

COLLANA DI PSICOLOGIA

Claudio Vio e Gianluca Lo Presti

DIAGNOSI DEI DISTURBI EVOLUTIVI

Modelli, criteri diagnostici e casi clinici

Erickson

Indice

- 7** Presentazione (*di P.E. Tressoldi*)
- 9** CAP. 1 Modello del «percorso diagnostico» dei disturbi evolutivi
- 21** CAP. 2 Il modello del «percorso diagnostico» applicato al caso singolo secondo il metodo sperimentale
- 45** CAP. 3 L'approccio pragmatico alla clinica: le novità del DSM-5
- 53** CAP. 4 Disabilità intellettiva
- 73** CAP. 5 Disturbi della comunicazione o del linguaggio
- 99** CAP. 6 Disturbi dello spettro autistico
- 123** CAP. 7 Disturbo da deficit di attenzione/iperattività – ADHD
- 157** CAP. 8 Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA): Dislessia, Disortografia, Discalculia e Disgrafia
- 219** CAP. 9 Disturbo di sviluppo della coordinazione motoria
- 247** CAP. 10 La comorbidità nei disturbi evolutivi
- 267** APP. 1 Interviste clinico/anamnestiche nei disturbi evolutivi
- 297** APP. 2 Criteri diagnostici del Disturbo di sviluppo della coordinazione motoria (DCD)
- 301** APP. 3 I codici ICD-10 per i DSA
- 303** APP. 4 Modello di relazione clinica per i disturbi evolutivi
- 311** Bibliografia

Presentazione

È un piacere presentare ai lettori questo libro scritto da due esperti nella clinica dei disturbi evolutivi che conosco personalmente da molti anni. Quest'opera è una vera e propria guida che sarà utilissima a tutti coloro che iniziano a occuparsi dei disturbi in età evolutiva, e sono sicuro che sarà utile anche a quanti hanno già maturato una certa esperienza, sia come aggiornamento, visto che tratterà dei criteri diagnostici del DSM-5, che come confronto metodologico.

Dal mio punto di vista, i primi tre capitoli sono il «cuore» di questa guida perché forniscono i fondamenti di una prassi clinica che, anche se non potrà mai essere automatizzata e quindi sostituita da strumenti informatici, non dovrà mai eccedere in eclettismi o prassi non fondate su principi metodologici condivisi. Sicuramente l'esperienza personale nell'ambito clinico sarà fondamentale, ma l'esperienza, senza una sistematicità e una pianificazione degli obiettivi da raggiungere, non potrà mai diventare esperienza di qualità a servizio soprattutto degli utenti.

La scelta inoltre degli autori di fornire esempi di come i principi metodologici generali si possono applicare alle maggiori categorie diagnostiche, dalla disabilità intellettiva ai disturbi della coordinazione motoria, permette al lettore di utilizzare immediatamente quanto suggerito nella sua pratica professionale.

Il mio augurio è quindi che questo volume-guida diventi un libro di testo per tutti i corsi di formazione post-laurea, master, scuole di specializ-

zazione nella clinica dei disturbi evolutivi, ma anche un testo di riferimento per tutti coloro che si occupano a vario titolo di queste tematiche.

Patrizio Tressoldi
Dipartimento di Psicologia Generale
Università di Padova

L'approccio pragmatico alla clinica

Le novità del DSM-5

Nella prefazione del nuovo DSM-5 (APA, 2013), Kupfer e Regier, rispettivamente presidente e vicepresidente della *task force* dei vari gruppi di lavoro del manuale diagnostico, sottolineano alcuni principi che hanno guidato la revisione dello strumento, linea guida importante anche per il presente contributo.¹ La prima considerazione riguarda il fatto che una descrizione precisa e completa delle cause dei processi patologici non è possibile per la gran parte dei disordini mentali. Bisogna tener presente quindi che i criteri per la diagnosi proposti nel manuale sono le migliori descrizioni possibili a oggi per aiutare il clinico nel percorso diagnostico e individuare i trattamenti «evidence based». Il DSM, quindi, si propone come una guida pratica e funzionale, ma anche flessibile perché utilizzabile da clinici e da ricercatori di differente orientamento teorico (ad esempio biologico, psicodinamico, cognitivo, comportamentale, sistemico-relazionale, ecc.) e preparazione professionale (ad esempio psichiatra, psicologo, assistente sociale, neuropsichiatra infantile). L'intento che unisce i diversi professionisti è quello di usare un linguaggio comune nel comunicare le caratteristiche essenziali del disturbo evidenziato dal paziente oggetto di studio in relazione all'età e al contesto di vita.

