

# LAVORARE CON L'ADHD

**Dott.ssa M.Letizia Capparucci, Pedagogista Clinico,  
Docente Scienze Umane, Pedagogia Generale e Speciale  
UNIER**

Per l'Équipe del





***STRUTTURA SANITARIA PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE IN REGIME AMBULATORIALE,***

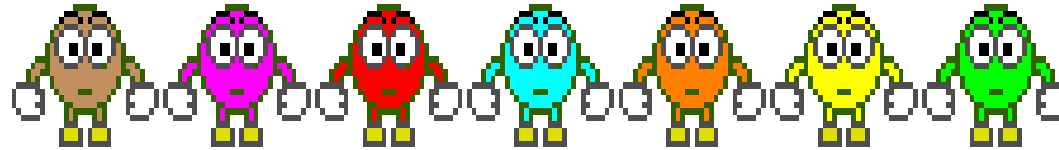
***L.R. SERVIZIO SANITA' MARCHE N.20/2000,ART.16 - ACCREDITAMENTO CLASSE 5 - TRASMISSIONE DECRETO DIRETTORE N.113/SAN DEL 09.09.2013, PROT. N. 547303/GRM/AIR/A DEL 12.08.2013.***

**Via B.Croce 10, cap 62100, Macerata, tel. 0733 - 234359**

**Scopo:** sensibilizzare i docenti alla lettura psico-pedagogica degli alunni con ADHD.

1° INCONTRO: PROCESSI ATTENTIVI, DALLA FISIOLOGIA ALLA PATOLOGIA. LE DIVERSE MANIFESTAZIONI DELLE AREE DI COMPROMISSIONE NELL'ADHD E LE RICADUTE NEGLI APPRENDIMENTI.

2° INCONTRO: ADHD E PROBLEMATICHE COMPORTAMENTALI: PREVENIRE LA CRISI, FRONTEGGIARE LA CONDOTTA IN CLASSE.



## IL QUADERNO DI BABELE

scrive su un foglio 28 parole  
di sette contesti diversi  
collegale al contesto

DALLA FISILOGIA ALLA PATOLOGIA

ATTENZIONE E DISATTENZIONE

L'attenzione è ....

... una funzione umana complessa ed espressione di diverse aree funzionali,

.... una capacità di selezionare gli stimoli e di mettere in azione i meccanismi che provvedono a immagazzinare le informazioni nei depositi della memoria, con influenza diretta sull'efficienza delle prestazioni in genere e della vigilanza,

...un atto di raccoglimento mentale, un'intensa concentrazione dei sensi e della mente, su uno o più oggetti che possono attirare, destare, suscitare e, contemporaneamente, fermare o sviare la curiosità cognitiva e le azioni del soggetto.

## *Localizzazioni*

Fernandez-Duque, Posner, (2001) individuano *tre principali sistemi attentivi*

che



mostrano indipendenza anatomica e funzionale



ma, in genere,



interagiscono fra di loro e sono declinate dagli autori in tre sistemi.

*Sistema attentivo anteriore*

*Sistema attentivo posteriore*

*Sistema attentivo dello stato di allerta e di vigilanza*

## *Localizzazioni*

*Sistema attentivo anteriore*, localizzato nella corteccia prefrontale, responsabile dell'elaborazione focale conscia e del monitoraggio del comportamento.

b. *Sistema attentivo posteriore*, localizzato nella corteccia parietale, che regola l'orientamento in risposta agli stimoli sensoriali, l'elaborazione dettagliata di oggetti e la focalizzazione dell'attenzione su specifici punti dello spazio ambientale.

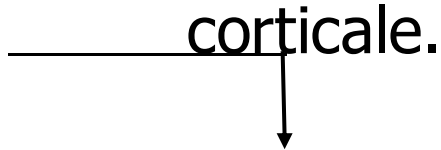
c. *Sistema attentivo dello stato di allerta e di vigilanza*: la formazione reticolare e le aree frontali e parietali destre sembrano essere particolarmente coinvolte. Si tratta di un sistema specifico che agisce sia sul sistema attentivo posteriore che anteriore. Da un punto di vista funzionale, l'attivazione di questo sistema aumenta la velocità con cui un'informazione è selezionata.



## *Quando siamo vigili?*

La vigilanza è la **capacità di mantenersi in allerta** con un'adeguata abilità di ricezione ed elaborazione degli stimoli che colpiscono la mente in ingresso.

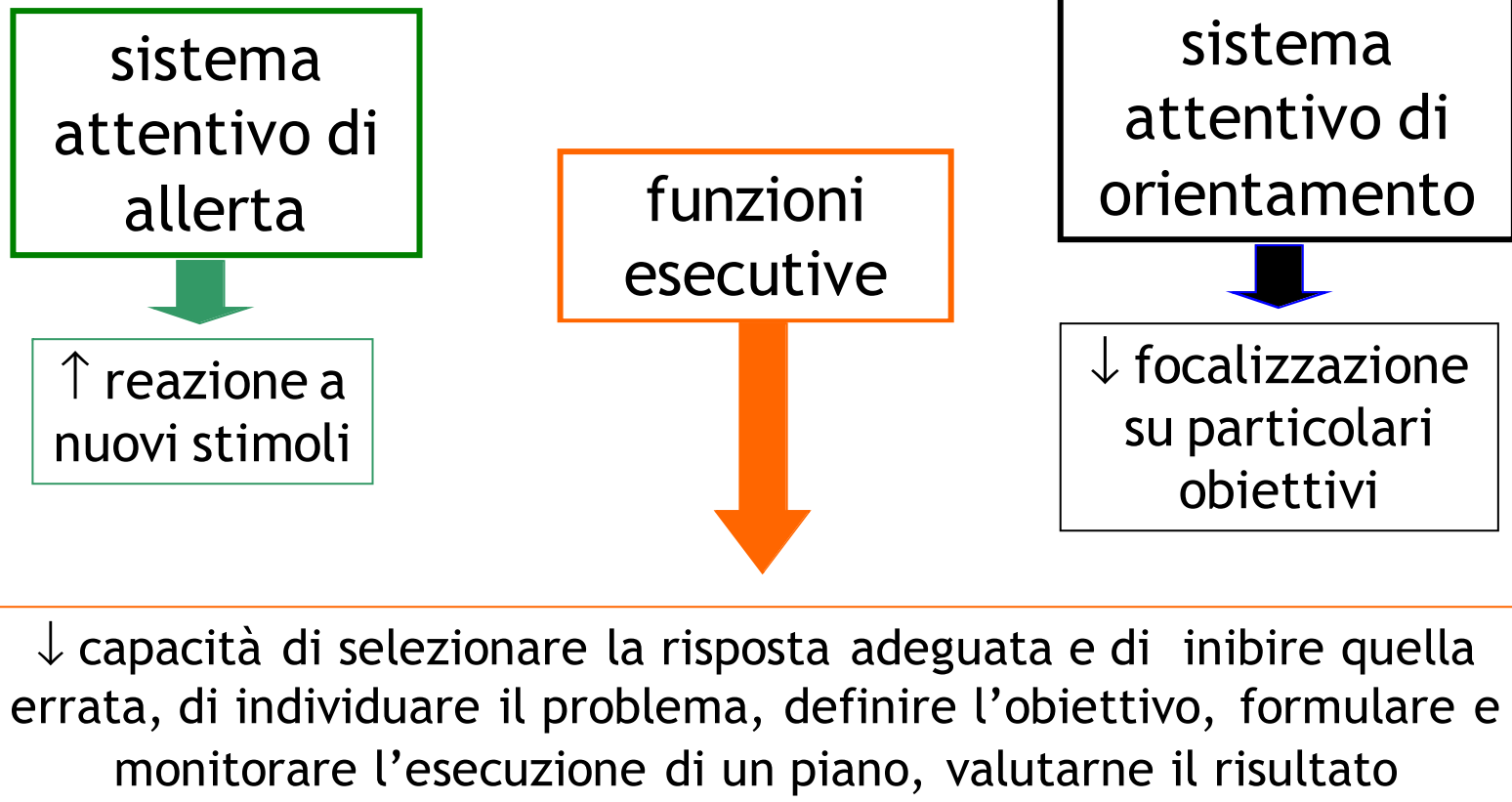
Fin dagli anni cinquanta essa è stata vista come dipendente dal livello di attivazione del sistema nervoso centrale, pertanto si è reso necessario, nel tempo, lo studio della sua relazione con i sistemi cerebrali che regolano l'*arousal* corticale.



il livello di attivazione

prontezza fisiologica a rispondere a stimoli ambientali o interni.

## Le 3 componenti cognitive fondamentali dell'attenzione



## *Sincronia: funzione tra le funzioni*

Il processo attentivo è implicato in numerosi altri processi cognitivi fondamentali (la percezione, la memoria, l'apprendimento) per cui lo studio disgiunto dell'attenzione dagli altri processi psichici può rivelarsi poco fecondo.

L'attenzione infatti, insieme ad altre fondamentali capacità specifiche dell'individuo, costituisce un insieme di funzioni, a loro volta raggruppabili in aree di funzioni (motoria, percettiva, emotiva, affettiva, intellettuale, linguistica/comunicativa, sociale, operativa) e compone il complesso sistema delle funzioni psichiche umane.

