



# **DISTURBO D'ATTENZIONE E IPERATTIVITA'**

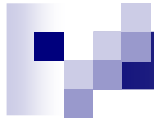
**“clinica e suggerimenti per gli  
apprendimenti specifici a scuola”**

**Leonardo Sacrato**

**U.O.Neuropsichiatria Infantile  
Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare in Età  
Evolutiva**

**Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi  
Università di Bologna**

**09 Aprile 2011, Bologna**



- **Disturbo ad esordio precoce (prima dei 7 anni)**
- **Caratterizzato da iperattività-impulsività e/o disturbo dell'attenzione**
  - **Non riferibile ad altri disturbi mentali**
    - **Presente da almeno 6 mesi**
  - **Si manifesta in diversi contesti (almeno due)**
- **Determina una significativa compromissione funzionale**



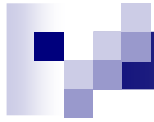
## **Quanti sono i bambini con ADHD ?**

- **La prevalenza del disturbo viene calcolata nel 3-4% dei bambini in età scolare**
  - **In pratica è verosimile che in una classe di trenta bambini almeno uno di essi presenti il disturbo**
- **Il disturbo appare da 6 a 8 volte più frequente nei maschi che nelle femmine**
  - **Nel 20-30% dei casi vi è una familiarità positiva**



# **Iperattività**

- **Incapacità di star fermi** (movimenti delle mani e dei piedi, impossibilità a star seduti)
- **Attività motoria spesso incongrua e afinalistica**
  - **Gioco rumoroso e disorganizzato**
  - **Eccessive verbalizzazioni**
- **Sentimenti soggettivi di irrequietezza**  
(adolescenti ed adulti)
- **Limitate possibilità di inibizione motoria**



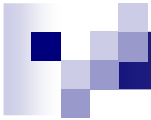
# **Impulsività**

- **Difficile controllo sui propri comportamenti**
- **Incapacità a differire la risposta automatica ad uno stimolo (es. una domanda)**
  - **Difficoltà ad attendere il proprio turno**
  - **Tendenza ad interrompere gli altri e ad essere invadenti**
    - **Scarsa capacità di riflessione**
- **Difficoltà nel valutare le conseguenze delle proprie azioni**



# **Disattenzione**

- **Difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti scolastici o le attività di gioco**
  - **Facile distraibilità per stimoli banali**
- **Difficoltà ad organizzarsi nelle attività quotidiane**
  - **Rapidi passaggi da un'attività all'altra**
  - **Difficoltà nel seguire un discorso**
- **Evitamento di attività che richiedono sforzo mentale protratto**



**I principali sistemi classificatori forniscono criteri precisi per porre la diagnosi di ADHD ma differiscono tra loro in quanto:**

**il DSM IV** (American Psychiatric Association) **permette di distinguere tre forme cliniche:**

- a) iperattiva-impulsiva**
- b) inattentiva**
- c) combinata**

*mentre*

**l'ICD-10** (World Health Organization) **prevede solo la forma combinata**



# **I SINTOMI CARATTERISTICI**

**Iperattività motoria, Impulsività, Inattenzione**

***causano spesso***

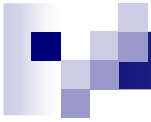
**Difficoltà relazionali**

**Difficoltà scolastiche**

**Bassa autostima**

**Disturbi del comportamento**





# **DIFFICOLTA' RELAZIONALI**

- **Emarginazione da parte dei coetanei**
  - **Scarse amicizie durature**
  - **Tendenza all'isolamento**
- **Rapporti con bambini più piccoli o coetanei che possano presentare difficoltà di varia natura**



# **DIFFICOLTA' SCOLASTICHE**

- **Difficoltà a mantenere l'attenzione per tempi prolungati**
- **Disturbo della memoria sequenziale**
  - **Stile cognitivo impulsivo**
  - **Deficit nei processi di controllo e indirizzamento delle risorse cognitive**

**La conseguenza è un rendimento inferiore alle potenzialità cognitive con effetti sul piano emotivo-comportamentale**



# **BASSA AUTOSTIMA**

- **Rimproveri, rifiuto sociale, insuccesso scolastico e sportivo, ecc.**
  - **Scarsa fiducia in sé stessi**
  - **Sentimenti abbandonici**
    - **Solitudine**
    - **Demoralizzazione**
- **Rischio di un disturbo ansioso-depressivo o di disturbi del comportamento**



