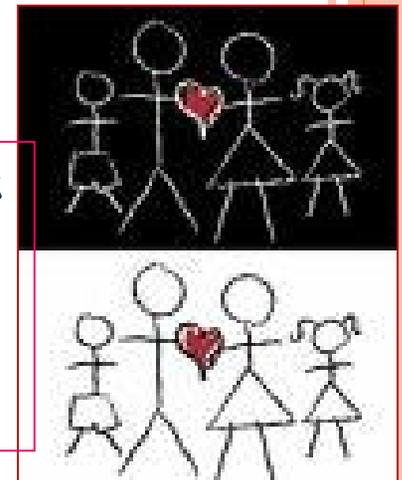
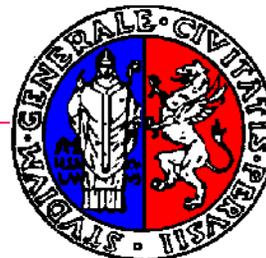


IL PARENT TRAINING NEI BAMBINI CON ADHD: DATI PRELIMINARI IN SOGGETTI NEL CENTRO DI RIFERIMENTO DELL'ASL 04 TERNI



Allegretti M., D'Angelo R., Barbanera F., Giovanni Mazzotta
U.O.C., "Neuropsichiatria Infantile e dell'Età Evolutiva"
Direttore Prof. Giovanni Mazzotta



NASCITA E SVILUPPO DEL PARENT TRAINING

Hanf (1969): modificazione dei comportamenti oppositivi, devianti e aggressivi dei ragazzi ricorrendo alla mediazione e all'intervento dei loro genitori:

- ☆ Si insegna ai genitori a prestare adeguate attenzioni al figlio quando manifesta autocontrollo ed ignorare i comportamenti lievemente disturbanti.
- ☆ Si introduce l'uso del **time out**.
- ☆ Forehand (1981) e Barkley (1987) elaborarono cicli di incontri per i genitori.



RUOLO DEI GENITORI

- Obiettivo dei trattamenti cognitivo-comportamentali: fornire conoscenze e abilità per consentire all'individuo di affrontare il proprio disagio psicologico.
- I genitori hanno un ruolo primario nel contenimento di un disturbo.
- Sono una risorsa per contrastare e modificare un ambiente poco **salutare** per il bambino.



TIPOLOGIE DI BAMBINI APPROPRIATI PER QUESTO PROGRAMMA

- ☆ Bambini che presentano un comportamento disubbidiente, provocatorio o socialmente ostile.
- ☆ Spesso questi bambini hanno disturbi di esternalizzazione o "acting out": Disturbo oppositivo-provocatorio, ADHD, Disturbo della condotta, Disturbo Pervasivo dello Sviluppo atipico, Disturbo Bipolare Giovanile a patto che il comportamento non condiscendente o provocatorio sia il problema primario.



OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

1. Fornire informazioni relative al parent training e all'ADHD
2. Favorire la comprensione delle modalità di interazione genitore-bambino e spiegare i principi di gestione comportamentale
3. Insegnare ai genitori a stare con il bambino in modo non direttivo
4. Insegnare a prestare attenzione ai comportamenti positivi del bambino, in particolare quando questi manifesta autonomia e collaborazione
5. Concordare con il bambino un sistema di rinforzo a punti



OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

6. Utilizzare il costo della risposta ed il time-out
7. Generalizzare l'uso del time-out ad altri comportamenti negativi
8. Gestire il comportamento del bambino nei posti pubblici
9. Prevedere probabili e future difficoltà comportamentali
10. Richiamo e ripasso delle tecniche apprese



L'“ESSERE GENITORI”DI BAMBINI PROBLEMATICI

- 2 tipologie:
 1. Sentirsi colpevoli dei problemi comportamentali del figlio
 2. Reagire con aggressività (soprattutto quando avvertono che la loro azione educativa è inefficace)
- ◇ Bollea (1998): “le madri che non sbagliano mai sono quelle che riescono a sintetizzare istinto tradizione e cultura”



RISULTATI ATTESI DAL PROGRAMMA

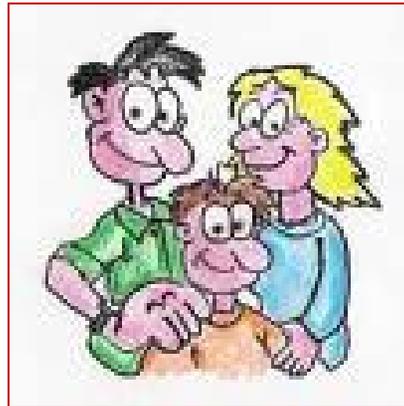


- I bambini con forme più gravi di sviluppo psicopatologico (ADHD), che sono cronici di natura, potrebbero migliorare nella loro condiscendenza grazie al programma (Anastopoulos et al., 1993; Jhonston, 1992).
- Con tali bambini l'atteggiamento da tenere è quello di rendere i genitori capaci di "far fronte" ai problemi del bambino piuttosto che "guarirli" .
- Nonostante queste osservazioni, il programma può ridurre al minimo il livello di problemi del bambino e della sofferenza all'interno della famiglia causata dalla mancata obbedienza del bambino.



RISULTATI ATTESI DAL PROGRAMMA

- I genitori istruiti nel gestire il comportamento del bambino raggiungono anche una maggiore consapevolezza delle proprie abilità, un ridotto stress, ed un senso di autostima e competenza (Anastopoulos et al., 1993; Pisterman et al., 1989).



PREDITTORI DEL SUCCESSO E DEL FALLIMENTO

- Il 64% o più delle famiglie con bambini ADHD e/o con bambini gravemente oppositivi dal punto di vista clinico può aspettarsi un cambiamento o una normalizzazione clinicamente significativi grazie a questo programma (Quici, Wheeler e Bolle 1996).
- La percentuale di miglioramento è maggiore tra i bambini più piccoli (minori di 6 anni) e tra bambini clinicamente più gravi (Dishion e Patterson, 1992).



PREDITTORI DEL SUCCESSO E DEL FALLIMENTO

- Il grado di **disaccordo coniugale** è un fattore predittivo della ridotta efficacia del PT (Webster-Stratton e Hammond, 1990).
- Le famiglie monogenitoriali rispondono meno bene rispetto a quelle con entrambi i genitori.
- Anche il grado di stress sopportato negli anni precedenti può essere associato con una ridotta efficacia del PT.



MATERIALI E METODI

- Sono stati seguiti i genitori di bambini e ragazzi con sindrome ADHD utilizzando le tecniche cognitivo- comportamentali del Parent Training (Vio, Marzocchi et al. , 2004) da Settembre 2007 ad Aprile 2009.
- Sono stati effettuati 3 cicli di training, in ciascuno dei quali sono stati seguiti due gruppi di genitori con figli di età differenti per un totale di 32 coppie con età media dei figli 9 anni ed 8 mesi. Sono stati somministrati due questionari a 22 coppie.
- Sono stati effettuati 9 incontri di 1 ora e 30 minuti l'uno con cadenza bisettimanale.

MATERIALI E METODI

- Al primo e al nono incontro sono stati somministrati 2 differenti test :
- **“Life Participation Scale for ADHD”** che permette ad ogni genitore di valutare l'evoluzione del funzionamento adattativo del proprio figlio nel periodo di training
- **“Scala di valutazione del Progetto Nazionale Parent Training”** (A.I.F.A. e A.I.D.A.I.) che permette una valutazione globale del corso da parte di ogni coppia genitoriale



LIFE PARTECIPATION SCALE

- È uno strumento di valutazione che misura:
 1. i costrutti riportati dai genitori, soprattutto quelli correlati al funzionamento adattivo ed esecutivo
 2. le capacità sociali ed il funzionamento interpersonale
 3. la tolleranza alle frustrazioni o la regolazione dell'umore
 4. stabilisce proprietà psicometriche adeguate
 5. è sensibile ai cambiamenti temporali nei trial sui farmaci

Keith E, Saylor, et al., 2002



LIFE PARTECIPATION SCALE

Durante l'ultima settimana suo figlio	Mai/raramente	Qualche volta	Spesso	Molto spesso
È andato a letto senza difficoltà				
Si è svegliato di buon umore al mattino				
Ha parlato con un volume di voce appropriato				
È stato calmo ed ha controllato gli scatti di irascibilità				
È stato affettuoso con lei o con gli altri				
È stato divertente e piacevole andare in giro con suo figlio				
È stato accettato dai suoi coetanei nelle attività				
Ha fatto commenti socialmente adeguati				
Ha iniziato i compiti a casa senza che gli fosse detto di farlo				
È stato consapevole, ma non distratto dalle cose che avvenivano intorno a lui				
Ha riflettuto prima di agire				
PUNTEGGIO AI FINI STATISTICI	0	1	2	3

LIFE PARTECIPATION SCALE

- Attraverso questa scala è stato possibile far valutare ai genitori l'evoluzione del comportamento del proprio figlio durante il corso del training.
- Il questionario offre al genitore l'opportunità di riflettere su 11 comportamenti caratteristicamente problematici per i minori ADHD.



