

Marco O. Bertelli

SPAIIDD-G

**Systematic Psychopathological
Assessment for persons
with Intellectual and Developmental
Disabilities – General screening**

Valutazione psicopatologica sistematica
per le persone con disabilità intellettiva
o dello sviluppo – screening generale

Manuale

Tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione dell'opera o di parti di essa con qualsiasi mezzo, compresa stampa, copia fotostatica, microfilm e memorizzazione elettronica, se non espressamente autorizzata dall'Editore.

© 2019, Giunti Psychometrics S.r.l. – Firenze

Indice

| | |
|--|-----|
| 1. Utilità dello strumento | 5 |
| <i>M.O. Bertelli</i> | |
| Riferimenti bibliografici | 8 |
| 2. Evoluzione dello strumento, validazione e caratteristiche psicometriche | 11 |
| <i>M.O. Bertelli, M. Rossi e D. Scuticchio</i> | |
| 2.1. Evoluzione | 11 |
| 2.2. Studi di validazione | 13 |
| 2.3. Caratteristiche psicometriche | 16 |
| Riferimenti bibliografici | 22 |
| 3. Somministrazione, scoring e interpretazione del punteggio | 25 |
| <i>M.O. Bertelli e D. Scuticchio</i> | |
| 3.1. Descrizione generale | 25 |
| 3.2. Requisiti del valutatore | 26 |
| 3.3. Caratteristiche dell'informatore | 27 |
| 3.4. Setting | 27 |
| 3.5. Somministrazione | 28 |
| 3.6. Scoring | 29 |
| 3.7. Interpretazione dei punteggi | 30 |
| 4. Esempi di casi clinici | 33 |
| <i>M.O. Bertelli, M. Rossi, D. Scuticchio, A. Bianco e G. Vannucchi</i> | |
| 4.1. Caso clinico 1: Cassandra | 33 |
| 4.2. Caso clinico 2: Demetrio | 39 |
| 4.3. Caso clinico 3: Loredana | 44 |
| 4.4. Caso clinico 4: Carlotta | 51 |
| 4.5. Caso clinico 5: Giancarlo | 58 |
| Riferimenti bibliografici | 65 |
| 5. Descrizione ed esemplificazione degli item | 67 |
| <i>M.O. Bertelli, D. Scuticchio, M. Rossi, G. Vannucchi, R. Cavagnola, G. Chiodelli e S. Corti</i> | |
| Appendice | |
| Esempio di rapporto digitale: il rapporto di Loredana | 123 |

Utilità dello strumento

Marco O. Bertelli

La versione G (*General screening*) e gli altri strumenti dello SPAIDD (*Systematic Psychopathological Assessment for persons with Intellectual and Developmental Disabilities*) sono nati dall'esigenza di implementare la valutazione per la diagnosi e il monitoraggio successivo (*follow-up*) dei disturbi psichiatrici nella disabilità intellettiva (DI) e nel disturbo dello spettro autistico (DSA), con particolare attenzione alle forme con difficoltà più marcate di comunicazione e di concettualizzazione della sofferenza.

Infatti gli strumenti precedenti atti allo stesso scopo mostravano numerose criticità, alcune di particolare rilievo, come l'inapplicabilità a tutti i gradi di compromissione intellettiva, il disallineamento al *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), l'assenza di alcuni sintomi o sindromi principali, la carenza di criteri cronologici differenziali, i lunghi tempi di somministrazione, la scarsa fruibilità interdisciplinare e la mancanza di articolazione per tutti gli approcci valutativi in tutte le fasi dell'intervento clinico. Qualche strumento difettava anche rispetto alle proprietà psicometriche più comuni, come la coerenza interna, la riproducibilità test-retest e la riproducibilità tra valutatori diversi (Bertelli e Scuticchio, 2019).

Nelle persone con DI e/o DSA i sintomi e le sindromi psicopatologiche utilizzate per la popolazione generale sono spesso alterati dalle caratteristiche cognitive, comunicative e comportamentali proprie di queste condizioni, risultando quanto meno atipici, ma anche mascherati, indefiniti, caotici, misti, intermittenti (Bertelli et al., 2019). Talvolta perfino gli elementi nucleari di alcune sindromi, come l'anedonia o il delirio, sono difficili da rilevare, specie nelle persone con comunicazione pre-verbale.

In questo ambito la sofferenza psichica si manifesta sotto forma di variazioni significative della qualità o della quantità dei comportamenti di base o dei comportamenti abitualmente associati al benessere individuale. Questa sostituzione dei sintomi della semeiotica psichiatrica tradizionale, basata sui riferiti del paziente, con aspetti osservabili viene definita equivalenza comportamentale e rappresenta l'oggetto principale del sistema SPAIDD, sia in termini di applicazione clinica attuale che di implementazione nel tempo.

