

Disturbi del Comportamento

Dott. Sergio Agostinelli

Dirigente Medico U.O. Pediatria

Neurologia Pediatrica

Area Vasta 5 – ASUR Marche

Definizione di Comportamento

Il comportamento è il **modo di agire** e **reagire** di un individuo messo in relazione con altri o con l'ambiente

ovvero

L'insieme delle **manifestazioni esteriori** di un individuo **corrispondenti** a determinate **situazioni psicologiche** (**personalità**)

Definizione di Personalità

La personalità è costituita da **2 componenti** fondamentali:

- **Temperamento:** insieme delle **tendenze innate**, geneticamente determinate, dell'individuo **a reagire agli stimoli** ambientali **con determinate modalità** anziché altre.
- **Carattere:** **complesso unitario** e organizzato **di forme di vita psichica**, che dà un'**impronta** particolare **al comportamento dell'individuo**. Come tale **il carattere** è una struttura risultante da una costante **interazione** tra **individuo** e **ambiente**. Il carattere si riferisce alle **differenze degli individui** basate sull'**apprendimento** e la **relazione** tra sé e gli altri. **È ciò che noi facciamo di noi stessi intenzionalmente.**

Disturbo

- un disturbo è una **disfunzione dannosa**
- é caratterizzato da **deficit grave** o **mancaza di adattamento** (meccanismi funzionali evolutivi)
- produce un **danno all'individuo** (maggiore mortalità o morbilità o deterioramento delle principali attività vitali)
- spesso ha un **correlato neurobiologico**

Disturbi del Comportamento

- difficoltà di controllo e di gestione delle proprie emozioni
- incapacità di conformare il proprio comportamento alle richieste dell'ambiente
- scarsa capacità di prendere in considerazione il punto di vista altrui
- bisogno impellente di soddisfazione delle proprie necessità con pretesa di priorità su tutto e su tutti
- rendimento scolastico al di sotto delle competenze intellettive
- aggressività, rabbia, oppositività, provocazione, trasgressione delle norme sociali e morali

Disturbi Comportamento Dirompente (**DCD**) (**DSM - IV**)

- disturbo oppositivo-provocatorio (**DOP**)
- disturbo della condotta (**DC**)
- disturbo da deficit di attenzione con iperattività (**ADHD**)

Disturbi Dirompenti, del Controllo degli Impulsi e della Condotta (**DSM - V**):

- **disturbo oppositivo-provocatorio (DOP)**
- disturbo esplosivo intermittente
- **disturbo della condotta (DC)** (esordio: infanzia; adolescenza; non specificato)
- disturbo di personalità antisociale (DPA)
- piromania
- cleptomania
- altri specificati disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta
- altri non specificati disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta

Disturbi di Sviluppo (**DSM - V**)

- **disturbo da deficit di attenzione con iperattività (ADHD)**

Disturbi Comportamento Dirompente

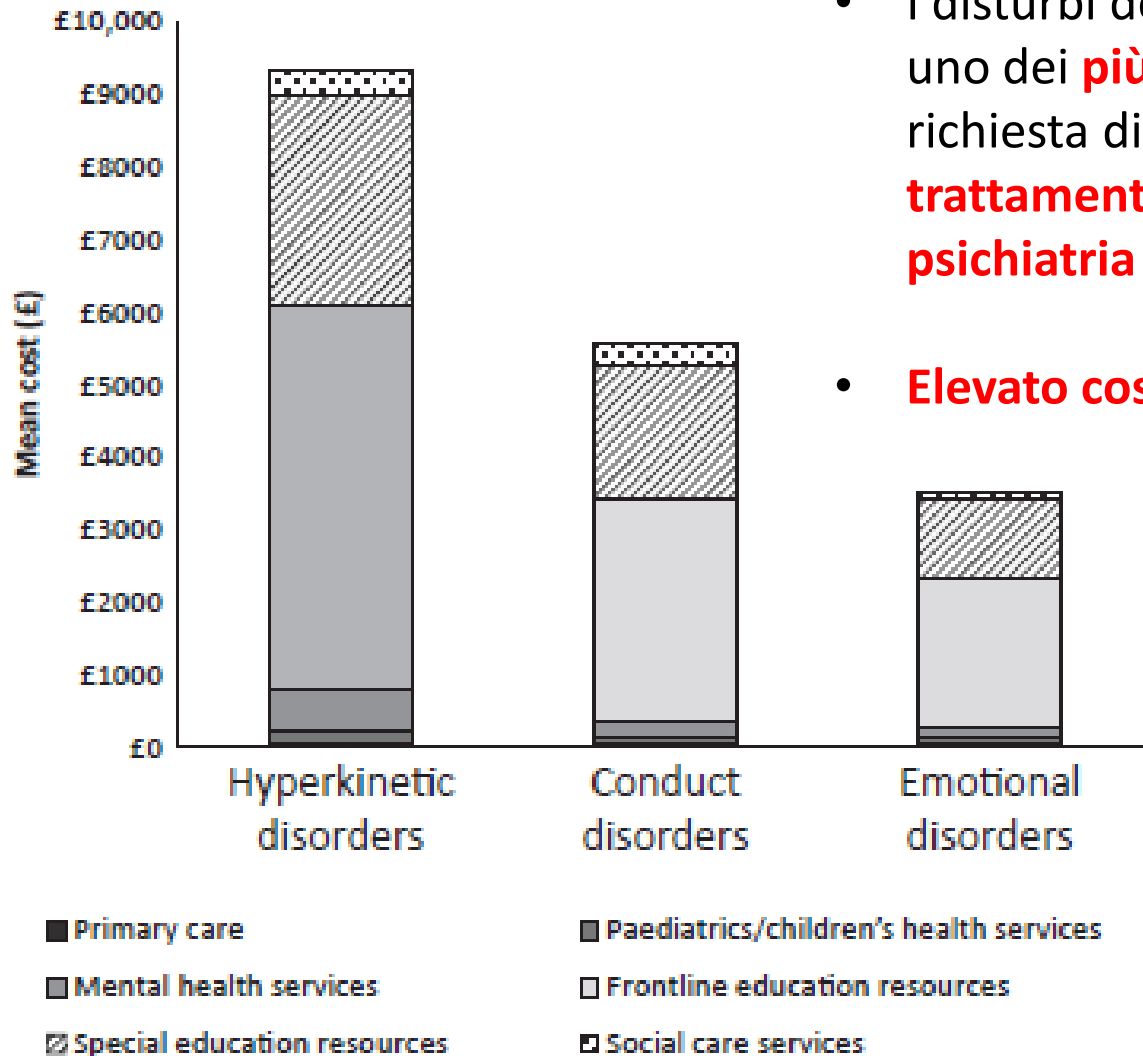
DOP

DC



Entrambi possono associarsi all'ADHD ed essere precursori del Disturbo Antisociale di Personalità (ASPD)

