

Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD)

Simone Bruno* e Federica Mormando†

ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*). È una sigla che si associa spesso a bambini eccessivamente turbolenti, impulsivi e ingestibili, a casa come a scuola.

Un acronimo che mette in allarme parecchi genitori e insegnanti, generando molta confusione, incertezza e disagio, ma anche miti e false credenze. Sul fronte della diagnosi e dell'intervento, poi, non sempre gli esperti concordano e contribuiscono a fare chiarezza sulla sua gestione. E i bambini, allora? Quanti sono davvero afflitti da questo problema? Quanti sono vittime di diagnosi errate o superficiali? Da chi sono aiutati? Dalla scuola, dai servizi sociali? Esistono criteri in grado di fare luce con chiarezza sul disturbo? E la famiglia, viene coinvolta?

Un tentativo di chiarificazione del problema potrà essere di aiuto nello sciogliere alcuni dubbi e perplessità. Per aprire, in tal modo, uno spiraglio di luce sull'esistenza di tutti quei genitori, insegnanti, educatori che si trovano faccia a faccia ogni giorno ad affrontare questi disagi.

Su una posizione netta e univoca nei confronti di cosa sia il disturbo da deficit di attenzione, è pressoché difficile riconoscersi e collocarsi oggigiorno. Sia per gli esperti sia per i genitori. Questi ultimi sempre più preoccupati e delusi dall'assenza di chiarezza a riguardo della diagnosi e della terapia di intervento. A complicare ulteriormente la situazione si è aggiunta, negli anni più recenti, la pubblicazione di numerosi studi specialistici che hanno messo in evidenza numerose caratteristiche dell'ADHD, non sempre in accordo tra loro: dalle cause neurologiche e genetiche, all'espressività comportamentale, alla complessità della diagnosi e delle terapie mirate. Pur rilevando il rigore, la qualità e il notevole ampliamento delle conoscenze, tuttavia questi lavori non hanno ancora condotto a un inquadramento condiviso dell'ADHD, delle sue cause e del suo trattamento. Diverse difficoltà, quindi, continuano a persistere. Soprattutto per i bambini e i loro genitori.

Di seguito diamo atto di alcuni fra i dati più recenti pubblicati sull'argomento. Il nostro obiettivo è fare il punto sulla questione, coscienti di

* Psicologo della comunicazione affettiva, consulente del Centro Internazionale Studi Famiglia (CISF), Milano, consulente di redazione della rivista «Famiglia Oggi».

† Psichiatra, psicoterapeuta a indirizzo adleriano, Milano.

risultare parziali e non sempre esaustivi su una problematica davvero complessa e spesso fraintesa.

Che cose è l'ADHD?

Per ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) si deve intendere un disturbo di tipo neuro-biologico che fa la sua comparsa nella prima infanzia. La sua espressione tipica comprende: disattenzione, impulsività e iperattività motoria. Infatti, tutti i bambini che ne soffrono mostrano una certa difficoltà a mantenere la concentrazione, tendono a distrarsi con molta facilità, non riescono a stare fermi per molto tempo e non sono capaci di tenere a bada i loro impulsi.

Dovremmo subito obiettare che molti bambini, in circostanze diverse, possono esibire gli stessi comportamenti per svariati motivi. E non per questo ci affretteremmo ad etichettarli come iperattivi. Ma la differenza è data dal fatto che per i piccoli con ADHD questi comportamenti specifici non sono occasionali o episodici. Tutt'altro! Generalmente si prolungano per almeno 6 mesi e, spesso, in modo improprio e inusuale se confrontati con quelli esibiti dagli altri coetanei. Tra l'altro, i bambini con disturbo da deficit di attenzione rendono evidente la loro irrequietezza non soltanto a casa con i genitori o con gli altri familiari (come i fratelli, le sorelle, i nonni, i cugini...), ma anche a scuola, in cortile con i loro compagni di gioco o in altri luoghi di ritrovo o di socializzazione, generando uno stress non indifferente nei genitori e in chi si occupa di loro. Questo ci dice che i sintomi non devono essere considerati solo nella loro gravità. Occorre anche far caso al fatto se vengano o meno espressi in più ambienti di vita contemporaneamente e se interferiscano in modo significativo con le quotidiane attività e relazioni del bambino, peggiorando la loro qualità di vita.

