

ADHD, sindrome da deficit dell'attenzione e iperattività: aspetti clinici per un approccio pedagogico

PROGETTO di TEACHER TRAINING

INCONTRO INSEGNANTI 10/01/2018, 07/02/2018

G.Voltolin UniVDA



ADHD

ARGOMENTI PROPOSTI

- **consistenza del quadro clinico**
- **manifestazioni osservabili**
- **inquadramento interventi**

Babele

34

Verso uno scambio comunicativo

Attenzione Dottori Hanno Diagnosticato



Seppur con un alto tasso di ricorrenza, soprattutto negli USA, anche in Europa il disturbo di iperattività e deficit di attenzione è considerato un disturbo. Il fatto che un ragazzo manifesti questi sintomi ricorrendo inconsueta, quando non in esasperazione, diventa raro, l'incertezza della distinzione educativa e terapeutica che penalizza il bambino e i genitori. L'aspetto metodologico che si sarebbe prepotente per tanti anni è stato quello di non considerare l'intervento psicologico come una riproposizione di regole preesistenti piuttosto che come una prova di conoscenza e un'esplorazione di responsabilità sia da parte dei figli che dei genitori. Non sembra che il problema della colpa abbia inventato in modo consistente anche il concetto di colpeabilità e che la si cerchi a tutti i costi di essere estesa alla dimensione socio-culturale sia attraverso un'autoaccusa

Nella nostra esperienza abbiamo avuto l'opportunità di vedere migliaia di bambini con difficoltà comportamentali. Molti sono già stati diagnosticati con questo disturbo,

PUBLIC RELEASE: 15-FEB-2017

The Lancet Psychiatry: Large imaging study confirms brain differences in ADHD

THE LANCET

ADHD: UN DISTURBO CONTROVERSO

F. Bianchi di Castelbianco su "BABELE" un articolo dal titolo: Attenzione Dottori Hanno Diagnosticato

D. Novara CPP: Rimuovere, aiutando i genitori, le carenze educative, ripristinando i basilari minimi, consente di uscire dal tunnel della patologizzazione dei bambini

Il disturbo esiste: non dipende da deficit educativo, non è una forma di particolare vivacità (M. Hoogman)

In basso a destra , il motivo di un eccesso diagnostico?

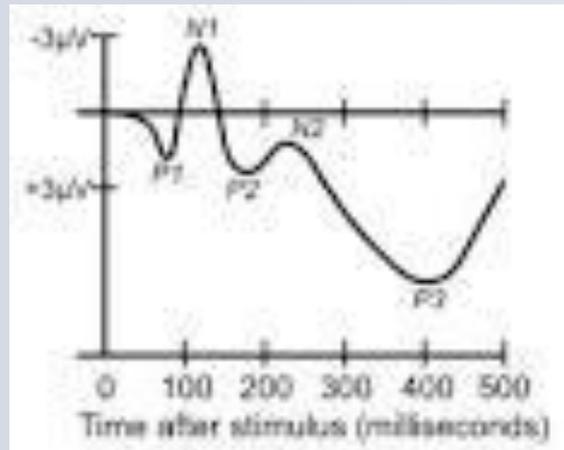


ASPETTI ORGANICI

POTENZIALE EVENTO CORRELATO (P300)

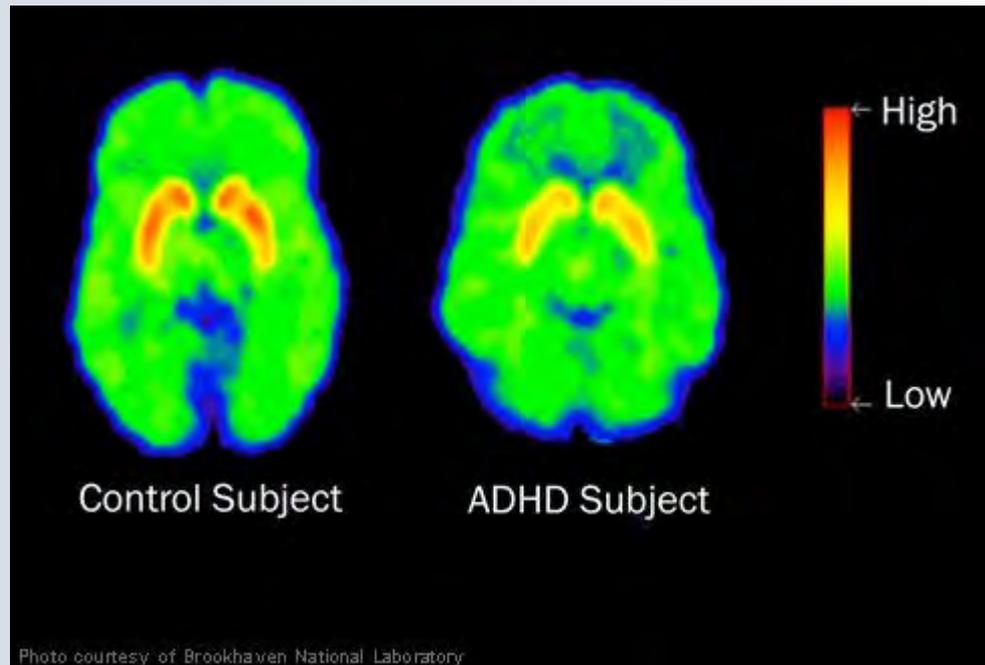
Normale AZIONE (GO)

