

Editoriale

In questo numero il newsletter dell'AIDAI dedica tutto il proprio spazio ai riassunti delle relazioni presentate al 3° Convegno Annuale, che quest'anno si è tenuto il 29 settembre a Roma, presso il Policlinico Gemelli dell'Università Cattolica.

Di seguito, presentiamo la tradizionale, ma sempre aggiornata bibliografia in italiano sul DDAI. Infine è possibile leggere anche il programma integrale del congresso dell'AIRIPA che quest'anno si tiene il 19-20 Ottobre a San Marino.

Un'ultima segnalazione riguarda il nuovo sito dell'AIDAI www.aidai.org dove è possibile trovare un ampio repertorio di materiali e attività previste per la nuova annata 2001/2002.

Cos'è il Disturbo da Deficit di Attenzione/iperattività: la situazione Italiana

Maria Giulia Torrioli (Università Cattolica di Roma)

Sindrome ipercinetica, minimal brain damage, minimal brain dysfunction, reazione ipercinetica del bambino, disturbo da deficit di attenzione e, infine, disturbo da deficit di attenzione/iperattività, sono i nomi con cui si è definito un soggetto il cui comportamento è caratterizzato da disattenzione, iperattività e impulsività. La **disattenzione** si manifesta soprattutto come una difficoltà a concentrarsi e a mantenere l'attenzione su compiti scolastici o su attività di gioco: il bambino si lascia facilmente distrarre da stimoli estranei (occasionalmente rumori, compagni ecc.) e quindi ha difficoltà a prestare attenzione ai particolari e compie molti errori di distrazione soprattutto in tutte quelle attività che richiedono uno sforzo mentale protratto nel tempo.

L'**iperattività** si manifesta invece, come la necessità del bambino di essere sempre in movimento, di passare rapidamente da un'attività ad un'altra (gioco o compiti) e nella difficoltà quindi, di rimanere seduto di giocare e di dedicarsi ad attività piacevoli in modo tranquillo (disegno, costruzioni, puzzle, giochi da tavolo, ecc.).

Il comportamento iperattivo è spesso associato all'**impulsività** che si manifesta con la difficoltà ad attendere il proprio turno e a rispettare regole (nel gioco o in altre attività), a rispondere precipitosamente alle domande spesso prima che queste vengano completate e ad essere frequentemente invadente nei confronti sia dei coetanei che degli adulti (non stanno mai fermi, non stanno mai zitti).

Tutti i bambini possono presentare i comportamenti descritti: correre, saltare, arrampicarsi, e avere difficoltà a concentrarsi e a mantenere l'attenzione su di un compito a scuola o a casa sono caratteristiche dei bambini in età scolare.

Il bambino con ADHD è quello in cui la vivacità e la disattenzione sono eccessive e di tale intensità da influire negativamente sul profitto scolastico, sulle relazioni sociali con i coetanei e con gli adulti, predisponendolo a problemi psichiatrici e a forme di disagio sociale.

Infatti, i soggetti con ADHD possono presentare altre problematiche psicologiche: disturbi della condotta, disturbo oppositivo/provocatorio, disturbi dell'umore, disturbi della comunicazione, encopresi, enuresi e sono altamente a rischio per incidenti, ponendosi spesso in situazioni pericolose.

Alla luce di quanto esposto fino ad ora, appare estremamente importante fare una diagnosi corretta, allo scopo di aiutare il bambino e la sua famiglia a capire la natura del problema: non si tratta di un bambino cattivo, ma di un bambino che ha bisogno di aiuto per superare quelle difficoltà che nel tempo possono influire negativamente su di uno sviluppo equilibrato ed armonico della sua personalità. Il Disturbo da Deficit di attenzione/iperattività, se diagnosticato, può essere trattato con successo, sia dal punto di vista farmacologico, che psicologico, ma se non viene riconosciuto porta ad una criminalizzazione del bambino e della sua famiglia che è la premessa di ulteriori disturbi.

La diagnosi è di competenza di un centro specialistico di neuropsichiatria infantile e si basa sull'osservazione e valutazione clinica del bambino e sulla raccolta di informazioni fornite dai genitori e dagli insegnanti. Il DSM-IV (1994) fornisce dei criteri diagnostici per il "*Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD)*".

La diagnosi viene posta quando il bambino, presenta un marcato livello di disattenzione e comportamenti eccessivamente iperattivi ed impulsivi che possono non essere adeguati alla sua età e che provocano problemi scolastici e difficoltà con i coetanei.

I comportamenti devono compromettere il funzionamento sociale, scolastico del bambino e le difficoltà devono essere presenti in almeno due diversi contesti: a casa, a scuola o in altri ambienti e situazioni.

Al momento della diagnosi, i problemi legati alla disattenzione e alla iperattività/impulsività del bambino devono essere presenti da almeno 6 mesi e la sintomatologia deve essere comparsa prima dei 7 anni. Le manifestazioni del disturbo possono variare con l'età: nell'età prescolare è frequente rilevare iperattività motoria

(correre, arrampicarsi, saltare) cambiamenti dell'umore e difficoltà di sonno (inizio e mantenimento del sonno notturno); nell'età scolare, si evidenziano disattenzione e problemi comportamentali a cui spesso si associano disturbi dell'apprendimento scolastico (letto-scrittura) e altre problematiche psicologiche (ad es: atteggiamenti oppositivi, bassa autostima, depressione).

Non esistono tests psicologici specifici per questo disturbo, anche se i tests e le scale di valutazione del comportamento a casa e a scuola o al lavoro, sono estremamente utili per valutare la severità del disturbo, l'efficacia del trattamento e individuare disturbi associati (disturbo specifico di apprendimento, disturbo d'ansia, ecc.). Il DSM-IV consente, in base alla frequenza dei comportamenti problematici (disattenzione e iperattività/impulsività), di distinguere il bambino che presenta prevalentemente difficoltà attentive (sottotipo disattento), quello che manifesta un'eccessiva iperattività/impulsività (sottotipo iperattivo/impulsivo) e infine quello che presenta sia disattenzione che comportamenti iperattivi ed impulsivi (sottotipo combinato).

Gli studi hanno rilevato anche una notevole variabilità delle caratteristiche principali del disturbo da una situazione ad un'altra: ad esempio, nel rapporto uno-a-uno, cioè in presenza di un adulto che controlla e supervisiona in modo continuativo l'attività del soggetto, le difficoltà si possono attenuare e ridurre notevolmente (DSM IV, 1994). Ciò si verifica anche quando il bambino è impegnato in attività nuove, non ripetitive, interessanti e quando si trova in situazioni e ambienti nuovi e strutturati.

Una volta formulata la diagnosi, i genitori vanno accuratamente informati sulle caratteristiche del disturbo e sulle possibilità terapeutiche. Anche il bambino deve essere informato sul tipo di disturbo che presenta, adeguando il linguaggio alla sua età e grado di comprensione.

Le diagnosi di ADHD sono in costante aumento presso i centri specializzati, ma non a causa di una maggiore percentuale di casi, quanto per un più chiaro riconoscimento del disturbo da parte dei clinici. Tuttavia rimane difficile avere dati concordanti sull'incidenza del disturbo: le stime nella popolazione pediatrica variano a seconda dei criteri diagnostici utilizzati.

Il DSM IV indica una percentuale di bambini con questo disturbo che varia dal 3 al 5% nella popolazione in età scolare 5 volte più frequente nei maschi che nelle femmine (DSM IV, 1994). L'ICD-10 indica, invece, una percentuale che interessa il 2% della popolazione infantile (ICD – 10, 1992).

