

## Inquadramento del disturbo dell'attenzione e iperattività

Gian Marco Marzocchi  
Università di Milano - Bicocca



## Cos'è il DDAI (Inglese ADHD)?

Un disturbo evolutivo dell'autoregolazione del comportamento che si manifesta soprattutto con difficoltà di mantenimento dell'attenzione, (gestione dello sforzo cognitivo in genere), controllo motorio e delle risposte impulsive. Nella maggior parte dei casi si presenta associato ad altri disturbi, risulta invalidante per il soggetto stesso e pone notevoli difficoltà alle persone circostanti (genitori, insegnanti, coetanei)

## Disattenzione

Spesso non riescono a....

- ✓ Prestare cura ai dettagli
- ✓ Mantenere l'attenzione per un periodo prolungato
- ✓ Evitare distrazioni in compiti poco motivanti
- ✓ Organizzare le proprie attività
- ✓ Affrontare compiti lunghi

## Iperattività-impulsività

Spesso...

- ✓ Si muovono eccessivamente, anche in contesti non adeguati
- ✓ Sembrano continuamente mossi da un motorino
- ✓ Passano continuamente da un'attività all'altra
- ✓ Sparano le risposte a caso
- ✓ Interrompono o sono invadenti nei confronti degli altri
- ✓ Non sanno attendere l'attesa e il proprio turno

## Criteria diagnostici

I sintomi devono:

- Essere presenti prima dei 7 anni di età;
- Provocare una compromissione clinicamente significativa del funzionamento scolastico e sociale
- Manifestarsi in almeno due contesti (ad esempio, a scuola e in famiglia)
- I sintomi non devono essere spiegabili da altre condizioni psicopatologiche: Disturbi d'Ansia, dell'Umore, D.Generalizzati dello Sviluppo, D. Bipolare

## Sottotipi secondo il DSM-IV

- Se si osservano per almeno 6 mesi, almeno 6 sintomi di disattenzione si tratta del sottotipo **DISATTENTO**
- Se si osservano almeno 6 sintomi di Iperattività-impulsività si tratta del sottotipo **IPERATTIVO-IMPULSIVO**
- Se si osservano almeno 6 sintomi di disattenzione e 6 di iperattività-impulsività si tratta del sottotipo **COMBINATO**

## Confronto tra DSM e ICD

I due manuali differiscono in diversi aspetti:

- usano diverse etichette diagnostiche
- Includono i disturbi in diversi raggruppamenti
- Richiedono diverse numerosità di sintomi
- Quindi stimano una prevalenza diversa
- Prevedono età di insorgenza diverse
- Se associato ad altri disturbi propongono etichette diverse

## Confronto tra DSM-IV e ICD-10

### Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività

- Comportamento dirompente
- Disattenzione O Iperattività
- Prevalenza: 3% - 5%
- Sintomi prima dei 7 anni
- Se associato ad aggressività:  
Co-diagnosi di DOP o DC

### Disturbo dell'Attenzione e del Movimento

- Sindromi Ipercinetiche
- Disattenzione E Iperattività
- Prevalenza 1% - 2%
- Primi sintomi verso i 3 anni
- Se associato ad aggressività:  
Sindrome Ipercinetica della  
Condotta

## Quanti sono gli ADHD?

- ✓ Secondo il DSM tra il 3% e il 5%
- ✓ Secondo una ricerca italiana (Nord, Centro, Sardegna) circa il 3%
- ✓ Sono l'1,5% quelli del sottotipo combinato
- ✓ Secondo gli insegnanti circa il 20% degli alunni sono disattenti o iperattivi: in realtà tra questa folla ci sono tanti falsi positivi tra cui: altri disturbi (soprattutto) e bambini molto vivaci
- ✓ In realtà circa il 50% dei casi segnalati ai servizi per sospetto ADHD, ha poi una vera e propria diagnosi di ADHD. Gli altri ricevono altre diagnosi

