



# La gestione del bambino "difficile"

*Dott.ssa Stefania Millepiedi*

*Dott. Gabriele Masi*

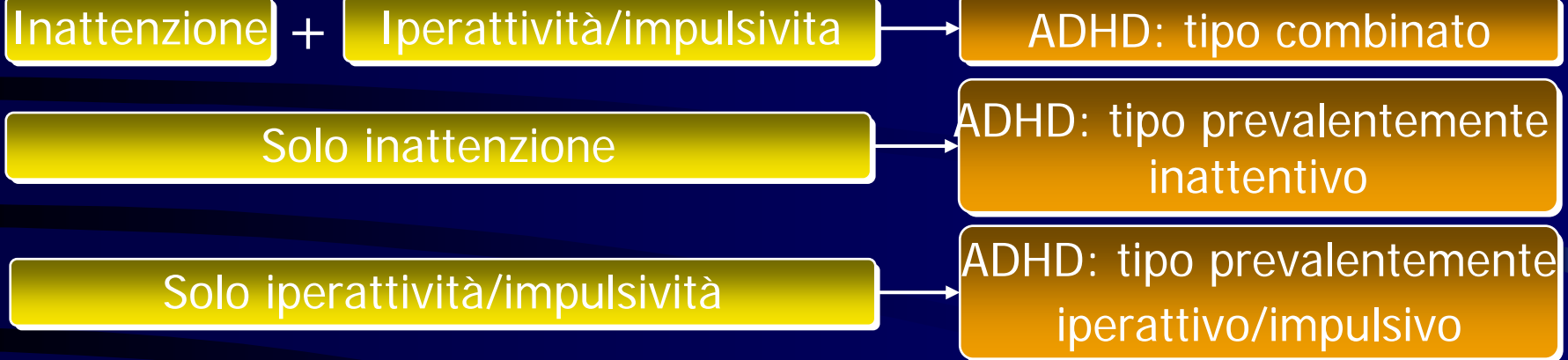
Divisione di Neuropsichiatria Infantile,  
Università di Pisa-IRCCS Stella Maris

# 1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

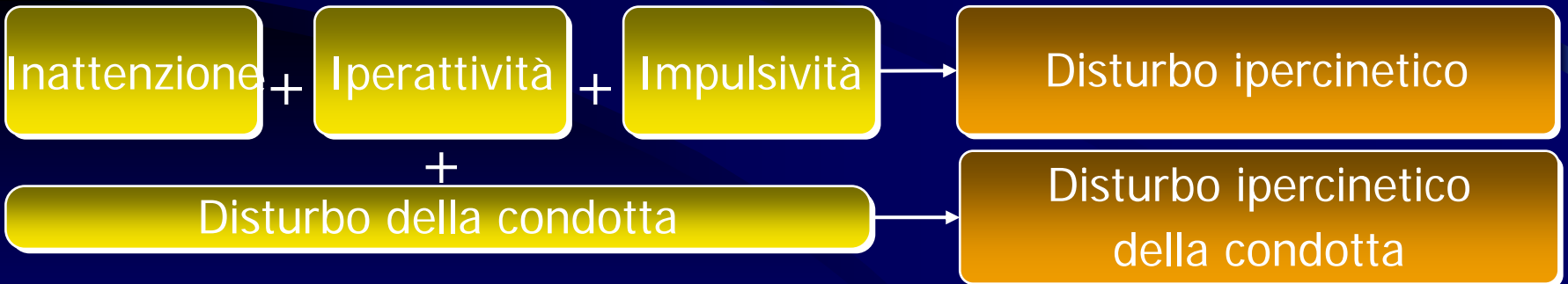
- ✓ caratterizzato da iperattività, impulsività e/o inattenzione (non riferibili ad altri disturbi)
- ✓ precoce (prima dei 7 anni, di solito 3-4 anni)
- ✓ persistente (almeno 6 mesi, in genere anni)
- ✓ pervasivo (diversi ambienti di vita)
- ✓ con interferenza funzionale significativa (scuola, tempo libero, famiglia, relazioni sociali, ecc.)

# CLASSIFICAZIONE ADHD/HKD

## DIAGNOSI SECONDO DSM-IV (ADHD)



## DIAGNOSI SECONDO ICD-10 (HKD)



## DSM IV (American Psychiatric Assn):

- a) iperattiva-impulsiva
- b) inattentiva
- c) combinata

## ICD 10 (World Health Organization)

Solo la forma combinata

Frequenza 2-5% (??)

Rapporto sessi: M:F=6-9:1 in campioni clinici, 4:1 in campioni epidemiologici.

Femmine ADHD non diagnosticate. Prevalenza inattentiva nelle femmine?

