

Elena Bortolotti

DDAI

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività

ADHD

Attention deficit/hyperactivity disorder

Introduzione

Pietro ha 7 anni fa la seconda primaria, è un “terremoto”, basta un non nulla per distrarlo.

È sempre in movimento, non si concentra su ciò che deve fare e tali comportamenti li manifesta da alcuni anni, ma ormai il problema è sempre meno gestibile perché dovrebbe andare in terza classe, e certi comportamenti non sono più accettabili, anche perché ne risentono i suoi apprendimenti scolastici e i compagni di classe non lo sopportano più perché ritengono che disturbi.

Se non è impegnato in lotte e litigi coi compagni si comporta da buffone in classe; è deriso, evitato. A volte sembra che non gli importi nulla di essere accettato, a volte mostra disappunto e tristezza.

Le aree di apprendimento compromesse sono in particolare quelle della matematica, ma le difficoltà sono generalizzate.

Introduzione

P. ha difficoltà nel completare autonomamente un compito; dimentica spesso di quanto aveva programmato di fare anche se mostrava entusiasmo iniziale nel farlo. Quando inizia un compito, gioco o attività, quasi mai lo porta a termine.

Nello sport (mini-basket) vorrebbe impegnarsi, ma ha difficoltà di coordinazione ed è impulsivo e distraibile, così da essere un giocatore poco desiderabile, né allenatore né i compagni di gioco lo sopportano.

Le insegnanti e i genitori, preoccupati e frustrati dal fallimento delle tradizionali misure già messe in atto (richiamare, sgridare, stimolare il bambino) sono allo stremo delle forze, non riescono a contenerlo.

AIUTO ??? CHE FACCIAMO??? Potrebbe essere un caso di ADHD?

Linee Guida SINPIA

La Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) ha approvato due distinte linee guida: le prime, dal titolo “Linee guida per la diagnosi e la terapia farmacologica del Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) in età evolutiva”, sono state approvate nel giugno 2002 e stabiliscono le raccomandazioni relative alla diagnosi e alla terapia farmacologica; le seconde, dal titolo “Linee guida del trattamento cognitivo comportamentale dei Disturbi da Deficit dell'Attenzione con Iperattività (ADHD), sono state approvate nell'ottobre 2002 e inquadrano e definiscono, le modalità di intervento psicoeducativo e psicoterapico per ADHD

LINEE GUIDA DIAGNOSI E TERAPIA FARMACOLOGICA

LINEE GUIDA INTERVENTO TERAPEUTICO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Cos'è l'ADHD o DDAI ? (*Attention deficit/hyperactivity disorder* *Disturbo da deficit di attenzione/iperattività*)

Nel 1902 sulla rivista «Lancet» il pediatra Still descriveva un situazione denominata «deficit di controllo morale»

Caratteristiche:

- aggressività
- opposizione
- iperattività
- disattenzione

Si riteneva che l'origine di tale problema fosse dovuta a cause biologiche

Bambini «terribili»

Che già all'epoca mettevano in crisi genitori e insegnanti!

Negli anni sono cambiate le interpretazioni del problema ... ma non i sintomi!

Negli anni Venti studiosi notarono che queste manifestazioni comportamentali erano legate ad una precedente “encefalite... legata ad una forte influenza”.

Negli anni Trenta le ricerche arrivarono alla conclusione che i sintomi dell'iperattività e della disattenzione erano legati tra di loro, in modo piuttosto variabile a seconda dei casi.

La spiegazione fu la presenza di un **Danno Cerebrale Minimo** (Levin, 1938), sebbene non venne riconosciuta alcuna lesione specifica.

Altri autori ipotizzarono che la spiegazione più plausibile fosse da ricercare, non in una lesione vera e propria, ma in una non ben precisata **Disfunzione Cerebrale Minima** causata da intossicazione da piombo (Byers & Lord, 1943), da traumi perinatali (Shirley, 1939) o da infezioni cerebrali (Meyers & Byers, 1952).

