

3. ADHD: Evoluzione, cause, diagnosi, interventi generali

Il disturbo in relazione all'età

In **età prescolare** è difficile stabilire se siamo di fronte ad un disturbo ADHD oppure ad un temperamento molto vivace, magari collegato ad altre cause (ritardo mentale, disturbi sensoriali, gravi problemi relazionali). Per questo non si pone la diagnosi di ADHD prima dei 7 anni (non esistono neanche le prove di valutazione), a quest'età infatti i bambini che sono solo "vivaci" tendono a calmarsi il tanto che basta. Segnali prescolastici da tener conto sono però:

- Marcata iperattività
- Sonno discontinuo e agitato
- Aggressività/litigiosità
- Frequenti scoppi d'ira e oppositività
- Scarsa percezione del pericolo con presenza di frequenti incidenti

In effetti si sta ora spostando l'attenzione su questa fascia d'età perché in questo momento eventuali interventi educativi sarebbero massimamente efficaci e atti a prevenire il manifestarsi del problema a livello scolastico. Soltanto ora si sta cercando di elaborare una serie di prove e test per rilevare il disturbo prima dei sette anni "canonici".

Con **l'ingresso a scuola** il disturbo si rende più evidente, sia negli aspetti dell'iperattività che in quello delle difficoltà di controllo dei processi cognitivi. Infatti i nuovi compiti che vengono richiesti al bambino gli richiedono proprio quelle abilità delle quali è carente. E' in questa fascia d'età che si può porre la diagnosi. I tratti che si evidenziano sono quelli che fin qui abbiamo già messo in evidenza:

- Inattenzione, impulsività, iperattività
- Tendenza ad evitare compiti complessi e lunghi/ difficoltà scolastiche
- Comportamenti aggressivi e provocatori
- Senso di inadeguatezza e sfiducia nelle proprie capacità
- Relazioni sociali difficili

In **adolescenza** vien meno il tratto dell'iperattività, sostituito da tensione ed irrequietezza interiore, permane l'inattenzione con conseguenze negative nelle capacità di organizzazione dello studio e/o del lavoro. L'instabilità si manifesta nei continui cambiamenti di scuola, di indirizzo, di lavoro, senza che i progetti vengano portati a termine. Si cominciano mille cose senza sentirsi appagati da nessuna. La continua ricerca di novità e la mancanza del senso del pericolo possono portare a condotte pericolose (abuso di sostanze, incidenti automobilistici ...). I tratti possono così essere riassunti:

- Inattenzione
- Carenza di capacità di organizzazione e pianificazione
- Instabilità, problemi emotivi, comportamento aggressivo, condotte pericolose.

Secondo gli studi sin qui condotti, dei soggetti diagnosticati ADHD da bambini, il 40% risolve il disturbo nel corso degli anni, il 40% conserva problemi anche in età adulta, con difficoltà sociali, emozionali e di inserimento lavorativo, il rimanente 20% consegue basso livello sociale ed occupazionale, disadattamento sociale, o sviluppa problemi psichiatrici (disturbi dell'umore e della personalità) e tossicodipendenza. Questo ci deve condurre a non trascurare, in nessun caso, la presenza di comportamenti di iperattività, impulsività ed inattenzione e ad approfondirne le ragioni per poter attivare gli opportuni interventi.

Le cause

La diatriba tra chi sostiene origini ambientali/educative e chi invece propende per cause neurologiche si ripropone per questo disturbo, che però certamente ha origini **multifattoriali**. Studi neurobiologici recenti hanno dimostrato l'interessamento della corteccia prefrontale, nuclei della base e cervelletto, che nei soggetti ADHD presenterebbero dimensioni più ridotte in talune formazioni, proprio quelle che governano l'attenzione, l'autocontrollo dei processi cognitivi, l'inibizione delle risposte automatiche. Inoltre tecniche sofisticate come la tomografia ad emissione di positroni dimostrerebbero una difforme attivazione in questi soggetti delle aree suddette rispetto ai soggetti normalmente capaci di attenzione e autocontrollo.