# Breve definizione dell'ADHD

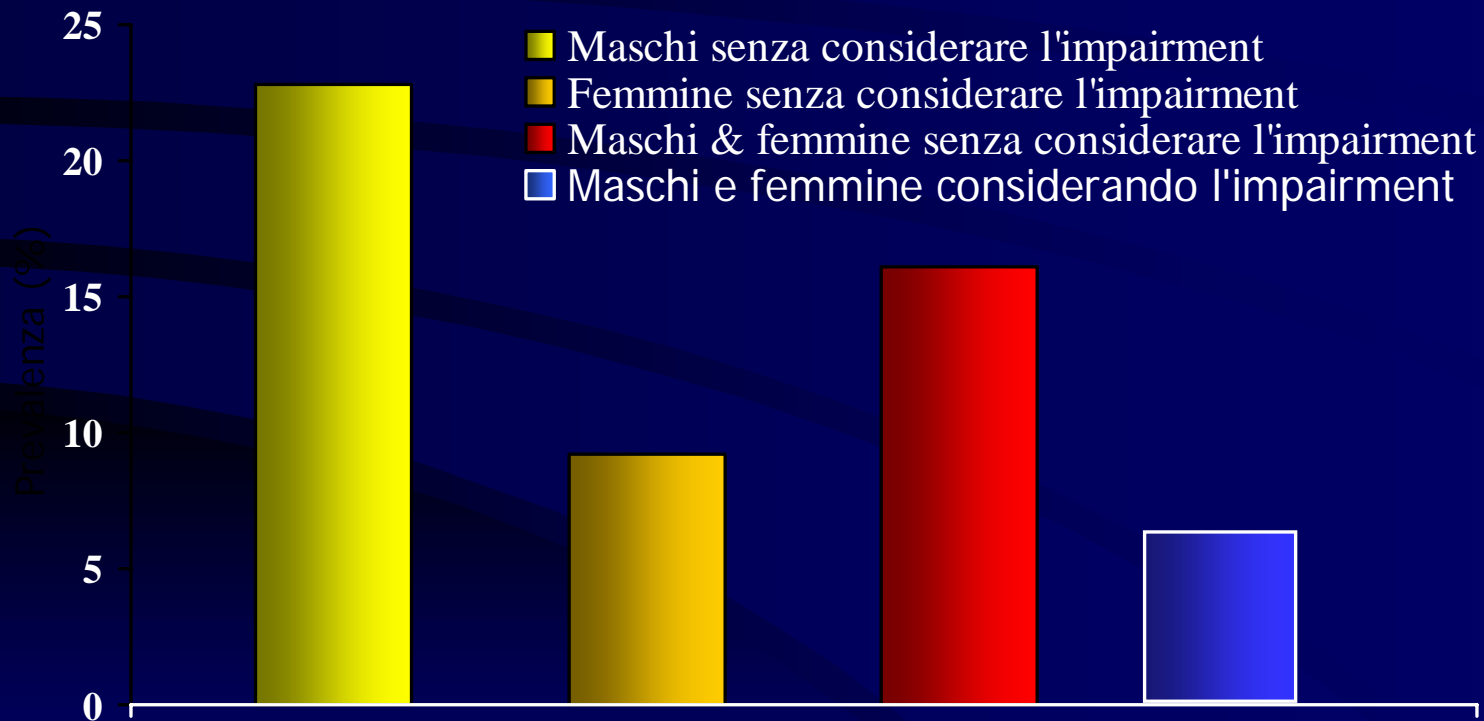
## I SINTOMI NUCLEARI

- Iperattività
- Impulsività
- Disturbo dell'attenzione

# EPIDEMIOLOGIA

## Prevalenza e deficit funzionale

La prevalenza diminuisce quando si considera il deficit funzionale (*impairment*)



# Approccio dimensionale

## L'ADHD...

- ... non è come la polmonite o l'epilessia (categoriale)
- ... è piuttosto come la febbre o l'ipertensione (dimensionale)

Si può esserne affetti in misura maggiore o minore; i confini sono indistinti; ma la sua classificazione (ICD-10 o DSM-IV) è di tipo categoriale

# Sintomi di Inattenzione

- 1. Scarsa cura per dettagli, errori di distrazione**
- 2. Labilità' attentiva**
- 3. Sembra non ascoltare quando si parla con lui**
- 4. Non segue le istruzioni, non termina le attività**
- 5. Ha difficoltà ad organizzarsi**
- 6. Evita attività che richiedono sforzo cognitivo**
- 7. Perde gli oggetti**
- 8. E' facilmente distraibile da stimoli esterni**
- 9. Si dimentica facilmente cose abituali**



# Sintomi di Iperattività/ Impulsività

## *Iperattività*

- 1. Irrequieto, non riesce a star fermo su una sedia**
- 2. In classe si alza quando dovrebbe star seduto**
- 3. Corre o si arrampica quando non dovrebbe**
- 4. Ha difficoltà a giocare tranquillamente**
- 5. Sempre in movimento, “attivato da un motorino”**
- 6. Parla eccessivamente**

## *Impulsività*

- 7. Risponde prima che la domanda sia completata**
- 8. Ha difficoltà ad aspettare il proprio turno**
- 9. Interrompe / si intromette in attività altrui**

# Quadro clinico

- **Iperattività motoria**
- **Inattenzione**
- **Impulsività**

## Complicanze secondarie:

- Difficoltà relazionali
- Difficoltà scolastiche
- Bassa autostima
- Disturbo del comportamento

# Difficoltà relazionali

- Emarginazione da parte dei coetanei
- Scarse amicizie durature
- Tendenza all'isolamento
- Rapporti con bambini più piccoli o più instabili
- Incapacità nel cogliere indici sociali non verbali (“immaturità sociale”)

# Difficoltà scolastiche

- Rendimento inferiore alle potenzialità per:
  - Disturbo attentivo
  - Stile cognitivo impulsivo
  - Deficit delle capacità metacognitive
  - Disturbo nella memoria sequenziale
  - Disturbo del comportamento
- Effetto sul piano emotivo-affettivo

# Apprendimento Scolastico

- 1-ADHD→difficoltà di apprendimento generalizzate a tutte le materie e sostenute da deficit neuropsicologici peculiari della sindrome ADHD. DA è secondario all'ADHD
- 2-ADHD + difficoltà di apprendimento specifiche (dislessia), vera associazione dei due disturbi
- 3-DA → “pseudo ADHD” (falsi positivi: il DA è primario e potrebbe essersi complicato successivamente con un quadro clinico che simula l'ADHD, ad esempio ansia o depressione)

# Bassa autostima

- Difficoltà di rendimento scolastico
- Rimproveri da genitori ed insegnanti
- Emarginazione da parte dei coetanei
- Rapporti con bambini piccoli o instabili
- Bassa autostima, inadeguatezza
- Solitudine, sentimenti abbandonici
- Senso di colpa
- Rischio di un disturbo depressivo

# Disturbo del comportamento

- Comportamento negativista e provocatorio
- Crisi di collera
- Frequenti litigi con coetanei ed adulti
- Incapacità di rispettare le regole
- Violazione delle regole sociali
- Comportamenti aggressivi
- Tendenza a porsi in situazioni di rischio
- Difficoltà di adattamento sociale

