

Bambini iperattivi e disattenti

Problemi di diagnosi e intervento

di Emanuela Quagliata, Enrica Fondi, Milly Lombardo, Cinzia Fabro, Nicoletta Lana

A cura de [Il Pensiero Scientifico Editore](#)

Pubblicato in Yahoo!Salute Professional

http://it.health.yahoo.net/p_special.asp?id=21981&s=14&c=49

http://it.health.yahoo.net/p_hp_cat.asp?s=14&c=49

Ultimo aggiornamento: 30/04/2008

L'ADHD, acronimo per l'inglese *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (Deficit dell'Attenzione e Disturbo di Iperattività), secondo il DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) è caratterizzato da due gruppi di sintomi definibili come inattenzione e impulsività/iperattività.

Gli aspetti solitamente considerati tipici del comportamento e della personalità dei bambini che presentano questo disturbo sono: disattenzione, impulsività ed iperattività.

Per **disattenzione** si intende la difficoltà a prestare e mantenere l'attenzione, la tendenza a commettere frequenti errori dovuti a distrazione, a portare a termine le attività scolastiche o ludiche che richiedono pianificazione e organizzazione. Questi bambini tendono piuttosto a passare da una attività e l'altra, ad essere molto ansiosi di fronte a compiti che richiedono applicazione protratta ed a evitarli o interromperli.

Per **impulsività** si intende la difficoltà a inibire risposte o comportamenti inappropriati e/o affrettati; uno scarso controllo e regolazione di quell'insieme di attività che comportino una tolleranza della frustrazione; può essere presente difficoltà ad inibire risposte prepotenti, l'incapacità di ascoltare fino in fondo spiegazioni o istruzioni utili, di aspettare il proprio turno per un gioco o di tener conto delle conseguenze di azioni potenzialmente pericolose.

Per **iperattività** si intende l'eccessivo o inappropriato livello di attività motoria o verbale. Si tratta di bambini che non riescono a stare seduti, che sono sempre in movimento, parlano troppo ed in maniera caotica o incomprensibile, rumoreggiano, disturbano. Appaiono più attivi, instancabili ed irrequieti dei bambini normali.

Questi tratti sono talvolta associati a lievi deficit cognitivi, disturbi del linguaggio, difficoltà delle funzioni adattative, disturbi dello sviluppo motorio, disturbi emotivi, difficoltà di apprendimento e di adattamento nel contesto scolastico, disturbi del sonno.

Secondo il DSM-IV possono essere distinti tre tipi di disturbo: uno prevalentemente inattentivo, uno prevalentemente iperattivo/impulsivo e uno combinato. Quest'ultimo corrisponde al disturbo ipercinetico nella classificazione diagnostica delle malattie, della salute mentale e dei disturbi dello

sviluppo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD-10, 1992).

Nel 2002, in occasione della reintroduzione in commercio in Italia del metilfenidato per il trattamento farmacologico dell'ADHD, la SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile) ha redatto le Linee Guida per la diagnosi, il trattamento e la prognosi dell'ADHD valutando sia l'incidenza epidemiologica che i fattori patogenetici di tale sindrome.

Le Linee Guida fanno riferimento agli studi delle più importanti Associazioni Mediche e Psichiatriche e Istituzioni Sanitarie internazionali e sintetizzano una ricerca scientifica estremamente ampia quanto controversa prodotta specialmente nell'ultimo decennio intorno al problema disattenzione/iperattività.

In particolare, i problemi relativi all'uso degli psicostimolanti che secondo numerosi studi permetterebbero a questi bambini di controllare la disattenzione e l'iperattività, l'efficacia e gli effetti a medio e lungo termine della loro assunzione, hanno suggerito nel nostro paese l'adozione di misure cautelative, istituendo un Registro nazionale dei casi trattati e affidando la somministrazione dei farmaci solo a Centri autorizzati.

[Quali i problemi relativi alla diagnosi?](#)

Altre questioni aperte sono quelle relative alla diagnosi e all'individuazione dei fattori patogenetici di questo disturbo.