Uno studio effettuato in Italia, in Umbria e Toscana, nel 1993 su un campione di 300 bambini di IV elementare, ha stimato una percentuale del 3,8% con una prevalenza del disturbo nei maschi in un rapporto di 8:1 (Gallucci et al., 1993). Un altro studio effettuato a Roma, da pediatri di famiglia, su un campione di 904 bambini da loro seguiti di età compresa tra 6 e 14 anni, ha stimato una prevalenza compresa tra 0,9-2,2% con un rapporto maschi femmine 7:1 (Corbo et al., 1998).

DDAI: le ultime scoperte scientifiche

Joseph Sergeant (Vrije Universiteit, Amsterdam)

Il disturbo da deficit di attenzione iperattività è caratterizzato da una combinazione di un eccessivo livello di attività, distraibilità e impulsività. Solitamente, questo disturbo viene considerato come espressione di una problematica tipicamente infantile, sebbene diversi studi longitudinali hanno dimostrato che circa la metà dei bambini che ricevono questa diagnosi, presentano numerose difficoltà anche nella vita adulta. Questa scoperta ha portato a modificare il concetto di DDAI, a favore di un disturbo cronico con ripercussioni negative nella sfera psico-sociale.

Il concetto tradizionale di DDAI era l'iperattività. Una diagnosi di iperattività richiede che tutti e tre le componenti del disturbo siano presenti nel soggetto (iperattività, disattenzione e impulsività). Con la pubblicazione del DSM-IV si è preferito scomporre queste tre componenti e contemporaneamente è stata accettata l'idea che un bambino le possa presentare secondi gradi differenti. Questo cambiamento ha portato la ricerca a tentare di individuare dei sottogruppi di bambini con DDAI: con solo iperattività-impulsività, con sola disattenzione, con entrambe le componenti. Oltre a ciò gli specialisti di clinica hanno osservato che alcuni di questi sottotipi erano maggiormente predisposti a sviluppare altri disturbi dovuti alla presenza di aggressività; in particolare il Disturbo Oppositivo Provocatorio e il Disturbo di Condotta. I dati di follow-up suggeriscono che i bambini con DDAI e in particolare quelli che presentano anche un disturbo di condotta sono maggiormente a rischio di avere problemi di abuso di alcol, di dipendenza da sostanze e di criminalità. Questi risultati portano inevitabilmente alla domanda: quali sono i fattori aggravanti che si associano ai vari sottogruppi e quali sono i risultati finali in termini di disturbi del comportamento.

I neuroscienziati del 20° secolo hanno raccolto una considerevole mole di dati per avere la certezza che il DDAI (nelle sue varie forme) è associato ad una disfunzione di alcuni circuiti cerebrali. Gli studi sugli animali hanno dimostrato che l'incapacità di attendere una gratificazione è associata ad un particolare circuito cerebrale. Gli studi di neuropsicologia hanno constatato che i bambini con

DDAI, nella loro tendenza ad evitare l'attesa, li rende molto somiglianti alle persone impulsive. Altri studi hanno dimostrato l'estrema variabilità di comportamento dei bambini con DDAI, soprattutto nell'adattare i loro atteggiamenti rispetto alle richieste ambientali. Infine numerosi studi hanno confermato che sia i DDAI, i DOP e i DC hanno un deficit ad inibire una serie di comportamenti inadeguati.

Le scoperte sopradescritte hanno costato uno sforzo massiccio di risorse umane ed economiche e tantissime ricerche sono ancora in corso. Ad esempio, lo sviluppo di tecniche di neuro-immagine, come la Risonanza Magnetica Funzionale (fMRI) ha evidenziato che le persone con DDAI hanno differenti aree di attivazione rispetto ai soggetti di controllo, soprattutto se impegnate in compiti cognitivi (controlli degli impulsi e pianificazione delle azioni). Recentemente, Todd e Botteron (2001) hanno proposto che l'impulsività potrebbe essere relata ad un ipofunzionamento delle proiezioni catecolaminergiche che partono dalle aree prefrontali, come si evince dalla ridotta quantità di energia neurale disponibile. Questo fenomeno potrebbe essere mediato da un recettore catecolaminergico in neuroni di tipo astrocitico il quale regola l'energia disponibile durante l'attivazione del neurone stesso.

Già da tempo, abbiamo proposto che alcune forme di DDAI possono essere interpretate come un deficit energetico visibile anche a livello di corteccia cerebrale (Sergeant, 2000).

È interessante notare come i trattamenti farmacologici sui soggetti con DDAI e sui controlli sani ottengano diversi profili di attivazione cerebrale.

Le ricerche in corso suggeriscono che il DDAI non è un semplice disturbo della motivazione che esistono alcuni deficit funzionali a livello cerebrale che oggi potrebbero spiegare alcuni comportamenti problematici e domani potrebbero predire la gravità e la cronicità del disturbo.

Il percorso diagnostico-clinico nel Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività

Enzo Sechi (Università "La Sapienza" Roma)

Negli ultimi anni l'arrivo, nel dibattito scientifico e nella pratica clinica, dei sistemi nosografici internazionali ha portato un progresso importante in quanto ha proposto agli addetti ai lavori un punto di vista più ampio sui disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva.

Le categorie diagnostiche che si basano sulla individuazione di quadri comportamentali descrittivi rappresentano uno strumento utile che permette: a) di sviluppare gli studi epidemiologici nei gruppi clinici e nella popolazione normale, b) di utilizzare una etichetta condivisa, proprio per la sua semplicità, da operatori di origine e formazione culturale diversa c) di allargare la

comprensione della patologia neuropsichiatrica in età evolutiva superando alcuni modelli di spiegazione a priori.

Tuttavia queste definizioni se utilizzate in modo acritico corrono il rischio di diventare soltanto uno strumento per la conferma di diagnosi precostituite con il rischio che prenda piede tra gli operatori e tra gli utenti (genitori, insegnanti e bambini) un modello di spiegazione semplicistico, tautologico ed in definitiva riduzionistico: in questa ottica le difficoltà di sviluppo e le atipie di funzionamento mentale, che il bambino presenta, rischiano di essere considerate come un dato esclusivamente “biologico” completamente scisso dalla sua storia, dal suo vissuto e dalle caratteristiche sociali in cui il bambino è inserito. Se, per assurdo, nel lavoro clinico ci si fermasse solo alla diagnosi nosografica, per spiegare l’organizzazione neuropsicologica e psicopatologica dei bambini con difficoltà non sarebbe possibile alcuna scelta terapeutica se non una pura e semplice descrizione eventualmente seguita da una prescrizione farmacologica.

Questa riflessione è applicabile a tutte le categorie nosografiche attuali ma è ancora più centrale per quanto riguarda la categoria, proposta dal DSM-IV, Disturbo di Attenzione con Iperattività (DDAI). Sempre più spesso i genitori dei bambini che vengono per una consultazione in età scolare portano come problema prevalente una difficoltà di concentrazione o di controllo dell’inibizione motoria oppure spiegano gli altri problemi che i bambini presentano con un “disturbo di attenzione”. D’altra parte, alcuni dati (Sechi e coll., in preparazione) evidenziano che su 100 bambini che vengono portati a visita per un problema di iperattività soltanto il 20 % presenta alla fine del percorso diagnostico un disturbo isolato, mentre la maggioranza presenta accanto a sintomi comportamentali e della sfera affettiva anche problemi neurocognitivi importanti che coinvolgono sia il funzionamento cognitivo sia importanti difficoltà a carico dell’apprendimento scolastico.

Dal punto di vista nosografico esiste una discussione aperta sulla modellizzazione che su questa sindrome hanno dato il DSM IV e il ICD10; è noto che il Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività (DDAI) ed il Disturbo Ipercinetico (DI) individuano due entità cliniche soltanto parzialmente sovrapponibili sia dal punto di vista concettuale sia dal punto di vista della delimitazione diagnostica. Gli estensori del ICD10 avanzano molte riserve sull’uso del costrutto “attenzione” come dato unificante della sindrome così come non prendono in considerazione il parametro impulsività. Queste due punti divergenti non sono soltanto accademici in quanto portano a differenze importanti in campo epidemiologico e di individuazione clinica. In un recente lavoro (Tripp e coll, 1999) è stato ribadito che il DDAI isola un gruppo molto più ampio e che il DI individua bambini più piccoli, più gravi e che hanno problemi neurocognitivi più importanti.