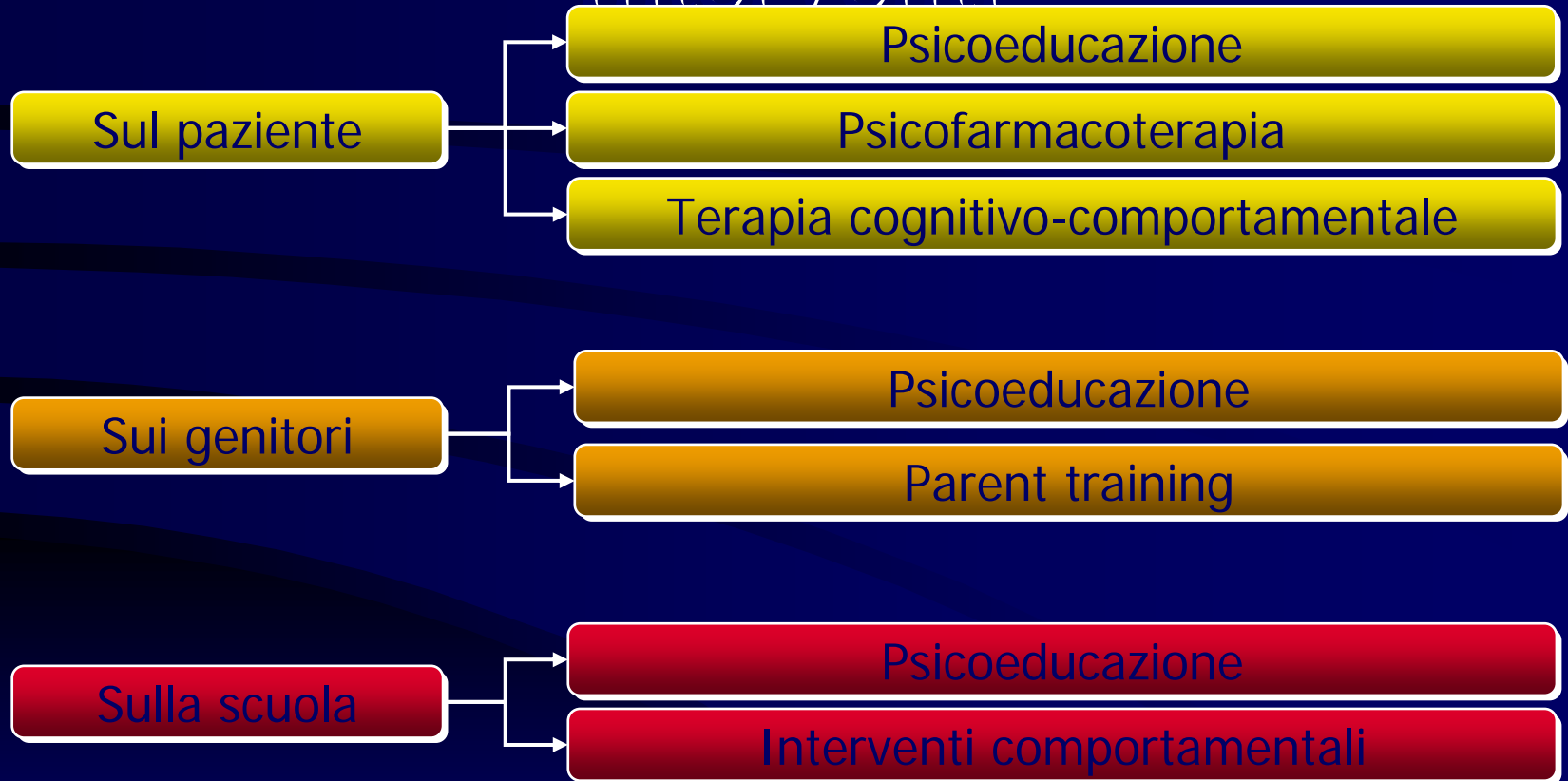
# DIAGNOSI

- Informazioni (diverse fonti)
- Valutazione sintomi ADHD (ADHD-RS, CPRS, CTRS)
- Valutazione psicopatologica (CBCL, DICA-R, K-SADS)
- Valutazione neuropsicologica (CPT, ToH, MFFT...)
- Valutazione cognitiva
- Valutazione apprendimento-linguaggio



# PANORAMICA

## Interventi



## ..Alcuni suggerimenti importanti da dare ai genitori..

- ❖ Psicoeducazione ai genitori
- ❖ Agire non predicare (poche prediche, subito premio)
- ❖ Essere positivi (meglio premi di punizioni)
- ❖ Gratificazioni
- ❖ Ricompense semplici e rapide
- ❖ Creatività (cambiare spesso premi)
- ❖ Evitare situazioni che produrranno sintomi
- ❖ Scegliere le "battaglie" (no compiti)
- ❖ Uguale linee educative
- ❖ Non rimproveratevi e non rimproveratelo di continuo
- ❖ Dedicargli un'ora speciale (floor time)
- ❖ Attività e luoghi strutturati

## ..Alcuni suggerimenti importanti da dare agli insegnanti..

- ❖ Organizzare l'aula (controllare fonti di distrazione, banchi)
- ❖ Durante le lezioni: pause frequenti e brevi, lezioni stimolanti, interazione frequente, richiamare per nome, autoverifica)
- ❖ Stabilire e far condividere le regole (visive), mai togliere l'intervallo!
- ❖ Favorire e sviluppare le capacità di pianificazione
- ❖ Non creare situazioni di competizione "non sostenibile"

# PSICOFARMACOTERAPIA

## Sistemi neurotrasmettitoriali e Farmaci

### DOPAMINERGICO

Metilfenidato

D-amfetamina

Pemolina

~200 Studi\*

>5500 Pazienti

### NORADRENERGICO

Atomoxetina

Desipramina

Clonidina

~40 Studi\*

>2000 Pazienti

\*A tutto marzo  
2003

# METILFENIDATO

|                               |                      |
|-------------------------------|----------------------|
| Tasso di risposta (%)         | 70-75 (50 in adulti) |
| Tasso di normalizzazione (%)  | 50-60                |
| Miglioramento dei sintomi (%) |                      |
| ▪ Scale comportamentali       | 30-50                |
| Effect size                   |                      |
| ▪ Comportamento               | 0.9    alto          |
| ▪ Attenzione                  | 0.7    medio         |
| ▪ test IQ/Prestazioni         | 0.3    basso         |

# METILFENIDATO

Ben assorbito per via orale, meglio se assunto con alimenti.

Effetto farmacologico inizia dopo 30-60 minuti, dura 3-5 ore.

Picco dopo circa 2 ore.

