

ADHD

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) è un disturbo infantile di origine neurobiologica, complesso e problematico, purtroppo ancora poco noto nel nostro Paese. È una malattia che invade tutte le sfere del vivere, infatti i bambini che ne sono affetti non riescono a controllare le loro risposte all'ambiente; sono disattenti, iperattivi e impulsivi, fino a compromettere la loro vita di relazione e scolastica.

Si stima che nel mondo l'incidenza dell'ADHD sia pari al 5,3% della popolazione, mentre in Italia la prevalenza è intorno al 3-4%, che corrisponde a circa 270.000-360.000 bambini. Tuttavia, l'ADHD non è un disturbo solamente pediatrico, poiché da esso non si guarisce totalmente; infatti chi ne è affetto da bambino si porterà dietro la malattia anche in età adulta. E questo è un dato di fatto: in Italia, la prevalenza di malattia in questa fascia di età si aggira attorno al 2%, vale a dire che si estende a poco più di un milione di persone.

In Italia curare adeguatamente un bambino affetto da ADHD oggi ha ancora i suoi limiti. Le ragioni vanno cercate principalmente nella difficoltà diagnostica. Si tratta infatti di un disturbo i cui sintomi possono essere da un lato avvicinati ad altre patologie o associati a situazioni sociali o ambientali disagiate, e dall'altro essere suscettibili di modificazioni che evolvono con la crescita del bambino e dell'adolescente. Anche la presenza ridotta sul territorio di risorse mediche adeguatamente formate nel percorso diagnostico-terapeutico della malattia, che può prevedere una terapia mirata psicoeducativo-comportamentale e il ricorso, in casi particolarmente critici, a un supporto farmacologico, costituisce un importante problema.

Scopo di questo opuscolo è dunque quello di sensibilizzare al problema dell'ADHD, aumentare la conoscenza del disturbo, rendere note le implicazioni che la malattia può avere per il bambino e la famiglia in ambito scolastico, sociale, relazionale e, in futuro, professionale.

Spesso le difficoltà comportamentali e di concentrazione, insite nella malattia, si traducono in scarso rendimento scolastico, intollerabilità verso i compagni, aggressività e impulsività. Tutte manifestazioni che vengono percepite dai genitori e dagli insegnanti ma che sono spesso misconosciute o diagnosticate tardivamente dai clinici.

È invece importante diagnosticare quanto prima possibile l'ADHD ed iniziare tempestivamente una terapia poiché solo con l'ausilio di adeguati supporti i bambini e le loro famiglie potranno finalmente cogliere la bellezza di una vita "normale".

Francesca Merzagora

*Presidente, Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, Milano
O.N.Da*

Che cos'è l'ADHD

L'acronimo ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) indica quella che è comunemente riconosciuta come la **sindrome da deficit di attenzione e iperattività**. Le iniziali **ADD (Attention**

Deficit Disorder) indicano la variante puramente inattentiva della stessa patologia.

Con il termine ADHD si identifica un disturbo dello sviluppo neuropsichico del bambino che include difficoltà di attenzione e concentrazione, di controllo degli impulsi e del livello di attività, generati dall'incapacità del bambino di regolare il proprio comportamento in funzione del trascorrere del tempo, degli obiettivi da raggiungere e delle richieste dell'ambiente, rendendo difficoltosi, e in taluni casi addirittura impedendo, il normale sviluppo e l'integrazione.

La diagnosi e la terapia dell'ADHD possono non essere semplici a causa della natura eterogenea, complessa, multifattoriale della patologia e della presenza nel 70-80% dei casi di coesistenti problematiche che possono variare da disturbi oppositivo-provocatori, a disturbi della condotta, dell'apprendimento (quali dislessia, disgrafia, ecc.), disturbi d'ansia e, con minore frequenza, disturbi dell'umore, disturbi ossessivo-compulsivi e tic.

Le cause

Le cause dello sviluppo dell'ADHD non sono ancora del tutto note, tuttavia è possibile ipotizzare che all'origine vi sia una molteplicità di fattori di cui i più probabili hanno una componente genetica o sono riferibili alle condizioni sociali e fisiche del bambino. Infatti nel 75% dei casi la malattia può essere ereditaria o legata alla morfologia cerebrale, così come dipendere da fattori prenatali, perinatali o traumatici. Non sono tuttavia da escludere alcuni aspetti ambientali, quali l'esposizione durante la gravidanza e nel corso dei primissimi anni di vita ad alcol e fumo (è noto infatti che la nicotina potrebbe causare ipossia, ossia la carenza di ossigeno nel feto); complicanze durante la gravidanza e il parto; la prematurità; infezioni e malattie infettive, quali la varicella, contratte anch'esse durante la gravidanza, alla nascita o nei primi anni di vita.

I soggetti colpiti

L'ADHD è una malattia infantile: la percentuale di bambini colpiti nel mondo si aggira tra il 3% e il 5% con un rapporto maschi/femmine che va da 4:1 a 9:1. Una percentuale variabile tra il 30 e il 50% potrà presentare i sintomi successivamente anche in età adulta.