Le diagnosi sono spesso errate dal momento che disattenzione e iperattività possono costituire evidenze sintomatologiche relative a quadri clinici e gradi di difficoltà molto eterogenei, diversi per caratteristiche e gravità, con il conseguente aggravamento delle problematiche psicoeducative che investono il bambino e la sua famiglia.

Inoltre i modelli neurobiologici e cognitivi che vengono prevalentemente utilizzati per spiegare l'insorgenza dell'ADHD vengono messi in discussione da approcci di tipo psicodinamico e relazionale che privilegiano un'attenzione maggiore agli aspetti emotivi e al contesto ambientale proprio del singolo bambino per poterne comprendere il comportamento.

L'ipotesi di uno squilibrio biochimico o di un'alterazione genetica non risulterebbe a tutt'oggi sufficientemente suffragata e alcuni autori arrivano a mettere perfino in discussione l'esistenza di una sindrome ADHD affermando che quasi ogni bambino in particolari situazioni psicologiche o ambientali, potrebbe essere diagnosticato come iperattivo ⁽¹⁾.

La letteratura scientifica ha dato infatti scarso rilievo all'ambiente e allo sviluppo delle relazioni mentre è necessario soffermarsi sull'importanza della relazione primaria tra il bambino e chi si prende cura di lui.

Il lavoro originato dagli studiosi delle teorie sull'attaccamento hanno gettato nuova luce sulla

capacità del neonato di regolare le sue emozioni e sul ruolo che il primo anno di vita assume, come periodo di speciale sensibilità, nello sviluppo di queste capacità, dando quindi un ruolo di fondamentale importanza alla presenza delle figure di riferimento in grado di offrire contenimento emotivo ^(2,3,4) .

Alcuni lavori inquadrano la disattenzione e l'iperattività nell'ambito di risposte adattative a esperienze traumatiche o considerano l'alterazione dei circuiti neurobiologici come risposte secondarie ad eventi emotivi propri del contesto emotivo e relazionale del bambino ^(5,6) .

Nell'osservazione clinica di questi bambini, in ogni caso, gli aspetti relativi ad un deficit della regolamentazione emotiva e delle interferenze che tale deficit può comportare nei processi di apprendimento appaiono centrali per comprendere il problema dalla disattenzione e dell'iperattività; l'eccessiva motilità così come la labilità dell'attenzione possono essere espressione di una difesa contro affetti e rappresentazioni intollerabili e incontenibili ^(7, 8) . In questa chiave i sintomi descritti sono espressioni di difficoltà sottostanti di elaborazione degli stati emotivi

Bibliografia

1. Mc Guinness (1989) "Attention Deficit Disorder: the emperor's clothes, animal "pharm" and other fiction". The Limits of Biological Threats for Psychological Disorders. Fisher S. Greenberg RP eds. Hillsdale, NJ: Erlbaum p 151-188.
2. Taylor E. (1994) " Syndromes of Attention Deficit and Overactivity". In Michael Rutter, Eric Taylor & Lionel Hersow (Eds), Child and Adolescent Psychiatry (pp. 285-307). Oxford: Blackwell.
3. Stiefel I. (1997) "Can Disturbance in Attachment Contribute to Attention Deficit Disorder?". Clinical Child Psychology and Psychiatry. Sage Publications. Vol. 2(1): 45-64.15.
4. Ladnier R., Massanari A., (2000) " Trating ADHD as Attachment Deficit Disorder" in Handbook of Attachment Intervention, Ed by Terry M. Levy. Academic Press.
5. Perry B., Pollard R., Bakley T., Baker W., Vigilante D. (1995) " Childhood Trauma, the neurobiology of adaptation and use-dependent development of the brain: how states become traits". Infant Mental Health Journal vol. 16 (4) p 271-291.
6. Sugarman A. (2006) "Attention Deficit Disorder and Trauma". Int. J. of Psychoanalysis, 87:237-41.
7. Pozzi M. E. (2000) "Ritalin for Whom? Understanding the need for Ritalin in psychodynamic counselling with families of under-5s". J of Child Psychotherapy vol. 26 No1 2000.
8. Shill M. (2000) "Hyperactivity and the Ego: Action as a Defence against Affect". Child Analysis 11- Cleveland Center for Research in Child Development. Cleveland, Ohio.

