

Il bambino con difficoltà comportamentali

Stefano è un bambino di 10 anni, con un buon quoziente di intelligenza; in classe è distruttivo e sfida costantemente norme e regole. Ha una brutta calligrafia, è molto irrequieto, disordinato, impulsivo, ha scarsa memoria verbale ma buona memoria visiva, parla troppo spesso e a voce eccessivamente alta. È estremamente bravo col computer e ha grande inventiva. In realtà, il comportamento di Stefano è perfettamente normale per una persona ricca di talento e con un temperamento di tipo estroverso e intuitivo. A scuola si annoia a morte. Ha un apprendimento di tipo visivo più che verbale, il che spiegherebbe la sua abilità al computer e la capacità di afferrare concetti complessi attraverso simboli. Essendo estremamente estroverso, per eseguire al meglio attività di apprendimento ha bisogno di muoversi o di essere molto stimolato dall'ambiente: ad esempio, lo aiuta ascoltare la radio mentre studia. D'altra parte, però, se viene iperstimolato diventa nervoso.

È inoltre allergico alla muffa, alla polvere e agli agrumi: quando la reazione allergica è in atto, Stefano diventa più nervoso, chiassoso e impulsivo.

Tommaso è un bambino di 7 anni. Il padre ha problemi di alcolismo, spesso torna a casa ubriaco e più volte ha usato violenza fisica contro la moglie nel corso di qualche litigio. Tommaso è molto violento con i compagni e spesso senza alcun apparente motivo li aggredisce o fa dispetti, danneggiando oggetti di loro proprietà. Un giorno mentre i suoi compagni e le insegnanti erano fuori dall'aula per la ricreazione ha preso un paio di forbici e ha tagliato le tende dell'aula. Un altro giorno ha chiesto di andare in bagno e una volta là ha preso degli stracci dal ripostiglio della bidella, ha tappato lo scarico dei lavandini e ha aperto i rubinetti, provocando un allagamento della

stanza. Ha sempre rifiutato di partecipare alle attività di classe e in seconda elementare non ha ancora imparato a leggere e a scrivere.

Barbara nel suo primo anno di vita aveva spesso coliche. Dormiva poco e urlava in continuazione. Ora che è un po' più grande, la bambina ha frequenti scoppi di collera ed è iperattiva. I suoi modi sono imprevedibili e lamenta spesso mal di testa. Ha anche un'occlusione nasale cronica e borse nere sotto gli occhi. Il problema primario di Barbara è un'allergia al grano, al latte e ai coloranti contenuti negli alimenti. Quando viene tenuta sotto controllo la sua allergia, Barbara diventa una bambina completamente diversa.

Ivan è un bambino di 8 anni che non sa leggere e ignora le regole. In classe è distruttivo e rifiuta di prestare attenzione. Il suo grande amore è lo sport, in cui eccelle. È molto coordinato e atletico. È il classico bambino che scorrazza con lo skateboard ed è affascinato dalle motociclette. Il suo problema più evidente è quello di non riuscire a legare con gli altri bambini: se ha la sensazione che si stiano prendendo gioco di lui, diventa violento, afferra l'oggetto più vicino e colpisce sulla testa i compagni. È stato bocciato in prima elementare perché i suoi insegnanti pensano che non abbia imparato nemmeno le lettere dell'alfabeto. Lui e la madre, invece, sostengono il contrario. Il problema primario è che il bambino soffre di un «disturbo dell'attaccamento»: ha passato i primi 18 mesi della sua vita in un orfanotrofio di un Paese dell'Europa dell'est, dove non gli veniva prestata attenzione in modo adeguato e nessuno gli parlava. Questo disturbo dell'attaccamento è la causa delle sue esplosioni di violenza. Inoltre, il suo temperamento lo porta a essere attratto da vari tipi di attività fisica e a essere tendenzialmente agitato a livello motorio, piuttosto che a stare seduto al suo posto e concentrarsi sulle lezioni. Il padre adottivo, piuttosto introverso, non riesce a gestirlo, sembra che non lo ami e spesso lo umilia in modo quasi sadico. Ivan reagisce con violenza, urlando parolacce.

