

Viareggio, 8 Novembre 2023

**I principali quadri clinico di
disabilità e correlati
emotivo-comportamentali**

Dr.ssa Irene Baldi

Dirigente Medico Neuropsichiatra Infantile
UFSMIA Zona Versilia

I disturbi del Neurosviluppo

- I disturbi del Neurosviluppo sono un gruppo di condizioni con un esordio nel periodo dello sviluppo, che si manifestano tipicamente nelle prime fasi dello sviluppo, spesso prima che il bambino inizi la scuola elementare e sono caratterizzati da deficit dello sviluppo che causano una compromissione del funzionamento personale, sociale, scolastico o lavorativo
- Il range dei deficit dello sviluppo varia da limitazioni molto specifiche dell'apprendimento o del controllo delle funzioni esecutive, fino alla compromissione globale delle abilità sociali, cognitive, di adattamento
- I disturbi del Neurosviluppo si presentano spesso in concomitanza tra loro.

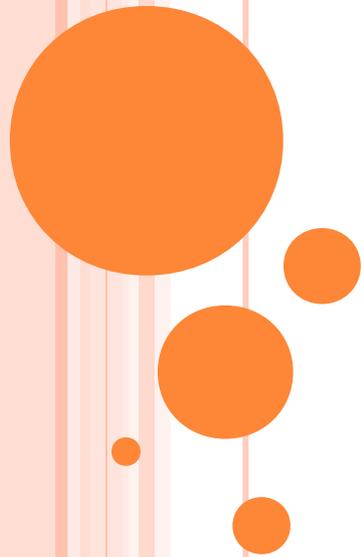


I principali disturbi del Neurosviluppo che comportano una disabilità

- Disabilità Intellettiva
- Disturbi dello Spettro Autistico
- Gravi Disturbi del Movimento



La Disabilità Intellettiva



Disabilità Intellettiva: criteri diagnostici

- La disabilità intellettiva (DI) è un disturbo con esordio nel periodo dello sviluppo che comprende Deficit di funzionamento sia intellettivo che adattivo negli ambiti concettuali, sociali e pratici.
- Per una diagnosi di DI devono essere soddisfatti 3 criteri:
 - A. Deficit delle funzioni intellettive ($QI < 70$)
 - B. Deficit del funzionamento adattivo, tale da comportare il non raggiungimento degli standard di sviluppo e socioculturali propri dell'età.
 - C. Esordio A e B durante lo sviluppo (< 18 anni)



La Disabilità Intellettiva

- Quadro clinico complesso ed eterogeneo, che può manifestarsi in modo diverso nei diversi soggetti e può essere causato da fattori di diversa natura.
- Il dato comune tra i diversi tipi di DI è il disturbo dell'intelligenza e dell'adattamento
- Funzionamento adattivo: cioè la capacità di raggiungere livelli di autonomia personale e sociale adeguati a quelli propri dell'età e del gruppo culturale del soggetto



Gradi di gravità della Disabilità Intellettiva (DSM 5)

- I vari livelli di gravità sono definiti sulla base del Funzionamento Adattivo e non dei punteggi del Quoziente Intellettivo (QI), perché è il funzionamento adattivo che determina il livello di assistenza richiesto. Inoltre i valori del QI risultano meno validi all'estremo inferiore della distribuzione del QI

- Tuttavia:

Ritardo mentale medio: QI da 35-40 a 50-55

Ritardo mentale grave: QI da 20-25 a 35-40

Ritardo mentale gravissimo: QI inferiore a 20-25



La Disabilità Intellettiva

- La DI non è un semplice disturbo dell'intelligenza, ma una complessa condizione clinica, legata alla interferenza che un precoce disturbo intellettivo determina sulla evoluzione globale del soggetto, ed in particolare sullo sviluppo della sua personalità, dei suoi comportamenti adattivi, delle sue relazioni sociali.
- Questa condizione aumenta la vulnerabilità dei soggetti con DI a disturbi psichici
- La DI è spesso associata ad altri disturbi organici spesso determinati dalla stessa causa che ha determinato la DI (es. PCI, Epilessia, Deficit sensoriali,...) o carico di altri organi itnerni (cuore, reni, tiroide,..).



Epidemiologia

- Dati non univoci (che variano anche in relazione ai test usati)
- Prevalenza: 1-3% (Sparrow, 1992)
- Incidenza della DI grave: 3,4/1000 soggetti (dati italiani)
- Incidenza tende a diminuire con l'età: massima nell'età scolare e inferiore nell'età prescolare ed adulta
- Rapporto tra sessi M:F 1,5:1
- Rapporto con classi sociali: differenze nei DI lievi e medi, nessuna differenza per DI gravi



Eziologia

- Disabilità Intellettiva a patogenesi sconosciuta (20-40%)
- Disabilità Intellettiva a patogenesi nota:
 - Cause prenatali (30%): Malattie genetiche o cromosomiche, Malattie non cromosomiche (malattie dismetaboliche, malformative, fetopatie, farmaci, etc...)
 - Sofferenza perinatale (traumi da parto, anossia, traumatismi ostetrici) (10%)
 - Danni in epoca postnatale (infezioni, traumi, epilessia, etc) (5%)
- Influenze ambientali (carenza da gravi e precoci di cure materne e/o insufficiente prolungate di stimolazione ambientale: carenza da accudimento, affettive, patologia mentale dei genitori, abbandono, abuso) (15-20%)



Clinica

- La caratteristica fondamentale della Disabilità Intellettiva è il deficit cognitivo, ma il quadro clinico non si esaurisce con questo.
- Sono in genere associati difficoltà linguistiche, motorie, comorbidità, psicopatologica, disturbo adattamento, etc...
- Inoltre sono spesso presenti segni e sintomi non direttamente dipendenti dal RM, ma che si associano e dipendono dalla eziologia del deficit stesso: Epilessia, PCI, Dist. Sensoriali, Disfagia..



Clinica: Deficit Cognitivo

∞ Disturbo quantitativo

∞ Disturbo qualitativo

∞ Componente metacognitiva

- Insieme delle capacità che permettono l'utilizzo delle capacità cognitive. La componente strategica è la componente particolarmente carente nel RM

In genere il ritardo cognitivo nel RM è globale, cioè coinvolge tutte le componenti dell'intelligenza, anche se i profili delle singole funzioni possono essere disomogenei in senso trasversale e longitudinale.



Clinica: difficoltà linguistiche

- E' in genere sempre presente anche se di entità variabile e con caratteristiche differenti
- Non sempre in rapporto con il livello cognitivo generale
- E' spesso presente un ritardo dell'acquisizione linguistica (anamnesi)
- Valutare:
 - Linguaggio espressivo, ricettivo e intenzionalità comunicativa
 - Fonologia, lessico, morfosintassi, pragmatica, prosodia



Clinica: disturbi psicomotori

- Forme associate a disturbo motorio specifico
- In genere il RM è associato ad un impaccio motorio globale e fine; deficit della coordinazione motoria, deficit nella manipolazione fine
- Spesso presente un ritardo nell'acquisizione delle tappe motorie (anamnesi)



Clinica: disturbi psichiatrici

- I soggetti con DI possono presentare tutte le sindromi psichiatriche tipiche dei soggetti normodotati (es. depressione, ansia, psicosi).
- La possibilità che questo avvenga è almeno 3 o 4 volte superiore a quella dei soggetti normodotati.
- La espressività di un disturbo psichico può differire in soggetti normodotati e con DI.
- L'espressività è condizionata dal livello di sviluppo. A seconda della gravità del ritardo, diversi saranno i sintomi di diversi quadri clinici.
- Nel DI più grave i sintomi sono aspecifici (es. irritabilità-aggressività in depressione, disturbo bipolare, psicosi, disturbo di panico, reazione a contesti sfavorevoli, sindromi dolorose, ecc.).