Tali funzioni, connotate da una non facile distinguibilità, in quanto spesso sovrapponibili o affini, realizzano la struttura della personalità, intesa come *unità bio-psico-operante*, ovvero un insieme di sistemi aperti, interagenti gli uni con gli altri e tendenti a modificarsi in tali relazioni. Le funzioni umane infatti coprono l'intero potenziale di espressione della persona, ai suoi tre livelli vitali: il corporeo, lo psicologico e l'operativo.

# Classificazione dell'attenzione

selettiva

focale

mantenuta o sostenuta

attenzione divisa o distribuita

condivisa

## *Attenzione selettiva*

capacità di selezionare e discriminare gli stimoli esterni tra quelli che accedono al cosiddetto *focus attentivo* e quelli che rimangono esclusi, in una sfera periferica del campo attentivo individuale.

## *Attenzione focale*

capacità di dirigere o, per l'appunto, di focalizzare l'attenzione, su un solo oggetto, o compito, in un determinato contesto spazio-temporale.

## *Attenzione rifocalizzata*

capacità di eseguire uno *shift di attenzione*, ovvero di realizzare uno spostamento del *focus attentivo* da un oggetto o un evento a un altro, contenuti nell'ambiente circostante al soggetto.

Lo spostamento può avvenire in modo *covert*, ovvero velato: il soggetto mantiene lo sguardo in una certa posizione anche se in realtà ha spostato l'attenzione verso un'altra fonte di informazione di maggiore interesse.

## *Attenzione mantenuta o sostenuta*

capacità di mantenere l'attenzione su eventi critici in modo prolungato. Presuppone capacità di selezione e di controllo nel tempo.



## *Attenzione divisa o distribuita*

capacità di distribuire l'attenzione su più fronti, per la presenza di stimoli concorrenti che interferiscono con l'attività principale.

## *Attenzione condivisa*

capacità di far proprio un interesse visivo (...) dell'adulto, guardare ciò che un altro guarda attentamente, convergere con esso, quindi dividerne un interesse.

TAVOLA SINOTTICA DELLA CLASSIFICAZIONE  
DELL'ATTENZIONE

I principali sistemi classificativi di riferimento:

- il **DSM V** (American Psychiatric Association)
- l'**ICD 10** (World Health Organization)

Il *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* («manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali»), noto anche con l'acronimo **DSM**, è uno degli strumenti diagnostici per disturbi mentali più utilizzati, da medici e psichiatri di tutto il mondo.

La prima edizione del manuale (*DSM-I*) risale al 1952, e fu redatto dall'American Psychiatric Association (APA). Nel corso degli anni il manuale è stato migliorato ed arricchito con riferimenti allo sviluppo attuale della ricerca psicologica in numerosi campi, ma anche con nuove definizioni di disturbi mentali: la sua ultima edizione, risale al 2000 (*DSM-IV-TR*).

La **classificazione ICD** (dall'inglese *International Classification of Diseases*) è la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (**OMS-WHO**, dall'inglese *World Health Organization*).

L'ICD è uno standard di classificazione per gli studi statistici ed epidemiologici, nonché valido strumento di gestione di salute e igiene pubblica.

E' stata sottoscritta da 43 nazione dell'OMS nel maggio 1990 ed ha iniziato ad essere utilizzata intorno al 1994. È oggi alla decima edizione, ma è l'ultima di una serie di tentativi di classificazione ragionata, iniziata circa nel 1850.

La **ICD-10** è la decima revisione della classificazione internazionale delle malattie proposta dall'OMS.

I principali sistemi classificativi forniscono criteri precisi per porre la diagnosi di ADHD ma differiscono tra loro in quanto:

il **DSM IV** (American Psychiatric Association) permette di distinguere tre forme cliniche:

- a) iperattiva-impulsiva;
- b) inattentiva;
- c) combinata

*mentre*

l'**ICD 10** (World Health Organization) prevede solo la forma combinata

# (ADHD) - DSM IV TR

## Attention Deficit Hyperactivity Disorder

- disturbo ad esordio precoce (prima dei 7 anni)
- caratterizzato da iperattività-impulsività e disturbo dell'attenzione
- non riferibile ad altri disturbi mentali
- presente da almeno 6 mesi
- si manifesta in diversi contesti (almeno due)
- determina una significativa compromissione funzionale

# **Disturbo dell'attività e dell'attenzione ICD 10**

## **classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati proposta dall'OMS.**

Gruppo di disturbi caratterizzato da un esordio precoce (di solito nei primi cinque anni di vita), una mancanza di perseveranza nelle attività che richiedono un impegno cognitivo ed una tendenza a passare da un'attività all'altra senza completarne alcuna, insieme ad una attività disorganizzata, mal regolata ed eccessiva. Possono associarsi diverse altre anomalie. I bambini ipercinetici sono spesso imprudenti e impulsivi, inclini agli incidenti e vanno incontro a problemi disciplinari per infrazioni dovute a mancanza di riflessioni piuttosto che a deliberata disobbedienza. I loro rapporti con gli adulti sono spesso socialmente disinibiti, con assenza della normale cautela e riservatezza. Essi sono impopolari presso gli altri bambini e possono diventare isolati. E' comune una compromissione cognitiva, e ritardi specifici dello sviluppo motorio e del linguaggio sono sproporzionalmente frequenti. Complicazioni secondarie includono il comportamento antisociale e la scarsa autostima.



# Disturbo dell'attività e dell'attenzione ICD 10

**codice:** F90.0

**inclusione:** Disturbo del deficit dell'attenzione con iperattività

**inclusione:** Disturbo di iperattività con deficit dell'attenzione

**inclusione:** Sindrome di deficit dell'attenzione con iperattività

**esclusione:** disturbo ipercinetico associato a disturbo di condotta(F90.1)

Disturbo dell'attività e dell'attenzione

**codice:** F90.0

**inclusione:** Disturbo del deficit dell'attenzione con iperattività

**inclusione:** Disturbo di iperattività con deficit dell'attenzione

**inclusione:** Sindrome di deficit dell'attenzione con iperattività

**esclusione:** disturbo ipercinetico associato a disturbo di condotta(F90.1)

# Sistema CO.CLI.T.E. E ADHD

## Il quadro sindromico



# IPERMOTRICITA'

Irrequietezza motoria ed instabilità caratterizzano questa condizione ove domina la componente ipermotoria che, pur tendendo a decrescere con l'età, appare vistosamente all'osservatore e si esprime con una pluralità di indizi variamente estesi per frequenza e per intensità.

# IPERMOTRICITA'

## **INDIZI**

- instabilità cinetica generale (ipercinesia);
- incapacità/difficoltà a mantenere il proprio posto a sedere in classe o in altre situazioni in cui ci si aspetta che resti seduto;
- tendenza a correre o saltare ovunque e in modo eccessivo in situazioni in cui ciò è fuori luogo;
- difficoltà a controllare gesti e schemi motori che vanno coordinati o posti in sequenza;
- tendenza ad accrescere la precipitazione nelle situazioni dinamiche;
- difficoltà nei giochi coordinati, con turni, con regole, ecc.

## IMPULSIVITA': INDIZI

È parte integrante della condotta del soggetto iperattivo, particolarmente visibile fino alla pre-adolescenza, si esprime con l'incapacità di controllare la propria reattività, quindi nel senso di:

- reattività diffusa;
- impazienza;
- mancato rispetto del proprio turno nelle situazioni regolate;
- risposte rapide e impulsive;
- tendenza ad interrompere gli altri;
- tendenza ad intromettersi, farsi avanti;
- mancata autoregolazione;
- invadenza;
- condotte esibizioniste;
- scarsa valutazione del contesto/situazione;
- tendenza a parlare troppo, alla reattività verbale, logorrea.

## IPER-REATTIVITA': INDIZI

Condizione condivisa con gli stati di alterazione emozionale e di umoralità, l'eccessiva reattività alle stimolazioni di vario tipo, si manifesta come:

- sensibilità eccessiva ai contesti;
- bassa tolleranza alle frustrazioni;
- eccessi di ansia;
- passionalità eccessiva;
- agitazione generale ai cambiamenti;
- eccessiva trepidazione nelle attese;
- eccessiva rapidità di reazione a contrattempi, incertezze, ambiguità;
- tendenziale negativismo generalizzato.

## IPERATTIVITA': INDIZI

Globalmente, il soggetto in stato di ADHD è portatore di una complessità di condotte dal carattere iperattivo, classificabili in:

- irrequietezza;
- iperattività segmentale e/o generale, eccessiva attività motoria;
- disturbo di attenzione, facile distraibilità;
- scarso controllo/inibizione di stimoli esterni;
- tendenza a condotte decontestuali;
- non rispetto di turni e di regole;
- disorganizzazione in azioni complesse;
- dimenticanze;
- non completamento di azioni e compiti.

## DISATTENZIONE: INDIZI

È parte integrante della condotta del soggetto ADHD che si esprime nel senso di:

- scarsa tenuta dell'attenzione;
- distrazione;
- tendenziale trascuratezza dei particolari;
- lenta o discontinua focalizzazione del globale;
- dimenticanze;
- tendenziale discontinuità del pensiero;
- tendenziale perdita delle istruzioni verbali e dell'organizzazione delle situazioni/attività.



