

CAPITOLO PRIMO

La storia di Alessandro, bambino iperattivo

Alessandro ha 9 anni, frequenta la terza elementare; i suoi insegnanti sono disperati. Ha passato i primi due anni di scuola quasi sempre fuori posto, spesso fuori classe. Non ha esitato a uscire dalla finestra, a lanciarsi sul carrello delle vivande lungo i corridoi della mensa, a scappare da scuola rincorso dai bidelli. Disturba i compagni, con vessazioni varie, sottrazioni di gomme, morsi di merende, lanci di matite e astucci. Nei giochi sembra non conoscere regole; file, attese, turni, etc. sembrano arbitrarie, noiose e inutili invenzioni degli altri. Le insegnanti riconoscono che Alessandro è intelligente, ma questo non compensa la sua limitatissima attenzione. Basta un aereo che passi fuori dalla finestra, un ronzio proveniente dal corridoio, un gameboy parcheggiato sotto il banco di un compagno e addio concentrazione. Si disintonizza dalla lezione, immergendosi nelle opportunità offerte dal nuovo stimolo, almeno fino a che un nuovo stimolo attrarrà la sua attenzione per qualche altro minuto. Nel rapporto individuale va meglio, ma richiede comunque una persona che inchiodi la sua attenzione, che lo obblighi a guardare negli occhi quando parla, che gli tolga di torno oggetti che non facciano volgere i suoi occhi o allungare le sue mani.

In casa la situazione è analoga. I compiti sono una specie di tortura, sia per lui che per chi gli sta attorno. Ai pasti si alza da tavola dieci volte, le quattro gambe della sua sedia non sono mai contemporaneamente appoggiate a terra, di regola ce ne sono solo due, sulle quali Alessandro si dondola in bilico. La sorellina è spesso risucchiata dal vortice Alessandro, sia essa consenziente o non consenziente. Spesso Alessandro è coinvolto in incidenti, dal quotidiano rovesciamento della bottiglia dell'acqua, all'arrampicata sull'ultimo scaffale della libreria. E' stato diverse volte al Pronto Soccorso, in seguito ai tanti raptus cui è soggetto. Non è fra i bambini più invitati a feste, a rimanere a cena da un amichetto, o a trascorrere insieme il fine settimana in campagna. Anzi, si può dire che più che invitato è evitato dai compagni e dai loro genitori.

Dopo la scarsa affluenza verificatasi al suo ultimo compleanno, Alessandro non ha più dubbi sulla sua indesiderabilità. Suo fratello maggiore, al contrario, è considerato una specie di consolazione per i genitori; ha ottimi voti, gioca a scacchi, fa collezione di tessere telefoniche che raccoglie, scambia e cataloga pazientemente. Alessandro rappresenta il pericolo numero uno per questa collezione, che ama buttare all'aria periodicamente; non è più chiaro se questo si verifica ancora come incidente o come deliberato atto di sabotaggio nei confronti del fratello.

La forbice fra i due si allarga sempre di più, con sentimenti che rasentano l'odio.

Alessandro è nato 9 anni fa in una famiglia medio borghese di Firenze. I genitori avevano pianificato la sua nascita, così come quella dei fratelli; hanno scelto le scuole adeguatamente, non ci sono stati traumi di rilievo nella storia della famiglia. Ora si chiedono mestamente: dove abbiamo sbagliato? Durante la gravidanza di Alessandro, sua madre aveva già constatato delle differenze rispetto alla prima: i movimenti fetali erano spiccatamente superiori; lo dice con espressione sconsolata, sottolineando che non è solo una sensazione o una suggestione alla luce di oggi.