# **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO**

- **Comportamento negativista e provocatorio**
  - **Crisi di collera**
- **Comportamento arrabbiato o rancoroso**
- **Comportamento dispettoso o vendicativo**
  - **Frequenti litigi con gli adulti**
  - **Incapacità di rispettare le regole**
- **Sistematica violazione delle regole sociali**



## **Disturbi associati**

**Circa il 70% dei bambini con ADHD presenta altri disturbi, tra cui:**

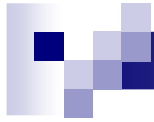
- ✓ **Disturbi Specifici di Apprendimento-Dislessia (30%)**
- ✓ **Disturbo Oppositivo Provocatorio (25%)**
- ✓ **Disturbo della Condotta (10%-15%)**
- ✓ **Disturbo d'Ansia/Depressione (15%)**

**Si tratta di uno dei disturbi in età evolutiva in cui è più difficile fare diagnosi differenziale o associata**



## **ADHD in età prescolare**

- **Massimo grado di iperattività**
  - **Comportamenti aggressivi**
    - **Crisi di rabbia**
  - **Litigiosità, provocatorietà**
- **Assenza di paura, condotte pericolose, incidenti**
  - **Disturbo del sonno**



# **ADHD in età scolare**

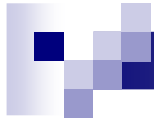
- **Comparsa di sintomi cognitivi (disattenzione, impulsività)**
  - **Difficoltà scolastiche**
  - **Possibile riduzione della iperattività**
  - **Evitamento di compiti prolungati**
- **Comportamento oppositivo-provocatorio**



## **ADHD in adolescenza**

- **Disturbo dell'attenzione: difficoltà scolastiche e di organizzazione della vita quotidiana**  
(programmazione)
- **Riduzione del comportamento iperattivo ma sensazione soggettiva di irrequietezza**
- **Instabilità scolastica, lavorativa, relazionale**
  - **Condotte pericolose**
  - **Disturbi ansioso-depressivi**





## **ADHD in età adulta**

- **Difficoltà di organizzazione nel lavoro**
  - **Intolleranza di vita sedentaria**
    - **Condotte rischiose**
  - **Rischio di marginalità sociale**
- **Bassa autostima, tendenza all'isolamento sociale, vulnerabilità psicopatologica**



## **Cause e manifestazioni del disturbo**

- **Le cause dell'ADHD sembrano ricondurre ad una base neurobiologica: il bambino nasce con una predisposizione a sviluppare il disturbo**
- **L'educazione, l'ambiente familiare e/o scolastico possono far sfociare in modo più o meno evidente la sintomatologia, da intendersi come un continuum di disattenzione e/o iperattività (dal meno grave al più grave)**



## **Fattori Genetici**

**L'ADHD tende ad essere presente in diversi membri di una stessa famiglia e costituisce uno dei disturbi psichiatrici con più elevata ereditabilità.**

**Tra il 50 ed il 90% dei gemelli monozigoti di bambini con ADHD presenta la stessa sindrome (studi su gemelli adottati suggeriscono che tale familiarità sia genetica piuttosto che ambientale).**



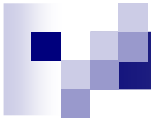
## **Fattori ambientali come condizioni di aggravamento**

- **Presenza di familiari con lo stesso disturbo**
- **Se vi sono altri disturbi il quadro è più complesso**
- **Se il bambino ha un basso livello cognitivo avrà meno possibilità di sviluppare strategie di compensazione**
- **Le relazioni familiari disorganizzate non aiutano lo sviluppo dell'autoregolazione**
  - **Se non si accetta il problema il bambino verrà inutilmente accusato e punito, con un conseguente aggravamento della situazione**



## **La diagnosi di ADHD è clinica**

- Deve essere formulata nell'ambito di una **valutazione globale** del bambino e del suo ambiente (famiglia)
- Si basa sulla **raccolta di informazioni** da fonti multiple (genitori e insegnanti), **sull'intervista del bambino** e **sull'osservazione diretta**
- Non può basarsi solo sui questionari e/o test neuropsicologici



**Non esistono test diagnostici specifici: i test neuropsicologici, i questionari per genitori ed insegnanti, le scale di valutazione sono utili per misurare la severità del disturbo e seguirne nel tempo l'andamento; spesso sono cruciali per individuare eventuali patologie associate (disturbi d'ansia o dell'umore, disturbi specifici dell'apprendimento) e per studiare i meccanismi neurobiologici che ne sono alla base (Cantwell 1996; Doyle et al. 2000; Hetchman 2000; Swanson et al. 1998)**



# **Capacità compromesse**

- **Retrospezione**
  - **Previsione**
- **Preparazione e imitazione di comportamenti complessi**
  - **Autoregolazione del livello di attenzione e della motivazione**
  - **Scomposizione di comportamenti osservati e ricomposizione in nuovi comportamenti finalizzati**
    - **Freno alle reazioni immediate**
    - **Controllo del proprio comportamento**



# **Protocollo diagnostico**

- 1. Anamnesi con i genitori**
- 2. Osservazione e colloquio con il bambino/adolescente**
- 3. Somministrazione di questionari e interviste diagnostiche**
- 4. Misurazione del Q.I.**
- 5. Test neuropsicologici**
- 6. Valutazione degli apprendimenti (anche visionando quaderni e pagelle)**





## **I questionari**

**Inventari di domande sul comportamento del bambino in cui il valutatore stabilisce la frequenza dei comportamenti problematici (sintomi)**

