

Comorbilità psichiatrica nell'autismo ad alto funzionamento: uno studio clinico

Comorbid psychiatric symptoms in high-functioning autism: a clinical study

A.I. De Micheli¹, R. Fagioli², M. Bosco¹, D. Broglia¹, P. Orsi¹, G. De Vidovich¹, E. Emanuele¹, E. Caverzasi¹, P. Politi¹, C. Lenti³, F. Barale¹

¹ Dipartimento di Sanità Pubblica, Neuroscienze, Medicina Sperimentale e Forense, Sezione Psichiatria, Università di Pavia; ² Fondazione Teda, Torino; ³ Cattedra e U.O. di Neuropsichiatria Infantile, Università di Milano, A.O. "S. Paolo"

Summary

Background

A large number of psychiatric comorbidities contributes to the heterogeneity and complexity of autism spectrum disorders (ASDs). Coexisting psychiatric disorders in subjects with normal intelligence ASDs include attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), chronic tic disorders, and mood and anxiety disorders. Additionally, besides DSM Axis I conditions, cluster A and C personality disorders (PD), in particular schizoid, schizotypal and obsessive-compulsive personality disorders (OCPD) have been reported. However, the literature on this topic remains scarce. The aim of our preliminary investigation was to estimate the frequencies of DSM-IV axis I and II diagnoses and explore the psychosocial and occupational functioning in a group of ASDs adults with normal-intelligence consecutively referred to our centre.

Methods

Participants were at least 16 years of age with possible high-functioning (HF) ASDs referred to the Pavia Autism Laboratory (University of Pavia) or the Neuropsychiatry Unit of the Mi-

lan San Paolo Hospital. HF ASDs diagnostics included ADI-R, ADOS module 4, WAIS-R. The MINI Plus and the SCID-II were administered to investigate psychiatric comorbidities. The severity of anxiety and depression symptoms was quantified with HAMA and HRSD. Social, occupational, and psychological functioning was rated using GAF.

Results

Twenty-one subjects, 16 males (76%) and 5 females (24%), from 17 to 45 years of age (mean 27.57 ± 10.08 years) were included. 71% of subjects presented one or more Axis I disorders; the most common comorbidity was mixed anxiety-depressive disorder, followed by generalized anxiety disorder, dysthymic disorder, panic disorder, major depressive disorder, social phobia, obsessive-compulsive disorder, bipolar II disorder and brief psychotic disorder. 66% of subjects had one or more personality disorders. 66% of Axis II comorbidity was represented by Cluster C PDs, 25% by Cluster A PDs and 9% by negativistic and depressive PDs. No Cluster B PDs was detected. A correlation between age and number of comorbidities was detected.

Key words

Personality Disorders • Autism • Comorbidities

Introduzione

I disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS)¹, comprendenti autismo classico, sindrome di Asperger, sindrome di Rett, disturbo disintegrativo dell'infanzia (o sindrome di Heller) e disturbo pervasivo non altrimenti specificato (NAS), sono caratterizzati dalla drammatica compromissione di interazione sociale e comunicazione, in associazione alla presenza di modelli di comportamento e interessi limitati, stereotipati e ripetitivi. Al deficit dei domini comunicativo-linguistici e comportamentali, si associa nel 60-70% dei casi la presenza di ritardo mentale². Quando ciò non avviene, ossia nel restante 30-40% dei casi in cui il QI totale misurato alla WAIS è normale o, comunque, superiore a 70, si parla di DPS ad alto funzionamento (AF)³, comprendenti autismo AF, sindrome di Asperger

e DPS NAS ad AF. L'autismo ad alto funzionamento si distingue dalla sindrome di Asperger per la presenza di ritardo nell'acquisizione del linguaggio. Nei DPS AF non altrimenti specificati si riscontra invece un'atipicità rispetto all'autismo in rapporto all'epoca di insorgenza (oltre i 3 anni), alla sintomatologia che non raggiunge la soglia prevista per l'autismo, o in rapporto a entrambe, pur essendo presente una compromissione nelle aree della interazione sociale, o del linguaggio comunicativo, o del gioco simbolico¹.