LIFE PARTECIPATION SCALE

RISULTATI

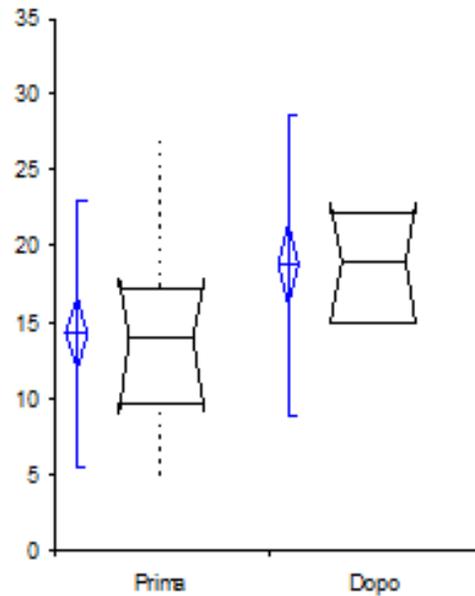
- Per ogni bambino sono stati confrontati i punteggi risultanti dal questionario iniziale e da quello finale e questo ci ha permesso di osservare dei miglioramenti per quanto riguarda la frequenza del comportamento adeguato indicato da ogni item.
- Su 22 bambini, solo in 3 casi non sono stati osservati dal genitore dei miglioramenti nel proprio figlio.



RISULTATI

Soggetti con ADHD	PUNTEGGIO BASALE	PUNTEGGIO DOPO PARENT TRAINING	VARIAZIONE	TERAPIA FARMACOLOGICA ASSOCIATA
1	18	16	-2	___
2	16	23	7	___
3	27	31	4	___
4	17	19	2	___
5	20	28	8	___
6	13	19	6	SI
7	5	10	5	___
8	9	16	7	SI
9	18	11	-7	___
10	13	15	2	SI
11	20	26	6	___
12	7	14	7	SI
13	14	16	2	___
14	13	25	12	___
15	9	21	12	SI
16	8	15	7	___
17	15	19	4	___
18	8	12	4	___
19	17	22	5	___
20	12	9	-3	___
21	14	22	8	___
22	21	25	4	___

LIFE PARTECIPATION SCALE



median	IQR	95% CI of median
14,000	7,500	9,000 to 18,000
19,000	7,250	15,000 to 23,000

	n	mean	SD	SE	95% CI of mean
Prima	22	14,273	5,3557	1,1418	11,898 to 16,647
Dopo	22	18,818	6,0209	1,2837	16,149 to 21,488

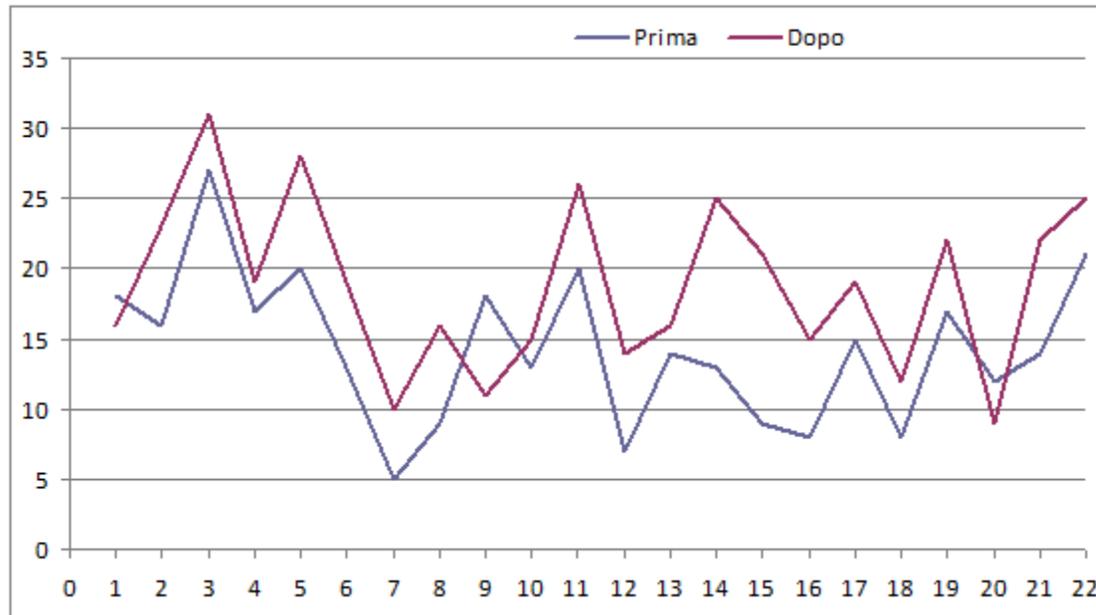
t statistic

4,78

1-tailed p

<0,0001

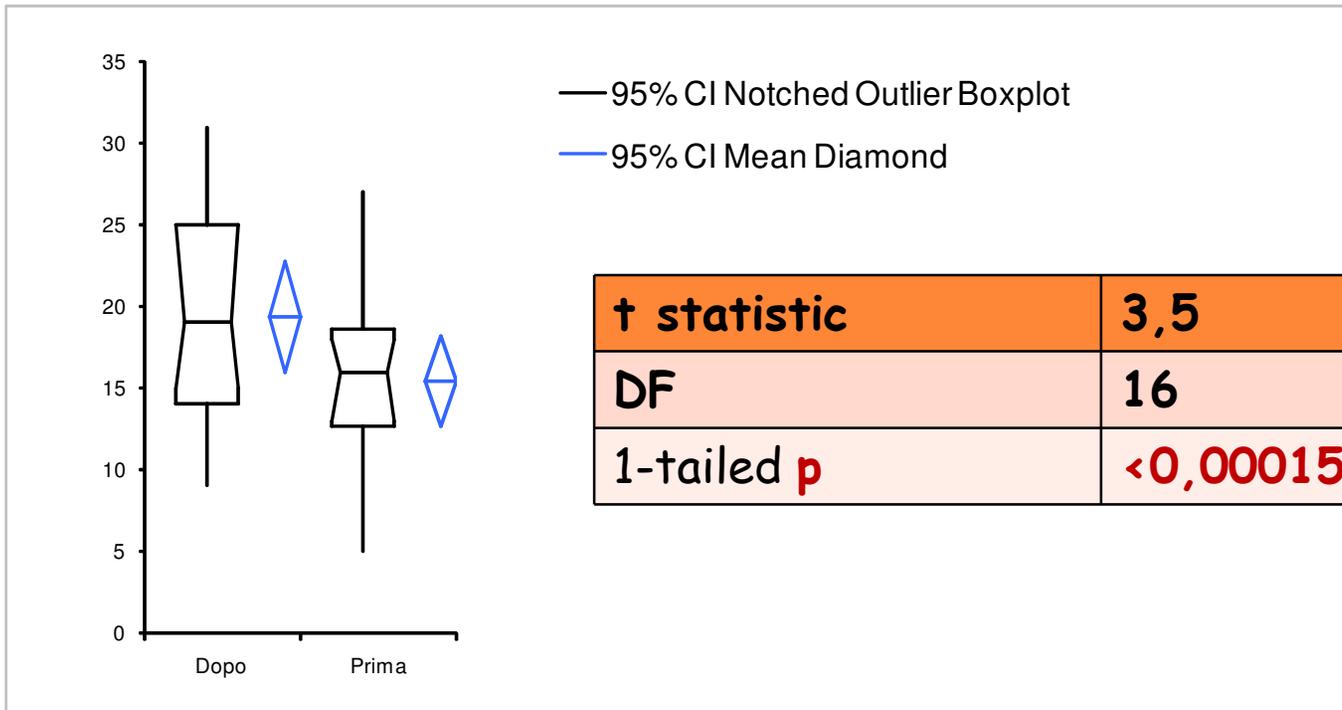
LIFE PARTECIPATION SCALE



Tra il punteggio prima e dopo di training c'è differenza statisticamente significativa, quindi la differenza ed il miglioramento non sono dovuti al caso.



