



***La valutazione degli aspetti
psicopatologici
nella disabilità: l'esperienza
pluriennale con la VAP-H***

DOTT. ALDO LEVRERO

Psicologo Psicoterapeuta

DOTT. MAURIZIO PILONE

Psicologo Psicoterapeuta

Anffas Genova



**L'INCIDENZA DI QUADRI PSICOPATOLOGICI NEI
SOGGETTI CON DISABILITA' INTELLETTIVA E'
ELEVATA**

**LA PRESENZA DI COMPONENTI
PSICOPATOLOGICHE NEL CASO DI PERSONE
CON DISABILITA' INTELLETTIVA E' DA 4 A 6
VOLTE SUPERIORE RISPETTO AL CAMPIONE
DELLE PERSONE A SVILUPPO TIPICO**

GRAVITA' DELLA D.I. E CORRELAZIONE CON I DISTURBI EMOTIVI E COMPORTAMENTALI

NEI SOGGETTI CON D.I. LIEVE E MEDIA PREVALGONO DISTURBI DELLA CONDOTTA, DISTURBI DELL'UMORE DI TIPO DEPRESSIVO, DISTURBI ANSIOSI, OSSESSIVO-COMPULSIVI E DEFICIT ATTENTIVI

NEI SOGGETTI CON D.I. PIU' GRAVE PREVALGONO DISTURBI COMPORTAMENTALI DI TIPO AUTISTICO, STEREOTIPIE, CONDOTTE AGGRESSIVE E SINTOMI SCHIZOFRENICI.

QUESTI DISTURBI SONO INOLTRE CORRELATI A SPECIFICI FATTORI DI RISCHIO QUALI LA PRESENZA DI UN DISTURBO NEUROLOGICO ASSOCIATO E CARENZE DI ACCUDIMENTO E/O ATTEGGIAMENTI INADEGUATI IN AMBITO FAMILIARE E SOCIALE.

*La fenomenologia psicopatologica propria della
Disabilità Intellettiva può essere causata
dall'interazione tra deficit cognitivo, fattori di
personalità e la vulnerabilità bio-psico-sociale,
oltre che dall'esposizione ai fattori di rischio per
la psicopatologia ed eventuali tentativi di
compenso/adattamento*

L'ASSESSMENT

L'ASSESSMENT SI SVILUPPA SU DI UN CONTINUUM CHE VA DALL'OSSERVAZIONE/MISURAZIONE DEL COMPORTAMENTO PROBLEMatico, ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE, FINO ALL'ATTRIBUZIONE DI SIGNIFICATO.

OSSERVAZIONE
MISURAZIONE

VALUTAZIONE

ATTRIBUZIONE DI
SIGNIFICATO





V.A.P. -H

**CI CONSENTE DI STENDERE UN
PROFILO PERSONOLOGICO
IN CUI SI EVIDENZIANO I PRINCIPALI
TRATTI PSICOPATOLOGICI
E DI PORRE IPOTESI DIAGNOSTICHE IN LINEA CON LA
CLASSIFICAZIONE
ICD 10**



- **La produzione della diagnosi finale non è un atto meccanico o il risultato diretto di un calcolo matematico, ma deve essere sviluppata tenendo conto della storia clinica del soggetto, della valutazione dei tratti psicopatologici rilevati e di una serie di indicazioni e considerazioni che fanno parte del manuale d'uso della V.A.P.-H.**

- La compilazione della scheda avviene con le seguenti modalità:
- viene data una **valutazione di frequenza** dei principali sintomi psicopatologici osservabili nella persona con handicap, dove al dato di frequenza viene associato un valore numerico. I valori sono:
- **Mai** = se il sintomo non compare mai o solo poche volte l'anno = **0 punti**
- **Raramente** = indicativamente 1 o 2 volte al mese = **1 punto**
- **Talvolta** = indicativamente 1 o 2 volte a settimana = **2 punti**
- **Spesso** = indicativamente 1 o più volte al giorno = **3 punti**

Le classi di comportamenti da noi scelte e chiamate **tratti psicopatologici sono le seguenti:**

- 1) difficoltà relazionali di base**
- 2) reazioni di ansia**
- 3) ricerca di attenzione**
- 4) bizzarre comportamentali**
- 5) rigidità e perseverazione**
- 6) instabilità emozionale**
- 7) aggressività**
- 8) iperattività e stereotipie**
- 9) ipoattività ed oppositivismo**
- 10) impulsività e deficit di autocontrollo**
- 11) problematiche sessuali**
- 12) problemi di autostima e di autoefficacia**

Per ciò che riguarda la diagnosi ICD10 i blocchi diagnostici presi in considerazione, sono i seguenti:

- F20 = schizofrenia, sindrome schizotipica, sindromi deliranti e schizo-affettive
- F30 = sindromi affettive
- F40 = sindromi nevrotiche
- F50 = sindromi e disturbi comportamentali associati ad alterazioni delle funzioni fisiologiche e a fattori somatici
- F60 = disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto
- F80 = sindromi e disturbi da alterato sviluppo psicologico
- F90 = sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali nell'infanzia e adolescenza

E' necessario porre **sempre** la diagnosi differenziale con la categoria sindromi e disturbi psichici di natura organica (categoria F00), in quanto quest'ultima categoria è sovente presente nella popolazione con Disabilità Intellettiva.