Filippo è un bambino di 12 anni, molto vivace, con un QI di 120. La madre è piuttosto remissiva e nessuno dei genitori lo ha mai educato adeguatamente al rispetto delle regole. Brontolano, urlano e minacciano, ma non abbinano mai questi atteggiamenti alle conseguenze adeguate. Come risultato, Filippo a scuola costituisce un grave problema. Parla sempre quando non deve, litiga, si rifiuta di fare ciò che gli viene richiesto. Quando non si fa come vuole lui, si arrabbia violentemente. Mente spesso con gli insegnanti, parlando male dei suoi compagni. Non è eccessivamente nervoso, si limita a correre e a giocare con la palla. Non ha problemi motori ed è molto coordinato.

Questi sono alcuni tipici esempi di bambini che in alcuni casi possono costituire l'incubo di qualche insegnante. La caratteristica rilevante di questi alunni è la difficoltà a controllare le proprie reazioni e ad adeguare il proprio comportamento alle richieste dell'ambiente. Sembra che abbiano difficoltà a considerare il punto di vista altrui e pretendono che i loro bisogni personali abbiano la precedenza su quelli degli altri. A volte è presente una certa aggressività e oppositività e

tendono a trasgredire norme sociali e talvolta anche legali. Il loro rendimento scolastico è spesso al di sotto delle loro reali possibilità. Il sistema diagnostico più utilizzato a livello internazionale, il *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994), considera questi problemi vere e proprie patologie psichiche e li include nella categoria disturbi da deficit d'attenzione e da comportamento dirompente. Essi costituiscono quelli che comunemente vengono chiamati disturbi comportamentali. Le manifestazioni più ricorrenti sono tre e di seguito le esamineremo separatamente.

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione con Iperattività

Con l'espressione «Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività» (DDAI) ci si riferisce a un quadro diagnostico in cui compaiano impulsività, iperattività e/ o disattenzione, secondo i criteri riportati dal *DSM-IV*. I criteri diagnostici pur essendo abbastanza oggettivi descrivono comportamenti che possono avere una grande varietà di cause, dai deficit cerebrali alle allergie, fino alla mancanza di determinate abilità.

Ecco sintetizzati i criteri diagnostici del *DSM-IV*:

- A) **DISATTENZIONE.** 6 o più dei seguenti sintomi persistono per almeno qualche mese, con una intensità che provoca disadattamento e contrasta con il livello di sviluppo:
- a) Spesso non riesce a prestare attenzione ai dettagli o commette errori di distrazione nei compiti scolastici.
 - b) Spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco.
 - c) Spesso non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente.
 - d) Spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le incombenze o i doveri.
 - e) Spesso ha difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle altre attività.
 - f) Spesso evita, prova avversione o è riluttante a impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto (come compiti a scuola o a casa).
 - g) Spesso perde oggetti necessari per i compiti o le attività (come giocattoli, quaderni, libri, strumenti, materiale per i compiti).
 - h) È distratto facilmente da stimoli estranei.
 - i) Spesso è sbadato nelle attività quotidiane.
- B) Per la diagnosi di DDAI con iperattività vanno aggiunti alcuni criteri indicanti *Iperattività/Impulsività*. 6 o più dei seguenti sintomi persistono per almeno

qualche mese, con una intensità che provoca disadattamento e contrasta con il livello di sviluppo:

IPERATTIVITÀ

- a) Irrequieto, muove mani e piedi, si dimena sulla sedia.
- b) Spesso lascia il proprio posto in classe o in altre situazioni in cui ci si aspetta che stia seduto.
- c) Spesso scorrazza e salta dovunque in modo eccessivo in situazioni in cui questo comportamento è fuori luogo (negli adolescenti o negli adulti questo corrisponde a sensazioni soggettive di irrequietezza).
- d) Difficoltà a giocare o a dedicarsi a divertimenti in modo tranquillo.
- e) Spesso è sotto pressione o agisce come se avesse un «motore interno».
- f) Spesso parla eccessivamente.

