
ADHD

**Definizione
e
Criteri Diagnostici**

ADHD – Definizione secondo il DSM-IV

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione ed Iperattività, ADHD (*acronimo inglese per Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*) è un disturbo neuropsichiatrico caratterizzato da un inappropriato livello di inattenzione, Impulsività ed iperattività motoria

CRITERI DIAGNOSTICI

Secondo i criteri del DSM-IV la diagnosi di ADHD richiede la presenza di:

- 6 o più sintomi della sfera dell'iperattività/impulsività
(sottotipo prevalentemente iperattivo/impulsivo)

oppure

- 6 o più sintomi della sfera dell'inattenzione
(sottotipo prevalentemente inattentivo)

oppure

- 6 o più sintomi di disattenzione e 6 o più sintomi di iperattività/impulsività (sottotipo combinato)

ULTERIORI CRITERI DIAGNOSTICI (DSM IV)

Durata

i sintomi devono durare da almeno 6 mesi

Età dell'esordio

alcuni sintomi devono essere comparsi prima dei 7 anni di età

Pervasività

un deficit funzionale dovuto a tali sintomi deve essere presente in almeno due diversi contesti (es. scuola, lavoro, casa)

Sintomi d'inattenzione

- **Scarsa cura per i dettagli, errori di distrazione**
- **Labilità attentiva**
- **Sembra non ascoltare quando si parla con lui/lei**
- **Non segue le istruzioni, non porta a termine le attività**
- **Ha difficoltà a organizzarsi**

Sintomi d'inattenzione (cont...)

- **Evita le attività che richiedano attenzione prolungata, come i compiti ecc.**
- **Perde gli oggetti**
- **È facilmente distraibile da stimoli esterni**
- **Si dimentica facilmente cose abituali**

Sintomi d'iperattività

- **Irrequieto, non riesce a star fermo su una sedia**
- **In classe si alza spesso anche quando dovrebbe star seduto**
- **Corre o si arrampica quando non dovrebbe**
- **Ha difficoltà a giocare tranquillamente**
- **Sempre in movimento, come "attivato da un motorino "**
- **Parla eccessivamente**

Sintomi d'impulsività

- **Risponde prima che la domanda sia completata**
- **Ha difficoltà ad aspettare il proprio turno**
- **Interrompe o si intromette nelle attività / conversazioni di coetanei o adulti**

Distribuzione dei Sottotipi Clinici del DSM-IV

Prevalentemente Inattentivo:

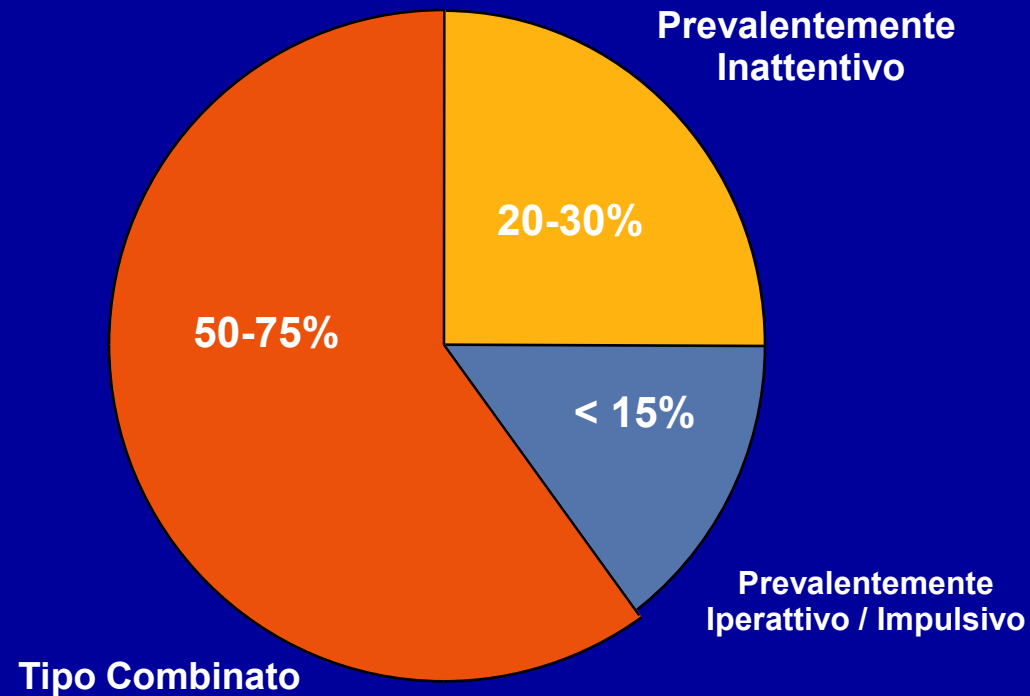
- Facilmente distraibile
- Ma non eccessivamente iperattivo / impulsivo

Prevalentemente Iperattivo / Impulsivo:

- Estremamente Iperattivo / Impulsivo
- Può non avere sintomi di inattenzione
- Frequentemente bambini piccoli

Sottotipo Combinato:

- Maggioranza dei pazienti
- Presenti tutte e tre i sintomi cardini (Inattenzione, Iperattività/Impulsività)



ICD-10 Disturbo Ipercinetico (HKD)

- I criteri Diagnostici dell'ICD-10 richiedono:
 - **Contemporanea presenza** dei sintomi di inattenzione, Iperattività ed almeno un sintomo di impulsività con esordio prima di 6 anni
 - I sintomi di Inattenzione ed Iperattività devono riscontrarsi in modo contemporaneo in **diversi ambiti** (scuola, casa, ecc.)
 - Il problema deve persistere dall'età scolare all'età adulta anche se alcuni individui possono manifestare un graduale miglioramento della sintomatologia in età adulta.
 - La contemporanea presenza di altri disturbi psichiatrici (es. disturbo oppositivo provocatorio, disturbo della condotta) comporta l'inclusione in specifici raggruppamenti diagnostici (es. **Disturbo Ipercinetico della Condotta**).