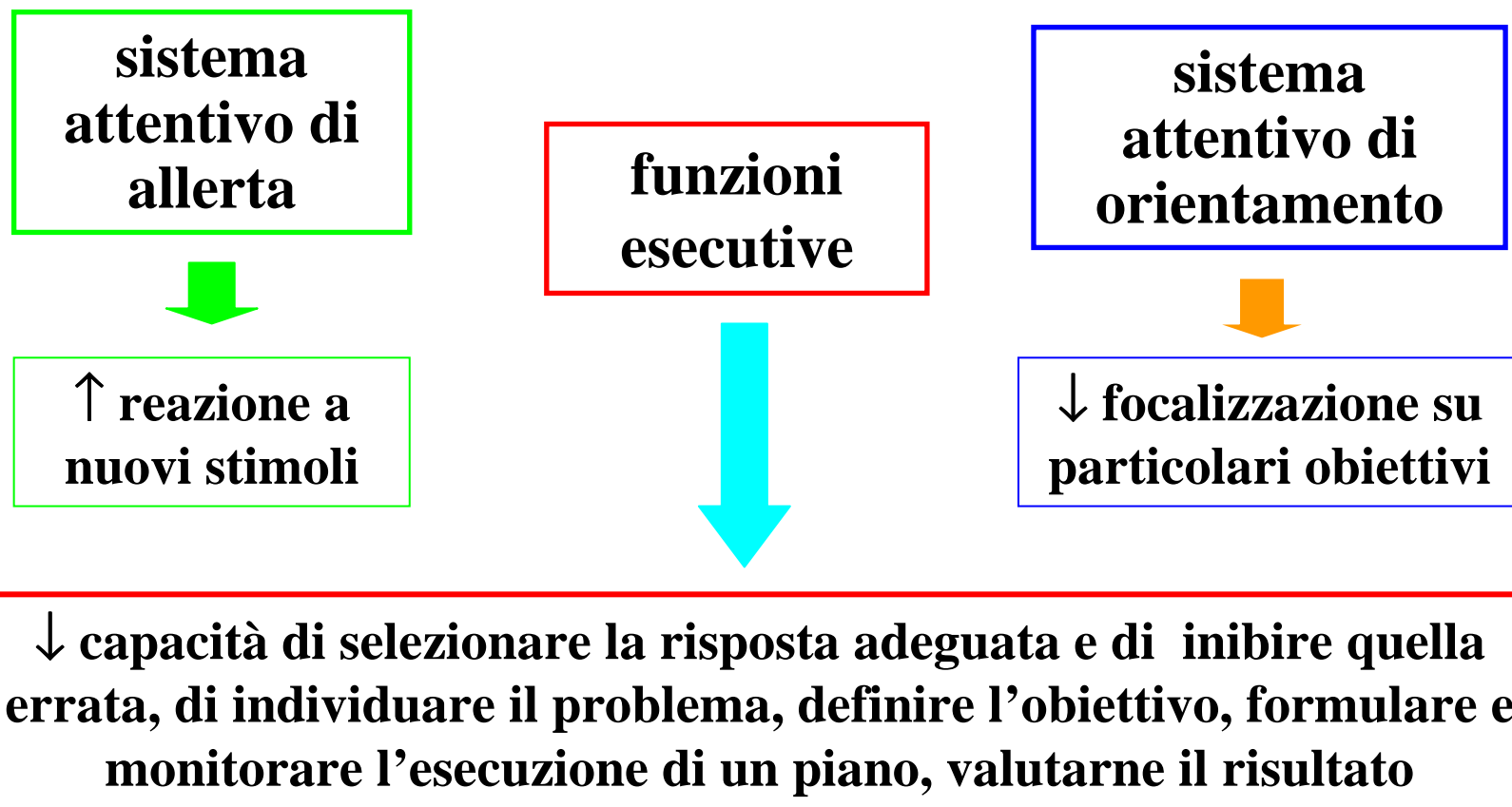
## **La valutazione Neuropsicologica**

- **Test delle campanelle modificato (attenzione)**
  - **Continuous Performance Test (attenzione)**
    - **WCST (funzioni esecutive)**
  - **Torre di Londra (strategie cognitive)**
    - **WISC-III (abilità cognitive)**
    - **Apprendimenti scolastici**

**Consentono una precisa definizione delle componenti cognitive alterate**



## **I quadri clinici e neuropsicologici sono infatti interpretabili come alterazioni di 3 componenti cognitive fondamentali**



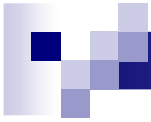


## **DECORSO E PROGNOSI**

**Il deficit attentivo può essere presente già in età  
prescolare. A questa età è però difficile  
formulare una diagnosi differenziale con altri  
disturbi e determinare con sicurezza la  
significativa compromissione del funzionamento  
globale**



**Non molti anni fa si riteneva che il deficit attentivo e l'iperattività si risolvessero con l'età. In realtà, per circa  $\frac{1}{3}$  dei bambini, l'ADHD costituisce una sorta di “ritardo semplice” nello sviluppo delle funzioni esecutive: all'inizio della vita adulta essi non manifestano più sintomi di inattenzione o di iperattività, indicando che il disturbo era da correlarsi ad un ritardo di sviluppo delle suddette funzioni.**



**Altri soggetti (15-20%) possono mostrare invece una sorta di "*cicatrici*" causate dal disturbo: divenuti adolescenti e poi adulti mostrano oltre sintomi di inattenzione, impulsività ed iperattività, anche altri disturbi psicopatologici quali alcolismo, tossicodipendenza e disturbo di personalità antisociale (Cantwell 1996; Mannuzza et al. 1993; 2000). Un importante indice predittivo di tale evoluzione è la presenza, già nell'infanzia, di un disturbo della condotta associato all'ADHD (Taylor et.al. 1996).**



**Recenti studi (*International Consensus Statement on ADHD - 2002*), riportano che di frequente soggetti con ADHD non completano l'obbligo scolastico (32-40%), raramente arrivano all'università (5-10%), hanno pochi amici, sono spesso coinvolti in attività antisociali, mostrano maggiore frequenza di gravidanze prima dei 20 anni, di malattie sessualmente trasmesse (16%), di incidenti stradali dovuti a velocità eccessiva e, da adulti, soffrono di depressione (20-30%) e di disturbi di personalità (18-25%).**



## **Gli Interventi terapeutici**

**La terapia per l'ADHD si basa su un approccio multimodale che combina interventi psicosociali con terapie mediche (Taylor et al. 1996; NICE 2000; AACAP 2002). I genitori, gli insegnanti e lo stesso bambino devono essere coinvolti nel programma terapeutico individualizzato sulla base dei sintomi più severi e delle risorse identificabili nel singolo bambino e nella famiglia.**