ANALISI SOLO SUI 17 SOGGETTI SENZA TERAPIA FARMACOLOGICA



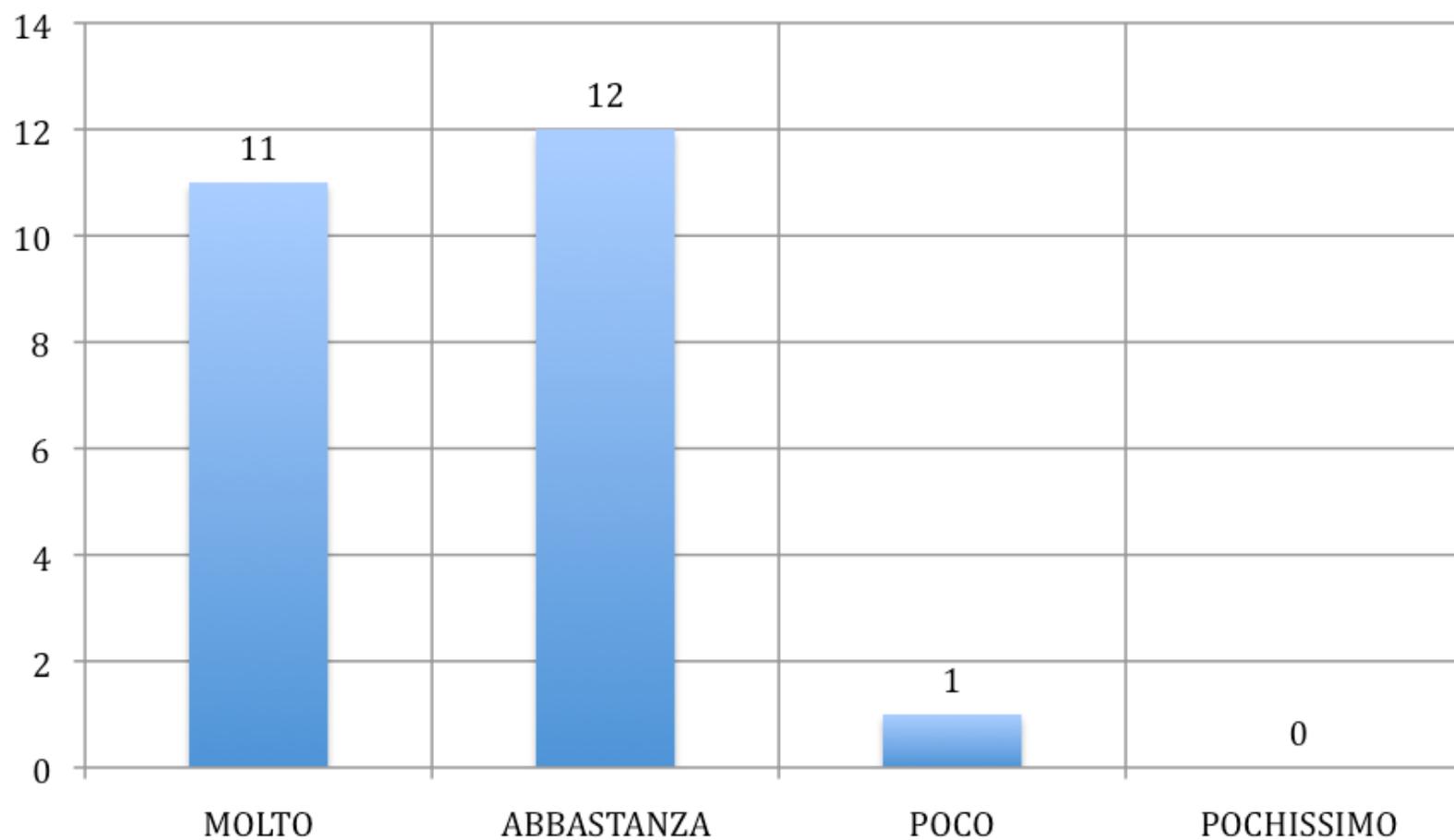
	n	mean	SD	SE	95% CI of mean
Dopo	17	19,4	6,64	1,61	15,9 to 22,8
Prima	17	15,5	5,4	1,31	12,7 to 18,2

SCALA DI VALUTAZIONE DEL PROGETTO NAZIONALE PARENT TRAINING

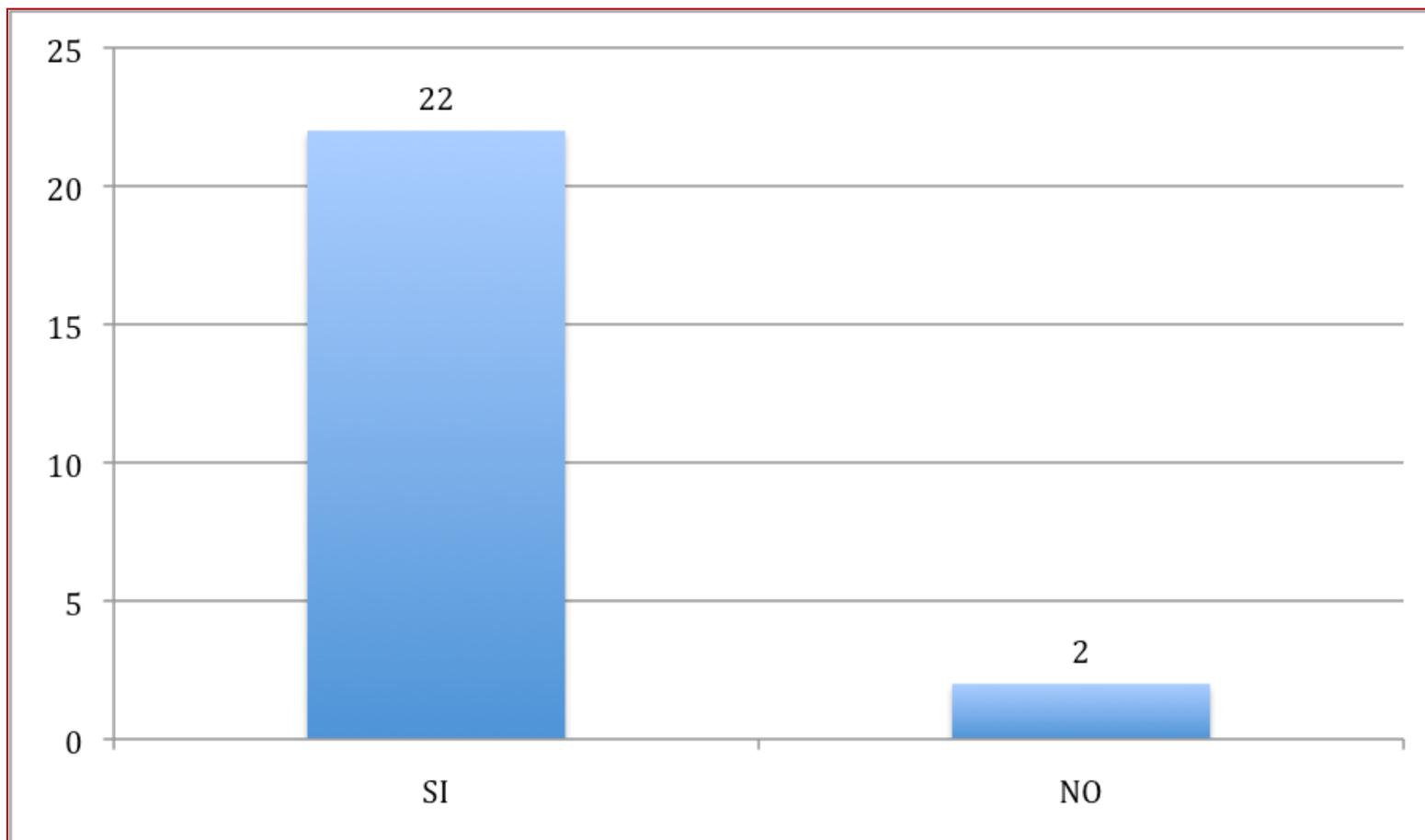
- Alla fine di ogni corso sono state somministrate le valutazioni finali a 26 coppie presenti all'inizio del corso.
- Analisi dei risultati.