# Unitarietà e Disordine

ADHD = SINDROME UNITARIA E DINAMICA

non è:

- uniforme
- statica
- elevatamente definita

Unitarietà e Disordine

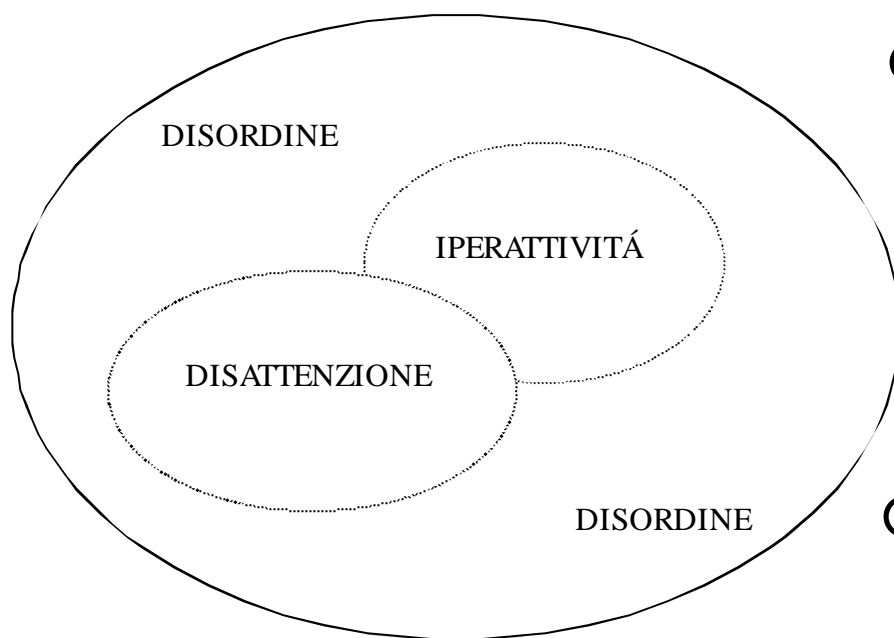
non

IPERATTIVITA' + DISATTENZIONE = ADHD

ma

IPERATTIVITÀ IN SINERGIA CON  
DISATTENZIONE = ADHD

ADHD = sindrome reciproca e unitaria



disordine dell'attività in  
sinergia con disordine  
attentivo

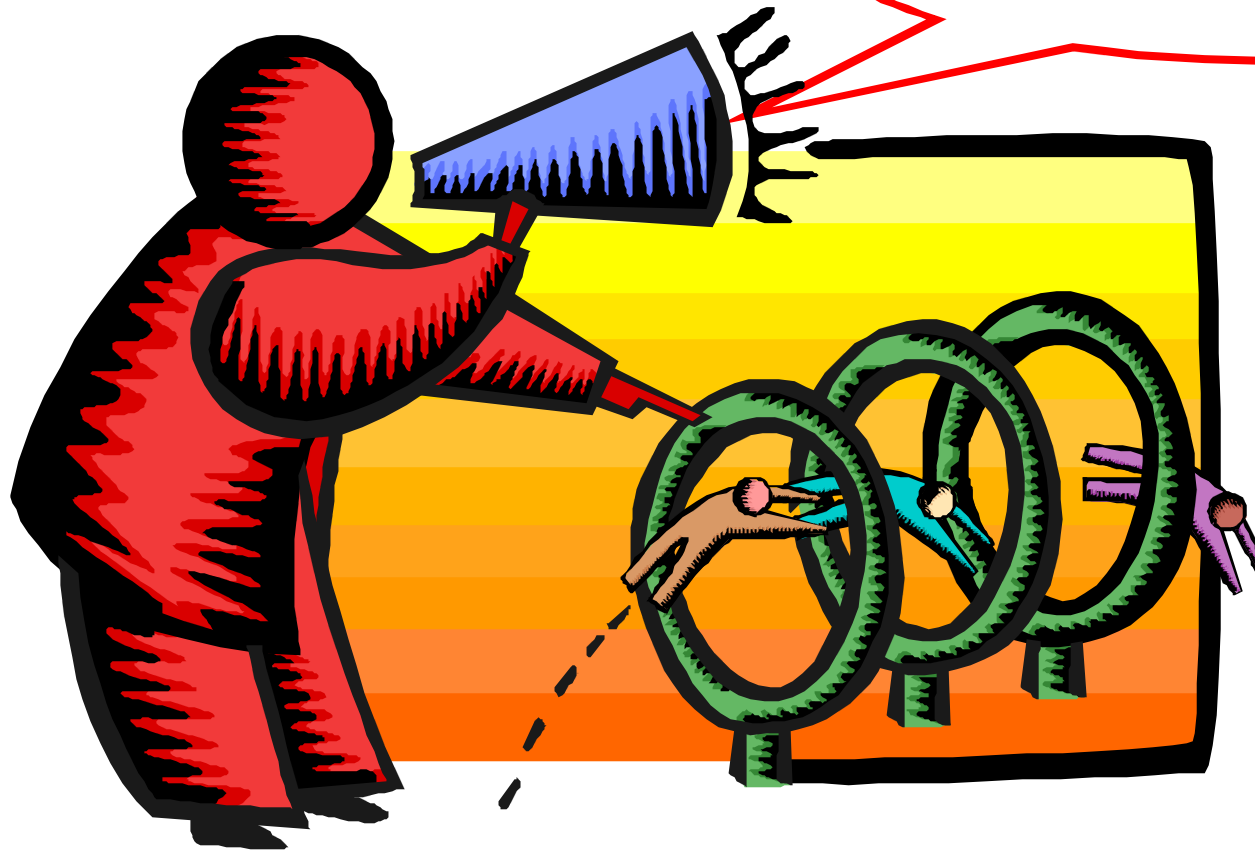


disordine di iperattività e  
disattenzione

# *Funzione cognitiva – funzione regolatrice*

regola i processi cognitivi attraverso il...

...**POLO S.A.F.**



**SUCCESSIONE**

**AUTOMATISMI**

**FLUIDITA'**

# SUCCESSIONE

Funzione cognitiva originaria, di natura neuro-fisiologica, consistente nella capacità di ordinare in sequenza temporale e spaziale azioni, elementi, comunicazioni, pensiero, ecc.

La successione costituisce la funzione regolatrice fondamentale del comportamento umano.

In caso di disturbo può determinare disabilità di vario genere.

# **AUTOMATISMI**

Nella biologia del cervello e della mente sono schemi d'azione che si attivano come sequenze, o intrecci, successioni di atti, organizzati e coordinati dal cervello, attraverso la sua funzione psichica generale, qual è la mente.

## INDICATORI DELLA FLUIDITA'

- A. PRONTEZZA DELL'AVVIO;
- B. ANDAMENTO COSTANTE;
- C. GIUSTA VELOCITA';
- D. ASSENZA DI INTERRUZIONI, INCIAMPI O REGRESSIONI;
- E. SCARSITÀ DI ERRORI;
- F. AGEVOLE AUTOCORREZIONE;
- G. SUFFICIENTE AUTOCONTROLLO;
- H. COSTANZA DELL'ATTENZIONE.

## **FLUIDITA'**

Nel comportamento umano è il garante della qualità esecutiva (efficacia ed efficienza) e degli automatismi. Si esprime nell'andamento costante, nella giusta velocità, nell'assenza di interruzioni, inciampi o regressioni, nella scarsità degli errori, nell'agevole autocorrezione, nel sufficiente autocontrollo, nella costanza dell'attenzione, ecc

PERSONALITA' E POLO SAF



## Quanti sono i bambini con ADHD ?

- La prevalenza del disturbo viene calcolata nel 3-4% dei bambini in età scolare
- In pratica è verosimile che in una classe di trenta bambini almeno uno di essi presenti il disturbo
- Il disturbo appare da 6 a 8 volte più frequente nei maschi che nelle femmine
- Nel 20-30% dei casi vi è una familiarità positiva

## ADHD in adolescenza (possibili evoluzioni)

- 35%: superamento dei sintomi, prestazioni scolastiche talvolta inferiori ai controlli.
- 45%: permanenza della sindrome, frequente attenuazione della componente iperattiva, crescente compromissione emotiva (depressivo-ansiosa) e sociale
- 20%: permanenza della sindrome, disturbi comportamentali di adattamento sociale

# Criteria (DSM IV) per l'ADHD

# Criteri (DSM IV) per l'ADHD

Sei (o più) dei seguenti sintomi di **disattenzione** sono persistiti per almeno 6 mesi con un'intensità che provoca disadattamento e che contrasta con il livello di sviluppo:

## ***Disattenzione***

- a) spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro o in altre attività.
- b) spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione nei compiti o nel gioco
- c) spesso non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente
- d) 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)
- e) spesso ha difficoltà a organizzarsi nei compiti o nelle attività
- f) spesso evita, prova avversione o è riluttante a impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto (come compiti a scuola o a casa)
- g) spesso perde gli oggetti necessari per i compiti o le attività
- h) spesso è facilmente distratto da stimoli estranei
- i) spesso è sbadato nelle attività quotidiane

Sei (o più) dei seguenti **sintomi di iperattività-impulsività** sono persistiti per almeno 6 mesi con un'intensità che causa disadattamento e contrasta con il livello di sviluppo:

### ***Iperattività***

- a) spesso muove con irrequietezza mani o piedi o si dimena sulla sedia
- b) spesso lascia il proprio posto a sedere in classe o in altre situazioni in cui ci si aspetta che resti seduto
- c) 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)
- d) spesso ha difficoltà a giocare o a dedicarsi a divertimenti in modo tranquillo
- e) è spesso "sotto pressione" o agisce come se fosse "motorizzato"
- f) spesso parla troppo

### ***Impulsività***

- g) spesso "spara" le risposte prima che le domande siano state completate
- h) spesso ha difficoltà ad attendere il proprio numero
- i) spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti (per es., si intromette nelle conversazioni o nei giochi)

- Alcuni dei sintomi di iperattività-impulsività o di disattenzione che causano compromissione erano presenti prima dei 7 anni di età
- Una certa menomazione a seguito dei sintomi è presente in due o più contesti(per es.,a scuola(o al lavoro) e a casa)
- Deve esservi un'evidente compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo
- 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 (per es. Disturbo dell'Umore, Disturbo d'Ansia, Disturbo Dissociativo o Disturbo di Personalità)

**Nota per la codificazione** Per i soggetti (specie adolescenti e adulti) che al momento hanno sintomi che non soddisfano più pienamente i criteri, si dovrebbe specificare "In Remissione Parziale"

La revisione del 2000 del DSM (*DSM-IV-TR*) mantiene essenzialmente la precedente descrizione della sindrome, procedendo tuttavia ad alcune precisazioni inerenti **i sottotipi e la frequenza**, segnalando che:

- il tipo con disattenzione predominante e combinato comporta problemi scolastici;
- il tipo con iperattività predominante comporta più rifiuto dei coetanei e ferite accidentali;
- il tipo con disattenzione predominante è meno frequente nel sesso maschile;
  - c'è variabilità del quoziente intellettivo;
  - c'è variabilità legata all'età;
  - c'è aumento delle stime di frequenza.