Differenza tra i criteri diagnostici del DSM-IV e ICD-10

DSM-IV (ADHD)

Inattenzione

+

Iperattività/Impulsività

ADHD: tipo combinato

Soltanto Inattenzione

ADHD: prevalentemente di Tipo inattentivo

Soltanto Iperattività/Impulsività

ADHD: prevalentemente di tipo iperattivo/ impulsivo

ICD-10 (HKD)

Inattenzione

+

Iperattività

+

Impulsività

Disturbo Ipercinetico

Disturbo della Condotta

Disturbo Ipercinetico Della condotta

• American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition, text revision). Washington DC: APA.

• Linee guida SINPIA; ADHD: diagnosi e terapie farmacologiche. Approvazione CD: 24 Giugno 2002

• Tripp G, et al. (1999). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 38(2): 156-64.

• World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.*

DSM-IV – ICD-10: confronto

A seconda del manuale di riferimento, dunque, si formulano diagnosi diverse, e di conseguenza si rilevano dati differenti relativamente alla diffusione del disturbo:

- secondo il DSM-IV i pazienti con ADHD sono circa **il 3-5%**
- secondo l'ICD-10 il disturbo ipercinetico si ritrova nel **1%-2%**

DIAGNOSI

La diagnosi di ADHD deve:

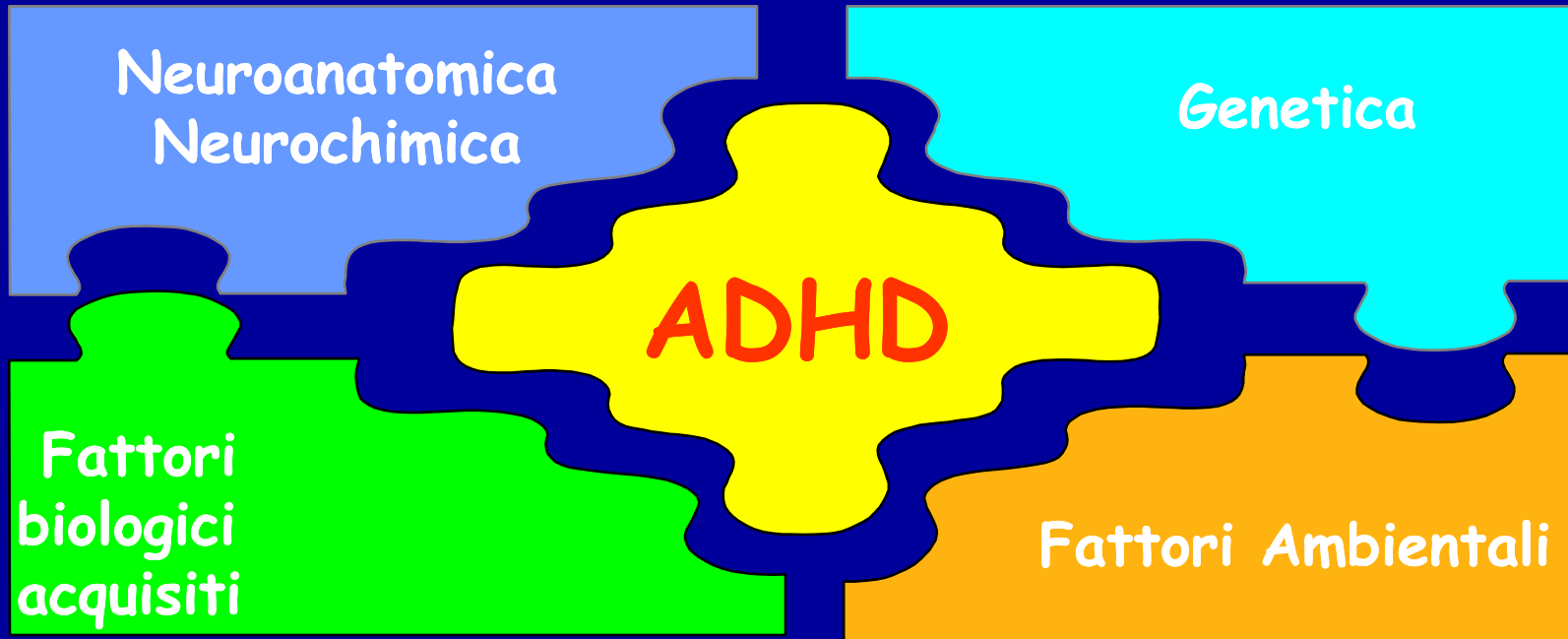
- Basarsi su una accurata valutazione clinica del bambino/adolescente
- Coinvolgere oltre al bambino/adolescente anche i genitori e gli insegnanti
- Prevedere l'impiego di questionari, scale di valutazione e interviste diagnostiche

LINEE GUIDA SINPIA: DIAGNOSI

- La **diagnosi** di ADHD è in ogni caso **essenzialmente clinica** e si basa sull'osservazione clinica e sulla raccolta di informazioni fornite da fonti multiple e diversificate quali genitori, insegnanti, educatori.
- **Non esistono test diagnostici specifici per l'ADHD**: i tests neuropsicologici, i questionari per genitori ed insegnanti, le scale di valutazione sono utili per misurare la severità del disturbo e seguirne nel tempo l'andamento

EZIOLOGIA E NEUROBIOLOGIA

ADHD: Eziologia



•Biederman J, et al. *Biol Psychiatry*. 1999;46:1234-1242.

•La Hoste GJ, et al. *Mol Psychiatry*. 1996;1:128-131.

