

Un sistema di valutazione clinica per bambini con DDAI

D. Maschietto

ASL n. 10 San Donà di Piave

E' indubbio che in questi ultimi anni sono in aumento richieste di consulenza a favore di bambini dai quattro ai quattordici anni di età che presentano problemi di comportamento/di attenzione, a casa e/o a scuola.

Tuttavia, dal punto di vista clinico si riscontra un crescente interesse al problema della diagnosi di disturbi che investono lo sviluppo della personalità del bambino, la capacità di acquisire competenze autoregolatrici nei confronti dell'impulso e/o di pianificare un'azione. Infatti, ad esempio alcuni ricercatori si interrogano sulla validità diagnostica del Disturbo da deficit attentivo/iperattività (Coffey, 1997; Romani, Sogos e Levi, 1998); inoltre, dal punto di vista descrittivo possiamo trovare nel DSM IV e nell'ICD 10 molti disturbi caratterizzati da sintomi che si sovrappongono tra loro all'interno di diagnosi diverse (es. alcuni sintomi DDAI:

- il bambino spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro, o in altre attività;
- spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco,
- spesso non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente.

Analogamente, il Disturbo di Personalità di tipo Narcisistico vede un bambino che richiede costante attenzione da parte degli altri, appare incurante dei richiami, non riesce a mantenere l'attenzione su un compito per un tempo sufficientemente prolungato.

Inoltre, queste problematiche sono accompagnate anche a Difficoltà di Apprendimento Scolastico.

Il mio contributo intende verificare se il modello bio - energetico di Sergeant et al. (1998) consenta di individuare e di interpretare almeno un certo numero di situazioni cliniche riconducibili al Disturbo da deficit attentivo/iperattività.

Questo modello infatti consente di selezionare tra le numerose prove attentive quelle che possono consentire di individuare una disfunzione in alcuni meccanismi di inibizione dell'impulso, di pianificazione di un compito e di capacità di non perseverare nell'errore. Per questo motivo abbiamo sottoposto ad un gruppo di bambini segnalati all'Unità Operativa di NPI per problemi di comportamento alle seguenti prove diagnostiche:

- MF di Cornoldi et al. (1996)
- CP di Cornoldi et al. (1996)
- Test delle Campanelle di Biancardi e Stoppa (1997)
- Torre di Londra (Krikorian et al., 1994)

Lo scopo del mio intervento è quello di illustrare i differenti profili neuropsicologici emersi dalle prestazioni fornite dai soggetti del campione e la relazione esistente tra questi e le difficoltà di apprendimento scolastico.

Bibliografia

- Biancardi, A. e Stoppa, E. (1997). Il test delle Campanelle modificato: una proposta per lo studio dell'attenzione in età evolutiva. *"Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza"*, 64, 73-84.
- Coffey, B. (1997). Attention Deficit Hyperactivity Disorder, in J. Noshpitz, P. Kernberg, J. Bemporad (eds), *"Handbook of Child and Adolescent Psychiatry"*, vol ii, New York, Wiley.
- Cornoldi, C. Gardinale, M., Masi, A., Pettenò, L. (1996). *"Impulsività ed autocontrollo"*, ed. Erickson (TN).
- Krikorian R., Bartok J. & Gay N. (1994). Tower of London procedure: a standard method and developmental data. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 16, 840-850.

- Romani, M., Sogos, C., Levi, G. (1998). ADHD e percorsi evolutivi appunti di ricerca, in *“Psichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza*, 65, 247-256.
- Sergeant, J.A., Van der Meere, J.J. & Oosterlaan, J., (1999). Information processing and energetic factors in attention-deficit/hyperactivity disorder. In H.C. Quay & A. Hogan (Eds), *Handbook of disruptive behavior disorders*, New York: Plenum Press (pp. 75-104).