Quali sono, dunque, le cause? Secondo i risultati raggiunti dagli ultimi studi a matrice neuro-psicologica, genetica e neuro-radiologica, il disturbo da deficit di attenzione comporta un'alterazione delle modalità attraverso le quali si elaborano le risposte agli stimoli che provengono dall'ambiente esterno. I bambini affetti da ADHD, infatti, presenterebbero significative alterazioni funzionali di specifiche aree del sistema nervoso centrale rispetto a coetanei non colpiti dal disturbo. In sostanza, l'ADHD si fa risalire a una disfunzione evolutiva che intacca i circuiti cerebrali deputati all'inibizione e all'autocontrollo. L'ipotesi più seguita al momento è che tale compromissione sia causata dallo squilibrio di due neurotrasmettitori: la dopamina e la noradrenalina. Questa precisione diagnostica, a tratti sbalorditiva, è dovuta ai notevoli progressi compiuti dalle neuro-scienze, dalla genetica molecolare e dalle neuro-immagini.

Sull'origine neuro-biologica dell'ADHD, si è trovata conferma anche in una recente ricerca (2010) condotta da un gruppo di studiosi dell'Università di Cardiff guidato da N.M. Williams, pubblicata sulla rivista scientifica *The Lancet*. Secondo l'équipe, la causa del disturbo sarebbe riconducibile ad alcune differenze causate da segmenti di DNA duplicati o mancanti, individuabili nel cervello dei bambini affetti da ADHD e non in altri. Gli studi di stampo genetico, inoltre, indicherebbero che circa l'80% dei casi di ADHD sarebbe di natura ereditaria. Mentre i fattori di origine non genetica riconducibili al disturbo, coinvolgono la prematurità, l'uso esagerato di alcol e tabacco da parte della madre durante la gravidanza, l'esposizione ad alte quantità di piombo nella prima infanzia e le lesioni cerebrali,

soprattutto quelle che intaccano la corteccia prefrontale. *Va chiarito che né la genitorialità, né gli stili di vita possono essere responsabili dell'insorgenza di questo deficit.* Gli esperti, qualsiasi sia la loro specifica formazione, concordano sul fatto che l'ADHD costituisca il risultato di una complessa interazione tra fattori genetici e ambientali.

Epidemiologia: dall'infanzia all'età adulta, passando per l'adolescenza

L'ADHD risulta uno tra i disturbi psichiatrici più comuni e diffusi tra i bambini e gli adolescenti, sebbene ancora sotto-diagnosticato e non sempre adeguatamente trattato.

Ecco qualche dato significativo: l'incidenza mondiale è pari al 5,3%, quella relativa all'Unione Europea si assesta attorno al 5%. Tenendo conto della distribuzione in percentuale, si può ipotizzare, dunque, che circa 5 milioni di bambini e adolescenti in Europa siano affetti da ADHD. In Italia, tenendo conto di studi svolti tra il 1993 e il 2003, per la popolazione che va dai 6 ai 18 anni si è riscontrata un'incidenza del disturbo pari all'1% (dove la frequenza maggiore si registra più per i maschi che per le femmine): si contano, dunque, circa 75.000 casi di ADHD. Di questi, tuttavia, solo 3.000 (4%), o poco più, vengono accertati con accuratezza all'interno di una diagnosi. Siamo lontani da ciò che accade in altri paesi europei. In Francia, ad esempio, rispetto a una stima di 473.408 segnalazioni, si raggiunge una diagnosi completa nel 17% dei casi (80.479); mentre in Spagna, su una percentuale stimata del 5% sull'intera popolazione infantile e adolescenziale, si effettua una diagnosi nel 59% dei casi. L'ADHD si rintraccia più frequentemente nei maschi che nelle femmine, anche se queste ultime presentano alcune differenze nelle modalità in cui la patologia si manifesta. Rispetto ai bambini, infatti, le bambine hanno meno probabilità di mostrare comorbidità (riferite a un disturbo coesistente) di comportamenti dirompenti e difficoltà nell'apprendimento. Questo aspetto, a volte, potrebbe rallentare il processo diagnostico.

Ma il disturbo da deficit di attenzione non si arresta all'età infantile. Un frequente luogo comune lo dipinge come una problematica che può affliggere solo i bambini. Invece, dagli ultimi studi epidemiologici internazionali a nostra disposizione, risulta colpire anche circa il 2% della popolazione mondiale adulta. E, inoltre, un'elevata percentuale di bambini con ADHD (attorno al 65%) può mantenere gli stessi sintomi anche in età adolescenziale e adulta. Nonostante per molti anni il suo impatto sulla vita adulta sia stato sottovalutato, è ormai ampiamente dimostrato che il disturbo si protrae ben oltre l'adolescenza. Un bambino con ADHD, se non curato, può diventare un adolescente con disturbi della condotta sociale, con conseguenze anche di carattere penale, e una possibile predisposizione a patologie correlate e all'abuso di sostanze psicotrope.

