

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione ed Iperattività: Diagnosi differenziale

**Gabriele Masi, Stefania Millepiedi, Maria
Mucci**

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

La diagnosi di ADHD è clinica e si basa sulla raccolta di informazioni da fonti multiple (in particolare i genitori e gli insegnanti) e sulla osservazione diretta.

Non esistono test diagnostici sufficienti di per sé (inclusi i questionari ed i test psicologici).

Elementi fondamentali della diagnosi sono la individuazione dei falsi positivi (diagnosi differenziale) e dei disturbi in comorbidità.

Specificità della diagnosi differenziale

I sintomi cardine (iperattività, impulsività, inattenzione) POSSONO:

- essere parte integrante del quadro clinico dell'ADHD
- essere parte di un quadro clinico che simula un ADHD
- essere parte di un quadro clinico che si associa all'ADHD

Diagnosi differenziale e comorbidità sono tra loro strettamente correlate

Specificità della diagnosi differenziale

Es: Iperattività, impulsività e disturbo attentivo possono essere presenti in:

- ADHD
- Disturbo bipolare pre-puberale (ipomania)
- ADHD + Disturbo bipolare pre-puberale

Le tre diverse possibilità implicano diversi percorsi evolutivi e diversi trattamenti

L'interpretazione della diagnosi differenziale e della comorbidità condiziona le stime epidemiologiche.

Tendenza ad attribuire i sintomi ADHD a disturbi in diagnosi differenziale o in comorbidità

Mascheramento diagnostico

Specificità della diagnosi differenziale

- Diagnosi differenziale con le condizioni di normalità
- Diagnosi differenziale con disturbi reattivi a sfavorevoli condizioni ambientali
- Diagnosi differenziale con disturbi dello sviluppo o affezioni sistemiche o del SNC
- Diagnosi differenziale con altri disturbi psicopatologici

Diagnosi differenziale normalità-patologia

I sintomi dell'ADHD rappresentano dimensioni in un continuum normalità-patologia, per cui è necessario individuare una soglia di rilevanza clinica, ed anche una soglia di allarme subclinica, che può associarsi ad una compromissione funzionale.

La compromissione funzionale, e quindi la soglia clinica, sono legate ad un contesto socio-culturale specifico.

Diagnosi differenziale normalità-patologia

La difficoltà di individuare una soglia chiara è stata utilizzata come elemento per sostenere l'inconsistenza nosografica del disturbo (i cosiddetti “bambini vivaci”).

Un continuum tra normalità e patologia è presente in gran parte dei disturbi psichici (es. depressione, ansia, ecc), ma anche in disturbi non psichici (ipertensione, ipercolesterolemia) la cui validità nosografica è fuori dubbio.

Diagnosi differenziale normalità-patologia

Esistono temperamenti che comportano una vulnerabilità costituzionale per ADHD?

Temperamento “difficile” (Thomas e Chess)

Temperamento ipertimico (Akiskal)

Temperamento disinibito (Kagan)

Temperamento “novelty-seeking” (Cloninger)

	Anx-Dep (n=25)	Anx (n=33)	ADHD (n=25)	Norm (n=28)	p
Emotion	3.3(.8)	2.9(.9)	2.3(.8)	2.1(.8)	<.001
Activity	3.2(1)	3.4(.7)	4.4(.8)	3.6(1)	<.001
Sociabil	3.3(.7)	3.2(.4)	3.4(.8)	3.6(.6)	.232
Shyness	2.9(.9)	2.8(.7)	2.2(.8)	1.9(.7)	<.001

**Mean scores and standard deviations of EAS
temperament subscales in four groups of probands**

Masi et al., Child Psychiatry Hum Dev, 2002

Criteri diagnostici orientativi

- Precocità (primi anni di vita)
 - Persistenza (almeno 6 mesi, in genere anni)
 - Pervasività (diversi ambienti di vita)
 - Intensità
 - Finalizzazione di iperattività-impulsività
 - Interferenza funzionale (scuola, tempo libero, famiglia, relazioni sociali, ecc.)
- (come si misura l'interferenza in bambini?)**

Diagnosi differenziale con quadri reattivi su base ambientale

Contesto ambientale degradato (modelli impulsivi)

Contesto familiare caotico (incoerenza di modelli)

Condizioni educative incongrue (ipostimolazione)

Inadeguatezza scolastica (rigidità, b. iperdotati)

Psicopatologia familiare (depressione materna)

Problemi familiari situazionali (divorzio, ecc.)

