



Centro Phare srl
CENTRO DI PEDAGOGIA E PSICOLOGIA CLINICA
Cagliari – Iglesias - Olbia

NEUROPSICOLOGIA DEL DEFICIT DI ATTENZIONE E IPERATTIVITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA

Dr.ssa Sabrina Cesetti

Qualsiasi bambino (e la gran parte degli adulti) tende a distrarsi e a commettere errori durante attività prolungate e ripetitive.

La ricerca delle novità e la capacità di esplorare rapidamente l'ambiente devono essere considerati comportamenti positivi dal punto di vista evolutivo e come tali stimolati e favoriti.

Quando tali modalità di comportamento sono persistenti in tutti i contesti (casa, scuola, ambienti di gioco,...) e nella gran parte delle situazioni (lezione, compiti a casa, gioco con i genitori e con i coetanei, a tavola, davanti al televisore ...) e costituiscono la caratteristica costante del bambino, esse possono compromettere le capacità di pianificazione ed esecuzione di procedure complesse (le cosiddette *funzioni esecutive*).

ADHD - DDAI

- I sintomi dell'ADHD si collocano in un continuum tra normalità e patologia.
- L'ADHD è uno dei più frequenti disturbi neuropsicologici dell'età evolutiva, ma anche il più misconosciuto e il più inadeguatamente trattato.
- Difficile stabilire una soglia di rilevanza clinica in quanto correlato alla specificità del contesto socioculturale considerato.

DISTURBO DA DEFICIT D'ATTENZIONE CON IPERATTIVITÀ (ADHD)

Livello di inattenzione e/o Iperattività-impulsività,
inappropriato rispetto al livello di sviluppo e
presente prima dei sette anni

deve essere più grave di quello osservato in altri
bambini della stessa età e dello stesso livello di
sviluppo

deve essere presente in diversi contesti (es.
famiglia, scuola, ...)

si modifica con l'età e può essere presente tutta la
vita

**deve essere causa di seri problemi nelle
attività quotidiane**

DIMENSIONALE O CATEGORIALE?

- L'ADHD ... non è come il diabete, l'epilessia o la malaria (categoriale) ... è piuttosto come l'ipertensione o l'essere in sovrappeso (dimensionale)
- Si può esserne affetti in misura maggiore o minore; i confini possono essere indistinti; ma la sua classificazione (ICD-10 o DSM-IV) è di tipo categoriale.

ADHD

- Il problema dei bambini ADHD è che essi sembrano apparentemente normali: non ci sono marcatori biologici evidenti.
- Nessun segno esteriore è in grado di indicare che nel proprio sistema nervoso *“C’è qualcosa che non va”*.
- Genitori, insegnanti, educatori, pediatri possono però cogliere dei segnali del disturbo nel comportamento dei bambini.

DEFINIZIONE DI ADHD

3 sottotipi: combinato, inattentivo, iperattivo/impulsivo.
Sintomi nucleari: inattenzione, impulsività, iperattività

- Disturbo ad esordio precoce, presente prima dei 12 anni.
- Presente da almeno 6 mesi, con sintomi stabili
- Si manifesta in diversi contesti (almeno due).
- Determina una significativa compromissione funzionale (a livello sociale, scolastico, lavorativo);
- Crea disadattamento e contrasta con il livello di sviluppo.

DEFINIZIONE DI ADHD

- Non riferibile ad altri disturbi mentali.
- I sintomi non si manifestano esclusivamente nel corso di un :

Disturbo generalizzato dello sviluppo

Schizofrenia o altri disturbi psicotici

- Oppure che non siano meglio giustificati da altri disturbi mentali:

Disturbi dell'Umore

Disturbi ansiosi

Disturbi dissociativi

Disturbi di personalità

DISATTENZIONE

- Sei o più dei seguenti sintomi di disattenzione sono presenti per almeno sei mesi con una intensità che provoca disadattamento e che contrasta con il livello di sviluppo.

DISATTENZIONE: CRITERI DIAGNOSTICI

- (a) spesso fallisce nel prestare attenzione ai dettagli o compie errori di inattenzione nei compiti a scuola, nel lavoro o in altre attività;
- (b) spesso ha difficoltà nel sostenere l'attenzione nei compiti o in attività di gioco;
- (c) spesso sembra non ascoltare quando gli si parla direttamente;
- (d) spesso non segue completamente le istruzioni e incontra difficoltà nel terminare i compiti di scuola, lavori domestici o mansioni nel lavoro (non dovute a comportamento oppositivo o a difficoltà di comprensione);
- (e) spesso ha difficoltà ad organizzare compiti o attività varie;
- (f) spesso evita, prova avversione o è riluttante ad impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale sostenuto (es. compiti a casa o a scuola);
- (g) spesso perde materiale necessario per compiti o altre attività (es. giocattoli, compiti assegnati, matite, libri, ecc.);
- (h) spesso è facilmente distratto da stimoli esterni;
- (i) Spesso è sbadato o smemorato nelle attività quotidiane.

