

**IL DISTURBO DA DEFICIT DELL'ATTENZIONE ED IPERATTIVITA':
DIAGNOSI DIFFERENZIALE
di G.Masi, S. Millepiedi, M. Mucci**

La diagnosi di ADHD è un processo alquanto difficile in quanto non esistono test diagnostici di per sé sufficienti a identificarlo. La diagnosi infatti si basa sulla raccolta di informazioni provenienti da molteplici fonti: in special modo questionari compilati da genitori ed insegnanti e osservazione diretta. Particolarmente delicati diventano quindi la diagnosi differenziale e le diagnosi di comorbidità. La prima diagnosi differenziale è quella tra la patologia e la normalità. Anche l'ADHD infatti, come diverse altre patologie (psichiche e non), si sviluppa su un continuum che va dal normale al patologico. E' necessario individuare una soglia di rilevanza clinica oltre la quale si può fare una diagnosi di deficit di attenzione. Tale soglia è solitamente rappresentata dalla compromissione funzionale che il disturbo comporta, anche se non bisogna dimenticare che essa dipende dal contesto socio-culturale in cui l'individuo è inserito.

Criteri diagnostici orientativi sono: la precocità di esordio, la persistenza dei sintomi (almeno sei mesi), la pervasività (diversi ambienti), l'intensità, la finalizzazione di iperattività-impulsività, l'interferenza funzionale con i contesti di vita quotidiani.

Situazioni cliniche che invece possono indurre ad una erronea diagnosi di ADHD sono: quadri reattive a sfavorevoli condizioni ambientali (contesto ambientale degradato, contesto familiare caotico, condizioni educative incongrue, inadeguatezza scolastica, psicopatologia familiare, problemi familiari situazionali), disturbi neuroevolutivi (deficit sensoriali, del linguaggio, dell'apprendimento o ritardo mentale più o meno grave), affezioni sistemiche o a carico del SNC (epilessia, esiti di traumi cranici, nascita pretermine, disturbi tiroidei, affezioni dermatologiche, disturbi del sonno, manifestazioni iatrogene ad es. da barbiturici o antiepilettici, abuso di sostanze).

Un ulteriore punto estremamente delicato è la diagnosi differenziale e/o di comorbidità con altre psicopatologie. Per tale motivo passeremo in rassegna il rapporto dell'ADHD con alcune di esse:

1. Disturbo oppositivo-provocatorio (DOP)
2. Disturbo della condotta (DC)
3. Depressione (depressione maggiore, distimia)
4. Disturbo bipolare ((ipo)maniacale, misto)
5. Disturbi d'ansia generalizzata
6. Disturbo ossessivo-compulsivo (più o meno sindrome di Tourette)
7. Disturbi pervasivi dello sviluppo
8. Disturbo di adattamento con alterazione della condotta
9. Disturbi della personalità

1. e 2. Il disturbo oppositivo-provocatorio (DOP), il disturbo della condotta (DC) e il ADHD sono spesso correlati tra loro. La maggioranza dei bambini sotto i 12 anni con DOP e/o DC hanno anche ADHD, ma adolescenti con DC ad esordio tardivo spesso (70-80%) non hanno ADHD. Si ipotizza quindi che il disturbo da deficit di attenzione possa essere un precursore del DOP/DC. E' abbastanza frequente che il DOP evolva in DC e che quest'ultimo degeneri in Disturbo Antisociale (circa 1/3 dei soggetti con DC). Più precoce è l'insorgenza del DC più infausta è la prognosi. L'ADHD, specie se ad esordio precoce, è un fattore di rischio per un DC. Inoltre l'associazione di ADHD e DC aumenta la possibilità di sviluppare un disturbo antisociale di personalità. Il fattore che influenza maggiormente il degenerare o meno delle patologie è comunque quello sociale.

E' quindi particolarmente la diagnosi differenziale in questi casi. Alcuni criteri sono:

- la familiarità con D.antisociale prevale in bambini con DC e ADHD+DC, non in bambini con solo ADHD;
- il livello socioeconomico inferiore e maggior frequenza di esperienze precoci negative prevalgono nei casi di DC;
- gravità maggiore in soggetti con DC, minore iperattività e inattenzione, mentre è uguale il livello di impulsività;
- miglior prognosi per i bambini con ADHD;
- trattamento con psicostimolanti efficace con bambini ADHD e ADHD+DC, ma non con DC puri.

3. Ci può essere comorbidità anche tra ADHD e Depressione (10-50%). Solitamente si caratterizza per un'insorgenza più tardiva, una maggior compromissione cognitiva e sociale. In altri casi la depressione può insorgere in un secondo momento rispetto l'ADHD, ma non significa che dipenda da quest'ultima. Infatti la depressione non è più frequente in adolescenti o adulti con pregresso ADHD. Bisogna fare attenzione a distinguere la depressione da episodi depressivi-disforici di carattere però transitorio, che alcuni soggetti ADHD possono avere, in seguito ad un qualche evento sfavorevole, specie in età puberale. In genere tali episodi non manifestano sintomi importanti di depressione quali l'anedonia, il senso di colpa, l'ideazione suicidaria o la mancanza di energia. Alcuni criteri per la diagnosi differenziale tra depressione e ADHD sono:

- la precocità;
- l'intensità;
- la finalizzazione di iperattività-impulsività, in genere l'impulsività è ridotta anche nei casi di comorbidità, ed è minore anche il rischio di evoluzione dissociale.

