# AREA PSICOEDUCATIVA

rivista

n. 7





## Roberta Galentino

# un quadro in evoluzione A D T







Da essere un quadro clinico sconosciuto, in pochi anni, l'ADHD è diventata una delle sintomatologie più comuni con cui un docente può confrontarsi.

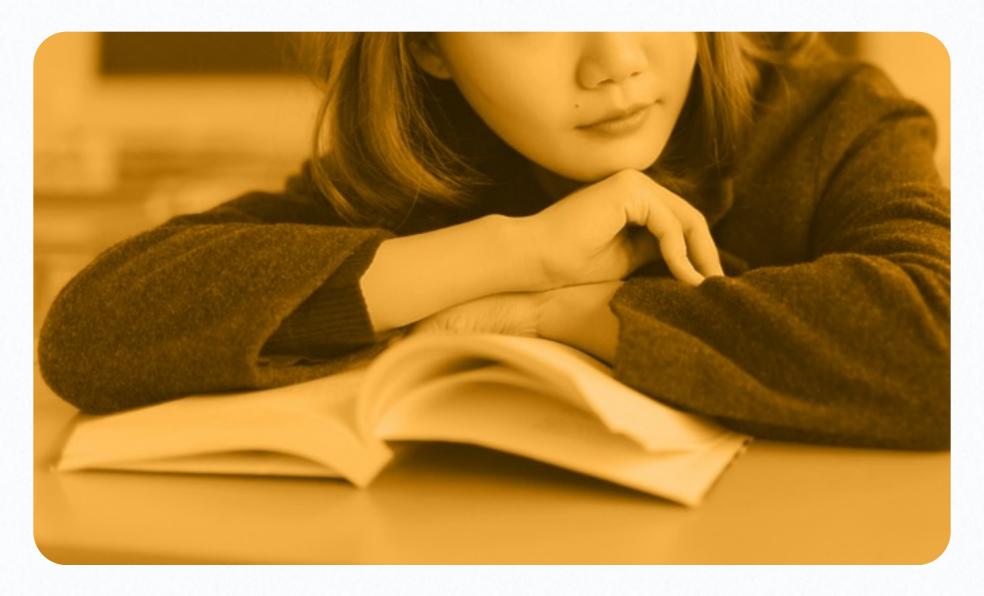
Un quadro in evoluzione: che tramuta durante le fasi di vita, ma che permane come caratteristica dell'individuo.

Un approfondimento per saper leggere la sua evoluzione e per mettere in atto le strategie più adeguate alla sintomatologia in ambito scolastico.

# Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività



# **ADHD**



Fino agli inizi del '900 il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD o DDAI) non è menzionato in Letteratura.

Nel 1902 Still, per la prima volta, pubblica un paper relativo all'osservazione di un gruppo di bambini a cui fa diagnosi di "Disturbo della Morale". Tale quadro lo descrive caratterizzato da comportamenti distruttivi, impulsività, iperattività, disattenzione e bassa morale.

Dagli anni 20 del secolo scorso gli studi iniziano ad approfondirsi e ad oggi l'ADHD è uno dei quadri clinici più studiati al mondo.

Diverse sono state le evoluzioni descrittive e nosografiche del disturbo all'interno del Manuale dei Disturbi Mentali (DSM) nelle diverse edizioni.

Basti pensare che, se nel DSM-4 l'ADHD era racchiusa nel capitolo dei "Disturbi del comportamento" insieme al Disturbo Oppositivo-Provocatorio (DOP) e al Disturbo della Condotta (DC), dal 2013, con l'uscita del DSM-5, il quadro sindromico appartiene alla sezione dei "Disturbi dello sviluppo".

Una divisione importante che, seppur allontana l'ADHD da quadri più complessi, focalizza l'attenzione sulla sua evoluzione, che dalla prima infanzia segue tutte le fasi di vita, seppur con delle variazioni.

Quando parliamo di ADHD immaginiamo bambini, in maggioranza maschi, irrequieti, impulsivi, che hanno difficoltà a portare a termine dei compiti, con bassa concentrazione e per di più imprudenti.

Tutte queste sono caratteristiche che ben spiegano i tre sintomi che coesistono all'interno della sintomatologia e che, nel DSM-5, sono tornati ad essere suddivisi in queste due macro-categorie:

### • Deficit di Attenzione

### • Iperattività/impulsività

Due fattori che possono alternarsi nel tempo in maniera casuale o rimanere pattern caratteristico del giovane dando vita a quadri con: manifestazione combinata, disattenzione predominante o iperattività/impulsività predominante.

Questo aspetto spiegherebbe il motivo per cui i profili di questi ragazzi possono apparire differenti a distanza di pochi mesi.

L'ADHD è da considerarsi un disturbo neuro-comportamentale dall'eziologia complessa e dalla marcata componente genetica (Barkley, 1988).