Nei primi mesi di vita Alessandro aveva dimostrato una maggiore instabilità e irritabilità rispetto al fratello, con una particolare difficoltà ad adottare un adeguato ritmo sonno-veglia. Al primo anno di vita Alessandro doveva essere continuamente osservato, molto attentamente. Sembrava avido di sperimentare qualsiasi impresa fisica di difficile realizzazione, soprattutto se pericolosa, quali lo scalare, l'arrampicarsi, il lanciarsi, l'aggrapparsi per poi dondolarsi nel vuoto. Attività favorite: "free climbing" di mobili della cucina, e seguente "diving". Gli scaffali della libreria venivano talvolta usati come naturali blocchi di partenza per tentativi di records in percorsi di guerra fatti in casa tramite tende, ringhiere, corrimano. A queste sue attività preferite era irresistibilmente attratto

fin dai primi anni di vita. Per il resto il suo sviluppo non destava preoccupazione. Aveva appreso il linguaggio bene e precocemente. Imparava quello che c'era da imparare come tutti gli altri bambini. Sapeva usare il bagno come gli adulti, si vestiva da solo, mangiava. Sembrava anche intelligente, sveglio, pronto a notare mille sfumature e dettagli che sfuggivano ai più.

Rimase memorabile un episodio in cui, in macchina, suggerì al padre che guidava in modo incerto un tragitto fatto tempo prima, e che lui doveva quindi aver memorizzato con grande facilità. Tra l'altro, Alessandro adorava andare in macchina, così come tutto quello che si muoveva ed era veloce: motoscafi, aerei, razzi. Crescendo la situazione iperattività non migliorava, anzi. Sembrava avere una quantità illimitata di energia, una specie di motore che lo guidava in continuazione senza che si stancasse o quanto meno valutasse le conseguenze delle proprie azioni. Due baby sitter rinunciarono a proseguire ad occuparsi di lui. L'ingresso nella scuola materna aprì le prime difficoltà di tipo "sociale": gli altri bambini erano a volte coinvolti nelle sue azioni spericolate e riportavano lividi e abrasioni che cominciarono a spaventare gli altri genitori, nonché le insegnanti e la direttrice.

Si fece ben presto la reputazione di una specie di mina vagante, che doveva essere tenuta a vista da almeno una, meglio due, insegnanti. Il clima di tensione crebbe, al punto che ai genitori sembrò opportuno cambiare scuola materna. La seconda scuola sembrava più adatta, avendo un gruppo di bambini più ristretto e un insegnante apparentemente in grado di esercitare una certa autorità.

Su suggerimento della scuola la famiglia consultò il pediatra. Fu richiesta una batteria di esami che diedero esito negativo. Si concluse contando su un miglioramento spontaneo ("Crescendo passerà"). Una delle insegnanti, appassionata di studi ad impostazione psicologica, propose ai genitori una lettura psicodinamica di Alessandro, che a lei appare angosciato, come sembra dimostrare quell'espressione di disagio scontento che ha sulla faccia ("Come se avesse una salsiccia sullo stomaco che non riesce a mandare giù"). Propose l'avviamento di una psicoterapia, così da mandare giù la salsiccia. I genitori si rifiutano di proseguire. La direttrice, esasperata, contatta i servizi sanitari, affinché il bambino venga certificato, così da poter contare su un insegnante di sostegno. Il bambino, non portatore di handicap, non verrà certificato dai servizi.

In classe il bambino, volente o nolente, è sempre al centro dell'attenzione. Gli insegnanti sono occupati continuamente a bombardarlo di suppliche: non correre, non spingere i compagni, non tirare il panino, non alzarti dal banco prima di aver finito il compito, non perdere per la tredicesima volta il diario.

Nel caso di Alessandro sono riassunti gli aspetti fondamentali dell'iperattività.

Fin dai primi anni di vita si è evidenziato un quadro comportamentale caratterizzato da inattenzione, iperattività, impulsività, non attribuibile ad un disturbo di sviluppo, ritardo mentale, o altra difficoltà di tipo strettamente fisico. In assenza di un elemento facilmente identificabile, questo quadro non può nemmeno essere attribuito automaticamente ad una eventuale e indimostrabile risposta "psicologica" di Alessandro ad un contesto familiare e/o educativo di evidente inadeguatezza, che infatti sono assenti, né può essere attribuita a traumi, che infatti non emergono dalla storia del bambino.

