

Terapia cognitivo-comportamentale con il paziente con ritardo mentale

Silvia Trucchia

Riassunto

Per le persone con Ritardo Mentale la questione della salute mentale è sempre stata di primaria importanza per l'elevata incidenza di disturbi psicopatologici e comportamentali; rispetto agli interventi psicologici, e in particolare all'accesso alla psicoterapia cognitivo-comportamentale, c'è un dibattito acceso in merito alla possibilità o meno di questi pazienti di usufruire di questa forma di trattamento e molti studi riportano prove a favore e risultati positivi. Nello specifico, nei pazienti con ritardo mentale, in presenza o meno di una doppia diagnosi con un disturbo mentale, risultano essere maggiormente efficaci interventi come la psicoeducazione sul tema della disabilità e del ritardo cognitivo, il training per le abilità sociali, la gestione delle emozioni, la pianificazione del comportamento e la risoluzione di conflitti (problem solving), l'applicazione del modello ABC e la ristrutturazione cognitiva. Per quanto riguarda le tecniche più cognitive, tutti gli autori concordano sulla possibilità di utilizzarle anche con questi pazienti, purchè siano semplificate e adattate al loro funzionamento cognitivo.

Summary

For people with Intellectual Disabilities the mental health question has always been really important because the high incidence of psychopathological and behavioral disorders. There is an heated debate, with respect to psychological interventions and access to cognitive-behavioral therapy in particular, as the whether or not these patients to benefit of this kind of treatment and many studies bring evidence in favor and positive results. More specifically, in patients with Intellectual Disabilities, with or without a dual diagnosis with mental health and emotional problems, appear to be more effective interventions such as the psychoeducation on the theme of disability and cognitive delay, the social abilities training, emotional managing, planning behavior and problem solving, the application of the ABC model and the cognitive restructuring. About the more cognitive techniques, all authors agree on the possibility of using with these patients too, provided they are simplified and adapted to their cognitive functioning.

Introduzione

Nonostante sia incluso nelle sindromi dei manuali diagnostici psichiatrici, secondo alcuni autori il ritardo mentale non sembra semplicemente riconducibile ad un disturbo o ad una malattia, nè ad una condizione univoca di disabilità. Esso sembra più correttamente definibile come un

Silvia Trucchia, *TCC con il paziente con ritardo mentale*, N. 7, 2011, pp. 38-83

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

raggruppamento meta-sindromico che include un'ampia gamma di percorsi evolutivi e quadri esistenziali diversi per etiologia, disabilità fisica, psicopatologia associata e funzionamento generale (Bertelli et al., 2010). I criteri che definiscono gli elementi comuni a tutte le forme sindromiche sono comunque un deficit a carico dei processi logico-deduttivi ed una significativa limitazione nel funzionamento adattivo, che finiscono per condizionare l'intero processo di sviluppo dell'individuo in quanto producono una ridotta abilità a gestirsi autonomamente (funzione sociale diminuita) dovuta anche ad una ridotta abilità di capire nuove informazioni e di apprendere nuove capacità (Bouras et al, 2000).

La questione della salute mentale è sempre stata un fattore di prim'ordine per le persone con Ritardo Mentale a causa dell'elevata incidenza di disturbi psicopatologici in questa popolazione e del fatto che in questi individui i problemi psichiatrici e comportamentali possono essere causa di gravi ostacoli all'integrazione sociale. Tuttavia solo negli ultimi anni si sono visti progressi nell'etiologia, la diagnosi, il trattamento e nei modelli dei servizi per le persone con entrambe le condizioni di Ritardo Mentale e problemi di salute mentale (doppia diagnosi) (Bouras et al, 2000).

Per questi motivi e per la nuova visibilità nella comunità sia psichiatrica che psicologica dei soggetti con ritardo mentale emerge sempre di più l'esigenza di trovare e creare a vari livelli interventi ad hoc per questi pazienti, tenendo conto dei vincoli cognitivi coinvolti. In particolare per quanto riguarda l'accesso alla psicoterapia individuale, c'è un dibattito acceso in merito alla possibilità o meno di questi pazienti di accedere e beneficiare di questa forma di trattamento.

Come psicologa e futura psicoterapeuta cognitivo comportamentale, mi sono chiesta quale sia il ruolo della nostra professione nel trattamento dei soggetti con RM e nel contribuire ad aumentare la loro qualità della vita.

Il presente lavoro ha pertanto lo scopo di esaminare i contributi che la letteratura ci propone in merito alle seguenti questioni:

- quali tipi di interventi psicologici vengono proposti ai pazienti con RM?
- è possibile per pazienti con RM accedere ad una psicoterapia individuale e in particolare ad una Terapia Cognitivo Comportamentale, anche in presenza di sintomi psicopatologici o veri e propri disturbi psichiatrici?
- e infine, quali possono essere i principali obiettivi che si possono raggiungere con questa popolazione di pazienti e quali tipi di tecniche sono maggiormente utilizzabili all'interno della psicoterapia cognitivo comportamentale?

Nei seguenti capitoli si cercherà di rispondere a tali domande, dopo aver mostrato le caratteristiche principali del ritardo mentale e il suo complesso rapporto con la salute mentale.

Il ritardo mentale: concetti generali

Attualmente si usano termini diversi in tutto il mondo per riferire la stessa condizione di disabilità intellettiva; questi includono ritardo mentale, disabilità intellettiva, handicap mentale e disabilità di apprendimento, che riflettono sia le diverse discipline e professioni coinvolte in quest'area, ognuna con la sua terminologia, sia l'impatto di tale disabilità sulla sfera sociale (Bouras et al, 2000; Castellani et al, 2010).

Il termine di Ritardo Mentale (RM) è un termine medico che viene usato in maniera più diffusa nei vari Paesi del mondo (76%) e nei sistemi di classificazione internazionali del DSM- IV e del ICD-10 (Castellani et al., 2010); per questo, nonostante la molteplicità dei termini incontrati, si è scelto di utilizzarlo in tutto il presente lavoro.

Definizione e criteri diagnostici secondo il DSM IV

Secondo il DSM IV – TR, le caratteristiche fondamentali del Ritardo Mentale (RM) sono le seguenti:

Criterio A: Funzionamento intellettivo significativamente al di sotto della media: un QI di circa 70 o inferiore ottenuto con un test di QI somministrato individualmente (in età infantile, un giudizio clinico di funzionamento intellettivo significativamente al di sotto della media).

Criterio B: Concomitanti deficit o compromissioni nel funzionamento adattivo attuale (cioè, la capacità del soggetto di adeguarsi agli standard propri della sua età e del suo ambiente culturale) in almeno due delle seguenti aree: comunicazione, cura della propria persona, vita in famiglia, capacità sociali/interpersonali, uso delle risorse della comunità, autodeterminazione, capacità di funzionamento scolastico, lavoro, tempo libero, salute e sicurezza.

Criterio C: L'esordio è prima dei 18 anni di età.

Il funzionamento intellettivo generale è definito dal quoziente di intelligenza (QI o equivalenti del QI) ottenuto tramite la valutazione con uno o più test di intelligenza standardizzati somministrati individualmente.

I soggetti con Ritardo Mentale giungono alla osservazione più per le compromissioni del funzionamento adattivo che per il QI basso. Il funzionamento adattivo fa riferimento all'efficacia con cui i soggetti fanno fronte alle esigenze comuni della vita e al grado di adeguamento agli standard di autonomia personale previsti per la loro particolare fascia di età, retroterra socioculturale, e contesto ambientale. Il funzionamento adattivo può essere influenzato da vari fattori, che includono l'istruzione, la motivazione, le caratteristiche di personalità, le prospettive sociali e professionali, e i disturbi mentali e le condizioni mediche generali che possono coesistere

col Ritardo Mentale. I problemi di adattamento sono più suscettibili di miglioramento con tentativi di riabilitazione di quanto non sia il QI cognitivo, che tende a rimanere un attributo più stabile.

Gradi di gravità del Ritardo Mentale

Possono essere specificati quattro gradi di gravità, che riflettono il livello della compromissione intellettiva: Lieve, Moderato, Grave e Gravissimo.

Ritardo Mentale Lieve (livello del QI da 50-55 a circa 70)

Questo gruppo costituisce la parte più ampia (circa l'85%) dei soggetti affetti da questo disturbo. Come categoria, i soggetti con questo livello di Ritardo Mentale tipicamente sviluppano capacità sociali e comunicative negli anni prescolastici (da 0 a 5 anni di età), hanno una compromissione minima nelle aree sensomotorie, e spesso non sono distinguibili dai bambini senza Ritardo Mentale fino ad un'età più avanzata. Prima dei 20 anni, possono acquisire capacità scolastiche corrispondenti all'incirca alla quinta elementare. Durante l'età adulta, essi di solito acquisiscono capacità sociali e occupazionali adeguate per un livello minimo di autosostentamento, ma possono aver bisogno di appoggio, di guida, e di assistenza, specie quando sono sottoposti a stress sociali o economici inusuali. Con i sostegni adeguati, i soggetti con Ritardo Mentale Lieve possono di solito vivere con successo nella comunità, o da soli o in ambienti protetti.

Ritardo Moderato (livello del QI da 35-40 a 50-55)

Questo gruppo costituisce circa il 10% dell'intera popolazione di soggetti con Ritardo Mentale. La maggior parte dei soggetti con questo livello di Ritardo Mentale acquisisce capacità comunicative durante la prima fanciullezza. Essi traggono beneficio dall'addestramento professionale e, con una moderata supervisione, possono provvedere alla cura della propria persona. Possono anche beneficiare dell'addestramento alle attività sociali e lavorative, ma difficilmente progrediscono oltre il livello della seconda elementare nelle materie scolastiche. Possono imparare a spostarsi da soli in luoghi familiari. Durante l'adolescenza, le loro difficoltà nel riconoscere le convenzioni sociali possono interferire nelle relazioni con i coetanei.

Nell'età adulta, la maggior parte riesce a svolgere lavori non specializzati, o semispecializzati, sotto supervisione in ambienti di lavoro protetti o normali. Essi si adattano bene alla vita in comunità, di solito in ambienti protetti.

Ritardo Mentale Grave (livello del QI da 20-25 a 35-40)

Il gruppo con Ritardo Mentale Grave costituisce il 3-4% dei soggetti con Ritardo Mentale. Durante la prima fanciullezza essi acquisiscono un livello minimo di linguaggio comunicativo, o non lo acquisiscono affatto. Durante il periodo scolastico possono imparare a parlare e possono

essere addestrati alle attività elementari di cura della propria persona. Essi traggono un beneficio limitato dall'insegnamento delle materie prescolastiche, come familiarizzarsi con l'alfabeto e svolgere semplici operazioni aritmetiche, ma possono acquisire capacità come l'imparare a riconoscere a vista alcune parole per le necessità elementari. Nell'età adulta, possono essere in grado di svolgere compiti semplici in ambienti altamente protetti. La maggior parte di essi si adatta bene alla vita in comunità, in comunità alloggio o con la propria famiglia, a meno che abbiano un handicap associato che richieda assistenza specializzata o altre cure.

Ritardo Mentale Gravissimo (livello del QI sotto 20 o 25)

Il gruppo con Ritardo Mentale Gravissimo costituisce circa un 1-2% dei soggetti con Ritardo Mentale. La maggior parte dei soggetti con questa diagnosi ha una condizione neurologica diagnosticata che spiega il Ritardo Mentale. Durante la prima infanzia, essi mostrano considerevole compromissione del funzionamento sensomotorio. Uno sviluppo ottimale può verificarsi in un ambiente altamente specializzato con assistenza e supervisione costanti, e con una relazione personalizzata con la figura che si occupa di loro. Lo sviluppo motorio e le capacità di cura della propria persona e di comunicazione possono migliorare se viene fornito un adeguato addestramento.

Alcuni possono svolgere compiti semplici in ambienti altamente controllati e protetti.

Ritardo mentale non altrimenti specificato (N.A.S.)

La diagnosi di Ritardo Mentale, Gravità Non Specificata dovrebbe essere usata quando vi è forte motivo di supporre un Ritardo Mentale, ma il soggetto non può essere valutato adeguatamente con i test di intelligenza standardizzati. Ciò può accadere con i bambini, gli adolescenti, o gli adulti che sono troppo compromessi o troppo poco collaborativi per essere testati, oppure, nell'infanzia, quando esiste una valutazione clinica di funzionamento intellettuale significativamente al di sotto della media, ma i test disponibili non forniscono valori di QI. In generale, minore è l'età, più difficile è la valutazione della presenza di un Ritardo Mentale, tranne nei soggetti con compromissione gravissima.

Epidemiologia

I tassi di prevalenza del RM citati in letteratura variano in base ai diversi criteri di inclusione utilizzati; nel 1992 l'Organizzazione Mondiale della Sanità citava dati oscillanti tra lo 0,5 e il 2,5% per i paesi industrializzati e del 4,6% per i paesi in via di sviluppo. Nel 1997 in una review sulla prevalenza del RM nei bambini in età scolare viene riportata una stima del 3% (Buono et al.,)

I dati epidemiologici relativi al RM riportati dalla letteratura internazionale e dagli stessi manuali di classificazione delle malattie riportano percentuali variabili tra il 2 e il 4%. Ciò dipende

dal fatto che le classificazioni del RM sono state oggetto di numerose controversie, soprattutto in seguito all'introduzione del criterio di funzionamento adattativi.

L'incidenza del disturbo mostra un incremento con picco tra i 10 e i 14 anni, un lieve declino durante l'adolescenza e un più marcato decremento nell'età adulta. La maggiore prevalenza nei maschi, stabile fino a 15 anni, tende ad annullarsi nell'età adulta (Castellani et al, 2010).

Decorso

Secondo il DSM IV-TR, Il decorso del Ritardo Mentale è influenzato dal decorso delle condizioni mediche generali sottostanti e da fattori ambientali (per es., opportunità scolastiche e altre opportunità, stimolazione ambientale e adeguatezza della gestione).

Se la condizione medica generale sottostante è statica, è più probabile che il decorso sia variabile e dipendente da fattori ambientali. Il Ritardo Mentale non dura necessariamente tutta la vita. Soggetti che erano affetti da un Ritardo Mentale Lieve nei primi anni di vita, manifestato con incapacità nei compiti di apprendimento scolastico, con un training e opportunità adeguati sviluppano buone capacità adattive in altri ambiti, e possono non presentare più il livello di compromissione richiesto per la diagnosi di Ritardo Mentale

Pertanto il decorso del disturbo dipende dalla gravità, dalle cause e dal modello operativo di intervento. Soprattutto in presenza di ritardi mentali di entità lieve, l'intervento precoce risulta fondamentale per consentire un recupero maggiore delle funzioni deficitarie. I problemi di adattamento sono i più soggetti a miglioramento.

