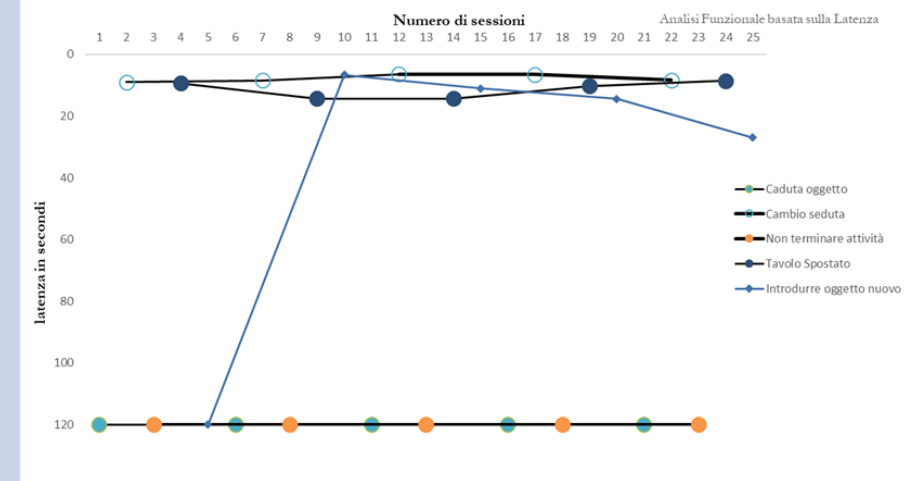
- **GRAVI (R1):** Comportamenti autolesionistici: colpire la tempia sinistra con le mani aperte, schiaffeggiare il viso con la mano aperta, colpire sotto il mento con pugni, sbattere avambracci e mani contro oggetti duri e appuntiti, mordersi le nocche, sbattere la testa contro il muro, schiaffeggiare gambe e braccia con la mano aperta.
- Comportamenti aggressivi verso gli altri: pizzicare, mordere, colpire altre persone.
- **LIEVI (R2):** Vocalizzazioni e urla, colpi leggeri alla bocca o al viso. La famiglia ha riferito comportamenti problema frequenti nell'ambiente domestico.
- **Funzioni del comportamento:** Accesso a oggetti tangibili; Fuga; Idiosincratich

Funzioni del comportamento

- Accesso al tangibile
- Fuga
- Idiosincratiche



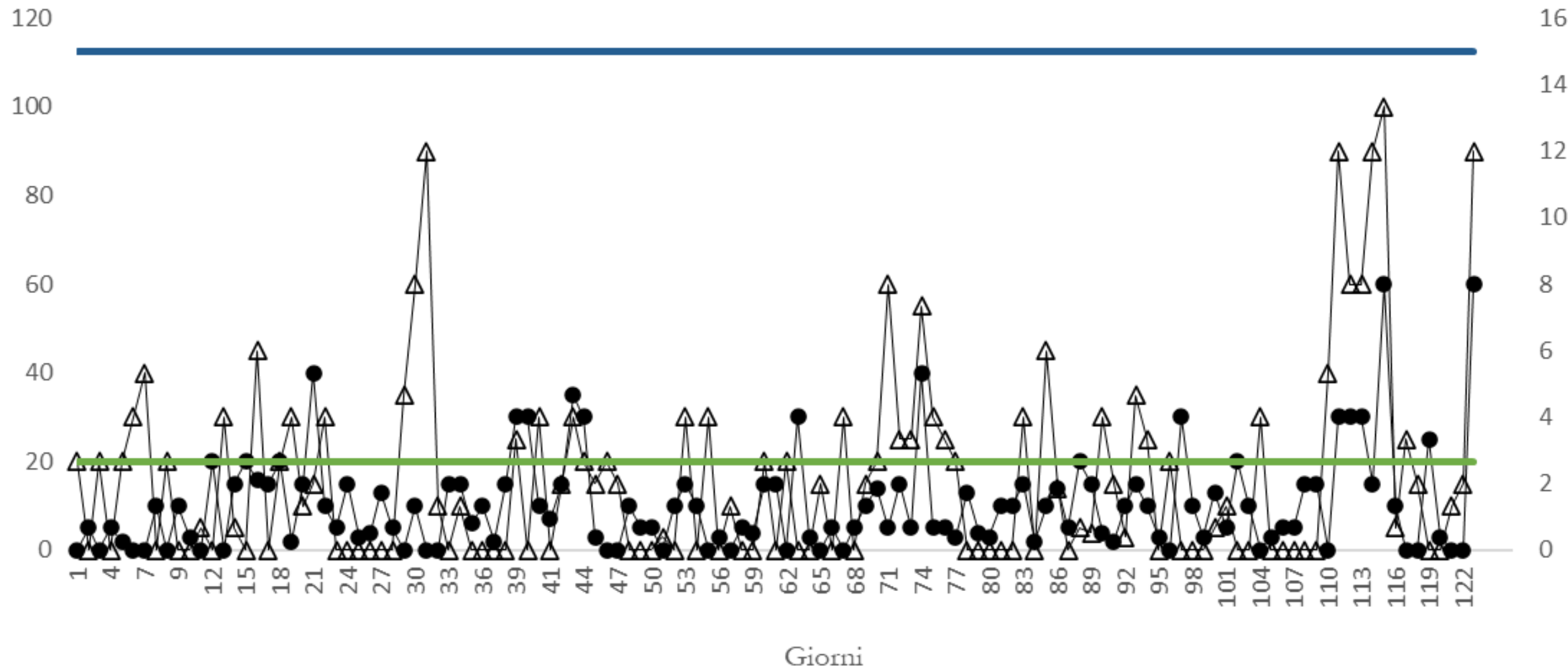
Necessità di incrementare la comunicazione funzionale



