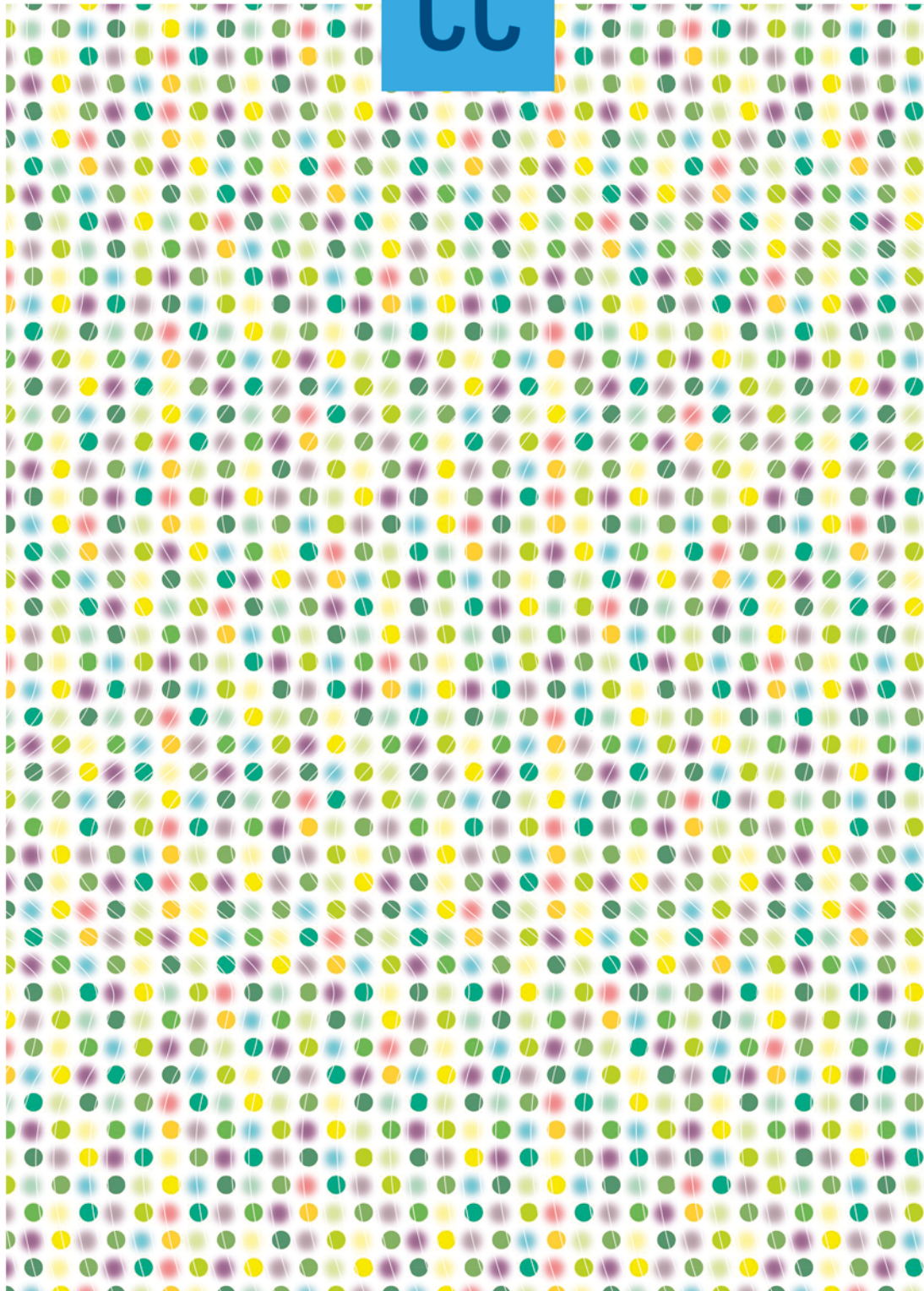


CC



Manuale

CASO CLINICO

PRIMA EDIZIONE



■ Psicologia
 **aims**

APIR

SOMMARIO

BLOCCO 1.	CASO CLINICO	11
CAPITOLO 1.	ANALISI DEI CASI CLINICI	11
1.1.	Introduzione	12
1.2.	Tipologie di casi clinici	12
1.3.	Modello di svolgimento del caso clinico	12
1.4.	Inquadramento diagnostico e diagnosi differenziale	13
1.5.	Descrizione approfondita delle particolarità del caso	13
1.6.	Valutazione psicologica: test e strumenti	14
1.7.	Proposta di interventi psicologici	16
1.8.	Svolgimento della psicoterapia e valutazione dei risultati	17
CAPITOLO 2.	CLASSIFICAZIONE DIAGNOSTICA	18
2.1.	Classificazione psicopatologica	19
2.2.	Classificazioni psicopatologiche internazionali	20
2.3.	Classificazione in psicopatologia infantile e giovanile	23
BLOCCO 2.	CASO CLINICO ADULTI	25
CAPITOLO 3.	DISTURBI DEPRESSIVI	25
3.1.	Approccio concettuale allo studio psicologico dei disturbi legati all'affettività	27
3.2.	Caratteristiche cliniche dei disturbi depressivi	27
3.3.	Diagnosi dei disturbi depressivi (DSM-5)	28
3.4.	Diagnosi differenziale	34
3.5.	Modelli esplicativi dei disturbi depressivi	34
3.6.	Valutazione della depressione	37
3.7.	Intervento sulla depressione	37
CAPITOLO 4.	DISTURBI BIPOLARI	39
4.1.	Caratteristiche cliniche del disturbo bipolare	40
4.2.	Diagnosi del disturbo bipolare e disturbi correlati (DSM-5)	40
4.3.	Diagnosi differenziale dei disturbi bipolari	45
4.4.	Modelli esplicativi del disturbo bipolare	45
4.5.	Valutazione della mania e dell'ipomania	47
4.6.	Intervento sul disturbo bipolare	47
CAPITOLO 5.	DISTURBI D'ANSIA	49
5.1.	Caratteristiche cliniche dei disturbi d'ansia e concetti ad essi legati	50
5.2.	Diagnosi dei disturbi d'ansia (DSM-5)	51
5.3.	Comorbidità e diagnosi differenziale	56
5.4.	Modelli esplicativi dei disturbi d'ansia	59
5.5.	Valutazione dei disturbi d'ansia	60
5.6.	Intervento sui disturbi d'ansia	62
CAPITOLO 6.	DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO (DOC) E DISTURBI CORRELATI	63
6.1.	Approccio storico allo studio del disturbo ossessivo-compulsivo	64
6.2.	Caratteristiche cliniche	64
6.3.	Diagnosi del disturbo ossessivo-compulsivo	65
6.4.	Diagnosi differenziale e comorbidità	68
6.5.	Modelli esplicativi del disturbo ossessivo-compulsivo	69
6.6.	Valutazione psicologica del disturbo ossessivo-compulsivo	71
6.7.	L'intervento sul disturbo ossessivo-compulsivo	71
CAPITOLO 7.	DISTURBI CORRELATI A EVENTI TRAUMATICI E STRESSANTI	73
7.1.	Caratteristiche degli eventi stressanti e traumatici e caratteristiche cliniche dei disturbi derivati	74
7.2.	Diagnosi dei disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti (DSM-5)	75
7.3.	Diagnosi differenziale e comorbidità	75
7.4.	Modelli esplicativi del disturbo da stress post-traumatico	82
7.5.	Valutazione del Disturbo da stress post-traumatico	83
7.6.	Intervento sul disturbo da stress post-traumatico	84
CAPITOLO 8.	DISTURBI DISSOCIATIVI	86
8.1.	Introduzione e approccio storico	87
8.2.	Caratteristiche cliniche dei disturbi dissociativi	87
8.3.	Diagnosi dei Disturbi dissociativi (DSM-5)	89
8.4.	Diagnosi differenziale e comorbidità	91
8.5.	Modelli esplicativi dei disturbi dissociativi	91
8.6.	Valutazione psicologica dei disturbi dissociativi	92
8.7.	Intervento sui disturbi dissociativi	93

