

E. Ross
C. Oliver
*School of Psychology, University
of Birmingham, Birmingham, UK*

La relazione tra comportamenti problema e livelli di umore in persone adulte affette da ritardo mentale grave e profondo

S O M M A R I O

LA RICERCA RIGUARDANTE I DISTURBI DELL'UMORE IN ADULTI AFFETTI DA DISABILITÀ COGNITIVE INDICA CHE LA DEPRESSIONE PUÒ NON MANIFESTARSI ATTRAVERSO IL SUO «QUADRO CLASSICO» NELLE PERSONE CON RITARDO MENTALE GRAVE E PROFONDO, MA PUÒ ANCHE INCLUDERE I COMPORTAMENTI PROBLEMA, CHE SONO DESCRITTI COME «SINTOMI ATIPICI» (AUTOLESIONISMO, AGGRESSIVITÀ E IRRITABILITÀ). LO SCOPO DEL NOSTRO STUDIO ERA DETERMINARE L'ESISTENZA DI UN'ASSOCIAZIONE TRA I COSTRUTTI STRETTAMENTE CORRELATI AI SINTOMI PRINCIPALI DELLA DEPRESSIONE E I COMPORTAMENTI PROBLEMA, IN PERSONE ADULTE CON RITARDO MENTALE GRAVE E PROFONDO. ABBIAMO ESAMINATO L'UMORE E I LIVELLI DI INTERESSE E DI DIVERTIMENTO IN 53 ADULTI CON RITARDO MENTALE GRAVE E PROFONDO APPLICANDO IL *MOOD, INTEREST AND PLEASURE QUESTIONNAIRE* (QUESTIONARIO DELL'UMORE, DELL'INTERESSE E DEL DIVERTIMENTO). IN BASE AI PUNTEGGI DEL QUESTIONARIO ABBIAMO IDENTIFICATO 2 GRUPPI DI ADULTI: UN GRUPPO CARATTERIZZATO DA LIVELLI DI UMORE A BASSO TONO (PUNTEGGIO MINORE; N = 12) E UN GRUPPO DI CONTROLLO (PUNTEGGIO MAGGIORE; N = 12). I GRUPPI PRESENTAVANO DIFFERENZE SIGNIFICATIVE IN BASE AL *MOOD, INTEREST AND PLEASURE QUESTIONNAIRE* ($P < 0,0001$), MA ERANO SIMILI PER QUANTO CONCERNE L'ETÀ, IL GENERE E L'ASSUNZIONE DI FARMACI. LA *CHALLENGING BEHAVIOUR INTERVIEW* (INTERVISTA SUI COMPORTAMENTI PROBLEMA) NON HA MOSTRATO DIFFERENZE TRA I 2 GRUPPI RELATIVAMENTE ALL'AUTOLESIONISMO, ALL'AGGRESSIVITÀ O AI COMPORTAMENTI DISTRUTTIVI NEI CONFRONTI DELL'AMBIENTE. UNA SECONDA ANALISI HA RIVELATO CHE I SOGGETTI CON COMPORTAMENTI PROBLEMA MOSTRAVANO PUNTEGGI SIGNIFICATIVAMENTE INFERIORI NEL *MOOD, INTEREST AND PLEASURE QUESTIONNAIRE* RISPETTO ALLE PERSONE CHE NON ERANO CARATTERIZZATE DA TALI COMPORTAMENTI. NEL PRESENTE ARTICOLO DISCUTIAMO DELLE POSSIBILI RAGIONI DI QUESTI RISULTATI E DELLE IMPLICAZIONI PER LA RICERCA FUTURA.

I problemi di salute mentale nelle persone adulte affette da ritardo mentale hanno ricevuto particolare attenzione a partire dagli anni Ottanta (Sturmey e Sevin, 1993). La maggior parte delle ricerche si è focalizzata sulla presenza di disturbi dell'umore, specialmente in relazione alla depressione (Charlot et al., 1993; Meins, 1995; Davis et al., 1997; Marston et al., 1997). È stato ipotizzato

che gli adulti con ritardo mentale lieve e medio mostrassero la gamma completa dei «sintomi classici» della depressione descritti nei sistemi standard di classificazione diagnostica; per esempio il *DSM-IV/Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (APA, 1996; Sovner e DesNoyers Hurley, 1983; Pawlarczyk e Beckwith, 1987; Meins, 1995; Sturmey, 1995; Marston et al., 1997).

