

III° EDIZIONE
**INCONTRI DI PSICHIATRIA
DELL'ETÀ EVOLUTIVA**

13/15 OTTOBRE 2025
FIRENZE



Valentina Napoli

*Disturbo dello Spettro Autistico, disturbo del comportamento e comportamenti bizzarri
in un bambino ucraino rifugiato*



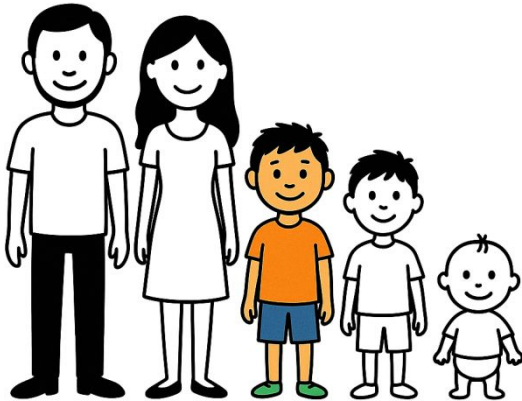
Bambino di 6 anni proveniente dall'Ucraina come rifugiato di guerra con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico (ASD)



Giunge in Italia nel dicembre 2022 (3,5 anni)



Secondogenito di 4 figli. In anamnesi familiare assenza di disturbi neurologici e psichiatrici, ad eccezione di un fratello minore con Disturbo di Spettro Autistico



Anamnesi fisiologica

Gravidanza spontanea complicata da minacce d'aborto nel I trimestre

Nato a termine da taglio cesareo per mancato impegno nel canale del parto

Alla nascita buon adattamento cardio respiratorio
PN 3.300 gr

Riferito ittero neonatale trattato con fototerapia per 3 giorni

Allattamento materno con suzione valida, svezzamento regolare





Acquisizione del mantenimento del tronco a 6 mesi

Deambulazione autonoma a 12 mesi con toe-walking



Lallazione in epoca, prime parole prima dei 12 mesi

successivo **arresto** intorno ai 13 mesi dello sviluppo delle acquisizioni linguistiche con ripresa nella produzione di parole singole intorno ai 5 anni di età



Comunicazione ai fini richiestivi attraverso l'uso strumentale dell'adulto
Non acquisito l'utilizzo del pointing.



Storia clinica pregressa:

15 mesi (Ucraina):
Prima diagnosi di
Disturbo dello Spettro
Autistico e Ritardo
Globale di Sviluppo

Luglio 2023 (4y):
visita ambulatorio – OPBG
avvio di terapia farmacologica per
disturbi comportamentali
(Risperidone 0,50 mg x 2 vv/die)
assunta con beneficio per 9 mesi

Dicembre 2022 (3,5y):
prima visita ambulatorio
OPBG diagnosi di Disturbo
dello Spettro Autistico.

Settembre 2023:
avvio di terapia
abilitativa presso
centri privati in Italia

Agosto 2024 (5,1y):
prima valutazione in
regime di DH presso
UOS “Disturbo dello
spettro Autistico”
OPBG



Agosto 2024 (5 anni)

□ VALUTAZIONE COGNITIVA

Leiter-3 da cui emerge un ***Q.I. non verbale di 78*** (7° centile) in presenza di un livello adattivo inferiore alle attese (ABAS-II IGC pg: 10; PC: 37; < 1° perc.).

□ VALUTAZIONE DEL LINGUAGGIO

Sono state proposte le prove tratte dalla **Batteria per la Valutazione del Linguaggio** (BVL, Marini et al, 2014) ma non è stato possibile portare a termine la valutazione per scarsa compliance del bambino.

□ VALUTAZIONE SINTOMATOLOGIA AUTISTICA

ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule) – Modulo 1: Area Affetto Sociale (pg = 16; SA CSS= 7/10);
Comportamento ristretto e ripetitivo (pg = 2; CSS = 4/10). ***Il punteggio totale risulta di 18 (TOT CSS = 6/10)***

ADI-R: superamento del cut off per autismo in tutte le aree indagate



■ VALUTAZIONE ASPETTI EMOTIVI E COMPORTAMENTALI:

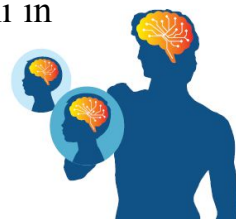
Questionario sul Comportamento del Bambino (CBCL 1 e ½ -5; Achenbach 2001): punteggio clinico in tutte le aree indagate.