CAPITOLO 9.	SCHIZOFRENIA E ALTRI DISTURBI PSICOTICI	94
9.1.	Approccio storico allo studio psicologico dei disturbi psicotici	95
9.2.	Caratteristiche cliniche dei disturbi psicotici	95
9.3.	Diagnosi dei disturbi dello spettro della schizofrenia e di altri disturbi psicotici (DSM-5).....	97
9.4.	Diagnosi differenziale e comorbilità	100
9.5.	Modelli eziologici della schizofrenia	101
9.6.	Valutazione psicologica della schizofrenia e dei disturbi psicotici.....	102
9.7.	Intervento sulla schizofrenia e sui disturbi psicotici.....	102
CAPITOLO 10.	DISTURBI DI PERSONALITÀ (DP).....	104
10.1.	Caratteristiche cliniche dei disturbi della personalità	105
10.2.	Diagnosi del disturbo della Personalità (DSM-5)	105
10.3.	Diagnosi differenziale e comorbilità dei disturbi di personalità	108
10.4.	Nuove proposte DSM-5 per la concettualizzazione dei disturbi della personalità	108
10.5.	Modelli psicologici sui disturbi della personalità	109
10.6.	Valutazione psicologica dei disturbi della personalità	111
10.7.	Interventi sui disturbi della personalità	114
CAPITOLO 11.	DISTURBI LEGATI ALLA SESSUALITÀ.....	116
11.1.	Introduzione allo studio psicologico dei disturbi legati alla sessualità, il comportamento sessuale e l'identità di genere.....	117
11.2.	Disfunzioni sessuali.....	119
11.3.	Disturbi parafilici (DSM-5).....	126
11.4.	Disforia di genere (DSM-5)	130
CAPITOLO 12.	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE	132
12.1.	Caratteristiche cliniche dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione	133
12.2.	Epidemiologia, prevalenza e decorso	134
12.3.	Diagnosi dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DSM-5).....	134
12.4.	Diagnosi differenziale e comorbilità	138
12.5.	Modelli esplicativi dei disturbi alimentari.....	138
12.6.	Valutazione psicologica dei disturbi alimentari	139
12.7.	Interventi sui disturbi alimentari.....	141
CAPITOLO 13.	DISTURBI DEL SONNO-VEGLIA.....	144
13.1.	Basi neurofisiologiche del sonno-veglia.....	145
13.2.	Basi neurali del ciclo sonno-veglia.....	145
13.3.	Caratteristiche cliniche dei disturbi del sonno-veglia	146
13.4.	Diagnosi nel DSM-5.....	146
13.5.	Diagnosi differenziale	150
13.6.	Eziologia dei disturbi del sonno-veglia	151
13.7.	Valutazione psicologica dei disturbi del sonno-veglia	151
13.8.	Interventi sui disturbi del sonno-veglia	152
CAPITOLO 14.	DISTURBI NEUROCOGNITIVI (DNC).....	153
14.1.	Caratteristiche cliniche dei disturbi neurocognitivi.....	154
14.2.	<i>Delirium</i> o stato confusionale acuto.....	154
14.3.	Disturbi neurocognitivi nel DSM-5	156
14.4.	Demenza	157
14.5.	Disturbi amnestici.....	162
CAPITOLO 15.	DISTURBO DA SINTOMI SOMATICI E DISTURBI CORRELATI	165
15.1.	Caratteristiche cliniche	166
15.2.	Diagnosi del disturbo da sintomi somatici e dei disturbi correlati (DSM-5)	167
15.3.	Diagnosi differenziale e comorbilità	170
15.4.	Modelli esplicativi del disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati.....	171
15.5.	Valutazione psicologica del disturbo da sintomi somatici e dei disturbi correlati	171
15.6.	Interventi sul disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati.....	172
CAPITOLO 16.	DISTURBI DA COMPORTAMENTO DIROMPENTE, DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI E DELLA CONDOTTA.....	174
16.1.	Caratteristiche cliniche	175
16.2.	Diagnosi (DSM-5)	175
16.3.	Diagnosi differenziale.....	177
16.4.	Modelli esplicativi	177
16.5.	Valutazione psicologica	177
16.6.	Interventi.....	177

CAPITOLO 17. DISTURBI DA ADDICTION E LEGATI A SOSTANZE	179
17.1. Introduzione e concetti fondamentali	180
17.2. Caratteristiche cliniche dei Disturbi correlati a sostanze e Disturbi da <i>addiction</i>	182
17.3. Diagnosi dei disturbi correlati a sostanze e disturbi da <i>addiction</i>	183
17.4. Modelli esplicativi dei Disturbi correlati a sostanze e Disturbi da <i>addiction</i>	189
17.5. Valutazione dei Disturbi correlati a sostanze e Disturbi da <i>addiction</i>	190
17.6. Intervento sui Disturbi correlati a sostanze e Disturbi da <i>addiction</i>	191
BLOCCO 3. CASO CLINICO ETÀ EVOLUTIVA	193
CAPITOLO 18. DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO	193
18.1. Disturbi del neurosviluppo nel DSM-5.....	195
18.2. Disabilità intellettive (DSM-5).....	195
18.3. Disturbi della comunicazione (DSM-5)	200
18.4. Disturbo dello spettro dell'autismo (DSM-5).....	207
18.5. Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DSM-5).....	215
18.6. Disturbo specifico dell'apprendimento (DSM-5)	221
18.7. Disturbi del movimento (DSM-5).....	225
18.8. Altri disturbi del neurosviluppo (DSM-5)	230
CAPITOLO 19. DISTURBI DEPRESSIVI E DISTURBI BIPOLARI (ETÀ EVOLUTIVA)	231
19.1. Approccio storico allo studio clinico della depressione infantile	232
19.2. Caratteristiche cliniche dei disturbi depressivi nell'infanzia e nell'adolescenza	232
19.3. Diagnosi dei disturbi depressivi (DSM-5)	233
19.4. Diagnosi differenziale dei disturbi depressivi in età evolutiva	234
19.5. Eziologia dei disturbi depressivi.....	235
19.6. Valutazione dei disturbi depressivi nei bambini e negli adolescenti.....	236
19.7. Intervento	236
19.8. Disturbi bipolari (età evolutiva)	237
CAPITOLO 20. DISTURBI D'ANSIA (ETÀ EVOLUTIVA)	238
20.1. Caratteristiche cliniche dei disturbi d'ansia nell'infanzia e nell'adolescenza	239
20.2. Diagnosi dei disturbi d'ansia (DSM-5)	241
20.3. Diagnosi differenziale e comorbilità	242
20.4. Modelli esplicativi dei disturbi d'ansia	242
20.5. Valutazione dei disturbi d'ansia nell'infanzia e nell'adolescenza	245
20.6. Intervento sui disturbi d'ansia nell'infanzia e nell'adolescenza.....	246
CAPITOLO 21. DISTURBI LEGATI ALLE FUNZIONI FISILOGICHE BASICHE: ALIMENTAZIONE, EVACUAZIONE E SONNO-VEGLIA	248
21.1. Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione in età evolutiva.....	250
21.2. Disturbi dell'evacuazione	255
21.3. Disturbi del sonno-veglia	259
CAPITOLO 22. DISTURBI DA COMPORTAMENTO DIROMPENTE, DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI E DELLA CONDOTTA (ETÀ EVOLUTIVA)	264
22.1. Caratteristiche cliniche	265
22.2. Diagnosi (DSM-5)	266
22.3. Diagnosi differenziale e comorbilità	266
22.4. Modelli esplicativi	268
22.5. Valutazione psicologica	269
22.6. Interventi.....	269
CAPITOLO 23. ALTRI PROBLEMI E DISTURBI LEGATI ALL'ETÀ EVOLUTIVA	271
23.1. Disturbo ossessivo-compulsivo in età evolutiva.....	272
23.2. Disturbo correlati a eventi traumatici e stressanti (età evolutiva).....	273
23.3. Schizofrenia e altri disturbi psicotici (età evolutiva).....	276
23.4. Disturbo multiplo dello sviluppo o Sindrome limite infantile	277
23.5. Disforia di genere nei bambini (DSM-5)	278
BIBLIOGRAFIA	279



