



L'ADOLESCENTE ADHD

A cura di Eleonora Maj, Ester Barozzi e Viviana Pandolfi

L'ADHD non è un disturbo che caratterizza solamente l'età evolutiva, bensì si tratta di una patologia cronica che continua ad affliggere ben oltre la metà di coloro che ne sono affetti da bambini, sia nella fase adolescenziale, sia nella vita adulta.

Gli adolescenti con ADHD mostrano un desiderio di libertà particolarmente intenso, vogliono sempre decidere da soli cosa fare e dove andare, mentre i genitori dal canto loro vorrebbero proteggerli e tenerli stretti a sé. Queste dinamiche conducono inevitabilmente a risposte esagerate e a reazioni estreme “giustificate” dal fatto che questi adolescenti vivono e subiscono una pubertà che si contraddistingue per un'intensa labilità emotiva: essi spesso non capiscono più né se stessi né il mondo che li circonda. L'adolescente ADHD reagisce aggressivamente o deprimendosi, dà subito sfogo al suo malumore indipendentemente da dove si trova. Egli non possiede la capacità di valutare in modo riflessivo, tramite un'analisi sufficientemente approfondita dei pensieri, salta repentinamente da un argomento all'altro e reagisce spontaneamente con una risposta oppositiva, con un'argomentazione contraria, mentre in realtà non riesce mai ad accettare o a ricordare tutto quello che non gli sembra logico o convincente.

L'ambiente e una buona predisposizione rivestono grande importanza per poter compensare col tempo l'ADHD, anche se prima o poi, alla fine dell'adolescenza o all'inizio dell'età adulta, il problema tornerà ad essere evidente: ne seguirà infatti una decompensazione, o perché non si raggiungono le aspettative nei propri confronti, solitamente molto alte, o perché si registrano in maniera sempre più consapevole gli effetti dello scarso autocontrollo.

Il ragazzo sembra essere impaziente, con solamente difficoltà a stare ad ascoltare una persona così lenta nei suoi ragionamenti e che non è in grado di saltare velocemente da un'idea all'altra. Le altre persone però sembrano non riconoscere questa sua impazienza e la questione diventa particolarmente problematica quando, in presenza di una corretta elaborazione delle informazioni, l'adolescente è del tutto consapevole di come ci si deve comportare nel contesto sociale, riconosce perfettamente negli altri ciò che è giusto o sbagliato e si rivela bravo nel dare consigli, ma non è in grado purtroppo di applicare tutto ciò a se stesso. Chi è affetto da ADHD è il primo a soffrire dei suoi sentimenti estremi e delle reazioni che provoca negli altri: viene preso da forti emozioni, vive un travaglio di sentimenti, si sente solo e senza alcun aiuto, come se nessuno fosse veramente in grado di capirlo.

L'adolescente con ADHD continua sempre a vedere tutto solo dalla sua prospettiva. Se lo si osserva nel suo modo di percepire il mondo e di reagire ad esso, egli sembra sempre convinto, al pari di un bambino piccolo, di potersi comportare in modo spontaneo e del tutto naturale così come fanno quelle persone che vivono intorno a lui e che appaiono interessanti ai suoi occhi. Per nessun motivo pensa che il suo modo di fare potrebbe non essere adeguato alla situazione.

Altra caratteristica del suo atteggiamento è l'importanza attribuita all'esteriorità (“tutti mi guardano perché ho un aspetto così orribile”...), accompagnata da un'abitudine a sottovalutarsi totalmente (“tutti ottengono sempre quello che vogliono, io invece mai”...). L'adolescente ADHD ha costantemente la percezione che tutti guardino solamente lui e i suoi difetti, dal foruncolo sul naso all'azione sconsiderata, “sempre me...”, e contemporaneamente mostra la convinzione di essere unico e di vedere il mondo nel modo più giusto. E' saccente ed è completamente convinto di se stesso: crede che a tutti debba interessare ciò che interessa a lui ed è convinto di dover rendere il mondo migliore. Attraverso questo tipo di percezione prova a sviluppare idee proprie, fa

affermazioni perentorie come “non fumerò mai!”. Allo stesso tempo esiste, però, una tendenza estrema ad attribuire importanza all’esteriorità (“tutti mi guardano perché ho un aspetto così orribile”...) accompagnata da un’abitudine a sottovalutarsi totalmente (“tutti ottengono sempre quello che vogliono, io invece mai”...) e da una tendenza a comportamenti eccessivi di etero-lesionismo o auto-lesionismo.

Si sente osservato e criticato intensamente, nella piena convinzione di poter in realtà già decidere completamente tutte le sue azioni e di sapere meglio di chiunque altro ciò che è giusto per lui. Contemporaneamente è sempre più consapevole del fatto di essere profondamente diverso dai suoi coetanei. Data la crescente insicurezza interiore, sarà disposto ad aggregarsi a ragazzi che avverte simili a lui – simili “esseri stravaganti”. Magari poi sperimenteranno insieme l’uso di alcool e droghe e, sempre con la consapevolezza di essere totalmente diverso dagli altri, andrà alla ricerca del rischio estremo.

Gli adolescenti e i giovani adulti con ADHD hanno un enorme bisogno di avere dei punti di riferimento in qualcuno e così li cercano in persone con cui stabiliscono un rapporto stretto, ma turbolento. Hanno una concezione molto particolare di fedeltà e provano una gelosia morbosa tendente all’ipercontrollo; se delusi soffrono in modo estremo, spesso fino a giungere al desiderio di suicidarsi, che la maggior parte delle volte rimane tale dato il loro forte attaccamento alla vita. I maggiormente esposti a questo pericolo sono i “sognatori” che possono cadere in profonde depressioni e, allo stesso tempo, possono anche aggregarsi a gruppi di estremisti che ricercano forti emozioni attraverso attività rischiose.

In questi casi solo persone esterne all’ambiente familiare che offrono il loro sostegno e la loro amicizia sono in grado di aiutare concretamente questi giovani.

