

Il percorso diagnostico-clinico nel Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività

Enzo Sechi

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Età Evolutiva, Università "La Sapienza" Roma

Negli ultimi anni l'arrivo, nel dibattito scientifico e nella pratica clinica, dei sistemi nosografici internazionali ha portato un progresso importante in quanto ha proposto agli addetti ai lavori un punto di vista più ampio sui disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva.

Le categorie diagnostiche che si basano sulla individuazione di quadri comportamentali descrittivi rappresentano uno strumento utile che permette: a) di sviluppare gli studi epidemiologici nei gruppi clinici e nella popolazione normale, b) di utilizzare una etichetta condivisa, proprio per la sua semplicità, da operatori di origine e formazione culturale diversa c) di allargare la comprensione della patologia neuropsichiatrica in età evolutiva superando alcuni modelli di spiegazione a priori.

Tuttavia queste definizioni se utilizzate in modo acritico corrono il rischio di diventare soltanto uno strumento per la conferma di diagnosi precostituite con il rischio che prenda piede tra gli operatori e tra gli utenti (genitori, insegnanti e bambini) un modello di spiegazione semplicistico, tautologico ed in definitiva riduzionistico: in questa ottica le difficoltà di sviluppo e le atipie di funzionamento mentale, che il bambino presenta, rischiano di essere considerate come un dato esclusivamente "biologico" completamente scisso dalla sua storia, dal suo vissuto e dalle caratteristiche sociali in cui il bambino è inserito. Se, per assurdo, nel lavoro clinico ci si fermasse solo alla diagnosi nosografica, per spiegare l'organizzazione neuropsicologica e psicopatologica dei bambini con difficoltà non sarebbe possibile alcuna scelta terapeutica se non una pura e semplice descrizione eventualmente seguita da una prescrizione farmacologica.

Questa riflessione è applicabile a tutte le categorie nosografiche attuali ma è ancora più centrale per quanto riguarda la categoria, proposta dal DSM-IV, Disturbo di Attenzione con Iperattività (DDAI). Sempre più spesso i genitori dei bambini che vengono per una consultazione in età scolare portano come problema prevalente una difficoltà di concentrazione o di controllo dell'inibizione motoria oppure spiegano gli altri problemi che i bambini presentano con un "disturbo di attenzione". D'altra parte, alcuni dati (Sechi e coll., in preparazione) evidenziano che su 100 bambini che vengono portati a visita per un problema di iperattività soltanto il 20 % presenta alla fine del percorso diagnostico un disturbo isolato, mentre la maggioranza presenta accanto a sintomi comportamentali e della sfera affettiva anche problemi neurocognitivi

importanti che coinvolgono sia il funzionamento cognitivo sia importanti difficoltà a carico dell'apprendimento scolastico.

Dal punto di vista nosografico esiste una discussione aperta sulla modellizzazione che su questa sindrome hanno dato il DSM IV e il ICD10; è noto che il Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività (DDAI) ed il Disturbo Ipercinetico (DI) individuano due entità cliniche soltanto parzialmente sovrapponibili sia dal punto di vista concettuale sia dal punto di vista della delimitazione diagnostica. Gli estensori del ICD10 avanzano molte riserve sull'uso del costrutto "attenzione" come dato unificante della sindrome così come non prendono in considerazione il parametro impulsività. Queste due punti divergenti non sono soltanto accademici in quanto portano a differenze importanti in campo epidemiologico e di individuazione clinica. In un recente lavoro (Tripp e coll, 1999) è stato ribadito che il DDAI isola un gruppo molto più ampio e che il DI individua bambini più piccoli, più gravi e che hanno problemi neurocognitivi più importanti.

Esiste oramai una letteratura molto vasta circa l'associazione tra DDAI e Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) che non ha ancora portato ad un accordo definitivo ma che ha indicato alcuni dati da tutti condivisi: a) i bambini DDAI presentano con una percentuale che, secondo alcune casistiche, arriva fino al 75%, anche difficoltà importanti dell'apprendimento e/o veri e propri disturbi; b) analogamente dati rilevati su popolazioni cliniche individuate per la presenza di un disturbo specifico di apprendimento indicano che questi bambini mostrano, con una frequenza che varia dal 30 al 50% rilevanti difficoltà di inibizione delle condotte motorie e/o un deficit attentivo. Numerosi studi neuropsicologici (Pennington e Ozonoff, 1966; Barkley, 1997) sono concordi sulla presenza, nei bambini con DDAI, di un profilo neurocognitivo peculiare caratterizzato da importanti difficoltà nelle operazioni cognitive di progettazione, esecuzione e controllo. Anche le ricerche che hanno studiato bambini con DSA-DDAI confrontandoli con bambini DSA hanno confermato (Sechi e coll.,1998) che il gruppo misto presenta importanti e selettive difficoltà sul versante delle funzioni esecutive tanto da configurarsi come un sottogruppo particolare in cui sono in primo piano le difficoltà di programmazione dei compiti motori e dell'apprendimento logico matematico.

I dati che sono stati sommariamente ricordati indicano, se considerati in modo complessivo, sia i limiti operativi delle categorie diagnostiche sia la natura multifattoriale del disturbo (Taylor,1999): è sempre più chiaro che accanto a fattori neurobiologici (costituzionali e/o disfunzionali) che si manifestano con specifici profili neuropsicologici interagiscono, a volta in modo determinante, fattori psicosociali che portano a precisi quadri psicopatologici e a diversi percorsi evolutivi.

E' pertanto indispensabile definire un protocollo diagnostico condiviso che consideri per ogni bambino i seguenti punti: a) valutare dal punto di vista nosografico l'entità dei sintomi del bambino, attraverso un uso accurato di strumenti clinici di osservazione diretta confrontabili e quantificabili; b) valutare se e quanto la presenza del quadro interferisca con la qualità della vita del bambino e del suo sviluppo; c) individuare e definire la presenza di una comorbilità con altri quadri nosografici associati; d) valutare l'entità delle difficoltà scolastiche, giudicare se queste difficoltà arrivano a configurare una diagnosi clinica di disturbo di apprendimento e individuare una tipologia del disturbo stesso; e) confermare la diagnosi nosografica con una approfondita valutazione neuropsicologica e psicopatologica.

Soltanto così sarà possibile confrontare, dal punto di vista scientifico, i dati provenienti da ricerche diverse ed evitare al bambino e alla sua famiglia un percorso inutile o addirittura dannoso.

Riferimenti Bibliografici

Barkley R.A. (1997), Behavioral Inhibition, Sustained Attention and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121,1 :65-94.

Pennington B.F. e Ozonoff S. (1996), Executive Functions and Developmental Psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 37,1 :51-87.

Sechi E., Corcelli A. e Vasques P. (1998), Difficoltà esecutive e problemi di programmazione prassica nei bambini con Disturbi da Deficit dell'Attenzione con Iperattività. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65,2:187-196.

Taylor E. (1999), Developmental Neuropsychopathology of Attention Deficit and Impulsiveness. *Development and Psychopathology* 11:607-628.

Tripp G., Luk S.L., Schaughency E.A. e Singh R.(1999), DSM- IV and ICD-10: A comparison of the correlates of ADHD and Hyperkinetic Disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 2:156-164.