Esiste oramai una letteratura molto vasta circa l'associazione tra DDAI e Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) che non ha ancora portato ad un accordo definitivo ma che ha indicato alcuni dati da tutti condivisi: a) i bambini DDAI presentano con una percentuale che, secondo alcune casistiche, arriva fino al 75%, anche difficoltà importanti dell'apprendimento e/o veri e propri disturbi; b) analogamente dati rilevati su popolazioni cliniche individuate per la presenza di un disturbo specifico di apprendimento indicano che questi bambini mostrano, con una frequenza che varia dal 30 al 50% rilevanti difficoltà di inibizione delle condotte motorie e/o un deficit attentivo. Numerosi studi neuropsicologici (Pennington e Ozonoff, 1966; Barkley, 1997) sono concordi sulla presenza, nei bambini con DDAI, di un profilo neurocognitivo peculiare caratterizzato da importanti difficoltà nelle operazioni cognitive di progettazione, esecuzione e controllo. Anche le ricerche che hanno studiato bambini con DSA-DDAI confrontandoli con bambini DSA hanno confermato (Sechi e coll.,1998) che il gruppo misto presenta importanti e selettive difficoltà sul versante delle funzioni esecutive tanto da configurarsi come un sottogruppo particolare in cui sono in primo piano le difficoltà di programmazione dei compiti motori e dell'apprendimento logico matematico.

I dati che sono stati sommariamente ricordati indicano, se considerati in modo complessivo, sia i limiti operativi delle categorie diagnostiche sia la natura multifattoriale del disturbo (Taylor,1999): è sempre più chiaro che accanto a fattori neurobiologici (costituzionali e/o disfunzionali) che si manifestano con specifici profili neuropsicologici interagiscono, a volta in modo determinante, fattori psicosociali che portano a precisi quadri psicopatologici e a diversi percorsi evolutivi.

E' pertanto indispensabile definire un protocollo diagnostico condiviso che consideri per ogni bambino i seguenti punti: a) valutare dal punto di vista nosografico l'entità dei sintomi del bambino, attraverso un uso accurato di strumenti clinici di osservazione diretta confrontabili e quantificabili; b) valutare se e quanto la presenza del quadro interferisca con la qualità della vita del bambino e del suo sviluppo; c) individuare e definire la presenza di una comorbilità con altri quadri nosografici associati; d) valutare l'entità delle difficoltà scolastiche, giudicare se queste difficoltà arrivano a configurare una diagnosi clinica di disturbo di apprendimento e individuare una tipologia del disturbo stesso; e) confermare la diagnosi nosografica con una approfondita valutazione neuropsicologica e psicopatologica.

Soltanto così sarà possibile confrontare, dal punto di vista scientifico, i dati provenienti da ricerche diverse ed evitare al bambino e alla sua famiglia un percorso inutile o addirittura dannoso.

Riferimenti Bibliografici

Barkley R.A. (1997), Behavioral Inhibition, Sustained Attention and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121,1 :65-94.

Pennington B.F. e Ozonoff S. (1996), Executive Functions and Developmental Psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 37,1 :51-87.

Sechi E., Corcelli A. e Vasques P. (1998), Difficoltà esecutive e problemi di programmazione pratica nei bambini con Disturbi da Deficit dell'Attenzione con Iperattività. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65,2:187-196.

Taylor E. (1999), Developmental Neuropsychopathology of Attention Deficit and Impulsiveness. *Development and Psychopathology* 11:607-628.

Tripp G., Luk S.L., Schaughency E.A. e Singh R.(1999), DSM- IV and ICD-10: A comparison of the correlates of ADHD and Hyperkinetic Disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 2:156-164.

Interventi psico-sociali a favore di bambini con Disturbo di Attenzione/Iperattività

Cesare Cornoldi (Università di Padova)

Gian Marco Marzocchi (Sissa di Trieste, E. Medea di Bosisio Parini)

Nell'ambito del trattamento del DDAI chiare indicazioni sono emerse circa l'utilità degli interventi psico-sociali (eventualmente associati a trattamento farmacologico) per ridurre la gravità e la durata dei sintomi associati (problemi di socializzazione, interazioni genitori-figlio, difficoltà scolastiche, ansia e depressione).

I trattamenti proposti sono rivolti alle tre figure coinvolte nel problema del DDAI: 1) il bambino, la cui terapia cerca di ridurre i suoi comportamenti negativi e incrementare quelli positivi, pianificando opportune strategie di contenimento; e insegnando alcune tecniche cognitive per favorire lo sviluppo di un pensiero più riflessivo; 2) i genitori, la cui formazione serve a fornire loro informazioni sul disturbo e per individuare, insieme ad essi, alcune misure educative adeguate alle problematiche del bambino; 3) gli insegnanti, ai quali vengono proposte tecniche di gestione dei comportamenti (utilizzo di premi, uso di punizioni e applicazione di sistemi a punti).

Il training metacognitivo aiuta il bambino ad essere meno impulsivo, a controllare la propria attenzione, ad organizzare le proprie attività. Inoltre, propone un breve corso di comprensione delle proprie emozioni e alcuni suggerimenti per affrontare le situazioni sociali più difficili. Su questo programma abbiamo condotto delle ricerche per verificarne l'efficacia: i benefici a lungo termine sono più rassicuranti di quelli a breve termine. Sembra che al termine del lavoro, dopo circa 6 mesi,

il bambino abbia modificato il suo stile di pensiero, diventato meno frettoloso, ma abbia mantenuto un comportamento piuttosto iperattivo. A distanza di circa un anno e mezzo, i risultati positivi si sono estesi anche al comportamento, diventato meno iperattivo. Ci sembra insomma che il lavoro con il bambino sia in grado di favorire un processo di maturazione, che nel caso del DDAI appare un po' lento e difficile.

La formazione dei genitori è principalmente finalizzata all'incremento delle abilità genitoriali nel gestire i problemi che quotidianamente possono insorgere nell'educazione di figli particolarmente "difficili". Il percorso formativo è scandito in nove incontri coordinati da un operatore opportunamente preparato.

A) La prima fase di introduzione al lavoro con i genitori prevede:

- 1- la comprensione del problema: si tratta di dare delle informazioni corrette sul DDAI, di creare delle aspettative realistiche riguardo all'intervento, raccogliere informazioni dai genitori rispetto all'attuale situazione e dare informazioni sul training.
- 2- La preparazione al cambiamento: bisogna rendere espliciti i pensieri e i comportamenti dei genitori rispetto al figlio.
- 3- L'approccio alla complessità del problema: si intende far acquisire un metodo di analisi delle situazioni, utile ad identificare i fattori che favoriscono l'instabilità del bambino (antecedenti, comportamenti-problema, conseguenze), quindi esaminare lo stretto rapporto tra caratteristiche del bambino, dei genitori e delle situazioni contingenti.

B) La seconda fase serve ad introdurre alcune tecniche educative per la gestione del comportamento del bambino, gli incontri prevedono di affrontare le seguenti tematiche:

- 4- Imparare ad effettuare delle scelte educative che favoriscono l'autoregolazione: si tratta di cercare la strada per rendere il bambino capace di prevedere ciò che accadrà in base alle regole presenti in famiglia, alle routine, alla gestione delle informazioni di ritorno (i genitori informano il bambino su come si sta comportando).
- 5- Individuare i comportamenti negativi del bambino e imparare ad affrontarli in modo che i genitori forniscano al bambino modelli di comportamento positivo.
- 6- Ampliare il bagaglio delle strategie educative (es. l'uso time-out, del costo della risposta).