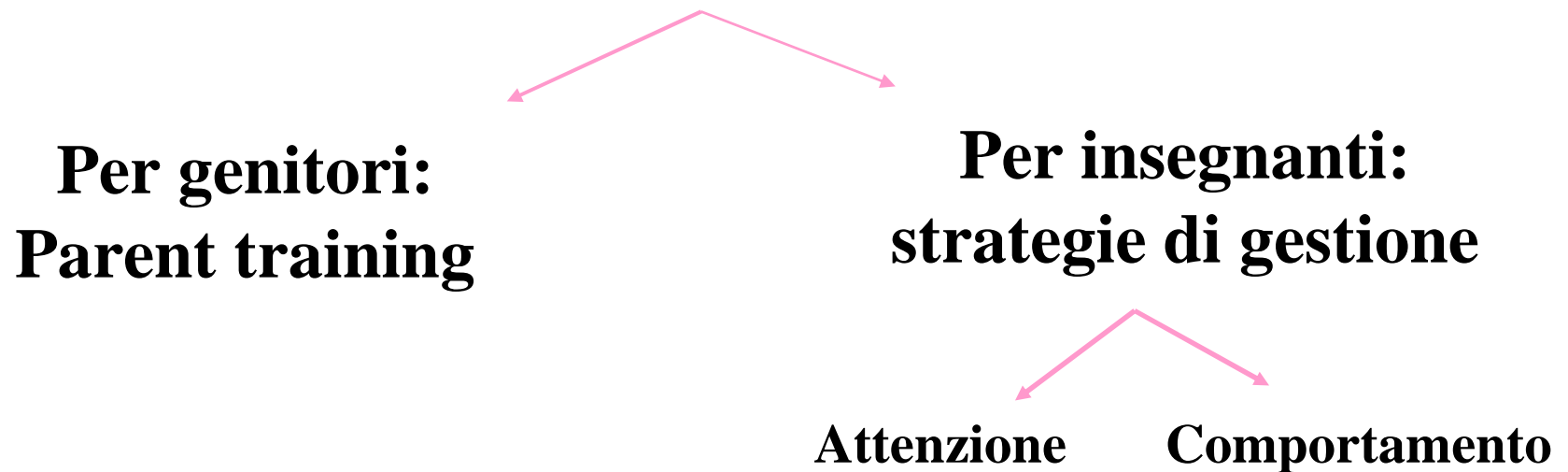


# **Come si possono aiutare i bambini con ADHD?**



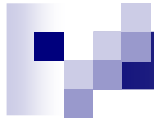


## **INTERVENTI INDIRETTI:**



## **INTERVENTI DIRETTI AL BAMBINO:**

**Training cognitivo-comportamentale: insegnare  
l'autoregolazione**



## **OBIETTIVI:**

- **Favorire la modifica di pensieri ed atteggiamenti non positivi al cambiamento (es. “lo fa apposta”, “vuole solo attirare l’attenzione”)**
- **Fornire gli strumenti gestione delle problematiche cognitive e comportamentali del bambino**
- **Creare un quadro equilibrato delle potenzialità e delle difficoltà del bambino (punti di forza e punti di debolezza)**



# **PERCORSO**

## **LA COMPRENSIONE DEL PROBLEMA**

- **Dare informazioni corrette sull'ADHD**
- **Creare aspettative realistiche riguardo l'intervento**

## **PREPARAZIONE DEI GENITORI AL CAMBIAMENTO**

- **Fare un inventario di comportamenti, pensieri e attribuzioni dei genitori rispetto al figlio**
- **Proporre e discutere comportamenti e modi di pensare positivi**



## **LA COMPLESSITA' DEL PROBLEMA**

**Proporre un metodo di analisi delle situazioni problema utile ad identificare i fattori che favoriscono l'instabilità comportamentale**

## **SCELTE EDUCATIVE CHE FAVORISCONO L'EDUCAZIONE**

- **Rendere il bambino capace di prevedere ciò che accadrà in base alle regolarità prestabilite**
- **Spiegare l'uso delle gratificazioni come rinforzo di azioni positive non ancora consolidate nel patrimonio comportamentale del bambino**



## **INDIVIDUARE I COMPORTAMENTI POCO FUNZIONALI**

- **Aiutare i genitori a riflettere sulle azioni negative e indesiderabili del figlio**
- **Differenziare la reazione dei genitori in relazione alla gravità dei comportamenti del figlio**
- **Proporre 2 possibili procedure di reazione alle azioni del bambino: ignorare i comportamenti lievemente negativi ed intervenire su quelli gravemente negativi**
- **Fornire al bambino modelli di comp. positivi anche quando si cerchi di correggere modi di agire negativi**

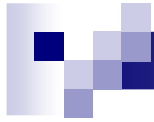


# Interventi psicoeducativi

**Finalizzati a modificare il comportamento  
e insegnare l'autocontrollo**

**Tecniche comportamentali messe in atto in  
situazioni di gioco e in attività scolastiche:**

- ***problem solving*** (riconoscere il problema, generare soluzioni alternative, pianificare la risoluzione)
- ***autoistruzioni verbali*** (guida alla soluzione di situazioni problematiche)
- ***riosservazione delle proprie esperienze***  
(esprimere risposte alternative adeguate al contesto)



**Le modificazioni ambientali sono implementate istruendo genitori ed insegnanti su specifiche tecniche di ricompensa per comportamenti desiderati (*rinforzo positivo*) o di punizione/perdita (*costo della risposta*) di privilegi per il mancato raggiungimento degli obiettivi desiderati. L'applicazione ripetuta di tali premi e punizioni può modificare progressivamente il comportamento.**



**Nel breve termine gli interventi comportamentali possono migliorare le abilità sociali, le capacità di apprendimento e spesso anche i comportamenti disturbanti; generalmente risultano però meno utili nel ridurre i sintomi cardine dell'ADHD quali inattenzione, iperattività o impulsività.**





## Il bambino Iperattivo e la sua percezione del tempo

Il suo **tempo** scorre più **rapidamente**, pertanto:

- *Premi e punizioni devono essere immediati*
- *Le richieste devono essere brevi e chiare*
- *E' necessario parlargli in modo rapido*
  - *Va aiutato a pianificare*



## **In ogni contesto è importante:**

- **Dare immediate informazioni di ritorno (feedback) sull'accettabilità dei comportamenti**
- **Dispensare rinforzi sociali o materiali in risposta ai comportamenti positivi (token economy)**
  - **Ignorare i comportamenti lievemente negativi**
    - **Usare comandi diretti, precisi e semplici**
- **Prendere provvedimenti coerenti e costanti per i comportamenti inappropriati**

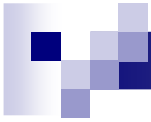


## **Quando somministrare Psicostimolanti**

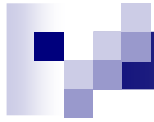
**In genere il farmaco viene somministrato durante la frequenza scolastica e si attua, quando possibile, una sospensione nel periodo di vacanza.**

**Ricordare che una volta sospesa la somministrazione gli effetti del farmaco svaniscono.**

**Una volta iniziato, il trattamento prosegue per alcuni anni. È opportuno tuttavia valutare almeno una volta all'anno l'utilità di continuare il trattamento.**



**Una titolazione attenta della posologia è necessaria per stabilire dosi e modalità di somministrazione ottimali (orari, uso di preparazioni standard ovvero a rilascio prolungato, quando disponibili). Gli effetti clinici del farmaco sono rapidi: la sua somministrazione dovrebbe essere sospesa qualora non vengano osservati miglioramenti clinici significativi dopo gli appropriati aggiustamenti posologici.**



**I bambini in terapia con psicostimolanti devono essere monitorati regolarmente. Dopo aver osservato un miglioramento stabile delle condizioni cliniche il trattamento può essere sospeso sotto attento controllo dello specialista al fine di valutare i progressi ottenuti e la necessità di continuare la terapia.**



## **Effetti collaterali-controindicazione degli Psicostimolanti**

**In genere sono modesti e gestibili. I più comuni sono ridotto appetito, insonnia e mal di stomaco.**

**Quando il farmaco è somministrato correttamente gli effetti collaterali sono rari, temporanei e raramente impongono la modifica o sospensione della terapia.**

