

EFFICACIA NEL MEDIO E LUNGO PERIODO DI UN TRAINING PER IL BAMBINO DISATTENTO E IPERATTIVO

*Dr.ssa Francesca Offredi
Psicologa, Servizio NPI, ASL n. 10
San Donà di Piave (VE)*

L'individuazione di terapie efficaci per il trattamento del DDAI viene da alcuni anni motivata da studi longitudinali condotti negli Stati Uniti, i quali, hanno sottolineato la necessità e la rilevanza sociale della presa in carico riabilitativa dei bambini con disturbo da deficit di attenzione/iperattività in età scolare.

Le tipologie di trattamento proposte sono molteplici : 1) il parent training, che consiste nel fornire informazioni sul disturbo e nell'individuare insieme ai genitori misure educative adeguate alle problematiche del bambino ; 2) l'intervento in ambito scolastico basato sulla gestione delle contingenze comportamentali (corretto utilizzo di premi, punizioni, sistemi a punti) ; 3) trattamento con il bambino, che può essere di tipo farmacologico, oppure impostato secondo tecniche di gestione comportamentale, mirato cioè a ridurre i comportamenti negativi e incrementare quelli positivi pianificando opportune conseguenze, o di impostazione cognitivo-comportamentale con l'uso di contingenze comportamentali e tecniche cognitive finalizzate alla modificazione del modo di agire e di ragionare del bambino ; 4) trattamento multimodale che coinvolge in maniera mirata il bambino, la famiglia e la scuola.

I dati della letteratura suggeriscono che il trattamento multimodale sia quello elettivo per le difficoltà legate al disturbo: ricerche effettuate sui risultati ottenuti dall'applicazione di singole tecniche di trattamento hanno rilevato infatti come vi sia quasi sempre una buona risposta iniziale alla terapia che però perde efficacia nel tempo con effetti a lungo termine scarsi o assenti, dovuti principalmente alla difficoltà di generalizzare e mantenere i risultati conseguiti.

La nostra intenzione è stata quella di verificare gli effetti a lungo termine (con un controllo di follow-up effettuato in media dopo 15 mesi dalla fine della terapia), di un trattamento di tipo cognitivo-comportamentale e metacognitivo applicato ad un gruppo di 15 bambini con DDAI frequentanti il secondo ciclo della scuola elementare. Il trattamento da noi utilizzato e strutturato in sedute individuali (il manuale di riferimento è "Impulsività e autocontrollo" di Cornoldi, Gardinale, Masi e Pettinò, 1996) prevede l'applicazione di tecniche quali: a) l'uso delle autoistruzioni (il dialogo interiorizzato che guida il comportamento volto a risolvere i problemi) applicate alle 5 fasi del problem-solving; b) l'utilizzo dell'adulto come modello di comportamento corretto; c) l'applicazione di un sistema a punti in unione con il "costo della risposta" che prevede che il bambino perda alcuni gettoni ogniqualvolta non sia in grado di rispettare le regole concordate per l'esecuzione dei compiti proposti; d) l'autovalutazione che richiede al bambino di monitorare e valutare il proprio comportamento nella seduta; e) un approccio metacognitivo che sostiene il bambino nel compiere riflessioni sul proprio modo di pensare ed agire; f) la realizzazione di corrette attribuzioni del successo all'impegno e allo sforzo; g) l'applicazione delle tecniche apprese anche a problemi di tipo personale e relazionale.

I dati raccolti prima del trattamento (pre-test), alla fine del trattamento (post-test) e in media dopo 15 mesi (follow-up), derivano dalla somministrazione di due questionari riguardanti il comportamento del bambino a scuola e a casa (SDAI e SDAG) e di due test cognitivi : la Prova MF di confronto di figure familiari (il bambino deve individuare fra sei alternative la figura perfettamente identica ad un modello), e la Prova CP di ricerca condizionale di lettere (composta di tre fogli nei quali il bambino deve individuare una sequenza di tre lettere all'interno di un elevato numero di distrattori).

I dati raccolti sono stati confrontati, solo per il pre-test e il post-test, con quelli di un campione di 11 bambini con DDAI non sottoposti a trattamento specifico (gruppo di controllo, vedi figura 2). Nel gruppo di controllo non si sono rilevate differenze significative dei punteggi fra pre e post test. Nel gruppo sperimentale per quanto riguarda i dati dei questionari SDAI e SDAG non ci sono state variazioni significative, che sono state invece rilevate nei punteggi alle prove cognitive. Il tempo

medio di prima risposta alla prova MF è significativamente incrementato fra il pre e il post test, andando nella direzione di una minore impulsività ; il numero di errori commessi alla stessa prova è significativamente diminuito. Alla prova CP il numero di omissioni (bersagli non individuati) è significativamente diminuito e nella stessa direzione è variato il dato relativo alla differenza fra il primo e terzo foglio dello stesso test, il che indicherebbe una migliore “tenuta attentiva” al ripetersi di un compito uguale.