■ COLLOQUIO PSICHIATRICO:

Durante la valutazione la madre segnalava manifestazioni ascrivibili alla sintomatologia autistica come ad es. la presenza di ***comportamenti ripetitivi e stereotipati*** (tendenza a mettere in fila gli oggetti) e la presenza di ***interessi ristretti*** (numeri e lettere e lingua inglese); ***sensorialità atipica*** ed anche ***marcata selettività alimentare***.

Negli ultimi mesi veniva segnalato un peggioramento dei ***tic motori*** e dei ***disturbi emozionali e comportamentali*** caratterizzati da ipercinesia motoria con scarsa percezione del pericolo, tendenza alla fuga da casa e irritabilità con agiti auto- ed etero-aggressivi anche senza apparente causa nota.

Si segnalava, inoltre, insorgenza sempre negli ultimi mesi di ***comportamenti bizzarri*** quali episodi di improvviso voltarsi o alzarsi come se fosse chiamato e movimenti delle dita come a manipolare oggetti inesistenti, improvvisi risvegli notturni in cui il bambino tentava di uscire di casa.





DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO

con grave compromissione del Linguaggio in comorbidità con

DISTURBO DELLA REGOLAZIONE EMOZIONALE E COMPORTAMENTALE



Prosecuzione terapia abilitativa

Ripresa della terapia farmacologica con Risperidone

Accertamenti biomedici (RM encefalo, EEG v/s, es. metabolici, genetica) risultati nella norma.



DH gennaio – DH aprile 2025

- Minor quota di ipercinesia motoria con maggiore percezione del pericolo
- Minore frequenza ed intensità degli episodi di disregolazione emotivo-comportamentale con agiti etero-aggressivi
- Miglioramenti dal punto di vista del **linguaggio** (ampliamento del vocabolario e formulazioni di frasi semplici)
- Miglioramento dei tic vocali (presenti solo quando irritato)
- Permaneva ecolalia e presenza di inversione pronominale
- Persistenza di comportamenti di ricerca sensoriale e ipersensibilità uditiva.

□ Non più riferiti comportamenti bizzarri



Maggio 2025 (5 anni e 9 mesi)

Nuovo peggioramento dei comportamenti bizzarri:

- Episodi di imitazione di un animale (cane): il bambino si muove camminando a quattro zampe, chiede di mangiare e bere a terra utilizzando la sola bocca, lecca oggetti e riproduce vocalizzazioni simili all'abbaiare, anche in contesti nuovi o poco familiari;
- Attribuzione di caratteristiche umane a oggetti inanimati es. utilizza l'aspirapolvere come fosse un essere animato con cui parla, la imbocca durante i pasti, ci gioca insieme e vorrebbe dormirci.
- Regressione comportamentale: linguaggio caratterizzato da prosodia immatura con tonalità vocale simile a quella di un bambino piccolo, riso incongruo, estroflessione della lingua, gioco immaturo.

CRITICA
PARZIALE



...inoltre

- Riferita fluttuazione umorale, in alcuni giorni sarebbe maggiormente irritabile in altri manifesterebbe tristezza con episodi di pianto in assenza di apparente motivo.
- Linguaggio permane caratterizzato da formulazione di frasi semplici sempre in terza persona e con inversione pronominale.
- Persiste miglioramento dell'ipercinesia motoria con maggiore percezione del pericolo.
- Emerge significativa iperfagia (ed etero-aggressività se non soddisfatto il bisogno di cibo) con significativo aumento ponderale (+8,5 kg).

Da aprile 2025 la famiglia vive tra l'Italia e l'Ucraina.

A. ha vissuto in una condizione ambientale instabile, con varie interruzioni e trasferimenti in merito all'ambiente domestico, alla frequenza scolastica e al contesto di terapia.





DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO
con quadro clinico ascrivibile in un
MULTIPLE-COMPLEX DEVELOPMENTAL DISORDER



Prosecuzione terapia abilitativa
Switching terapeutico ad Aripiprazolo



Ultimo controllo: luglio 2025 (6 anni)

- Progressivo miglioramento della disregolazione emotivo-comportamentale con riduzione di aggressività
- Buon adattamento alle regole e routine scolastiche, buona partecipazione alle attività proposte e significativo miglioramento rispetto alla ricerca e all'interazione con i pari (quadro riferito dagli insegnanti della scuola Ucraina).
- Miglioramento delle competenze linguistiche, associato ad una maggiore capacità di esprimere i propri bisogni
- Maggiore percezione del pericolo con riduzione di condotte pericolose
- Lieve riduzione di comportamenti bizzarri, permane tendenza di imitazione animale solo alla vista del cane e interesse per l'aspirapolvere con tendenza all'utilizzo dello stesso come un essere animato.
- Non vengono più osservati comportamenti verosimilmente associabili a fenomeni dispercettivi segnalati in passato (es: voltarsi all'improvviso come se avesse percepito qualcosa, in assenza di apparente motivazione)
- Non più osservate condotte di iperfagia con craving del cioccolato



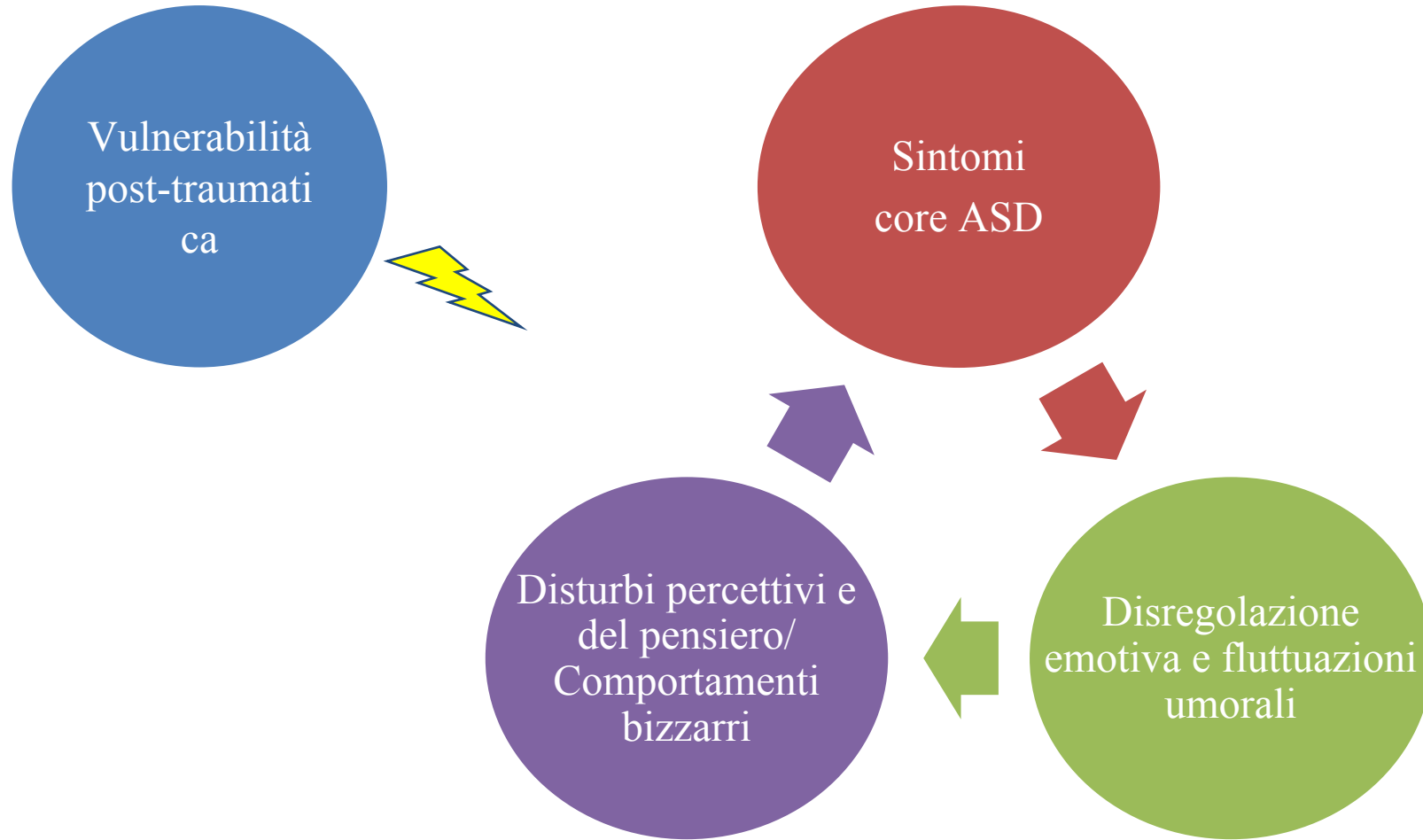
Permangono:

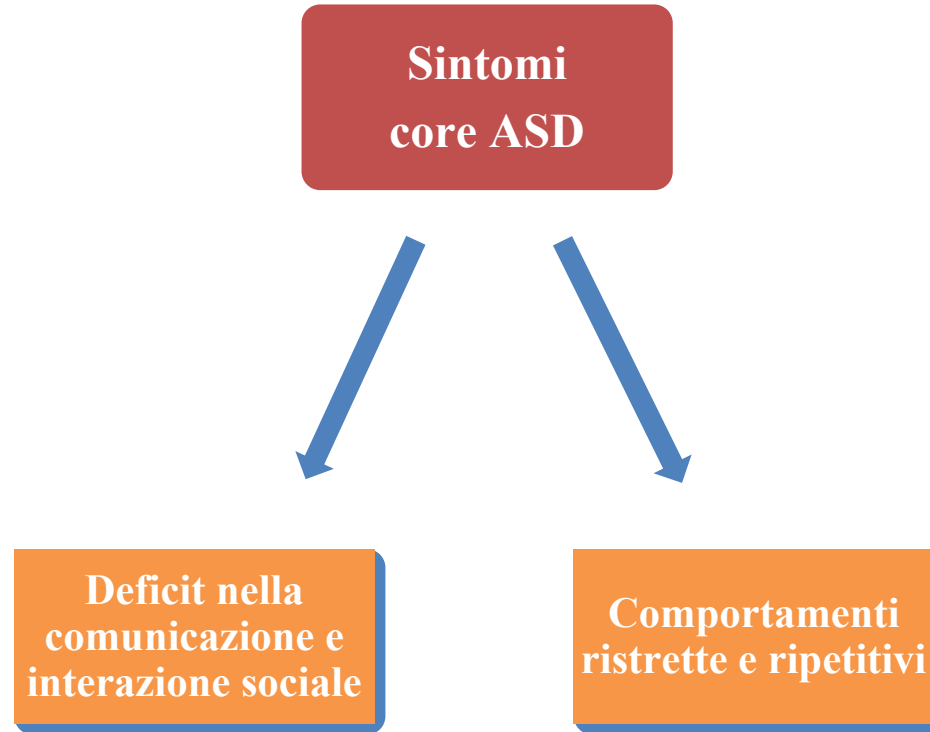
- Scarsa tolleranza alle attese
- Fluttuazioni umorali, caratterizzati da irritabilità e frequenti crisi di pianto, prevalentemente serali, apparentemente immotivati (anche mentre sta effettuando attività piacevoli)
- Saltuaria tendenza ad utilizzare un linguaggio e atteggiamento infantili

A livello generale la famiglia osserva uno stato di fluttuazione periodica caratterizzata da alternanza di giorni in cui mostra maggiore presenza e partecipazione ambientale, atteggiamento più maturo responsabile; e giorni in cui sarebbe maggiormente “assente” con atteggiamento infantile.

Da giugno 2025 persiste la condizione ambientale instabile ma la famiglia vive maggiormente in Ucraina.

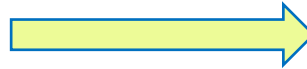






Disregolazione emotiva e regolazione umorale

Regolazione emotiva: modificazione sia della presenza che dell'intensità delle espressioni emotive e il loro adattamento al contesto ambientale (Gross & Thompson (2007).



Disregolazione emotiva (DE) si verifica quando vi sono deficit nelle strategie di regolazione adattiva o quando vengono utilizzate risposte inefficaci, con conseguente discrepanza tra le espressioni/esperienze emotive di una persona e l'ambiente (Gross & Thompson (2007).