Fattori predisponenti

Secondo il DSM IV-TR, i fattori etiologici possono essere primariamente biologici o psicosociali, o una combinazione di entrambi. In circa il 30-40% dei soggetti giunti all'osservazione clinica, non può essere determinata un'etiologia chiara per il Ritardo Mentale; i principali fattori predisponenti includono:

- ereditarietà (circa il 5%)
- alterazioni precoci dello sviluppo embrionale (circa il 30%)
- problemi durante la gravidanza e nel periodo perinatale (circa il 10%)
- condizioni mediche generali acquisite durante l'infanzia o la fanciullezza (circa il 5%)
- influenze ambientali e altri disturbi mentali (circa il 15-20%): questi fattori includono la mancanza di accudimento e di stimolazioni sociali, verbali, o di altre stimolazioni, e disturbi mentali gravi (per es. autismo).

Secondo alcuni autori (Bouras, 2000), è importante conoscere le cause del RM per diverse ragioni, tra le quali:

- soddisfare il bisogno della persona di capire perché è successo,
- ridurre lo stato di angoscia,
- intervenire sui punti di forza e sui bisogni,
- mettere a fuoco il futuro anche attraverso l'identificazione di complicazioni del disturbo e la comprensione di come il disturbo potrà evolvere nel tempo.

Diagnosi associate con il ritardo mentale

Come riportato da Castellani et al. (2010) il RM è frequentemente associato a condizioni mediche e disabilità fisiche, come:

- deficit visivi con incidenza del 20-25 %;
- deficit uditivi, 3-4 volte più presenti rispetto alla popolazione normale e con incidenza del 10%;
- disturbi del linguaggio e della comunicazione, tra i più comuni con una frequenza maggiore dell'80% in soggetti con RM grave o gravissimo e fattore di rischio di comparsa di problemi di comportamento;
- crisi convulsive e paralisi cerebrali, soprattutto nei soggetti gravi;
- obesità (in particolare nel sesso femminile).

Inoltre, negli ultimi anni è cresciuto l'interesse relativo alle sindromi specifiche nel Ritardo Mentale e viene riconosciuto che, oltre le similarità nelle caratteristiche fisiche, ci sono comportamenti identificabili che accadono più spesso in certe sindromi. Esempi di queste sono:

- Sindrome di Down
- Sindrome Lesch-Nyhan
- Sindrome dell'X-Fragile
- Sclerosi tuberosa
- Sindrome di Prader-Willi.

Infine, tema che approfondiremo in seguito, i soggetti con Ritardo Mentale hanno una prevalenza di disturbi mentali in comorbidità che è stimata da tre a quattro volte superiore rispetto alla popolazione generale (DSM IV-TR).

Ritardo mentale e salute mentale

Il rapporto tra Ritardo Mentale e la Salute Mentale negli anni è stato controverso e complesso; prima dell'ultimo decennio, la presenza di RM in un paziente giustificava da sola ogni altra

disfunzione concomitante (soprattutto se a livello nervoso o psichico) e gli adulti con RM erano considerati irrecuperabili.

Solo recentemente si è cominciato a sostenere che l'unico effetto attribuibile al RM è il rallentamento nell'apprendimento di nuove informazioni, favorendo la distinzione tra ambiti neurologici e psichiatrici e innescando un nuovo interesse della psichiatria per la persona con RM. Si è inoltre assistito ad una transizione da un'indiscussa egemonia della psichiatria spesso troppo limitatamente orientata all'istituzionalizzazione e alla sedazione, all'affermazione di tecniche di intervento comportamentale (Deb et al., 2010).

E' ormai condiviso da diversi autori che le persone con RM hanno un maggior rischio degli altri di sviluppare problemi di salute mentale in quanto più soggetti a vivere situazioni di vulnerabilità come disoccupazione, povertà, mancanza di amicizie significative, scarse relazioni intime e reti di sostegno sociale, situazione familiare stressante e abusi. Inoltre, tali persone possono avere un minor numero di risorse psicologiche disponibili per far fronte in modo efficace ad eventi stressanti, così come scarse capacità cognitive, tra cui memoria, problem-solving e capacità di pianificazione (Taylor et al., 2006)

Nonostante l'aumento della consapevolezza che l'identificazione dei bisogni di salute mentale e delle relative cause sia un passo cruciale nel trattamento delle persone con RM, tuttavia molte di esse hanno problemi psicologici che non vengono riconosciuti e restano non trattati. Ciò avviene per vari motivi (Taylor et al., 2006):

- i servizi per le persone con RM e quelli per le persone con problemi di salute mentale sono separati e fanno riferimento a cornici culturali e teoriche distinte, che difficilmente riescono ad essere integrate; così spesso accade che la persona con RM venga presa in carico dai servizi per disabili durante l'età evolutiva e dalla psichiatria in età adulta in modo completamente distinto.
- Mancano strumenti di valutazione affidabili e validi per rilevare problemi di salute mentale tra le persone con RM.
- Si verifica la tendenza degli operatori a concentrarsi sul comportamento problema e la difficoltà ad interpretarlo all'interno di un quadro concettuale di salute mentale, nonostante sia chiara la correlazione tra queste due variabili

Problematiche per la diagnosi psichiatrica in persone con RM

La questione della diagnosi psichiatrica nelle persone con disabilità intellettiva appare complessa e controversa per l'assenza di appropriati criteri diagnostici e specifici strumenti di valutazione.

Solitamente infatti, vengono utilizzati i sistemi di classificazione standardizzati (DSM-IV-TR e ICD-10) validi per la popolazione generale, anche nei casi di ritardo mentale in cui le abilità linguistiche, le capacità comunicative e di riconoscere, di riferire i sintomi sono ridotte o assenti (Di Nicola et al., 2009).

Nel RM, a causa del deficit cognitivo e adattativo, spesso l'estrinsecazione sintomatologia avviene prevalentemente a carico della sfera affettivo – emotiva e ancor più comportamentale e la manifestazione sintomatica può seguire canali semantici diversi da quelli classici (sintomi atipici) (Castellani et al., 2010); per questo capita frequentemente che lo staff di professionisti non abilitati a lavorare con adulti con Ritardo Mentale possono attribuire in modo inappropriato i segni di disturbi mentali, soprattutto a livello comportamentale, al Ritardo di per sé, fenomeno noto come “diagnosi eclissata” (Bouras et al., 2000).

Inoltre l'identificazione di sintomi soggettivi è di frequente ostacolata da distorsioni cognitive (ad es. scarse capacità di astrazione) e dalla ridotta capacità nel comunicarli correttamente; così i disturbi d'ansia tendono ad essere sottodiagnosticati perché le verbalizzazioni non sono precise e indicative e l'ansia tende a manifestarsi con agitazione, inquietudine, tremori, autolesionismi e acting out. Oppure i disturbi dell'umore spesso si manifestano con la tendenza al ritiro generalizzato, facendo pensare allo sviluppo di tratti autistici e gli aspetti dello spettro psicotico poco verbalizzati e inspiegabili sono agganciabili dal clinico solo come sensazione di cambiamento di abitudini e più comprensibili anch'essi nella insorgenza o accentuazione di tratti autistici (Castellani et al., 2010).

A causa di queste problematiche dunque alcuni autori concordano nel fatto che per fare diagnosi di disturbo psichiatrico in una persona con RM sia importante definire la condizione di base, ciò che la persona era e cercare cambiamenti rispetto a questa, probabili sintomi di una malattia psichiatrica (Deb et al., 2010).

Elementi di comorbidità

Secondo il DSM IV - TR, i soggetti con Ritardo Mentale hanno una prevalenza di disturbi mentali in comorbidità che è stimata da tre a quattro volte superiore rispetto alla popolazione generale. In alcuni casi, ciò può essere la conseguenza di un' etiologia che è comune al Ritardo Mentale e al disturbo mentale associato (per es., un trauma cranico può avere come conseguenza un Ritardo Mentale e una Modificazione della Personalità Dovuta a Trauma Cranico).

I disturbi mentali più comunemente associati al RM sono:

- il Disturbo da Deficit di Attenzione/ Iperattività,

- i Disturbi dell'Umore,
- i Disturbi Generalizzati dello Sviluppo,
- il Disturbo da Movimenti Stereotipati
- i Disturbi Mentali Dovuti ad una Condizione Medica Generale (per es., Demenza Dovuta a Trauma Cranico)

Anche nei bambini con RM è possibile stimare un rischio di 3-4 volte maggiore di sviluppare problemi emotivi e comportamentali rispetto a soggetti non disabili.

La frequenza di associazione tra RM e disturbi psichiatrici è oscillante tra il 25 e il 40%, con corrispondenza tra gravità di psicopatologia e gravità di RM e le stime dei disturbi psichiatrici nelle persone affette da RM basate su impiego di DSM variano dal 4 al 18%. Tale variabilità è causata dal mancato ricorso ad un assessment standardizzato ed evidenzia la necessità di un adattamento dei criteri del DSM per pazienti con RM (Castellani et al., 2010).

Bouras e coll. (2000) evidenziano, rispetto al problema della comorbidità, l'importanza di considerare che l'insorgere di un disturbo mentale in un individuo affetto da Ritardo Mentale dipende da vari fattori, tra cui il livello delle funzioni cognitive, comunicative e fisiche, il repertorio comportamentale, insieme alle influenze passate, presenti, interpersonali, ambientali, culturali. Generalmente i segni e sintomi dei disturbi mentali presentati da adulti con Ritardo Mentale lieve e abilità comunicative ragionevoli sono simili ma meno complessi di quelli presentati da adulti con intelletto normale. Al contrario, a causa delle loro abilità comunicative e cognitive meno sviluppate e al rischio maggiore di problemi fisici, gli adulti con Ritardo Mentale moderato e grave tendono a mostrare comportamenti disturbati e regressivi. Deve essere pertanto presa in considerazione la possibilità di riconoscere malattie mentali in persone che presentano comportamenti disturbati di nuova insorgenza.

È da sottolineare inoltre che la persona con RM può presentare problemi emotivi, comportamentali, mentali, interpersonali o di adattamento che non costituiscono disturbi psichiatrici veri e propri ma che possono giovare di un intervento specialistico (Deb et al., 2010).

Disturbi mentali e RM: come riconoscere la sintomatologia?

Nonostante le difficoltà diagnostiche sopra riportate, è evidente che tutta la gamma delle varie patologie è possibile di insorgenza in doppia diagnosi con il RM e la persona disabile fruisce degli stessi meccanismi di difesa psicologici e della possibilità di estrinsecare sintomi analoghi a quelli del normoabile di pari età (Castellani et al., 2010).

Segue elenco dei più ricorrenti tipi di disturbi mentali negli adulti con Ritardo Mentale ritrovati in letteratura, di cui vengono trattati solo gli aspetti significativi ai fini del riconoscimento della sintomatologia e della diagnosi differenziale in questo specifico gruppo di pazienti.

Fattori di rischio per la morbilità psichiatrica

Negli adulti con ritardo mentale è importante ricercare i fattori di rischio rilevanti che predispongono, precipitano e mantengono le malattie psichiatriche.

Fattori biologici

- *Labilità genetica*: è dimostrato che la sindrome dell'X fragile, la sindrome di Prader-Willi, la sindrome di Williams, la sindrome di Rett, la sindrome di Lesch-Nyhan, la sindrome di Cornelia de Lange, la sindrome del cri-du-chat e altre sono associate a precisi «fenotipi comportamentali» (O'Brien e Yule, 1995; Deb, 1997a; Deb e Ahmed, 2000) e che la sindrome velo-cardio-faciale è associata alla schizofrenia (Murphy et al., 1999).
- L'*anormalità strutturale nel lobo frontale* può causare apatia, ritiro sociale e disinibizione.
- L'*interazione tra l'ambiente e le disabilità fisiche* come la spasticità o altri problemi di mobilità, deficit di vista o d'udito, difficoltà di linguaggio o di comunicazione verbale può causare indirettamente psicopatologia.
- Il 14-24% delle persone con disabilità intellettiva ha problemi di *epilessia in anamnesi* (Deb, 2000). Negli adulti con ritardo mentale, l'epilessia può predisporre alla psicopatologia (Deb, 1997b; Deb e Joyce, 1998; Deb et al., 2001b).
- In un terzo dei bambini e degli adulti con sindrome di Down si riscontra un'alterazione degli esami di *funzionalità tiroidea* (Deb, 2001b). Negli adulti con disabilità intellettiva, i disturbi della tiroide possono predisporre alla psicopatologia.
- I farmaci possono causare psicopatologia.

Fattori psicologici

- Intelligenza compromessa
- memoria compromessa per disfunzione dei lobi temporali cerebrali
- compromissione della capacità di giudizio e mancanza di iniziativa per lesione del lobo frontale
- ridotta soglia di tolleranza allo stress
- scarsa immagine di sé
- immaturità dei meccanismi di difesa psicologica come la «regressione» in condizioni di stress
- incapacità di risolvere problemi attraverso l'uso del pensiero astratto
- strategie apprese di difesa disfunzionali o anomale (manifestazione di rabbia in situazioni stressanti)
- mancanza di supporto emotivo

Fattori sociali

- Ambiente iper o ipo stimolante
- conflitti con i membri della famiglia o coinquilini o membri dello staff
- questioni riguardanti la mancanza di supporto sociale
- difficoltà nell'instaurare relazioni soddisfacenti
- problemi nel trovare un impiego
- abuso fisico e psicologico
- vita sociale insufficiente e paternalismo da parte degli altri
- mancanza di integrazione nella società più ampia, stigmatizzazione e discriminazione
- lutto e altri eventi di vita
- modificazioni dell'ambiente più vicino, in famiglia e tra gli assistenti
- stress dell'assistente

Fig. 1- Fattori di rischio per la comorbilità psichiatrica (Deb et al., 2010).

Schizofrenia e Disturbi Psicotici

La schizofrenia è riscontrata nel 3% di soggetti con Ritardo Mentale (A. Castellani et al., 2010) e, come accennato, questo tipo di disturbi possono essere mal diagnosticati in tali pazienti soprattutto quando la disabilità intellettiva è moderata o più grave. Infatti la diagnosi si basa su sintomi soggettivi complessi che richiedono una certa capacità comunicativa per poter essere descritti (Deb et al., 2010).

Negli studi di Bouras e coll. (2000) viene evidenziato che i sintomi classici sono di solito presenti ma possono essere difficili da identificare ed essere mascherati o eclissati da caratteristiche atipiche; la principale sintomatologia riscontrata nei pazienti con RM e disturbi psicotici è la seguente:

- comportamenti bizzarri
- modo di parlare confuso
- atteggiamento sospettoso
- sintomi isterici
- pseudo convulsioni
- allucinazioni visive

Inoltre sono spesso presenti psicosi affettive (maniaco depressive) e si possono presentare come manie cicliche, disturbo depressivo o misto e cicli rapidi del disturbo bipolare. Si riscontrano livelli di attività disturbati, funzionamento sociale e biologico spesso accompagnati da irritabilità nella mania e malattie organiche nella depressione. Regressioni, confusione, vomito, autolesionismo, comportamento aggressivo, possono rappresentare "equivalenti depressivi".