In letteratura, le ricerche sulla depressione in adulti con ritardo mentale grave e profondo sono presenti in numero limitato. La ricerca in questo settore è particolarmente complessa, dato che diversi «sintomi classici» sono rilevabili solo attraverso il colloquio con il paziente. La capacità di riferire verbalmente i sintomi citati precedentemente è estremamente scarsa, se non addirittura assente, nelle persone caratterizzate dalle forme più gravi di ritardo mentale. Meins (1995) concluse che i seguenti criteri del *DSM-III-R/Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (APA, 1987) erano solo parzialmente applicabili nelle persone con ritardo mentale profondo: sentimenti inappropriati di inutilità e di colpa, progetti e tentativi di suicidio e diminuzione della concentrazione.

Attualmente si discute sul fatto che la manifestazione della depressione negli adulti con ritardo mentale grave e profondo possa differenziarsi dai criteri diagnostici tipici. Benché siano stati riscontrati alcuni «sintomi classici» della depressione negli adulti affetti da ritardo mentale grave e profondo (Charlot et al., 1993; Marston et al., 1997), diversi autori hanno suggerito che potrebbero essere presenti «sintomi atipici» in questa popolazione. I «sintomi atipici» sono anche denominati «equivalenti di depressione» (Sovner et al., 1982) o «equivalenti comportamentali di depressione» (Marston et al., 1997).

Le descrizioni dei «sintomi atipici» comprendono la gamma completa dei comportamenti problema, sebbene gli atti di aggressione, l'autolesionismo e l'«irritabilità» siano quelli maggiormente citati. È stato proposto di utilizzare l'aggressione e l'autolesionismo come indicatori dei disturbi dell'umore (Sovner e DesNoyers Hurley, 1983; Lowry e Sovner, 1992; Charlot et al., 1993; Meins, 1995). Alcune descrizioni dell'irritabilità possono essere rintracciate in Charlot et al. (1993), Meins (1995) e Davis et al. (1997). Occasionalmente, le definizioni dei «sintomi atipici» sono limitate all'aumento o all'insorgenza di comportamenti disadattivi e/o alla diminuzione di comportamenti adattivi (Sovner e Lowry, 1990; Meins, 1995).

L'appropriatezza del concetto di «sintomi atipici» sembra essere largamente condivisa. La validità di quest'asserzione è considerata più forte qualora sia identificabile un legame temporale tra l'insorgenza dei sintomi tipici della depressione e i «sintomi atipici» (Meins, 1995). Ciononostante, la conclusione secondo cui la depressione causa i «sintomi atipici» raramente considera la possibile influenza di una terza variabile. Un'eccezione è rappresentata dall'affermazione in base alla quale gli eventi nell'ambiente possono diventare aversivi qualora un individuo sperimenti un particolare sintomo della depressione (Lowry, 1993). Per esempio, una persona che percepisce una perdita di interesse potrebbe mani-

festare l'autolesionismo qualora le venga richiesto di partecipare a un'attività. Inoltre, negli studi che hanno cercato di identificare i «sintomi atipici» sono presenti diverse limitazioni metodologiche significative. In breve, sono evidenziabili tre problemi principali. Primo, le affermazioni riguardanti la manifestazione dei sintomi depressivi nelle persone affette da ritardo mentale grave e profondo si basano su un numero veramente ridotto di soggetti con tali caratteristiche. Secondo, i costrutti investigati, come l'«irritabilità», sono spesso definiti in modo scarno e inconsistente (Lowry, 1994). Terzo, la maggior parte degli studi che hanno tentato di identificare i «sintomi atipici» si basa su principi tautologici; infatti sono stati utilizzati criteri diagnostici modificati, inclusi i «sintomi atipici», per diagnosticare le persone con depressione che hanno in seguito partecipato a ricerche il cui scopo era esplorare le modalità attraverso le quali la depressione stessa si manifestasse in questa popolazione.

