

Le caratteristiche principali del bambino disattento e iperattivo

Gian Marco Marzocchi

Università di Milano-Bicocca

Presentazione di un caso

Luca ha nove anni, frequenta la quarta elementare e da qualche tempo il suo comportamento viene considerato problematico sia dagli insegnanti che dai genitori. Sin dalla scuola materna Luca era piuttosto irrequieto tanto da essere definito come un bambino un po' difficile da controllare e da orientare verso attività organizzate. Passava molto rapidamente da un gioco ad un altro senza terminarne alcuno e senza interessarsi ad alcun oggetto per lungo tempo. Con l'inizio delle scuole elementari la situazione si è complicata: la sua difficoltà a restare attento durante le lezioni ha portato Luca ad avere difficoltà nel mantenersi al passo con gli altri. Luca però è molto interessato ad altre attività e giochi che svolge con particolare attenzione e motivazione. I compiti scolastici invece sono eseguiti in modo disordinato, contengono errori e certe volte non vengono portati a termine. A volte sembra non abbia capito o non sia in grado di ricordare le istruzioni date dall'insegnante sul lavoro da fare. Luca riceve spesso rimproveri per non essere stato attento, per non aver eseguito i compiti o per averne combinata una delle sue. Si è arrivati anche al punto in cui le punizioni non servono più e anche i suoi compagni si stanno stufando di questi suoi atteggiamenti poco controllati.

Dalla lettura di questo caso probabilmente molti di voi avranno riconosciuto un loro bambino che conoscono molto bene perché è quello che più gli crea problemi nella gestione del comportamento. Durante questa giornata cercheremo di affrontare alcune questioni aperte e spero che riusciremo a trovare delle risposte che sono tuttora in forte dibattito, non solo nel mondo della scuola, ma anche all'interno del mondo degli operatori clinici.

Innanzitutto si parla molto spesso di bambini distratti, iperattivi, agitati, ma bisogna ancora capire quando si parla veramente di DDAI (deficit da disturbo di attenzione ed iperattività) o ADHD, e quando si parla di una semplice vivacità.

Un'altra questione aperta è l'iter diagnostico e terapeutico auspicabile (e possibile) per questi bambini: quindi chi fa la diagnosi e in base a quali criteri viene formulata la diagnosi. Inoltre, ed è molto frequente, cosa bisogna fare se si presentano, oltre al DDAI anche altri sintomi che appartengono ad altre tipologie di disturbi. Inoltre credo che a tutti interessi sapere come si può fare una segnalazione e a chi fare una segnalazione. Infine, cosa si può fare per gestire questa situazione? Come dobbiamo comportarci? Cosa possiamo fare per aiutare questo bambino e per sopravvivere?

Criteri diagnostici

Dalla descrizione del caso iniziale dobbiamo estrarre alcune caratteristiche che descrivono il DDAI. I problemi di attenzione (difficoltà a prestare attenzione per un periodo prolungato di tempo), l'iperattività (eccessivo movimento che diventa quasi incontrollabile) e la caratteristica chiave, che è l'impulsività (incapacità di riflettere prima di dare delle risposte).

Questi sono i tre criteri principali per definire il DDAI, che possono essere contemporaneamente presenti in alcuni bambini, mentre in altri casi si riscontrano solo disturbi di attenzione o solo iperattività.

Prima di descrivere ed esemplificare questi tre sintomi, bisogna prestare molta attenzione ai criteri dei manuali diagnostici i quali affermano che per parlare di un disturbo è necessario riscontrare la presenza dei sintomi prima dei 7 anni di età (se insorgono dopo l'ingresso nella scuola elementare è pensabile che non un DDAI ma una manifestazione di un suo disagio, forse temporaneo, dovuto ad una difficoltà di inserimento nell'ambiente sociale).

I sintomi devono provocare una compromissione clinicamente significativa (cioè che il clinico ritiene severa) nel funzionamento scolastico e sociale. Quindi, il bambino, proprio per la presenza di disattenzione, iperattività e impulsività non è in grado di raggiungere un buon adattamento sociale e

non è in grado di manifestare un rendimento scolastico adeguato.

I sintomi devono manifestarsi in almeno due contesti; questo sempre per ribadire che i sintomi siano una caratteristica specifica del bambino e non una sua risposta di disagio ad un particolare ambiente in cui si trova inserito.