Numerosi studi hanno dimostrato una relazione tra comportamenti problema (CP) e disturbi psichiatrici (Emerson, Moss e Kiernan, 1999; Felce, Kerr e Hastings, 2009; Hemmings, Gravestock, Pickard e Bouras, 2006; Kishore, Nizamie e Nizamie, 2005; Moss et al., 2000; Rojahn, Matson, Naglieri e Mayville, 2004), particolarmente evidente nei soggetti con livello di funzionamento più basso (Felce et al., 2009). Alcuni di questi sono stati identificati come equivalenti comportamentali (EC) di sintomi, o gruppi di sintomi, specifici di alcuni disturbi psichiatrici, caratterizzati per esordio, sviluppo, mantenimento ed estinzione, soprattutto rispetto alla presenza di altri possibili sintomi di un disturbo psichiatrico (Bertelli et al., 2012; Charlot, 2005; Hurley, 2006).

Altri studi invece non hanno rilevato associazioni statisticamente significative fra CP e disturbi psichiatrici (Rojahn e Meier, 2009; Tsiouris, Mann, Patti e Sturmey, 2003), determinando in una parte della comunità scientifica un atteggiamento più aporetico, per cui le variazioni comportamentali sarebbero espressione di stress emotivo aspecifico.

Il sistema SPAIDD comprende strumenti per ogni fase dell'intervento clinico, ovvero lo *screening* psicopatologico generale, la diagnosi categoriale specifica, la diagnosi dimensionale e il monitoraggio successivo sintomatologico. Gli item di tutti gli strumenti fanno parte di un unico apparato di EC dei sintomi psicopatologici di maggior rilievo dimensionale e categoriale (cfr. fig. 1-1).

Tutti gli strumenti possono essere usati con qualunque persona con DI e/o DSA, sono allineati con i criteri del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), hanno tempi di addestramento all'uso e di somministrazione brevi o molto brevi, sono utilizzabili da molte figure professionali diverse e in modo interdisciplinare. Gli strumenti specifici per area psicopatologica valutano anche la cronologia dei sintomi, supportando i clinici nella diagnosi differenziale e nel giudizio prognostico.

Nel lavoro svolto per raggiungere queste qualità peculiari non sono state trascurate le caratteristiche psicometriche standard. Un'attenzione ulteriore è stata rivolta alla validità di facciata, per migliorare la motivazione degli informatori e dei valutatori nello svolgimento del test.

La versione G è il primo strumento del sistema SPAIDD, sia in ordine di realizzazione che di utilizzo; serve infatti a supportare i professionisti che partecipano alle attività cliniche e riabilitative nel valutare la presenza e il tipo di una condizione psicopatologica, ovvero a determinare il livello di equivalenza sintomatologica di una o più variazioni comportamentali significative. Nella tabella 1-1 vengono precisati gli ambiti di utilizzo dello SPAIDD-G e il relativo livello di specificità rispetto ad altri strumenti.

Lo SPAIDD-G valuta i seguenti raggruppamenti sindromici, coerenti con quelli reperibili nel DSM-5 (cfr. par. 3-1):

- disturbi nutrizione/alimentazione (DNA);
- disturbi psicotici (D. PSICOT);

- disturbo dell'umore – depressione (DEPRES);
- disturbo dell'umore – mania (MANIA);
- disturbi d'ansia (D. D'ANSIA);
- effetti indesiderati di farmaci (E.I. FARM);
- delirium (DELIRIUM);
- demenza (DEMEN);
- disturbi correlati a sostanze (SOST);
- disturbo di personalità eccentrica (D.P. ECC);
- disturbo di personalità drammatica (D.P. DRAM);
- disturbo di personalità ansiosa (D.P. ANS);
- disturbo del controllo degli impulsi (DCI);
- disturbo dello spettro autistico (DSA);
- dissociazione dell'identità (D. IDENT);
- disturbo da sintomi somatici (DSS);
- disturbo della sessualità (D. SEX);
- disturbo ossessivo-compulsivo (DOC).

Figura 1-1

Elenco degli equivalenti comportamentali del sistema SPAIDD

| | |
|--|------------------------------------|
| Abbuffata | Grandiosità |
| Irrequietezza/agitazione psicomotoria | Paranoia |
| Allucinazione uditiva | Suicidalità |
| Allucinazione visiva | Distraibilità |
| Allucinazione somato-cenestesica | Indecisione |
| Alterazione dell'appetito | Difetto empatico |
| Alterazione dell'identità | Insonnia |
| Anedonia | Ipersonnia |
| Ansia | Irritabilità |
| Apatia | Riduzione dell'interazione sociale |
| Iperattività finalizzata | Labilità emotiva |
| Eccesso ponderale | Inappagabilità |
| Catatonìa | Appiattimento affettivo |
| Aggressività eterodiretta | Difetto ponderale |
| Provocazione/comportamento antisociale | Pressione della comunicazione |
| Autolesionismo | Rallentamento psicomotorio |
| Evitamento | Ritiro in casa |
| Scadimento logico | Manipolazione/sfruttamento |
| Scadimento astrattivo | Somatizzazione |
| Dismnesia | Socializzazione indiscriminata |
| Delirio | Travestitismo |
| Depersonalizzazione/derealizzazione | Umore depresso |
| Alterazione della comunicazione | Euforia |
| Astenia | Vomito autoindotto |
| Alterazione dell'attività sessuale | Blocco ossessivo |
| Ripetitività | Alterazione della sessualità |
| Disorganizzazione | Abuso di sostanze |
| Iperattività afinalistica | Picacismo |