Nel caso di soggetti che presentino **mutacismo totale** o altra forma di assenza della **comunicazione verbale e scritta**, anche come conseguenza di grave deficit cognitivo, alcuni degli items della scheda non vanno tenuti in considerazione

INDICAZIONI PER LA DIAGNOSI V.A.P.- H/ICD-10 CON SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITA' INTELLETTIVA

- Diagnosi di **Disturbo evolutivo specifico**
- Nella presente scheda non sono inseriti items riferibili a disturbi evolutivi specifici (F80 - F83) in quanto gli stessi devono essere indagati con altre prove specifiche. Inoltre il Q.I. superiore a 70 punti è posto come condizione per tali diagnosi ed i casi in cui si può derogare a questo criterio sono limitati.

- Le diagnosi di **Disturbo di personalità** sono più indicate nel caso di disabilità intellettiva lieve, divengono via via meno probabili con l'aumentare della gravità del ritardo. Con l'aumentare della gravità del ritardo, aumenta la probabilità di **Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico**.

- Alti o significativi punteggi nelle **Sindromi affettive**, prima di venire considerati come indicatori per una diagnosi a sé stante, vanno rivalutati in relazione al blocco diagnostico F20, al quale possono essere associati. In tal caso sarà più indicato propendere per diagnosi quali ad es.: Sindromi schizoaffettive, Sindromi schizotipiche, ecc.
- In ogni caso una diagnosi nell'ambito delle Sindromi affettive può essere presa in considerazione solo se i comportamenti riferibili agli F30 hanno un insorgenza sintomatologica recente (ultimi 6 mesi, 1 anno) e non fanno parte della storia clinica del soggetto, a parte per le diagnosi di “sindromi affettive ricorrenti”_

- **L'intensità e la frequenza di comparsa dei singoli item che compongono la scheda possono essere preziosi per l'elaborazione della diagnosi.**
- **l'anamnesi personale e la storia clinica consentono di completare il quadro e di azzardare ipotesi diagnostiche che nella nostra esperienza si sono dimostrate ad alto livello di affidabilità.**

- la presenza di problematiche legate a bassa autostima e senso di efficacia personale ci può indirizzare ad interventi in ambito meta cognitivo ad esempio di ristrutturazione degli standard cognitivi di riferimento del soggetto o ad interventi di modificazione del dialogo interno, delle capacità di automonitoraggio e degli stili attribuzionali.
- Problematiche in ambito relazionale potrebbero indicare come utili interventi sullo sviluppo di abilità sociali e di problem solving interpersonale.

In questi anni di utilizzo ha permesso di accumulare una mole importante di dati.

In particolare, rappresenta uno degli strumenti più importanti nel Servizio di Psicologia dell'ANFFAS di Genova, per quanto riguarda l'assessment delle persone con disabilità afferenti ai presidi residenziali e semi residenziali

Nel servizio di assessment, vengono presi in considerazione (oltre agli aspetti psicopatologici):

- comportamento adattivo (Vineland e ABI)**
- bisogno di sostegno (SIS)**
- qualità della vita (P.O.S.)**
- classificazione ICF**
- quoziente intellettivo.**

**Lo scopo è quello di costruire un quadro
quanto più efficace dal punto di vista
dell'inquadramento clinico e della diagnosi.**

**Ma di cosa parliamo quando parliamo di
diagnosi?**



**La VAP -H ha rappresentato per molti anni
l'unico strumento sviluppato in Italia su un
campione di persone con disabilità intellettiva
per la valutazione della componente
psicopatologica nella disabilità intellettiva**



Approccio categoriale

VS

Approccio dimensionale

Maurizio Pilone e Aldo Levrero
E se cambiassimo il modo di fare
diagnosi?

Diagnosi vettoriale o per configurazioni
nei disturbi del neurosviluppo

Giornale Italiano dei Disturbi del
Neurosviluppo

Volume 2, Numero 2 Agosto 2016

L'approccio categoriale riesce solo in minima parte a comprendere la complessità e l'articolazione non solo dei sintomi, ma anche delle caratteristiche individuali significative per l'inquadramento e il trattamento delle persone.

**Le diagnosi strettamente categoriali
ignorano le differenze fenotipiche tra
coloro che effettivamente soddisfano la
soglia diagnostica e coloro che non la
soddisfano.**

**L'approccio dimensionale è più adatto a
comprendere le relazioni tra variabili sociali e
biologiche, l'articolazione dei sintomi**

**L'ipotesi di ricerca nasce dalla vasta
quantità di dati raccolti con la
somministrazione della VAP-H negli anni per
valutare la possibilità di individuare
configurazioni di gruppi nella popolazione di
persone con disabilità intellettiva
caratterizzati da tratti psicopatologici
coerenti**

CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE

| Codice ICD10 | Frequenza | % |
|--------------|-----------|-------|
| F70.0 | 27 | 17,8 |
| F70.1 | 23 | 15,1 |
| F71.0 | 28 | 18,4 |
| F71.1 | 23 | 15,1 |
| F72 | 51 | 33,6 |
| Totale | 152 | 100,0 |

