



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

**IL DISTURBO DA DEFICIT DI
ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ**

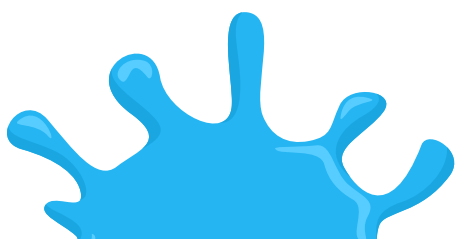

**OPUSCOLO
INFORMATIVO
sull'ADHD**





INDICE

MANIFESTAZIONI CLINICHE	3
COMORBIDITÀ	6
BAMBINI VIVACI OPPURE... IPERATTIVI?	9
FATTORI CHE INFLUENZANO LE MANIFESTAZIONI CLINICHE	9
QUANTO È FREQUENTE?	10
IL BAMBINO CON ADHD DA GRANDE	10
QUALE TRATTAMENTO PER IL BAMBINO CON ADHD?	11
IMPORTANZA DEL COINVOLGIMENTO DELLA SCUOLA	12
IMPORTANZA DEL COINVOLGIMENTO DEI GENITORI: PARENT TRAINING	12
DIFFICOLTÀ NEL RAPPORTO CON I FIGLI	13
BIBLIOGRAFIA	14



MANIFESTAZIONI CLINICHE

Il **Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD)** è un disturbo del neurosviluppo ad esordio in età evolutiva che per le sue caratteristiche di pervasività disfunzionale di varie aree cerebrali può compromettere numerosi settori dello sviluppo e del funzionamento sociale del bambino.

L'ADHD è un disturbo eterogeneo le cui manifestazioni cliniche si modificano nel corso della vita.

Il disturbo si manifesta principalmente con tre classi di sintomi:

1. la disattenzione
2. l'iperattività
3. l'impulsività

Le manifestazioni comportamentali relative alla compromissione dell'attenzione si riscontrano soprattutto in bambini che presentano un'evidente difficoltà a rimanere attenti o a lavorare su uno stesso compito per un periodo di tempo sufficientemente prolungato. I bambini disattenti, non riescono a seguire le istruzioni fornite, sono disorganizzati e sbadati nello svolgimento delle loro attività.



Hanno difficoltà nel mantenere la concentrazione, si fanno distrarre molto facilmente dai compagni o da rumori occasionali e raramente riescono a completare un compito in modo ordinato.

Le loro difficoltà riguardano soprattutto la capacità di mantenere l'attenzione per un tempo prolungato; pertanto per questi bambini ogni pretesto è valido per distrarsi e spesso passano da un'attività all'altra senza portarne a termine nessuna.

Quando sono in classe sembra che "sognino ad occhi aperti", sono ragazzini che si guardano continuamente attorno, soprattutto durante lo svolgimento di compiti scolastici, ma anche durante i giochi noiosi e ripetitivi.

I bambini impulsivi parlano ed agiscono precipitosamente (tendono a dare una risposta prima che sia terminata la domanda, spesso sbagliando); faticano a rispettare il proprio turno sia quando giocano che quando partecipano a discussioni di gruppo; non riescono ad aspettare le gratificazioni per le cose giuste che hanno fatto pretendendo subito quello che gli era stato promesso e preferiscono avere immediatamente una piccola gratificazione piuttosto che impegnarsi in termini di tempo e sforzo per ricevere in seguito un premio più consistente.

I bambini che mostrano aspetti di iperattività/impulsività giocano in modo rumoroso, parlano eccessivamente con scarso controllo dell'intensità della voce, interrompono persone che conversano o che stanno svolgendo delle attività senza essere in grado di aspettare il momento opportuno per intervenire. I bambini iperattivi vengono descritti dai genitori e dagli insegnanti come "motorizzati", sempre in agitazione (agitano mani e piedi anche da seduti, si alzano e gironzolano a scuola, etc..), manifestano comportamenti non finalizzati ad uno scopo preciso (battono le dita o oggetti in maniera ritmica, aprono e chiudono più volte un coperchio ecc.); spesso sono goffi e maldestri nei movimenti. Le manifestazioni di iperattività e impulsività sembrano essere attribuibili a una difficoltà nell'inibire comportamenti inappropriati.