La prevalenza dei soggetti affetti da DPS nella popolazione si attesta attorno a valori pari a 6 su 1.000 e, in particolare, 2 su 1.000 per quanto riguarda il disturbo autistico⁴. Negli ultimi anni, si è assistito a un aumento dell'incidenza di autismo, verosimilmente correlato a un'aumentata conoscenza dei disturbi dello spettro autistico da parte

Correspondence

Andrea De Micheli, Dipartimento di Sanità Pubblica, Neuroscienze, Medicina Sperimentale e Forense, Sezione Psichiatria, Università di Pavia, Italia • E-mail: alexdl655321@gmail.com

del personale sanitario e a un cambiamento dei criteri diagnostici e di accertamento, piuttosto che a un aumento reale nell'incidenza del disturbo⁵. Non sarebbero di più i casi quanto piuttosto maggiore la capacità di rilevarli; tuttavia, la depsicopatologizzazione dell'autismo ha comportato anche una certa genericità del costrutto, con tendenza all'iperinclusività diagnostica⁶.

Il rapporto tra maschi e femmine è fortemente influenzato dal QI; mentre nei soggetti ad alto funzionamento è di circa 10:1⁷, si passa progressivamente a stime di 5,5:1 in soggetti ai limiti inferiori della norma⁸, o addirittura a valori di 2:1 in soggetti con grave disabilità intellettuiva^{8 9}.

Vale la pena evidenziare che l'autismo è una patologia *life-long*, ossia dura tutta la vita; quindi non ha senso parlare di *autismo infantile* in senso assoluto (aggettivo infatti scomparso dalla definizione del DSM-IV) poiché appunto l'essere autistico è una caratteristica intrinseca dell'individuo.

Nell'evoluzione che porta alla crescita del bambino autistico verso l'età adulta si pone il problema delle comorbilità. È, infatti, evidenza consolidata che l'autismo, rappresenti un'importante condizione di vulnerabilità psicopatologica⁶. L'autismo, interessando e alterando il normale sviluppo del soggetto, lo "sensibilizza" a svariate patologie sia in ambito psichiatrico che medico. D'altra parte, l'insorgenza di comorbilità influenza il quadro clinico del paziente con autismo e l'entità dell'abbassamento del livello di funzionamento¹⁰.

La prevalenza di comorbilità negli autistici con QI nella norma varia in modo sostanziale: a seconda degli studi dal 9 fino all'89%¹¹. Esse, per quanto riguarda il versante neurologico e genetico, comprendono: epilessia¹², sclerosi tuberosa¹³, neurofibromatosi di tipo I¹⁴, sindrome dell'X Fragile¹⁵, disturbo da tic e sindrome di Tourette¹⁶. Le comorbilità più prettamente internistiche comprendono, invece, disturbi gastrointestinali, disturbi del sonno, sordità congenita, difetti visivi congeniti¹⁷. Relativamente al versante essenzialmente psichiatrico, considerando per primo l'Asse I del DSM IV-TR, si annovera un'alta prevalenza di disturbi d'ansia (42%): fobie specifiche (28%), disturbo ossessivo-compulsivo, fobia sociale, disturbo da attacchi di panico e disturbo d'ansia generalizzato¹⁰. Fra i disturbi dell'umore sono presenti depressione maggiore (37%)¹⁸ e disturbo bipolare^{19 20}. Inoltre, sono stati riportati numerosi *case report* riguardanti la presenza in soggetti con autismo di allucinazioni uditive, ideazione paranoide, pensieri deliranti transitori, correlati ad alti livelli di ansia e depressione e abbastanza distinti da quelli propri della schizofrenia²¹.

Sono state rilevate comorbilità anche sull'Asse II; i disturbi di personalità, infatti, nonostante la letteratura in proposito sia ancora scarsa, sembrano avere un'alta prevalenza nei casi di autismo, in particolare in quelli ad alto funzionamento. Sono implicati soprattutto il cluster C,

ossia disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, l'evidente e il dipendente, e il cluster A¹⁹. Quest'ultimo, soprattutto nelle sue declinazioni schizoide e schizotipico, condivide con lo spettro autistico molte caratteristiche, in particolare l'atipicità dei rapporti sociali. Alcuni autori, di conseguenza, propongono una sorta di spettro in cui i disturbi di personalità del cluster A sono inseriti assieme all'autismo²². Alcuni studi internazionali non hanno rilevato nessun disturbo di cluster B in compresenza^{19 23}. Il nostro studio vuole valutare la frequenza delle diagnosi di Asse I e II del DSM-IV-TR, descrivendo i quadri di *overlap* diagnostico, in adulti autistici con intelligenza normale.

Metodi

Il protocollo del presente studio è stato elaborato dal Laboratorio Autismo dell'Università di Pavia e dall'Unità di Neuropsichiatria Infantile del Polo Universitario San Paolo di Milano. Lo studio è tuttora in fieri e i dati esposti nel presente lavoro preliminare riguardano i primi dodici mesi di reclutamento, da gennaio 2010 a dicembre 2010.