Blocco 2

CASO CLINICO ADULTI

Capitolo 3

Disturbi depressivi

INDICE DEI CONTENUTI

3.1. Approccio concettuale allo studio psicologico dei disturbi legati all'affettività.....	27
Depressione endogena-reattiva	27
Depressione psicotica-nevrotica.....	27
Depressione unipolare-bipolare	27
Depressione primaria-secondaria	27
3.2. Caratteristiche cliniche dei disturbi depressivi	27
Sintomi tipici del paziente depresso.....	27
Sintomi legati all'umore.....	27
Sintomi motivazionali e comportamentali	27
Sintomi cognitivi.....	27
Sintomi fisici.....	27
Interpersonali	27
Suicidio	27
Analisi della domanda	28
Funzionamento del paziente depresso.....	28
Epidemiologia	28
Decorso	28
3.3. Diagnosi dei disturbi depressivi (DSM-5)	28
Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente (DSM-5) (vedere età evolutiva).....	28
Disturbo depressivo maggiore (DSM-5).....	28
Disturbo disforico premestruale (DSM-5)	28
Disturbo depressivo persistente (distimia) (DSM-5)	28
Disturbo depressivo indotto da sostanze o farmaci (DSM-5).....	28
Disturbo depressivo dovuto a malattia medica (DSM-5)	29
Disturbo depressivo con altra specificazione (DSM-5).....	29
Disturbo depressivo senza specificazione (DSM-5).....	29
Specificatori per i disturbi depressivi	29
Con ansia	29
Con caratteristiche miste	32
Con caratteristiche melancoliche	32
Con caratteristiche atipiche	32
Con caratteristiche psicotiche	32
Con catatonia.....	32
Con esordio nel peripartum.....	32
Con andamento stagionale.....	32
Specificatore di remissione.....	34
Specificazione di gravità	34
3.4. Diagnosi differenziale	34
Disturbi anamici dovuti a condizioni mediche	34
Altri disturbi e sindromi cliniche.....	34

3.5. Modelli esplicativi dei disturbi depressivi.....	34
Modelli biologici.....	34
Influenze genetiche	34
Fattori biochimici	34
Ipotesi noradrenergica	34
Ipotesi serotoninergica	34
Ipotesi colinergica	34
Alterazioni strutturali e neuropsicologiche	34
Endocrinologia	35
Asse ipotalamo-ipofisario-surrenale.....	35
Asse ipotalamo-ipofisi-tiroideo	35
Ritmi circadiani e sonno.....	35
Modelli psicologici.....	36
Modelli psicodinamici	36
Modelli comportamentali.....	36
Modello comportamentale di Ferster (1922-1981).....	36
Modello comportamentale di Lewinsohn.....	36
Modello comportamentale di Costello.....	36
Modelli cognitivi	36
Teoria cognitiva di Beck	36
Teorie cognitive sociali	36
Teoria dell'impotenza appresa di Seligman	36
Teoria riformulata dell'impotenza appresa (Seligman, Abramson y Teasdale).....	36
3.6. Valutazione della depressione	37
Colloquio e intervista.....	37
BDI Inventario di depressione di Beck (1961).....	37
HDS Scala di depressione di Hamilton (1960).....	37
Altre prove di valutazione della depressione	37
3.7. Intervento sulla depressione	37
Intervento psicoeducativo.....	37
Sostegno	37
Consulenza	37
Eventuale invio ad un altro professionista: psicoterapia e intervento farmacologico.....	38

3.1. Approccio concettuale allo studio psicologico dei disturbi legati all'affettività

Nell'ambito della psicopatologia e della psichiatria è sempre esistita una polemica rispetto alla quantità di tipologie diverse di depressioni diagnosticate. Praticamente nessuna delle etichette proposte approverebbe un esame scientifico rigoroso. Di seguito si analizzano alcuni dei tipi più importanti.

Depressione endogena-reattiva

Moebius (1853-1907) già nel secolo XIX sottolinea questa distinzione. In origine la discussione tra chi appoggia le cause endogene della depressione e chi sostiene quelle reattive nasce per la contrapposizione di una visione kraepeliana (cause biologiche) con quella freudiana (cause psicologiche).

L'asse **endogeno-reattivo** fa riferimento a una differenziazione tra depressioni biologiche (endogene) e depressioni psicosociali (reattive), ma gli studi empirici non sostengono questa distinzione eziologica.

Quello che è stato dimostrato è che la dicotomia endogena-reattiva distingue due sottotipi di depressione che sono diversi rispetto ai sintomi ma non rispetto alla loro eziologia. Le depressioni endogene, attualmente denominate **malinconiche** si caratterizzano per: personalità premorbosa adeguata, tristezza profonda e persistente, perdita di peso, risveglio precoce, variazioni diurne e stagionali dell'umore, fasi depressive anteriori, risposta soddisfacente alle terapie biologiche.

Si può concludere che considerando i sintomi anteriori, il tipo endogeno vanta un supporto empirico, mentre il tipo di depressione reattiva no.

Depressione psicotica-nevrotica

Sostenuta inizialmente dalla tradizione clinica europea, è una distinzione **con poca affidabilità**, per questa ragione dal DSM-III è scomparsa la distinzione tra depressione psicotica e nevrotica.

Depressione unipolare-bipolare

Questa è la classificazione più utilizzata attualmente. La distinzione è descrittiva e sintomatologica e non presuppone nessuna ipotesi sulle cause. Il disturbo bipolare, in precedenza maniaco-depressivo, si caratterizza per la comparsa di episodi di mania (indipendentemente dell'esistenza di episodi depressivi). Il soggetto con disturbo depressivo unipolare ha episodi di depressione e non ha mai vissuto un episodio maniaco. Il disturbo depressivo maggiore è dieci volte più frequente che quello bipolare.

Esistono delle differenze significative che riguardano corso, genetica e risposta al trattamento in questi due tipi di depressione.

Depressione primaria-secondaria

I disturbi primari fanno riferimento ai disturbi che non sono presenti attualmente (o in passato) sotto forma di un altro quadro diverso da quello affettivo (fobie, schizofrenia, ecc.), invece i pazienti con un **disturbo di tipo secondario** presentano un quadro medico o psichiatrico preesistente diverso dalla depressione o la mania.

Su questa distinzione non si stabilisce una relazione causale, tuttavia, è importante distinguere questi due tipi di depressione, soprattutto per considerare il pronostico e la gestione clinica.

Bisogna prendere in considerazione il fatto che il rischio di suicidio è maggiore nei pazienti con un disturbo depressivo primario che in quelli con un disturbo secondario.