COMORBIDITA'

Disturbi associati all'ADHD

La letteratura scientifica indica come spesso l'ADHD si associ ad altri disturbi neuropsichiatrici tra cui i più comuni sono:

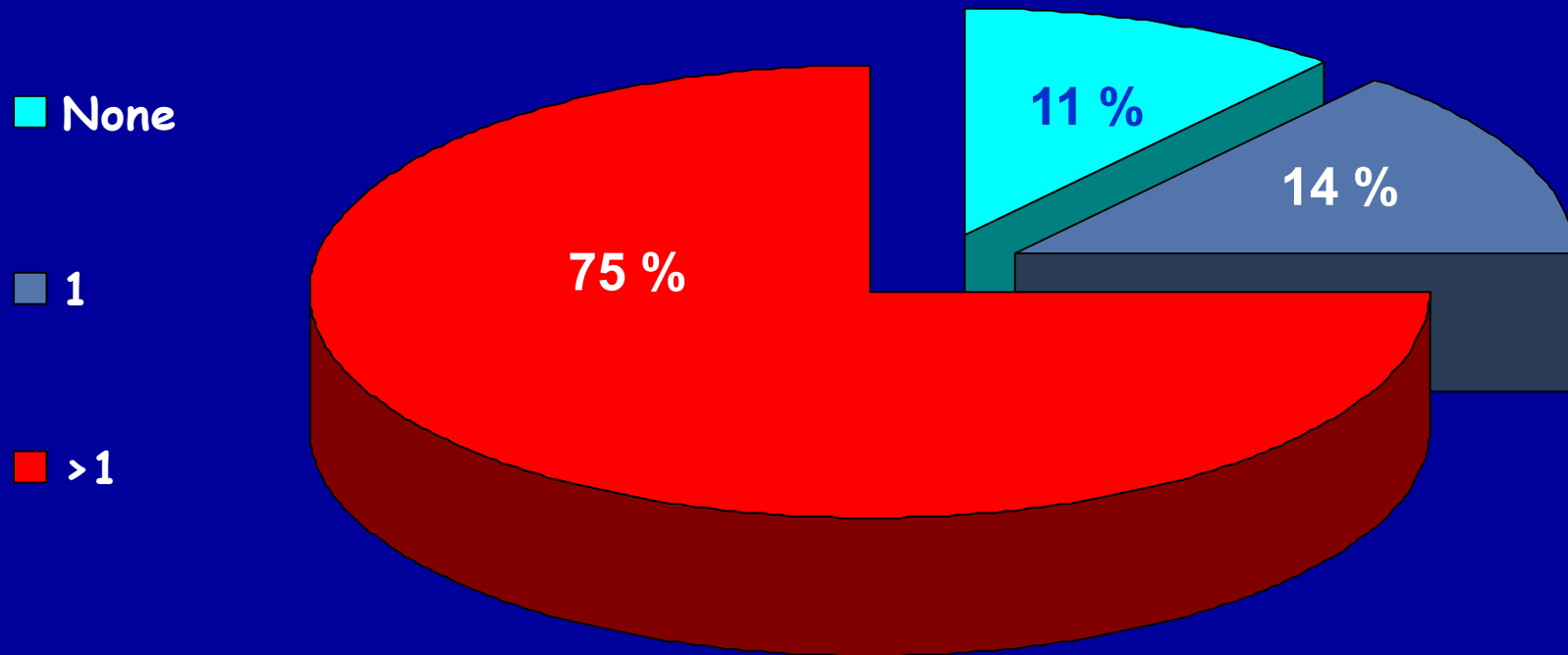
- **Disturbo oppositivo provocatorio e Disturbo della condotta**
- **Disturbo d'ansia e Disturbo dell'umore**
- **Disturbo dell'apprendimento**

ADORE

**La frequente presenza di comorbidità è stata confermata
da un recente studio osservazionale paneuropeo
(ADORE)**

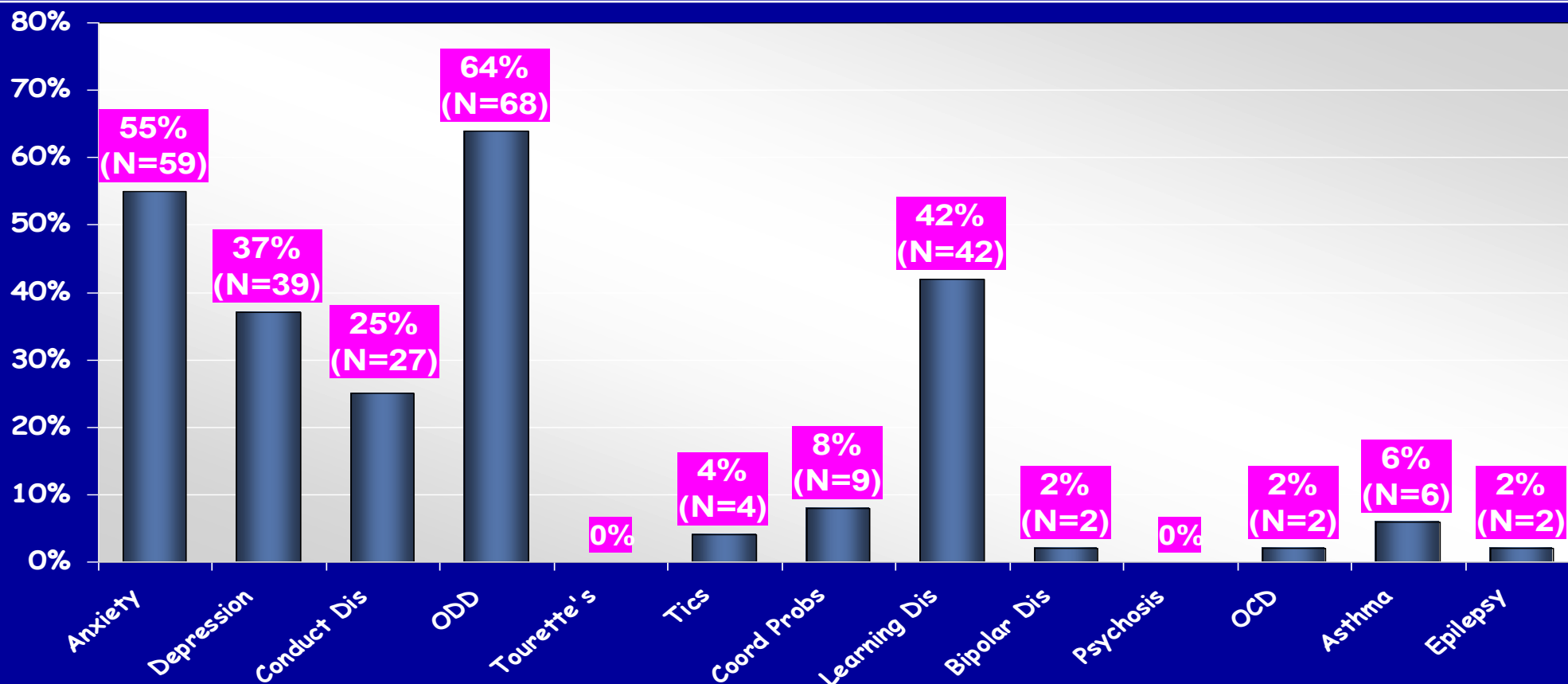
*Attention Deficit Hyperactivity Disorder Observational
Research in Europe*