Disattenzione, Iperattività, Impulsività

Gli adolescenti ADHD possono manifestare **difficoltà attentive** in una o più delle seguenti aree:

Selezionare e focalizzarsi su stimoli rilevanti nell’ambiente. Gli adolescenti che trovano difficoltà a selezionare e focalizzarsi su stimoli rilevanti procrastinano nei compiti e nei lavori noiosi. Vanno nelle loro stanze, forse con le migliori intenzioni di fare i loro compiti quotidiani, ma invece sognano a occhi aperti, giocherellano con le cose che trovano sulla scrivania, guardano fuori dalla finestra, e fanno di tutto tranne che il loro dovere. Socializzano talmente tanto in classe che non iniziano mai un lavoro individuale in modo indipendente. Studiano all’ultimo minuto per i compiti in classe, magari la notte prima. Dicono “Sì, subito!” quando le madri chiedono loro di portar fuori la spazzatura o di alzarsi dal letto; in pochi minuti hanno completamente dimenticato la richiesta e sono impegnati con la televisione, video-giochi o al telefono. Possono sembrare indecisi di fronte alla scelta di cosa comprare in un negozio o a quale gioco giocare per primo; succede proprio così quando sono sopraffatti da un gran numero di stimoli e non possono focalizzare la loro attenzione o fare una scelta. Non essendo in grado di scegliere cosa fare per prima, essi sono emotivamente sovraccaricati e alla fine non riescono a portare a termine nulla. Alcuni possono avere un funzionamento cognitivo lento, pigro, e possono perfino sembrare anche ipoattivi. Comunque, non hanno difficoltà con tutti i compiti ma solo con quelli che richiedono sforzi mentali prolungati nel tempo, non interessanti dal loro punto di vista e/o richiedono di fronteggiare un complesso ordine di stimoli ambientali.

Mantenere la concentrazione e resistere alla distrazione. Il mantenimento della concentrazione è stato considerato il problema principale dell’ADHD, con la distraibilità come sottoprodotto. Quando inizia un compito in classe o un compito noioso, i ragazzi con questa sindrome a metà strada deviano su qualcosa d’altro lasciando il compito iniziale incompleto o completandolo più tardi in modo non adeguato. La scarsa capacità di mantenere l’attenzione sostenuta può facilmente portare alla distrazione: gli stimoli visivi, uditivi e cinestetici competono per raggiungere l’attenzione dell’adolescente; un ragazzo ADHD può affermare di non riuscire a sintonizzarsi con

rumori, visioni, pensieri, fantasie o sensazioni. Così, ci vogliono 3 ore per fare un compito di 10 minuti o un esame di un'ora a causa delle frequenti sviste della concentrazione o spostamenti temporanei su altre attività che momentaneamente catturano l'attenzione del ragazzo. Ciò costringe il giovane a leggere e rileggere lo stesso paragrafo. Più un generale, l'adolescente può intraprendere un gran numero di hobbies o attività creative ma abbandonarli dopo breve tempo.

Difficoltà a mantenere lo sforzo attentivo in coerenza con il compito. Questa difficoltà è intrinsecamente associata all'incapacità di mantenere la concentrazione. Tale deficit può essere sintetizzato in due parole spesso pronunciate da un adolescente con ADHD: "Che noia!". Questi ragazzi infatti si annoiano facilmente con attività ripetitive o poco stimolanti, specialmente compiti a casa, lavori noiosi, hobbies e perfino con i compagni, con lo sport o le loro vicissitudini in generale. Spesso vanno alla ricerca di esperienze nuove ed eccitanti per mantenere vivo il loro interesse; questa frenetica ricerca può spingerli verso attività innocenti come l'andare con i roller blade, danzare, giocare con la play-station, o fare gare in bici, oppure a comportamenti più rischiosi come esperimenti con alcool e droghe, promiscuità sessuale, taccheggio o violenza. I ragazzi con l'ADHD non sono in grado di eseguire compiti che richiedono uno sforzo cognitivo prolungato nel tempo. Quando è richiesto tale sforzo cercano di sviare, minimizzando i dettagli e dando risposte incomplete. Se costretti a mantenere l'attenzione per lungo tempo, lamentano spesso una certa fatica a livello mentale.

Organizzazione, dimenticanza, recupero delle informazioni apprese. La difficoltà in queste aree fa sì che l'adolescente con ADHD arrivi in classe impreparato o senza il materiale scolastico necessario, rimandi i compiti o non li esegua del tutto, sbagli nell'annotare sul diario i lavori assegnati, tenga la propria stanza in pessime condizioni e non gestisca adeguatamente compiti a lungo termine. Nel corso di un esame potrebbe dimenticare completamente tutto ciò che ha studiato la notte precedente. I ragazzi ADHD non gestiscono correttamente il tempo e sono incapaci di programmare le priorità. Essi hanno una percezione distorta di quanto tempo sia passato, o di quanto tempo necessiti l'esecuzione di un compito e sono cronicamente in ritardo.

Difficoltà di passaggio da un'attività all'altra, a causa dell'eccessiva focalizzazione su un solo dettaglio della situazione, escludendo tutti gli altri aspetti rilevanti, o rigidità (per esempio trascorrere tutto il tempo sui compiti di matematica e ignorare italiano o storia, oppure rifiutarsi di smettere di guardare la televisione o di giocare con la play-station quando è ora di andare a letto).

L'adolescenza è caratterizzata da alti livelli di **impulsività** e cioè da una bassa capacità di controllo degli impulsi e da difficoltà ad attivare risposte inibitorie; gli adolescenti con ADHD mostrano molta più impulsività rispetto agli altri ragazzi.

Da un punto di vista comportamentale, un ragazzo con questa sindrome vuole avere le cose immediatamente, non sa aspettare e diventa persino caparcioso. Fa qualsiasi cosa gli venga in mente, sceglie il piacere immediato anziché una soddisfazione futura e non riflette sulle conseguenze delle sue azioni prima di agire. Per questi ragazzi è estremamente difficile adeguare il comportamento alle regole esterne.

Da un punto di vista cognitivo, gli adolescenti ADHD sono precipitosi nell'esecuzione dei compiti scolastici e ciò li porta a tralasciare dettagli importanti, a commettere errori di distrazione e a trascurare la grafia. Essi non sono in grado di rallentare la loro impulsività cognitiva.