Dall'età infantile a quella adulta l'ADHD permane, in forma conclamata, in circa il 15% dei pazienti e come presenza di sintomi minori nel 50%, mentre la remissione totale del disturbo si stima solo nel 35% dei casi. La prevalenza negli adulti è intorno al 3-4%.

In una rassegna del 2011 (di M. Shaw, M., H. Caci e P. Hodgkins) che ha sintetizzato i risultati di circa 340 ricerche pubblicate a livello internazionale risulta che i pazienti con ADHD non adeguatamente trattati mostrano, con la crescita, un

impatto negativo a lungo termine in tutte le principali attività della vita come la scuola, l'apprendimento e l'istruzione (la difficoltà nello studio e il conseguente abbandono raggiungono quote elevatissime in questi soggetti), il lavoro, il comportamento, le funzioni sociali, l'autostima e la salute nel suo complesso.

Diagnosi e intervento (approccio multimodale)

Chi effettua la diagnosi di ADHD? E quanto, quest'ultima, può rivelarsi attendibile?

In linea generale, perché possa risultare accurata e rispettosa del problema del bambino e dell'adolescente, la diagnosi deve essere effettuata da un'equipe di specialisti della salute mentale in età evolutiva, con competenze adeguate sia nella formulazione della diagnosi sia nell'individuazione della terapia più idonea. La valutazione, oltre il soggetto in età di sviluppo, deve aver modo di coinvolgere i suoi genitori e i suoi insegnanti. A tal proposito, il professionista avrà cura nel raccogliere, da più fonti, quante più informazioni possibile sul comportamento e, soprattutto, sulle difficoltà incontrate dal ragazzo, tenendo sempre in conto i fattori culturali e il contesto vitale in cui è inserito.

In Italia, è il neuropsichiatra lo specialista a cui è affidato il compito di effettuare una diagnosi di ADHD. Perché possa valutare il disturbo come tale e non confonderlo con altre manifestazioni cliniche, lo specialista dovrà riscontrare nel bambino, nel ragazzo o nell'adulto alcuni aspetti di base: almeno 3 dei 5 sintomi di disattenzione, 1 dei 3 previsti per l'impulsività e 3 dei 5 elencati per l'iperattività, secondo la classificazione internazionale delle malattie (ICD), o almeno 6 dei 9 sintomi di disattenzione, secondo i criteri del DSM IV; una modalità persistente di disattenzione e/o iperattività, più frequente e severa rispetto ai bambini e ragazzi con simile livello di sviluppo; una presenza dei sintomi da almeno 6 mesi; un esordio prima dei 7 anni di età; sintomi presenti in due o più ambiti (esempi: scuola, lavoro e casa); compromissione significativa della funzionalità sociale, scolastica e occupazionale; infine, sintomi non riconducibili a nessun altro disordine psichiatrico.

Nonostante queste attenzioni, la scarsa conoscenza in quest'area di intervento e la complessità dei criteri diagnostici rendono l'ADHD estremamente difficile da riconoscere. In Europa, i genitori possono attendere in media più di due anni prima di accertare una diagnosi di ADHD per i loro piccoli. Senza dimenticare che quasi 2 genitori su 5 (38% del totale) sono costretti a rivolgersi a tre o più specialisti prima di ricevere una diagnosi definitiva e completa. Non si fa molta fatica a immaginare quanto i genitori, di fronte a un così elevato numero di visite specialistiche unite a una notevole cautela nella formulazione della diagnosi formale del disturbo, spesso lamentino un profondo senso di frustrazione. Del resto, come non essere gradualisti, scrupolosi e meticolosi nella formulazione della diagnosi vista la complessità dei sintomi che riguardano l'ADHD?

A tal proposito, numerosi psichiatri mettono in guardia, invitando ad una grande cautela per evitare facili etichettature. I casi di ADHD sono abbastanza *rari e difficili da diagnosticare*. Nel corso della pratica clinica, agli specialisti capita spesso di constatare diagnosi errate e di osservare bambini abituati a non seguire le regole, né a casa né a scuola. Eppure, se fossero adeguatamente coinvolti,

riuscirebbero, almeno in parte, a concentrarsi a lungo restando fermi. Tuttavia, è possibile prevenire diagnosi errate, fin da piccoli.