¹ La traduzione dei criteri e delle indicazioni tratti dal DSM-5 e riportati nel presente volume è a cura degli autori.

L'impostazione del manuale è sempre di tipo medico, nel senso che le diagnosi rappresentano una classificazione di disturbi separati. Si tratta cioè di una «raccolta» di diagnosi categoriali, dove la presenza in un paziente di alcuni sintomi dovrebbe consentire, deduttivamente, di isolare o di distinguere un disturbo da un altro in modo preciso. Tuttavia, ammettere che i disturbi mentali non sempre rientrano in modo preciso all'interno dei confini di un unico disordine psicopatologico (si veda il capitolo 10 sulla comorbidità) ha aperto la strada alla concezione dimensionale del sintomo e alla necessità di tenerne conto anche in chiave evolutiva e del ciclo di vita. Infatti, alcuni domini, ad esempio l'ansia e la depressione, possono coinvolgere diverse categorie diagnostiche (come disturbo dell'umore, disturbo di personalità, disordini depressivi, ecc.); non solo, spesso alcuni disturbi si presentano in comorbidità con altri problemi (ad esempio, all'interno dei disordini neuroevolutivi è frequente l'associazione di più diagnosi) così da far pensare che vi possa essere una sottostante vulnerabilità per ampi gruppi di categorie diagnostiche.

Allo scopo quindi di evitare quanto emerso dall'uso delle precedenti versioni del manuale, ovvero l'utilizzo frequente da parte dei clinici della categoria «non altrimenti specificata» del disturbo (ad esempio: «Disturbo pervasivo dello sviluppo di tipo non altrimenti specificato» per tutte le condizioni in cui il paziente presentava il linguaggio o poteva essere definito «ad alto funzionamento»), l'approccio del DSM-5 parte dalla consapevolezza che i sintomi dei disturbi psicopatologici rappresentano un *continuum* di problematicità (*impairment*). Si può incontrare un paziente che presenta dei sintomi che si possono collocare in un punto vicino alla dimensione normale del problema, quindi non facilmente distinguibile da una normale variazione dello sviluppo (o del comportamento normotipico), rispetto a un altro paziente i cui sintomi si collocano inequivocabilmente in un punto della dimensione che esprime alterazione da quanto atteso in relazione al contesto e all'età. In questo secondo caso, la presenza di quel sintomo non pone dubbi al clinico riguardo agli effetti sul piano del funzionamento adattivo del paziente.

Un esempio. Prendiamo la dimensione di un disturbo d'ansia da separazione: la tensione anticipatoria, quando viene affrontata la separazione, può interessare solo alcune situazioni o può essere appena rilevante nelle fasi iniziali della richiesta e rientrare subito dopo la separazione; in altri casi le reazioni possono sempre essere eccessive in tutti i contesti esperienziali. Nel secondo caso, segni di angoscia e timori di restare da solo sono persistenti e presenti in ogni momento della giornata.

Disturbi della comunicazione o del linguaggio

Introduzione al disturbo e modelli di funzionamento

Le diagnosi di Disturbo specifico del linguaggio o Disordini della comunicazione interessano quei bambini che incontrano persistenti difficoltà nell'acquisizione e nell'uso del linguaggio, mentre le capacità cognitive non verbali sarebbero conservate (ad esempio le abilità visuo-spaziali).

Si tratta di disturbi la cui insorgenza si colloca nella prima o nella seconda infanzia. Come primo indicatore di ritardo viene segnalata la presenza, tra i 18 e i 30 mesi, di poche parole (meno di 50 di vocabolario espressivo) e un significativo ritardo nella combinazione di parole (Bishop et al., 2011).