Nonostante alcune madri inizino a descrivere i sintomi di ADHD dei loro bambini durante i primi anni di età, essi si rendono evidenti solo al momento dell'iscrizione all'asilo o a scuola, allorché i bambini manifestano una scarsa adattabilità alle regole sociali nei confronti degli altri compagni o degli insegnanti, unita ad un basso livello di attenzione, distraibilità e scarso controllo degli impulsi. In età adolescenziale i sintomi tipici di ADHD, specie nelle ragazze, potrebbero accentuarsi al verificarsi dei primi cambiamenti ormonali all'età di 13 o di 14 anni.

Sintomatologia

Disattenzione, iperattività e impulsività sono gli elementi chiave nel comportamento dei soggetti colpiti da ADHD. La maggiore difficoltà nella diagnosi di questa malattia è rappresentata dall'impossibilità di tracciare una linea di demarcazione netta tra normalità e comportamenti dovuti a livelli patologici di **disattenzione, iperattività e impulsività**. Occorre tuttavia tenere sempre presente che per poter fare una diagnosi certa i sintomi nel bambino devono manifestarsi in almeno due contesti di vita

tra loro diversi (ad esempio casa e scuola), che siano presenti da almeno sei mesi e che i tratti comportamentali si discostino da quelli degli altri bambini nelle stesse condizioni e della stessa età. Inoltre, unitamente agli aspetti sopra citati, è necessario che le manifestazioni compaiano prima dei 7 anni di età e che abbiano ripercussioni gravi a tal punto da compromettere il rendimento scolastico e/o sociale.

A seconda della prevalenza di elementi di iperattività, impulsività o di disattenzione o di elementi combinati dell'uno e dell'altro tipo, si avrà una diversa sintomatologia.

Disattenzione

I sintomi relativi alla disattenzione, che si riscontrano soprattutto in bambini che rispetto ai loro coetanei hanno evidente difficoltà a rimanere attenti o a concentrarsi su uno stesso compito per un periodo di tempo sufficientemente prolungato, variano dalla difficoltà nel prestare attenzione ai dettagli, a banali “errori di distrazione”, a compiti e lavori incompleti e disordinati. Il bambino, in questo caso, mostra il comportamento tipico di chi non ascolta ed è facilmente distraibile da suoni o da altri stimoli irrilevanti, dando sempre l'impressione di avere la testa da un'altra parte quando gli si parla direttamente. Anche il banco è spesso disordinato e con questa modalità gestisce anche il materiale scolastico. Le problematiche attentive diventano più evidenti di fronte a compiti poco attraenti e motivanti, ma si possono trasferire anche a situazioni ludiche costringendo il bambino a passare da un gioco ad un altro, senza tuttavia completarne alcuno.

Un bambino che manifesta sintomi di disattenzione...

- È facilmente distratto, perde i dettagli, dimentica le cose, passa spesso da un'attività all'altra;
- Ha difficoltà a concentrarsi su una cosa;
- Si annoia con un compito, dopo pochi minuti, a meno che non stia facendo qualcosa di divertente;
- Ha difficoltà a focalizzare l'attenzione sull'organizzazione e il completamento di un compito o ad imparare qualcosa di nuovo;
- Ha difficoltà a completare o svolgere compiti a casa, spesso perdendo le cose (per esempio, matite, giocattoli, fogli) necessarie per completare le attività;
- Non sembra ascoltare quando gli si parla;
- Sogna ad occhi aperti, va facilmente in confusione e si muove lentamente;
- Ha difficoltà ad elaborare le informazioni con la stessa rapidità e precisione degli altri bambini;
- Ha difficoltà a seguire le istruzioni.

Iperattività

Si tratta di un eccessivo livello di attività motoria che il bambino manifesta con una continua agitazione, con la difficoltà a mantenersi seduto e fermo al proprio posto, tanto da sembrare “animato da un motorino inesauribile”. Molto spesso i movimenti di tutte le parti del corpo (gambe, braccia e tronco) non sono armonicamente diretti al raggiungimento di uno scopo.

Il bambino iperattivo infatti...

- Spesso muove le mani o i piedi o si agita sulla seggiola;
- Si alza in classe o in altre situazioni dove ci si aspetta che

rimanga seduto;

- Corre in giro o si arrampica eccessivamente in situazioni in cui non è appropriato (in adolescenti e adulti può essere limitato ad una sensazione soggettiva di irrequietezza);
- Ha difficoltà a giocare o ad impegnarsi in attività tranquille in modo quieto;
- È continuamente “in marcia” o agisce come se fosse “caricato a molla”;
- Parla eccessivamente.

Il quadro sintomatologico varia a mano a mano che il bambino cresce e l'iperattività dei primi anni di vita può, nel 35% dei casi, attenuarsi sensibilmente in adolescenza. Questo non vuol dire però che basta aspettare che il bambino cresca e che il problema si risolva da solo, in quanto il rischio, in assenza di un intervento psicologico clinico mirato e precoce, è che possano svilupparsi altri disturbi psicopatologici: disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, disturbi dell'apprendimento, disturbi della comunicazione, disturbi affettivo-relazionali.