C) La terza fase, prevede l'utilizzo di tecniche che nascono dalla capacità di prevedere l'emergere di un problema in base all'analisi dei segni premonitori.

- 7- Agire d'anticipo e con un piano in testa: si tratta di verificare l'importanza di poter prevedere da parte del genitore il manifestarsi di comportamenti problematici in base alla conoscenza degli eventi antecedenti.

8- Il genitore come modello di risolutore di problemi: ovvero fornire un esempio di comportamento corretto e adeguato al livello di sviluppo del bambino.

D) L'ultima fase è costituita dal bilancio del lavoro svolto: negli ultimi incontri è necessario effettuare una revisione delle tecniche utilizzate e risultate maggiormente efficaci; di stabilire in quali ambiti il cambiamento del comportamento del bambino si è stabilizzato e in quali si è ancora nella fase di modificazione. È importante altresì individuare i comportamenti negativi che sono maggiormente resistenti al cambiamento.

Anche su questo programma abbiamo condotto alcune ricerche per verificarne l'efficacia. Dai nostri risultati e secondo le valutazioni di insegnanti e genitori emerge che:

- diminuiscono in modo apprezzabile i comportamenti di disattenzione del bambino, sia secondo la percezione dei genitori che secondo quella degli insegnanti;
- i livelli di iperattività del bambino diminuiscono solo secondo i genitori, ma non secondo gli insegnanti;
- migliora l'autostima dei genitori rispetto al loro ruolo educativo: le mamme sono più soddisfatte del loro ruolo di genitore, sebbene avvertano, come del resto i papà, la difficoltà ad individuare strumenti efficaci di intervento educativo.

Il coinvolgimento degli insegnanti fa parte integrante ed essenziale di un percorso terapeutico multimodale per il trattamento del bambino con DDAI. Questo coinvolgimento può essere attuato attraverso una consulenza sistematica agli insegnanti che abbia i seguenti obiettivi:

1. Fornire appositi strumenti di valutazione (questionari e tabelle di osservazione) per completare i dati diagnostici.
2. Informare sulle caratteristiche del DDAI e sul trattamento che verrà attuato.
3. Mettere gli insegnanti nella condizione di potenziare le proprie risorse emotive e migliorare la relazione con l'alunno.
4. Spiegare come utilizzare specifiche procedure di modificazione del comportamento all'interno della classe.
5. Informare su come strutturare l'ambiente classe in base ai bisogni e alle caratteristiche dell'alunno con DDAI.
6. Suggestire particolari strategie didattiche per facilitare l'apprendimento dell'alunno con DDAI.
7. Spiegare come lavorare, all'interno della classe, per migliorare la relazione tra il bambino con DDAI e i compagni.

È necessario sottolineare che la consulenza sistematica alla scuola ha una certa utilità se insegnanti e psicopedagogisti sentono di formare un team per aiutare il bambino con DDAI, e non si fermano ad uno sterile, quanto improduttivo, gioco di sapere e potere tra chi sa di più sul disturbo e

chi ha più esperienza nel sapere gestire i bambini difficili. I primi dati di una sperimentazione, tuttora in corso, hanno dimostrato che gli insegnanti, che hanno usufruito della consulenza, hanno acquisito maggiori abilità interazionali positive con gli alunni, e sono riusciti a diminuire le interazioni negative. Inoltre, i bambini delle classi che hanno ricevuto la consulenza hanno diminuito i comportamenti di disattenzione, di disturbo, di movimenti e di verbalizzazioni non attinenti al compito.

I pensieri dei genitori: influenze positive e negative

Laura Pettenò (psicoterapeuta, Venezia)

Annalisa Salmaso (psicologa, Venezia)

“ Niente è buono o cattivo eccetto il pensiero che lo fa”

Amleto William Shakespeare

“ Come una cosa è vista, così essa appare”

Il libro tibetano della Grande liberazione

Cose o eventi sono limitati da descrizioni e osservazioni di dati sensoriali; cosa attualmente c'è, cosa accade, cosa è accaduto, sono solo ed esclusivamente ciò che può essere percepito dai nostri sensi.

I significati sono delle interpretazioni, conclusioni e attribuzioni e derivano o sono correlati ai fatti e alla materia.

I comportamenti, le associate emozioni e vice versa sono riflessi non di fatti o cose ma di significati che attribuiamo ad essi. Ognuno cerca di dare senso al proprio mondo e sviluppa strutture e gerarchie di costrutti che in larga misura determinano come noi daremo senso a ciò che corrisponde alle nostre esperienze.

Dobbiamo quindi essere consapevoli che, come genitori, ciò che pensiamo di nostro figlio influisce sul nostro comportamento, sulle nostre emozioni e influenza anche la relazione con lui e con gli altri.

Quanto detto finora non significa che i problemi sono invenzioni, che nulla è reale e via discorrendo. Sta a significare che quando si vive un problema lo si può vivere in molti modi e che può esistere un processo che facilita le persone a “saltare fuori” dal problema per prendere differenti prospettive che possono contribuire a migliorare o a risolvere situazioni problematiche.

In una determinata situazione, soprattutto se problematica, lo sviluppo di nuove alternative, prospettive o significati viene chiamata RISTRUTTURAZIONE.

Possiamo considerare, anche se in modo riduttistico, varie tipologie non tanto di genitori o famiglie, ma di atteggiamenti di fronte ad un problema che in questo caso è il ragazzo e quelle che noi oggi sappiamo essere delle reali difficoltà.

Dall'esperienza sul campo possono essere sintetizzate e considerate quattro categorie di esperienze con con ragazzi DDAI. I genitori vivono l'esperienza:

- Descrivendo ed elencando tutte le difficoltà e le cose che il ragazzo non sa fare o non riesce a fare.
- Come se siano soprattutto gli altri che creano problemi con le loro intolleranze e pretese, il problema c'è ma gli altri acutizzano le manifestazioni del ragazzo e lui poi reagisce male.
- Come se fosse tutta colpa loro, si definiscono incoerenti con dei problemi nel gestirlo. Marito e moglie fanno il contrario di quello che fa l'altro, si contraddicono. Se noi non fossimo così, o meglio se lui\lei non si comportasse così le cose andrebbero molto meglio. Il ragazzo non c'entra.
- Con la consapevolezza che ha delle difficoltà. Tutto quello che abbiamo fatto non ha dato buoni risultati o meglio non basta. Vorremo sapere se c'è un modo migliore per aiutarlo.

In ognuna di queste quattro posizioni si celano delle prospettive di rappresentazione della realtà che sfociano in comportamenti ed emozioni con risvolti particolari sulla situazione del genitore e del ragazzo.

Le difficoltà quotidiane rappresentano eventi che sicuramente mettono a dura prova tutti, bambino compreso. La loro gestione metterebbe in difficoltà qualsiasi genitore.

A casa il ragazzo salta dappertutto, non fa una cosa senza essere seguito passo passo, non rispetta anche la regola minima, durante i pasti non sta fermo un momento, litiga con i fratelli per nessun motivo e spesso e volentieri si fa male... "non può essere lasciato solo un secondo". La difficoltà sta nel fatto che all'estremo si arriva a badare solo che non ne combini troppe perché più di questo non si sa cosa fare.