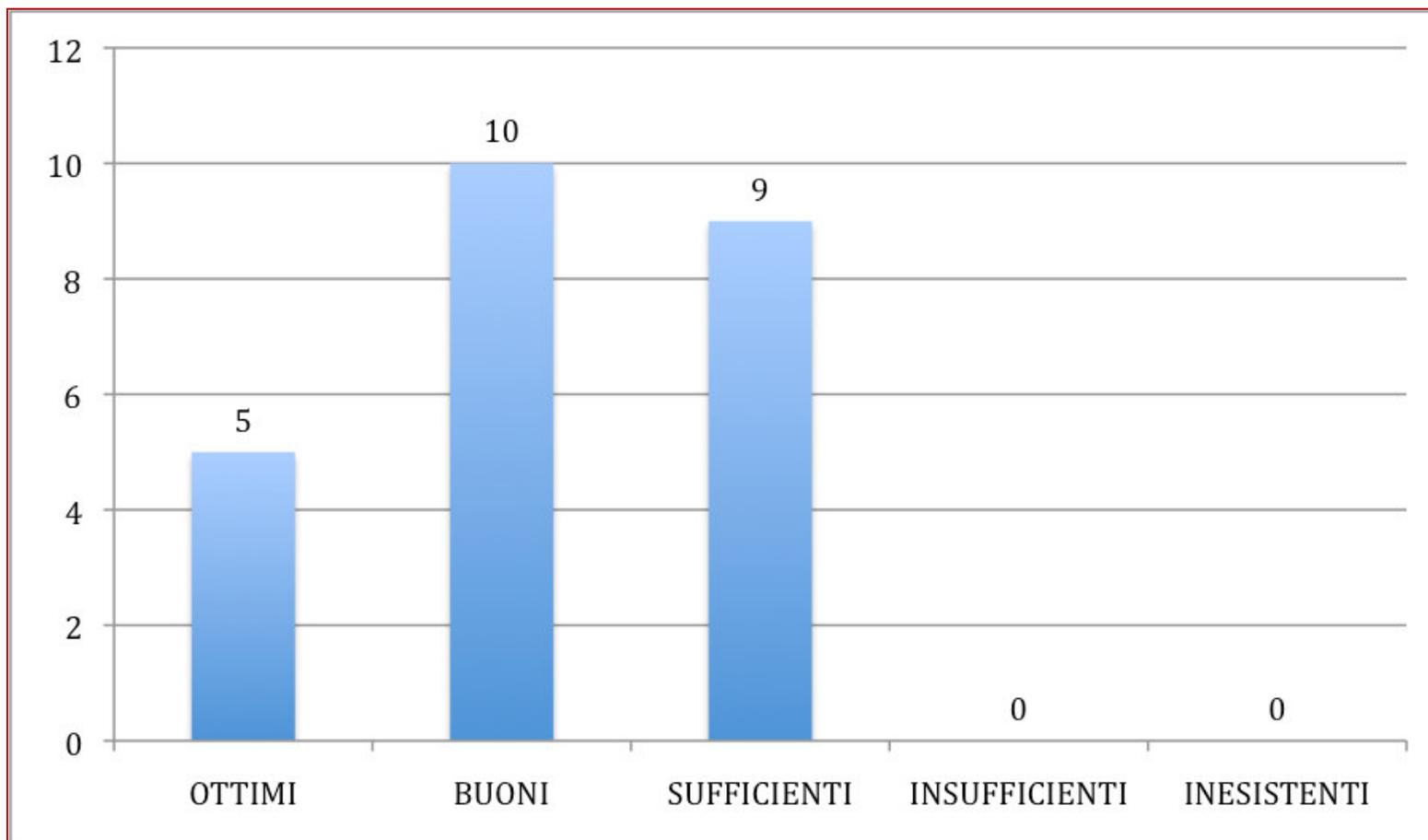
1. IN RELAZIONE ALLE STRATEGIE PROPOSTE, RITIENE CHE CI SIA STATO SUFFICIENTE SPAZIO PER TUTTI PER ESPRIMERE LE PROPRIE ESPERIENZE ED, EVENTUALMENTE, DIFFICOLTÀ NEL METTERLE IN PRATICA?



2. PERSONALMENTE È RIUSCITO A METTERE IN PRATICA LE STRATEGIE PROPOSTE?



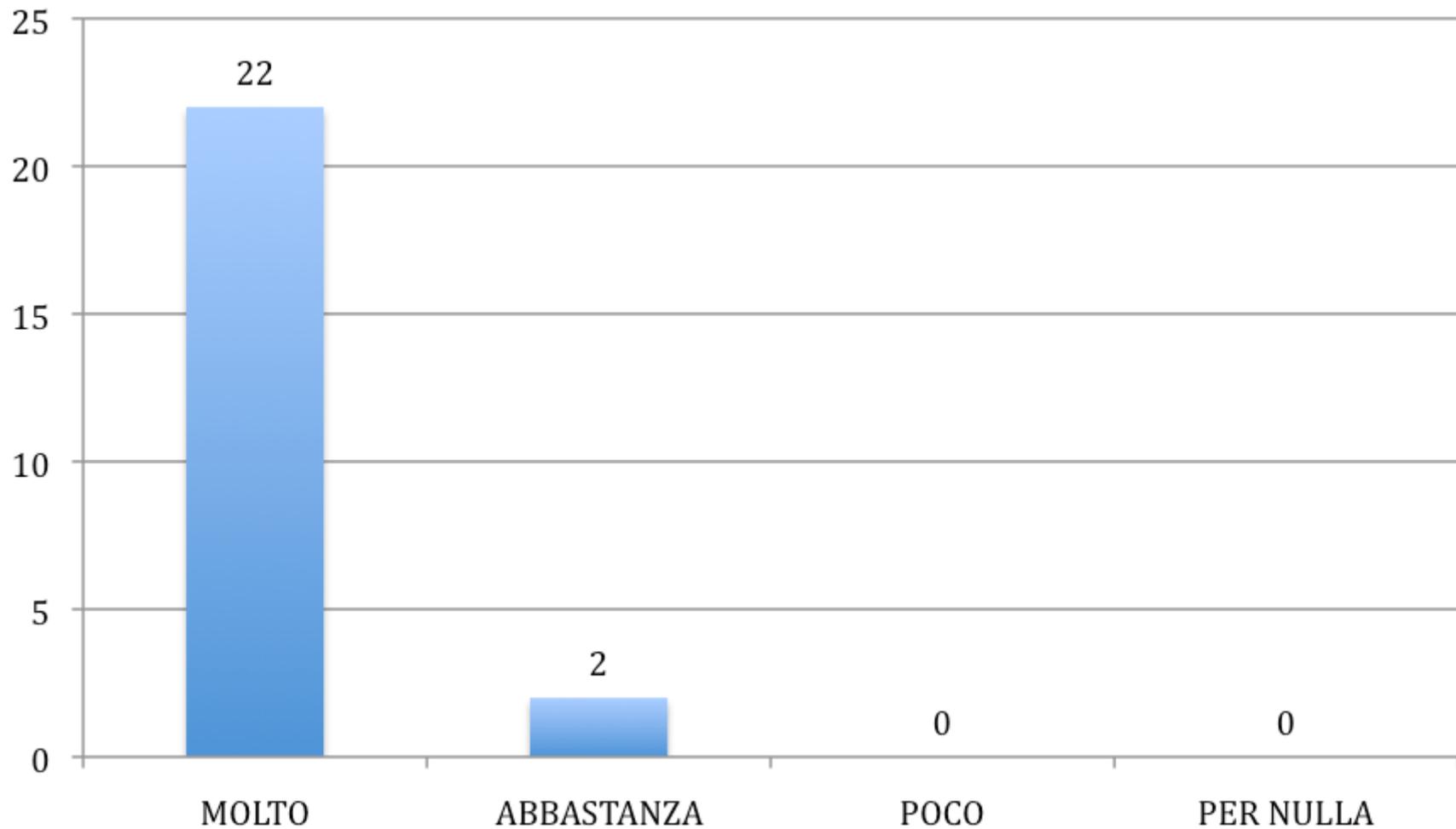
3. SE SI CONSIDERANDO IL POCO TEMPO DI SPERIMENTAZIONE, COME VALUTA I RISULTATI DA LEI OTTENUTI?