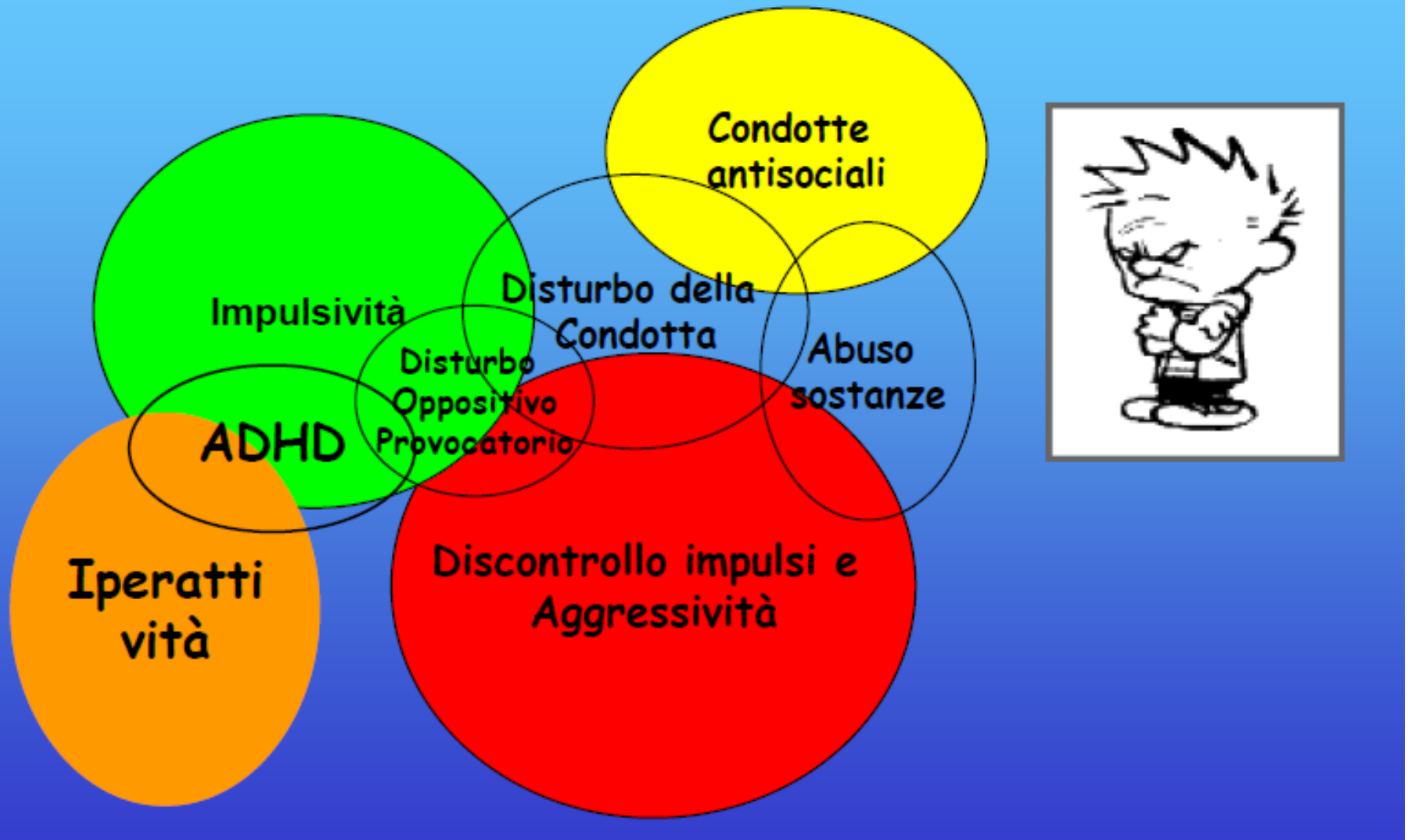
(Loeber et al, 2000)



- I disturbi del comportamento sono uno dei **più frequenti motivi** di richiesta di **consultazione** e di **trattamento** nei **servizi di psichiatria dell'età evolutiva**
- **Elevato costo sociale**

Figure 2 Health, social service and education resource use: mean cost over 3-year follow-up for all children/young people with a disorder

Pattern sintomatologici in comune in DCD per DSM-V



Disturbi Dirompenti, del Controllo degli Impulsi e della Condotta (**DSM - V**)

- **manca**za di **controllo** nel **comportamento** ed **emozioni**
- disturbi che **violano** i **diritti** degli altri e le **norme sociali**

Disturbo Oppositivo-Provocatorio (**DOP**)

DEFINIZIONE:

- i bambini mostrano un **pattern comportamentale** di **irritabilità, ostilità, oppositività e sfida, persistente e inappropriato all'età**
- è definito da **due** differenti ordini di **problematiche**: **l'aggressività e la tendenza ad infastidire/irritare gli altri**

Epidemiologia

- Studi dimostrano che il **DOP** si presenta nel **5-15% dei bambini in età scolare**
- Il DOP ha una prevalenza nel **sexso maschile** doppia rispetto al sesso femminile nei **bambini più piccoli**; in quelli **più grandi** la prevalenza è **identica**
- Il **50%** dei bambini che hanno una diagnosi di DOP hanno anche una **diagnosi di ADHD**
- Approssimativamente il **15-20%** di bambini con DOP sono anche affetti da **Disturbo d'Ansia** e **Disturbo Depressivo**

Aspetti Clinici

- interpretazione del comportamento dei pari come ostile
- spesso ha scarsa capacità dialettica nella risoluzione verbale del conflitto
- locus of control esterno: questi bambini hanno difficoltà nel percepirsi come autoregolati
- difficoltà nel percepire la responsabilità delle proprie azioni

Teorie

Developmental Theory:

- Il DOP è il risultato di uno “sviluppo incompleto”
- I bambini appaiono bloccati allo stadio del 2°-3° anno di vita

Learning Theory:

- Il DOP è il risultato di “interazioni negative”
- Lo stile genitoriale può causare il comportamento di cronica disobbedienza

Cause

- **Non sono state del tutto accertate**
- Le **problematiche** di solito **compaiono** tra gli **1 e i 3 anni**
- Molti **comportamenti** sono solitamente **normali** all'età di **2 anni**, ma **nel DOP non scompaiono mai**
- **FATTORI BIOLOGICI:**
 - **familiarità** per disturbi del comportamento, abuso di sostanze, disturbo dell'umore
 - **fattori esogeni:** esposizione prenatale a tossine, alcool, denutrizione
 - **anomalie corteccia prefrontale**
 - **disequilibrio neurotrasmettitoriale** nel cervello (serotonina, noradrenalina, dopamina)
 - **basso cortisolo**
 - **alto testosterone**

Problematicità Familiare:

- se un genitore è alcolista o ha avuto problemi con la legge, i bambini hanno una probabilità 3 volte maggiore di sviluppare un DOP
- altre situazioni problematiche:
 - instabilità
 - difficoltà economiche
 - disturbi psichiatrici
 - comportamenti duramente punitivi
 - parenting inconsistente
 - traslochi continui

Perché la diagnosi di DOP è difficile?

