

La complessità della valutazione diagnostica

Dino Maschietto

(ASL di San Donà di Piave VE)

Come abbiamo già detto l'ADHD è diventato oggetto di interesse in Italia solo da pochi anni, in modo serio da circa 6-7 anni, grazie soprattutto all'iniziativa del Dott. Marzocchi, con cui abbiamo realizzato il primo congresso sull'ADHD a San Donà di Piave nel 1999 e da allora l'interesse è andato aumentando.

E' una diagnosi abbastanza difficile, complessa; questo lo dico perché ci è capitato nella nostra esperienza di vedere bambini provenienti da svariate regioni d'Italia con una diagnosi di ADHD alle spalle, che avevano tutt'altro. L'assenza di conoscenza, più che la disconoscenza ha spesso portato questi bambini ad essere diagnosticati come affetti da tutt'altro disturbo. Spesso si faceva riferimento a un disturbo della sfera affettiva-emotiva o a problematiche di natura sociale e conseguentemente venivano trattati per vari anni con psicoterapie individuali di vario tipo, con interventi familiari, tanto che i genitori arrivavano alla disperazione pur di trovare una risposta che fosse congruente al problema stesso.

La diagnosi di ADHD è molto complessa, perché utilizzando i parametri del DSM-IV, cioè parametri di tipo descrittivo, si incorre spesso nell'errore di diagnosticare ADHD qualcosa che di ADHD non è. Questo perché la sintomatologia della ADHD è in larga parte sovrapponibile ad altri tipo di disturbo che poi andremo a vedere. E' vero che a volte l'ADHD è associato ad altri tipi di disturbo ma è anche vero che a volte non è un ADHD, anche se gli assomiglia. Non c'è un sistema univoco dei sintomi patognomonici o degli strumenti sufficientemente sicuri per poter porre diagnosi di ADHD. E' una diagnosi che si avvale di vari strumenti, una diagnosi di tipo multifocale; fondamentale è una buona raccolta anamnestica, ma importanti sono anche due passaggi in particolare: la valutazione neuropsicologica e la valutazione clinica-osservazionale basata sul lavoro diretto col bambino.

L'osservazione clinica del bambino

Noi in sintesi, raccogliamo una buona storia parlando con i genitori, analizzando tutte le fasi dello sviluppo, soprattutto quelle relative alle modalità di alimentazione, ritmi di alimentazione, ritmi di sonno-veglia, stiamo molto attenti a rilevare ritardi nell'acquisizione del linguaggio, poiché abbiamo spesso visto che un ritardo nel linguaggio si accompagna ad una sintomatologia che si avvicina molto all'ADHD. Chi ha ritardo severo nel linguaggio a tre anni, può già presentare sintomi di irrequietezza, iperattività, instabilità, irritabilità. Cerchiamo inoltre di capire se nella famiglia ci sono stati altri casi che possano rimandare ad una possibile diagnosi di ADHD, e poniamo molta attenzione nella storia familiare di questo bambino di patologie dell'umore. Questo perché è soprattutto difficile la diagnosi differenziale tra un bambino affetto da ADHD e un bambino affetto da un disturbo dell'umore, soprattutto di tipo bipolare, cioè si tratta di bambini che presentano una sintomatologia vagamente maniacale e che hanno sintomatologia di irrequietezza, disattenzione, impulsività, incompiutezza di tutte le attività che intraprendono che sono largamente sovrapponibile all'ADHD.

Quindi si valuta il bambino, attraverso una batteria neuropsicologica standardizzata che prevede, a seconda delle età, la somministrazione di alcuni test. I test che noi usiamo a partire dai 4 anni sono i test delle Campanelle, che permettono di valutare l'attenzione focale, l'attenzione sostenuta, l'MF, utilizziamo poi delle prove carta-matita e il CP, la torre di Londra, che è una prova di tipo strategico abbastanza sensibile rispetto alla diagnosi di ADHD e il Change Task, che è lo strumento neuropsicologico più sensibile.

Fatta questa batteria, la si va poi a confrontare con le variabili osservative, la qualità del rapporto di lavoro nel gioco o nel colloquio che il bambino manifesta nella valutazione clinica. Noi consideriamo

variabili di tipo affettivo e variabili di tipo cognitivo per cercare di capire se i sintomi che il bambino presenta siano riferibili al quadro di ADHD.

La qualità del rapporto

La prima cosa è valutare l'atteggiamento iniziale che il bambino assume di fronte alla nuova situazione. Se il bambino che abbiamo di fronte appare ritirato, disinteressato, poco disponibile alla situazione, all'adattamento, talora sospettoso dell'ambiente circostante, mentre dalla storia con i genitori ci viene descritto come un bambino sempre in movimento, distratto, incapace di star fermo, con vuoti di memoria, già qui possiamo pensare di non essere davanti a un bambino vero con ADHD. Questi bambini, quando si parla loro, hanno un tono di voce basso, monotono, che rispondono senza mai sviluppare adeguatamente il tema che viene loro proposto e che si muovono sulla scorta di risposte poco sviluppate, hanno una mimica poco mobile e un atteggiamento inizialmente molto composto. Ci sono invece bambini che fin da subito presentano un'estrema facilità di contatto, sono invadenti, usano l'osservatore per esibire le loro capacità, hanno subito bisogno di iniziare qualcosa, non hanno nemmeno quel minimo di cautela o di riservatezza che il vero bambino ADHD ha, almeno di primo acchito. Tali bambini sono quelli che hanno disturbi dell'umore ad estrinsecazione cosiddetta maniacale o ipo-maniacale. Ci sono invece dei bambini che si dimostrano immediatamente disponibili ma con un atteggiamento passivo, sono piuttosto compiacenti, amano, desiderano soddisfare le richieste che il clinico pone loro. E questo può essere compatibile con un disturbo di tipo depressivo.