Interazione tra condizioni ambientali sfavorevoli e vulnerabilità costituzionale

Sovrapposizione tra condizioni ambientali sfavorevoli e vulnerabilità costituzionale

Una vulnerabilità costituzionale (deficit nei processi di controllo inibitorio) può essere slatentizzata da condizioni di più basso livello sociale, impulsività familiare (modelli caotici), psicopatologia parentale, esperienze traumatiche acute e croniche.

I fattori psicosociali correlano con ADHD o con ADHD+DOP-DC?

Diagnosi differenziale con disturbi neuroevolutivi

Disturbi sensoriali (visivi, uditivi)

Disturbi del linguaggio

Disturbi specifici di apprendimento

Livello intellettivo “borderline”

Ritardo mentale

Diagnosi differenziale con affezioni sistemiche o a carico del SNC

Epilessia (piccolo male)

Esiti di traumi cranici

Nascita pretermine

Disturbi tiroidei

Affezioni dermatologiche

Disturbi del sonno

Manifestazioni iatrogene (barbiturici, antiepilettici, benzodiazepine, anti-istaminici)

Abuso di sostanze

Diagnosi differenziale

Disturbo oppositivo-provocatorio
Disturbo della condotta

Depressione (depressione maggiore, distimia)
Disturbo bipolare ((ipo)maniacale, misto)

Disturbi d'ansia (disturbo d'ansia generalizzata)

Disturbo ossessivo-compulsivo (+/- s. di Tourette)

Disturbi pervasivi dello sviluppo

Disturbo di adattamento con alteraz. della condotta

Disturbi della personalità

Disturbo antisociale di personalità

- Incapacità di conformarsi alle norme sociali, con condotte suscettibili di arresto
- Disonestà (mentire, usare falso nome, truffare ripetutamente gli altri per profitto personale)
- Impulsività o incapacità a pianificare
- Irritabilità, aggressività (scontri o assalti fisici ripetuti)
- Inosservanza spericolata della sicurezza propria o altrui
- Irresponsabilità abituale (incapacità di mantenere un lavoro, o di far fronte ad obblighi finanziari)
- Mancanza di rimorso dopo un danno arrecato ad altri

Tale quadro si manifesta dopo 15 anni, è stabile, e compromette il funzionamento sociale o lavorativo.

Disturbo antisociale di personalità

Solo una parte dei DOP evolvono in DC.

Circa 1/3 dei soggetti con DC evolvono verso un disturbo antisociale di personalità. Il DC ad esordio più precoce è quello più negativo sul piano prognostico.

L'ADHD è un fattore di rischio per un DC ad esordio più precoce. L'associazione con ADHD aumenta il rischio prognostico negativo di DC. ADHD + DC rappresentano un sottotipo clinicamente e geneticamente specifico.

Mediatore prognostico fondamentale: condizioni sociali.

Il rischio antisociale dell'ADHD (e probabilmente del DOP e dell'ADHD-DOP) è mediato dal DC, in particolare ad esordio precoce.

ADHD + Disturbi del comportamento

Disturbo oppositivo-provocatorio (DOP):50%

Disturbo della condotta (DC): 20-30%

La maggioranza dei bambini <12 aa con DOP e/o DC hanno anche ADHD, ma adolescenti con DC ad esordio tardivo spesso (70-80%) non hanno ADHD.