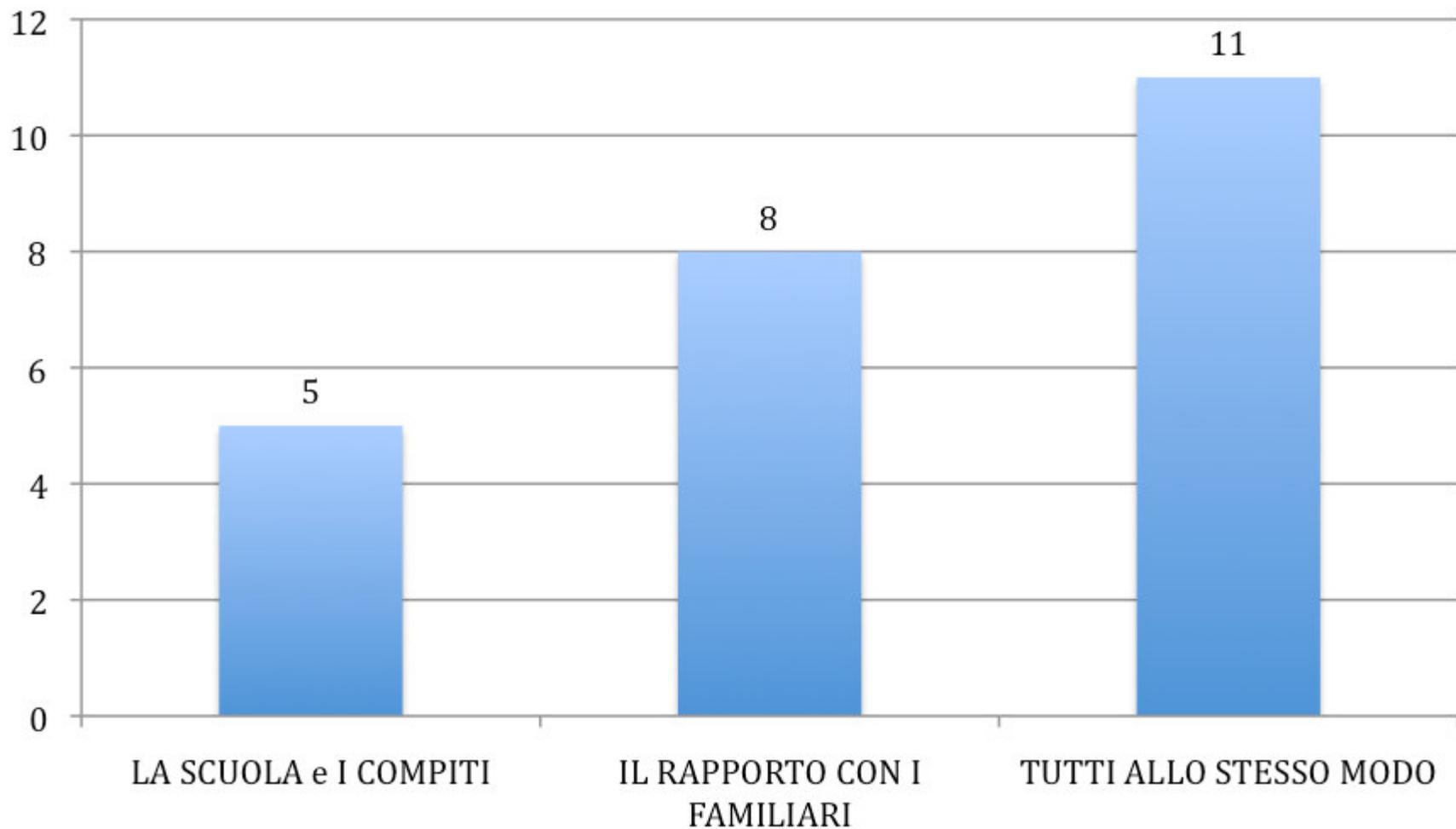
4. SE NO (IN RIFERIMENTO ALLA DOMANDA 2) PER QUALI MOTIVI?



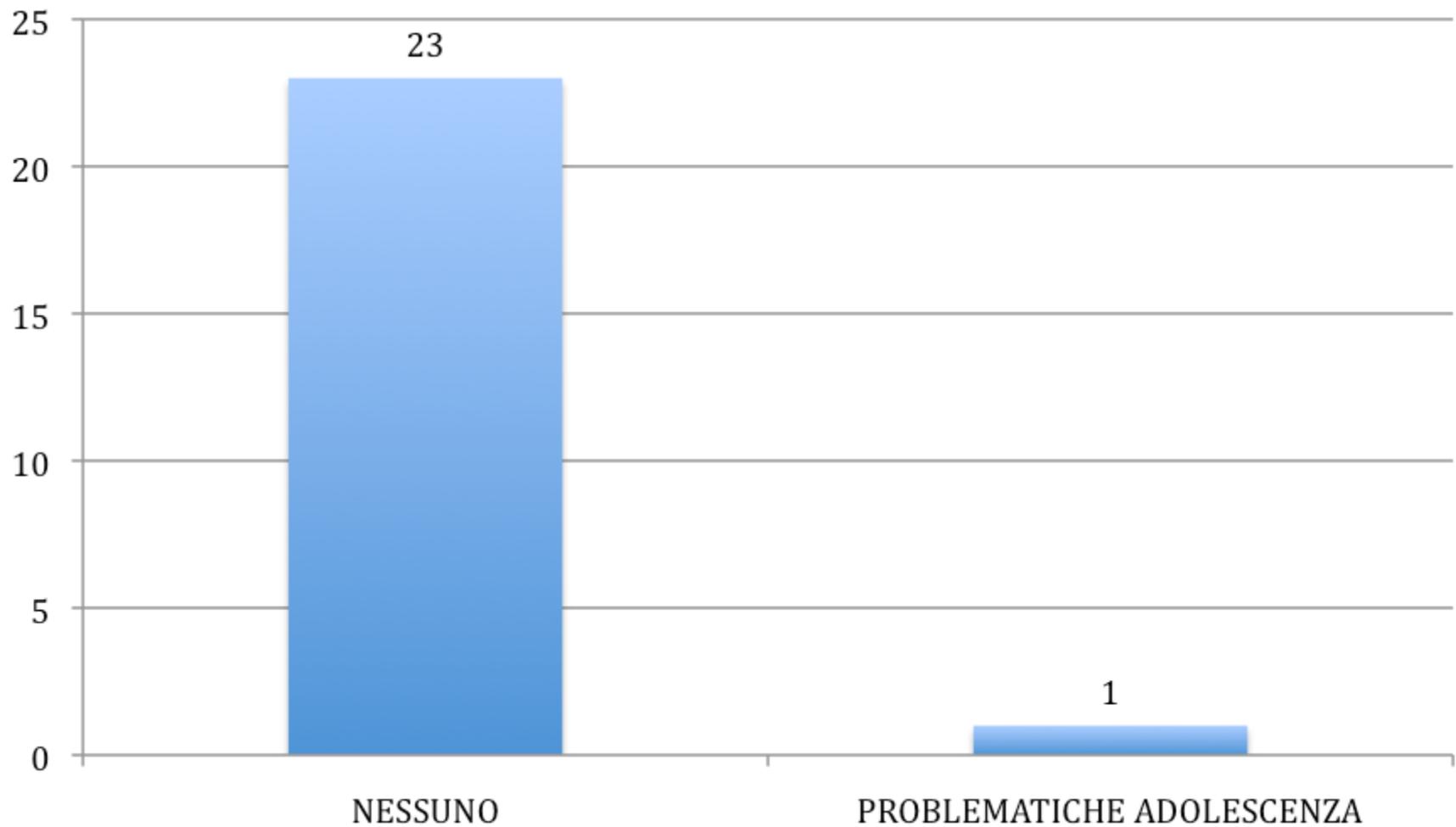
**5. PER LEI, QUANTO È STATO IMPORTANTE CONFRONTARSI
CON ALTRI GENITORI CHE CONDIVIDONO LE STESSE
PROBLEMATICHE?**