Impulsività

L'impulsività si manifesta nella difficoltà a dilazionare una risposta, ad inibire un comportamento inappropriato, ad attendere una gratificazione. I bambini impulsivi rispondono troppo velocemente (a scapito dell'accuratezza delle loro risposte), interrompono frequentemente gli altri quando stanno parlando, non riescono a stare in fila e attendere il proprio turno nei giochi, compiono azioni

pericolose senza soppesare le conseguenze negative dell'atto.

Il bambino impulsivo...

- Spesso “spara” delle risposte prima che venga completata la domanda;
- Ha difficoltà ad aspettare il proprio turno;
- Interrompe o si comporta in modo invadente verso gli altri (ad esempio irrompe nei giochi o nelle conversazioni degli altri).

Si distinguono tre sottotipi nell'ADHD:

- Tipo con disattenzione predominante;
- Tipo con iperattività-impulsività predominanti;
- Tipo combinato.

Comorbidità

All'ADHD possono accompagnarsi altri disturbi che ne possono complicare la diagnosi e il trattamento. In caso di patologia associata è buona norma trattare sempre prima il disturbo più invalidante.

Le più comuni problematiche sono:

- *Disturbi dell'umore* (depressione, disturbi bipolari): è tipico nei ragazzi con diagnosi di sottotipo combinato; quando il disturbo dell'umore complica l'ADHD sarebbe auspicabile trattare prima quest'ultimo che ha una risposta più veloce al trattamento;
- *Ansia* (30%): nell'ADHD sembra incrementarsi nei bambini parallelamente alla loro crescita, con maggiore incidenza nelle ragazze rispetto ai ragazzi, soprattutto nel sottotipo caratterizzato da disattenzione;
- *Disturbo oppositivo provocatorio* (Oppositional defiant disorder - ODD 40-50%) e *disturbo del comportamento* (26%): sono caratterizzati da comportamenti antisociali come ostinazione, aggressività, frequenti attacchi di collera, inganno, menzogna, furti, che sono collegati con il disturbo antisociale della personalità;
- *Disturbo ossessivo-compulsivo*: alla base di questo disturbo e

dell'ADHD pare esserci una componente genetica comune;

- *Disturbo borderline* di personalità: secondo uno studio su 120 pazienti di sesso femminile esso è associato all'ADHD nel 70% dei casi;

- *Disturbo primario della vigilanza* (intesa come attenzione): è caratterizzato da scarsa attenzione e concentrazione e da difficoltà a rimanere svegli. I bambini affetti da questo disturbo tendono ad agitarsi e a sbadigliare e l'iperattività sembra essere condizionata dal tentativo di rimanere vigili e attivi.

Problemi relazionali

I problemi di autocontrollo comportamentale si ripercuotono anche sulle *relazioni interpersonali*. I bambini con ADHD vengono più spesso rifiutati e sono i meno popolari tra i compagni; spesso vengono valutati negativamente dagli insegnanti non solo dal punto di vista del profitto, ma anche sotto l'aspetto comportamentale e del rispetto delle regole sociali. La qualità delle loro interazioni è spesso inadeguata, sia in contesti strutturati che nel gioco, a causa di un'alta frequenza di comportamenti negativi sia verbali che non verbali, di una minore capacità di interazione con i compagni, una limitata espressione affettiva ed un maggior ritiro sociale che può portare anche a stati di aggressività. I compagni vedono i bambini iperattivi come non cooperativi in situazioni di gruppo, intrusivi e in alcuni casi provocatori a danno delle opportunità di socializzazione e interazione con il resto della classe. I bambini affetti da deficit di attenzione con o senza iperattività, di norma:

- Ricevono minori apprezzamenti e maggiori rifiuti dai loro compagni di scuola o di gioco;
- Pronunciano un numero di frasi negative nei confronti dei loro compagni dieci volte superiori rispetto agli altri;
- Presentano un comportamento aggressivo tre volte superiore;
- Non rispettano o non riescono a rispettare le regole di comportamento in gruppo e nel gioco;
- In contesti in cui il bambino riesce a svolgere un ruolo attivo può essere collaborante, cooperativo e arrivare al mantenimento delle relazioni di amicizia;
- Laddove, invece, il loro ruolo diventa passivo e non ben definito, diventa più contestatore e incapace di comunicare proficuamente con i coetanei.

Deficit cognitivi e difficoltà scolastiche

I bambini con ADHD hanno prestazioni scolastiche inferiori ai loro coetanei, pur avendo le stesse abilità intellettive. Infatti la percentuale di bambini affetti da questo disturbo che ha ripetuto almeno una classe, è tre volte superiore a quella del resto della popolazione scolastica. Le ragioni sono dovute a difficoltà attentive e di autoregolazione cognitiva, ad una maggiore quantità di risposte impulsive e al comportamento iperattivo all'interno della classe.