Sono soggetti a rischio di comorbidità invece coloro che hanno tra i parenti di primo grado persone con ADHD, depressione o entrambe. Mentre i figli di genitori depressi hanno maggior probabilità di sviluppare ADHD. Si è pertanto ipotizzato un legame genetico tra depressione e ADHD.

4. Un'ulteriore importante associazione si ha tra ADHD e disturbo bipolare (10-15%). In questo caso la diagnosi differenziale è di fondamentale importanza per la pianificazione del trattamento: infatti gli psicostimolanti possono peggiorare l'eccitazione della maniacalità e nel caso di comorbidità di deve decidere se affrontare prima il disturbo dell'umore (stabilizzatori dell'umore) o se associare il due trattamenti. I fattori che possono guidare nella diagnosi differenziale sono la più precoce insorgenza dell'ADHD, il fatto che l'impulsività e l'iperattività siano meno finalizzate, e l'andamento più continuo omogeneo dei sintomi. Inoltre non ci sono pensieri di grandiosità, fuga di idee, ipersessualità e umore espanso. E' altresì importante l'anamnesi familiare: presenza di parenti con temperamento ipertimico o ciclotimico, diagnosi di DB, tendenza all'alcolismo.

5. Nel 25% dei casi c'è un'associazione tra ADHD e Disturbi d'ansia (GAD, fobie, ansia da separazione, fobia sociale e panico). Solitamente questa comorbidità si ha in soggetti con deficit di attenzione senza iperattività. In questi casi i soggetti presentano minore impulsività, minor frequenza di disturbi della condotta maggiori difficoltà relazionali, specie in età adolescenziale. Mentre nel caso di soggetti affetti solo dal disturbo di ansia si è riscontrato un maggior problema nella capacità di concentrazione ed una maggiore tensione soggettiva, da un punto di vista comportamentale una maggiore irritabilità ed iperattività, da quello emozionale infine, una maggior labilità, demoralizzazione e necessità di rassicurazione. Inoltre le manifestazioni comportamentali sono meno intense, prevalgono le ansie anticipatorie e le manovre di evitamento.

6. Nel 30% di casi di disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) sono presenti sintomi ADHD (deficit attentivo, impulsività e discontrollo degli impulsi). Altrettanto alta è la frequenza di ADHD

e sindrome de la Tourette. Spesso la vistosità dei sintomi della sindrome lasciano cadere in secondo piano i sintomi dell'ADHD, al contrario invece la presenza di tic dovrebbe indurre ad una ricerca sistematica delle manifestazioni del disturbo attentivo. Nei casi di comorbidità è frequente la presenza di irritabilità, discontrollo degli impulsi e manifestazioni autolesioniste. La presenza o meno di comorbidità con tali disturbi ha delle ripercussioni importanti sul trattamento: sembra infatti che gli stimolanti peggiorino la frequenza dei tic. Recenti ricerche, però, smentiscono tali ipotesi, specie se vengono usati farmaci alfa-afrenergici (clonidina). E' comunque opportuno curare contemporaneamente entrambe le patologie.

7. Infine di difficile risoluzione è il problema della diagnosi differenziale tra ADHD e i disturbi pervasivi dello sviluppo non autistici (PDD), in quanto si manifestano in età molto precoce (3-6 anni).

Gli elementi di sovrapposizione sono diversi: l'iperattività, l'irrequietezza, il negativismo, la labilità emotiva. Aspetti caratteristici del PDD sono invece: la ripetitività, la stereotipia, i disturbi della comunicazione ed il ritiro sociale.

Anche in questo caso ci sono importanti implicazioni sul trattamento (uso di psicostimolanti o di stabilizzatori dell'umore atipici).

Da quanto detto si può dedurre quanto sia importante una corretta diagnosi psicopatologica. E questa dipende da una corretta e attenta metodologia, che comprende i seguenti aspetti:

- Anamnesi familiare (clinica e subclinica), che implica l'indagine dell'incidenza di ADHD o di altre psicopatologie nella famiglia (esternalizzati, umore, ansia), di abitudini atipiche (instabilità affettiva e comportamentale), di condizioni psicosociali particolari, conflitti familiari, il livello di stress, l'elaborazione dei conflitti (indice di impulsività);
- Anamnesi personale
- Intervista diagnostica (strutturata);
- Valutazione medica;
- Rating scales;
- Valutazione neuropsicologica e funzionale (se opportuna).

Per una corretta diagnosi differenziale è invece opportuna una buona Anamnesi personale, che indagare i seguenti aspetti:

- nascita pretermine, sofferenza perinatale, possibili danni al SNC
- modalità di esordio e di sviluppo dei sintomi, pervasività e stabilità
- livello di funzionamento, interferenza funzionale
- funzionamento scolastico, emotivo e sociale.