I neurotrasmettitori coinvolti sono quelli dopaminergici e noradrenergici: a riprova di questo sostanze come il metilfenidato e l'atomoxetina, capaci di regolare questi meccanismi biochimici, migliorano i sintomi dell'ADHD.

C'è certamente una familiarità per l'ADHD soprattutto nei parenti maschi dei bambini con questo disturbo, nel 20/30% dei casi. Tra gemelli monozigoti c'è concordanza dell'80%, per i dizigoti scende a 30-35%. Il coefficiente di ereditarietà è tra 0.65 e 0.91. Anche la genetica c'entra quindi, per quanto vi sia un controllo complesso multi genico non facilmente identificabile. L'esposizione intrauterina ad alcool e nicotina, la nascita pretermine e con basso peso, disturbi cerebrali come encefaliti o traumi, allergie alimentari hanno correlazione con l'ADHD.

E' verosimile che i geni determinino una certa "predisposizione", che viene poi modulata da fattori ambientali psicosociali. Insomma: i fattori che determinano l'insorgenza del disturbo sono prevalentemente ereditari e neurobiologici, quelli che ne determinano il mantenimento (e il progressivo aggravamento) sono prevalentemente psicosociali. Fattori che modulano il disturbo – a volte in modo rilevante – sono l'instabilità familiare, il conflitto tra genitori, l'instabilità psichica delle figure familiari, l'inadeguatezza educativa, le relazioni negative genitore-figlio, la deprivazione socioeconomica.

L'ADHD non è come il diabete, l'epilessia o altre patologie categoriali, è piuttosto come l'ipertensione o l'essere sovrappeso: è dimensionale, cioè si può esserne affetti in misura maggiore o minore, i confini sono indistinti.

La diagnosi

E' solo dal 1989 che a questa sindrome è stato dato un nome clinico. Prima si parlava di "bambini caratteriali" oppure di "disfunzione cerebrale minima" (si era compresa un'implicazione neurologica, ma si supponeva fosse talmente sottile da non essere evidenziabile sperimentalmente).

Vi sono due diversi criteri diagnostici. Il primo segue la classificazione del Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali (**DSM IV, ora è appena uscito il V**), in uso in America, il secondo si basa sull'**ICD -10** (International Classification of Disorders) dell'OMS ed è in uso in Europa.

Nel DSM si distinguono due gruppi di sintomi: IPERATTIVITA' e IMPULSIVITA' e quindi si identificano forme di ADHD del primo tipo, del secondo tipo o miste (in realtà i casi in cui è presente un tratto e non l'altro sono piuttosto infrequenti!). I sintomi devono esser presenti prima dei 6 anni.

Nel caso dell'ICD-10 il bambino è diagnosticato ADHD solo se presenta almeno 6 sintomi di disattenzione, 3 di iperattività e uno di impulsività. I sintomi devono essere presenti prima dei 7 anni.

In entrambe le classificazioni il sintomo deve essere *pervasivo*, cioè manifestarsi in tutti i contesti (casa, scuola, altri ambienti frequentati dal bambino) e deve essere *grave*, ovvero compromettere seriamente l'adattamento sociale.

I criteri del DSM sono più "larghi" e questo spiega perché in nord-America i casi diagnosticati siano di più rispetto all'Europa. In Italia si stima una percentuale tra il 3 e il 5% con una netta prevalenza dei maschi (rapporto da 3 a 8:1 con le femmine) e una massima incidenza tra i 6 e i 10 anni.