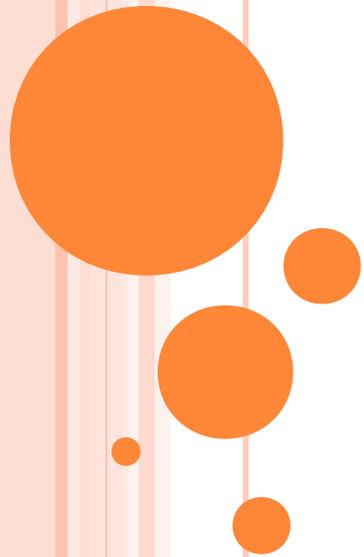


Diagnosi

- Anamnesi familiare e personale del bambino
- Valutazione funzionale (cognitivo, linguaggio, psicomotorio, psicopatologico, adattamento)
- Valutazione organica: EEG v/s; indagini genetiche (es. cromosomico + X-Fra + altre ricerche in relazione al fenotipo), indagini neurometaboliche, indagini neuroimaging (RMN, TAC cerebrale), valutazione organi di senso, funzionalità organi interni (anche in relazione al sospetto diagnostico)



I Disturbi Neuromotori in età evolutiva



La nascita del movimento

- Alla nascita il bambino conosce già il movimento
- Dall'inizio del terzo mese di gestazione il bambino già compie i suoi primi movimenti
- Dal quarto mese la madre percepisce i suoi movimenti
- Progressivamente, nel corso dei successivi mesi di gravidanza, i movimenti divengono sempre più frequenti, diffusi, segmentati e interessano anche le dita delle mani, le braccia, le gambe, il viso



Lo sviluppo motorio del bambino

- 0-3 mesi: i bambini sperimentano una vasta gamma di sensazioni olfattive, gustative, visive, uditive, tattili, cinestesiche. Il mondo è tutto da scoprire!
- 3-4 mesi: inizia l'afferramento di oggetti a breve distanza e poi impara a portarli alla bocca dove inizia l'esplorazione, poi li batte, li scuote per sentirne i rumori, li passa da una mano all'altra, li ruota, li osserva
- 6-7 mesi: riesce a mantenersi seduto senza aiuti esterni e poco dopo riesce a ruotare il tronco da seduto verso uno dei lati senza perdere l'equilibrio
- 9-10 mesi: può scegliere di spostarsi (non tutti) attraverso sistemi diversi: strisciando, gattonando, attraverso lo shuffling
- 11-12 mesi: è in grado di portarsi in piedi e rimanervi per qualche secondo, sostenendosi con le braccia ad un appiglio esterno
- 12-18 mesi: cammina da solo, sebbene sia lento, barcollante, con braccia aperte e basi allargate



I disturbi delle funzioni motorie

Lievi

- Impaccio motorio
- Disprassia
- Instabilità psicomotoria

Gravi

- Paralisi cerebrali infantili
- Mal. Neuromuscolari
- Forme gravi di spina bifida (mielomeningocele)
- Mal. Neurometaboliche
- Esiti di trauma cranico grave



Paralisi Cerebrali Infantili

Si tratta di una condizione clinica difficile da definire in modo esaustivo, con confini nosografici molto ampi e variabili

La prima descrizione viene fatta risalire al 1862, da parte di un ortopedico inglese (Sir John Little) che descrisse alcuni pazienti con deformità scheletriche congenite di vario tipo che avevano come tratto comune quello di una sofferenza durante la gravidanza o il parto. Little metteva questi quadri clinici in contrapposizione a quelli risultanti da Poliomielite (allora patologia largamente diffusa) o con deformità non neurologiche

1964, Bax: *“CP is a disorder of movement and posture due to a defect or lesion of the immature brain”*

2007, Rosenbaum et al: *“Cerebral Palsy describes a group of permanent disorders of the development of movement and posture, causing activity limitation, that are attributed to non-progressive disturbances that occurred in the developing fetal or infant brain. The motor disorders of cerebral palsy are often accompanied by disturbances of sensation, perception, cognition, communication, and behaviour, by epilepsy, and by secondary musculoskeletal problems”.*



In dettaglio...

- Il termine PCI non viene abbandonato, ma diventa un contenitore più ampio
- Permanente sottolinea che il disturbo dura tutta la vita, ma non immutabile
- PCI come disturbo dello sviluppo
- Che causa una limitazione dell'attività (coerente con la definizione di disabilità)
- Non progressiva la differenza da altre patologie neurodegenerative
- Cervello in via di sviluppo indica volutamente un'epoca indefinita, ma comunque limitata ad un cervello non maturo
- Disturbi di accompagnamento che talvolta diventano il punto centrale della presa in carico



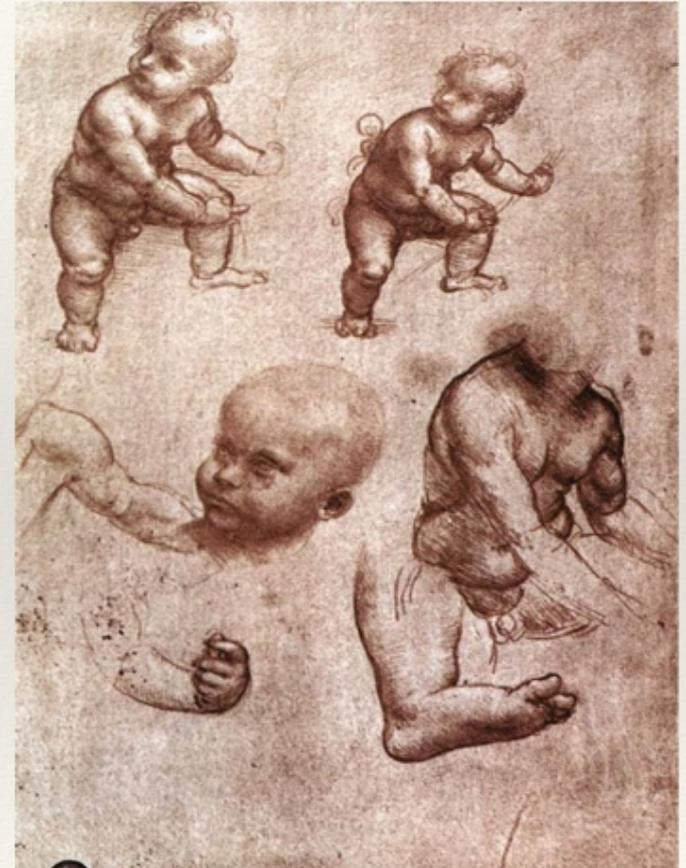
Epidemiologia

L'incidenza dei casi riportati di paralisi cerebrale infantile si è stabilizzata tra il **2 e il 2,5 per mille nati vivi** nei paesi occidentali dagli anni '90 del secolo scorso (Stanley and Watson 1992, Hagberg 1993, MacGillivray and Campbell 1995, Murphy et al 1993, Oskoui et al. 2013).

L'incidenza stratificata per peso alla nascita ed età gestazionale mostra che sviluppano una paralisi cerebrale infantile:

- ❖ **59/1000 nati vivi** di peso compreso tra 1000 e 1500 g
- ❖ **111/1000 nati vivi** di età gestazionale < 28 settimane
- ❖ **4,5/1000 nati vivi** tra le 32 e le 36 settimane di età gestazionale (i c.d. MPB -Moderately Preterm)

(Andersen et al. 2011, Oskoui et al. 2013)



Classificazioni di tipo clinico-diagnostico

Hagberg (1975): ad oggi è ancora la più diffusa con modificazioni ed aggiornamenti che si sono succeduti nel tempo.