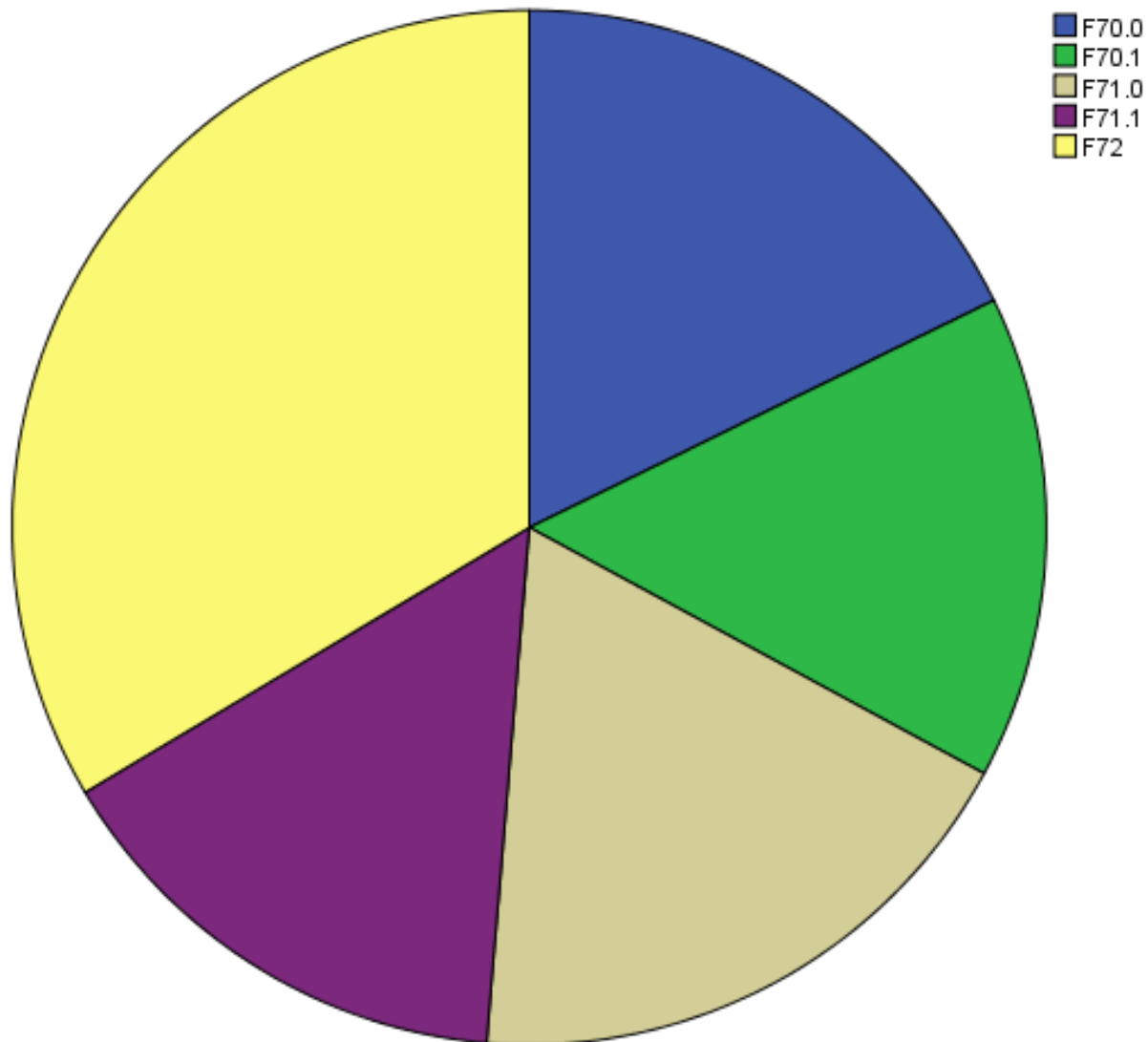
CAMPIONE DI 152 PERSONE CON DISABILITA' INTELLETTIVA

