

La sindrome ipercinetica "pura" fra gli alunni nel territorio cesenate

Francesco Ciotti

Responsabile del Programma materno-infantile, AUSL di Cesena

Introduzione

La definizione di iperattività o ipercinesia non è facile. I codici diagnostici internazionali più importanti, l'ICD 10 e il DSM IV, aggiornano periodicamente i criteri diagnostici a seconda dei nuovi dati, di cui entriamo in possesso col procedere della ricerca scientifica. Il punto fondamentale per l'ICD 10 è la presenza di aspetti di inattenzione, iperattività e impulsività spiccatamente superiori alla media dei compagni, relativamente a quello che è lo standard in un gruppo medio di coetanei, in più di un contesto di vita (ad esempio sia a casa che a scuola), tali da causare una compromissione significativa del funzionamento sociale, scolastico e lavorativo.

Il problema essenziale nella definizione di questa condizione diventa quindi quale è lo standard accettabile per quell'età di attenzione, attività e impulsività. Questo standard non ha uno strumento di misura oggettivo, ma viene al momento affidato alla valutazione soggettiva dell'adulto, genitore o insegnante o educatore, valutazione o impressiva o mediante questionario. Lambert e collaboratori (1), in base a una revisione della letteratura sull'uso dei questionari nella diagnosi di ipercinesia, riporta frequenze

variabili dal 13% all'1% e con una bassa concordanza non solo tra genitore e insegnante ma anche tra un genitore e l'altro. Note sono anche le grandi differenze di incidenza che si trovano tra ricerche nordamericane, con frequenze vicine al 10%, e ricerche europee con frequenze tra 1% e 2%, forse per la diversa tolleranza culturale ed educativa verso l'ipercinesia infantile.

Scarsi sono gli studi epidemiologici in Italia e spesso condotti su popolazioni selezionate. Recentemente uno studio di Corbo e collaboratori (2), condotto su 794 bambini di età superiore ai 6 anni, ha mostrato una prevalenza dell'1,7%, mentre uno studio di Besoli e collaboratori (3), condotto su 64.800 bambini di 0-14 anni, ha mostrato una prevalenza dello 0,43%. Al di là dei questionari non standardizzati usati da tutti i pediatri di base, la differenza può derivare dal fatto che, sotto i 7 anni, cioè prima della scuola dell'obbligo, la sindrome ipercinetica è difficilmente diagnosticabile, in quanto nella scuola materna il bambino ipercinetico non va incontro a disagio scolastico, eccetto che nelle forme molto severe, come invece succede nella scuola dell'obbligo che richiede precise regole di apprendimento e di comportamento.

Metodo

Nel territorio della AUSL di Cesena, il servizio di Neuropsichiatria Infantile è il solo collettore dei bambini inviati per problemi di apprendimento o di comportamento da scuola, famiglia, medici di base. A fine febbraio 2003 abbiamo chiesto al nostro archivio informatico quanti alunni della scuola dell'obbligo, dai 7 ai 14 anni, dalla 1° elementare alla 3° media inferiore, erano seguiti dal servizio con una diagnosi, in ICD 10, di sindrome ipercinetica. Di questi bambini/ragazzi abbiamo chiesto il sesso, l'inviante al servizio, le eventuali altre diagnosi sui 5 assi diagnostici dell'ICD 10 (*tabella 1*). In teoria, infatti, ogni bambino con diagnosi di sindrome ipercinetica può ricevere una o più diagnosi di comorbidità su tutti e 5 gli assi diagnostici che compongono il sistema di classificazione ICD 10.

Risultati

Gli alunni seguiti dal nostro servizio per sindrome ipercinetica sono risultati 131, cioè l'1,1% di tutta la popolazione residente tra 7 e 14 anni, pari a 11.980 cittadini (*tabella 2*). I maschi sono 99 e le femmine 32, con un rapporto 3:1. Ogni classe di età dai 7 ai 14 anni è rappresentata in maniera molto uniforme:

TABELLA 1: ASSI DIAGNOSTICI DELL'ICD 10

Asse I	Disturbi e sindromi cliniche (es. disturbi comportamentali, disturbi emozionali, disturbi psicosomatici) Disturbi di personalità dell'adolescente (es. disturbo antisociale)
Asse II	Disturbi di sviluppo (es. disturbo di linguaggio, disturbo di apprendimento)
Asse III	Ritardo mentale
Asse IV	Condizioni mediche organiche (es. sindrome di Down)
Asse V	Problemi psicosociali (es. genitori separati)

TABELLA 2: SOGGETTI CON SINDROME IPERCINETICA

Età (anni)	7	8	9	10	11	12	13	14	Tot.
maschi	10	8	15	9	16	13	13	15	99
femmine	3	5	4	5	9	3	7	3	32
disturbo emozion.	1	4	2	2	5	1	3	3	21
disturbo linguaggio apprendimento	5	5	8	8	9	7	12	8	62
malattia organica	1	2	0	2	2	1	2	0	10
situazione psico soc.	9	5	7	11	12	8	9	9	70

Per corrispondenza:
 Francesco Ciotti
 e-mail: fciotti@ausl-cesena.emr.it

Abstract

Objectives: to define the dimensions of the problem.