Con il nostro studio di carattere preliminare, abbiamo cercato di superare i limiti metodologici precedentemente elencati. Esplorare la gamma completa dei «sintomi classici» di depressione va oltre le finalità del nostro lavoro. Clark et al. (1991) suggerirono che, a causa della mancanza di un sistema di classificazione standardizzato per diagnosticare la depressione nelle persone affette da ritardo mentale, un inizio logico sarebbe rappresentato dall'investigare come un costrutto, per esempio la tristezza, possa essere correlato a un certo numero di comportamenti «difficili». Di conseguenza, lo scopo di questo studio era indagare la relazione tra i costrutti che corrispondono ai due sintomi principali della depressione maggiore e i comportamenti problema in adulti con ritardo mentale grave e profondo. I sintomi principali della depressione maggiore sono: umore a basso tono e diminuzione nei livelli di interesse e di divertimento (*DSM-IV*, APA, 1996). Nel presente lavoro sono stati esaminati i seguenti costrutti: i livelli di umore e i livelli di interesse e di divertimento. Mentre i sintomi della depressione sono caratterizzati da cambiamenti nel comportamento della persona, riassunti concisamente nell'espressione «ridotti livelli di interesse e di divertimento», i costrutti identificati per la presente ricerca non includevano il concetto di modificazioni comportamentali. Nonostante questa differenza, poiché la letteratura evidenzia una possibile associazione tra la depressione e i comportamenti problema, sembra ragionevole ipotizzare che una tale associazione possa esistere tra i costrutti ascrivibili ai sintomi principali della depressione e dei comportamenti problema.

Nel nostro studio ci siamo proposti di confrontare 2 gruppi appartenenti a un campione di 53 persone che partecipavano a una ricerca di più vaste dimensioni (Ross e Oliver, in corso di stampa). I gruppi furono costituiti sulla base dei punteggi ottenuti nel *Mood, Interest and Pleasure Questionnaire (MIPQ)*, strumento impiegato per valutare due aspetti dell'umore nelle persone con ritardo mentale grave e profondo. Un gruppo consisteva nei 12 punteggi più bassi ottenuti nel questionario. I 2 gruppi furono confrontati tramite un'intervista per

valutare i comportamenti problema, la *CBI/Challenging Behaviour Interview* (Oliver et al., osservazioni non pubblicate) per esaminare se esistessero differenze in termini di presenza e gravità dei comportamenti problema.

Metodo

Soggetti

I dati del questionario furono ottenuti per 53 persone con ritardo mentale grave e profondo (Ross e Oliver, in corso di stampa). I soggetti furono sorteggiati secondo modalità random. I partecipanti furono valutati attraverso la parte verbale e quella non verbale delle *Wessex Scales* (Kushlick et al., 1973). Le persone che compilarono il questionario per i 24 soggetti furono successivamente intervistate.

LE PERSONE CHE COMPILARONO IL QUESTIONARIO. Tutte le 24 persone che compilarono il questionario conoscevano i soggetti da almeno 6 mesi. Quindici (62,5%) erano gli educatori dei soggetti, 7 (29,1%) erano i responsabili di un servizio, 1 (4,2%) era un assistente e 1 (4,2%) un genitore.

I SOGGETTI AFFETTI DA RITARDO MENTALE. L'età media del campione totale era di 39,96 anni (DS = 10,88), 15 (62,5%) soggetti erano di genere maschile, 7 (29,2%) presentavano crisi epilettiche, 4 (16,7%) presentavano una diagnosi di autismo. Dai dati raccolti utilizzando le *Wessex Scales*, 12 (50%) soggetti erano non verbali, 12 (50%) erano parzialmente verbali, 24 (100%) erano non alfabetizzati e 13 (54,2%) non avevano problemi di carattere motorio. Non era disponibile una categorizzazione formale dei livelli di ritardo mentale. Nessuno dei partecipanti assumeva farmaci antidepressivi al momento dello studio.

Misurazioni

Mood, Interest and Pleasure Questionnaire

I 25 item del questionario furono suddivisi poiché facevano parte di uno studio più vasto (Ross e Oliver, in corso di stampa). Il questionario è destinato a persone affette da ritardo mentale grave e profondo e richiede la compilazione da parte di persone che conoscono il soggetto per misurare alcuni aspetti comportamentali correlati all'umore, attraverso una scala *Likert* a 5 punti. La subscale «umore» presenta 12 item e la subscale «interesse e divertimento» ne presenta 13. L'accordo tra osservatori e l'attendibilità test-retest per l'intera scala sono 0,69 e 0,76, rispettivamente. L'attendibilità di test-retest per la subscale «umore» è 0,90 e per la subscale «interesse e divertimento» 0,84. Fu riscontrata un'eccellente coerenza interna; 0,94 per la scala totale, 0,89 per la subscale «umore» e 0,90 per la subsca-

la «interesse e divertimento». I punteggi bassi indicano livelli bassi di tono dell'umore e di interesse e divertimento. Il massimo punteggio possibile è 100.