| | FREQUENZA | % |
|---------|-----------|------|
| FEMMINE | 59 | 38,8 |
| MASCHI | 93 | 61,2 |

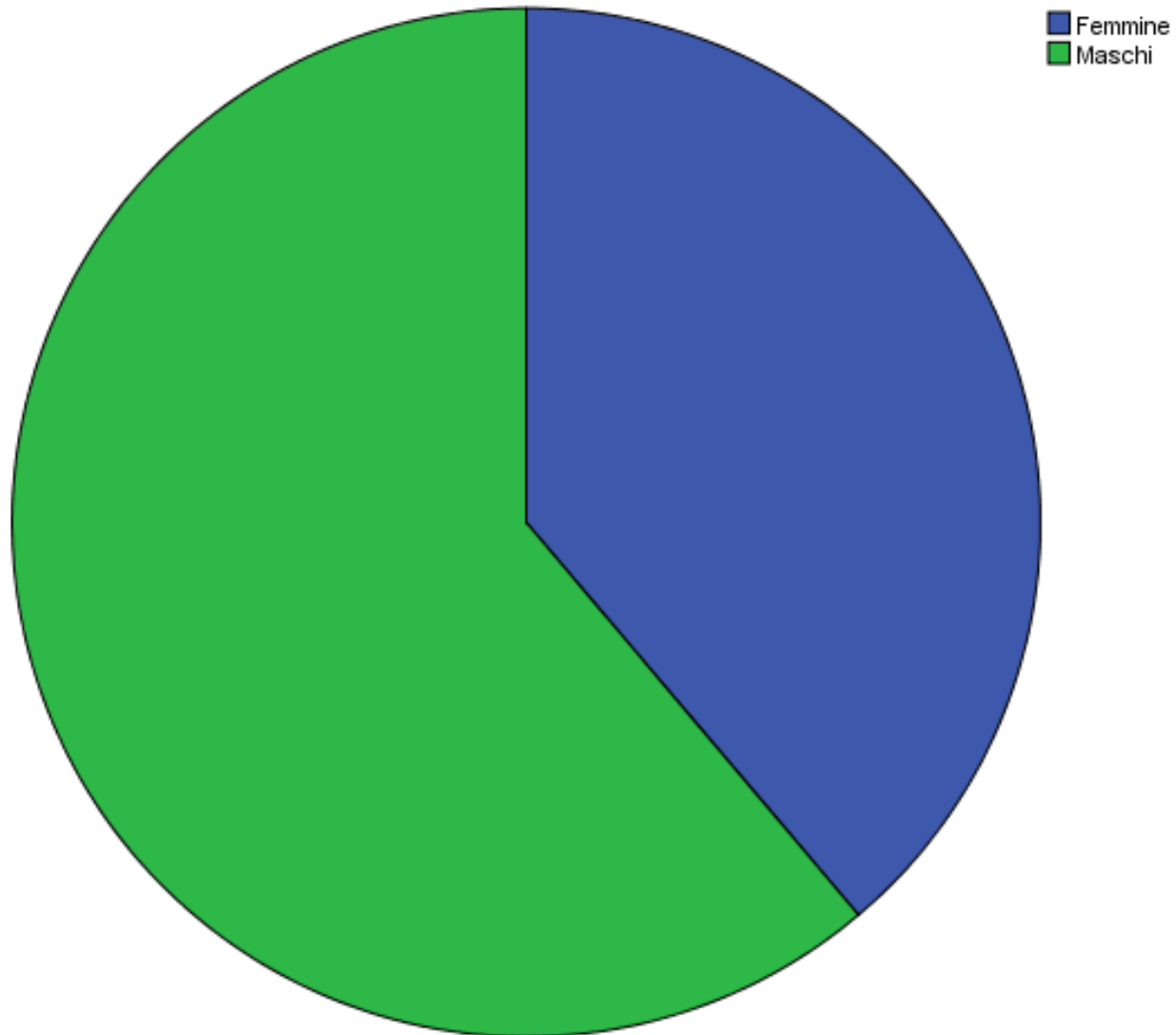
CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE

| MEDIA | DEVIATION STANDARD |
|-------|--------------------|
| 49,19 | 11,28 |

Livello di QI



sesto



| Statistiche descrittive | N | Media | Deviazione std. |
|------------------------------|-----|-------|-----------------|
| problemi relazionali di base | 152 | 13,44 | 6,892 |
| ansia | 152 | 17,79 | 10,521 |
| ricerca di attenzione | 152 | 3,41 | 2,894 |
| bizzarrie comportamentali | 152 | 20,00 | 14,821 |
| rigidità e perseverazione | 152 | 9,13 | 4,577 |
| instabilità emozionale | 152 | 13,76 | 8,852 |

| Statistiche descrittive | N | Media | Deviazione std. |
|-----------------------------|-----|-------|-----------------|
| aggressività | 152 | 6,12 | 5,268 |
| stereotipie | 152 | 10,30 | 6,425 |
| comportamento oppositivo | 152 | 17,30 | 9,148 |
| impulsività | 152 | 15,37 | 8,763 |
| problematiche sessuali | 152 | 3,97 | 4,756 |
| problemi di autoefficacia | 152 | 22,09 | 11,493 |