Deficit di INIBIZIONE (no GO)



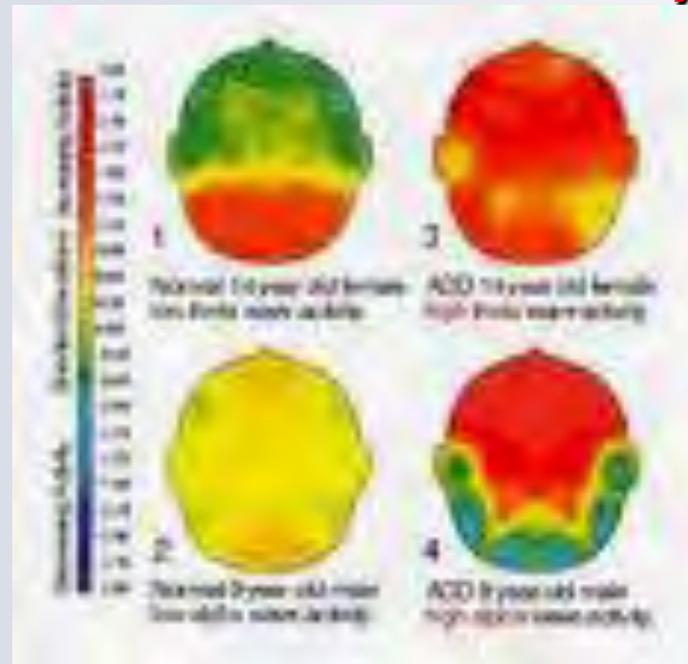
ASPETTI ORGANICI

NEURORADIOLOGIA FUNZIONALE PET



ASPETTI ORGANICI

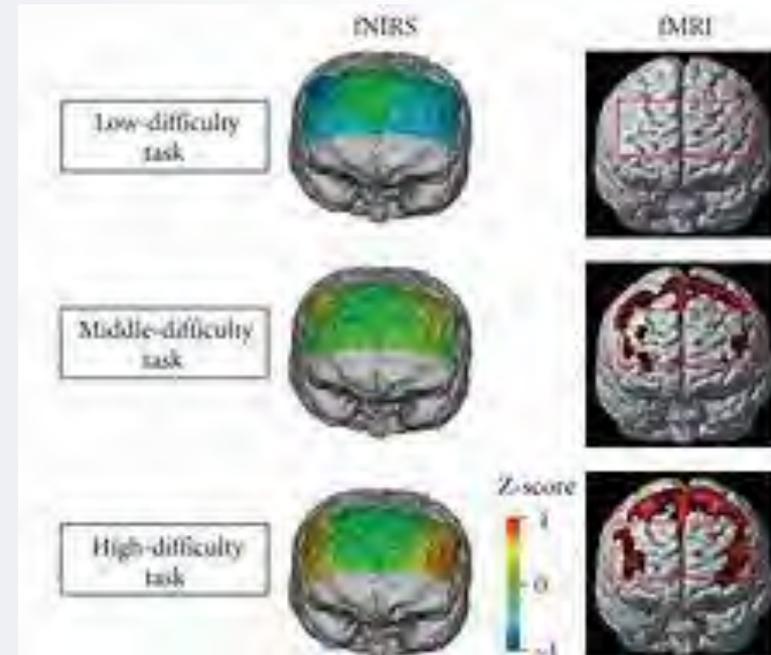
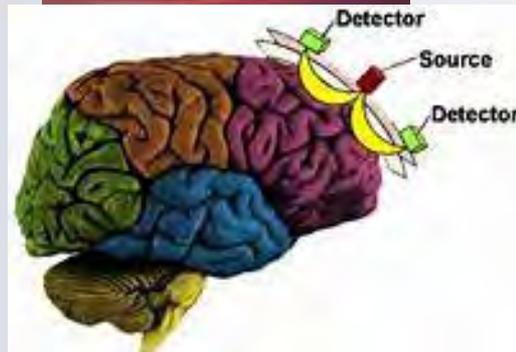
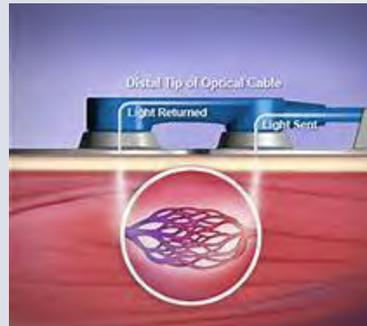
MAPPA ATTIVITÀ EEG N1e2/ADHD3e4