I disturbi di apprendimento e le difficoltà scolastiche possono anche essere gravate da un'incapacità nell'uso delle risorse cognitive, in particolare di memoria di lavoro, di strategie di apprendimento e di inibizione delle informazioni irrilevanti. Fattori, questi, che hanno ripercussioni negative sulla comprensione di testi scritti, sullo studio e sulla soluzione di problemi aritmetici.

Il 21% di bambini con ADHD presenta un disturbo di lettura

(velocità e correttezza), il 26% un deficit di ortografia e il 28% problemi nell'area logico-matematica. Se si tiene conto che complessivamente i disturbi di apprendimento si presentano in circa il 3% della popolazione scolare, si calcola che i bambini con ADHD sono da 7 a 9 volte più a rischio di manifestare anche un disturbo di apprendimento in comorbilità.

Disturbi emotivi

Un 25% di bambini affetti da ADHD può presentare una comorbilità con i disturbi d'ansia. È un fenomeno che si rileva soprattutto in età adolescenziale quando tratti ansiosi possono svilupparsi a seguito di una serie di fallimenti in ambito sociale e scolastico accumulatisi durante la crescita, e renderli più insicuri riguardo alle loro capacità e incerti sui risultati dei loro comportamenti (abbassamento del livello di autostima). Sono frequenti infatti i casi in cui i bambini con questo disturbo interrompano un'attività prima degli altri in presenza di un insuccesso o una frustrazione. L'altro 25% potrebbe invece abbinare l'ADHD ad una seconda diagnosi di Disturbo dell'Umore.

Diagnosi

Il primo passo per l'inquadramento diagnostico dell'ADHD è quello di valutare adeguatamente il fenomeno dell'iperattività e/o della disattenzione nel contesto psico-clinico poiché entrambi non sono sinonimi assoluti di ADHD, ma possono essere riferibili anche ad altre cause. Solo una volta esclusa la presenza di altre patologie con manifestazioni simili si potrà parlare di "*iperattività da disturbo di concentrazione*".

La diagnosi di ADHD, come è stato sottolineato, può essere complicata da alcuni fattori ma di norma si arriva alla definizione del disturbo attraverso un assessment psichiatrico. Lo strumento diagnostico principale più utile per porre un sospetto diagnostico fondato per questa patologia è il DSM, il "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*", nelle sue forme III-R e IV, coadiuvato da un questionario in grado di esplorare i sintomi tipici che appartengono ai tre aspetti comportamentali classici dell'ADHD. Al momento della diagnosi vanno comunque presi in considerazione anche l'ambiente in cui si muove il bambino, la scuola e altri fattori sociali. Molti dei sintomi di ADHD infatti si possono verificare di volta in volta in tutti i bambini, ma in presenza di malattia la frequenza è più importante e la qualità della vita drasticamente ridotta.

Sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità (www.iss.it/adhd) è possibile trovare il Centro di riferimento più vicino nella propria Regione. Questi centri, coordinati da neuropsichiatri infantili, sono le uniche strutture abilitate dal Ministero della Salute ad effettuare diagnosi e trattamento per l'ADHD.

Trattamento dell'ADHD

Il trattamento ideale per l'ADHD è rappresentato da un *approccio di tipo multimodale*, vale a dire un trattamento che implica il coinvolgimento di scuola, famiglia e del bambino stesso in un percorso che può variare da terapie comportamentali a cambiamenti dello stile di vita, a interventi clinico-psicologici e farmaci. Sono dunque implicate nel trattamento dell'ADHD le figure del neuropsichiatra infantile, del pediatra e dello psicologo

dello sviluppo da un punto di vista clinico, e di pedagogisti,

educatori ed insegnanti da un punto di vista formativo. Infatti il trattamento farmacologico unito al focus sui comportamenti è ritenuto il metodo più efficace per la cura dell'ADHD.

Interventi sul comportamento

Durante un trattamento di tipo comportamentale, sia le contingenze ambientali positive sia quelle negative che incrementano o decrementano la frequenza di alcuni comportamenti, sono identificate e quindi modificate nel tentativo di far diminuire i comportamenti "problema" e far aumentare quelli di tipo adattivo. Il punto debole della terapia comportamentale sta nella difficoltà di mantenere nel tempo il miglioramento ottenuto e nel generalizzare i cambiamenti applicandoli a situazioni diverse da quelle che si sono create all'interno del trattamento. Il massimo beneficio da un programma comportamentale si ottiene grazie alla cooperazione tra la famiglia e la scuola, focalizzandosi su un ventaglio di comportamenti nei diversi contesti.

Parent Training

Il parent-training ha lo scopo di migliorare il comportamento dei bambini con l'ADHD attraverso l'aiuto delle figure genitoriali istruite sull'importanza di instaurare delle relazioni con i coetanei e di acquisizione di un ruolo attivo nell'organizzazione della vita sociale del bambino. Ai genitori viene pertanto insegnato a dare chiare istruzioni, a rinforzare positivamente i comportamenti accettabili, a contenere quelli problematici e a ricorrere e utilizzare le punizioni in modo tempestivo, adeguato e sempre concordato con il bambino.