Questi bambini hanno difficoltà nella gerarchizzazione delle regole e pertanto manifestano una disinibizione comportamentale che esprimono con agitazione, difficoltà a rimanere fermi, seduti o composti quando viene loro richiesto.

I bambini con ADHD hanno adeguate risorse cognitive e affettive, sono in grado di comprendere in quali "pasticci" si mettono quando falliscono nell'autocontrollo e questo contribuisce anche allo sviluppo di una bassa stima di sé.

I bambini iperattivi non agiscono in tal modo "intenzionalmente", la consapevolezza del comportamento inadeguato viene percepita "in ritardo" rispetto all'agito. Questi bambini hanno anche difficoltà nel riuscire a regolare le emozioni: faticano a mantenere un autocontrollo emotivo, a interiorizzare le proprie emozioni e quindi anche la propria motivazione, a causa anche dei feedback negativi che portano a un disinvestimento sul compito. La difficoltà di regolazione porta i bambini a non essere costanti nelle attività, nei progetti, negli obiettivi o nel seguire le direttive come gli altri bambini a cui basta un piccolo incentivo che li sostenga per realizzare un compito. Questi bambini possono essere particolarmente abili in alcune attività, nelle quali l'espressione emotiva è un vantaggio (attività artistiche come musica e teatro, attività umanistiche come poesia e racconti, attività che prevedono buone abilità comunicative e oratorie).



COMORBIDITÀ

I bambini con ADHD presentano molto spesso altre problematiche neuropsichiatriche associate.

Particolare attenzione è posta verso lo scarso rendimento scolastico, con cadute degli apprendimenti durante l'iter della scolarizzazione. Alcuni studi mostrano che i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA: difficoltà in lettura, scrittura, matematica e calcolo), sono presenti in circa il 35-50% dei soggetti con ADHD.

All'interno di questo gruppo molti ragazzi non presentano esclusivamente o necessariamente problematiche di ordine strumentale (quali la velocità e correttezza della lettura, l'accuratezza ortografica e le abilità di calcolo), manifestano invece difficoltà nello svolgimento di compiti di secondo livello che richiedono l'attivazione e l'integrazione di più funzioni cognitive superiori, come abilità di problem-solving matematico, di produzione e di comprensione dei testi scritti, e di studio di brani complessi. Tali constatazioni sono coerenti con l'ipotesi secondo la quale i ragazzi con ADHD utilizzano "strategie di studio" meno efficaci e presentano difficoltà di inibizione delle informazioni irrilevanti contenute all'interno di un brano.

I genitori, gli insegnanti e gli stessi coetanei concordano che i ragazzi con ADHD presentano alcune difficoltà in ambito sociale, in particolare nelle relazioni interpersonali: questi ragazzi ricevono minori apprezzamenti e maggiori rifiuti dai loro compagni di scuola o di gioco. Nelle situazioni in cui il loro ruolo è passivo e non

ben definito, i bambini iperattivi diventano maggiormente contestatori e incapaci di stabilire buone relazioni con i coetanei. Una considerazione che aiuta a capire perché i bambini con ADHD sono spesso rifiutati dai compagni è la loro difficoltà nel riuscire a rispettare i tempi delle attività, sia in termini di attesa che di tolleranza alla frustrazione.

Lo sviluppo di tratti oppositivi e provocatori può essere corresponsabile poi di una serie di fallimenti in ambito scolastico e sociale e può alimentare notevoli preoccupazioni nei genitori.

Si tratta, intanto, di condizioni cliniche fortemente eterogenee nell'espressione dell'oppositività e dell'aggressività e che esordiscono spesso con una diagnosi di ADHD, che in qualche caso anticipa l'esordio dei disturbi da comportamento dirompente.

Nelle situazioni più gravi l'ADHD si può associare a comportamenti distruttivi che a loro volta rendono ancora più disfunzionali le relazioni familiari, inoltre l'esperienza di continui vissuti fallimentari incide le abilità in ambito sociale e mina l'autostima: si sovrappone quindi un quadro di Disturbo Oppositivo-Provocatorio a volte associato a disturbi dell'umore e difficoltà negli apprendimenti, sino ad arrivare con un fenomeno quasi spiraliforme a disturbi della condotta in particolare in età adolescenziale (allontanamento dalla scuola, comportamento antisociale, abuso di sostanze).