Distingue le PCI sulla base di segni neurologici (tono muscolare, riflessi, coordinazione, equilibrio) in 3 grandi gruppi:

- Forme spastiche
- Forme distonico-discinetiche
- Forme atassiche



Forme spastiche

(classificate in base alla anomalia del tono muscolare e alla distribuzione topografica della paralisi e della spasticità)

Emiplegia: forme spastiche unilaterali

Diplegia: forme che interessano prevalentemente gli arti inferiori

Tetraplegia: forme che interessano i quattro arti



Forme distonico-discinetiche

Forme distoniche:
prevalgono le
distonie posturali

Forme coreo-atetoidi:
prevalgono i movimenti
involontari parassiti



Forme atassiche

Atassia congenita semplice: corrispondente alla maggior parte della atassie congenite non progressive (in genere dovute a malformazioni cerebellari)

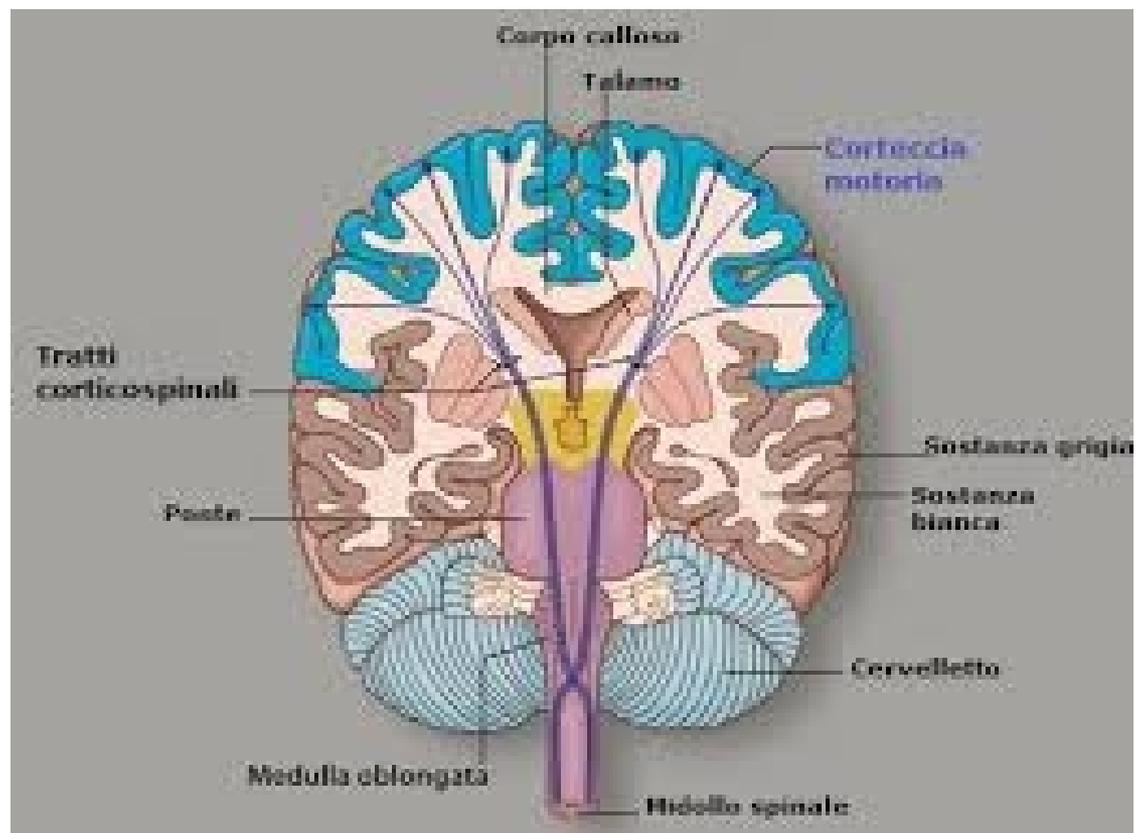
Diplegia atassica: in cui concomitano elementi paretico-spastici agli arti inferiori con un'atassia prevalentemente posturale e della marcia (in genere dovuta a encefalopatia ipossico-ischemica complicata da idrocefalo).

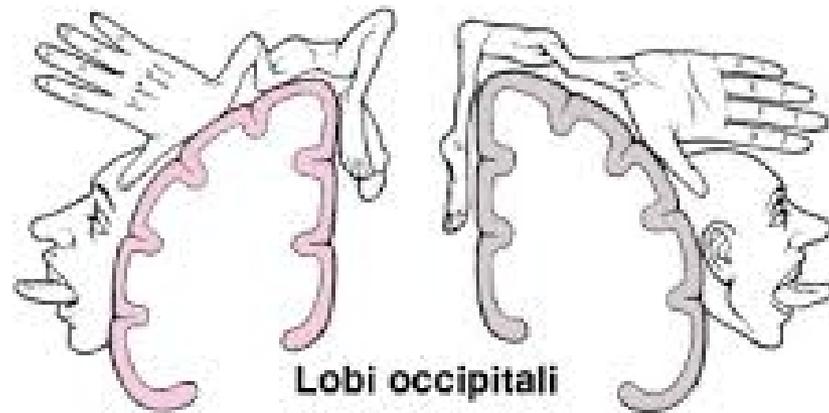


Eziopatogenesi

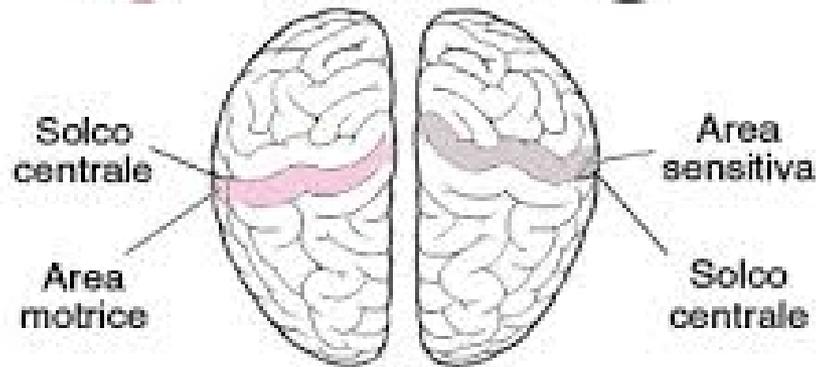
- Disturbi a insorgenza nei primi due trimestri di gravidanza: tossica, infettiva, malformativa, etc..
- Disturbi a insorgenza nella parte iniziale del terzo trimestre (24-36 settimane): Lesioni del Pretermine
- Disturbi a insorgenza intorno al termine
- Disturbi a insorgenza in epoca post-natale