Nel 1952 comparve la prima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) pubblicato dall'Associazione degli Psichiatri Americani due sole categorie dei disturbi psichiatrici infantili: la Schizofrenia e il Disturbo di Adattamento.

La seconda edizione del DSM (APA, 1968) citava l'etichetta diagnostica "Reazione Ipercinetica del Bambino". La scelta di questo termine enfatizzava l'importanza dell'aspetto motorio a scapito di quello cognitivo. Il termine Ipercinesia deriva infatti dal greco "hyper" cioè eccessivo e "kinesis", movimento, moto. Non venivano specificati i criteri per poter formulare una diagnosi.

Il DSM-III (APA, 1980) inserisce criteri diagnostici per ogni disturbo, anche per l'infanzia. Il termine diagnostico utilizzato per riferirsi al DDA era "Disturbo da Deficit dell'Attenzione" (un mutamento nella lettura della sindrome, a vantaggio degli aspetti cognitivi rispetto a quelli comportamentali)

Nel DSM-III (APA, 1980) venivano descritti due sottotipi di DDA: con o senza Iperattività. I sintomi previsti erano 16, suddivisi in tre categorie: disattenzione (5 sintomi), impulsività (6 sintomi) e iperattività (5 sintomi). Secondo tali criteri, il bambino, per essere diagnosticato doveva presentare almeno tre sintomi di disattenzione e tre di impulsività; mentre se al DDA si associava l'Iperattività allora dovevano essere presenti almeno altri 2 sintomi

Nel 1987 fu pubblicato il DSM-III-R, nel quale furono eliminati i sottotipi e fu introdotta l'attuale etichetta Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (DDAI). Furono rimosse le tre categorie di sintomi a favore di un'unica lista di 14 comportamenti in cui disattenzione, impulsività e iperattività erano considerati di pari importanza per poter formulare una diagnosi di DDAI. In base al DSM-III-R (APA, 1987) era sufficiente che il bambino manifestasse almeno 8 sintomi in due contesti per almeno 6 mesi per ricevere una diagnosi di DDAI.

Le diagnosi di DDAI aumentarono del 26%

DSM IV (1994)

Secondo i criteri del DSM-IV il **Disturbo** è caratterizzato da due gruppi di sintomi o dimensioni psicopatologiche definibili come
inattenzione e
impulsività/iperattività

DSM 5 (2013)

Disattenzione: Sei (o più) dei seguenti sintomi sono persistiti per almeno 6 mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e che ha un impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche/lavorative.

DSM 5

Iperattività e impulsività: Sei (o più) dei seguenti sintomi persistono per almeno 6 mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e che ha un impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche/lavorative

Specificare la gravità attuale:

Lieve: Sono presenti pochi, ove esistenti, sintomi oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi, e i sintomi comportano solo compromissioni minori del funzionamento sociale o lavorativo.

Moderata: Sono presenti sintomi o compromissione funzionale compresi tra "lievi" e "gravi".

Grave: Sono presenti molti sintomi oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi, o diversi sintomi che sono particolarmente gravi, o i sintomi comportano una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo.

La diagnosi

deve basarsi su una valutazione accurata del bambino condotta da un Neuropsichiatra o da specialisti con competenze sulla diagnosi e terapia dell'ADHD

La valutazione coinvolge il bambino, i suoi genitori e gli insegnanti: devono essere raccolte, da fonti multiple, informazione sul comportamento e la compromissione funzionale del bambino e devono sempre essere considerati fattori culturali e l'ambiente di vita.

Particolarmente utile l'uso di strumenti quali i questionari e interviste diagnostiche semistrutturate, opportunamente standardizzati e validati.

I sintomi da soli non bastano ...