[Come si sente il bambino iperattivo?](#)

Nella nostra esperienza clinica, e in accordo con altri studi, abbiamo visto che un deficit della regolamentazione emotiva è centrale nella iperattività e nella disattenzione. Tale deficit si esprime attraverso la continua eccessiva motilità che può rappresentare molto spesso una difesa contro affetti intollerabili e incontenibili. Spesso i sintomi descritti sono quindi l'espressione di altre difficoltà sottostanti.

Il comportamento iperattivo può essere considerato una difesa messa in atto contro emozioni intollerabili sperimentate nelle prime fasi dello sviluppo.

L'esperienza che il bambino vive è quella di non essere in grado di autocontrollarsi e di interiorizzare le regole che l'ambiente circostante propone.

Non riuscendo a modulare le sue emozioni, ha spesso esplosioni di rabbia e aggressività verso i coetanei o anche gli adulti. I genitori trovano molto faticoso gestire queste crisi immotivate così come le continue provocazioni e a volte, a causa del comportamento del bambino, l'intera famiglia lamenta un certo isolamento sociale.

Un'importante conseguenza da tener presente è che la sensazione di non essere amato all'interno della sua famiglia e nell'ambiente che lo circonda genera nel bambino una bassa stima di sé e ciò quasi sempre rinforza i comportamenti disturbanti del bambino e rende difficile la motivazione al cambiamento.

In questo modo si crea un circolo vizioso nel quale il comportamento provocatorio e disturbante genera una reazione nell'ambiente che finisce per rinforzare la sintomatologia e il sentimento di impotenza di fronte al cambiamento.

In apparenza il bambino si mostra forte e provocatorio ma al suo interno un disagio profondo lo pervade. Si dispiace di essere considerato sempre cattivo e finisce con aderire a questa identità negativa che gli viene rimandata dalle esperienze che fa nel tempo in ambito relazionale e scolastico. Gli altri e lui stesso si convincono di questa realtà.

L'approccio psicomotricità, da noi adottato nel nostro intervento, diversamente da quello neurobiologico, rivolge una particolare attenzione allo sviluppo mentale ed emotivo del bambino. Come sottolinea Haussler⁽¹⁾, già i pionieri della psicoanalisi infantile come Margaret Mahler, Anna Freud, Donald Winnicott e Melanie Klein descrivevano come "enfants terribles" bambini identificati come bambini affetti da ADHD. La psicoanalisi riconosce che il movimento rappresenta già nella fase prenatale il mezzo di comunicazione e di espressione centrale e che la motilità rimane, specialmente nei bambini piccoli, la modalità principale per scaricare le tensioni emotive.

Sul piano del funzionamento mentale i sintomi di iperattività sono indicativi di una scarsa capacità di contenimento e di metabolizzazione delle emozioni.

Questi bambini sembrano non poter accedere ad un livello più complesso di elaborazione dell'esperienza e mostrano lo sviluppo di una struttura psichica inadeguata ed incapace di contenere le emozioni, registrare e discriminare gli stimoli interni da quelli esterni, procrastinare gli impulsi, pensare e riflettere.

Tali difficoltà, oltre che rendere molto difficile l'integrazione nel gruppo classe, hanno come conseguenza il presentarsi di difficoltà di apprendimento.

Spesso questi bambini manifestano dei comportamenti provocatori dietro ai quali c'è il bisogno di essere aiutati a dirimere una confusione interna ed a contenere la frustrazione.