Methods: an investigation of the database referring to the Child Neuropsychiatric Public Health service in Cesena.

Results: over a population of 11.980 citizens aged between 7 and 14 years, 131 hyperactive children were identified. Only 17 children (13%) had a pure hyperactive syndrome. In about half of the cases described the hyperactive syndrome was associated to specific language disorders, in the remaining half to individual or family psychological stress.

Conclusions: the prevalence of "pure" hyperactive syndrome (ADHD) is about 0.14%. The prevalence of ADHD in the general population is 1.1%.

Francesco Ciotti. Hyperactive students in the Cesena area (Emilia Romagna)
Quaderni acp 2003 vol. X n° 4; 18-20

13 bambini per i 7 e 8 anni, 14 per i 10 anni, 16 ragazzi per i 12 anni, 18 per gli 11 e 14 anni, 19 per i 9 anni, 20 per i 13 anni.

La scuola è l'agenzia che invia maggiormente: il 31% dei casi. La famiglia ne invia il 26%; il pediatra di base il 22%; il servizio sociale il 14% (percentuale significativamente alta rispetto ad altra patologia). Il restante 7% ha altre provenienze. La comorbidità (9) più alta risulta essere quella con le diagnosi effettuate nell'asse II dei disturbi specifici di sviluppo, cioè con i disturbi specifici di linguaggio e di apprendimento, che figurano nel 47% di tutti i bambini/ragazzi: precisamente in 62 dei 131 alunni (*tabella 1*).

Più rara invece risulta la comorbidità con le diagnosi effettuate nell'asse I dei disturbi emozionali a esordio caratteristico nell'infanzia, effettuata nel 16% dei bambini/ragazzi: 11 disturbi d'ansia, 10 disturbi psicosomatici.

In 10 casi invece, pari all'8%, la diagnosi di ipercinesia è risultata secondaria a una condizione organica diagnosticata negli assi III e IV e precisamente: 3 casi di sordità, 2 di disturbo visivo grave, 2 sindromi disgenetiche, 1 paralisi cerebrale infantile, 1 epilessia, 1 ritardo mentale. Rilevante il fatto che la metà dei sordi di età 7-14 anni e noti al servizio si presenta ipercinetica. Infine 70 soggetti su 131, pari al 53%, presentano situazioni psicosociali anomale presenti nei sei mesi precedenti la data della diagnosi di sindrome ipercinetica. Le situazioni rilevate, secondo la classificazione dell'ICD 10, sono in ordine decrescente:

- vigilanza dei genitori inadeguata/trascuratezza: 21%;
- situazioni traumatiche (emigrazione, discriminazione, esperienze personali spaventose, istituzionalizzazione): 18%;
- situazioni genitoriali anomale (genitore singolo, genitori adottivi, affidato): 18%;
- disturbo mentale, handicap o devianza di un genitore: 10,5%;
- discordie in famiglia tra adulti (percosse, litigi, insulti): 8,5%;
- privazione esperienziale (isolamento, povertà di stimoli): 4,5%;

- perdita di una relazione d'amore (morte, separazione di genitore, fratello): 3%;
- genitori iperprotettivi: 3%;
- genitori che fanno pressione al successo: 3%;
- abuso fisico o sessuale: 2%.

Ne risulta che i bambini con diagnosi di sindrome ipercinetica pura, ovvero senza altre diagnosi sugli altri assi, sono 17, tutti maschi e pari al 13% dei soggetti ipercinetici e allo 0,14% della popolazione di riferimento.

Discussione

La percentuale di alunni ipercinetici del nostro territorio è molto vicina all'1-2%, rilevata da altri Autori europei, come pure il rapporto maschi/femmine.

Il dato più interessante è che si presta alle maggiori riflessioni, tuttavia, è a nostro avviso quello che deriva dalle comorbidità con gli altri assi diagnostici, che sembra dimostrare che la sindrome ipercinetica, di per sé di difficile definizione diagnostica, sia veramente un quadro sindromico, espressione di meccanismi eziopatogenetici tra loro molto eterogenei e solo in parte noti. La sindrome ipercinetica pura, e che forse non a caso nella nostra casistica si manifesta solo nel sesso maschile, è probabilmente quella che ha un maggior substrato neurobiologico.