Disturbo Depressivo

Negli adulti con RM la prevalenza del disturbo depressivo varia dall' 1,3 al 3,7% e il rischio di malattia sembra essere più alto in caso di ulteriori difficoltà come danno cerebrale, malattie fisiche o scarso supporto sociale (Deb et al., 2010).

Nei casi di RM lieve e moderato l'individuo può essere in grado di descrivere i sintomi e la diagnosi può essere effettuata; spesso tuttavia la manifestazione può essere atipica con prevalenza di disturbi fisici e comportamentali quali irritabilità, aggressività, varie forme di stereotipie, isolamento, autolesionismo (Di Nicola et al., 2009) e per questo anche tali disturbi generalmente sono sotto-diagnosticati.

In questi pazienti si riscontrano spesso casi di depressione reattiva, ovvero conseguente a eventi percepiti come negativi, come la perdita della persona che si curava del paziente, di un amico o di un animale, un cambiamento di alloggio o conflitti con un familiare (Bouras et al, 2000); anche la

mananza di soddisfazioni e la constatazione dei propri frequenti fallimenti possono favorire un atteggiamento di disperata impotenza, tristezza e distacco. Inoltre fattori depressivi possono interferire pesantemente con l'apprendimento, inducendo comportamenti oppositivi o di rifiuto passivo (Rovetto, 1996); è stata inoltre riscontrata l'incidenza dei fattori interpersonali nella depressione delle persone con disabilità intellettiva lieve in cui la richiesta eccessiva e persistente di rassicurazioni, riguardo l'essere amati e degni di esserlo, contribuisce indirettamente a creare la sintomatologia depressiva proprio attraverso l'azione esercitata dall'attivazione di interazioni sociali negative e di rifiuto (Di Nicola et al., 2009). Per tutti questi motivi è importante cercare anche nell'ambiente fattori responsabili della insorgenza o persistenza del disturbo.

Figura 3.1

Linee guida per la diagnosi di schizofrenia

- Compromissioni del sensorio, per esempio della vista o dell'udito, sono frequenti nelle persone con disabilità intellettiva. Devono essere valutate con attenzione in quanto possono rappresentare una causa o un fattore precipitante di schizofrenia o di altre psicosi.
- La schizofrenia è difficile, se non impossibile, da diagnosticare nelle persone con un QI uguale o inferiore a 45.
- Talvolta le persone con disabilità intellettiva presentano manifestazioni che possono sembrare sintomi psicotici, ma che in realtà dipendono dal basso livello di sviluppo o da altri disturbi. Un esempio sono gli «amici immaginari».
- Gli intervistatori devono tenere presente che le persone con limitata comunicazione verbale possono usare il comportamento per comunicare e farlo con modi che possono apparire strani o inusuali.
- Una cosa importante da ricercare è un cambiamento dei modi di comportarsi o del livello di funzionamento di una persona. I sintomi che fanno parte del quadro generale di disabilità intellettiva o di un altro disturbo, come l'autismo, tendono a mantenersi qualitativamente costanti nel tempo e a non mostrare sostanziali cambiamenti rispetto al livello di base.
- Conviene tenere presente che le persone con disabilità intellettiva possono avere difficoltà a riconoscere i pensieri propri e tendere ad attribuirli ad altri; questo atteggiamento non può essere interpretato come interferenza del pensiero.
- Conviene anche tenere presente che le altre persone — gli operatori, i familiari, i medici — possono tendere ad avere un marcato atteggiamento di controllo su quello che la persona disabile deve fare e non fare e che, per questo motivo, le persone disabili possono avere la sensazione di essere controllate dagli altri.
- Nell'indagine sulla presenza di allucinazioni uditive, conviene ripetere più volte le stesse domande in momenti diversi del colloquio, per verificare la coerenza rispetto alla percezione delle voci.
- È importante ricordare che alcuni sintomi negativi possono essere dovuti a cause diverse dalla schizofrenia, per esempio a farmaci o a un ambiente poco stimolante.
- Valutare la presenza di effetti indesiderati della terapia farmacologica, soprattutto degli antipsicotici.
- Escludere i disturbi in diagnosi differenziale con la schizofrenia.

Fig. 2-Linee guida per la diagnosi della schizofrenia in pazienti con RM (Deb et al., 2010).

Studi sul suicidio evidenziano che, seppur più raro, si verifica nelle persone con disabilità intellettiva con delle caratteristiche che appaiono molto simili a quelle delle persone normali. Le ideazioni e i tentativi di suicidio appaiono più frequentemente nelle persone con RM lieve, rispetto a cui è importante riconoscere le condizioni di grave depressione, di instabilità emotiva e di perdita

di voglia di vivere che possano condurre a tentare o a portare a termine il suicidio (Di Nicola et al., 2009).

Figura 3.2 Linee guida per la diagnosi di depressione

La valutazione dovrebbe includere:

- esame obiettivo fisico ed eventuali indagini ulteriori;
- anamnesi medica (neurolettici, antipertensivi, steroidi, ecc.);
- effetti indesiderati dei farmaci (compresi gli antidepressivi);
- esclusione di altre patologie in diagnosi differenziale;
- valutazione del rischio (per autolesionismo, trascuratezza e danno agli altri);
- nei soggetti con disabilità intellettiva da lieve a moderata l'applicazione di criteri standardizzati, come quelli ICD-10, può essere appropriata;
- la depressione si può presentare in modo atipico (es. ipersonnia e aumento dell'appetito);
- nei soggetti con disabilità più grave, la diagnosi si fonderà maggiormente sui sintomi comportamentali. La depressione dovrà essere sospettata nei casi in cui si ravvisi la comparsa di un cambiamento o di un disturbo del comportamento, associata a sintomi «biologici», anche se insufficienti a soddisfare i criteri diagnostici standardizzati. Anche in questi casi le altre cause di disturbi comportamentali devono essere escluse preventivamente.

Riduzione delle abilità

- Nel caso di persone con disabilità intellettiva grave e gravissima in cui sussista un dubbio diagnostico, può essere d'aiuto far scrivere, ai familiari o agli assistenti più vicini alla persona, un diario quotidiano dei comportamenti che potrebbero indicare una depressione. Questo diario deve essere tenuto per un certo periodo di tempo (per esempio una settimana o un mese) e deve descrivere sintomi come i disturbi del sonno, il ritiro, la perdita di comunicazione, il grado di disturbo dei vari comportamenti e lo stato dell'umore come appare dall'aspetto (per esempio «sembra triste»).
- Dove il dubbio diagnostico persista potrebbe essere presa in considerazione una terapia con antidepressivi, anche se a una risposta positiva non potrebbe essere attribuito un valore diagnostico definitivo.

Fig. 3- Linee guida per la diagnosi della depressione in pazienti con RM (Deb et al., 2010).

Disturbi d'ansia

Il disturbo d'ansia generalizzato (DAG) presenta negli adulti con RM una distribuzione pari o, secondo alcuni studi, superiore a quella della popolazione generale e tali pazienti, soprattutto con ritardo lieve, possono essere capaci di descrivere uno stato di persistente ansia o tensione; i sintomi sembrano essere complessivamente simili a quelli della popolazione media anche se si riscontrano con più frequenza rimuginazioni, disturbi somatici e del sonno (Deb et al., 2010).

L'ansia può presentarsi anche con attacchi di panico, agitazione, umore basso, pseudo convulsioni, comportamenti ipocondriaci, autolesivi e acting-out (Bouras e coll., 2000).

Per quanto riguarda le fobie, sembra che esse si manifestino in percentuale maggiore in soggetti con RM, ma secondo alcuni autori (Bouras e coll., 2000) esse tendono a essere sovra-diagnosticate in quanto per esempio il rifiuto di provare qualcosa di nuovo in questi pazienti può rappresentare

più generalmente l'evitamento di un possibile fallimento che una vera fobia. Inoltre alcune fobie specifiche sono fisiologicamente legate all'età (es. paura del buio) e le persone con RM possono mostrare paure simili in relazione al loro livello di sviluppo (Deb et al., 2010).

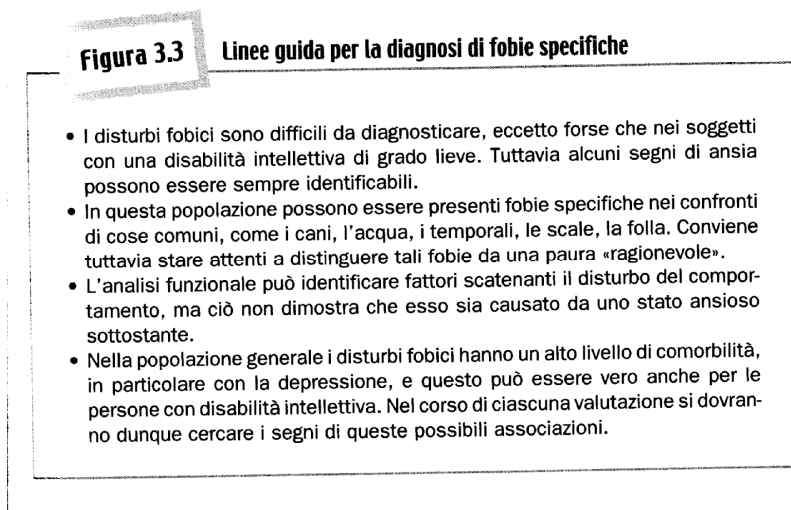


Fig.4- Linee guida per la diagnosi delle fobie in pazienti con RM (Deb et al., 2010).

Rispetto al disturbo ossessivo compulsivo (DOC) studi sulla popolazione con RM hanno indicato un'incidenza compresa tra l'1 e il 3,5% e la necessità di distinguere le ossessioni dal linguaggio ripetitivo ed ecolalia e dalle ruminazioni di pensiero che possono riscontrarsi in pazienti particolarmente ansiosi con limitate abilità verbali o nei soggetti autistici. Identificare quindi le ossessioni in persone con disabilità intellettiva può essere difficile perchè non sono in grado di riconoscerne la provenienza dalla propria mente e di opporvi resistenza; anche i comportamenti compulsivi sono frequenti in questi pazienti ma devono essere distinti dalle stereotipie e dai disturbi del movimento, spesso dovuti a un danno cerebrale (Deb et al., 2010)

Infine è importante ricordare con questi pazienti, soprattutto in caso di ritardo grave, che quando l'ansia non può essere espressa direttamente si può presentare come un cambiamento del comportamento, che è dunque necessario riconoscere per trattare in modo adeguato; per questi motivi alcuni autori suggeriscono di fare diagnosi di DOC anche in presenza di solo alcuni dei sintomi, riconoscendo una maggiore importanza alle componenti comportamentali piuttosto che all'ansia e ai vissuti interiori, e proponendo la definizione di “disturbo da comportamento compulsivo” (Willner, 2006).

Disturbi Somatoformi

Molti adulti con RM si lamentano regolarmente di dolori o disturbi somatici, in assenza di evidenze cliniche; in questi casi può risultare difficile distinguere tra la diagnosi di un disturbo somatoforme e la semplice espressione di un bisogno di attenzione o rassicurazione. È stato comunque riscontrato che in queste persone i sintomi somatici rappresentano spesso una modalità di manifestazione della depressione (Deb et al., 2010).

Disturbi dell'alimentazione

Le persone con RM presentano una elevata incidenza di disturbi dell'appetito e del peso dovute a diversi fattori, tra cui il principale è l'assunzione di farmaci che possono fare aumentare l'appetito e il peso (es. neurolettici, antidepressivi, anticonvulsivanti) (Deb et al., 2010).

Nella Sindrome di Prader-Willi i soggetti possono addirittura compiere abbuffate compulsive capaci nel tempo di condurre a obesità ed altre malattie associate.

Disturbi del sonno

I soggetti con RM presentano spesso problemi del sonno persistenti e di lunga durata, come apnee, convulsioni notturne e parasonnie. Frequentemente questi disturbi possono essere espressione di un altro problema come un disturbo fisico che provoca dolore, epilessia, depressione o effetto collaterale di farmaci (Deb et al., 2010).

Demenza

La diagnosi della demenza è aumentata dal momento che più adulti con Ritardo Mentale vivono più a lungo. Nella popolazione con RM la demenza compare più precocemente e con maggior frequenza: 14% dei casi nelle persone sopra i 45 anni, 11% in quelle sopra i 50 anni e 22% in quelle sopra i 64 anni.

Fare diagnosi di demenza in questi pazienti che presentano già un certo grado di compromissione cognitiva è molto difficile e complesso ed è necessario avere una precisa valutazione delle abilità di base e fare riferimento a questa (Deb et al., 2010).

Manifestazioni frequenti di demenza in pazienti con RM possono essere: ritiro sociale, problemi di comportamento, epilessia, depressione o incontinenza (Bouras et al., 2000) ma anche inversione del ciclo del sonno, disorientamento nel tempo, disprassia, agnosia, comparsa di riflessi primitivi e di sintomi psichiatrici (Deb et al., 2010).

Figura 3.4

Linee guida per la valutazione e la diagnosi della demenza

- Una parte importante della valutazione consiste nello stabilire una linea di base; si dovrebbe cioè determinare quale sia stato il più alto livello di funzionamento raggiunto dal paziente e capire quali deficit cognitivi siano un effetto permanente del ritardo mentale iniziale.
- Nei pazienti con ritardo mentale grave o gravissimo, individuare con chiarezza un processo di involuzione cognitiva può essere molto difficile. La cosa migliore da fare rimane comunque la ricerca di chiari segni di riduzione o di perdita delle abilità precedenti, anche se già estremamente scarse (per esempio, un paziente che prima era in grado di mangiare da solo e ora non lo è più).
- Devono essere eseguite le indagini utili all'esclusione delle cause trattabili di demenza.
- A volte è preferibile rimandare la diagnosi: infatti, il declino che la demenza implica è graduale e può essere osservato con chiarezza solo dopo un intervallo di tempo sufficientemente lungo. Dato che una diagnosi di demenza ha evidenti ripercussioni sulla cura e sulla gestione del caso, la certezza diagnostica è importante.
- Conviene infine fare molta attenzione alle possibili malattie in comorbidità e in diagnosi differenziale, soprattutto alla depressione.

Fig.5- Linee guida per la diagnosi di demenza in pazienti con RM (Deb et al., 2010).