Infine, da un punto di vista emozionale, questi ragazzi sono frustrati, agitati, di malumore e/o sovraeccitati, in collera, possono avere scoppi improvvisi di rabbia o violenza accompagnati da risposte aggressive fisiche e verbali, sia verso gli altri che verso se stessi (comportamenti suicidari).

In adolescenza l'**iperattività** tipica dei bambini piccoli spesso diminuisce o si trasforma, prendendo differenti direzioni o evolvendosi in percezioni soggettive di inquietezza e agitazione. Ciononostante ad un'osservazione esterna l'adolescente ADHD non appare necessariamente

inquieto e generalmente è una sensazione che prova nel suo intimo: si sente recluso quando costretto a stare in classe per tante ore o quando deve stare seduto ad una scrivania a studiare per tanto tempo.

La logorrea (soprattutto nelle ragazze) e l'importunare con richieste insistenti sono due manifestazioni aggiuntive dell'iperattività.

I ragazzi che riescono a convogliare i loro elevati livelli di energia in molteplici attività sono attivi giorno e notte, annoiando familiari e amici, possono avere bisogno di sole 4/5 ore di sonno e devono costantemente avere qualcosa da fare, altrimenti sentono di stare per impazzire.

Fattori di rischio e di miglioramento

La maggior parte delle prime segnalazioni avviene tra gli 8 – 10 anni ed è durante la preadolescenza che il quadro inizia a modificarsi in base ai fattori di miglioramento o di aggravamento. Tra i fattori di aggravamento rientrano:

- Presenza di familiari con lo stesso disturbo; in circa la metà dei casi di bambini affetti da ADHD anche i genitori lamentano problematiche di iperattività o veri e propri problemi di autoregolazione (per esempio sul lavoro). E' quindi ravvisabile da un lato l'influenza della componente genetica sottoforma di trasmissione dei caratteri, e dall'altro una componente ambientale legata all'ambiente di crescita (appunto per questo diviene necessario coinvolgere direttamente i genitori nel trattamento della sindrome);
- Compresenza di altri disturbi;
- Basso livello cognitivo (Q.I. 80-85);
- Relazioni familiari disorganizzate;
- Mancata accettazione del problema da parte di genitori e insegnanti.

Rappresentano, invece, fattori di miglioramento:

- Buon funzionamento cognitivo;
- Assenza di altri disturbi;
- Comprensione del problema da parte di insegnanti e genitori;
- Accettazione delle caratteristiche del bambino;
- Presenza di poche regole comprese, condivise e non arbitrarie;
- Atteggiamento riflessivo di chi circonda il bambino;
- Insegnamento del saper attendere;
- Valorizzazione dell'accuratezza, non della velocità;
- Supporto di un consulente.

PROBLEMI ASSOCIATI

Nell'infanzia l'ADHD può essere associata ad una serie di problematiche, incluse difficoltà scolastiche, comportamentali, familiari, emotive, sociali e di sviluppo, che sono presenti in misura maggiore nei bambini con ADHD ma che, tuttavia, non rientrano nei sintomi diagnostici di tale sindrome. Questi problemi spesso aumentano esponenzialmente con l'esordio dell'adolescenza, quando le aspettative sulle performance si fanno più alte. In alcuni casi queste problematiche sono talmente gravi da entrare in comorbidità fino a delineare una sindrome psichiatrica, mentre in altri casi, sono comunque problemi significativi ma che non convergono in una categoria diagnostica.

A Scuola

I problemi di apprendimento e le mediocri performance scolastiche sono probabilmente le difficoltà più comunemente associate all'esperienza di un adolescente ADHD. Le aspettative e il carico di

lavoro aumentano drasticamente con l'entrata nella scuola media e superiore, gli studenti hanno un numero maggiore di insegnanti e ci si aspetta che siano più autonomi, che gestiscano più materie e più compiti a casa rispetto alla scuola elementare.

La difficoltà più grande per un ragazzo/a con ADHD consiste nel finire i compiti e consegnarli in tempo a causa non solo di un sovraccarico cognitivo delle abilità organizzative ed esecutive, ma anche per i frequenti disturbi specifici dell'apprendimento, nella lettura, nella matematica, nell'espressione scritta o in altre aree. Alcune difficoltà sono più incisive nella scuola secondaria rispetto a quella primaria, in quanto ci si aspetta che gli studenti delle superiori esprimano i loro pensieri in forma scritta, cosa invece non richiesta a scolari delle elementari. Gli adolescenti ADHD con problemi nell'espressione scritta possono incontrare per la prima volta delle difficoltà alle superiori con i saggi o con gli esami finali, mentre in altri casi vi sono insuccessi scolastici più precoci a causa di deficit di memoria, di organizzazione o semplicemente della capacità di prestare attenzione in classe.

Gli studenti con ADHD e con quoziente intellettivo sopra la media possono spesso superare le elementari senza troppo sforzo; tuttavia, non possono sperare di essere altrettanto brillanti alle superiori o all'università che richiedono molte ore di studio e la massima concentrazione. Questa situazione tipo dimostra perché spesso le diagnosi di ADHD giungono solo nell'adolescenza o nella prima età adulta.

La Condotta

I problemi comportamentali uniti a quelli scolastici rappresentano le principali difficoltà associate negli adolescenti ADHD. Erroneamente molte persone pensano che i comportamenti aggressivi e/o oppositivi siano sintomi diagnostici dell'ADHD. Simili problematiche nella condotta prendono frequentemente la forma di noncompliance nei confronti delle richieste dei genitori, ostinazione, testardaggine, atteggiamento polemico e replicativo, ribellione, facile irritazione e provocazione. Spesso gli adolescenti mettono in atto tali strategie comportamentali al fine di aggirare completamente attività che richiedono notevole sforzo e concentrazione come i compiti a casa o faccende domestiche. Irritare gli altri facendogli facilmente perdere la pazienza è l'espressione dell'iperattività adolescenziale. Dal momento che comportamenti di ribellione sono all'ordine del giorno per tutti i ragazzi che vivono questa delicata fase di crescita, è difficile per i genitori stessi distinguere se si tratta di comportamenti "naturali" o caratteristiche associate dell'ADHD, nel qual caso si fa diagnosi di Disturbo Oppositivo Provocatorio (ODD) come disturbo in comorbidità con l'ADHD.