L'ADHD può essere un precursore di DOP/DC ad esordio precoce (e prognosticamente più grave?)

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- a) Familiarità con d. antisociale prevale in bambini con DC e ADHD+DC (non in ADHD)
- b) Livello socioeconomico inferiore e > frequenza di esperienze precoci negative prevale in DC
- c) Gravità maggiore in soggetti con DC, minore iperattività e inattenzione (uguale impulsività)
- d) Prognosi migliore in bambini con ADHD
- e) Trattamento con stimolanti efficace in ADHD ed ADHD-DC, non in DC puri
- f) Follow-up: rischio antisociale > in ADHD+DC (+alto rischio che in DC?)
- g) ADHD+DOP: gravità intermedia

ADHD e DEPRESSIONE

Disturbo Depressivo Maggiore

- umore depresso o irritabile
- riduzione del piacere per quasi tutte le attività
- aumento o diminuzione dell'appetito (peso)
- insonnia o ipersonnia
- agitazione o rallentamento psicomotorio
- faticabilità o mancanza di energia
- sentimenti di autosvalutazione o colpa
- ridotta capacità di pensiero o concentrazione
- pensieri ricorrenti di morte

Compromissione funzionale significativa

Distimia

- Disturbo stabile della durata di almeno due anni (un anno nei bambini), caratterizzato da
 - disturbo dell'alimentazione
 - disturbo del sonno
 - faticabilità, scarsa energia
 - bassa autostima
 - difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni
 - sentimento di disperazione
- Esordio spesso precoce ed insidioso, andamento cronico, spesso (70% dei casi) con sovrapposizione di un disturbo depressivo maggiore (depressione doppia).

ADHD e disturbi depressivi

Nelle interviste i bambini ed adolescenti possono riportare sintomi depressivi e/o ansiosi e negare manifestazioni esternalizzate, mentre i genitori (e gli insegnanti) riportano sintomi esternalizzati e non depressione-ansia.

A chi dare ascolto?

	Total (100)	Males (57)	Females (43)	Child (36)	Adol (64)
Depress	69	37(65%)	32(74%)	27(75%)	42(65%)
Irritability	86	47(82%)	39(91%)	31(86%)	55(86%)
Guilt	61	30(53%)	31(72%)	24(67%)	37(58%)
Anhedon	53	31(54%)	22(51%)	12(33%)	41(64%)
Fatigue	73	43(75%)	30(70%)	30(83%)	43(67%)
Concentr	58	37(65%)	21(49%)	19(53%)	39(61%)
Hyperact	45	29(51%)	17(39%)	15(42%)	31(48%)
Hypoactiv	17	9(16%)	8(19%)	6(17%)	11(17%)
Insomnia	45	25(44%)	20(46%)	16(44%)	29(45%)
Hypersomn	10	4(7%)	6(14%)	2(5%)	8(12%)
Red appet	29	18(32%)	11(26%)	11(30%)	18(28%)
Incr appet	12	7(12%)	5(12%)	2(5%)	10(16%)
Death th	31	20(35%)	17(39%)	5(14%)	32(50%)
Self-image	79	46(81%)	33(77%)	30(83%)	49(76%)
Hopeless	52	30(53%)	22(51%)	16(44%)	36(56%)

(Masi et al., J Affect Disord, in press)

	Total (100)	Males (57)	Females (43)	Child (36)	Adol (64)
GAD	50	32(56%)	18(42%)	17(47%)	33(52%)
SAD	18	7(12%)	11(25%)	13 (36%)	5(8%)
Panic Dis	10	6(10%)	4(9%)	1(3%)	9(14%)
Soc Ph	13	7(12%)	6(14%)	2(5%)	11(17%)
Phobias	28	19(35%)	9(21%)	10 (28%)	18(28%)
OCD	11	8(14%)	3(7%)	3(8%)	8(12%)
Extern D	35	27(47%)	8(18%)	13(36%)	22(34%)

TAB. 2 Comorbidity in depressive subjects, according to age and gender

(Masi et al., J Affect Disord, in press)

ADHD e disturbi depressivi

Associazione 10-50%, con oscillazione tra sottosoglia cronico ed aggravamenti acuti (in età evolutiva il 10-15% dei bambini depressi ha un episodio (ipo)maniacale)

ADHD + depressione: insorgenza più tardiva, < compromissione cognitiva, < soft neurological signs; > compromissione sociale, soprattutto nelle forme non trattate.