Alcuni sintomi devono comparire prima dei 7 anni

I sintomi devono creare difficoltà in almeno due contesti (es. a casa e a scuola)

La compromissione del funzionamento (a livello scolastico, sociale, lavorativo...) deve essere significativa

I sintomi non risultano meglio attribuibili ad un altro disturbo mentale (Disturbo d'Ansia, Disturbo dell'Umore)

Possibile e frequente la comorbidità con altri disturbi psichiatrici (70% secondo MTA study, 1999)

Riconoscere l'ADHD

Non è facile riconoscere l'ADHD in età prescolare (età 3-6 anni): molti bambini presentano una marcata iperattività, crisi di rabbia, gioco prevalentemente motorio e litigiosità (non è però detto si tratti di ADHD). È durante la scuola primaria (età 6-12 anni) che avviene più frequentemente la prima diagnosi, per una serie di sintomi che differenziano il bambino ADHD dai suoi coetanei.

Non è vero che i sintomi scompaiono da soli con la crescita e possono aprire ad altre situazioni problematiche.

Decorso del disturbo: età prescolare

Età prescolare

- Marcata iperattività
- Sonno discontinuo e agitato
- Aggressività
- Litigiosità
- Frequenti scoppi d'ira
- Oppositività
- Scarsa percezione del pericolo con presenza di frequenti incidenti

Decorso del disturbo: età scolare

Età scolare

- Evidente inattenzione, impulsività e iperattività
- Tendenza a evitare compiti complessi e lunghi
- Difficoltà associate alle caratteristiche primarie: difficoltà scolastiche
- Comportamenti aggressivi/provocazioni
- Senso di inadeguatezza e scarsa fiducia nelle proprie capacità
- Relazioni sociali difficili

Decorso del disturbo: adolescenza

Adolescenza

- Evidente inattenzione
- Carente capacità di organizzazione e pianificazione
- Riduzione dell'iperattività
- Abuso di sostanze
- Problemi emotivi, comportamento aggressivo

TABLELLA

Decorso del disturbo: età adulta

Età adulta

- Scarso successo scolastico e lavorativo
- Difficoltà di inserimento sociale
- Comportamento antisociale e delinquenza

Le caratteristiche

I sintomi dell'iperattività comprendono:

muovere con irrequietezza mani e piedi e dimenarsi sulla sedia;
difficoltà a rimanere seduto quando viene richiesto;
scorazzare e saltare dovunque in modo eccessivo;
difficoltà a fare giochi in tranquillità;
chiaccherare troppo.

I sintomi dell'impulsività comprendono:

rispondere alle domande prima che esse vengano completate;
avere problemi a rispettare il proprio turno;
interrompere gli altri mentre stanno parlando;
intromettersi nei giochi degli altri.

I sintomi della distraibilità comprendono:

non prestare attenzione ai particolari;

difficoltà a mantenere a lungo l'attenzione in un gioco o su un compito;

difficoltà a seguire le istruzioni o a portare a termine delle commissioni o dei compiti (non dovuta ad un'incapacità di comprendere le istruzioni o ad

n atteggiamento di sfida);

difficoltà ad organizzare o programmare le proprie attività;

evitare d'impegnarsi in compiti che richiedono uno sforzo mentale protratto;

essere facilmente distraibile da stimoli esterni;

perdere frequentemente gli oggetti necessari per le attività di scuola o di casa (per es., matite, libri e giocattoli);

essere sbadato nelle attività quotidiane.

Comorbidità

Si stima che ne risultano affetti all'incirca il 7% della popolazione infantile e il 4% della popolazione adulta (Faraone et al.2003, Fayyad et. al 2007).

È stato dimostrato che l'ADHD rende vulnerabile ad altri disturbi, che emergono nel corso degli anni complicando ulteriormente il quadro clinico: è riconosciuto che il 50%-87% degli individui ADHD presenta almeno un altro disturbo in comorbidità, mentre due o più nel 33% di questi (Biederman et al. 1993; Adler et al. 2008). Tra questi, i più frequenti sono: Disturbo Oppositivo Provocatorio (>50%), problemi di condotta e difficoltà antisociali (25-45%), Disturbi dell'Apprendimento (25-40%), bassa auto-stima, depressione (25%), personalità antisociale (10-25%), uso/abuso di sostanze (10-25%).