È un quadro clinico assolutamente non raro, che perdura anche in età adulta, compromettendo se non ben gestito, molteplici aree di funzionamento di vita.

Ma quali sono le cause organiche che determinerebbero la sintomatologia?

Ad oggi questo aspetto è ancora ampliamente dibattuto.

Ad inizio '900 si pensava che la causa fosse una lesione cerebrale minima, dovuta ad infezioni o problematiche durante il parto, che in realtà non è mai stata riscontrata fino ad oggi con i moderni macchinari.

Quello che però risulta più probabile è un problema associato alle Funzioni Esecutive, e dunque ai lobi frontali, che permettono tutte quelle attività mentali necessarie per dirigere gli obiettivi o le azioni future: consapevolezza, inibizione, Memoria di Lavoro, autoregolazione emotiva, auto- motivazione e pianificazione/risoluzione dei problemi. Tutte abilità che ci aiutano ad auto-regolarci (Barkley, 1997).

Anziché un vero e proprio danno cerebrale, che non è mai stato rilevato, si ipotizza che sia il funzionamento delle connessioni delle aree frontali, e ancor di più della corteccia prefrontale, che possano essere deficitarie (Barkley, 1999).

Si tratta dunque di un quadro clinico di origine organica, che ha ripercussioni sul comportamento, sulla cognizione e anche, dalle ultime teorie, sulla sensorialità.

A tal proposito, Ukmar negli anni 90 (Ukmar, 1997), ha ipotizzato che il giovane con ADHD è caratterizzato da una maggiore sensibilità sensoriale, cosa che capovolgerebbe l'idea di deficit, ossia di soggetto privo di qualcosa, come l'attenzione, ma rafforzerebbe l'idea di una ipersensibilità agli stimoli che, non essendo selezionati e risultando in quantità eccessiva, comporterebbe la perdita dei dati raccolti.

L'autore ipotizza che il giovane non riesca a fruire di una "gerarchia attentiva" in grado di dare priorità ad alcuni stimoli e ad altri no. A tutti gli stimoli viene dunque data la medesima attenzione: all'insegnante che spiega, al compagno che passa per il corridoio, al camion che at-

traversa la strada, agli amici che sussurrano accanto, all'etichetta della maglietta che "graffia" la schiena, alla sedia dura...

Un punto di vista di questo tipo spiegherebbe sia la difficoltà di concentrazione, dettata dal numero eccessivo di elementi a cui porre attenzione, ma oltretutto spiegherebbe anche l'attenzione rivolta ai dettagli superficiali, che questi ragazzi mostrano in taluni momenti: la cornice del quadro leggermente scheggiata, il colore del fermacapelli della docente... E spiegherebbe anche parte della loro iperattività, ossia un movimento abnorme conseguente ai fastidi eccessivi che il soggetto con ADHD avverte a livello corporeo e che deve soddisfare/eliminare.

Il più delle volte i ragazzi ADHD provano un senso di rilassatezza nel rimanere per un po' di tempo in luoghi bui, come per rilassarsi dalla forte luce mattutina, oppure preferiscono ascoltare musica in cuffia, isolando tutti gli altri suoni a cui porrebbero attenzione, e dunque rilassandosi dovendo concentrarsi solo su uno stimolo sonoro.

Vedere il quadro sindromico in questi termini dovrebbe rendere più facile la lettura del giovane che presenta tali sintomi di iperattività, impulsività e deficit attentivo.

L'ADHD non è un profilo di per sé preoccupante, se non per i casi più complessi, ma è bene gestirlo fin da subito in quanto è ormai comprovato anche in Letteratura essere "terreno fertile" per differenti altri disturbi come: Disturbi del Comportamento, sindrome di Tourette e Disturbi dell'Umore (Marzocchi,2003).

Entriamo nel dettaglio dei singoli fattori che contribuiscono a strutturare il quadro sintomatologico:

### DEFICIT DI ATTENZIONE

Noi tutti possediamo differenti processi attentivi tra cui:

- 1) Attenzione selettiva
- 2) Attenzione focalizzata
- 3) Attenzione mantenuta
- 4) Spostamento dell'attenzione
- 5) Attenzione condivisa

Nel caso dell'ADHD sembrerebbe che l'attenzione mantenuta, quella che ci permette di mantenere l'attenzione prolungata nel tempo su un compito, e lo spostamento dell'attenzione, utile quando lavoriamo su due elementi che richiedono uno spostamento di attenzione pur sempre rispettando un filo logico, siano deficitarie (Lyon et al., 1996).

Tuttavia, prima di arrivare a considerare deficitaria l'attenzione, dobbiamo anche rendere noto una difficoltà dei soggetti ADHD nel ritenere informazioni all'interno della Memoria di Lavoro.