Una piccola parte di adolescenti con ADHD presenta problemi di condotta più seri, inclusi il mentire, rubare, marinare la scuola e aggressioni fisiche; questi ragazzi spesso ricevono diagnosi di Disturbo della Condotta (CD).

Conflitti Familiari

I problemi scolastici e comportamentali portano inevitabilmente a scontri all'interno del nucleo familiare. Le famiglie di adolescenti normodotati vivono momenti di maggiore conflitto all'inizio della pubertà, ma questa delicata fase è in genere molto più intensa per le famiglie con un figlio ADHD. I conflitti sono caratterizzati da comunicazione problematica (accuse reciproche, auto difesa, brusche interruzioni, evitamento del contatto visivo, mancanza di ascolto, paternali, etc...) e da inadeguati comportamenti di risoluzione dei conflitti (prese di posizione arbitrarie, fallimento delle negoziazioni). I genitori qualche volta perdono il controllo sui propri figli, che a loro volta spesso se ne approfittano per evitare sforzi e responsabilità e raggiungere così il loro scopo.

Emozioni

Negli adolescenti ADHD i normali disturbi emotivi comprendono depressione, ansia, e bassa stima di sé. Il sommarsi di esperienze di vita fallimentari, che spesso iniziano da piccoli e si protraggono nell'adolescenza, si ripercuotono sul giovane e inducono periodi di depressione in molti ragazzi, soprattutto per quegli adolescenti che sono stati diagnosticati per la prima volta solo alla fine dell'adolescenza. Essi non sanno dare una spiegazione ai loro guai e sono spesso accusati di essere stupidi, pigri e poco motivati e la malinconia e la bassa autostima diventano inevitabili.

Molti adolescenti con ADHD non sono individui particolarmente ansiosi nonostante gli adulti notino spesso elevati livelli di ansia nei ragazzi ADHD; ad un esame più approfondito, si evidenzia che non è vera e propria ansia bensì una forma di nervosismo, risultato di stanchezza e iperattività. Ciò non toglie comunque la possibilità di incontrare adolescenti ansiosi, soprattutto dal punto di vista delle loro performance.

Relazioni Intense e Problematiche

L'adolescente ADHD, nonostante la sua costante ricerca di totale autonomia e indipendenza, tende a rendersi dipendente nei confronti di quelle persone che costituiscono il suo modello. Se prova simpatia per un'altra persona e se ne innamora, percepisce anche questo stato in modo estremo: desidera una fusione assoluta di corpo e anima con la persona amata e tende ad eccessi di gelosia verso il partner. Inoltre, la carente capacità di immedesimarsi nell'altro e di mettere talvolta le sue esigenze davanti alle proprie crea grandi problemi all'interno della relazione.

Le persone che diventano per lui un punto di riferimento, rappresentano un metro di giudizio per capire se il suo comportamento è giusto o sbagliato e, all'occorrenza, sono in grado di frenarlo. Contemporaneamente, però, nasce la paura di perderle poiché l'adolescente registra ogni volta come proprio queste persone amate siano tristi o disperate a causa del suo modo di agire decisamente irritante e, parlando con loro in seguito ad una situazione difficile, spesso si scusa afflitto.

Se le esperienze di paura di perdita delle persone amate si sommano, soprattutto nel periodo critico tra i 13 e i 18 anni, e se non c'è nessuno che con empatia e affetto assuma la funzione di un "coach", l'adolescente ADHD o cerca di farsi accettare ad ogni costo, altrimenti giunge all'estrema conclusione che non gliene importa nulla (più spesso nei maschi).

Fin quando il giovane ADHD non è in grado di riconoscere nel comportamento degli altri la sua parte di responsabilità non sarà capace di costruire relazioni alla pari: ogni volta, dal suo punto di vista, viene deluso e rifiutato e più passa il tempo e più esperienze infelici vive, tanto più forte diventa la sua paura, fino ad arrivare ad una chiusura su se stesso.

Malesseri Fisici e Psicosomatici

In una società ricca di stimoli come la nostra, gli adolescenti con ADHD sviluppano tendenze alla somatizzazione che vengono descritte sempre in modo esagerato, per esempio un fortissimo mal di testa oppure continui disturbi di digestione, giramenti di testa e altro. Frequentemente ne conseguono molteplici consultazioni mediche, in cui però la sintomatologia può cambiare repentinamente, quando si prevede per esempio un intervento poco simpatico come una gastroscopia. In questi casi il medico è molto irritato perché quel mal di pancia è sparito, lasciando il posto ad un penetrante mal di testa.

A intervalli più o meno regolari, l'adolescente ADHD cade in una fase di esaurimento nella quale realmente non riesce più a gestire il quotidiano e ha bisogno di ritirarsi in se stesso per almeno una giornata intera, trascorrendo per esempio un giorno a letto o sul divano. In alcuni casi ciò si associa ad un attacco di emicrania, un'infezione oppure un improvviso attacco di diarrea ed il fatto è che le "batterie" sembrano scariche altro non è che l'effetto di una vita condotta sempre all'estremo.

Non dovrebbe esistere però la possibilità di chiudersi in se stessi troppo a lungo, altrimenti si corre il pericolo che da questa sensazione si impari ad evitare situazioni difficili.

Abuso di Sostanze

Nella sua lotta quotidiana con l'ambiente circostante, a casa o a scuola, l'adolescente ricorre volentieri agli spinelli, perché si rende conto di infastidire meno col suo modo di fare. Data la curiosità, prova spesso a mescolare le varie droghe poiché, a causa della sua totale disponibilità nei confronti degli esterni e allo scarso controllo degli impulsi, è facilmente influenzabile e si lascia coinvolgere; allora vuol fare come gli altri e, dato che tende ad avere comportamenti eccessivi, è quasi sempre il primo ad essere "beccato". L'adolescente ADHD non gradisce che gli si metta a disposizione anche in maniera discreta del materiale che possa spiegargli i pericoli dell'abuso di sostanze, tanto meno desidera ricevere consigli di lettura sull'argomento del "nesso sicuro". Anzi, ciò provoca piuttosto resistenza e rifiuto.