Il vero ADHD nel primo approccio, mostra una certa cautela però è un bambino che fin da subito muove lo sguardo per la stanza alla ricerca di qualcosa che lo attragga e rispetto al rapporto col clinico ha un'attenzione che oscilla: a momenti è disponibile, in altri momenti chiede di riformulare la domanda perché stava pensando o guardando qualcosa che non gli ha permesso di recepire quanto gli veniva chiesto.

Per quanto riguarda la qualità del rapporto, il bambino ansioso è continuamente alla ricerca di rassicurazioni, in quello depresso c'è spesso la ricerca di compiacenza e mostra un atteggiamento di dipendenza e di passività e un'affettività poco espressa. Nel bambino ADHD la relazione con l'osservatore si caratterizza con la frammentarietà: lo mantiene o lo sospende a seconda che la sua attenzione sia convogliata verso ciò che il clinico sta dicendo o sia attratto da altri stimoli, ma in entrambi i casi il bambino viene percepito sempre come presente, non distaccato.

L'eloquio

Eloquio, tono di voce e velocità dell'eloquio sono altri aspetti importanti per arrivare a formulare un inquadramento corretto. I bambini depressi o ansiosi usano un tono di voce basso, monocorde, piatto, ed un eloquio lento, povero di contenuti, il più spesso costituito da risposte brevi alle domande che vengono rivolte loro. Un tono di voce alto, quasi urlato, eloquio rapido, continuo, i cui i contenuti sono affastellati, confusi è caratteristico di un bambino con disturbo dell'umore di tipo maniacale. In entrambi i quadri, tono di voce e velocità dell'eloquio si mantengono abbastanza stabili nel corso della visita. Nel bambino ADHD si ha estrema variabilità: tono e velocità passano da livelli vicini a quelli dei bambini normali a livelli elevati, soprattutto in concomitanza con l'eccitazione verso qualcosa nella stanza o con il divieto e la frustrazione.

La situazione di gioco

Nel bambino depresso i contenuti sono poveri di creatività e si collocano spesso ad un livello inferiore rispetto a quanto atteso per età; le proposte di cambiamento vengono accettate passivamente senza generare alcuna apparente reazione emotiva; è spesso necessario sollecitarlo perché svolga quanto avviato.

Il bambino ansioso presenta contenuti adeguati rispetto al gioco, ma modalità di svolgimento spesso ripetitive al fine di evitare l'imprevedibile, il cambiamento. Quest'ultimo, quando proposto, ingenera timore e inibizione, aumento delle richieste di conferma e di rassicurazione.

Il bambino dall'umore maniacale presenta un gioco frenetico, caotico, apparentemente privo di un filo conduttore; le proposte dell'adulto non vengono tenute in alcun conto. I giochi non vengono completati, ma rispetto all'ADHD si nota una migliore capacità organizzativa.

Anche il bambino ADHD cambia spesso di gioco, non porta a termine il gioco che sta facendo, se non quando il gioco è per lui particolarmente interessante, ma i livelli di organizzazione sono nettamente inferiori di quanto avvenga nel bambino con disturbo dell'umore. Il bambino ADHD si immerge nel gioco con entusiasmo, esprime contenuti adeguati ma si osserva l'incapacità di svolgerli compiutamente, nonché l'incapacità di accettare le regole del gioco. Il cambiamento viene quasi sempre accettato con entusiasmo per l'attrazione che la novità esercita, per perdere facilmente interesse poco dopo l'introduzione della novità.

Non c'è nessun altro disturbo, oltre all'ADHD dell'età evolutiva che comporti l'associazione con almeno un altro disturbo, se non addirittura tre-quattro altri disturbi.

Il trattamento

Il trattamento che noi mettiamo in atto è questo: tra i 4 e i 6 anni, intervento con i genitori e intervento presso gli insegnanti; dai 6 anni in avanti cambia. Infatti quando il quadro clinico è particolarmente severo e il bambino non è in grado di controllare il suo comportamento spontaneamente, semplicemente attraverso un intervento di tipo psico-educativo, cognitivo, in tempi abbastanza brevi, allora si somministrano farmaci. Accanto all'intervento farmacologico, si continua con il lavoro con la famiglia (il parent training) e con la scuola. Verso gli 8 anni, si propone il training autoregolativo secondo il modello messo a punto dal gruppo del Professor Cornoldi.

L'utilizzo del farmaco è curativo, per due ragioni: nel bambino ADHD intelligente, l'utilizzo del farmaco permette di sperimentarsi quotidianamente in un modo diverso da quello che era invece precedente all'utilizzo del farmaco. Un bambino che incomincia a diventare meno impulsivo, più stabile e riceve ritorni più stabili dall'ambiente per questo suo cambiamento di comportamento, acquisisce almeno in parte da solo la capacità di modificarsi, impara dalla sua stessa esperienza nuova. Il secondo motivo è che il farmaco riattiva le parti del genoma che sono più silenti o poco funzionanti.