Come si fa a diagnosticare l'ADHD? Non bastano le prove cliniche: questi soggetti in un contesto controllato 1:1 possono non rivelare i loro problemi. Accanto a questi rilievi di carattere clinico, occorre interrogare i "testimoni" presenti nei contesti significativi, insegnanti, genitori, altri adulti di riferimento. Sono stati predisposti specifici questionari, a cui devono rispondere i "testimoni", che vengono poi confrontati tra loro e valutati dal neuropsichiatra infantile che pone la diagnosi. Se soltanto in un contesto si manifesta il problema, forse la causa è in quel contesto. Il disturbo deve essere pervasivo e presentare più tratti contemporaneamente, come si è visto.

In genere i genitori sono più "benevoli" degli insegnanti (sono emotivamente coinvolti e, se non hanno altri figli, non hanno termini di confronto e quindi non sanno stimare il disturbo, tendono progressivamente all'assuefazione, fino a tollerare comportamenti molto anomali come se fossero normali). Gli insegnanti in genere sono attendibili e accurati. E' importante effettuare un'attenta analisi del bambino per escludere disturbi d'ansia, disturbi dell'adattamento, ritardo cognitivo, ecc... La diagnosi richiede il concorso di diverse figure professionali, sempre molta CAUTELE e molta esperienza. Infatti l'impulsività, il deficit attentivo e l'iperattività potrebbero essere facilmente confusi con tratti tipici di altre condizioni patologiche.

Le condizioni più frequentemente presenti **in associazione** con l'ADHD sono i Disturbi Specifici dell'Apprendimento e i Disturbi oppositivi-provocatoriosi del carattere. Può essere difficile la diagnosi differenziale con i disturbi d'ansia, i disturbi dell'umore e della condotta. In una fase più avanzata di sviluppo l'ADHD può associarsi a tic e depressione o a sindromi bipolari.

Le difficoltà di apprendimento, magari non presenti nelle prime fasi della scolarità, possono diventare anche seri man mano che si accumulano i ritardi dovuti alla scarsa focalizzazione dell'attenzione, all'incapacità di organizzare il lavoro e alla discontinua partecipazione alle attività scolastiche.

I DSA possono far emergere problemi secondari attentivi e comportamentali reattivi, ma la direzione può anche essere contraria, oppure le due condizioni possono coesistere. Di fatto queste due condizioni sono molto spesso associate.

Il protocollo diagnostico prevede quindi:

- Anamnesi personale e familiare
- Un esame medico neurologico per accertare che il comportamento iperattivo/impulsivo non sia conseguenza di altre patologie, eventuali indagini strumentali;
- Un'attenta osservazione clinica del bambino/ragazzo;
- La raccolta di informazioni da fonti multiple (famiglia, scuola, altri adulti significativi) attraverso questionari o interviste strutturate per conoscere l'impatto sociale dei problemi del bambino;
- Un esame psicologico per accertare:
 - Le capacità cognitive;
 - Lo stato degli apprendimenti scolastici
 - L'eventuale presenza di disturbi del linguaggio o DSA
 - La capacità di attenzione, pianificazione e autocontrollo (funzioni esecutive)
 - L'eventuale presenza di condizioni di sofferenza psicologica

Per la varietà e la complessità del problema è quindi necessario il concorso di più figure di specialisti.

Se per la diagnosi l'operazione è complessa, tanto più lo è l'intervento: richiede a sua volta un concerto di interventi paralleli, dei quali quello che ci interessa di più è quello educativo. Ma quest'ultimo, se è sempre e comunque necessario e ineliminabile (è la spina dorsale di qualunque terapia) può da solo non esser sufficiente.

Gli interventi psicoeducativi (o cognitivo-comportamentali)

Intanto bisogna dire che i bambini ADHD non sono tutti uguali, non lo sono le loro famiglie né i contesti in cui interagiscono.

Gli interventi che si sono rivelati più efficaci sono quelli che includono tecniche **comportamentali** per sviluppare o potenziare comportamenti desiderabili e ridurre quelli problematici, tecniche **cognitive** per favorire l'apprendimento dell'autocontrollo e del problem-solving.

