

IL DISORDINE DI IPERATTIVITA' E DISATTENZIONE (ADHD)

Barbarese W., Katusic S., Colligan R. et al.: "How common is attention deficit hyperactive disorder?", Archives of Pediatric & Adolescent Medicine, 156: 217-24, 2002

Il disordine di iperattività e disattenzione viene considerato come una sorta di premessa infantile ad una carriera adulta di dipendenze da sostanze e quindi ne fa oggetto di numerose ricerche anche prospettiche. E' noto come vi sia una polemica fra gruppi di genitori/ecologisti/psicologi e la stessa Associazione Americana di Psichiatria accusata di ipertrofizzare i criteri diagnostici per cui ragazzi svogliati ed irrequieti vengono classificati come "ADHD" e trattati con farmaci paradossalmente stimolanti (Metilfenidato: Ritadlin, D-Anfetamina = Dexedrina). Ora i dati sulla prevalenza del disordine non sono omogenei e derivano da diverse classificazioni. Lo stesso DSM-IV prevede tre categorie:

1. Il tipo combinato AD/HD;
2. Il tipo nel quale prevalgono i sintomi di impulsività/iperattività;
3. Il tipo nel quale predomina la disattenzione (ADD-meno H)

L'esame clinico va corredato da dichiarazioni dei genitori ed, in separata sede, dagli insegnanti; fra i nati nella città di Rochester-Minnesota fra il 1976 ed il 1982 al compimento del 5 anno si è avviata una ricerca longitudinale che ha consentito di calcolare fra i 5.719 i casi cumulativi; i soggetti con AD/HD sono stati il 16% solo quando i casi "certi" di AD/HD sono stati sommati a quelli probabili, possibili e discutibili. Il caso si dichiara certo quando oltre alla positività dell'esame clinico vi sono almeno due dichiarazioni concordanti.

Il trattamento farmacologico è presente nell'84% dei casi certi, ma ha luogo anche nel 6,6% di quelli discutibili. Le percentuali relative ai casi definiti superano di poco il 7% e la prevalenza dei maschi è in tutti i raggruppamenti.