Il **comportamento sfidante** è tipico nel **normale sviluppo** di un bambino e può inoltre essere espressione di **rabbia, stanchezza** o di un **turbamento** di qualche natura

Criteria DOP (DSM - V)

- A. Almeno **4 sintomi** tra quelli presenti nelle seguenti **3 categorie**, presenti da almeno **6 mesi**:

Umore arrabbiato / irritabile:

1. spesso va in collera
2. è spesso suscettibile o facilmente irritabile
3. è spesso arrabbiato o rancoroso

Comportamento ostile / provocatorio:

4. spesso litiga con le figure autoritarie (bambini/adolescenti con gli adulti)
5. spesso sfida o rifiuta di seguire le richieste o le regole delle figure autoritarie
6. spesso irrita deliberatamente gli altri
7. spesso accusa gli altri per i suoi errori e per il suo comportamento

Vendicatività:

8. è stato dispettoso e vendicativo **almeno 2 volte negli ultimi 6 mesi**

- B. Significativa compromissione funzionale (sociale, accademica, lavorativa)
C. Se > 18 anni, escludere Disturbo Antisociale di Personalità

La **persistenza** e la **frequenza** della **sintomatologia** si utilizzano per **distinguere il disturbo dal comportamento ai limiti della norma** in relazione alle tappe di sviluppo, genere e cultura

DIFFERENZIAZIONE RISPETTO L'ETA':

- **bambini fino a 5 anni:** comportamento per la **maggior parte dei giorni** per un periodo di almeno **6 mesi** *
- **bambini > 5 anni:** comportamento dovrebbe avvenire **almeno 1 volta a settimana** per almeno **6 mesi** *

* a meno che non venga specificato diversamente (**A8-vendicatività**)

Nel DSM-V è proposta anche una **tipizzazione** del **DOP**, valutando l'**intensità (gravità)** dell'**espressività sintomatologica**.

0 - assente: mostra meno di due sintomi

1 - sottosoglia: mostra almeno due sintomi ma meno di 4 sintomi e i sintomi non causano un funzionamento deficitario significativo

2 - lieve: mostra almeno 4 sintomi ma i sintomi sono presenti esclusivamente in un contesto (ad es. a casa, a scuola, a lavoro, con i coetanei)

3 - moderato: mostra almeno 4 sintomi e alcuni sintomi sono presenti in almeno due contesti

4 - grave: mostra almeno 4 sintomi e alcuni sintomi sono presenti in 3 o più contesti

Comorbidità

- raramente il DOP si manifesta come disturbo singolo
- il 50-65% di questi bambini hanno anche un ADHD
- il 35% di questi bambini sviluppano una qualche forma di Disturbo dell’Affettività (Depressione e Ansia)
- il 20% ha una forma di Disturbo dell’Umore come il Disturbo Bipolare
- il 15% sviluppa un Disturbo di Personalità
- molti di questi bambini hanno un Disturbo dell’Apprendimento