ADHD e depressione

La depressione segue all'ADHD, non è aggravata dall'ADHD preesistente, evolve indipendentemente dalla eventuale remissione dell'ADHD

Non è maggiore il rischio suicidario (influenzato invece dalla comorbidità con disturbo della condotta o abuso di sostanze).

- a) Parenti di primo grado di bambini con ADHD, ADHD + depressione, depressione: > incidenza di dist. depressivi che in controlli
- b) Figli di genitori depressi: > incidenza di ADHD

Possibile legame genetico depressione - ADHD?

MA...

Follow-up: la depressione **NON** è più frequente in adolescenti/adulti con pregresso ADHD: la depressione dei bambini non evolve negli adulti?

Distinzione depressione - demoralizzazione

Distinzione depressione - demoralizzazione

Reazione depressivo-disforica in soggetti ADHD, in genere transitoria e a seguito di un evento sfavorevole. In genere è assente perdita di energia, anedonia, senso di colpa, ideazione suicidaria.

Diagnosi differenziale depressione-ADHD

- Precocità
- Intensità
- Finalizzazione di iperattività-impulsività

Il grado di impulsività è in genere ridotto, così come il rischio di evoluzione dissociale, anche nelle forme in comorbidità ADHD-depressione (mentre è più significativo il rischio di abuso di sostanze).

ADHD e disturbo maniaco

Umore abnormalmente e persistentemente elevato, associato ad almeno tre dei seguenti:

- autostima ipertrofica o grandiosità
- ridotto bisogno di sonno
- maggiore loquacità del solito
- fuga delle idee, eccessiva rapidità del pensiero
- distraibilità
- aumento dell'attività, agitazione psicomotoria
- coinvolgimento in attività rischiose

Marcata compromissione funzionale

ADHD e disturbo bipolare (ipomaniacale)

Il disturbo bipolare ad esordio prepuberale è attualmente sottostimato, perché esistono controversie sulla sua natura

-Definizione “stretta”, criteri di DB adulto, andamento episodico, prevalenza di sintomi affettivi

-Definizione “larga”, criteri adattati al bambino, andamento subcontinuo, prevalenza di sintomi comportamentali

Sovrapposizione sintomatologica tra DB ed ADHD

Comorbidità: 10-15% di bambini con ADHD hanno un disturbo bipolare associato, 10% lo sviluppa nel follow-up

DISTURBO BIPOLARE PREPUBERALE

- . Andamento subcontinuo
- . Affettività mista o rapidamente oscillante, disforia
- . Irritabilità, ostilità, aggressività verbale o fisica
- . Grandiosità (identificazione con personaggi onnipotenti, convinzione di possedere facoltà superiori, intolleranza a autorità, essere al di sopra delle regole o della legge)
- . Piccoli atti dissociali, vittimizzazione altrui
- . Impulsività ed iperattività “finalizzata”

QUADRO CLINICO: forme prepuberali (segue)

- . Ipersessualità (iperseduttività, esibizionismo, linguaggio ipersessuale, masturbazione)
- . Logorrea, tono concitato, ideorrea
- . Disturbo attentivo
- . Improvvisi momenti di depressione, autosvalutazione, idee di morte, ruminazioni esistenziali

QUADRO CLINICO (adolescenza)