NUMERO DI CONDIZIONI IN COMORBILITA'



89% dei pazienti hanno uno o più di un disturbo associato all'ADHD (comorbidità)

TIPOLOGIA DELLE COMORBILITA'



64% Disturbo Oppositivo Provocatorio (ODD); 55% Ansia; 42% Disturbi dell'apprendimento (DA); 37% Depressione; 25% Disturbo della Condotta (CD)

COMPROMISSIONE FUNZIONALE

QUADRO CLINICO

Decorso del Disturbo – Deficit psicosociale

Sintomi nucleari

- Inattenzione
- Iperattività
- Impulsività

+

Portano a

Comorbidità psichiatriche

- Disturbi dirompenti del comportamento (disturbo della condotta e disturbo oppositivo-provocatorio)

- Disturbi di ansia e di umore

Deficit funzionali

Sé

- Bassa autostima
- Incidenti e danni fisici
- Fumo / abuso di sostanze
- Delinquenza

Scuola/ lavoro

- Difficoltà accademiche/ risultati insoddisfacenti
- Difficoltà lavorative

Casa

- Stress familiare
- Difficoltà come genitori

Società

- Scarse relazioni interpersonali
- Deficit di socializzazione
- Difficoltà relazionali

Le alterazioni funzionali e le sue conseguenze a scuola

E' proprio in un ambiente come quello della classe, dove ci si aspetta che gli studenti prestino attenzione alle lezioni, stiano seduti al loro banco e completino i loro compiti, in cui disattenzione, iperattività e impulsività si rendono più evidenti pur essendo costantemente presenti durante l'intera giornata.

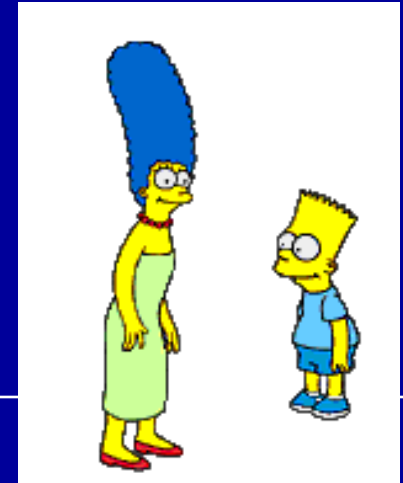
Di conseguenza i bambini e gli adolescenti con ADHD:

- Non sono capaci di portare a termine i loro obiettivi accademici.
- Possono essere puniti per i loro comportamenti dirompenti,
- Possono avere bisogno di un insegnante di sostegno,
- Non tengono il passo dei loro compagni di classe e,
- Se hanno raggiunto la scuola superiore, spesso la abbandonano.



Le alterazioni funzionali e le sue conseguenze a casa

- A casa l'impatto dell'ADHD si ripercuote su tutta la famiglia.
- I genitori pensano di non esser capaci di svolgere il loro compito in quanto il loro figlio non rispetta le regole familiari e non si comporta in maniera adeguata.
- Fratelli e/o sorelle del bambino/adolescente con ADHD soffrono per il comportamento dirompente e spesso vengono trascurati dai genitori.



Le alterazioni funzionali e le sue conseguenze in situazioni sociali

I bambini e gli adolescenti con ADHD :

- Vengono costantemente ripresi e/o puniti per i loro comportamenti,
- Possono avere difficoltà a legare con i coetanei.
- Tendono ad essere distruttivi o aggressivi,
- Sono rifiutati dai compagni di gioco e dai coetanei.
- Vengono così isolati e/o emarginati
- L'intera famiglia soffre a causa del disturbo del figlio perché non più coinvolta nelle attività sociali con amici e parenti.



Le alterazioni funzionali e le conseguenze su sé stessi

- L'autostima dei bambini/adolescenti con ADHD è compromessa dal giudizio negativo degli insegnanti, della famiglia e dei coetanei.
- Gli individui con ADHD, si sentono spesso rifiutati e non amati.
- Si vedono come poco intelligenti e non hanno fiducia in se stessi.
- Spesso, la mancanza di autostima porta ad un comportamento di autodistruzione.



Quale potrebbe essere il risultato di tutto ciò ?