Il primo caso diagnosticato da esperti qualificati come ADHD mi si è presentato negli anni '90. Era un bambino sui 7 anni, con un lieve ritardo mentale. Ho avuto con lui una decina di incontri. Già dal primo incontro è stato possibile parlare con lui, che talora si alzava, girava un po' per la stanza, e tornava a sedersi. È poi stato sempre possibile dialogare con lui senza particolari inconvenienti. Il dialogo verteva su di lui, sul perché si agitasse tanto a scuola, in generale sulle sue preferenze e desideri e sulle strategie da adottare quando si annoiava, senza alzarsi dal banco o agitarsi. Si è anche rivisto qualche argomento scolastico. Alla fine, ho stilato una diagnosi contraria a quella con cui mi era stato presentato: il bambino non mi risultava essere iperattivo. Tutto ciò non si svolgeva in Italia. Sono stata chiamata dall'équipe che aveva stilato la diagnosi di iperattività, ho spiegato ciò che era successo ed hanno nuovamente eseguito i test, dandomi ragione.

Più volte, occupandomi anche di bambini in età scolare, in particolar modo ad alto potenziale intellettuale, mi sono stati presentati bimbi diagnosticati iperattivi o sospettati di esserlo. Solo in un caso ho dovuto confermare la diagnosi: un bimbo di 6 anni che non poteva stare fermo un secondo, con cui non mi è stato possibile alcun contatto significativo per questo motivo. L'ho visto una volta sola: gli avrei senz'altro dato un supporto farmacologico. Tutti gli altri bambini erano abituati ad annoiarsi a scuola e reagivano alla noia agitandosi in modo confusivo e continuo. Convinti dell'interesse reale verso di loro, svolgendo un lavoro interessante, questi bambini si rivelavano normali. Non posso dire se questo sia un comportamento terapeutico, o se i bambini non fossero iperattivi, pur mostrando un comportamento analogo. Ricordo però che nelle vecchie scuole, dove l'indisciplina – a torto o a ragione – non era sopportata, in un periodo in cui l'educazione in famiglia era assai più severa e in cui i bambini, fuori dalla scuola, potevano correre a sazietà, di casi di iperattività se ne vedevano assai pochi.

Consiglio comunque di prevenire diagnosi errate e di seguire degli accorgimenti con tutti i bambini: non deconcentrarli. Troppo spesso si interrompono i bambini piccoli che stanno, secondo noi, giocando ma in realtà stanno studiando qualche aspetto del mondo. Non dare molti giochi né abituarli ad un ambiente confusivo. Insegnare con coerenza e accordo fra genitori il rispetto di poche e chiare regole. Permettere adeguata libera attività fisica, quotidiana e sufficiente a stancarli. Seguire il loro ritmo di apprendimento senza bloccarli o annoiarli né pressarli.

(a cura di Federica Mormando)

E la terapia? Questo è il fronte che più suscita polemiche, a causa delle proteste, giuste e condivisibili, rivolte dai genitori, e anche da molti esperti, verso tutti coloro che puntano ad una non sempre adeguata, per non dire esagerata, somministrazione di farmaci. Proviamo a considerare i principali elementi in gioco.

L'ADHD va intesa al pari di una malattia cronica che presenta un picco clinico soprattutto in età scolare. L'obiettivo principale dell'intervento terapeutico potrebbe coincidere con la gestione della sintomatologia e con il miglioramento del benessere globale del bambino. Si tratta di orientare, in primo luogo, un miglioramento delle relazioni interpersonali con i genitori, i fratelli, i coetanei e gli insegnanti; si cerca di puntare, inoltre, alla diminuzione dei comportamenti inadeguati, all'accrescimento delle capacità di apprendimento scolastico, all'aumento dell'autonomia e dell'autostima, all'accettabilità sociale del disturbo. In sintesi al miglioramento della qualità della vita dei bambini.

Attualmente, non esiste un unico trattamento per tutti. Sceglierne uno credendo che possa risultare migliore di quelli scartati, è davvero molto rischioso.

Ogni intervento terapeutico, infatti, va adattato alle caratteristiche del soggetto, sulla base della sua età, della gravità dei sintomi che presenta, della presenza/assenza di disturbi secondari, delle risorse cognitive a sua disposizione e della situazione familiare e sociale nella quale è inserito. Ecco perché la maggior parte degli specialisti in campo di ADHD propone che la presa in carico del paziente possa essere inquadrata secondo l'ottica di un approccio multimodale. Nel senso di una terapia psicologica o comportamentale alla quale può aggiungersi una terapia farmacologica, solo quando strettamente necessario, ovvero nei casi molto gravi. L'approccio che potremmo definire personalizzato pare configurarsi come il più efficace. Con molta probabilità perché si presta più plasticamente a soddisfare le specifiche esigenze dei singoli, tenendo in considerazione più variabili nel tempo.