## ***Criteria diagnostici e sottotipi***

L'attribuzione della diagnosi richiede il riferimento ad una serie indicatori e di *criteria*, osservati per almeno sei mesi:

Criterio A – Disattenzione ed iperattività superiori ai livelli medi nell'età posseduta.

Criterio B – Comparsa di alcuni sintomi prima dei sette anni.

Criterio C – Compromissione della condotta espressa in almeno due contesti (casa, scuola, lavoro).

Criterio D – Chiara interferenza con il funzionamento sociale, scolastico o lavorativo rispetto all'età posseduta

Criterio E – Non associazione a disturbi psichici o mentali (*disturbo specifico*).



## *Disturbi associati*

Alle diverse età ed in ragione del livello di sviluppo, possono manifestarsi **tratti comportamentali associati** alla sindrome ADHD, individuabili in:

- scarsa tolleranza alla frustrazione, accessi d'ira, prepotenza, caparbia, eccessiva e frequente insistenza sul fatto che le richieste siano soddisfatte, labilità d'umore, demoralizzazione, disforia, rifiuto da parte dei coetanei e disforia;
- compromessi o valorizzati risultati scolastici, conflitti scolastici, apparente pigrizia;
- conflitti in famiglia, risentimento ed antagonismo;
- risultati lavorativi scarsi.

L'osservazione clinica rivela una "quantità sostanziale" di casi in cui sono compresenti altre condizioni patologiche quali:

- Disturbo Oppositivo Provocatorio;
- Disturbo della Condotta;
- Disturbi dell'umore;
- Disturbi d'Ansia;
- Disturbi dell'apprendimento;
- Disturbi della Comunicazione.

Non infrequente è la concomitanza con il Disturbo di La Tourette di cui anticipa l'esordio.

Può esservi, infine, "una storia di maltrattamento o di abbandono infantile, sistemazioni adottive multiple, esposizione a neurotossici (per es., avvelenamento da piombo), infezioni (per es., encefalite), esposizione a farmaci in utero, basso peso alla nascita, e ritardo mentale.

# Criteria (ICD-10) per l'ADHD

Nella classificazione diagnostica dell'Organizzazione mondiale della Sanità (ICD-10; WHO 1992 ICDH) l'ADHD compare entro la classe di: *Sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza, nella classe delle Sindromi ipercinetiche (F90)*, distinte in:

F90.0 Disturbo dell'attività e dell'attenzione.

F90.1 Disturbo ipercinetico della condotta.

F90.8 Sindromi ipercinetiche di altro tipo.

F90.9 Sindrome ipercinetica non specificata.

Connesso quindi alle Sindromi Ipercinetiche, oggi considerato simile al Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività di tipo combinato (Disattenzione, iperattività/impulsività) dei criteri del DSM-IV.

La diagnosi di disturbo ipercinetico secondo l'ICD-10 richiede la contemporanea presenza, nello stesso bambino, di sintomi di inattenzione, iperattività ed almeno un sintomo di impulsività

I sei criteri diagnostici del DSM-IV sono integrati da una più articolata e rigida scansione degli items ( indicatori, sintomi), nei tre ambiti: disattenzione, iperattività ed impulsività.

In relazione ad essi è richiesto il riscontro minimo di almeno 6 indicatori per la disattenzione, 3 per l'iperattività e 1 per l'impulsività e per la durata di almeno 6 mesi. I due manuali riportano i medesimi sintomi, mentre diversa è la collocazione della comparsa, prima dei sette anni per il DSM-IV, e prima dei sei anni per l'ICD-10.

La contemporanea presenza del disturbo ipercinetico e di altri disturbi psichiatrici (es. disturbo oppositivo provocatorio o della condotta) comporta secondo l'ICD-10 **l'inclusione in specifici raggruppamenti diagnostici** (es. Disturbo Ipercinetico della condotta).

L'ICD-10 però pone in una sorta di "limbo nosografica" l'ADHD di tipo prevalentemente disattentivo del DSM-IV, non prevedendo nessuna categoria diagnostica corrispondente.

L'incidenza del disturbo così definito viene calcolata nel 1-2 % dei bambini in età scolare.

In entrambi i documenti **il disturbo deve essere pervasivo**, quindi manifesto in una pluralità di ambienti e tale da compromettere le condotte sociali e scolastiche.

## *I sintomi secondari o derivati*

Una serie di condotte in qualche modo tipiche o problematiche corredano i tratti primari dell'ADHD e determinano situazioni che, ripetutamente, distinguono il soggetto dalla normale reattività agli ambienti ed agli impegni.

Si tratta di stati singolarmente non totalmente specifici di questa sindrome ma che, nel loro insieme, rendono la tipicità qualitativa della condizione iperattiva-disattentiva quale si palesa ad una visione non frammentata o cumulativa, ma inclusiva dell'interezza ecologica delle condotte dell'individuo interessato.

## *I sintomi secondari o derivati*

- difficoltà nel seguire le sequenze nella comunicazione e nelle consegne plurime;
- difficoltà nel seguire sequenze di azioni di gruppo o nei compiti con consegne plurime;
- stancabilità, insofferenza alle regole e alla routine, ai compiti lunghi;
- fuga dal compito;
- rabbia, irritabilità;
- disorganizzazione personale (vestirsi, tenere in ordine, programmare azioni, ecc.);
- difficile rispetto di orari e scadenze;



## *I sintomi secondari o derivati*

- disistima;
- sensibilità emozionale;
- tacito *locus of control*;
- eccessiva tendenza al lavoro intuitivo o predittivo;
- difficoltà nell'apprendimento scolastico;
- lenta o discontinua focalizzazione delle richieste;
- scarso rendimento scolastico.

## *Le situazioni critiche*

Situazioni di vita improvvise o quotidiane ed allocate in una *pluralità di ambienti*, possono dar luogo a stati di precarietà dell'attenzione e del controllo motorio e mettere in evidenza stati di difficoltà:

- Attività o giochi di gruppo.
- Richiesta di azioni simultanee, sequenziali, organizzate.
- Cambiamenti improvvisi, novità.
- Situazioni incerte, ansiogene.
- Copiatura dalla lavagna.
- Scrittura da dettatura.
- Richiesta di esattezza formale.
- Attesa di eventi (visite, verifiche scolastiche, regali, uscite, ecc.).
- Situazioni pressanti (affrettarsi, recitare, rispondere in pubblico, ecc.).

## *Le condotte scolastiche*

La condizione di rischio relativa al rendimento scolastico, trova ragione nell'insieme delle caratteristiche della sindrome disattentiva ed iperattiva, e può essere fonte di conflitti che si trascinano anche in famiglia.

Le condotte vengono infatti spesso interpretate in modo astratto dalla sindrome stessa, generando in insegnanti e genitori l'idea di comportamenti originariamente disimpegnati, provocatori, pigri ed oppositivi.

Indicate principalmente nel Criterio A delle indicazioni diagnostiche contenute nel DSM-IV, le condotte disattentive ed iperattive più significative in ambito scolastico riguardano la scarsa tenuta dell'attenzione e la frequenza degli errori di distrazione nell'esecuzione dei compiti.