Disturbi di personalità

Gli adulti con Ritardo Mentale possono presentare l'intera gamma dei disturbi e delle difficoltà della personalità e molti specialisti concordano sull'esistenza dei disturbi di personalità in adulti con Ritardo Mentale a causa del loro diverso processo di sviluppo sia intellettuale che delle funzioni sociali (Ziegler, 2002). I modelli maladattativi cronici di comportamento che non si spiegano adeguatamente da altri disturbi dello sviluppo o mentali, possono essere meglio spiegati come dovuti a disturbi di personalità (Bouras et al., 2000).

Tuttavia, nonostante sia stata riscontrata una prevalenza del 22-27% di questi disturbi in pazienti con RM, sembra necessario considerare tali dati con riserva, in quanto sono ancora aperte questioni relative alla diagnosi differenziale per la difficoltà con questi pazienti di risalire alla causa di certe caratteristiche o comportamenti e valutare le esperienze interiori devianti dalla norma che caratterizzano ogni singolo disturbo di personalità (Deb et al., 2010).

Comportamenti problema (o di sfida)

Un'attenzione particolare deve essere data ai comportamenti problema che sono manifestazioni caratteristiche del Ritardo Mentale. Castellani e coll. (2010) evidenziano come in questi pazienti siano soprattutto gli aspetti comportamentali che assumono un particolare significato clinico in

quanto agiscono come denominatore comune a tutte le problematiche psicopatologiche e si sviluppano come entità clinica di tipo dimensionale trasversale.

Gli autori affermano che sono comunemente considerati comportamenti problema quelli culturalmente abnormi di intensità, frequenza e durata tali da:

- mettere in pericolo l'incolumità propria o altrui
- rendere difficile o impossibile l'accesso a servizi normalmente fruibili
- compromettere la qualità dell'assistenza
- essere interpretati come risposta a fattori ambientali e sociali, a problematiche individuali o alla propria storia esistenziale.

Essi sono inoltre caratterizzati da:

- aggressività verbale e/o fisica auto o eterodiretta
- comportamenti sessualmente inappropriati
- atteggiamenti oppositivi, pretenziosi o eccessivamente esigenti
- turpiloquio, fughe, vagabondaggi
- altri comportamenti e atteggiamenti aspecifici come pseudoconvulsioni, incontinenza volontaria, sputare.

I comportamenti problema sono generalmente interpretati come risultato di un'interazione sfavorevole con l'ambiente fisico e sociale, sfide che minacciano la salute del paziente e delle altre persone determinando gravi conseguenze in termini di esclusione dalle principali attività e riduzione dei livelli di partecipazione ai contesti sociali.

I comportamenti di sfida aggressivi e distruttivi sono di solito cronici e spesso hanno una funzione comunicativa. Essi possono rappresentare tentativi di protesta, di attirare l'attenzione, rabbia espressa, tristezza, paura o confusione, e persino indicare un disagio fisico. Sono più probabili quando il paziente ha una bassa tolleranza alla frustrazione, disabilità della comunicazione, abilità sociali povere e supporti variabili (Bouras et al., 2000).

Per comprendere l'insorgere e il mantenimento di un comportamento problema è necessario conoscere i livelli di sviluppo cognitivo, emotivo e sociale della persona in quanto condizionano il modo in cui vengono rielaborati gli stimoli scatenanti percepiti come dannosi; inoltre si deve tener conto dei deficit sensoriali e comunicativi, delle condizioni ambientali e sociali (ambiente di vita, rete amicale), dello stile genitoriale e la presenza di un disturbo psichiatrico, rispetto a cui il comportamento problema deve essere considerato come secondario e non come un sintomo (Castellani et al., 2010).

Ritardo Mentale e difficoltà interpersonali

Nella gran parte delle persone con disabilità intellettiva le limitazioni significative sia nel funzionamento intellettivo che nel comportamento adattivo interferiscono con l'intera organizzazione della personalità che, nel bambino, si forma attraverso i continui fallimenti fin dalle più precoci esperienze sensomotorie. L'aspettativa di fallimento porta alla rinuncia sia verso esperienze nuove che verso la ricerca di strategie e dunque all'impoverimento, al ritiro, alla dipendenza e alle stereotipie. Si innesca così un circolo vizioso dall'insuccesso alla bassa autostima, alla frustrazione, alla regressione ai comportamenti problema che portano a loro volta all'insuccesso (Castellani et al., 2010).

E' noto infatti che i soggetti con RM abbiano storie familiari e sociali particolari che possono aver un'influenza debilitante nelle loro interazioni con gli altri (Ziegler et al, 2002).

In tali pazienti si riscontrano deficit più o meno ampi di abilità interpersonali e sociali che incidono pesantemente sulle relazioni con compagni/ coetanei/ altri adulti e sull'apprendimento in contesti collaborativi di gruppo. Ciò può spingere la persona a sviluppare modi alternativi negativi di gestione dell'interazione, come spesso abbiamo visto essere i comportamenti problema con le varie forme di aggressività.

Vari studi hanno infatti dimostrato che le persone aggressive mancano molto spesso di abilità interpersonali e di gestione emotiva di rabbia e frustrazione e che l'aggressività possa avere per loro la funzione di ottenere stima e riconoscimenti psicologici che altrimenti non riuscirebbero ad avere.

Altri studi evidenziano anche la relazione tra RM, l'immagine negativa di sé e il costrutto di "senso di impotenza appresa" , ovvero la percezione di non essere in grado di controllare la situazione, che può essere utile per comprendere la spirale di insuccessi ed evitamenti caratteristica di questi pazienti (Ziegler et al, 2002).

Sembra che molte problematiche legate alla sfera affettivo- emotiva e relazionale nelle persone con RM siano legate alla scarsa abilità di leggere la mente altrui, ovvero a deficit in quella che viene definita "teoria della mente", cioè la capacità di inferire gli stati mentali dell'altro e di usare tali informazioni per interpretare ciò che gli altri dicono, dare significato al loro comportamento e prevedere le loro azioni (Castellani et al., 2010).

E' ormai noto che l'acquisizione di tali abilità ed in generale lo sviluppo emotivo e sociale dipende dalla relazione con le figure di riferimento e dallo stile di attaccamento; a questo riguardo significativi sono gli studi di E. Ziegler (2002) che hanno evidenziato una similitudine tra il comportamento dei bambini con RM e quello dei bambini con attaccamento insicuro ambivalente: entrambi sono motivati a ricercare e a sostenere le interazioni con gli adulti ma ciò avviene in associazione a paura e timore che gli adulti non ricambino e per questo rifiutano una relazione

stretta e l'interazione con persone sconosciute. Nei bambini con RM questi comportamenti apparentemente contraddittori sembrano poter essere associati sia ad una rigidità cognitiva sia alle ripetute esperienze di fallimento sia ad una atipica tendenza motivazionale e sembra avere effetti negativi sulle prestazioni cognitive e sociali, in quanto li porta alla messa in atto di comportamenti disfunzionali come l'iper dipendenza in un caso e l'isolamento nell'altro.

Trattamento del ritardo mentale: panoramica degli interventi

Nel Ritardo Mentale vari fattori psicologici, fisici e sociali influiscono sullo sviluppo della personalità e persone con lo stesso QI possono presentare differenti profili cognitivi e problematiche in aree di vita molto diverse che vanno a caratterizzare in modo specifico punti di forza e di debolezza di ogni individuo.

Per questo è aumentata la necessità di interventi individualizzati che utilizzino strategie diverse in base ai diversi bisogni presentati. Negli ultimi 10-20 anni c'è stato un grande incremento del numero dei diversi trattamenti disponibili per questo tipo di pazienti ma in generale tutti sono orientati ad una duplice finalità (Bouras et al., 2000):

- stimolare, sostenere e indirizzare le capacità cognitive e l'apprendimento;
- arricchire, integrare, armonizzare la vita affettiva e l'adattamento sociale.

Segue breve trattazione dei principali tipi di intervento realizzati per il trattamento dei soggetti con Ritardo Mentale, soprattutto in ambito educativo e riabilitativo, relativi alle diverse aree di funzionamento che possono essere compromesse (area cognitiva, affettiva, relazionale e comportamentale).

Principali tipologie di trattamento per il Ritardo Mentale

Trattamento farmacologico

Il ritardo mentale necessita spesso di un trattamento medico e farmacologico perché è frequentemente associato ad alterazioni neurologiche e somatiche. Tale intervento è comunque spesso finalizzato anche a contenere e ridurre stati di aggressività, comportamenti autolesivi, movimenti stereotipati e stati di disattenzione ed iperattività. È inoltre prevalente nella cura di disturbi psichiatrici.

Interventi sul comportamento

Considerata l'elevata frequenza dei comportamenti problema nei soggetti con RM e le conseguenze negative sia a livello di apprendimento personale che di relazioni sociali, una vasta gamma di interventi per questi pazienti sono rivolti alla riduzione/ eliminazione delle condotte disadattative e all'insegnamento di abilità sociali più funzionali.

Altro intervento a livello comportamentale riguarda l'educazione sulle funzioni adattive, ovvero l'insegnamento di autonomie e abilità di vita quotidiana, spesso compromesse.

Ciò avviene prevalentemente secondo i principi base del comportamentismo, quali l'analisi funzionale e il sistema di rinforzi positivi e negativi.

I principali metodi comportamentali utilizzati a livello educativo e riabilitativo sono (Cavagnola, 1994):

- Shaping = metodo attraverso il quale per approssimazioni successive vengono rinforzati comportamenti sempre più simili a quello desiderato.
- Chaining = con finalità simili alla tecnica precedente consiste nel partire da una dettagliata analisi dei passi necessari all'esecuzione del compito e nel proporre gradualmente ogni singola operazione per giungere infine all'attuazione del comportamento complesso.
- Prompting = consiste nel fornire l'aiuto necessario al completamento di una determinata attività (aiuto materiale-fisico o verbale).
- Fading = una volta che il comportamento desiderato si è stabilizzato e nei casi in cui è necessario viene generalizzato, ossia applicato spontaneamente in situazioni diverse da quella di apprendimento, il suggerimento può essere abbandonato sistematicamente e con gradualità.

Altri esempi di terapie comportamentali considerate efficaci per questi pazienti sono (Bouras, 2000): il programma positivo, la saturazione/ sovracorrezione dello stimolo, l'attenuazione dello stimolo, la token economy, il rinforzo positivo e differenziale, l'estinzione.

Come vedremo di seguito, gli interventi comportamentali sono sempre più integrati dall'insegnamento di strategie di autoregolazione comportamentale (approccio metacognitivo), come l'autoistruzione verbale e l'automonitoraggio dell'attenzione, per contrastare un eccessivo meccanicismo e favorire il ruolo attivo del soggetto.

Interventi riabilitativi in ambito cognitivo e metacognitivo

La riabilitazione cognitiva riveste un'importanza fondamentale nel favorire il rafforzamento e in alcuni casi l'introduzione di quelle abilità che a causa della disabilità non si sono sviluppate e consolidate spontaneamente.

La maggior parte degli interventi della riabilitazione cognitiva nel ritardo mentale sono orientati allo sviluppo/ potenziamento delle seguenti funzioni (Pilone et al., 2002):

Funzioni basali della vita di relazione: percezioni, motricità e linguaggio

Funzioni del pensiero: precognitive (attenzione, memoria, rappresentazione), cognitive e metacognitive;

Nozioni culturali: strumentali (letto-scrittura e calcolo), storiche, letterarie, artistiche, tecnologiche

Una attenzione particolare è data anche all' insegnamento di abilità che favoriscano l'autonomia e l'integrazione sociale del paziente, quali l'uso del denaro e del telefono, la capacità di muoversi nell'ambiente esterno (abilità pedonali, uso dell'autobus pubblico, ecc.), le abilità domestiche le capacità prelaborative e lavorative (Cavagnola, 1994)

Essendo i processi cognitivi fondamentali nella strutturazione delle personalità e nel raggiungimento di una soddisfacente qualità della vita (Castellani et al., 2010) interventi in questo ambito permettono anche di soddisfare la motivazione di conoscenza e di competenza e di migliorare la qualità della vita dei soggetti.

Sempre maggiore importanza ha assunto nel tempo il ruolo della metacognizione nella comprensione e nel trattamento delle difficoltà riscontrate nei pazienti con RM. In particolare, l'educazione metacognitiva è indirizzata alla formazione di quelle abilità mentali superiori che vanno al di là dei processi cognitivi primari e permettono di divenire consapevoli di ciò che si sta facendo, del perché e del come lo si sta facendo (Castellani et al., 2010).

Studi sulla persone con RM hanno infatti mostrato la presenza di un ridotto livello di consapevolezza metacognitiva circa l'importanza dell'uso di strategie, difficoltà nel mantenere nel tempo gli apprendimenti e di utilizzare in contesti nuovi ciò che si è precedentemente appreso in una specifica situazione (generalizzazione), con conseguenti effetti negativi sull'autostima e la motivazione (Baldi, 2004).

È opportuno sottolineare quanto possa risultare efficace intervenire sull'attività cognitiva e metacognitiva per favorire la capacità di gestire i propri processi mentali ed il proprio comportamento e agire sulle cause dei comportamenti problema. Infatti gli interventi che si basano su un contesto reale e sull'insegnamento di strategie metacognitive appaiono più efficaci di quelli che si poggiano su training abilità- specifici (Castellani et al., 2010).

Interventi sugli aspetti affettivi e relazionali

A causa delle difficoltà comunicative e cognitive, l'area affettiva e relazionale nei pazienti con RM è spesso compromessa, pertanto si riscontra un comune accordo nella necessità di affrontare le difficoltà a questo livello per ridurre l'isolamento sociale e favorire l'acquisizione di abilità sociali più funzionali.

A questo scopo sembrano utili gli interventi educativi nell'ambito delle emozioni (come ad esempio l'Educazione Razionale Emotiva) e delle abilità sociali (Social Skills Training).

Interventi sulla famiglia

Sono frequenti interventi di parent training o di tipo psico-educazionale per genitori di pazienti con RM (soprattutto bambini e adolescenti) volti ad aumentare la consapevolezza dei limiti del figlio, la competenza nel sostenerlo ed aiutarlo e la capacità di gestire i propri sentimenti di colpa, disperazione, angoscia e rabbia riguardo alla condizione del paziente e alle prospettive future della sua vita.

Psicoterapia

In base a quanto emerso fin'ora, la maggior parte dei trattamenti offerti alle persone con RM, oltre a quelli farmacologici, sono di tipo educativo e riabilitativo. Poco viene riportato in merito a interventi di supporto e cura più prettamente psicologici e psicoterapeutici.

A conferma di ciò Bouras e coll. (2000) sottolineano come nel campo del Ritardo Mentale ci sia un dibattito in corso sulla possibilità degli individui cognitivamente svantaggiati di beneficiare della psicoterapia, tema che sarà trattato in modo più esteso nel prossimo capitolo, in riferimento alla Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC).