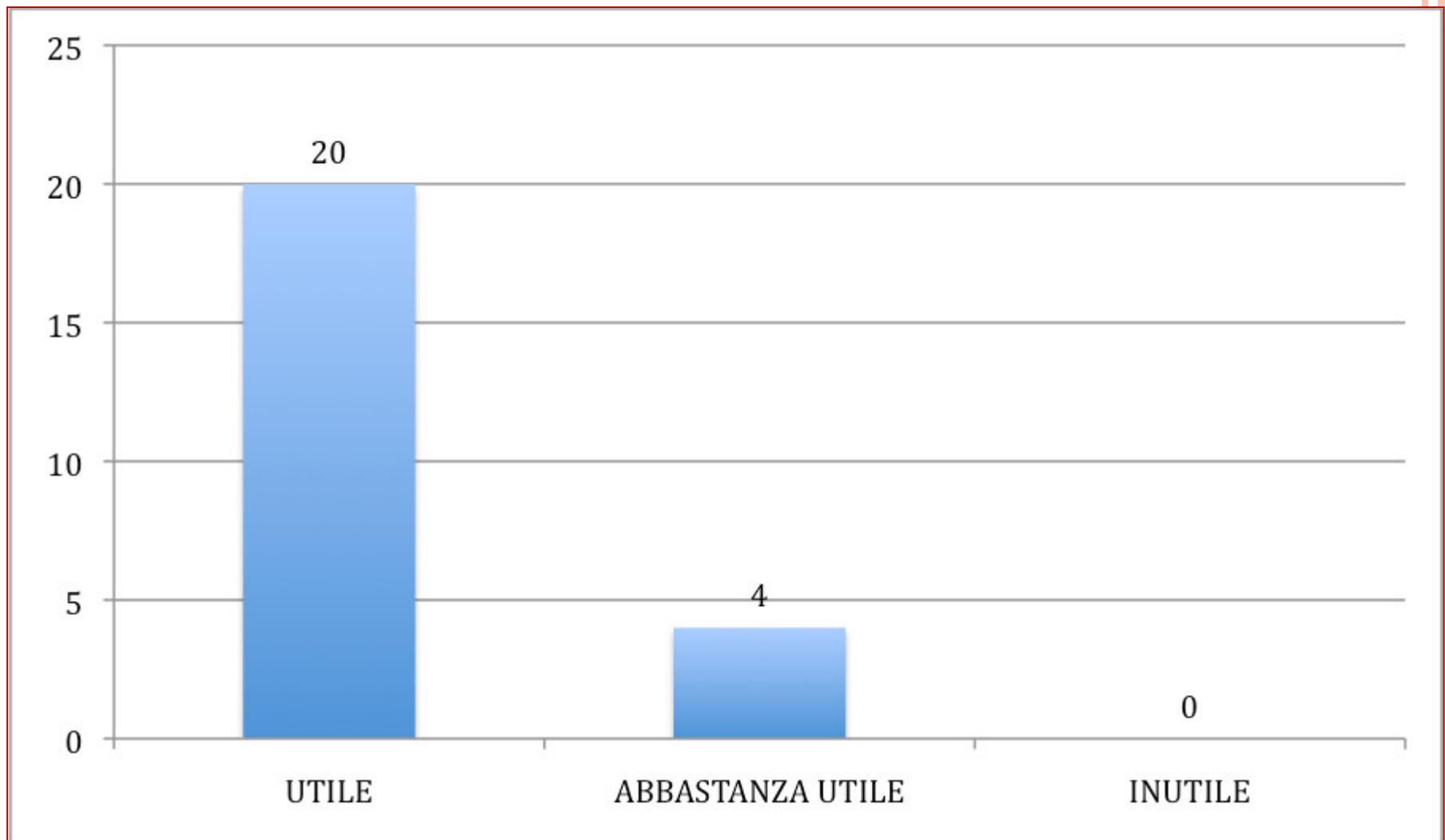
6. QUALE ARGOMENTO È STATO AFFRONTATO PIU' APPROFONDITAMENTE?



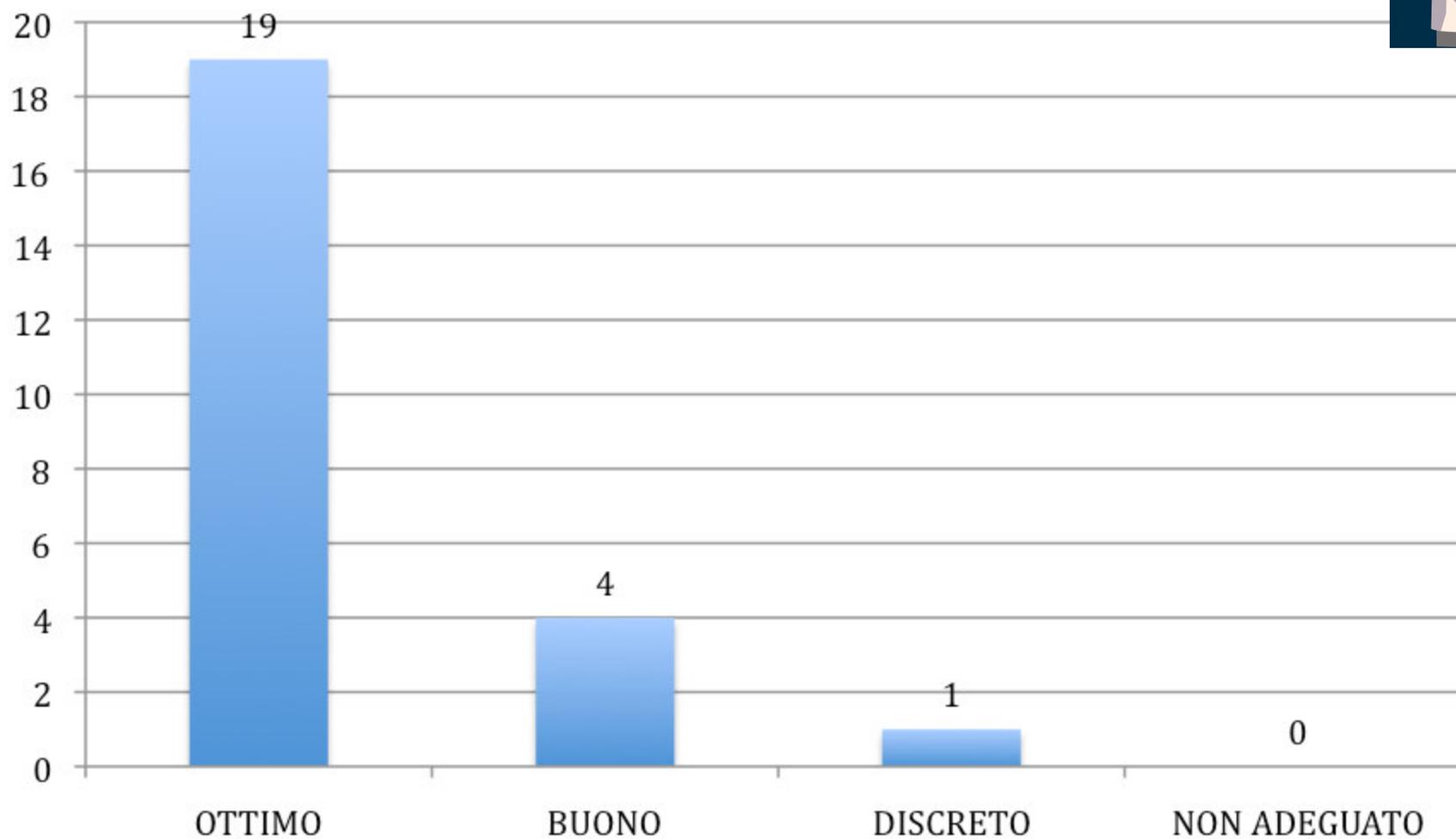
7. QUALE ARGOMENTO È STATO AFFRONTATO TROPPO SUPERFICIALMENTE?