La definizione del Deficit di attenzione o Iperattività

Nonostante sia una definizione poco nota in Italia, l'"Iperattività", o "Ipercinesi" o "Deficit attenzione/Iperattività" è l'argomento di neuropsichiatria infantile più studiato nel mondo (per praticità si userà il termine *iperattività* in tutti i capitoli). Il volume di articoli scientifici che lo riguardano rappresenta circa il 50 per cento del totale di pubblicazioni di neuropsichiatria infantile. E' considerato il motivo numero uno tra le richieste di consulenza specialistica. La sua definizione ha subito notevoli modificazioni a seconda dei periodi storici, del contesto e, ultimamente, degli strumenti tecnologici utilizzati per studiarne gli aspetti intrinseci, anche sul piano biologico.

Descrivere e riassumere il quadro dell'iperattività in una soddisfacente etichetta diagnostica non è facile. In effetti la sua definizione ha attraversato fasi, tagli e luci diversi. I codici diagnostici internazionali di principale importanza, ICD-10 in Europa e DSM-IV in America, aggiornano periodicamente i criteri, a seconda dei nuovi dati di cui entriamo in possesso mano a mano che la ricerca scientifica procede.

Uno dei punti fondamentali a favore di una diagnosi di iperattività è la inspiegabile presenza di aspetti di inattenzione, iperattività e impulsività **spiccatamente** superiori alla media dei compagni, relativamente a quello che è lo standard in un gruppo medio di coetanei, in un contesto analogo. Identificare un bambino diabetico è più semplice: tramite un semplice prelievo di sangue e la misurazione della quantità di zucchero presente si può stabilire la diagnosi e la sua eventuale gravità. Nell'iperattività purtroppo non abbiamo ancora degli strumenti e dei markers, degli indicatori, che ci possano dire con assoluta chiarezza la quantità e la qualità del problema. Parlare di un bambino iperattivo, quindi, è a volte difficile per l'impossibilità di toccare con mano il nocciolo del suo disturbo.

Non è ancora possibile avere una diagnosi strumentale rapida, semplice e affidabile, che ci possa far riconoscere i bambini iperattivi. In ricerche molto sofisticate, ad ogni modo, stanno sempre emergendo elementi a favore di cause biologiche e genetiche alla base di questo quadro.

In sintesi, possiamo descrivere il quadro dell'iperattività considerando le sue caratteristiche fondamentali:

a) **INATTENZIONE, DISTRAIBILITÀ, DIFFICOLTÀ DI CONCENTRAZIONE**

In linea di massima si direbbe che i soggetti in questione hanno scarse capacità di attenzione. Forse sarebbe più corretto dire che i bambini iperattivi (o gli adolescenti iperattivi o gli adulti iperattivi) hanno **peculiari** modalità di attenzione. Scegliere un oggetto su cui fissare la propria attenzione, ad esempio un compito, può essere molto difficile; l'attenzione si sposta facilmente su qualcos' altro. Per lo più ciò comporta l'aver lasciato la precedente mansione incompleta e perciò insoddisfacente per i più.

In realtà si è visto che molti iperattivi sono, è vero, in difficoltà quando si tratta di concentrarsi su cose che richiedono tempi lunghi, specie se noiose e monotone, ma possono essere straordinari quando si tratta di prestare **estrema** attenzione, in intervalli di tempo **brevi**, nei riguardi di cose per le quali hanno una **forte motivazione**, a volte in situazioni estreme o di forte eccitazione.