Partecipanti

I partecipanti sono soggetti adulti con disturbo dello spettro autistico ad alto funzionamento seguiti presso il Laboratorio Autismo dell'Università di Pavia o inviati a tale centro dal Polo Universitario San Paolo di Milano (Unità di Neuropsichiatria Infantile). I soggetti inclusi presentano una diagnosi clinica di disturbo dello spettro autistico posta secondo i criteri definiti dal DSM-IV-TR e confermata dalla somministrazione dei test ADI-R e ADOS; hanno inoltre un valore di QI-totale, misurato attraverso la WAIS, maggiore o uguale a 70 e un'età maggiore di anni 16.

L'anamnesi medica e psicopatologica è stata raccolta per ciascun paziente. I casi con riconosciute cause mediche di autismo, incluse le sindromi genetiche, sono stati esclusi.

Assessment e strumenti diagnostici

La diagnosi clinica è stata confermata da un assessment psicodiagnostico, comprendente ADI-R e ADOS.

L'ADI-R (*Autism Diagnostic Interview-Revised*)²⁴ è un'intervista semi-strutturata somministrata al caregiver, che si focalizza sulle tre aree del funzionamento che vengono indicate di importanza diagnostica secondo i criteri dell'ICD-10 e del DSM-IV, ossia una compromissione qualitativa dell'interazione sociale, della comunicazione e modalità di comportamento, interessi e attività ristretti, ripetitivi e stereotipati¹.

L'ADOS ovvero *l'Autism Diagnostic Observation Schedule*²⁵ è un protocollo di osservazione semi-strutturato. Consiste in una serie di attività prestabilite durante le quali l'esaminatore rileva i compor-

tamenti ritenuti cruciali per una diagnosi di DPS. Il livello intellettuale è misurato con la scala WAIS-R, *Wechsler Adult Intelligent Scale-Revised* (utilizzabile dai 16 ai 64 anni d'età)²⁶, che fornisce il valore di QI totale, verbale e di performance.

Sull'Asse I la comorbilità è indagata con la MINI Plus (*Mini-International Neuropsychiatric Interview*)²⁷, un'intervista compatibile con i principali sistemi diagnostici (DSM-III e poi IV, ICD-10), in grado di discernere le più importanti varianti sub-sindromiche, utilizzabile sia in ambito clinico che nella ricerca.

Ansia e depressione vengono ulteriormente indagate con l'utilizzo delle scale HAM-A^{28 29} e HAM-D³⁰, due questionari etero-somministrati che graduano, con un punteggio numerico, i principali sintomi.

I disordini sull'Asse II sono stati indagati con la SCID-II ovvero *Structured Clinical Interview for DSM IV- Axis II Personality Disorders*³¹, costituita da 119 domande di screening valutate su una scala a 4 livelli (da ? = informazioni insufficienti, a 3 = clinicamente rilevante o vero); esse sono somministrate attraverso un questionario auto-compilato dal paziente che di solito impiega una ventina di minuti e viene poi riportato al momento dell'intervista, fungendo come linea guida della stessa.

Infine per avere una stima sul funzionamento globale (psicologico, sociale e lavorativo) del paziente si utilizza la scala VGF (*Valutazione del Funzionamento Globale*)¹, che valuta la gravità complessiva del disturbo, indipendentemente dalla sua complessità psicopatologica, apportando utili informazioni in merito all'impatto del disturbo psichico e del suo esito.

Analisi statistica

Abbiamo utilizzato il test di Shapiro-Wilk per verificare la distribuzione normale delle variabili continue. Le correlazioni tra le variabili sono state determinate mediante coefficiente di correlazione di Spearman. Per verificare l'indipendenza delle relazioni individuate, abbiamo effettuato un'analisi di regressione lineare multipla. Le analisi statistiche sono state effettuate utilizzando il software SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Valori

di $p < 0,05$ (a due code) sono stati considerati statisticamente significativi.

Risultati

Sono stati valutati 43 pazienti, di cui 21 sono stati inclusi nello studio, 16 maschi (76%) e 5 femmine (24%), di età compresa fra i 17 e i 45 anni e con un'età media di 27,57 anni (con una deviazione standard di +/- 10,078), con una media per le donne di 32,4 anni e per gli uomini di 26,06. Tutti sono affetti da un disturbo dello spettro autistico e soddisfano i criteri dell'ADI-R e dell'ADOS; presentano inoltre un alto funzionamento, evidenziato con il valore di QI-totale alla WAIS-R > 70.

Disordini in comorbilità sull'Asse I

Nel gruppo di pazienti analizzati nel presente studio 15 soggetti (il 71%), presentano almeno una comorbilità in Asse I; 8 di essi hanno diagnosi di Asperger (53%), gli autistici HF sono 2 (13%), e i PDD-NOS HF sono 5 (33%). Dei 6 soggetti (29%) senza disturbi sull'Asse I, 5 (83%) hanno sindrome di Asperger e 1 HFA (17%).

Per quanto riguarda il numero di comorbilità, 3 persone hanno 3 disturbi (14%), 3 persone hanno 2 disturbi (14%), 9 persone hanno un solo disturbo oltre a quello dello spettro autistico (42%) (Tab. I).

La più comune condizione comorbilità *life-time*, nelle differenti patologie dello spettro autistico ad alto funzionamento è il disturbo ansioso-depressivo misto, valutato in 6 casi in totale (26% dei disturbi di Asse I in totale). Seguono, fra le categorie più frequenti, il disturbo d'ansia generalizzata mostrata da 3 casi (13%), così come il disturbo distimico (13%), il disturbo attacco di panico (13%) e il disturbo depressivo maggiore (13%), 2 sono i casi invece di fobia sociale (8%), 1 di disturbo ossessivo-compulsivo (4%). C'è stato solo un caso che incontrava i criteri per il disturbo bipolare (4%) precisamente il sottotipo II, avendo di base un PDD-NOS. Quindi possiamo concludere che sul totale dei disturbi un 39% è compreso all'interno dello spettro dei disturbi d'ansia, un 56% è inserito nel quadro dei disturbi dell'umore.

TABELLA I.

Numero di soggetti con differenti diagnosi di DSA presentanti una o più comorbilità in Asse I. *Different subtypes of ASD and Axis-I comorbidity.*

Disordini Asse I del DSM IV	Autismo HF	Asperger	PDD-NOS HF	Tot. pazienti (n. 21)
Assente	1	5	0	6
1 Disordine	0	6	3	9
2 Disordini	1	1	1	3
3 Disordini	1	1	1	3

Disordini in comorbilità sull'Asse II

Almeno un disturbo della personalità è presente in 14 pazienti (66% dei soggetti), di essi 8 (57%) hanno diagnosi di sindrome di Asperger, 3 sono affetti da Autismo HF (21%), e altri 3 (21%) sono dei PDD-NOS HF.

I disturbi di personalità, come del resto i disturbi di Asse I, possono infatti essere più d'uno nello stesso paziente: in un caso addirittura ve ne sono 5 in un solo paziente (4%), 1 paziente ne presenta 4 (4%), 4 pazienti ne presentano 3 (19%) e 3 pazienti hanno 2 disturbi (14%) e vi sono 5 casi di comorbilità singola (23%) (Tab. II). Il disturbo di personalità ossessivo-compulsivo è il più frequente sul totale dei disturbi rilevati essendo presente in 10 pazienti (31% dei disturbi di Asse II), presenti anche gli altri 2 componenti del Cluster C cioè il disturbo evitante in 7 casi (22%) e il dipendente in 4 casi (13%). Per quanto riguarda il Cluster A annoveriamo disturbo paranoide in 4 pazienti (13%), lo Schizoide in 3 (9%), lo schizotipico in 1 (3%). Al di fuori della classificazione del DSM IV-

TR sono presenti due casi (6%) di disturbo di personalità passivo-aggressivo e uno (3%) di disturbo di personalità depressivo (Tab. III). Quindi possiamo concludere che il 66% dei disturbi rilevati appartiene al Cluster C, il 25% al Cluster A, il 9% a disturbi di personalità al di fuori della classificazione proposta dal DSM-IV-TR. Si può notare che nell'ambito del Cluster B dei disturbi di personalità (che comprende l'istrionico, l'antisociale, il narcisistico e il borderline) non è presente alcun caso di comorbilità.

Analisi statistica

L'analisi statistica univariata valuta una correlazione tra 2 variabili alla volta misurando la risposta di un valore al suo predittore. In questo caso mostra una correlazione positiva fra età e numero di disturbi in Asse I (valore $r = 0,672$, $n = 21$; $p < 0,001$), ossia vi è un aumento di comorbilità psichiatrica all'aumentare dell'età del paziente, misurando il valore r la forza di tale relazione.

Viene messa in evidenza inoltre una correlazione negativa fra il numero dei disturbi in Asse II e la scala di valuta-

TABELLA II.

