

Cos'è il Disturbo da Deficit di Attenzione/iperattività: la situazione Italiana

Maria Giulia Torrioli

Istituto NPI, Università Cattolica di Roma

Sindrome ipercinetica, minimal brain damage, minimal brain dysfunction, reazione ipercinetica del bambino, disturbo da deficit di attenzione e, infine, disturbo da deficit di attenzione/iperattività, sono i nomi con cui si è definito un soggetto il cui comportamento è caratterizzato da disattenzione, iperattività e impulsività. La **disattenzione** si manifesta soprattutto come una difficoltà a concentrarsi e a mantenere l'attenzione su compiti scolastici o su attività di gioco: il bambino si lascia facilmente distrarre da stimoli estranei (occasionalmente rumori, compagni ecc.) e quindi ha difficoltà a prestare attenzione ai particolari e compie molti errori di distrazione soprattutto in tutte quelle attività che richiedono uno sforzo mentale protratto nel tempo.

L'**iperattività** si manifesta invece, come la necessità del bambino di essere sempre in movimento, di passare rapidamente da un'attività ad un'altra (gioco o compiti) e nella difficoltà quindi, di rimanere seduto di giocare e di dedicarsi ad attività piacevoli in modo tranquillo (disegno, costruzioni, puzzle, giochi da tavolo, ecc.).

Il comportamento iperattivo è spesso associato all'**impulsività** che si manifesta con la difficoltà ad attendere il proprio turno e a rispettare regole (nel gioco o in altre attività), a rispondere precipitosamente alle domande spesso prima che queste vengano completate e ad essere frequentemente invadente nei confronti sia dei coetanei che degli adulti (non stanno mai fermi, non stanno mai zitti).

Tutti i bambini possono presentare i comportamenti descritti: correre, saltare, arrampicarsi, e avere difficoltà a concentrarsi e a mantenere l'attenzione su di un compito a scuola o a casa sono caratteristiche dei bambini in età scolare.

Il bambino con ADHD è quello in cui la vivacità e la disattenzione sono eccessive e di tale intensità da influire negativamente sul profitto scolastico, sulle relazioni sociali con i coetanei e con gli adulti, predisponendolo a problemi psichiatrici e a forme di disagio sociale.

Infatti, i soggetti con ADHD possono presentare altre problematiche psicologiche: disturbi della condotta, disturbo oppositivo/provocatorio, disturbi dell'umore, disturbi della comunicazione, encopresi, enuresi e sono altamente a rischio per incidenti, ponendosi spesso in situazioni pericolose.

Alla luce di quanto esposto fino ad ora, appare estremamente importante fare una diagnosi corretta, allo scopo di aiutare il bambino e la sua famiglia a capire la natura del problema: non si tratta di un bambino cattivo, ma di un bambino che ha bisogno di aiuto per superare quelle difficoltà che nel tempo possono influire negativamente su di uno sviluppo equilibrato ed armonico della sua personalità. Il Disturbo da Deficit di attenzione/iperattività, se diagnosticato, può essere trattato con successo, sia dal punto di vista farmacologico, che psicologico, ma se non viene riconosciuto porta ad una criminalizzazione del bambino e della sua famiglia che è la premessa di ulteriori disturbi.

La diagnosi è di competenza di un centro specialistico di neuropsichiatria infantile e si basa sull'osservazione e valutazione clinica del bambino e sulla raccolta di informazioni fornite dai genitori e dagli insegnanti. Il DSM-IV (1994) fornisce dei criteri diagnostici per il “*Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD)*”.

La diagnosi viene posta quando il bambino, presenta un marcato livello di disattenzione e comportamenti eccessivamente iperattivi ed impulsivi che possono non essere adeguati alla sua età e che provocano problemi scolastici e difficoltà con i coetanei.

I comportamenti devono compromettere il funzionamento sociale, scolastico del bambino e le difficoltà devono essere presenti in almeno due diversi contesti: a casa, a scuola o in altri ambienti e situazioni.

Al momento della diagnosi, i problemi legati alla disattenzione e alla iperattività/impulsività del bambino devono essere presenti da almeno 6 mesi e la sintomatologia deve essere comparsa prima dei 7 anni. Le manifestazioni del disturbo possono variare con l'età: nell'età prescolare è frequente rilevare iperattività motoria (correre, arrampicarsi, saltare) cambiamenti dell'umore e difficoltà di sonno (inizio e mantenimento del sonno notturno); nell'età scolare, si evidenziano disattenzione e problemi comportamentali a cui spesso si associano disturbi dell'apprendimento scolastico (letto-scrittura) e altre problematiche psicologiche (ad es: atteggiamenti oppositivi, bassa autostima, depressione).

Non esistono tests psicologici specifici per questo disturbo, anche se i tests e le scale di valutazione del comportamento a casa e a scuola o al lavoro, sono estremamente utili per valutare la severità del disturbo, l'efficacia del trattamento e individuare disturbi associati (disturbo specifico di apprendimento, disturbo d'ansia, ecc.). Il DSM-IV consente, in base alla frequenza dei comportamenti problematici (disattenzione e iperattività/impulsività), di distinguere il bambino che presenta prevalentemente

difficoltà attentive (sottotipo disattento), quello che manifesta un'eccessiva iperattività/impulsività (sottotipo iperattivo/impulsivo) e infine quello che presenta sia disattenzione che comportamenti iperattivi ed impulsivi (sottotipo combinato).

Gli studi hanno rilevato anche una notevole variabilità delle caratteristiche principali del disturbo da una situazione ad un'altra: ad esempio, nel rapporto uno-a-uno, cioè in presenza di un adulto che controlla e supervisiona in modo continuativo l'attività del soggetto, le difficoltà si possono attenuare e ridurre notevolmente (DSM IV, 1994). Ciò si verifica anche quando il bambino è impegnato in attività nuove, non ripetitive, interessanti e quando si trova in situazioni e ambienti nuovi e strutturati.

Una volta formulata la diagnosi, i genitori vanno accuratamente informati sulle caratteristiche del disturbo e sulle possibilità terapeutiche. Anche il bambino deve essere informato sul tipo di disturbo che presenta, adeguando il linguaggio alla sua età e grado di comprensione.

Le diagnosi di ADHD sono in costante aumento presso i centri specializzati, ma non a causa di una maggiore percentuale di casi, quanto per un più chiaro riconoscimento del disturbo da parte dei clinici. Tuttavia rimane difficile avere dati concordanti sull'incidenza del disturbo: le stime nella popolazione pediatrica variano a seconda dei criteri diagnostici utilizzati.

Il DSM IV indica una percentuale di bambini con questo disturbo che varia dal 3 al 5% nella popolazione in età scolare 5 volte più frequente nei maschi che nelle femmine (DSM IV, 1994). L'ICD-10 indica, invece, una percentuale che interessa il 2% della popolazione infantile (ICD – 10, 1992).

Uno studio effettuato in Italia, in Umbria e Toscana, nel 1993 su un campione di 300 bambini di IV elementare, ha stimato una percentuale del 3,8% con una prevalenza del disturbo nei maschi in un rapporto di 8:1 (Gallucci et al., 1993). Un altro studio effettuato a Roma, da pediatri di famiglia, su un campione di 904 bambini da loro seguiti di età compresa tra 6 e 14 anni, ha stimato una prevalenza compresa tra 0,9-2,2% con un rapporto maschi femmine 7:1 (Corbo et al., 1998).