Disturbi dell'Alimentazione

Il grande problema della ragazza con ADHD è rappresentato dai disturbi dell'alimentazione. In seguito alla serie di insuccessi, ella arriva facilmente alla conclusione che il fatto che venga respinta da tutti possa essere collegato anche con il suo aspetto esteriore. Da qui segue facilmente l'idea di poter avere maggior successo tramite la perdita di peso.

Per gli adolescenti con ADHD l'idea in sé di diventare adulti assume spesso una connotazione negativa ed un disturbo dell'alimentazione può conferir loro la sensazione grandiosa di esser in grado di "controllare" per lo meno una situazione.

NON solo aspetti negativi...

Molto spesso le qualità positive, intrecciate inseparabilmente con le caratteristiche dell'ADHD passano in secondo piano. Un adolescente ADHD non è solo mancanza di autoregolazione e relazioni problematiche, bensì è anche creatività, fantasia, disponibilità partecipe, capacità di far nascere una cosa dal niente nel momento del bisogno. Stimolando queste qualità lo si potrebbe aiutare a giungere a una migliore percezione di sé.

Molti ragazzi hanno uno spiccato talento teatrale, sono bravi moderatori o bravi deejay; molti mostrano un amore particolare per colori, profumi, suoni o luci e intraprendono attività artistiche in questa direzione. Muniti di una spontanea empatia ed estremamente affidabili in situazioni critiche, questi giovani fungono spesso da assistenti, pacieri e consulenti insostituibili, dimostrando così un'elevata competenza sociale, alcuni sviluppano persino una sorta di "sindrome assistenziale" e ne fanno poi la loro professione. Quando stimolati da una grande motivazione rivelano un'enorme capacità di mettere in moto e realizzare progetti sbalorditivi.

Spesso gli adolescenti con ADHD sono affidabili, eloquenti e hanno una buona dialettica che permette loro di essere per esempio dei bravi venditori. Quando si impegnano a favore di altri sono generalmente molto più bravi ed hanno notevolmente più successo che non nell'organizzare la propria vita.

TRATTAMENTO

L'ADHD è considerato un disordine che dura per l'intero arco dell'esistenza con origine neurobiologiche e genetiche; ad oggi esistono metodi che permettono di alterare in modo permanente il substrato neurochimico e neuropsicologico del disordine, ma non si sono ancora trovate strategie di durata e completa "guarigione". E' dunque appropriato concettualizzare un trattamento che massimizzi le strategie e le capacità di far fronte alle difficoltà: quello che si può

fare è aiutare l'adolescente e la sua famiglia a migliorare la qualità della vita di tutti i giorni e a minimizzare i danni derivati dalla sindrome.

La terapia per l'ADHD si basa su un approccio multimodale che combina interventi psicosociali con terapie mediche. I genitori, gli insegnanti e lo stesso soggetto devono sempre essere coinvolti nella messa a punto di un programma terapeutico, individualizzato sulla base dei sintomi più severi e dei punti di forza identificabili nel singolo individuo. E' nell'interesse degli adolescenti, ma è auspicabile anche per chi vive accanto a loro, che il trattamento necessario avvenga il più tempestivamente possibile, sia articolato e durato tanto quanto effettivamente occorre al ragazzo. Deve quindi essere un trattamento personalizzato, prolungato nel tempo, di solito composto da 10-20 sedute di un'ora distribuite su più mesi, divise da intervalli di tempo sempre più lunghi; con interventi diversificati ed integrati e controlli periodici, regolari, volti a testarne la qualità.

Qualsiasi approccio terapeutico venga usato, è prioritario definire gli obiettivi di trattamento che, nel caso dell'adolescenza, sono il migliorare la performance scolastica e il minimizzare i frequenti conflitti in famiglia.

Un primo passo nel trattamento psicologico è informare l'adolescente e la famiglia sulle caratteristiche della sindrome: molti adolescenti, alla notizia di avere l'ADHD, se da una parte trovano finalmente una spiegazione alla loro diversità, dall'altra si sentono stupidi e definitivamente bollati come diversi: compito del clinico è far capire al ragazzo che l'ADHD non è una colpa, ma un disordine con una base genetica da cui non si guarisce, ma con cui si può imparare a convivere.

Un primo punto su cui intervenire è il rapporto tra l'adolescente e la famiglia: l'impulsività e lo scarso self-control del ragazzo fanno sì che la famiglia reagisca nei suoi confronti con uno stile comunicativo negativo, cognizioni distorte, sentimenti depressivi e ostili e un controllo autoritario unito a interazioni coercitive.

Un intervento efficace ha dunque bisogno di operare su molteplici livelli, educando i genitori sui problemi dello sviluppo del loro figlio, indirizzando le loro aspettative e insegnando strategie per mantenere la disciplina.

In linea di massima si può dire che non esiste ancora un trattamento veramente efficace, ma che i training attualmente proposti riescono solamente ad attenuare il problema. La guarigione non sarà mai possibile, bensì lo scopo di ogni intervento terapeutico deve sempre consistere solo nel fatto di diventare sempre più competenti nella gestione del problema.

I trattamenti finora proposti si dividono in due filoni: farmacologico e psicologico.

I sintomi cardine di inattenzione, impulsività e iperattività sono gestibili mediante la terapia farmacologica, che si dimostra efficace in circa il 70-80% 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 sul ragazzo.

La terapia comportamentale sostenuta da quella farmacologica apporta evidenti miglioramenti all'atteggiamento oppositivo, alla relazione genitore-figlio, ai problemi correlati alle relazioni sociali, alle abilità di lettura. La terapia combinata si rivela però superiore rispetto a quella unicamente comportamentale.

In Italia, dove le restrizioni legali e le attitudini cliniche 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).

Trattamento psicologico

Il trattamento psicologico di un bambino ADHD si realizza su due fronti: da un lato secondo un approccio comportamentale e dall'altro mediante un approccio cognitivo e metacognitivo i quali si integrano tra di loro.