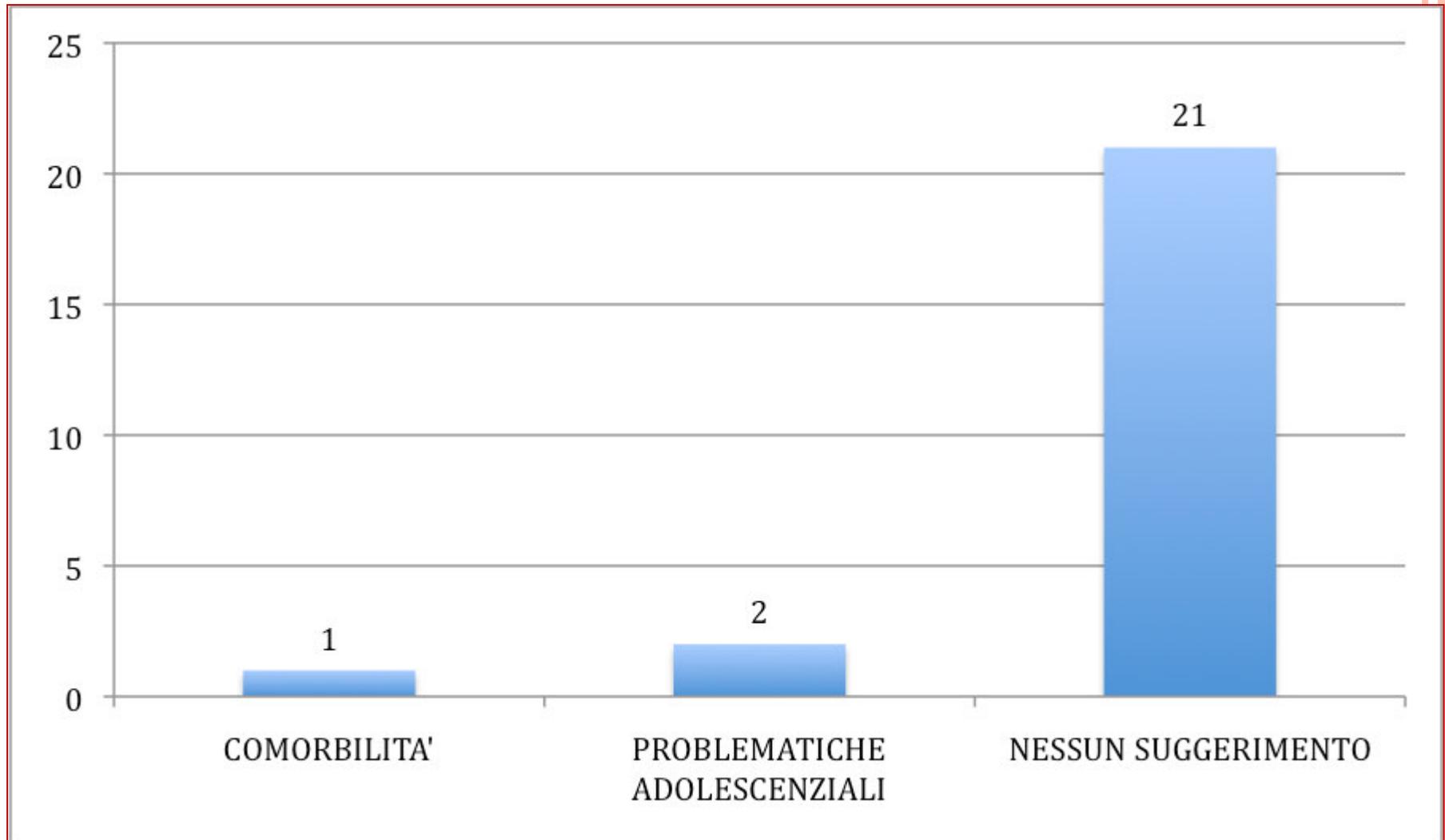
8. RITIENE UTILE LA POSSIBILITA' DI ORGANIZZARE IL MATERIALE AVENDO, A FINE CORSO UNA DISPENSA RILEGABILE?



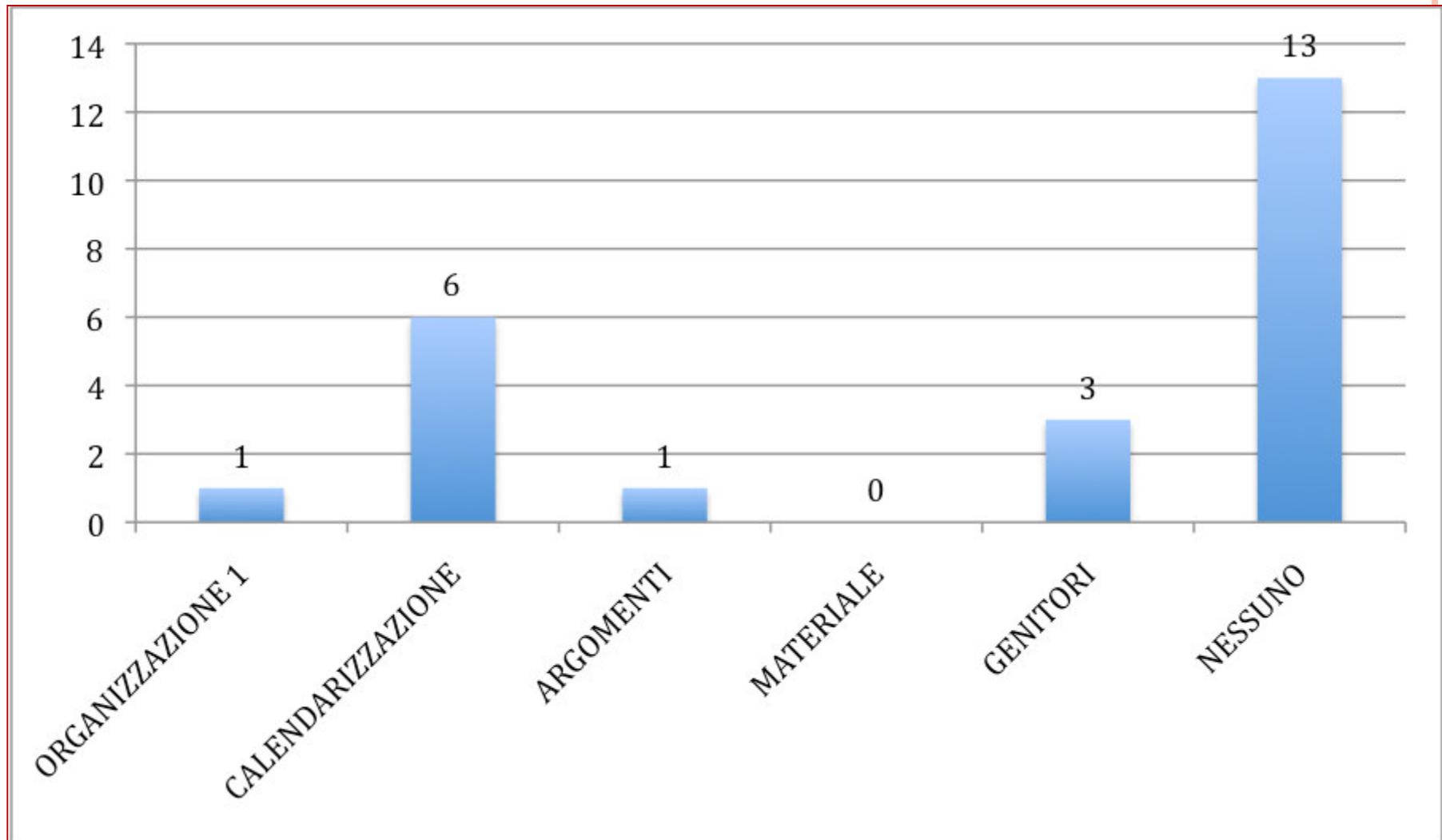
9. COME GIUDICA IL LAVORO SVOLTO DAI CONDUTTORI?