Challenging Behaviour Interview

La prima parte della Challenging Behaviour Interview (Oliver et al., osservazioni non pubblicate) registra le occorrenze di cinque tipologie di comportamento problema definite operazionalmente (autolesionismo, aggressione fisica, aggressione verbale, comportamenti distruttivi verso l'ambiente e vocalizzazioni inadeguate), verificatesi nell'ultimo mese. La seconda parte comprende 14 item, tipo Likert, per ottenere dati riguardanti la gravità di ogni comportamento individuato. Un punteggio più elevato nella prima parte denota un numero maggiore di tipologie di comportamento problema; un punteggio più elevato nella seconda parte indica livelli di gravità maggiore in ogni comportamento problema. La media del coefficiente Kappa nei comportamenti della prima parte della Challenging Behaviour Interview per l'attendibilità di test-retest era 0,86 e per l'accordo tra osservatori era 0,67 (Oliver et al., osservazioni non pubblicate). La media per l'attendibilità di test-retest per la seconda parte era 0,76 e per l'accordo tra osservatori era 0,48. Quindi l'attendibilità complessiva della Challenging Behaviour Interview sembrava buona.

Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped-II

La *DASH-II/Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped-II* (Matson, 1995) è un'intervista per valutare la frequenza, la durata e la gravità dei sintomi psicopatologici nelle persone con ritardo mentale grave o profondo. Si attribuisce agli item un punteggio di 0, 1 oppure 2 per ogni dimensione; i punteggi maggiori evidenziano livelli di psicopatologia più elevati. Nel presente studio furono utilizzati i dati della subscale per l'autismo e per gli altri disturbi generalizzati dello sviluppo.

Farmaci

Durante l'intervista furono raccolti i dati concernenti l'utilizzo di carbamazepine, antiepilettici, antipsicotici e antidepressivi.

Procedimento

Alle persone che compilarono i questionari furono distribuiti dei pacchetti contenenti le Wassex Scales, il Mood, Interest and Pleasure Questionnaire, le istruzioni e una busta con il francobollo. I punteggi ottenuti nel Mood, Interest and Pleasure Questionnaire furono utilizzati per identificare i due gruppi: 1. i 12

soggetti con i punteggi più bassi; 2. i 12 soggetti con i punteggi più alti (il gruppo di controllo). I dati della Challenging Behaviour Interview e della Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped-II furono in seguito raccolti a una distanza dai tre ai quattro mesi dalla compilazione dei primi due questionari.

Risultati

Il gruppo con «umore a basso tono» e quello di controllo furono confrontati relativamente al genere, all'età, ai farmaci somministrati e alle categorie di disabilità delle Wessex Scales («Incontinenza», «Motricità», «Linguaggio», «Cura personale», «Alfabetizzazione» e «Sensorialità»). I risultati non rivelarono differenze significative, indicando che i due gruppi erano confrontabili per quanto concerne queste variabili.

La proporzione di soggetti con diagnosi di autismo era superiore nel gruppo con «umore a basso tono» (N = 4; 33,3%) rispetto al gruppo di controllo (N = 0) e questa differenza era significativa (*Fisher's exact*, $p < 0,01$). Ciononostante, il punteggio medio della subscala per l'autismo e i disturbi generalizzati dello sviluppo non era significativamente superiore per il gruppo con «umore a basso tono» ($\chi = 4,17$, DS = 2,79) rispetto al gruppo di controllo (media = 2,42; DS = 1,38; U = 42, non significativo). Infine, come previsto, i gruppi differivano significativamente nei punteggi totali del Mood, Interest and Pleasure Questionnaire (gruppo con «umore a basso tono»: media = 41,27; DS = 5,83; gruppo di controllo: media = 82,00; DS = 4,75; $t_{(21)} = 18,40$; $p < 0,0001$), nei punteggi della subscala «umore» (gruppo con «umore basso»: media = 24,91; DS = 7,19; gruppo di controllo: media = 43,10; DS = 3,42; $t_{(21)} = 7,85$; $p < 0,0001$) e nei punteggi della subscala «interesse e divertimento» (gruppo con «umore basso»: media = 38,92; DS = 4,29; $t_{(22)} = 13,50$; $p < 0,0001$). Di conseguenza, i gruppi presentavano differenze significative relativamente al Mood, Interest and Pleasure Questionnaire.