Lobi occipitali



Solco
centrale

Area
motrice

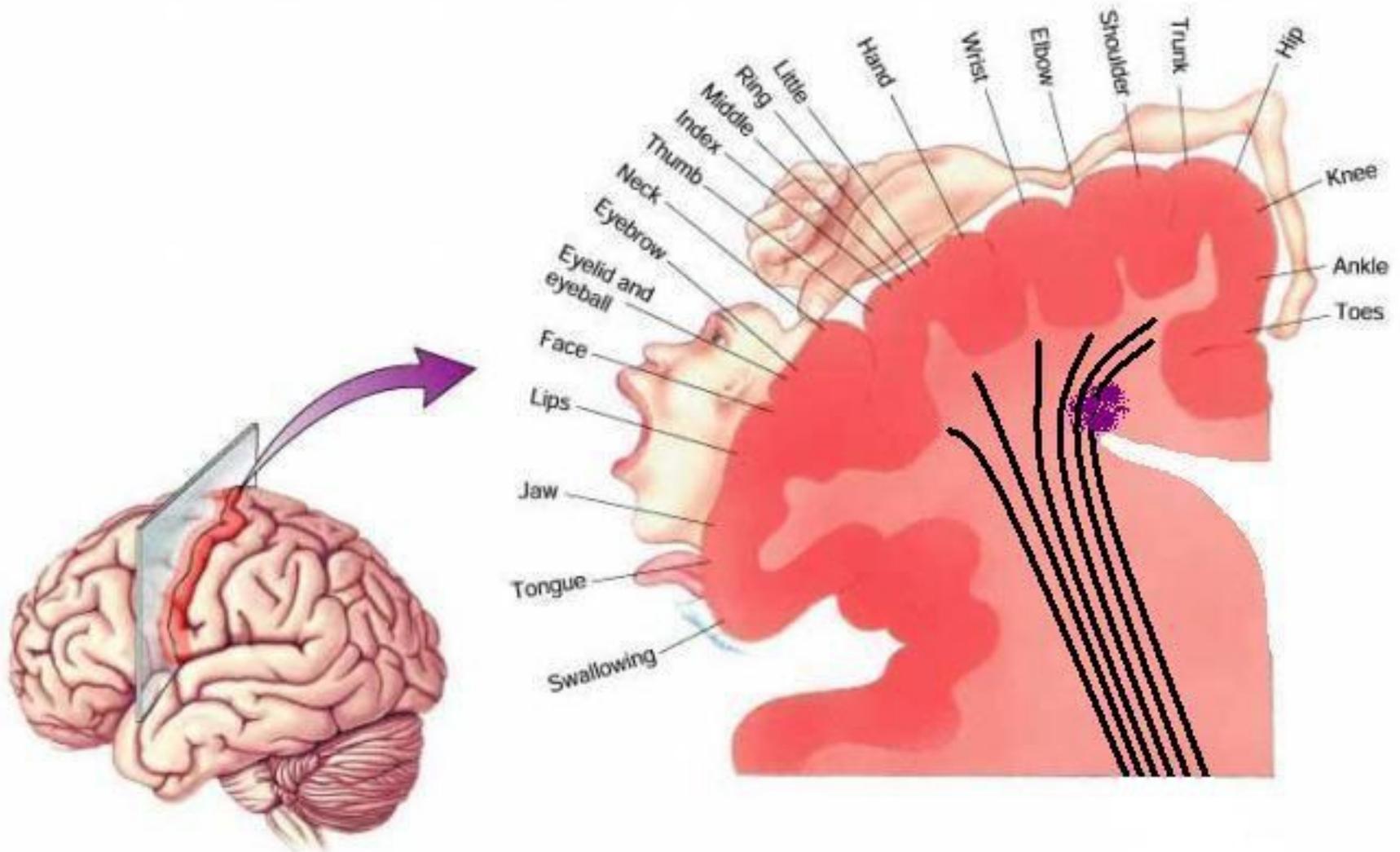
Lobi frontali

Area
sensitiva

Solco
centrale



Periventricular leucomalacia (damage in preterm)



Disturbi a insorgenza intorno al termine

- Il neonato a termine non presenta la vulnerabilità del pretermine, ma a volte ha fattori di rischio intrinseci (individuali, genetici, costituzionali o ambientali) che predispongono agli stessi rischi: ipossia, ischemia ed emorragia.
- Fattore di rischio più importante è la sofferenza perinatale: asfissia del neonato.
- Stroke del neonato a termine (arterioso: 70%, venoso 30%)

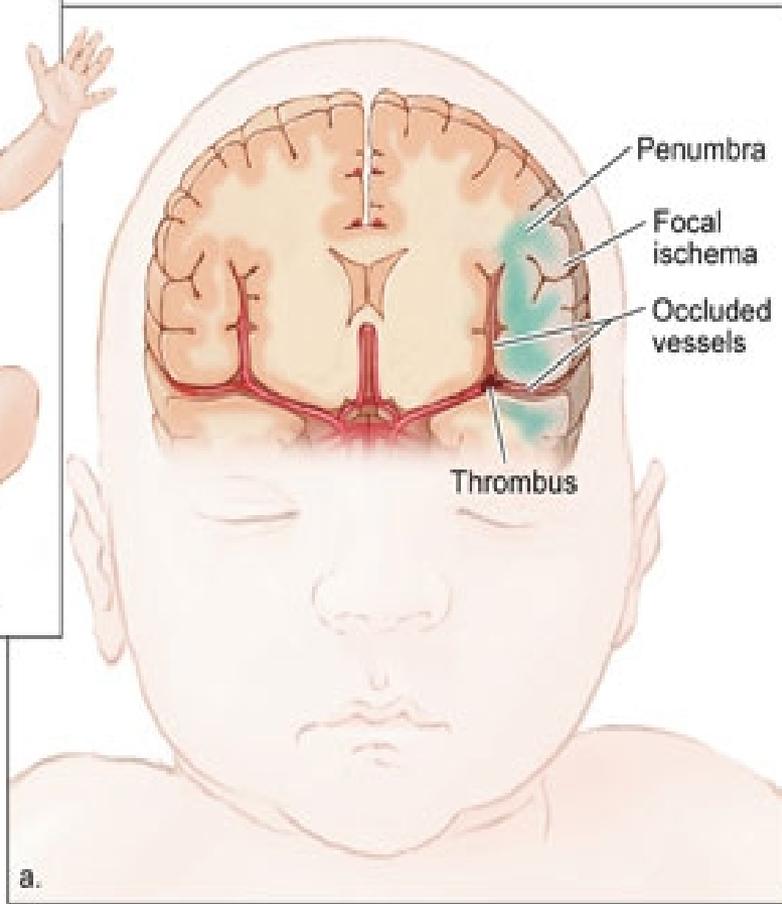


Neonatal Stroke

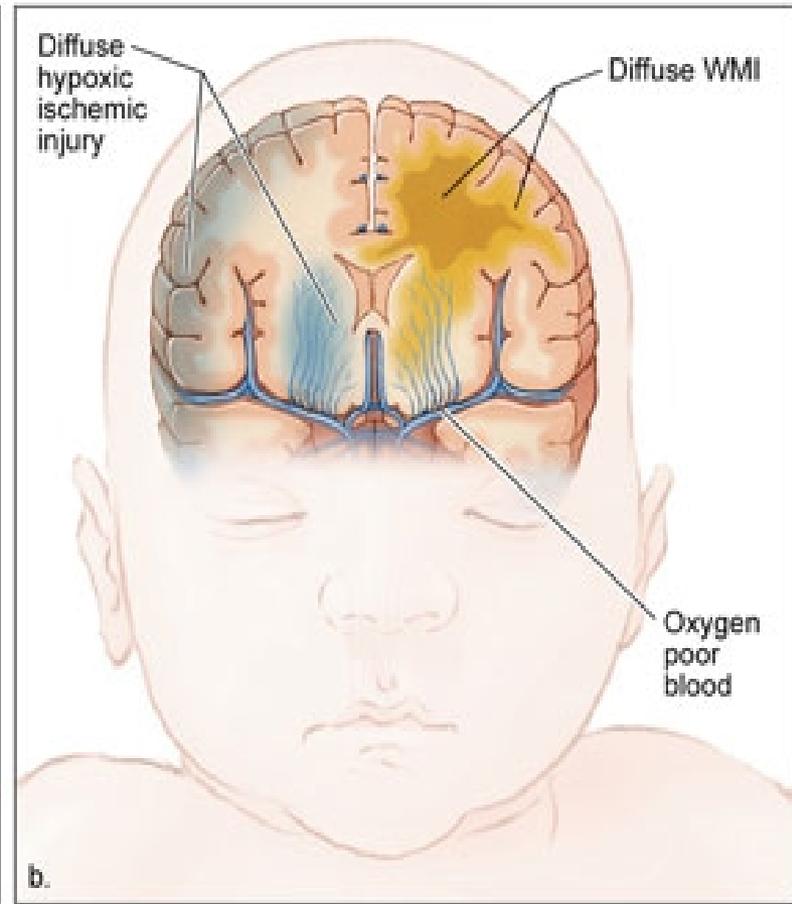
Hypoxic Ischemic Encephalopathy



Full Term Newborns



a.



b.