Infine, ma questo è importante solo per i clinici, che i sintomi non siano spiegabili dalla presenza di altri disturbi. Ad esempio i bambini con disturbi pervasivi dello sviluppo (che includono anche l'autismo) spesso sono irrequieti, ma non sono ADHD perché la loro iperattività e disattenzione è spiegabile da un altro disturbo i cui criteri sono riconoscibili dal clinico.

Sintomi

Vediamo alcuni dei sintomi elencati nei manuali diagnostici suddivisi tra disattenzione, iperattività e impulsività.

I manuali diagnostici (DSM-IV pubblicato dagli psichiatri americani e ICD-10 pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità) elencano 9 sintomi di disattenzione, 6 di iperattività e 3 di impulsività.

Questi sono alcuni degli item più spesso riscontrati e che riguardano la manifestazione frequente di una serie di comportamenti.

Disattenzione:

I bambini 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 (sia scolastiche che non)
- Affrontare compiti lunghi

La differenza con gli altri bambini senza questo disturbo riescono a sforzarsi di mantenersi attenti, cosa che non accade con i bambini col disturbo DDAI.

Iperattività:

Spesso...

- Si muovono eccessivamente, anche in contesti non adeguati
- Sembrano continuamente mossi da un motorino (hanno un' energia che non si esaurisce mai)
- Passano continuamente da un'attività all'altra

Impulsività:

Spesso....

- Sparano le risposte a caso
- Interrompono o sono invadenti nei confronti degli altri
- Non sanno attendere l'attesa e il proprio turno (aspettare è per loro un forte disagio)

Avrete notato che questi sintomi non sono rari nei bambini, anzi sono comportamenti che tutti quanti manifestano, o almeno molti di essi.

Il problema dei bambini DDAI è che manifestano un numero elevato di questi sintomi, in modo frequente e per un periodo persistente.

Per fare diagnosi quindi il clinico deve fare un colloquio approfondito (anche tramite l'uso di questionari o interviste cliniche) per accertare la frequenza, la persistenza e l'età di insorgenza di questi sintomi e soprattutto quanto questi provocano una compromissione nella funzionamento del bambino.

Oltre ai sintomi principali

Ad aggravare la situazione si osserva poi che i bambini con DDAI, molto spesso non presentano solo questi sintomi, ma nella quasi totalità presentano anche altre caratteristiche secondarie, non raggiungono una gravità tale da meritare una diagnosi associata ma che comunque creano problemi al bambino e alle persone che vivono vicino a lui. Moltissimi di questi bambini infatti presentano anche difficoltà scolastiche, sia di rendimento che di comportamento. Difficoltà nelle relazioni sociali molto spesso causata dalla loro impulsività e scarso autocontrollo e mancato rispetto delle regole: se provocati possono reagire con azioni di aggressività fisica. La loro scarsa autoregolazione si manifesta anche in ambito emotivo per cui passano molto rapidamente dall'euforia alla rabbia o alla tristezza. Infine sono bambini che sembrano svogliati, con scarsa motivazione, soprattutto per i compiti scolastici. Tant'è che molto spesso pensiamo che in realtà è un bambino pigro, demotivato e che non ha voglia di fare le cose. Questa conclusione la possiamo anche confermare quando vediamo che alcuni compiti vengono eseguiti in modo piuttosto adeguato, mentre altre volte è un totale disastro. Questo poco omogeneità nelle loro prestazioni è una delle caratteristiche distintive del loro problema, non è che volontariamente vogliono a volte fare bene altre volte male. Si tratta di una vera difficoltà di autoregolazione anche dello sforzo, non sono in grado di regolare dentro di sé le energie cognitive per rispondere alle richieste scolastiche. Questa non vuole essere una giustificazione per loro ma una considerazione che ci può aiutare nel proporre loro attività scolastiche e che ci permette di capire perché alcune volte vanno bene, altre no.

Disturbi associati

In numerosi casi, oltre ai sintomi del DDAI si riscontrano anche altre tipologie di sintomi che possono essere inquadrati clinicamente in altri modi. Il DDAI è un disturbo che presenta un'elevata comorbilità, oltre la metà di essi presentano un altro disturbo.

Circa il 30% di questi bambini oltre al DDAI soddisfa i criteri per un disturbo specifico di apprendimento (che può essere dislessia, disortografia o discalculia).