L'ED riflette ***una vulnerabilità transdiagnostica*** che connette i sintomi core con la disregolazione comportamentale e affettiva (Mazefsky et al., 2013; McDonald et al., 2024).



Published in final edited form as:

Autism Res. 2021 January ; 14(1): 169–181. doi:10.1002/aur.2450.

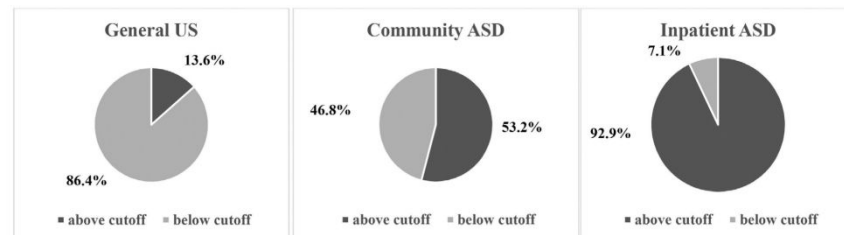
Emotion Dysregulation is Substantially Elevated in Autism Compared to the General Population: Impact on Psychiatric Services

Caitlin M. Conner,

University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, Pennsylvania, USA

La disregolazione emotiva è **4–7 volte più frequente nell'autismo** rispetto alla popolazione generale e rappresenta un predittore significativo di disfunzione psichiatrica e uso dei servizi di emergenza (*Conner et al., 2021*).

EDI-Reactivity



EDI-Dysphoria

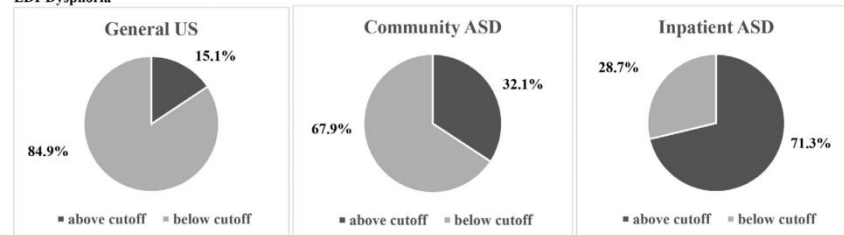


Figure 2.

EDI-reactivity and EDI-dysphoria scores by group (whether or not scores are above clinical cut-offs is based on being one standard deviation above the general population mean).





Review

Emotion dysregulation in autism: A meta-analysis

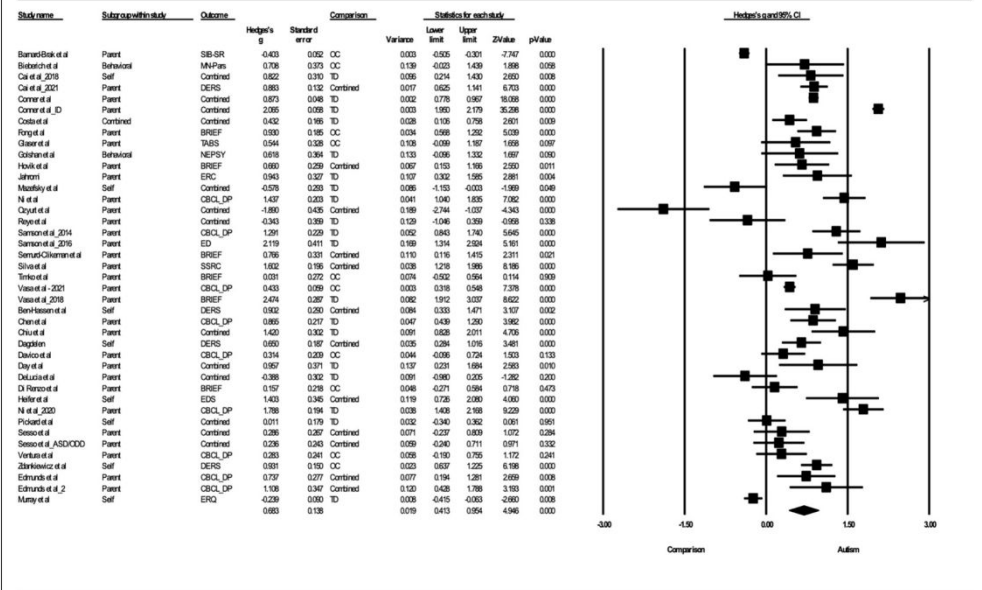
Rachel G. McDonald^{ID}, Mary Isaac Cargill,
Sadaf Khawar and Erin Kang^{ID}