## *Le condotte scolastiche*

Il fronte dei comportamenti che ne deriva è più esteso, e può comprendere:

- disordine della condotta generale (lavoro, gioco, studio, organizzazione personale e dei propri oggetti)
- mancato completamento dei compiti
- difficoltà a seguire/ascoltare
- facile distraibilità
- facile migrazione da un'attività all'altra
- mancato rispetto delle istruzioni (regole, consegne, indicazioni procedurali, passi istruzionali)
- stancabilità mentale
- evitamento di compiti/impegni
- sbadataggine e dimenticanze
- instabilità motoria sul banco, nell'aula
- incontinenza verbale (parlare di continuo)

Manifestazioni sindromiche

e

loro sviluppo

## ADHD in età prescolare

- Massimo grado di iperattività
- Comportamenti aggressivi
- Crisi di rabbia
- Litigiosità, provocatorietà
- Assenza di paura, condotte pericolose, incidenti
- Disturbo del sonno
  
- Attenzione ai segnali deboli

# INDICATORI PER LA DIAGNOSI FUNZIONALE PRECOCE DEL ADHD 0 A 18 MESI

- IPERTONIA
- IRRITABILITÀ
- SONNO IRREGOLARE
- ECCESSIVA REATTIVITÀ ALLE STIMOLAZIONI
- DISORDINATA DISCRIMINAZIONE DI PERSONE E OGGETTI

## 12 A 36 MESI

- IPERMOTRICITÀ, CONTINUO MOVIMENTO
- INSTABILE COORDINAZIONE SENSO-MOTORIA
- ECCITABILITÀ, IRRITABILITÀ, PRECIPITAZIONE
- SCARSO CONTROLLO DEI BISOGNI FISIologici, RICERCA IMMEDIATA DI RISPOSTA AI BISOGNI
- ECCESSIVA REATTIVITÀ ALLE STIMOLAZIONI, SCARSO CONTROLLO DELLE REAZIONI
- FORTE ECCITAZIONE DI FRONTE A NOVITÀ
- STATI ANSIOSI
- PERDURANTE SONNO IRREGOLARE
- TENDENZA A SALTARE ED ARRAMPICARSI
- TENDENZA A CONDOTTE INVADENTI, INADEGUATE, IMPULSIVE
- INSOFFERENZA A PAUSE ED INTERVALLI
- SCARSO ADATTAMENTO A TURNI E REGOLE



## ADHD in età scolare

- Comparsa di disattenzione e impulsività)
- Difficoltà scolastiche
- Possibile riduzione della iperattività
- Evitamento di compiti prolungati
- Comportamento oppositivo-provocatorio

## ADHD in adolescenza (quadri clinici)

- Disturbo dell'attenzione: difficoltà scolastiche e di organizzazione della vita quotidiana (programmazione)
- Riduzione del comportamento iperattivo ma sensazione soggettiva di irrequietezza
- Instabilità scolastica, lavorativa, relazionale
- Condotte pericolose
- Disturbi depressivo-ansiosi

## ADHD in età adulta

- Difficoltà di organizzazione nel lavoro (strategie per il disturbo attentivo)
- Intolleranza di vita sedentaria
- Condotte rischiose
- Rischio di marginalità sociale

Bassa autostima, tendenza all'isolamento sociale, vulnerabilità psicopatologica

# ADHD E PATOLOGIE

## **Co-morbilità generali**

con altri stati patologici significativi in senso biologico o psicologico

il disturbo dell'attenzione nelle sue molteplici manifestazioni, coinvolgenti spesso lo stato di vigilanza e di coscienza dell'individuo, compare come sintomo primario o secondario in una serie di patologie, soprattutto neurologiche o mentali, nelle quali risulta facilmente alterata la funzionalità attentiva, per effetto di compromissioni a diversi livelli.

Si tratta di modificazioni delle condotte attentive o di vere e proprie alterazioni della funzione di mantenimento della vigilanza, che accompagnano stati patologici, perlopiù di natura organica.

Si possono osservare **Co-morbilità** in:

- *Lesioni corticali specifiche*, soprattutto a carico dei lobi frontali e pre-frontali
- *Disturbi del sistema reticolare* (flussi corticali), traumi cranici, ecc. Tali condizioni sono all'origine di "un effetto aspecifico, che si ripercuote negativamente su tutte le abilità cognitive" pertanto possono dar luogo a forme di rallentamento dell'attività attentiva e cognitiva, rallentamento della reattività percettiva e cognitiva, nonché ad alterazioni dello stato di vigilanza (ipo-iper-vigilanza) di tipo generalmente aspecifico.
- *Forme epilettiche minori* (psicomotoria o parziale) si rinvengono "alterazioni parziali e parossistiche della vigilanza (sonnolenza, apatia intermittente) o del contenuto della coscienza (stato confusionale o delirante). Sintomo indicativo sono le frequenti fluttuazioni del livello di vigilanza e di attività, e si richiede la conferma dell'elettroencefalogramma.

Si possono osservare **Co-morbilità** in:

- In *altri casi*, la distrazione, la tendenza a non rispondere e l'atteggiamento da sognatore e i disturbi della concentrazione hanno origine non epilettica ma in gravi alterazioni dell'emotività.
- *Emicrania del bambino*, soprattutto nella forma della *emicrania accompagnata*, sono presenti disfunzioni neurologiche che possono comportare disturbi della vigilanza della durata anche di ore.
- *Sindrome autistica* adulta o nel *Disturbo Generalizzato dello Sviluppo*.
- *Ritardo Mentale* grave.
- DSA, disturbi specifici di apprendimento.

In ambito neuropsichiatrico, le ricerche di R.A. Barkley evidenziano una notevole probabilità di comorbidità del ADHD con:

- Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP, 54-67% ),
- Disturbo della Condotta (DC, 20-56%),
- Disturbo di Somatizzazione (DS, 25-33%),
- Disturbo dell'Apprendimento (DAP40% )

**IPOTESI EZIOLOGICHE**



## Riferimento di base

*eziologia multifattoriale*, versata sia in senso genetico che neurologico o ambientale, in cui sussistono tesi orientate in difformi direzioni, che prendono in considerazione la presenza di possibili danni neurologici minimi, oppure di traumi perinatali o insufficiente nutrizione nei primi mesi di vita, unitamente a stati psicologici o ambientali che disturbano il corretto andamento dei processi evolutivi bio-psichici generali.

## *Il quadro eziologico*

Complessivamente lo scenario delle possibili ipotesi eziologiche inerenti l'ADHD, si declina in **diversi ambiti o ipotesi**.

### A – AMBITO BIOLOGICO

A.1. Ipotesi genetiche.

A.2. Ipotesi bio-chimiche.

A.3. Ipotesi neurologiche.

### B – AMBITO NEURO-PSICOLOGICO

B.1. Ipotesi psichiche.

B.2. Ipotesi neuro-cognitive.

B.3. Ipotesi ambientali

## Ipotesi genetiche

- Nel 1971 Marrison e Stewart: ipotesi di **ereditarietà**, in relazione al fatto che il 20% dei bambini iperattivi risultava avere almeno uno dei genitori già colpiti dallo stato di iperattività durante l'infanzia.
- Il *DSM-IV* conferma una buona quota di **familiarità nei parenti biologici di primo grado**.
- Pare riconoscibile la provenienza ereditaria familiare, rilevata da molte indagini, **con particolare interessamento dei figli maschi**, mentre non sono riscontrati errori genetici di struttura o di trasmissione.
- Goldman-Rakic, Cook, Smalley, Waldman, Sunohara, Barr, ecc.: connessione tra sindrome ADHD e "alcune specifiche varianti di geni che codificano per il trasportatore della dopamina" e di altre mono-ammine.
- Si conviene nel riconoscere una sensibile trasmissibilità familiare dell'ADHD ed una **elevata corrispondenza (tra 50-90%) dei gemelli monozigoti, nonché nei gemelli adottati**, quindi a carico della genetica più che dell'ambiente.

## Ipotesi bio-chimiche

l'indagine in ambito biologico concentrata principalmente sui disturbi del **metabolismo generale** in connessione con la comparsa o la scomparsa dei sintomi del ADHD.

**Fattori causali di tipo bio-chimico** possono essere individuati in diverse tipologie:

- eccesso o mancanza di molecole corticali (neuro-ritardanti o neuro-eccitanti);
- inadeguata metabolizzazione di sostanze;
- esposizione a neuro-tossici;
- esposizione a farmaci in utero;
- eccesso o mancanza di sostanze alimentari;
- disturbi del flusso ematico nella corteccia.

## Ipotesi bio-chimiche

Ricerche di laboratorio osservano le varianze indotte da disfunzioni delle sostanze corticali, come **la mancanza di dopamina** che determina deficit di attenzione o **l'insufficienza di noradrenalina** che genera iperattività.

A partire dagli anni 70 si annoverano ipotesi eziopatogenetiche insistenti **sugli effetti alimentari** come causa dell'insorgenza o del mantenimento del ADHD, in particolare sulle **connessioni tra dieta ed attività elettrica cerebrale**, ovvero dei neurotrasmettitori corticali.

Varie sostanze alimentari possono dunque essere ritenute significative per l'azione dei circuiti neuronali, dando corpo all'approccio nutrizionale.

## *L'approccio nutrizionale*

- Feingold, Kaiser-Permanente, Harley, ecc. individuano fattori responsabili in: aromi, coloranti sintetici e salicilati naturali, dalla cui esclusione fu costruita la *dieta K-P* (Kaiser-Permanente).
- Ulteriore fronte a carico dell'aumento di consumo degli zuccheri nella popolazione in generale e nei bambini in particolare e della minore tolleranza al glucosio, come nei soggetti ipoglicemici, rilevata in soggetti iperattivi (Prinz e Riddle, Langseth e Dowd, ecc.).
- D.Hales e R.E.Hales hanno rilevato una più lenta metabolizzazione del glucosio soprattutto nelle regioni cerebrali che regolano il movimento e l'attenzione.

## *L'approccio nutrizionale*

- Si fa dunque riferimento al rallentato metabolismo cerebrale del glucosio quale causa dell'iperattività e della disattenzione, per effetto di una sorta di *ipoglicemia reattiva*, conseguente all'ingestione di forti dosi di zucchero, la quale sarebbe all'origine dell'incrementata produzione di adrenalina la quale esercita una stimolazione del sistema nervoso (*restless reaction*).
- Allergie alimentari possono essere fonte di disturbi attentivi o del comportamento, specie in presenza di determinate diete che escludono un alimento e, con ciò, vedono il miglioramento dei sintomi iperattivi (Crook, D'Adamo, Egger, ecc.).