Il rischio di persistenza dei sintomi
ADHD in adolescenza e nella prima
età adulta è elevato

Iperattività ed impulsività si riducono



l'inattenzione e le difficoltà esecutive persistono

(Achenbach, 1995; Hart, 1995)

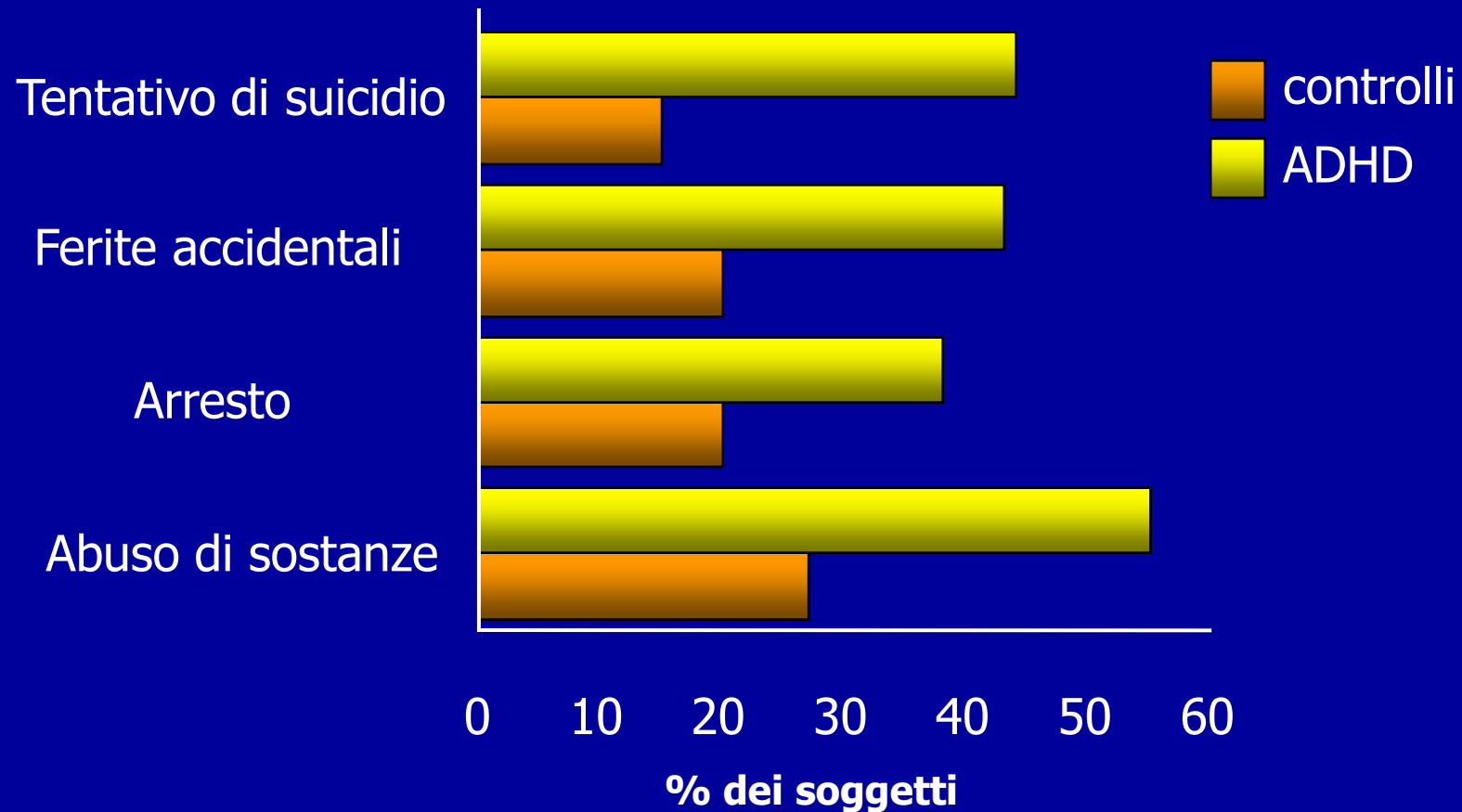
Quadro disfunzionale

◆ ADOLESCENTI (13-17 anni)

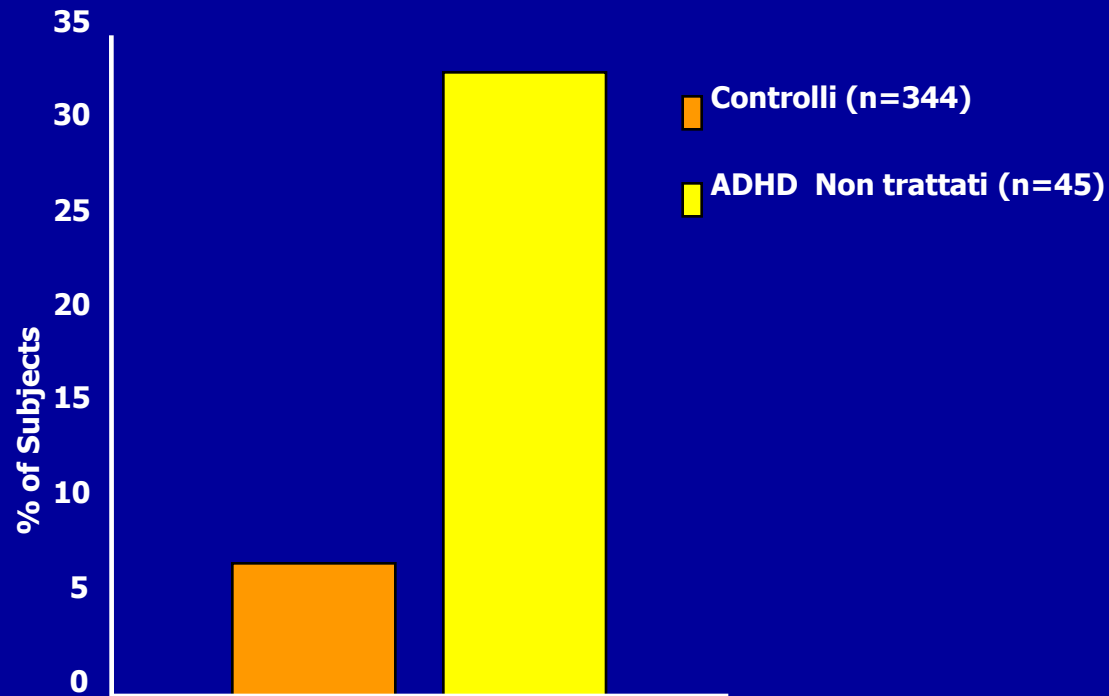
- Difficoltà nella pianificazione e organizzazione
- Inattenzione persistente
- Riduzione dell'irrequietezza motoria
- Problemi comportamentali e di apprendimento scolastico
- Comportamento aggressivo, fino a condotte antisociali e delinquenziale
- Ricerca di sensazioni forti, abuso di alcool e droghe, condotte pericolose
- Relazioni sessuali più precoci e promiscue