È comunque condiviso che il Ritardo Mentale lieve o moderato di per sé non sia una controindicazione alla psicoterapia fin tanto che il paziente capisce lo scopo del trattamento ed è motivato. Le persone con Ritardo Mentale grave o profondo non sono invece adatte per la psicoterapia a causa delle abilità intellettive verbali estremamente limitate. Per il trattamento delle difficoltà emotive e relazionali di questi pazienti sembrano essere più efficaci forme non verbali di terapia come l'arteterapia, lo psicodramma o la musicoterapia. In un articolo di Whitehouse e coll. (2006) vengono evidenziati i seguenti aspetti significativi:

- l'attuale l'utilizzo della psicoterapia individuale con pazienti con RM per una serie di problemi psicologici tra cui ansia, depressione, psicosi, rabbia, abuso sessuale e traumi, comportamenti aggressivi e di sfida e la comprensione delle disabilità intellettive.
- l'utilizzo più frequente dell'approccio cognitivo comportamentale e di quello psicodinamico rispetto ad altri modelli.
- la quantità di letteratura a disposizione relativa alla TCC in quest'ambito nettamente inferiore a quella relativa all'utilizzo della psicoanalisi
- la maggior efficacia della TCC nel trattamento di questi pazienti rispetto agli altri approcci.

Al di là del tipo di approccio usato, comunque, in generale gli autori concordano sul fatto che la psicoterapia per pazienti con disabilità intellettiva lieve o moderata possa fungere da esperienza utile all'instaurarsi di una relazione sicura con il terapeuta e a favorire la conoscenza di sé e l'aumento dell'autostima, l'espressione delle emozioni e l'apprendimento di strategie comportamentali più adeguate soprattutto a livello sociale. Parere concorde risulta esserci anche in

merito alla necessità che la terapia sia flessibile in termini di durata delle sedute, che siano definiti e concordati obiettivi realistici e semplici, che ci sia supporto da parte dei caregivers (familiari, operatori) nel sostenere il percorso terapeutico del paziente; infine il terapeuta deve effettuare una accurata valutazione diagnostica ai fini della pianificazione del trattamento e tener conto del livello di sviluppo e di dipendenza del paziente, delle sue abilità cognitive e verbali e dei punti di forza oltre che di debolezza.

Verso un modello di integrazione degli interventi

Proprio a causa della complessità e della molteplicità degli aspetti coinvolti nel Ritardo Mentale e dei possibili interventi rivolti alla riabilitazione e rieducazione delle varie abilità compromesse, nonché al trattamento di patologie psichiatriche secondarie, sempre maggiore risulta essere la necessità di integrazione del “modello medico e sociale” e dei relativi interventi, in quanto l'esperienza suggerisce che i migliori risultati si ottengono quando il programma di trattamento abbraccia varie aree di intervento (Bouras et al., 2000).

Rovetto (1996) sottolinea come l'uso di psicofarmaci con soggetti ritardati mentali venga ridotto dell'80% quando sono messi in atto approcci integrati.

Secondo Dosen (2007) i problemi comportamentali e i disturbi psichiatrici in persone con deficit intellettivo sono talmente complessi da rendere necessario considerare sia nella diagnosi che nel trattamento l'integrazione tra le quattro principali dimensioni: biologica, psicologica, sociale e di sviluppo. In particolare, con dimensione psicologica si intendono gli aspetti psicosociali determinanti per l'esperienza del sé e l'interazione con il mondo esterno e l'intervento a questo livello consiste in specifici training cognitivi o comportamentali o nella psicoterapia finalizzati ad attivare la capacità del soggetto di risolvere i problemi e adattarsi all'ambiente fisico e sociale.

Con dimensione sociale si intendono le circostanze che influenzano il livello di interazione tra persona e ambiente e che sono importanti per lo sviluppo psicologico personale e l'intervento a questo livello consiste ad esempio nell'adattare l'ambiente alle esigenze di base della persona.

In quest'ottica dunque, il trattamento dovrebbe essere rivolto non solo a rimuovere i sintomi ma ad aiutare la persona a raggiungere il massimo livello possibile di qualità della vita, e con questo obiettivo, diversi professionisti dovrebbero collaborare (medici, terapisti comportamentali e psicoterapeuti).

Concludendo, l'intervento nel Ritardo Mentale dovrebbe essere inteso come un insieme di azioni atte a migliorare lo sviluppo e la qualità della vita del paziente e a promuoverne la salute mentale; affinché siano efficaci gli interventi devono avere come obiettivi generali la promozione

dello sviluppo sociale inteso come possibilità di partecipazione e la promozione dello sviluppo intellettuale inteso come capacità di mettere in atto progetti e azioni efficaci per realizzare i propri scopi (Castellani, 2010).

Psicoterapia e Ritardo Mentale: dal “disprezzo terapeutico” all'interesse clinico

Diversi autori concordano sul fatto che storicamente le persone con RM siano state curate eccessivamente attraverso farmaci o interventi di modificazione del comportamento ed abbiano avuto uno scarso accesso alla psicoterapia individuale.

Infatti, nonostante sia riconosciuta da tutti la vulnerabilità delle persone con RM allo sviluppo di problemi di salute mentale, in passato vi è stata una generale mancanza di interesse riguardo le esigenze di questo gruppo di clienti e i terapeuti sono stati riluttanti ad offrire psicoterapia individuale perché questo li obbligava a sviluppare strette relazioni di lavoro con persone percepite come poco attraenti a causa delle loro disabilità (Taylor et al., 2008).

Purtroppo, il riconoscimento di scarse capacità cognitive di un paziente spesso prevale sul riconoscimento e l'utilizzo delle sue risorse personali e la scarsa capacità cognitiva è stata spesso citata come un fattore che riduce la propria capacità di fruire di una consulenza psicologica per cui a tali pazienti raramente viene offerta la gamma completa di opzioni psicoterapeutiche (Raffensperger, 2009). Tale atteggiamento è stato definito “disprezzo terapeutico” (Taylor et al., 2008; Whitehouse et al., 2006).

Nell'ultimo decennio però l'utilizzo di approcci cognitivo-comportamentali con persone con RM è stato maggiormente accettato ed è aumentato. In un sondaggio inglese sull'uso della psicoterapia, circa un terzo degli psicologi britannici hanno risposto di usare spesso questi approcci e le riviste specializzate nel RM (ad es. “Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities”) segnalano un crescente interesse per l'uso di questi approcci terapeutici con i pazienti con RM, almeno nel Regno Unito. (Taylor et al., 2008). Si è pertanto sviluppato un consenso informale per cui la Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) può essere molto efficace, in casi selezionati, come mezzo per affrontare problemi di salute mentale nelle persone di limitata capacità cognitiva (Willner e Hatton, 2006) anche grazie agli studi che hanno dimostrato la capacità di questi pazienti di auto riferire i propri stati emotivi (Whitehouse et al. 2006) e al crescente accordo che è il focus sulle risorse del paziente e non sui suoi deficit a promuovere il cambiamento positivo (Raffensperger, 2009)

Ciò suggerisce la necessità da una parte che la terapia individuale ed in particolare la TCC possa essere disponibile alla popolazione generale di pazienti con RM, dall'altra che aumentino gli studi e

le ricerche in questo ambito un quanto le conoscenze formali per sostenere l'efficacia della TCC in persone con RM sono ancora molto limitate (Willner e Hatton, 2006)

A questo scopo, la letteratura scientifica di riferimento si sta dirigendo sia verso l'esplorazione dei possibili adattamenti da apportare alle tecniche della TCC per renderle più accessibili ai pazienti con RM, sia verso l'individuazione delle competenze e abilità necessarie per trarre beneficio dalla terapia cognitivo- comportamentale (Raffensperger, 2009)

Il ruolo della Terapia Cognitivo Comportamentale nel trattamento di pazienti con ritardo mentale: variabili in gioco

Raffensperger (2009) evidenzia che la ricerca in materia di fattori che influenzano l'accesso di un cliente ad una consulenza psicologica o ad una psicoterapia è abbastanza ristretta e focalizzata soprattutto alla variabile di ridotta capacità cognitiva, mentre manca l'esplorazione di altri fattori; ciò sembra perpetuare, forse involontariamente, l'idea che la disabilità abbia la precedenza sulle proprie capacità e risorse.

Viene ripresa da tale autore la distinzione dei fattori che influenzano i risultati di un percorso psicologico con persone con RM in: fattori inerenti il paziente, inerenti la terapia e inerenti il contesto.

Si ipotizza che tale prospettiva possa essere di aiuto nel trattamento di pazienti con RM le cui capacità e punti di forza sono spesso inosservati.

Fattori inerenti il paziente

Generalmente le consulenze e terapie psicologiche utilizzano prevalentemente il linguaggio verbale e spesso si affidano alla capacità del paziente di comprendere e applicare concetti astratti; d'altra parte, poiché i pazienti con RM hanno limitate capacità verbali e cognitive, è fondamentale che i terapeuti riconoscano questi limiti e cerchino di mobilitare il maggior numero possibile di risorse del paziente, anche utilizzando interventi non esclusivamente verbali.

Pertanto, tra i fattori inerenti le caratteristiche proprie del paziente, si ritengono di significativa importanza ai fini dell'influenza sul processo e il risultato terapeutico con persone con RM i seguenti (Raffensperger, 2009):

- età, sesso, etnia, status socio-economico e reddito,
- presenza di menomazioni fisiche o sensoriali o problemi di salute non trattati,
- risorse quali hobbies e competenze,
- qualità personali come la resilienza, la generosità e l'umorismo
- presenza di sostegno da parte della famiglia e degli amici.

- stile di attaccamento.

Secondo altri autori (Taylor et al., 2008; Mason, 2007) ulteriori variabili da tenere in considerazione sono:

- il livello di disabilità del paziente (RM lieve, moderato, grave o profondo), considerato importante per orientare la decisione del clinico circa l'adeguatezza della terapia;
- la motivazione del paziente a partecipare al trattamento, spesso assente se il pziente è inviato da un altro specialista o da un familiare, se non viene bene informato sulla psicoterapia e sulla figura dello psicologo e se il comportamento che si vuole cambiare è un problema per i familiari ma funzionale per il paziente stesso;
- la fiducia nell'intraprendere un lavoro psicologico emotivamente e intellettualmente stimolante;
- il senso di autoefficacia e autodeterminazione.

In una ricerca del 2006, Willner ipotizzò che tra i fattori che possono influenzare la capacità del paziente con RM di trarre beneficio dalla TCC ci sia la fiducia nella possibilità di cambiare il proprio stato emotivo; l'auto efficacia come capacità di gestire le situazioni è un fattore significativo a livello clinico e le persone con RM hanno poca fiducia nelle loro abilità cognitive come risultato di esperienza di frequenti fallimenti ambientali in cui il loro punto di vista è stato sottovalutato e le aspettative verso di loro sono basse. Essi hanno scarsa fiducia anche nelle loro prestazioni accademiche e data la relazione tra la TCC e il ragionamento verbale è probabile che siano meno fiduciosi nella loro capacità di migliorare con la TCC e ciò inciderebbe negativamente sui risultati della stessa.

Altro fattore significativo secondo l'autore è quanto la persona si vede responsabile e in grado di controllare il proprio destino, in quanto la TCC prevede che il paziente sia attivamente coinvolto e condivida la responsabilità del processo terapeutico. Soggetti con RM sono controllati in molti ambiti della vita e non sorprende che abbiano un locus of control esterno maggiore degli altri; essi tendono ad adottare uno stile attributivo depressivo caratterizzato dalla tendenza ad attribuire gli eventi negativi al fallimento personale . Ciò potrebbe ridurre la fiducia nella propria capacità di cambiamento e minare la terapia.

Fattori inerenti la terapia

All'interno della stanza di terapia, sia il paziente che il terapeuta contribuiscono alla qualità dell'alleanza di lavoro. Oltre alle caratteristiche del paziente, anche quelle del terapeuta e della terapia influenzano il trattamento.

In particolare nel lavoro con pazienti con RM, Raffensperger (2009) evidenzia come siano essenziali i seguenti aspetti del terapeuta:

- capacità relazionali e di comunicazione;
- esperienza e formazione influenzano la percezione del terapeuta relativa alla propria capacità di lavorare efficacemente con questo gruppo di pazienti; a sua volta la "competenza percepita" sembra influenzare la prestazione di servizi offerti;
- qualità personali quali calore, empatia, genuinità e riconoscimento positivo incondizionato;
- il bias di sottostima della diagnosi, per cui i sintomi di problemi mentali vengono trascurati poiché considerati come parte del RM;
- le competenze e la capacità del terapeuta di adattare la terapia per renderla più accessibile.

In un articolo del 2006 Willner evidenzia come la terapia, in particolare in contesti di gruppo, possa offrire opportunità sociali per i pazienti con RM che sono spesso socialmente isolati.

Secondo l'autore inoltre un appuntamento con un terapeuta può essere visto come un evento che spezza la routine e il paziente può beneficiare dell'attenzione che riceve o dell'opportunità di parlare dei propri problemi; per alcuni "il mio psicologo" potrebbe rappresentare anche uno status symbol.

Fattori inerenti il contesto

Anche fuori dalla stanza della terapia ci sono molti fattori che possono influire sull'esito del trattamento con pazienti con RM.

Raffensperger (2009) evidenzia come importanti nel condizionare la capacità del paziente di impegnarsi attivamente nella terapia i seguenti fattori "esterni":

- le questioni di potere e autodeterminazione;
- il supporto sociale spesso limitato, probabilmente a causa dello stigma sociale legato ad avere una disabilità intellettiva ed in particolare il ruolo degli assistenti che possono favorire o ostacolare trattamento
- la difficoltà a spostarsi autonomamente tramite auto o mezzi pubblici
- la vulnerabilità di queste persone ad essere vittime di abusi e sfruttamento ad un tasso superiore rispetto alla popolazione generale e la loro difficoltà a superare il trauma.

Concludendo, questi studi mettono in evidenza la necessità da parte dei terapeuti che lavorano con pazienti con RM di prendere in considerazione una serie di variabili quali non solo il livello di funzionamento intellettivo ma anche i problemi emotivi, caratteristiche di personalità (motivazione, concetto di sé, temperamento), elementi di comunicazione, capacità di apprendimento, influenze familiari e fattori ambientali.

Per esempio, essere attivamente impegnati nella terapia potrebbe diventare difficile se un paziente ha uno scarso sostegno sociale, difficoltà di trasporto, finanze limitate o problemi di salute.