Con l'adolescente ADHD la terapia psicologica più promettente è quella comportamentale. Un trattamento sul ragazzo con ADHD deve basarsi sulle premesse proprie della terapia comportamentale e, tenendo conto da una parte dello stile percettivo e dall'altra che si vive nel qui e nell'ora, avere come punto di riferimento i conflitti attuali e il concreto vissuto quotidiano del ragazzo e dei suoi genitori.

L'adolescente deve imparare soprattutto l'autocontrollo: egli deve acquisire strategie che lo aiutino a gestire meglio situazioni problematiche. Lo "skill-training" è tanto più efficace quanto più grande è l'adolescente. In un training che sviluppa competenza sociale devono venire acquisite determinate strategie, per esempio migliorare il controllo della rabbia e della frustrazione; accettare un'autorità e le sue indicazioni; imparare a ignorare frasi che feriscono; opporre resistenza alle tentazioni; convivere serenamente col fatto di essere un po' diversi. Tali strategie devono essere comunicate al ragazzo che deve essere così guidato dolcemente a formulare da solo l'obiettivo da raggiungere (ad es.: "Voglio riuscire ad avere un rapporto migliore con gli insegnanti"). Deve poi elencare egli stesso tutto ciò che può succedere se perdura nell'atteggiamento tenuto fino a quel momento e cosa invece può accadere se non lo fa più.

Lo scopo di questo approccio consiste nel condurre il ragazzo a quel cambiamento di prospettiva del quale non è capace senza aiuto.

L'elemento fondamentale che porta la terapia cognitivo-comportamentale verso risultati positivi è l'esistenza di un buon rapporto tra l'adolescente e il terapeuta: nel colloquio terapeutico col ragazzo non devono essere impartite prescrizioni comportamentali, nè si deve continuare a fare ciò che il ragazzo ha già sperimentato per anni nel contesto educativo.

Per acquistare fiducia nei confronti del setting terapeutico il ragazzo deve sentirsi in primo luogo preso sul serio e capito: decisivi sono il tono della voce, la mimica e i gesti del terapeuta. Se il ragazzo rifiuta il terapeuta, ciò diventa un segnale importante e deve essere preso immediatamente in considerazione, poiché in tale circostanza il ragazzo non avrà fiducia nella psicoterapia e non potrà trarne alcun profitto.

Talvolta può anche accadere che l'adolescente manifesti resistenza nei confronti della terapia stessa: il ragazzo capisce al volo che quelle ore limitano ogni volta il suo desiderio di libertà e inizia così ribellarsi a quegli appuntamenti fissi.

In caso di resistenza o rifiuto occorre stabilire subito se e per chi valga veramente: il ragazzo percepisce chiaramente se un genitore non è del tutto convinto della terapia e comincia a trovare delle scuse che sono realmente accettabili, ad esempio "Ma io devo studiare!".

Per poter reagire alle situazioni in modo controllato è importante che l'adolescente impari ad osservarsi e a questo scopo la situazione di gruppo può offrire un'ottima opportunità: con un preciso gioco di ruolo è possibile rappresentare una situazione e analizzare il comportamento. In un secondo tempo si dà al ragazzo il compito di creare lui stesso una situazione di stress e di osservare il proprio modo di reagire.

L'auto-istruzione: un percorso difficile

La tecnica dell'auto-istruzione mira, attraverso l'uso di esercizi e compiti specifici, a indurre nell'adolescente il *dialogo interiore* che gli permetta di riflettere su ciò che sta facendo; così facendo, si svilupperebbero una serie di abilità che facilitano l'elaborazione di quei compiti che vengono avvertiti come difficili. Un'adeguata regolazione del comportamento si raggiunge solamente grazie ai comandi interiori: fino a 7/8 anni il bambino riceve queste istruzioni dai genitori, successivamente le interiorizza sottoforma di linguaggio al fine di modulare le sue azioni. I bambini affetti da ADHD non posseggono questa capacità ed è appunto su questo versante che si esprime la loro impulsività.

L'insegnamento delle 5 fasi dell'auto-istruzione non deve essere meccanico, l'adolescente non deve semplicemente impararle a memoria, ma è indispensabile comprendere se per lui applicarle può effettivamente essere un vantaggio. Per un ragazzo ADHD l'esecuzione di queste strategie comporta un notevole sforzo cognitivo, soprattutto se egli stesso non riesce a capirne il vantaggio

effettivo: i risultati del training dipendono fondamentalmente dalla riflessione del ragazzo sul lavoro svolto.

Per acquisire abilità che abbiano un effetto sull'autoregolazione è necessario un training intensivo che duri a lungo; l'adolescente deve lavorare duramente su materiali che siano il più possibile attraenti, con tanto rinforzo e feed back immediato: sono d'aiuto frasi semplici e brevi, adattate a ciascun caso singolo.

La tecnica delle auto-istruzioni non serve solo per la gestione di situazioni quotidiane, bensì può essere utile al ragazzo anche per acquisire le strategie di apprendimento necessarie per affondare il percorso scolastico.

Il parent-training

Il parent-training è parte integrante della terapia con un adolescente e qui i genitori ricevono informazioni scientifiche sul quadro clinico e imparano a comprendere le cause e gli effetti funzionali dei sintomi. Si deve comunicare loro come possono conseguire un cambiamento nel loro atteggiamento e, infine, in relazione alla fase di sviluppo del ragazzo, dovrebbero ricevere concrete indicazioni pedagogiche. Ciò che occorre elaborare è uno stile educativo che sia il più comprensibile e omogeneo possibile, coerente e costante sulle basi di un presupposto affettivo. E' bene che il parent training si svolga in un gruppo, poiché grazie all'incontro con altri genitori coinvolti in tale esperienza si produce una sensazione di sollievo e il fatto di imparare insieme ad altri si rivela di grande utilità (Neuhaus, 2004).