Essi si confrontano costantemente con l'idea di essere cattivi ed incapaci e se non vengono aiutati adeguatamente, tendono ad evacuare la loro aggressività in modo incontrollato, innestando un

circolo vizioso che incrementa e peggiora in modo persecutorio la loro aggressività, trasformandola, in assenza di limiti, in distruttività.

Bibliografia

1. Haussler G. (2002) "Sindrome Ipercinetica e Deficit di Attenzione dal punto di vista psicoanalitico". Prax Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie Jul-Aug, 51 (6), p 454-465.

Quando si manifesta questo disturbo?

Il momento in cui il bambino inizia la scuola elementare è generalmente quello in cui si manifesta in modo più evidente la sua difficoltà ad accettare regole e limiti.

Il contesto scolastico richiede al bambino sempre maggiori adattamenti e compiti: egli deve mettere in atto nuovi processi di apprendimento e di autonomia, confrontarsi con il gruppo dei coetanei, attivare nuove capacità di socializzazione.

Ci troviamo a volte ad osservare comportamenti quali iperattività, impulsività, difficoltà a prestare attenzione, difficoltà di apprendimento.

Nel parlare di iperattività dobbiamo distinguere il movimento infantile inteso come espressione attiva e vitale, dal movimento come espressione di disagio.

La scuola con le sue richieste di rimanere seduti molte ore, saper ascoltare la maestra, apprendere, esige in un certo senso un comportamento passivo e recettivo.

La famiglia stessa, a volte, pretende dal bambino un silenzio ed un ordine che corrispondono alle necessità dei genitori più che a quelle del bambino.

Tuttavia, nei casi di cui ci stiamo occupando, è evidente un uso del movimento che nasconde e nello stesso tempo esprime una sofferenza psichica.

In questi bambini il movimento non promuove un'azione specifica ma è disorganizzato e sviluppa una sempre maggiore eccitazione. L'iperattività diviene un canale attraverso cui scaricare le emozioni senza che esse possano essere pensate.

Nel contesto scolastico, le difficoltà del bambino sono causa di uno scarso rendimento scolastico ma ciò di cui soffre di più è la difficoltà di instaurare relazioni positive sia con gli adulti che con i coetanei. Anche a scuola quindi le relazioni con gli insegnanti e con i compagni sono difficili e questi ultimi sono infastiditi dal suo comportamento e tendono a deriderlo e isolarlo.

Nel nostro intervento, abbiamo cercato di rivolgere un'attenzione particolare ad ogni singola situazione per capire le cause del comportamento. La modalità di attenzione individuale al significato dei comportamenti si è rivelata molto utile soprattutto nella comprensione del significato dei comportamenti oppositivi e provocatori dei bambini.

Nel corso degli incontri con le insegnanti abbiamo sottolineato il bisogno di avere il tempo necessario: tempo per osservare, pensare e riflettere, tempo per poter discutere dei singoli bambini,

tempo per lo sviluppo professionale degli insegnanti e per il bambino di poter crescere.

I bambini iperattivi sono in realtà dei bambini emotivamente fragili, che si sentono soli e inadeguati ad affrontare la tempesta emotiva che vivono in prima persona. Alcuni autori hanno sottolineato come i sintomi siano spesso basati su altri tipi di difficoltà rendendo quindi necessario porre un'attenzione maggiore su ogni situazione individuale al fine di poter comprendere le cause del comportamento del bambino ⁽¹⁾ .

I genitori spesso si attivano alla ricerca di un aiuto solo quando il figlio diventa problematico, quando cioè il sintomo si protrae nel tempo e il rapporto diventa difficile non solo per i genitori ma anche per i compagni di classe e per gli insegnanti.

Nella nostra esperienza clinica abbiamo riscontrato che un intervento psicoterapeutico breve con la coppia dei genitori e incontri periodici con gli insegnanti hanno portato dei notevoli cambiamenti nel comportamento del bambino anche quando quest'ultimo non aveva intrapreso lui stesso una psicoterapia.

Bibliografia

1.Orford E. (1998) "Wrestling with the whirlwind: an approach to the understanding of ADD/ADHD". J of Child Psychotherapy Vol. 24 N2: 253-266.