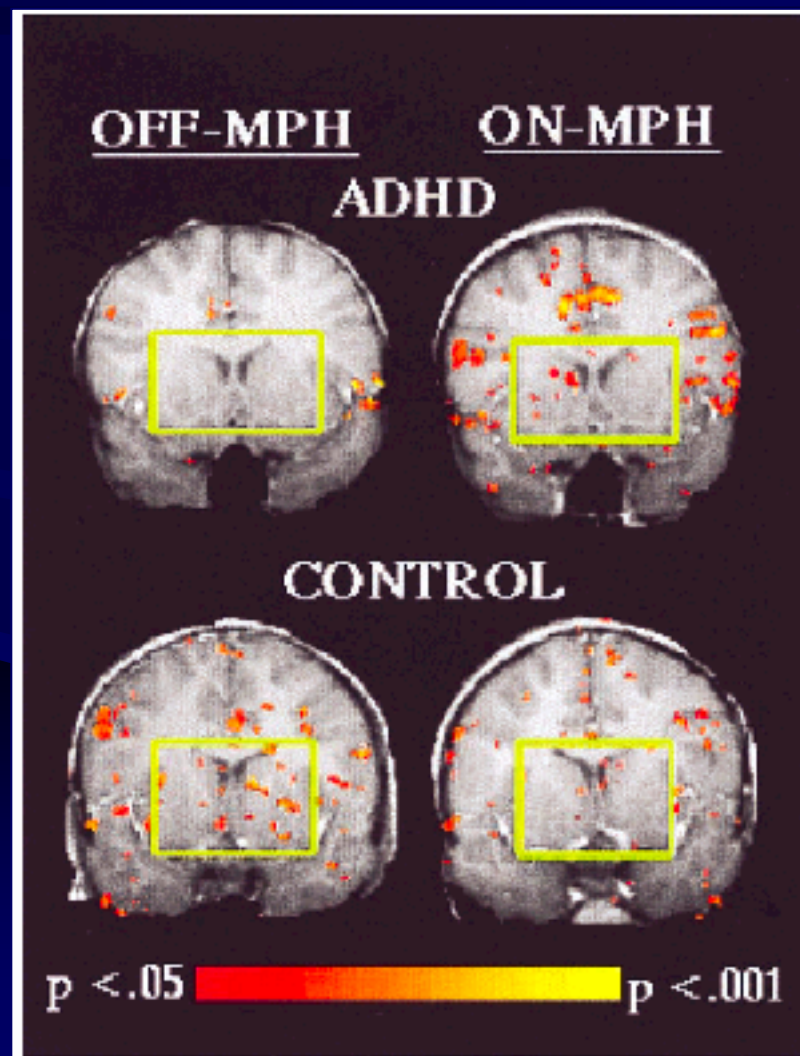
Emivita in media 2-3 ore.

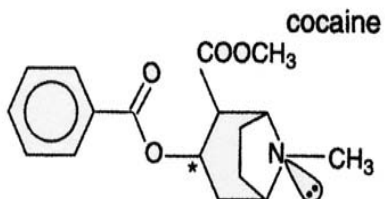
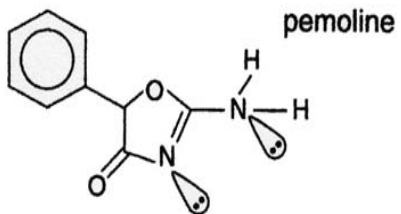
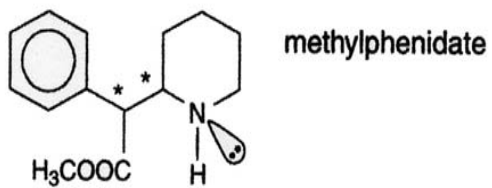
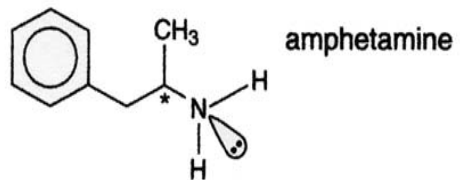
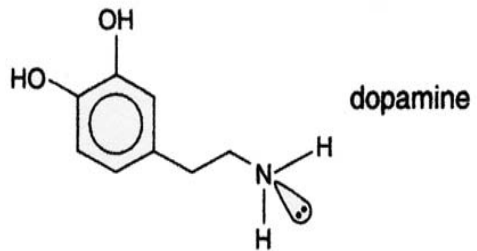
La singola dose è completamente eliminata in 12-15 ore.

Necessità di somministrazioni multiple.

## Selective effects of methylphenidate in attention deficit hyperactivity disorder: A functional magnetic resonance study

CHANDAN J. VAIDYA<sup>\*†</sup>, GLENN AUSTIN<sup>‡</sup>, GARY KIRKORIAN<sup>‡</sup>, HUGH W. RIDLEHUBER<sup>‡</sup>, JOHN E. DESMOND<sup>\*§</sup>, GARY H. GLOVER<sup>§</sup>, AND JOHN D. E. GABRIELI<sup>‡</sup>







# *Psicostimolanti: Effetti indesiderati*

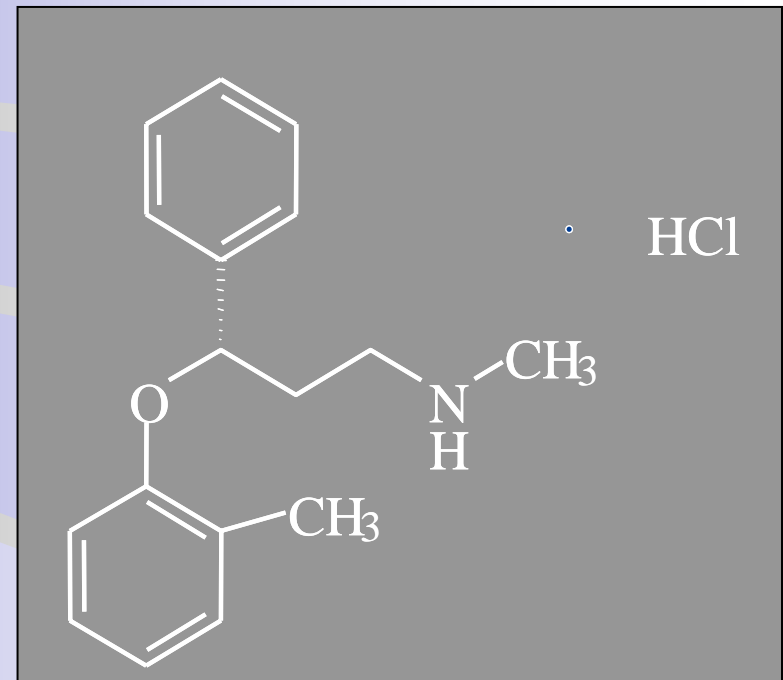
- ▣ Disturbi del sonno
- ▣ Diminuzione dell'appetito
- ▣ Cefalea
- ▣ Dolori addominali, nausea
- ▣ Discinesie
- ▣ Tachicardia
- ▣ Irritabilità'-Disforia
- ▣ Ansia, depressione
- ▣ *Overfocus*ng, compulsioni
  