Le scale di valutazione

[LA SCALA SDAI.pdf](#)

ADHD

gli interventi

L'intervento farmacologico

L'intervento farmacologico è molto efficace sui sintomi nucleari dell'ADHD, come testimoniato da centinaia di pubblicazioni su riviste internazionali e l'efficacia della terapia farmacologica è superiore a quella degli interventi non farmacologici.

Ma quando proporlo?

Il paziente per il quale viene considerato l'intervento farmacologico deve aver compiuto i sei anni e deve avere una diagnosi accertata di ADHD.

Gli interventi non farmacologici vanno messi in atto per primi, quindi si verifica l'evoluzione dell'impariment.

L'Approccio multimodale

Nel caso di diagnosi di ADHD, si indicherà un trattamento multimodale comprendente una combinazione di interventi indirizzati alle diverse aree compromesse dal disturbo.

Pur avendo l'ADHD una natura organica, esso non può essere trattato unicamente con un intervento di tipo farmacologico.

La terapia farmacologica, infatti, se ritenuta idonea al bambino, potrà agire sui sintomi centrali del disturbo (iperattività, inattenzione e impulsività) ma potrebbe non produrre miglioramenti sulla bassa autostima, sulle scarse competenze sociali e relazionali, e sulle difficoltà di apprendimento scolastico, che richiederanno altre modalità di intervento.

Parent Training

Le problematiche relative al comportamento del bambino/adolescente ADHD rendono necessario il coinvolgimento dei genitori nel percorso di cura,

I genitori verranno incoraggiati e aiutati ad affrontare i sintomi del disturbo, a strutturare un ambiente che possa favorire l'autoregolazione del bambino. Il Parent Training prevede degli incontri individuali o in gruppo, a seconda delle preferenze delle persone coinvolte, in cui potranno essere:

- fornite informazioni corrette rispetto alle difficoltà del bambino e ai possibili trattamenti,
- chiariti gli scopi dell'intervento e gli obiettivi da raggiungere
- individuate le attribuzioni e modalità di interazione disfunzionali, e poi rielaborate
- individuati i punti di forza del bambino/adolescente, così da aumentare la frequenza dei comportamenti desiderabili attraverso tecniche di rinforzo
- contestualizzati i comportamenti problematici, così da riconoscere l'importanza degli antecedenti e delle conseguenze
- illustrate le modalità in cui poter creare un ambiente prevedibile, con regole chiare e condivise, che faciliti la gestione del comportamento del bambino/adolescente,
- insegnate tecniche per la gestione dei comportamenti problematici, e strategie di problem solving.

Teacher Training

La scuola è l'ambiente in cui si manifestano i comportamenti disfunzionali.

Il coinvolgimento degli insegnanti fa parte integrante ed essenziale di un percorso terapeutico per il trattamento del bambino con ADHD

Il Teacher Training mira a favorire l'autoregolazione, l'autocontrollo e l'autoconsapevolezza dei propri comportamenti nel bambino/adolescente ADHD all'interno dell'ambiente scolastico attraverso:

- la consapevolezza delle difficoltà incontrate dal bambino/adolescente ADHD e delle situazioni che si possono collegare ai comportamenti problematici
- la definizione di regole e routine scolastiche, che comprenda anche l'organizzazione del materiale
- la messa in atto di specifiche tecniche di modificazione del comportamento all'interno della classe
- una strutturazione delle lezioni e dell'ambiente che riduca al minimo l'emergere dei comportamenti-problema
- il miglioramento della comunicazione insegnanti-genitori e della relazione insegnante-bambino, messe a dura prova dalle difficoltà di gestione del comportamento.

