

AREA
PSICOEDUCATIVA

rivista
n. 8

Fondazione
Luigi
Clerici

**FORMAZIONE
PER IL DOMANI**

ADHD

un quadro in evoluzione

Roberta Galentino



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.

1

Le diverse facce dell'ADHD



ADHD



Spesso si parla di ADHD nei contesti prettamente legati all'età evolutiva, associando dunque alla sintomatologia un ruolo quasi eccezionalmente correlato al mondo del bambino.

Sicuramente la Neuropsichiatria Infantile e le scuole si sono dovute “armare” per imparare a gestire le innumerevoli diagnosi ad oggi presenti: ecco corsi annuali, libri, articoli...

Ma tutto questo “rincorrere la buona gestione” ha fatto sì che si dimenticasse che il bambino diventa adulto e senza aver investito una per-

centuale di risorse nel trattamento dell'ADHD adulta, la persona con tale sintomatologia prima o poi si troverà scoperta di sostegno terapeutico, se non in casi eccezionali, con la motivazione poco ragionevole che i sintomi ADHD nell'adulto tendono a regredire o a sfociare in patologie ben più gravi.

Vero è che, quantunque la plasticità cerebrale sia nostra alleata, un adulto è sempre più complesso da “modellare” e che, dunque, i trattamenti più corretti sono da farsi in tenera età, usando tutte le energie del sistema sanitario,

scolastico e familiare, ma questo non significa che l'ADHD termina al compimento dei 18 anni!

In Italia si assiste ad un sistema che potremmo definire “settoriale”, anche nell'ambito clinico. Il Neuropsichiatra Infantile ha in cura la persona fino ai 18 anni, poi si passa a qualcun altro. Ma chi? La scelta potrebbe essere un neurologo o uno psichiatra, che non ha alcun dato della sua storia clinica e che non ha la corretta visione evolutiva del quadro sintomatologico, mancando ad uno il pezzo dell'età adulta, all'altro quello dell'età infantile. Lo stesso vale per gli psicologi specializzati in età adulta o dello sviluppo.

Il risultato è che il più delle volte dopo i 18 anni i giovani con ADHD decidono di autogestire la propria sintomatologia, non comprendendo sempre in maniera consapevole alcune loro azioni o risposte disfunzionali che emettono nel contesto, e associando tali eventi al proprio carattere “particolare”. La cosa cambia, ovviamente, per i casi più gravi dove a quel punto l'ADHD è possibile che non rappresenti più il problema centrale, diventando il Disturbo della Personalità o la disregolazione emotiva maggiormente rilevanti.

È come se tutti fossero consapevoli che l'ADHD evolva, ma che pochi siano gli specialisti interessati a supportare questo quadro clinico anche in età adulta.

Quindi conosciamo nei particolari tutte le caratteristiche di un quadro ADHD nel bambino, la divisione tra fattori di iperattività/impulsività e difficoltà di concentrazione, la sua goffaggine, il suo essere bravo a perdersi nei pensieri, catturare con lo sguardo qualsiasi piccolo insetto volante nella stanza, la sua frustrazione, gli scatti di ira... Ma nell'adulto cosa succede?

La divisione in fattori disattenzione/iperattività/impulsività sembra in un certo senso valida anche per l'ADHD negli adulti (Gibbins & Weiss, 2007), non essendo più considerate dimensioni stabili nel tempo neppure nel giovane (Faraone et al., 2006), tuttavia sembrerebbe

che queste problematiche comportino successivamente disfunzioni nell'area dell'affettività (Surman et al., 2013).

Se potessimo “toccare” l'ADHD giovane ed adulta direi che sarebbero due stoffe diverse: la giovane ruvida, grezza, con i difetti ben in evidenza; l'adulta invece è doppia, fuori più liscia, ma dentro permane ruvida, è una stoffa che ha imparato ad assorbire e a nascondere quelle caratteristiche giovanili anche se la sua doppiezza maschererà difficilmente il segreto.

È un adulto che, nel migliore dei casi, ha imparato a convivere con i sintomi e che non è più caratterizzato dalla goffaggine e da l'iperattività abnorme, pur rimanendo un soggetto non propriamente calmo, ma è contraddistinto da un irrefrenabile tumulto interiore.

Ha voglia di cambiare attività frequentemente durante la giornata, incontrare amici/persona diverse, la sua lettura di articoli di giornali o libri procede per parole chiave, si arrabbia e/o diventa estremamente amichevole repentinamente, le attività possono venire interrotte da pensieri scollegati tra loro a causa di un processamento del pensiero molto veloce.

Tutto sommato, caratteristiche che, se ben usate, possono risultare vantaggiose: riescono ad avere una buona dialettica, idee sempre nuove e una buona socialità.