E' noto che i cosiddetti "Iperattivi con Deficit attentivo", possono essere straordinari alla guida di un bolide, dove è necessaria un'attenzione estrema ma rapidissimamente mobile: dall'avversario sulla moto accanto, alla curva che sta per arrivare, alla marcia da scalare, allo specchietto retrovisore da consultare, all'intuizione del sorpasso migliore in una frazione di secondo, all'esecuzione dello stesso, coordinando decine di fattori simultaneamente (lo sterzare, l'accelerare, la coordinazione del corpo proprio e della moto, etc.). Per fare bene la versione di latino la stessa persona deve invece metodicamente porsi di fronte al foglio, rimanere concentrata a decifrare un linguaggio morto da diversi secoli, impedire ai lunghi capelli biondi di Caterina di distrarlo dal latino (Caterina è la

ragazzina del banco di fronte, di cui il nostro è innamorato, magari corrisposto); dovrà aprire il vocabolario per cercare quel verbo e tenere in testa quella parte di versione che contiene quel verbo. Il tutto per un paio d' ore.

b) IPERATTIVITÀ E IPERECCITABILITÀ

E' come se un metronomo interno fosse stato messo dispettosamente a battere il tempo a una velocità doppia di quelli degli altri. Non è che ci sia qualcosa di fortemente sbagliato, semplicemente tutto sembra accadere più velocemente, doversi muovere, sempre; e andare veloce, troppo. A tavola la mano libera si allunga alla forchetta del vicino, le dita cominciano a giocherellarci, poi improvvisano un concertino picchiando ritmicamente sul bicchiere; nel frattempo, sotto la tavola, il piede sinistro spinge la sedia del fratellino. Segue urlata del papà. Due minuti dopo la testa del nostro comincia ad agitarsi da destra a sinistra, con un occhio mezzo chiuso, per vedere che effetto fa guardando il lampadario acceso (effetto ottenuto: scie luminose nel campo visivo). Le provocazioni, vere o immaginate, sfociano in risposte repentine, eccessive, con emozioni vive e spesso sproporzionate o inopportune. E questo vale non solo per emozioni negative o distruttive, un calcio dopo un insulto, ma anche per le emozioni positive, l' affetto espresso in abbracci voluttuosi, la tristezza in singhiozzi, la determinazione in coraggio temerario.

c) IMPULSIVITÀ

Prima di agire bisognerebbe pensare.

Se questo riesce più o meno difficile a tante persone, a un iperattivo riesce molto difficile. Un impulso che passa per la testa facilmente è tradotto in una serie di episodi non sempre felici a giudicare col senno di poi. Le regole sono apprese, ma sembrano rimanere in un compartimento mal collegato con il crogiuolo dove gorgogliano idee, impulsi, sensazioni, intuizioni. Per giunta tutti questi impulsi lampeggiano in un cervello-fucina che li traduce in un baleno in movimenti, scatti, tamburellamenti, scuotimenti, manipolazioni, esplorazioni, contorsioni, salti, balzi, attraversamenti improvvisi di strade (senza guardare se passano macchine), etc. etc. etc.

d) INTOLLERANZA DELLA FRUSTRAZIONE, NECESSITÀ DI GRATIFICAZIONE IMMEDIATA

Per un iperattivo è molto difficile perseguire un unico obiettivo per tempi lunghi, rimandando l' eventuale gratificazione che lo accompagna al conseguimento finale dello stesso. E' più probabile che riesca a completare piccole frazioni di un progetto senza rimandare il premio, concreto o figurato che sia, alla fine del progetto, ma incassando subito il piccolo premio. Insomma, fra l' uovo oggi e la gallina domani, l' iperattivo sceglierebbe se potesse la gallina subito, ma in sua mancanza può funzionare il pezzo di gallina subito, e il resto strada facendo, mano a mano che il lavoro si completa.

Questo fattore, difficilmente descrivibile e connotabile, ha una grande importanza sul tipo di comportamento che l' iperattivo tende a ripetere. Vessato da richieste troppo lontane dalla sua indole, perseguitato da richiami, prediche, minacce, suppliche, ultimatum, etc. imparerà presto a trovare strategie per sfuggire a tutto questo, piuttosto che a trovare metodi per raggiungere serenamente e costruttivamente un obiettivo.

Breve storia dell'iperattività.

Come si è arrivati a definire il quadro dell'iperattività?

