

Stefano Vicari, Silvia Di Vara e Annarita Milone
(a cura di)

Profili cognitivi e disturbi psicopatologici

*Evidenze neurobiologiche,
diagnosi, trattamento*

Neuropsicologia in età evolutiva

Teorie, modelli, strumenti di diagnosi e intervento

Direttore **Stefano Vicari**

Erickson

Il volume si pone l'obiettivo di approfondire il tema dei disturbi psicopatologici e corrispondenti profili cognitivi, analizzando gli aspetti neurobiologici, le teorie maggiormente accreditate e i più recenti studi svolti in questo settore, mettendo in luce gli aspetti di assessment e di intervento evidence based presenti nella letteratura scientifica internazionale.

Rivolto a ricercatori, clinici, riabilitatori e educatori, *Profili cognitivi e disturbi psicopatologici* fornisce una panoramica aggiornata e rigorosa sui disturbi dello sviluppo e sui relativi strumenti diagnostici e riabilitativi, offrendo nuovi spunti per le future ricerche e tecniche di trattamento.

CONTENUTI

- Disturbi esternalizzanti e controllo degli impulsi: dall'assessment al trattamento
- ADHD: forme di maggiore complessità diagnostica
- Disturbi del controllo degli impulsi e della condotta
- Disturbi esternalizzanti e disturbi dello spettro autistico in età prescolare
- Condotte autolesive non suicidarie e suicidalità

€ 20,00

ISBN 978-88-590-1489-8



www.erickson.it

Indice

Introduzione. Disturbi esternalizzanti e controllo degli impulsi: dall'assessment al trattamento (<i>Silvia Di Vara, Annarita Milone e Stefano Vicari</i>)	11
Capitolo 1	
ADHD: forme di maggiore complessità diagnostica (<i>Gabriele Masi, Carla Balia, Azzurra Manfredi, Sara Carucci, Chiara Pfanner e Alessandro Zuddas</i>)	15
Capitolo 2	
Disturbi del controllo degli impulsi e della condotta (<i>Annarita Milone, Pietro Muratori, Lisa Polidori, Laura Ruglioni, Maria Pontillo e Stefano Vicari</i>)	53
Capitolo 3	
Disturbi esternalizzanti e disturbi dello spettro autistico in età prescolare (<i>Valentina Viglione e Roberta Iglizzo</i>)	85
Capitolo 4	
Condotte autolesive non suicidarie e suicidalità (<i>Annarita Milone, Simone Pisano, Giulia Serra e Stefano Vicari</i>)	115

Disturbi esternalizzanti e controllo degli impulsi

Dall'assessment al trattamento

Silvia Di Vara, Annarita Milone e Stefano Vicari

Il comportamento è il modo di agire e reagire di una persona in relazione con gli altri o con l'ambiente, ovvero l'insieme delle manifestazioni esteriori di un individuo che rispecchiano determinate situazioni psicologiche. Un comportamento che risulta disfunzionale per l'individuo che lo mette in atto, o è dannoso per gli altri, può essere considerato oggetto di disturbo, anche in età evolutiva.

In età prescolare viene frequentemente riportata la presenza di crisi di rabbia, aggressività, tendenza all'oppositività e scarso rispetto delle regole, sia nel contesto familiare che in quello scolastico e sociale. Tali comportamenti sono spesso fisiologici, perché le competenze di autocontrollo e di inibizione comportamentale sono abilità che vengono apprese gradualmente nel corso dello sviluppo. A volte, però, questi comportamenti si verificano in misura maggiore rispetto a quanto atteso, risultando invalidanti e disfunzionali per il bambino o il ragazzo, tanto da essere considerati come sintomi patognomici di un disturbo.

Nella pratica clinica giornaliera, in età evolutiva, molti bambini e adolescenti arrivano all'attenzione del clinico per «disturbi del com-

portamento» e presentano quadri clinici eterogenei in cui le condotte aggressive, le crisi di rabbia, le condotte oppositive e la provocatorietà, il mancato rispetto delle regole sociali e morali sono spesso accompagnati da: difficoltà nella gestione delle proprie emozioni o di adattamento alle richieste ambientali, scarsa capacità di comprendere e considerare il punto di vista altrui, ridotte competenze empatiche, bisogno impellente di soddisfare i propri desideri, elevata impulsività. I bambini e adolescenti con queste caratteristiche sperimentano fallimenti ripetuti in ambito scolastico e sociale e le difficoltà comportamentali e di adattamento tendono a caratterizzare il loro percorso evolutivo sino all'età adulta.

Quadri clinici simili a quelli appena descritti erano stati classificati nel DSM IV-TR¹ sotto il nome di «Disturbi del Comportamento Dirompente» e sono stati maggiormente tipizzati nel DSM-5² in cui è stata proposta una nuova e ampliata categoria: quella dei Disturbi da Comportamento dirompente, del Controllo degli Impulsi e della Condotta – DCIC, dalla quale è stato escluso il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder* – ADHD), considerato a tutti gli effetti un disturbo del neurosviluppo.

Nonostante lo sforzo dei sistemi classificatori teso a meglio definire le categorie diagnostiche e le tipizzazioni cliniche, rimane per il clinico dell'età evolutiva ancora difficile la diagnosi differenziale o l'enucleazione di caratteristiche *core* del quadro verso cui indirizzare l'intervento terapeutico-riabilitativo.

¹ American Psychiatric Association – APA (2000), *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4a ed., text rev.)*, Washington, DC, American Psychiatric Publishing.

² American Psychiatric Association – APA (2014), *DSM-5®: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Raffaello Cortina Editore. Traduzione italiana della Quinta edizione (*DSM-5TM Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2013) di Francesco Saverio Bersani, Ester di Giacomo, Chiarina Maria Inganni, Nidia Morra, Massimo Simone, Martina Valentini.

L'intento principale dei Curatori e degli Autori di questo volume è stato quello di descrivere profili neuropsicologici e psicopatologici che aiutino il clinico nella comprensione delle varie forme di ADHD con particolare riferimento alle forme di maggiore complessità clinica o alle comorbidità, come nel caso dei Disturbi dello Spettro Autistico, delle tipologie «calde» e «fredde» dei DCIC e delle varie forme di autolesività. Nella individuazione di queste forme, l'assessment diviene una componente fondamentale del processo clinico, in quanto, da un lato, un'eventuale comorbidità può aggravare e modificare la semeiologia del quadro clinico e, dall'altro, la presenza di sintomi «trasversali» a varie aree psicopatologiche, non opportunamente indagati e riconosciuti, può condurre a errori diagnostici e, quindi, alla elaborazione di strategie terapeutiche non del tutto adeguate e potenzialmente poco efficaci.

Nel primo capitolo (*ADHD: forme di maggiore complessità diagnostica*), Masi, Balia, Manfredi, Carucci, Pfanner e Zuddas ci guideranno tra le varie complessità dell'ADHD, facendo luce sulle caratteristiche della triade sintomatologica, sugli aspetti neuropsicologici e psicopatologici del disturbo, delle forme *sluggish* e delle comorbidità più frequenti.

Milone, Muratori, Polidori, Ruglioni, Pontillo e Vicari, partendo dall'analisi delle componenti cognitive e psicopatologiche dei DCIC, nel secondo capitolo (*Disturbi del controllo degli impulsi e della condotta*) forniranno linee guida per l'assessment e l'individuazione dei diversi sottotipi e descriveranno modelli efficaci di trattamento.

Nel terzo capitolo (*Disturbi esternalizzanti e disturbi dello spettro autistico in età prescolare*), Viglione e Iglizzi analizzeranno nel dettaglio le caratteristiche neuropsicologiche e psicopatologiche dei disturbi esternalizzanti in età prescolare. In particolare, si soffermeranno sulle problematiche che in questa fascia di età pone la diagnosi nei casi in cui è presente la comorbidità tra ADHD e Disturbi dello Spettro Autistico, situazione che aggrava la sintomatologia centrale dei due disturbi e necessita di un assessment approfondito.

Nell'ultimo capitolo (*Condotte autolesive non suicidarie e suicidalità*), Milone, Pisano, Serra e Vicari passeranno alla descrizione delle caratteristiche dell'autolesività, fenomeno particolarmente frequente nella psicopatologia adolescenziale, approfondendone gli aspetti cognitivi, l'associazione a vari disturbi psichiatrici e l'importanza della rilevazione di queste condotte come fattore che amplifica il rischio suicidario. Gli autori di questo capitolo forniranno alcune indicazioni per la rilevazione e l'analisi delle condotte autolesive e proporranno alcuni indirizzi per il trattamento.

ADHD: forme di maggiore complessità diagnostica

Gabriele Masi, Carla Balia, Azzurra Manfredi, Sara Carucci, Chiara Pfanner e Alessandro Zuddas

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder* – ADHD) è uno dei più frequenti disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007; Graham et al., 2011). È caratterizzato da pattern persistenti di inattenzione, iperattività e/o impulsività, inappropriati per il livello di sviluppo raggiunto dal bambino/adolescente, con esordio precoce nelle prime fasi dello sviluppo, presenti pervasivamente nei diversi contesti di vita del bambino e tali da comprometterne in modo generalizzato il suo funzionamento (sociale, scolastico e/o occupazionale). Per queste caratteristiche (pervasività, esordio precoce e compromissione dello sviluppo) gli autori del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5; APA, 2014), hanno introdotto recentemente l'ADHD all'interno della categoria dei disturbi del neurosviluppo, a differenza delle precedenti versioni in cui l'iperattività era considerata nel vasto capitolo dei disturbi del comportamento dirompente.

Definizione, criteri diagnostici e classificazioni

Secondo il DSM-5 (APA, 2014), per la diagnosi di ADHD occorre:

- che siano soddisfatti almeno sei (cinque in soggetti di età superiore a 17 anni) dei nove sintomi di inattenzione e/o iperattività/impulsività, sulla base della valutazione con strumenti validati (Conners, Erhardt e Sparrow, 1999);
- che tali sintomi siano esorditi prima dei dodici anni;
- che durino da più di sei mesi;
- che siano presenti almeno in due diversi contesti di vita.

Il DSM-5 distingue tre diverse «presentazioni» di ADHD, più sfumate e meno rigidamente delineate tra loro rispetto ai «sottotipi» inclusi nel DSM-IV (APA, 2000):

1. *prevalentemente inattentiva*, in cui sono presenti almeno sei sintomi di inattenzione e cinque o meno di iperattività/impulsività;
2. *prevalentemente iperattiva*, in cui sono presenti almeno sei sintomi di iperattività/impulsività e cinque o meno di inattenzione;
3. *combinata*, in cui sono presenti almeno sei sintomi di inattenzione e altrettanti di iperattività/impulsività.

Per la formulazione della diagnosi, entrambi i sistemi diagnostici richiedono la presenza di una significativa compromissione del funzionamento, sociale, scolastico o occupazionale. L'entità di tale compromissione funzionale è indispensabile per differenziare il disturbo da sintomi sottosoglia o variazioni del comportamento presenti nella gran parte della popolazione in età evolutiva. Un valido strumento per valutare la compromissione sull'adattamento globale del paziente è la *Children's Global Assessment Scale* (CGAS; Shaffer et al., 1983), scala basata su un range di valori variabili da 0 (massima compromissione funzionale) a 100 (assenza di compromissione funzionale).

I criteri diagnostici dell'*International Classification of Diseases* (ICD-10; WHO, 2007) per il disturbo ipercinetico prevedono un corredo sintomatologico ascrivibile al tipo combinato del DSM-5,

Disturbi del controllo degli impulsi e della condotta

Annarita Milone, Pietro Muratori, Lisa Polidori, Laura Ruglioni, Maria Pontillo e Stefano Vicari

Introduzione

Negli ultimi due decenni si è registrato un esponenziale aumento di pubblicazioni scientifiche relative ai molteplici aspetti che caratterizzano, in età evolutiva, i Disturbi del Controllo degli Impulsi e della Condotta – DCIC, come classificati nel DSM-5 (APA, 2014), con particolare riferimento al Disturbo Oppositivo-Provocatorio – DOP e al Disturbo della Condotta – DC.

L'ampliamento dell'interesse della ricerca scientifica non sorprende i clinici dell'età evolutiva, dato il crescente numero di accessi, presso servizi territoriali e ospedalieri, di bambini e adolescenti che presentano, come elemento principale del loro quadro clinico, un discontrollo comportamentale caratterizzato da elevata irritabilità, crisi di rabbia, aggressività verbale, clastica e/o eterodiretta, condotte negativistiche, provocatorie e sfidanti sino a comportamenti più chiaramente antisociali.

David Coghill, in un editoriale del 2013, si faceva questa domanda: *Do clinical services need to take conduct disorder more seriously?* Per l'autore la risposta non può essere che affermativa in base a dati epi-

demagogici, costi socioassistenziali e frequente evoluzione sfavorevole in età adulta (Coghill, 2013).

In una recente meta-analisi a livello mondiale, la prevalenza in età evolutiva dei DCIC si attesta al 5.7%, con il DOP al 3.6% e il DC al 2.1% (Polanczyk et al., 2015). In popolazioni cliniche, la prevalenza dei DCIC varia tra il 15% e il 39% e risulta più elevata rispetto alle altre patologie psichiatriche in età evolutiva. Le stesse casistiche mostrano una prevalenza variabile tra il 4% e il 32% per il DOP e tra il 6% e il 28% per il DC (Canino et al., 2010; Bronsand et al., 2016). I DCIC si confermano il principale motivo di consultazione specialistica anche in età prescolare (Ezepleta et al., 2016).

I costi di gestione dei DCIC in ambito sociosanitario, scolastico e giuridico sono elevati, maggiori rispetto a quanto accade nei disturbi internalizzanti, e il fattore comorbidità, come l'associazione con l'ADHD, può ulteriormente implementarli (Foster e Jones, 2005; Snell et al., 2013).

Le linee guida internazionali confermano la necessità di una diagnosi precoce e di programmi di prevenzione su larga scala per i DCIC (Pilling et al., 2013). Ma, riprendendo Coghill, nei nostri servizi siamo certi di rispondere in modo adeguato a obiettivi di diagnosi, prevenzione e trattamento per i DCIC?

In questo capitolo cercheremo di dare elementi utili alla tipizzazione dei DCIC e alla comprensione in ambito psicopatologico e neuropsicologico. Cercheremo, infine, di fornire spunti per efficaci strategie di valutazione e di trattamento.

DCIC: aspetti clinico-diagnostici

Il DSM-5 (APA, 2014) sottolinea l'importanza, nella genesi sintomatologica dei DCIC, di un deficit nelle capacità di autocontrollo, di inibizione dell'impulsività e di regolazione emotiva, spesso coesistenti, che motivano, accanto a condotte negativistiche o violazioni di regole, rapide escalation comportamentali. Questo accade in forme