- ▣ Dispercezioni

# *Psicostimolanti: Controversie*

- Arresto / ritardo della crescita
- Tics
- Rebound
- Tossicità Cognitiva
- Abuso
- Uso in adolescenza

# Non-Stimulants: Atomoxetine

- Atomoxetine
- is a highly specific norepinephrine reuptake inhibitor ( $K_i=4 \text{ nM}$ )
- It has low affinities for other neuronal transporters



Atomoxetine  
(Chiral)

# PSICOFARMACOTERAPIA

## ⇐ Atomoxetina

### Dosi

0.5-1.5 mg/kg/die (1.2)

### Durata dell'effetto

~12 ore

### Esordio dell'efficacia clinica

dopo 1-2 settimane

Gli effetti sono paragonabili per età comprese tra i 6 e i 18 anni

# Safety: Pediatric Adverse Events

(Incidence of at least 5% in Either Group)

| •Event              | • <b>BID+QD</b><br>• <b>N=655</b><br>• <i>n</i> (%) | • <b>Placebo</b><br>• <b>N=406</b><br>• <i>n</i> (%) |
|---------------------|---|--|
| •Headache           | •139 (21.2)   | •81 (20.0)   |
| •Abdominal pain     | •119 (18.2)*  | •51 (12.6)   |
| •Appetite decreased | •106 (16.2)*  | •23 (5.7)  |
| •Vomiting           | •75 (11.5)*   | •23 (5.7)  |
| •Cough              | •55 (8.4)   | •33 (8.1)  |
| •Pharyngitis        | •47 (7.2)*  | •48 (11.8)   |
| •Nasopharyngitis    | •38 (5.8)   | •33 (8.1)  |

\* **$p < .05$  relative to placebo.**

# Safety: Pediatric Adverse Events (cont)

(Incidence of at least 5% in Either Group)

| •Event                             | • <b>BID+QD</b><br>• <i>N</i> =655<br>• <i>n</i> (%) | • <b>Placebo</b><br>• <i>N</i> =406<br>• <i>n</i> (%) |
|------------------------------------|--|---|
| •Nausea                            | •56 (8.5)  | •24 (5.9)   |
| •Irritability                      | •47 (7.2)*   | •17 (4.2)   |
| •Somnolence                        | •66 (10.1)*  | •17 (4.2)   |
| •Dizziness                         | •34 (5.2)*   | •8 (2.0)  |
| •Upper respiratory tract infection | •31 (4.7)  | •21 (5.2)   |
| •Pyrexia                           | •35 (5.3)  | •23 (5.7)   |
| •Fatigue                           | •45 (6.9)*   | •14 (3.4)   |

\* $p < .05$  relative to placebo.

## 2. Disturbo Specifico dell'Apprendimento

- ✓ gruppo eterogeneo di disturbi che si manifestano con **significativa difficoltà nell'acquisizione scolastiche (< a 2 DS)**
- ✓ i disordini sono intrinseci all'individuo, presumibilmente legati a **disfunzioni del sistema nervoso centrale**
- ✓ possono essere associati difficoltà di autoregolazione del comportamento, all'interazione sociale o di tipo emotivo
- ✓ QI nella norma
- ✓ Assenza di deficit neurologici e/o sensoriali e relazionali
- ✓ Interferenza delle difficoltà nella vita quotidiana e nel proseguimento degli studi

Quali sono i fattori di rischio per lo sviluppo di un DSA?

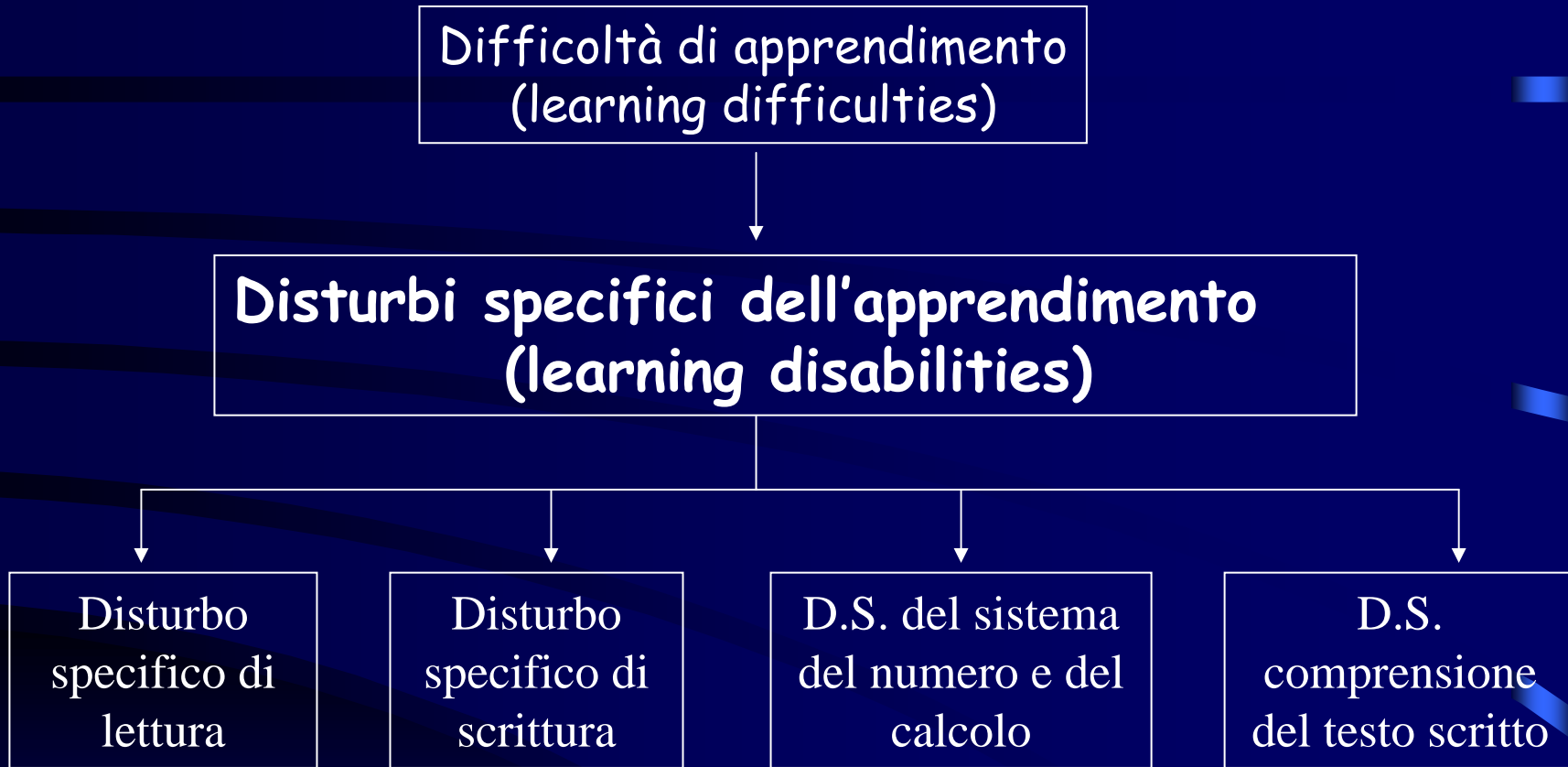
NO MANCINISMO!!!