- . Andamento più spesso episodico
- . Irritabilità
- . Accelerazione del pensiero e del linguaggio
- . Iperattivismo “pleasure-seeking”
- . Ipersessualità confusa ed a rischio
- . Riduzione del sonno
- . Comportamenti a rischio (alta velocità)
- . Dipendenza da sostanze d’abuso
- . Rischio suicidario
- . Sintomi psicotici (deliri, allucinazioni, comportamento e pensiero disorganizzato)

Bipolar phenotype in children and adolescents

	Total (93)	Males (57)	Females (36)
Elated mood	83(89%)	48(84%)	35(97%)
Irritability	91(98%)	56(98%)	35(97%)
Grandiosity	80(86%)	49(86%)	31(86%)
Flight of ideas	53(57%)	33(58%)	20(56%)
Poor judgm	84(90%)	52(91%)	32(89%)
Concentr	87(93%)	56(98%)	31(86%)
Psychom agit	92(99%)	56(98%)	36(100%)
Hypersexuality	40(43%)	24(42%)	16(44%)
Insomnia	37(40%)	24(42%)	13(36%)
Acceler speech	90(97%)	55(96%)	35(97%)
Increas energy	93(100%)	57(100%)	36(100%)
Daredevil acts	61(66%)	39(68%)	22(61%)

(Geller et al., J Child Adolesc Psychopharmacol, 2000)

Bipolar children and adolescents with and without ADHD

	BD+ADHD	BD	t or χ^2	p
	N=14	N=45		
Age	10.8 (2.8)	15.8 (2.5)	-6.5	<.0001
Sex (male), n (%)	10 (71.4)	25 (55.5)	1.1	ns
Age at onset BD	8.8 (3.1)	13.1 (2.0)	-6.1	<.0001
CGI-S	4.9 (.9)	5.0 (.8)	-.5	ns
CGI-I	2.3 (.7)	2.1 (.8)	.9	ns
BD Type I, n (%)	7 (50.0)	30 (66.7)	1.3	ns
<u>Lifetime comorbidity, n (%)</u>				
OCD	4 (28.6)	22 (48.9)	1.8	ns
Social phobia	4 (28.6)	15 (33.3)	.1	ns
Panic Disorder	2 (14.3)	12 (26.7)	.9	ns
Separation Anxiety	2 (14.3)	6 (13.3)	.0	ns
GAD	0 (0.0)	10 (20.4)	2.5	ns
CD	9 (64.4)	6 (13.3)	5.7	.01
Pharm hypomania	2 (14.3)	12 (26.7)	.9	ns

(Masi et al., Comprehens Psychiatry, in press)

Lifetime comorbidity in childhood and adolescence onset BD

	Childhood onset N=20	Adolescence onset N=23	p
OCD	8 (40.0)	11 (47.8)	ns
Social phobia	8 (40.0)	9 (39.1)	ns
Panic Disorder	4 (20.0)	7 (30.4)	ns
Separation Anxiety	3 (15.0)	4 (17.4)	ns
GAD	4 (20.0)	4 (17.4)	ns
ADHD-CD	10 (50.0)	2 (8.7)	.003
Pharm hypomania,	7 (35.0)	5 (21.74)	ns
Index Episode,			
Depressive	11 (55.0)	7 (30.4)	
(Hypo)mania	3 (15.0)	11 (47.8)	
Mixed	6 (30.0)	5 (21.7)	ns (.07)

(Masi et al., Canad J Psychiatry, 2001)

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- . ADHD: esordio più precoce, impulsività ed iperattività meno finalizzate, andamento più continuo. Minore grandiosità, umore espanso, fuga delle idee, ipersessualità.
- . Anamnesi familiare (temperamento ipertimico o ciclotimico, diagnosi di DB, abitudini peculiari, tendenza all'alcolismo)
- . Intervista diagnostica strutturata (Kiddie-SADS, DICA-R, ecc)
- . Mania Rating Scale (Fristad et al., 1992)

ADHD e disturbo maniacale: trattamento

Gli psicostimolanti possono peggiorare l'eccitazione (?).