## **Ipotesi neurologiche**

### *Il danno cerebrale minimo*

Definita dapprima *lesione cerebrale minima* e poi *disfunzione cerebrale minima*, si tratta di una condizione di *alterazione organica* di minima entità del cervello che interessa fondamentalmente la corteccia e disturba la sua funzionalità.

In tale sede, in assenza di danni strutturali apprezzabili, possono insistere danni o disturbi a carico dei circuiti neurali (conduttori e sinapsi che costituiscono il *reticolo neurale*), quindi inerenti il livello funzionale, un disturbo di tipo qualitativo perlopiù ipotetico, in quanto scarsamente supportato da referti strumentali (TAC, risonanza magnetica, esami chimico-clinici di liquidi corticali).



## **Ipotesi neurologiche**

### *Il danno cerebrale minimo*

Si tratta di patologie lievi, dai *segnali neurologici deboli*, identificabili come:

- encefalopatie funzionali;
- alterazioni della funzionalità (chimica o elettrica) dei mediatori corticali;
- disfunzioni della funzionalità di specifiche aree, in particolare dei lobi frontali e pre-frontali;
- disfunzioni della trasmissione (conduzione) intra ed inter-emisferica;
- patologie neurologiche *corea di Sydenham, Sindrome di Gilles de la Tourette, esiti di sindromi convulsive, ecc.*
- sindromi da iperattività;
- disturbi funzionali altri o Non Altrimenti Specificati.

## *La disorganizzazione neurologica*

Si tratta di una condizione di disturbo di carattere funzionale<sup>[1]</sup> e qualitativo, meglio definibile come *disordine*, piuttosto che di disturbo di natura organica e quantitativo, associabile alla categoria dei *deficit*. Interessa una pluralità di altre sindromi oramai allocate nello scenario dei disturbi qualitativi ed a bassa compromissione delle strutture organiche, come molte forme di autismo (disturbo generalizzato dello sviluppo), di disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), disprassie e dislateralità, disordini della sintesi percettiva (sinestesia), ecc.

<sup>[1]</sup> *Funzionale* come relativo allo stato delle *funzioni* umane, non ad alterazioni delle strutture organiche.

## *L'Eccitazione organica*

Dovuta a insufficiente funzione di inibizione e di integrazione, da parte della corteccia cerebrale (mantello corticale) con i suoi tessuti e la sua struttura (emisferi, aree, scissure), sull'eccitazione biologica o organica proveniente dal sottostante tronco cerebrale.

## *Disfunzioni della trasmissione*

Il sistema dei neuro-trasmittitori è deficitario, o alterato, relativamente a sostanze che fungono da mediatori chimici quali la *dopamina*, la *serotonina* o gli *oppioidi endogeni*. La carenza di dopamina può disturbare la neurotrasmissione tra le aree corticali e tra queste e le zone sub-corticali.

## *Deficit di inibizione e velocità*

Il sistema dei neuro-trasmittitori non regola a sufficienza la funzione di numerose aree cerebrali coinvolte nei meccanismi di vigilanza, allerta ed attenzione, in quanto è in grado di modulare il mantenimento dell'*arousal*, ovvero dell'inibizione delle risposte automatiche e, più in generale, della memoria di lavoro.

GENERANO DISFUNZIONI ALLE FACOLTÀ PERCETTIVE, ATTENTIVE, MOTORIE E COORDINATIVE, EMOZIONALI, ECC.

## Ipotesi psichiche

Non trascurabili le connessioni dei sintomi di iperattività, impulsività e disturbi dell'attenzione con **stati patologici mentali individuabili pluralmente ed a diversi livelli di coinvolgimento degli stati della personalità**, quindi dai *disagi dell'Io* ai *disturbi mentali* più conclamati (disturbo bipolare, di personalità, dell'ansia, ecc.).

Confermano D. Hales e R. Hales che soprattutto il fenomeno dell'iperattività può essere ricondotto a **malattie psichiche in genere**, ed al **disturbo bipolare in particolare**, il quale genera instancabilità, esuberanza incontrollabile, continua attività motoria mentale.

## Ipotesi neuro-cognitive

•Ambito americano (Douglas, Peters, Jensen, Steinberg, Knappa, Borkowski, ecc.), l'attenzione delle ricerche concentrata sulle **componenti cognitive e motivazionali** del disturbo attentivo, con coinvolgimento della capacità metacognitiva individuale. Gli studiosi si riferiscono a soggetti **carenti nelle abilità di controllare ed organizzare le stimolazioni** e che, pertanto, manifestano difficoltà a focalizzare e mantenere l'attenzione.

•Per C. Cornoldi il deficit riguarda specificamente i **processi di controllo e modulazione dell'attenzione**, si tratterebbe pertanto di un *deficit di produzione*, per effetto del quale i soggetti interessati **mostrano di sapere cosa sia utile ma non riescono a concretizzarlo**. E'assente una funzione definita "**Dialogo Interno**", cioè la *capacità di regolare la concentrazione e mantenerla in fase di problem solving attraverso il pensiero*.

↓

Soggetti disattentivi ed iperattivi quindi non sarebbero in grado di scegliere una procedura adeguata alla soluzione dei problemi. Tale situazione sarebbe all'origine ad una scarsa autostima di sé.

## **Ipotesi neuro-cognitive**

Borkowski (1980) ha proposto un modello descrittivo del funzionamento metacognitivo per comprendere quali carenze vi siano nel DDAI, che include:

- *variabili esecutive*: capacità di riconoscere le caratteristiche di un compito e di individuare la procedura più corretta;
- *variabili metacognitive*: capacità di selezionare e mettere in atto strategie e riconoscerne il costo generale;
- *variabili motivazionali-affettive*: capacità di motivarsi rispetto alla risoluzione del problema).

È PERTANTO CARENTE L'INTEGRAZIONE FRA GLI ASPETTI DI AUTOREGOLAZIONE (VARIABILI ESECUTIVE E METACOGNITIVE) E LA MOTIVAZIONE

E.Kirby e L. Grimley<sup>[1]</sup>:

- rilevano la **scarsa capacità di questi soggetti a selezionare gli stimoli esterni** e ad attivarsi in relazione ad essi, il che genera **discontinuità attentiva** da un lato e, dall'altro, la **pressante ricerca di altre stimolazioni**, da cui la distraibilità, l'inseguimento di stimoli esterni, ecc.
- sottolineano l'utilità del monitoraggio da parte dell'adulto, per cui in presenza di aiuto e controllo a focalizzare l'attenzione, le prestazioni cognitive aumentano nettamente.