Excesso attività alfa frontale -> deficit di inibizione (Robbie 2016, Ellis 2017)

ASPETTI ORGANICI

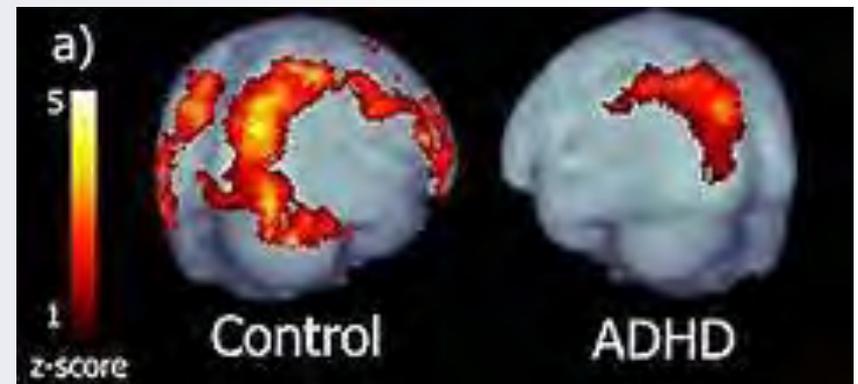
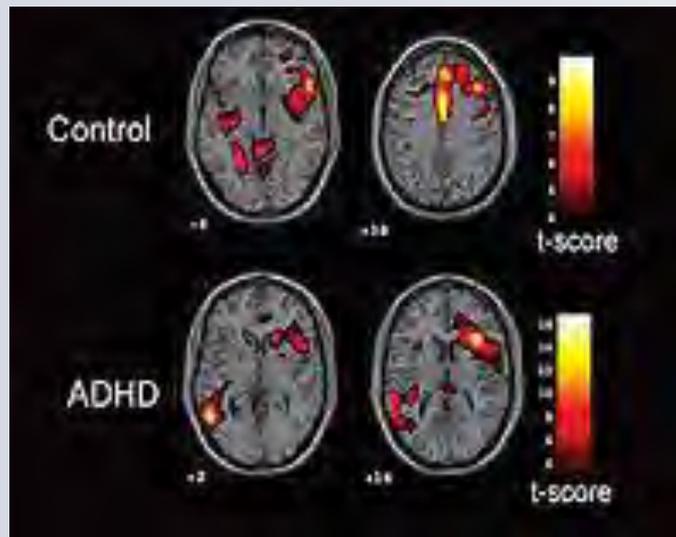
RISPOSTA EMODINAMICA CORTICALE alla SPETTROSCOPIA FUNZIONALE a INFRAROSSI



Ridotta attivazione del cortex prefrontale (Mauri 2017)

ASPETTI ORGANICI

RMN FUNZIONALE



Deficit controllo inibitorio (Bubbenzer-Bush 2016)



ADHD: UN DISTURBO DI MODA

DESCRITTO DA SEMPRE

La situazione sociale attuale lo rende più evidente e invalidante

SENECA

(4 ac-65 dc)



“ Non ille ire vult, sed non potest stare”

“Non è lui che vuole andare, il fatto è che non può stare fermo”

Lettere a Lucillo



**“ quel fanciullo non si da pensiero
del rimbrotto severo
e scalpita e tempesta
grida saltella e pesta
i pugni sulla tavola, si dondola
sopra il sedile e ciondola..**

**ad oscillar si ostina imprevidente e stolto
ecco cade la sedia e capovolto.. “**



H. HOFFMANN (1809-1894)



ADHD: UN DISTURBO FACILE DA DIAGNOSTICARE

SEGNALATA SPESSO IDENTIFICAZIONE TARDIVA

LA PRESA IN CURA NON OBBLIGATORIAMENTE NECESSITA DELL'ETICHETTA DIAGNOSTICA

La Diagnosi dovrebbe essere tempestiva: non troppo presto non troppo tardi.