DIST. Del LINGUAGGIO: bambino che ha parlato tardi anche se a 5 anni parla bene conviene fare una valutazione fonologica e metafonologica

FAMILIARITA': molto difficili da diagnosticare!!



# Tipologia dei disturbi specifici di apprendimento



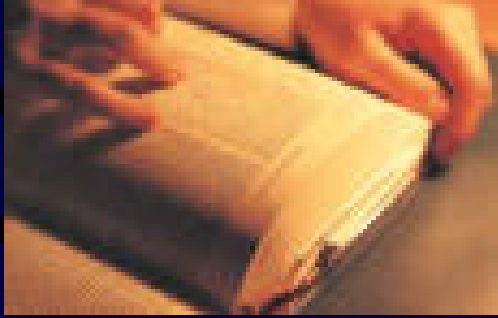
Con possibili associazioni tra disturbi specifici

# CHE COSA E' LA LETTURA?



La lettura è...

- un processo che ha per scopo la comprensione del significato di un testo scritto
- Un'abilità che, una volta acquisita, diverrà lo strumento principale per tutte le altre attività di studio e per tutta la carriera scolastica
- Processo complesso che richiede molte sottoabilità



# Cosa è la lettura?

## Lettura come attività complessa

Decodifica

- Prime fasi di acquisizione lingua scritta
- **Disturbo specifico di lettura (dislessia)**

- **Disturbo specifico di lettura associato a disturbo di comprensione**

Comprensione

- Fasi più avanzate di apprendimento
- **Disturbo specifico di comprensione del testo scritto (forma estrema: iperlessia)**

Effetti su:

- problemi matematici
- abilità di studio (storia, geog....)

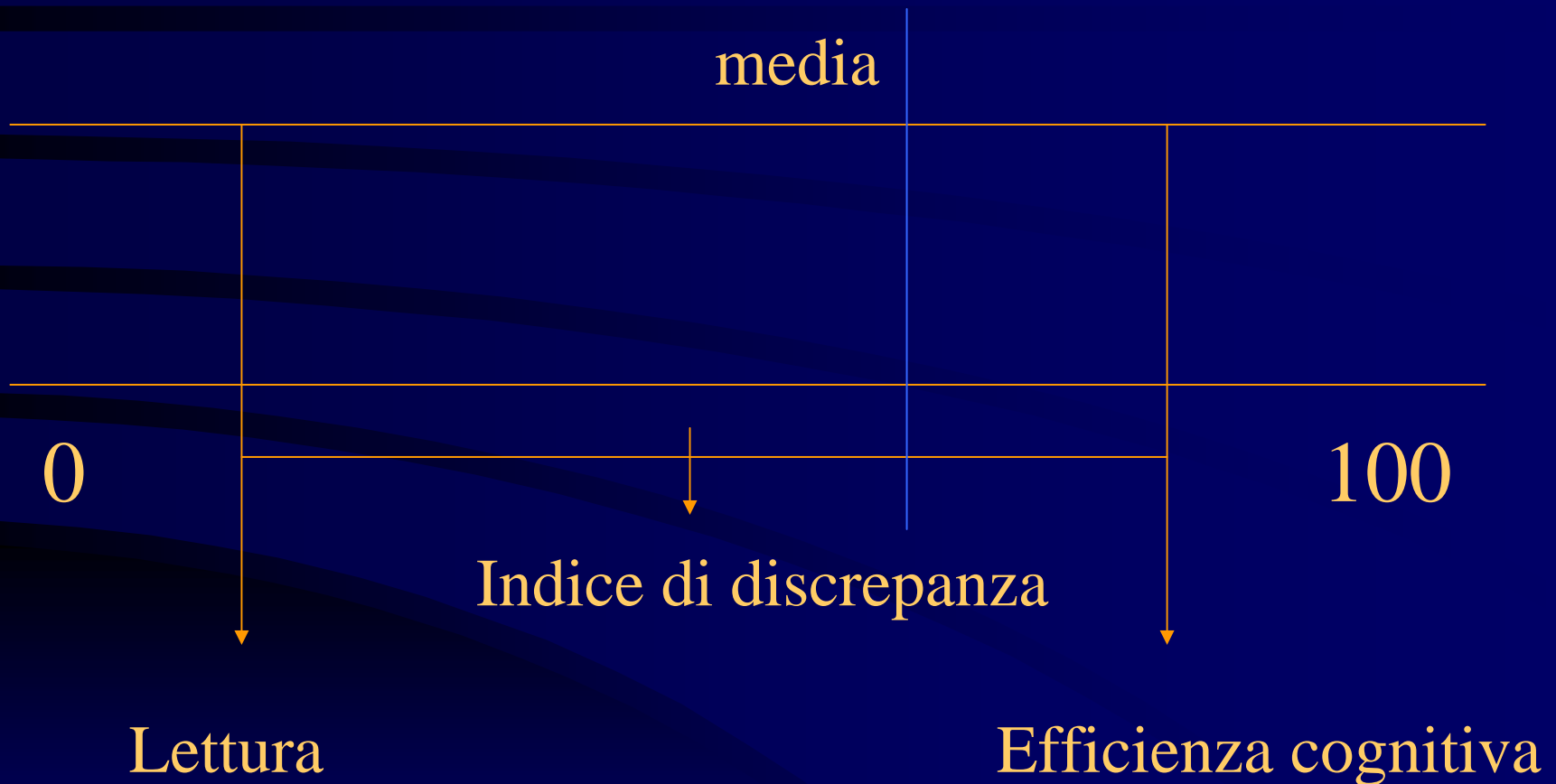
# Dislessia evolutiva:



- Descritta per la prima volta nel 1895 da un oculista inglese, denominata: “cecità per la lettura”
- Dislessia acquisita il soggetto è in grado di leggere normalmente e poi perde questa capacità per un evento patologico che ha determinato lesioni in aree corticali
- Incidenza dislessia evolutiva è 2-2.5%
- Qualunque abilità non è solo riferibile alla disfunzione di un centro specifico, ma è sempre in relazione all’ambiente.

Competenza funzionale + Ambiente  
=  
Disabilità

La diagnosi è basata sul criterio della discrepanza fra efficienza cognitiva e abilità di lettura



Un criterio importante è quello della **DISCREPANZA** tra il livello generale di intelligenza (verbale e non-verbale) e il livello di prestazione nel compito di lettura.

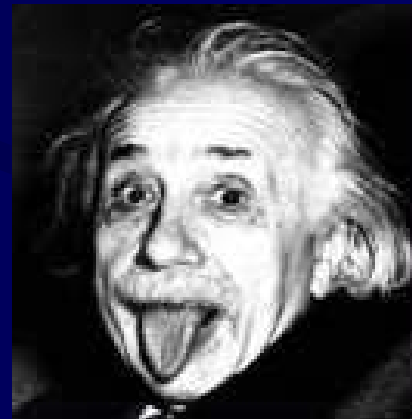
...E la storia lo può certamente confermare...



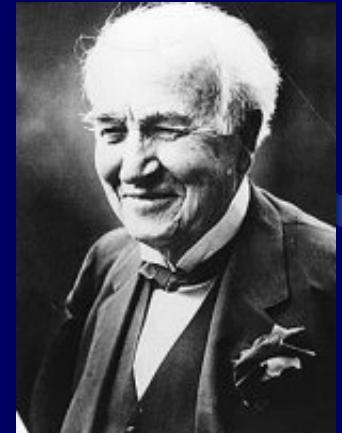
Isaac Newton



Leonardo da Vinci



Albert Einstein



Thomas Edison

Facciamo un esempio...

"£(/%(!

LUNA

SOLE

CASA

RASKOLNIKOV

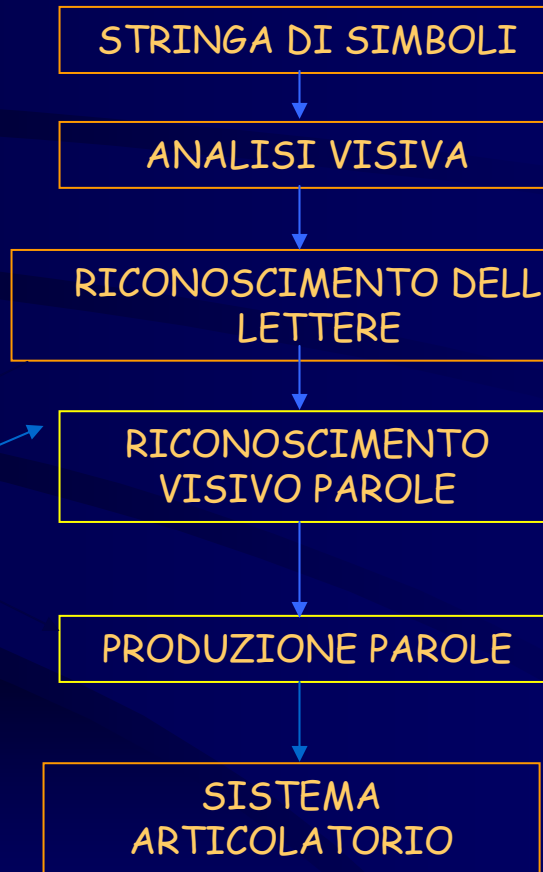
RASUMICHIN

# Modello standard della lettura: modello a due vie

*Es. "casa"*

*Es. "popolazione"  
"culda"*

*Via diretta- lessicale  
(semantica e non)*



*Via indiretta-fonologica*



## Facciamo un altro esempio...

"La Candela"

Lu-?

Lu-cer-?

Lu-cer-to-?

Stre-?

Stre-et

Yacht ?

Wagner ?

Jeans ?