Abilità sociali

L'aspetto più difficoltoso di questa terapia è rappresentato dall'eterogeneità dei pazienti con ADHD e dalla varietà nell'eziologia dei deficit nelle abilità sociali all'interno del gruppo.

In particolare i problemi pratici maggiori includono la necessità di provvedere ad un intervento specifico - attraverso il modelling, la pratica, il feedback, e i rinforzi - per i deficit di ciascun paziente e l'incapacità ad applicare poi le abilità apprese. Il trattamento individuale, di contro, non sempre risulta vantaggioso a causa della mancanza di auto-osservazione nei pazienti con ADHD.

Intervento cognitivo comportamentale (ICC)

L'ICC o la terapia del problem-solving possono essere condotti sia individualmente sia in gruppo. Esse combinano l'insegnamento di strategie cognitive, per esempio le tappe del problemsolving e l'automonitoraggio, con tecniche di modificazione del comportamento, come per esempio i rinforzi, gli auto-rinforzi e il modelling. Scopo dell'ICC è migliorare in particolare la generalizzazione e la durata delle tecniche di modificazione del comportamento ma buoni risultati, specie in bambini aggressivi, impulsivi e iperattivi, si sono ottenuti anche sul controllo dell'impulsività a livello cognitivo, nei comportamenti sociali e nell'utilizzo di strategie di gestione delle situazioni difficili.

I maggiori problemi riguardano da un lato la difficoltà di generalizzare situazioni per le quali non c'è uno specifico trattamento e dall'altro l'utilizzo delle strategie apprese nei bambini. Un trattamento che includa anche un automonitoraggio e un'autovalutazione risulta estremamente utile per il miglioramento dell'autocontrollo.

Terapia farmacologica

La terapia farmacologica con farmaci stimolanti o “non stimolanti”, unita alle terapie comportamentali, ha dato i migliori risultati in termini di costi-benefici. L’uso di farmaci non è tuttavia raccomandato per bambini in età pre-scolare.

Non bisogna inoltre dimenticare che solo i Neuropsichiatri dei Centri di riferimento segnalati dall’Istituto Superiore di Sanità (www.iss.it/adhd) possono prescrivere questi farmaci monitorando il tutto nel Registro Nazionale.

Aspetti evolutivi

L’età media di insorgenza del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività è compresa tra i 3 e i 4 anni, ma non è escluso che la sintomatologia possa comparire anche verso i 6-7 anni, limite d’età stabilito rispettivamente dall’ICD-10 e dal DSM-IV, per poter formulare una diagnosi di malattia. L’evoluzione del Disturbo è spesso condizionata da una serie di variabili che mediano le manifestazioni sintomatologiche e tra queste ricordiamo: la qualità delle relazioni con e tra i familiari, l’accettazione del bambino nel contesto scolastico, il profilo cognitivo generale (e intellettuale in particolare), e la presenza di altri disturbi (comorbidità) che, eventualmente, possono complicare il quadro patologico.

Le modificazioni evolutive del disturbo sono meglio comprensibili se si tiene presente che le difficoltà diventano maggiormente evidenti quando il bambino non riesce a soddisfare le richieste dell’ambiente che nelle fasi della crescita possono diventare sempre più importanti. I momenti più delicati sono infatti rappresentati dall’ingresso nella scuola elementare, dall’aumento delle complessità dei compiti, o dalle nuove richieste sociali durante la pre-adolescenza e adolescenza.

È possibile suddividere l’evoluzione dell’ADHD in sei fasi: prima della nascita (nella quale si valutano i fattori di rischio per l’insorgenza del disturbo), i primi tre anni di vita, l’età della scuola materna, la scuola elementare, la preadolescenza e l’adolescenza. Alcune caratteristiche dei genitori possono essere predittive della presenza o meno del disturbo nel figlio: genitori depressi con una condotta antisociale o con problemi di alcolismo hanno maggiori probabilità di avere un figlio con ADHD rispetto ad altri. Anche le complicazioni durante la gravidanza o il parto sono fattori di rischio o costituiscono un elemento che alza la probabilità di avere un bambino con malattia. Infine, la presenza di problematiche attentive e/o comportamentali nei genitori aumenta fino al 57% la probabilità di avere un figlio con il medesimo disturbo.

Fattori di rischio

Ordinati per livello d’importanza, associati alla genesi dell’ADHD:

- 1) Presenza di disturbi psicologici nei familiari (in particolare l’ADHD);
- 2) Abuso di sigarette e alcool della madre durante la gravidanza, associato o meno ad altri problemi di salute della madre;
- 3) Assenza di un genitore o mancanza di una educazione adeguata;
- 4) Prematurità o ritardi di sviluppo del bambino;
- 5) Insorgenza precoce di elevati livelli di attività motoria;
- 6) Atteggiamenti critici e/o direttivi della madre durante i primi anni del bambino.

Accanto a questi, esistono tuttavia anche alcuni fattori protettivi che possono aiutare il ragazzo a limitare gli esiti negativi dell’ADHD,

tra questi i principali sono:

- 1) L'elevato livello educativo della madre;
- 2) La buona salute del bambino poco dopo la nascita;
- 3) Le buone capacità cognitive del bambino (in particolare linguistiche);
- 4) La stabilità familiare.