Cosa possono fare i genitori?

I genitori si trovano spesso in difficoltà di fronte alla necessità di dare dei limiti al figlio del quale temono le reazioni. Rispetto al problema di gestire l'aggressività e alla difficoltà di dare dei **limiti**, abbiamo osservato che spesso nella vita di questi bambini vi è una maggiore assenza della figura paterna, assenza dovuta al lavoro o come conseguenza della separazione della coppia. Già diversi autori avevano sostenuto che l'attenzione amorevole del **padre** è un fattore curativo importante per i bambini con problemi comportamentali e secondo alcuni l'assenza del padre è infatti, in molti casi, all'origine degli "agiti" - ovvero del comportamento basato sull'azione e privo di pensiero - dei bambini ^(1,2,3,4)

I genitori che si sentono in difficoltà nel rapporto con il figlio e hanno dei dubbi sul modo migliore per affrontare le sue reazioni provocatorie, possono trarre beneficio dal rivolgersi a uno specialista. Inizialmente questa figura può essere il pediatra, il quale, conoscendo il bambino e la sua storia, potrà valutare le preoccupazioni che i genitori riportano. In seguito si può rivolgere a uno dei centri clinici dove è possibile incontrare uno psicoterapeuta dell'età evolutiva che può effettuare una valutazione psicodiagnostica del bambino e dei genitori stessi.

Il processo diagnostico è un momento molto importante che ha bisogno di tempo.

I genitori con l'aiuto dello specialista possono riflettere sui vari meccanismi operanti nella famiglia

e un intervento precoce può evitare che certe modalità comportamentali possano strutturarsi nel bambino e risultare sempre più difficili al cambiamento. Nella maggior parte dei casi i genitori arrivano invece a richiedere una valutazione diagnostica solo dopo un lungo periodo di stress, rabbia e grande stanchezza.

Nel corso dei colloqui con uno psicoterapeuta, i genitori possono mettere a fuoco un'immagine del figlio e della loro relazione con lui più realistica. Questa è un'acquisizione indispensabile per procedere a un approfondimento ulteriore della situazione. E' importante che i genitori possano essere informati in modo chiaro e semplice sulla natura del disturbo e sui diversi tipi di aiuto che possono ricevere.

Attraverso la psicodiagnosi i genitori hanno anche la possibilità di condividere con un esperto le loro emozioni e le loro difficoltà; questa esperienza aumenta in loro la capacità di porsi in ascolto del loro bambino che può così comunicare le sue paure e il disorientamento che lui stesso prova. E' importante che i genitori si sentano sostenuti nel loro ruolo affinché possano uscire dalla ridda di sentimenti e emozioni di cui sono preda. Il sentirsi sostenuti li aiuta a rispondere meglio nelle situazioni difficili e li aiuta a rimanere un punto di riferimento quando il bambino perde il controllo delle proprie emozioni.

La capacità osservativa dei genitori può modificare l'esperienza del bambino e cioè potrà identificarsi con una immagine più positiva che lo può proiettare verso cambiamenti futuri.

Un altro aspetto importante per i genitori è quello del rapporto con la scuola e la necessità di lavorare in stretto contatto con le insegnanti del bambino.

Spesso gli insegnanti sono parte attiva del processo diagnostico e necessitano anche loro di informazioni e guide per un migliore approccio con il bambino.

Bibliografia

1. Breggin P.R. (1994) *The War against Children..* New York: St Martin's Press
2. Breggin P.R. (1997) *Brain Disabling Treatments in Psychiatry..* New York: Springer
3. Streat, H.S. (1997) "Who is father? Where is father? Some facts. Fantasies and Fallacies". *J of Analytic Social Work*, 4(3): 5-22.
4. Widener A. (1998) "Beyond Ritalin: the importance of therapeutic work with parents and children diagnosed ADD/ADHD". *J of Child Psychotherapy* Vol. 24 N 2: p267-28

[Quale ruolo può svolgere la scuola?](#)

La scuola ha un ruolo estremamente importante nella tempestiva individuazione e segnalazione dei problemi emotivi e cognitivi legati alla sindrome della ADHD.