Quando si esce di casa le difficoltà aumentano perché il bambino attratto e disorientato da una moltitudine di stimoli finisce per essere ancora più ingestibile e il genitore è confuso sia dall'atteggiamento del figlio sia della vasta gamma di osservatori che assumono atteggiamenti diversi. I commenti tipici sono: "se fosse mio figlio"; "ma che genitori ha questo bambino?"; "gli lascia fare sempre tutto quel che vuole!", "lo controlla troppo: è per questo che si comporta così"; "lascia perdere vedrai che crescendo le cose con il tempo cambieranno". Sopraffatti da tanti consigli i genitori spesso decidono di uscire il meno possibile in attesa di tempi migliori. La scuola però non

lascia tregua: lì per forza bisogna andare e gli impegni e le regole sono molti. Dopo pochi mesi molti genitori finiscono per aspettare i loro figli il più lontano possibile dal cancello per evitare sguardi, commenti o addirittura rimproveri prima da parte degli altri genitori. E quando sono "costretti" ad andare al faticoso colloquio con gli insegnanti devono prepararsi a tutta una serie di commenti, considerazioni di fronte ai quali spesso non riescono a trovare nessuna via d'uscita.

Le emozioni che imperversano sono numerose e variegata: disorientamento, sensi di colpa, impotenza, rabbia. Si sentono colpevoli e colpevolizzati, preoccupati, incompresi... insomma immersi in una miriade di sentimenti che non riescono più a gestire.

In questa situazione quello che più li può aiutare è assumere un'adeguata prospettiva rispetto al problema e successivamente trovare strategie utili e mirate. Tutto questo crea un maggior senso di competenza e di efficacia rispetto al ruolo, riducendo di conseguenza le ansie che il genitore si trova ad affrontare.

Metacognizione e attenzione: la gestione dell'attenzione in classe

Adriana Molin (IRSSAE Veneto)

Silvana Poli (Gruppo MT, Padova)

Marina Gardinale (psicoterapeuta, Venezia)

Che gli alunni presentino scarsa attenzione alle proposte e ai compiti durante l'attività scolastica è un problema che molto spesso gli insegnanti lamentano. Il lavoro scolastico richiede sistematicità e costanza nell'applicazione tale che può apparire poco coinvolgente se confrontato con altre attività (es. i videogiochi) alle quali gli alunni, oggi, sono ormai poco abituati. Tuttavia è necessario che essi imparino a controllare e a guidare il proprio comportamento verso gli obiettivi tipici della scuola. Per superare, almeno in parte, il divario tra richieste scolastiche e disponibilità attentive e motivazionali degli alunni, possono essere utilizzati programmi e metodologie che portano a sollecitare nei bambini i tempi di attenzione, la concentrazione e le strategie che possono essere attuate per contrastare i fattori distraenti.

Il programma "Attenzione e metacognizione", si pone questo obiettivo. Consta di una serie di schede operative che possono essere utilizzate già all'inizio della classe elementare. Il training viene proposto a tutta la classe, in situazione ecologica, e riguarda l'attenzione, in tutte le sue componenti: selettiva, focalizzata, mantenuta, divisa, shift, segnali di distrazione, e poi nei suoi legami con l'apprendimento. Il programma, per i temi trattati, e le metodologie richieste, può essere usato anche da genitori e che volessero aiutare i loro figli a comprendere meglio le proprie caratteristiche cognitive-attentive migliorando le capacità di apprendimento.

Al lavoro in classe possono essere integrate per i bambini con particolari bisogni, ulteriori tecniche di autoistruzioni e problem solving che si basano su un'attività individuale. È nota ormai la difficoltà del bambino con DDAI a riuscire a mantenere l'attenzione protratta per arrivare a svolgere autonomamente un compito. Soprattutto a scuola questo diventa un problema sia per l'apprendimento del bambino, sia per le conseguenze psicologiche e per i comportamenti che egli mette in atto. Le tecniche di autoistruzioni e problem solving diventano per il bambino delle guide sufficientemente strutturate per consentirgli di eseguire compiti senza l'aiuto di una persona. Diventano delle guide non invadenti che fanno assaporare la gioia di portare a termine da soli una consegna e di riuscire a essere meno impulsivi nelle risposte. L'uso abituale di queste tecniche offre l'opportunità di conseguire diversi successi che gradualmente danno all'alunno una maggiore sensazione di competenza e possono diventare una spinta motivazionale all'impegno.

Molti studi hanno messo in risalto gli effetti positivi dell'attribuzione (decidere chi e cosa sia responsabile di quanto accade nelle esperienze di vita): soprattutto per il bambino con DDAI, riuscire a instaurare "un'attribuzione interna", ovvero attribuire a se stessi un successo o un insuccesso, crea la consapevolezza che il proprio comportamento è determinante per l'esito finale.

Tecniche di gestione del comportamento del bambino iperattivo

Giorgio Filoramo (psicoterapeuta, Vicenza)

Paolo Mariotti (Università Cattolica di Roma)

La ricerca e la sperimentazione nel campo dei problemi di comportamento in età evolutiva ed in particolare nei bambini con Disturbi dell'Attenzione/Iperattività (DDAI), hanno confermato e consolidato l'importanza della collaborazione con i genitori nel lavoro terapeutico rivolto al bambino. In Italia gli interventi con i genitori vengono utilizzati, nell'attività clinica, da molti professionisti che lavorano con l'età evolutiva. Il coinvolgimento dei genitori e di altre agenzie educative è ritenuto oggi di grande importanza nel trattamento del DDAI. Per questo motivo è necessario che il genitore possa essere parte attiva nell'approccio quotidiano ai problemi di comportamento del bambino.

Spesso i genitori di un bambino con disturbo del comportamento non conoscono i metodi, le strategie, le tecniche per affrontare i comportamenti inadeguati del figlio.

Il genitore che desidera aiutare il bambino con DDAI a modificare i suoi comportamenti indesiderabili si trova oggi di fronte ad una serie di strategie che nascono dall'applicazione delle teorie dell'apprendimento. L'intervento comportamentale del genitore si applica attraverso diverse

fasi, l'osservazione del comportamento, la scelta e l'applicazione delle tecniche e la verifica dei risultati.

La prima fase permette di porsi degli obiettivi comportamentali, identificando comportamenti specifici del bambino che necessitano di essere cambiati.

Questi possono essere comportamenti negativi, che è opportuno far diminuire di frequenza, o positivi, che è opportuno far aumentare.

Le tecniche dell'intervento comportamentale del genitore si basano sulle conseguenze del comportamento del bambino.

Gli interventi sulle conseguenze sono interventi che tentano di modificare il comportamento attraverso l'applicazione di conseguenze positive o negative. Le conseguenze positive aumentano la frequenza, l'intensità e/o la durata di un dato comportamento (come i premi), mentre quelle negative fanno diminuire la frequenza, l'intensità e/o la durata di un comportamento (come le sanzioni).

Le conseguenze positive, quando vengono applicate correttamente, possono essere molto efficaci per la modificazione del comportamento dei bambini con DDAI. L'esperienza clinica suggerisce che quando le conseguenze positive sono immediate, frequenti, salienti e modificate in modo da evitare l'abitudine, i bambini con DDAI possono avere gli stessi risultati degli altri coetanei, in molti campi.

Il primo passo che il genitore dovrà fare per intervenire sulle conseguenze positive, sarà quello di osservare le azioni del bambino al fine di determinare quali conseguenze possano essere veramente rinforzanti per il bambino, cioè quali premi, situazioni o azioni, risultando piacevoli, fortificheranno il comportamento desiderato.

Esiste un grande fraintendimento nell'uso delle conseguenze negative con i bambini in generale e con i bambini con DDAI in particolare. Le conseguenze negative sono parte naturale della vita non possono essere evitate. Il bambino che tocca una stufa calda sperimenterà la naturale conseguenza negativa del dolore. Alla fine la ripetizione del comportamento insegnerà al bambino ad evitare di toccare la stufa calda. Dato che le conseguenze negative sono degli efficaci regolatori del comportamento umano, queste vanno applicate in modo adeguato e sicuro in un ambiente controllato.

