

INTERVENTO SCOLASTICO DEL BAMBINO CON DISTURBO DI ATTENZIONE CON IPERATTIVITÀ

Tiziana De Meo, Psicologa, Presidente sede Veneto AIDAI e consulente clinica Neuropsichiatria infantile ASL 10 San Donà di Piave (VE)

È ormai un dato ampiamente documentato in letteratura (Rapaport et al., 2001) che un intervento efficace a favore del bambino con Disturbo dell'Attenzione/iperattività (DDAI) debba prevedere anche il coinvolgimento degli adulti con i quali il bambino trascorre gran parte del suo tempo: scuola e famiglia ricoprono quindi un ruolo fondamentale per la possibilità di mettere in atto strategie ed approcci orientati al contenimento delle problematiche comportamentali/attentive di questi bambini.

Infatti, numerose sono le sperimentazioni che hanno verificato la validità e l'efficacia di trattamenti ora definito di tipo multifocale (cfr ad esempio il contributo dell'MTA Group, 1999): si tratta di interventi che prevedono oltre al coinvolgimento diretto del bambino in setting terapeutici definiti, anche un aiuto alla famiglia e alla scuola secondo.

In questo modo sarebbe possibile con buona percentuale di successo migliorare l'utilizzo di competenze quali il controllo dell'impulso, il mantenimento dell'attenzione on-task, l'individuazione di informazioni non rilevanti per il compito in esame, nei vari contesti di vita (es. in scuola e in famiglia, ma anche attività ricreative, in quelle sportive, ecc.).

In oltre vent'anni di ricerche sull'efficacia dei trattamenti a favore delle problematiche evidenziate in soggetti DDAI, vi sono ora a disposizione interventi focalizzati sia sugli aspetti primari del disturbo (disattenzione, iperattività e impulsività) che sulle complicazioni secondarie (carenza di abilità sociali, difficoltà nel rispetto delle regole, prestazioni scolastiche scarse, ecc..) (per un rassegna, cfr. Rapport, Chung, Shore, Isaacs, 2001).

In Italia, accanto ad una iniziale diffidenza verso la definizione della sindrome, solo recentemente si sta assistendo ad un incremento di contributi scientifici relativi alla rilevazione epidemiologica del Disturbo irrequietezza motoria (si veda "Impulsività e autocontrollo" di Cornoldi et al., 1996) e per favorire nei genitori la costruzione di un ambiente e di un clima familiare finalizzato alla riduzione delle problematiche del bambino DDAI (si veda "Il bambino con deficit di attenzione e iperattività", Vio et al.,1999).

Solo recentemente sono state organizzate una serie di proposte operative mirate anche all'ambito scolastico (Cornoldi, De Meo, Offredi, Vio, 2001), contesto nel quale le difficoltà attentive e comportamentali risultano particolarmente evidenti, scarsamente gestibili e penalizzanti per il bambino con queste problematiche.

Il contributo svolto dallo psicologo a favore degli insegnanti con alunni DDAI dovrebbe innanzi tutto favorire il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- aiutare l'insegnante ad interagire in maniera funzionale con il bambino DDAI
- predisporre un ambiente scolastico compatibile (e non penalizzante) con le difficoltà attentive e comportamentali da lui evidenziate (ambiente prevedibile, tempi di lavoro predefiniti, disposizione della classe funzionale rispetto a possibili fonti di distrazione, regole chiare e facilmente accessibili, enfasi sull'organizzazione del materiale, frequenti gratificazioni per risultati anche parziali)
- ridurre i comportamenti problematici, soprattutto in relazione all'inserimento sociale nel gruppo classe e alle proposte curriculari
- favorire una collaborazione attiva tra la famiglia, la scuola ed i Servizi dell'Azienda Sanitaria per garantire una crescita piena e serena dell'alunno con DDAI.

Il punto di partenza più efficace ed attendibile per raggiungere questi obiettivi sembra essere un'osservazione "in loco" della situazione, intervento funzionale a comprendere la dinamica dei meccanismi sottostanti il verificarsi di situazioni problematiche.

In particolare, l'analisi della risposta dell'ambiente può divenire una risorsa fondamentale nella definizione dell'intervento e nella modulazione sia delle difficoltà primarie (regolazione dell'impulso, organizzazione cognitiva e comportamentale) che secondarie (inadeguatezza sociale, comportamenti aggressivi) del Disturbo. Ciò è estremamente utile, soprattutto quando nella classe i bambini che presentano caratteristiche di disattenzione e iperattività sono più di uno.

L'analisi funzionale del comportamento presuppone 5 fasi:

Fase 1: osservazione non strutturata per la creazione di un inventario di comportamenti negativi. Si tratta di un primo momento in cui l'insegnante dovrà registrare tutti i comportamenti problematici che il soggetto in questione manifesta in un determinato arco di tempo (di solito è sufficiente una settimana)

Fase 2: selezione ed identificazione dei comportamenti problema oggetto dell'intervento. Si sottolineeranno con uno stesso colore tutti i comportamenti che appartengono a classi di risposta abituali.

Fase 3: osservazione strutturata per l'analisi dei comportamenti problema. Attraverso due griglie si vogliono identificare:

- antecedenti e conseguenze per ogni comportamento emesso
- frequenza e distribuzione di emissione dei comportamenti nell'arco della giornata

Fase 4: riflessione sui dati raccolti. Essa servirà ad ottenere indicazioni su:

- probabili fattori scatenanti
- probabili fattori di rinforzo

Fase 5: l'intervento; esso dovrà essere sviluppato allo scopo di:

- anticipare il verificarsi del comportamento problema
- ridurre e/o eliminare le risposte dell'ambiente che rinforzano l'emissione del comportamento problema

Una volta identificate le condizioni che rendono altamente problematiche l'emissione di quel/quelli comportamenti problema è possibile "giocare d'anticipo" rispetto ad essi, riducendo il più possibile la frequenza con la quale si vengono a creare o stando maggiormente vicino al bambino in quelle situazioni che si sono osservate essere "ad alto rischio".

Per quanto riguarda le risposte dell'ambiente che si sono rivelate fattori di rinforzo, è indispensabile eliminarle o quantomeno ridurle ed utilizzare strategie alternative, reazioni cioè che fungano effettivamente da deterrente per il riutilizzo da parte del bambino di quel comportamento problema. È altresì importante, affinché l'intervento sia efficace e porti effetti quanto più a lungo termine possibile, promuovere la riflessione dei bambini rispetto alle situazioni che precedono e favoriscono l'insorgenza dei comportamenti indesiderati e rispetto agli effetti che la risposta dell'ambiente ha nei confronti del loro comportamento. Ciò aiuterà i bambini ad autoregolare e quindi controllare in modo più efficace il proprio comportamento e orientamento al compito, aumentando il senso di autoefficacia. Inoltre l'esplicitazione della funzione (obiettivo) di un dato comportamento problema crea le condizioni per la proposta di alternative più adeguate ed efficaci per il raggiungimento di un obiettivo ("Iperattività e autoregolazione cognitiva", Cornoldi, De Meo, Offredi, Vio).

Fase 6: verifica dei risultati

Quest'ultima fase prevede la verifica dei risultati ottenuti a seguito della messa in atto di tutte quelle indicazioni e accorgimenti dedotti dall'osservazione. Generalmente viene fatta a distanza di un paio di mesi dalla prima osservazione attraverso le medesime griglie.