## Oltre ai sintomi principali si osserva

- ✓ Scarso rendimento scolastico soprattutto nelle materie che richiedono organizzazione e sforzo (produzione e comprensione di testi, studio, matematica)
- ✓ Difficoltà nelle relazioni sociali sia con gli adulti che con i coetanei
- ✓ Scarsa autoregolazione delle emozioni e degli impulsi per cui spesso reagiscono in modo inadeguato o commettono azioni pericolose
- ✓ Bassa motivazione per l'esecuzione di attività che richiedono sforzo cognitivo

## Disturbi associati

Circa il 70% dei bambini con ADHD presenta altri disturbi, tra cui

- ✓ Disturbi Specifici di Apprendimento (30%) (Dislessia)
- ✓ Disturbo Oppositivo Provocatorio (25%)
- ✓ Disturbo della Condotta (10% - 15%)
- ✓ Disturbi d'Ansia/Depressione (15%)

Si tratta di uno dei disturbi in età evolutiva in cui è più difficile fare diagnosi differenziale o associata; perché la scarsa concentrazione e l'elevata attività motoria sono i primi segnali di disagio psicologico in età evolutiva, pertanto disattenzione e iperattività non significano ADHD

## Storia evolutiva del DDAI

- ✓ La maggior parte delle prime segnalazioni avvengono quando i bambini hanno 8 - 10 anni
- ✓ Durante la preadolescenza il quadro inizia a modificarsi in base ai fattori di miglioramento o aggravamento
- ✓ In adolescenza ed età adulta
  - 30% - 40% buona remissione dei sintomi
  - 60% - 70% rimane il disturbo
  - Circa la metà di essi presenta una comorbilità con disturbi Esternalizzati (Condotta) o Internalizzate (Psicopatologia)

## Quali sono le cause e come si manifesta il disturbo

Bisogna distinguere le cause (fattori determinanti la patologia) dall'espressione dei sintomi (gravità e durata)

- Le cause dell'ADHD riconducono ad una base neurobiologica: il bambino nasce con una predisposizione a sviluppare il disturbo
- L'educazione, l'ambiente familiare e/o scolastico possono far sfociare in modo più o meno evidente la sintomatologia, che bisogna intendere come un continuum di disattenzione e/o iperattività (dal meno grave al più grave)

## Le cause sono innate

Le cause dipendono da fattori genetici e/o complicanze pre-perinatali

- ✓ Sono stati individuati alcuni geni responsabili; però quelli trovati finora spiegano solo il 5% delle cause
- ✓ Il consumo di alcool e fumo da parte della madre rappresenta un fattore di rischio
- ✓ Il basso peso alla nascita rappresenta il maggior fattore di rischio per sviluppare l'ADHD (2.5 volte)

## I fattori ambientali sono delle condizioni di aggravamento

- ✓ Presenza di familiari con lo stesso disturbo (il disturbo è maggiormente caratterizzato geneticamente, il bambino ha modelli ADHD in famiglia)
- ✓ Se si osservano altri disturbi il quadro è più complesso
- ✓ Se il bambino ha un basso livello cognitivo avrà meno possibilità di sviluppare strategie di compensazione
- ✓ Le relazioni familiari disorganizzate non aiutano lo sviluppo dell'autoregolazione
- ✓ Se gli adulti non riescono ad accettare il problema il bambino verrà inutilmente accusato e punito, con un conseguente aggravamento della situazione

## L'ambiente può produrre anche fattori di miglioramento

Oltre alle situazioni contrarie descritte relativamente ai fattori di aggravamento, la condizione del bambino può migliorare se:

- ✓ Gli si insegna a rispettare le regole (che siano poche, comprese e condivise)
- ✓ Chi lo educa ha un atteggiamento riflessivo e calmo
- ✓ Gli si insegna a saper attendere
- ✓ Gli educatori premiano la sua accuratezza dei lavori piuttosto che la velocità (frettolosità), credendo che velocità significhi intelligenza
- ✓ La famiglia chiede una consulenza