L'intervento sulle conseguenze negative per il bambino iperattivo può essere svolto mediante alcune tecniche tra le quali: l'ignorare pianificato (che implica ignorare i comportamenti indesiderabili non pericolosi), il rimproverare il bambino, il costo della risposta e il time-out (per interrompere una sequenza di comportamenti inadeguati). Il costo della risposta, che implica togliere al bambino qualcosa di gradevole, è la conseguenza negativa più studiata relativamente al

bambino con DDAI. Questo intervento è l'applicazione di penalità nel momento in cui avvengono comportamenti negativi. Il costo della risposta è generalmente visto come un intervento efficace e facile da somministrare, ma, essendo una conseguenza negativa, fornisce al bambino un riscontro solo sui comportamenti inadeguati. Pertanto è di maggior efficacia l'utilizzo delle conseguenze negative per un comportamento inappropriato in congiunzione con conseguenze positive per il comportamento appropriato.

Benché gli interventi comportamentali siano efficaci, la loro applicazione spesso non è semplice e ripetuti tentativi e fallimenti negli interventi dei genitori possono portare a confusione, frustrazione e scoraggiamento sia nei genitori, sia nei bambini. È per questo che utilizzare gli interventi sulle conseguenze richiede attenzione, impegno e costanza.

Un approfondimento psicodinamico a livello teorico e nella pratica clinica può fornire una chiave interpretativa sia per chiarire le motivazioni della riuscita, sia per la comprensione dei fallimenti, in questo caso con una evidente ricaduta positiva nella clinica.

Un postulato gratuito in campo educativo è che se i genitori allevano bene i loro bambini, soprattutto se ciò accade sin da piccoli, essi si svilupperanno in maniera soddisfacente sia per il piacere dei genitori che per l'accettazione nella società.

Le cose generalmente non sono così lineari neanche con bambini che non hanno problemi di comportamento, figuriamoci quando ci troviamo di fronte a bambini con DDAI.

Gli errori, che in ogni caso si compiono attraverso qualsiasi strategia educativa, potranno essere sentiti come disastrosi, ci si sentirà colpevoli con il carico, che spesso in modo inappropriato altre figure educative familiari ed istituzionali tenderanno a riversare sui genitori "incapaci".

Ad un altro livello, più profondo, possiamo dire che un bambino con DDAI, soprattutto nei casi in cui il disturbo si manifesta precocemente, può mettere in discussione l'ideale di funzione genitoriale che il papà e la mamma hanno, sia a livello personale che di coppia. Tale funzione è frutto di un delicato e complesso gioco di identificazioni che i genitori mettono in atto nei confronti dei propri stessi genitori, e che derivano dalle relazioni con loro sperimentate sia positive che negative.

In molte anamnesi di bambini che giungono all'osservazione per DDAI, è possibile risalire ad un neonato con scarsa capacità di adattamento, con continue richieste, e a cui non si riesce a dare risposte e contenimento. O così viene vissuto.

Situazioni di questo tipo si caratterizzano con un deficit nell'interazione con il bambino che tende a perdurare nel tempo e che fa strutturare sentimenti di inadeguatezza e senso di colpa sia nei genitori che si vivono inadeguati nella loro funzione, che nel bambino che non riesce a corrispondere alle loro aspettative.

Quindi, la possibilità di partecipare fattivamente alla terapia può ristabilire in qualche modo un ruolo educativo in cui a lungo ci si è sentiti inadeguati e riprendere fiducia nella propria capacità di poter assumere una piena funzione genitoriale.

E' probabile, peraltro, che ciò inizi già nel momento della diagnosi che classifica il disturbo come tale e permette di non parlare più in termini di "cattivi genitori" o "bambino cattivo".

Si può pensare che un sostegno psicodinamicamente orientato possa, quindi essere di complemento ed integrato con un approccio cognitivo-comportamentale. E comunque di indubbia utilità nelle situazioni in cui ci si ritrovi di fronte ad insuccessi del progetto terapeutico comportamentale, associato o meno a terapia medica.

In questi casi, infatti, lo strumento psicodinamico può risultare utile per la comprensione di eventuali problematiche psicopatologiche preesistenti o innescate dalla presenza del disturbo DDAI, e per un lavoro di elaborazione delle stesse.

Il contributo della scuola nel trattamento del DDAI:

Rapporti con i servizi e tecniche di gestione cognitive/comportamentali

Claudio Vio (ASL San Donà di Piave)

Tiziana De Meo (ASL San Donà di Piave – AIDAI di Ferrara)

Silvia Vernacotola (Università Cattolica di Roma)

E' certamente in aumento la richiesta di aiuto avanzata dagli insegnanti per la gestione di alunni che disturbano e/o sono aggressivi e/o non prestano attenzione allo svolgimento della lezione e/o sono facilmente distraibili e/o non riescono a stare seduti quanto i compagni di classe.

Ciononostante, viene da più parti rilevato un lento ma inesorabile arretramento dal mondo della scuola da parte dei servizi dell'Azienda Sanitaria (Ianes, 1999). Questa osservazione può avere numerose spiegazioni, come ad esempio il fatto che non vi è spesso tra i clinici un consenso sull'interpretazione dei disturbi dello sviluppo che comportano apprezzabili problemi di comportamento, che molti di questi bambini non presentano indicazioni per alterazioni di tipo psicopatologico, che spesso le difficoltà attentive e/o di comportamento subiscono delle modificazioni nel tempo, ecc.; tuttavia, non crediamo opportuno o utile che la scuola sia lasciata da sola ad affrontare problematiche di questa natura.

Crediamo al contrario che, come nei disturbi Specifici di Apprendimento, sia necessaria la collaborazione tra Scuola e Psicologo e/o Servizi Sanitari

Questa collaborazione può avere diversi significati: prevenire problemi più consistenti in adolescenza, impedire il fenomeno della dispersione scolastica, in alcuni casi essere d'aiuto alla

famiglia nell'acquisire consapevolezza di un problema altrimenti non preso sufficientemente in considerazione, ma anche approfondire le modalità di approccio al bambino che presenta queste problematiche di volta in volta più adeguate, allontanare i rischi di un burn-out degli insegnanti stessi.

Anche in Italia sono state fatte in tempi recenti, o sono ancora in fase di attuazione, sperimentazioni che hanno l'obiettivo da una parte di studiare le caratteristiche di questi bambini, l'efficacia di interventi diretti sul bambino (Cornoldi et al., 1996; Vio, Offredi e Marzocchi, 1999), oppure vi sono materiali utili per modulare le principali componenti attentive (es. attenzione focale, sostenuta, divisa, ecc.) da utilizzare con tutti i bambini della classe (Marzocchi, Poli e Molin, 2000), materiali che forniscono indicazioni per gestire sia problemi dell'irrequietezza motoria sia dell'attenzione per insegnanti (Stormont-Spurgin, 1999; Cornoldi, De Meo, Offredi, Vio, 2001) .

Prima di descrivere più in dettaglio alcune modalità conosciute, utili al mondo della scuola, circa le possibili tecniche di intervento a favore di bambini che evidenziano problemi nell'attenzione e/o nel comportamento, cercheremo di descrivere alcune situazioni che si possono incontrare nel mondo della scuola e che consigliano una collaborazione tra scuola e Psicologo/Servizi ASL.

L'insegnante può infatti sentire la necessità di verificare la bontà delle proprie scelte educative adottate nei confronti di quel particolare bambino inserito in una determinata classe, senza che questo bambino sia conosciuto ai Servizi. Questo intervento può assumere la valenza di attività di prevenzione nella misura in cui il sostegno agli insegnanti favorisce una riduzione dei comportamenti problema; oppure, potrebbe facilitare l'accesso del bambino al Servizio qualora sia necessaria una valutazione clinica.

All'interno di una situazione di questo tipo, è certamente fondamentale riuscire a lavorare con gli insegnanti, questi però dovrebbero tenere presente:

- che la richiesta dell'insegnante di un'eventuale 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 incontra i criteri per un Disturbo 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.