Un'altra percentuale di questi è rappresentata dai disturbi oppositivi provocatori riscontrati in bambini che si oppongono alle richieste, soprattutto di adulti e provocano per primi soprattutto i coetanei: sono solo questi i bambini che provocano per primi, quindi solo un quarto dei bambini con DDAI.

Alcuni di essi, soprattutto alle medie, manifestano seri problemi di condotta. Fino alle elementari sembravano "solo" DDAI ma poi per una serie di fattori, soprattutto legati a fattori ambientali (disagio sociale) commettono una serie di gravi infrazioni alle regole sociali.

Infine alcuni bambini, dalle ultime classi della scuola elementare, possono manifestare sintomi di tipo ansioso o depressivo che possono essere legati o meno al DDAI. Se sono indipendenti è perché molto spesso c'è già una familiarità per questi problemi. Se sono connessi al DDAI può essere dovuto al fatto che il bambino si rende conto dei suoi problemi per cui diventa preoccupato di quello che gli può accadere oppure può avere problemi di umore proprio perché si rende conto di non riuscire come i suoi compagni. Naturalmente si parla di un disturbo associato quando si riscontra un'effettiva gravità, non solo quando il bambino è un po' triste o un po' in ansia per qualcosa.

Quanti sono...

Vediamo allora quanti sono questi bimbi secondo alcuni studi internazionali e italiani. In base a quanto riportato nei manuali e confermato da numerosi studi epidemiologici sono tra il 3% e il 5%. Anche in Italia sono state condotte delle ricerche in diverse zone e la percentuale anche da noi è di circa il 3%.

Tra questi circa la metà presenta sia disattenzione che iperattività, mentre l'altra metà presenta un disturbo clinico caratterizzato solo da disattenzione o solo iperattività-impulsività.

E' importante notare che di tutti i bambini che ci sembrano disattenti o iperattivi, solo il 20%-30% è veramente DDAI. Mentre delle segnalazioni cliniche (che arrivano per una valutazione diagnostica) circa la metà di essi presenta un DDAI, l'altra metà presenta altri disturbi oppure, pochi di essi, non hanno alcun disturbo.

Storia evolutiva del DDAI

Le prime segnalazioni generalmente arrivano tra gli 8 e i 10 anni; quindi per poter confermare la diagnosi bisogna ripercorrere la storia del bambino e capire se i sintomi erano presenti prima dell'ingresso nella scuola elementare

Durante la preadolescenza il quadro inizia a modificarsi in base ai fattori di miglioramento o aggravamento che vedremo tra poco.

In adolescenza e in età adulta il 30% - 40% di questi soggetti ha una buona remissione dei sintomi mentre pare che circa nel 60% - 70% dei casi il disturbo rimanga anche in età adulta con sintomi di disattenzione al lavoro o negli studi (questi ultimi purtroppo sono dati americani perché è una diagnosi che viene formulata solo da pochi anni, e in Italia non ci sono ancora degli studi longitudinali che ci permettano di osservare bambini in queste età).

Circa la metà di essi presenta una comorbilità con disturbi Esternalizzati (Condotta) o Internalizzati (Psicopatologia tipo ansia o depressione).

Le cause...innate

Credo che ormai ci sia una certa curiosità a capire quali possono essere le cause di questi comportamenti. E' bene distinguere le cause dai fattori ambientali che possono modificare (migliorare o aggravare) il comportamento. Le cause, quindi se il disturbo c'è o non c'è, sono innate, cioè il bambino nasce già con una predisposizione a sviluppare il disturbo. Poi con la crescita e in base alle caratteristiche dell'ambiente, la gravità dei sintomi e la loro durata si possono modificare.

Questo concetto è molto importante per dividere le cause dai fattori di aggravamento e miglioramento. Pertanto anche se esistono delle cause innate non vuole dire che il destino è già segnato, anzi ci sono amplissimi margini di modificazione: da un'associazione del DDAI ad altre patologie, fino ad una quasi totale remissione dei sintomi.

Le cause innate si possono far risalire a fattori genetici o complicanze pre o perinatali. Finora gli studi di genetica sono riusciti ad individuare alcuni geni che potrebbero essere coinvolti ma complessivamente questi pochi geni sono in grado di spiegare solo il 5% delle cause. Altri fattori di rischio pre o peri-natali riguardano il consumo di alcool o fumo da parte della madre durante la gravidanza. Ovviamente non si vuol dire che tutte le madri che fumano o bevono avranno un figlio DDAI, ma le percentuali di bambini DDAI sono più elevate tra madre che usano alcool o fumo durante la gravidanza rispetto alle altre.