La presenza di aggressività e di un disturbo della condotta o oppositivo/provocatorio severo è poi un importante fattore prognostico negativo: i soggetti che presentano tale comorbidità sono quelli più a rischio di sviluppare, in età adolescenziale e adulta, condotte antisociali o devianti (abuso di sostanze).

Non bisogna sottovalutare la percezione che i bambini hanno di loro stessi: le ripetute esperienze di insuccesso e le difficoltà a valutare i propri risultati in base allo sforzo compiuto determinano una scarsa opinione di sé stessi. Possono dire di essere dei veri campioni in una cosa che gli riesce bene, mentre affermano di essere del tutto incapaci e di non saper fare niente non appena incontrano una difficoltà. Questo potrebbe portare alla strutturazione di disturbi emozionali.

L'ADHD condivide con il disturbo d'ansia la disattenzione. I bambini con ADHD sono disattenti a causa della loro attrazione per stimoli esterni, nuove attività o a causa del loro pensiero rivolto ad attività divertenti o attivanti. Nei disturbi d'ansia, invece, la disattenzione è dovuta a preoccupazioni e ruminazioni, che i bambini possono manifestare sia con irrequietezza che con immobilità (Freezing).

I bambini che soffrono di ADHD ricercano una ricompensa immediata, faticano ad accettare una gratificazione a più lungo termine o dila-



zionata. Faticano nella risoluzione dei problemi, nel motivarsi e hanno bisogno di motivazione esterna. "L'ADHD crea una sorta di cecità temporale, ovvero miopia verso il futuro, tutto ciò comporta vivere solo il presente. L'ADHD è un disturbo di esecuzione e non di abilità, del fare ciò che sai non del sapere ciò che fai." (Barkley, 2011).

I bambini e gli adolescenti con ADHD faticano ad avere una progettualità per il futuro, necessitano di suddividere il futuro in piccoli parti, risulta complesso riuscire a collegare l'azione presente al loro progetto futuro.

Nel manuale diagnostico di riferimento dei disturbi mentali (DSM-5) la sintomatologia di disattenzione e/o iperattività/impulsività deve essere presente prima dei 12 anni e devono causare difficoltà nel funzionamento sociale, scolastico e lavorativo.

Ci sono bambini che hanno sia i sintomi di disattenzione che di iperattività/impulsività (tipo combinato), vi sono altri bambini in cui può predominare l'una o l'altra caratteristica (tipo con disattenzione prevalente o tipo con iperattività/impulsività predominante).

Spesso il bambino deve rinunciare ad attività di gruppo, ad esempio campi estivi, oratorio, feste di compleanno, ecc., perché i genitori vengono richiamati dagli operatori, che definiscono il bambino "impossibile da gestire".

A volte sono gli stessi genitori dei coetanei a lamentarsi del comportamento fortemente disturbante del bambino e questi bambini mostrano un'assenza di "savoir faire sociale", indispensabile per cogliere le regole necessarie a relazionarsi con gli altri.



BAMBINI VIVACI OPPURE... IPERATTIVI?

Tutti i bambini in alcuni contesti o circostanze possono presentarsi iperattivi o agitati. Normalmente situazioni nuove e ricche di giochi stimolano la ricerca di novità ed è anche vero che situazioni noiose e ripetitive aumentano le possibilità che il bambino si distraiga.

Non bisogna stupirsi se, davanti alla TV o alla Playstation o videogiochi, i bambini con ADHD iper-focalizzano l'attenzione ("sembrano ipnotizzati"!!!) e mantengono un esagerato livello di attivazione cerebrale per ore. Questo è dovuto al fatto che gli stimoli cambiano rapidamente ecc.

Possiamo parlare di disturbo quando i sintomi compromettono in maniera significativa il funzionamento adattivo.

FATTORI CHE INFLUENZANO LE MANIFESTAZIONI CLINICHE

Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività è maggiormente presente tra i maschi rispetto alle femmine, secondo un rapporto che va da 3 a 9 maschi ogni femmina, a seconda delle ricerche.

