



ADHD

DIAGNOSI CLINICA

G.A. Chiarenza, E. Tomassini

Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza - Rho
Azienda Ospedaliera "G. Salvini" - Garbagnate Milanese
Giovedì 18 ottobre 2007



Breve definizione dell ADHD

I sintomi devono essere

- Più gravi rispetto ai pari
- Inadeguati al livello di sviluppo
- Presenti in diversi contesti (pervasività)
- Tali da compromettere il funzionamento

E inoltre

Durano per tutta la vita, ma si modificano con l'età



Alcuni numeri....

Prevalenza (Stati Uniti)

- il 2-5% dei bambini (con il DSM-III o III-R)
- il 7-8% dei bambini (con il DSM-IV) (-3-4 milioni)
- Includendo il Tipo con Disattenzione la prevalenza raddoppia con il III-R
- Il 4-5% degli adulti (circa 12 milioni negli Stati Uniti)
- Varia con il sesso, l'età, la classe sociale, & il parametro urbano-rurale
- Non vi è evidenza di differenze etniche che prescindono dalla classe sociale e dal parametro urbano-rurale
- 3:1 maschi : femmine (campioni tratti da comunità); 2:1 negli adulti
- da 5:1 a 9:1 (campioni clinici) Riflette il bias di riferimento dei maschi dovuto ad una maggiore aggressività e ad una maggiore preferenza sociale a sottoporre i maschi alla cura



Alcuni numeri....

Prevalenza (Internazionale)

- Canada: 3,8 - 9,4% bambini (DSM-III-R)
- Australia: il 3,4% dei bambini (DSM-III-R)
- New Zealand: 6,7% bambini, 2-3% adolescenti (DSM-III-R)
- Germania: 9,6% (DSM-III); 4,2% bambini (DSM-III-R)

- India: 5-29% bambini (DSM-III)
- China: 6-9% bambini (DSM-III-R)
- Paesi Bassi: 7,8% bambini (DSM-IV)
- Puerto Rico: 9,5% bambini & adolescenti (DSM-III)

- Spagna: 8% (DSM-III-R)
- Giappone: 7,7% bambini (valutazioni DSM-III-R)
- Colombia: 2-13% (valutazioni DSM-IV)
- Brasile: il 5,8% dei bambini dai 12 ai 14 anni (DSM-IV)

DIAGNOSI CLINICA

- Viene guidata dai problemi non dai metodi:
- Problemi attuali — Intervista clinica
- Storia dei problemi — Intervista clinica
 - - esordio, decorso, periodicità
- Diagnosi differenziale — Intervista DSM
- Devianza dello Sviluppo:
 - - Utilizzare le soglie dei sintomi del DSM (ad es. 6 su 9)
 - - Utilizzare le scale di valutazione (Scala ADHD-IV, SNAP, o Conners)
 - - E i test psicologici di attenzione, inibizione, o funzionamento esecutivo



DIAGNOSI CLINICA

- La diagnosi clinica si basa sulla **raccolta di informazioni da fonti multiple (bambini, genitori, insegnanti) ed osservazione diretta.**
- Non esistono test diagnostici sufficienti di per sé (inclusi i questionari e i test psicologici)
- Elementi fondamentali della diagnosi sono l'individuazione dei falsi positivi, cioè la diagnosi differenziale e la comorbidità



DIAGNOSI

- ↓ Sintomi propri dell'ADHD.
- ↓ Sintomi di altri disturbi che si associano all'ADHD (**Comorbidità** – 70-80% dei soggetti presentano una diagnosi in associazione e 30-50% almeno due).
- ↓ Sintomi che mimano quelli propri dell'ADHD ma che rientrano in realtà in un altro disturbo o provocati da una situazione socio-familiare o ambientale specifica (**Diagnosi differenziale**).



DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- **Specificità della diagnosi differenziale:**
 - Diagnosi differenziale con le condizioni di normalità
 - Diagnosi differenziale con disturbi reattivi a sfavorevoli condizioni ambientali
 - Diagnosi differenziale con affezioni sistemiche o del SNC
 - Diagnosi differenziale con altri disturbi psicopatologici



DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Linee Guida SINPIA

↓ Disturbi di sviluppo

- ▣ Vivacità fisiologica
- ▣ Problemi situazionali, ambientali, familiari.
- ▣ Inadeguato supporto scolastico (lieve ritardo o, viceversa, particolare vivacità intellettuale con programmi scolastici “standard”)

↓ Disturbi neurologici e Patologie Mediche

- ▣ Disturbi sensitivi
- ▣ Effetti indesiderati di farmaci
- ▣ Epilessia
- ▣ Patologie tiroidee
- ▣ Danni organici cerebrali
- ▣ Impersistenza motoria
- ▣ Deficit dell'attenzione selettiva
- ▣ Abuso di sostanze
- ▣ Intossicazione da piombo



DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Linee Guida SINPIA

↓ Disturbi Psichiatrici

- ▣ Disturbo Oppositivo-provocatorio
- ▣ Disturbo di Condotta
- ▣ Disturbi dell'Umore (disturbo depressivo, disturbo bipolare)
- ▣ Disturbi d'ansia
- ▣ Disturbo ossessivo compulsivo, Sindrome di Gilles de la Tourette e/o tic multipli
- ▣ Disturbi dell'Adattamento con sintomi di Disturbo della condotta
- ▣ Disturbi di personalità
- ▣ Disturbi specifici dell'apprendimento
- ▣ Condizioni da perdita di flessibilità
- ▣ ADHD-Plus
- ▣ Ritardo mentale e deficit cognitivi borderline
- ▣ Disturbo pervasivo dello sviluppo



DIAGNOSI DIFFERENZIALE DISTURBI NEUROLOGICI O PATOLOGIE MEDICHE

Effetti indesiderati da farmaci

- ▣ **Benzodiazepine, Fenobarbital**: eccessiva sedazione, rallentamento psicomotorio, disturbi mnesici, difficoltà a concentrarsi, effetto paradossale (irrequietezza, ipercinesia, distraibilità).
- ▣ **Beta-agonisti**: alterazione del comportamento con irrequietezza-iperattività.
- ▣ **Antistaminici**: sonnolenza e inattenzione, effetto paradossale con irrequietezza.
- ▣ **Teofillina**: alterazione del comportamento

Deficit sensitivi

Bambini con deficit uditivo o visivo possono manifestare inattenzione o iperattività-impulsività.



DIAGNOSI DIFFERENZIALE DISTURBI NEUROLOGICI O PATOLOGIE MEDICHE

Deficit neurologici

- ▣ La disattenzione o la facile distraibilità possono essere manifestazioni correlate all'epilessia, sia come espressione di crisi frequenti (in particolare nelle crisi a tipo assenza), sia come risultato dell'uso di farmaci antiepilettici (ad esempio BDZ, PB).
- ▣ Le alterazioni comportamentali possono anche associarsi a quadri quali l'epilessia temporale.

Patologie tiroidee

- ▣ I disturbi comportamentali associati a disfunzione tiroidea non sono in genere isolati ma si accompagnano ad altri segni e/o sintomi.



DIAGNOSI DIFFERENZIALE DISTURBI NEUROLOGICI O PATOLOGIE MEDICHE

Danni organici cerebrali

- ▣ Diversi tipi di danno organico del SNC (traumi, patologia infettiva, patologie anosso-ischemiche, patologie degenerative, neoplasie) possono esprimersi con un corredo sintomatologico comprendente il quadro dell'ADHD.
- ▣ Più facilmente sono quadri in cui vengono ad essere coinvolti il lobo frontale, il lobo temporale, i circuiti sottocorticali.



DIAGNOSI DIFFERENZIALE DISTURBI NEUROLOGICI O PATOLOGIE MEDICHE

Impersistenza motoria

- ▣ L'impersistenza motoria si caratterizza per l'incapacità a congelare un movimento, a rimanere fermo in una posizione per un certo tempo o a ripetere continuamente un movimento.
- ▣ Permane unicamente la fissazione visiva per brevi istanti.
- ▣ L'impersistenza motoria è ritenuta una conseguenza di danni del lobo frontale negli adulti o di danno cerebrale nel bambino.
- ▣ L'iperattività nell'ADHD si differenzia in quanto è maggiormente situazionale e motivazionale.