Uno studio di Bishop e Edmundson (1987), condotto con 87 bambini che all'età di 4 anni manifestavano difficoltà di linguaggio o di pronuncia, dimostra che al follow-up, eseguito 18 mesi dopo la prima valutazione, il 37 % di questi bambini sembrava recuperare il ritardo nell'acquisizione del linguaggio. I bambini che invece presentavano, all'ingresso nella scuola primaria, ancora problemi di linguaggio evidenziavano particolari difficoltà in tre prove: un *test narrativo* che richiedeva competenze semantiche (ad esempio individuare il significato di una parola), una prova di *denominazione di figure* e un *test espressivo* in grado di valutare le abilità sintattiche. Questi bambini vengono seguiti fino a 8 anni e mezzo. Il gruppo di soggetti che sembra aver risolto le difficoltà a 5 anni e mezzo, in realtà presenta ancora una moderata difficoltà in prove

di comprensione sintattica (ad esempio nel *Test di comprensione sintattica da ascolto*. Il test utilizzato è il TROG di Bishop, ora disponibile anche in italiano nella versione rivista, 2009) e nel subtest *Comprensione* della WISC, mentre le prove di lettura e di scrittura risultano adeguate. Il gruppo di bambini che invece mantiene nel tempo le problematiche di linguaggio presenta significative difficoltà in tutte le prove di linguaggio utilizzate dalla ricerca, oltre a difficoltà nell'acquisizione della lettura, della scrittura e nella comprensione del testo (la ricerca viene completata da Bishop e Adams, 1990).

Altri studi evidenziano che bambini, con una storia di deficit in età pre-scolare nell'acquisizione del linguaggio, a 13 e 16 anni presentano comuni difficoltà in ambito accademico (si veda Hulme e Snowling, 2010); non solo, il *Quoziente Verbale* della WISC sarebbe inferiore a 80 per il 40% di questo campione di soggetti.

Modelli di funzionamento: lo sviluppo tipico del linguaggio e le sue componenti

Poiché il linguaggio viene acquisito spontaneamente attraverso l'esposizione del bambino alla lingua materna, è facile dimenticare che, in realtà, si tratta dell'acquisizione di numerose abilità tra loro distinte in sottosistemi specializzati. Il linguaggio, in breve, è un sistema *multicomponenziale* che richiede uno sviluppo distinto da altre abilità cognitive.

Per questo motivo, il clinico dello sviluppo deve tener presente sia le singoli componenti (la struttura) del linguaggio, sia l'uso che ne viene fatto. Vediamole nel dettaglio.

Il *sistema sonoro* è il primo sottosistema che dovrebbe essere valutato. Si tratta della capacità del bambino di acquisire un controllo «oro-motorio» per pronunciare i suoni della lingua; consiste nella componente fonetica della produzione verbale e riguarda la capacità di percepire e produrre i suoni della lingua, le caratteristiche acustiche e la produzione del suono della parola. Strettamente connesse alla componente fonetica, troviamo le abilità fonologiche: il bambino cioè deve imparare a usare i suoni a partire dalla loro funzione (trasmettere significati), come ad esempio comprendere che /*lana*/ e /*rana*/ contengono due suoni distinti, /*l*/ e /*r*/.

La componente fonologica, a sua volta, è distinta nel sottosistema segmentale (come nell'esempio sopra riportato: attribuire un significato diverso alle parole distinguendo un particolare suono) e in quello soprasegmentale, che riguarda il tono utilizzato per produrre la parola (ad esempio: parola scandita,

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività – ADHD

Da genitori e da insegnanti, in prima linea nell'educazione di bambini irrequieti, disattenti, talora oppositivi, disorganizzati e impulsivi, sentiamo spesso testimonianze che potremmo sintetizzare in affermazioni quali: «Non so più che cosa fare»; «Siamo esausti nel dover richiamare in continuazione quell'alunno»; «Il suo comportamento è un problema: è imprevedibile, sempre in ritardo, dimentica le cose, non ha il senso del tempo, ecc.»; «Ho grosse difficoltà a gestire il suo comportamento anche nelle azioni di vita quotidiana».

Abbiamo iniziato questo capitolo con un estratto del punto di vista, o «vissuto», di genitori e di insegnanti in quanto, come vedremo, saranno proprio le informazioni che da loro riusciremo a raccogliere ad aiutare il percorso diagnostico e l'individuazione dei criteri di gravità.

Il *Disturbo da deficit di attenzione/iperattività o Attention/Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD) è l'etichetta diagnostica utilizzata per rappresentare e delineare all'interno di una specifica categoria una popolazione eterogenea di persone, le quali manifestano tutta una serie di difficoltà legate alla disattenzione e/o all'iperattività e all'impulsività.