Sarebbe opportuno coinvolgere tutte le figure che hanno a che fare con il soggetto, per favorire la coerenza degli interventi e quindi la generalizzazione dei risultati. Non è sempre facile, ma provarci è d'obbligo.

Ricordiamo la principale difficoltà dell'ADHD è mantenere l'interesse e l'attenzione per i lavori scolastici per tutto il tempo necessario al loro svolgimento, preferendo orientare l'attenzione verso attività immediatamente gratificanti, cercando continuamente nuovi stimoli, interessanti e divertenti. Quindi frazioniamo i compiti, diamo indicazioni molto precise ed essenziali, non facciamo mai grandi discorsi ma pochissime parole e chiare. In genere invece quando il bambino non riesce a stare attento facciamo il contrario: parliamo più lentamente e usiamo molte più parole del necessario.

Tutti siamo sensibili alle gratificazioni. Per i piccoli figurine, dolcetti, stelline, giochini, di solito sono efficaci, ma lo sono anche le gratificazioni sociali (e più si cresce più queste sono importanti) come i complimenti dell'insegnante, un bel voto, un incarico. Per il soggetto ADHD la gratificazione efficace è quella immediata. Per mantenere il livello motivazionale quindi: "bravo, vedo che sei attento", "OK (nome del bambino)", "hai fatto due operazioni, ecco il tuo smile"...

L'autoregolazione (capacità di guidare i propri comportamenti) è carente in questi soggetti. E' necessario quindi guidare le condotte da fuori, insegnando al soggetto progressivamente a darsi da solo delle autoistruzioni verbali e ad auto rinforzarsi per mantenere il giusto impegno. Noi usiamo il "dialogo interno" per tutte le operazioni complesse: sia la pianificazione che il problem solving... anzi a volte parliamo proprio da soli quando abbiamo bisogno di fare chiarezza nell'ordine delle nostre condotte. Il soggetto ADHD non sa farlo: le tecniche cognitive sono finalizzate ad insegnare anche queste abilità. Vedremo più avanti qualche esempio.

Cominciamo con qualche indicazione di carattere generale:

- Riorganizzazione degli spazi: disporre i banchi in modo che vi sia sempre un contatto visivo diretto con l'alunno (per controllarlo ma anche per rinforzarlo!) che l'alunno sia velocemente raggiungibile, circondare l'alunno di compagni che siano modelli positivi, chiedersi "con quali compagni può entrare in contatto dal suo posto? Cosa può vedere? Stimiamo i possibili distruttori e cerchiamo di limitarli. Sulle pareti, solo i cartelloni necessari (cose da memorizzare, tipo tabelline, regole da ricordare, promemoria per svolgere un compito: "leggo il titolo, sottolineo le parole principali, le trascrivo, penso a cosa significano..."). Può essere utile mettere vicino al bambino ADHD il cestino, così non deve raggiungerlo per temperare le matite.
- Strutturazione dell'ambiente e di attività prevedibili per l'alunno (routine fisse, schemi giornalieri costanti), stabilità delle figure di riferimento. La regolarità e gli impegni prestabiliti forniscono al bambino un telaio di supporto per regolare la sua

condotta. Evitare uno stile frettoloso perché accentua l'eccitabilità dei bambini: effettuare gli spostamenti (es. mettersi in fila) con molta calma;