La presa in cura precoce comporta prognosi migliore



“guardate un gatto che entra per la prima volta in una stanza: fruga, osserva, annusa, non resta neppure un istante inattivo, non si fida di nulla ... così agisce il fanciullo ... il fanciullo che ha la vista in comune con il gatto aggiunge a questo, per osservare, le mani ... la natura vuole che i fanciulli siano bambini prima di essere uomini.”

J. J . ROUSSEAU (1712 – 1778)

Dei soggetti inviati per sospetto ADHD il 45% riceve altre diagnosi (Lordou 2012)

ASPETTI CRITICI della DIAGNOSI (Carey 2004)

NON ESISTE UNA PROVA O UNA INDAGINE DIAGNOSTICA per cui osservazione, test np, raccolta di informazioni

- **QUESTIONARI: SOGGETTIVI O IMPRESSIONISTICI:**
es: "parla eccessivamente"
- **NUMERO CRITERI DIAGNOSTICI:**
PERCHÉ 6 e non 5 o 7?
- **ASPETTI SOCIALI:** rischio stigma , tolleranza e attese dell'ambiente, tempi e modelli genitoriali

Previsti protocolli multidimensionali per incrementare l'accuratezza diagnostica (Crippa 2017)



ADHD: ALLORA COSA SI PENSA CHE SIA?

DUSTURBO DEL NEUROSVILUPPO MULTIDETERMINATO

Tipico dell'età evolutiva ma presente anche in età adulta (4%)

DEFINIZIONE

Disturbo del neurosviluppo, che si manifesta precocemente con evidenza di inattenzione, iperattività e impulsività, tra loro variamente combinate e non adeguate all'età. Disturbo persistente, pervasivo e invalidante, in cui intervengono fattori genetici, fattori acquisiti e di contesto.

***IMPORTANZA DEGLI ASPETTI EMOTIVO
RELAZIONALI SECONDARI***

MANIFESTAZIONI FONDAMENTALI

- **INATTENZIONE** (SEMBRA NON ASCOLTARE)
- **IPERATTIVITÀ** (IN CONTINUO MOVIMENTO)
- **IMPULSIVITÀ** (SPARA LE RISPOSTE)

DISTURBO di REGOLAZIONE COGNITIVO-EMOTIVA

(Deficit Emotional Self Regulation. BARKLEY)

- organizzazione delle informazioni
- direzionamento attenzione
- inibizione di risposte a stimoli irrilevanti o a rinforzi impropri

FORME CLINICHE DSM 5

- **ADHD predominanza inattentiva**
15%

(lentezza, difficoltà appr., $F > M$)

- **ADHD con iperattività e impulsività**
5%

(familiarità, isolamento, dissocialità,
incidenti, sospensioni, $M > F$)

- **ADHD a manifestazione combinata**
80%

MANIFESTAZIONI di DISATTENZIONE DSM5

- **Disattento ai particolari, errori di distrazione**
- **Non sembra ascoltare**
- **Non porta a termine**
- **Difficoltà ad organizzarsi**
- **Perde le sue cose**
- **Sbadato nelle attività quotidiane**
- **Fugacità contatto visivo**

MANIFESTAZIONI di IPERATTIVITÀ/IMPULSIVITÀ DSM5

- **Si alza, non sta mai fermo, gironzola**
- **Non fa giochi tranquilli o li evita**
- **Si sente irrequieto**
- **Parla troppo e interrompe gli altri**
- **Completa frasi iniziate da altri**
- **Spara le risposte**
- **Non rispetta turni**
- **Invadente nei confronti degli altri**
- **Ricerca di sensazioni e condotte pericolose (adol.)**
- **Instabilità relazioni sociali (adol.)**

ULTERIORI SPECIFICHE DSM5

SPECIFICHE "DIMENSIONALI"