Nel parent-training si possono acquisire elementi basilari al fine di strutturare la vita quotidiana, anche riguardo alla gestione dei tempi. Per quanto concerne l'atteggiamento educativo, si deve imparare ad applicare il rinforzo positivo e, nel caso di reali comportamenti di disturbo e in particolari situazioni problematiche, le conseguenze negative, ricorrendo a tecniche proprie della terapia comportamentale come il "Token-Economy" nella formulazione delle regole, il "procedimento del response-lost" e il "time-out". Poiché le reazioni del soggetto ADHD a punizioni e a gratificazioni sono diverse rispetto a quelle di bambini normodotati e, più precisamente, i provvedimenti positivi o negativi hanno un impatto notevolmente maggiore, è necessario puntare sulle gratificazioni, affinché l'intervento del clinico sia effettivamente efficace.

E' possibile a questo punto elencare brevemente i principi del "Parent training" (Robins, 1998):

- Facilitare la ricerca appropriata dell'indipendenza: i genitori devono concedere libertà all'adolescente a piccole dosi, e aumentarla solo quando il ragazzo dimostra di essere responsabile.
- Mantenere un'adeguata supervisione: è necessario che i genitori controllino il ragazzo più a lungo e più strettamente rispetto ad un normale adolescente.
- Stabilire i ruoli: bisogna dare delle regole fisse per affrontare le situazioni problematiche (svolgimento dei compiti, orario di rientro...). E' necessario dividere ciò che è negoziabile da ciò che non lo è: la moralità, i valori e la legalità non sono oggetto di negoziazione
- Negoziare con l'adolescente tutti gli altri problemi
- Dare ai genitori direttive per rafforzare il loro ruolo: far riflettere il ragazzo sulle conseguenze, usare incentivi prima di punire e agire le punizioni quando è necessario (non prometterle e basta) sono tutti comportamenti atti a rafforzare l'autorevolezza
- Mantenere un buon livello comunicativo all'interno della famiglia
- Focalizzarsi sui punti di forza

Trattamento farmacologico

Il trattamento farmacologico più efficace è quello con gli psicostimolanti che sono in grado di favorire l'aumento della vigilanza e dei processi attentivi e si dimostrano utili soprattutto nei casi più gravi. Questo tipo di trattamento non modifica però le interazioni negative preesistenti

nell'ambiente, comporta spesso una serie di effetti collaterali di carattere fisico (insonnia, cefalea, perdita di appetito, irritabilità) e l'impiego esclusivo dei farmaci contribuisce inoltre a stigmatizzare il disturbo come "malattia", deresponsabilizzando chi interagisce col ragazzo.

Il metilfenidato è lo psicostimolante più utilizzato. Questo farmaco inizia a mostrare la sua attività clinica dopo circa mezz'ora dalla somministrazione orale, raggiunge il picco di concentrazione e attività dopo un'ora, e la sua attività terapeutica dura circa 3-5 ore; segue da ciò che i soggetti necessitano di almeno 2-3 somministrazioni giornaliere. La destroamfetamina e la pemolina hanno un'emivita più lunga e possono essere così somministrati due volte al giorno. Gli psicostimolanti modulano soprattutto la quantità di dopamina (e, in misura minore, di noradrenalina), presente nello spazio inter-sinaptico. Il meccanismo degli psicostimolanti non è ancora stato completamente chiarito e a seconda delle situazioni e dei modelli sperimentali, tali farmaci sono in grado sia di potenziare una trasmissione dopaminergica deficitaria, che di attenuare uno stato di iperattività dopaminergica.

Numerosi studi hanno dimostrato che il metilfenidato è in grado di migliorare l'inibizione delle risposte (misura neuropsicologica dell'autocontrollo), la memoria di lavoro e i processi di discriminazione degli stimoli: tali azioni appaiono correlate a una diminuzione del flusso ematico nella corteccia prefrontale dorso-laterale e parietale posteriore.

Da un punto di vista morale, è attualmente in corso un acceso dibattito sulla necessità di una terapia a base di psicostimolanti, dal momento che sussistono timori che essa possa produrre una trasformazione della personalità e una dipendenza psichica.

Quando è opportuno somministrare gli psicostimolanti?

Fino a pochi anni fa la terapia farmacologica veniva presa in considerazione soltanto quando si era in presenza di una sintomatologia molto pronunciata e generalizzata con momenti di crisi parossistica e quando gli adolescenti non erano in grado di compensare con altri tipi di approccio, per esempio all'interno di una terapia comportamentale.

L'odierno contesto rende in realtà necessario un impiego di una terapia farmacologica di appoggio quando non vengono riscontrate ulteriori anomalie di tipo oppositivo-provocatorio, mentre si riscontrano una crescente rassegnazione e ansia anticipatoria, accompagnati a livello comportamentale da una rapida "chiusura", da cocciutaggine o da segnali di umore depresso.

Metilfenidato: miti e falsità

Il metilfenidato (col nome commerciale Ritalin) continua ancora ad essere il farmaco d'elezione per il trattamento dell'ADHD, attorno al quale crescono dei "miti". Per i "normodotati" il metilfenidato ha un effetto eccitante e euforizzante, mentre rende "sobrie" le persone con ADHD. Il motivo di un tale provvedimento risiede nella necessità di garantire un maggior controllo nella sua prescrizione e somministrazione.

Nel 2006 il Dott. Peter Altherr, uno psichiatra dello sviluppo con grande esperienza, sintetizzò i miti più comuni nel suo *Catalogo delle frequenti falsità e miti sul metilfenidato*:

- 1) Farmaci stimolanti creano dipendenza nei bambini e negli adolescenti. **Falso:** A tutt'oggi non è noto in letteratura nessun caso di dipendenza, anche se ciò viene spesso ripetuto nelle trasmissioni televisive.
- 2) La terapia con stimolanti favorisce in seguito il consumo di droghe. **Falso:** E' vero il contrario, così come è stato e viene ancora dimostrato dagli studi eseguiti. Un buon trattamento durante l'adolescenza è addirittura una profilassi contro l'uso di droghe.
- 3) Un alto dosaggio di Ritalin guarisce l'ADHD. E' un'affermazione assai dubbia, non sussistono prove sicure. In questo tipo di trattamento (sopra i 60 mg., corrispondenti a 6 pasticche al giorno) cresce la probabilità di effetti collaterali.

