

L'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

Il bambino “normale” è in grado di adattarsi a tutti i contesti. E’ raro che si metta in situazioni di pericolo reale, che sfidi l’altro, che si opponga sempre e comunque, ecc.

Il bambino “iperattivo” no. Non è in grado, sbaglia sempre o quasi sempre. Inoltre, anche quando non è lui il colpevole di un misfatto compiuto da altri, è spesso il solo a pagarne le conseguenze. Il bambino iperattivo e con ADHD soffre. Il bambino vivace NO.

Sono tante le situazioni psicopatologiche che portano i bambini e ragazzi a muoversi in continuazione, a non riuscire a star fermi se non per pochi minuti, che reagiscono improvvisamente ed in modo esagerato di fronte a provocazioni minime, che non sono in grado di completare un compito, che cominciano sempre e non finiscono mai, che si mettono in situazioni di pericolo reale, ecc.

L'ADHD è uno di questi disturbi e spesso non è solo.

Può essere infatti associato (comorbidità) ad altri disturbi: quali il disturbo oppositivo-provocatorio (DOP), i disturbi specifici dell’apprendimento scolastico (DSA), i disturbi dello spettro autistico, i disturbi d’ansia, ecc.

Quali sono le principali caratteristiche dell’ADHD?

L’ADHD (da Attention Deficit Hyperactivity Disorder) è un disturbo del neurosviluppo caratterizzato dalla contemporanea presenza di importanti, gravi e persistenti difficoltà dell’attenzione e del controllo motorio.

IL DSM V (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, arrivato ora alla 5ª edizione), lo inserisce nei Disturbi del Neurosviluppo, insieme ad altre problematiche tipiche dell’età evolutiva.

Individui con problematiche ascrivibili allo spettro autistico, spesso, hanno difficoltà anche sul versante dello sviluppo intellettuale, sono iperattivi e molto frequentemente presentano difficoltà di apprendimento non necessariamente legate al disturbo cognitivo. Ancora, è molto frequente l’associazione, nello stesso bambino, di problematiche di natura intellettuale, di relazione e/o di iperattività/disattenzione con i disturbi della coordinazione motoria.

Quando si parla di ADHD, quindi, bisogna sempre far riferimento al complesso delle difficoltà presentate dal bambino.

La diagnosi di ADHD non dovrebbe essere fatta prima dei 6 anni, età in cui i bambini vengono avviati alla frequenza della scuola primaria. Ancora oggi la questione è controversa e deve spingere gli operatori della salute mentale ad estrema cautela nella formulazione diagnostica per non cadere nella trappola di definire come portatore di ADHD un bambino particolarmente “maleducato” o solo particolarmente “vivace”.

I bambini con ADHD rappresentano spesso un grave problema per le famiglie prima di tutto, ma poi anche per la scuola e per tutti i contesti all’interno dei quali si trovano inseriti.

Il DSM IV (APA 1994) ed oggi il DSM V (APA 2014) descrivono 3 modalità di presentazione del disturbo: combinato, prevalentemente inattentivo e prevalentemente iperattivo-impulsivo.

L'ICD 10 (che è la Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie e dei Problemi correlati) include i disturbi dell'attività e dell'attenzione all'interno del gruppo dei disturbi ipercinetici: un gruppo di disturbi caratterizzato da un esordio precoce (di solito nei primi 5 anni di vita), una mancanza di perseveranza nelle attività che richiedono un impegno cognitivo ed una tendenza a passare da un'attività all'altra senza completarne alcuna, insieme ad una attività disorganizzata, mal regolata ed eccessiva. I bambini ipercinetici sono spesso imprudenti ed impulsivi, inclini agli incidenti e vanno incontro a problemi disciplinari per infrazioni dovute a mancanza di riflessioni piuttosto che a deliberata disobbedienza. I loro rapporti con gli adulti sono spesso socialmente disinibiti, con assenza della normale cautela e riservatezza. Essi sono impopolari presso gli altri bambini e possono essere isolati. È comune una compromissione cognitiva e ritardi specifici dello sviluppo motorio e del linguaggio sono sproporzionalmente frequenti. Complicazioni secondarie includono il comportamento antisociale e la scarsa autostima.

Come si può presentare l'ADHD ?

La contemporanea presenza di disattenzione, iperattività ed impulsività da almeno sei mesi e presente in tutti i contesti di vita del bambino porta a far diagnosi di ADHD.

La manifestazione clinica del disturbo però cambia da bambino a bambino e da contesto a contesto ed è il risultato di una serie di variabili che ne determinano poi il fenotipo comportamentale.