Autism
2024, Vol. 28(12) 2986–3001
© The Author(s) 2024
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/13623613241257605
journals.sagepub.com/home/aut
Sage

La meta-analisi evidenzia che gli individui con autismo mostrano livelli di *disregolazione emotiva* *significativamente più elevati*. L'effect size rispetto ai soggetti neurotipici grande ($g = 1.07$) e rispetto ai soggetti con altri disturbi clinici è minore ma significativo ($g = 0.27$).

L'ED emerge come una dimensione centrale e trasversale dell'autismo correlata a maggior gravità sintomatologica e peggiori esiti adattivi

Emotion Dysregulation Meta Analysis



Le *fluttuazioni dell'umore*, l'irritabilità e la scarsa tolleranza alla frustrazione osservate nel caso possono rappresentare espressioni di una regolazione emotiva compromessa

The Role of Emotion Regulation in Autism Spectrum Disorder

Carla A. Mazefsky, Ph.D., John Herrington, Ph.D., Matthew Siegel, M.D.,
Angela Scarpa, Ph.D., Brenna B. Maddox, M.S., Lawrence Scahill, M.S.N., Ph.D.,
Susan W. White, Ph.D.

The authors propose that impaired ER may be intrinsic to ASD. However, this may increase the risk for developing a psychiatric disorder and co-occurring psychiatric disorders contribute to the clinical picture in some cases. Nonetheless, the reported prevalence of concurrent psychiatric disorders in individuals with ASD may be overstated to explain the behavioral manifestations of emotion dysregulation.⁴⁸ Impaired ER may be a more parsimonious explanation for the degree to which problems with anger and aggression (externalizing behaviors) and anxiety and depression (internalizing behaviors) are seen in ASD. A balance between understanding emotion dysregulation inherent to ASD (perhaps through the identification of subtypes) and the presence of a separate psychiatric disorder is needed. Situations marked by a new constellation of behaviors and symptoms that reflect a clear change in the individual's functioning may call for a second diagnosis (e.g., an episodic mood disorder).⁴⁹



Disturbi percettivi e
del pensiero
Comportamenti
bizzarri

I comportamenti bizzarri osservati nel nostro paziente – come imitazioni animali, gesti diretti a oggetti inesistenti o dialoghi con elementi inanimati – sono stati inquadrati come ***Disturbi percettivi e del pensiero*** difficilmente esplorabili verbalmente con il bambino



Per comprendere meglio il profilo clinico osservato,
abbiamo fatto riferimento al concetto fenomenologico di

Multiple Complex Developmental Disorder



Multiple Complex Developmental Disorder

Tab. I. Criteri diagnostici (da Buitelaar et al., 1998 ⁵, mod.).

1) Regolazione dello stato affettivo (ansia, panico, aggressività)
• Ansia generalizzata, irritabilità, tensione, inusuali paure e fobie peculiari • Ricorrenti episodi di panico e terrore • Episodi di disorganizzazione del comportamento o di regressione con l'emergenza di comportamenti marcatamente immaturi, primitivi e/o auto-aggressivi • Ampie e significative variazioni emozionali con o senza eventi precipitanti • Reazioni ansiose idiosincratiche come periodi di risate o piroette incontrollate o manierismi "sciocchi" inappropriati al contesto
2) Comportamenti sociali e sensibilità interpersonale compromessi
• Disinteresse sociale, evitamento, ritiro e (a volte) scarso uso di atteggiamenti di aggancio sociale, particolarmente con gli adulti • Più spesso i comportamenti sociali possono apparire amichevoli e cooperativi, ma in modo molto superficiale, basati primariamente sul soddisfacimento di bisogni materiali • Inabilità a iniziare o mantenere relazioni sociali con i pari • Legami di attaccamento disturbati con elevato grado di ambivalenza nei confronti dell'adulto, particolarmente nei confronti dei genitori e dei caregivers, come manifestato da adesività, esagerato controllo, comportamenti di richiesta e allontanamento o aggressività, oppositività nei confronti dei genitori, degli insegnanti, dei terapisti • Profonda limitazione nella comprensione empatica e nella lettura delle emozioni altrui
3) Disturbi cognitivi (disordini del pensiero)
• I disturbi del pensiero che sono sproporzionati all'età mentale, includono irrazionalità, improvvise intrusioni sul normale flusso del pensiero, pensiero magico, neologismi o parole non-senso ripetute molte volte, pensiero delirante, idee vistosamente bizzarre e illogiche • Confusione tra realtà e fantasia • Perplessità e facile confusione (difficoltà con la comprensione degli avvenimenti sociali e nel ritenere corretti i pensieri degli altri) • Deliri, incluse fantasie di onnipotenza, preoccupazioni paranoiche, eccesso di coinvolgimento con figure fantastiche, fantasie di grandiosità o di poteri speciali ed idee di riferimento