DIAGNOSI DIFFERENZIALE DISTURBI NEUROLOGICI O PATOLOGIE MEDICHE

Deficit dell'attenzione selettiva

- ▣ Questo quadro si correla al “neglect spaziale”.
- ▣ Nell'ADHD, il bambino ipercinetico presenta un comportamento motorio disorganizzato, caotico che lo porta a scontrarsi contro oggetti o persone come non avesse piena consapevolezza dell'ambiente circostante.
- ▣ Se questa mancata consapevolezza è limitata ad un lato del corpo, spesso in associazione di altri sintomi, anche sfumati, di una emisindrome (emianopsia, “neglect motorio”) si realizza questo quadro di deficit dell'attenzione selettiva.
- ▣ Tale condizione si associa frequentemente a danni organici.



DIAGNOSI DIFFERENZIALE DISTURBI NEUROLOGICI O PATOLOGIE MEDICHE

Abuso di sostanze

- ▣ Diverse sostanze d'abuso (dalla caffeina alle droghe ad azione stimolante) possono mimare un quadro di ADHD.
- ▣ L'abuso di sostanze è anche uno dei fattori in causa nella comorbidità (con frequente associazione soprattutto nell'età adolescenziale e adulta).

Intossicazione da piombo

- ▣ Quadro clinico ADHD-simile: valutazione clinica ed esami specifici nel caso di sospetto clinico fondato.



DIAGNOSI DIFFERENZIALE DISTURBI PSICHIATRICI

Disturbi da Comportamento Dirompente (Disturbo Oppositivo-provocatorio, Disturbo di Condotta)

- ▣ DOP e DC sono frequentemente **associati in comorbidità** all'ADHD (40-50% dei casi).
- ▣ I soggetti ADHD possono presentare comportamenti inappropriati negativi non come espressione di DOP o DC ma come risultato dei sintomi primari dell'ADHD (ad esempio l'eccessiva attività può condurre a liti coi coetanei ma senza l'intenzione di ferire o violare le regole).
- ▣ Nei casi in cui ai sintomi nucleari dell'ADHD si associano comportamenti negativi mossi da una modalità di comportamento persistentemente e volontariamente lesiva, si può associare un DOP o un DC.
- ▣ DOP e/o DC sono invece più frequentemente associati ad un quadro di iperattività-impulsività e ad alti livelli di patologia familiare (alta incidenza di psicopatologia, comportamenti antisociali e/o situazioni socioeconomiche scadenti).
- ▣ La comorbidità con DOP e DC è un fattore prognostico negativo.



DIAGNOSI DIFFERENZIALE DISTURBI PSICHIATRICI

Disturbi dell'umore

- ▣ I disturbi d'umore possono associarsi all'ADHD in comorbidità (4-10% dei casi).
- ▣ In età infantile un **disturbo depressivo maggiore** può manifestarsi con irritabilità, scarsa concentrazione, agitazione psicomotoria e difficoltà a portare a termine i compiti assegnati.
- ▣ Il bambino **depresso** ha spesso un calo d'interesse e piacere anche per le attività preferite, spesso presenta alterazioni del ritmo sonno-veglia, dell'alimentazione ed eccessive preoccupazioni e **Sentimenti di autosvalutazione.**
- ▣ Nel **disturbo bipolare**, il 90% dei bambini e il 30% degli adolescenti con mania hanno ricevuto una diagnosi precedente di ADHD.
- ▣ Negli **episodi di tipo misto (Distimia)** l'esordio è più precoce degli altri disturbi depressivi, il decorso cronico in assenza di umore espanso.