I quadri di ADHD, infatti, variano da forme relativamente semplici che rispondono bene ai trattamenti psicoeducativi e ad interventi di rideterminazione di alcune "prassi", tipo quella di dare i compiti per casa all'inizio della lezione e non alla fine, permettere al bambino brevi uscite dalla classe finalizzate a piccole incombenze, rendere la lezione particolarmente varia e interessante.

Si tratta in questi casi di interventi che coinvolgono tutto il gruppo classe e che non sono finalizzati solo al bambino ADHD.

Elemento importante da tenere sempre in considerazione e che vale per tutti i bambini con ADHD è la loro diversa "percezione" dello scorrere del tempo.

Per loro il tempo ha un altro ritmo, scorre molto più velocemente. Chiedere ad un ragazzo con ADHD di star fermo 5 minuti equivale a chiedere d un altro di fare la stessa cosa per 15-20 minuti.

Il tempo "interno" nei ragazzi ADHD scorre molto più velocemente; la loro naturale tendenza alla soddisfazione immediata del desiderio e la loro scarsa capacità di procrastinare la realizzazione di un desiderio dipendono anche da questo.

Diverso e molto più complesso è il quadro del bambino che presenta una **manifestazione clinica moderata-severa cui molto spesso si associa la presenza di disturbo oppositivo-provocatorio**, difficile da gestire con la sola riorganizzazione della classe. **In questi casi è fondamentale la collaborazione di tutte le figure e le istituzioni che circondano il bambino** e che si occupano del suo sviluppo e della sua salute.

In primis non bisogna mai dimenticare che la condizione ADHD moderata-grave è una vera e propria disabilità che impedisce al minore di mantenere i normali ritmi di apprendimento e condiziona pesantemente le sue possibilità di relazione e di sviluppo.

Vanno quindi avviate tutte le procedure per l'attivazione del sostegno pedagogico e va definito un **PEI** secondo i canoni della legge 104/92.

Dovrà contemporaneamente essere acquisita la disponibilità e collaborazione della famiglia!

Non è possibile fare interventi "sul" bambino e "sulla" famiglia, ma è fondamentale lavorare "con" il bambino e "con" la famiglia.

E' fin troppo frequente però che la famiglia non colga appieno le difficoltà del piccolo anche perché, data l'alta "geneticità" del disturbo, è molto comune che lo stesso sia presente anche nei genitori, **nei padri in particolare**, vista la netta prevalenza del disturbo nei maschi (rapporto di 4 a

l con le femmine), che non sono quindi in grado di discernere le difficoltà del bambino perché lo stesso è “identico” al padre o alla mamma a seconda dei casi.

Parlare con i genitori ed aiutarli a decodificare il comportamento del figlio anche mettendo in discussione se stessi è il primo passo. Il passo successivo è il lavoro diretto sul bambino e sulla sua capacità di cogliere le proprie difficoltà fornendogli le strategie adeguate al superamento delle stesse.

L'altro passo ancora riguarda il complesso delle amicizie e dei contesti che il bambino frequenta e dai quali rischia spesso di essere emarginato e poi allontanato creando così le premesse per l'emarginazione sociale, l'abbandono scolastico, la devianza, la tossicodipendenza, ecc.

Nei casi di ADHD moderato-severo può essere indispensabile affiancare il bambino dal **sostegno pedagogico** e da un educatore che supporti gli insegnanti nei processi di integrazione.

Il PEI di questi bambini deve prevedere sempre la possibilità di momenti di uscita dalla classe; momenti nel corso dei quali bisogna far sì che la caoticità dell'assetto motorio che porta questi ragazzi al muoversi in continuazione abbia un obiettivo e sia inserito nel progetto generale di supporto.

Non bisogna dimenticare mai che le attività ripetute e noiose alimentano il comportamento disturbato ed accentuano la componente oppositiva e provocatoria.

Attività interessanti per loro possono essere proposti per tempi relativamente lunghi (in genere comunque non oltre i 30-40 minuti); le altre attività dovrebbero essere organizzate entro i primi 10-15 minuti di ogni ora.

L'uso delle nuove tecnologie può essere di grande aiuto nella gestione dei ragazzi ADHD.

Le nuove tecnologie hanno velocità ed immediatezza che le rendono immediatamente appetibili dai nostri ragazzi. La stessa velocità ed immediatezza possono però molto rapidamente determinare l'insorgenza di un quadro di vera e propria dipendenza patologica dalle stesse. Insegnare a dosare il “gioco” tecnologico sarà un altro punto da dover eventualmente inserire nel PEI.

Obiettivo finale di tutti gli interventi verso i bambini e ragazzi con ADHD dovrà essere quello di creare intorno a loro un ambiente stimolante, tollerante ma altrettanto fermo e deciso.