Stabilizzare l'umore prima di affrontare l'ADHD (?)

Associazione stabilizzatori (atipici) e psicostimolanti?

Bupropione (?)

ADHD e disturbi d'ansia

Associazione nel 25% dei casi (GAD, fobie, ansia di separazione, fobia sociale, panico).

Frequenza maggiore in ADD?

Minore impulsività, minore frequenza di disturbo della condotta, maggiori difficoltà relazionali in adolescenza.

Storia naturale?

ADHD e disturbi d'ansia

Disturbi d'ansia nei parenti di primo grado sono superiori rispetto ai controlli solo in soggetti con ADHD + disturbo d'ansia, non in soggetti con ADHD:

ADHD e disturbi d'ansia sono entità cliniche separate e trasmesse autonomamente.

ADHD-disturbo d'ansia: sottotipo specifico?

ADHD e disturbi d'ansia

Disturbo d'ansia generalizzato

- ansia anticipatoria e preoccupazioni eccessive
- irrequietezza, nervi a fior di pelle
- affaticabilità
- difficoltà di concentrazione o memoria
- irritabilità
- tensione muscolare
- alterazione del sonno

Ansie scolastiche, conformismo, perfezionismo, ricerca di approvazione e rassicurazione

Symptoms	Total n=58	Males n=23	Females n=35
Feelings of tension	57 (98%)	22 (96%)	35 (100%)
Apprehen expect	55 (95%)	22 (96%)	33 (94%)
Brooding	37 (64%)	16 (69%)	21 (36%)
Need reassur	48 (83%)	20 (87%)	27 (77%)
Physical compl	42 (72%)	18 (78%)	24 (68%)
Irritability	47 (81%)	18 (78%)	29 (83%)
Sleep disturb	31 (53%)	11 (48%)	18 (51%)
Fatigue	39 (67%)	17 (74%)	22 (63%)
Low self-image	43 (74%)	18 (78%)	25 (71%)
Difficulty concentr	33 (57%)	16 (69%)	17 (48%)
Hyperactivity	18 (31%)	9 (39%)	9 (26%)

Symptomatology in children and adolescents with GAD

(Masi et al., Comprehens Psychiatry, 1999)

ADHD-ansia: diagnosi differenziale

Sintomi cognitivi: Disturbo di concentrazione, tensione soggettiva

Sintomi comportamentali: Irritabilità, iperattività.

Sintomi emozionali: Labilità emotiva, demoralizzazione, necessità di rassicurazioni.

Le manifestazioni comportamentali sono meno intense, prevalgono l'ansia anticipatoria e le manovre di evitamento. Prevalenza dei sintomi di inattenzione (diagnosi differenziale GAD-ADD!)

La associazione ansia-ADHD ha un effetto protettivo sulla evoluzione disadattiva

ADHD e disturbi d'ansia

Risposta dei sintomi ADHD al MPH:

- Minore in ADHD + ansia?
- Indipendente dalla comorbidità (MTA study)?

Nello studio MTA farmacoterapia e terapia non farmacologica sono analoghi (trattamento combinato superiore a entrambi):

ADHD+ANX è un sottotipo con particolare sensibilità a trattamenti non farmacologici (al contrario di ADHD + DOP/DC)?

ADHD e disturbo ossessivo-compulsivo

Disturbo ossessivo-compulsivo

Pensieri, impulsi, immagini ricorrenti, o comportamenti ripetitivi, vissuti come intrusivi (?), che il soggetto tenta di ignorare, eliminare, o neutralizzare per ridurre il disagio.

Malattia di Gilles de la Tourette

Tic motori multipli e vocali (anche non concomitanti), con significativa interferenza funzionale.

ADHD e disturbo ossessivo-compulsivo

Sintomi ADHD presenti in 30% di DOC.

Frequente presenza in DOC di disturbo della attenzione, impulsività e discontrollo di impulsi: vera comorbidità o diagnosi differenziale?