Nei racconti anamnestici spesso i genitori riferiscono che il figlio è passato improvvisamente dalla fase in cui camminava titubante a quella in cui correva e si arrampicava ovunque senza alcun timore e accortezza. Durante la scuola materna il bambino con ADHD rimane molto attivo e, sebbene abbia un'intelligenza uguale o superiore a quella dei suoi coetanei, dimostra un comportamento poco maturo rispetto all'età cronologica. In questi bambini è frequente registrare la presenza di disturbi del sonno (risvegli frequenti, sonno agitato, episodi di pavor notturno).

Nelle situazioni di gioco libero, in cui c'è un'ampia possibilità di movimento, il bambino iperattivo non mostra particolari difficoltà, invece in contesti in cui si richiede il rispetto di determinate regole il bambino viene etichettato come "difficile" e "problematico". Con l'ingresso



nella scuola primaria le difficoltà possono aumentare proprio a causa della presenza di una serie di regole che devono essere rispettate e di compiti che devono essere eseguiti: gli insegnanti continuano a descrivere questi alunni come immaturi rispetto ai loro coetanei, sia dal punto di vista comportamentale che emotivo-affettivo. Sono bambini che in classe non riescono a seguire la lezione per soli cinque minuti, mentre completano con successo un videogame che dura anche mezz'ora. Esiste una variabilità di prestazioni dei soggetti con ADHD: i sintomi diminuiscono o sono minimi qualora il bambino sia nelle condizioni di ricevere frequenti rinforzi o in un contesto strutturato, oppure venga posto in una situazione nuova o in un rapporto uno a uno (ad esempio quando vanno negli ambulatori per le visite e le valutazioni finché non prendono confidenza con l'ambiente, si comportano in maniera tranquilla).

QUANTO È FREQUENTE?

Il Disturbo da Deficit di attenzione/iperattività (ADHD) è presente nel 3-5% della popolazione in età scolare. È verosimile che in una classe di 30 bambini, almeno uno di essi sia iperattivo o disattento. Nel 20-30% dei casi sono riportati disturbi simili in parenti o collaterali, suggerendo l'esistenza di una trasmissione familiare.

IL BAMBINO CON ADHD DA GRANDE

Alcuni ragazzi a cui viene fatta diagnosi di ADHD anche in adolescenza mostrano caratteristiche come:

- Iperattività, scarso rendimento scolastico, difficoltà nella gestione della collera, difficoltà nelle relazioni con i coetanei.
- Difficoltà nella pianificazione e organizzazione
- Disattenzione persistente (cambi di argomento nelle conversazioni, non ascoltano quello che dicono gli altri)
- Impulsività (tendono a reagire troppo velocemente)

Di norma si assiste ad una riduzione dell'irrequietezza motoria che viene interiorizzata (agitazione, sensazione interiore di nervosismo, irrequietezza, impazienza e difficoltà a partecipare ad attività sedentarie). L'irrequietezza si traduce in un'instabilità scolastica, lavorativa e relazionale, mancanza di savoir-faire sociale, bassa autostima, ansietà e condotte rischiose.

In sintesi si può dire che un 30% circa dei ragazzi con ADHD in adolescenza non manifesta più sintomi della sindrome, un 40% continua a mostrare i segni di disattenzione ed impulsività, ed il restante 30% mostra oltre alla disattenzione ed iperattività/impulsività, anche altre problematiche quali alcolismo, disturbo antisociale di personalità, abuso di sostanze stupefacenti, soprattutto in situazioni che avevano comorbidità con disturbo della condotta.

QUALE TRATTAMENTO PER IL BAMBINO CON ADHD?

L'ADHD è un disturbo complesso che richiede un **intervento terapeutico multimodale**, che combina interventi psicosociali con terapie mediche. Quando si parla di terapie bisogna ricordarsi che gli interventi rivolti a un unico soggetto (di solito il bambino) e condotti attraverso un solo presidio terapeutico (farmaco, oppure trattamento psicologico, oppure lavoro con la famiglia o con la scuola), hanno efficacia relativa, specialmente a lungo termine (Douglas, 1994): le percentuali maggiori di successo rispetto alla remissione dei sintomi si ottengono attraverso un lavoro integrato inteso come "approccio multimodale" che combini l'eventuale terapia farmacologica con gli interventi di tipo psicosociale e psicoeducativo rivolti al bambino, ai genitori e alla scuola.