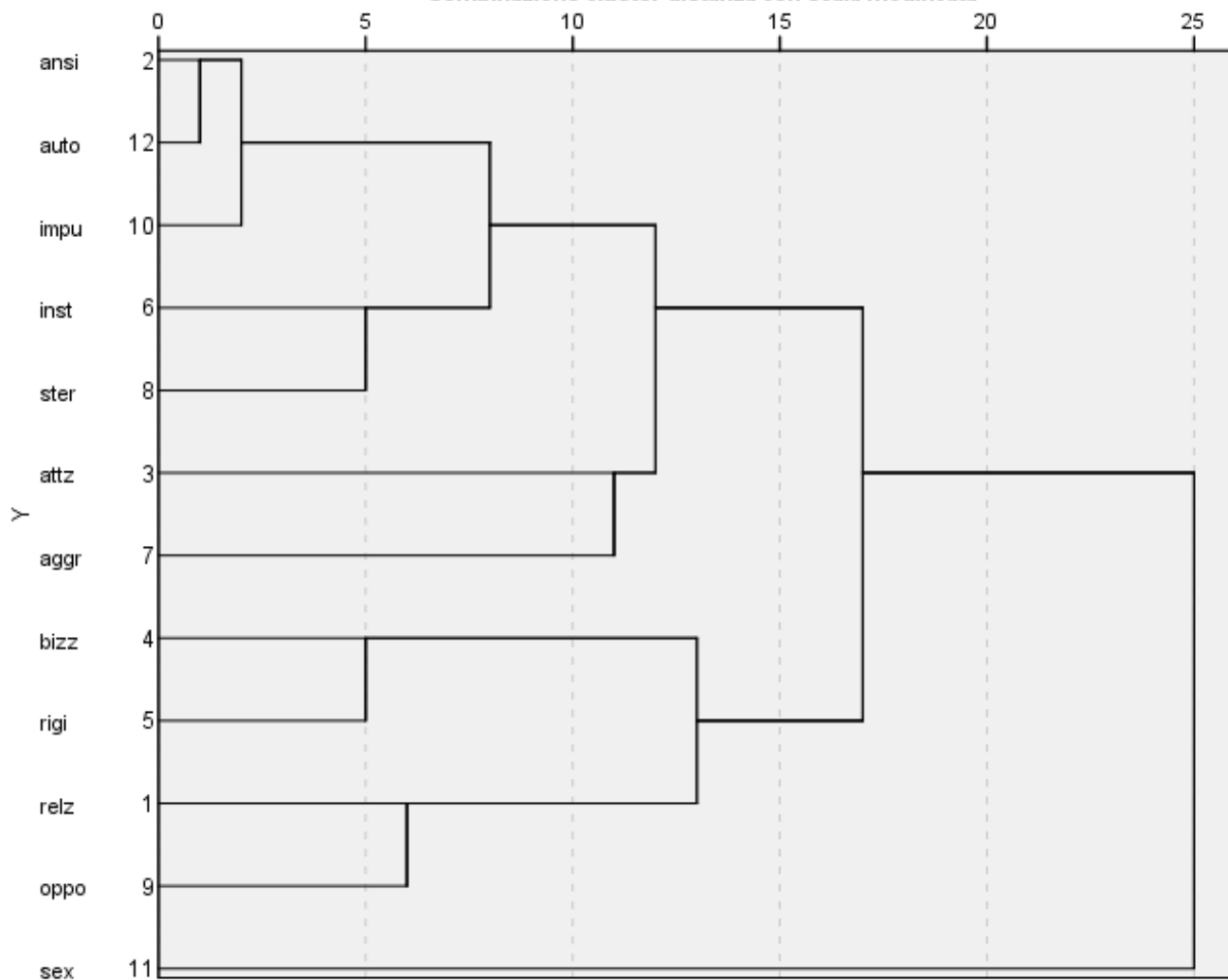
SOTTO GRUPPO F70.0

| | | |
|----------------------|----------|---|
| 3 CLUSTER | 1 | PROBLEMI RELAZIONALI DI BASE BIZZARRIE COMPORTAMENTALI RIGIDITA' E PERSEVERAZIONE COMPORTAMENTO OPPOSITIVO |
| | 2 | ANSIA RICERCA DI ATTENZIONE INSTABILITA' EMOZIONALE COMPORTAMENTO AGGRESSIVO IMPULSIVITA' E DEFICIT DI AUTOCONTROLLO |
| | 3 | PROBLEMATICHE SESSUALI |