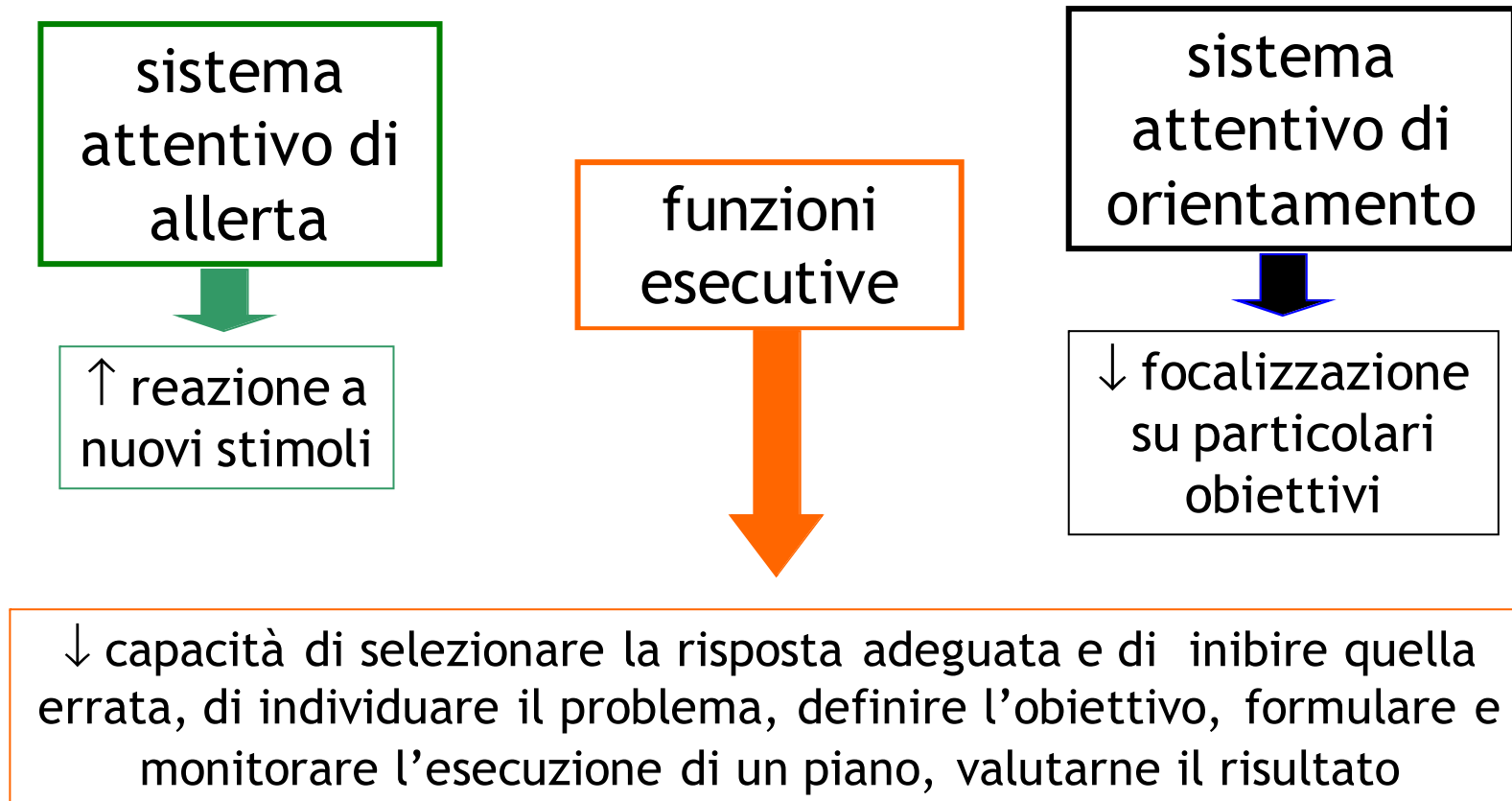
### Fattori decisivi

#### Selezione degli stimoli e regolazione dell'attenzione

sindrome letta come *deficit di autoregolazione* cioè di una difficoltà generale nella modulazione del comportamento, che coinvolge sia aspetti attentivi che altre condotte, come ad esempio il problem-solving o la motivazione.

<sup>[1]</sup> E.Kirby-L.Grimley, *Disturbi dell'attenzione e iperattività*, Erickson, Trento 1989.

I quadri clinici e neurocognitivi sono infatti interpretabili come alterazioni delle 3 componenti cognitive fondamentali che determinano la fisiologia dell'attenzione.





## **Ipotesi ambientali**

Collocano motivi eziologici in sedi ambientali oggettive o soggettive soprattutto in riferimento **a stati di grave alterazione della condizione di adattamento e di equilibrio** che il soggetto cerca di costruire nella propria condizione esistenziale.

Traumi psicologici o stati di forte deprivazione possono alterare i processi autoregolati umani e far insorgere forme di reazione iperattiva, impulsiva e di in controllo delle funzioni attentive.

## **Ipotesi ambientali**

Tra le principali **cause ambientali** dello stato di ADHD:

- maltrattamenti;
- abbandono infantile;
- sistemazioni adottive multiple;
- disadattamento infantile;
- esposizione a forte inquinamento ambientale (elettromagnetico, acustico)
- intensa condizione di disorganizzazione o caos;
- intensa condizione di iperstimolazione o sovraccarico neuropsicologico;
- condizione di disadattamento o conflittualità ambientali: mobbing, ecc .
- perdurante condizione di stress.

## La diagnosi di ADHD è clinica

- deve essere formulata nell'ambito di una **valutazione globale** del bambino e del suo ambiente (famiglia)
- si basa sulla **raccolta di informazioni** da fonti multiple (i genitori e gli insegnanti), sull'**intervista del bambino** e sull'**osservazione diretta**

# I questionari di Conners (genitori e insegnanti)

sono un importante complemento  
diagnostico in quanto consentono:

- la quantificazione del disturbo
- il monitoraggio dei sintomi
- la valutazione della risposta ai trattamenti

## La valutazione neuropsicologica

- Test delle campanelle modificato (attenzione)
  - Continuous Performance Test (attenzione)
  - WCST (funzioni esecutive)
  - Torre di Hanoi (strategie cognitive)
  - WISC-R (cifrario, memoria di cifre, aritmetica)
  - Apprendimenti scolastici
- I TEST PSICOMETRICI POCO SI ADDICONO AD UNA SINDROME QUALITATIVA

# La valutazione neuropsicologica

Test delle campanelle modificato (attenzione)

Continuous Performance Test (attenzione)

WCST (funzioni esecutive)

Torre di Hanoi (strategie cognitive)

WISC-R (cifrario, memoria di cifre, aritmetica)

Apprendimenti scolastici

**I TEST PSICOMETRICI POCO SI ADDICONO AD UNA  
SINDROME QUALITATIVA**

# **COSA NON FARE**

## **QUANDO SI HA UN FIGLIO O ALLIEVO CON ADHD**

Dirgli di “stare calmo”.

Parlargli lentamente.

Farlo leggere/scrivere lentamente e con precisione.

Lasciarlo da solo nell'organizzazione delle proprie cose, dei compiti, delle attività, della giornata.

Organizzare al suo posto le sue cose, la giornata scolastica o familiare.

Fare cambiamenti improvvisi durante la giornata scolastica/familiare.

Fermarlo frequentemente mentre scrive/legge o svolge un compito/consegna.

Non considerare la presenza di distrattori nello spazio (ornamenti, oggetti, persone, rumori, ecc.).

Togliere dai contesti scolastico/familiare qualsiasi stimolo di interesse.

Dare richiami, spiegazioni, rimproveri troppo lunghi o reiterati.

Negare o procrastinare riposi, intervalli, attività motorie o ludiche.

Imporgli di stare fermo e attento.

Dirgli che è svogliato, incapace o non intelligente.

Pensare che disattenzione e iperattività siano problemi diversi.

## Interventi educativi

modificare il comportamento  
e insegnare l'autocontrollo

Tecniche cognitive messe in atto in situazioni di gioco e in attività scolastiche:

- *problem solving* (riconoscere il problema, generare soluzioni alternative, pianificare la risoluzione)
- *autoistruzioni verbali* (guida alla soluzione di situazioni problematiche)
- *riosservazione delle proprie esperienze* (esprimere risposte alternative adeguate al contesto)



## In ogni contesto è importante:

- dare immediate informazioni di ritorno (feedback) sull'accettabilità dei comportamenti
- dispensare rinforzi sociali o materiali in risposta ai comportamenti positivi
- ignorare i comportamenti lievemente negativi
- usare comandi diretti, precisi e semplici
- prendere provvedimenti coerenti e costanti per i comportamenti inappropriati

## Come si può gestire correttamente un soggetto affetto da ADHD ?

- iniziando con una **diagnosi corretta** dopo una valutazione globale del bambino e del suo ambiente
- **coinvolgendo** i genitori, gli insegnanti e lo stesso bambino nella messa a punto del programma di trattamento
- utilizzando **un approccio multimodale** che combina interventi psicosociali con terapie mediche
- **individualizzando l'intervento** sulla base dei sintomi più severi e dei punti di forza del bambino

## *Il Pedagogista clinico e la tecnologia di diagnostica pedagogica.*

Il professionista della Pedagogia Clinica deve dotarsi di accorgimenti procedurali propri del lavoro diagnostico versato in senso qualitativo e pedagogico, quali:

- *pertinenza,*
- *sensibilità,*
- *clinicità,*
- *quotidianità,*
- *ecologia,*
- *diacronia-sincronia,*
- *tecnologia plurale,*
- *tendenza al Profilo Dinamico Funzionale.*

*Pertinenza diagnostica.* Ambito specifico di indagine sono i fondamentali indicatori del ADHD, ovvero i **sintomi generali**, discriminati da condotte con le quali mostrano indubitabile prossimità o un rapporto di derivazione:

- effetti primari o secondari di altre patologie, neuropatie in genere (sindromi nervose, ticcose, coreiche, discinetiche, NAS, ecc.);
- stati di esuberanza fisica o psicologica comunque iscrivibili nella normalità;
- stati di distraibilità di altra natura (demotivazione, inadeguatezza culturale, ecc.);
- stati temporanei di disagio o disadattamento;
- sintomi derivati.

## Bisogna escludere *altri disturbi*

- Disturbi sensoriali (visivi, uditivi)
- Disturbi del linguaggio
- Disturbi specifici di apprendimento
- Livello intellettivo “borderline”
- Ritardo mentale

## Bisogna effettuare una corretta diagnosi differenziale “psicopatologica”

*I sintomi dell'ADHD possono essere individuati in diversi altri disturbi psichiatrici:*

- Disturbo oppositivo-provocatorio
- Disturbo della condotta
- Disturbi dell'umore (depressione, distimia, mania)
- Disturbi d'ansia
- Sindrome di Tourette
- Disturbi pervasivi dello sviluppo

## *Sensibilità diagnostica*

Apprezzamento della sintomatologia specifica, *segnali sindromici deboli*, attivantisi talvolta solo in *situazioni critiche*, mutevoli nello spazio e nel tempo.

## *Clinicità*

Fondamento sulla condotta clinica del diagnostico, che privilegia l'*osservazione clinica*, con attenzione a:

- singolarità dei casi (individualità)
- diretta vicinanza al caso (empiricità)
- presa in carico totale del caso (ecologia)
- interpretazione dei segnali comportamentali nella loro profondità e contestualità, dietro le apparenze fenomeniche, in senso fenomenologico.

## *Quotidianità*

Riferimento ad informazioni diagnostiche, dirette o indirette, proprie del comportamento in situazioni spontanee e continue (gioco, famiglia, tempo libero, scuola, ecc.), piuttosto che di situazioni strutturate o provocate (test, prove, compiti strutturati, attesa di verifiche, ecc.).

La provenienza quotidiana della rilevazioni è garantita o dall'osservazione clinica del diagnostico, o dal recupero di informazioni dai genitori o educatori attraverso **adeguati strumenti** (esami funzionali, scale di livello, biografia, ecc.) o dal soggetto stesso (autobiografia, autoanalisi, colloquio clinico, intervista in profondità, ecc.).