Vi è poi una sindrome ipercinetica secondaria a condizioni organiche, tra le quali spiccano per frequenza relativa i disturbi sensoriali uditivi e visivi. È possibile che in questo caso iperattività e impulsività derivino da una privazione sensoriale che rende difficile il controllo e la relazione con l'ambiente. È esperienza comune osservare come i sordi, qualora non trovino dei canali di comunicazione soddisfacenti nei diversi contesti di vita, diventino ipercinetici e anche oppositivi-provocatori. Difficile stabilire invece delle relazioni di causa-effetto tra sindrome ipercinetica e difficoltà di linguaggio e apprendimento. Questa associazione è descritta come frequente da numerosi Autori (4). Difficile pensare che queste due condizioni derivino da una stessa condizione neurobiologica, dato che secondo gli studiosi l'area cerebrale implicata nella

disfasia-dislessia è l'area temporale o occipitale, mentre quella implicata nella sindrome ipercinetica sarebbe costituita da corteccia prefrontale e gangli della base. Si può ipotizzare ragionevolmente che le difficoltà di attenzione e la mancanza di stabilità a scuola possano determinare un ritardo delle acquisizioni scolari. Tuttavia, almeno nel nostro campione, la maggior parte dei bambini ha sofferto di un disturbo di linguaggio (38 casi contro 24 disturbi di apprendimento) che esordisce nei primi anni di vita, ossia quando l'iperattività non è quasi mai diagnosticata. Perciò un'ipotesi altrettanto ragionevole potrebbe essere inversa, ossia che le difficoltà di comunicazione del bambino piccolo, in maniera analoga a quella che succede nel sordo, inducono in lui una risposta disadattativa, ovvero iperattività e impulsività.

Infine, sono di grande interesse le associazioni riscontrate con le situazioni psicosociali anomale. Da tempo Van Goor-Lambo e collaboratori (5) hanno segnalato la trascuratezza, la privazione esperienziale e l'abuso specie fisico come le situazioni psicosociali più frequentemente associate ai disturbi ipercinetici, oppositivi-provocatori e della condotta. La stessa teoria dell'attaccamento prevede l'iperattività come l'esito più comune di un attaccamento evitante a una madre trascurante e ritirata. Nella nostra casistica un confronto delle situazioni psicosociali anomale rilevate nelle sindromi ipercinetiche, da un lato, e nelle sindromi ansiose e psicosomatiche dall'altro lato rivela che negli ipercinetici vi è una incidenza significativamente più alta di 5 condizioni: vigilanza dei genitori inadeguata/trascuratezza, privazione esperienziale, disturbo mentale/devianza di un genitore, situazioni traumatiche, abuso. Pertanto, in un bambino iperattivo e impulsivo, dobbiamo sempre escludere che la sua iperattività sia secondaria, da un lato, all'isolamento e alla solitudine del bambino e dall'altro a eventi traumatici, anche spaventosi, subiti.

Il ragionamento diagnostico differenziale deve precedere ogni intervento. A rigore di logica un eventuale intervento psicofarmacologico potrebbe essere giustificato solo nelle sindromi pure, che abbiamo

visto essere molto rare. In ogni caso, nel nostro servizio, non si pratica alcun intervento psicofarmacologico. In effetti i soli psicofarmaci efficaci sono gli amfetamino-simili che non sono attualmente in commercio. In una ricerca precedente (6), non pubblicata, su 13 bambini ipercinetici presentatisi nei primi mesi del 1996, gli interventi praticati dal nostro servizio sono stati in 10 casi un counseling familiare, in 1 caso una psicoterapia familiare, in 7 casi una psicoterapia individuale, in 6 casi un intervento di consulenza a scuola alle insegnanti, in 6 casi l'intervento era misto, ossia comprendeva più di uno degli interventi precedenti. I migliori risultati a distanza di 6 mesi, valutati con la scala Rutter (7) (tabella 3) dai genitori e con la scala HONOSCA (acronimo da *Health of Nation Outcome Scales for Children and Adolescents*) (8) (tabella 4) dall'operatore, si avevano con gli interventi misti, ossia che agivano nei vari contesti di vita del bambino: la casa, la scuola, il tempo libero.

