



IL DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE - IPERATTIVITA' (ADHD)

Parte teorica

**Dott.ssa Laura Bedin, psicologa presso
Centro Diurno Archimede**

**per minori con Disturbo da Deficit di
Attenzione/Iperattività,
difficoltà scolastiche e disturbi associati**

COS'E' IL DDAI (ADHD) DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE / IPERATTIVITA' ?

L'ADHD è un disturbo evolutivo dell'autocontrollo di origine neurobiologica che interferisce con il normale svolgimento delle comuni attività quotidiane: andare a scuola, giocare con i coetanei, convivere serenamente con i genitori e, in generale, inserirsi normalmente nella società.

"Evidenze genetiche e neuro-radiologiche giustificano la definizione psicopatologica del disturbo quale disturbo neurobiologico della corteccia prefrontale e dei nuclei della base che si manifesta come alterazione dell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali."

CARATTERISTICHE PRINCIPALI DEL DDAI

DISATTENZIONE

IMPULSIVITA'

IPERATTIVITA'

**....COMPROMISSIONE
PERVASIVITA'
DURATA**

DISATTENZIONE

- Spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro, o in altre attività;
- Spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco;
- Spesso non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente;
- Spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le incombenze, o i doveri sul posto di lavoro (non a causa di comportamento oppositivo o di incapacità di capire le istruzioni);
- Spesso ha difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle attività;
- Spesso evita, prova avversione, o è riluttante ad impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto (come i compiti a scuola o a casa);
- Spesso perde gli oggetti necessari per i compiti o le attività (per esempio, giocattoli, compiti di scuola, matite, libri o strumenti);
- Spesso è facilmente distratto da stimoli estranei;
- Spesso è sbadato nelle attività quotidiane.

IPERATTIVITA'

- Spesso muove con irrequietezza mani o piedi o si dimena sulla sedia ;
- Spesso lascia il proprio posto a sedere in classe o in altre situazioni in cui ci si aspetta che resti seduto;
- Spesso scorrazza e salta dovunque in modo eccessivo in situazioni in cui ciò è fuori luogo (negli adolescenti o negli adulti, ciò può limitarsi a sentimenti soggettivi di irrequietezza);
- Spesso ha difficoltà a giocare o a dedicarsi a divertimenti in modo tranquillo;
- E' spesso "sotto pressione" o agisce come se fosse "motorizzato";
- Spesso parla troppo.

IMPULSIVITA'

- Spesso “spara” le risposte prima che le domande siano state completate;
- Spesso ha difficoltà ad attendere il proprio turno;
- Spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti.

I 3 SOTTOTIPI SECONDO IL DSM-IV-TR

- Disattento: prevalenza (6 su 9) di comportamenti disattenti.
- Iperattivo: prevalenza (6 su 9) di comportamenti impulsivi-iperattivi
- Combinato: comportamenti disattenti e impulsivi-iperattivi in egual misura.

SINTOMI E CRITERI DIAGNOSTICI SECONDO IL DSM-IV-TR

A. Presenza persistente per almeno 6 mesi di 6 (o più) sintomi al punto 1 o 2 o in entrambi.

1. Disattenzione

2. Iperattività - Impulsività

Alcuni dei sintomi di iperattività-impulsività o di disattenzione che causano compromissione erano presenti prima dei 7 anni di età.

B. Una certa menomazione a seguito dei sintomi è presente in due o più contesti (ad esempio, a scuola - o al lavoro- e a casa).

C. Deve esserci una evidente compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.

D. I sintomi non si manifestano esclusivamente durante il decorso di un disturbo generalizzato dello sviluppo, di schizofrenia o di un altro disturbo psicotico, e non risultano meglio attribuibili a un altro disturbo mentale (ad esempio, disturbo dell'umore, disturbo d'ansia, disturbo dissociativo o disturbo di personalità).

ALCUNE CONSIDERAZIONI SULL'ADHD...

- E' più frequente nei maschi che nelle femmine con una rapporto di 3:1.
- L'età di insorgenza è molto precoce. Si fa diagnosi dai 6 anni in poi, ma si possono avere evidenze della presenza del disturbo già dai 3 anni.

FALSE CREDENZE SULL'ADHD

- Il bambino ADHD non riesce a prestare attenzione a nulla.
- Il bambino ADHD è sempre distratto e iperattivo.
- Un bambino ADHD è dispettoso e si oppone sempre a quanto gli viene proposto.
- I bambini ADHD sono maleducati.
- L'ADHD scompare con l'età.

Un po' di teoria...

QUAL E' L'EZIIOLOGIA DELL'ADHD?

COMPONENTE INNATA

- Studi di genetica
- Neuroanatomia
- Neurofisiologia
- Neurochimica

COMPONENTE APPRESA

- No regole e routine domestiche
- Ambiente caotico
- Atteggiamento frettoloso e impulsivo
- Mancato insegnamento del saper aspettare
- Esperienze negative per aver atteso
- Gratificazione della frettolosità

“Come per altri disturbi è presumibile che i fattori genetici determinino la predisposizione per il disturbo, mentre l’attivazione di tale predisposizione sia modulata anche da fattori ambientali”

**Nell'ADHD è presente un deficit
delle Funzioni Esecutive**

Il modello di Barkley (1997)

Meccanismi di inibizione

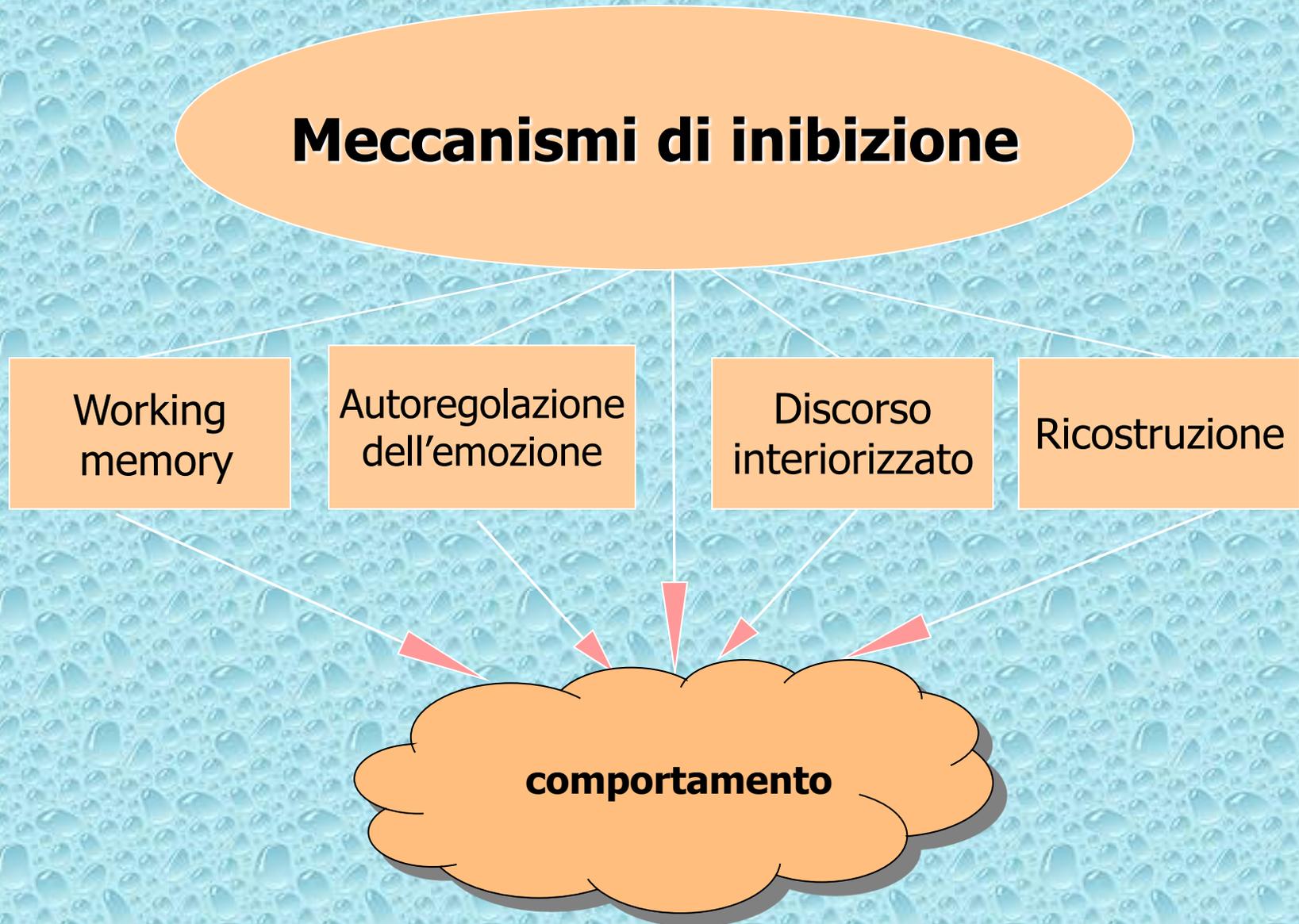
Working
memory

Autoregolazione
dell'emozione

Discorso
interiorizzato

Ricostruzione

comportamento



FUNZIONI ESECUTIVE

Sistemi responsabili della pianificazione e del controllo del comportamento:

- pianificare una sequenza di azioni e rappresentarsi un compito
- mantenere attiva un'area di lavoro a livello mentale
- guidare con flessibilità le risorse attentive, selezionare le informazioni rilevanti da considerare ed eventualmente da tenere in memoria
- sensibilità ai feedback ambientali
- inibire o posticipare una risposta

LA SUA CAPACITA' DI
CONCENTRAZIONE
E DI ATTENZIONE
SOSTENUTA

IL PERCORSO DI
PIANIFICAZIONE
E SOLUZIONE DEI
PROBLEMI

IL LIVELLO DI
AUTOSTIMA

**IL BAMBINO NON
RIESCE A REGOLARE:**

IL COMPORTAMENTO
CON GLI ALTRI

IL COMPORTAMENTO
MOTORIO

IL LIVELLO DI
MOTIVAZIONE,
LA FIDUCIA
NELL'IMPEGNO
E NELLO SFORZO

LA TENDENZA A DARE
UNA RISPOSTA
PRECIPITOSA E IMPULSIVA

LA CAPACITA'
DI RISPONDERE
IN MODO POSITIVO
ALLE EMOZIONI

EVOLUZIONE DEL DISTURBO DA DEFICIT D'ATTENZIONE/IPERATTIVITA'

- Spesso i primi problemi si manifestano a tre anni di età, con una evidente iperattività
- Le difficoltà aumentano con l'ingresso nella scuola elementare in cui al bambino si richiede il rispetto di regole e prestazioni cognitive
- Verso gli ultimi anni della scuola elementare l'iperattività motoria si attenua mentre può persistere l'impulsività e la disattenzione

- Con l'ingresso nelle scuole medie alcuni bambini con DDAI sviluppano delle strategie di compensazione con cui riescono a colmare le difficoltà, sebbene persistano difficoltà di concentrazione soprattutto nello studio orale
- In età adolescenziale e adulta possono perdurare difficoltà nelle relazioni sociali, incapacità a mantenere un lavoro, ad avere relazioni coniugali stabili. Permane anche una certa disorganizzazione nell'intraprendere azioni e fare scelte di vita.

DDAI e sintomi secondari

- Iperattività motoria
 - Impulsività
 - Inattenzione
-
1. Difficoltà relazionali
 2. Difficoltà scolastiche
 3. Bassa autostima
 4. Disturbo del comportamento

1. Difficoltà relazionali

- Emarginazione da parte dei coetanei
- Scarse amicizie durature
- Tendenza all'isolamento
- Rapporti con bambini più piccoli o più instabili
- Incapacità nel cogliere indici sociali non verbali

2. Difficoltà scolastiche

- Rendimento inferiore alle potenzialità cognitive
- Disturbo attentivo
- Disturbo nella memoria sequenziale
- Stile cognitivo impulsivo
- Deficit di controllo delle risorse cognitive
- Effetto sul piano emotivo-comportamentale

3. Bassa autostima

- Demoralizzazione
- Scarsa fiducia in sé stessi
- Solitudine
- Sentimenti abbandonici
- Inadeguatezza per rimproveri, rifiuto sociale, insuccesso scolastico, sportivo, ecc.
- Rischio di un disturbo depressivo, ansioso, comportamentale

4. Disturbo 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
- Accusare gli altri per i propri errori
- Sistemica violazione delle regole sociali
- Aggressioni a persone o animali
- Distruzione di proprietà
- Frode o furto

Sintomi secondari e Disturbi Associati

- i soggetti con DDAI, oltre ai sintomi primari, manifestano anche altri comportamenti disturbanti ritenuti secondari in quanto si presume derivino dall'interazione tra le caratteristiche patognomoniche del disturbo e il loro ambiente.
- il crescente interesse clinico che ruota attorno a questa sindrome è da ricercare in tre ordini di fattori: l'elevata incidenza del disturbo, la presenza di numerosi altri disturbi (comorbidità), e la probabilità di prognosi infausta.
- I bambini con DDAI sono maggiormente a rischio per altre problematiche psicologiche. Il 90% dei pazienti hanno uno o più disturbi associati all'ADHD; in particolare il 64% presenta anche Disturbo Oppositivo Provocatorio, il 55% Disturbo d'Ansia, il 42% Disturbo dell'Apprendimento, il 25% Disturbo della Condotta (studio ADORE)

Disturbo Oppositivo Provocatorio

Una modalità di comportamento negativistico, ostile, e provocatorio che dura da almeno 6 mesi, durante i quali sono stati presenti 4 (o più) dei seguenti:

- 1) spesso va in collera
- 2) spesso litiga con gli adulti
- 3) spesso sfida attivamente o si rifiuta di rispettare la/le richieste o regole degli adulti
- 4) spesso irrita deliberatamente le persone
- 5) spesso accusa gli altri per i propri errori o il proprio cattivo comportamento
- 6) è spesso suscettibile o facilmente irritato dagli altri
- 7) è spesso arrabbiato e rancoroso
- 8) è spesso dispettoso e vendicativo

Disturbo d'Ansia Generalizzato

- A. Ansia e preoccupazione eccessive (attesa apprensiva), che si manifestano per la maggior parte dei giorni per almeno 6 mesi, a riguardo di una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche).
- B. La persona ha difficoltà nel controllare la preoccupazione.
- C. L'ansia e la preoccupazione sono associate con tre (o più) dei sei sintomi seguenti (con almeno alcuni sintomi presenti per la maggior parte dei giorni negli ultimi 6 mesi). Nota Nei bambini è richiesto solo un item.
 - 1) irrequietezza, o sentirsi tesi o con i nervi a fior di pelle
 - 2) facile affaticabilità
 - 3) difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria
 - 4) irritabilità
 - 5) tensione muscolare
 - 6) alterazioni del sonno (difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno, o sonno inquieto e insoddisfacente)

Disturbi dell'Apprendimento

Dislessia

L'associazione del Disturbo della lettura con l'ADHD dipende dal sottotipo di ADHD:

ADHD- sottotipo combinato	18%
ADHD- sottotipo inattentivo	26%
ADHD- qualsiasi sottotipo	37%

Discalculia

- Nei bambini l'associazione tra discalculia e dislessia è del 17% mentre è del 26% tra discalculia e ADHD
- Il 20% dei ragazzi con ADHD soffre di discalculia
- I bambini con la doppia diagnosi di discalculia e dislessia hanno una maggiore compromissione nelle abilità aritmetiche e un risultato complessivamente peggiore nei test neuropsicologici rispetto ai bambini affetti solamente da discalculia o da discalculia ed ADHD

Disturbo della condotta

Una modalità di comportamento ripetitiva ed persistente in cui i diritti fondamentali degli altri o le principali norme o regole societarie appropriate per l'età vengono violati, come manifestato dalla presenza di tre (o più) dei seguenti criteri nei 12 mesi precedenti, con almeno un criterio presente negli ultimi 6 mesi:

Aggressioni a persone o animali

- 1) spesso fa il prepotente, minaccia, o intimorisce gli altri**
- 2) spesso dà inizio a colluttazioni fisiche**
- 3) ha usato un'arma che può causare seri danni fisici ad altri (per es., un bastone, una barra, una bottiglia rotta, un coltello, una pistola)**
- 4) è stato fisicamente crudele con le persone**
- 5) è stato fisicamente crudele con gli animali**
- 6) ha rubato affrontando la vittima (per es., aggressione, scippo, estorsione, rapina a mano armata)**
- 7) ha forzato qualcuno ad attività sessuali.**

Distruzione della proprietà

8) ha deliberatamente appiccato il fuoco con l'intenzione di causare seri danni

9) ha deliberatamente distrutto proprietà altrui (in modo diverso dall'appiccare il fuoco).

Frode o furto

10) è penetrato in un edificio, un domicilio, o una automobile altrui

11) spesso mente per ottenere vantaggi o favori o per evitare obblighi (cioè, raggira gli altri)

12) ha rubato articoli di valore senza affrontare la vittima (per es., furto nei negozi, ma senza scasso; falsificazioni).

Gravi violazioni di regole

13) spesso trascorre fuori la notte nonostante le proibizioni dei genitori, con inizio prima dei 13 anni di età

14) è fuggito da casa di notte almeno due volte mentre viveva a casa dei genitori o di chi ne faceva le veci (o una volta senza ritornare per un lungo periodo)

15) marina spesso la scuola, con inizio prima dei 13 anni di età.

L'anomalia del comportamento causa compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo.

L'ADHD è un fattore di rischio per un DC ad esordio più precoce. L'associazione con ADHD aumenta il rischio prognostico negativo di DC. ADHD + DC rappresentano un sottotipo clinicamente e geneticamente specifico. Mediatore prognostico fondamentale: condizioni sociali.

Il rischio antisociale dell'ADHD (e probabilmente del DOP e dell'ADHD-DOP) è mediato dal DC, in particolare ad esordio precoce.

DUNQUE

Una diagnosi corretta, e possibilmente quanto piu' precoce possibile, è indispensabile sia per la riduzione delle probabilità di evoluzione in problematiche più severe, che per la definizione di un intervento specifico e funzionale.

La valutazione diagnostica del DDAI

- Il colloquio con genitori e bambino.
- L'osservazione.
- La somministrazione di test e questionari (valutazione neuropsicologica, cognitiva)

Le scale di valutazione

Schede SDA

I
G
B

insegnanti
genitori
bambini

Cornoldi

Schede SCOD

Insegnanti
Genitori

Marzocchi

COM

Insegnanti
Genitori

Cornoldi et al.

Scale Conners

di K. Conners

CBCL

di Achenbach

Le Scale SDA...

- Scala di identificazione di comportamenti sintomatici per l'ADHD Costituita da 18 item: 9 sulla Disattenzione (item dispari)

"Incontra difficoltà a concentrare l'attenzione sui dettagli o compie errori di negligenza".

9 sull' Iperattività (item pari)

"Spesso si agita con le mani o i piedi o si dimena sulla sedia".

- Tutti gli item esprimono dei comportamenti sintomatici, tranne che nella SDAB dove ci sono sia item negativi che positivi.

Le scale COM...

- E' uno strumento per la valutazione della compresenza due o più sindromi nello stesso bambino.
- Esiste una versione per insegnanti e una per genitori.
- Particolarmente indicato per valutare sindromi in comorbilità con il DDAI, può essere usato anche come screening per bambini che presentano problematiche emozionali o comportamentali.
- Il questionari è composto da 30 item ed è diviso in 6 aree, che indagano le sindromi più frequentemente associate al DDAI

Le scale SCOD...

- SCOD: Scala per la valutazione dei comportamenti dirompenti.
- E' la traduzione italiana del Disruptive Behavior Disorder Rating Scale di Pelham.
- Le scale SCOD sono costituite da 42 item, di cui:
 - 18 item DDAI (9 disatt. e 9 iperat)
 - 8 item DOP
 - 16 item DC
- Gli item sono divisi in 4 sub-scale, una per ogni dimensione ed è quindi possibile calcolare 4 punteggi separati.
- Valutazione della frequenza dei comportamenti (scala Likert a 4 punti).

Grazie per l'attenzione