IN ADOLESCENZA



Abuso di sostanze in adolescenti



Biederman J, Wilens TE et al (1998).

Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biol Psychiatry*; 15; 44: 269-73.

**Aumentata probabilità di subire
traumi, di avere ricoveri ambulatoriali,
accessi al PS e ricoveri ospedalieri**

(309 soggetti, follow-up di 15 anni)

Rischio più elevato per disturbi psichiatrici

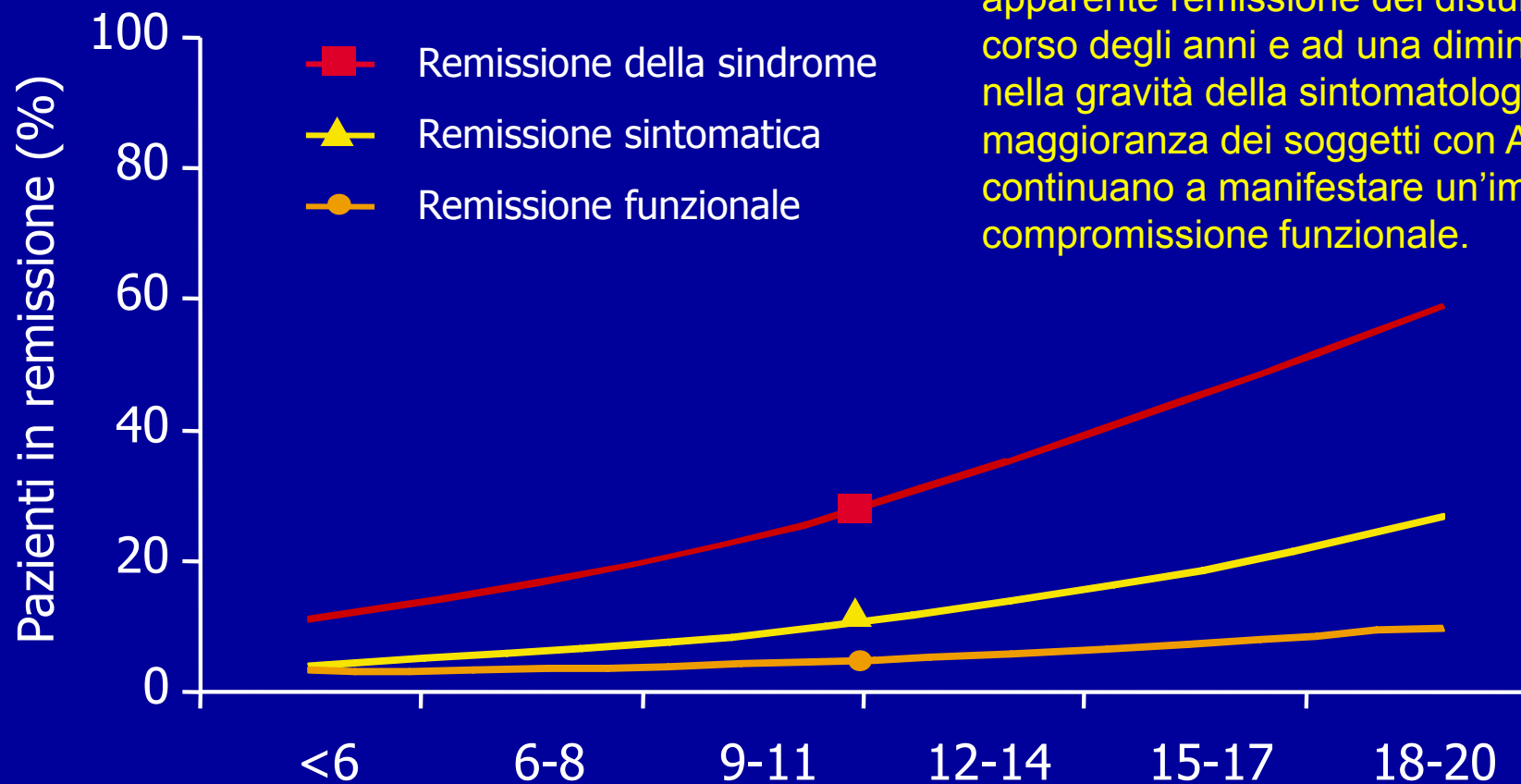
- disturbi dell'umore 26%
- disturbo di personalità antisociale 21%
- Oppositivo-provocatorio 18%
- Borderline 14%

158 soggetti, 91% maschi, follow-up 13 anni

(Fischer et al., 2003; Barkley R.A., 1998)

DECORSO E PROGNOSE DELL'ADHD

QUADRO CLINICO: *Decorso del disturbo e remissione differenziale.*



I pazienti vanno incontro ad un apparente remissione del disturbo nel corso degli anni e ad una diminuzione nella gravità della sintomatologia, la maggioranza dei soggetti con ADHD continuano a manifestare un'importante compromissione funzionale.

