

Capitolo I

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (DDAI)

1.1 STORIA DEL DDAI

Fino al 1902 la documentazione sul DDAI è sostanzialmente inesistente. Proprio in quell'anno, un medico inglese, G.F. Still, pubblica sul Lancet qualche osservazione relativamente a un gruppo di bambini che presentavano “un deficit nel controllo morale [...] e una eccessiva vivacità e distruttività” ed in tale periodo si attribuiscono ai comportamenti iperattivi ed impulsivi associati a disattenzione uno sviluppo deficitario dello sviluppo morale. Si ritiene, quindi, che l'impulsività sia relativa ad un'incapacità biologica di frenare i propri istinti ma, negli anni a seguire, ci si accorge che questa è una spiegazione restrittiva della questione. Dopo la Prima Guerra Mondiale si nota che le manifestazioni comportamentali appena citate erano legate a forti encefaliti di origine virale. Viene quindi introdotto il concetto di danno cerebrale minimo in base al quale è spiegata l'irrequietezza comportamentale. Quella appena presentata non è l'unica interpretazione fornita in quegli anni. Infatti, altri autori affermano che le forme lievi di irrequietezza sono conseguenza di difficili relazioni con i genitori e solo le forme gravi derivano da danni neurologici (Levin, 1938). Negli anni Trenta, invece, si sostiene che i sintomi dell'iperattività e della disattenzione siano tra loro connessi ma in modo variabile e diverso a seconda dei singoli casi. Nonostante non venga riconosciuta nessuna lesione specifica, si suppone che la causa non derivi da un vero e proprio danno cerebrale, quanto più da un'imprecisata disfunzione cerebrale minima derivante da intossicazione da piombo (Byers e Lord, 1943), da traumi perinatali (Shirley, 1939) o da infezioni cerebrali (Meyers e Byers, 1952). L'Associazione degli Psichiatri Americani del 1952 pubblicano la prima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM). Quest'ultimo considera soltanto due categorie dei disturbi psichiatrici infantili, precisamente la Schizofrenia e il Disturbo di Adattamento. Nella seconda edizione del DSM (APA, 1978) si cerca di descrivere un gruppo di sintomi che ricordino quelli del DDAI e l'etichetta data “Reazione ipercinetica del bambino”. Questa denominazione mette in rilievo l'aspetto motorio rispetto a quello cognitivo. Nel 1980, con la terza edizione del DSM, si introduce un cambiamento nella modalità con cui fare diagnosi psichiatriche poiché è previsto un sistema di valutazione multiassiale con specifici criteri diagnostici per ogni disturbo e si inizia a considerare il livello di inserimento sociale. Qui i bambini con problemi di attenzione e iperattività vengono collocati nel segmento “Disturbo da deficit

dell'attenzione con o senza iperattività" (DDA-I), stimando che, alla base del disturbo, prevalgano gli aspetti cognitivi rispetto a quelli comportamentali. Per poter formulare una diagnosi DDA-I il bambino deve presentare almeno tre sintomi di disattenzione e tre di impulsività e, per poterlo associare all'iperattività, devono anche esserne presenti almeno altri due. Nel DSM-III-R compare per la prima volta l'etichetta diagnostica "Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività", tuttora in uso, con la necessità di individuare almeno 8 sintomi manifesti per almeno sei mesi per poter diagnosticare il DDAI. Alla luce di questi cambiamenti, negli anni seguenti i soggetti con tale diagnosi subiranno un aumento del 26%.

1.2 DEFINIZIONE DEL DDAI

Il Disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività è un disturbo dello sviluppo neuropsichico del bambino, che include difficoltà di attenzione e concentrazione, di controllo degli impulsi e del livello di attività motoria. Le difficoltà riscontrate da un bambino con DDAI derivano sostanzialmente dall'incapacità di regolare il proprio comportamento in funzione del trascorrere del tempo, degli obiettivi da raggiungere e delle richieste dell'ambiente, rendendo quindi difficoltosi, e, in taluni casi, addirittura impedendo il normale sviluppo e l'integrazione nel contesto sociale. Il DDAI riguarda l'autocontrollo, poiché accade spesso che il bambino non riesca a svolgere comuni attività quotidiane e si senta ostacolato nell'orientare i propri comportamenti rispetto a quanto atteso dal mondo esterno: non è in grado di imporsi, attraverso quelli che si possono definire "comandi interiori", di stare attento all'insegnante durante la spiegazione, di svolgere i compiti assegnati per casa, di rimanere seduto durante i pasti e di fare altre azioni simili. Tale disturbo, dunque, non consiste in una semplice manifestazione di scarsa concentrazione e di eccessiva attività psicomotoria, in quanto non è una normale fase di sviluppo che attraversa ogni bambino, e non è neanche la conseguenza di una disciplina educativa impropria, ma si tratta di un reale problema la cui eziologia è di carattere neurobiologico. A differenza della "fisiologica" iperattività, impulsività ed instabilità attentiva, che non determinano considerevoli conseguenze funzionali, il DDAI comporta ripercussioni negative a breve e a lungo termine. Accade spesso che i bambini con DDAI abbiano carenti abilità nell'utilizzo di norme di convivenza sociale (ci si riferisce in particolare alla capacità di comprendere gli indici sociali non verbali che regolano le relazioni interpersonali). Da qui derivano una serie di problemi relativi al difficile rapporto con gli altri, alle difficoltà scolastiche ed ai costanti rimproveri ricevuti da genitori ed insegnanti. Queste problematiche provocano nel bambino un senso di inadeguatezza e di conseguenza si sviluppa anche un senso di demoralizzazione e di ansia, emozioni che enfatizzano le difficoltà che si trovano a dover affrontare.