I segni clinici relativi alla *disattenzione* si riscontrano soprattutto in soggetti che, rispetto alle prestazioni attese, presentano una chiara ed evidente difficoltà a rimanere attenti o a lavorare su un medesimo compito per un periodo adeguatamente prolungato, in relazione all'età e alle richieste del contesto.

Gli indici clinici riferiti all'*iperattività* invece vengono ricavati dall'osservazione di eccessivi livelli di attività motoria e verbale, sempre in relazione all'età del bambino. Infatti, nel soggetto iperattivo osserviamo una continua agitazione, difficoltà a rimanere seduto e/o a restare fermo al proprio posto.

L'*impulsività* sembrerebbe porsi come una caratteristica dell'ADHD che si può manifestare nella forte incapacità di posticipare la soddisfazione di un desiderio, oppure nell'incapacità di inibire un comportamento inappropriato in un determinato contesto (ad esempio inibire l'impulso alla corsa anche se ci si trova in un contesto, come lungo una strada trafficata, che invece suggerisce prudenza). Un aspetto molto studiato, e che approfondiremo, è anche quello legato al fatto che il bambino impulsivo sembra non tenere in considerazione le possibili conseguenze a cui un'azione può portare.

Anche se il DSM-5 indica una prevalenza del disturbo di circa il 5% nei bambini e di circa il 2,5% negli adulti, in Italia, al momento, non disponiamo di chiari dati per l'epidemiologia del disturbo.

Nei confronti dell'ADHD, però, possono essere presenti nei genitori o negli insegnanti alcuni equivoci. Ad esempio, si ritiene che il bambino con ADHD non riesca a prestare attenzione a nulla: non è così, infatti esistono attività, ludiche e coinvolgenti (come i videogiochi, andare in bici o in minimoto, alcuni programmi televisivi, giochi all'aperto) a cui il soggetto riesce a prestare attenzione anche protratta nel tempo. Come vedremo, sono altre le qualità attentive in cui il bambino è carente. Un secondo equivoco potrebbe essere l'idea che il bambino con ADHD sia sempre distratto e iperattivo. Neppure questo è vero: vi sono momenti, anche se molto ristretti, in cui il soggetto con ADHD è molto attento, ad esempio nel manifestare affetto verso i familiari. Un terzo aspetto che spesso si attribuisce erroneamente al bambino con ADHD è l'essere dispettoso e intenzionalmente maleducato e l'opporvi sempre a quanto gli viene proposto. Realmente questi bambini, appunto perché con ADHD, non riescono a controllare o pianificare certi comportamenti e il tratto di opposizione potrebbe essere legato a una non assimilazione delle regole. Un altro aspetto che troviamo nelle aspettative dei genitori è l'idea che l'ADHD possa scomparire con l'età. In tal senso sottolineiamo come, essendo un disturbo dello sviluppo, durante l'adolescenza o l'età adulta esso possa assumere sfumature diverse ma anche evolvere in un grave problema di comportamento.

In tal senso, lo studio di Polderman e collaboratori (2010) raccoglie e analizza 16 ricerche appaiate per diagnosi di ADHD, *range* d'intelligenza e status socio-economico entrambi nella norma, al fine di ottenere un'indagine sullo sviluppo accademico dei soggetti. Questa ricerca suggerisce che, a causa

Appendice 1

Interviste clinico/anamnestiche nei disturbi evolutivi

Le interviste per la raccolta dei dati clinico/anamnestici sono articolate in domande di anamnesi (e relative sottocategorie), suddivise come segue.

Disordini evolutivi

- Domande di apertura
- Ipotesi di Disturbi specifici dello sviluppo
- Ipotesi di Disabilità intellettiva
- Ipotesi di Disturbo dello spettro autistico
- Ipotesi di Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD)
- Ipotesi di Dislessia evolutiva e/o Disortografia evolutiva e/o Disturbo specifico del linguaggio
- Ipotesi di Disturbo pragmatico (o dell'uso sociale) del linguaggio
- Ipotesi di Discalculia evolutiva
- Ipotesi di Disgrafia, Disturbo visuo-spaziale e Disturbo della coordinazione motoria
- Indici complessivi di rischio per ipotesi diagnostica di DSA.

Per quanto riguarda l'approfondimento clinico di eventuali altri disturbi in comorbidità abbiamo a disposizione le seguenti interviste clinico/anamnestiche:

- Ipotesi per Disturbi «esternalizzanti» (DC e DOP)
- Ipotesi per Disturbi «internalizzanti».