Bibliografia essenziale

- American Psychiatry Association, *DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* – Text Revision, IV ed., Masson, Milano 2002.
- F.X. Castellanos, R. Tannock, *Neuroscience of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: the search for endophenotypes*, in «Nature Review Neuroscience», 3 (2002), pp. 617-628.
- S. Corbo, F. Marolla, V. Sarno, M.G. Torroni, S. Vernacotola, *Il bambino iperattivo e disattento. Come riconoscerlo ed intervenire per aiutarlo*, Franco Angeli, Milano 2002.
- C. Cornoldi, T. De Meo, F. Offredi, C. Vio, *Iperattività e autoregolazione cognitiva*, Erickson, Gardolo (Trento) 2001.
- M. Di Pietro, E. Bassi, G. Filoramo, *L'alunno iperattivo in classe*, Erickson, Gardolo (Trento) 2001.
- S.V. Faraone, J. Biederman, E. Mick, *The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies*, in «Psychol Med», 2 (2006), pp. 159-165.
- D. Fedeli, *La sindrome di Pierino. Il controllo dell'iperattività*, Giunti, Firenze 2006.
- M. Fischer, R.A. Barkley, L. Smallish, et al., *Hyperactive children as young adults: driving abilities, safe driving behavior, and adverse driving outcomes*, in «Accid Anal Prev», 1 (2007), pp. 94-105.
- S. Mannuzza, R.G. Klein, J.L. Moulton, *Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records*, in «Psychiatry Res», 3 (2008), pp. 237-246.
- G.M. Marzocchi, E. Tironi, *Ragazzi troppo distratti ed irrequieti*, in «Famiglia Oggi» 5 (2008), pp. 32- 40.
- G. M. Marzocchi, *Bambini disattenti e iperattivi*, Il Mulino, Bologna 2003.
- T.E. Moffitt, M. Melchior, *Why does the worldwide prevalence of childhood attention deficit hyperactivity disorder matter?* (Editoriale), in «Am J Psychiatry», 6 (2007), pp. 856-858.
- National Institute of Mental Health, *National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder*, in «Pediatrics», 4 (2004), pp.754-761.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, *The NICE Guidelines on diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*, Alden Press, London 2009.
- G. Perticone, *Deficit dell'attenzione iperattività e impulsività: linee guida per la conoscenza e l'intervento*, Armando, Roma 2005.
- G. Polanczyk, M.S. de Lima, B.L. Horta et al., *The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis*, in «Am J Psychiatry», 6 (2007), pp. 942-948.
- R.L. Powers, D.J. Marks, C.J. Miller et al., *Stimulant treatment in children with attention-deficit/hyperactivity disorder moderates adolescent academic outcome*, in «J Child Adolesc Psychopharmacol», 5 (2008), pp. 449-459.
- Results from the European Lifetime Impairment Survey*, Poster presentato al: *Third International Congress on ADHD*, Berlino, Germania, 28 Maggio 2011.
- D. Rollo, *Difficoltà e disturbi di apprendimento*, in «Famiglia Oggi», 5 (2008), pp. 8-15.
- M. Shaw, H. Caci, P. Hodgkins et al., *Review of Studies of ADHD: Long-term outcomes with and without treatment*, in «Eur Psychiatry» 1(2011), p. 579.

- I. Singh, T. Kendall, C. Taylor et al., *Young People's Experience of ADHD and Stimulant Medication: A Qualitative Study for the NICE Guideline*, in «Child and Adolescent Mental Health», 4 (2010), pp.186-192.
- E. Sobanski, D. Bruggemann, B. Alm et al., *Subtype differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) with regard to ADHD-symptoms, psychiatric comorbidity and psychosocial adjustment*, in «Eur Psychiatry», 2 (2008), pp. 142-149.
- A.L. Thompson, B.S. Molina, W.J Pelham et al., *Risky driving in adolescents and young adults with childhood ADHD*, in «J Pediatr Psychol», 7 (2007), pp. 745-759.
- C. Vio, G.M. Marzocchi, F. Offredi, *Il bambino con deficit di attenzione / iperattività*, Erickson, Gardolo (Trento) 1999.
- N.M. Williams et al. , *Rare chromosomal deletions and duplications in attention-deficit hyperactivity disorder: a genome-wide analysis*, in «The Lancet», 23 (2010), pp. 1401-1418.