I comportamenti del bambino nelle fasi della crescita

Spesso i genitori di bambini con ADHD riferiscono che essi sono difficili sin *dalla nascita*: molto irritabili, inclini ad un pianto inconsolabile, facilmente frustrabili, con difficoltà di sonno e alimentazione. Anche la loro educazione sembra più difficile poiché sono meno sensibili alle punizioni e necessitano di gratificazioni frequenti.

L'impulsività e la bassa tolleranza alla frustrazione del bambino possono generare effetti negativi sull'interazione con la madre, innescando un circolo vizioso che porta ad un'accentuazione dei sintomi.

Durante gli anni della scuola elementare, il bambino con ADHD è molto attivo e, sebbene abbia un'intelligenza uguale a quella dei suoi coetanei, dimostra un comportamento poco maturo rispetto

all'età cronologica e che appare più o meno problematico a seconda della situazione. Durante il gioco libero, in cui c'è ampia possibilità di movimento, egli non mostra particolari difficoltà anche se il suo gioco è più semplice, stereotipato, povero di significato, caratterizzato da semplici atti motori e continui cambi di interessi, mentre in contesti in cui si richiede il rispetto di determinate regole viene etichettato come un bambino "problematico e difficile da gestire", che spesso si mette in pericolo e rischia incidenti.

Con l'ingresso nella scuola elementare le difficoltà aumentano proprio a causa della presenza di una serie di regole che devono essere rispettate e di compiti che devono essere eseguiti. Spesso gli insegnanti li descrivono come bambini immaturi rispetto ai loro coetanei, soprattutto dal punto di vista comportamentale e della variabilità delle prestazioni attentive: in classe non riescono a seguire la lezione per soli cinque minuti, mentre completano con successo un videogame che dura anche mezz'ora. Anche i problemi interpersonali, spesso già presenti durante l'età prescolare, persistono e tendono ad aumentare di gravità poiché le interazioni positive con i compagni richiedono, con il progredire dell'età, sempre maggiori abilità sociali, di comunicazione e di autocontrollo.

Con la crescita, l'iperattività tende a diminuire in termini di frequenza e intensità e può venire parzialmente sostituita da "un'agitazione interiorizzata" che si manifesta soprattutto con insofferenza, impazienza e continui cambi di attività o movimenti del corpo. Inoltre, con lo sviluppo si possono generare dei tratti comportamentali che ostacolano ulteriormente il buon inserimento del bambino nel suo ambiente sociale, come ad esempio l'ostinazione, la scarsa obbedienza alle regole, la prepotenza, la maggior labilità dell'umore, la scarsa tolleranza alla frustrazione, gli scatti d'ira e la ridotta autostima.

Durante la preadolescenza il comportamento incontrollato e la disattenzione non consentono una facile acquisizione delle abilità sociali, indispensabili per un buon fair-play. I ragazzi con ADHD

infatti dimostrano scarsa capacità di mantenere amicizie e risolvere i conflitti interpersonali.

Durante l'adolescenza, si osserva mediamente una lieve attenuazione della sintomatologia, ma ciò non significa che il problema sia risolto, in quanto spesso si riscontrano anche altri disturbi ad esso associati, quali la depressione, una condotta antisociale o l'ansia. In questa età i problemi di identità, di accettazione nel gruppo e di sviluppo fisico sono problematiche che non sempre riescono ad essere efficacemente affrontate da un ragazzo con ADHD. Gli inevitabili insuccessi possono determinare problemi di autostima, scarsa fiducia in se stessi, o addirittura ansia e/o depressione clinicamente significative. Sono frequenti anche le condotte pericolose e l'abuso di alcol e sostanze.

Quindi, oltre al fatto che l'ADHD sia di natura prevalentemente cronica, bisogna sottolineare che la concomitante presenza di un Disturbo Oppositivo/Provocatorio o di un Disturbo della Condotta determina una prognosi più infausta, in quanto il ragazzo può manifestare gravi condotte antisociali (Disturbo di Personalità Antisociale).

Prevalenza dell'ADHD in età adulta

La stima attuale è che una percentuale tra il 30% e il 70% dei bambini con ADHD continuerà a manifestarne i sintomi anche in età adulta. In considerazione della presenza di malattia in età infantile ed adolescenziale, è possibile ritenere che il numero degli adulti con ADHD vari dallo 0.30% al 3.5% della popolazione. Non è invece possibile fare una distinzione sulla prevalenza di malattia tra i sessi. Sebbene siano più i bambini che le bambine ad avere forme combinate e iperattive ed impulsive, non è possibile affermare lo stesso con gli adulti.

Il quadro clinico degli adulti con ADHD

Fare la diagnosi. La diagnosi di ADHD in età adulta segue lo stesso procedimento utilizzato per i bambini e gli adolescenti. Secondo quanto raccomandato dal DSM-IV, anche nell'adulto occorre che vi sia presenza di iperattività, inattenzione o impulsività e che esse

incidano in maniera considerevole su due o più contesti di vita (casa, lavoro, scuola) e sulla funzionalità sociale, accademica e lavorativa. Infine, le manifestazioni devono essere croniche, vale a dire presenti prima dei 7 anni di età. Ognuno di questi passi diagnostici può essere più complesso nel caso dell'adulto.