- Formulazione di regole condivise, discusse con tutta la classe, espresse con POCHE PAROLE e sempre in POSITIVO (non dire cosa NON BISOGNA FARE, ma cosa BISOGNA FARE);
- Restituzione di feedback immediati al bambino sul suo comportamento, soprattutto sui micro comportamenti positivi (sguardo, cenno di approvazione, "bravo che hai sistemato il tuo materiale, ora fai merenda"... "ti meriti uno smile per aver chiesto il permesso di andare in bagno"). Per fare questo occorre innanzi tutto sforzarsi di osservare le cose positive che il bambino fa. Di solito sono così tanti i comportamenti problematici che le poche cose corrette sfuggono, così non vengono rinforzate e rischiano di perdersi. Occorre invece cominciare con il fare un elenco dei punti di forza del bambino, e fare attenzione a sottolinearli ogni volta che si può. Quindi, tra tutti i problemi comportamentali del nostro alunno, individuiamone pochi, quelli su cui sarà più facile intervenire e puntiamo solo su quelli: non si può far tutto subito. Gestire un obiettivo per volta, dopo aver dato chiare istruzioni su come fare e ponendosi come modello positivo ("vedi come faccio a mettere in ordine il tavolo, adesso prova tu"). Gradualmente porsi obiettivi ulteriori se il precedente è acquisito. Considerare sempre che facciamo i conti con tre grossi limiti del bambino: mantenere a lungo l'attenzione sul compito, pianificare un lavoro, muoversi continuamente. Cercare di individuare gratificazioni efficaci per lui, erogarle con entusiasmo ("bravo Luca, hai alzato la mano per parlare! Tutta la mattina non hai fatto altro che agitarti e impedirmi di fare lezione!" qui la seconda parte squalifica la prima; attenzione poi ai messaggi non verbali: l'atteggiamento del viso e del corpo può invalidare il senso delle nostre parole). Cambiare le gratificazioni di frequente, perché siano efficaci. Attenzione a non premiare i comportamenti inadeguati inavvertitamente: "se ti siedi al posto e smetti di dare fastidio al compagno dopo ti faccio dipingere", "Basta, se non vuoi lavorare, vai al computer così stai un po' calmo" = la trasgressione della regola è premiante!
- Impostazione di una didattica per micro-unità, che preveda alternanza frequente delle attività, momenti di movimento che intervallano altri di concentrazione. Considerare un tempo massimo di impegno complessivo di 15 minuti per volta. Dare indicazione al bambino/ragazzo, quando si propone un compito, del grado di difficoltà e delle fasi del lavoro, quindi del tempo necessario per compierlo (devi svolgere queste 5 operazioni, sono addizioni facili, devi copiarle in riga e poi metterle in colonna, ci vorranno dieci minuti) perché questo aiuta l'autocontrollo. Per il soggetto ADHD il senso del tempo è alterato. Siccome presta attenzione a tanti stimoli, è come se il tempo fosse più "pieno" e fosse quindi più stancante. Siccome spesso il bambino non ascolta bene le consegne, può essere utile dargli il compito di spiegarle ai compagni, una volta ricevute dall'insegnante. Parlare sempre all'alunno in maniera motivante: "oggi sei il mio aiutante e mi aiuterai a ripetere ai compagni il compito da svolgere" e non "Devi ripetere ai compagni, quindi non fare come al solito che pensi ad altro...". Non dare consegne lunghe e complesse "ora vi leggerò un brano, poi voi dovrete sintetizzarlo per punti, trovare tutti i verbi e fare il disegno..." , piuttosto: "ascoltate attentamente il brano che vi leggo perché poi ci dovremo lavorare", quindi "adesso proviamo a raccontarlo facendo parlare i

personaggi”, ecc. E’ utile ricapitolare prima del compito successivo ciò che si è fatto in precedenza. Se durante le spiegazioni si fanno degli esempi, utilizzare spesso il nome del bambino, tiene agganciata l’attenzione.