Si tratta di un tipo di memoria che ci permette di ricordare pochi elementi che, se ripetuti, andranno a confluire prima nella Memoria a Breve Termine e dopo in quella a Lungo Termine.

Immaginiamo dunque quale impatto può avere una minore capacità della Memoria di Lavoro di ritenere informazioni: i tempi di acquisizione si prolungano; fare due attività contemporaneamente è complesso, dovendo immagazzinare in memoria più elementi; le attività di problem solving risultano difficili da portare a termine, in quanto per arrivare ad una soluzione bisogna tenere in mente il passaggio precedente e quello immediatamente successivo, ma se anche uno di questi elementi viene perso di vista il processo si ferma...



### **IMPULSIVITA'**

I giovani ADHD si riconoscono a primo impatto perché tendono a rispondere impulsivamente o prima che la domanda sia completata o che il pensiero sia stato ben ponderato.

Comune è la ricerca di gratificazione immediata, rilevata da un più semplice slogan "voglio ciò che voglio, quando lo voglio".

Non sopportano l'attesa e/o il pazientare e in questi momenti entrano in una fase di profonda frustrazione.

Da notare, tuttavia, che questa grande impulsività è seguita da importanti sensi di colpa maturati da una successiva analisi dell'evento.

### **IPERATTIVITA'**

Il ragazzo ha difficoltà a star seduto, i movimenti appaiono goffi e poco coordinati. Il comportamento può risultare avventato o pericoloso. Quali sono le conseguenze che può comportare tale sintomatologia?

Tre sono le macro-aree che possono essere influenzate:

### Area sociale:

- Scarsa abilità collaborativa
- Non rispetto delle regole
- Interpretazioni negative di interazione neutre o positive
- Difficoltà a mantenere relazioni ed interessi

### Area cognitiva:

- difficoltà ad individuare un percorso risolutivo, a cambiarlo/ad attuarlo
- Memoria di Lavoro deficitaria
- difficoltà nel metodo di studio
- scarso uso di strategie
- emotività dirompente

### Area personale:

- bassa autostima
- rabbia/tristezza
- bassa autoefficacia
- difficoltà ad incanalare le proprie forze in un obiettivo di vita concreto

Si tratta dunque di un disturbo che, se non ben gestito precocemente, potrebbe portare a conseguenze ben più complesse (Levini, 1938).

Attualmente i percorsi pedagogici, psicologici, farmacologici, didattici sono ben strutturati per favorire il miglioramento del soggetto nelle tre aree maggiormente implicate e promuovere il benessere psicologico e sociale del soggetto con ADHD.

Tali percorsi si focalizzano essenzialmente sul migliorare le relazioni interpersonali, ridurre i comportamenti dirompenti ed inadeguati, migliorare le capacità di apprendimento, aumentare l'autostima e l'autonomia, migliorare l'accettazione sociale del disturbo e la Qualità di Vita del bambino/adolescente (Codispoti et al., 2008; Douglas & Parry, 1983).

Nei prossimi articoli indagheremo le diverse "facce" dell'ADHD nelle differenti fasce d'età e nel dettaglio quali sono le strategie da attuare nel contesto scuola.

### **BIBLIOGRAFIA**

Barkley R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of adhd. psychological bulletin, 121(1), 65.

Barkley R.A. (1988). Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment, new york, in Crispiani, Giaconi, Capparucci. Lavorare con il disturbo di attenzione e iperattività. Dalla diagnosi al trattamento educativo. Edizioni Junior. Bergamo, 2005.

Barkley R.A. (1999). Deficit di attenzione/iperattività, le scienze. In Fabio R.A. L'attenzione. Fisiologia, patologie e interventi riabilitativi. Franco Angeli: Milano, 2001.

Codispoti O., Stianoni P.B, Taurino A. (2008). Dinamiche relazionali e interventi clinici. Carocci editore: Roma.

Douglas V. I., & Parry P. A. (1983). Effects of reward on delayed reaction time task performance of hyperactive children. Journal of abnormal child psychology, 11(2), 313-326.

Levin P. M. (1938). Restlessness in children archives of neurology & psychiatry, 39(4), 764-770.

Lyon G., & krasnegor N. A. (1996). Attention, memory, and executive function. Paul H Brookes Publishing co.

Marzocchi G.M. (2003). Bambini disattenti e iperattivi. Il Mulino: Bologna.

Sandberg S. (ed.). (1996). Hyperactivity disorders of childhood. cambridge university press.

Still, G. F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. Lancet.

Ukmar, G. (1997). Se mi vuoi bene dimmi di no. Regole e potere positivo per aiutare i figli a crescere.



© designed by Fondazione Luigi Clerici

Tutti i diritti riservati © 2020 Fondazione Luigi Clerici Via Montecuccoli 44/2, Milano www.clerici.lombardia.it