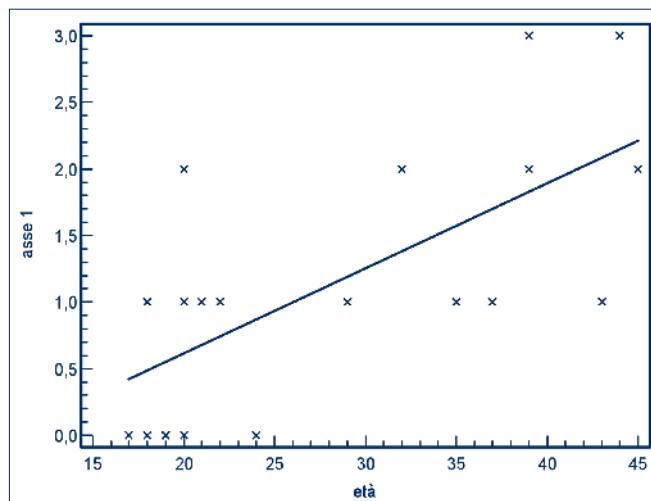
Número di soggetti con differenti diagnosi di DSA presentanti una o più comorbilità in Asse II. *Different subtypes of ASD and Axis-II comorbidity.*

Disordini Asse II del DSM IV	Autismo HF	Asperger	PDD-NOS HF	Tot. pazienti (n. 21)
Assente	0	5	2	7
1 Disordine	1	3	1	5
2 Disordini	1	2	0	3
3 Disordini	0	2	2	4
4 Disordini	1	0	0	1
5 Disordini	0	1	0	1

TABELLA III.

Disturbi in comorbilità in Asse II nei soggetti con diagnosi di DSA. *Axis-II comorbidity in different subtypes of ASD.*

Disordini Asse II del DSM IV	Autismo HF	Asperger	PDD-NOS HF	Tot. disturbi (n. 32)
CLUSTER A				
D Schizoide	1	2	0	3
D Schizotipico	0	1	0	1
D Paranoide	1	3	0	4
CLUSTER C				
D Ossessivo compulsivo	2	5	3	10
D Evitante	1	4	2	7
D Dipendente	2	0	2	4
D Passivo aggressivo	0	2	0	2
D Depressivo	0	1	0	1

**FIGURA 1.**

Correlazione numero disturbi in Asse I ed età in un diagramma di dispersione con retta di regressione. Ogni punto rappresenta un paziente. L'ordinata presenta misure espresse in quantità discrete come sono il numero di diagnosi. La retta di regressione è disegnata in base alla dispersione dei punti. In questo caso data la sua direzione esprime una relazione diretta positiva tra l'aumento dell'età e del numero di comorbilità. *Correlation between Axis-I disorders' number and age in a scatter diagram with regression line. Each dot represents a patient. Y-axis values represent the number of diagnosis and are expressed in discrete quantities. The regression line shows a positive direct relationship between increasing age and number of comorbidities.*

zione globale VGF (valore $r = -0,501$; $n = 21$; $p = 0,018$); ossia, all'aumentare delle comorbilità in Asse II corrisponde una maggiore compromissione del paziente misurata con tale strumento.

Vi è infine una correlazione positiva fra le due scale Hamilton HAM-A e HAM-D che analizzano l'aspetto rispettivamente dell'ansia e della depressione (valore $r = 0,932$; $n = 21$; $p < 0,001$).

Ci sono poi anche delle correlazioni negative tra le due scale Hamilton e la VGF, ossia a un aumento dei valori di ansia e depressione corrisponde una diminuzione di tale indice (valore $r = -0,517$; $n = 21$; $p = 0,016$); (valore $r = -0,501$; $n = 21$; $p = 0,021$).

Anche l'analisi multivariata (regressione), individuando le variabili associate in maniera indipendente alle variabili di interesse, mostra che l'età è un predittore indipendente del numero di disturbi in Asse I (valore $\beta = 0,751$; $t = 3,713$; $p = 0,003$) (Figg. 1, 2).

Discussione

Il nostro studio mette in evidenza che le comorbilità in Asse I e II sono un aspetto frequente e importante nelle patologie dello spettro autistico ad alto funzionamento,