IPERATTIVITA' – IMPLUSIVITA'

- Sei o più dei seguenti sintomi di iperattività/impulsività sono presenti per almeno sei mesi con una intensità che provoca disadattamento e che contrasta con il livello di sviluppo.

IPERATTIVITA': CRITERI DIAGNOSTICI

- Spesso muove con irrequietezza mani e piedi o si dimena sulla sedia.
- Spesso lascia il proprio posto in classe o in altre situazioni in cui ci si aspetta che resti seduto.
- spesso 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);
- Spesso ha difficoltà a giocare o a dedicarsi ai divertimenti in modo tranquillo.
- E' continuamente in marcia o agisce come se fosse guidato da un motorino.
- Spesso parla eccessivamente.

IMPULSIVITA': CRITERI DIAGNOSTICI

- 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 (irrompe nei giochi o nelle conversazioni degli altri).

ADHD CON PREVALENTE DISATTENZIONE

- Almeno sei sintomi di disattenzione, ma meno di sei sintomi di iperattività/impulsività

ADHD CON PREVALENTE IPERATTIVITA'

- Almeno sei sintomi di iperattività/impulsività, ma meno di sei sintomi di disattenzione

ADHD COMBINATO

- Almeno sei sintomi sia di iperattività/impulsività che di disattenzione

EPIDEMIOLOGIA

- L'ADHD è molto più frequente nei maschi che nelle femmine con un rapporto che varia da 4:1 a 9:1 nei diversi studi (Bisiacchi, 2002.)
- La prevalenza di ADHD è stimata tra il 3% e il 5% dei bambini in età prescolare.
- Viene riferita una certa familiarità nei parenti biologici di primo grado.

COMORBIDITA'

- Concomitanza di due o più disturbi indipendenti che possono sfociare in una forma qualitativamente distinta
- Il 70-80% dei soggetti con ADHD ha almeno un altro disturbo psicopatologico associato
- La specifica comorbidità influenza quadro clinico, evoluzione, prognosi, trattamento.
- Associazioni specifiche individuano specifici sottotipi, diversi sul piano clinico, evolutivo e nella risposta ai trattamenti.
- Specificità della diagnosi differenziale

COMORBIDITA' PSICHIATRICA

- **Molto frequente (40-50%)**

Disturbo oppositivo-provocatorio

Disturbo della condotta

- **Frequente (30%)**

Disturbi d'ansia

Disturbi specifici di apprendimento

Disturbo evolutivo specifico della funzione motoria

- **Moderatamente frequente (15%-20%)**

Disturbi dell'umore (depressione, bipolare)

Tic (sindrome di Tourette)

Disturbo ossessivo-compulsivo

- **Rara (5%-10%)**

Disturbi pervasivi di sviluppo (autismo, Asperger)

Disabilità Intellettiva

DIFFICOLTÀ RELAZIONALI

- Emarginazione da parte dei coetanei
- Scarse amicizie durature
- Tendenza all'isolamento
- Rapporti con bambini più piccoli o più instabili

DIFFICOLTÀ SCOLASTICHE

- Difficoltà a mantenere l'attenzione per tempi prolungati
- Disturbo della memoria sequenziale
- Stile cognitivo impulsivo
- Deficit nei processi di controllo 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 comp.

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
- Sistemica violazione delle regole sociali
- Aggressioni a persone o animali
- Distruzioni di proprietà
- Frodi o furti

DECORSO DEL DISTURBO ETA' PRESCOLARE (3-6 ANNI)

- Massima iperattività
- Comportamenti aggressivi
- Litigiosità, provocatorietà
- Frequenti scoppi d'ira, crisi di rabbia
- Assenza di paura, condotta pericolosa, incidenti
- Oppositività
- Sonno discontinuo e agitato
- Gioco ridotto, semplificato, motorio

Molti di questi bambini non svilupperanno un ADHD!

DECORSO DEL DISTURBO ETÀ SCOLARE (6-12 ANNI – GENERALMENTE PRIMA DIAGNOSI)

- Maggiore evidenza della disattenzione e impulsività
- Apparente accentuazione di irrequietezza
- Tendenza ad evitare compiti cognitivi complessi e lunghi
- difficoltà scolastiche
- Senso di inadeguatezza e scarsa fiducia nelle proprie capacità
- Relazioni sociali difficili (scarsa accettazione o rifiuto da parte dei compagni)
- Bassa autostima

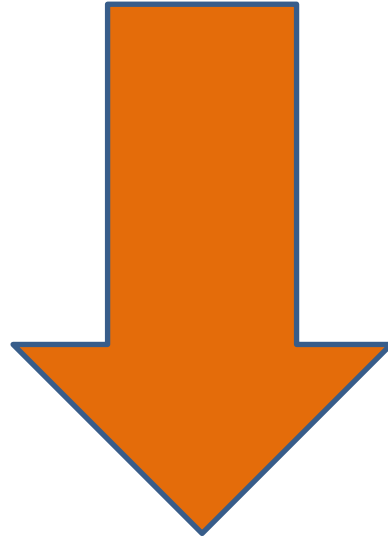
DECORSO DEL DISTURBO ADOLESCENZA (13-17 ANNI)