TRATTAMENTI COMPORTAMENTALI

- **Mand Training**
- **Functional Communication Training** con rinforzo ritardato basato su contingenza
- **Training alla scelta**
- **Attraversamento della porta**
- **Esposizione graduale ai cambiamenti ambientali**, compresa l'introduzione di nuovi oggetti, il riordino dell'arredamento e cambiamenti nella disposizione dei posti a sedere, per aumentare la tolleranza alla novità e alle transizioni.

Intensità e durata CP a casa



● intensità 2 (più lieve) ▲ intensità 1 (più grave) — Talofen TB — Abilly — Maveral — Tavor — Olanzapina

CP e attraversamento di porte (transizioni)



RIVALUTAZIONE DIAGNOSTICA:

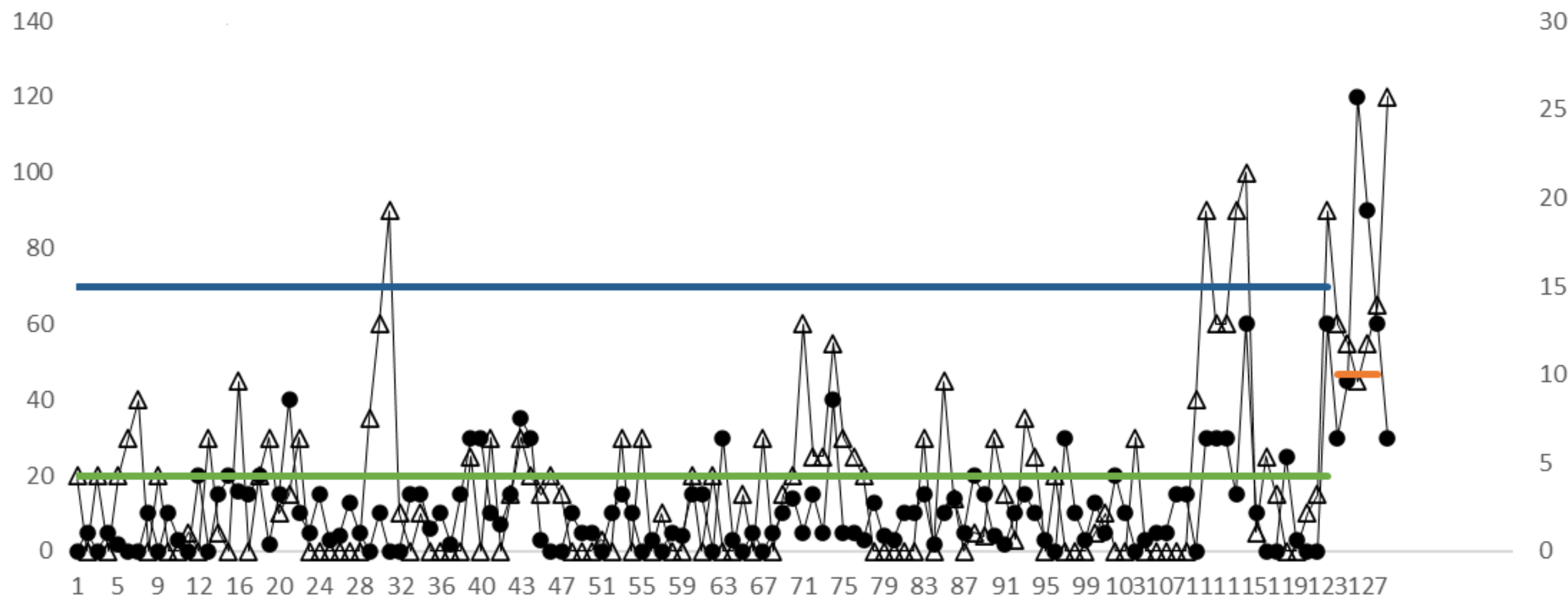
? Disturbi del movimento, Tic

Rivalutazione farmacologica

Abilify: introdotto da un neurologo sospendendo Olanzapina per una componente ticcosa:

- marcato aumento dell'agitazione,
- peggioramento dei comportamenti problema
- e disturbi del sonno.