Le conoscenze più attuali indicano come la psico-educazione costituisca la base di tutti i trattamenti dell'ADHD, in quanto gli apprendimenti di comportamenti funzionali al contesto sociale in cui si trova inserito il bambino possono verificarsi solo se vengono intrapresi dei percorsi



di carattere psicoeducativo che coinvolgono la famiglia, la scuola ed il bambino.

IMPORTANZA DEL COINVOLGIMENTO DELLA SCUOLA

Una significativa remissione dei comportamenti problematici del bambino con ADHD si ottiene con interventi multimodali, che coinvolgono il bambino, i genitori, ma anche gli insegnanti.

Sicuramente quello scolastico è uno degli ambiti, oltre a quello familiare, in cui le caratteristiche del bambino iperattivo e disattento si manifestano in modo più evidente e con maggiore frequenza. Questi bambini sono una costante preoccupazione per gli insegnanti che devono pensare tutti i giorni a quali modalità pedagogiche devono adottare per contenere il loro comportamento.

La gravità e la persistenza dei sintomi dell'ADHD risentono molto di variabili ambientali quali ad esempio il modo in cui il bambino si sente accettato e aiutato di fronte alla difficoltà: uno dei fattori predittivi di un migliore esito del disturbo in età adolescenziale è proprio lo sviluppo di un senso di autoefficacia che sostiene una positiva immagine di sé.

IMPORTANZA DEL COINVOLGIMENTO DEI GENITORI: PARENT TRAINING

La formazione di competenze educative nei genitori è una condizione essenziale per il trattamento dell'ADHD. Esso permette infatti di ridurre i comportamenti iperattivi e distruttivi del bambino a casa, di migliorare l'auto-percezione di competenza da parte dei genitori e di far decrescere il livello generale di stress a carico della famiglia.

“Il parent training è in grado di modificare l'ambiente come un “ausilio-protesi” adatta alle caratteristiche del bambino, per poter affrontare le difficoltà ed evidenziarne le capacità potenziali (Anastopoulos et al., 1991)”.

I genitori diventeranno parte attiva del trattamento applicando adeguate tecniche psicoeducative proprio in quelle situazioni in cui il bambino manifesta i problemi del comportamento.

Secondo vari autori i più efficaci training per genitori sono quelli che comprendono l'insegnamento, e la relativa discussione, di 5 abilità principali:

1. incrementare il numero di interazioni positive con il figlio;
2. dispensare rinforzi sociali o materiali in risposta a comportamenti positivi del bambino;
3. ignorare i comportamenti lievemente negativi;
4. aumentare la collaborazione dei figli usando comandi più diretti, precisi e semplici;
5. prendere coerenti provvedimenti per i comportamenti inappropriati del bambino.

DIFFICOLTÀ NEL RAPPORTO CON I FIGLI

Spesso accade che i genitori di bambini con problemi comportamentali tendano ad attribuire ai loro figli la causa delle loro stesse mancanze; in altri casi i genitori ritengono che i comportamenti negativi dei loro figli siano solo il frutto di un problema costituzionale ("è fatto così... non sappiamo cosa farci..."), oppure si sentono colpevoli o responsabili di ogni "guaio" compiuto dal ragazzino.

Alcuni genitori hanno aspettative troppo elevate sulla capacità di autocontrollo dei propri figli in relazione alla loro età cronologica; altri al contrario ritengono che il comportamento del proprio figlio non sia sotto il suo controllo volontario e quindi cercano di evitare tutte quelle situazioni nelle quali un bambino può verificare da solo la capacità di orientarsi verso un compito e di mantenere l'attenzione necessaria.

Spesso si riscontra che i genitori non rinforzano positivamente, o lo fanno molto raramente, i loro figli quando manifestano dei comportamenti adeguati.



Altre manifestazioni, che spesso si verificano in famiglie problematiche, sono i tentativi di controllare il comportamento dell'altro attraverso l'aggressività (ad esempio chiedere le cose in modo ironico quando si è certi che il bambino non ascolterà le nostre richieste) o con espressioni di rifiuto anche a richieste adeguate del bambino verso genitori irritati da altri comportamenti. Queste modalità rafforzano nel bambino i comportamenti negativi creando una spirale negativa.