- 35%: sintomi sottosoglia, spesso prestazioni scolastiche talvolta inferiori ai controlli.
- - 45-50%: permanenza della sindrome (evidente inattenzione),
- frequente attenuazione della componente iperattiva, ma sensazione soggettiva di irrequietezza
- crescente compromissione emotiva (depressivo-ansiosa) e sociale
- Carente capacità di organizzazione e di pianificazione
- Instabilità in scelte scolastica, lavorativa, relazionale
- Condotte pericolose e ricerca di sensazioni forti (abusi di sostanze)
- Problemi emotivi, comportamento aggressivo
- Disturbi depressivo-ansiosi

- - 15-20%: permanenza della sindrome, impulsività, disturbi comportamentali di adattamento, difficoltà familiari

- Alcuni studi hanno elaborato le principali tendenze comportamentali dei bambini/ragazzi che non sono stati sottoposti ad una terapia per curare il disturbo ADHD.
- Ecco alcune percentuali:
 - • Abbandono scolastico (32 – 40%)
 - • Pochi amici o nessuno (50-70%)
 - • Scarso rendimento nel lavoro (70-80%)
 - • Sviluppo di comportamenti antisociali (40-50%)
 - • Maggior uso di tabacco e droghe rispetto ai coetanei
 - • Gravidanze precoci (40%)
 - • Malattie sessualmente trasmesse (16%)
 - • Incidenti automobilistici con maggiore frequenza
 - • Depressione (20-30%)
 - • Disturbi della personalità da adulti (18-25%)

LA COMPROMISSIONE FUNZIONALE DEL BAMBINO CON ADHD

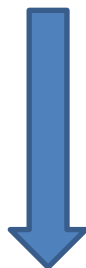


Richiede un intervento
multimodale



INTERVENTO MULTIMODALE

- L'ADHD può essere trattato con successo attraverso un intervento multimodale:



- Intervento sul **bambino**
- **Parent-training**: informare e applicare tecniche cognitivo-comportamentali.
- **Teacher-training**: informare e applicare tecniche cognitivo-comportamentali.
- **Farmacoterapia** (nei casi più gravi)



INTERVENTO MULTIMODALE: FASI

- 1) FORNIRE INFORMAZIONI PER LA COMPrensIONE DEL PROBLEMA
- 2) RIFLETTERE PER ACCRESCERE LA CONSAPEVOLEZZA
- 3) OSSERVAZIONE E ANALISI FUNZIONALE
- 4) AMBIENTE PREVEDIBILE
- 5) PIANO D'AZIONE
- 6) RINFORZI
- 7) TRAINING DI AUTOISTRUZIONE



1. FORNIRE INFORMAZIONI SUL DISTURBO

- per costruire un bagaglio condiviso di conoscenze che permetta a genitori e docenti di «leggere» in termini corretti le manifestazioni comportamentali inadeguate e quindi consentire loro di comprendere appieno il problema.

Come: mediante approfondite spiegazioni sul deficit e sulla terapia.

- Erica Menotti (2009), Il counseling genitoriale e scolastico , in Mariani, Marotta, Pieretti (a cura di),
- “Presenza in carico e intervento nei disturbi dello sviluppo”, Trento: Erickson.



1. FORNIRE INFORMAZIONI SUL DISTURBO

- analizzare le aspettative è un punto nodale per una buona riuscita del training;

Come: ristrutturazione realistica

- raccontare il bambino

Come: creare un'immagine unitaria ed una risposta univoca ai comportamenti problematici

Utile partire da un questionario che fotografa l'immagine che ciascun genitore/docente ha del bambino, ad es. CBCL



2. ACCRESCERE LA CONSAPEVOLEZZA

- Modificare i pensieri inefficaci se questi sono
 - 📖 fissi (il figlio e loro stessi non cambieranno mai)
 - 📖 non realistici (sulla guarigione, sullo sviluppo)
- 📖 Sul figlio: è cocciuto, non ascolta mai quello che gli si dice, è svogliato
- 📖 Su se stessi: siamo sfortunati, eravamo anche noi così
- 📖 **Come: partire dalla riflessione sui pensieri e le azioni adottate e inefficaci**



2. ACCRESCERE LA CONSAPEVOLEZZA

- Ridurre e/o eliminare le azioni inefficaci:

Rimproveri e punizioni

Ridotti rinforzi positivi

Disciplina inefficace

Scarso monitoraggio del comportamento

- **Come: Questionari come**

“Cosa penso di mio figlio/alunno”;

“Come mi comporto con mio figlio/alunno”



3. OSSERVAZIONE E ANALISI FUNZIONALE DEL COMPORTAMENTO

partire dall'analisi della situazione:

1 - il bambino è generalmente visto solo secondo il suo disturbo;

2 - il comportamento del bambino viene visto generalmente come isolato:

