

Indice di AIDAI-NEWSLETTER 2/2

Editoriale

In questo numero di AIDAI-NEWSLETTER pubblichiamo gli abstract del 2° Convegno Italiano sul Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività.

Oltre a questi importanti interventi, non manchiamo di dimostrare la nostra sensibilità e interesse nei confronti di una mamma che ci ha inviato una lettera in cui racconta la sua storia di genitore di un bambino con DDAI.

Continua il nostro servizio di informazione sui centri clinici italiani che si occupano di DDAI e presentiamo una versione aggiornata della bibliografia in Italiano sul Disturbo.

Modelli genetici per lo studio delle basi neurobiologiche dell'ADHD

Adolfo Gustavo Sadile

Lab. neurofisiologia, Comportamento e Reti Neurali, Di. Fisiologia Umana "F. Bottazzi" Seconda Università di Napoli, via Costantinopoli 16, 80138 Naples, Tel. 081-5665827, Fax 081-5665827, E-mail: agsadile@tin.it

Determinanti genetiche e fattori ambientali interagiscono nell'espressione fenotipica della sindrome da Iperattività e Deficit Attentivi (ADHD) dei bambini. Il contributo genetico si basa su studi di famiglie, di gemelli e sul polimorfismo dei geni per il trasportatore di membrana della dopamina (DAT) e del recettore D-4 per tale neurotrasmettitore. Pertanto, tale approccio neurogenetico permette di studiare alcune caratteristiche fondamentali dell'ADHD, come l'iperattività e il deficit attentivo, in modelli animali in maniera controllata e riproducibile con risultati verificabili nei bambini affetti da tale sindrome. I modelli genetici più usati sono rappresentati da ratti giovani del ceppo SHR e NHE e da topi con delezione degli autorecettori D-3 per la dopamina o la DAT o da mutanti come il topo con coloboma o quello con agenesia del corpo calloso. L'ipotesi dopaminergica rappresenta il perno principale intorno al quale si svolgono tali studi. Essa si basa su considerazioni teoriche sul ruolo del sistema mesocorticolimbico nei meccanismi di gratificazione e nei processi attentivi, nonché su osservazioni cliniche sull'impiego benefico di farmaci psicostimolanti a basse dosi come il metilfenidato e la d-amfetamina, che nei bambini affetti da ADHD esercitano un effetto "paradosso". Rimane da chiarire se alla base dell'ADHD vi sia una ridotta o un' aumentata funzionalità del sistema dopaminergico. Una serie di studi nei ratti SHR e NHE dimostra che nella parte anteriore del prosencefalo vi sarebbe una alterata integrazione di informazioni in siti cruciali delle reti neurali implicate nel controllo dell'attività motoria, dei meccanismi di gratificazione e dei processi attentivi. Tali studi sono stati condotti nel nostro laboratorio utilizzando tecniche di biologia molecolare ed analisi di immagini in microscopia ottica. I risultati ottenuti, se convalidati nell'uomo mediante Risonanza Magnetica Funzionale (fMRI), permetterebbero uno "screening" precoce ed una terapia adeguata di alcune varianti di ADHD con notevole risparmio delle sofferenze dei soggetti stessi e delle loro famiglie, nonché degli elevati costi sociali della sindrome.

Progetto finanziato da Telethon Italia E.513

Le basi genetiche del DDAI

M.L. Giovannucci

Università di Firenze

Dalla genetica si è appreso che la partecipazione di una trasmissione poligenica determinante il comportamento del disturbo da deficit di attenzione/iperattività potrebbe essere la principale responsabile dell'insorgenza di questo fenotipo comportamentale. Tale valutazione è

scaturita dai numerosi studi completati negli ultimi anni, che hanno riguardato coppie di gemelli, studi in condizione di adozione, e pedigree familiari.

Questi complessi studi su gemelli mono- e di- zigoti hanno dimostrato che il gemello monozigote di un soggetto con disturbo da deficit di attenzione/ iperattività ha un rischio di sviluppare lo stesso disturbo da 11 a 18 volte superiore a un fratello, non gemello, di un soggetto con disturbo da deficit di attenzione/ iperattività. Il rischio, inoltre, è stato dimostrato essere nettamente superiore per un gemello monozigote rispetto ad un gemello dizigote, che pure ha condiviso in toto gli aspetti ambientali, quali la gravidanza, parto e, ovviamente, ambiente familiare, in totale sincronia con l'altro, di cui non condivide però il patrimonio genetico in modo identico.

Circa il meccanismo specifico con cui i geni interferirebbero con l'attenzione, e considerando che gli agonisti della dopamina, quale l'anfetamino-simile metilfenidato, sono i più efficaci agenti terapeutici nel miglioramento del disturbo da deficit di attenzione/ iperattività, si è visto che i geni che codificano per il trasporto della dopamina (sul cromosoma 5p15.3) e il gene incaricato delle caratteristiche del recettore dopaminergico D4 (sul cromosoma 11p15.5) sono in correlazione coerente con i risultati della trasmissione genetica intra familiare di alleli associati al disturbo da deficit di attenzione/ iperattività.

Qual è l'eziologia del disturbo da deficit dell'attenzione/ iperattività?

Il rompicapo per eccellenza

Gabriele Masi, Letizia Favilla, Stefania Millepiedi, Maria Mucci

Div. di Neuropsichiatria Infantile, Università di Pisa - IRCCS Stella Maris, Calambrone (PI)

La eziologia del Disturbo da Deficit dell'Attenzione ed Iperattività (DDAI) è ancora ampiamente incerta. Se è ormai accettata la possibilità di meccanismi diversi in grado di determinare, in modo più o meno specifico, un DDAI, l'interazione di tali meccanismi causali ed il loro rapporto con il quadro clinico è ancora incerto. In particolare appare da definire la relazione tra una vulnerabilità biologica di base, legata a fattori genetici, e l'intervento di fattori ambientali che possono attualizzare tale vulnerabilità e condizionare la espressività e la gravità del disturbo, così come la storia naturale (ad es. lo sviluppo di comportamenti dissociali).

Fattori genetici probabilmente giustificano circa la metà della varianza nella eziologia della sindrome. Il ruolo delle catecolamine (in particolare dopamina e noradrenalina) nella regolazione delle capacità di controllo inibitorio dei lobi frontali sulle strutture striatali, confermato dagli studi di efficacia farmacologica con sostanze dopaminergiche, è in stretto rapporto con le fasi dello sviluppo (ad es. attraverso la densità dei recettori dopaminergici). Allo stesso modo il decremento del metabolismo del glucosio nelle aree frontali di soggetti affetti giustifica la riduzione dell'azione regolatrice dei lobi frontali, in particolare dell'area premotoria e prefrontale. Tali aspetti possono sottendere le manifestazioni motorie, impulsive e cognitive della sindrome, anche se i meccanismi attraverso i quali questa correlazione si realizza sono ancora poco noti, così come la specificità dei dati disponibili.

Un'altra strada per esplorare aspetti critici della eziologia del DDAI è quello di valutare le associazioni con altri disturbi psicopatologici la cui frequenza supera quella prevista dal caso. Il rapporto con i tic ed il con il disturbo ossessivo compulsivo, con i disturbi dell'umore, con i disturbi delle condotte esternalizzate, sia nei soggetti affetti che con parenti di I° grado, può consentire di mettere in evidenza condizioni ulteriori di vulnerabilità. Inoltre lo studio, sia clinico che sperimentale, di particolari condizioni di rischio (basso peso alla nascita, parto prolungato, basso punteggio di Apgar, forme diverse di sofferenza perinatale) può illustrare altri possibili meccanismi eziopatogenetici, riprendendo in una forma aggiornata il vecchio concetto di minimal brain dysfunction. Infine la presenza di assetti temperamentali specifici (bambini ipertimici o particolarmente disinibiti, contrapposti a bambini con inibizione comportamentale alla novità) può rappresentare una ulteriore strada per la esplorazione del concetto di vulnerabilità o di resistenza.

Tale vulnerabilità biologica può diventare clinicamente più rilevante in presenza di fattori ambientali, relativi alla presenza di stressors familiari, condizioni socioeconomiche svantaggiate, come dimostrato da molti studi epidemiologici. Allo stesso modo la presenza di condizioni di parenting più adeguato e di assetti socioambientali più equilibrati può rappresentare un fattore protettivo nei confronti di condizioni di vulnerabilità preesistenti.

La interazione tra fattori biologici e fattori ambientali è probabilmente circolare (come in gran parte della psicopatologia infantile). Il modo in cui tale interazione influenza la espressività clinica e la storia naturale necessita di ulteriori studi. E' probabile che da un lato il DDAI rappresenti la via finale comune di meccanismi di diversa natura, dall'altro diversi meccanismi in associazione definiscano diverse tipologie di DDAI, e che l'analisi eziologica (es. forme "familiari") possa consentire di individuare sottogruppi specifici sul piano clinico (es. associazione con altri disturbi psicopatologici), prognostico (es. forme persistenti) e della risposta ai trattamenti (es. farmacologici o non farmacologici).

I bambini iperattivi hanno un vero e proprio problema di attenzione?

*Santo Di Nuovo
Università di Catania*

I deficit di attenzione costituiscono una sindrome eterogenea, in quanto possono riscontrarsi congiunti o meno ad altri disturbi di tipo comportamentale. Le più recenti classificazioni dell' *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* previste sia nel DSM-IV sia nell'ICD-10 dell'OMS includono categorie differenziate per pattern di deficit cognitivi e comportamentali prevalenti: in alcuni casi predomina la disattenzione cognitiva, in altri l'iperattività-impulsività, in altri ancora una combinazione dei due aspetti. Il tipo con disattenzione ha per lo più deficit nell'elaborazione dell'informazione e difficoltà di apprendimento scolastico, mentre il tipo con iperattività predominante manifesta soprattutto problemi di adattamento sociale.

Da un punto di vista teorico-esplicativo ma soprattutto in ottica applicativa è importante ipotizzare un fattore sovraordinato che spieghi sia i deficit attentivi con iperattività che quelli prevalentemente cognitivi; in questa direzione ci sono di ausilio sia le recenti acquisizioni della neuropsicologia sia i risultati di ricerche sperimentali che partono dalla somministrazione di specifici test.

E' stata utilizzata a questo scopo una batteria di prove computerizzate composta da sette subtest, graduati per livello di difficoltà, finalizzati a misurare: 1. I tempi di reazione semplici; 2. i tempi di reazione basati su stimoli a scelta multipla; 3. il riconoscimento di targets su basi uditive, visive e spaziali; 4. il digit-span; 5. l'attenzione divisa (test di doppio compito); 6. la interferenza colore-parola (test di Stroop); 7. lo shifting dell'attenzione con targets sia verbali che visivi.

Il confronto fra soggetti con e senza ADHD ha evidenziato differenze significative dovute prevalentemente all'età, mentre l'effetto dell'iperattività è risultato significativo per il tempo di reazione a scelta multipla, l'interferenza colore-parola, la velocità di shifting visuo-spaziale; nelle altre prove i soggetti iperattivi non manifestano cadute nei livelli attentivi rispetto ai controlli, confermando la rilevante differenza fra i sotto-tipi descritti dal DSM-IV e dall'ICD-10.

Un'analisi dei risultati ottenuti in campioni di soggetti fra 6 e 20 anni ha consentito di individuare tre fattori principali: rapidità, concentrazione nei compiti multimodali, accuratezza definita dalla bassa quantità di errori e/o omissioni. La presenza simultanea di elevata velocità nella focalizzazione degli stimoli e di scarsa precisione ed efficacia della performance attentiva (alti punteggi nel primo fattore e bassi nel terzo) caratterizzano specificamente i soggetti con iperattività comportamentale e - in accordo con i dati neuropsicologici - consentono di confermare come elemento sovraordinato di questo deficit la scarsa capacità di controllo.

Il profilo neuropsicologico del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività

Numerosi autori sostengono che i bambini con Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (DDAI) presentino un “malfunzionamento” nelle aree pre-frontali del cervello (per una rassegna: Barkley, 1997; Quay & Hogan, 1999). Da questa ipotesi, abbiamo messo a punto una batteria di test basati sul paradigma delle Funzioni Esecutive ed applicata ad un campione di bambini con DDAI, per approfondire il loro profilo neuropsicologico.

La batteria comprende due test computerizzati per la valutazione di prontezza e accuratezza delle risposte in condizioni di attenzione sostenuta; una versione per bambini del test di completamento di frasi “Hayling” (Burgess & Shallice, 1996a); una prova di flessibilità cognitiva ispirato al “Brixton” (Burgess and Shallice, 1996b); un compito di fluenza verbale; un test basato sull’effetto Stroop di interferenza denominazione/conteggio; una prova di memoria di lavoro verbale (N-back).

I risultati della presente ricerca confermano che i bambini con DDAI presentano difficoltà a carico dei processi inibitori, funzioni attentive ed esecutive. Il gruppo di soggetti con DDAI hanno avuto prestazioni peggiori dei bambini di controllo in tutte le prove tranne nel compito di fluenza verbale. I nostri risultati si adattano bene con il modello denominato Supervisory Attentional System (Shallice, 1986) che prevede l’esistenza di due livelli di esecuzione: uno di tipo routinario e uno di tipo controllato. Quando il sotto-sistema a più basso costo cognitivo (routinario) non riesce ad eseguire il compito, quello a più alto investimento cognitivo (controllato) dovrebbe mettere in atto un adattamento strategico per far fronte alle maggiori richieste del compito. I bambini con DDAI sembra che non siano in grado di produrre tale adattamento strategico per riuscire ad adattarsi alle richieste dell’ambiente.

Non si riesce più a tenerlo ... Alcuni consigli per sopravvivere

Mario Di Pietro

Servizio per l’Età Evolutiva

Azienda ULSS 17 di Este/Monselice - PD

Il disturbo da deficit d’attenzione/iperattività influenza non solo la vita del bambino che ne è affetto, ma in misura notevole anche quella di coloro che si occupano di lui. Avere a che fare con un bambino iperattivo può essere estremamente logorante sia per i genitori che per gli insegnanti se la natura del problema non viene compresa e se non si dispone di adeguate procedure d’intervento. Le madri e i padri di bambini con DDAI sono probabilmente la categoria di genitori meno compresa, più stressata e con meno disponibilità di aiuto. Se poi consideriamo la situazione di insegnanti che abbiano nella classe un alunno iperattivo, la loro situazione non è certo particolarmente rosea.

Un presupposto che sta alla base di qualsiasi strategia che si intenda attuare riguarda la necessità di garantire la massima coerenza tra i comportamenti dei familiari e quelli degli insegnanti. Per questo è opportuno elaborare procedure d’intervento che coinvolgano parallelamente il contesto familiare e quello scolastico.

I principali passi per un’adeguata preparazione di genitori e insegnanti vengono di seguito delineati.

- Innanzitutto far acquisire le informazioni necessarie per comprendere meglio il comportamento del bambino e correggere eventuali convinzioni erranee in fatto di pratiche educative.
- Insegnare ai genitori e insegnanti come gestire meglio il proprio stress emozionale e potenziare le proprie risorse per migliorare la relazione col bambino. L’intento è quello di evitare che le difficoltà dell’adulto si ripercuotano sul bambino peggiorando la sua situazione.

- Insegnare come applicare procedure di modificazione del comportamento. Ricorrendo a numerosi esempi tratti dalle problematiche più frequenti, si cercherà di spiegare le tecniche per "ricompensare" i comportamenti adeguati e "ignorare" quelli volti a ottenere in modo inappropriato l'attenzione degli adulti. Gradualmente si procede verso tecniche più complesse di rinforzo differenziale, modeling, costo della risposta, time out. Va posta particolare enfasi sul concetto di apprendimento, dimostrando come certi comportamenti indesiderabili possono essere eliminati facendo apprendere al bambino forme alternative di comportamento.
- Informare su come strutturare l'ambiente scolastico e quello familiare in base ai bisogni particolari e alle caratteristiche del bambino con DDAI. Si tratta di ricorrere ad accorgimenti che consentono di prevenire l'insorgere di comportamenti indesiderabili e di facilitare il mantenimento dell'attenzione.
- Costruire nel bambino una maggiore tolleranza alla frustrazione. Il bambino spesso considera frustranti certe situazioni in quanto non può ottenere ciò che vuole o perché gli vengono fatte richieste per lui sgradevoli. La bassa tolleranza alla frustrazione insorge nel momento in cui una situazione viene giudicata "troppo" fastidiosa ingigantendo l'importanza di evitare il disagio. Un genitore o un insegnante può aiutare il bambino ad incrementare la sua tolleranza alla frustrazione applicando specifiche procedure meta-emotive in grado di favorire l'autocontrollo e di facilitare un rapporto migliore con i coetanei.

La relazione di un insegnante con un bambino con DDAI è un'esperienza che può durare diversi anni e per i genitori è un viaggio che occupa una parte significativa della loro vita. Sebbene siano diversi i quesiti ancora in attesa di risposta, importanti acquisizioni ricavate da varie ricerche hanno consentito in questi ultimi anni la messa a punto di procedure d'intervento atte a garantire non solo un maggior benessere nei bambini iperattivi, ma anche migliori condizioni di vita nei genitori e negli insegnanti che si occupano di loro. Educare un bambino iperattivo può quindi trasformarsi gradualmente in un'avventura entusiasmante ricca di gratificazioni.

Eppure sono intelligenti...alcuni motivi per cui i ragazzi con DDAI hanno difficoltà scolastiche

Gian Marco Marzocchi

Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati (SISSA), Trieste

Gli insegnanti spesso riportano che i ragazzi con problemi di attenzione/iperattività presentano un rendimento scolastico inferiore a quanto atteso dalle loro abilità cognitive, e in particolare intellettive. La letteratura scientifica conferma questo dato sostenendo che più della metà degli alunni con DDAI ha prestazioni scolastiche inferiori, di circa due anni, rispetto ai loro compagni. Rimane tuttora controverso se tale ritardo di apprendimento sia dovuto ad una serie di cadute attentive oppure ad una serie di processi cognitivi (leggermente compromessi) che non consentono agli alunni con DDAI di esprimere le loro potenzialità intellettive. Scopo del presente intervento è di analizzare le discipline scolastiche in cui i ragazzi con DDAI incontrano le maggiori difficoltà (comprensione del testo, studio orale, composizione scritta) e alcune ragioni per cui si verificano i "blocchi di apprendimento".

Un primo ordine di problemi riguarda la comprensione del testo scritto, che secondo nostre indagini, non risulta efficace come quella dei ragazzi senza DDAI: le ragioni di tali problematiche si devono ricercare nel funzionamento della loro memoria di lavoro, poco selettiva e strategica.

In secondo luogo, gli alunni con DDAI presentano alcune difficoltà nell'ambito dello studio orale, questo fenomeno sembra essere dovuto a due problemi: innanzitutto i bambini con DDAI non sono disposti a "perdere" più tempo di quello stimato (spesso erroneamente) ad apprendere una nuova lezione; inoltre presentano delle difficoltà nell'applicazione di efficaci strategie di studio (sebbene le conoscano).

Un terzo ordine di problemi riguarda la produzione scritta in cui i ragazzi con DDAI non riescono ad ottenere buone prestazioni a causa di problemi di pianificazione e organizzazione delle idee da estendere per iscritto.

Verranno presentati alcuni casi clinici per riconoscere le differenze tra un disturbo specifico di apprendimento da un ritardo di apprendimento dovuto al Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività.

Difficoltà di soluzione di problemi matematici in bambini con DDAI

*Daniela Lucangeli
Università di Padova*

Nell'ambito della letteratura psicologica, relativamente alle caratteristiche dei bambini DDAI, molte ricerche hanno messo in luce che l'area dell'apprendimento scolastico in cui i bambini con disturbi dell'Attenzione hanno maggiori difficoltà è l'area matematica (Lamminmaeki, Timo, Vesa & Lyytinen, 1995; Zentall, 1990; Marshall, Hynd, Handwerk & Hall, 1997).

In particolare secondo le ricerche di Zentall (1990; Zentall et al. 1994) tali difficoltà sono molto evidenti nella soluzione di problemi matematici proprio per la complessità di operazioni cognitive a cui i bambini devono fare attenzione per giungere alla soluzione corretta del compito.

D'altronde molte altre ricerche al riguardo hanno dimostrato specifiche difficoltà cognitive che i soggetti con DDAI dimostrano nel risolvere compiti cognitivi che richiedono di prestare attenzione a più aspetti contemporaneamente (Barkley, 1997; Van der Meere & Sergeant, 1988; Sergeant & Scholten, 1985; Quay, 1997; Sergeant, Van der Meere & Oosterlaan, 1999).

Ma quali sono gli aspetti e le componenti cognitive che un bambino deve mettere in gioco per risolvere correttamente un problema matematico?

Seguendo il modello generale dell'HIP, l'analisi dei processi cognitivi implicati nella soluzione dei problemi si è sviluppata nello studio delle componenti di comprensione del problema (Katona, 1940; Wertheimer, 1959; Newell e Simon, 1972; Simon e Hayes, 1976; Greeno, 1978, 1983) e delle abilità strategiche e metacognitive di soluzione (Mayer, 1985, Pressley et al., 1987; Schonfeld, 1987, 1995; Montague, 1992).

In particolare Lucangeli e Tressoldi (1999) hanno dimostrato che le componenti principali implicate nella *comprensione* riguardano la identificazione delle informazioni chiave, la rappresentazione cognitiva della situazione problema, e l'individuazione dello schema matematico di soluzione. Le componenti coinvolte nella scelta strategica della soluzione riguardano la pianificazione di strategie e procedure e il controllo dell'intero processo.

Da nostre recenti ricerche risulta che i bambini DDAI hanno difficoltà fin dalla fase di individuazione ed integrazione delle informazioni chiave contenute nel testo dei problemi matematici.

Un sistema di valutazione clinica per bambini con DDAI

*D. Maschietto
ASL n. 10 San Donà di Piave*

È indubbio che in questi ultimi anni sono in aumento richieste di consulenza a favore di bambini dai quattro ai quattordici anni di età che presentano problemi di comportamento/di attenzione, a casa e/o a scuola.

Tuttavia, dal punto di vista clinico si riscontra un crescente interesse al problema della diagnosi di disturbi che investono lo sviluppo della personalità del bambino, la capacità di acquisire competenze autoregolatrici nei confronti dell'impulso e/o di pianificare un'azione. Infatti, ad esempio alcuni ricercatori si interrogano sulla validità diagnostica del Disturbo da deficit

attentivo/iperattività (Coffey, 1997; Romani, Sogos e Levi, 1998); inoltre, dal punto di vista descrittivo possiamo trovare nel DSM IV e nell'ICD 10 molti disturbi caratterizzati da sintomi che si sovrappongono tra loro all'interno di diagnosi diverse (es. alcuni sintomi DDAI:

- il bambino spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro, o in altre attività;
- spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco,
- spesso non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente.

Analogamente, il Disturbo di Personalità di tipo Narcisistico vede un bambino che richiede costante attenzione da parte degli altri, appare incurante dei richiami, non riesce a mantenere l'attenzione su un compito per un tempo sufficientemente prolungato.

Inoltre, queste problematiche sono accompagnate anche a Difficoltà di Apprendimento Scolastico. Il mio contributo intende verificare se il modello bio - energetico di Sergeant et al. (1998) consenta di individuare e di interpretare almeno un certo di situazioni cliniche riconducibili al Disturbo da deficit attentivo/iperattività.

Questo modello infatti consente di selezionare tra le numerose prove attentive quelle che possono consentire di individuare una disfunzione in alcuni meccanismi di inibizione dell'impulso, di pianificazione di un compito e di capacità di non perseverare nell'errore. Per questo motivo abbiamo sottoposto ad un gruppo di bambini segnalati all'Unità Operativa di NPI per problemi di comportamento alle seguenti prove diagnostiche:

- MF di Cornoldi et al. (1996)
- CP di Cornoldi et al. (1996)
- Test delle Campanelle di Biancardi e Stoppa (1997)
- Torre di Londra (Krikorian et al., 1994)

Lo scopo del mio intervento è quello di illustrare i differenti profili neuropsicologici emersi dalle prestazioni fornite dai soggetti del campione e la relazione esistente tra questi e le difficoltà di apprendimento scolastico.

Bibliografia

- Biancardi, A. e Stoppa, E. (1997). Il test delle Campanelle modificato: una proposta per lo studio dell'attenzione in età evolutiva. *"Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza"*, 64, 73-84.
- Coffey, B. (1997). Attention Deficit Hyperactivity Disorder, in J. Noshpitz, P. Kernberg, J. Bemporad (eds), *"Handbook of Child and Adolescent Psychiatry"*, vol ii, New York, Wiley.
- Cornoldi, C. Gardinale, M., Masi, A., Pettendò, L. (1996). *"Impulsività ed autocontrollo"*, ed. Erickson (TN).
- Krikorian R., Bartok J. & Gay N. (1994). Tower of London procedure: a standard method and developmental data. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 16, 840-850.
- Romani, M., Sogos, C., Levi, G. (1998). ADHD e percorsi evolutivi appunti di ricerca, in *"Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza"*, 65, 247-256.
- Sergeant, J.A., Van der Meere, J.J. & Oosterlaan, J., (1999). Information processing and energetic factors in attention-deficit/hyperactivity disorder. In H.C. Quay & A. Hogan (Eds), *Handbook of disruptive behavior disorders*, New York: Plenum Press (pp. 75-104).

Come sarà il futuro dei bambini conDDAI?

Franco Gallucci
ASL Firenze

Senz' altro la sindrome del "Disturbo da Deficit di Attenzione-Iperattività" (DDAI) rappresenta un fattore di rischio nello sviluppo del bambino, con implicazioni per quel che concerne la sua vita di adolescente e poi di adulto. Fino a qualche anno fa si riteneva che un terzo dei soggetti DDAI si

avviassero dopo la pubertà e l'adolescenza ad una evoluzione verso la scomparsa della sindrome, mentre un permanere del disturbo, con o senza conseguenze negative derivanti dal disturbo, potesse interessare oltre la metà dei soggetti. Oggi si è visto bene che i caratteri essenziali del DDAI tendono a permanere, anche se con notevole diversità di espressione clinica. Infatti si è visto che in molti casi un bambino DDAI diventa un adolescente e un adulto DDAI, atto alla impulsività, a una gestione più o meno caotica della sua vita, sia affettiva che lavorativa, fino a casi in cui si consolida una patologia vera e propria quale tossicodipendenza, sociopatia, impulsività patologica, disturbi dell'umore. E' anche vero, però, che per molti soggetti è possibile una evoluzione positiva, verso una armonica integrazione delle caratteristiche di iperattività, con una buona riuscita sia in ambito personale, che familiare e lavorativo.

Prendendo in esame dapprima le evoluzioni più negative, queste cominciano spesso con comportamenti devianti, quali l'allontanamento progressivo dalla scuola, l'inserimento in gangs di simili, l'adozione di condotte aggressive o autoaggressive. Una frequente associazione a sviluppi di questo tipo è rappresentata dalla tossicodipendenza, in particolare dall'uso di cocaina, che è spesso prediletta dal paziente adulto DDAI, per l'effetto transitorio e illusoriamente positivo sui sintomi del DDAI (incremento della lucidità, consapevolezza, miglioramento dell'umore, dell'attenzione); ovviamente questo abuso finisce per complicare ulteriormente la vita del paziente. In casi meno gravi, ma pur sempre a evoluzione negativa, la vita professionale dei soggetti DDAI è complicata da un andamento altalenante, erratico, e da notevoli frustrazioni in particolare quando il soggetto si cimenta in attività troppo lontane dalla sua indole e che ignorano la possibilità di valorizzare il suo temperamento. Da sottolineare che l'evoluzione più negativa, verso sociopatia, tossicodipendenza, etc. è legata dalla presenza in età precoce della sintomatologia a carattere deviante, cioè al Disturbo di condotta. In sintesi, la prognosi di un bambino con DDAI è legata, secondo gli studi finora raccolti, alla co-presenza di diversi fattori:

1. La presenza o assenza di sintomi riferibili ad altre categorie diagnostiche, quali il Disturbo di Condotta, disturbi dell'umore, Disturbi specifici d'apprendimento quali la dislessia etc.

2. Al livello di intelligenza

3. Alla presenza di ambienti favorevoli o meno, in grado di individuare i problemi e trattarli, fino a valorizzare ciò che sono le caratteristiche naturali del bambino, quali vivacità, curiosità, intuizione.

Ovviamente un fattore determinante nella evoluzione positiva è una buona valutazione delle difficoltà del bambino, e il relativo inquadramento e, ove necessario, trattamento.

Disturbi da Deficit di Attenzione con Iperattività: disturbi associati o diversi sottotipi clinici?

Enzo Sechi

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Età Evolutiva

Università "La Sapienza", Roma

Negli ultimi anni l'arrivo nel dibattito scientifico e nella pratica clinica dei sistemi nosografici internazionali ha portato un progresso in quanto ha proposto agli addetti ai lavori un punto di vista più ampio circa i disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva. Le nuove categorie diagnostiche che si basano principalmente sulla individuazione di quadri comportamentali descrittivi rappresentano uno strumento molto utile in quanto consentono uno sviluppo degli studi epidemiologici e un punto comune tra operatori di diverse aree; sarebbe tuttavia assolutamente riduttivo se il lavoro clinico si accontentasse delle definizioni nosografiche per approfondire i profili psicopatologici e neuropsicologici dei bambini in difficoltà così come per decidere le scelte di intervento e di terapia. Al contrario, queste definizioni se utilizzate in modo acritico potrebbero diventare soltanto uno strumento per la conferma di diagnosi precostituite, con il rischio che prendano piede tra gli operatori e tra gli utenti (genitori, insegnanti e bambini)

modelli di spiegazione semplificati e in definitiva riduzionistici: in questa ottica le difficoltà di sviluppo e di interazione che il bambino presenta rischiano di essere considerate come un dato esclusivamente “biologico” completamente scisso dalla sua storia, dal suo vissuto e dalle caratteristiche dell’ambiente sociale (scuola famiglia).

Peraltro la discussione attualmente non risolve tra i diversi sistemi nosografici (vedi il disaccordo circa il sintomo “impulsività” così come il significato del costrutto “attenzione”) dimostra che questa discussione non è per niente accademica in quanto scegliere una o l’altra opzione comporta un cambiamento ingente per quanto riguarda le stime epidemiologiche della sindrome e per quanto riguarda le scelte di intervento. Analogamente il concetto di comorbidità proposta dagli studi epidemiologici rischia di diventare sterile se viene utilizzata come una sommatoria aritmetica di diagnosi e non come un punto di partenza per ampliare il focus osservativo clinico e terapeutico.

Queste cautele e questi limiti devono essere presi in considerazione di fronte a bambini che vengono segnalati per un comportamento iperattivo associato o meno a difficoltà di apprendimento. Nel presente contributo si prenderanno in considerazione i dati della letteratura internazionale e i dati di ricerca del nostro gruppo relativi alla sovrapposizione che esiste tra DDAI, disturbi di apprendimento e disturbi ansioso-depressivi e si discuteranno i differenti profili clinici e le scelte di intervento poste da queste sovrapposizioni.

Una collaborazione possibile tra scuola e servizi

Claudio Vio

ASL San Donà di Piave (VE)

Vogliamo affrontare, dal punto di vista clinico, il problema di quei bambini che vengono descritti come poco attenti, che non ascoltano, che disturbano, che non rispettano le regole, che creano apprezzabili problemi nella gestione del comportamento nell’ambiente domestico ed a scuola; ma anche valutare possibili linee di intervento da parte dei genitori e degli insegnanti nel tentativo di porre rimedio a quelle problematiche che non consentono un buon adattamento del bambino sia in ambito familiare che sociale.

Da più parti viene rilevato un dato epidemiologico in aumento di persone che presentano problematiche, che ora definiamo genericamente, di tipo comportamentale: bambini e/o adolescenti incapaci di orientare la propria attenzione per un tempo sufficiente all’esecuzione o alla comprensione del compito, di procrastinare un proprio desiderio, talvolta aggressivi nei confronti di oggetti o compagni, incuranti del richiamo dell’adulto, in alcuni casi descritti con elevata autostima, in altri incerti e insicuri rispetto alle proprie capacità.

Già da queste prime osservazioni, si può osservare come i bambini che “disturbano” o che “non stanno attenti” o che “sono impulsivi” possano rappresentare dal punto di vista dell’interpretazione del problema tipologie differenti tra loro.

Le domande alle quali cercheremo di dar risposta sono:

- come vengono interpretati dal punto di vista clinico questi problemi?
- quali possono incontrare una evoluzione positiva nel corso dello sviluppo, quali invece preludono ad una franca patologia psicologica – comportamentale?
- quali trattamenti sono possibili?
- quale aiuto fornire alle istituzioni educative?

La situazione dal punto di vista dei Servizi sanitari: la clinica

La popolazione di bambini che presentano disturbi del comportamento sembra essere costituita in realtà da una tipologia alquanto differente di soggetti in ordine alle cause di questo disturbo.

Possiamo infatti distinguere: problematiche riconducibili ad un Disturbo di personalità (ad es. disturbo della condotta, disturbo narcisistico, disturbo border, ecc.), al Disturbo dell’Umore, al deficit attentivo/Iperattività, al Disturbo Pervasivo dello Sviluppo.

Nel mio intervento verranno analizzati brevemente i profili di queste diverse diagnosi.

Disturbi dell'Umore (DU)

Disturbo d'ansia (DAG)

Disturbo Oppositivo/Provocatorio (DOP)

Disturbi di Personalità Narcisistico (DPN)

Disturbo Border (DB)

Disturbo della Condotta (DC)

Disturbo da Deficit Attentivo/Iperattività (DDAI)

Come si può osservare numerose sono le situazioni cliniche che richiedono di analizzare comportamenti che tradiscono difficoltà di controllo degli impulsi, irrequietezza psicomotoria, instabilità attentiva. Non vengono qui affrontate le problematiche relative al Disturbo Generalizzato di Sviluppo di tipo autistico che rimandano a modalità educative e terapeutiche del tutto diverse da quelle richieste dalle diagnosi sopra richiamate. Per queste infatti è possibile individuare degli interventi comuni, nonostante la diversa causa del disturbo, anche se con accentuazioni diverse.

E' indubbio che per il bambino DDAI, o DOP, o con Disordine della condotta o con Disturbo di personalità l'intervento educativo sia familiare che scolastico può consentire una maggiormente efficace operazione di contenimento o riduzione dei sintomi manifestati e, nei casi più fortunati, una loro remissione più o meno completa. Si tratta di bambini per i quali è necessario mettere in campo un'azione di recupero impegnativa e spesso multimodale, che preveda cioè il coinvolgimento del bambino, della famiglia e della scuola .

Nello schema che segue si può osservare come nella gran parte delle problematiche elencate gli interventi non possono escludere un organico e sistematico coinvolgimento, laddove possibile, di famiglia e scuola.

Tabella 1. Indicazioni operative utili per l'intervento con bambini che presentano le problematiche sotto indicate.

Problematiche riconducibili a	Intervento con il bambino	Intervento attraverso i genitori	Coinvolgimento della scuola
DU	X		
DAG	X		
DOP		X	X
DPN		X	X
DB	X	X	?
DC		X	X
DDAI	X	X	X

In particolare, è utile forse ricordare che bambini con Disturbo dell'umore vengono descritti da genitori ed insegnanti come "volubili" (a volte ascoltano, sono tranquilli, altre volte invece non si riesce a contenerli); che il Disturbo D'Ansia Generalizzata non pone particolari problemi nel controllo del comportamento, gli insegnanti lamentano per lo più prestazioni scadenti e/o incostanti; il Bambino con Disturbo Oppositivo Provocatorio diventa maggiormente in grado di seguire le attività scolastiche con la frequenza scolastica, in questo caso le preoccupazioni sono di altra natura e, cioè, che spesso in adolescenza un problema di questa natura può evolvere verso un Disordine della Condotta; il Disturbo narcisistico viene descritto dagli insegnanti come del tutto sovrapponibile al DDAI; le problematiche invece di tipo Border meritano un'attenzione particolare. Si tratta di bambini che sono difficili da gestire soprattutto nel contesto sociale, infatti a volte manifestano comportamenti di eccessiva disponibilità rispetto ad altre volte in cui l'adulto sente che è opportuno non fidarsi , inoltre spesso gli insegnanti sembrano non essere d'accordo

sulle caratteristiche di questi bambini, sembrano disorientati nel descrivere la “personalità”, il “carattere” di questi alunni.

Per i bambini DDAI, invece, il clima degli incontri con gli insegnanti è fortemente teso e preoccupato nei primi due anni di scuola elementare, anche se gli alunni vengono descritti talvolta come persone affettuose, per poi riconoscere che con l'aumentare della scolarizzazione, spesso, l'iperattività viene a ridursi per lasciar spazio a maggiori problemi inerenti il mantenimento dell'attenzione.

Quale collaborazione tra scuola e Servizi sanitari

Viene da più parti rilevato un lento ma inesorabile arretramento dal mondo della scuola da parte dei servizi dell'Azienda Sanitaria (Ianes, 1999). Credo al contrario che come nei disturbi Specifici di Apprendimento sia necessaria la collaborazione tra questi istituti (Biancardi e Stella, 1999) anche in questo ambito via sia la necessità di costruire una efficace modalità di aiuto al bambino. Rispetto ad alcune tipologie di disturbo, maggiormente studiate come ad esempio il “Disturbo della Condotta”, vi sono numerose sperimentazioni che hanno potuto dimostrare la validità di un approccio “ecologico” al problema. In altre, come nel DDAI, vi sono alcune proposte sperimentate che sembrano essere efficaci (per i genitori, Vio, Marzocchi e Offredi, 1999; per gli insegnanti, Stormont-Spurgin, 1999; Marzocchi, Poli e Molin, 2000).

Dal punto di vista dei servizi sanitari sarebbe opportuno, a mio avviso, evitare i seguenti rischi:

- di non prendere in considerazione le particolari difficoltà di controllo del comportamento/dell'attenzione che questi bambini incontrano nella vita sociale piuttosto che nel rapporto privilegiati con l'adulto;
- di limitarsi a prendere in considerazione solo quei bambini che presentano una chiara patologia sotto il profilo dell'organizzazione della personalità (es. Disturbo generalizzato dello Sviluppo, Disturbi di personalità) e trascurare gli altri (es. DDAI, DOP, ecc.)
- di non approfondire la presenza di altri disturbi, in particolare quelli specifici d'apprendimento;
- di mantenere l'interesse terapeutico esclusivamente al paziente senza considerare il contesto nel quale il bambino è inserito.

Analogamente, gli insegnanti devono tenere presente:

- che la richiesta di insegnante di sostegno non può essere sempre condivisibile e trovare i requisiti richiesti per legge;
- che la famiglia ha bisogno di tempo per accettare che il loro figlio incontri i criteri per un Disturbo (es. DOP, DDAI, dell'Umore) di cui poco si conosce sulle cause, che spesso si modifica nel tempo e che, in ogni caso fino all'ingresso alla scuola dell'obbligo, non ha messo i genitori nella condizione di constatare che “c'è qualcosa che non va” nel loro bambino;
- che tra i 6/8 anni vi sono in quasi tutti i disturbi citati dei cambiamenti significativi nella frequenza e nella tipologia dei sintomi espressi dal bambino.

Allo stesso tempo però famiglia e scuola devono partecipare a pieno titolo ad un programma di intervento che preveda delle verifiche periodiche sull'andamento del caso. Infatti, anche un intervento psicoterapico ad indirizzo psicodinamico può beneficiare di un ambiente che condivide obiettivi educativi e metodo per raggiungerli.

La definizione del programma ovviamente è difficile da definire in dettaglio: questo può dipendere dalle scelte che gli operatori dei servizi ULS fanno, come anche dalle reali disponibilità degli insegnanti (organizzazione del lavoro, numerosità della classe, presenza di uno o più alunni in difficoltà).

La nostra esperienza professionale ci spinge formulare la seguente prassi operativa:

- definizione diagnostica delle problematiche evidenziate dal bambino; in questa fase può essere utile avvalersi anche di dettagliate descrizioni del comportamento del bambino a casa e a scuola;
- comunicazione ai genitori dell'esito della valutazione psicologico - clinica con indicazione della prognosi di sviluppo;

- definizione delle modalità di intervento che dovrebbe innanzi tutto fornire ai genitori migliori strumenti di interpretazione delle difficoltà del figlio e la possibilità di verificare tecniche educative efficaci.
- La scuola dovrebbe poter disporre di una consulenza che favorisca l'individuazione di modalità operative di volta in volta efficaci con questi bambini.

Bibliografia

- Biancardi, a. e Stella, G. (1999). "La necessità di collaborazione fra scuola e servizi specialistici: il caso della dislessia". In D. Ianes e M. Tortello (a cura di), "*La Qualità dell'Integrazione Scolastica*". Trento: Edizioni Erickson.
- Ianes, D. (1999). Strategie prioritarie per dare Qualità all'integrazione scolastica. "*Difficoltà di Apprendimento*", 5, 2, 161-170.
- Stormont-Spurgin, M. (1999). Strategie per le abilità di organizzazione degli alunni con disturbo da deficit di attenzione e iperattività. "*Difficoltà di Apprendimento*", 5, 2, 185-194.
- Molin, A., Marzocchi, G.M. & Poli S. (2000). *Attenzione e metacognizione*. Trento: Edizioni Erickson.
- Vio C, Marzocchi G.M. & Offredi F. (1999). "*Il disturbo da deficit attentivo/iperattività. Diagnosi psicologica e lavoro con i genitori*". Trento: Erickson.

Memoria, apprendimento e metacognizione nell'alunno disattento/iperattivo

Cesare Cornoldi
Università di Padova

Angelo è un ragazzino di 11 anni con l'argento vivo addosso, è sempre in movimento, disturba insegnanti e compagni, di tanto in tanto abbandona senza permesso la sua classe e gira per la scuola. Abita in un piccolo borgo della Brianza e, durante le scuole elementari, era in una piccola classe con soli 8 alunni e ha incontrato una maestra che l'ha preso in simpatia e l'ha aiutato a superare le difficoltà e a ottenere una qualche tolleranza da parte della scuola. Alle scuole medie, situate nel comune capoluogo, si è trovato a frequentare una normale classe di 22 alunni. Ha offerto una prima impressione positiva, per il sorriso aperto e l'intelligenza vivace, ma ha offerto prestazioni basse già al le prime prove orali e scritte. Contemporaneamente gli insegnanti hanno cominciato a lamentarsi del comportamento di Angelo. Dopo alcune settimane è arrivato un nuovo professore che doveva servirsi di un bastone per camminare. Angelo si è divertito all'idea di utilizzare il bastone e gliel'ha portato via durante l'intervallo, lasciandolo poi in giro per la scuola. Questo episodio, per quanto indicativo delle intemperanze di Angelo, ha costituito occasione per stabilire un rapporto intenso fra Angelo e il professore che ha per qualche tempo tranquillizzato un poco il ragazzino.

Il professore non è però rimasto a lungo nella scuola e, a gennaio, la scuola ha ritenuto necessario dare un segnale al ragazzo, sospendendolo per alcuni giorni e responsabilizzando fortemente i genitori. Costoro, persone semplici e non attrezzati a affrontare in maniera diversificata la situazione, hanno aggiunto altri rimproveri a quelli che già la scuola aveva dato. Apparentemente Angelo si è calmato, ma dopo i giorni di sospensione egli ha ripreso i comportamenti precedenti, complicati da una fobia per la scuola (con la ricerca continua di scuse per evitare di andare a scuola) e da un crescente isolamento rispetto ai compagni. Alla fine della prima media, Angelo è stato bocciato e i genitori -su consiglio degli insegnanti- hanno cominciato la ricerca di una scuola alternativa ove iscrivere il ragazzo.

Il disturbo e le sue caratteristiche

Angelo costituisce un caso particolarmente evidente di iperattività (talora si parla di ipercinesia, discinesia, instabilità motoria) i cui sintomi più frequenti sono l'irrequietezza, l'incapacità di stare fermo in un posto o di svolgere a lungo una stessa attività, una loquacità eccessiva. I bambini

iperattivi costituiscono la croce di tutte le scuole, sia perché sono difficili da contrastare, sia perché disturbano l'attività dell'intera classe (sul consiglio di cercare una nuova scuola può aver agito il desiderio interessato di liberarsi di Angelo!). Questi aspetti comportamentali evidenti del disturbo hanno però portato spesso a trascurare gli aspetti cognitivi che sono associati al disturbo. Angelo, infatti, benché intelligente, presenta difficoltà di apprendimento scolastico. Perché accade questo? Si potrebbe pensare che movimenti e uscite dalla classe facciano perdere ad Angelo ore preziose di lezione e quindi lo facciano rimanere indietro col programma. In realtà, bambini che hanno perso -per malattia o altre ragioni- molte più ore di Angelo non presentano tuttavia i suoi problemi.

In realtà bambini come Angelo presentano tipicamente una grossa difficoltà di autocontrollo del proprio pensiero che è in associazione con due tipici problemi:

- 1) incapacità di mantenere a lungo l'attenzione su qualche cosa,
- 2) impulsività.

Le difficoltà di attenzione costituiscono un elemento talmente tipico e significativo che molti psicopatologi usano l'espressione 'disturbo da deficit di attenzione' (attention deficit disorder) per descrivere il nucleo del problema, osservando che esso compare in maniera in parte simile in bambini iperattivi come Angelo, ma anche in bambini apparentemente tranquilli. È stata fornita una stima per cui circa il 5% dei maschi e l'1.25% delle femmine presentano in modo grave questi problemi. Come si può vedere si tratta di una stima molto elevata e che, tuttavia, per numerosi esperti dovrebbe essere cospicuamente aumentata. Ovviamente, trattandosi di un problema così frequente (possiamo stimare che in Italia ci siano più di 200.000 bambini e ragazzi che presentano il problema!), esso può presentarsi sotto forme diverse e tuttavia con alcuni elementi comuni che ne giustificano una considerazione unitaria.

Il bambino con DDAI (disturbo da deficit attentivo con o senza iperattività) si caratterizza per la presenza mantenuta nel tempo di alcuni fra i sintomi precedentemente indicati (vanno aggiunti sintomi di 'impulsività', quali la tendenza a rispondere precipitosamente, l'invadenza, l'incapacità ad aspettare il proprio turno), cui molto spesso si associano problemi sociali e difficoltà di apprendimento. Queste ultime, come negli altri casi di disturbo specifico finora analizzati, si presentano col tipico dislivello fra quello che il bambino potrebbe fare (potenziale intellettivo) e gli effettivi obiettivi di apprendimento che egli raggiunge. Per questi bambini, gli psichiatri hanno spesso parlato di 'comorbidità' per designare la compresenza di due disturbi, come per es. il DDAI associato ad una dislessia. In realtà, tuttavia, molte delle difficoltà scolastiche manifestate sembrano nascere dallo stesso tipo di problema di autoregolazione che è alla base del problema attentivo e comportamentale.

Attenzione e autoregolazione

Il disturbo DDAI è stato spesso definito come disturbo di attenzione, per il fatto che questo aspetto è facilmente colto dall'insegnante. L'alunno è sovente colto disattento o appare incapace di concentrarsi. In realtà molte manifestazioni di disattenzione non sono associate ad una mancanza di attenzione, ma ad una sintonizzazione dell'attenzione su stimoli diversi da quelli che vorrebbe l'insegnante. Per esempio, un ragazzino che segue il volo degli uccelli durante la spiegazione dell'insegnante sta usando l'attenzione, solo che essa è rivolta agli uccelli piuttosto che alla lezione. In casi del genere si dice che c'è un diverso orientamento dell'attenzione selettiva. Il difetto attentivo che più colpisce in questi bambini è rappresentato dalla mancanza di 'concentrazione', cioè dalla incapacità di focalizzarsi su un contenuto e di mantenere l'attenzione su di esso. A questo proposito si parla di problema di 'attenzione sostenuta' o 'attenzione mantenuta'. Va però osservato che quando il bambino è sotto pressione sembra capace di mantenere l'attenzione per un tempo sufficientemente lungo. Per esempio, molti bambini con DDAI, se vengono esaminati individualmente, forniscono prestazioni più adeguate e conservano l'attenzione su quanto richiesto. Al contrario, quando si trovano in classe con molti altri compagni o sono lasciati da soli, essi perdono immediatamente l'attenzione.

Per descrivere questa discrepanza, si è parlato di deficit di autoregolazione. Si è osservato infatti che l'attenzione può essere 'eteroregolata' (come accade quando c'è un'altra persona che ci pone delle richieste e quindi ci guida, regola, il comportamento) o 'autoregolata' (quando tocca a noi gestirci e quindi controllare la nostra attenzione). I bambini con DDAI cercano con ansia e frequenza il rapporto privilegiato con un'altra persona, sia perché avvertono il bisogno di interazione, sia perché in questo modo possono essere aiutati a procedere nei momenti di difficoltà. La loro difficoltà di autoregolazione si associa ad altri problemi relativi al controllo dell'attività della mente, come la capacità di pianificare, organizzarsi, utilizzare strategie e così via. Sono tutte funzioni che la psicologia cognitiva associa alle 'funzioni centrali esecutive' della mente e mette in relazione con le aree pre-frontali del cervello. Studi svolti presso la Facoltà di Psicologia dell'Università di Padova hanno messo in relazione questi problemi con le difficoltà di memoria e di apprendimento. È stato, per esempio, osservato che -nell'affrontare un compito di memorizzazione- il bambino DDAI sa quello che deve fare, ma ugualmente non prende l'iniziativa per suo conto di farlo: se riceve gli appropriati consigli ed è guidato ad usarli raggiunge buoni risultati di memoria.

La valutazione

Come si è visto, il bambino con DDAI, in un rapporto individualizzato, offre spesso risultati più che buoni. Pertanto la valutazione individuale del bambino può fornire un falso ridimensionamento delle sue difficoltà. Non per niente gli insegnanti sperimentano spesso la frustrazione di sentirsi dire da illustri clinici che sono loro a non riuscire a creare il giusto rapporto con l'alunno. Per queste ragioni il migliore giudice dei problemi del bambino è chi lo vede spesso nel contesto della vita di tutti i giorni, in primo luogo l'insegnante (che ha il termine di paragone rappresentato dai suoi coetanei), in secondo luogo il genitore o chi lo segue in attività continuative extrascolastiche. Per ottenere le valutazioni di questi 'osservatori' si richiede di solito di indicare quali fra i comportamenti tipici del DDAI compaiono e con quale frequenza o intensità. Se il problema di questi bambini fosse semplicemente legato alla capacità dell'insegnante di capirlo e accettarlo, si dovrebbero trovare notevoli discordanze fra diversi insegnanti, cosa che invece normalmente non si verifica. Nelle nostre ricerche abbiamo potuto osservare che anche l'insegnante di educazione fisica (che meno dovrebbe rilevare questi problemi) offre in realtà riscontri simili agli altri insegnanti.

Le valutazioni offerte da questi 'osservatori' vengono integrate da un colloquio e da alcune prove diagnostiche. Nel nostro protocollo, in particolare, è prevista la proposta di una prova di attenzione visiva prolungata (la ricerca di una determinata configurazione, o di una determinata serie di lettere, in una serie di matrici ove essa spesso compare), una prova di controllo dell'impulsività (l'identificazione fra diverse figure estremamente simili di quella che è identica ad un modello), una prova di controllo della memoria e una prova di controllo esecutivo. Una scarsa prestazione in una o più di queste prove può fornire sostegno ulteriore ad una ipotesi diagnostica emersa da colloqui e da valutazioni degli osservatori.

Quando è possibile lavorare con bambino e genitori?

Marina Gardinale

Psicologa e psicoterapeuta – Mestre (VE)

Ogni genitore appena ospita tra le braccia il proprio figlio neonato, viene assalito da emozioni, aspettative per il futuro e da quel momento si inaugura la sua capacità di aiutare a crescere, il saper aspettare o intervenire nel lungo processo di formazione di una persona. Fino a questo momento, tutti i genitori si ritrovano con il medesimo problema: "favorire la crescita e la maturazione del figlio". Il secondo problema sarà come fare per favorire la crescita e la maturazione del figlio e la soluzione a questo secondo quesito, è molto soggettiva e deriva dalle esperienze personali, dalle proprie credenze, dalle conoscenze specifiche... A questo punto del lavoro di genitore, ha poca

importanza la tecnica usata, ma è di fondamentale importanza la filosofia che guida all'obiettivo. Nei progetti a lunga scadenza dei genitori, c'è la speranza che il proprio figlio trovi un lavoro, abbia una famiglia e una vita affettiva soddisfacente e che possa a sua volta avere dei figli. Per raggiungere la meta saranno necessari almeno 25 anni. Sappiamo che i primi sono i fondamentali, quelli nei quali ogni genitore eserciterà ben il suo ruolo soprattutto se riuscirà a creare in suo figlio la capacità di rispettare e adeguarsi alle regole. Sono stati fatti molti esperimenti e da molti genitori sull'argomento regole, alcuni avevano pensato che non darle affatto potesse essere un grande privilegio per i piccoli, in effetti i risultati 20 anni dopo, sono stati deleteri: gli stessi ragazzi riferivano quanto stavano male nel non saper decidere, essere liberi di fare quello che volevano era molto più difficile che rispettare o trasgredire una regola. Dunque, il lavoro di insegnare a rispettare le regole, è il primo obiettivo per un genitore e nel caso specifico di un genitore di un bambino DDAI, diventa ancora più necessario, perlomeno per cercare di limitare i danni secondari. I primi interventi specifici possono essere effettuati fin dalla scuola materna, con la collaborazione dell'insegnante e dei genitori, con l'intento di contenere i comportamenti più debordanti. Dopo i 7 anni, ci è data la possibilità di porre correttamente la diagnosi di DDAI e di intraprendere un trattamento specifico a promuovere l'autoregolazione.

Un programma di formazione per genitori: il parent training

*Francesca Offredi
ASL S. Donà di Piave (VE)*

Per molto tempo e per numerosi teorici dello sviluppo psicologico, i genitori hanno rappresentato quasi una fonte di disturbo nella crescita del bambino. Ciò che pare attualmente associato è che non è solo l'adulto che determina la qualità del rapporto genitore-figlio, ma spesso una caratteristica innata del bambino (quale il DDAI), orienta le tipologie relazionali tra i componenti del nucleo familiare.

In questa luce, le disfunzioni che spesso si rilevano nell'intero sistema-famiglia dei bambini con DDAI sono da leggersi come una conseguenza della difficoltà a porsi in una relazione educativa corretta con questi bambini piuttosto che come una causa del loro comportamento problematico.

La necessaria presa in carico del bambino con DDAI non può perciò esaurirsi in un trattamento rivolto solo al bambino ma deve coinvolgere, ove possibile, la famiglia e la scuola.

Una proposta operativa utile è quella di un parent training, un percorso formativo rivolto ai genitori costituito da una serie di incontri di gruppo o individuali, sulla gestione del bambino, che rappresentano un ambito privilegiato per lo scambio di informazioni fra operatore e genitori, e per i genitori fra di loro, fornendo informazioni corrette rispetto alle caratteristiche del disturbo, alla sua eziologia, al trattamento e alla prognosi e proponendo tecniche di modificazione del comportamento e di gestione cognitiva del bambino con le quali i genitori sono chiamati ad operare in prima persona.

I genitori non sono perciò destinatari di un sapere "preconfezionato": il parent training non è infatti un corso *per* genitori, ma è un percorso *con* i genitori, non si configura come possibilità di interpellare un esperto che dia delle risposte e dei metodi di pronto-uso, nè come luogo dove venga sancita l'esistenza di una "patologia familiare".

Al contrario, la finalità principale del parent training è *la restituzione di un ruolo attivo alla famiglia* attraverso una corretta informazione sul DDAI, che permetta la creazione di un quadro equilibrato di potenzialità e difficoltà del bambino e la formulazione di aspettative corrette sul suo comportamento. Ciò al fine di rendere i genitori capaci di organizzare un ambiente "protesico" rispetto al disturbo, che fornisca supporto al bambino in ambiti in cui incontra alcune difficoltà ma nel contempo gli permetta di sperimentare il proprio controllo e la propria autonomia in situazioni che sono alla sua portata.

Una proposta di parent training in lingua italiana utilizzabile con gruppi di genitori è quella di Vio, Marzocchi, Offredi (1999) *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività. Diagnosi psicologica e*

formazione dei genitori. La scelta di proporre un percorso di gruppo è stata motivata dai molteplici vantaggi di tale formula: il gruppo permette di trovarsi con altri genitori che condividono le stesse difficoltà sentendosi meno “isolati” rispetto al problema, confrontare situazioni familiari con caratteristiche tra loro diverse, ridimensionare la gravità di certi comportamenti del bambino, vedere utilizzate varie tecniche di intervento e verificarne l’efficacia, beneficiare di proposte fatte da altri genitori e non “calate dall’alto”. Inoltre, la partecipazione al gruppo crea una sorta di “maternage” del gruppo verso il singolo genitore, facendolo sentire sostenuto nella sua ricerca di una scelta educativa che sia funzionale alle caratteristiche del bambino ma anche adeguata alle peculiarità del suo nucleo familiare e sollecitando una spinta imitativa nella ricerca di comportamenti corretti rispetto ai problemi del figlio.

La verifica dell’efficacia del parent training è tuttora in corso, anche se i primi dati a nostra disposizione confermano un miglioramento nel comportamento del bambino con DDAI e soprattutto un beneficio a livello di sistema familiare.

Il trattamento del DDAI: la deleteria insensibilità italiana alla comprovata efficacia degli psicostimolanti

Francesco Renzulli

Associazione Lescot - Onlus

Quasi un secolo fa il pediatra Still descriveva il DDAI con atteggiamenti antagonisti e di sfida in venti fanciulli e ne intuiva l’origine biologica.

Nel 1937 Charles Bradley sperimentava con successo un’anfetamina (Benedrina) nel trattamento del DDAI e negli anni ’50 diventava una prassi negli Stati Uniti prescrivere due psicostimolanti, il metilfenidato (Ritalin) o la pemolina (Cylert, in Italia Deadyn), con un effetto rapido e significativo per numerosi soggetti.

Negli anni ’60 la diagnostica del DDAI si affinava ulteriormente e le indagini familiari, come aveva già osservato Still, scovano casi di alcolismo, depressione, impulsività, distrazione e alterazione repentina dell’umore, che unite alle analisi statistiche di dati epidemiologici fanno propendere sempre più per una origine organica e genetica della turba. Si assiste infatti ad una progressiva liberazione dai complessi di colpa dei genitori precedentemente accusati di pesanti peccati pedagogici e ad un parziale condono dei “cattivi” comportamenti dei soggetti affetti.

Dagli anni ’70 ad oggi numerose pubblicazioni ad alto livello, che riguardano complessivamente oltre 1000 soggetti DDAI, confermano il trattamento ottimale a base di psicostimolanti che per altro sono molto ben tollerati. Alcuni dei suddetti lavori indicano che la terapia comportamentale in aggiunta a quella farmacologica è di beneficio.

In Italia la turba che colpisce l’8% degli scolari è trascurata e, per giunta, gli psicostimolanti non sono reperibili.

L’autore presenta una sua casistica di bambini DDAI trattati farmacologicamente e descrive due illustri personaggi del passato con probabile DDAI e destini diametralmente opposti.

Attenzione e metacognizione:

un programma per tutta la classe per sviluppare consapevolezza attenta

Adriana Molin Silvana Poli

IRSSAE VENETO – MESTRE (VE)

Sono sempre più numerosi i bambini che dimostrano qualche difficoltà nell’adattarsi ai tempi scolastici, ai ritmi di apprendimento soprattutto a livello degli otto-undici anni. Il non prestare attenzione per il tempo necessario alla esecuzione dei compiti, essere spesso con “la testa tra le nuvole”, essere precipitosi nelle risposte quando i quesiti sono ambigui e richiederebbero una

riflessione, sono tutti indicatori di comportamenti degli alunni poco autoregolati alle situazioni di contesto. La capacità di acquisire abilità di autoregolazione del proprio comportamento che consentono di adattarsi all'ambiente, si sviluppano durante gli anni della scuola elementare e consentono ai bambini di esprimere al meglio le potenzialità cognitive.

Purtroppo alcune caratteristiche dei modi di vivere di oggi non favoriscono questo processo evolutivo. Ambiente familiare in cui i genitori - molto spesso - sono più attenti agli aspetti affettivi che normativi della vita del figlio (Scabini, 1998), contesti di vita ultrastimolanti da un punto di vista cognitivo, ma che, proprio per questo, attivano processi in cui è privilegiata la risposta rapida, l'analisi non approfondita, predispongono ad uno stile di elaborazione cognitiva che male si accorda alle necessità dell'apprendimento scolastico, caratterizzato dalla sistematicità e dalla intenzionalità ad apprendere.

Il quadro che si presenta agli insegnanti è piuttosto variegato: da un lato molti bambini che mostrano lievi difficoltà a prestare attenzione e qualche caso di bambini che mostrano veri e propri disturbi attentivi, a volte associati a tratti di impulsività, dall'altro la necessità di creare le condizioni ottimali per un proficuo apprendimento.

Per questi motivi abbiamo ritenuto importante predisporre un training che consentisse un'attività di potenziamento di questo meccanismo di regolazione della funzionalità cognitiva qual è l'attenzione in modo da prevenire eventuali situazioni di scarso coinvolgimento all'interno della classe. Il training riguarda il lavoro in classe e quindi prende in considerazione sia l'insegnamento che l'apprendimento. Si articola in sezioni di approfondimento e analisi/valutazione dei processi attentivi - questionario per insegnanti, questionario per alunni e prove specifiche - e in una sezione operativa che prevede materiale didattico differenziato per obiettivi.

Il training "Attenzione e metacognizione" per gli alunni tende a sviluppare le diverse componenti implicate nei processi attentivi attraverso la riflessione sui propri processi cognitivi e la ricerca delle modalità che consentono una maggiore gestione dei processi di controllo.

Il punto di partenza riguarda la conoscenza di questo processo alla base della funzionalità cognitiva, il riconoscere - ad esempio - che l'attività "attentiva" non riguarda solo la scuola, ma tutto quello che si fa. I passi successivi sono il riconoscere che a scuola è necessaria una maggiore intenzionalità, uno sforzo consapevole per dirigere le proprie risorse cognitive verso l'obiettivo di apprendimento, l'imparare a trovare strategie di sostegno e supporto all'attività cognitiva per superare quei momenti di impasse in cui tutti incappano. Infine diventare consapevole degli intrecci tra stati fisici e psichici ed impegno cognitivo vuol dire imparare a gestirsi meglio, ritrovare al proprio interno le risorse per arrivare agli obiettivi che ci si è posti, acquisire maggiore fiducia nelle proprie capacità.

Il materiale è rivolto a bambini dagli otto agli undici anni e, rispetto ad altri trattamenti in uso nei disturbi di apprendimento, ha la particolarità di prevedere un lavoro all'interno della classe, condotto dalla stessa insegnante, utilizzando quindi quei fattori di ordine sociale e contestuale che tanto influenza hanno nell'apprendimento.

Le strategie comportamentali per gestire i ragazzi con DDAI

Laura Pettenò

Psicologa- psicoterapeuta, Mestre (VE)

La convivenza con un alunno DDAI, spesso non pone punti di discordanza rispetto ad altre comuni problematiche comportamentali dei ragazzi in classe. L'elemento rilevante è che alcune strategie, valide in altre situazioni, non sortiscono l'effetto desiderato. Questo per due motivi: il primo fa riferimento al fatto che il ragazzo ha delle limitazioni oggettive di cui spesso l'insegnante non ha una mappa precisa.

Il secondo è che frequentemente si insiste nell'usare la medesima strategia anche se non funzionale in quel caso. Ciò genera una vera e propria circolarità negativa nella relazione e porta spesso ad abbandonare l'intervento non sostituendolo con nient'altro. Come in tutte le comunicazioni, anche

rispetto ad attività di stretto contenuto scolastico, si inviano due tipi di comunicazione contemporaneamente: uno riferito a quello che si dovrebbe fare, l'altro sulla relazione fra insegnante e alunno. nell'ambito dell'intervento sulla procedura/esecuzione l'insegnante dovrebbe tenere presente le limitazioni oggettive che il deficit attentivo impone al ragazzo stesso (tempi di attenzione, noia, frustrazione...) e operare con tecniche e strategie che abbiano l'obiettivo di ottimizzare i risultati lavorando quindi indirettamente anche sull'autostima. Nell'ambito dell'intervento di tipo relazionale, qualora ci fossero dei problemi, sarà necessario prima costruire una mappa dell'eventuale problema (quando, come si manifesta, con chi, chi reagisce, come..quando non succede..). L'intervento potrebbe essere attuato cominciando a modificare l'approccio in limitati ambiti e con modalità che interrompano la ripetitività su determinate interazioni negative.

Multimodality Treatment of ADHD: Initial Findings of the MTA Study

James M. Swanson, Ph.D.

University of California, Irvine (USA)

A metà degli anni Novanta è stato progettato uno studio per verificare l'efficacia del trattamento multimodale (MTA) nel Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (Arnold et al., 1997). Nel disegno sperimentale sono stati inclusi 4 trattamenti: terapia farmacologica (MedMgt), terapia comportamentale (Beh), combinazione di entrambi (Comb), e terapia disponibile presso i servizi di pediatria di base (gruppo di controllo, CC).

Per realizzare tale studio, 579 bambini di età compresa tra i 7 e i 9 anni sono stati selezionati in quanto affetti da DDAI-sottotipo combinato (sia disattenti che iperattivi-impulsivi) (Hinshaw et al., 1997), secondo i criteri del DSM-IV. Il trattamento intensivo è stato somministrato per 14 mesi. Attraverso metodi statistici, i dati ottenuti con la valutazione psicologica iniziale sono stati ridotti a 19 variabili-chiave: tali misurazioni sono in grado di coprire le importanti combinazioni dei tre informatori (genitori, insegnanti e bambino) e dei sei domini psicologici (sintomi del DDAI, aggressività-oppositività, sintomi interiorizzati, abilità sociali, relazione genitore-bambino, apprendimento scolastico).

Le prime analisi statistiche rivelano un miglioramento significativo complessivo, a seguito del trattamento, per 10 delle variabili individuate. Inoltre, la presente ricerca ha tentato di rispondere ad alcune domande, quali:

1. Quale trattamento è più efficace nel Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività? (farmacoterapia superiore alla terapia comportamentale).
2. Il trattamento multimodale è superiore a quello unimodale? (il trattamento combinato non è significativamente migliore della farmacoterapia, ma lo è rispetto alla terapia comportamentale).
3. Il trattamento sistematico MTA è migliore rispetto a quelli reperibili presso i servizi di medicina di base? (il trattamento combinato e quello farmacologico sono più efficaci rispetto a quello del gruppo di controllo, ma la terapia comportamentale non fu significativamente migliore di quella del gruppo di controllo).

Inoltre, è stata condotta un'analisi dei moderatori sociali per analizzare l'influenza di altre variabili psico-sociali che potrebbero influenzare l'esito del trattamento MTA. Queste analisi hanno dimostrato che un'eventuale presenza di disturbo d'ansia riduce i benefici della terapia MTA. Anche la compiacenza all'assunzione del farmaco è un mediatore in grado di alterare l'efficacia della terapia farmacologica (migliore compiacenza predice un più elevato beneficio della terapia); la compiacenza al trattamento non è un efficace modulatore degli esiti della terapia comportamentale.

La differenza tra il risultato finale medio dei due trattamenti che includono l'uso del farmaco $[(\text{combinato} + \text{farmaco})/2]$ e il risultato finale medio dei due trattamenti che non lo considerano $[(\text{terapia comportamentale} + \text{controllo})/2]$, è la misura dell'efficacia del protocollo di

trattamento farmacologico MTA: in questo caso, il cosiddetto “size effect” è piuttosto ampio (circa 1.0 per i sintomi di DDAI e DOP). Il confronto tra la terapia multimodale rispetto agli tipi di intervento ha dimostrato che il trattamento combinato non risulta significativamente migliore di quello solamente farmacologico (effect size è circa 0.3 per i sintomi di DDAI e DOP).

L'ultimo confronto riguarda la terapia comportamentale versus quella fornita nei servizi di pediatria di base negli Stati Uniti (che solitamente includono anche il farmaco): in questo caso la differenza tra i due tipi di interventi è praticamente nulla.

Ora il gruppo MTA sta verificando l'efficacia a lungo termine, a 24 e 36 mesi, dei trattamenti. Prima di trarre conclusioni definitive sull'efficacia delle terapie per il DDAI è necessario attendere queste misure di follow-up.

Bibliografia

1. Arnold LE, Abikoff HB, Cantwell DP, Conners CK, Elliott G, Greenhill LL, Hechtman L, Hinshaw SP, Hoza B, Jensen PS, Kraemer HC, March JS, Newcorn JH, Pelham WE, Richters JE, Schiller E, Severe JB, Swanson JM, Vereen D, Wells KC. National Institute of Mental Health Collaborative Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (the MTA). Design challenges and choices. *Archives of General Psychiatry* 54(9): 865-70, 1997.
2. Hinshaw SP, March JS, Abikoff H, Arnold LE, Cantwell DP, Conners CK, Elliott GR, Greenhill LL, Halperin J, Hechtman LT, Hoza B, Jensen PS, Newcorn JH, McBurnett K, Pelham WE, Richters JE, Severe JB, Schiller E, Swanson JM, Vereen D, Wells K. Comprehensive assessment of childhood attention-deficit hyperactivity disorder in the context of a multisite, multimodal clinical trial. *Journal of Attention Disorders*, 1:217-234, 1997.
3. MTA Cooperative Group. 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56: 1073-1086, 1999a.
4. MTA Cooperative Group. Effects of Comorbid Anxiety Disorder, Family Poverty, Session Attendance, and Community Medication on Treatment Outcome for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*; 56: 1088-1096; 1999b.

LETTERA DI UNA MAMMA

Fin dai primi giorni di vita Roberto (si tratta di un nome di fantasia) era un bambino che dormiva pochissimo e piangeva e si agitava molto; anche dopo lo svezzamento la sua irrequietezza era una caratteristica del suo essere. Lo chiamavamo “l'alpinista” perché scalava e saliva dappertutto; non amava giocare con i giocattoli ma con giornali, foulard, scatole vuote. A 3 anni lo iscriviamo alla scuola materna, vivacissimo, esuberante, non accettava le regole, ma bene o male riusciva ad avere un comportamento accettabile. A casa per insegnargli le regole più elementari del buon vivere bisognava stargli dietro come dei carabinieri. Roberto ora è ubbidiente, però bisogna sempre parlargli con un tono deciso, con parole che non lasciano alternative. Lui prova sempre a sfidare, ma noi non indietreggiamo mai e così giorno dopo giorno è riuscito a capire che questo è lo schema da seguire. Quindi a casa non è mai stato un problema gestirlo.

I problemi sono sorti a settembre con l'inizio dell'anno scolastico. Le maestre nei primi 15 giorni ci chiamavano tutti i giorni. Definivano (e definiscono) nostro figlio inadeguato, intollerabile, “non normale”. Mio figlio non è mai stato aggressivo, piuttosto giocherellone e il suo comportamento per me non è nella norma, ma lui è normale.

Quando arrivavamo a scuola, trovavamo nostro figlio trattenuto dai polsi da un bidello a braccia incrociate (tipo camicia di forza) che urlava, scalciava e sputava (io continuo a ribadire che forse se qualcuno tenesse me in quella situazione, sputerei anch'io). Pareva un animale braccato.