DIAGNOSI DIFFERENZIALE DISTURBI PSICHIATRICI

Disturbi d'ansia

- ▣ I disturbi d'ansia possono associarsi in comorbidità all'ADHD (30-35% dei casi).
- ▣ Tra i disturbi d'ansia, il **disturbo d'ansia generalizzato** (GAD) ha la maggiore sovrapposizione con l'ADHD: irrequietezza, affaticabilità, difficoltà di concentrazione e memoria, irritabilità possono rientrare sia nel GAD che nell'ADHD.
- ▣ Nell'ADHD non vi sono segni d'ansia patologica né manifestazioni psicosomatiche: inoltre manca la consapevolezza di aver commesso azioni inadeguate e l'ansia anticipatoria.
- ▣ Nel disturbo d'ansia vi sono minori difficoltà scolastiche e sociali.
- ▣ I bambini con ADHD possono manifestare sintomi d'ansia generalizzata in relazione a fallimenti di vario tipo ma le preoccupazioni sono per lo più proporzionate alla gravità delle situazioni e non irrealistiche o eccessive come accade nei disturbi d'ansia primitivi.



DIAGNOSI DIFFERENZIALE DISTURBI PSICHIATRICI

Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)

- ☐ La maggioranza dei soggetti ADHD mostrano difficoltà nell'apprendimento scolastico (DA): è il DA a generare l'inattenzione e l'iperattività-impulsività o è l'ADHD ad interferire con l'apprendimento?
- ☐ Tra i pazienti ADHD ve ne sono alcuni che soddisfano i criteri per i DSA, per cui è possibile effettuare una diagnosi di comorbidità (24-70%).
- ☐ Altri non presentano livelli di compromissione tali da poter diagnosticare un DSA: le ridotte prestazioni scolastiche saranno da riferirsi ai sintomi nucleari dell'ADHD.
- ☐ I bambini ADHD non presentano difficoltà strumentali ma mostrano inadeguate capacità di problem solving, di produzione e comprensione di testi scritti e di studio di brani complessi: tale caratteristica è legata al fatto che i soggetti ADHD utilizzano strategie di studio poco efficaci mostrando difficoltà nell'inibire le parte irrilevanti.
- ☐ I bambini con ADHD prevalentemente inattentivo mostrano più facilmente difficoltà cognitive e QI più basso.



DIAGNOSI DIFFERENZIALE DISTURBI PSICHIATRICI

ADHD-Plus

- ☐ Si tratta di condizioni caratterizzate da iperattività e inattenzione conseguenti a deficit neuropsicologici parziali (funzioni visuospatiali, capacità aritmetiche, prassie, memoria a breve-termine) o del linguaggio.
- ☐ Questa condizione si associa spesso a danni organici del lobo temporale.
- ☐ Il quadro ADHD si presenta spesso precocemente ma può essere considerato secondario al danno e ai deficit correlati.



DIAGNOSI DIFFERENZIALE DISTURBI PSICHIATRICI

Ritardo mentale e disturbi cognitivi borderline

- Il RM lieve o moderato può essere diagnosticato anche in comorbidità.
- Si ricorda la possibilità di inadeguato supporto scolastico a fronte di deficit lievi o moderati.
- Si sottolinea l'importanza della diagnosi differenziale sia nei confronti dei DSA che dei quadri cosiddetti ADHD-Plus.
- In particolare segnaliamo come spesso a fronte di deficit con difficoltà attentive ad espressione esclusiva scolastica, senza o con ridotte manifestazioni in altri ambiti non è possibile fare diagnosi di ADHD.



DIAGNOSI DIFFERENZIALE DISTURBI PSICHIATRICI

Condizioni da perdita di flessibilità

- ☐ Si tratta di situazioni caratterizzate dall'incapacità a spostare l'attenzione da un focus ad un altro e quindi dall'incapacità di adattarsi ad una nuova situazione, cambiando il setting mentale.
- ☐ In questo caso siamo di fronte ad un bambino con difficoltà d'attenzione legate a questa rigidità che li rende spesso "overfocused" ma non flessibili.
- ☐ I bambini non si adattano a nuove richieste o situazioni e divengono perseveranti, lenti con possibili ripercussioni sul comportamento sociale.



DIAGNOSI DIFFERENZIALE DISTURBI PSICHIATRICI

Disturbo ossessivo-compulsivo e Sindrome di Gilles de la Tourette e/o tic multipli

- ▣ Elevata prevalenza di ADHD sia nei disturbi da tic (in particolare nei soggetti maschi) che nel DOC infantile.
- ▣ Spesso soggetti che svilupperanno un disturbo da tic ed in particolare la sindrome di G. de la Tourette, hanno presentato un ADHD prima che i tic diventassero evidenti.