EFFETTI MEDI DEL TRAINING

(PRE TEST, POST TEST, FOLLOW UP PER IL GRUPPO SPERIMENTALE)

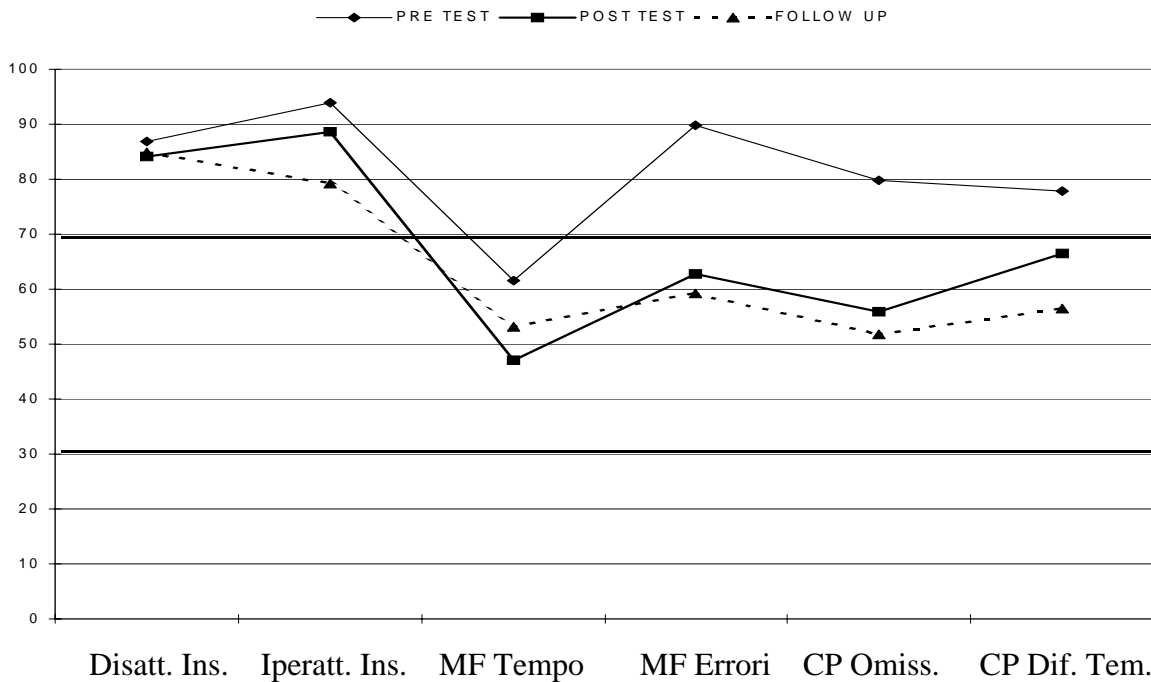


Figura 2. Effetti del training “Impulsività e autocontrollo” con il bambino DDAI

Un altro risultato interessante deriva dal confronto fra i dati del gruppo sperimentale e quelli raccolti da un campione di bambini normali di pari età (42 soggetti senza DDAI). Come si può osservare in Figura 2, nella quale i punteggi sono stati normalizzati e si interpretano omogeneamente come migliori se più bassi per ogni variabile, quei valori che al pre-test non rientravano all’interno di un range normale (+2 deviazioni standard dalla media), al post-test vi rientrano e mantengono tale quadro anche al follow-up ; i dati relativi a disattenzione e iperattività rilevate dagli insegnanti non rientrano nella fascia di norma, anche se le variazioni rilevate vanno nella direzione di un miglioramento, specie per la subscale iperattività.

In generale, si può dire che il trattamento sia efficace soprattutto in relazione alle variabili cognitive che sono oggetto diretto di training, sia in termini di breve scadenza sia dopo un certo intervallo di tempo durante il quale i cambiamenti ottenuti vengono mantenuti anche se non ulteriormente incrementati (non si sono rilevate variazioni significative fra le misure di post-test e di follow-up). A ulteriore riprova dell’efficacia del trattamento si è verificato che in gruppo di bambini con DDAI che non sono stati sottoposti a trattamento specifico non si riscontrano le stesse variazioni, il che porta a concludere che i risultati del gruppo sperimentale non siano dovuti a naturale evoluzione nel tempo né al fatto che i bambini siano stati sottoposti più di una volta agli stessi test (effetto apprendimento).