

Disabilità e scuola

## Il bambino con deficit di attenzione e iperattività. Quale processo diagnostico dell'ADHD?

di Donatella Visceglia



Esiste ancora una certa difficoltà in ambito clinico nel porre la diagnosi di ADHD (Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività). Tuttavia, i bambini che presentano le caratteristiche della sindrome in assenza di altri problemi di personalità e/o disordini pervasivi dello sviluppo sono numerosi, generalmente poco studiati e spesso non trattati sotto il profilo terapeutico.

In generale, i bambini con ADHD evidenziano adeguate risorse cognitive e affettive, sono in grado di comprendere le conseguenze dei loro fallimenti nell'autocontrollo e raramente diventano aggressivi con i coetanei e/o con gli adulti.

Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività si manifesta principalmente con due classi sintomi: un marcato livello di disattenzione e una serie di comportamenti che denotano iperattività e impulsività.

Le manifestazioni comportamentali relative alla disattenzione si riscontrano soprattutto in bambini che, rispetto ai propri coetanei, presentano un'evidente difficoltà a rimanere attenti o a lavorare su uno stesso compito per un periodo di tempo sufficientemente prolungato. I soggetti disattenti, nei racconti dei genitori e degli insegnanti, non riescono a seguire le istruzioni fornite, sono disorganizzati e sbadati nello svolgimento delle loro attività; inoltre, hanno difficoltà nel mantenere la concentrazione, si fanno distrarre molto facilmente dai compagni o da rumori occasionali e raramente riescono a completare un compito in modo ordinato. Essi si guardano continuamente attorno, durante lo svolgimento dei compiti come anche durante la proiezione di programmi televisivi, soprattutto nei momenti in cui risultano noiosi e ripetitivi.

I bambini che mostrano aspetti di iperattività/impulsività giocano in modo rumoroso, parlano eccessivamente con scarso controllo dell'intensità della voce, interrompono persone che conversano o che stanno svolgendo delle attività senza essere in grado di aspettare il momento opportuno per intervenire.

A tale proposito, la maggior parte degli autori che utilizzano misure oggettive di osservazione del comportamento riportano che questi soggetti non sono sufficientemente orientati al compito e faticano a pianificare l'esecuzione delle attività che vengono loro assegnate.

Si può affermare che la più recente descrizione del disturbo è contenuta nel DSM-IV dell'American Psychiatric Association, secondo il quale, per poter ricevere diagnosi di ADHD, i soggetti devono presentare i sintomi descritti per almeno sei mesi e in almeno due contesti; inoltre è necessario che tali manifestazioni siano comparse prima dei sette anni di età e che compromettano il rendimento scolastico e sociale.

Nel nostro paese gli strumenti per la valutazione e la diagnosi dell'ADHD sono ancora mal precisati ed eterogenei.

Naturalmente non sarà possibile gestire il problema della diagnosi e della terapia senza la collaborazione stretta di tutte le figure professionali coinvolte, compresi i genitori, gli insegnanti, i pediatri, i neuropsichiatri, gli psicologi. Dal punto di vista psicologico molto si può fare, sia in famiglia che a scuola, per aiutare il bambino con ADHD.



Il bambino va accettato e compreso per quello che è. Molti educatori purtroppo tendono a reagire con affermazioni di tipo globale e negativo ("Non ne combina mai una giusta") percependo il bambino come totalmente sbagliato o, ancora, interpretando ogni suo comportamento

problematico come un affronto personale ("Me lo fa apposta.... perché sa che così mi arrabbio..."). Ciò oltre ad essere improduttivo su di un piano pedagogico comporta anche uno stress notevole per l'adulto stesso.

E' importante educare il bambino al positivo, cercando di evidenziare anche le più piccole azioni positive che egli compie, i minimi progressi, per quanto ovvi, che fa. Ognuna di queste azioni deve diventare occasione per lodarlo, per dirgli che si è contenti del suo impegno.

I comportamenti problematici non particolarmente pericolosi vanno ignorati. Mentre vanno incoraggiati comportamenti ed atteggiamenti più tranquilli e riflessivi, ignorare i comportamenti di impulsività e di irrequietezza a patto che non siano pericolosi per il bambino o per gli altri. Spesso i comportamenti inadeguati perdurano proprio perché vi si presta troppa attenzione!

I genitori dovranno di comune accordo stabilire delle regole e farle rispettare. Davanti ai figli non possono esserci segni di disaccordo o di discussione tra i genitori circa la loro applicazione. Il modo

di parlare al bambino deve essere calmo, senza urla e strepiti. Nel dirgli che cosa fare occorre essere precisi ed usare termini ed espressioni in positivo. Dire frasi del tipo: “Non fare...”, “Non toccare ..”, “Ma perché sbagli sempre..” rischiano di produrre nel bambino innanzitutto uno stato emotivo di ostilità o di sfida ed inoltre non forniscono alcuna informazione su che cosa il bambino dovrebbe fare o su come dovrebbe comportarsi.

Non sgridare il bambino davanti agli altri, compagni o fratelli che siano, come anche non raccontare le sue “prodezze” ad altre persone in sua presenza (“Sapessi cosa ha fatto ..”). A scuola, come a casa, può essere di grande aiuto avere un ambiente di lavoro tranquillo e con routines prevedibili.



Offrire un modello di comportamento pacato e riflessivo senza eccessivi scatti di rabbia o di nervosismo. Il bambino deve avere la possibilità di capire come affrontare determinate situazioni e in che modo risolverle. In tal senso, è molto utile verbalizzare tutti quei ragionamenti che noi facciamo internamente per offrire proprio un modello. L’adulto, parlando ad alta voce, offre al bambino un modello di riflessività ed una strategia razionale di problem-solving.

Ed è importante anche favorire una giusta quantità di attività fisica: molto adatti sono gli sport di squadra (che insegnano a mettere a freno l’impulsività in favore di un risultato collettivo) e gli sport che insegnano l’autocontrollo.