## QUINDI...

Via fonologica: DECIFRAZIONE lettera per lettera



ORALIZZAZIONE suono per suono



SINTESI sonora

Via lessicale: PERCEZIONE GLOBALE dello stimolo



IMMAGINE GRAFICA della parola preesistente



RECUPERO DIRETTO del suono dell'intera parola

## Quali i principali modelli didattici per l'avvio della lettura?



### Modello dell'accesso fonologico → METODO FONEMATICO

La lettura non può avvenire che attraverso la decifrazione di ogni grafema (segno grafico) e la sua conversione in fonema (suono). La catena dei suoni prodotta porta il soggetto a pronunciare la parola. L'apprendimento della lettura avviene grazie a un progressivo impadronirsi di questa tecnica di decifrazione accurata e di oralizzazione. Il bambino, grazie a un esercizio specifico, leggerà un numero sempre maggiore di lettere e in modo più rapido e automatico. Metodo più diffuso per lingua italiana

### Modello dell'accesso diretto → METODO GLOBALE

Ruolo primario all'analisi visiva globale, tipo lettura fotografica che fa accedere direttamente il bambino al significato; il riconoscimento dipende dalle conoscenze precedenti del soggetto e l'apprendimento avviene mediante un "bagno" di scrittura stabile e pieno di indici ridondanti che ne favoriscano il riconoscimento (a partire da quelle più frequenti). L'analisi più dettagliata del segmento si fa in una seconda fase. Poco usato per la lingua italiana

# Valutazione della decodifica

Esistono due parametri con cui valutare il deficit di lettura

1. Rapidità: tempo impiegato per leggere una parola o un testo, misurato in sillabe/sec
2. Accuratezza: numero e tipologia di errori di transcodifica compiuto nel corso della lettura

La diagnosi di dislessia si fa se il soggetto si trova al di sotto delle 2 DS in uno dei due parametri

# Valutazione della decodifica

- Lettura di una lista di parole (aa/ab/ba/bb)
- Lettura di una lista di non parole
- Lettura di un testo

Un normolettore legge

|       |   |        |   |            |          |
|-------|---|--------|---|------------|----------|
| testo | > | parole | > | non parole |          |
| 6     |   | 4.5    |   | 3          | sill/sec |

- Questo avviene per effetto semantico e lessicale (per lettura diretta o accesso rapido al lessico)
- Se legge tutto alla stessa velocità (es. 1 sill/min) è perché non si serve del lessico e tutto passa dalla decodifica grafema/fonema

# Come diventa un dislessico da adulto?

In Italia non si sa.. Perché non si faceva diagnosi di DE..

Dati di Littyman, 1998:

20% → recupero (indistinguibili dai normo lettori, in Italia forse sono il 30%)

45% → compensati (ha alcune incertezze e si riconosce, permangono marcate differenze tra lettura del testo e delle parole e tra parole e non-parole)

35% → persistenti (in Italia 20-25%)

# Come diventa un dislessico da adulto?

Questi dati consentono 2 letture diverse:

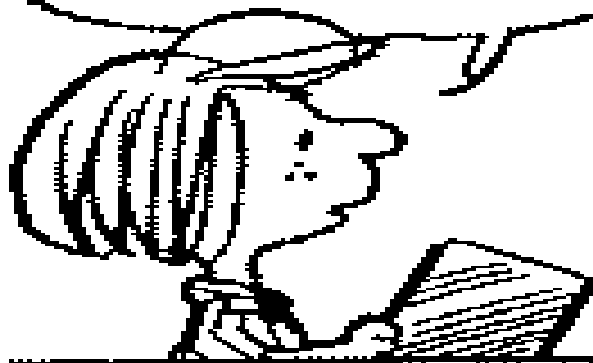
## Per la famiglia:

7 bambini su 10 ce la fanno anche se con molta fatica.

## Per la scuola:

8 soggetti su 10 non riescono a recuperare.. È vero che compensano, ma molto tardi, troppo tardi, e si inserisce il problema della dispersione scolastica..

SÌ, SIGNORA, HO  
LETTO IL LIBRO...



BEH, NON PROPRIO IL  
LIBRO LIBRO...



HO LETTO I RINGRAZIA-  
MENTI, LE NOTE DEL  
TRADUTTORE, L'INTRODU-  
ZIONE, LA PREFAZIONE  
E LA DEDICA...



UNA FATICA  
TREMENDA!





E se ci chiediamo il perché... una cosa è certa:

~~IMPEGNO~~

~~VOLONTA'~~

~~INTELLIGENZA~~

Occorre ricordare tuttavia che... leggere significa  
**COMPRENDERE**

La comprensione del testo deve essere sempre accuratamente valutata, indipendentemente dalla qualità di decodifica orale del testo (abilità indipendenti)

La comprensione del testo (scritto e orale) può essere infatti compromessa in bambini che presentano tipologie e entità di disturbi diversi

Più rari disturbi specifici e isolati di comprensione rispetto a situazioni di difficoltà più generalizzate di apprendimento e di ritardo cognitivo

In questo caso il trattamento più efficace è quello metacognitivo

- **Complessità a livello lessicale**: frequenza d'uso delle parole usate e loro livello di specificità
  - **Complessità a livello sintattico**: ordine delle parole, classi grammaticali di appartenenza, parole-funzione (preposizioni, congiunzioni, aggettivi, pronomi...), prefissi e suffissi (indicano avverbi, tempi dei verbi), punteggiatura.
- > Complessità a livello sintattico se le strategie usate contrastano con la struttura della frase:

L' insegnante mette d'accordo i  
due contendenti

L' insegnante mette i due  
contendenti d'accordo

Chiara mangia il gelato prima di  
guardare la televisione

Prima di guardare la televisione  
Chiara mangia il gelato

# In sintesi

- Esistono difficoltà e disturbi diversi che riguardano la lettura
- Per comprendere meglio la tipologia del disturbo serve osservare il bambino e i suoi processi cognitivi in modo più allargato
- Una buona valutazione delle caratteristiche del disturbo aiuterà a stabilire obiettivi di intervento mirati e realizzabili per ogni singolo caso



## ..Alcuni suggerimenti importanti da dare ai genitori..

- ❖ Filastrocche con giochi di parole e rime che abituanoo gradualmente il bambino ad apprezzare la musicalità del linguaggio e quindi delle sue proprietà fonologiche
- ❖ Stimolare la segmentazione in sillabe per abituare a padroneggiare i suoni del linguaggio
- ❖ Far riflettere il bambino che vi sono parole lunghe o brevi dal punto di vista fonologico a prescindere dal significato (coccinella è una parola lunga per una cosa piccola, treno è un parola corta per una cosa lunga..)
- ❖ Trovare parole che cominciano o finiscono con un dato suono sillabico e, se possibile, fonemico (il classico gioco "arriva un bastimento carico di..")
- ❖ Cambiare una parola dopo aver aggiunto o tolto una sillaba o un fonema (cosa diventa "pocchio" se tolgo la P?)



**Grazie per l'attenzione!!!!**