Non incluso nel DSM-5-TR, il concetto anticipa la visione **dimensionale e transdiagnostica** della psicopatologia



The Association Between Autism Spectrum Disorder and Psychotic Experiences in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) Birth Cohort

Sarah Sullivan, Ph.D., Dheeraj Rai, M.B.B.S., M.R.C.Psych., Jean Golding, Ph.D.,
Stan Zammit, Ph.D., Colin Steer, M.Sc.

I soggetti con diagnosi di disturbo dello spettro autistico (ASD) hanno una maggiore probabilità di riportare esperienze psicotiche (PEs) rispetto ai coetanei neurotipici.

Studio ALSPAC (n = 5.359):

- Bambini con ASD o tratti autistici elevati
→ maggiore probabilità di esperienze psicotiche (PEs) a 12 anni
($OR = 2.81$; $95\% CI = 1.07-7.34$)

Le PEs sono *esperienze subcliniche* (percezioni o convinzioni anomale), **non psicosi franca**

Vulnerabilità neuroevolutiva condivisa tra autismo e psicosi,
non un esito inevitabile verso la schizofrenia.



Nel nostro bambino non vengono osservati chiari elementi ascrivibili a vissuti traumatici relativi all'aver vissuto in contesto di guerra tali da giustificare una diagnosi di ***Disturbo Post traumatico da stress***



Vulnerabilità
post-traumati
ca

Condizione ambientale instabile: continui trasferimenti di domicilio, di frequenza scolastica e di terapia.



Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies

Filippo Varese^{†,1,2}, Feikje Smeets^{†,3}, Marjan Drukker³, Ritsaert Lieve³, Tineke Lataster³, Wolfgang Viechtbauer³, John Read⁵, Jim van Os^{*,3,4}, and Richard P. Bentall¹

Childhood Trauma As a Mediator of the Association Between Autistic Traits and Psychotic Experiences: Evidence From the Avon Longitudinal Study of Parents and Children Cohort

Christina Dardani^{1,9}, Rik Schalbroeck^{*,2,3,4,9}, Paul Madley-Dowd¹, Hannah J. Jones^{1,5,6}, Daniela Strelchuk¹, Gemma Hammerton^{1,5}, Jazz Croft¹, Sarah A. Sullivan^{1,6}, Stan Zammit^{1,6,7}, Jean-Paul Selten^{2,3}, and Dheeraj Rai^{1,6,8}

La relazione tra autismo ed esperienze
psicotiche può essere **mediata dal**
trauma infantile,