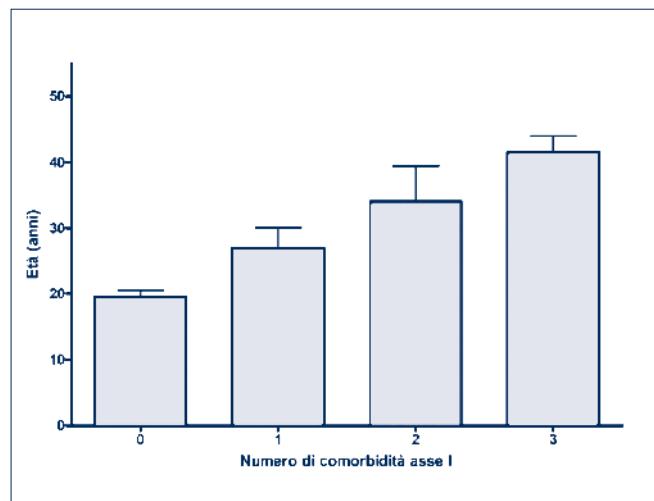
**FIGURA 2.**

Grafico a colonne che relaziona età e numero di disturbi in Asse I. In esso vengono poste in evidenza le età medie (comprese di deviazione standard) per ogni numero di diagnosi. Anche qui viene messo in evidenza un aumento di questa età media all'aumentare del numero di diagnosi, mettendo in luce il risultato principale del nostro studio trasversale. *Histogram represents mean ages (including SD) and Axis-I comorbidities' number. Increasing age is related to the a greater number of diagnosis, highlighting the main result of our study.*

tant'è vero che il 72% dei nostri pazienti presenta almeno un disturbo su uno dei due Assi. Ciò è in accordo con la Letteratura internazionale che attesta questa percentuale attorno al 74-84%¹⁰ o al 9-89%¹¹.

Ogni paziente può avere più di un disturbo, anche di Assi diversi. Anche questi dati sono sovrapponibili a quelli della Letteratura, in particolare a uno studio finlandese che evidenzia un 32% con una singola patologia in comorbilità, un 20% con doppia comorbilità, 14% con una tripla e un 8% con 4 patologie compresenti¹⁰. Data l'esiguità del campione non è stato possibile concludere se un particolare sottotipo dello spettro ad alto funzionamento fosse più suscettibile a sviluppare disturbi psichiatrici di altri.

Per quanto riguarda le singole categorie di disturbi in Asse I, i più frequenti sono i disturbi d'ansia e i disturbi dell'umore, rappresentati nel nostro campione rispettivamente dal 39 e dal 56% dei disturbi in totale. Tali dati sono molto simili alla recente letteratura sulla comorbilità relativi ad ansia (42%)¹⁰ e a disturbi affettivi (50 e 53%)^{19 32}. I nostri dati sui disturbi depressivi concordano pertanto con quelli in Letteratura che, pur presentando percentuali non molto omogenee, possono avvicinarsi a quelle da noi riportate (4-37%)^{33 18}. Nel 4% ($n = 1$) è stato riscontrato il disturbo bipolare di tipo II, in accordo a basse percentuali evidenziate in altri studi (7-8%)^{19 20}. Il secondo gruppo di patologie più frequenti nell'Asse I è

costituito appunto dai disturbi d'ansia tra cui il disturbo attacco di panico nel 13% dei casi, dato confrontabile con la letteratura (11%)¹⁹; il disturbo d'ansia generalizzato, con un 13% sovrapponibile al dato svedese del 15%¹⁹; la fobia sociale (8% vs. 13%)¹⁹. Per completezza citiamo anche 1 caso di disturbo ossessivo-compulsivo. L'unico disturbo di Asse I rilevato al di fuori di queste due categorie è un disturbo psicotico breve il cui esordio, da letteratura, è presente poche volte nella tarda adolescenza o nella prima età adulta in soggetti con patologie di base di questo tipo^{20 32}.

I disturbi di Asse II più frequenti fanno parte dei Cluster A e C, non avendo rilevato nessun disturbo di personalità di Cluster B, come del resto è ormai un'evidenza confermata da diversi studi^{19 23}.

In particolare il 25% dei disturbi è di Cluster A: il 13% (n = 4) dei disturbi è un disturbo paranoide, il 9% (n = 3) un disturbo schizoido, il 3% (n=1) un disturbo schizotipico, avvicinandosi ai dati di uno studio svedese¹⁹.

Il 66% dei disordini di Asse II rilevati rientra nel Cluster C, il 31% (n = 10) è un DOCP, il 22% (n = 7) è un disturbo evitante di personalità, il 13% (n = 4) un disturbo dipendente, valori anche questi simili allo studio sopraccitato.

Possiamo concludere per i disturbi di personalità che i nostri dati ricalcano la tendenza degli studi internazionali, ma data l'esiguità del nostro campione unita alla numerosità di tali disturbi non possono essere effettuate indagini di correlazione significative.

La correlazione più saliente dello studio è quella positiva fra età e numero di disturbi di Asse I sviluppati, confermata anche all'analisi statistica multivariata di regressione (valore $\beta = 0,751$; $t = 3,713$; $p = 0,003$), che ha individuato l'età come un predittore indipendente di comorbilità nello spettro autistico ad alto funzionamento. Tale evidenza mette in luce una condizione di rischio nell'autismo, una fragilità intrinseca per patologie psichiatriche di altro genere, dato che ha cominciato a essere considerato anche dalla Letteratura che affronta il problema dell'autismo anche nell'età adulta⁶.