- **LIEVE** (pochi sintomi oltre quelli diagnostici)
- **MODERATO**
- **GRAVE**
- **IN REMISSIONE** (non tutti i criteri negli ultimi sei mesi, ma in precedenza presenti)
- **FORME SUBCLINICHE** (rischio) (Kobor 2012)

ADHD SI CONFIGURA COME SPETTRO

SECONDO ICD10

- **DISTURBO IPERCINETICO**
- **DISTURBO IPERCINETICO** della **CONDOTTA**

“NUOVA” PRESENTAZIONE: *SLUGGISH COGNITIVE TEMPO* (*Ritmo cognitivo pigro*) (Barkley 2012, Becker 2016)

- **M=F**
- **Ipoattivi, pigri, indolenti**
- **Lenti, sognanti**
- **> comorbidità internalizzante**
- **> comorbidità con DSA (> discalculia)**

- **Esordio più tardivo Prosegue anche in età adulta**
- **Da adulti possono presentare ansia e/o depressione (che non migliorano con SSRI)**

OTTICA BIOPSIICOSOCIALE

- **FATTORI ORGANICI**

GENETICI 76 %: Cromosomiche (duplicaz 15) (Gnanavel 2017)

geni del neurosviluppo, neuromediatrici, canalopatie, NF1

ACQUISITI : prematurità, tossici ambientali, esposizione prenatale alcool o fumo, dolore da neonato, ipotiroidismo materno non trattato, stroke (Schiller , Abel, Geier, Williams 2017)

- **FATTORI RELAZIONALI**

DEPRESSIONE MATERNA (ingaggio relazionale) (Wolford 2016)

ATTACCAMENTO DISORGANIZZATO (Salam 2017)

- **FATTORI AMBIENTALI**

SVANTAGGIO SOCIOCULTURALE (modelli, sostanze)

SOCIETA' IPERMODERNA (proposte e consumo)

È UN DISTURBO MULTIDETERMINATO, IN MODO VARIABILE DA CASO A CASO -> (SOTTOGRUPPI)

ADHD e CONTESTO (ENAQ 06 mod.)

PUÒ NON OSSERVARSI

Situazioni altamente strutturate o nuove o interessanti

Situazioni a stimoli rapidamente variabili

Quando il b. è seguito individualmente

Quando sono elargiti frequenti e precoci rinforzi

PEGGIORA

Situazioni non strutturate

Attività ripetitive , noiose

Presenza di molti distrattori

Quando richiesta attenzione sostenuta a lungo

importante osservazione in più contesti

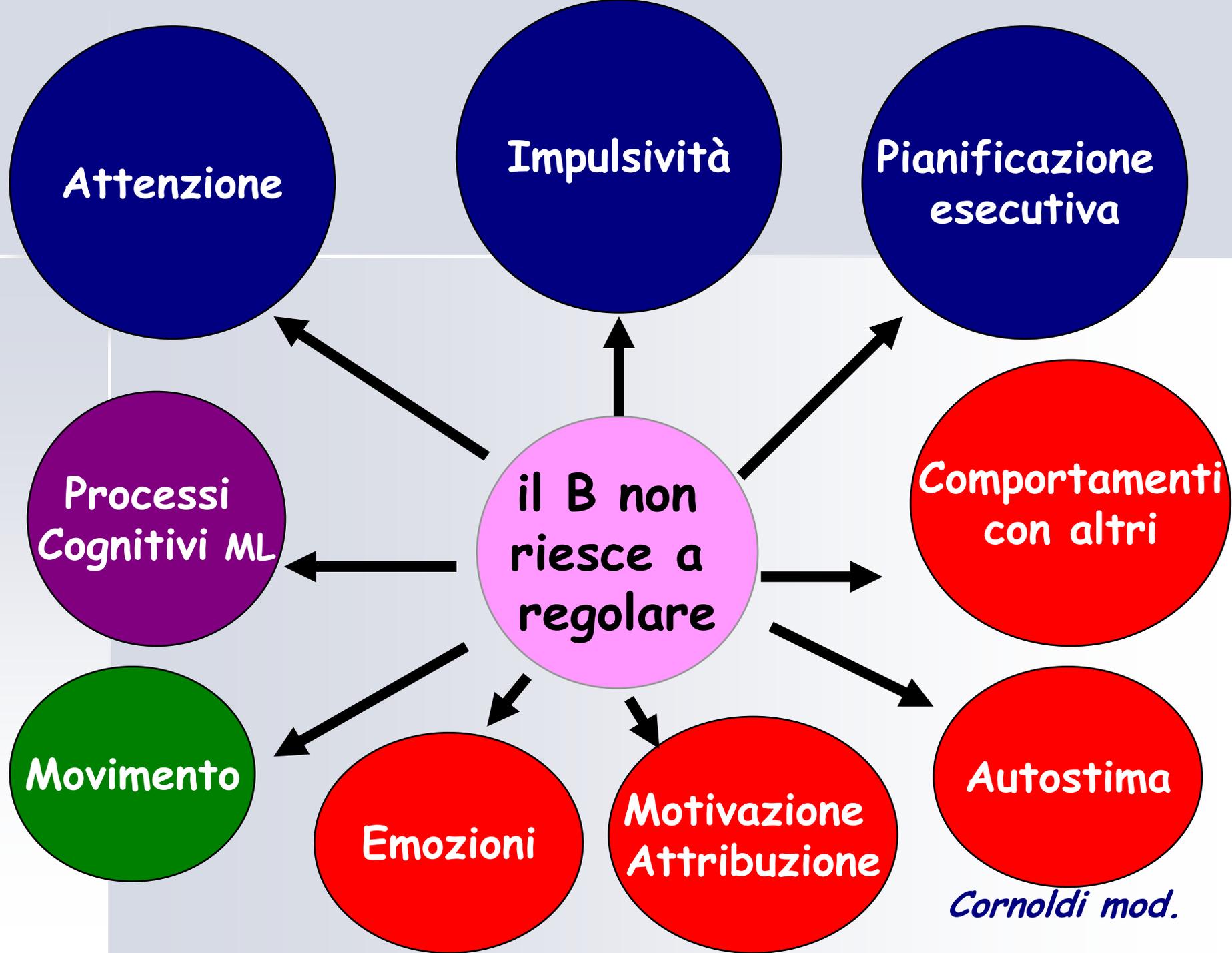
COMORBILITÀ nel 40-87% degli ADHD

- **Disturbo Specifico Apprendimento 42%**
(disturbo aspecifico quasi sempre)
- **Dist. Oppositivo 50% -> Dist. Condotta 25%**
- **Abuso sostanze 9-45%**
- **Disturbo della coordinazione motoria 30%**
- **Disturbo d'ansia 25%**
- **Disturbo S. Autistico (tipo Asperger) 10%**
- **ADHD nella Disabilità Intellettiva 13-30%**
- **ADHD nel 75% dei Dist. Regolazione Umore**
- **MM GENETICHE e ADHD es. NF1, Xfra, S. Di George**

COMORBILITÀ -> MANIFESTAZIONE VARIABILE
COMORBILITÀ -> PRIORITÀ VARIABILE

ASPETTI NEUROPSICOLOGICI

- DEFICIT DI MEMORIA di LAVORO (peggiore prognosi sociale)
- DEFICIT DI ATTENZIONE (sostenuta e procedurale)
- **PREVALE PENSIERO DIVERGENTE (creatività/dispersivo)**
- RIDOTTO LINGUAGGIO INTERNO
- DEFICIT DI INIBIZIONE DELLE RISPOSTE NON IDONEE
- DIFFICOLTÀ AD INTERROMPERE (effetto stroop)
- **DEFICIT nella TEORIA della MENTE e CONTATTO VISIVO**
- **DIFFICOLTÀ A COGLIERE GLI INDICI SOCIALI NON VERBALI**
- **DEFICIT di PROCESSAMENTO MIMICA FACCIALE EMOTIVA**
- DEFICIT FUNZIONI ESECUTIVE (pianificazione e controllo)
- ECCESSIVA SENSIBILITÀ AI RINFORZI (delay aversion)
- **DIFFICOLTÀ a RISPETTARE I TURNI (intolleranza frustrazione)**





ADHD: LA QUALITÀ DI VITA NON NE RISENTE

NE RISENTE ECCOME

ASPETTI di COMPORTAMENTO e RELAZIONI (ADHD- Europe mod.)

- **Transitoria simpatia iniziale**
- **Incapacità a prestare attenzione alle esigenze e ai sentimenti e agli spazi degli altri**
- **Rapporto privilegiato con bambini più grandi**
- **Difficoltà a comprendere e rispettare i limiti**
- **Tendenza a bullismo e prepotenza**
- **Ridotta collaborazione nei giochi di squadra**
- **Comandare e concentrare su di sé l'attenzione**
- **Difficoltà a conversare**
- **Tendenza a fraintendere gli altri**
- **Incapacità a capire perché gli altri sono infastiditi**

IMPATTO sulla vita quotidiana

(Bilbow 2010, 500 casi UK)

- **Problemi di coppia nel 65%**
- **Rinuncia al lavoro di un genitore nel 33%**
- **Un genitore clinicamente depresso nel 48%**
- **Ridotta soddisfazione circa aiuti ricevuti nel 79%**
- **Evidenziate ridotte amicizie del b. 60%**
- **Contatto con Forze dell'ordine 13%**
- **Accesso in PS per traumi nel 37%**
- **Dichiarati BES nel 42%, ma prestazione scolastica condizionata nel 92%**
- **Prestazione scolastica migliorata per terapia nel 82%**

IMPATTO sull'acquisizione delle abilità scolastiche (Vio 2015)

- **Ridotte attenzione e concentrazione (non conclude)**
- **Difficoltà alla pianificazione delle attività, dei materiali e delle informazioni rilevanti (non va avanti)**
- **Impulsività (conclusioni improprie)**
- **Dimenticanze di consegna e dei dati (fa errori)**
- **Incapacità di cogliere e utilizzare l'errore (non migliora)**
- **Difficoltà di interazione sociale (CL difficile)**

RISCHIO IMPOTENZA APPRESA
RISCHIO di STIGMA

IMPATTO sulla vita quotidiana

■ Manifestazioni dello STIGMA:

- **Basse aspettative nei confronti del bambino**
- **Accondiscendenza formale nei suoi confronti**
- **Evitamento ed esclusione da attività**
- **Maltrattamento fisico e psicologico**

TRATTARE IL B. e TRATTARE IL CONTESTO



ADHD: UN DISTURBO RARO

IL DISTURBO NEUROPSICHIATRICO PIÙ FREQUENTE in età evolutiva

ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

Prevalenza

- **nel mondo 2-5 % della popolazione scolastica** (Benso 2016)
- **in Europa 4,2%, in Nord America 6,2%**
- **In Sud America 12, Asia 2,5, in Africa 8%**
- **Cesena 1,1, VDA 0,75, Friuli 0,43, Piemonte 2,52%**

E' UN DISTURBO UBIQUITARIO MA RISENTE DEL CONTESTO

ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

- **Prevalenza in Letteratura (DSM5) 5 % della popolazione scolastica** (Pasini 2014)
M/F: 4/1
- **Letteratura ital. dal 2,3 al 8,2 %**
(Ragazzo 2016)
- **Rischio di ricorrenza in fratello >30%**
- **Un familiare, talvolta il genitore, presenta ADHD nel 10-35%** (Nuzzo 2001 Bonato 2016)
- **STIMATI ISS. in VDA 328(DSM) 109 (ICD)**
- **VDA 21% degli attestati 104 (ANNO 17/18)**



ADHD: GUARISCE DA SOLO, CON IL TEMPO

INSOMMA !!!