SOTTO GRUPPO F70.0

Dendrogramma che utilizza il legame completo

Combinazione cluster distanza con scala modificata



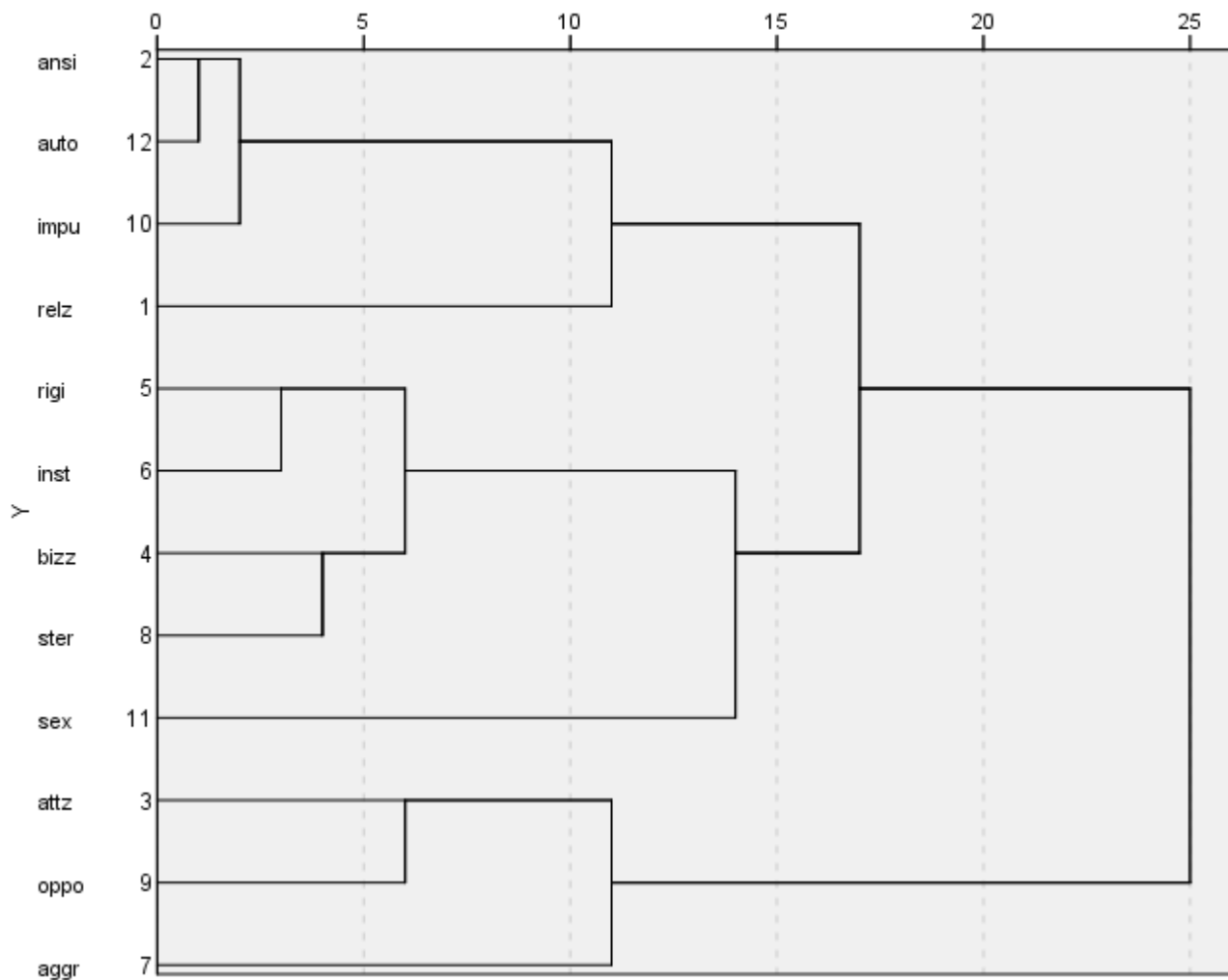
SOTTO GRUPPO F70.1

| | | |
|----------------------|----------|---|
| 3 CLUSTER | 1 | PROBLEMI RELAZIONALI DI BASE ANSIA IMPULSIVITA' E DEFICIT DI AUTOCONTROLLO PROBLEMI DI AUTOEFFICACIA |
| | 2 | RICERCA DI ATTENZIONE COMPORAMENTO AGGRESSIVO COMPORAMENTO OPPOSITIVO |
| | 3 | BIZZARRIE COMPORAMENTALI RIGIDITA' E PERSEVERAZIONE STEREOTIPIE PROBLEMATICHE SESSUALI |

SOTTO GRUPPO F70.1

Dendrogramma che utilizza il legame completo

Combinazione cluster distanza con scala modificata



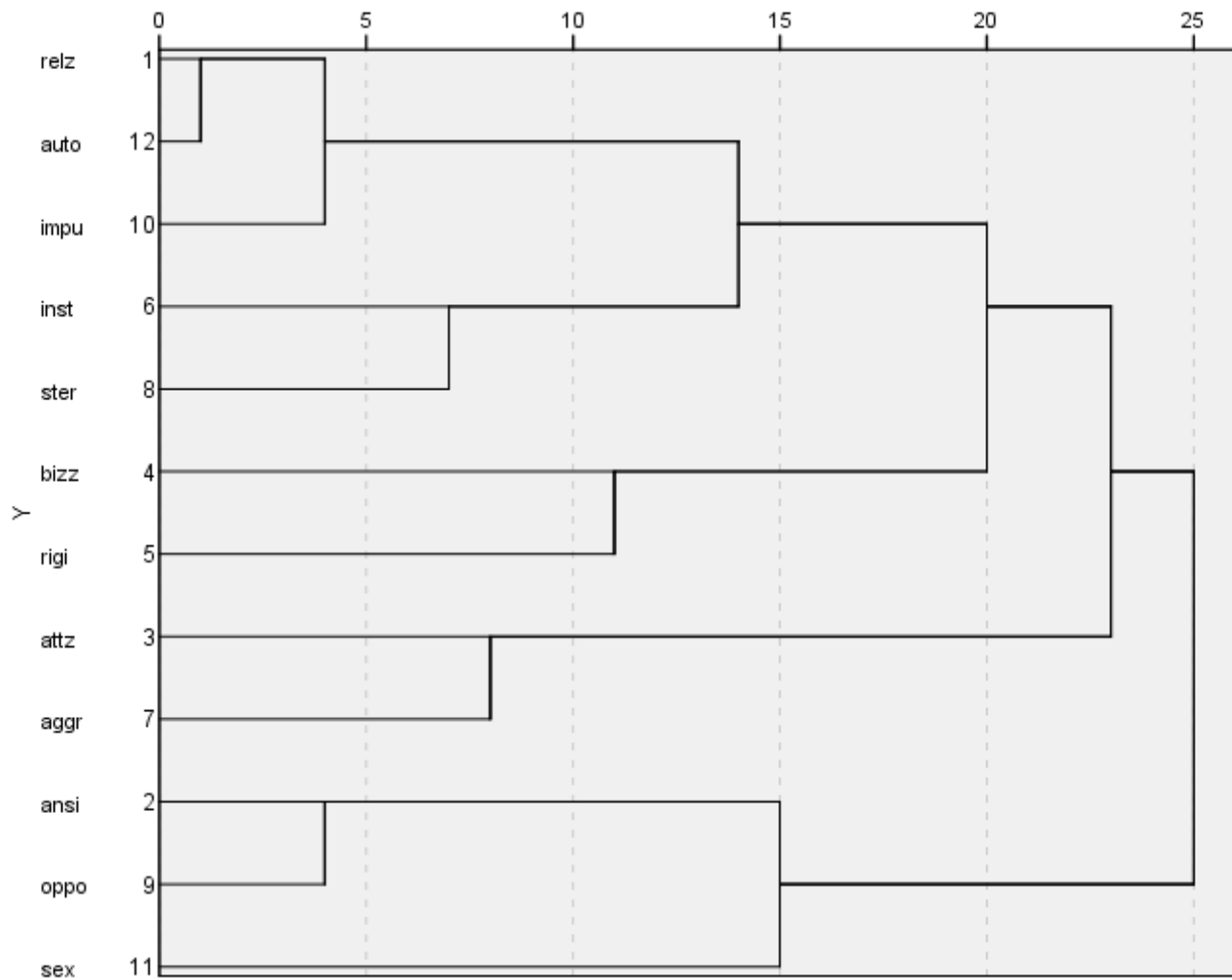
SOTTO GRUPPO F71.0

| | | |
|----------------------|----------|--|
| 3 CLUSTER | 1 | PROBLEMI RELAZIONALI DI BASE BIZZARRIE COMPORTAMENTALI RIGIDITA' E PERSEVERAZIONE INSTABILITA' EMOZIONALE STEREOTIPIE IMPULSIVITA' E DEFICIT DI AUTOCONTROLLO PROBLEMI DI AUTOEFFICACIA |
| | 2 | ANSIA COMPORTAMENTO OPPOSITIVO PROBLEMATICHE SESSUALI |
| | 3 | COMPORTAMENTO AGGRESSIVO RICERCA DI ATTENZIONE |