Identificare i comportamenti. Gli adulti iperattivi cercano lavori, stili di vita e relazioni che siano compatibili con il loro alto livello di attività. L'inattenzione e la distraibilità restano anche in età adulta aspetti problematici, infatti stimoli uditivi o visivi possono distogliere facilmente l'attenzione. Gli adulti con ADHD denunciano anche una distraibilità "interna" che arreca loro difficoltà a concentrarsi su un unico obiettivo: passano facilmente da un pensiero all'altro, descrivono le proprie idee in maniera confusa, saltano da una considerazione all'altra per poi ritornare alla precedente. Un atteggiamento che si riflette su tutte le modalità comportamentali per cui la loro vita è spesso piena di compiti o attività incomplete.

Pervasività dei comportamenti. Una volta stabilita la presenza di iperattività, inattenzione o impulsività occorre valutare in quali contesti si verificano questi comportamenti e se siano presenti

in due o più situazioni di vita. Essi possono riguardare attività lavorative, di studio, relazionali, ricreative ed eventi sociali.

Cronicità dei comportamenti. Sarebbe importante poter disporre di una anamnesi e di una storia della patologia quanto più possibile completa che attesti la presenza di determinati comportamenti già dalla fanciullezza e nell'adolescenza.

La disorganizzazione nel disturbo dell'ADHD

La disorganizzazione può essere un tratto caratteristico del disturbo dell'ADHD nell'adulto con ripercussioni sia in ambito lavorativo che domestico caratterizzate dalla difficoltà a pianificare il tempo, i programmi e i doveri. La causa della disorganizzazione, a seconda dei casi, può essere imputabile a disattenzione e distraibilità, a una disabilità di apprendimento, a un problema di funzionalità

esecutiva o a una combinazione degli stessi. Definire le cause della disorganizzazione è un fattore cruciale per il suo trattamento: infatti se è soltanto il risultato dell'ADHD, può essere utile la terapia farmacologica, di contro se è un riflesso di una disabilità d'apprendimento o di una difficoltà nelle funzioni esecutive, è più indicato un tipo speciale di tutoring, se infine è frutto della combinazione di ADHD e di uno degli altri problemi, occorre individuare un approccio farmacologico unito a un tutoring o a un particolare insegnamento.

Problemi di organizzazione secondari all'ADHD. Nell'ADHD l'inattenzione o distraibilità portano alla disorganizzazione. Per esempio, quando un adulto si accinge a svolgere un compito, qualcosa lungo il percorso lo distrae visualmente e lo porta a spostare la sua attenzione verso un obiettivo diverso. Questa disattenzione viene spesso identificata con la distraibilità interna che non consente all'adulto di essere costante ma di avere necessità di cambiare frequentemente attività o compito tanto che la vita e l'ambiente professionale e privato sono caratterizzati da attività o compiti lasciati incompleti.

Problemi di organizzazione secondari a disabilità d'apprendimento.

In presenza di disabilità di apprendimento, risulta preponderante il problema dell'organizzazione per cui la persona non è in grado di sistemare insieme parti d'informazione in un concetto generale o di scomporre un concetto nelle sue componenti. Gli adulti possono pertanto avere difficoltà ad organizzare i propri pensieri quando parlano e scrivono, così come ad organizzare e a programmare il tempo. Si tratta di una difficoltà che si può riversare anche a livello pratico con l'incapacità di organizzare metodicamente il lavoro e le mansioni in maniera ordinata. Non sono insolite in queste persone scrivanie o ambienti ingombri da pile di documenti, giornali e libri che tuttavia sanno come ritrovare. Ciò che resta problematico è il riporli o archivarli. La confusione conseguente crea stress sul lavoro e nell'ambiente familiare.

Può essere inficiata da questa problematica la memoria a breve termine. Anche stilare una lista delle mansioni da svolgere nella giornata potrebbe non essere di aiuto, poiché è facile che essa venga persa o non guardata.

Problemi di organizzazione secondari alle difficoltà della funzionalità esecutiva. Quando si parla di funzionalità esecutiva si intende la capacità di definire e valutare un compito, di pianificare una strategia per la sua attuazione, iniziarla, fare qualche variazione

necessaria e completare il compito in un tempo ragionevole. Gli adulti con difficoltà nella funzionalità esecutiva sembrano non essere mai in grado di partire e completare i compiti o i lavori.

ADHD e la comorbilità

Si stima che gli adulti con ADHD possano essere affetti per il 24-35% anche da un disturbo oppositivo-provocatorio, il 17-25% da un disturbo della condotta, tra il 7-18% da un disturbo della personalità. Inoltre, non è infrequente trovare adulti con ADHD e ansia, problemi umorali o controllo della rabbia. Infine va detto che una percentuale variabile dal 30 al 50% di bambini o adolescenti con ADHD presenta disabilità d'apprendimento e poiché si tratta di una difficoltà permanente, le stesse percentuali (30-50%) si rileveranno anche nell'adulto. È questa una delle ragioni che può spiegare la difficoltà degli adulti ad affermarsi in campo scolastico, il loro scarso rendimento nella vita o le difficoltà con compiti quali la lettura, la pronuncia o l'organizzazione.