Intensità e durata CP



Giorni

● intensità 2 (più lieve) ▲ intensità 1 (più grave) — Talofen TB — Abilify — Maveral — Tavor — Olanzapina

Dopo introduzione ABILIFY



RIVALUTAZIONE DIAGNOSTICA: elenti osservabili

SIB

festinazione

cammino sulle punte

difficoltà di ingaggio (negativismo)

Posture anomale

Manierismo (cioè caricature artificiose e stravaganti di azioni normali).

Stereotipia (cioè movimenti ripetitivi afinalistici, abnormemente frequenti).

Agitazione, non influenzata da stimoli esterni.

Presenza di smorfie.

Ecolalie (cioè imitazione/ripetizione dell'eloquio altrui).

MANCATA RISPOSTA (O PEGGIORAMENTO) AI FARMACI ED AL TRATTAMENTO COMPORTAMENTALE



Ipotesi diagnostica ulteriore?



CATATONIA nel DSM5

La catatonia può verificarsi nel contesto di vari disturbi mentali: disturbi del neurosviluppo, disturbi psicotici, disturbi bipolari, disturbi depressivi e altre condizioni mediche (per es., carenza di folati , rari disturbi autoimmuni e disturbi paraneoplasici).

Il DSM-V non tratta la catatonia come una classe indipendente, ma riconosce:

- La catatonia associata a un altro disturbo mentale.
- Il disturbo catatonico dovuto a un'altra condizione medica.
- La catatonia senza specificazione.

Il quadro clinico è dominato da 3 (o più) dei seguenti sintomi:

- Stupor (cioè nessuna attività psicomotoria, non è presente relazione attiva con l'ambiente).
- Catalessia (cioè induzione passiva di una postura mantenuta contro la gravità).
- Flessibilità cerea (cioè leggera resistenza costante a una modificazione posturale del soggetto indotta dall'esaminatore).
- Mutismo (cioè risposta verbale assente o molto scarsa)
- **Negativismo** (cioè oppositività o nessuna risposta a istruzioni o stimoli esterni).
- **Postura fissa** (cioè mantenimento spontaneo e attivo di una postura contro la gravità).
- **Manierismo** (cioè caricature artificiali e stravaganti di azioni normali).
- **Stereotipia** (cioè movimenti ripetitivi afinalistici, abnormemente frequenti).
- **Agitazione**, non influenzata da stimoli esterni.
- Presenza di **smorfie**.
- **Ecolalie** (cioè imitazione/ripetizione dell'eloquio altrui).
- Ecoprassia (cioè imitazione/ripetizioni dei movimenti altrui).



[Eur Psychiatry](#). 2022; 65(1): e4.

PMCID: [PMC8792870](#)

Published online 2022 Jan 25. doi: [10.1192/j.eurpsy.2021.2259](#)

PMID: [34906264](#)

Catatonia in autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis

[J. Vaquerizo-Serrano](#), ^{1, 2, 3, 4} [G. Salazar De Pablo](#), ^{1, 3, 4} [J. Singh](#), ^{1, 2} and [P. Santosh](#) ^{1, 2,*}

► [Author information](#) ► [Article notes](#) ► [Copyright and License information](#) [Disclaimer](#)

- Individuals with catatonia and ASD present as a heterogeneous group.
- The present study demonstrates that these individuals are **young**, (mean age range 12.7–27.6 years), with catatonia having an **onset in late adolescence** in ASD, with a peak between 15 and 19 years .
- Furthermore, according to our findings, catatonia appears **more frequently in males**, (70–100%), which is also concordant with previous studies .

Clinical characteristics of individuals with ASD and catatonic features

The systematic review showed that **20.2% of ASD** individuals had features of catatonia. Of those ASD individuals with catatonic features, 85% had motor disturbances; 5.7–81.6% had an intellectual disability (ID), and 14.1–46.6% of those had severe impairment. A total of 34.2% had language problems, with poorer functioning being associated with a lack of phrase speech during early childhood.

Clinical characteristics of ASD individuals who developed catatonic features during follow-up

During the follow-up of ASD individuals, 2.2–12.0% developed catatonic features . The catatonic symptoms described were: (a) **agitation** in 18.2–95.5% ; (b) **stereotypies** in 90.1% ; (c) **posturing** in 81.8% ; (d) **negativism** in 77.3% ; (e) **mutism** in 63.6% ; (f) grimacing in 31.8% ; (g) **echolalia** in 9.1% individuals ; (h) **aggression** in 18.2–19.0% , and (i) **self-harming behaviors** in 27.7–90.9% .