Bibliografia essenziale e note

- (1). Lambert NM, Sandoval J, Sassone D. Prevalence of hyperactivity in elementary school-children as a function of social system definers. *Am J Orthopsychiatr* 1978;48:46
- (2). Corbo S, Marolla F, Sarno V, Torrioli MG, Vernacotola S. Prevalenza dei disturbi da deficit dell'attenzione con iperattività: una ricerca sul campo, in *pediatria di famiglia, a Roma*. Medico e Bambino 2002;9,pag.elettroniche
- (3). Besoli G, Venier D. Il disturbo di attenzione con iperattività: indagine conoscitiva tra i pediatri di libera scelta del Friuli-Venezia-Giulia. *In stampa*
- (4). Gallucci F. Il disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività. *Prospettive in Pediatria* 1999;114:121
- (5). Van Goor-Lambo G, Orley J, Poutska F, Rutter M. Abnormal psychosocial situation: preliminary results of a WHO and a German multicenter study. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1994;3:229
- (6). Scoptoni M, Battacchi W. Analisi qualitativa dei percorsi terapeutici di un gruppo di minori con disturbi psicologici all'interno di un servizio pubblico territoriale. *a.ac 1996/97, Tesi di laurea*
- (7). Rutter M. Use and development of the Rutter parent's and teacher's Scales. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1995;5:151
- (8). Harrington R. Health of Nation Outcome Scales for Children and Adolescents. *Manoscritto non pubblicato*
- (9). Il sistema ICD 10 prevede che nei vari assi di cui alla tabella 1 si classificano sempre le stesse patologie. Quando una patologia è associata ad altra su un altro asse si parla di comorbidità.

TABELLA 3: SCALA RUTTER PER I GENITORI

È molto agitato, fatica a stare seduto	0	1	2
È un bambino irrequieto, collerico	0	1	2
Spesso distrugge le cose proprie e altrui	0	1	2
Litiga spesso con altri bambini	0	1	2
Non è amato dagli altri bambini	0	1	2
È preoccupato da molte cose	0	1	2
Tende a stare da solo, a isolarsi	0	1	2
È facilmente irritabile	0	1	2
È spesso triste, depresso, infelice	0	1	2
Ha tic o altre stereotipie motorie	0	1	2
Si succhia il dito	0	1	2
Si mangia le unghie	0	1	2
È disobbediente	0	1	2
Non si applica a qualcosa per più di qualche momento	0	1	2
Si trova a disagio di fronte a situazioni nuove	0	1	2
Bambino cerimonioso o molto meticoloso	0	1	2
Dice bugie	0	1	2
Mena o aggredisce altri bambini	0	1	2

LISTA DEI COMPORTAMENTI: MAI= 0; TALVOLTA= 1; SPESSO= 2

Un punteggio totale superiore ai 14 punti è indicatore di disturbi comportamentali.

TABELLA 4: SCALA HONOSCA DI R. HARRINGTON PER GLI OPERATORI

1. Problemi di comportamento aggressivo, antisociale, oppositivo (es. aggressione fisica o verbale, vandalismi, furto, truffa, abuso sessuale, per i bambini opposizione all'autorità, sfida, menzogne continue)
2. Problemi di iperattività e deficit dell'attenzione (es. iperattività, agitazione, inattenzione, eccitazione)
3. Autoaggressioni non accidentale (es. colpisci, tagliarsi, tentativo di suicidio)
4. Problemi di abuso di alcol e droghe
5. Problemi di compitazione linguistica, scolastica (es. problemi di lettura, scrittura, calcolo, linguaggio)
6. Malattia fisica o disabilità (es. disturbo motorio, visivo, uditivo)
7. Problemi di sintomi emozionali (es. paure, fobie, ansia, depressione, ossessioni, compulsioni)
8. Problemi di sintomi somatici non organici (es. disturbi degli sfinteri, del sonno, gastrointestinali, cardiovascolari)
9. Altri problemi mentali-comportamentali non compresi nei precedenti (es. disturbi sessuali, deliri, allucinazioni)
10. Problemi di relazione con i pari (es. ritiro dalle relazioni sociali e incapacità a costruire relazioni sociali soddisfacenti)
11. Problemi della vita quotidiana (es. relativi al mangiare, lavarsi, vestirsi, allo spostarsi, all'uso del denaro)
12. Problemi dell'ambito familiare (es. conflitti genitoriali, genitori abusanti o trascuranti, rivalità tra fratelli, handicap di un genitore)
13. Assenze da scuola

Si valuta separatamente ciascuna scala dalla n. 1 alla n.13.

0= Non problemi; 1= Problema lieve e mal definibile; 2= Problema moderato ma ben definito; 3= Problema severo; 4= Problema grave