## Rapporto tra ADHD e Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)

Un bambino medio di 8-9 anni in fase di valutazione può presentare sia prestazioni basse di apprendimento che numerosi sintomi di disattenzione e/o iperattività. In questo caso bisogna distinguere se si tratta di ADHD, DSA o comorbidità. Si possono verificare 3 situazioni

- DSA—ADHD: è un DSA primario che mima un ADHD perché gli scarsi risultati a scuola possono far emergere simil-ADHD (sintomi non presenti prima dei 7 anni)
- ADHD—DSA: si tratta di ADHD il quale determina basse prestazioni scolastiche, ma non difficoltà specifiche ad apprendere la lettura o la scrittura
- ADHD—DSA: Può esistere la situazione in cui un bambino manifesta ADHD prima della scuola e fa molta fatica ad apprendere la lingua scritta: questa è una vera comorbidità

## Spiegazioni neuropsicologiche e cognitive

- Ci sono diverse zone del cervello dei bambini ADHD che hanno un volume ridotto e presentano un ipofunzionamento tra cui: corteccia prefrontale (soprattutto dx), nucleo caudato (soprattutto sx), ginocchio del corpo calloso, cervelletto (lobuli X, XI) e formazione reticolare
- Dal punto di vista cognitivo esistono diversi modelli tra cui: Barkley (deficit di inibizione motoria), Sergeant (deficit di controllo della vigilanza), Shallice (deficit esecutivo e strategico), Sonuga-Barke (incapacità di tollerare l'attesa).

## Modalità di diagnosi

- La diagnosi di ADHD è clinica: il clinico in base ai dati raccolti decide se il bambino presenta o meno il disturbo
- Sono necessarie almeno 7-10 ore di valutazione per delineare un quadro completo inclusivo di:
  - colloqui o interviste strutturate con genitori e insegnanti
  - questionari per genitori e insegnanti
  - test cognitivi al bambino (Livello, Apprendimento, Attenzione, Funzioni Esecutive)
  - osservazioni di gioco (in cui è necessario applicare strategie)
  - colloquio con il bambino (per osservare il comportamento, l'eloquio e la consapevolezza del problema)

## Intervista strutturata - PICS

- Scheda anamnestica
- Comportamenti dirompenti
  - ADHD (6 sintomi in almeno due contesti) (41 item)
    - All'aperto, gioco in casa, gioco con i genitori, gioco con altri bambini, TV, compiti, a tavola, shopping
  - Disturbo Oppositivo Provocatorio (8 item)
  - Disturbo di Condotta (15 item)
    - Aggressione verso persone e animali
    - distruzione di proprietà
    - frode o furto
    - seria violazione di regole
- L'intervista include altre sezioni per indagare la psicopatologia evolutiva e fare diagnosi differenziale

## Questionari per l'ADHD

- Si tratta di inventari di domande sul comportamento del ragazzo in cui il valutatore stabilisce la frequenza di comportamenti problematici (sintomi): da mai a molto spesso
- Esistono diversi questionari in base alla loro ampiezza delle categorie diagnostiche:
  - CBCL include l'intero spettro della psicopatologia dello sviluppo
  - Conners include subscale ADHD più altre (ansia, oppositività, apprendimento, socialità, devianza)
  - SCOD include scale ADHD, Oppositività e Disturbi di Condotta
  - SDAI include solo scale ADHD

## Come si interviene?

- L'unica risposta che può sortire un certo effetto è un lavoro integrato che coinvolge scuola, famiglia e bambino
- È necessario portare scuola e famiglia a interpretare nello stesso modo il comportamento del bambino (difficoltà specifica, che non diventi alibi)
- Possono essere utili strategie comportamentali (scuola e famiglia) e metacognitive (scuola e bambino)
- In alcuni casi può essere necessaria una temporanea terapia farmacologica

