

## **IL DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITA' ED IL PROBLEMA DELLA COMORBIDITA'**

Di C. Vio e D. Maschietto

In Italia vi è un ampio consenso sul fatto che vi sono numerosi bambini iperattivi e/o disattenti. Da un recente ricerca, condotta su un ampio campione (1085 soggetti), risulta che c'è un'incidenza del 2,3 % dell'ADHD tra i 6 e gli 11 anni (Marzocchi, Oosterlaan, De Meo, Di Pietro, Pezzica, Cavolina, Sergeant, Zuddas, 2001). Tuttavia per alcuni clinici dello sviluppo vi è una certa difficoltà a considerare questo disturbo con una sua specifica identità. Douglas (1988) sostiene che la confusione nella descrizione dei sintomi sta nel fatto che il deficit sottostante il disturbo pervade in modo diverso sia l'ambito comportamentale sia quello cognitivo, determinando una articolata costellazione di sintomi. Al momento attuale, non c'è un sostanziale accordo tra i ricercatori nella definizione di un profilo psicologico-comportamentale caratteristico dell'ADHD. Alcuni autori (Zuddas, Ncolletta, De Mauro, Marongiu e Cianchetti, 1999), in uno studio pilota, hanno riscontrato che iperattività, eccessiva vivacità, talora oppositività, valutate con la scala Conners, sono abbondantemente presenti anche in bambini che non riceveranno diagnosi di ADHD.

Anche sui processi implicati nel disturbo c'è una certa discordanza. Infatti, mentre per alcuni autori il problema centrale è quello dell'attenzione (ad es. Prior, 1991), per altri esso non sarebbe così centrale, in quanto non spiegherebbe le problematiche comportamentali di facile distraibilità e di irrequietezza motoria (Van De Meere e Sergeant). Per cui, a partire dagli anni 90, sono sorti numerosi studi atti ad approfondire altri meccanismi dell'elaborazione dell'informazione. In particolare:

- il controllo dell'attenzione,
- l'inibizione di risposte impulsive,
- l'autoregolazione (organizzazione e mantenimento dell'attenzione)
- la regolazione degli stati fisiologici, il cui deficit produrrebbe dei fallimenti nell'output delle elaborazioni cognitive, nella presa di decisioni e nell'organizzazione delle risposte comportamentali (Sergeant, Van der Meere, Oosterlan, 1999)
- le funzioni esecutive (capacità autoregolative, di pianificazione ed organizzazione del comportamento, flessibilità di pensiero e di azione in caso di errore, il riuscire ad inibire risposte non rilevanti al contesto dell'azione).

Riguardo quest'ultimo punto alcuni autori (Pennington e Ozonoff, 1996; Shallice, Marzocchi, Coser, Del Savio, Meuter e Rumiati, 2002) hanno osservato una certa somiglianza tra comportamento di bambini ADHD e disordini comportamentali e/o attentivi di pazienti con lesioni prefrontali.

Lo scopo della presente ricerca è quello di definire un protocollo neuropsicologico in grado di evidenziare alcuni particolari processi carenti nei soggetti ADHD.

Il percorso diagnostico previsto dalla ricerca contemplava i seguenti punti:

1. raccolta dell'anamnesi
2. somministrazione di questionari ai genitori (CBCL e SDAG)
3. somministrazione di prove neuropsicologiche:
  - Torre di Londra
  - MF di Cornoldi (1996)
  - Test delle campanelle
  - CP
  - Wisconsin Card Sorting Test (forma ridotta 48 carte)
  - Prove di memoria visuo-spaziale
  - Fluenza verbale per categorie fonemiche (entro 15"-30")
  - Fluenza verbale per categorie semantiche (entro 15"-30")
4. osservazione e colloqui clinico

5. il fatto che i soggetti avessero ricevuto la stessa diagnosi da due cliniche differenti.

Il campione era costituito da 16 soggetti DDAI, 11 DDAI+ comorbidità (DOP, DU, DAG DC)e 17 soggetti con altre psicopatologie (DAD, DGS, DU, DC, DP,DOP,DAG,DOP+DAD).