Quadri clinici: Prevalenza

Tetraplegie	30-35%
Emiplegie	25-30%
Diplegie	20-25%
Forme Discinetiche	circa 8%
Forme Atassiche	circa 7%



Forme emiplegiche

- È colpito un emilato del corpo, la cui compromissione può essere prevalente a livello dell'arto superiore, inferiore o avere distribuzione equivalente
- Si evidenziano i classici segni di lesione del I motoneurone (fascio cortico-spinale):
 - Riflessi aumentati, Paresi (deficit di forza, di selezione spaziale e temporale e di inizio del movimento), Anomalie costanti del tono muscolare (ipertono spastico)
- La diagnosi viene posta quando i genitori osservano un'asimmetria, generalmente nell'afferramento (in genere non prima dei 4-5 mesi) sebbene la motricità risulti globalmente asimmetrica.
- Le principali tappe dello sviluppo sono più o meno in epoca o lieve ritardo (entro i 18 mesi acquisizione del cammino)



Forme emiplegiche

- Abilità cognitive in genere nell'ambito della norma, anche se si possono evidenziare difficoltà di attenzione
- Ritardo del linguaggio, soprattutto se la lesione è a sinistra, ma per meccanismi di plasticità cerebrale spesso risulta nella norma (talvolta per il fenomeno del *verbal sparing* e del *crowding* con perdita di funzioni non verbali)
- Si evidenziano lievi difficoltà nei compiti verbali, con difficoltà di apprendimento che sono piuttosto comuni
- Manifestazioni epilettiche, più spesso parziali o con generalizzazione secondaria si presentano in circa 1/3 dei casi, in genere ben controllate dalla terapia.
- Complicanze muscolo-scheletriche possono essere presenti all'AI: ipometria, retrazioni muscolotendinee, deformità del piede e sublussazione o lussazione dell'anca



Forme diplegiche

- Sono le forme di PCI più frequenti nei nati pretermine
- Sono prevalentemente o esclusivamente colpiti gli arti inferiori, i livelli di compromissione sono variabili (dai più lievi, in grado di camminare senza ausili ai più gravi che camminano male anche con ausili)
- Associazione con RM (lieve e medio)
- Associazione frequente con disturbi delle funzioni visive:
 - Strabismo, visi di rifrazione, deficit campo visivo, deficit di organizzazione delle immagini



Forme diplegiche: principi di trattamento

- Nelle forme diplegiche il trattamento è centrato sulle funzioni del cammino
- Bisogna fare molta attenzione a trovare l'equilibrio tra le richieste della famiglia e i bisogni del bambino
- Importante l'intervento sulla funzione visiva
- Si trovano frequentemente disturbi psicopatologici di tipo ansioso e depressivo che necessitano di una presa in carico.



Forme tetraplegiche

- Coinvolgono tutti e quattro gli arti, costituendo le forme più gravi di PCI
- È in genere presente un deficit cognitivo, spesso di entità medio e medio-grave, più raramente le abilità cognitive sono conservate (neonato asfittico)
- Disturbi del distretto oro-facciale con difficoltà nella masticazione, della deglutizione e della fonazione
- Frequenti i disturbi sensoriali (ipovisione e ipoacusia)
- Frequenti le crisi epilettiche parziali o generalizzate spesso resistenti alla terapia farmacologica



Forme tetraplegiche: principi di trattamento

- È basilare il sistema di postura, costruito su misura del bambino e progressivamente modificato
- Favorire il processo di separazione madre-bambino
- Facilitare il contatto visivo e il controllo ambientale
- Favorire il mantenimento della posizione seduta
- Gestire l'alimentazione corretta del bambino
- Facilitare la comunicazione
- Prevenire le deformità articolari e facilitare la funzionalità respiratoria
- Facilitare l'attività gestuale



Forme discinetiche: distoniche e coreo-atetosiche

- Sono le forme che originano da alterazioni a carico dei nuclei della base, a seguito di una sofferenza ischemica in epoca perinatale.
- Si evidenzia un'instabilità del tono muscolare che da un'ipotonia di fondo può cambiare in modo brusco, spontaneo o per stimoli emotivi, posturali, uditivi e visivi, aumentando in modo rapido a livello dei muscoli estensori del tronco, delle braccia, delle gambe e dei muscoli del collo tanto da provocare un irrigidimento diffuso del soggetto fino a quadri di grave opistotono

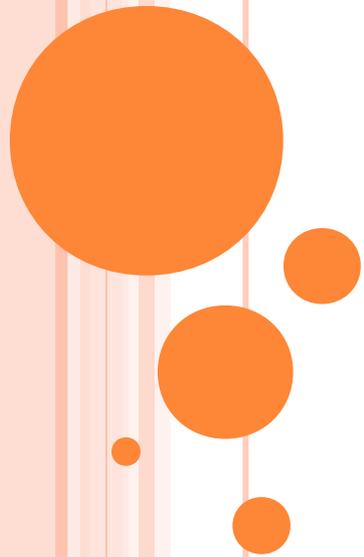


Forme atassiche

- Sono le forme più rare di PCI
- È presente una lesione a livello cerebellare e si manifesta soprattutto a carico della coordinazione del movimento con disequilibrio (atassia) associato a tremori e dismetria (gesto impreciso)
- Nei casi più lievi è possibile la deambulazione autonoma, che viene acquisita molto tardivamente e si presenta molto lenta, inerta e soggetta a repentine e imprevedibili perdite del tono muscolare degli arti inferiori con rischio di caduta a terra



I Disturbi dello Spettro Autistico



ASD: Definizione ed Epidemiologia

I Disturbi dello Spettro Autistico (Autism Spectrum Disorders, ASD) sono un insieme eterogeneo di quadri clinico caratterizzati da deficit persistente nella comunicazione, nella interazione sociale, pattern di comportamenti anomali, interessi e/o attività ristretti, ripetitivi

Estrema eterogeneità (sia in termini di complessità che di gravità)

Espressione variabile nel tempo.

Alta frequenza di comorbidità neurologiche, psichiatriche e mediche

Gli studi epidemiologici internazionali hanno riportato un incremento della prevalenza. La maggiore formazione dei medici, le modifiche dei criteri diagnostici e l'aumentata conoscenza del disturbo da parte della popolazione generale, connessa anche al contesto socio-economico, sono fattori da tenere in considerazione

Attualmente, la prevalenza del ASD in Italia è stimata essere circa 1 bambino su 77 (età 7-9 anni), con una prevalenza maggiore nei maschi (1:4,4)



I sintomi del ASD: criteri diagnostici secondo il DSM V

A. Deficit persistente nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale in diversi contesti, non spiegabile attraverso un ritardo generalizzato dello sviluppo

1. Deficit nella reciprocità socio-emotiva: un approccio sociale anormale e difficoltà nella conversazione e/o un ridotto interesse nella condivisione degli interessi, delle emozioni e degli affetti e/o una mancanza di iniziativa nell'interazione sociale.
2. Deficit nei comportamenti comunicativi non verbali usati per l'interazione sociale, che vanno da una povera integrazione della comunicazione verbale e non verbale, oppure un'anormalità nel contatto oculare e nel linguaggio del corpo, o deficit nella comprensione e nell'uso della comunicazione non verbale, fino alla totale mancanza di espressività facciale e gestualità.
3. Deficit nello sviluppo e nel mantenimento di relazioni appropriate al livello di sviluppo (non comprese quelle con i genitori e caregiver): difficoltà nel regolare il comportamento rispetto ai diversi contesti sociali e/o difficoltà nella condivisione del gioco immaginativo e nel fare amicizie e/o apparente mancanza di interesse per le persone

B. Comportamenti e/o interessi e/o attività ristrette e ripetitive

1. Linguaggio e/o movimenti motori e/o uso di oggetti, stereotipato e/o ripetitivo: come semplici stereotipie motorie, ecolalia, uso ripetitivo di oggetti, frasi idiosincratiche.
2. Eccessiva aderenza alla routine, comportamenti verbali o non verbali riutilizzati e/o eccessiva resistenza ai cambiamenti (rituali motori, insistenza nel fare la stessa strada o mangiare lo stesso cibo quotidianamente, domande o discussioni incessanti o estremo stress a seguito di piccoli cambiamenti).
3. Fissazione in interessi altamente ristretti con intensità o attenzione anomale: forte attaccamento o preoccupazione per oggetti inusuali, interessi eccessivamente perseveranti o circostanziati.
4. Iper-reattività e/o Ipo-reattività agli stimoli sensoriali o interessi inusuali rispetto a certi aspetti dell'ambiente: apparente indifferenza al caldo/freddo/dolore, risposta avversa a suoni o tessuti specifici, eccessivo odorare o toccare gli oggetti, fascinazione verso luci o oggetti in movimento.