ODD e traiettorie evolutive



Irritabile/
emozionalità
negativa

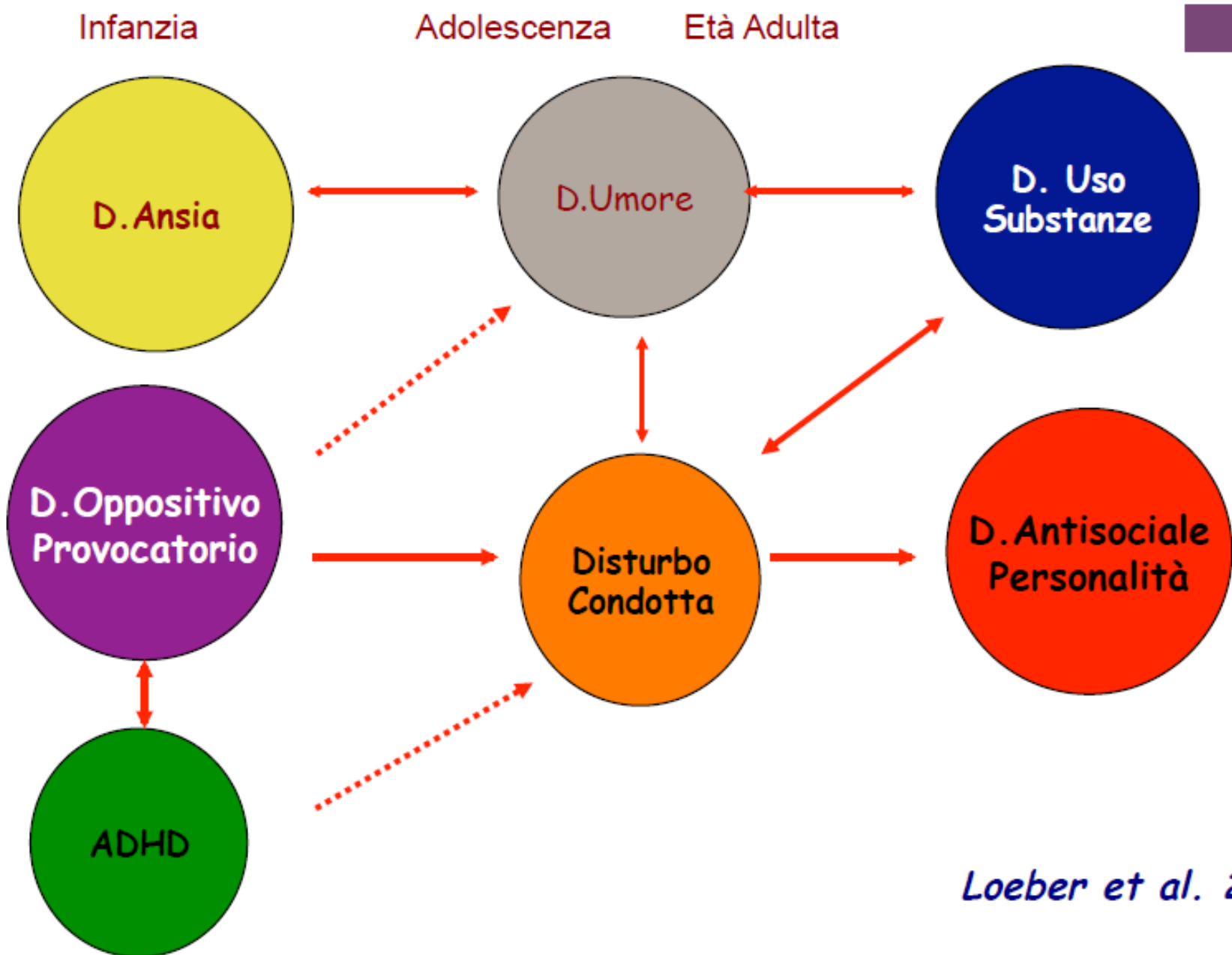


Dannoso/
aggressivo
premeditato



Ostinato/
impulsivo





Loeber et al. 2000

Prognosi

Ci sono **4 evoluzioni** possibili per il DOP:

- **Alcuni bambini svilupperanno il DOP:**
 - a partire dall'età di 8 anni si può assistere ad uno sviluppo del DOP, spesso a partire da un ADHD
 - il 75% dei bambini più grandi soddisferà appieno i criteri diagnostici in età adolescenziale e adulta
- **In altri il DOP si può trasformare in qualcos'altro:**
 - il 5-10% dei bambini DOP in età prescolare subirà una modificazione della diagnosi in ADHD
 - nel 25% dei bambini con DOP il comportamento sfidante peggiora e questi ragazzi ricevono una diagnosi di CD
- **Il bambino continua ad avere il DOP senza altri disturbi:**
 - è infrequente
 - se insorge in età prescolare, all'età di 8 anni solo il 5% dei bambini ha un DOP e nient'altro
- **Il bambino sviluppa un altro disturbo:**
 - tale evenienza è molto comune

Disturbo di Condotta (DC)

Il Disturbo di Condotta è un **disturbo psichiatrico** ad esordio in **età evolutiva**, relativamente frequente, caratterizzato da un **pattern ripetitivo e persistente** di **comportamenti antisociali, aggressivi / non aggressivi**, di **violazione delle regole e norme sociali** appropriate all'età.

Tali comportamenti sono correlati ad una **disfunzione dell'individuo**

Il Disturbo comporta un considerevole carico di **sofferenza** per il **paziente** stesso, la sua **famiglia** e la **società**.

In molti casi, il Disturbo di Condotta è **preceduto** e **associato** al DOP.

L'**aggressività** è un comportamento "**fisiologico**":

- l'**abilità di difendere se stessi** contro gli attacchi fisici e verbali contribuisce alla **sopravvivenza** ed allo **sviluppo delle capacità di adattamento**
- i **comportamenti aggressivi** (colpire, spingere, schiaffeggiare, mordere, dare pugni, sputare, tirare i capelli) sono **comuni** nei **bambini piccoli**. **Crescendo** la gran parte dei bambini tendono a socializzare e **inibire** tali **comportamenti aggressivi**
- le **interazioni con gli adulti** giocano un ruolo importante nel **modellare il repertorio comportamentale** del bambino verso **modalità più appropriate di difesa** dei propri diritti (e beni) ed espressione dei propri desideri
- alcuni **bambini non riescono** a sviluppare tali capacità e **continuano** frequentemente a manifestare **comportamenti aggressivi** e di **violazione delle regole**

Criteria DC (DSM - V)

A. Almeno **3 sintomi** tra quelli presenti nelle seguenti **4 categorie**, presenti da almeno **12 mesi** (**almeno 1 criterio** negli **ultimi 3 mesi**):

Aggressioni a persone o animali:

1. è prepotente, minaccia o intimorisce gli altri
2. dà inizio a colluttazioni fisiche
3. usa un'arma che può causare danni ad altri (bastone, barra, bottiglia rotta, coltello, pistola)
4. è fisicamente crudele con le persone
5. è fisicamente crudele con gli animali
6. ruba affrontando la vittima (aggressione, scippo, estorsione, rapina a mano armata)
7. forza qualcuno ad attività sessuali

Distruzione della proprietà:

8. appicca il fuoco con l'intenzione di causare seri danni
9. distrugge deliberatamente proprietà altrui

Frode o furto:

10. entra in edificio, domicilio o automobile altrui
11. mente per ottenere vantaggi o favori o per evitare obblighi (raggira gli altri)
12. ruba oggetti senza affrontare la vittima (furto nei negozi ma senza scasso, falsificazioni)

Gravi violazioni di regole:

13. trascorre fuori casa la notte nonostante proibizione dei genitori, con inizio prima dei 13 anni d'età
14. fugge da casa 2 volte, o 1 volta senza ritornare per un lungo periodo
15. marina spesso la scuola, con inizio prima dei 13 anni

C. Significativa compromissione funzionale (sociale, accademica, lavorativa)

D. Se > 18 anni, escludere Disturbo Antisociale di Personalità

Specificare

Se esordio:

- **infanzia** (almeno 1 sintomo < 10 anni)
- **adolescenza** (sintomi > 10 anni)
- **non specificato** (non ci sono sufficienti informazioni per determinare se l'esordio è stato prima o dopo i 10 anni)