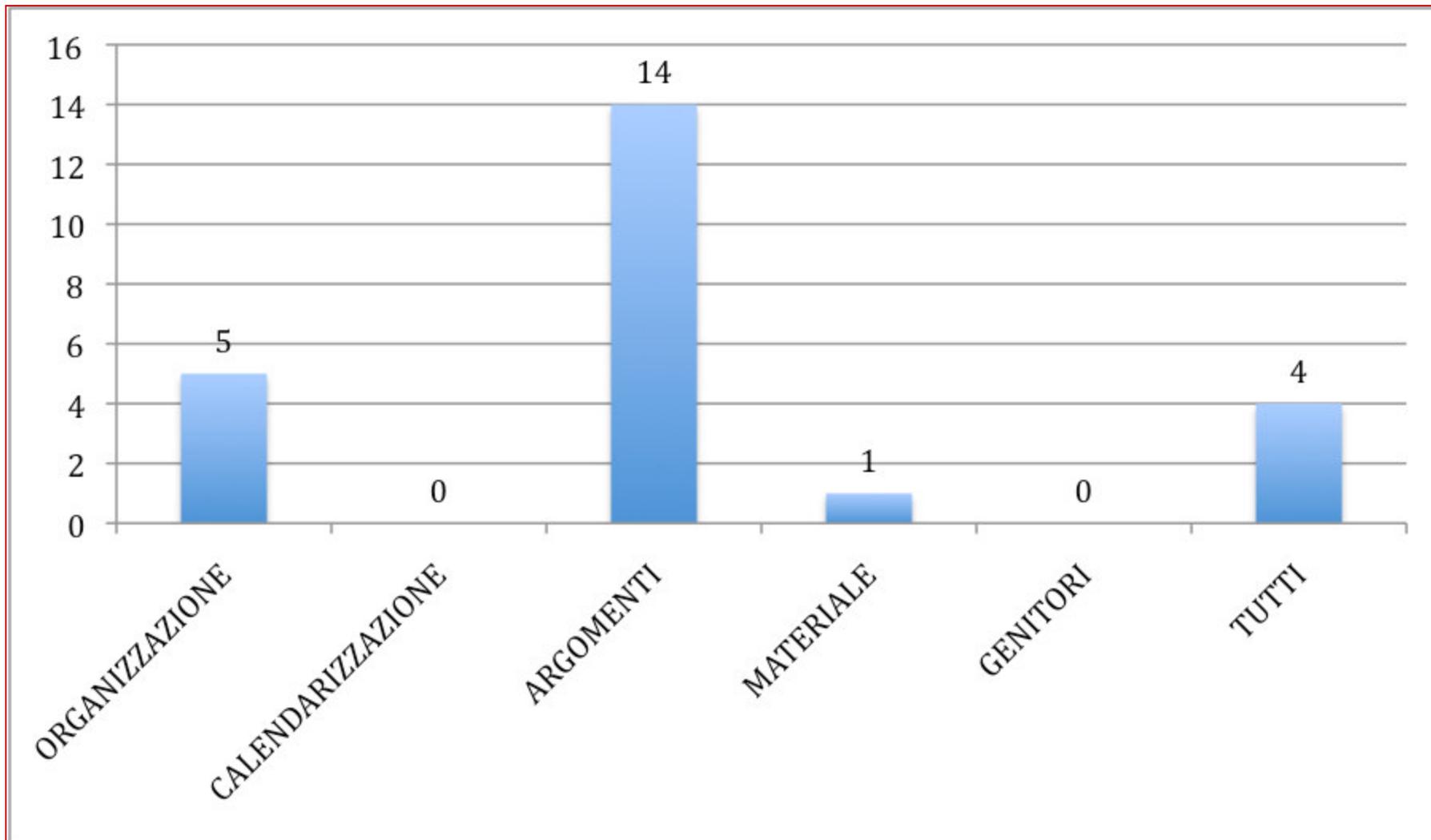
10. CI PUO' SUGGERIRE UNO O PIU' ARGOMENTI CHE RITIENE POTREBBERO ESSERE INSERITI



11. QUALE ASPETTO DEL PROGETTO PARENT TRAINING AIFA/AIDAI RITIENE MENO SODDISFACENTE?



12. QUALE ASPETTO RITIENE PIU' SODDISFACENTE?



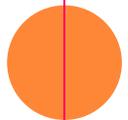
ANALISI DEI DATI

- Alla nostra epidemiologa è stato possibile calcolare in rapporto alle medie pesate **l'indice di soddisfazione**.
- Domanda 1 (spazio per discutere): **83,5%**
- Domanda 2 (mettere in pratica le strategie): **95,8%**
- Domanda 3 (valutazione risultati): **83,5%**
- Domanda 5 (confronto tra genitori): **94,25%**
- Domanda 9 (giudizio sui conduttori): **90,5%**



CONCLUSIONI

- Si segnala infine che le coppie con elevata conflittualità si sono mostrate meno complianti nel seguire gli incontri ed hanno ottenuto risultati inferiori rispetto a quelli globalmente osservati.
- I dati analizzati, anche se preliminari di un lavoro in corso, dimostrano che i genitori , consigliati nel gestire il comportamento di figli dirompenti, raggiungono una maggiore consapevolezza delle proprie abilità ed un maggiore senso di autostima e di competenza nel gestire i minori con ADHD.



VALUTAZIONE CLINICA DI MIGLIORAMENTO

BAMBINI DI ETA' < 9 ANNI	MIGLIORAMENTO
1	SI
2	SI
3	SI
4	SI
5	SI
6	SI
7	SI
8	SI
9	SI
10	NO
11	NO
12	NO



VALUTAZIONE CLINICA DI MIGLIORAMENTO

BAMBINI DI ETA' > 9 ANNI	MIGLIORAMENTO
1	SI
2	SI
3	SI
4	SI
5	SI
6	NO
7	NO
8	NO
9	NO
10	NO



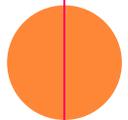
CONCLUSIONI

- Abbiamo constatato una maggiore affidabilità ed efficacia delle tecniche illustrate nei gruppi dei genitori dei bambini di età inferiore ai 9 anni per una maggiore adeguatezza dei temi trattati.
- Si è dimostrato meno appropriato e meno efficace il training proposto ai genitori con figli adolescenti, in quanto gli argomenti affrontati sono risultati carenti delle tematiche relative alla gestione delle problematiche adolescenziali che in questi ragazzi sono spesso amplificate.



CONCLUSIONI

- Per tali motivi proponiamo una "revisione" del programma di Parent Training per gli adolescenti, concentrandolo sull'insegnamento di abilità di problem solving familiare e tenendo conto del loro livello di sviluppo mentale, del desiderio di autonomia e di partecipazione alle decisioni della famiglia e del forte impatto con la realtà sociale tipico della loro età.



WORKING PROGRESS

- Alcune coppie hanno proposto di allargare il training anche ai **nonni** e a quei familiari che trascorrono la maggior parte del tempo con i loro figli.
- E' emersa inoltre da parte di alcuni genitori la necessità di una maggiore informazione e dialogo sulla terapia farmacologica per la sindrome ADHD e quella di poter incontrarsi sporadicamente per continuare a confrontarsi e ad approfondire le tematiche affrontate insieme.
- Importante riferimento **AIFA**.