## Riabilitazione di Attenzione e FE

- Trattandosi di processi cognitivi controllati lo scopo dell'intervento è di fornire delle strategie di autocontrollo agendo sia sul supporto ambientale (scuola e famiglia) che sul bambino stesso
- I programmi sperimentati includono sia tecniche comportamentali per rinforzare comportamenti target e inibire quelli disturbanti, che tecniche cognitive per favorire l'auto-monitoraggio, il problem-solving

## Intervenire a livello dell'ambiente

- Cambiare l'ambiente fisico e sociale
- Cambiare la natura del compito
- Cambiare la modalità attraverso la quale vengono forniti suggerimenti
- Cambiare la modalità attraverso la quale gli adulti interagiscono con gli studenti

## Il coinvolgimento dei genitori - 1

- Nel caso in cui il bambino presenti problemi di attenzione, FE o ADHD i genitori necessitano di comprendere le ragioni di queste problematiche e di supporto psicologico
- Necessitano anche di imparare alcune tecniche di controllo comportamentale e per aiutare i bambini a sviluppare un adeguato controllo cognitivo
- Nel caso si tratti di ADHD allora i genitori devono essere informati più in specifico su questo disturbo evolutivo e bisogna tenere conto che il bambino presenta numerosi altri problemi associati

## Il coinvolgimento dei genitori - 2

- Per aiutare i genitori ad essere di aiuto ai propri figli è opportuno strutturare gli incontri seguendo un certo programma in modo da riuscire a fornire tutti gli strumenti necessari, rimanendo flessibili per riuscire ad affrontare i problemi quotidiani che i bambini manifestano
- La struttura del percorso è necessaria perché spesso anche i genitori hanno in parte i problemi dei loro figli per cui necessitano di organizzazione

## Percorso con i genitori - 1

- La comprensione del problema
  - informazioni corrette sul DDAI
  - aspettative realistiche riguardo all'intervento
- La preparazione al cambiamento
  - rendere espliciti i pensieri (attribuzione) e i comportamenti dei genitori nei confronti del figlio.
- La definizione del problema
  - analizzare le situazioni per identificare i fattori che favoriscono l'instabilità del bambino: gli antecedenti (eventi che predicano l'insorgenza di comportamenti negativi), i comportamenti-problema (analisi precisa di quello che il bambino compie) e le conseguenze (cosa succede dopo che il bambino ha manifestato un comportamento problematico).

## Percorso con i genitori - 2

- Introduzione alle tecniche educative per la gestione del comportamento del bambino
  - Creazione di abitudini, routine, regole e fornendo delle informazioni di ritorno (i genitori informano il bambino su come si sta comportando)
  - Insegnare ai genitori ad individuare in modo più preciso i comportamenti negativi del bambino
    - il genitore dovrebbe cercare di tentare una soluzione al problema mostrandosi come modello positivo sottolineando la fatica e gli sforzi che ciascuna persona compie per migliorarsi.
    - Il bambino osserva e imita i genitori, se questi sono modelli positivi, credibili e non troppo lontani da sè.
- I genitori devono riconoscere gli eventi "premonitori" di comportamenti problematici per riuscire ad agire in anticipo ed evitare i soliti inconvenienti.

## Errori frequenti e inconsapevoli

I genitori hanno bisogno di:

- Ridefinire le attribuzioni dei comportamenti
- Riprendere il controllo della situazione, sapendo che sono loro a decidere
- Riconoscere che il loro comportamento influenza quello del figlio
- Essere consapevoli che le minacce non mantenute sono dannose
- Le ripetute raccomandazioni non servono a nulla: bisogna agire e non parlare

## Il lavoro con gli insegnanti

Deve tenere conto di:

- Le interpretazioni dell'insegnante sui comportamenti problematici
- Le esigenze scolastiche (quantità di alunni, diversità e problematiche, insegnanti a disposizione)
- Le necessità dell'alunno (profilo cognitivo, specifiche difficoltà comportamentali, problematiche familiari o sociali)