Le differenze tra i due gruppi riscontrate nella Challenging Behaviour Interview furono esaminate al fine di esplorare l'ipotesi secondo cui i soggetti con «umore a basso tono» avrebbero mostrato livelli superiori di comportamenti problema rispetto ai controlli. Fu applicato il *Fisher's Exact Test* per esaminare le differenze tra i due gruppi, in relazione alle occorrenze delle categorie dei comportamenti problema misurate nella prima parte della Challenging Behaviour Interview. Il Fisher's Exact Test fu applicato in tutte le categorie eccetto quella «comportamento autolesionistico», per la quale fu possibile utilizzare il test del χ^2 . Nessun risultato fu significativo. Non furono inoltre riscontrate differenze rilevanti tra i gruppi riguardo alle occorrenze totali nelle tipologie di comportamento problema (U = 53,00; $p = 0,29$), come misurato dai punteggi totali nella prima parte della Challenging Behaviour Interview. La media dei punteggi

totali riguardanti le occorrenze per il gruppo con «umore a basso tono» era 1,50 (DS = 1,00) e per il gruppo di controllo 1,08 (DS = 1,50).

Il test U di Mann-Whitney fu applicato per confrontare i punteggi in termini di gravità di ogni categoria di comportamento problema e i punteggi totali della gravità in tutte le categorie di comportamento problema, come misurato nella seconda parte della Challenging Behaviour Interview. Nessun calcolo effettuato attraverso il test U di Mann-Whitney fornì risultati significativi, benché il punteggio della gravità nella categoria del comportamento autolesionistico si fosse avvicinato alla significatività ($U = 39,00$; $p = 0,06$). Infine, non fu riscontrata una differenza significativa tra i due gruppi per quanto riguarda i punteggi totali della gravità ($U = 45,00$; $p = 0,13$), come misurato dai punteggi totali nella seconda parte della Challenging Behaviour Interview. La media totale dei punteggi della gravità per il gruppo con «umore a basso tono» era 34,17 (DS = 27,48) e per il gruppo di controllo 18,92 (DS = 27,97).

Fu condotta un'ulteriore analisi per confrontare l'umore, l'interesse e il divertimento tra i soggetti che mostravano i comportamenti problema e quelli che non li esibivano. Il gruppo che presentava il comportamento problema comprendeva tutti i soggetti nei quali si era verificata almeno una tipologia di tale comportamento nell'ultimo mese ($N = 15$). Il punteggio totale nel Mood, Interest and Pleasure Questionnaire era significativamente inferiore nel gruppo con comportamenti problema (media = 54,40; DS = 20,04) rispetto a quello di controllo (media = 77,75; DS = 15,30; $t_{(21)} = 2,87$; $p < 0,01$). Allo stesso modo, il punteggio nella subscale «umore» era inferiore nel gruppo con comportamento problema (media = 30,67; DS = 10,81) rispetto a quello di controllo (media = 41,37; DS = 6,63; $t_{(21)} = 2,54$; $p < 0,05$); inoltre anche il punteggio nella subscale «interesse e divertimento» era inferiore nel gruppo con comportamento problema (media = 23,73; DS = 11,06) rispetto a quello di controllo (media = 34,56; DS = 10,93; $t_{(21)} = 2,33$; $p < 0,05$). Questi risultati indicano che i soggetti con comportamenti problema presentavano toni dell'umore inferiori rispetto a quelli che non esibivano tali comportamenti.

Discussione

Il nostro studio rappresenta un'analisi preliminare dell'associazione tra i livelli di umore, interesse e divertimento e i comportamenti problema nelle persone adulte affette da ritardo mentale. Questo lavoro può essere considerato innovativo da un punto di vista metodologico rispetto a studi precedenti in cui sono state indagate le relazioni tra depressione e «sintomi tipici» nelle persone con le forme di ritardo mentale più gravi. Questa è la prima ricerca che abbia esaminato la possibilità secondo la quale gli stati interni (toni dell'umore e livelli di interesse e divertimento) potrebbero essere correlati a disturbi comportamentali,

a prescindere dalla diagnosi psichiatrica. Da una prospettiva metodologica, il nostro studio presenta il vantaggio di focalizzarsi esclusivamente sulle persone affette da ritardo mentale grave e profondo con linguaggio limitato o non espressivo e di utilizzare un campione selezionato nelle comunità (in altri studi i partecipanti erano stati selezionati contattando i servizi psichiatrici). Inoltre, nel nostro lavoro viene evitata l'asserzione tautologica che appare in molti studi sui «sintomi atipici» della depressione.

