

# DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE E/O IPERATTIVITA' (ADHD)

Il DDAI (Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività) conosciuto con l'acronimo inglese ADHD, è un disturbo evolutivo di origine neurobiologica a carico **dell'autoregolazione**, che interferisce con il normale svolgimento delle comuni attività quotidiane: andare a scuola, giocare con i coetanei, convivere serenamente con i genitori e, in generale, inserirsi normalmente nella società. Con il termine autoregolazione si intende la capacità di saper regolare il proprio organismo, e di organizzare il proprio comportamento in funzione delle proprie esigenze e di quelle dell'ambiente (altre persone), generalmente si comincia ad acquisire questa abilità a partire dai primi anni di vita grazie agli adulti di riferimento che inizialmente hanno il compito di etero regolare l'infante.

Nei manuali diagnostici di riferimento rientra nella categoria dei Disturbi del Comportamento, con il Disturbo Oppositivo Provocatorio e il Disturbo della Condotta; la frequenza del disturbo si colloca tra il **3 e il 5%** con maggiore incidenza nella popolazione maschile.

Le **caratteristiche** evidenziate da coloro che sono più vicini a questi bambini sono la difficoltà a mantenere l'attenzione e a prestare interesse a una sola cosa alla volta, la grande fatica a concentrarsi, l'agire in modo impulsivo senza fermarsi a pensare, l'incapacità a rimanere fermi per un tempo sufficientemente lungo, l'essere spericolati, l'eccessiva curiosità e verbosità. Queste caratteristiche non necessariamente sono tutte presenti e non sempre si evidenziano con la stessa intensità e frequenza.

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività ha esordio nell'infanzia e che si caratterizza per una regolazione deficitaria in tre aree:

1. **attenzione:** la disattenzione si manifesta soprattutto come una difficoltà a concentrarsi, a mantenere l'attenzione su compiti scolastici o su attività di gioco. Il bambino si lascia facilmente distrarre da stimoli estranei, ha quindi difficoltà a prestare attenzione ai particolari, compie molti errori, soprattutto nelle attività che richiedono uno sforzo mentale protratto nel tempo.
2. **inibizione della risposta:** si assiste ad un'insufficiente capacità di riflettere sulle situazioni, alla difficoltà di posticipare la gratificazione, ad attendere il proprio turno, a rispettare le regole, al controllo degli impulsi e degli affetti.
3. **livello di attività motoria:** è possibile osservare un'iperattività motoria eccessiva e non finalizzata rispetto alle richieste dell'ambiente. Sono bambini incapaci di stare fermi anche per brevi momenti, molto vivaci ed irrequieti, che sembrano motorizzati.

A seconda della tipologia dei sintomi, è possibile evidenziare 3 sottotipi: disattento, iperattivo o combinato.

Attualmente le segnalazioni ai servizi per sospetti DDAI sono in forte aumento e si sospetta vi sia un abuso di tale etichetta diagnostica in quanto i bambini hanno comunemente difficoltà in attività come ad esempio concentrarsi sui compiti scolastici, tollerare le frustrazioni o inibire la propria vivacità.

E' importante distinguere tra le cause e l'espressione dei sintomi: se è vero, che il bambino nasce con una predisposizione a sviluppare il disturbo, dobbiamo anche considerare che l'educazione e l'ambiente (famigliare e scolastico) contribuiscono a sbloccare in modo più o meno evidente la sintomatologia.

I **fattori genetici** sembrano giocare un ruolo determinante nell'insorgenza del disturbo, pertanto è possibile ipotizzare una base ereditaria per il DDAI: i figli di genitori con la sindrome hanno fino al 50% di probabilità di svilupparla in seguito (Barkley, 2001); i fratelli di bambini DDAI hanno una probabilità da 5 a 7 volte



superiore di svilupparlo; la presenza del disturbo è stata riscontrata nell'81% dei gemelli monozigoti e del 29% in quelli eterozigoti (Gilger et al, 1992).

A livello biochimico non è ancora stato individuato uno specifico meccanismo di trasmissione, ma è stata riscontrata un'associazione tra l'iperattività e il ruolo del gene trasportatore della dopamina. Le aree cerebrali che appaiono implicate nel disturbo sono le aree frontali, prefrontali, il nucleo caudato e il globo pallido che si riscontrano avere dimensioni inferiori alla norma.

Il 20-30% dei casi di DDAI possono essere spiegati in base a **cause contingenti-ambientali**, tra cui: nascita prematura; uso di alcool e tabacco da parte della madre; elevato numero di complicazioni mediche durante la gravidanza; problemi di salute nel primo anno di vita e ritardo nello sviluppo motorio e linguistico; lesioni cerebrali, specialmente nelle regioni prefrontali.

Risultano esercitare un peso di rilievo anche le condizioni socio-economiche svantaggiate; situazione psicologica familiare difficile; genitori direttivi e ipercritici che rimproverano eccessivamente ed in maniera incoerente.

Molti studenti con diagnosi di DDAI presentano anche una compromissione significativa del rendimento scolastico: a seconda delle ricerche, la percentuale di soggetti che manifestano prestazioni scolastiche significativamente inferiori rispetto ai coetanei oscilla tra il 20 e il 40%; Circa il 25% dei soggetti con DDAI presenterebbe anche Disturbi di Ansia (Barkley, 1998) o un Disturbo dell'Umore (depressione).

La **comorbilità** con il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP) sembra raggiungere il 40-50% dei casi, per i Disturbi della Condotta riguarda il 10-15% (DC) ed è definita sulla base dell'osservazione di caratteristiche di ostilità, provocatorietà ed aggressività. E' consigliabile porre attenzione allo stile educativo dei genitori e al clima familiare, in quanto costituiscono importanti predittori del Disturbo della Condotta.