In particolar modo con questi pazienti pertanto una difficoltà a fare progressi può essere attribuita a fattori esterni alla terapia; conoscere i vincoli ambientali e sociali in gioco può aiutare il terapeuta a offrire risposte creative e scoprire nuovi modi per raggiungere risultati positivi (Raffensperger, 2009)

Quali abilità cognitive sono necessarie per accedere alla TCC?

Una questione molto discussa è relativa a quali sono le abilità cognitive che una persona con RM debba possedere per poter accedere ad una TCC.

Diversi studi (Willner e Hatton, 2006; Bruce et al., 2010) concordano nel fatto che tali abilità siano le seguenti:

- adeguate abilità di linguaggio e comunicazione (espressione e comprensione), in quanto le tecniche cognitive diventano di difficile applicazione quando diminuisce la capacità verbale,
- auto-monitoraggio e memoria,
- riconoscimento ed etichettatura delle diverse emozioni,
- collegamento delle emozioni agli eventi attivanti,
- comprensione del modello cognitivo e del ruolo di mediazione dei pensieri.

In relazione alla terapia cognitiva Taylor e collaboratori (2008) semplificano distinguendo prevalentemente due modelli da poter utilizzare con pazienti con RM: uno centrato sulle distorsioni cognitive come base della TCC tradizionale che fa riferimento al modello di Beck e che mira a identificare e correggere le distorsioni nel contenuto di pensieri, idee e credenze; l'altro centrato sul deficit cognitivo come base di interventi di auto-gestione (ad es. training di auto-istruzione) che si concentra sulle carenze nei processi di acquisizione ed elaborazione delle informazioni. Questi autori sottolineano come gli interventi di TCC basati sul secondo modello e che utilizzano training di capacità cognitive (ad esempio training di auto-gestione, auto-monitoraggio, auto istruzione) siano il tipo più comune di interventi cognitivi utilizzati con le persone con RM e si mostrino promettenti nel miglioramento delle abilità cognitive, ma sono stati criticati per la loro mancanza di generalizzabilità delle competenze e del setting, e per la loro dipendenza dalle indicazioni esterne.

Invece gli approcci incentrati sulle distorsioni cognitive risultano avere una base di conoscenze molto limitata. Infatti, nel campo della disabilità intellettiva poca attenzione è stata data all'efficacia

di interventi basati sulle distorsioni cognitive che mirano a suscitare pensieri automatici negativi, identificare temi ricorrenti e aiutare i pazienti a modificare il pensiero correlato ad atteggiamenti e credenze disfunzionali. Ciò nonostante oltre l' 80% delle persone con disabilità intellettiva abbiano un ritardo lieve (American Psychiatric Association, 2005) e nonostante tale approccio possa essere potenzialmente efficace in quanto promuove un controllo interiorizzato e la generalizzabilità tra i vari contesti e situazioni.

Il motivo principale per la scarsa applicazione di interventi strettamente cognitivi con persone con RM è legato alla complessità di queste tecniche e alla presunta difficoltà che tali pazienti abbiano a capire, assimilare e ricordare l'utilizzo di queste tecniche. Tuttavia vari studi hanno dimostrato che le persone con lieve disabilità intellettiva e borderline cognitivi possono impegnarsi con successo nell'esplorazione di pensieri automatici disfunzionali e possono generare ipotesi alternative e pesarne il valore (Taylor et al., 2008).

Diversi studi (Oathamshaw&Haddock 2006; Sams et al. 2006; Joyce, et al. 2006) hanno evidenziato come molte persone con RM, soprattutto lieve, siano in possesso delle seguenti abilità cognitive:

- identificare le emozioni di base,
- comprendere il legame tra le emozioni e le situazioni attivanti,
- comprendere la relazione tra pensieri ed emozioni e il ruolo di mediazione di questi ultimi.

Inoltre è stata riscontrata la correlazione tra la capacità di riconoscere le emozioni e l'abilità di linguaggio recettivo e la presenza in questi pazienti di un limitato vocabolario emotivo.

Sembra infine che tali soggetti siano più in grado di riconoscere le emozioni “felice” e “triste” rispetto alle altre e che siano più in grado di identificare un'emozione piuttosto che nominarla.

E' importante considerare anche che le emozioni “negative” sono accompagnate da una serie di pensieri che durante la TCC devono essere riconosciuti come inappropriati o sproporzionati per poter essere cambiati; ciò rappresenta un grande ostacolo per pazienti con RM ed è peggiorato dal ridotto vocabolario emotivo e dalla difficoltà ad articolare i pensieri.

Inoltre, I pazienti con RM a causa della loro impulsività e dei deficit cognitivi, possono avere difficoltà a riconoscere le conseguenze a lungo termine disfunzionali di alcune emozioni e comportamenti (come la rabbia e l'aggressività) e i potenziali benefici di una psicoterapia e potrebbero essere resistenti ad accettare aiuto (Willner, 2006).

Tali ricerche ci fanno riflettere sul fatto che le persone con RM, soprattutto lieve, possono possedere alcune delle competenze necessarie per la TCC e in particolare per accedere alle tecniche

di ristrutturazione cognitiva; tuttavia potrebbe essere necessario sia un training preparatorio sia scegliere adeguatamente quali tecniche siano più adeguate per loro sia apportare eventuali adattamenti e modifiche agli elementi di base della TCC (Bruce et al. 2010).

Sembra infatti che la variabile di QI non possa essere utilizzata da sola in modo affidabile per prevedere le risposte dei singoli pazienti alla TCC; il livello di funzionamento intellettuale, con le specifiche capacità cognitive e i deficit nelle competenze, deve essere attentamente valutato insieme ai livelli di motivazione, fiducia e sostegno. Ciò permette di modificare l'intervento per renderlo riflessivo ai bisogni individuali e agli stili di apprendimento di ciascuno. (Willner, 2006).

Aspetti della relazione terapeutica

Il concetto di alleanza terapeutica ed empirismo collaborativo sono pietre miliari della TCC e consistono nel rapporto di collaborazione tra terapeuta e paziente per raggiungere insieme gli obiettivi terapeutici attraverso il cambiamento di percezioni e comportamenti disadattivi del paziente, a cui viene richiesto di divenire 'attivamente impegnato' nel processo terapeutico.

Poiché questi aspetti possono influenzare l'esito del trattamento, è importante che siano considerati anche nella terapia di persone con RM che possono avere difficoltà a stabilire una interazione collaborativa e un dialogo terapeutico in seguito a problemi di comunicazione e ad una storia di svantaggio o di discriminazione nei rapporti con persone che occupano posizioni di potere, verso i quali tendono ad essere passivi nella comunicazione ed inclini all'acquiescenza (Ziegler, 2002).

Jahoda e i suoi collaboratori (2009) hanno applicato un metodo di analisi e codifica dello stile di interazione ad una serie di dialoghi terapeutici con persone con RM, al fine di valutare il tipo di comunicazione che si instaura tra i terapeuti e questo gruppo di pazienti e verificare la presenza o meno di asimmetrie, di dialogo condiviso e di relazione collaborativa.

L'ipotesi era che la relazione terapeutica con pazienti con RM fosse asimmetrica a favore dell'atteggiamento dominante del terapeuta e passivo del paziente e che la collaborazione sarebbe aumentata nel corso del tempo, quando i clienti cominciavano a giocare un ruolo più attivo nel raggiungimento degli obiettivi.

I risultati della ricerca non confermano l'ipotesi. Infatti l'analisi interazionale dimostra che le interazioni nelle sessioni di terapia non sono dominate dai terapeuti, ma il potere si distribuisce uniformemente; l'elevato livello di simmetria presente fin dall'inizio è prova a favore che i terapeuti e i pazienti con RM sono in grado di stabilire un dialogo di collaborazione su temi condivisi.

In particolare, dall'analisi più dettagliata del modello, si evidenzia che i terapeuti domandano decisamente di più e il gran numero di domande dirette che essi rivolgono potrebbe riflettere la loro necessità di strutturare maggiormente le sessioni per le persone con RM.

Da parte loro i pazienti forniscono un maggior numero di risposte “estese”, che non sono quindi, semplicemente determinate dalle domande del terapeuta, ma contribuiscono di per sé a indirizzare il dialogo che tende a scorrere bene quando l'argomento è di particolare interesse o preoccupazione per il paziente.

I risultati di tale studio sono interessanti e importanti perché dimostrano sia la capacità dei pazienti con RM di svolgere un ruolo attivo nella terapia sia l'importanza della comunicazione come processo reciproco. Infatti, se con questi pazienti il terapeuta può sentire maggiormente di avere un mandato di insegnamento, il materiale sarà significativo solo se il paziente dimostra una comprensione di ciò che viene detto e ne capisce l'importanza. Collaborazione non significa solo che il terapeuta sia in grado di comunicare efficacemente in qualità di esperto, ma anche che il paziente si senta realmente ascoltato e compreso.

Ciò acquista ancora più senso se si considera che le persone con RM possono essere lente nel formare una relazione terapeutica poiché possono avere esperienza di vita di rifiuto e avere difficoltà nel fidarsi degli altri.

In particolare nella terapia cognitiva una caratteristica importante è il cambiamento. Il terapeuta deve aiutare il paziente a cambiare le credenze e i pensieri senza cambiare le credenze centrali che sono alla base del concetto di sé. Pertanto la messa in discussione delle credenze centrali può generare insicurezza e disagio che alcuni pazienti possono sentire come inaccettabile.

La TC prevede anche un cambiamento a livello intellettuale e ciò è particolarmente problematico con persone con RM che possono sentirsi stupidi per la loro incapacità di tenere il passo con la bravura del terapeuta (Willner, 2006).

Per questo, quando si ha a che fare con pazienti con difficoltà di comprensione e comunicazione ci dovrebbe essere una maggiore necessità di negoziare i significati e di incoraggiare il loro coinvolgimento attivo, anche attraverso adattamenti, semplificazioni e modifiche delle tecniche utilizzate.

Principali interventi di psicoterapia cognitivo comportamentale nel ritardo mentale

Si è visto nei precedenti capitoli quali sono in generale le aree compromesse nel RM, l'elevato rischio di psicopatologia e i diversi tipi di trattamento che vengono generalmente proposti per migliorare il benessere psico fisico e la qualità della vita di questi pazienti.

In questo ultimo capitolo si è cercato di focalizzare l'attenzione sulla psicoterapia individuale di tipo cognitivo comportamentale al fine di mostrare quali siano i principali tipi di intervento che vengono maggiormente utilizzati con pazienti con RM, anche in presenza di un disturbo psicopatologico.

Social Skills Training

E' ricorrente constatare come i problemi comportamentali spesso associati a condizioni di disabilità mentale vengano affrontati prevalentemente facendo ricorso a strategie di contenimento, senza porre la necessaria attenzione anche alla costruzione di abilità sociali in grado di sostituire modalità inadeguate di affrontare le relazioni interpersonali. Al contrario, esistono numerosi studi che mettono in evidenza come un approccio centrato sul potenziamento delle abilità sociali possa risultare molto significativo per facilitare positive interazioni in ambito familiare, scolastico, lavorativo e sociale (Cottini 2007).

Per questo sembra sempre più incombente l'esigenza di predisporre programmi di intervento per lo sviluppo di competenze assertive che possano coinvolgere anche soggetti con disabilità mentale

Come si è visto questi pazienti infatti spesso mostrano modalità di relazione disfunzionali, collegate a comportamenti aggressivi o passivi che aumentano il senso di inefficacia, frustrazione e isolamento e sono un fattore di rischio per l'insorgenza di problemi psichiatrici. Pertanto l'insegnamento delle abilità sociali assume un ruolo significativo non solo come terapia ma anche come prevenzione.

All'interno della TCC è possibile attuare un programma di training per l'acquisizione di abilità sociali e per favorire una comunicazione assertiva.

Esistono vari programmi di insegnamento (per una rassegna vedere Castellani et al., 2010) ma quello che ad oggi rappresenta una guida metodologica più approfondita e operativa è il metodo di McGinnis e Goldstein (1986) che consiste nelle seguenti fasi:

- osservazione / valutazione globale delle competenze interpersonali e delle abilità sociali del paziente attraverso specifici strumenti (anche di autovalutazione per aumentare la consapevolezza e la motivazione);
- insegnamento delle abilità sociali (ciascuna analizzata nelle singole componenti) attraverso l'utilizzo del modello psicoeducativo denominato "Apprendimento Strutturato", di tipo comportamentale che prevede le seguenti procedure:
 - modeling: osservazione di un modello che emette un comportamento
 - role playing: simulazione di un ruolo da parte dell'osservatore

- feedback sul comportamento emesso
- generalizzazione degli apprendimenti a contesti di vita reali e diversificati

Gli autori hanno selezionato cinque gruppi di abilità sociali il cui possesso, secondo la ricerca scientifica, è correlato a prestazioni efficaci e ad un soddisfacente adattamento all'ambiente, quali:

- abilità prerequisite per la vita di gruppo
- abilità per fare o mantenere amicizie
- abilità di gestione delle emozioni
- abilità per controllare l'aggressività
- abilità per la gestione dello stress.

In relazione a questo ambito, un altro contributo utile è quello di Cottini (2007) che ha pianificato un intervento condotto utilizzando un pacchetto di strategie, le quali si indirizzano sia al contenimento delle problematiche relazionali e comportamentali, che alla costruzione di modalità adeguate per affrontare le relazioni interpersonali e le situazioni sociali e che possono essere utilizzate in maniera integrata nel rispetto del principio fondamentale di mirare alla costruzione di competenze assertive. Segue schema dell'intervento.

Come si può vedere, in generale, le abilità sociali sono strettamente connesse alla comunicazione assertiva, alla capacità di riconoscimento ed espressione delle emozioni, alle competenze di coping per gestire i problemi e alle abilità cognitive e metacognitive, pertanto sono necessari interventi anche a questi livelli.