A volte i genitori danno comandi troppo vaghi quando devono ordinare qualcosa al proprio figlio o stabilire delle regole.

I comportamenti inappropriati possono generare nella famiglia difficoltà sia di funzionamento (modalità di comunicazione e controllo delle regole), sia di clima emotivo (tensioni e conflitti).

Le famiglie con questi tipi di problemi sono dette "disfunzionali", caratterizzate da basso grado di coesione dei propri membri, soprattutto nel far fronte alle difficoltà, da elevata conflittualità tra i membri, da scarso controllo delle regole (Cusinato, 1988).

BIBLIOGRAFIA

- Linee guida SINPIA, *Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva*, Vol.24; agosto 2004.
- Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali (ICD-10).
- *Atti del Convegno: Bambini vivaci oppure? Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività*, Giovanni Mazzotta, Perugia 2005.
- *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-V)*.
- *Neuropsychological disorders in teenagers with attention deficit hyperactivity disorder*, rev *Neurol.* 2006 Oct 10; 43 Suppl 1:S71-81.
- *Unravelling the complexity of attention-deficit hyperactivity disorder: a behavioural genomic approach*. *Br J Psychiatry.* 2005 Aug; 187: 103-5.
- *Executive functions in attention-deficit/hyperactivity disorder*. *J Clin psychiatry.* 2006; 67 Suppl 8: 21-6.
- *Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction*. *Trends Cogn Sci.* 2006 mar; 10 (3): 117-23.
- *Prendersi cura dell'ADHD una guida autorevole e completa per i genitori*, R. Barkley, 2011.

Opuscolo informativo realizzato da:

Allegretti Mariella Ausl della Romagna
Muccinelli Michela Ausl della Romagna

Con il contributo dell'intero Gruppo di lavoro regionale ADHD E-R:

Allegretti Mariella Ausl della Romagna
Barbanti Silva Veronica Ausl di Reggio Emilia
Barbieri Annalisa Ausl di Modena
Cappa Corrado Ausl di Piacenza
Cappai Michela Regione Emilia-Romagna
Chiodo Simona Ausl di Bologna
Di Lorenzo Rosaria Ausl di Modena
Di Santantonio Anna Ausl di Bologna
Di Sarro Rita Ausl di Bologna
Di Vittorio Cristina Ausl di Parma
Errani Alessandra Ausl di Imola
Fabbri Daniela Ausl della Romagna
Luppi Gianpaolo Regione Emilia-Romagna
La Torre Rosanna Ausl della Romagna
Muccinelli Michela Ausl della Romagna
Murru Flaviana Ausl di Reggio Emilia
Natali Alba Ausl di Imola
Nigri Barbara Ausl di Parma
Parisi Roberto Ausl di Piacenza
Sabatelli Riccardo Ausl della Romagna
Salerno Grazia Gabriella ASMN di Reggio Emilia
Sapigni Ester Regione Emilia-Romagna
Tullini Andrea Ausl della Romagna
Zingales Chiara Ausl di Ferrara

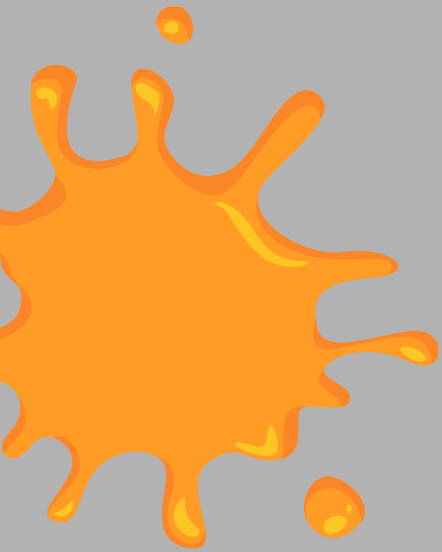
Si ringrazia per i disegni: Salvatore D.M.

Si ringrazia per il gentile contributo grafico: Monica Chili, Centro Stampa ER

Stampa: Centro Stampa Regione Emilia-Romagna

In copertina: foto Asier_relampagoestudio (freepik.com)





ADHD

DISTURBO DA DEFICIT DI
ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ