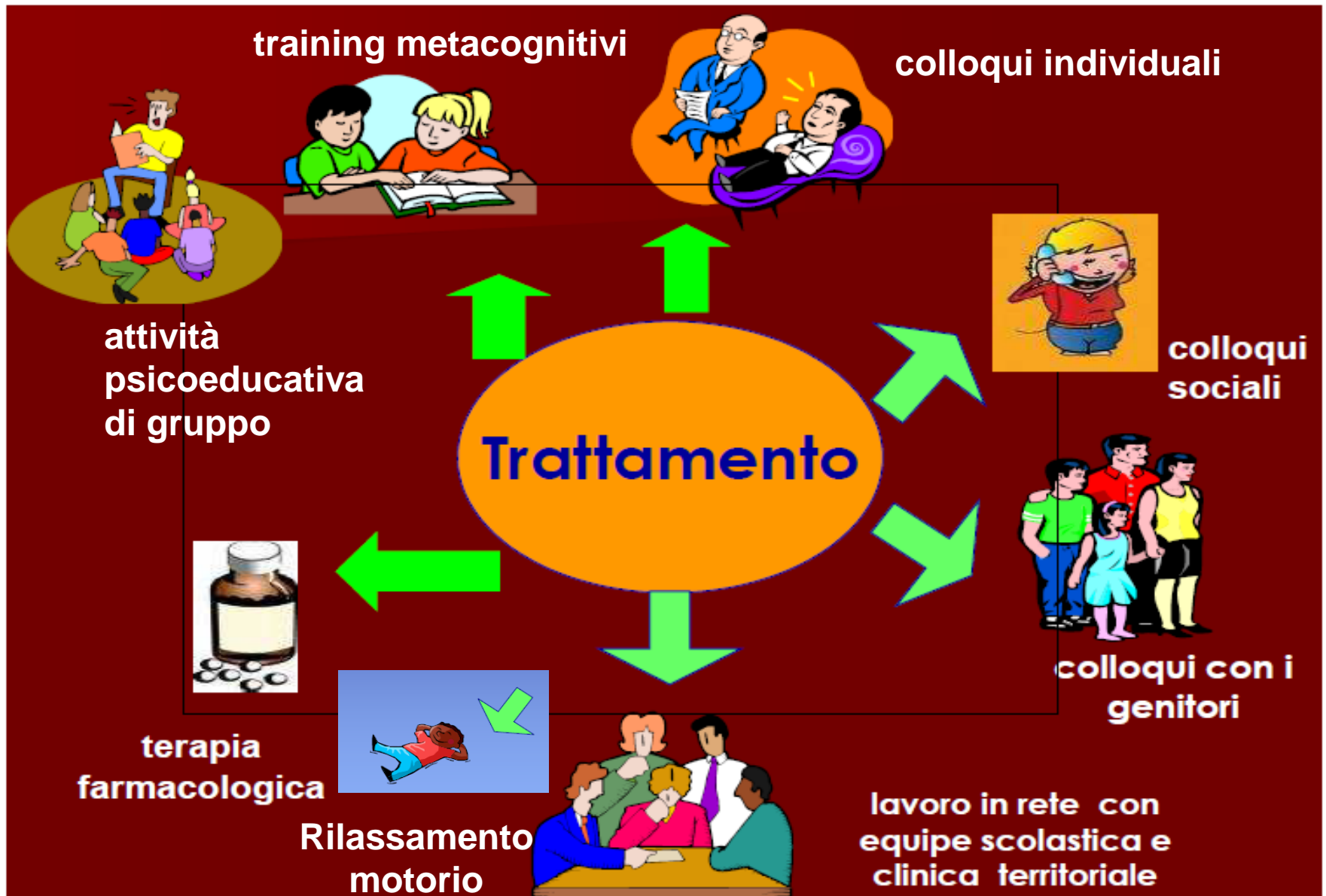
Se presenza di:

- emozioni prosociali limitate
- mancanza di rimorso e senso di colpa
- insensibile/mancanza di empatia
- disinteresse sulle performance
- affetti superficiali o carenti

Gravità dei sintomi:

- **Lieve** (sintomi presenti in 1 contesto)
- **Moderato** (sintomi presenti in 2 contesti)
- **Grave** (sintomi presenti in 3 o più contesti)

Trattamento



Suggerimenti per gli insegnanti

Cambiare atteggiamento mentale:

- non pensare a problemi di comportamento o cattivi comportamenti. Quando si pronunciano queste parole si forma nella mente una determinata percezione del bambino: BAMBINO CATTIVO – BAMBINO PROBLEMATICO
- il bambino è OK. E' solo il suo comportamento che si desidera cambiare. Quindi esso è il bersaglio!
- liberarsi di alcune espressioni verbali: Non..... No! Smetti di.... Basta.....
- tenere a mente le battaglie che uno studente con disturbo del comportamento porta avanti ogni giorno e permettersi di ignorare alcuni dei comportamenti meno severi.
- non reagire, ma agire. Se si reagisce si darà all'alunno esattamente ciò che desidera.
- agire, non discutere. Azioni tempestive funzionano meglio che tentare di ragionare con uno studente. Può facilmente divenire polemico.
- fare affermazioni non domande. Se si chiede a uno studente con disturbo del comportamento di fare qualcosa probabilmente non lo farà.
- porre chiare regole ed appropriate conseguenze.

Interventi moderati:

- Aiutare lo studente a fissarsi un obiettivo ogni giorno e a monitorarne il successo.
- Prendersi del tempo per stemperare le emozioni quando l'atmosfera si scalda
- Trovare un'area di interesse dello studente in cui è esperto e chiedergli aiuto
- Empatizzare con il vissuto dello studente. Es. “vedo che questa cosa è molto importante per te”
- Permettersi di usare a volte un approccio di “No-Confidence”: “Penso che non sei ancora pronto per fare questo”. Probabilmente lo studente con disturbo del comportamento cercherà di provarvi il contrario.

Interventi più intensivi:

- Infuturazione (proiettarsi nel futuro): lo studente prova ad immaginare nel futuro un momento in cui potrebbe trovarsi in difficoltà.
- Permettere allo studente di porsi la domanda: “Che conseguenze ha avuto la mia rabbia?”
- Creare distrazioni: pensare a momenti felici o divertenti e farli ricordare allo studente.
- Avere abbastanza fiducia nello studente per chiedere il suo aiuto con alcuni compagni.

Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (**ADHD**)

L' ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) è un **disturbo del neurosviluppo** con **eziologia complessa**, **base neurobiologica** e possibile **impatto negativo** su molteplici **aree di funzionamento**.

L'ADHD è caratterizzato da **2 gruppi di sintomi** o dimensioni psicopatologiche definibili come **inattenzione** e **impulsività/iperattività**.

L'**inattenzione** (o **facile distraibilità**) si manifesta soprattutto come **scarsa cura** per i **dettagli** ed **incapacità** a portare a **termine** le **azioni intraprese**:

- i bambini appaiono **costantemente distratti** come se avessero sempre altro in mente
- **evitano** di svolgere **attività** che richiedano **attenzione per i particolari** o **abilità organizzative**
- **perdono** frequentemente **oggetti** significativi o **dimenticano** attività importanti

L'**impulsività** si manifesta come **difficoltà** ad **organizzare azioni complesse**, con **tendenza** al **cambiamento** rapido da un'**attività** ad un'altra e **difficoltà** ad **aspettare** il proprio **turno** in situazioni di gioco e/o di gruppo.

Tale impulsività è generalmente associata ad **iperattività**: questi bambini vengono riferiti "come **mossi da un motorino**", hanno **difficoltà** a **rispettare** le **regole**, i **tempi** e gli **spazi** dei coetanei, a scuola trovano spesso difficile anche rimanere seduti.

Tutti questi sintomi **non** sono causati da **deficit cognitivo** (ritardo mentale) **ma** da **difficoltà** oggettive nell'**autocontrollo** e nella **capacità di pianificazione**.

Criteria ADHD (DSM - V)

- A. Almeno **6 sintomi** di **Inattenzione** (A1) o di **Iperattività/Impulsività** (A2) presenti per almeno **6 mesi**:

Sintomi di Inattenzione (A1)

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 ad organizzarsi
6. Evita le attività che richiedano attenzione
7. Perde gli oggetti
8. E' facilmente distraibile da stimoli esterni
9. Si dimentica facilmente cose abituali

- B. Esordio prima dei 7 anni di età
- C. Disturbo presente in almeno due situazioni (scuola, casa, lavoro, gioco, etc.)
- D. Compromissione significativa del funzionamento sociale, scolastico, occupazionale

Sintomi di Iperattività / Impulsività (A2)

Iperattività

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

Impulsività

7. Risponde prima che la domanda sia completata
8. Ha difficoltà ad aspettare il proprio turno
9. Interrompe o si intromette nelle attività di coetanei o adulti

Tutti i bambini possono presentare, in determinate situazioni, uno o più dei comportamenti sopra descritti.

Qualsiasi bambino (e la gran parte degli adulti) tende a distrarsi ed a commettere errori durante attività prolungate e ripetitive.

La ricerca delle novità e la capacità di esplorare rapidamente l'ambiente devono essere considerati comportamenti positivi dal punto di vista evolutivo e come tale stimolati e favoriti.

Quando tali modalità di comportamento sono persistenti in tutti i contesti (casa, scuola, ambienti di gioco) e nella gran parte delle situazioni (lezione, compiti a casa, gioco con i genitori e con i coetanei, a tavola, davanti al televisore, etc.) e costituiscono la caratteristica costante del bambino, esse possono compromettere le capacità di pianificazione ed esecuzione di procedure complesse (le cosiddette **FUNZIONI ESECUTIVE**).

Il sistema dell'attenzione e le Funzioni Esecutive

Specifiche regioni del cervello capaci di modulare i singoli aspetti dell'attenzione. In particolare specifiche aree della corteccia prefrontale mediale permettono la scelta tra i diversi possibili comportamenti o attività mentali in risposta a ciò che accade intorno all'individuo, coordinano un comportamento o attività ed inibiscono gli altri.

La capacità di inibire alcune risposte motorie ed emotive a stimoli esterni, al fine di permettere la prosecuzione delle attività in corso (autocontrollo), è necessario per l'esecuzione di qualsiasi compito.

Durante lo sviluppo, la maggior parte dei bambini matura la capacità ad impegnarsi in attività mentali che li aiutino a non distrarsi, a ricordare gli obiettivi ed a compiere i passi necessari per raggiungerli (FUNZIONI ESECUTIVE).

Numerose evidenze indicano che il fattore patogenetico fondamentale del ADHD possa essere costituito da un deficit nelle capacità di inibizione delle risposte impulsive (*response inhibition*) mediate dalla corteccia prefrontale.

Nella regolazione delle Funzioni esecutive è specificamente coinvolta la corteccia prefrontale che risulta anatomicamente e funzionalmente collegata con i nuclei della base. Nei bambini con ADHD questi distretti risultano essere più piccoli ed ipofunzionanti; sono stati inoltre riportati deficit di dopamina, noradrenalina e serotonina

L'incapacità a rimanere attenti ed a controllare gli impulsi fa sì che, spesso, i bambini con ADHD abbiano una minore resa scolastica e sviluppino con maggiore difficoltà le proprie abilità cognitive.

Frequentemente questi bambini mostrano scarse abilità nell'utilizzazione delle norme di convivenza sociale, in particolare in quelle capacità che consistono nel cogliere quegli indici sociali non verbali che modulano le relazioni interpersonali.

Questo determina una significativa interferenza nella qualità delle relazioni tra questi bambini ed il mondo che li circonda.

Il difficoltoso rapporto con gli altri, le difficoltà scolastiche, i continui rimproveri da parte delle figure di autorità, il senso di inadeguatezza a contrastare tutto ciò con le proprie capacità fanno sì che questi bambini sviluppino un senso di demoralizzazione e di ansia, che accentua ulteriormente le loro difficoltà.

Mentre la normale iperattività, impulsività e instabilità attentiva non determinano significative conseguenze funzionali, il vero ADHD determina conseguenze negative a breve e lungo termine.

Possono distinguersi 3 tipi di ADHD

in base ai criteri DSM - V

- tipo prevalentemente Inattentivo (ADHD-I)
- tipo prevalentemente Iperattivo / Impulsivo (ADHD-HI)
- tipo Combinato (A1+A2) (ADHD-C)

Epidemiologia e Decorso

La prevalenza è di circa il **4%** (cioè 1 bambino in ogni classe di 25 alunni)

L'ADHD può essere presente già in **età prescolare**. A quest'età è **però difficile** formulare una **diagnosi differenziale** con altri disturbi e **determinare** con sicurezza la significativa **compromissione** del **funzionamento globale**.

Circa **1/3 dei bambini** con ADHD da **adulti non manifestano più sintomi**, indicando che il disturbo era da correlarsi ad un ritardo di sviluppo delle funzioni esecutive (attentive). **Circa la metà** dei bambini con ADHD **continuano** a mostrare anche da **adolescenti** e **spesso** anche da **adulti** i **sintomi** d'inattenzione ed iperattività, **accompagnati** talvolta da **difficoltà sociali** ed **emozionali**.

Altri soggetti (**15-20 %**) divenuti adolescenti e poi adulti, mostrano **oltre che sintomi** di inattenzione, impulsività ed iperattività, anche **altri disturbi** psicopatologici quali **alcolismo**, **tossicodipendenza**, **disturbo di personalità antisociale**. Il più importante **indice predittivo** di tale evoluzione è la **presenza**, già **nell'infanzia**, di un **DC** associato all'ADHD.

DECORSO DEL DISTURBO

Deficit psicosociali

Sintomi nucleari

- Inattenzione
- Iperattività
- Impulsività

+

Portano a

Comorbidità psichiatriche

- Disturbi dirompenti del comportamento (disturbo della condotta e disturbo oppositivo-provocatorio)
- Disturbi di ansia e dell'umore

Deficit funzionali

Sé

- Bassa autostima
- Incidenti e danni fisici
- Fumo / abuso di sostanze
- Delinquenza

Scuola/ lavoro

- Difficoltà accademiche/ risultati insoddisfacenti
- Difficoltà lavorative

Casa

- Stress familiare
- Difficoltà come genitori

Società

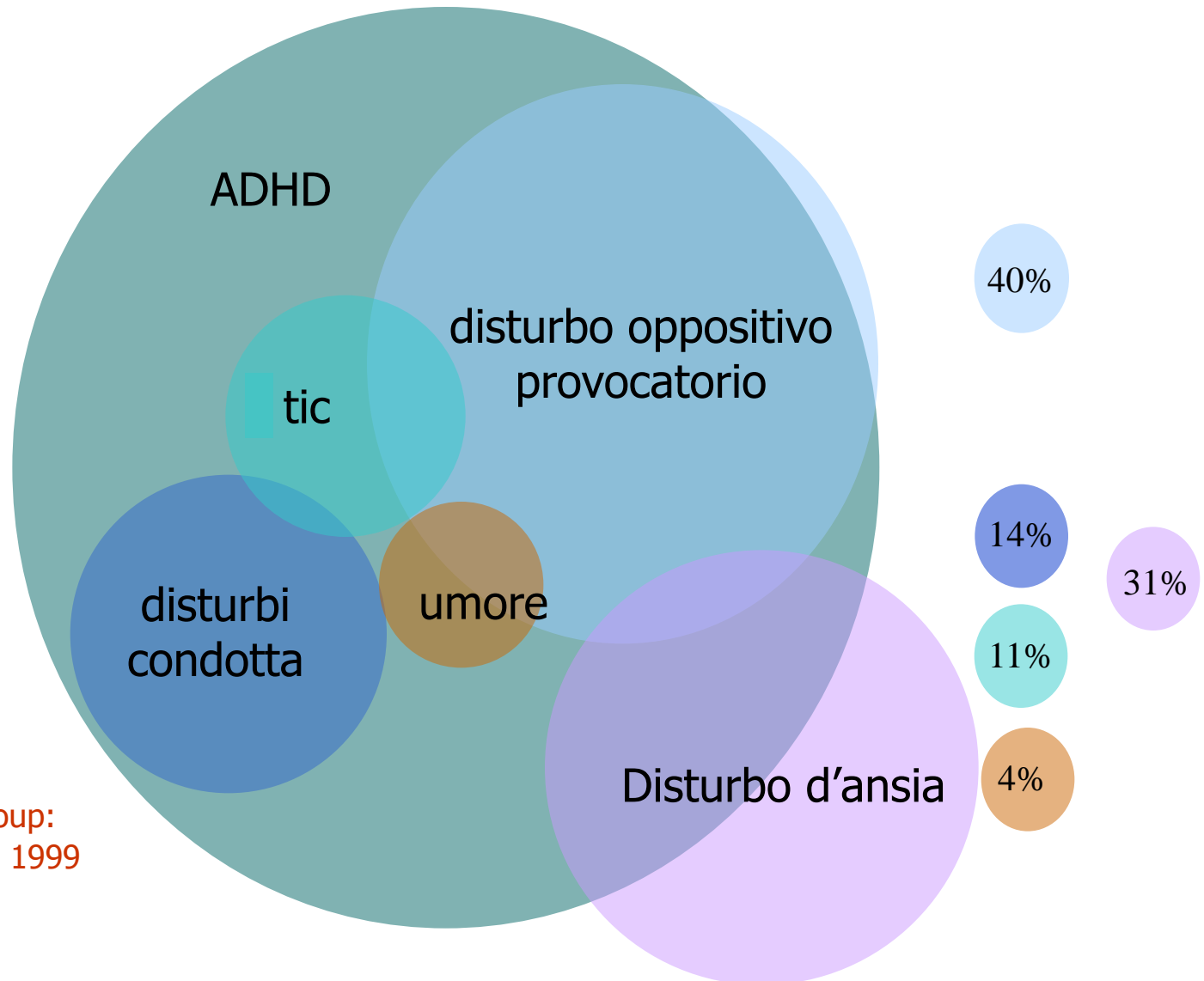
- Scarse relazioni interpersonali
- Deficit di socializzazione
- Difficoltà relazionali

Diagnosi

La diagnosi di ADHD è in ogni caso essenzialmente clinica e si basa sull'**osservazione clinica** e sulla **raccolta di informazioni** fornite da fonti multiple e diversificate quali **genitori, insegnanti, educatori**.

Non esistono **test diagnostici** specifici per l'**ADHD**: i **tests neuropsicologici**, i questionari per genitori ed insegnanti, le scale di valutazione sono **utili** per **misurare la severità del disturbo** e **seguirne** nel tempo **l'andamento**; spesso sono cruciali per **individuare** eventuali **patologie associate** (**disturbi d'ansia** o **dell'umore, disturbi specifici dell'apprendimento**)

Comorbilità



MTA Cooperative Group:
Arch Gen Psychiatry, 1999

Trattamento

La terapia per l'ADHD si basa su un **approccio multimodale** che combina **interventi psicosociali** con **terapie mediche**.

I **sintomi** cardine di **inattenzione**, **impulsività** ed **iperattività** sono gestibili mediante la **terapia farmacologica**, che si dimostra efficace in circa l'80- 90% dei casi; i **disturbi della condotta**, di **apprendimento** e di **interazione sociale** richiedono invece **interventi psicosociali**, **ambientali** e **psicoeducativi**, centrati sulla **famiglia**, sulla **scuola** e sui **bambini**.

In **Europa** (a differenza degli USA), dove le attitudini cliniche e le restrizioni legali hanno limitato l'uso degli psicostimolanti, **le linee guida** cliniche **raccomandano** un **primo intervento** basato su rigorosi ed intensi **approcci psicosociali** (**interventi comportamentali**, **terapia cognitiva**, **terapia familiare**, **supporto per gli insegnanti**), la mancata disponibilità di tali interventi non deve precludere, in via di principio, l'**uso degli psicostimolanti**.

Interventi Psicoeducativi

L'approccio psico-educativo è costituito da un **varietà di interventi** accomunati dall'**obiettivo** di **modificare l'ambiente fisico e sociale** del bambino **al fine** di **modificarne il comportamento**.

Le **modificazioni ambientali** sono implementate istruendo genitori ed insegnanti su specifiche **tecniche di ricompensa** per comportamenti desiderati (**rinforzo positivo**) o di **punizione/perdita privilegi** per il mancato raggiungimento degli obiettivi desiderati. L'applicazione ripetuta di tali premi e punizioni può **modificare progressivamente il comportamento**.