C. I sintomi devono essere presenti nella prima infanzia



Concetto di Spettro

Concetto di Spettro nella gravità della presentazione clinica, nel deficit di funzionamento e adattamento e nella prognosi

Qualitativamente concettualizzare il ASD collocandoci secondo un asse di Neurotipicità-Neurodiversità: considerare gli individui con ASD come soggetti caratterizzati da un diverso modo di percepire la realtà, che ne condiziona il comportamento e le abilità comunicative

Neurodiversità non è strettamente sinonimo di disabilità

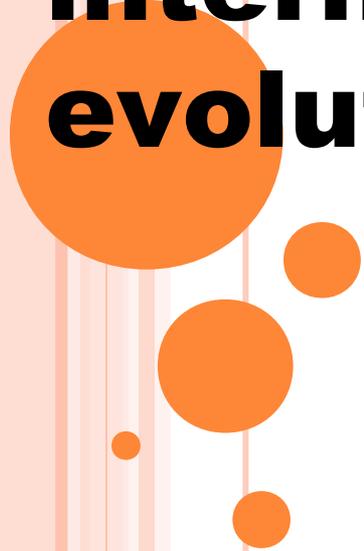


Comorbidità

- **Disabilità Intellettiva**: si stima che circa il 50% abbiano disabilità intellettiva; il principale fattore prognostico
- **Epilessia**: è presente in circa un terzo degli individui
- **Condizioni genetiche e/o metaboliche** eziopatogenetiche
- **Disturbi gastrointestinali**: gastriti, costipazione cronica, colite ed esofagite. È importante ricordare che i bambini con ASD spesso non sono in grado di comunicare in maniera chiara il dolore, Pertanto, il dolore deve essere sospettato come conseguenza a un cambiamento repentino nel comportamento del bambino (es: aumento delle stereotipie, autoaggressività, pianto inconsolabile, etc..)
- **Disturbi del sonno**: sono comuni e spesso severi, con un grave disagio a tutto il nucleo familiare
- **Disturbo Psichiatrici**: tra le comorbidità più frequenti si segnalano il ADHD, i disturbi d'ansia

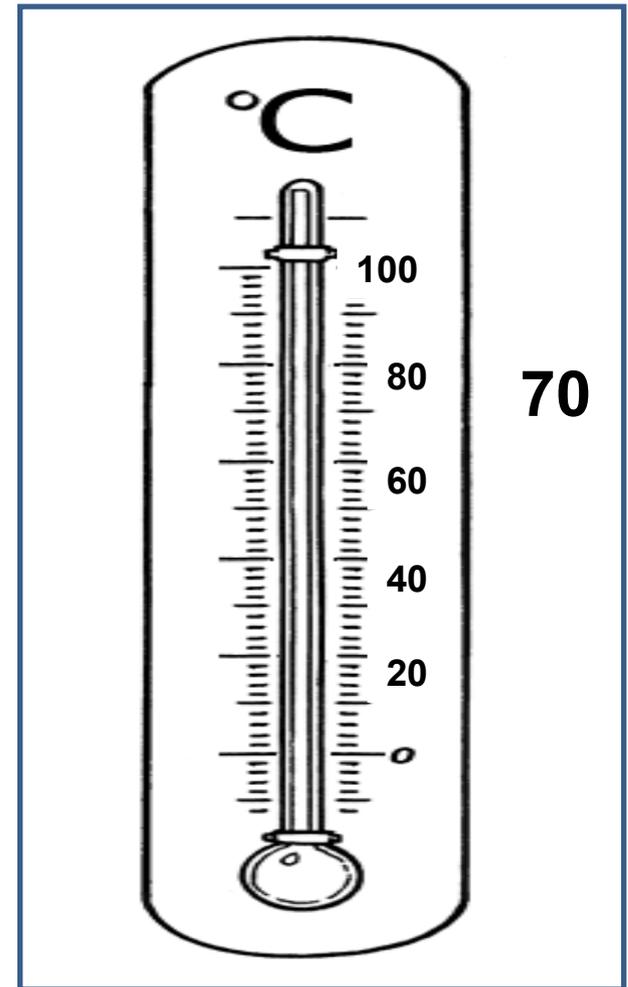


I più frequenti disturbi esternalizzati e internalizzati in età evolutiva



Caratteristiche cliniche

- Dimensionale vs Categoriale: concetto della “Febbre”
- Modificabilità in relazione all’età cronologica
- Bambino all’interno di un sistema
- Traiettorie evolutive differenti (aspetti temperamentali e ambientali) → diagnosi, prognosi, presa in carico, trattamento
- Sintomi spesso aspecifici e età dipendenti
- La presenza di disabilità intellettiva influenza l’espressività clinica e rendendo i sintomi meno specifici



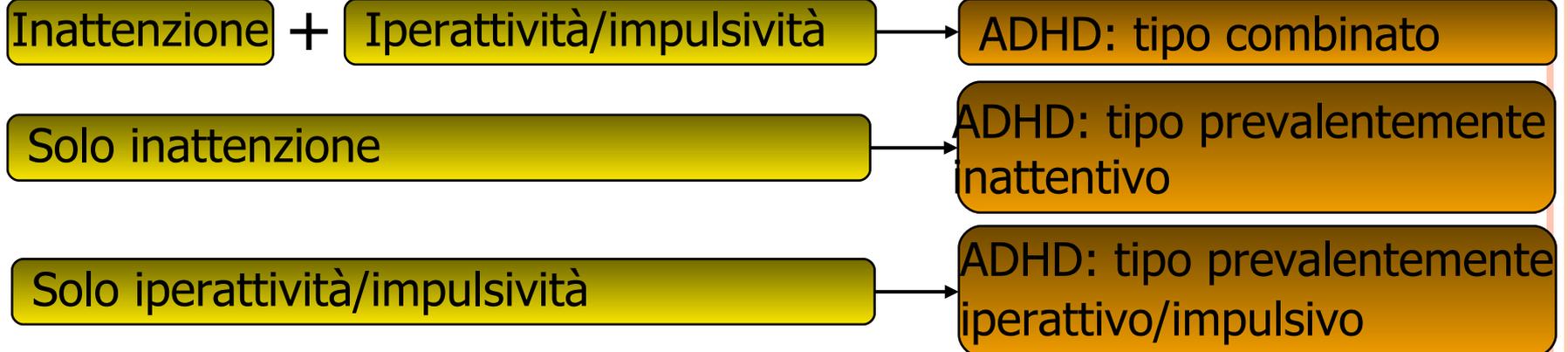
Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività

Per poter effettuare una corretta diagnosi e' necessario valutare attentamente il bambino attraverso più osservazioni cliniche, informazioni da diverse fonti, osservazione del bambino in diversi contesti e in diverse attività

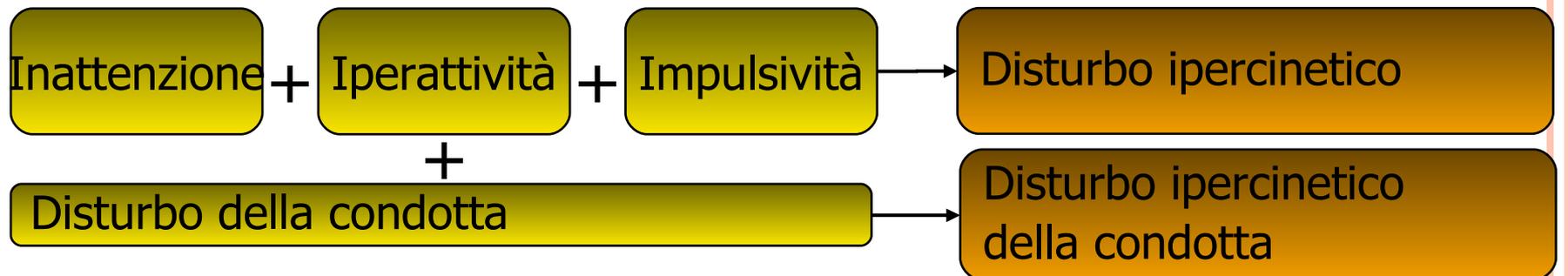
- A. Sintomatologia (iperattività, disattenzione, impulsività)
- B. Pervasivo
- C. Stabile
- D. Precoce
- E. Disfunzionale