Tabella 1-1

Utilità dello SPAIDD-G e relativo livello di specificità rispetto ad altri strumenti

| Ambito di utilizzo | SPAIDD-G | Altri strumenti |
|---|----------|-----------------|
| Supporto nel percorso diagnostico, soprattutto rispetto agli EC nelle persone con DI grave | 5 | 2 |
| Facilitazione del coinvolgimento della persona con DI/DSA e dei suoi <i>caregiver</i> nel percorso valutativo | 3 | 2 |
| Confrontabilità fra professionisti e contesti diversi | 4 | 2 |
| Incremento della sensibilità e della specificità interdisciplinare agli EC | 4 | 2 |
| Potenziamento della collaborazione multidisciplinare | 5 | 1 |
| Obiettivo dei risultati degli interventi ^a | 2 | 4 |
| Miglioramento continuativo dello strumento stesso | 5 | 2 |
| Potenziamento della ricerca basata sull'evidenza | 5 | 3 |
| Potenziamento delle conoscenze sulle peculiarità di presentazione dei sintomi e delle sindromi psicopatologiche | 5 | 3 |
| Motivazione dell'informatore | 4 | 2 |
| Rapidità dell'addestramento all'utilizzo | 5 | 2 |
| Rapidità di compilazione | 5 | 2 |
| Motivazione del valutatore | 5 | 3 |

Nota. I livelli di specificità sono espressi secondo una scala Likert da 1 (minima specificità) a 5 (massima specificità).

a. Per l'obiettivo dei risultati degli interventi terapeutici e riabilitativi il sistema SPAIDD prevede uno strumento apposito, denominato *SPAIDD-FU* (*Systematic Psychopathological Assessment for persons with Intellectual and Developmental Disabilities – Follow-Up*), ancora in corso di validazione.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing (ed. it.: *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione*. 2014, Milano: Raffaello Cortina).
- Bertelli, M.O., Rossi, M., Bianco, A., Scuticchio, D., Piva Merli, M. e Vannucchi, G. (2019). Difficoltà e peculiarità diagnostiche. In M.O. Bertelli, *Diagnosi e valutazione psicopatologica della disabilità intellettiva e del disturbo dello spettro autistico*. Firenze: Giunti Psychometrics.
- Bertelli, M.O. e Scuticchio, D. (2019). Strumenti di valutazione. In M.O. Bertelli, *Diagnosi e valutazione psicopatologica della disabilità intellettiva e del disturbo dello spettro autistico*. Firenze: Giunti Psychometrics.
- Bertelli, M., Scuticchio, D., Ferrandi, A., Lassi, S., Mango, F., Ciavatta, C., Porcelli, C., Bianco, A. e Monchieri, S. (2012). Reliability and validity of the SPAID-G checklist for detecting psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 33 (2), 382-390.

- Charlot, L. (2005). Use of behavioral equivalents for symptoms of mood disorders. In P. Sturmey (a cura di), *Mood disorders in people with mental retardation*. Kyngston, NY: NADD Press.
- Emerson, E., Moss, S. e Kiernan, C.K. (1999). The relationship between challenging behavior and psychiatric disorders in people with severe intellectual disabilities. In N. Bouras (a cura di), *Psychiatric and behavioral disorders in mental retardation*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Felce, D., Kerr, M. e Hastings, R.P. (2009). A general practice-based study of the relationship between indicators of mental illness and challenging behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53 (3), 243-254.
- Hemmings, C.P., Gravestock, S., Pickard, M. e Bouras, N. (2006). Psychiatric symptoms and problem behaviours in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (4), 269-276.
- Hurley, A. (2006). Mood disorders in intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 465-469.
- Kishore, M.T., Nizamie, S.H. e Nizamie, A. (2005). The behavioural profile of psychiatric disorders in persons with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (11), 852-857.
- Moss, S., Emerson, E., Kiernan, C.K., Turner, S., Hatton, C. e Alborz, A. (2000). Psychiatric symptoms in adults with learning disability and challenging behavior. *British Journal of Psychiatry*, 177, 452-456.
- Rojahn, J., Matson, J.L., Naglieri, J.A. e Mayville, E. (2004). Relationships between psychiatric conditions and behavior problems among adults with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 109 (1), 21-33.
- Rojahn, J. e Meier, L.J. (2009). Epidemiology of mental illness and maladaptive behavior in intellectual disabilities. *International Review of Research in Mental Retardation*, 38, 239-287.
- Tsiouris, J.A., Mann, R., Patti, P.J. e Sturmey, P. (2003). Challenging behaviors should not be considered as depressive equivalents in individuals with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 14-21.