In questo lavoro non sono state rilevate differenze significative tra il gruppo con «umore a basso tono» e quello di controllo per quanto riguarda la presenza o la gravità dei comportamenti problema. Ciononostante, è degno di nota il fatto che il punteggio della gravità per il comportamento autolesionistico fosse maggiore nel gruppo con «umore a basso tono» rispetto al gruppo di controllo e che questi risultati si avvicinassero alla significatività. Questa scoperta è interessante data l'enfasi posta sull'autolesionismo in descrizioni precedenti riguardanti le manifestazioni atipiche della depressione (Sovner e DesNoyers Hurley, 1983; Lowry e Sovner, 1992; Charlot et al., 1993; Meins, 1995; Marston et al., 1997). Ciononostante, è possibile che ogni associazione descritta tra il comportamento autolesionistico e la depressione prevenga dalla fenomenologia di autismo correlata all'umore piatto e al ritiro sociale, interpretati come sintomatologia depressiva. In questo studio, la diagnosi non confermata di autismo era significativamente maggiore nel gruppo con «umore basso», benché i punteggi concernenti la subscale per l'autismo e gli altri disturbi generalizzati dello sviluppo non differissero tra i gruppi. La ricerca futura sull'associazione tra il comportamento autolesionistico e la sintomatologia della depressione, nelle persone adulte affette da ritardo mentale grave e profondo, dovrebbe accertare la presenza dei disturbi appartenenti allo spettro autistico.

Potrebbero esistere diverse spiegazioni per i risultati non significativi del nostro studio. Primo, potrebbero non verificarsi livelli elevati di comportamenti problema quando prevalgono bassi livelli di umore, interesse e divertimento se si utilizzano misurazioni oggettive degli stati emotivi e del comportamento. Secondo, a causa del tempo intercorso tra il questionario e l'intervista, il comportamento dei soggetti di entrambi i gruppi potrebbe essersi modificato, influenzando quindi sui risultati. Un'ultima considerazione concerne il fatto che gli studi nei quali furono individuate correlazioni tra la depressione e i «sintomi atipici» inclusero soggetti con una vasta gamma di sintomi depressivi, non si focalizzarono sui sintomi principali, sull'umore a basso tono e sulla riduzione dei livelli di interesse e divertimento. Di conseguenza, può darsi che l'umore dei nostri soggetti non fosse sufficientemente «basso» perché essi manifestassero livelli elevati di comportamenti problema. Infine, è possibile che i gruppi fossero troppo ridotti da un punto di vista numerico perché si potessero evidenziare delle differenze.

Una seconda analisi rilevò livelli di umore significativamente inferiori nelle persone che presentavano comportamenti problema. Questa differenza era evi-

dente nonostante le piccole dimensioni del campione e merita ulteriori indagini con campioni più vasti. Forse non sorprende che i livelli di umore dovrebbero essere correlati alla natura del comportamento problema, ma quest'affermazione non è rintracciabile in letteratura. Insieme ai risultati della prima analisi, questa scoperta permette di formulare l'ipotesi secondo cui i sintomi «atipici» della depressione potrebbero in effetti contribuire all'insorgenza dell'umore a basso tono piuttosto che esserne soltanto indicatori.

Considerando il presente lavoro e la ricerca precedente, è evidente che sono necessarie ulteriori indagini per chiarire i risultati. Forse i comportamenti appartenenti allo spettro autistico possono rappresentare una variabile che confonde quando si riscontrano le associazioni tra umore a basso tono, autolesionismo, stereotipie e/o comportamenti di ritiro sociale. Inoltre, è possibile che l'umore a basso tono sia un risultato del comportamento problema oppure che il comportamento problema sia un indicatore dell'umore a basso tono. Infine, sarebbe estremamente utile che gli studi futuri in quest'area esaminassero modelli eziologici più complessi; la ricerca inoltre potrebbe tentare di determinare se le manifestazioni del comportamento problema e dell'umore a basso tono siano mediate da una terza variabile (per esempio, influenze ambientali; Lowry, 1994) e se l'umore a basso tono possa influire sul comportamento problema attraverso meccanismi di condizionamento operante, come si suggerisce in letteratura, al momento dell'insorgenza.