Un altro fattore di rischio è il basso peso alla nascita, ovviamente non tutti i bambini nati prematuri o con basso peso diventano DDAI ma hanno maggiori probabilità rispetto agli altri.

Un'ulteriore prova del fatto che esista una predisposizione innata sono i numerosi studi che hanno indagato la morfologia e il funzionamento del cervello di questi bambini. Non si sta parlando assolutamente di patologie ma di differenze rispetto ad altri bambini che non presentano il disturbo.

Torno a ribadire che anche se un cervello ha una sua conformazione e caratteristiche non significa che

non si possa modificare in seguito alla crescita e all'apprendimento. E di questo ringraziamo la plasticità cerebrale che ci permette di modificare le connessioni all'interno del nostro cervello.

Fattori di aggravamento

Ora vorrei approfondire i fattori in grado di modulare la manifestazione del disturbo, che potremmo definire fattori di aggravamento e di miglioramento. Questi fattori ci consentono di sapere quale potrebbe essere il futuro di questi bambini, cioè, oltre alla presenza o meno del disturbo possiamo anche orientare il nostro lavoro cercando di prevedere come potrebbero essere le fasi successive di crescita. Per cui cercheremo di osservare questi fenomeni.

La presenza di altri familiari con lo stesso disturbo significa che è molto probabile ci sia una trasmissione delle cause innate per cui il problema è più radicato per cui sarà più difficile, ma non impossibile, ottenere dei miglioramenti. Anche perché il bambino ha in casa un adulto che ha tratti di disattenzione e iperattività per cui diventa anche un modello da osservare e imitare.

La presenza di altri disturbi naturalmente aggrava il quadro, basti pensare alla contemporanea presenza di un disturbo di apprendimento o della condotta, diciamo che la situazione è più critica.

Il livello cognitivo è un buon predittore perché bambino più dotati intellettivamente naturalmente sono maggiormente capaci di sviluppare delle strategie di compensazione al proprio problema. La presenza di relazioni familiari disorganizzate che non consente al bambino di avere delle regole, naturalmente ci pone maggiori preoccupazione e ci fa temere maggiormente per il futuro. Infine, e questo è un lavoro molto importante che stiamo facendo ora, è la comprensione ma soprattutto l'accettazione del problema da parte della scuola e della famiglia. Se un bambino con DDAI viene continuamente punito per i suoi comportamenti piuttosto di essere aiutato a sviluppare delle strategie per affrontare le sue difficoltà, ovviamente manifesterà sempre più problemi di varia natura. Il primo passo spetta proprio a noi: capire il problema, il bambino con le sue difficoltà e accettare, per cercare di aiutarlo, le sue difficoltà.

Fattori di miglioramento

Tra i fattori di miglioramento naturalmente bisogna citare il contrario di quello che è stato detto nei fattori di aggravamento: buon livello cognitivo, assenza di altri disturbi, comprensione del problema da parte di genitori e insegnanti, accettazione delle caratteristiche del bambino. Oltre a ciò possiamo aggiungere qualcosa che fa già parte di un intervento riabilitativo per cui sottolineiamo l'importanza delle regole e delle regolarità, che molto spesso da questi bambini sono ricercate (oltre che spesso infrante) ma proprio perché si rendono conto di aver bisogno di maggior struttura e prevedibilità del proprio ambiente. Le regole però devono essere poche, comprese e condivise. Un atteggiamento riflessivo, quindi non impulsivo, di chi circonda il bambino (insegnanti e genitori) che vengono presi come modelli e spesso imitati può essere di notevole aiuto. L'insegnamento del saper aspettare in particolare con questi bambini è molto importante. Abbiamo visto che sono impulsivi, ma aggiungerei che proprio faticano a tollerare l'attesa, per cui dare al bambino la possibilità di saper aspettare è un fattore di miglioramento importante. Altro punto importante è la valorizzazione dell'accuratezza piuttosto che della velocità. Infine se proprio non ce la facciamo, un consulente rappresenta una figura esterna e neutrale che dovrebbe osservare e far osservare quello che sta succedendo per restituire ai genitori e agli insegnanti un maggior controllo della situazione. Ma lo vedremo meglio durante gli interventi successivi.

Cosa si può fare?