### 3.1. RISULTATI

Legenda: Gruppo 1 = DDAI; Gruppo 2 = DDAI+Comorbidità, Gruppo 3 = Altre Psicopatologie.

#### SDAG (Genitori) Disattenzione

	N	Media	D std.	E std.	Min	Max
1	16	19,56	5,39	1,35	10	26
2	11	22,73	6,07	1,83	6	27
3	17	16,94	5,61	1,36	6	27

F (2,41) = 3,526      p = ,039 (gruppi 2 vs. 3)

#### Iperattività

	N	Media	D std.	E std.	Min	Max
1	16	18,19	5,76	1,44	7	24
2	11	20,27	6,77	2,04	3	27
3	17	13,59	6,35	1,54	3	24

F (2,41) = 4,324      p = ,020 (gruppi 2 vs. 3)

#### Torre di Londra

	N	Media	Dev. st.	Min	Max
1	16	24,94	5,78	10	32
2	11	27,00	3,87	22	34
3	17	28,24	3,49	20	33

T-test (1+2 vs 3) F = 3,028      p = ,05

#### Fluenza verbale per categorie fonemiche Entro 15''

	N	Media	Dev. std.	Min	Max
1+2	15	3,4	2,7	2	7
3	15	6,5	1,4	4	8

#### Fluenza verbale per categorie fonemiche Dopo 15''

	N	Media	Dev. std.	Min	Max
1+2	15	9,4	3,5	5	13
3	15	10,3	2,7	6	14

*Effetto significativo del tempo sul gruppo*

### **WSCT Errori**

	<u>N</u>	<u>Media</u>	<u>Dev. st.</u>	<u>Min</u>	<u>Max</u>
1	16	51,69	25,5	12	86
2	11	60,27	17,75	39	86
3	17	32,29	25,91	6	73

$F(2,41)=5,147$   $p=,010$  (1 vs 3; 2 vs 3)

### **WCST Risposte di Perseverazione**

	<u>N</u>	<u>Media</u>	<u>Dev. st.</u>	<u>Min</u>	<u>Max</u>
1	16	28,38	16,89	6	55
2	11	35,64	21,95	8	92
3	17	19,06	18,55	3	55

$F=2,69$   $p=,08$  (1+2 vs 3  $F=4,16$   $p=,042$ )

### **WSCT Errori di Perseverazione**

	<u>N</u>	<u>Media</u>	<u>Dev. st.</u>	<u>Min</u>	<u>Max</u>
1	16	24,8	13,95	5	49
2	11	30,18	16,95	8	73
3	17	16,82	15,29	3	45

$F(2,41)=2,735$   $p=,077$  (1+2 vs. 3  $F=4,703$   $p=,036$ )

### **WSCT Fallimenti nel mantenere la serie**

	<u>N</u>	<u>Media</u>	<u>Dev. st.</u>	<u>Min</u>	<u>Max</u>
1	16	,75	,86	0	2
2	11	,82	1,25	0	4
3	17	,18	,39	0	1

$F(2,41)=2,678$   $p=,08$  (1+2 vs. 3  $F=5,437$   $p=,025$ )

Dai risultati (per brevità ne sono stati presentati solo alcuni) risulta che:

- L'ADHD ha un pattern neuropsicologico caratteristico;
- L'ADHD con diagnosi di comorbidità presenta un profilo neuropsicologico variegato: a volte simile a quello del campione clinico non ADHD, altre volte collocandosi in una posizione intermedia tra Campione ADHD e quello non ADHD, altre volte ancora può presentare delle prestazioni simili a quelle del campione ADHD.
- Le prove che indagano componenti delle Funzioni Esecutive (Prove WSCT, TOL e Fluenza verbale per categorie fonemiche) risultano compromesse nel bambino ADHD.
- Le informazioni raccolte dai genitori risultano sensibili nel discriminare i comportamenti problema solo quando il bambino ADHD presenta anche una diagnosi associata.