In addition, 71% had severe intellectual disability and 3.7–12.0% present severe motor initiation problems .

Cases studies of adverse experiences preceding the onset of catatonia also suggest a **role for emotional factors** . In addition, catatonia has been associated with **mood disorders**, and has been proposed to be an expression of severe anxiety.

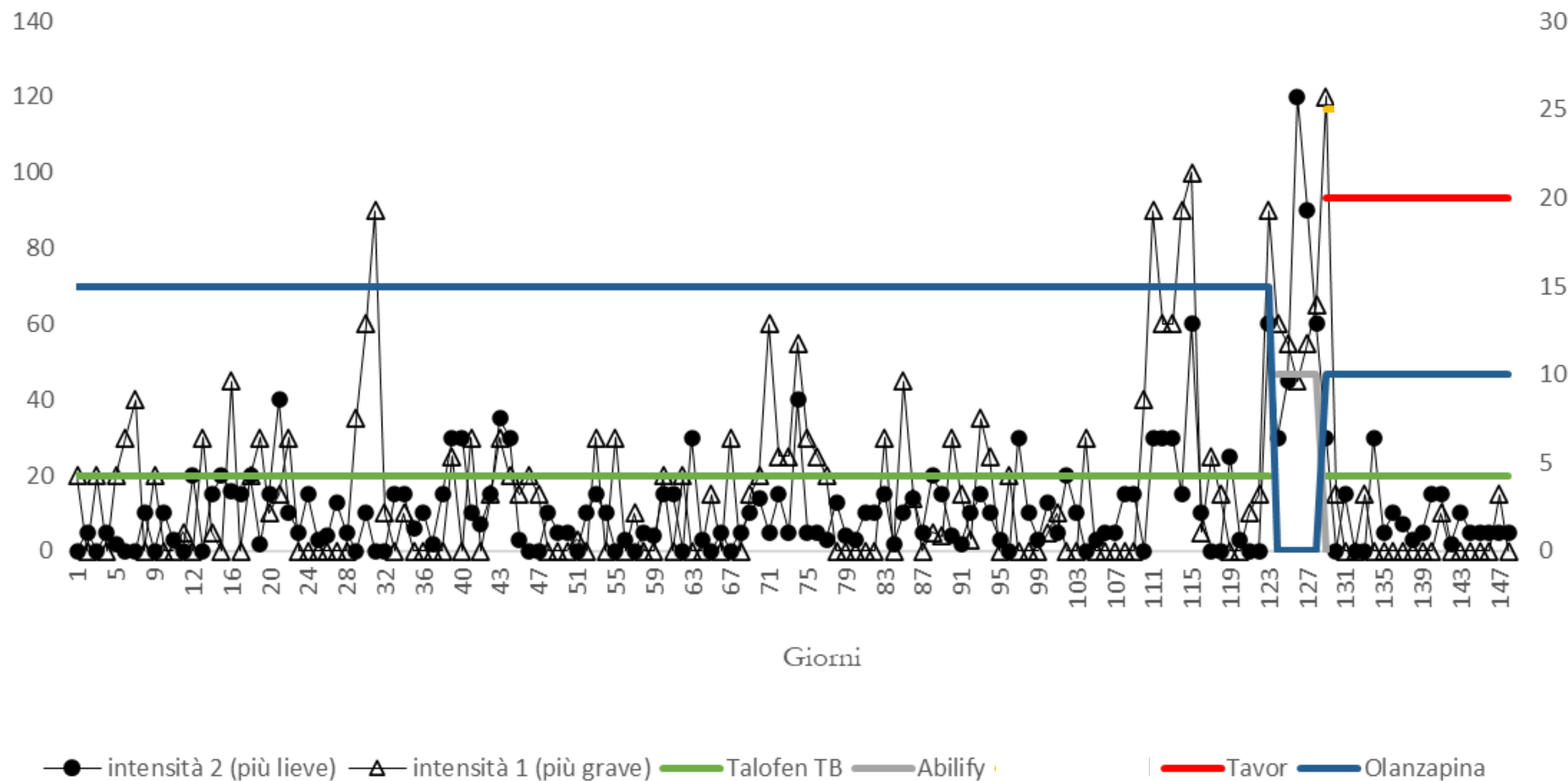
Susceptibility to anxiety and mood disorders in individuals with ASD might therefore contribute to the high rates of catatonia in this population

Trattamento farmacologico specifico

Inserimento di **Tavor**:

- riduzione dell'agitazione,
- migliore regolazione del sonno,
- maggiore collaborazione,
- minori comportamenti problema,
- miglioramento della fluidità del passo,
- minori tic motori rispetto al passato,
- ridotta reattività agli stimoli.

Intensità e durata CP





Osservazione dopo Lorazepam

Grazie dell'attenzione