INTERVENTI TERAPEUTICI

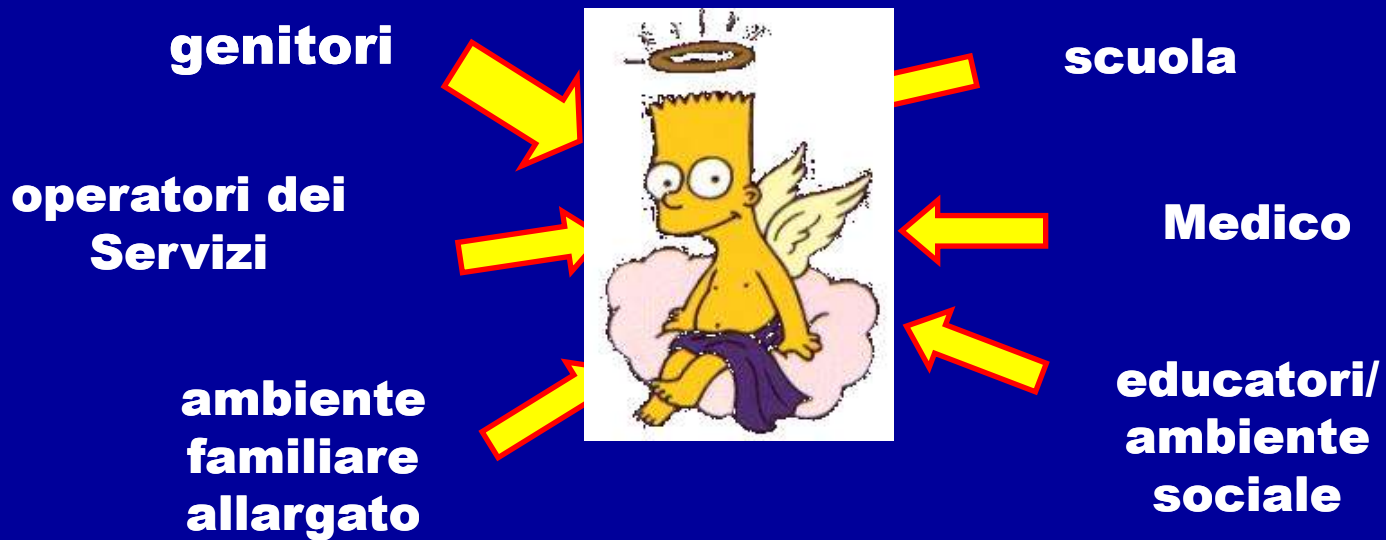
PANORAMICA

Settori problematici del trattamento

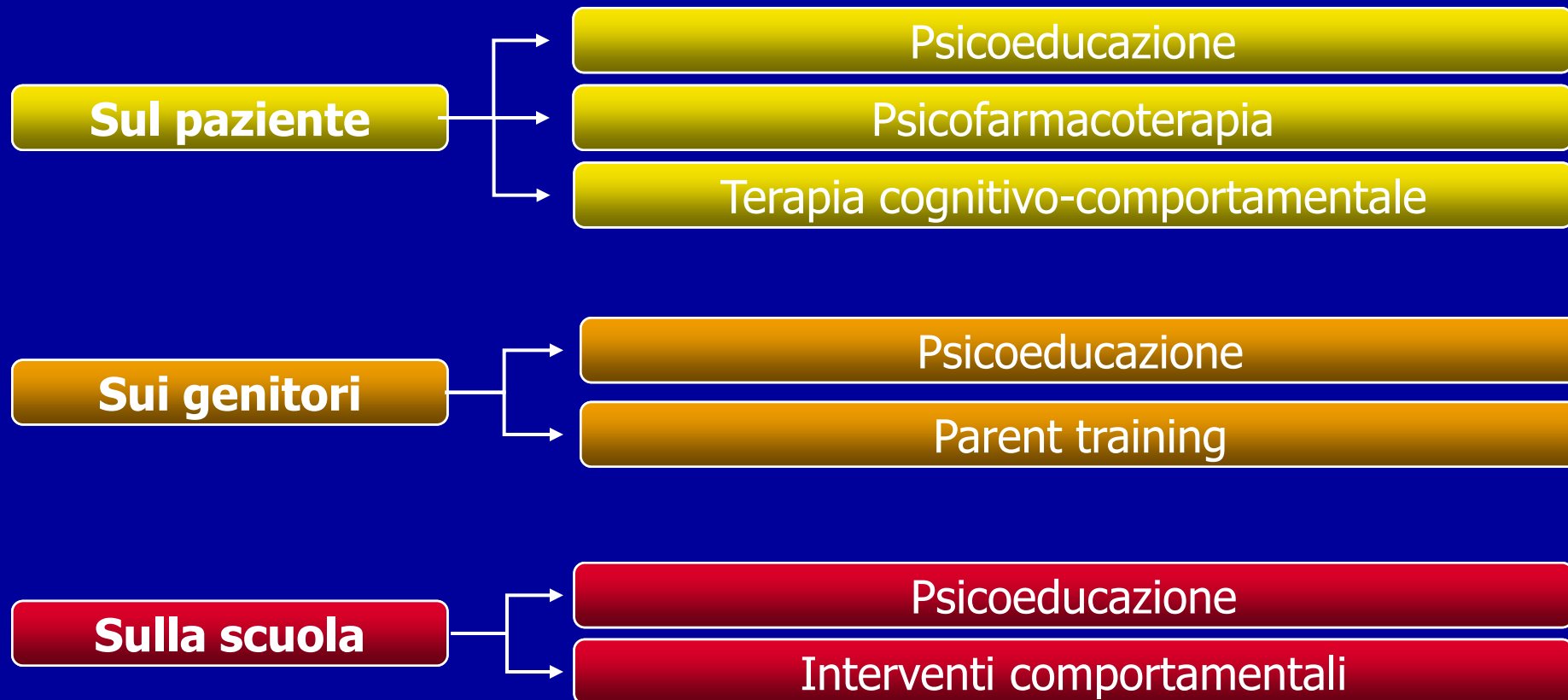


Richiede un intervento multimodale

INTERVENTO MULTIMODALE



INTERVENTI



EFFICACIA DEGLI INTERVENTI

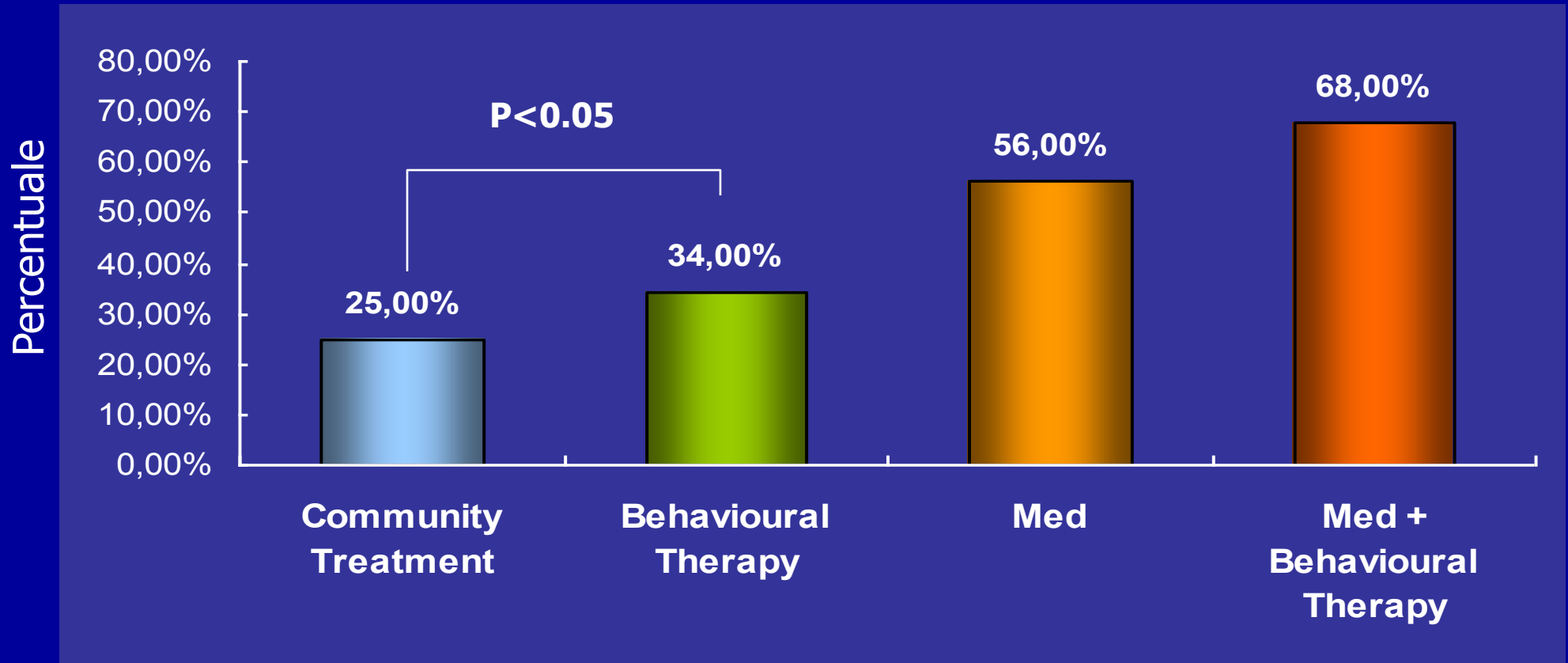
Multimodal Treatment of Children with ADHD (MTA)

579 bambini con ADHD (7-10 anni):

- trattamento psicoeducativo-comportamentale intensivo,**
- trattamento esclusivamente farmacologico,**
- intervento combinato farmacologico e psicoeducativo,**
- trattamento di routine (gruppo di controllo),
farmacologico o non farmacologico.**

EFFICACIA DEGLI INTERVENTI

Tassi di normalizzazione sintomatica nello studio MTA



•The MTA Cooperative Group (1999). *Arch Gen Psychiatry*; 56: 1073-86.

•Swanson JM, et al (2001). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 40(2): 168-79.

**Un farmaco ideale nell'ambito del
trattamento multimodale dell'ADHD
dovrebbe possedere alcune peculiari
caratteristiche**

Profilo farmaco ottimale

- **Efficacia sui sintomi cardine dell 'ADHD
(iperattività, impulsività, inattenzione)**
- **Miglioramento del funzionamento globale del bambino /
adolescente**
- **Continuità dell'effetto nelle 24 ore**
- **Mantenimento del profilo di sicurezza e tollerabilità nel
lungo termine**
- **Modalità unica d'azione con assenza di potenziale
d'abuso**

“Ogni intervento va adattato alle caratteristiche del soggetto in base all’età, alla gravità dei sintomi, ai disturbi secondari, alle risorse cognitive, alla situazione familiare e sociale”

L'ADHD è un disturbo duraturo con un picco di prevalenza in età scolare. Tuttavia, **se non trattato**, il disturbo può compromettere numerose aree dello sviluppo psichico e sociale del bambino, predisponendolo ad altre patologie psichiatriche e/o disagio sociale nelle successive età della vita come **depressione, alcolismo, tossicodipendenza, disturbo antisociale della personalità.**

CONCLUSIONI

Trattare adeguatamente l'ADHD significa andare oltre la riduzione dei sintomi di inattenzione, iperattività, impulsività

Trattare adeguatamente l'ADHD significa occuparsi di tutti gli aspetti della vita del paziente