E' certamente più facile intervenire in questa situazione rispetto alla precedente, in quanto alla descrizione dei comportamenti problema del bambino nei contesti di vita si aggiunge anche una valutazione psicodiagnostica che dovrebbe consentire di evidenziare le caratteristiche psicologiche

del soggetto (es. autostima, stati motivazionali, ecc.), il grado di consapevolezza circa i motivi che hanno spinto i genitori a chiedere la consulenza, eventuale comorbidità con altri disturbi (es. disturbo di apprendimento scolastico).

E' necessario successivamente individuare una prassi operativa che consenta di intervenire in modo efficace sulle problematiche in esame. Le variabili che possono favorire, o interferire, nella definizione di un piano di intervento sono numerose; ciononostante, la nostra esperienza professionale ci spinge ad ipotizzare un procedimento che tenga conto:

- della modalità attraverso la quale la scuola invita i genitori a richiedere una consulenza psicologico – clinica;
- del percorso da effettuare nella 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;
- della comunicazione ai genitori dell'esito della valutazione psicologico - clinica con indicazione della prognosi di sviluppo;
- della 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.
- di una consulenza alla scuola utile a favorire l'individuazione di modalità operative di volta in volta efficaci con questi bambini.

In tutte le situazioni prese in esame (conoscenza o meno del bambino problematico ai Servizi di appartenenza e quindi possibilità o meno di una collaborazione sul campo con i professionisti), la scuola ha comunque dei validi strumenti di cui disporre per far fronte alle situazioni problematiche create da uno o più bambini con DDAI nella propria classe. Ciò non sempre è ritenuto realistico e/o realizzabile dalle insegnanti che ritengono oramai di avere già fatto di tutto, di essere inefficaci, o che al contrario tutto possa dipendere dal bambino e dalla sua volontà (o da quella dei suoi genitori).

E' importante sottolineare, che il primo passo da considerare è che questi bambini che spesso sembrano maleducati, infantili, bulli, in realtà hanno un problema e loro stessi sono i primi a soffrirne le conseguenze sul piano sociale. Gli atteggiamenti a volte provocatori e di sfida del bambino, in classe, possono rendere estremamente difficile il contatto emotivo dell'insegnante con il disagio dell'alunno e suscitare rabbia e frustrazione nel non riuscire a gestire la situazione.

La presa di coscienza da parte dell'insegnante che il bambino è affetto da un Disturbo e che il senso di rabbia e inadeguatezza nei confronti del comportamento disturbante del bambino sono delle reazioni comprensibili, può aiutare ad elaborare e analizzare tali sentimenti allo scopo di lasciare

spazio alla riflessione per poter identificare e adottare le strategie più idonee per far fronte alla situazione di disagio, che coinvolge sia l'insegnante che l'alunno.

Gli obiettivi da raggiungere saranno i seguenti:

- predisporre un ambiente facilitante, che comprenda le difficoltà del bambino e non ne penalizzi le potenzialità
- ridurre i comportamenti problema e favorire la comparsa di comportamenti maggiormente funzionali
- promuovere un atteggiamento strategico, riflessivo ed autoconsapevole

Essi potranno essere raggiunti attraverso l'attuazione di un programma che prenda in considerazione aspetti e metodologie sia cognitivi che comportamentali:

- l'organizzazione della classe (disposizione strategica dei banchi), dei tempi di lavoro (quanto più brevi e prevedibili) e la gestione delle regole (poche, incisive e facilmente accessibili)
- le metodologie di proposta delle lezioni (ritmo, strumenti, strategie)
- la gestione dei comportamenti problema attraverso l'osservazione e l'analisi funzionale del comportamento (lo studio cioè di un comportamento in relazione al suo contesto così da definire delle ipotesi relative alle condizioni che favoriscono una minore comparsa dei comportamenti problema ed una verifica delle ipotesi stesse e l'utilizzo di un sistema di gratificazioni/punizioni coerente ed efficace)
- l'utilizzo di un training metacognitivo sulla conoscenza e controllo dei propri processi attentivi, delle fasi di problem solving e della modulazione dello stress e/o emozioni. Si ritiene particolarmente importante ritagliare uno spazio anche per la gestione dello stress dell'insegnante, sia attraverso la conoscenza dei pensieri irrazionali spesso sottostanti, che attraverso la condivisione reciproca di esperienze e strategie.

Riteniamo maggiormente efficaci l'utilizzo di tecniche comportamentali nel primo ciclo di scuola elementare, mentre, man mano che il livello di scolarizzazione aumenta, e con esso le capacità rappresentative e autoriflessive, è indispensabile ricorrere ad un approccio cognitivo e metacognitivo. Quest'ultimo concorrerà alla generalizzazione ed al consolidamento dei risultati raggiunti.

Bibliografia di Riferimento

Biancardi, A. & 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: Erickson.

- Cornoldi C., Gardinale M., Masi A. & Pettenò L. (1996). "Impulsività e autocontrollo". Trento: Erickson.
- Cornoldi C., De Meo T., Offredi F. & Vio C. (2001). "Il trattamento dell'alunno con DDAI". Trento: Erickson.
- Ianes, D. (1999). Strategie prioritarie per dare Qualità all'integrazione scolastica. "Difficoltà di Apprendimento", 5, 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, 185-194.
- Marzocchi G.M., Poli S. & Molin A. (2000). Attenzione e metacognizione. Trento: Erickson.
- Vio C., Marzocchi G. M. & Offredi (1999). "Il disturbo da deficit attentivo/iperattività. Diagnosi psicologica e lavoro con i genitori". Trento: Erickson.
- Vio C. & Tressoldi. P.E. (1998). "Il trattamento dei Disturbi dell'apprendimento scolastico". Trento: Erickson.

La diagnosi differenziale del disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività

Gabriele Masi, Stefania Millepiedi

Divisione di Neuropsichiatria Infantile, Università di Pisa – IRCCS Stella Maris, Calambrone (Pi).

Per pochi disturbi dell'età evolutiva le differenze nelle stime epidemiologiche sono così elevate come per l'ADHD, con differenze anche di 20 volte tra paesi con culture psichiatriche anche omogenee. Oltre a ragioni di natura metodologica, gran parte delle disparità sono legate al fatto che la sintomatologia diagnostica dell'ADHD, relativamente aspecifica nei suoi sintomi nucleari, può essere presente anche in altri disturbi psicopatologici dell'età evolutiva dai disturbi della condotta o oppositivo-provocatori, ai disturbi dell'umore depressivi o bipolari, ai disturbi d'ansia, ai disturbi dell'apprendimento. Le cose sono rese ancora più complesse dal fatto che gli stessi disturbi possono essere associati in comorbidità ad un ADHD. Infatti almeno i due terzi dei soggetti con ADHD hanno un altro disturbo psicopatologico associato, che può esercitare una azione di mascheramento diagnostico. Si comprende dunque come il problema della diagnosi differenziale ed il problema della comorbidità siano, nel caso dell'ADHD, strettamente associati. L'interpretazione di questa comorbidità è probabilmente responsabile della gran parte degli errori diagnostici per l'ADHD. Infatti se la comorbidità è un concetto del tutto generale in psicopatologia infantile, nel caso dell'ADHD il problema del confine tra la sindrome ed altri disturbi associati implica specifici problemi clinici, poiché gli stessi sintomi, ad un diverso grado di intensità, possono essere parte

integrante del quadro clinico dell'ADHD, oppure possono comporre quadri clinici che simulano l'ADHD, oppure possono associarsi in comorbidità all'ADHD. E' evidente che le prime due condizioni rappresentano una falsa comorbidità, che può essere svelata solo attraverso un attento processo diagnostico. Ad es. un disturbo del comportamento può essere parte integrante del quadro ADHD; oppure può essere un disturbo autonomo che può entrare in diagnosi differenziale con l'ADHD, e talvolta essere confuso con esso (ad es. come disturbo oppositivo-provocatorio o disturbo della condotta); oppure può essere un disturbo autonomo, ma associato in comorbidità all'ADHD. Anche se da un punto di vista teorico i confini tra queste tre possibilità sono ben tracciabili, nella realtà clinica non sempre questo processo è agevole.