Il processo di apprendimento implica un coinvolgimento diretto di livelli profondi dell'esperienza emotiva, perché inevitabilmente espone il bambino alla frustrazione di confrontarsi col nuovo, con

la capacità di tollerare l'incertezza, con il timore di un fallimento, con il senso di inadeguatezza. Il bambino con una sindrome di ADHD si confronta con una immagine di sé sostanzialmente incapace, che viene continuamente sollecitata di fronte al compito. La loro difficoltà a rispettare le regole rinforza e conferma la percezione di sé come bambini "cattivi", già acquisita in famiglia e negli altri contesti sociali; il loro comportamento provocatorio esaspera le insegnanti e, come già detto sopra, finisce con l'alimentare un circolo vizioso di aggressività in cui il bambino viene continuamente rimproverato, ed anche allontanato dagli stessi compagni. Il rischio, a questo punto, è che il bambino possa diventare in questo modo il portatore di impulsi o istanze conflittuali inespresse sentite dal resto del gruppo e il gruppo a sua volta alimenta l'isolamento del cattivo designato.

Spesso, purtroppo, un analogo circolo vizioso di accuse e di rimproveri si crea tra insegnanti e genitori circa il senso di inadeguatezza a comprendere e ad aiutare il bambino. I sentimenti di rabbia e di impotenza creano un gioco di scissione e proiezione di sentimenti dolorosi gli uni sugli altri, che ostacolano ulteriormente la comprensione del bambino e la possibilità di aiutarlo. Diventano frequenti le recriminazioni per stabilire chi deve dare le regole al bambino. Una tale dispersione educativa e soprattutto di contenimento delle emozioni del bambino accentua in lui una aggressività che, non essendo compresa e contenuta ed adeguatamente limitata, perpetua una dinamica circolare di aggressività-colpa-distruittività che diventa così esponenziale, mentre nel conflitto tra insegnanti e genitori la ricerca del colpevole diventa una difesa per evitare di mettersi in discussione e di riflettere in profondità.

Nel nostro studio abbiamo osservato l'importanza di sensibilizzare gli insegnanti a riconoscere alcuni sintomi comportamentali quali disattenzione, iperattività, impulsività, difficoltà di condotta tipici della ADHD, ma anche ad individuare le implicazioni emotive e relazionali dei disturbi cognitivi e di apprendimento che spesso accompagnano i bambini con questa diagnosi. E' di fondamentale importanza che l'insegnante sviluppi una sensibile ed attenta capacità di osservare il bambino e di riconoscere le difficoltà che egli può incontrare nel corso dell'apprendimento e del suo adattamento nella classe.

Un importante aspetto della formazione dell'insegnante riguarda anche la capacità di osservare e riflettere su ciò che l'insegnante sente nella relazione con il bambino durante l'osservazione del suo comportamento o nell'interazione con lui e utilizzare questi sentimenti come prezioso strumento di comprensione del bambino e del suo mondo relazionale⁽¹⁾.

Fonte: "Valutazione e intervento per i problemi di ADHD (Deficit di attenzione e Disturbo di Iperattività) con insegnanti della scuola primaria, bambini e genitori"

A cura di: Emanuela Quagliata*, Enrica Fondi**, Milly Lombardo**, Cinzia Fabro**, Nicoletta Lana**

* Psicoanalista SPI e Psicoterapeuta didatta [AIPPI](#)

** Psicoterapeuta [AIPPI](#)

Coordinatrice e responsabile del progetto: Emanuela Quagliata

Progetto finanziato dalla Regione Lazio nel 2007

AIPPI - Sede Locale di Roma

Gruppo di studio Età della Latenza

Via Alessandria 130 – 00198 ROMA

Tel.: 06/44240812

E-mail: roma@aippiweb.it