- 4) Dopo la pubertà gli stimolanti non hanno nessun effetto. **Falso:** L'effetto è comprovato anche negli adolescenti e negli adulti.
- 5) Una terapia con psicostimolanti deve durare tutta la vita. **Falso:** In media, la durata del trattamento è da tre a cinque anni, a volte fino a otto. Tramite prove di sospensione verrà comunicato individualmente il momento a partire dal quale non sarà più necessario un trattamento farmacologico continuato oppure si dovrà somministrare il farmaco solo in determinate situazioni.
- 6) Gli stimolanti hanno efficacia solo nel caso di traumi cerebrali. **Falso:** Molti studi dimostrano che sono efficaci con o senza traumi cerebrali.
- 7) Sotto terapia con stimolanti esiste un maggior rischio di incidenti. **Falso:** Ciò dipende da caso a caso. Alcuni giovani hanno la sensazione che con il metilfenidato le loro "antenne non ricevano più" e di stare come in una bolla di sapone. Senza farmaco si sentono più reattivi, soprattutto in mezzo al traffico. Ci sono diversi studi che mostrano come, grazie ad una maggiore capacità di messa a fuoco dovuta agli stimolanti, sussista invero un minor rischio di incidenti.
- 8) Gli stimolanti sono farmaci pericolosi e per questo non vanno assunti. **Falso:** Gli stimolanti sono i farmaci più studiati dalla psichiatria infantile e adolescenziale. Sono farmaci sicuri, richiedono solo un dispendio di molte energie e la collaborazione di genitori e insegnanti.

Effetti collaterali e controindicazioni degli psicostimolanti

Gli effetti collaterali degli psicostimolanti 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 è raro incorrere nella perdita di peso o ritardo dell'accrescimento, cefalea e dolori addominali; nel caso in cui questi fenomeni si verificano, essi impongono la modifica o la sospensione della terapia.

Occorre però considerare che, in individui predisposti, gli psicostimolanti possono indurre o peggiorare movimenti involontari, tics ed idee ossessive, variazioni rapide del tono dell'umore con aumento o diminuzione dell'eloquio, ansia, eccessiva euforia, irritabilità, tristezza (disforia). La possibilità di un uso incongruo del farmaco da parte degli adolescenti deve sempre essere considerata possibile: è indispensabile che il medico monitorizzi l'uso adeguato del farmaco e sia certo che non venga utilizzato in modo improprio dai familiari o dai coetanei del ragazzo, o dal personale scolastico che dovesse eventualmente somministrarlo.

Cosa deve sapere l'adolescente sulla terapia farmacologica?

Un ragazzo ADHD desidera ardentemente essere "normale" e, di norma, nel momento in cui gli si propone una "medicina" reagisce con orrore e resistenza. E' necessario che gli venga spiegato che non gli viene data né una "pillola per essere carino" né un "tranquillante", e tanto meno gli va prospettata la possibilità di migliorare semplicemente i suoi voti scolastici perché potrà in questo modo concentrarsi meglio.

Occorre rispondere con pazienza alle domande che l'adolescente pone sugli effetti collaterali e chiarire quelle che invece sono le conseguenze positive: c'è un miglioramento cognitivo provocato da una migliore attenzione. Soprattutto nei compiti noiosi si riesce a farsi distrarre meno, la memoria a breve termine migliora, diminuiscono gli atteggiamenti impulsivi; si riflette prima di agire, le idee vengono richiamate meglio, aumenta la quantità e la precisione del lavoro svolto.

Cosa devono sapere i genitori sulla terapia farmacologica?

La terapia farmacologica non deve essere vista come la panacea di tutti i mali; il figlio non potrà mai guarire perché esiste un'anomalia a livello cerebrale che persisterà tutta la vita. Il farmaco stimola il

rallentamento neuronale nella zona frontale del cervello nella quale risiedono le funzioni esecutive, e aiuta le funzioni inibitorie site nelle regioni più profonde del tronco encefalico. Inoltre stabilizza l'umore e regola la "lucidità interiore", creando la possibilità di mettere meglio a fuoco, di affrontare con più facilità ciò che appare soggettivamente difficile, di essere meno distratti e non dover inseguire ogni fattore distraente.

Informare la scuola o no?

Poichè nella vita scolastica di tutti i giorni, molti adolescenti con ADHD riescono a sfruttare le loro risorse solo con il farmaco, diventa allora necessario informare la scuola sul trattamento farmacologico, solamente però se vi è un rapporto di assoluta fiducia. E' chiaro che un insegnante non dovrà mai chiedere al ragazzo di fronte alla classe se oggi ha preso di nuovo la sua medicina oppure avvisare i genitori che al ragazzo ora fa l'effetto di un sonnifero.

La durata della terapia farmacologia

La terapia dura in media dai tre ai cinque anni. Più l'adolescente è in grado di controllarsi, tanto più gli sarà chiaro quando necessiterà del farmaco e quando no. E' importante aver presente che non si parla di dipendenza psichica, bensì di una sorta di occhiali chimici (ad esempio per la preparazione di un esame o per assolvere incarichi monotoni) che possono essere impiegati all'occorrenza.

Non solo psicostimolanti...

I farmaci antidepressivi sono considerati la seconda scelta di medicazione nel trattamento dell'ADHD. Essi servono per potenziare le sinapsi adrenergiche e bloccare l'assorbimento di dopamina e norepinefrina da parte dei terminali nervosi, oltre ad incrementare i livelli di dopamina. L'esperienza clinica suggerisce che gli antidepressivi hanno minor effetto sulla concentrazione e sul miglioramento delle funzioni esecutive rispetto agli stimolanti, ma uguale efficacia sul miglioramento del comportamento impulsivo e della volubilità d'umore.

Nel caso di adolescenti con una comorbilità di disturbo dell'umore o d'ansia, il farmaco depressivo può essere la prima scelta di medicazione.

Bibliografia

Neuhaus C. (2004). *"Gli adolescenti iperattivi e i loro problemi"*, Ed. Le Lettere.

Robin (1998). *"ADHD in adolescents"* The Guilford press, New York.

Altherr, P. (2006). *"Entwicklung und Erfahrungen mit einem computergestützten ADSMediatoren-Training für Lehrer"*. Kindheit und Entwicklung, 15, 27.34.