(vedi indicazioni nelle *Linee guida del trattamento cognitivo comportamentale dei disturbi da deficit dell'attenzione con iperattività (ADHD) SINPIA*)

Quando, nonostante tutti gli interventi, persistano le difficoltà e prima che le stesse determinino conseguenze personali e socioambientali importanti è necessario avviare un trattamento farmacologico con farmaci psicostimolanti. A questo proposito è importante ricordare che il mancato trattamento farmacologico, quando indispensabile, può determinare conseguenze sul minore non altrimenti trattabili accentuando il rischio della devianza e della dipendenza da sostanze. Il trattamento farmacologico non può essere il punto di partenza nella “gestione” del bambino con ADHD, ma non deve neppure essere utilizzato quando è ormai troppo tardi e i comportamenti disturbati e disturbanti si sono stabilizzati ed ormai scarsamente modificabili.

Quasi mai l'ADHD si presenta isolato.

In circa il 60-65% dei casi si associa a disturbo oppositivo-provocatorio; oltre la metà dei bambini e ragazzi presenta un disturbo d'ansia, mentre circa il 35-40% presenta un quadro di depressione vera e propria. Tutto questo rende ancora più indispensabile la diagnosi precoce ed il trattamento corretto della difficoltà. Deve inoltre spingere gli operatori a non fermarsi solo alla diagnosi immediatamente evidente ma dovranno seguire nel tempo il bambino/ragazzo e cogliere rapidamente i cambiamenti che si potranno verificare.

Particolare va posta alla associazione tristezza-senso di fallimento-depressione-impulsività-suicidio. Il rischio suicidario in questi ragazzi, al di là della loro apparente indifferenza a tutte le sollecitazioni, è relativamente alto ed è reso drammatico dalla costante presenza della impulsività.

Le Linee guida base SINPIA per il trattamento dei bambini con ADHD si riferiscono indifferentemente a genitori e a insegnanti.

Le regole base sono 5:

- 1. Al bambino devono essere riferite regole chiare, concise e numerose. In classe, può essere applicato, sul banco del bambino, un foglio con alcune regole di base (alza la mano per fare una domanda, stai seduto durante le lezioni, etc). A casa, possono essere esposte sul frigorifero (stai seduto quando mangi). Quando possibile, è di aiuto esprimere le regole in modo positivo, enfatizzando l'attesa in termini di comportamento ("Tu dovresti rimanere seduto durante la lezione"), piuttosto che focalizzarsi su cosa non è permesso ("Non dovresti alzarti dalla sedia durante la lezione").*
- 2. Le istruzioni dovrebbero rimanere concise. I compiti più lunghi dovrebbero essere suddivisi in step più piccoli. Questo permette maggiori opportunità per un feedback immediato (elogiare dopo ogni successo). Quando le nuove abilità vengono acquisite, gli step verranno eseguiti consecutivamente dando luogo al compito originario.*
- 3. Le conseguenze del comportamento, sia positive che negative, devono essere aver luogo il prima possibile a comportamento avvenuto (preferibile immediatamente) e con maggior frequenza rispetto a quella che potrebbe essere utilizzata per un bambino non ipercinetico.*
- 4. Le strategie positive dovrebbero avvenire sempre prima di utilizzare tecniche di punizione.*
- 5. Per aiutare i bambini ad ascoltare un adulto e ad imparare ad apprezzare le relazioni tra il loro comportamento e le risposte di coloro che li circondano, le conseguenze verbali, sia positive (lode) che negative (rimprovero), dovrebbero iniziare con il nome del bambino e includere i riferimenti al comportamento in questione. Ad esempio, un complimento vago, come "ben fatto, Luca, grazie" è con maggior probabilità più efficace quando viene modificato in "Luca, ben fatto. Mi piace veramente quando metti a posto i giochi". Lo stesso vale per i rimproveri.*

In conclusione va sempre preferito un approccio personalizzato in cui vi sia un'alta collaborazione tra tutte le figure coinvolte, compreso il bambino.

Letture consigliate:

M. Porta; V. A, Sironi: Il cervello irriverente. Storia della malattia dei mille tic – Ed. Laterza. 2009;
G. Marco Marzocchi: La presa in carico dei bambini con ADHD e DSA. Costruzione della rete tra clinici, genitori e insegnanti – Centro Studi Erickson (collana Guide per l'educazione). 2011;
Biondi M. (a cura di): DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Raffaello Cortina Ed. – 2014;
AA. VV.: Classificazione delle malattie e dei problemi sanitari correlati. ICD 10^a revisione – Ed. Istituto Poligrafico dello Stato (Collana Ministero della Sanità). 2001
SINPIA, Linee guida del trattamento cognitivo comportamentale dei disturbi da deficit dell'attenzione con iperattività, 2006 (http://www.aidaiassociazione.com/documents/Linee_guida_ADHD.pdf)