

L'intervento multimodale in Italia: il lavoro terapeutico (non farmacologico) con il bambino

In queste due giornate è stato riportato più volte che l'incidenza nel DDAI nella popolazione infantile è stata stimata attorno al 5%. In base ad indagini epidemiologiche precedenti (Levi et al., 1991?) e in base a quello che si osserva presso centri clinici italiani, le diagnosi di DDAI in Italia vengono poste molto raramente.

Questo fenomeno potrebbe essere dovuto a diversi ordini di fattori, ma ne voglio segnalare solo tre: innanzitutto la mancanza di un modello eziologico del DDAI, capace di escludere le interpretazioni soggettive, del tipo "è colpa della mamma...della società...di altre non ben definite sofferenze infantili".

In secondo luogo, la diagnosi è tuttora affidata a strumenti non del tutto standardizzati in Italiano (interviste per genitori, questionari per insegnanti e genitori), nè tanto meno esistono dei test cognitivi in grado di formulare diagnosi differenziali accurate. Questo processo diagnostico, assolutamente impreciso, fa ritenere, giustamente, che la sindrome sia tuttora maldefinita e frastagliata nelle sue espressioni. Non a caso Taylor lo scorso anno ha definito il DDAI un'area di studio più che un disturbo vero e proprio.

In terzo luogo, il manuale nosografico più utilizzato nei centri clinici (l'ICD-10) prevede solo un sottotipo di disturbo di attenzione/iperattività (quello combinato, secondo il DSM) il che fa stornare l'interesse del clinico dai bambini che presentano solamente problematiche attentive, spesso associate a ritardi di apprendimento scolastico.

Nei casi di formulazione di diagnosi di DDAI e nei rari casi di applicazione di trattamenti diretti al bambino, ho potuto constatare che esistono ancora interventi terapeutici (non farmacologici) che sono poco specifici e non centrati sul deficit principale del DDAI (il problema dell'autoregolazione). Mi sembra di notare che a volte si applichino trattamenti, anche prolungati nel tempo, per i quali non è possibile dimostrarne l'efficacia, in quanto il setting terapeutico risulta antitetico alla possibilità di misurazione.

Ho riscontrato che nei casi di DDAI vengono applicate psicoterapie classiche (incentrate sull'aspetto ludico) e psicomotorie che non prevedono la possibilità di misurazione dei benefici terapeutici. In questo modo non riusciremmo mai a sapere quali interventi psicoterapeutici (se esistono) possono produrre benefici ai bambini con DDAI.

Esistono altri interventi abilitativi che prevedono con maggiore facilità la possibilità di verificarne gli effetti. Sto pensando ad interventi cognitivo-comportamentali in cui le tecniche applicate e il tempo speso per la terapia rappresentano le variabili indipendenti che possono controllate e misurate. Non escludo comunque che esistano altre modalità di intervento non farmacologico, soggette a verifica sperimentale che possono essere proposte a favore dei bambini con DDAI.

Personalmente, ho condotto una verifica dell'efficacia di un intervento di impostazione metacognitiva (pubblicata su *Psicologia Clinica dello Sviluppo*) che favorisce l'autoregolazione dei processi cognitivi, e abbiamo osservato un miglioramento nello stile di risposta del bambino, diventato più riflessivo. D'altro canto i riscontri a livello comportamentale, secondo le valutazioni di insegnanti e genitori, sono stati più modesti. Successivamente, e questo non è stato pubblicato in quell'articolo, abbiamo raccolto dei dati di follow-up per verificare dopo 12 mesi dalla conclusione de trattamento, quali sono state le modificazioni sia delle modalità cognitive che di quelle comportamentali dei bambini: con nostra soddisfazione abbiamo osservato che è

stato conservato un atteggiamento più riflessivo, ma soprattutto è diminuita la gravità dei sintomi, sempre secondo insegnanti e genitori. Sembra, quindi, che anche un intervento psicoterapeutico a favore del bambino con DDAI possa produrre benefici soprattutto nel lungo periodo, quando il bambino è riuscito ad interiorizzare ed applicare determinati suggerimenti sull'uso di strategie. È necessario sottolineare però che qualsiasi intervento psicoterapeutico con il bambino non può essere ridotto nel tempo (non meno di 12 mesi, meglio se 18), in quanto il bambino non avrebbe il tempo sufficiente per impadronirsi di tecniche quali il problem-solving o le autoistruzioni.