Intervento con il bambino/adolescente

Il trattamento dell'ADHD richiede anche un intervento terapeutico diretto con il bambino/adolescente con l'obiettivo di migliorare il suo comportamento attraverso un training diretto:

- all'insegnamento di tecniche di auto-controllo, di gestione della rabbia, di risoluzione dei problemi,
- al miglioramento dei comportamenti impulsivi e inadeguati
- al miglioramento delle relazioni interpersonali con genitori, insegnanti, fratelli e coetanei
- al miglioramento delle capacità di apprendimento
- all'aumento dell'autonomia e dell'autostima.

Cosa fare?

Strategie comportamentali e interventi psicoeducativi

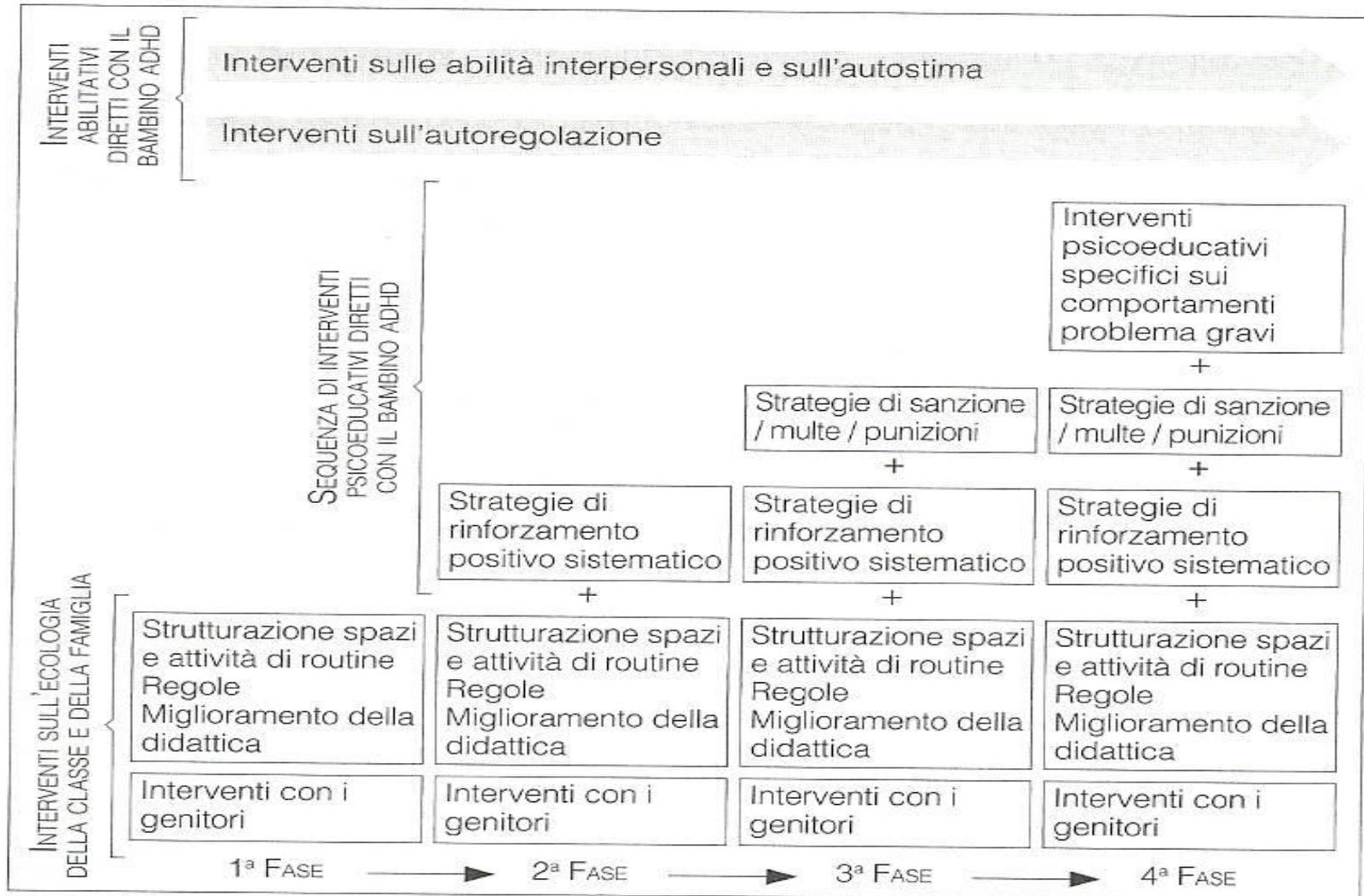
Programmi che includono:

Tecniche comportamentali per sviluppare e potenziare comportamenti desiderabili e ridurre quelli problematici

Tecniche cognitive per favorire l'apprendimento dell'automonitoraggio e del problem solving (SINPIA, 2006)

TABELLA 8

La sequenza degli interventi psicoeducativi cognitivo-comportamentali



Funzioni esecutive (Barkley, 1998) autocontrollo

Per raggiungere un obiettivo (gioco, studio ...)

Bisogna saper coordinare alcune funzioni e attività cognitive

Che assicurano flessibilità al nostro comportamento e permettono di gestire la distribuzione delle risorse attentive, di coordinare le sequenze delle varie azioni e di effettuare al momento giusto il passaggio da un compito all'altro

Nei primi 6/7 anni il bambino impara ad impegnarsi in attività senza distrarsi, impara a ricordare gli obiettivi di un compito ecc.

Impara cioè ad **AUTOREGOLARSI**

Strategie comportamentali

Approccio comportamentale

caratterizzato da un dettagliato assessment delle risposte problematiche e delle condizioni ambientali che le elicitano e mantengono,

le situazioni ambientali positive, e 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.

ciò deve avvenire in tutte le situazioni ambientali (casa, scuola...)

Strategie comportamentali

Durante un trattamento di tipo comportamentale si può utilizzare la “token economy” (tecnica a punti)

utilizza punti, stelline, o gettoni che possono essere guadagnati dal paziente per i comportamenti desiderabili (e persi per i comportamenti problematici) e scambiati per un accumulo di rinforzi, come possono essere soldi, cibo, giocattoli, privilegi o tempo da dedicare a un'attività piacevole per il bambino.

Il sistema a punti può essere usato con successo dai genitori, dagli insegnanti e dai clinici

La debolezza della terapia comportamentale è la difficoltà nel mantenere, nel tempo, il miglioramento ottenuto, e nel generalizzare i cambiamenti accorsi a situazioni che sono diverse da quella che si è creata all'interno del trattamento.

Intervento cognitivo-comportamentale (ICC)

L'ICC o la terapia del problem-solving possono essere condotti sia individualmente sia in gruppo (Cornoldi, Gardinale, Masi & Pettinò, 1996). Questo tipo di intervento combina l'insegnamento di strategie cognitive, per esempio le tappe del problem-solving e l'automonitoraggio, con tecniche di modificazione del comportamento, come per esempio i rinforzi, gli auto-rinforzi e il modeling.

Un trattamento che includa anche automonitoraggio e autovalutazione risulta estremamente utile per il miglioramento dell'autocontrollo.

Le recenti linee guida del NICE (National Institute for Health & Clinical Excellence - 2009) hanno infatti considerato con il massimo rigore le prove dell'utilità dei questo tipo di interventi.

Gli autori sottolineano innanzitutto come la diagnosi di ADHD non sia legata solo alla presenza dei sintomi nucleari del disturbo ma anche al grado di compromissione delle attività che il bambino svolge nella vita di ogni giorno.

L'attenuazione degli effetti dei sintomi del bambino sull'ambiente è un tipo di intervento complementare a quello delle terapie farmacologiche, che sono sicuramente le più efficaci sui sintomi stessi.

Per le terapie cognitivo-comportamentali dirette sul bambino vi sono evidenze di un moderato effetto positivo sulla valutazione dei risultati da parte dei genitori. Questi effetti hanno una durata di almeno tre-sei mesi.

Non vi sono tuttavia evidenze che gli insegnanti osservino questi effetti positivi. Gli interventi cognitivo-comportamentali portano quindi a benefici che tuttavia non si esprimono nell'ambiente scolastico.

Gli autori sostengono che queste differenze di pareri vanno considerate con cautela:

- 1) i genitori potrebbero essere portati ad ingigantire gli effetti degli interventi*
- 2) l'ambiente della classe è il più disfunzionale per i bambini con ADHD e quindi alcuni miglioramenti di grado lieve potrebbero non esprimersi a scuola.*

Gli interventi individuali mirati al miglioramento delle abilità sociali dei bambini con ADHD non hanno mostrato miglioramenti certi del senso di “auto-efficacia” dei bambini trattati. Di fronte a questi risultati, gli esperti del NICE considerano ancora aperte le seguenti domande:

- 1) Gli interventi psicologici sono più efficaci nei bambini che assumono i farmaci?*
- 2) Gli interventi psicologici sono efficaci nei bambini in età prescolare?*
- 3) Gli interventi psicologici sono efficaci nei bambini in età scolare?*
- 4) Gli interventi psicologici sono efficaci se fatti in maniera individuale?*
- 5) Gli interventi psicologici sono efficaci se fatti in piccoli gruppi?*

Per le terapie dirette ai genitori (parent-training) gli esperti del NICE hanno considerato la riduzione dei comportamenti oppositivo-provocatori (*un solo studio è stato considerato attendibile*). Anche in questo caso i progressi dei bambini vengono riconosciuti dai genitori ma non dagli insegnanti.

- 1) L'efficacia è stata valutata solo per i bambini fino ai 12 anni
- 2) Gli interventi di parent-training sono indicati per le situazioni con disturbi oppositivi associati
- 3) Gli interventi di parent-training vanno effettuati preferibilmente su gruppi di genitori (gli interventi su singole coppie di genitori vanno riservati a situazioni in cui vi siano problemi di tipo logistico)

Affinchè l'efficacia di un intervento di parent-training venga percepita, potrebbe essere necessario aspettare fino a 10 settimane, un tempo decisamente superiore a quello dell'azione delle terapie farmacologiche.

Di questa differenza gli esperti del NICE consigliano di tener conto in quanto in alcune situazioni il rischio è di mettere a repentaglio l'opportuna presa in carico.

L'impressione è che la durata ottimale di un intervento individuale sul bambino sia di 8-12 sessioni e di 8 sessioni per il parent-training.

Gli interventi sugli insegnanti sono considerati in maniera diversa dalle linee-guida del NICE, a seconda del fatto che si tratti di CONSIGLI o di FORMAZIONE

Gli studi che hanno considerato la questione indicano un effetto assente o minimo sul comportamento e sugli apprendimenti dei bambini per i quali è stato effettuato il counseling (uno degli studi mostrerebbe addirittura un effetto controproducente sui risultati accademici).

Secondo uno degli studi considerati, l'associazione di un intervento di parent-training con il teacher-counseling avrebbe un effetto positivo molto rilevante sulla percezione del comportamento del bambino sia da parte dei genitori che da parte degli insegnanti. Il counseling per gli insegnanti ha quindi una certa efficacia se vengono coinvolti i genitori.

Per quanto riguarda gli interventi di teacher–training (ovvero la preparazione teorica e pratica degli insegnanti ad affrontare i problemi derivanti dall'ADHD), l'analisi della letteratura indicherebbe un minimo effetto positivo sulla percezione dei sintomi nucleari dell'ADHD ma questa differenza non raggiungerebbe un valore statistico sufficiente.

Gli esperti del NICE sottolineano come in particolare a scuola i problemi posti dai bambini con disturbo prevalentemente inattentivo pongono problemi diversi rispetto ai bambini con il disturbo combinato, pertanto gli interventi sugli insegnanti vanno opportunamente calibrati e potrebbero avere efficacia diversa da un bambino all'altro.