Quello era il rimedio ultimo (ma gli altri tentativi falliti quali erano?!?) per evitare che si facesse male e che facesse male agli altri. Quando a Roberto scattava qualcosa, reagiva malissimo,

tentando di scappare dalle porte d'emergenza non lasciando forse scelta alle insegnanti che, preoccupatissime, lo dovevano trattenere fisicamente.

Siamo arrivati a novembre e le insegnanti sono rimaste "incapaci" di gestirlo (ma quando noi lo diciamo si offendono e dobbiamo chiedere loro scusa di fronte al Direttore Didattico); i genitori degli altri bambini non capiscono cosa succede in classe e chiedono una riunione: io spiego loro i problemi di mio figlio e per un momento sembrano essere solidali e comprensivi con me. Praticamente, per risolvere (anche se temporaneamente) e rendere vivibili le lezioni, do la mia disponibilità (forse la impongo) ad essere nell'edificio scolastico per tutta la durata delle lezioni. Alla prima reazione negativa di Roberto mi chiamano, io intervengo decisa, lo sgrido, gli parlo, lo faccio ritornare nei binari, lui rientra in classe e la lezione continua.

Forse molti possono pensare che non sia giusta la mia presenza, anche secondo me è fuori luogo, però per me è molto più traumatico e controproducente che per calmare Roberto si arrivi a trattenerlo fisicamente; anche perché io penso che gli si fa del male moralmente, si ferisce il suo amor proprio. Lui, quando succedevano questi episodi (tutti i giorni!), era pieno di senso di colpa, si sentiva cattivo, i suoi compagni avevano paura di lui.

Nel frattempo ha cominciato una terapia psicologica, la neuropsichiatra gli ha diagnosticato: sospetta fobia scolare (mah!!!!). nessuno si sofferma ad osservare il suo comportamento, vedono solo le reazioni negative. Il suo problema è l'irrequietezza, si sforza così tanto di non alzarsi dal banco che perde la concentrazione, fa cadere le penne, sembra che si trattenga...si trattiene e poi esplosione, lancia le cose, non sente i richiami delle insegnanti. Roberto fuori dall'ambito scolastico è un bambino estroverso, parla fin troppo e facilmente con tutti, non è per niente timido, anzi osa fin troppo, ama gli amici, è generoso e coccolone. Mia suocera dice sempre che mio marito era tale e quale a Roberto (forse è nei geni).

Mio marito ha mille interessi, è sempre in movimento, è impulsivo, schietto, simpatico. Lavora in proprio perché sotto un padrone non è mai riuscito a stare se non per pochi mesi. A scuola ha ripetuto la prima tre volte, aveva 7 in condotta ed era il tormento delle insegnanti. Ora io lo vedo che fattura, conta, calcola, risolve i problemi, ha a che fare con architetti, geometri, clienti vari. Lui si sente a suo agio dappertutto. Vivendo ha imparato ciò che la scuola gli aveva negato, forse perché è intuitivo e curioso.

Se guardo mio marito vedo Roberto da grande e quello che vedo mi piace. Quello che intendo dire è che le caratteristiche che adesso sono negative possono essere potenzialità da sviluppare crescendo, se non le si cristallizza in un'etichetta.

Quando ho conosciuto mio marito, lui aveva 22 anni, un passato turbolento, la fama di piccola peste. Ora è un uomo solido, fuori dagli schemi, imprevedibile ma felice, sereno con una posizione invidiata e una bella famiglia, ora il suo modo di essere è motivo di stima e ammirazione di tanti che apprezzano la sua sincerità, la mancanza di ipocrisia, il suo non seguire gli schemi precostituiti, e capace di pensare con la sua testa.

Penso che lo sport abbia aiutato molto mio marito: fin da piccolo praticava judo e questa disciplina gli ha insegnato l'autocontrollo, e insistendo, malgrado le sue difficoltà iniziali ha imparato bene la tecnica; ed è così che ha preso fiducia in se stesso, a credere che forse non era sempre lui il più cattivo; e le persone che gli stavano attorno hanno cominciato a non vedere solo "il terrorista", ma un bravo atleta.

Mi sono dilungata a raccontare questa storia perché a volte si perde la fiducia nel proprio figlio e nelle proprie capacità educative, e ci si domanda quale sarà il nostro avvenire.

Ecco secondo me, con l'aiuto dei genitori, della famiglia (mi piacerebbe dire anche degli insegnanti) il bambino iperattivo può diventare una grande e bella persona; col tempo riuscirà a conciliare la sua esuberanza con gli schemi della vita sociale, se non lo si mortifica, se la si smette di considerarlo "cattivo", "pestifero", allora riuscirà ad uscire dal suo ruolo e a crearsene.

Ringrazio per l'attenzione e spero che questa mia esperienza possa essere utile a qualche altra famiglia.

Accetto volentieri consigli, suggerimenti, strategie per limitare l'irruenza di mio figlio (tramite lettera all'AIDAI).

BIBLIOGRAFIA IN LINGUA ITALIANA SUL DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ

ARTICOLI

- Barkley R. A. (1999), *Deficit di attenzione/iperattività*, Le Scienze (Gennaio, 1999)
- Camerini G.B., Coccia M., Caffo E. (1996). *Il disturbo da deficit dell'attenzione-iperattività: analisi della frequenza in una popolazione scolastica attraverso questionari agli insegnanti*. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 63, 587-594.
- Cornoldi (1998). *La testa altrove, Il disturbo da deficit di attenzione*. *Psicologia Contemporanea* n. 147 (Maggio – Giugno 1998).
- Di Nuovo S., Torrisi A.M., Gelardi D. (1999). *Deficit di attenzione/iperattività: un confronto tra soggetti con o senza ritardo mentale*. *Ciclo evolutivo e disabilità*, 2/1, 59-78.
- Di Pietro M. (1995). *Disturbi da deficit d'attenzione e iperattività: l'intervento razional-emozionale*. *Difficoltà di apprendimento*, 1, (pp. 107-118).
- Gallucci F., Bird H., Berardi C., Gallai V., Pfanner P., Weinberg A. (1995). *Sintomi di disturbo da deficit d'attenzione-iperattività in un campione scolastico italiano: risultati di uno studio pilota*. *Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva*, 15, 67-179.
- Gardill, Du Paul et al. (1999), *Strategie per gestire in classe gli alunni con disturbo da deficit di attenzione e iperattività*, *Difficoltà di Apprendimento*, 4/4, pp. 567-578.
- Marzocchi e Cornoldi (in corso di stampa). *Una scala di facile uso per la rilevazione dei comportamenti problematici in bambini con deficit di attenzione/iperattività*. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*.
- Marzocchi G. M. & Cornoldi C. (1998), *Disturbi di impulsività e ricerca visiva in bambini con Deficit di Attenzione/Iperattività*. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65, 173-186.
- Nisi A. (1986). *L'allievo iperattivo*. *Psicologia e scuola*, 26, 38-43 (parte prima); 27, 34-42 (parte seconda); 28, 35-42 (parte terza).
- Offredi e Vio (1999), *Il trattamento del disturbo da deficit di attenzione/iperattività: analisi di due casi*, *Difficoltà di Apprendimento*, 4/3 pp. 379/398.
- Polirstok S.R. (1999). *La comorbidità nel deficit di attenzione/iperattività: manifestazioni concomitanti di disturbi della condotta, oppositività, ansia, somatizzazione e disturbi di apprendimento*, *Ciclo evolutivo e disabilità*, 2/1, 9-16.
- Saccomani, Battaglia, Rizzo, Ravera, Trompetto, De Negri (1995). *Aspetti neuropsicologici e stile relazionale in bambini con disturbo da deficit di attenzione ed iperattività (DDAI) a diversa patogenesi*. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva* (pp. 111-120).
- Sani e Villani (1995), *La sindrome da deficit attentivo con iperattività*, *Aggiornamento Medico* (Gennaio – febbraio, 1995).
- Sechi E., Corcelli A., Vasques P. (1998). *Difficoltà esecutive e problemi di programmazione prassica nei bambini con Disturbi da Deficit dell'Attenzione con Iperattività*. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65, 187-195.
- Vio, Offredi e Marzocchi (1999), *Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività: sperimentazione di un training metacognitivo*, 2/2, 241-262, *Psicologia Clinica dello Sviluppo*.

LIBRI

(tali testi non sono fotocopiable).

- Cornoldi, Gardinale, Masi e Pettenò (1996), *Impulsività e autocontrollo*, Edizioni Erickson
- Douglas. *Quella peste di mio figlio*. Collana "Le comete". Franco Angeli Editore.
- Kirby e Grimley (1989), *Disturbi dell'attenzione e iperattività*, Edizioni Erickson
- Margheriti M., Sabbadini G. (1995). *L'iperattività e i disturbi dell'attenzione*. In *Manuale di Neuropsicologia dell'età evolutiva* (G. Sabbadini, a cura di). Zanichelli.
- Prekop J. & Scheweizer C. (1999). *Bambini Iperattivi*. Como: RED

Prior M. (1991). *L'iperattività*. In "I disturbi dell'apprendimento" (C. Cornoldi, a cura di).

Bologna: Il Mulino.

Vio, Offredi, Marzocchi (1999). *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività*. Erickson, Trento.

CENTRI CLINICI A FAVORE DI PERSONE CON DDAI

Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile di Cento (FE), Azienda USL Ferrara

Via Cremonino 10

44042 Cento (FE)

Tel. 0516838432

Servizi offerti:

- valutazioni diagnostiche di approfondimento
- programmi di intervento con bambini e genitori di tipo cognitivo – comportamentale
- consulenza a genitori e insegnanti.

Centro di Consulenze Psicologiche e Pedagogiche

Via San Gregorio 6

21052 Busto Arsizio (VA)

per informazioni: Dr.ssa Alessandra Terreni, tel. 0331592853.

Servizi offerti:

- valutazioni diagnostiche
- programmi di intervento con bambino e genitori di tipo cognitivo-comportamentale, consulenze ad insegnanti, training per disturbi di apprendimento.

AREA

Corso Regina Margherita 55

10124 Torino

per informazioni: Dr.ssa Ombretta Veneziani, tel. 0118170847.

Servizi offerti:

- valutazioni diagnostiche;
- programmi di intervento cognitivo-comportamentale con bambini e genitori;
- consulenze per insegnanti.