DIAGNOSI DIFFERENZIALE DISTURBI PSICHIATRICI

Disturbi dell'Adattamento con sintomi di Disturbo della condotta

- ☐ I disturbi dell'adattamento si riferiscono a reazioni di tipo disadattivo che si manifestano entro 3 mesi dall'evento stressante.
- ☐ Il tipo con alterazione della condotta viene chiamato in causa nella diagnosi differenziale: la ricostruzione del quadro clinico con il riconoscimento dell'evento stressante ne permette la differenziazione.

Disturbi di personalità

- ☐ Tali disturbi possono rappresentare l'evoluzione in età adolescenziale e adulta di un ADHD e rientrano più frequentemente nella diagnosi differenziale di tali età.



DIAGNOSI DIFFERENZIALE DISTURBI PSICHIATRICI

Disturbi psicotici

- ▣ La diagnosi differenziale con i disturbi psicotici è fondamentale anche per i risvolti terapeutici: farmaci psicostimolanti utili nell'ADHD possono esacerbare una condizione psicotica.
- ▣ I soggetti ADHD non presentano allucinazioni, delirio né interruzioni del processo primario di pensiero.
- ▣ L'iperattività e l'impulsività sono costanti: nei bambini psicotici la motricità è afinalistica e stereotipata.
- ▣ La compromissione dell'affettività e del controllo emotivo tipici delle psicosi mancano nell'ADHD.
- ▣ I sintomi ADHD in presenza di psicosi tendono inoltre ad essere fluttuanti.
- ▣ Nel sospetto di psicosi è opportuna una accurata diagnosi differenziale: la conferma diagnostica di disturbo psicotico, in questi casi, esclude la diagnosi di ADHD.



STRUMENTI DI DIAGNOSI

- INTERVISTE DIAGNOSTICHE
- Le diagnosi vengono fatte in psichiatria sulla base di gruppi di sintomi, quindi è necessaria una attiva ricognizione di sintomi
Rischi:
 - tendenza a formulare una diagnosi prima che tutte le informazioni siano disponibili
 - tendenza a fare domande solo nell'ambito della diagnosi sospetta, che viene confermata
 - tendenza a fare diagnosi nel territorio più familiare al clinico
 - tendenza a trascurare altre fonti



STRUMENTI DI DIAGNOSI

- RATING SCALES
- Strumenti non tanto per la diagnosi quanto per la definizione quantitativa del disturbo, cioè la definizione di gravità, soggettiva o obiettiva.
- Le scale possono essere rivolte a categorie diagnostiche o a sintomi, internalizzanti (es. ansia, depressione, autostima) o esternalizzanti (ADHD, aggressività), o anche a aspecifici costrutti (es. stile cognitivo). Le rating scales possono essere di auto o di eterovalutazione, o entrambe. Questi due tipi valutano due dimensioni diverse del disturbo, cioè l'impatto soggettivo e l'impatto sociale.
- In ambito clinico talvolta è più facile affrontare, in particolare all'inizio, alcuni aspetti con una rating scale piuttosto che con un colloquio.
- Inoltre possono essere completate da personale non specificamente addestrato, e quindi consentono di coinvolgere altri informatori (es. insegnanti).



SNAP-IV

- Sviluppata da Swanson, Noland e Pelham come revisione della Scala di Swanson del 1983 per la diagnosi di ADHD
- E' costituita da 90 item con subscale multiple per la diagnosi di ADHD e altri disturbi psicopatologici.
- È possibile utilizzare una versione breve solo per ADHD e DOP
 - Gli item corrispondono ai criteri diagnostici del DSM-IV
 - 1-9 Inattenzione
 - 11-19 Iperattività/Impulsività
 - 20-26 DOP