Nel **breve termine** gli interventi comportamentali possono **migliorare** le **abilità sociali**, le **capacità di apprendimento** e spesso anche i **comportamenti disturbanti**; generalmente risultano però **meno utili** nel ridurre i **sintomi cardine** dell'ADHD quali **inattenzione**, **iperattività** o **impulsività**.

Strutturare l'ambiente e migliorare l'autostima

I bambini con ADHD possono essere aiutati **strutturando** ed **organizzando** l'**ambiente** in cui vivono. **Genitori** e **insegnanti** possono **anticipare gli eventi** al posto loro, **scomponendo** i **compiti** futuri in **azioni semplici** ed offrendo **piccoli premi** ed **incentivi**.

Per aiutare un bambino con ADHD **genitori** ed **insegnanti** dovrebbero acquisire le seguenti abilità:

1. **Potenziare** il numero di **interazioni positive**
2. Dispensare **rinforzi sociali** o materiali in risposta a **comportamenti positivi**
3. **Ignorare** i comportamenti lievemente **negativi**
4. **Aumentare** la collaborazione usando **comandi** più **diretti**, **precisi** e **semplici**
5. **Provvedimenti coerenti** e costanti per i **comportamenti inappropriati**.

Strutturare l'ambiente e migliorare l'autostima

In generale gli **interventi psicoeducativi** diretti sul bambino/adolescente basati su **tecniche cognitive** e **metacognitive** tarate per età sono **focalizzate su**:

- **Problem solving**: riconoscere il problema, generare soluzioni alternative, pianificare la procedura per risolvere il problema, ecc.,
- **Autoistruzioni verbali** al fine di acquisire un dialogo interno che guidi alla soluzione delle situazioni problematiche,
- **Stress inoculation training**: indurre il bambino/adolescente ad auto-osservare le proprie esperienze e le proprie emozioni, soprattutto in coincidenza di eventi stressanti e, successivamente, aiutarlo ad esprimere una serie di risposte alternative adeguate al contesto. La acquisizione di queste risposte alternative dovrà sostituire gli atteggiamenti impulsivi e aggressivi.

Parent Training

Interventi cognitivi individuali di training sulle abilità sociali e di problem solving, possono peraltro risultare efficaci quando associati a interventi comportamentali basati sul parent training e sull'intervento in classe.

Classicamente il Parent Training è inizialmente composto da 8-12 sessioni settimanali di un gruppo di genitori con un terapeuta specificamente formato. Il programma delle sessioni è focalizzato al miglioramento della comprensione da parte dei genitori delle caratteristiche del bambino con ADHD e nell'insegnamento di abilità che permettano di gestire e migliorare le difficoltà che tali caratteristiche comportano. I programmi offrono tecniche specifiche per guidare il bambino, rinforzare i comportamenti sociali positivi e diminuire o eliminare quelli inappropriati.

Sebbene il Parent training non sembri in grado di indurre i marcati miglioramenti indotti dalla terapia farmacologica sui sintomi cardine del disturbo, è in grado di migliorare in maniera significativa il funzionamento globale dei bambini e adolescenti con ADHD.

Interventi di consulenza per gli insegnanti

Anche gli **interventi di consulenza per gli insegnanti** sono focalizzati sul comportamento del bambino e possono essere sia **integrati nelle routine scolastiche per i tutti gli alunni** che **focalizzati sui singoli bambini**.

La gestione delle attività che coinvolgono tutta la classe iniziano con la **definizione** e **progressivo incremento** di **attività strutturate** che includano modalità sistematiche di **ricompensa** per le attività /comportamenti desiderati (**rinforzo positivo**), diminuzione dei privilegi o delle ricompense (**costo della risposta**) fino al blocco di ogni rinforzo positivo (**time-out**) per comportamenti non desiderati o problematici; la combinazione di rinforzi positivi e costo della risposta (es; il bambino guadagna ricompense e privilegi per comportamenti desiderati e le perde per comportamenti indesiderati, **token economy**) risulta in genere particolarmente efficace.

Le terapie farmacologiche

L'intervento farmacologico (gli psicostimolanti) sono particolarmente efficace nel **controllare** i **sintomi cardine** dell'ADHD, ma per molti bambini l'**intervento comportamentale** può essere particolarmente **utile** ed **efficace** quale **trattamento primario** o **aggiuntivo** per il disturbo, **specie** in presenza di **condizioni mediche, psichiatriche** o **sociali/familiari** associate.

Il **metilfenidato** e gli altri psicostimolanti **migliorano** in maniera **consistente, rapida** e **duratura** i sintomi dell'ADHD quali **impulsività, inattenzione** ed **iperattività**.

Gli **effetti collaterali** degli psicostimolanti, e del metilfenidato in particolare, sono in genere **modesti** e **facilmente gestibili**.

I più comuni sono **diminuzione di appetito, insonnia** e **mal di stomaco**: l'insonnia può essere prevenuta evitando le somministrazioni serali, la mancanza di appetito e i disturbi gastrointestinali somministrando il farmaco dopo i pasti. Quando il farmaco è somministrato correttamente, **perdita di peso** o **ritardo dell'accrescimento, cefalea** e **dolori addominali** sono rari, temporanei e raramente impongono la modifica o la sospensione della terapia. In individui predisposti, gli psicostimolanti possono indurre o peggiorare **movimenti involontari, tics** ed **idee ossessive**.

Prescrizione farmacologica regolamentazione (I)

- 8 Marzo 2007 - Agenzia Italiana del Farmaco – autorizzazione all'immissione in commercio di Metilfenidato Cloridrato (Ritalin) e Atomoxetina (Strattera)
- 19 Aprile 2007 – regolamentazione dell'immissione in commercio: Determinazione A.I.C./N n. 876 per "Ritalin" (cpr 10 mg) ; Determinazione n. 437/2007 per "Strattera" (cps 5-10-18-25-40-60 mg)

Prescrizione farmacologica regolamentazione (II)

- *Indicazioni terapeutiche*: trattamento del disturbo da Deficit dell'Attenzione con Iperattività (DDAI) nei bambini a partire dai 6 anni di età e negli adolescenti, come parte di un programma di trattamento multimodale
- *Condizioni e modalità di impiego*: diagnosi e piano terapeutico dei Centri Specialistici individuati dalle Regioni; inserimento nel PHT Prontuario della distribuzione diretta
- *Monitoraggio accuratezza diagnostica e appropriatezza d'impiego*: istituzione di un Registro Nazionale ADHD presso l' ISS

Registro Nazionale ADHD

OBIETTIVI



- Monitorare la terapia farmacologica
- Verificare sicurezza e appropriatezza terapeutica
- Controllare gli effetti a medio e lungo termine
- Raccogliere dati epidemiologici

...fine!