Le prime descrizioni mediche dell'iperattività risalgono alla fine dell'800, da parte di un certo Dr. Hoffmann. La prima descrizione formale pubblicata su un giornale scientifico è del 1902 (Still). Ma è nel 1917-18 che si avanzò l'ipotesi di una correlazione organica tra cervello e comportamento iperattivo, inattento, impulsivo. Sono questi gli anni successivi alla Prima Guerra Mondiale, periodo in cui una disastrosa epidemia virale causa innumerevoli casi di encefalite, casi in cui si mettono in relazione danni cerebrali in bambini parzialmente guariti dalla encefalite che li aveva colpiti, e che hanno cominciato ad esibire comportamenti di tipo iperattivo, inattento, impulsivo (Strecker e Ebaugh, 1924).

Si coniò quindi il termine di *danno cerebrale (brain damage)* per indicare una categoria in cui anomalie comportamentali erano risultate da evidenti danni cerebrali. Successivamente si notò, però, che solo un piccolo gruppo di bambini con comportamento iperattivo avevano un evidente danno cerebrale, mentre per la grande maggioranza il danno era solo presunto. Si passò quindi alla definizione di "*danno cerebrale minimo*", o "*minimal brain damage (MBD)*" per evidenziare la origine neurologica, anche se molto fine, di tale disturbo. In realtà Rutter dimostrò che solo il 5 per cento dei bambini con iperattività avevano anomalie neurologiche dimostrabili (almeno per quanto riguarda gli strumenti dell'epoca) e quindi tale definizione cadde in disuso.

Negli anni successivi l'enorme diffusione della psicoanalisi e, più in generale, della interpretazione dei comportamenti devianti come risultato di traumi psicologici, portò ad interpretare anche l'iperattività come legata a fattori ambientali, e comunque psicologici, più che organici. Infatti nella versione del 1968 del DSM (American Psychiatric Association, 1968) si scelse la definizione "Reazione Ipercinetica dell'Infanzia e dell'Adolescenza" ("*Hyperkinetic reaction of infancy and childhood*").

Questa impostazione è rimasta per anni, fino a che non si è cambiata la etichetta in "Disturbo da Deficit d'Attenzione" (*Attention Deficit Disorder*, o *ADD*). L'adozione di questa chiave di lettura più semplice e descrittiva risultava dall'aver constatato che l'aspetto principale del disturbo sembrava essere la scarsa attenzione, mentre le implicazioni attribuibili al termine "reazione" presente nella definizione diagnostica precedente, suggerivano un rapporto causa-effetto tra fattori ambientali e comportamento ipercinetico che non appariva motivato dalle constatazioni scientifiche sull'argomento.

L'approccio psico-dinamico, ad ogni modo, è rimasto radicato nelle culture di alcuni paesi, soprattutto in Sud Europa.

Iperattività: tema e variazioni

Diagnosticare il diabete è facile: basta misurare quanto zucchero c'è nel sangue. Non era così facile in passato, quando ci si affidava all'olfatto; si sospettava di questa malattia dall'odore e sapore delle urine, dolci, da cui la definizione di "diabetes mellitus". Tornando ad oggi, per quanto riguarda l'iperattività, è vero che i temi principali sono quelli fin qui esposti, vale a dire iperattività, inattenzione e impulsività, ma è anche vero che questi possono essere intrecciati fra di loro in quantità e qualità variabili, e possono anche essere dipendenti da fattori diversi da quello di una costituzionale iperattività. Tutto ciò può rendere difficile il suo inquadramento formale.

Si può essere scarsamente attenti e impulsivi ma soprattutto oppositivi; si può essere facilmente distraibili nella lettura, ma questo potrebbe anche dipendere da specifici problemi d'apprendimento, ovvero da dislessia. Si può essere sovraeccitabili, inquieti, ansiosi, ma questo può anche essere effetto di una tiroide malfunzionante. Si può boicottare tutto quello che viene raccomandato dai genitori, ma questo può anche dipendere dal fatto che i genitori hanno manifestato la determinazione a separarsi, dopo mille litigi, e che ciò non vada affatto bene al bambino in questione. Questi sono casi dove l'iperattività vera e propria, come categoria diagnostica a sé stante, potrebbe anche non entrarci nulla, o potrebbe essere intrecciata ad altri fattori, sia di tipo biologico che psicologico.