SOTTO GRUPPO F71.0

Dendrogramma che utilizza il legame completo

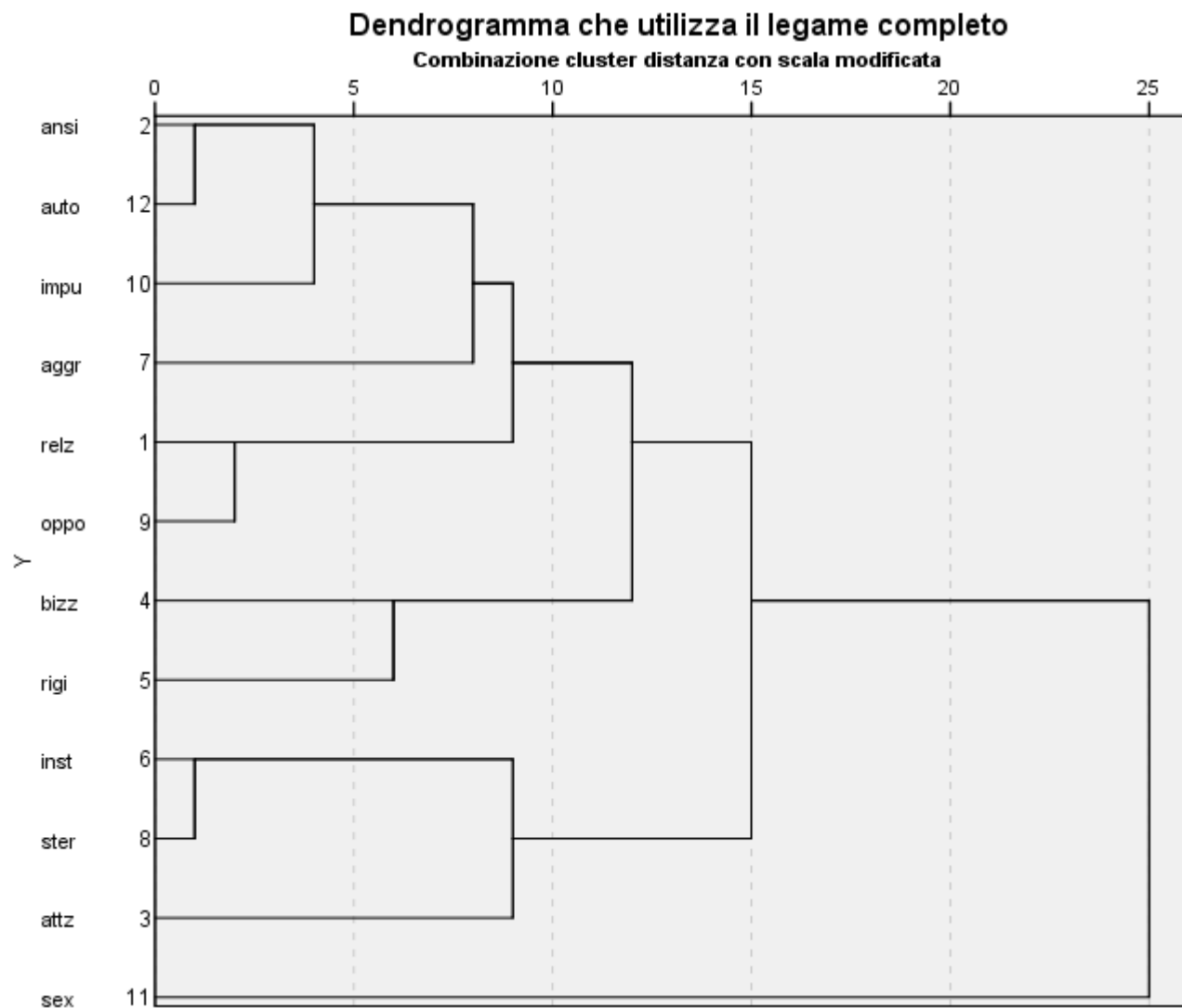
Combinazione cluster distanza con scala modificata



SOTTO GRUPPO F71.1

| | | |
|-----------|---|---|
| 3 CLUSTER | 1 | PROBLEMI RELAZIONALI DI BASE ANSIA BIZZARRIE COMPORTAMENTALI RIGIDITA' E PERSEVERAZIONE COMPORTAMENTO AGGRESSIVO COMPORTAMENTO OPPOSITIVO IMPULSIVITA' E DEFICIT DI AUTOCONTROLLO PROBLEMI DI AUTOEFFICACIA |
| | 2 | RICERCA DI ATTENZIONE INSTABILITA' EMOZIONALE STEREOTIPIE |
| | 3 | PROBLEMATICHE SESSUALI |