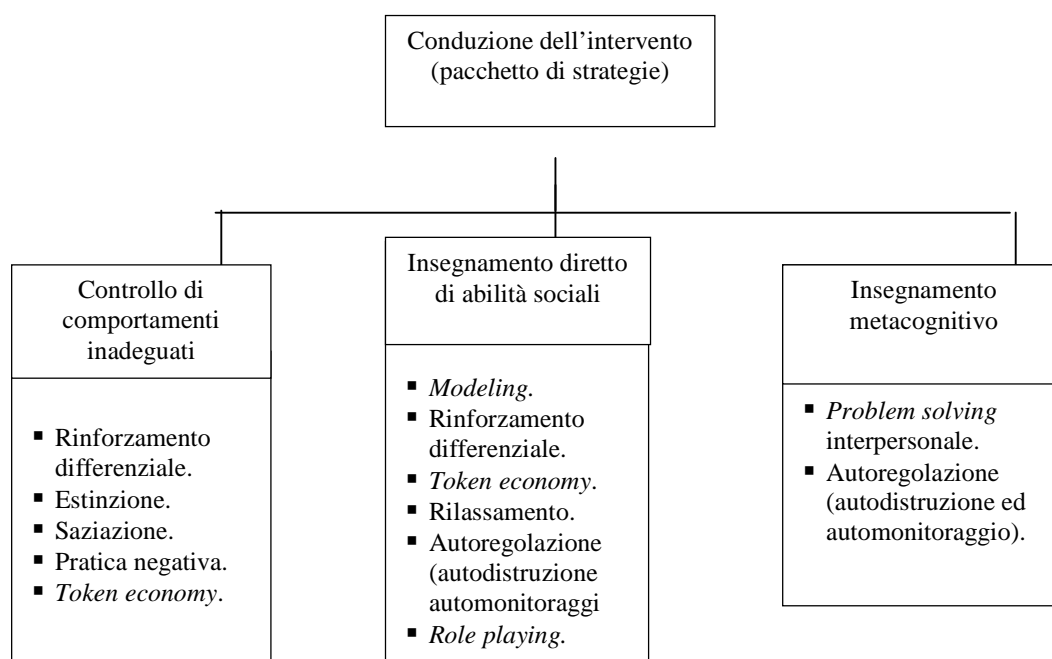


Fig.6- Pacchetto di strategie utilizzate per la conduzione di interventi educativi sulle abilità sociali (L. Cottini, 2007)

“Alfabetizzazione emotiva”

Un altro obiettivo importante nel trattamento di pazienti con RM e che può essere realizzato all'interno di una TCC è l'acquisizione o il miglioramento della capacità di riconoscere ed esprimere le emozioni. Infatti chi non conosce gli alfabeti affettivi non può essere in grado di riconoscere espressioni di affettività in sé e negli altri perché non sa nominarli (Castellani 2010).

A questo scopo, attraverso interventi di psicoeducazione, si possono infatti aiutare i pazienti a:

- conoscere la gamma delle diverse emozioni e le componenti di ciascuna (fisica, cognitiva, comportamentale e affettiva)
- riconoscere il legame tra una emozione e un evento attivante
- conoscere il ruolo di mediazione dei pensieri, ovvero l'interpretazione data ad un evento come scatenante un'emozione.

Un programma frequentemente usato con bambini e adolescenti è quello dell'educazione razionale emotiva, che fa riferimento alla Terapia Razionale Emotiva di Ellis, e che può essere utilizzato anche in seduta e semplificato per pazienti con RM.

Partendo dal presupposto che solo attraverso la consapevolezza e il controllo dei pensieri si può arrivare alla regolazione delle emozioni, il programma si articola intorno a tre aree principali (Di Pietro, 1992):

- consapevolezza delle proprie reazioni emotive e ampliamento delle espressioni verbali adatte a descriverle;
- consapevolezza della relazione tra pensieri ed emozioni e superamento dei modi di pensare disfunzionali;
- apprendimento di un repertorio di convinzioni funzionali da usare per affrontare le difficoltà.

In generale comunque, la parte psicoeducativa deve essere seguita dall'insegnamento vero e proprio delle competenze di riconoscimento ed espressione delle emozioni in modo funzionale ai propri scopi e adatto al contesto. Per questo ci si muove su due livelli: l'insegnamento che deriva dal confronto con modelli di vita affettiva diversi e quello che deriva da situazioni educative programmate con chiari obiettivi; soprattutto con pazienti con RM è necessario tenere conto dei seguenti aspetti (Castellani 2010):

- è necessario accogliere tutte le espressioni di affettività presenti ed espresse
- è importante creare situazioni programmate e momenti “emozionanti” in cui queste espressioni possano diventare spunti per azioni costruttive.

All'interno di questo tipo di interventi si pongono i training per la gestione delle emozioni “disfunzionali”, come la rabbia, molto utile per i pazienti con RM in cui sono frequenti gli stili di relazione passivo- aggressiva e difficoltà nel gestire la rabbia che spesso si manifesta sotto forma di aggressività etero o autodiretta soprattutto come reazione a situazioni sociali di frustrazione

Interessante è il contributo di Willner e coll. (2005) rispetto all'applicazione di un training di gestione della rabbia a pazienti con RM, utilizzando un modello che si basa sull'insegnamento delle competenze che possono essere utilizzate per far fronte a situazioni che provocano rabbia. Partendo dal presupposto che la rabbia sia un'emozione con tre componenti (fisiologica, comportamentale e cognitiva), ciascuna viene affrontata in terapia attraverso, rispettivamente, il rilassamento, l'insegnamento di abilità di coping e la ristrutturazione cognitiva.

Gli argomenti affrontati nel corso delle sessioni includono: finalità e regole di stare in gruppo, trigger che evocano la rabbia, componenti fisiologiche e comportamentali della collera; strategie comportamentali e cognitive per evitare l'accumulo di rabbia e per far fronte a situazioni che provocano rabbia, modi accettabili di gestione della rabbia (assertività).

I metodi più usati sono il brainstorming, il role playng, l'assegnazione di homework.

I risultati indicano quanto segue:

- al termine del trattamento sono diminuiti gli episodi di aggressività ed è aumentato l'utilizzo di una specifica competenza di gestione della rabbia (es. fare una passeggiata a piedi, chiedere aiuto, ristrutturazione cognitiva, assertività e distrazione).
- la ristrutturazione cognitiva rappresenta per questi pazienti la tecnica più difficile da utilizzare in quanto hanno difficoltà a riconoscere ed esprimere spontaneamente i loro pensieri
- il role play rappresenta un elemento fondamentale per l'apprendimento di abilità più funzionali.

Problem solving e metacognizione

Acquisire strategie di comportamento funzionali al raggiungimento di scopi e adatte a ogni singolo contesto significa anche pianificare le proprie azioni ed affrontare eventuali problemi in modo costruttivo, sia relativamente alla sfera personale che alle relazioni interpersonali.

Considerata la tendenza dei soggetti con RM a farsi guidare dagli altri nelle scelte e nella risoluzione dei problemi (Ziegler, 2002) e la possibilità di manifestazione di rabbia e aggressività in caso di disagio e frustrazione per il mancato soddisfacimento di un bisogno, a livello terapeutico potrebbe essere utile per il soggetto apprendere modalità più funzionali di affrontare problemi e conflitti, in termini di auto efficacia percepita, aumento dell'autostima e della soddisfazione personale.

Il training di insegnamento dell'abilità di problem solving è pertanto efficace e consiste nelle seguenti fasi (Marmocchi et al., 2004):

- individuare il problema
- proporre possibili soluzioni
- valutare le soluzioni emerse (vantaggi e svantaggi)
- individuare la soluzione migliore
- stabilire la pianificazione delle azioni per attuare la soluzione scelta
- verificare la soluzione scelta

Viste le difficoltà cognitive dei pazienti con RM, può essere messa in dubbio la capacità di questi pazienti di comprendere tale strategia; tuttavia alcuni autori (Ziegler, 2002; Baldi, 2004) sostengono che i bambini con ritardo mentale riescano a produrre autonomamente delle strategie di problem solving a condizione che:

- capiscano esattamente in che cosa consiste il compito;
- la loro consapevolezza degli obiettivi del compito si avvicini il più possibile a quella che l'operatore si attende;
- riescano a costruirsi una buona rappresentazione mentale del problema.

Questo ci può far dedurre che qualora un problema relativo ad una situazione sociale, lavorativa, scolastica o di altro tipo produca ansia nell'individuo, è necessario affrontarlo con le modalità più adatte a preservare il più possibile la propria percezione di controllo di sé e delle circostanze. Il soggetto deve essere aiutato ad affrontare il problema nel modo più adeguato, considerando con attenzione le varie fasi che costituiscono il processo di soluzione e offrendo strategie che semplifichino la comprensione e l'apprendimento.

Secondo Baldi (2004) sembrano essere più efficaci le procedure che offrono ai disabili non solo le strategie operative per risolvere un dato compito ma piuttosto le procedure generali alla base delle operazioni mentali implicate nella soluzione di ogni problema (metacognitive). Infatti interventi finalizzati all'acquisizione di strategie metacognitive possono essere di grande aiuto all'interiorizzazione dei comportamenti sostitutivi positivi; attraverso un intervento rivolto a

sviluppare l'uso di meccanismi di autoregolazione, il soggetto acquisisce uno stile di pensiero strategico, potenzia lo sviluppo di un pensiero che operi costantemente attraverso delle categorie «mezzo-fine» e che riesca a effettuare anticipazioni sulle possibili conseguenze delle sue azioni. L'autoconsapevolezza è basilare nel processo evolutivo della persona che diviene attiva e dotata di sempre maggiore autonomia, intenzionalità e sicurezza.

Applicazione e adattamento delle tecniche cognitive per pazienti con RM

Fin'ora sono stati elencati gli interventi finalizzati alla gestione di emozioni e relazioni e all'acquisizione di condotte funzionali in pazienti con RM all'interno di una terapia cognitivo comportamentale, focalizzando l'attenzione sul training e sugli aspetti più comportamentali.

Tuttavia, una serie di studi riportano la possibilità di applicare anche tecniche prettamente cognitive nel trattamento di questi pazienti, anche in presenza di un problema psicologico o un disturbo psichiatrico vero e proprio.

Oltre alla gestione della rabbia, infatti, la letteratura riporta con maggior frequenza ricerche di applicazione della TCC con risultati significativi a situazioni cliniche di pazienti con RM e psicosi (Haddock et al., 2004; Oathamshaw et al., 2006; Barrowcliff, 2008), disturbi d'ansia (Dagnan, 2006; Willner e Goodey, 2006) e disturbi dell'umore (Dagnan, 1999; McCabe, 2006; Jahoda, 2006).

Ciò sembra essere possibile attraverso la modifica e l'adattamento delle tecniche cognitive, al fine di favorire il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Come precedentemente visto, la letteratura inglese e americana propone molti articoli e ricerche relative alla possibilità e necessità di favorire la fruizione della TCC da parte di pazienti con Ritardo Mentale e sintomatologia psichiatrica, attraverso la modifica e l'adattamento delle principali tecniche utilizzate.

Come sottolinea Willner (2006) infatti il problema nell'applicazione della terapia cognitiva per persone con disabilità intellettiva è che i deficit cognitivi devono essere superati prima che le procedure standard per il trattamento sulle distorsioni cognitive possano essere efficacemente applicate.

Comunque, con l'adozione di approcci meno convenzionali, le limitazioni cognitive a volte possono essere superate e la disponibilità per la terapia cognitiva risulta essere maggiore.

Tra i vari studi, significativa è la ricerca di Whitehouse e coll. (2006) finalizzata ad individuare i principali adattamenti di psicoterapia realizzati nel lavoro con soggetti con RM, di cui si riportano di seguito i risultati.

Adattamento	Definizione	Esempio
Semplificazione	Ridurre la complessità della	Suddividere gli interventi in parti più

	tecnica usata	piccole; abbreviare la lunghezza delle sessioni; semplificare la comunicazione verbale nel discutere i pensieri e sentimenti del paziente.
Linguaggio	Ridurre il livello di vocabolario, la struttura della frase e la lunghezza del pensiero	Usare frasi brevi e parole semplici; fissare un ordine del giorno per facilitare la comprensione
Attività	Aumentare le tecniche tipiche con attività per favorire il cambiamento e apprendimento	Aggiungere disegni Assegnare compiti a casa
Livello di sviluppo	Integrare livello di sviluppo nella presentazione di tecniche e materiali	Uso di giochi; valutazione dello sviluppo in rilevanti problematiche sociali uso di materiali non-verbale come orologi musicali, bambole e plastilina uso di materiale proveniente da soap opera per aiutare il paziente a comprendere le relazioni complesse e le conseguenze del proprio comportamento
Metodi direttivi	A causa delle limitazioni cognitive, è necessario essere più direttivi	Schematizzare gli obiettivi del trattamento e i progressi usare guide 'visive' extra come lavagna a fogli mobili per registrare i punti all'ordine del giorno ed evidenziare importanti punti emersi durante le sedute
Metodi flessibili	Regolare le tecniche usuali per soddisfare il livello cognitivo e la mancanza di progressi	Utilizzare tecniche di altri approcci Essere flessibili nel luogo di incontro per garantire che la persona sia rilassata accompagnare i pazienti nei luoghi temuti per fare esposizioni
Coinvolgere operatori sanitari	Coinvolgere la famiglia e il personale di sostegno per favorire il cambiamento	Assegnazione di compiti a casa o prove in casa con l'aiuto del personale o di familiari Chiedere a familiari o operatori di accompagnare il paziente alle sedute per discutere i progressi e i compiti a casa Fare intervento preliminare di psicoeducazione a familiari e operatori
Relazione terapeutica	Le relazioni sono più forti e veloci	Rafforzare i confini e garantire un controllo tra pari Chiarire all'inizio della terapia i confini e il rapporto tra paziente e terapeuta
Disabilità / approcci di riabilitazione	Il tema della disabilità deve essere affrontato all'interno di trattamento	terapeuta deve favorire nel paziente la manifestazione dei problemi, il supporto e la visione positiva di sé; l' intervento può essere incentrato su questioni relative all' avere una disabilità intellettiva

		tra cui i possibili “vantaggi secondari”
--	--	--

Fig. 7- Rassegna di adattamenti di tecniche di psicoterapia con pazienti con RM ritrovati nella letteratura (Whitehouse et al., 2006)

Oltre al contributo sopra citato, altri autori hanno identificato ulteriori adattamenti della TCC considerati utili nel trattamento di pazienti con RM, di seguito riportati.

Training preliminare sui concetti base della TCC

In una ricerca di Bruce e coll. (2010) è emerso che una singola sessione di training sui concetti fondamentali della TCC abbia portato a significativi miglioramenti nella capacità dei partecipanti di collegare pensieri ed emozioni e questa abilità è stata generalizzata a stimoli nuovi rispetto a quelli in seduta. Il materiale usato è stato ripreso da quello usato con bambini piccoli (riadattato per renderlo accettabile anche agli adulti con RM) e consisteva in stimoli visivi relativi ad una persona con una bolla di pensiero e quattro facce che rappresentano diverse emozioni (felice, triste, arrabbiato e preoccupato).

I risultati fanno ipotizzare che un training preliminare di psicoeducazione sul modello cognitivo dovrebbe essere parte integrante della terapia per le persone con RM. In particolare è stata riscontrata l'utilità di una psicoeducazione sul riconoscimento delle emozioni utilizzando fotografie invece di disegni lineari e compiti esperienziali come role – play.

Colloqui preliminari motivazionali

Secondo Willner (2006), per quanto riguarda il paziente, un problema frequente quale quello della scarsa motivazione al trattamento, potrebbe essere affrontato tramite dei colloqui motivazionali preliminari basati sui seguenti principi:

- ascolto empatico, accettazione incondizionata del paziente,
- evitare e rimandare la trattazione di argomenti che suscitano una risposta difensiva,
- intensificare la consapevolezza del paziente sulle conseguenze del comportamento attuale, per favorire la motivazione al cambiamento e la collaborazione.