In attesa di qualche incontrovertibile e facilmente accessibile indicatore, la stessa collocazione nosografica dell'iperattività è ancora attivamente allo studio. Più precisamente, il definire i confini clinici di questo comportamento è oggetto di continuo perfezionamento. Sono molti gli studi che cercano di individuare lo spartiacque tra normalità e patologia, l'identificazione della natura specifica di questo disturbo, la messa a fuoco di caratteristiche che lo distinguano da altri con qualche analogia, ma fondamentalmente differenti. Disattenzione e irrequietezza si possono infatti trovare anche in problemi quali il disturbo di condotta, i disturbi dell'umore, e del resto anche nei non-disturbi, come ad esempio semplici episodi reattivi a fattori esterni negativi.

Quanti bambini sono iperattivi?

Molti.

In Italia le cifre scaturite dai pochi studi effettuati con criteri internazionali (Gallucci et al., 1993) riportano percentuali e distribuzione sessuali analoghe a quelle riportate in altri paesi, anche lontanissimi per distanza geografica e culturale.

I numeri dimostrano una percentuale del 3-5 per cento sull'intera popolazione infantile, con prevalente distribuzione tra i maschi, dove gli iperattivi sono 7-8 volte più numerosi che nelle femmine. Questo significa che in Italia gli iperattivi si aggirerebbero sui 300.000 bimbi. A questi si aggiungerebbero gli adolescenti e gli adulti con caratteristiche di iperattività. La loro stima è difficile per una serie di motivi che vedremo più avanti. E' realistico calcolarlo in proporzioni analoghe a quello che è stato dimostrato nell'infanzia, vale a dire in percentuali intorno al 3-5 per cento della popolazione totale, con una forte preponderanza dei soggetti maschi su quelli di sesso femminile.

Le cifre sono molto simili in altre nazioni.

A fronte di questa continuità di dati in diversi angoli del mondo, è presente una notevole diversità nella percezione di questo problema e nel trattamento relativo.

Alcuni paesi prediligono una linea di lettura del comportamento, nel senso ampio del termine, fortemente ispirata alla tradizione psico-analitica. Altri hanno un approccio più contemporaneo, che si integra con le conoscenze circa il funzionamento del cervello, la efficacia di tecniche rieducative, l'integrazione con un eventuale supporto farmacologico. Questo background culturale può notevolmente influenzare l'approccio al fenomeno. Una raccolta dati, e il loro seguente confronto, dovranno presupporre l'adozione di strumenti di rilevazione collaudati, dotati di sensibilità e specificità scientificamente documentate per il fenomeno che si vuole studiare. Gran parte della confusione vigente in molte parti d'Europa circa l'iperattività deriva da una scarsa applicazione di questo concetto.

I bambini, le bambine e l'iperattività

Come visto, i bambini rappresentano la maggior parte della squadra degli iperattivi. Le bambine, oltre che in minoranza, sembrano essere un po' diverse dai loro piccoli colleghi maschi, anche in termini di iperattività.

Fra le bambine sembra infatti prevalere il lato di distrazione, i sogni ad occhi aperti, l'astrazione dal contesto, con immersione in una dimensione più o meno virtuale. Nei maschi prevale piuttosto l'irruenza fisica e l'aggressività.

Perché è iperattivo?

Domanda che assilla diverse centinaia di migliaia di genitori e anche di insegnanti. I ricercatori che si occupano di iperattività in diversi paesi del mondo hanno fatto grandi passi in avanti nel documentarne le origini biologiche e le caratteristiche comportamentali e neuropsicologiche dei bambini che ne sono portatori.