SNAP-IV

- Ciascun item può essere valutato con punteggio:
 - 0 = non presente
 - 1 = dubbio o subclinico
 - 2 = moderato e definito disturbante
 - 3 = marcatamente patologico
-
- Il punteggio di ciascuna subscale è dato dalla somma dei punteggi di ciascun item e va confrontato con dati normativi distinti per età e per sesso per verificare se il punteggio supera il valore di 1.5 DS
 - Per il DOP il punteggio deve essere superiore a 15 a prescindere dall'età e dal sesso



CONNER'S RATING SCALE – REVISED

Conners et al., 1998

- Si riferisce a bambini e adolescenti (3 / 17 anni)
- Strumento ideale per screening, valutazione dei sintomi, monitoraggio dell'ADHD e dell'efficacia dei trattamenti.
- Esistono 3 versioni:
 - Genitori (CPRS-R)
 - Insegnanti (CTRS-R)
 - Adolescente (CASS)
- Subscale dimensionali: oppositività, problemi cognitivi, iperattività, ansia, perfezionismo, problemi sociali, tratti psicosomatici



CONNER'S RATING SCALE – REVISED

Conners et al., 1998

- La versione abbreviata è costituita da 27 item con un profilo caratterizzato da 4 subscale
 - Oppositività
 - Iperattività
 - Problemi cognitivi/Inattenzione
 - Indice di ADHD
- La versione lunga è costituita da 80 item e rispetto alla short (27 item) include 6 subscale (problemi sociali, sintomi psicosomatici, subscale sintomi –DSM-IV, ansia, perfezionismo, indici globali di Conners per valutare le condizioni a rischio o sottosoglia)



CONNER'S RATING SCALE – REVISED

Conners et al., 1998

- Per ogni domanda sono possibili 4 risposte:
- 0 (mai) 1 (a volte) 2 (spesso) 3 (molto spesso)
- Sono rappresentati sia i sintomi “esternalizzanti” che “internalizzanti”
- Esiste la standardizzazione separata per maschi e femmine e per fasce d'età
- La definizione dimensionale del comportamento viene ottenuta considerando 5 fasce d'età (3 anni d'intervallo) su cui normalizzare i punteggi ottenuti (T-score patologico se > 70)



ALTRI STRUMENTI...intervista clinica al bambino

- Punti di forza e competenze
- Adattamento alla vita quotidiana
- Percezione dei sintomi dell'ADHD
- Altri problemi (DOP e altri disturbi psicopatologici, goffagine, problemi emotivi)
- Funzionamento psicosociale
- Esame neurologico e fisico



ALTRI STRUMENTI....L'osservazione diretta

L'ADHD non è evidente

- In situazioni altamente strutturate
- In situazioni nuove
- Quando il bambino è impegnato in attività interessanti
- Quando viene seguito individualmente
- In un contesto controllato e sorvegliato
- Quando vengono elargite frequenti ricompense