## *Ecologia*

Riferimento al comportamento globale del soggetto in osservazione, ovvero sua presa in carico globale.

L'approccio ecologico si persegue su **due piani**:

- sull'intera estensione delle funzioni che ne costituiscono la personalità: motoria, emotiva, affettiva, percettiva, intellettiva, linguistica, sociale, operativa (*ecologia di I° livello*);
- sui contesti di vita familiari, scolastici ed altri (*ecologia di II° livello*).

## *Diacronia-sincronia*

Congiunzione, nella diagnosi,



dell'analisi

dello *stato attuale* (prospettiva sincronica, osservazione diretta, descrizione)



con l'indagine

sullo *stato pregresso* (prospettiva diacronica, anamnesi, storia del caso, narrazione),



configurando pertanto l'atto diagnostico sia come narrazione che come descrizione.

## *Tecnologia plurale*

Impiego di una **pluralità di procedure e strumenti**, supportati dal generale atteggiamento clinico, in ragione:

- delle competenze del diagnostico,
- della singolarità del caso in esame,
- dei tempi disponibili, ecc.

Modalità diagnostiche **di tipo qualitativo** sono: osservazione clinica, esami funzionali, colloquio clinico, questionari o inventari, storia del caso, scale di livello, Profilo Dinamico Funzionale.

## *Tendenza al Profilo Dinamico Funzionale*

Sintesi e ricostruttore in unità dello stato attuale ed evolutivo di un individuo, nell'interezza delle sue aree funzionali, il PDF costituisce il **momento della visione d'insieme diacronica e sincronica**, comprende pertanto sia la *diagnosi declaratoria* che la *diagnosi funzionale* ed è l'atto documentativo più professionale.

**In sintesi,** l'ADHD rimanda alle seguenti affermazioni:

- Si tratta di una sindrome qualitativa.
- La sindrome cambia qualitativamente con l'età.
- La sindrome cambia qualitativamente col mutare degli ambienti.
- La sindrome esprime sottotipi.
- I *sottotipi* manifesti nella prima infanzia possono evolvere nella forma *combinata* (disattenzione e iperattività per almeno sei mesi).
- Richiede la persistenza in più ambiti di vita e per almeno sei mesi.
- Ammette una diagnosi clinica (empirica, individuale, ecologica).
- Richiede l'accesso ad una pluralità di fonti informative dirette ed indirette.
- Richiede una diagnosi diacronica e sincronica.
- Non è misurabile, ma descrivibile e narrabile.
- Richiede una diagnosi ecologica.
- Richiede una diagnosi differenziale.

## Strumenti diagnostici

- il primo colloquio
- l'osservazione clinica;
- la storia del caso (autobiografia);
- le scale di livello;
- gli esami funzionali;
- i questionari o inventari;
- il colloquio clinico;
- il profilo dinamico individuale.

Tre livelli o momenti di scelta dell'agire professionale riflessivo...

TRATTAMENTI



APPROCCI



STRATEGIE

-

1. **Approccio sul deficit**, sulle specifiche ed isolate funzioni disturbate, ovvero sulle disabilità primarie.

2. **Approccio sui requisiti**, quindi sulla più ampia curvatura delle componenti, delle condizioni requisiziali, organiche o funzionali che sono all'origine dell'abilità disturbata.

3. **Approccio ecologico**, sull'interezza della persona e delle sue dimensioni (ecologia di I° livello), nonché del contesto vitale (ecologia di II° livello), che la clinica neuropsichiatrica odierna tende a definire come **presa in carico globale**.



Con riferimento alle più ampie appartenenze teoriche, si evidenziano le seguenti.

*Strategie comportamentiste* o comportamentali o cognitivo-comportamentali, nella varianza delle loro manifestazioni e tecnologie, orientate ai principi della *modificazione del comportamento*.

*Strategie cognitive*, erette sulle fondazioni del cognitivismo psicologico ed epistemologico, fino alle odierne affermazioni in ambito neuropsicologico e delle scienze cognitive, con particolare rilievo alla centralità dei processi mentali nelle loro espressioni cognitive, intellettive e comunicative.

Con riferimento alle più ampie appartenenze teoriche, si evidenziano le seguenti.

*Strategie psicomodinamiche*, che privilegiano il lavoro sulle dimensioni emotivo-affettive, sulla comunicazione e la relazionalità, secondo una pluralità di assetti teorici e di esperienze, di tipo psicoanalitico, umanistico, transazionale, relazionale, ecc.

*Strategia ecologico-plurale*, connotata per la prospettiva ecologica, a tutto tondo, dell'intervento sull'interezza della persona, su tutti gli ambiti requisiziali, ovvero sull'integrata personalità umana, e con il ricorso ad una pluralità di stili didattici o terapeutici, in relazione al contesto, alle risorse, alle tipologie di casi, alle opzioni degli operatori, ecc.

# Le azioni cognitivo-dinamiche SISTEMA CO.CLI.TE.

- azione 1: autoanalisi, narrazione e autobiografia;
- azione 2: autoistruzione e gestione mentale;
- azione 3: motricità e rilassamento;
- azione 4: processi percettivi;
- azione 5: processi sequenziali e velocità;
- azione 6: comprensione del testo.

## *Azione 1: autoanalisi, narrazione e autobiografia*

- si muove all'interno dello scenario teorico della metacognizione e della narrazione,
- propone una serie di **schede di lavoro** che permettono al soggetto ADHD, bambino o adulto, di **metariflettere e autonarrare i pensieri** sull'attenzione, sulla disattenzione, sull'impulsività e iperattività; la sua **situazione** ADHD e il suo **stile attribuzionale**.
- Il soggetto ADHD possiede tali informazioni in modo disorganizzato, non chiaro e frammentario, che può **riorganizzare**, descrivere e narrare proprio attraverso l'azione 1.
- Il principio bruneriano dell'*andar meta*, del tendere al metacognitivo, si declina poi in tutti gli ambiti di vita del soggetto dalla famiglia, alla scuola, al trattamento educativo, concretizzandosi in una serie di indicazioni metacognitive raccolte nei luoghi concettuali ed educativi assunti come:
  - giornata meta;
  - lezione meta;
  - seduta meta.

## *Azione 2: autoistruzione e gestione mentale*

- Si muove all'interno dello scenario teorico della metacognizione e della "Pratica della Gestione Mentale" di A. de La Garanderie,
- propone una serie di **schede di lavoro** volte a favorire nel soggetto ADHD, bambino o adulto:
  - il **controllo** e l' **autoregolazione dei propri comportamenti mentali**,
  - la capacità di **autoverbalizzazione/autoistruzione** e di **evocazione**, ovvero la capacità di richiamare alla mente immagini di parole, oggetti, figure, gesti, eventi usualmente impiegati, che sorreggono e agevolano i processi cognitivi.

Modalità procedurale: **training delle autoistruzioni** (*guida totale, guida attenuata, esecuzione autonoma con controllo, esecuzione autonoma*) che permette al soggetto ADHD di passare dall'etero-istruzione all'auto-istruzione e su una serie di "tecniche evocative" per la sollecitazione delle evocazioni.

### *Azione 3: motricità e rilassamento*

- continua lo sviluppo della metacognizione attraverso attività mirate all'autocontrollo del corpo,
- coniuga in sinergia **due principi educativi**: quello delle **autoistruzioni verbali**, e quello delle **evocazioni**, proposte sotto forma di attività di *immaginazione guidata* e *visualizzazione*.

Le **schede di lavoro** volgono essenzialmente a **porre in dinamicità l'alternanza** di alcune **attività**:

- motricità;
- rilassamento generale;
- controllo *dinamico* della concentrazione.

## *Azione 4: processi percettivi*

- parte dalla peculiarità del quadro ADHD che nell'area percettiva presenta scarsa abilità nella discriminazione dei particolari, forte attraiabilità ai distrattori e lenta o discontinua focalizzazione di sistemi globali,
- propone una serie di **schede di lavoro** volte a **favorire** nel soggetto ADHD, bambino o adulto, le seguenti **capacità**:
  - discriminare i particolari/dettagli;
  - percepire contesti o prospettive globali;
  - muoversi fluidamente tra "il tutto e la parte".

## *Azione 5: processi sequenziali e velocità*

- propone delle **schede di lavoro** centrate focalmente sulla **sequenzialità e sulla fluidità delle azioni individuali**
- il soggetto è invitato a realizzare in parallelo e in modo sempre più rapido più azioni cognitive:
  - due o più percezioni,
  - percezioni e movimenti,
  - percezioni e verbalizzazione, ecc.



## *Azione 6: comprensione del testo*

- promuove la **ricerca e riscrittura di parole**, attraverso esercizi di analisi, completamento e composizione di testi,
- tende ad agevolare lo sviluppo dei processi cognitivi e delle connessioni (relazioni, legami....) mentali,
- tende ad agevolare quelle azioni mentali che, nell'analisi/sintesi di un testo, permettono di passare dalla parte al tutto e dal tutto alla parte.

**Prof.ssa M. Letizia Capparucci, Pedagogista Clinico**

GRAZIE PER LA VOSTRA  
PARTECIPAZIONE !  
[m.capparucci@tiscali.it](mailto:m.capparucci@tiscali.it)

**CEP**  
CENTRO PER  
L'EDUCAZIONE  
E LA PSICOTERAPIA  
**MARCHE**