NB: elevata frequenza di disturbo bipolare ad esordio precoce in soggetti con pregresso DOC: possibile confusione con ADHD.

Implicazioni sul trattamento farmacologico (SSRI, stabilizzatori, MPH o associazioni?).

Lifetime comorbidity in childhood and adolescence onset BD

	Childhood onset N=20	Adolescence onset N=23	p
OCD	8 (40.0)	11 (47.8)	ns
Social phobia	8 (40.0)	9 (39.1)	ns
Panic Disorder	4 (20.0)	7 (30.4)	ns
Separation Anxiety	3 (15.0)	4 (17.4)	ns
GAD	4 (20.0)	4 (17.4)	ns
ADHD-CD	10 (50.0)	2 (8.7)	.003
Pharm hypomania,	7 (35.0)	5 (21.74)	ns
Index Episode,			
Depressive	11 (55.0)	7 (30.4)	
(Hypo)mania	3 (15.0)	11 (47.8)	
Mixed	6 (30.0)	5 (21.7)	ns (.07)

(Masi et al., Canad J Psychiatry, 2001)

ADHD e tic / s. di Tourette

Associazione frequente

Possibile effetto distraente delle manifestazioni premonitrici sensitive nelle sedi dei tic motori.

Frequente presenza di irritabilità, discontrollo di impulsi e manifestazioni autolesive

La presenza di tic (in particolare di s. di Tourette) dovrebbe indurre ad una ricerca sistematica delle manifestazioni dell'ADHD

ADHD e tic-disturbo ossessivo-compulsivo

Trattamento

Gli stimolanti peggiorano i tic? Evidenze recenti limiterebbero questo rischio.

Ruolo dei farmaci alfa-adrenergici (clonidina).

Doppia terapia, per ADHD e per tic-disturbo ossessivo-compulsivo.

ADHD e disturbi pervasivi dello sviluppo

In bambini in età prescolare (3-6 anni) difficile diagnosi differenziale tra ADHD e PDD non autistici (PDD-NOS, s. di Asperger).

Elementi di sovrapposizione: iperattività, irrequietezza, negativismo, labilità emotiva.

Elementi discriminanti: ripetitività, disturbi della comunicazione, ritiro sociale, stereotipie.

Implicazioni della diagnosi sul trattamento (PDD con o senza ADHD: stimolanti o atipici?)

Una corretta diagnosi psicopatologica implica una corretta metodologia:

- Anamnesi familiare (clinica e subclinica)
- Anamnesi personale
- Intervista diagnostica (strutturata?)
- Valutazione medica
- Rating scales
- Valutazione neuropsicologica
- Valutazione funzionale (eventuale)

Specificità della diagnosi differenziale

- Anamnesi familiare (clinica e subclinica)

.incidenza di ADHD (adulto), di altri disturbi psicopatologici nella famiglia (esternalizzati, umore, ansia), di abitudini atipiche (instabilità affettiva e comportamentale);

.condizioni psicosociali, conflitti familiari, livello di stress, elaborazione dei conflitti (impulsività);

.disponibilità di supporti sociali

.strumenti per fronteggiare la sintomatologia ADHD dei figli

ADHD in età adulta

- Sensazione soggettiva di tensione
- Instabilità scolastica, lavorativa, relazionale
- Impulsività
- Intolleranza di vita sedentaria
- Condotte pericolose (sport, abitudini)
- Difficoltà di organizzazione nel lavoro e nella vita quotidiana (strategie)
- Disturbi depressivi e/o ansiosi
- Rischio di marginalità sociale

Specificità della diagnosi differenziale

- Anamnesi personale

.nascita pretermine, sofferenza perinatale, possibili danni al SNC

.modalità di esordio e sviluppo dei sintomi, pervasività e stabilità

.livello di funzionamento, interferenza funzionale

.funzionamento scolastico

.funzionamento emotivo

.funzionamento sociale