Quindi cosa possiamo fare quando abbiamo il sospetto che il bambino manifesti comportamenti di disattenzione, iperattività o impulsività. Fare una segnalazione parlandone anche con il proprio medico di fiducia. Fare una prima raccolta di informazioni tramite un questionario tipo SDAI (per insegnanti) o SDAG (per genitori) sui sintomi del DDAI. I questionari si reperiscono facilmente su numerosi testi

elencati in bibliografia nel sito dell'aidai. Eventualmente se fosse necessario un approfondimento la diagnosi la può effettuare un medico specialista in neuropsichiatria infantile o uno psicologo clinico. Il clinico accerta la diagnosi tramite un'accurata valutazione di tutta la situazione e se fosse il caso attiva un programma di riabilitazione che dovrebbe coinvolgere genitori, insegnanti e bambino stesso.

SCALA PER L'INDIVIDUAZIONE DI COMPORTAMENTI DI DISATTENZIONE E IPERATTIVITA'

0, se il bambino non presenta <u>mai</u> quel comportamento	1, se il bambino lo presenta <u>qualche volta</u>	2, se il bambino lo presenta <u>abbastanza spesso</u>	3, se il bambino lo presenta <u>molto spesso</u>
---	---	---	--

- | | |
|---|---------|
| 1. Incontra difficoltà nell'esecuzione di attività che richiedono una certa cura | 0 1 2 3 |
| 2. Spesso, a tavola o sulla scrivania, si agita con le mani o i piedi o si dimena sulla seggiola | 0 1 2 3 |
| 3. Incontra difficoltà nel mantenere l'attenzione sui compiti o sui giochi in cui è impegnato interrompendosi ripetutamente e passando da un'attività all'altra | 0 1 2 3 |
| 4. Non riesce a stare seduto quando le circostanze lo richiedono | 0 1 2 3 |
| 5. Quando gli si parla non sembra ascoltare | 0 1 2 3 |
| 6. Manifesta un'irrequietudine interna correndo e arrampicandosi dappertutto | 0 1 2 3 |
| 7. Non esegue ciò che gli viene richiesto o fatica a portarlo a compimento | 0 1 2 3 |
| 8. Incontra difficoltà ad impegnarsi in giochi o attività tranquille | 0 1 2 3 |
| 9. Incontra difficoltà ad organizzarsi nei compiti e nelle sue attività | 0 1 2 3 |
| 10. E' in movimento continuo come se avesse l' "argento vivo" addosso" | 0 1 2 3 |
| 11. Evita o è poco disposto a impegnarsi in attività che richiedono uno sforzo continuato | 0 1 2 3 |
| 12. Non riesce a stare in silenzio; parla eccessivamente | 0 1 2 3 |
| 13. Non tiene in ordine le proprie cose e di conseguenza le perde | 0 1 2 3 |
| 14. Risponde precipitosamente | 0 1 2 3 |
| 15. Viene distratto facilmente da stimoli esterni | 0 1 2 3 |
| 16. Incontra difficoltà ad aspettare il suo turno | 0 1 2 3 |

17. Trascura o dimentica le incombenze o di fare i compiti 0 1 2 3

18. Spesso interrompe o si comporta in modo invadente con altre persone impegnate in una conversazione 0 1 2 3

Totale item dispari: _____

Totale item pari: _____

DOMANDE:

1. *C'è differenza tra maschi e femmine?* I manuali riportano ed è confermato anche dalla pratica clinica che i $\frac{3}{4}$ sono maschi. I maschi manifestano i problemi esternalizzandoli con comportamenti di iperattività e le femmine attraverso difficoltà attentive e organizzative del proprio lavoro ed esse sono anche quelle che hanno un esito più negativo rispetto ai maschi. I comportamenti esternalizzati in un ambiente che cerca di accogliere anche la loro difficoltà di iperattività, sono dei fattori di protezione quindi i bambini iperattivi che non vengono puniti per la loro iperattività molto spesso hanno un esito migliore, rispetto a quelli più disattenti che hanno un esito più negativo.

2. *Che ruolo può svolgere il gruppo dei pari? Quale posizione assume l'associazione per quanto riguarda la terapia farmacologia.* Il dott. Di Pietro risponderà più ampiamente alla prima domanda in merito all'intervento nella scuola. Per quanto riguarda la seconda, sarà il Dottor Maschietto a rispondere nella valutazione diagnostica. L'associazione è un gruppo di operatori con una propria individualità e opinioni e quindi non prende posizioni per tutti i singoli operatori.