

LA VALUTAZIONE DEL DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ: IL MODELLO ENERGETICO-COGNITIVO

*Prof. Joseph Sergeant
Dipartimento di Psicologia Clinica
Università di Amsterdam*

Recentemente la psicologia clinica ha cominciato a valutare il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (DDAI) in un'ottica neuropsicologica, al fine di identificare quali siano le componenti cognitive compromesse in questi bambini. Tale approccio diagnostico ha preso diverse direzioni: la prima viene identificata come "l'ipotesi frontale", secondo la quale i soggetti con DDAI accusano un deficit nel funzionamento dei lobi frontali della corteccia. La seconda ipotesi sostiene che i bambini con questo Disturbo presentano un deficit in alcune funzioni esecutive, tra cui ricordiamo la pianificazione, il cambio di attività, l'organizzazione delle proprie attività secondo cadenze temporali. La terza ipotesi descrive il DDAI come una mancanza di regolazione dei processi inibitori, tale ipotesi spiegherebbe anche i comportamenti tipici del deficit delle funzioni esecutive.

Appare necessario esaminare accuratamente e criticamente queste ipotesi tra loro complementari, soprattutto valutando la metodologia delle ricerche che hanno condotto gli studiosi a trarre simili conclusioni, anche in rapporto alla diagnosi differenziale di alcuni disturbi associati, quali i disturbi della condotta e i disturbi d'apprendimento. Recenti dati sembrano suggerire che il DDAI e i disturbi associati differiscano in qualche specifica funzione neuropsicologica: al fine di identificare il locus del/i deficit coinvolto nel DDAI viene fatto riferimento al modello cognitivo-energetico descritto da Sanders nel 1983 ed elaborato poi da Sergeant & Van der Meere (1990; 1994) (figura 1).

Secondo il modello energetico-cognitivo, l'efficacia complessiva dei processi di elaborazione è determinata sia da *fattori di stato* (in riferimento ad alcune condizioni fisiologiche), sia da *fattori elaborativi o computazionali*; entrambi questi fattori sono poi gestiti da funzioni di controllo, che si configurano come meccanismi paragonabili alle funzioni esecutive e controllate dalla corteccia prefrontale.

I meccanismi di elaborazione, o computazionali, dell'attenzione sono costituiti da quattro stadi: decodifica, ricerca, decisione ed organizzazione motoria. Nello specifico, l'elaborazione di stimoli non degradati (intatti fisicamente) versus stimoli degradati fisicamente è stata localizzata a livello di decodifica; il compito di cercare in memoria o su un display visivo un certo numero di item prevede la ricerca; decidere sulla presenza o assenza di un bersaglio in un range di stimoli implica la decisione; infine la compatibilità stimolo-risposta implica l'organizzazione motoria.

Questa successione di stadi e la loro relazione con le variabili individuate nei compiti sperimentali permette l'identificazione del luogo del deficit del DDAI, a livello di elaborazione delle informazioni.

I fattori di stato includono tre "fonti" energetiche: la prima è lo sforzo, l'impegno (Kanheman, 1973) inteso come l'energia necessaria per far fronte alle richieste di un compito, il cosiddetto carico cognitivo. In particolare, lo sforzo viene richiesto quando lo stato dell'organismo, in quel momento, non è in grado di fare fronte alle richieste del compito. La fonte energetica dello sforzo, secondo alcuni, ha sede nell'ippocampo (Pribram & McGuinness, 1975).

Sanders (1983) attribuisce allo sforzo la funzione inibitoria ed eccitatoria delle altre due fonti energetiche: l'attivazione e l'arousal.

L'arousal è la risposta fasica (intensa e rapida) che il soggetto manifesta in corrispondenza dell'elaborazione delle informazioni. Le variabili, secondo Sanders (1983), che influenzano l'arousal sono l'intensità e la novità delle stimolazioni. I correlati neuronali dell'arousal sono il mesencefalo, la formazione reticolare e l'amigdala.

L'attivazione è la risposta fisiologica tonica (debole e prolungata) dell'organismo alle stimolazioni a cui è sottoposto. I correlati neuronali sono da ricercare nei gangli della base e nel corpo striato.

Sanders sostiene che l'attivazione è influenzata dallo stato d'allerta, dalla condizione di preparazione al compito (variabile a seconda del tempo che intercorre tra il segnale di avvertimento e il lavoro da svolgere), dall'ora della giornata (le prestazioni sono migliori dopo colazione che verso sera), dal tempo complessivo di orientamento al compito (verso la fine della prova, la prestazione peggiora). L'attivazione è associata alla preparazione fisiologica a rispondere.

Come hanno sottolineato Sergeant e van der Meere (1990) i farmaci stimolanti influenzano i fattori di stato fisiologico, sebbene il locus d'azione dei farmaci possa essere isolato solamente utilizzando quelle variabili legate ai compiti sperimentali di vigilanza, quali le risposte a specifici stimoli bersaglio. I barbiturici, invece, interagiscono con la decodifica degli stimoli e sono associati all'arousal. Le anfetamine influenzano l'output motorio della risposta e sono legati all'attivazione. Rispetto al DDAI bisogna sottolineare lo stretto legame che esiste tra sforzo e attivazione e la loro influenza sull'output motorio.

Il modello energetico-cognitivo include anche l'autogestione e vari meccanismi di valutazione i quali sono associati con alla pianificazione, alla monitoraggio, alla rilevazione degli errori e alla loro correzione.

Tale modello (figura 1) si configura quindi in tre stadi: in quello inferiore ci sono i 4 stadi di elaborazione delle informazioni, in quello intermedio ci sono le tre fonti energetiche, mentre in quello superiore ci sono le funzioni di controllo e di gestione.