IMPULSIVITÀ

- g) Risponde con impeto alle domande anche quando non sono rivolte a lui o prima ancora che vengano formulate.
- h) Ha spesso difficoltà ad aspettare il proprio turno o a stare in fila.
- i) Spesso interrompe gli altri o è invadente (ad esempio, si intromette).

Attualmente vengono indicati tre principali forme di DDAI (la classificazione del DDAI è in continua evoluzione):

- *DDAI di tipo combinato* (il caso più frequente in cui sono presenti in modo vistoso sia l'iperattività che il deficit attentivo);
- *DDAI con disattenzione prevalente* (in cui la caratteristica dominante è la accentuata difficoltà attentiva);
- *DDAI con iperattività prevalente* (in cui la caratteristica dominante è l'iperattività).

Non si tratta di una condizione che compare da un giorno all'altro. I sintomi, come l'eccessiva frequenza di sogni a occhi aperti o l'iperattività, devono essere presenti dall'età di 7 anni in due o più contesti diversi e non possono essere spiegati da altre condizioni psicologiche come depressione o ansia. Tuttavia, vi sono casi in cui i sintomi del DDAI sono comparsi dopo un trauma cranico.

Non è escluso che il comportamento sia causato da assenza di determinate abilità, da una naturale diversità di temperamento, da allergie o da carenze di acidi grassi. Se una persona soddisfa i criteri, allora si può parlare di DDAI anche se il suo comportamento è dovuto al fatto di avere un quoziente intellettivo superiore alla norma e di essere confinato in una scuola mediocre. Il comportamento non deve però essere imputabile a un'altra condizione psicologica come la depressione o l'ansia.

Cenni storici

Il DDAI fu identificato e studiato per la prima volta agli inizi del 1900, anche se non era ancora chiamato così.

Dopo la Prima Guerra Mondiale, i ricercatori notarono che i bambini che avevano contratto l'encefalite mostravano un'alta incidenza di iperattività, impulsività e disturbi della condotta.

Negli anni Quaranta, alcuni militari che avevano subito danni al cervello furono trovati affetti da disturbi comportamentali. Sembrava abbastanza probabile che alcuni tipi di lesione cerebrale causassero iperattività. Altre forme di danni cerebrali furono identificate come cause di iperattività; ad esempio, l'esposizione al piombo e ad altre tossine dell'ambiente, come pure l'intossicazione fetale da droghe o alcool.

Dopo che in alcuni pazienti il danno cerebrale accertato venne considerato causa di iperattività, i ricercatori supposero che quest'ultima fosse *sempre* causata da danni cerebrali, anche quando di essi non v'era traccia. Questo spiega perché un tempo il DDAI fosse chiamato «disfunzione cerebrale minima».

È proprio a causa di questa associazione fra danni cerebrali e iperattività che le caratteristiche del DDAI sono tuttora ritenute da molti conseguenza di un disturbo organico del Sistema Nervoso.

I ricercatori fecero un enorme salto logico: poiché il danno cerebrale *può* portare a iperattività, essi pensarono che *tutti i casi di iperattività* fossero causati da danni cerebrali. Ora sappiamo che questo non è vero. Infatti l'iperattività è anche associata alla carenza di abilità, ma ovviamente non possiamo dire che tutti i bambini iperattivi siano carenti in determinate abilità. Né possiamo dire che tutti i bambini iperattivi abbiano subito danni cerebrali.

Studi più recenti hanno dimostrato che in numerosi casi il DDAI ha componenti genetiche. Ossia, è ricorrente nelle famiglie. Questo ha portato alcuni ricercatori che si occupano di DDAI, in particolare Barkley (1990), a ritenere che la popolazione stia sperimentando su larga scala mutazioni genetiche randomizzate. Tale ipotesi è però decisamente rifiutata dai genetisti, i quali fanno notare che nelle mutazioni genetiche randomizzate il gene viene attivamente selezionato per qualche suo vantaggio. Ad esempio, si è rilevato che il gene responsabile dell'anemia aiuta i portatori a resistere contro la malaria.