Sono state evidenziate anche altre correlazioni che sono però state confermate solo all'analisi univariata, forse date le caratteristiche del campione che non permettevano il riconoscimento di altri fattori indipendenti.

Una relazione confermata anche da uno studio internazionale del 2010 è quella tra numero di patologie in comorbilità (nel nostro caso il dato è relativo ai disturbi di Asse II) e il funzionamento globale misurato da noi con la VGF (nello studio di Letteratura era stata utilizzata la simile C-GAS). L'abbassamento del valore di VGF è sensibile soprattutto alla presenza di comorbilità doppie o triple, arrivando anche a valori medi di 52 quando sono presenti 4 patologie¹⁰.

È stata trovata una correlazione positiva tra le due scale Hamilton per ansia e depressione (valore $r = 0,932$;

$n = 21$; $p < 0,001$) confermata anche dai dati in Letteratura³⁴. Ciò è comprensibile anche per il fatto che le due scale condividono ben 8 item, valutando entrambe tutti aspetti sia ansiosi che depressivi che sono compresi spesso in questo tipo di pazienti. Questa correlazione tra le valutazioni di ansia e depressione è confermata anche utilizzando scale simili ma non identiche³⁵.

Fra le limitazioni dello studio, va sicuramente tenuta in considerazione la scarsa dimensione del campione. Tutti i soggetti, inoltre, sono italiani e provengono dallo stesso bacino d'utenza; quindi, sarebbe auspicabile verificare se in altri territori la situazione sia la medesima o entrino in gioco fattori di altro genere quali ad esempio ambientali, etnici o culturali.

Conclusioni

La presenza di svariate comorbilità in entrambi gli Assi sembra correlarsi a una sorta di vulnerabilità psicopatologica di base che rende suscettibile l'individuo con autismo ad altre patologie. Secondo questa ipotesi la disabilità autistica avrebbe ripercussioni su tutta la vita psichica del soggetto. L'interazione fra questa peculiare struttura di base con i più svariati fattori ambientali e di sviluppo, rende ragione della complessità e notevole eterogeneità di ciascun quadro, nonché delle comorbilità che a esso possono intrecciarsi. Studi recenti rilevano come una diagnosi precoce e interventi tempestivi e mirati possano drasticamente condizionare, in senso positivo, l'outcome, agendo positivamente sulla componente psico-sociale del quadro. D'altra parte è noto come complicanze mediche e psichiatriche possano drasticamente peggiorare la sintomatologia dei disturbi dello spettro autistico, portando a quadri di regressione comportamentale e peggioramento dell'isolamento sociale.

Tali considerazioni, associate all'evidenza emersa nel nostro studio di una correlazione positiva fra età del soggetto e numero di patologie psichiatriche associate, ci permettono di sottolineare la necessità di una presa in carico globale, da parte dei servizi psichiatrici, della persona con autismo, lungo tutto l'arco della vita. Il fine è quello di intervenire tempestivamente nella diagnosi e cura delle svariate e, spesso, sfumate, declinazioni psicopatologiche a cui tali quadri possono andare incontro.

Bibliografia

- 1 APA. *DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
- 2 Baird G, Simonoff E, Pickles A, et al. *Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project*. Lancet 2006;368:210-5.