Questa opera di mascheramento da parte delle condizioni in comorbidità è probabilmente uno dei più importanti fattori alla base delle diverse stime epidemiologiche. Questi aspetti sono almeno in parte il riflesso della incertezza dei confini della sindrome ADHD, relativi cioè a che cosa è da considerarsi parte integrante dell'ADHD e cosa no. Se infatti i caratteri nucleari dell'ADHD (disturbo dell'attenzione, iperattività, impulsività) sono sufficientemente definiti, altri aspetti come il disturbo del comportamento, la difficoltà della relazione con gli altri, la disregolazione del tono dell'umore, la labilità del controllo emotivo, la compromissione del funzionamento scolastico fino a che punto fanno parte del quadro clinico (es. sotto forma di aggressività, demoralizzazione e/o eccitazione, stato di tensione soggettiva, difficoltà nel rendimento scolastico), e da quale punto in poi sono condizioni associate in comorbidità o addirittura condizioni che simulano un ADHD (ad es. un disturbo oppositivo-provocatorio o un disturbo della condotta, un disturbo depressivo o un disturbo maniacale, un disturbo d'ansia, un disturbo dell'apprendimento)?

Bibliografia in italiano sul DDAI

Articoli

Barkley R. A. (1999), Deficit di attenzione/iperattività, *Le Scienze* (Gennaio, 1999).

Bernabei P., Romani M. & Levi G. (1995). ADHD: sintomo o sindrome? *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 62, 359-366.

Bigozzi L. (2001). L'intervento metacognitivo nel deficit di attenzione: un caso felice. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 5, 117-131.

Burani R., Mezzalana E. & Petrucci M. N. (1996). Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività e Disturbo della Condotta: riflessioni sulla comorbidità. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 63, 447-453.

- 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-emotivo. *Difficoltà di Apprendimento*, 1 (1), 107-118.
- Fabio R.A. (2000). Migliorare l'attenzione nel contesto individuale e in classe: metodi di intervento. *Difficoltà di apprendimento*, 6 (1), 37-46.
- 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), 567-578.
- Mazzotta G. & Vallai V. (1992). La terapia farmacologica nei soggetti con disturbo dell'attenzione. Revisione critica della letteratura. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 59, 599-608.
- Marzocchi G.M. & Cornoldi C. (2000). Una scala di facile uso per la rilevazione dei comportamenti problematici in bambini con deficit di attenzione/iperattività. *Psicologia Clinica dello Sviluppo* 4, 43-63.
- 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 F. & Vio C. (1999), Il trattamento del disturbo da deficit di attenzione/iperattività: analisi di due casi. *Difficoltà di Apprendimento*, 4, 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, 9-16.
- Romani M., Sogos C. & Levi G. (1998). ADHD e percorsi evolutivi: appunti di ricerca. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65, 247-256.

- 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*, 15, 111-120.
- Saccomani L., Rizzo P. & Ravera G. (1998). Farmacoterapia nei disturbi dell'attenzione esperienza clinica in età evolutiva. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65, 105-112.
- 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.
- Sironi E., Frinco M. (1997). Iperattività e disturbi dell'attenzione nella scuola elementare, *Psicologia e Scuola*, 83, 10-19.
- Vio C., Offredi F. & Marzocchi G.M. (1999). Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività: sperimentazione di un training metacognitivo. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2, 241-262.
- Zuddas A., Anciletta B., DeMuro S., Marongiu A. & Cianchetti C. (1999). Protocollo diagnostico, test di somministrazione acuta e terapia cronica con metilfenidato in bambini con disturbo da deficit attentivo ed iperattività: uno studio pilota. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 66, 735-746.

Libri

- Cornoldi C., Gardinale M., Pettenò L. & Masi A. (1996). *Impulsività e autocontrollo*. Edizioni Erickson.
- Douglas M.L. *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.
- Munden A. & Arcelus J. (2001). *Il bambino iperattivo*. Edizioni Ecomind.
- 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 C., Marzocchi G.M. & Offredi F. (1999). *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività*. Erickson, Trento.

Eventi

Congresso AIRIPA “ X CONGRESSO NAZIONALE AIRIPA (Associazione Italiana per la Ricerca e l’Intervento in Psicopatologia dell’Apprendimento) su **“I Disturbi dell’Apprendimento”** Repubblica di San Marino 19-20 Ottobre 2001.

In collaborazione con: Università degli Studi di San Marino - Segreteria di Stato alla Sanità e Sicurezza Sociale - Segreteria di Stato alla Pubblica Istruzione e Università. - Servizio Minori (Istituto per la Sicurezza Sociale).

PROGRAMMA

Venerdì 19 Ottobre

8.15 Registrazione

9.00 Cesare Cornoldi (Un. Padova)

Apertura dei lavori

Saluto delle autorità

9.30 Relazione a invito (*)

J. NAGLIERI (G. Mason University, Fairfax, USA)

Intelligence Testing for the 21st Century: A Cognitive Processing Approach

10.40 Pausa

11.00 Sessioni Parallele

Teatro Turismo: Simposio: Identificazione precoce del rischio di difficoltà di apprendimento

(a cura di M. Orsolini e G. Scalisi)

Teatro Titano: Autismo e disabilità

Presiede: D. Lucangeli

Ridotto del Teatro Titano: Metodo di studio

Presiede: R. Venturini

Pausa pranzo

14.30 Sessioni parallele

Teatro Turismo: Identificazione precoce delle difficoltà di apprendimento

Presiede: P.E. Tressoldi

Teatro Titano: Apprendimento matematico

Presiede: R. Cubelli

Ridotto del Teatro Titano: Esperienze di trattamento

Presiede: A. Moè

17.10 Coffee Break offerto da Segreteria di Stato Sanità e Sicurezza Sociale

17.40 C. Cornoldi

Introduzione all'uso di strumenti standardizzati per i disturbi dell'apprendimento

17.55 M.C. Caselli (Istituto di Psicologia del CNR, Roma)

Test di valutazione del linguaggio nel bambino piccolo

18.35 (per i soli soci) Assemblea soci AIRIPA

Cena Sociale

Sabato 20 Ottobre

8.30 Sessioni parallele

Ridotto del Teatro Titano: Mutimedialità e difficoltà di apprendimento

Presiede: F. Pazzaglia

Teatro Titano: Strumenti per la valutazione

Presiede: O. Albanese

9.00-13.00

Teatro Turismo: Simposio: Aspetti motivazionali nelle difficoltà di apprendimento (a cura di R. De Beni)

10.30 Intervallo

11.00 Sessioni Parallele

Ridotto del Teatro Titano: Disabilità grave

Presiede: R. Vianello

Teatro Titano: Problemi relazionali e difficoltà di apprendimento

Presiede: B. Benelli

Pausa pranzo

14.30 Relazione ad invito (*)

J.L. PAOUR (Università di Aix en Provence, FRANCIA)

Remédiation cognitive et retard mental : des théories développementales aux applications psychopédagogiques

15.30 Sessioni parallele

Teatro Titano: Disturbi di attenzione e/o iperattività

Presiede: C. Cornoldi

Teatro Turismo: Lettura e dislessia

Presiede: G. Stella

Ridotto del Teatro Titano: Proposte educative

Presiede: M. Cendron

(*) La relazione sarà tradotta

Informazioni: dr. Barbara Carretti: barbara.carretti@unipd.it