- Cercare di tollerare l’attività motoria possibile, anziché tentare di reprimerla ad ogni costo. Assegnare incarichi che permettano il movimento in senso positivo (cancellare la lavagna, distribuire il materiale ai compagni, fare fotocopie...), consentire di stare in piedi al banco, se comunque il bambino lavora, durante i tempi di attesa permettere movimenti inoffensivi (scarabocchiare su un foglio, giocherellare con qualcosa: se questo previene il correre per la classe o uscire dall’aula...).
- Individualizzazione dell’apprendimento, con formulazione di un contratto educativo che preveda il raggiungimento di obiettivi accessibili, per piccoli passi, con immediata gratificazione, anche simbolica (figurine, adesivi, smiles che valgono tot punti in relazione alla difficoltà del comportamento richiesto e che ogni tanto possono essere scambiati con qualche altro rinforzatore tangibile o dinamico). Esplicitare sempre all’alunno quali sono le cose che ci si aspetta da lui, facendo in modo che possa sperimentare dei successi. Si può tenere aggiornato un grafico che mostri il livello raggiunto dal bambino sui comportamenti concordati: l’informazione di ritorno sui suoi comportamenti è essenziale per il bambino.
- Solo da ultimo introdurre interventi sanzionatori o strategie punitive per comportamenti fortemente disadattivi, negativi (aggressività verbale o fisica, distruzione di materiale ...) o pericolosi per sé o per gli altri. Perché la punizione sia tale, deve essere davvero sgradevole e deve esser chiaro che l’intervento educativo si basa principalmente sulla gratificazione di comportamenti adeguati. Innanzi tutto stiamo attenti che la punizione sia tale. Allontanare un alunno dall’aula o mandarlo a casa pensando di punirlo può voler dire toglierlo da una situazione faticosa ed alleggerirlo. Le punizioni da privilegiare sono: il costo della risposta, l’ignorare, il rimprovero e il time out. Nel primo caso (*costo della risposta*), già all’interno di un contratto educativo si prevede che oltre a guadagnare dei punti per i comportamenti adeguati, se ne perdano per comportamenti inadeguati. Se succede, l’educatore, con rammarico e senza astio, applica la regola. Spiega al bambino cosa avrebbe invece dovuto fare. *Ignorare* piccoli comportamenti scorretti toglie all’alunno il rinforzo dell’attenzione dell’insegnante. Inizialmente è normale che il comportamento scorretto si intensifichi, attenzione: se si molla è finita. Occorre garantirsi anche l’alleanza dei compagni, cosa non sempre facile. Se si *rimprovera*, fare attenzione a riferirsi sempre al comportamento scorretto, indicando quale è quello inaccettabile e quale sarebbe stato quello corretto. Spiegare le conseguenze, non “giudicare moralmente” il bambino: “hai dato un calcio a Silvia e ora le fa male, se volevi la palla dovevi chiederla, se chiedi anche i tuoi compagni saranno più gentili con te” non “sei il solito prepotente...”. Di fronte a comportamenti gravi è utile il *timeout*. Consiste nell’allontanare il bambino dalla situazione, interrompendo i suoi comportamenti distruttivi o pericolosi, privandolo di qualsiasi attenzione o stimolazione, ad es. portandolo in una ambiente privo di attrattive, noioso, dove non possa fare alcunché. Proporzionare il tempo di timeout alla gravità del comportamento.

- Se sono presenti comportamenti altamente disturbanti, distruttivi o pericolosi, occorre effettuare un'accurata *analisi funzionale* di detti comportamenti (cosa succede appena prima, quali caratteristiche di durata ed intensità ha il comportamento, quali sono le conseguenze) e formulare un piano di intervento specifico. E' necessario perseguire un'*alleanza con i genitori*, i quali, di fronte ad un bambino difficile, oscillano tra due posizioni: uno stile educativo iperautoritario oppure l'assecondare i "capricci" del bambino per sfuggire al fastidio, assecondandolo e giustificandolo, finendo per renderlo ingestibile. Spesso i genitori non sanno cos'è l'ADHD e ignorano il fatto che non è in sé l'educazione a causare il problema. In questi casi si rende necessario un intervento di parent training, gestito da esperti. Informazioni utili sui siti delle associazioni dei genitori di bambini ADHD: www.aidai.org e www.aifa.it . Nelle situazioni più gravi può esser utile ricorrere ad un farmaco che metta in bambino in condizioni di essere accessibile all'intervento educativo, per poi sfumare il farmaco gradualmente man mano che aumenta l'autocontrollo.