DIAGNOSI SECONDO DSM-V (ADHD)



DIAGNOSI SECONDO ICD-10 (HKD)



Iperattività

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

Inattenzione

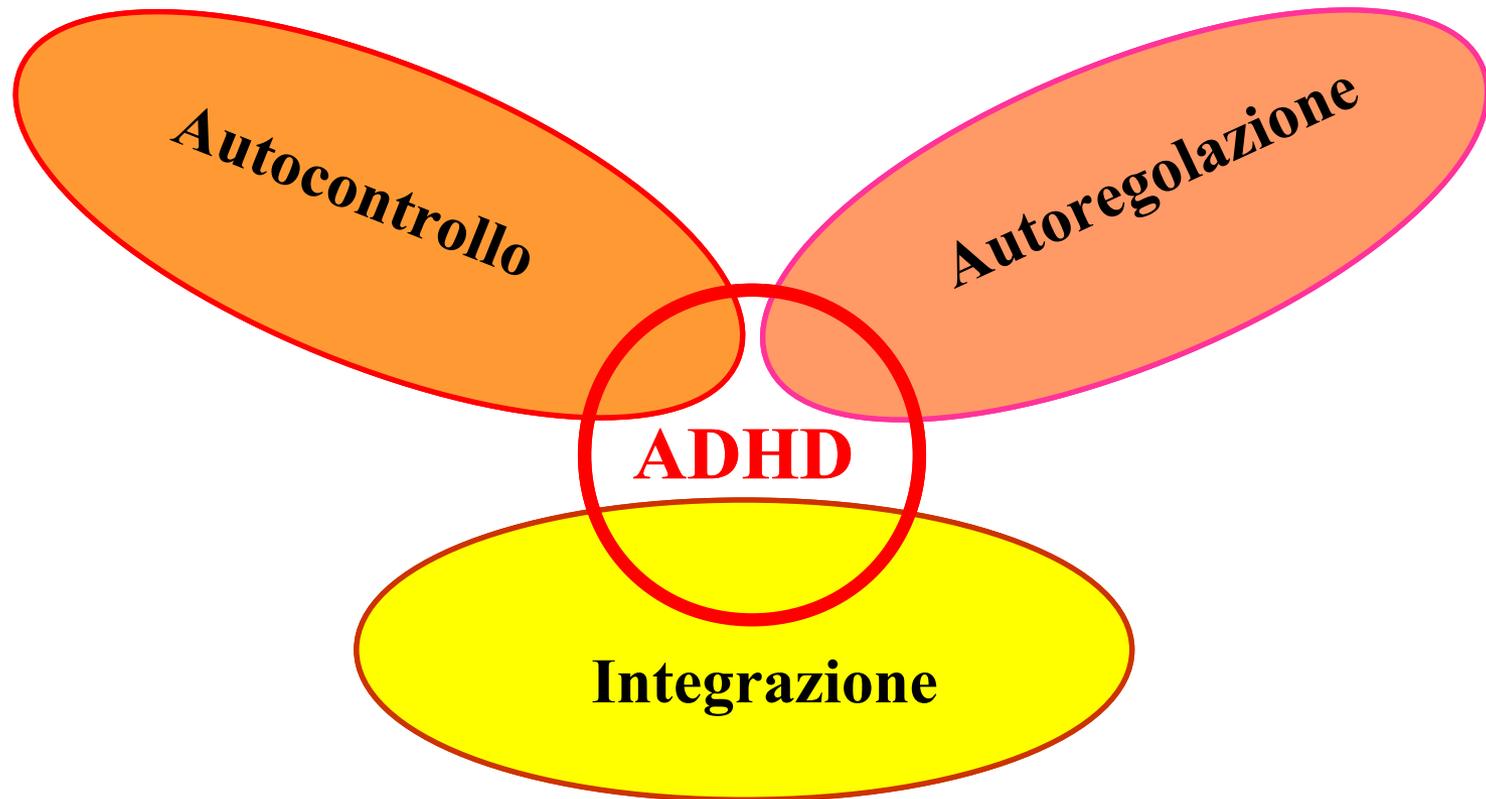
- **Scarsa cura per dettagli, errori di distrazione**
- **Labilità' attentiva**
- **Sembra non ascoltare quando si parla con lui**
- **Non segue le istruzioni, non termina le attività**
- **Ha difficoltà ad organizzarsi**
- **Evita attività che richiedono sforzo cognitivo**
- **Perde gli oggetti**
- **E' facilmente distraibile da stimoli esterni**
- **Si dimentica facilmente cose abituali**

Impulsività

- **Risponde prima che la domanda sia completata**
- **Ha difficoltà ad aspettare il proprio turno**
- **Interrompe / si intromette in attività altrui**



Sintomatologia ADHD



Autoregolazione autonoma

Adattare il proprio comportamento alle richieste della situazione e dell'ambiente

1. prestare attenzione
2. permanere sul compito
3. aderire alle regole
4. posticipare una gratificazione
5. controllare l'attività motoria e verbale



AUTOCONTROLLO SUL COMPITO

....non...

1. orienta l'attenzione sugli elementi salienti
2. valuta la risolvibilità del compito
3. decide di investire tempo ed energie
4. pianifica i passaggi dell'azione
5. difficoltà di controllo motorio
6. difficoltà di interpretazione dei dati della realtà
7. difficoltà di controllo emotivo



Difficoltà relazionali

Emarginazione da parte dei coetanei
Scarse amicizie durature
Tendenza all'isolamento
Rapporti con bambini più piccoli o più instabili
Incapacità nel cogliere indizi sociali non verbali (“immaturità sociale”)

Difficoltà scolastiche

Rendimento inferiore alle potenzialità per:
Disturbo attentivo
Stile cognitivo impulsivo
Deficit delle capacità metacognitivi
Disturbo del comportamento
Comorbidità con disturbi specifici
Effetto sul piano emotivo-affettivo

Bassa autostima

Difficoltà di rendimento scolastico
Rimproveri da genitori ed insegnanti
Emarginazione da parte dei coetanei
Rapporti con bambini piccoli o instabili
Bassa autostima, inadeguatezza
Solitudine, sentimenti abbandonici
Senso di colpa
Rischio di un disturbo depressivo



DISTURBI D'ANSIA IN ETA' EVOLUTIVA

I disturbi d'ansia sono la patologia psichiatrica prevalente nella popolazione (9.9%-16.7%)

Nella popolazione pediatrica la prevalenza è stimata essere dal 6 to 18%.

Circa il 50% di tutti i disturbi d'ansia hanno la loro insorgenza prima degli 11 anni e circa il 75% prima dei 21



Disturbi d'ansia nel DSM 5

- Separation Anxiety Disorder
- Selective Mutism
- Specific Phobias
- Social Phobia
- Panic Disorder
- Agoraphobia (trasporti, spazi aperti, spazi chiusi, folla, fuori casa da soli)
- Generalized Anxiety Disorder



DISTURBO D'ANSIA DI SEPARAZIONE

Ansia di separazione normale nello sviluppo precoce dei mammiferi come strumento di protezione dai pericoli ambientali

Le ansie di separazione aumentano fino a 3 anni, con progressiva riduzione ai 5 anni.

In alcuni bambini il superamento di tali ansie è più lento o difficoltoso:

- Eccessiva ansia in situazioni relative alla separazione (reale o anticipata) da casa o da figure di attaccamento, alla loro perdita o a danni a proprio o loro carico.
- Rifiuto di frequenza scolastica o allontanarsi da casa
- Rifiuto a stare a casa da solo, dormire da solo, dormire fuori casa senza le figure di attaccamento.
- Frequenti incubi su temi di separazione
- Frequenti lamentele somatiche in occasione di separazioni reali o temute.