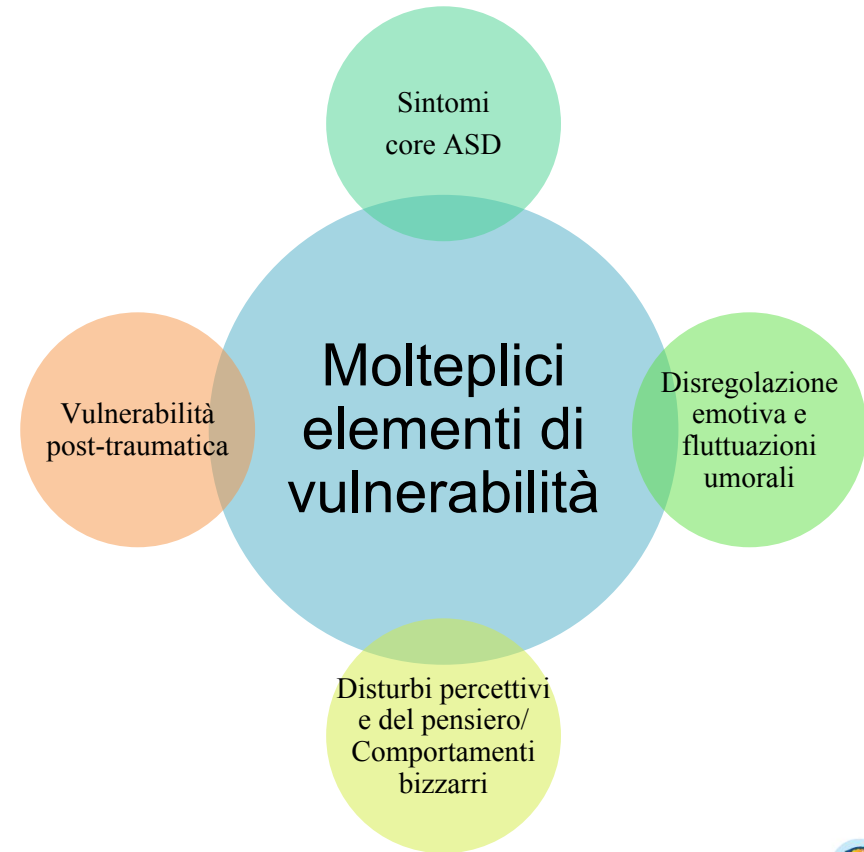
amplifica una vulnerabilità
preesistente senza determinarla.

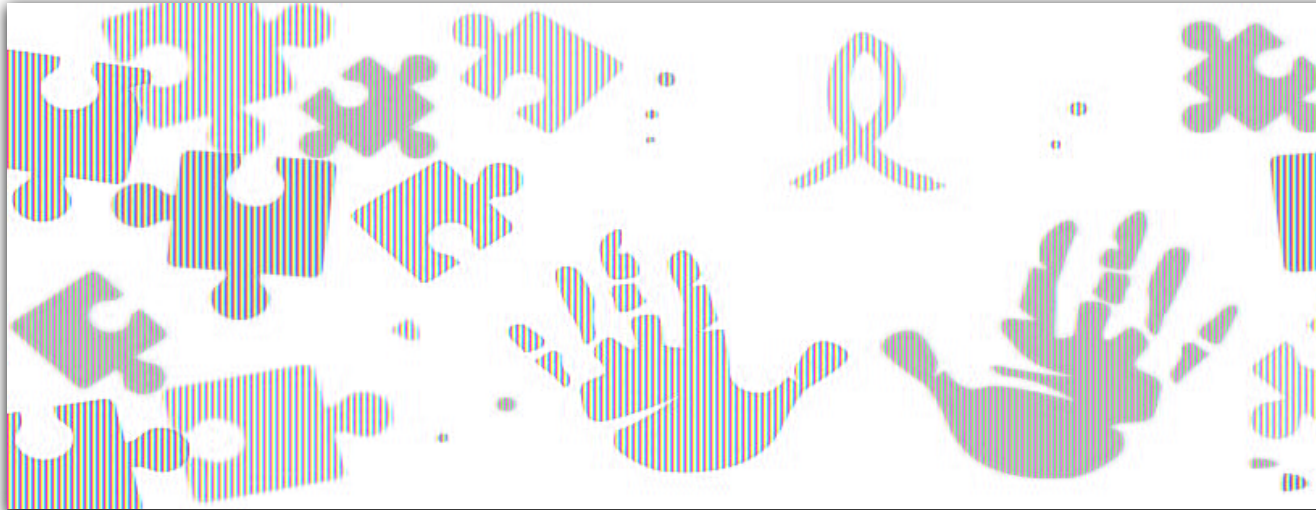


caso clinico complesso caratterizzato da molteplici elementi di vulnerabilità che influenzano l'espressività sintomatologica e l'andamento del quadro clinico



lettura integrata e dimensionale, più che categoriale, per comprenderne a meglio la traiettoria evolutiva





Grazie per l'attenzione!

Valentina Napoli
IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma
Università Cattolica del S. Cuore, Roma
valentina.napoli@opbg.net