Fig.8- Stimoli visivi usati da Bruce e coll. (2010)

L'ultimo punto rappresenta una problematica cruciale nelle persone con RM in quanto possono avere difficoltà sia a collegare un effetto ad un comportamento antecedente sia ad effettuare l'analisi dei costi e benefici di una certa condotta.

Per questo motivo, lo sviluppo del ragionamento consequenziale e della capacità di problem-solving, in persone con disabilità intellettiva, può essere un grande obiettivo terapeutico.

Semplificazione delle tecniche di ristrutturazione cognitiva

Altro tipo di adattamento è riferito alle tecniche di ristrutturazione cognitiva (Whitehouse 2006); infatti se da una parte uno degli assunti centrali della TCC è che i pensieri abbiano un ruolo di mediazione tra antecedenti e conseguenze e che il miglioramento del benessere psicologico possa derivare da cambiamenti cognitivi, attraverso l'utilizzo del modello ABC, dall'altra si è visto che alcune persone con RM possono avere difficoltà ad utilizzare tale modello e potrebbe essere necessario trovare strategie alternative per favorire l'accesso alla TCC anche in questi pazienti.

Nel suo lavoro, Whitehouse e coll. (2006) evidenzia come un esempio sia rappresentato dalla psicoeducazione allo scopo di correggere credenze disfunzionali, semplicemente istruendo i pazienti a riconoscere false credenze si possono favorire spontanei cambiamenti nelle condotte. Lo stesso autore identifica anche i compiti di auto istruzione come alternative efficaci al modello ABC, partendo dal presupposto che le disfunzioni cognitive sono di due tipi, deficit e distorsioni.

I pazienti con RM possono mostrare difficoltà ad accedere spontaneamente a cognizioni adattative, per questo una strategia consiste nel far sì che tali cognizioni funzionali siano fornite dal terapeuta (con l'aiuto di un caregiver che conosce bene il paziente). Ciò rappresenta un ampliamento dell'esplorazione guidata, dove un'auto-istruzione è applicata a cognizioni, piuttosto che a comportamenti.

In altri casi, qualora sia possibile utilizzare l'approccio convenzionale per mettere in dubbio le credenze e incoraggiare a generare e valutare le interpretazioni alternative di eventi attivanti certe emozioni (ansia, depressione, rabbia...) si riscontrano di solito buoni risultati all'interno delle sedute ma difficoltà di generalizzazione all'esterno delle abilità acquisite, anche con l'aiuto di un caregiver.

Per questo può essere utile creare una lista scritta delle dichiarazioni che esprimono interpretazioni realistiche degli eventi attivanti che il paziente dovrà leggere con l'aiuto di un caregiver che dopo ogni affermazione, chiederà se ciò è vero o meno. Queste tecniche di auto istruzione permettono di fare un uso pratico delle competenze apprese.

Conclusioni

All'inizio di questo lavoro ci si era posti alcune questioni, rispetto a cui ora è possibile rispondere, in parte, alla luce di quanto precedentemente esposto e in base a quanto è emerso dalla letteratura di settore.

In merito al primo punto, ovvero quali tipologie di interventi psicologici siano offerte ai pazienti con RM, sembra che la maggior parte riguardino il livello comportamentale in termini di riduzione/eliminazione di comportamenti problema e insegnamento di autonomie e abilità relazionali più funzionali, prevalentemente attraverso tecniche proprie del comportamentismo. Accanto a ciò, rilevante risulta essere il trattamento farmacologico per ridurre le condotte disfunzionali ed eventuali sintomi psichiatrici (ansia, depressione, sintomi ossessivo- compulsivi). Altri interventi mirano alla riabilitazione delle singole abilità cognitive compromesse attraverso specifici training. Comunque la gran parte degli interventi, oltre a quelli farmacologici, sono di tipo educativo e riabilitativo. Poco viene riportato in merito a interventi di supporto e cura più prettamente psicologici e psicoterapeutici con questa popolazione di pazienti.

Rispetto al secondo punto, ovvero la possibilità di proporre a questi pazienti una psicoterapia individuale, in particolare di tipo cognitivo comportamentale, nonostante le perplessità di alcuni autori, molti studi riportano prove a favore e risultati positivi. In relazione a ciò grande spazio è stato dato alla ricerca delle abilità di cui il paziente deve essere in possesso per accedere a questo tipo di terapia, in considerazione dei vincoli cognitivi in gioco nel RM.

Rispetto all'ultimo punto, ovvero le principali strategie e tecniche di intervento nel trattamento cognitivo comportamentale di pazienti con ritardo mentale, sembra che in presenza o meno di una doppia diagnosi con un disturbo mentale, sia possibile attuare i seguenti interventi:

- psicoeducazione sul tema della disabilità e del ritardo mentale;

- interventi più di tipo comportamentale come training per le abilità sociali, per la gestione delle emozioni, in particolare della rabbia, per la pianificazione del comportamento e la risoluzione di conflitti (intra/ interpersonali) come il problem solving;
- applicazione del modello ABC;
- ristrutturazione cognitiva.

Per quanto riguarda le tecniche più prettamente cognitive, tutti gli autori concordano nella necessità di semplificarle e adattarle ai pazienti con RM tenendo conto dei loro vincoli proprio nella sfera cognitiva. Da questo punto di vista infatti, se la disabilità intellettiva può di per sé creare delle barriere all'accesso alla terapia cognitiva, se vi è da parte del terapeuta la disponibilità a lavorare creativamente e con pazienza con questi clienti, questa barriera può essere sormontata.

Si ritiene significativo il fatto che la maggior parte dei contributi trovati nella letteratura relativi al rapporto tra ritardo mentale e salute mentale e all'utilizzo della psicoterapia con questi pazienti appartenga ad autori inglesi e americani, mentre di gran lunga minori sono i contributi italiani, spesso appartenenti ad associazioni che da anni si occupano di ritardo mentale e che stanno iniziando a trattare anche questi aspetti. Ciò fa ipotizzare che nel nostro paese siano ancora agli esordi ricerche sperimentali e studi clinici relativi alla salute mentale nei pazienti con disabilità intellettiva in un'ottica di miglioramento della qualità della vita, nonostante le prove a favore dell'elevata comorbidità.

- Rispetto alle prospettive future, la maggior parte degli autori concorda nella necessità di:
- aumentare il volume e la qualità della letteratura relativa alla psicoterapia individuale per gli adulti con RM che descriva chiaramente le procedure, i metodi e gli esiti;
- aumentare la formazione di psicologi e psicoterapeuti nel trattamento di questi pazienti, variabile che è risultata essere correlata positivamente con l'esito dell'intervento (anche in seguito alla percezione di efficacia da parte dei clinici);
- ampliare la base di conoscenze in materia di TCC per le persone con disabilità intellettiva;
- sviluppare modelli teorici ad hoc per questa popolazione invece di adattare loro quelli per pazienti normoabili.

Se gli adulti con ritardo mentale dovessero continuare ad avere un accesso limitato al trattamento psicologico, “*sarebbe la psicoterapia ad essere handicappata, in quanto incapace di comprendere e rispondere alla soggettività individuale*” (Whitehouse et al., 2006).

Bibliografia

AA.VV. “DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders “, American Psychiatric Association (2000). Fourth Edition, Text Revision. Edizione Italiana: Masson, Milano.

- AA.VV. "Ritardo mentale. Definizione, classificazione e sistemi di sostegno" American association on mental retardation - 10. ed. Gussago (BS), Vannini, 2005
- Baldi P.L. "Sviluppare il pensiero nel ritardo mentale. Dal ragionamento induttivo alla metacognizione", Ed. Erickson, 2004.
- Barrowcliff A. L. "Cognitive-Behavioural Therapy for Command Hallucinations and Intellectual Disability: A Case Study", *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2008, 21, 236–245
- Bertelli M., Scuticchio D., Ferrandi A., Ciavatta C., La Malfa G., Mango Porcelli F., Monchieri S. "Prevalenza degli aspetti psicopatologici nelle persone con disabilità intellettiva: uno studio multicentrico sul nuovo strumento SPAID-G" *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2010;16:53-63
- Bouras N. - Holt G. - Day K "Salute mentale nel Ritardo Mentale. ABC per la salute mentale, per l'assistenza di base e le altre professionalità", Edizione italiana a cura di G.P.La Malfa, A. Castellani, M. Bertelli, SIRM, 2000.
- Bruce M., Collins S., Langdon P., Powlitch S. and Reynolds S. "Does training improve understanding of core concepts in cognitive behaviour therapy by people with intellectual disabilities? A randomized experiment" *British Journal of Clinical Psychology* (2010),49,1–13
- Buono S., Di Nuovo S. (a cura di) "Il ritardo mentale e la sua valutazione" in *Strumenti psicodiagnostica per il ritardo mentale*. 2002, Milano, Franco Angeli
- Castellani A., La Malfa G., Manzotti S., Monchieri S., Nardocci F., Ruggerini C. (a cura di) "La Promozione della salute mentale nella disabilità intellettiva", Ed. Erickson, 2010
- Cavagnola R. "Il centro socioeducativo. Organizzazione e programmazione educativa" Ed. Erickson, 1994.
- Cottini L. "Abilità sociali e ritardo mentale: il training sulle competenze assertive", *American Journal Mental Retardation* edizione italiana, 2007, volume 5, n. 1 – Febbraio
- Dagnan D., Jahoda A. "Cognitive–Behavioural Intervention for People with Intellectual Disability and Anxiety Disorders", *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2006, 19,91–97
- Dagnan D. & Sandhu S. "Social comparison, self-esteem and depression in people with intellectual disability" *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 43, part 5, pp 372-379 october 1999
- Deb S., Matthews T., Holt G. e Bouras N. "Linee Guida per la diagnosi psichiatrica nel ritardo mentale", Ed. italiana a cura di M. Bertelli et al., Ed. Erikson, 2003
- Di Nicola V., Todarello O. "Suicidio e disabilità intellettiva", *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2009;15:177-185
- Di Pietro M. "L'educazione razionale – emotiva", Ed. Erickson, 1992.
- Dosen A. "Integrative treatment in persons with intellectual disability and mental health problem", *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol. 51 part. I, pp 66-74 January 2007
- Elliott C., Pring T. and Bunning K. "Social Skills Training for Adolescents with Intellectual Disabilities: A Cautionary", *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2002, 15,91–96
- Haddock G., Lobban F., Hatton C. and Carson R. "Cognitive–behaviour Therapy for People with Psychosis and Mild Intellectual Disabilities: A Case Series", *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2004, 11, 282–298
- Jahoda A., Dagnan D., Jarvie P. and Kerr§ W. "Depression, Social Context and Cognitive Behavioural Therapy for People who have Intellectual Disabilities" *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2006, 19, 81–89
- Jahoda A., Selkirk M., Trower P., Pert C., Kroese B.S., Dagnan D. and Burford B. "The balance of power in therapeutic interactions with individuals who have intellectual disabilities" *British Journal of Clinical Psychology* (2009), 48, 63–77
- Joyce T., Globe A. and Moody C. "Assessment of the Component Skills for Cognitive Therapy in Adults with Intellectual Disability", *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2006, 19, 17–23
- Marmocchi P., Dall'Aglio C., Zannini M. "Educare le life skills", Ed. Erickson, 2004

- Mason J. "The provision of psychological therapy to people with intellectual disabilities: an investigation into some of the relevant factors" *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 51 part. 3 pp 244-249 march 2007
- McCabe M. P., McGillivray J. A. & Newton D. C. "Effectiveness of treatment programmes for depression among adults with mild/moderate intellectual disability" *Journal of Intellectual Disability Research* vol. 50 part. 4 pp 239-247 april 2006
- McGinnis E., Goldstein A.P., Sprafkin R.P., Gershaw N.J. "Manuale di insegnamento di abilità sociali", Ed. Erickson, 1986
- Oathamshaw S.C. and Haddock G. "Do People with Intellectual Disabilities and Psychosis have the Cognitive Skills Required to Undertake Cognitive Behavioural Therapy?", *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2006, 19, 35-46
- Pfanner P., Marcheschi M. "Il Ritardo Mentale", Il Mulino, 2005
- Pilone M., Cavagnola R., Fioriti F. "La valutazione funzionale nel ritardo mentale adulto"; Ed. Vannini, 2002
- Raffensperger M.K "Factors that influence outcomes for clients with an intellectual disability", *British Journal of Guidance & Counselling*, Vol.37, No.4, November2009, 495-509
- Rovetto "Un approccio multimodale alla terapia del ritardo mentale", 1996
- Sams K., Collins S. and Reynolds S. "Cognitive Therapy Abilities in People with Learning Disabilities" *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2006, 19,25-33
- Taylor J.L., Lindsay W.R., Willner P. "CBT for People with Intellectual Disabilities: Emerging Evidence, Cognitive Ability and IQ Effects", *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 2008, 36, 723-733C
- Zanobini M., Usai M.C. "Disabilità Mentale", Cap. 5 di *Psicologia della Disabilità e della Riabilitazione*, Franco Angeli, 2005.
- E. Ziegler, D. Bennet-Gates "Sviluppo della personalità in individui con ritardo mentale", Ed italiana a cura di R. Vianello, Ed. Junior, 2002
- Whitehouse R.M., Tudway J.A., Look§ R. and Kroese B.S. "Adapting Individual Psychotherapy for Adults with Intellectual Disabilities: A Comparative Review of the Cognitive-Behavioural and Psychodynamic Literature" *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2006, 19, 55-65
- Willner P. "Readiness for Cognitive Therapy in People with Intellectual Disabilities" *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 2006, 19,5-16
- Willner P., Brace N. & Phillips J. "Assessment of anger coping skills in individuals with intellectual disabilities", *Journal of Intellectual Disability Research*, vol.49, part 5, pp. 329-339, May 2005
- Willner P. and Goodey R."Interaction of Cognitive Distortions and Cognitive Deficits in the Formulation and Treatment of Obsessive-Compulsive Behaviours in aWoman with an Intellectual Disability", *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2006, 19,67-73
- Willner P. and Hatton C. "CBT for People with Intellectual Disabilities" *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2006, 19, 1-3

www.crea-amg.org

www.lifespan.it

www.mhid.org

www.ritardomentale.it

www.rivistadidattica.com

www.sirmonline.it

www.sopsi.it

www.terzocentro.it

www.trinnodd.eu

Autore Silvia Trucchia
Scuola Di Specializzazione SPC Roma
Specializzata ad Ancona, training Isola, Rainone, Romano
e-mail: silvia@trucchia.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