DISTURBO DI PANICO

Prevalenza in età evolutiva: 0.5% in bambini prescolari, 2% età scolare, fino a adolescenti 4-8%

Caratteristiche personologiche premorbose, ipersensibilità:

- agli stress
- agli spazi chiusi
- alle malattie
- alla rassicurazione
- alla separazione
- agli allontanamenti da luoghi familiari
- a stimolanti (caffeine, tè, Coca-Cola, antidepressivi, cannabinoidi, stimolanti).

Più il bambino è piccolo meno è in grado di riferire come sta



Quadro clinico

L'attacco di panico (AP) è un episodio critico, acuto o subacuto, ricorrente, vissuto come altamente angosciante.

Durata episodio: pochi minuti

In età evolutiva sono frequenti episodi notturni

- Palpitazioni, tachicardia, cardiopalmo
- Sudorazione
- Tremori
- Sensazione di soffocamento
- Sensazione di asfissia
- Dolore o fastidio al petto
- Nausea o disturbi addominali
- Sensazioni di sbandamento, instabilità, testa leggera, svenimento
- Derealizzazione (“dove mi trovo?”)
depersonalizzazione (“chi sono?”)



L'attacco di panico in età evolutiva

6-10 anni: improvvisa ed acuta tensione o paura, poi terrore, pianto, agitazione motoria, fuga; palpitazioni, difficoltà di respiro, nausea, sudorazione, senso di svenimento; molto spesso forme oligosintomatiche o incomplete, talora notturne. Attribuzioni esterne.

10-12 anni: dolori toracici, rossore, tremore, mal di testa, vertigini. Iniziali sintomi cognitivi (paura di morire).

Adolescenza: più frequenti sintomi cognitivi, paura di morire, poi paura di diventare matto o perdere il controllo, più tardi derealizzazione o depersonalizzazione. Attribuzioni endogene.



FOBIA SOCIALE

- Marcato e persistente timore in situazioni sociali o prestazionali
- L'esposizione a tali situazione determina una risposta ansiosa immediata, che può assumere le caratteristiche di un attacco di panico situazionale.
- Strategie di evitamento
- Significativo motivo di interferenza nelle normali attività della vita quotidiana

Ipersensibilità alla critica, al rifiuto, alla valutazione negativa

Difficoltà nell'esprimere opinioni o prese di posizione (bassa assertività)

Bassa autostima e sentimenti di inferiorità

Visione persecutoria del mondo esterno



Fobia Sociale a scuola...

Sintomi più frequenti a scuola, con rifiuto scolastico (nel 30-40% dei casi dovuto a FS?)

La FS può non determinare motivo di allarme precoce (interrogazioni orali)

I soggetti con FS soffrono in silenzio, almeno nelle prime fasi del disturbo, mascherando la FS con atteggiamenti di superiorità, interessi atipici e solitari

Talvolta assumono atteggiamenti fastidiosi o “da pagliaccio”, per mascherare la propria insicurezza

Più tardiva è la diagnosi, maggiore sarà la resistenza ai trattamenti, o il rischio di strutturazione di psicopatologia



Disturbi dell'umore

Depressivi

Bipolari

Prevalenza della depressione in età evolutiva:

1-2 bambini su 100

3-4 adolescenti su 100

Le stime di prevalenza superano ampiamente quelle dei soggetti trattati:

Circa il 25-50% dei bambini e adolescenti con depressione sono riconosciuti e trattati



Fenomenologia depressiva in base all'età

3 - 5 aa

tristezza/irritabilità

apatia, riduzione di interesse per il gioco

lamentele somatiche (vomito, asma, dermatite, allergie, dolori addominali, cefalea, alopecia)

contenuti “depressivi” del gioco

comportamenti auto-eteroaggressivi

dipendenza e ansia

sentimenti di inadeguatezza e di inferiorità, insicurezza, bassa tolleranza alle frustrazioni

difficoltà di socializzazione

disturbi del sonno (incubi)

disturbi dell'alimentazione (coprofagia, pica)

variazioni del peso

perdita di funzioni acquisite (motricità, linguaggio, aspetti cognitivi, controllo sfinterico)



Fenomenologia depressiva in base all'età

6 - 11 aa

maggiore capacità di verbalizzare il proprio stato d'animo, che emerge in giochi, sogni, disegni (fantasie di morte, bassa autostima, sentimenti di perdita e di abbandono, sensi di colpa, sentimenti di non essere amato o di essere rifiutato dagli altri)

tendenza ad annoiarsi in attività piacevoli per l'età o precedentemente piacevoli per il soggetto

difficoltà relazionali con i coetanei

problemi comportamentali (aggressività, oppositività, impulsività, bullismo, menzogna, fughe)

rallentamento, goffaggine

difficoltà scolastiche

lamentele somatiche (vomito, asma, dermatite, alopecia, dolori addominali, cefalea, dolori diffusi, etc)

pensieri di morte, ideazione suicidaria, tentativi di suicidio



Fenomenologia depressiva in base all'età

12 - 18 aa

tristezza/irritabilità

anedonia

passività sia motoria sia ideativa

sentimenti di inferiorità

preoccupazioni per l'aspetto fisico

isolamento sociale

disturbi somatici (cefalea, dolori diffusi, ritardo della pubertà, disturbi neurovegetativi, etc)

perdita di energia, stanchezza

reazioni aggressive e passaggi all'atto: fughe da casa o da scuola, comportamenti

antisociali

abuso di alcool o droghe

pensieri di morte, ideazione suicidaria, tentativi di suicidio

sintomi psicotici: deliri ed allucinazioni



Possibili manifestazioni di depressione in classe

Indicatori scolastici:

- Calo del rendimento scolastico
- Perdita di interesse nelle materie scolastiche
- Diminuzione dell'impegno
- I compiti divengono disordinati, non curati
- Il bambino ha un atteggiamento rinunciatario
- Il bambino non fa i compiti a casa
- Si lamenta di non aver energia per fare i compiti

Indicatori cognitivi:

- Indecisione
- Difficoltà di concentrazione
- Aspettativa di insuccesso
- Pensieri di morte

Indicatori emozionali:

- Irritabilità
- Bassa autostima
- Disforia
- Lamentazioni eccessive
- Senso di colpa

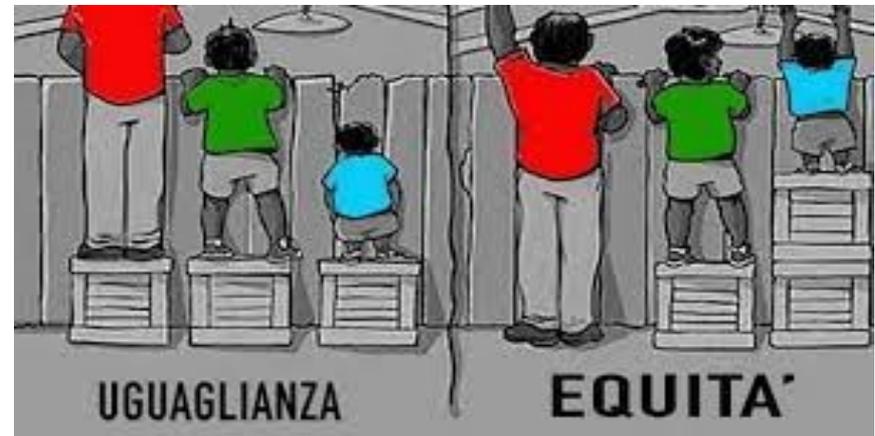


In sintesi..

Il bambino con disabilità, è un individuo fragile, che necessita di interventi specifici e di una forte integrazione tra le agenzie formative e i professionisti sanitari

L'evoluzione e l'adattamento del soggetto disabile dipendono anche dalla possibilità di sentirsi efficace

La scuola è il primo palcoscenico della vita, dove mettersi alla prova e confrontarsi con gli altri



Grazie per l'Attenzione
e
Buon Lavoro!!!

