

## **IL DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ (DDAI): PROFILO COGNITIVO E COMPORTAMENTALE**

*Prof. Eric Taylor*

*Direttore del Dipartimento di Psichiatria Infantile  
Maudsley Hospital, London*

Le diagnosi di DDAI sono in costante aumento presso i centri psicologici di tutta Europa, non a causa di una maggiore percentuale di casi che presentano tale problematica, ma per un più facile riconoscimento del disturbo da parte dei clinici. Sono state individuate 3 cause che hanno determinato tali cambiamenti: 1) il riconoscimento dell'ereditarietà del disturbo; 2) l'individuazione di specifiche aree cerebrali coinvolte nella genesi del DDAI; 3) l'elevato rischio di disturbi psicologici in soggetti adulti diagnosticati con DDAI in età infantile.

Uno dei maggiori problemi della psicologia clinica è l'identificazione di un disturbo specifico, in quanto il livello di iperattività, impulsività e disattenzione sono normalmente distribuiti nella popolazione, e non sono associati uniformemente nella stessa persona. Oltre a ciò, i casi diagnosticati con DDAI presentano una notevole variabilità, ed è probabile che sotto la stessa etichetta diagnostica si ritrovino casi con caratteristiche cognitive e comportamentali molto diverse tra di loro. Sicuramente, i progressi della neurobiologia ci aiuteranno a capire qualcosa di più del DDAI e dei suoi sottotipi.

Le 3 caratteristiche distintive del DDAI sono le difficoltà attentive, l'impulsività e l'iperattività. L'attenzione può essere concepita sia in termini cognitivi che comportamentali ed è legata alla capacità di concentrazione ed alla resistenza alla distrazione. Le manifestazioni comportamentali delle difficoltà attentive sono: il ridotto tempo di lavoro su uno stesso compito, il maggior numero di distrazioni (il soggetto guarda altrove) rispetto al lavoro principale e i frequenti cambi di attività. L'iperattività viene intesa come un eccessivo movimento, sebbene tale manifestazione comportamentale sia strettamente dipendente dal contesto. L'impulsività è la tendenza ad agire prima di aver riflettuto adeguatamente, e può essere intesa come un'eccessiva rapidità nelle risposte, una ricerca di stimolazioni, un'esagerata attrazione verso le gratificazioni immediate, un'avversione ad aspettare o un'incapacità di pianificare le proprie azioni.

La maggior parte dei bambini con DDAI presentano spesso un ritardo nello sviluppo linguistico e motorio, sebbene non sia chiaro se queste caratteristiche avallino l'ipotesi diagnostica o se siano indizi della presenza di sottotipi differenti di DDAI (ad esempio quelli che presentano anche disturbi di apprendimento o disturbi della condotta).

Analizzando le componenti tipiche del DDAI si può notare che le difficoltà attentive possono essere il risultato di uno specifico deficit cognitivo, ma possono essere semplicemente degli artefatti derivati dalle loro scarse prestazioni ai test cognitivi; infatti l'incapacità di prestare attenzione ai compiti per un tempo prolungato potrebbe essere dovuto ad una ricerca di altre stimolazioni nell'ambiente circostante che induce il bambino a dirigere l'attenzione verso altri particolari più interessanti e stimolanti. La difficoltà principale dei bambini con DDAI deriva dalla loro incapacità a dirigere l'attenzione verso le informazioni importanti e ad ignorare le informazioni meno rilevanti per lo scopo di una determinata situazione.

L'impulsività dei bambini DDAI si manifesta con la preferenza verso una un premio ridotto, ma immediato, piuttosto che uno più consistente ma dilazionato nel tempo. L'impulsività riflette, forse troppo semplicisticamente, un deficit di inibizione, sebbene non sia ancora chiaro se si tratti di un'incapacità, o sia mediata da fattori motivazionali, per cui il bambino saprebbe inibire i comportamenti inappropriati, ma preferisce agire in modo impulsivo.

Uno dei parametri che consentono di delineare dei sottotipi di DDAI è la pervasività del disturbo, ovvero la presenza dei sintomi in uno o più contesti (ad esempio a casa e a scuola). A questo proposito, numerose ricerche hanno stabilito che la concordanza tra i valutatori in uno stesso contesto (due genitori o due insegnanti) hanno un grado di accordo del 60%, mentre l'accordo tra insegnanti e genitori non supera il 30%. Sembra quindi che esistano dei casi che presentano i

sintomi del DDAI soprattutto a scuola (spesso associati a problemi linguistici) oppure soprattutto a casa (spesso associati a problemi di condotta), in maniera dissociata.

Inoltre, numerosi bambini con DDAI presentano altri disturbi, come Sindrome di Tourette, disturbi generalizzati dello sviluppo o altri disturbi emotivi. Appare chiaro che la compresenza di uno dei primi due disturbi orienta il clinico ad escludere una diagnosi di DDAI, in quanto la causa neurobiologica di tali problematiche è radicalmente diversa. Mentre si potrebbe delineare un sottotipo di DDAI con problematiche emotive: tale differenziazione viene motivata dal fatto che tali soggetti hanno prestazioni del tutto adeguate ai test di inibizione.

Per quanto riguarda gli interventi terapeutici, è sufficiente sottolineare che gli effetti del trattamento farmacologico non sono universali e dipendono dal diverso profilo cognitivo e comportamentale dei casi con DDAI. Le ricerche internazionali dimostrano che i soggetti con basse prestazioni ai test attentivi rispondono bene all'intervento farmacologico, mentre l'iperattività diminuisce indipendentemente dal livello iniziale. I bambini con disturbi emotivi associati al DDAI non rispondono positivamente al Metilfenidato, mentre non si è trovata una regolarità di risposta al farmaco nei soggetti che manifestano anche disturbi linguistici, motori o problematiche familiari.

In base all'esperienza maturata dal gruppo dell'Istituto di Psichiatria di Londra si sono ipotizzati i seguenti sottotipi di DDAI: disturbo ipercinetico, deficit specifico di attenzione, disturbo ipercinetico situazionale (a scuola o a casa), iperattività associata a disturbi emotivi, iperattività associata a stereotipie.

Sebbene sia fondamentale che la diagnosi di DDAI venga posta prima dell'intervento terapeutico, e non invertire, dopo alcuni incontri con il bambino, da queste indicazioni emerge che il DDAI sia più un'area di ricerca piuttosto che uno specifico disturbo neuropsichiatrico dell'età evolutiva.