Tuttavia, l'adulto con ADHD è una persona che si annoia facilmente e questo può essere causa di sofferenza per il soggetto se non prende conoscenza degli ambiti di vita in cui può soddisfare la sua voglia di cambiamento. Molte volte per sopperire a questo stato d'animo si cercano di tantissimi amici e svolgono lavori molto diversificati nelle attività.

Non esistono momenti di relax, i weekend sono poco tollerati: qualcuno continua a lavorare, pur di tenersi impegnato, qualcun altro organizza brevi viaggi avventurosi.

I familiari non sempre reagiscono bene, non accettano facilmente i loro continui cambiamenti e si stancano di doverli rincorrere nei loro desideri.

Qualcuno si descrive come una Ferrari sulle strade italiane: sempre con il freno tirato per non incorrere in errore, ma con il costante desiderio di esplodere, senza la certezza di riuscire a fermare.

Fin qui abbiamo parlato di una persona che per bassa severità dei sintomi o per una corretta gestione delle proprie caratteristiche comportamentali e personologiche, ha saputo compensarsi nella vita, sviluppando sia l'ambito privato che lavorativo.

Ma le cose spesso non vanno così.

Abbiamo già visto nel precedente articolo come l'ADHD sia "terreno fertile" per diverse problematiche comportamentali e personologiche. È stata esposta la possibilità di sviluppare un Disturbo del Comportamento Dirompente, un Disturbo di Personalità Antisociale o un Disturbo dell'Umore...

Se ci allontaniamo dall'età più infantile e guardiamo nello specifico la fascia dei 13-17 anni, notiamo che, oltre alle difficoltà nella pianificazione e organizzazione, all'inattenzione persistente, si può assistere ad una riduzione dell'irrequietezza motoria, con un accentuarsi del comportamento aggressivo, antisociale e delinquenziale, associato talvolta all'abuso di alcool/droghe e problemi emotivi.

Lo stesso uso di alcool e droghe viene rinforzato dalla sensazione di benessere, in termini di rilassamento che persone con importante ADHD difficilmente riescono a provare al di fuori di tali situazioni. Non che questo giustifichi l'atto, ma sicuramente ci permette di capire lo stato di forte tensione che vivono costantemente.

La diagnosi di un adolescente o adulto ADHD diviene sempre più complessa, in quanto i sintomi principali diventano man mano più dif-

ficili da riconoscere, alcuni criteri diagnostici sono meno palesi e possono essere mascherati da Disturbi della Condotta, Disturbo Borderline della Personalità, Disturbi Affettivi o Disturbo da uso di sostanze. Inoltre, i resoconti di familiari/insegnanti sono meno attendibili perché “sporcati” da condizioni cliniche che possono sviare il problema (Barkley & Brown, 2008).

Nei casi più gravi, dopo i 18 anni, i sintomi cardine ormai sono residui e i problemi associati a

altri disturbi mentali, comportamento antisociale/ delinquenziale e scarso successo nella carriera scolastica e professionale, diventano la principale causa di ricerca di cura.

Da questo ne deriva che l'ADHD è un filo che segue la persona lungo tutto l'arco della sua storia. È auspicabile, dunque, riscontrarla precocemente per insegnare al bambino a gestire le sue caratteristiche e mettere in atto strategie funzionali. Tuttavia, nel caso venisse ipotizzata in età adolescenziale o adulta è sempre conveniente poter sottoporre la persona a test ad hoc, solo negli ultimi anni sviluppati (Wolraich et al., 2011), per effettuare una diagnosi e unire le possibili ulteriori sintomatologie come fosse un puzzle, al fine di seguire una terapia che prenda consapevolezza dell'origine dei sintomi e che, dunque, possa impostare strategie e metodologie funzionali nei diversi capi di vita del giovane o dell'adulto, ossia la scuola, il lavoro, la famiglia, la vita privata.

BIBLIOGRAFIA

Barkley, R. A., & Brown, T. E. (2008). Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS spectrums*, 13(11), 977-984.

Wolraich, M., Brown, L., Brown, R. T., DuPaul, G., Earls, M., Feldman, H. M., et al. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2011 Nov; 128(5):1007–22.

Gibbins, C., & Weiss, M. (2007). Clinical recommendations in current practice guidelines for diagnosis and treatment of ADHD in adults. *Current psychiatry reports*, 9(5), 420-426.

Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological medicine*, 36(02), 159-165.

Surman, C. B., Biederman, J., Spencer, T., Miller, C. A., McDermott, K. M., & Faraone, S. V. (2013). Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 5(3), 273-281.



© designed by Fondazione Luigi Clerici

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