3.2. Caratteristiche cliniche dei disturbi depressivi

Sintomi tipici del paziente depresso

Sintomi legati all'umore

- Tristezza (sintomo dell'umore più comune).
- Abbattimento o infelicità.
- Al posto della tristezza può presentarsi irritabilità, sensazione di vuoto o nervosismo.
- Nei casi più gravi questi pazienti possono raccontare che sono incapaci di provare sentimenti o addirittura di piangere.
- Riduzione delle emozioni positive, anedonia.

Sintomi motivazionali e comportamentali

- Stato generale di inibizione (sintomi di apatia, mancanza di motivazione, anedonia, mancanza di controllo, ecc.). I compiti quotidiani come alzarsi dal letto, lavarsi, ecc. implicano uno sforzo per il paziente. Questa situazione porta i soggetti ad abbandonare il lavoro o gli studi.
- Il ritardo psicomotorio costituisce un indicatore di gravità, produce un rallentamento generalizzato delle risposte motorie, la parola, i gesti, ecc.
- In casi estremi il ritardo può arrivare fino allo "stupor depressivo" che porta il paziente a mutismo e a paralisi motoria quasi totale.

Sintomi cognitivi

Esistono due tipi di sintomi:

- Capacità cognitive ridotte (memoria, attenzione, capacità di concentrazione, velocità mentale, ecc.) che rendono più difficili le attività quotidiane.
- Viene coinvolto anche il contenuto delle cognizioni e la valutazione che la persona fa di se stessa. La sua visione di futuro solitamente è negativa, il soggetto si autodisprezza, autoaccusa e perde autostima.

Sintomi fisici

- Problemi di sonno che colpiscono il 70-80% dei pazienti depressi.
- Sono anche abituali fatica, perdita di appetito, diminuzione dell'attività e del desiderio sessuale e disturbi corporei diffusi come mal di testa, di schiena, vomito, nausea, costipazione, ecc.

Interpersonali

Deterioramento delle relazioni con gli altri, secondo Beck un 70% dei pazienti affermano di sentire diminuito il loro interesse nei confronti della gente.

Suicidio

Il suicidio è la complicazione più importante da prendere in considerazione sia nei disturbi unipolari che bipolari, quest'ultimi presentano maggior rischio di suicidio.

Il rischio di suicidio è collegato alla diminuzione dei livelli di serotonina, che rende più difficile il controllo degli impulsi, con la conseguente messa a rischio della vita.

Analisi della domanda

I numerosi sintomi fisici che accompagnano la manifestazione del disturbo come insonnia, crescita o diminuzione dell'appetito, diminuzione della soglia di fatica, ecc. sono conseguenza dell'importante sregolazione ormonale e biochimica. Nella cultura occidentale il sintomo fisico è il veicolo con cui il paziente trasmette il proprio malessere, per questo le persone con un maggior numero di manifestazioni fisiche sono solite cercare più aiuto. Il problema si manifesta quando il disturbo affettivo passa inosservato, o il paziente vive una depressione mascherata che lo porta a rivolgersi a diversi specialisti medici, con conseguente costo sanitario, diagnosi adeguata tardiva, peggioramento e cronicizzazione del disturbo.

Funzionamento del paziente depresso

Secondo Beck (1976), un 70% delle persone con diagnosi di depressione affermano aver perso l'interesse nei confronti delle altre persone. Non si tratta di un processo unidirezionale ma bidirezionale, perché l'angoscia e la negatività che solitamente presentano questi pazienti ha ripercussioni su chi gli sta intorno che, conseguentemente, mette in atto comportamenti che rinforzano positivamente il disturbo del soggetto.

Negli ultimi anni i sintomi interpersonali hanno ricevuto l'attenzione dei clinici perché sono stati considerati un fattore importante nel mantenimento della depressione, il funzionamento

interpersonale inadeguato è ora considerato un predittore di cattiva prognosi nel corso della depressione.

Epidemiologia

(Vedi tabella 1)

Decorso

Il decorso della depressione si considera molto variabile. Anche se la maggior parte dei soggetti con diagnosi di depressione vengono ricoverati in 1 o 2 anni, circa il 15% delle persone presenta un decorso di più di 2 anni o un decorso cronico.

La età media di presentazione della depressione è intorno ai 35 anni.

(Vedi tabella 2 alla pagina successiva)

3.3. Diagnosi dei disturbi depressivi (DSM-5)

DISTURBI DEPRESSIVI (DSM-5)

Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente
 Disturbo depressivo maggiore
 Disturbo disforico premenstruale
 Disturbo depressivo persistente (distimia)
 Disturbo depressivo indotto da sostanze o farmaci
 Disturbo depressivo dovuto a malattia medica
 Disturbo depressivo con altra specificazione
 Disturbo depressivo senza specificazione

Tabella 3. Disturbi depressivi (DSM-5).

CARATTERISTICHE PERSONALI E FAMILIARI DEI DISTURBI DEPRESSIVI

Storia di mania o ipomania	No
Storia familiare	Unipolare
Rischio di disturbi animici in familiari	Più basso che nel bipolare
Esistenza di 2 o 3 generazioni di familiari con storia di disturbi animici	Infrequente
Personalità premorbida particolare	No

EPIDEMIOLOGIA DEI DISTURBI DEPRESSIVI

Percentuale sul totale dei disturbi affettivi	90%
Età media di inizio	35 anni
Modo di inizio	Progressivo
Rapporto Donne/Uomini	2/1

STORIA NATURALE DEI DISTURBI DEPRESSIVI

Numero medio di episodi vitali	4-5 episodi
Durata media degli episodi nel corso della vita	8 mesi
Percentuale di ricadute nel corso della vita	75%
Episodi postparto	Frequenza media
Rischio di suicidio	Moderato-Alto

Tabella 1. Dati epidemiologici dei disturbi affettivi.

Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente (DSM-5)

(Vedere in capitolo "Disturbi depressivi in età evolutiva")

Disturbo depressivo maggiore (DSM-5)

(Vedi tabella 4 alla pagina successiva)

Disturbo disforico premenstruale (DSM-5)

Si tratta di una categoria di nuova apparizione nel DSM-5, che nel DSM-IV-TR era inclusa nel disturbo depressivo senza specificazione, e che si definisce con i seguenti criteri diagnostici nel DSM-5.

(Vedi tabella 5 alla pagina successiva)

Disturbo depressivo persistente (distimia) (DSM-5)

Questo disturbo rappresenta l'unione del disturbo depressivo maggiore cronico e del disturbo distimico definiti dal DSM-IV-TR.

(Vedi tabella 6 alla pagina successiva)

Disturbo depressivo indotto da sostanze o farmaci (DSM-5)

Il disturbo non è meglio spiegato da un disturbo depressivo **non** indotto da sostanze/farmaci. **Specificare se:**

- Con esordio durante l'intossicazione.
- Con esordio durante l'astinenza.

	DEPRESSIONE MAGGIORE	DISTIMIA
DECORSO E CRONICITÀ	Decorso variabile. La maggioranza dei soggetti si riprendono in 1-2 anni. Il 15% ha un decorso cronico (2 o più anni depressi).	L'inizio precoce si collega con una maggior cronicità.
INIZIO	Inizio acuto e precoce. L'età di inizio è diminuita nelle ultime 4 generazioni.	Più insidioso e precoce in adolescenza.
RICADUTE	Alta (tra il 50-85% dei casi). Rischio maggiore nei primi mesi dopo il recupero. Il 35% ha un nuovo episodio prima di due anni e il 60% prima dei 12 anni dall'episodio precedente.	
DURATA	Variabile, alcuni episodi durano 2 settimane altri vari anni. Durata media del primo episodio senza trattamento è da 6 a 9 mesi.	Prolungata, tra 20 e 30 anni. Durata media di 5 anni (adulti) e 4 anni (bambini).
PROGNOSI ED EVOLUZIONE	Tasso del 75% di recupero.	Sfavorevole. 1 su ogni 4 casi si aggrava fino a soddisfare criteri di diagnosi del disturbo depressivo maggiore (doppia depressione). Risposta negativa al trattamento. Probabilità di precedenti in famiglia. Tasso del 40% di recupero.
FATTORI DI RISCHIO PER LA RICADUTA	<ul style="list-style-type: none"> • Impiegare troppo tempo nella ricerca e inizio di un trattamento. • Inizio tardivo del primo episodio. • Età avanzata. • Livello socioeconomico basso. • Disturbo bipolare. • Precedenti di cronicità. • Cattiva risposta al trattamento acuto. • Poche settimane o mesi dall'ultimo episodio. • Presenza di fattori di stress psicosociali cronici. • Presenza di distorsioni cognitive non trattate. 	
COMPLICAZIONI	Il suicidio	Ospedalizzazione non frequente.

Tabella 2 Comparazione tra il decorso del disturbo depressivo maggiore e quello della distimia.

Disturbo depressivo dovuto a malattia medica (DSM-5)

Domina il quadro clinico un periodo rilevante e persistente di umore depresso o marcata diminuzione di interesse o piacere in tutte, o quasi tutte, le attività. È evidente da anamnesi, esame fisico o dati di laboratorio che il disturbo è la conseguenza fisiopatologica diretta di un'altra condizione medica.

Disturbo depressivo con altra specificazione (DSM-5)

Si tratta di un'altra categoria di nuova apparizione nel DSM-5 che nel DSM-IV-TR si includeva nel disturbo depressivo senza specificazione.

(Vedi tabella 7 alla pagina successiva)

Disturbo depressivo senza specificazione

La diagnosi del disturbo senza specificazione si usa in situazioni in cui il clinico opta per non specificare il motivo di insoddisfamento dei criteri di un disturbo depressivo specifico, include

presentazioni in cui non c'è abbastanza informazione per fare una diagnosi più specifica (per esempio, in contesto di pronto soccorso).

Specificatori per i disturbi depressivi

Il DSM-5 include diversi specificatori che possono accompagnare la diagnosi principale se viene considerato opportuno.

Con ansia

L'ansia è definita come la presenza di almeno due dei seguenti sintomi nella maggior parte dei giorni di un episodio depressivo maggiore o di un disturbo depressivo persistente (distimia):

1. Sentirsi agitato/a o teso/a.
2. Sentirsi insolitamente irrequieto/a.
3. Difficoltà di concentrazione a causa delle preoccupazioni.
4. Paura che possa accadere qualcosa di terribile.
5. Sentire che l'individuo possa perdere il controllo di se stesso/a.



Blocco 3

CASO CLINICO ETÀ EVOLUTIVA

Capitolo 18

Disturbi del neurosviluppo

INDICE DEI CONTENUTI

18.1. Disturbi del neurosviluppo nel DSM-5	195
18.2. Disabilità intellettive (DSM-5).....	195
Approccio storico	195
Caratteristiche cliniche	195
Caratterizzazione della disabilità intellettiva secondo la AAIDD	196
Diagnosi (DSM-5)	196
Classificazione	197
Classificazione in base al livello di supporti necessari (AAIDD)	197
Epidemiologia, prevalenza e decorso	197
Eziologia	198
Diagnosi differenziale	199
Comorbidità	199
Valutazione	199
Intervento	199
18.3. Disturbi della comunicazione (DSM-5)	200
Caratteristiche cliniche generali	200
Disturbo del linguaggio (disfasia).....	200
Diagnosi (DSM-5)	201
Epidemiologia, prevalenza e decorso	201
Eziologia	201
Diagnosi differenziale	201
Comorbidità	201
Disturbo fonetico-fonologico (dislalia).....	202
Diagnosi (DSM-5)	202
Epidemiologia, prevalenza e decorso	202
Eziologia	202
Diagnosi differenziale	202
Comorbidità	202
Disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia (balbuzie).....	203
Diagnosi (DSM-5)	203
Epidemiologia, prevalenza e decorso	203
Eziologia	204
Diagnosi differenziale	204
Comorbidità	204
Disturbo della comunicazione sociale (pragmatica)	204
Diagnosi (DSM-5)	204
Epidemiologia, prevalenza e decorso	204
Eziologia	205
Diagnosi differenziale	205
Comorbidità	205

Disturbo della comunicazione senza specificazione (DSM-5)	205
Valutazione	205
Disturbo del linguaggio (disfasia)	205
Disturbo fonetico-fonologico (dislalia)	206
Disturbo della fluenza del linguaggio con esordio nell'infanzia (balbuzie)	206
Intervento	206
Disturbo del linguaggio (disfasia)	206
Disturbo fonetico-fonologico (dislalia)	206
Disturbo della fluenza del linguaggio con esordio nell'infanzia (balbuzie)	206
18.4. Disturbo dello spettro dell'autismo (DSM-5)	207
Approccio storico	207
Caratteristiche cliniche	207
Diagnosi (DSM-5)	207
Specificatori di gravità (DSM-5)	210
Epidemiologia, prevalenza e decorso	210
Eziologia	211
Diagnosi differenziale	211
Comorbidità	211
Valutazione	211
Intervento	214
18.5. Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DSM-5)	215
Approccio storico	215
Caratteristiche cliniche e sottotipi	215
Alterazioni nucleari del disturbo	215
Manifestazioni cliniche secondarie del disturbo	216
Diagnosi (DSM-5)	216
Epidemiologia, prevalenza e decorso	216
Eziologia	216
Diagnosi differenziale	216
Comorbidità	219
Valutazione	219
Intervento	219
18.6. Disturbo specifico dell'apprendimento (DSM-5)	221
Caratteristiche cliniche	221
Classificazione in base all'eziologia	211
Diagnosi	211
Epidemiologia, prevalenza e decorso	221
Eziologia	222
Diagnosi differenziale	222
Comorbidità	222
Valutazione	222
Intervento	225
18.7. Disturbi del movimento (DSM-5)	225
Caratteristiche cliniche	225
Diagnosi (DSM-5)	226
Epidemiologia, prevalenza e decorso	226
Eziologia	228
Diagnosi differenziale	228
Comorbidità	228
Valutazione	228
Intervento	230
18.8. Altri disturbi del neurosviluppo (DSM-5)	230
Disturbo del neurosviluppo con altra specificazione (DSM-5)	230
Disturbo del neurosviluppo senza specificazione (DSM-5)	230

lizzati i neurolettici (o antipsicotici) come l'aloiperidolo, che è il farmaco che si è dimostrato più efficace.

È anche stato sperimentato l'uso di psicostimolanti (come quelli utilizzati per il trattamento del disturbo da deficit di attenzione/iperattività), di antidepressivi (in particolare la fenfluramina, un SSRI) e di antagonisti degli oppiacei (come, ad esempio, il naltrexone), ma i risultati sulla loro efficacia sono contraddittori, oltre a presentare consistenti effetti collaterali nella popolazione infantile.

• **Terapia ormonale.**

Gli studi condotti sulla somministrazione dell'ormone della crescita hanno dimostrato che i suoi effetti si limitano ad alcuni miglioramenti in vari tratti non nucleari dell'autismo.

Gli studi realizzati sulla somministrazione di secretina sono giunti a risultati contraddittori, quindi è necessario che vengano replicati.

• **Trattamenti dietetici.**

Esistono due tipi di diete speciali che sono state utilizzate nella popolazione di soggetti che presentano un disturbo dello spettro dell'autismo:

- la somministrazione di vitamina B6 (piridossina), insieme al magnesio.
- la restrizione alimentare rispetto all'assunzione di glutine e caseina (proteine del latte).

Non ci sono evidenze sufficienti rispetto all'efficacia di queste diete, per cui esse non possono essere raccomandate per il trattamento dell'autismo.

• **Altre proposte di intervento non supportate da evidenze scientifiche.**

Esistono alcune raccomandazioni, come, ad esempio, quella di non somministrare alcuni vaccini ai neonati (per il loro contenuto di mercurio, che alcuni teorici reputano possa essere considerato come la causa del disturbo dello spettro dell'autismo, attraversando la barriera emato-encefalica nei primi mesi di vita); esse non sono supportate da evidenze scientifiche, né sono contemplate nelle guide internazionali dei trattamenti raccomandati.

18.5. Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DSM-5)

Approccio storico

- Nel 1902, **Still** presentò una serie di casi di bambini il cui comportamento era caratterizzato da un eccesso di movimento, uno scarso controllo degli impulsi, mancanza di attenzione e scarso interesse per le conseguenze delle proprie azioni. Li denominò "bambini che presentano una mancanza di controllo morale".
- Nel 1947 **Strauss e Lehtinen** misero in relazione tali comportamenti con un danno cerebrale ed in prima battuta lo definirono "danno cerebrale infantile"; in seguito, in assenza di evidenze che supportassero l'esistenza di lesioni strutturali, denominarono tale alterazione "disfunzione cerebrale minima (MBD)".
- Nel 1960 **Chess** pubblicò un articolo su ciò che definì "disturbo ipercinetico", concentrandosi sull'iperattività e sulla caratteristica precipitazione nel fornire le risposte che caratterizza i bambini che presentano il disturbo.
- Nel 1971 **Wender** descrisse le caratteristiche dei bambini che presentavano MBD, facendo riferimento a tre deficit principali:
 - Una sensazione di piacere e dolore minore rispetto alla popolazione generale e, di conseguenza, una minore sensibilità ai premi e alle punizioni.

- Un livello di attivazione alto e scarsamente modulato che conduce ad iperattività, ad una scarsa attenzione sostenuta e a distraibilità.
- Estroversione.

• **Virginia Douglas** è un'autrice particolarmente rilevante rispetto a questo argomento. Nel 1972 dimostrò che i bambini con iperattività presentavano consistenti difficoltà nei compiti di vigilanza o attenzione sostenuta, quali quelli valutati dal *Continuous Performance Test*.

L'autrice propose quattro caratteristiche principali per questo disturbo:

- Deficit nell'organizzazione e nel mantenimento dell'attenzione e dello sforzo.
- Deficit nell'inibizione delle risposte impulsive.
- Deficit nella modulazione dei livelli di attivazione per far fronte alle richieste ambientali.
- Forte inclinazione a ricercare rinforzi immediati.

A partire da queste ricerche, nel DSM-III si collocò il disturbo sotto l'etichetta diagnostica di "Disturbo da deficit di attenzione" e nel DSM-III-R (1987) sotto quella di "Disturbo da deficit di attenzione e iperattività" (ADHD).

Negli ultimi anni, predominano gli studi neuropsicologici che sostengono che si tratti di un disturbo il cui nucleo fondamentale risiede nell'impulsività o deficit nel controllo degli impulsi. Recentemente si è cominciato a considerare il problema del mantenimento del disturbo anche durante la vita adulta, anche se con manifestazioni e caratteristiche diverse rispetto a quelle osservate nell'infanzia.

Caratteristiche cliniche e sottotipi

Alterazioni nucleari del disturbo

Le tre caratteristiche cliniche nucleari del disturbo sono l'iperattività, l'impulsività e l'inattenzione. Quando predominano le prime due, si parla di "sottotipo iperattivo-impulsivo", mentre, se è prevalente l'inattenzione, si parla di "sottotipo disattento"; qualora tutte queste caratteristiche siano presenti e nessuna di esse sia predominante, si parla di "sottotipo combinato".

• **Impulsività.**

Difficoltà nel ritardare la risposta ad un segnale e nel predire le conseguenze delle proprie azioni nel momento in cui le si svolge. È il sintomo più duraturo, che può mantenersi sino all'età adulta, con prestazioni accademiche e sociali al di sotto delle potenzialità del soggetto, da attribuire alle azioni ed alle decisioni impulsive. Nel bambino ciò si traduce nella difficoltà ad aspettare il proprio turno, nell'interrompere continuamente gli altri, nel rispondere senza pensare e nel dimostrare una maggiore propensione per gli incidenti, gli infortuni, etc... Si evidenziano differenze interindividuali, anche ampie, nelle manifestazioni cliniche del disturbo, sia da bambino a bambino, sia considerando la variabile età.

• **Iperattività.**

L'iperattività si riferisce ad un'attività motoria e/o verbale continua e mantenuta a livelli elevati: il soggetto si muove continuamente, non riesce a star fermo, parla molto e con un tono di voce alto, suole tenere sempre qualcosa tra le mani oppure tocca continuamente cose o persone che si trovano intorno a lui. Tutto ciò conduce tali soggetti ad essere bambini particolarmente rumorosi: parlano molto, urlano, muovono bruscamente gli oggetti, etc...

Nonostante l'iperattività sia frequente nella maggior parte dei bambini con ADHD, non è una costante del disturbo oppure, talvolta, non è molto evidente esternamente e tende a diminuire con l'età.

La sintomatologia iperattiva-impulsiva di solito richiama l'attenzione di genitori e/o insegnanti abbastanza precoce-

mente, in genere già nella scuola dell'infanzia o nel primo anno di scuola primaria. Predomina tra i maschi e le difficoltà più importanti sono legate al comportamento. Si dice spesso di questi bambini che "non possono stare fermi" o che "agiscono senza pensare".

- **Disattenzione.**

Il sottotipo disattento passa spesso inosservato, perché di solito non presenta problemi comportamentali che interferiscono con l'attività scolastica, familiare o sociale. La disattenzione è una causa molto frequente di insuccesso scolastico, dal momento che tali soggetti non sono in grado di seguire le richieste di organizzazione e di pianificazione proprie di questa fase educativa. Durante la frequentazione della scuola primaria non acquisiscono abitudini di lavoro, né di studio.

Tuttavia, bisogna tenere presente che non si tratta di una mancanza di capacità di concentrazione, ma piuttosto di una difficoltà a mantenere l'attenzione in compiti noiosi o monotoni, specialmente se occupano un tempo lungo. Questa difficoltà aumenta quando il soggetto si trova in un ambiente con molti stimoli in grado di attirare la sua attenzione. L'attenzione in classe e tutto ciò che riguarda i compiti scolastici ne sono l'esempio più lampante.

La disattenzione di solito si manifesta a partire dagli 8-9 anni, o addirittura quando il soggetto comincia a frequentare la scuola secondaria di I grado. Si presenta sia nei maschi che nelle femmine. Le maggiori difficoltà vengono riscontrate nelle prestazioni scolastiche: si dice spesso che questi bambini/ragazzi "sono tra le nuvole" o che sono pigri e non motivati a studiare.

Le difficoltà di organizzazione e di pianificazione sono comuni nell'ADHD. Molti sono i fattori intervenienti: inadeguata gestione del tempo, tendenza a posticipare le attività che comportano uno sforzo, interruzione dei compiti per prestare attenzione ad altre attività, difficoltà nello svolgimento di compiti che richiedono diversi passaggi senza una supervisione, etc...

Molte di queste caratteristiche non sono evidenti fino a quando al bambino non è richiesta una certa autonomia nell'esecuzione di compiti scolastici. Il funzionamento caotico di molte persone con ADHD è dovuto al fatto che svolgono molte attività contemporaneamente ed hanno difficoltà a stabilire un ordine di priorità tra esse sulla base della diversa importanza che rivestono. Inoltre, prestano attenzione a tutti gli stimoli dell'ambiente. Tutto ciò li porta a dimenticare le cose e spesso a perdere oggetti quotidiani.

Manifestazioni cliniche secondarie del disturbo

Come conseguenza delle difficoltà nucleari del disturbo descritte poc'anzi, i bambini con ADHD possono presentare le seguenti manifestazioni cliniche secondarie:

- **Mancanza di flessibilità e comportamento esplosivo.**

Reazioni sproporzionate dinanzi all'imposizione di regole, reazioni oppostive o conflitto interpersonale di fronte ad una situazione nuova o se ci sono cambiamenti inaspettati nella routine, arrivando a manifestare una mancanza di controllo del comportamento. Ciò è dovuto ad una scarsa capacità di adattamento dinanzi a situazioni nuove e/o imposte e ad una scarsa flessibilità di pensiero, aspetti che si sviluppano molto più lentamente nel bambino che presenta ADHD.

- **Memoria di lavoro limitata.**

È un tipo di memoria a breve termine, essenziale per il ragionamento, la riflessione, la comprensione delle richieste da parte dell'ambiente, etc... La sua alterazione è uno dei motivi responsabili del basso rendimento scolastico, che si manifesta nella scarsa comprensione di quanto letto, nella difficoltà nei

problemi di matematica e nella redazione di testi, così come in qualsiasi richiesta che contenga diversi passaggi da seguire in maniera sequenziale.

- **Difficoltà nell'interazione sociale.**

I soggetti con ADHD tendono ad essere percepiti come "disturbanti" da genitori, fratelli ed insegnanti. Hanno poche amicizie durature. Questi bambini spesso si mettono o mettono gli altri nei guai e gli risulta difficile adeguare le loro risposte alle situazioni che gli si presentano (ad esempio: passare dal momento della ricreazione al lavoro in classe).

- **Basso rendimento scolastico.**

I soggetti con ADHD manifestano problemi di apprendimento a causa dell'inadeguata capacità organizzativa, della scarsa memoria sequenziale, dei deficit nelle abilità fino-motorie e grosso-motorie e delle abilità cognitive improduttive.

- **Autostima bassa.**

A causa della loro impopolarità, del fatto di avere pochi amici, di mettersi spesso in situazioni conflittive con genitori, fratelli ed insegnanti e del cattivo rendimento scolastico i soggetti con ADHD hanno la cronica sensazione di non riuscire in niente e di non essere in grado di fare nulla di buono, nonostante ci provino.

- **Disturbi del sonno.**

Si possono riscontrare difficoltà a conciliare il sonno, frequenti risvegli, sonnambulismo, sonniloquio, sonno agitato, etc... La prevalenza della sindrome delle gambe senza riposo è più alta nelle persone con ADHD rispetto alla popolazione generale. Non è insolito che i bambini con ADHD acquisiscano il controllo volontario dello sfintere vescicale notturno più tardi rispetto ai bambini senza ADHD.

Diagnosi (DSM-5)

I criteri diagnostici del disturbo da deficit di attenzione/ipercattività (DSM-5) sono indicati nella **tabella 30 (vedi alla pagina successiva)**.

Epidemiologia, prevalenza e decorso

La prevalenza del disturbo si situa tra il 3 ed il 10% della popolazione in età scolare, anche se vi è consenso nel collocarla intorno al 5%. Il disturbo si manifesta prevalentemente nei maschi, con una proporzione di 4:1. L'esordio è precoce e generalmente avviene prima dei 5 anni, anche se è difficile identificare la presenza del disturbo prima della scolarizzazione.

In generale, l'alterazione si mantiene durante l'epoca scolare, ma successivamente, nella maggior parte dei casi, tende a diminuire, nonostante vi sia la possibilità che si mantenga in età adulta. In alcuni casi persistono le conseguenze generate dal disturbo, come, ad esempio, il cattivo rendimento scolastico, i problemi comportamentali, i comportamenti antisociali, il consumo di sostanze tossiche, i problemi sociali, la bassa autostima, etc...

Eziologia

Sono stati proposti vari modelli per spiegare l'eziologia del disturbo da deficit di attenzione/ipercattività, che vengono descritti nella **tabella 31 (vedi alla pagina successiva)**.

Diagnosi differenziale

Nella **tabella 32 (vedi alla pagina successiva)** si riportano le varie ipotesi da considerare nel processo di diagnosi differenziale.

DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITA' (DSM-5)

- A.** Un pattern persistente di disattenzione e/o iperattività-impulsività che interferisce con il funzionamento o lo sviluppo, come caratterizzato da (1) e/o (2):
1. **Disattenzione:** Sei (o più) dei seguenti sintomi sono persistiti per almeno 6 mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e che ha un impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche/lavorative.
Nota: I sintomi non sono soltanto una manifestazione di comportamento oppositivo, sfida, ostilità o incapacità di comprendere i compiti o le istruzioni. Per gli adolescenti più grandi e per gli adulti (17 anni e oltre di età) sono richiesti almeno cinque sintomi.
 - a. Spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro o in altre attività (per es., trascura o omette dettagli, il lavoro non è accurato).
 - b. Ha spesso difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco (per es., ha difficoltà a rimanere concentrato/a durante una lezione, una conversazione o una lunga lettura).
 - c. Spesso non sembra ascoltare quando gli/le si parla direttamente (per es., la mente sembra altrove, anche in assenza di distrazioni evidenti).
 - d. Spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le incombenze o i doveri sul posto di lavoro (per es., inizia i compiti ma perde rapidamente la concentrazione e viene distratto/a facilmente).
 - e. Ha spesso difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle attività (per es., difficoltà nel gestire compiti sequenziali; difficoltà nel tenere in ordine materiali e oggetti; lavoro disordinato, disorganizzato; gestisce il tempo in modo inadeguato, non riesce a rispettare le scadenze).
 - f. Spesso evita, prova avversione o è riluttante a impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto (per es., compiti scolastici o compiti a casa; per gli adolescenti più grandi e gli adulti, stesura di relazioni, compilazione di moduli, revisione di documenti).
 - g. Perde spesso gli oggetti necessari per i compiti o le attività (per es., materiale scolastico, matite, libri, strumenti, portafogli, chiavi, documenti, occhiali, telefono cellulare).
 - h. Spesso è facilmente distratto/a da stimoli esterni (per gli adolescenti più grandi e gli adulti, possono essere compresi pensieri incongrui).
 - i. È spesso sbadato/a nelle attività quotidiane (per es., sbrigare le faccende; fare commissioni; per gli adolescenti più grandi e per gli adulti, ricordarsi di fare una telefonata; pagare le bollette; prendere appuntamenti).
 2. **Iperattività e impulsività:** Sei (o più) dei seguenti sintomi persistono per almeno 6 mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e che ha un impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche/lavorative:
Nota: I sintomi non sono soltanto una manifestazione di comportamento oppositivo, sfida, ostilità o incapacità di comprendere i compiti o le istruzioni. Per gli adolescenti più grandi e per gli adulti (età di 17 anni e oltre) sono richiesti almeno cinque sintomi.
 - a. Spesso agita o batte mani e piedi o si dimena sulla sedia.
 - b. Spesso lascia il proprio posto in situazioni in cui si dovrebbe rimanere seduti (per es., lascia il posto in classe, in ufficio o in un altro luogo di lavoro, o in altre situazioni che richiedono di rimanere al proprio posto).
 - c. Spesso scorrazza e salta in situazioni in cui farlo risulta inappropriato. (Nota: Negli adolescenti e negli adulti può essere limitato al sentirsi irrequieti.)
 - d. È spesso incapace di giocare o svolgere attività ricreative tranquillamente.
 - e. È spesso "sotto pressione", agendo come se fosse "azionato/a da un motore" (per es., è incapace di rimanere fermo/a, o si sente a disagio nel farlo, per un periodo di tempo prolungato, come nei ristoranti, durante le riunioni; può essere descritto/a dagli altri come una persona irrequieta o con cui è difficile avere a che fare).
 - f. Spesso parla troppo.
 - g. Spesso "spara" una risposta prima che la domanda sia stata completata (per es., completa le frasi dette da altre persone; non riesce ad attendere il proprio turno nella conversazione).
 - h. Ha spesso difficoltà nell'attendere il proprio turno (per es., mentre aspetta in fila).
 - i. Spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti (per es., interrompe conversazioni, giochi o attività; può iniziare a utilizzare le cose degli altri senza chiedere o ricevere il permesso; adolescenti e adulti possono inserirsi o subentrare in ciò che fanno gli altri).
- B.** Diversi sintomi di disattenzione o di iperattività-impulsività erano presenti prima dei 12 anni.
- C.** Diversi sintomi di disattenzione o di iperattività-impulsività si presentano in due o più contesti (per es., a casa, a scuola o al lavoro; con amici o parenti; in altre attività).
- D.** Vi è una chiara evidenza che i sintomi interferiscono con, o riducono, la qualità del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.
- E.** I sintomi non si presentano esclusivamente durante il decorso della schizofrenia o di un altro disturbo psicotico e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., disturbo dell'umore, disturbo d'ansia, disturbo dissociativo, disturbo di personalità, intossicazione o astinenza da sostanze).

Specificare quale:

- **Manifestazione combinata:** Se il Criterio A1 (disattenzione) e il Criterio A2 (iperattività-impulsività) sono soddisfatti entrambi negli ultimi 6 mesi.
- **Manifestazione con disattenzione predominante:** Se il Criterio A1 (disattenzione) è soddisfatto ma il Criterio A2 (iperattività-impulsività) non è soddisfatto negli ultimi 6 mesi.
- **Manifestazione con iperattività/impulsività predominanti:** Se il Criterio A2 (iperattività-impulsività) è soddisfatto e il Criterio A1 (disattenzione) non è soddisfatto negli ultimi 6 mesi.

Specificare se:

- **In remissione parziale:** Quando tutti i criteri sono stati precedentemente soddisfatti, non tutti i criteri sono stati soddisfatti negli ultimi 6 mesi e i sintomi ancora causano compromissione del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.

Tabella 30. Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DSM-5) (continua).

DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITA' (DSM-5)

Specificare la gravità attuale:

- **Lieve:** Sono presenti pochi, ove esistenti, sintomi oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi, e i sintomi comportano solo compromissioni minori del funzionamento sociale o lavorativo.
- **Moderata:** Sono presenti sintomi o compromissione funzionale compresi tra "lievi" e "gravi".
- **Grave:** Sono presenti molti sintomi oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi, o diversi sintomi che sono particolarmente gravi, o i sintomi comportano una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo.

Tabella 30. Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DSM-5) (cont.).

MODELLI BIOLOGICI	
IPOTESI GENETICHE	<ul style="list-style-type: none"> • Incidenza molto più elevata, rispetto alla popolazione generale, tra i parenti di primo e secondo grado e fino al 50% in più di probabilità di sviluppare il disturbo per bambini con genitori con una diagnosi di disturbo da deficit di attenzione/iperattività.
ALTERAZIONI FISILOGICHE	<ul style="list-style-type: none"> • Una variabilità eccessiva nella regolazione dell'attivazione farebbe in modo che il bambino non sia in grado di regolare la propria attività in specifiche situazioni ambientali che pongono richieste elevate. Inoltre, sono state trovate alcune alterazioni neurochimiche, quali una percentuale inferiore di dopamina nel liquido cerebrospinale.
SEGNI MATURATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Basso tasso di attività corticale (minore flusso sanguigno e minor consumo di glucosio) nei lobi frontali (funzioni esecutive) e nel sistema limbico (regolazione emotiva).
MODELLI PSICOLOGICI	
FATTORI PSICOSOCIALI	<ul style="list-style-type: none"> • Alto livello di stress familiare, funzionamento familiare disfunzionale, famiglie monoparentali o presenza di psicopatologia nei genitori. L'approccio comportamentale postula come origine del disturbo l'esistenza di norme familiari destrutturate o iperesigenti.
IPOTESI DA PARTE DELLA PSICOLOGIA DELL'APPRENDIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacità nel ritardare il rinforzo e ricerca di una ricompensa immediata; se i soggetti non la ottengono, esprimono il loro disagio con continue lamentele, capricci o comportamenti provocatori, che i genitori possono finire per rinforzare cadendo nella "trappola del rinforzo negativo" (i genitori alleviano il proprio disagio, causato dai comportamenti disadattivi del soggetto, cedendo alle sue richieste, rinforzando così i comportamenti disadattivi del proprio figlio). • Mancanza della capacità di anticipazione delle conseguenze. • Difficoltà nell'inibizione dei comportamenti prepotenti. • Deficit nella capacità di autoregolazione: difficoltà nel farsi guidare, nei propri comportamenti, da una corretta percezione della situazione e da un pensiero attivo in grado di tenere sotto controllo i propri comportamenti inadeguati. • Inefficacia della punizione: i soggetti non sono in grado di trovare una relazione tra il proprio comportamento disadattivo e la punizione e, dunque, non imparano da questo condizionamento operante.
MODELLO ATTENZIONALE DI DOUGLAS	<ul style="list-style-type: none"> • Douglas considera il deficit di attenzione come il problema principale del disturbo. Ritiene, inoltre, che vi siano nel soggetto con iperattività una serie di fattori predisponenti al disturbo: <ul style="list-style-type: none"> - Rifiuto nel dedicare impegno e attenzione a compiti complessi. - Tendenza a ricercare stimolazione e gratificazione immediata. - Mancanza di sensibilità verso gli stimoli avversivi. - Scarsa capacità di inibizione delle risposte impulsive, che di solito risultano erronee rispetto al contesto. - Scarsa capacità di regolazione dell'attivazione o degli stati d'allerta.
MODELLO MOTIVAZIONALE DI BARKLEY	<ul style="list-style-type: none"> • Barkley considera come problema principale dell'ADHD la mancanza di controllo del comportamento a causa di un deficit motivazionale. Questo modello sostiene che il disturbo sia causato da una certa insensibilità relativa agli stimoli ambientali socialmente rilevanti e da deficit in quei comportamenti che dovrebbero rispondere a delle regole. Come ulteriore possibile causa del disturbo, Barkley identifica una rapida abitudine ai rinforzi. Inoltre, l'autore sostiene che i comportamenti iperattivi di questi bambini sono una forma di compensazione di una deficitaria attivazione di base. Ritiene, ancora, che la soglia di percezione del rinforzo di tali soggetti sia troppo alta, il che significa che hanno bisogno di una maggiore stimolazione per rispondere a rinforzi e punizioni. In sintesi, Barkley sostiene che nell'ADHD il problema principale sia una scarsa capacità di inibizione comportamentale, essendo questa caratteristica comune sia al sottotipo iperattivo-impulsivo che al sottotipo combinato; ritiene che, invece, il sottotipo in cui predomina il deficit di attenzione potrebbe essere considerato un disturbo qualitativamente diverso rispetto ai due precedenti.

Tabella 31. Modelli eziologici per il disturbo da deficit di attenzione/iperattività.



www.aimspsicologia.it

APIR

www.academiapir.com