Negli anni Novanta un numero sempre maggiore di esperti ha iniziato a considerare il DDAI non tanto come disturbo, quanto piuttosto come condizione naturale che, oltre ad alcuni svantaggi in situazioni quotidiane, conferisce al soggetto anche molte caratteristiche positive; ad esempio, la creatività, l'entusiasmo e le attitudini imprenditoriali. Questa tendenza probabilmente è in parte dovuta al fatto

che il dominio di interesse riconducibile al DDAI è in espansione. Fino a pochi decenni fa venivano classificati come «affetti da disturbo» solo i pochi bambini che presentavano una grave compromissione dell'adattamento dovuta a iperattività. È probabile che questi bambini soffrissero effettivamente di danni o lesioni cerebrali.

Oggi i criteri diagnostici sono così estesi che milioni di bambini negli Stati Uniti e in Europa sono etichettati come portatori di DDAI. Oggi un bambino che non presti molta attenzione a scuola o che abbia qualche difficoltà nel finire i compiti, è facilmente bersaglio di un'etichettatura diagnostica.

Alcune domande frequenti sul DDAI

Quanto è diffuso il DDAI?

Solitamente si considera che il 3-5% della popolazione presenti DDAI. La cifra reale è sconosciuta e le stime variano tra l'1 e il 10% (o anche oltre). La gamma è notevolmente ampia perché i criteri diagnostici possono essere applicati in modo soggettivo: riguardo al comportamento di un bambino, ciò che qualcuno considera «un impedimento clinicamente significativo» per un'altra persona potrebbe essere abbastanza normale. Ad esempio, in un'indagine inglese, si riscontrarono i criteri diagnostici del DDAI solo nello 0,09 % dei bambini. Invece, in uno studio israeliano, il 28% dei bambini fu classificato come iperattivo dagli insegnanti. In uno studio effettuato negli Stati Uniti, gli insegnanti classificarono il 50% dei bambini di sesso maschile come irrequieti, il 43% «con span di attenzione breve» e il 43% come «disattenti quando si parla loro».

Le diagnosi possono variare considerevolmente anche all'interno dello stesso Paese. Gretchen Lefever, psicologa infantile, iniziò a interessarsi di DDAI quando le arrivarono numerosissimi invii di questo tipo (Tysom, 1991). Effettuò uno studio su 30.000 alunni delle scuole elementari di due distretti scolastici della Virginia, negli Stati Uniti. I risultati, pubblicati nell'«American Journal of Public Health», indicarono che al 17% dei bambini bianchi di sesso maschile durante l'orario scolastico veniva somministrato un farmaco per il DDAI. Lo stesso accadeva al 9% dei bambini neri di sesso maschile, al 7% delle bambine bianche, e al 3% delle bambine di colore.

In che modo si può diagnosticare il DDAI?

Il DDAI dovrebbe essere diagnosticato da uno psicologo o da uno psichiatra esperto sia di questa condizione, sia del deficit di determinate abilità.

Gli adulti, specialmente quelli che presentano forme di DDAI senza iperattività, possono avere difficoltà a trovare un terapeuta esperto di DDAI, dato che

fino a pochi anni fa era considerata una condizione riguardante esclusivamente i bambini. Alle donne affette da DDAI viene spesso diagnosticata una depressione e vengono prescritti farmaci antidepressivi, che ovviamente non hanno l'effetto desiderato.

Una buona valutazione solitamente necessita di molte ore e dovrebbe includere test per misurare il livello intellettuale, il funzionamento cognitivo e la creatività.

