

La diagnosi differenziale del disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività

Gabriele Masi, Stefania Millepiedi

(Divisione di Neuropsichiatria Infantile, Università di Pisa – IRCCS Stella Maris, Calambrone, PI)

Per pochi disturbi dell'età evolutiva le differenze nelle stime epidemiologiche sono così elevate come per l'ADHD, con differenze anche di 20 volte tra paesi con culture psichiatriche anche omogenee. Oltre a ragioni di natura metodologica, gran parte delle disparità sono legate al fatto che la sintomatologia diagnostica dell'ADHD, relativamente aspecifica nei suoi sintomi nucleari, può essere presente anche in altri disturbi psicopatologici dell'età evolutiva dai disturbi della condotta o oppositivo-provocatori, ai disturbi dell'umore depressivi o bipolari, ai disturbi d'ansia, ai disturbi dell'apprendimento. Le cose sono rese ancora più complesse dal fatto che gli stessi disturbi possono essere associati in comorbidità ad un ADHD. Infatti almeno i due terzi dei soggetti con ADHD hanno un altro disturbo psicopatologico associato, che può esercitare una azione di mascheramento diagnostico. Si comprende dunque come il problema della diagnosi differenziale ed il problema della comorbidità siano, nel caso dell'ADHD, strettamente associati. L'interpretazione di questa comorbidità è probabilmente responsabile della gran parte degli errori diagnostici per l'ADHD.

Infatti se la comorbidità è un concetto del tutto generale in psicopatologia infantile, nel caso dell'ADHD il problema del confine tra la sindrome ed altri disturbi associati implica specifici problemi clinici, poiché gli stessi sintomi, ad un diverso grado di intensità, possono essere parte integrante del quadro clinico dell'ADHD, oppure possono comporre quadri clinici che simulano l'ADHD, oppure possono associarsi in comorbidità all'ADHD. E' evidente che le prime due condizioni rappresentano una falsa comorbidità, che può essere svelata solo attraverso un attento processo diagnostico. Ad es. un disturbo del comportamento può essere parte integrante del quadro ADHD; oppure può essere un disturbo autonomo che può entrare in diagnosi differenziale con l'ADHD, e talvolta essere confuso con esso (ad es. come disturbo oppositivo-provocatorio o disturbo della condotta); oppure può essere un disturbo autonomo, ma associato in comorbidità all'ADHD. Anche se da un punto di vista teorico i confini tra queste tre possibilità sono ben tracciabili, nella realtà clinica non sempre questo processo è agevole.

Questa opera di mascheramento da parte delle condizioni in comorbidità è probabilmente uno dei più importanti fattori alla base delle diverse stime epidemiologiche. Questi aspetti sono almeno in parte il riflesso della incertezza dei confini della sindrome ADHD, relativi cioè a che cosa è da considerarsi parte integrante dell'ADHD e cosa no. Se infatti i caratteri nucleari dell'ADHD (disturbo dell'attenzione, iperattività, impulsività) sono sufficientemente definiti, altri aspetti come il disturbo del comportamento, la difficoltà della relazione con gli altri, la disregolazione del tono dell'umore, la labilità del controllo emotivo, la compromissione del funzionamento scolastico fino a

che punto fanno parte del quadro clinico (es. sotto forma di aggressività, demoralizzazione e/o eccitazione, stato di tensione soggettiva, difficoltà nel rendimento scolastico), e da quale punto in poi sono condizioni associate in comorbidità o addirittura condizioni che simulano un ADHD (ad es. un disturbo oppositivo-provocatorio o un disturbo della condotta, un disturbo depressivo o un disturbo maniacale, un disturbo d'ansia, un disturbo dell'apprendimento)?