SOTTO GRUPPO F71.1



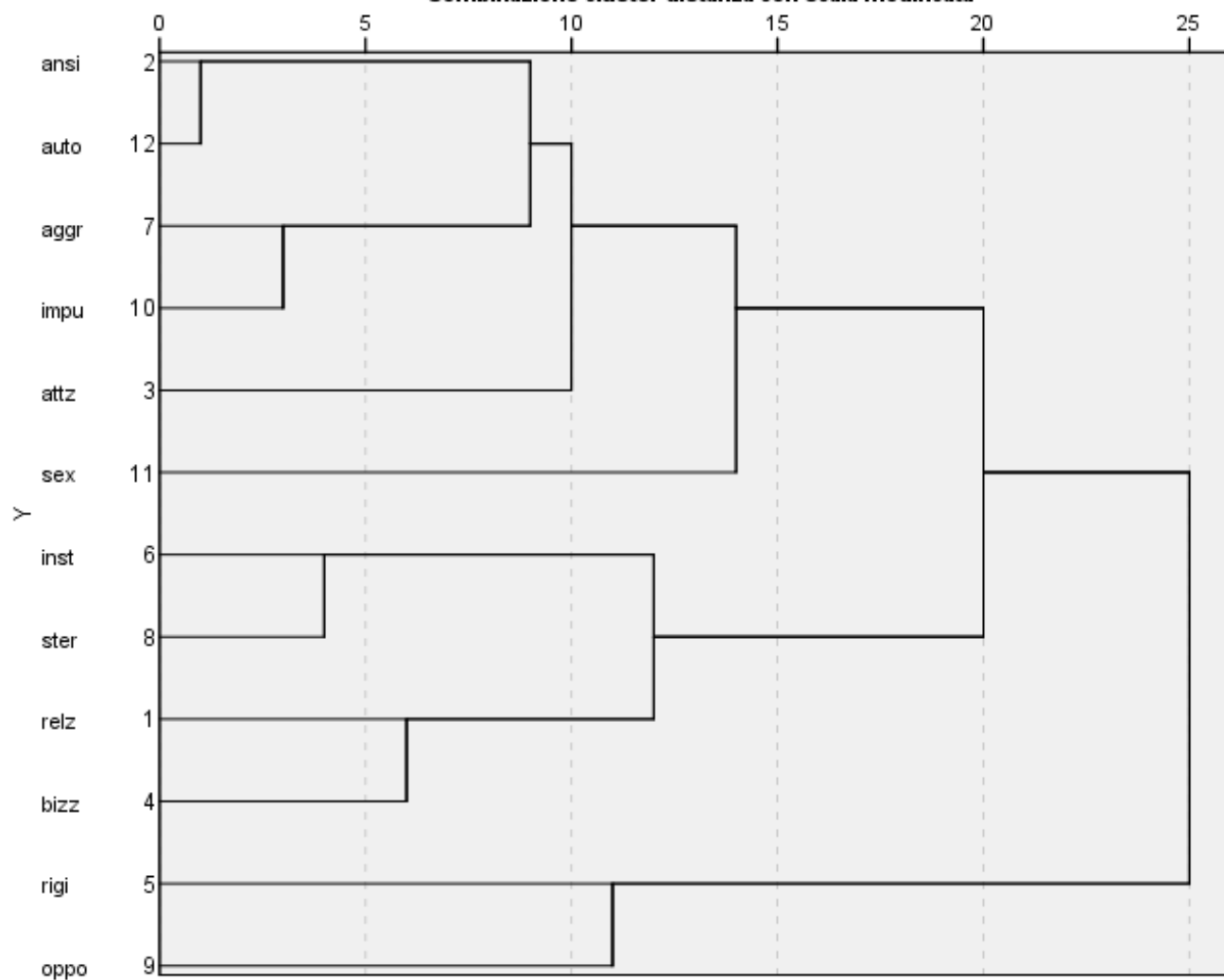
SOTTO GRUPPO F72.0

| | | |
|--------------|---|---|
| 3 CLUSTER | 1 | PROBLEMI RELAZIONALI DI BASE BIZZARRIE COMPORTAMENTALI INSTABILITA' EMOZIONALE STEREOTIPIE |
| | 2 | ANSIA RICERCA DI ATTENZIONE COMPORTAMENTO AGGRESSIVO IMPULSIVITA' E DEFICIT DI AUTOCONTROLLO PROBLEMATICHE SESSUALI PROBLEMI DI AUTOEFFICACIA |
| | 3 | RIGIDITA' E PERSEVERAZIONE COMPORTAMENTO OPPOSITIVO |

SOTTO GRUPPO F72.0

Dendrogramma che utilizza il legame completo

Combinazione cluster distanza con scala modificata



CO-OCCORRENZE DI CLUSTER

Alcuni cluster si sono presentati con regolarità nei gruppi esaminati:

- Ansia e problemi relazionali di base (nei gruppi con compromissione significativa del comportamento)
- Instabilità e stereotipie
- Bizzarrie comportamentali e perseveranza/rigidità
- Ricerca di attenzione e comportamento aggressivo (con l'esclusione del sotto-gruppo F71.1)
- Problemi di autostima e autoefficacia e impulsività/deficit di autocontrollo

LIMITI DELLA PRESENTE RICERCA

- Numero limitato di casi
- Mancato controllo di altre variabili clinicamente significative (comorbidità, trattamenti farmacologici, età, ecc.)

INDICAZIONI DAI DATI

L'utilizzo dei punteggi sui tratti psicopatologici permette un approccio categoriale che veicola maggiori informazioni sia dal punto di vista clinico (articolazione più raffinata delle caratteristiche individuali) sia da un punto di vista della massimizzazione dell'efficacia dell'intervento (individuando gruppi con caratteristiche cliniche uniformi)