— TITOLO ORIGINALE —
The relationship between levels of mood, interest and pleasure and «challenging behaviour» in adults with severe and profound intellectual disability. Tratto da «Journal of Intellectual Disability Research», vol. 46, n. 3, 2002. © Blackwell Science Ltd. Pubblicato con il permesso dell'editore. Traduzione italiana di Costanza Colombi.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (APA) (1987), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 3ª ed. riveduta, Milano, Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (1996), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 4ª ed., Milano, Masson.
- Charlot L.R., Doucette A.C. e Mezzacappa E. (1993), *Affective symptoms of institutionalized adults with mental retardation*, «American Journal on Mental Retardation», n. 98, pp. 408-416.
- Clark A.K., Reed J. e Sturmey P. (1991), *Staff perceptions of sadness among people with mental handicaps*, «Journal of Mental Deficiency Research», n. 35, pp. 147-153.
- Davis J.P., Judd F.K. e Herrmann H. (1997), *Depression in adults with intellectual disability. Part 2: A pilot study*, «Australian and New Zealand Journal of Psychiatry», n. 31, pp. 243-251.
- Kushlick A., Blunden R. e Cox G. (1973), *A method of rating behaviour characteristics for use in large scale surveys of mental handicap*, «Psychological Medicine», n. 3, pp. 466-478.
- Lowry M.A. (1993), *A clear link between problem behaviors and mood disorders*, «Habilitative Mental Healthcare Newsletter», n. 12, pp. 105-110.
- Lowry M.A. (1994), *Functional assessment of problem behaviors associated with mood disorders*, «Habilitative Mental Healthcare Newsletter», n. 13, pp. 97-101.
- Lowry M.A. e Sovner R. (1992), *Severe behaviour problems associated with rapid cycling bipolar disorder in two adults with profound mental retardation*, «Journal of Intellectual Disability Research», n. 36, pp. 269-281.
- Marston G.M., Perry D.W. e Roy A. (1997), *Manifestations of depression in people with intellectual disability*, «Journal of Intellectual Disability Research», n. 41, pp. 476-480.
- Matson J.L. (1995), *The diagnostic assessment for the severely handicapped-II*, Baton Rouge, LA, USA, Scientific Publishers Inc.
- Meins W. (1995), *Symptoms of major depression in mentally retarded adults*, «Journal of Intellectual Disability Research», n. 39, pp. 41-45.
- Pawlarczyk D. e Beckwith B.E. (1987), *Depressive symptoms displayed by persons with mental retardation: A review*, «Mental Retardation», n. 25, pp. 325-330.
- Ross E. e Oliver C. (in corso di stampa), *The development of the Mood, Interest and Pleasure Questionnaire (MIPQ): An informant questionnaire for use in relation to adults with severe and profound learning disabilities*, «British Journal of Clinical Psychology».
- Sovner R. e DesNoyers Hurley A. (1983), *Do the mentally retarded suffer from affective illness?*, «Archives of General Psychiatry», n. 40, pp. 61-67.
- Sovner R., DesNoyers Hurley A. e LaBrie R.A. (1982), *Diagnosing depression in the mentally retarded*, «Psychiatric Aspects of Mental Retardation Newsletter», n. 1, pp. 1-3.
- Sovner R. e Lowry M. (1990), *A behavioural methodology for diagnosing affective disorders in individuals with mental retardation*. In A. Dosen, A. Van Gennep e G.J. Zwanikken (a cura di), *Treatment of mental illness and behavioral disorder in the mentally retarded*, Leiden, The Netherlands, Logon Publications, pp. 65-76.

La relazione tra comportamenti problema e livelli di umore

- Sturmev P. (1995), *DSM-III-R and persons with dual diagnoses: Conceptual issues and strategies for future research*, «Journal of Intellectual Disability Research», n. 39, pp. 357-364.
- Sturmev P. e Sevin J. (1993), *Dual diagnosis: An annotated bibliography or recent research*, «Journal of Intellectual Disability Research», n. 37, pp. 437-448.