Il DDAI non riguarda soltanto bambini, ma si rileva anche in adolescenza e in età adulta, ciò che differisce però è il tipo di manifestazione: si riscontrano sintomi legati all'esternalizzazione (agitazione motoria e logorrea) durante il periodo scolastico e pre-scolastico, mentre si osservano sintomi di internalizzazione (ansia ed irrequietezza interiore) durante l'adolescenza e l'età adulta. Durante queste ultime due fasi di sviluppo, infatti, l'iperattività si manifesta come senso interiore di irrequietezza piuttosto che come iperattività motoria e l'inattenzione comporta difficoltà sociali ed occupazionali e frequenti incidenti stradali (Cantwell, 1996).

1.3 SINTOMATOLOGIA

Gli elementi che connotano il disturbo, come precedentemente affermato, sono: il deficit di attenzione, l'iperattività e l'impulsività.

1.3.1 Attenzione

L'attenzione implica la selezione di informazioni considerate utili (attenzione selettiva) che vengono poi analizzate ulteriormente ed archiviate in memoria (attenzione focalizzata). Essa implica anche il mantenimento attivo dello sforzo per seguire uno stimolo costante e prolungato nel tempo (attenzione mantenuta); infine riguarda l'esecuzione contemporanea di più attività (attenzione divisa). Coloro che presentano un deficit attentivo possono mostrare difficoltà a livelli differenti: di concentrazione, di mantenimento, di scarsa flessibilità o di condivisione. Nei bambini con DDAI risultano compromesse, in modo variabile, le capacità di retrospezione (ricordare lo scopo), previsione (definire ciò che serve per raggiungere l'obiettivo), preparazione ed imitazione di problemi complessi.

1.3.2 Iperattività

Il concetto di iperattività si riferisce ad un eccessivo ed inappropriato livello di attività motoria che si nota con una costante irrequietezza fisica (ipercinesi). I bambini con DDAI muovono continuamente le mani o i piedi, non riescono a stare seduti tranquillamente, corrono e si arrampicano ovunque e mostrano un'eccessiva loquacità. Si possono individuare tre livelli di iperattività e di crescente intensità:

1. Irrequietezza: il bambino non si muove in maniera smisurata ma nonostante ciò appare inquieto.

2. Agitazione: il bambino riesce a stare seduto per un tempo adeguato ma è in continuo movimento.

3. Iperattività propriamente detta: in bambino si muove costantemente e non tollera alcuna forma di contenimento.

1.3.3 Impulsività

L'impulsività è dovuta ad un deficit di inibizione e coincide con l'incapacità di regolare la propria reattività a seguito di stimoli interni ed esterni quindi si hanno difficoltà ad aspettare o ad inibire risposte o comportamenti inadeguati in base alle circostanze. Essa si manifesta con un'eccessiva impazienza e fretta nel rispondere alle domande dell'insegnante, e difficoltà ad aspettare il proprio turno.

1.4 CRITERI DIAGNOSTICI

Riferendosi ai criteri diagnostici del DSM-IV, il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività è contraddistinto da due dimensioni psicopatologiche di sintomi: inattenzione ed impulsività/iperattività. L'inattenzione si rivela come l'incapacità di terminare le azioni precedentemente intraprese e poco riguardo per i dettagli: i bambini in questione, infatti, appaiono costantemente distratti, smarriscono spesso oggetti significativi e dimenticano attività importanti o non svolgono attività che necessitano di abilità organizzative. L'impulsività invece, concerne la difficoltà a organizzare azioni complesse; per tale motivo si nota la propensione a cambiare rapidamente attività e appare problematico per il bambino aspettare il proprio turno quando egli è inserito in un gruppo. Associare l'impulsività con l'iperattività è un passaggio abbastanza comune: i bambini con DDAI trovano difficoltoso attenersi alle regole, ai tempi e agli spazi dei propri coetanei. Questi bambini sono considerati, nella maggior parte dei contesti ambientali, incapaci di stare fermi, agitati ed irrequieti. Avviene che la difficoltà nel prestare attenzione, associata a quella riscontrata nel regolare gli impulsi, conducano i bambini con DDAI ad avere spesso una minore resa scolastica e a sviluppare con maggior fatica rispetto ai coetanei le proprie abilità cognitive. Le caratteristiche appena descritte non derivano da un deficit cognitivo ma da problematiche oggettive legate all'autocontrollo e alla capacità di pianificazione. I criteri diagnostici dei manuali ICD-10 e DSM-IV richiedono che il disturbo sia pervasivo e che comprometta il normale funzionamento del soggetto. Inoltre, entrambi indicano i medesimi 18 sintomi però con una lieve differenza: secondo il DSM-IV per diagnosticare DDAI devono manifestarsi almeno sei dei nove sintomi di inattenzione e/o iperattività, che tali sintomi esordiscano prima del settimo anno di vita, che durino da più di sei