Trattamento degli adulti con ADHD

L'uso dei farmaci. Il ruolo e l'uso di specifici farmaci nell'adulto non differisce da quelli adottati per trattare bambini ed adolescenti. Sono valide, indipendentemente dalla fascia di età di appartenenza, anche le medesime considerazioni cliniche, la determinazione del dosaggio, la copertura e la gestione degli effetti collaterali. L'efficacia dei farmaci utilizzati è però massima nella fascia del primo ciclo della scuola primaria obbligatoria. È importante sottolineare che in età pediatrica i farmaci disponibili in Italia sono solo 2 (atomoxetina e metilfenidato a rilascio immediato), mentre all'estero esiste una maggiore possibilità di scelta. Per quanto riguarda l'adulto, poi, non esiste nessun farmaco approvato in Italia, costringendo i malati a rivolgersi all'estero.

Interventi psico-sociali. Spesso l'approccio farmacologico da solo non è sufficiente per trattare la malattia nell'adulto, ed esso viene pertanto affiancato da interventi educativi, psicologici e sociali che possono variare da una terapia individuale, di gruppo o familiare, all'inserimento in un gruppo di sostegno o all'affiancamento di un istruttore o di un aiuto particolare nella gestione della vita.

Counseling individuale. La maggior parte degli adulti hanno alle spalle storie di frustrazioni e risultati scadenti a scuola, al lavoro, con la famiglia di origine, con la famiglia di nuova costituzione e negli ambiti sociali in genere. Per questa ragione potrebbe essere necessario un percorso che li aiuti a focalizzare i precedenti successi e fallimenti in modo da riconsiderare la propria autostima e autoimmagine. Questo percorso è utile a comprendere il presente e a valutare i cambiamenti necessari per il loro futuro.

Gruppi di sostegno. Discutere argomenti di interesse comune con altri adulti che vivono le medesime problematiche riguardanti l'autostima, le relazioni, la competenza sociale ed i problemi di lavoro, sotto la direzione di una guida del gruppo, può essere un valido aiuto.

Terapia di coppia e di famiglia. Condizioni particolari di autostima, di comfort personale o precedenti sofferenze vissute nell'intimità possono rendere l'affettività un 'evento' stressante. In tal caso, l'adulto potrebbe trarre beneficio da un lavoro individuale seguito da un lavoro di coppia che migliori la capacità di stare vicino all'altro e di sentirsi libero di essere se stesso permettendo al compagno di fare altrettanto. Allo stesso modo potrebbe essere

importante una terapia familiare volta a una migliore conoscenza dei comportamenti e delle manifestazioni della malattia e a ridurre gli elementi di stress ingenerati dalle condizioni di iperattività, inattenzione o impulsività.

Il posto di lavoro. È essenziale individuare, anche attraverso l'aiuto di un counseling, una carriera o un lavoro che sia compatibile con l'iperattività, l'inattenzione o impulsività ancora presenti, ovvero che siano apportati opportuni cambiamenti consentendo alla persona di sfruttare al meglio i propri punti di forza.

O.N.Da

O.N.Da è un Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna che studia le principali patologie e tematiche di salute femminile promuovendo una cultura della salute di genere: dalle malattie cardiovascolari all'oncologia, dalle patologie psichiche a quelle neurodegenerative, dalle tematiche riproduttive alle malattie a trasmissione sessuale, alla menopausa e alle problematiche legate all'invecchiamento.

O.N.Da sostiene ricerche di base e cliniche sulle principali patologie, ne valuta l'impatto sociale ed economico, informa le Istituzioni, i medici e il pubblico, promuove l'insegnamento in ambito scolastico e incoraggia le donne a svolgere un ruolo attivo nei confronti della propria salute.

Consiglio Direttivo:

Francesca Merzagora (Presidente), Alberto Costa (Vice Presidente), Gilberto Corbellini, Giorgio Fiorentini, Maria Antonietta Nosenzo, Ilaria Viganò

Co-fondatore:

Giorgio Viganò (1939-2010)

Comitato d'onore:

Boris Biancheri, Vittoria Buffa, Alessio Fronzoni, Gaetano Gifuni, Umberto Veronesi

Comitato Tecnico Scientifico:

Gilberto Corbellini (Presidente), Adriana Albini, Giuliano Binetti, Cesare Bonezzi, Maria Luisa Brandi, Vincenzina Bruni, Salvatore Carrubba, Elena Cattaneo, Patrizia Colarizi, Maurizio De Tilla, Claudio Mencacci, Maria Grazia Modena, Eva Negri, Laura Pellegrini, Walter Ricciardi, Gianna Schelotto, Nicla Vassallo, Carlo Vergani, Riccardo Vigneri