Equivoci frequenti relativi al DDAI

1. Molte persone ritengono che chi presenta DDAI non riesca mai a prestare attenzione. Questa convinzione non è del tutto fondata. Infatti, chi presenta DDAI è capace di «iperfocalizzarsi» su qualunque cosa catturi la propria attenzione. Tuttavia, è necessario che vi sia un alto livello di interesse prima che la persona con DDAI possa prestare attenzione a qualcosa. Le persone con DDAI sognano a occhi aperti e si distraggono, ma non lo fanno né volutamente né per cattiva educazione. Si potrebbe supporre, utilizzando una metafora, che il cervello abbia un interruttore e che sia necessario l'interesse per attivarlo o «accenderlo». Una volta attivato il cervello, la persona con DDAI può prestare attenzione. Se non c'è interesse, il cervello sarà «spento» e la persona probabilmente farà qualcosa per tentare di accenderlo. Ad esempio, andrà in cerca di emozioni, sognerà a occhi aperti o si immergerà in qualcosa che considera molto interessante; potrebbe anche manifestarsi un comportamento distruttivo. Si tratta forse di un meccanismo attraverso cui la natura assicura che qualcuno sia sempre alla ricerca di qualcosa di nuovo e di interessante (potrebbero essere così i grandi esploratori e gli inventori). Sembra che alcuni farmaci stimolanti funzionino eccitando artificialmente il cervello e permettendo così alla persona con DDAI di tollerare le situazioni che altrimenti troverebbe troppo noiose per funzionare bene (ad esempio, la scuola).
2. Qualcuno può presentare DDAI e non essere iperattivo. Alcune persone con DDAI, specialmente di sesso femminile, sono tranquille sognatrici a occhi aperti.
3. Il comportamento oppositivo è spesso confuso con il DDAI. Il DDAI di per sé non causa direttamente un comportamento oppositivo. Può tuttavia sfociare indirettamente in paura o in comportamento oppositivo se il soggetto è costantemente maltrattato. Ad esempio, può capitare quando genitori o insegnanti accusano frequentemente il bambino di non comportarsi bene come i suoi compagni. Questi bambini possono rinunciare al desiderio di piacere ai genitori e, al contrario, comportarsi male a causa della frustrazione e della paura.

In alcuni casi, i bambini con DDAI sono descritti dai genitori più comprensivi come pieni di entusiasmo e affettuosi.

Alcuni bambini presentano reazioni specifiche a determinati cibi, che li rendono temporaneamente ostili e iperattivi.

4. Non si può dedurre se una persona abbia o no DDAI basandosi sulle sue reazioni agli stimolanti. Molti — e non solo chi presenta DDAI — si sentono meglio e realizzano prestazioni migliori quando assumono stimolanti.

In che modo si differenzia il cervello delle persone con DDAI?

Sebbene non vi sia ancora una risposta definitiva a questa domanda, alcune differenze reali sono state documentate dai ricercatori. In generale, le persone con DDAI sembrano avere minore attività in certe parti del cervello, mentre viene richiesto loro di eseguire noiosi esercizi di matematica o di risolvere problemi stupidi. Chissà, del resto, cosa si potrebbe osservare nel loro cervello mentre sono impegnate in qualcosa che trovano interessante... Eppure non risulta che questo tipo di indagine sia mai stato effettuato.

Anche il neurotrasmettitore dopamina è coinvolto nell'attività cerebrale che differenzia una persona con DDAI. La dopamina è il responsabile chimico della capacità di concentrazione, come pure delle emozioni positive e dei sentimenti di felicità. Quasi tutte le sostanze che alterano l'umore agiscono sulla dopamina, inclusi alcool, sigarette, caffeina, eroina e cocaina, così come i farmaci stimolanti prescritti ai soggetti con DDAI. L'attività della dopamina aumenta automaticamente in risposta a una stimolazione mentale o fisica e questo spiega perché le persone con DDAI riescano a concentrarsi molto meglio dopo aver fatto esercizio fisico o in situazioni di emergenza. Infatti si dice che tra le persone coinvolte in servizi di emergenza o tra i campioni sportivi, molti presentino DDAI (ad esempio, tra i pompieri o tra i motociclisti).

È molto probabile che alcune persone nascano con ridotta attività dopaminica. Le persone nate con deficit di dopamina possono inconsapevolmente passare molto del loro tempo cercando i sistemi per incrementare nel Sistema Nervoso i livelli di tale sostanza, con sistemi sia positivi (tendendo a essere molto attivi, inventivi o competitivi) sia negativi (preferendo passatempi spericolati, partecipando a giochi d'azzardo o assumendo droghe).

Un'altra ipotesi è che gli stili di vita influiscano sull'attività dopaminica. Ad esempio, i bambini che passano molto tempo davanti alla TV o ai videogiochi raggiungono livelli di stimolazione cerebrale talmente elevati che il Sistema Nervoso potrebbe adattarsi fisicamente, trasformando l'alta stimolazione in una condizione necessaria.