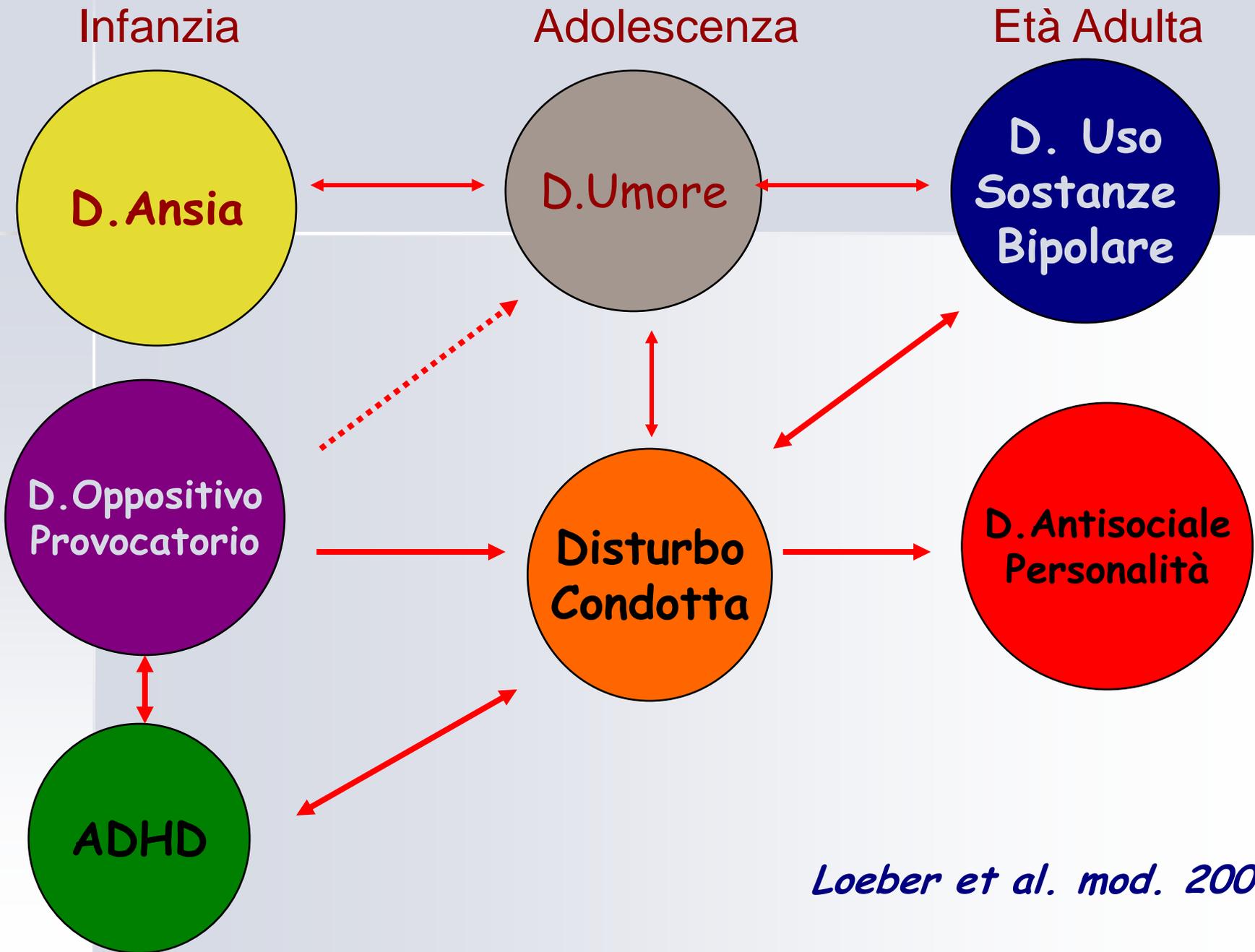
EVOLUZIONE

- **RIENTRO DELLE MANIFESTAZIONI 35-50%**
- **MANIFESTAZIONI ADHD da adulto 15-50%**
- **DISTURBO di PERSONALITÀ 15%**
- **EVASIONE OBBLIGO SCOLASTICO 32-40%**
- **ABUSO SOSTANZE (45%alcool, 9-30% sostanze, internet addiction) (Bouchez10,Wang17)**

L'IMPULSIVITÀ È IL TRATTO PIÙ PERSISTENTE

LA PROGNOSE PSICHIATRICA RESTA PROBLEMATICA ANCHE IN MOLTI SOGGETTI TRATTATI CON MTF (Fleming 2017)

L'EVOLUZIONE CORRELA CON LA SITUAZIONE FAMILIARE e CON L'INTERVENTO



Loeber et al. mod. 2000



ADHD: SI CURA CON I FARMACI

MAI DA SOLI , MAI DI PRIMA SCELTA

**SEMPRE NELL'AMBITO DI UN INTERVENTO MULTIMODALE e
COINVOLGENDO IL SOGGETTO**

INTERVENTI

STRATEGIE

- **ABILITATIVO** *neuropsicomotricità, BodyT. Training neuropsicologico, serious games*
- **PSICOEDUCATIVO** *parent e teacher training, campi, Study skill t.*
- **PSICOLOGICO** *t. cognitivo comportamentale, di gruppo, sistemica, mindfulness, t.pda*
- **PSICOSOCIALE** *gruppi autoaiuto, partecipazioni, coaching*
- **BIOLOGICO** *farmacologico multimodale, neurofeedback, stimolazione magnetica transcranica, omega3/6*

INTERVENTO FARMACOLOGICO

(Bilboww 2010)

Un genitore racconta:

“mio figlio una volta mi ha detto, mentre discutevamo l’opinione della stampa riguardo la terapia dell’ADHD, che le compresse non lo facevano comportare bene, ma gli consentivano di comportarsi bene”

trattamento con MTF non favorisce dipendenza, riduce suicidio

(Sanna, Kenneth 2017)



VI RINGRAZIAMO per l'ATTENZIONE