Sebbene dati inequivocabili e conclusivi in merito non ci siano, si può dire che lo stato attuale delle conoscenze è in possesso di numerosi e robusti indizi secondo i quali il bambino iperattivo ha alcune caratteristiche neurobiologiche che lo predispongono ad una attenzione labile, alla necessità di muoversi spesso, ad uno scarso controllo delle sue reazioni. Insomma, se il bambino è un vero iperattivo non è colpa di nessuno. In altre parole non si può attribuire a lui la colpa di essere com'è, perchè non ha scelto lui di nascere in quel modo, né alcuna colpa è imputabile ai suoi genitori, che non hanno responsabilità attiva sulla costituzione del figlio. Questo è un punto di importanza basilare, la cui conoscenza e accettazione profonda eviterebbe una serie di guai legati alla bruciante sensazione di inadeguatezza, colpa, frustrazione, se non vergogna e profonda disistima, che a volte circondano i soggetti iperattivi e chi gli sta accanto.

Anche se questo concetto può essere riassunto in due parole è probabilmente difficile immaginare la distruttività della colpevolizzazione derivante dalla ignoranza di quanto sopra.

Questa sarà tanto più grande quanto più inappropriate saranno le richieste fatte all'individuo che non terranno in conto le sue caratteristiche, in un contesto rigido e improprio. Ad esempio, poniamo che lo scatenato Alessandro della vignetta d'apertura sia obbligato a giocare a scacchi, a fare compiti lunghissimi e ripetitivi da solo, che gli venga richiesto un comportamento impeccabile a tavola, che gli venga continuamente additato suo fratello come esempio (che del resto non riuscirà mai a copiare), che alle sue difficoltà scolastiche si risponda, anziché con la valutazione delle possibili cause, con richieste eccessive e non gratificanti.

Poniamo anche che i genitori ritengano di aver fallito per aver prodotto un essere così anomalo, verso il quale provano risentimento, rabbia, colpa, e magari, al tempo stesso, iperprotezione, e che non manchino di esternare tutto questo, come del resto potrebbero parallelamente fare anche gli insegnanti; e poniamo, come del resto sarebbe logico, che tutto questo si ripeta tutti i giorni, come in un disco rotto, per tutti i giorni dell'anno per tutti gli anni più importanti e spesso anche oltre. Non è difficile chiedersi che sarà non dell'attenzione di questo bambino, al presente o in futuro, ma della sua stima di sé, della sua abilità a riconoscere se stesso, comunque, come una persona valida e degna di essere rispettata. Se non "addirittura" amata.

IN SINTESI

-L'iperattività è un quadro comportamentale attribuibile a :

- a) Inattenzione
- b) Iperattività
- c) Impulsività

-E' presente fin dai primi anni di vita, e non può essere attribuita ad altri fattori, quali ambienti anomali, malattie fisiche, ritardo mentale, gravi disturbi psichiatrici.

-L'iperattività ha radici biologiche, riguarda l'aspetto costituzionale di una persona, non le sue intenzioni. Vale a dire: se una persona è iperattiva non è colpa di nessuno, tanto meno della persona stessa.

-Riguarda il 3-5 per cento dei bambini. Proporzioni simili sono probabilmente riscontrabili nella popolazione adulta.

-Le scarse prestazioni in alcuni campi, quali la scuola o la condotta in casa e fuori, sono per lo più attribuibili a difficoltà nel controllare i propri impulsi, l'eccesso di attività, la distraibilità, e non, in linea di massima, la cattiva volontà.

-Un iperattivo **vorrebbe** se **potesse** (cioè non è che un iperattivo non **vuole** stare attento e fermo, è che proprio non **può**).

-Un'incomprensione del problema di fondo, e un atteggiamento eccessivamente rigido, possono portare ad un circolo vizioso, generato da fallimenti, richieste inopportune e mal gestite, e ulteriori fallimenti.

-Nel mondo sono di più gli iperattivi che le iperattive.

-Non esiste un vaccino per l'iperattività, né una cura miracolosa. Ma un trattamento multi-modale può essere di grande aiuto nel modificare il peso dell'iperattività nella vita di una persona.

-L'iperattività può diventare un enorme vantaggio se gestita in maniera appropriata.