- ³ Gillberg C, Ehlers S. *Sindrome di Asperger e persone con autismo high-functioning: una rassegna sulla letteratura*. In: Schopler E, Mesibov GB, Kunce LJ, editors. *Sindrome di Asperger e autismo high-functioning*. Gardolo, TN: Erickson 2001, pp. 57-82.
- ⁴ Fombonne E, Zakarian R, Bennett A, et al. *Pervasive Developmental disorders in Montreal, Quebec, Canada: prevalence and links with immunizations*. Pediatrics 2006;118:139-50.
- ⁵ Kaye J, Melero-Montes M, Jick H. *Mumps, measles, and rubella vaccine and the incidence of autism recorded by general practitioners: a time trend analysis*. Br Med J 2001;322:460-63.
- ⁶ Barale F, Politi P, Bosco M, et al. *L'autismo a partire dalla sua evoluzione nell'età adulta: nuove conoscenze, criticità, implicazioni abilitative*. NÓOS 2009;3:257-91.
- ⁷ Baron-Cohen S. *The extreme male brain theory of autism*. Trends in Cognitive Sciences 2002;6:248-54.
- ⁸ Fombonne E. *The changing epidemiology of autism*. J Appl Res Intellect Disabil 2005;18:281-94.
- ⁹ Saemundsen E, Juliussen H, Hjaltested S, et al. *Prevalence of autism in an urban population of adults with severe intellectual disabilities – a preliminary study*. J Intellect Disabil Res 2010;54:727-35.
- ¹⁰ Mattila M, Hurtig T, Haapsamo H, et al. *Comorbid psychiatric disorders associated with Asperger syndrome/high-functioning autism: a community- and clinic-based study*. J Autism Dev Disord 2010;40:1080-93.
- ¹¹ Howlin P. *Outcome in adult life for more able individuals with autism or Asperger syndrome*. Autism 2000;4:63-83.
- ¹² Belmonte M, Cook Jr E, Anderson GM, et al. *Autism as a disorder of neural information processing: directions for research and targets for therapy*. Mol Psychiatry 2004;9:646-63.
- ¹³ Bolton P. *Intellectual and Cognitive Impairments*. In: *Tuberous Sclerosis Complex: From Basic Science to Clinical Phenotypes*. Cambridge: Cambridge University Press 2004, pp. 77-90.
- ¹⁴ Williams P, Hersh J. *Brief report: the association of neurofibromatosis type 1 and autism*. J Autism Dev Disord 1998;28:567-71.
- ¹⁵ Wassink T, Piven J, Patil S. *Chromosomal abnormalities in a clinic sample of individuals with autistic disorder*. Psychiatr Genet 2001;11:57-63.
- ¹⁶ Kerbeshian L, Burd L. *Asperger's syndrome and Tourette syndrome: the case of the pinball wizard*. Br J Psychiatry 1986;148:731-36.
- ¹⁷ Levy S, Mandell D, Schultz R. *Autism*. Lancet 2009;374:1627-38.
- ¹⁸ Gazhiuddin M, Widmer-Mikhail E, Gazhiuddin N. *Comorbidity of Asperger syndrome: a preliminary report*. J Intellect Disabil Res 1998;42:279-83.
- ¹⁹ Hofvander B, Delorme R, Chaste P, et al. *Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders*. BMC Psychiatry 2009;10:9-35.
- ²⁰ Stahlberg O, Soderstrom H, Rastam M, et al. *Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders*. J Neural Transm 2004;111:891-902.
- ²¹ Abell F, Hare D. *An experimental investigation the phenomenology of delusional beliefs in people with Asperger syndrome*. Autism 2005;9:515-31.
- ²² Wolff S. *Loners: The life path of unusual children*. Londra: Routledge 1995.
- ²³ Gillberg C, Billstedt E. *Autism and Asperger syndrome: co-existence with other clinical disorders*. Acta Psychiatr Scand 2000;102:321-30.
- ²⁴ Lord C, Rutter M, LeCouteur A. *Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)*. Los Angeles: Western Psychological Services 2003.
- ²⁵ Lord C, Rutter M, DiLavore P, et al. *Autism Diagnostic Observation Schedule*. Los Angeles: Western Psychological Services 2001.
- ²⁶ Wechsler D. *Wechsler Adult Intelligence Scale – Revised*. New York: The Psychological Corporation 1981.
- ²⁷ Sheehan DL. *Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)*. Tampa - Parigi: University of South Florida, Institute for Research in Psychiatry, and INSERM - Hospital de la Salpêtrière 1994.
- ²⁸ Hamilton M. *Diagnosis and rating of anxiety*. Br J Psychiatry Spec Publ 1969;3:76-9.
- ²⁹ Hamilton M. *The assessment of anxiety states by rating*. Br J Psychiatry 1959;322:50-5.
- ³⁰ Hamilton M. *A rating scale for depression*. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960;23:56-62.
- ³¹ First M, Gibbon M, Spitzer R, et al. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*. New York: American Psychiatric Press 1997.
- ³² Ghaziuddin M, Zafar S. *Psychiatric comorbidity of adults with autism spectrum disorders*. Clinical Neuropsychiatry 2008;5:9-12.
- ³³ Lainhart J. *Psychiatric problems in individuals with autism, their parents and siblings*. Int Rev Psychiatry 1999;11:278-98.
- ³⁴ Guy W, Cleary P. *Methodological implications of a large central data system*. In: Boissier J, Hippius H, Pichot P, editors. *Neuropsychopharmacology*. Amsterdam: Excerpta Medica 1975, pp. 79-87.
- ³⁵ Uehara T, Sato T, Sakado K. *Correlations among depression rating scales and a self-rating anxiety scale in depressive outpatients*. Priory Medical Journals Online 1997.