...l'osservazione diretta

L'ADHD è evidente

In situazioni non strutturate

Durante attività ripetitive

In situazioni noiose

In presenza di molte distrazioni

Con sorveglianza minima

Quando si richiede attenzione

sostenuta o sforzo mentale

Durante attività al proprio ritmo

Albero decisionale

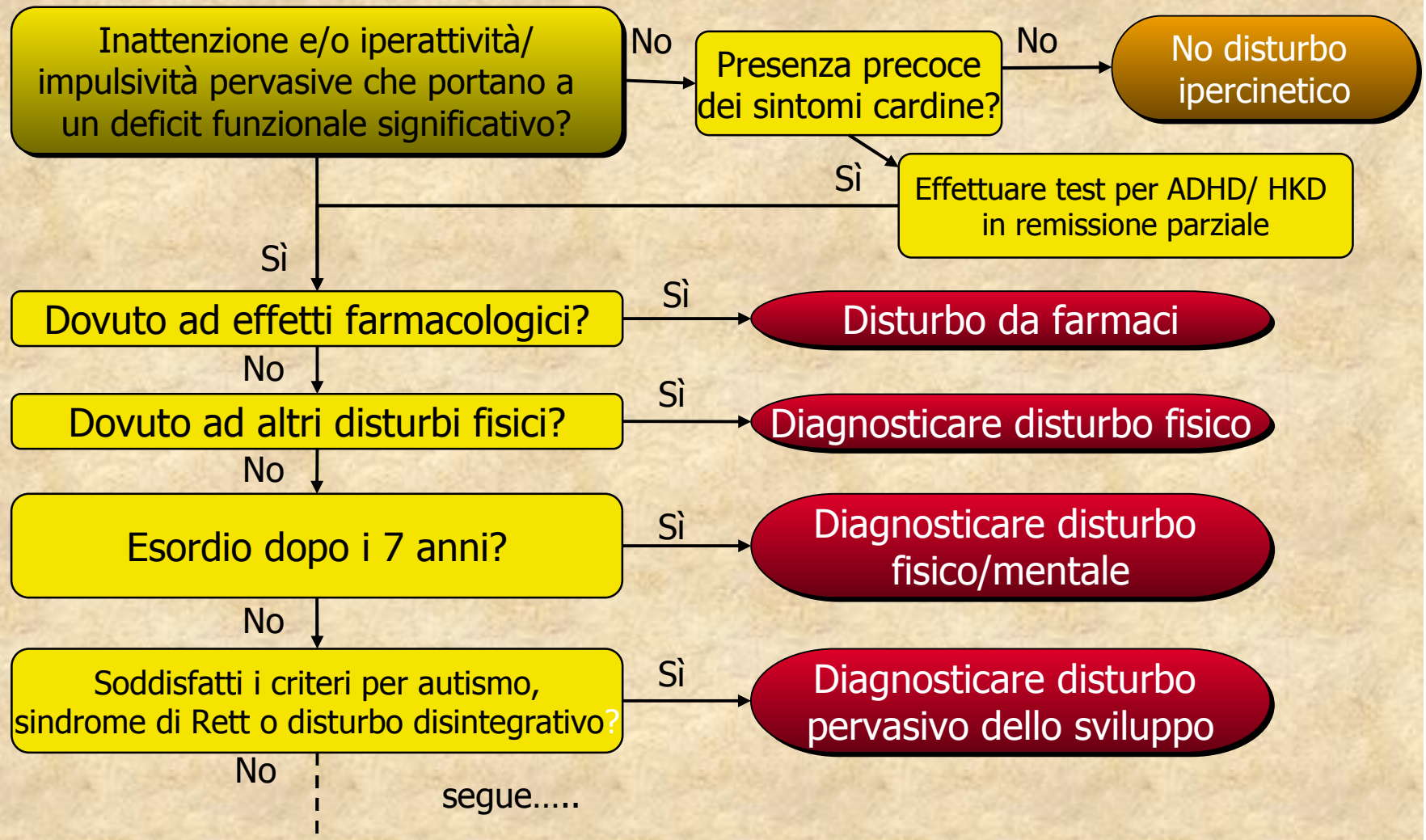


Diagramma dei sottotipi e sottoinsiemi



Un tipo particolare di ADHD...

- **Tipo con pigrizia cognitiva (SCT) (Barkley)**
 - I sintomi più discriminanti non sono nel DSM
 - – Sogni ad occhi aperti o "testa per aria"
 - – Fissa o usa un'espressione vuota
 - – Ipoattivo
 - – Letargico, indolente o con movimenti lenti
 - – Si confonde facilmente, mentalmente "annebbiato"
 - L'informazione viene elaborata lentamente ed è soggetta ad errori
 - Attenzione poco focalizzata o selettiva
 - Recupero erratico dalla memoria a lungo termine (?)
 - Socialmente reticente, passivo, poco coinvolto, timido (?)

Un tipo particolare di ADHD...

- Minore rischio di aggressività o Disturbo Oppositivo Provocatorio (ODD) / Disturbo della Condotta (CD).
 - - Per estrapolazione, minore rischio di abuso di sostanza
- Maggiore rischio di ansia o depressione (?)
- Non impulsivo
- Minore risposta clinica agli stimolanti (?)
 - -Il 65% potrebbe mostrare un leggero miglioramento
 - -soltanto il 20% mostra una risposta clinica (contro il 90%+)
- Storia familiare di ansia e Disturbo dell'Apprendimento (LD) (?)
- Risponde meglio al training per le abilità sociali

e...infine.....

Grazie per l'**ATTENZIONE**