**Va considerato che, in soggetti predisposti, gli P. S. possono indurre o peggiorare movimenti involontari, tic, ed idee ossessive.**



## **Altri effetti collaterali**

**In alcuni bambini possono indurre variazioni rapide del tono dell'umore con aumento o diminuzione dell'eloquio, ansia, eccessiva euforia, irritabilità, tristezza (disforia).**

**Tali sintomi sono più frequenti negli adulti; nei bambini dosi elevate di farmaco possono indurre paradossalmente sedazione e diminuzione delle capacità di apprendimento.**



## **Non tutti i bambini con ADHD necessitano di un farmaco**

**Dopo attenta valutazione medica e neuropsichiatrica la decisione di usare farmaci si basa sulla severità dei sintomi, sul consenso dei genitori e del bambino, sulle capacità del bambino, dei genitori e degli operatori scolastici di gestire i problemi comportamentali e sui risultati di precedenti interventi terapeutici.**





## **Efficacia degli interventi**

- **Solo intervento farmacologico: 40%**
- **Solo intervento psicoeducativo: 40%**
- **Intervento farmacologico + intervento psicoeducativo: 60-80 %**



# **Cosa possono fare gli insegnanti?**

## **L'intervento a scuola per l'ADHD**

- **Predisporre un ambiente facilitante**
- **Gestione delle lezioni** (regole, organizzazione della classe, organizzazione dei tempi di lavoro e del materiale)
  - **Gestione del comportamento**
  - **Approccio metacognitivo**
- **Gestire lo stress dell'insegnante**

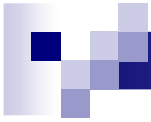


## **GESTIONE DELLA LEZIONE EFFICACE PER TUTTI I BAMBINI**

- **Seguire l'ordine degli argomenti dato alla mattina**
- **Usare tempi di lavoro corretti, non troppo lunghi**
  - **Presentare l'argomento in modo stimolante con figure, audiovisivi, stimoli colorati, ponendo ai bambini degli interrogativi**
- **Ricordare che le domande rendono i bambini attivi quindi più motivati e che se fatte utilizzando i loro nomi catturano di certo la loro attenzione**



- **Strutturare il più possibile i compiti rendendo esplicite le procedure utili per il loro svolgimento**
  - **Usare un tono di voce variato, vivace**
- **Alternare compiti attivi che richiedono al bambino di agire e compiti passivi quali ad esempio l'ascolto di una spiegazione**
- **Favorire la partecipazione attiva secondo regole di comportamento condivise (es. alzare la mano, rispettare il proprio turno, non interrompere un compagno che parla,..)**



- **Accorciare i tempi di lavoro** (spezzettando con brevi pause un lavoro lungo)
- **Ricorrere spesso al canale visivo** (stimoli colorati), a “**segnali**” concordati con il bambino (sia verbali che gestuali o visivi) che possono indicare che il suo comportamento non è corretto, o al contrario che è quello che ci si aspetta da lui, ecc...
- **Attribuirgli compiti di responsabilità**



# **Approcci metacognitivi centrati sul bambino**

## **Autoregolazione cognitiva:**

- **Dialogo interno**
  - **Istruzioni**
  - **Problem solving**
- **Organizzazione e automonitoraggio tramite suddivisione del compito**
  - **Gestione delle emozioni**
    - **Autostima**
    - **Attribuzioni**



# **Sviluppo dell'autoregolazione**

## *Interiorizzazione dei comandi degli adulti*

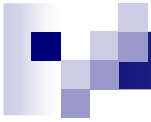
- **Il bambino è controllato dai comandi verbali degli adulti che svolgono un'azione inibitoria ed eccitatoria**
- **I segnali verbali vengono interiorizzati dal bambino e associati ad autocomandi**
  - **Verso i 5-6 anni le istruzioni vengono interiorizzate e differenziate in maniera opportuna**



## Conclusioni

- **L'ADHD è un disturbo neurobiologico**
- **Va attuato sempre un intervento psicoeducativo**
- **Quando ciò non basta si può aggiungere terapia con metilfenidato ed in via subordinata con gli antidepressivi più psicostimolanti o con i neurolettici più sedativi**





**GRAZIE PER  
L'ATTENZIONE**