mesi e che siano evidenti in almeno due differenti contesti di vita del bambino; dall'ICD-10 emerge invece che la diagnosi di disturbo ipercinetico esige la presenza nel bambino di 6 sintomi di inattenzione, 3 sintomi di iperattività e di almeno uno di impulsività e tale sintomatologia dovrebbe comparire prima del sesto anno. Osservando i criteri del DSM-IV si possono differenziare tre diversi tipi di DDAI (APA, 1994):

- Tipo con disattenzione predominante: esso viene individuato nel caso in cui persistano sei o più sintomi di disattenzione e meno di sei sintomi di iperattività/impulsività per almeno 6 mesi. Le persone che rientrano in questa tipologia mostrano solitamente, sin dalla prima infanzia, difficoltà nell'eloquio, nelle prassie e nelle gnose. Per quanto riguarda le cause, esse si possono individuare nell'assunzione di sostanze nocive da parte della madre gravida e nella nascita prematura. Inoltre è possibile aggiungere che questo particolare tipo di DDAI sembra essere soggetto a familiarità.
- Tipo con iperattività/impulsività predominante: esso viene diagnosticato nel caso in cui si presentino sei o più sintomi di iperattività/impulsività e meno di sei sintomi di disattenzione per almeno sei mesi. In questo caso i bambini hanno problemi di iper-reattività e in adolescenza vi possono essere problemi, derivanti dai continui rimproveri degli adulti e dal rifiuto dei pari, che a volte portano al Disturbo della Condotta (DC). L'eziologia di questo tipo di DDAI sembra avere origini relazionali.

I criteri dell'ICD-10 sono più restrittivi e quindi individuano una tipologia di pazienti molto più omogenea rispetto a quella che si ottiene in base ai criteri del DSM-IV.

DDAI: criteri diagnostici

Sintomi di inattenzione

1. Scarsa cura per i dettagli, errori di distrazione
2. Labilità attentiva
3. Sembra non ascoltare quando si parla con lui/lei
4. Non segue le istruzioni, non porta a termine le attività
5. Ha difficoltà a organizzarsi
6. Evita le attività che richiedano attenzione sostenuta (compiti, ecc..)
7. Perde gli oggetti
8. E' facilmente distraibile da stimoli esterni
9. Si dimentica facilmente cose abituali

Sintomi di iperattività/impulsività

Iperattività:

1. Irrequieto, non riesce a stare fermo su una sedia
2. In classe si alza spesso anche quando dovrebbe stare seduto
3. Corre o si arrampica dove non dovrebbe
4. Ha difficoltà a giocare tranquillamente
5. Sempre in movimento, come “attivato da un motorino”
6. Parla eccessivamente

Impulsività:

1. Risponde prima che la domanda sia completata
2. Ha difficoltà ad aspettare il proprio turno
3. Interrompe o si intromette nelle attività di coetanei o degli adulti

1.5 VALUTAZIONE DIAGNOSTICA

Il corretto riconoscimento del DDAI costituisce uno degli aspetti più complessi del disturbo in quanto si basa sull'osservazione clinica e sulla raccolta di informazioni fornita da fonti multiple e diversificate quali genitori, insegnanti ed educatori. A tal proposito è importante discernere i bambini vivaci, che presentano delle difficoltà di concentrazione e di controllo del comportamento, dai bambini effettivamente con DDAI. Problemi di attenzione e di comportamento, infatti, possono derivare anche dai problemi di depressione, dai problemi d'ansia e dai disturbi specifici dell'apprendimento. Per comprendere il bambino, e al fine di attuare interventi psicoeducativi e terapeutici efficaci, è fondamentale la cooperazione dei genitori (King et al., 1995). Non esistono test diagnostici specifici per il DDAI ma esistono test neuropsicologici, questionari e scale di valutazione per misurare la gravità del disturbo e per seguire conseguentemente il suo andamento nel corso del tempo.