In riferimento a ciò, verrà sottolineata l'importanza dei fattori energetici per la comprensione dei deficit presentati dai bambini con DDAI, soprattutto in funzione dell'ipotesi di un problema di controllo dell'inibizione.

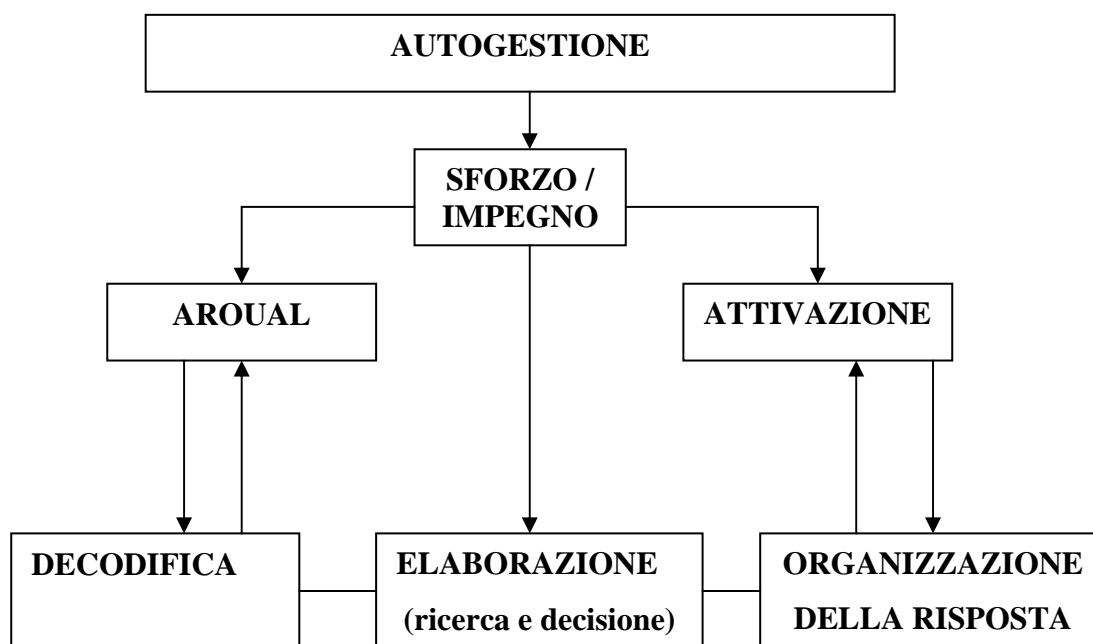


Figura 1. Modello energetico – cognitivo di Sergeant, Van der Meere (1990).

“DAL FARE AL COSTRUIRE”: UN PERCORSO FORMATIVO PER GENITORI DI BAMBINI CON PROBLEMI DI COMPORTAMENTO

dr. Claudio Vio
psicologo, Servizio NPI, ASL n. 10
San Donà di Piave (VE)

Dalla fine degli anni sessanta hanno cominciato a comparire una serie di progetti di “Parent Education” e di “Parent Training” in particolare nei Paesi di cultura anglosassone, finalizzati all’incremento delle abilità genitoriali soprattutto nel gestire i problemi che quotidianamente possono insorgere nell’educazione, anche a prescindere dall’eventuale presenza di figli particolarmente “difficili”.

Tuttavia, allorquando si verificano delle situazioni di disagio di un bambino, l’intervento con i genitori può essere determinante al fine di meglio gestire le problematiche del figlio, circoscriverle, ridurle e/o risolverle.

Ormai da alcuni anni presso il Servizio in cui opero si stanno studiando le modalità di intervento nei confronti del bambino con problemi di comportamento, e in particolare quando si è in presenza di bambini con Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (DDAI).

La necessità di operare in modo attento e sistematico anche con i genitori di questi bambini nasce da almeno quattro considerazioni:

- ◆ la famiglia è una risorsa importante per cercare di favorire comportamenti “autoregolativi” nel bambino, soprattutto quando il bambino è in età prescolare.
- ◆ L’istinto materno e paterno (la disponibilità dei genitori ad affrontare le problematiche sollevate dal figlio DDAI non sono sufficienti a modificare i comportamenti iperattivi e/o la disattenzione; è certamente utile la conoscenza delle caratteristiche psicologiche di questi bambini, l’approfondimento e il monitoraggio degli interventi educativi di volta in volta più appropriati
- ◆ La frequente presenza di alterazione nella modalità di relazione dei membri della famiglia, determinando le condizioni di un mal funzionamento della famiglia stessa; infatti, in letteratura, si parla di famiglia “disfunzionale” quando sono presenti nell’atteggiamento e/o nel comportamento dei genitori alcune delle seguenti caratteristiche:

Aspetti cognitivi:

1. Attribuzioni disfunzionali
 - relative ai tratti di personalità del figlio (es. è cocciuto, non ascolta mai quello che gli si dice, è irritabile, ecc.)
 - di autobiasimo (siamo sfortunati, ...)
2. Credenze non realistiche
 - fisse e globali verso il figlio (non cambiano mai nel tempo e rispetto alle diverse situazioni della vita che s’incontrano)
 - fisse e globali verso se stessi
3. Aspettative non realistiche (attese non adeguate alla reale maturazione psicologica del bambino in base all’età cronologica)
4. «Locus of control» esterno
5. Errori sistematici di percezione della situazione
6. Rabbia impulsiva

Aspetti comportamentali

1. Rinforzi negativi di comportamenti inappropriati (es. uso prevalente del rimprovero e/o della punizione)
2. Pochi rinforzi positivi di comportamenti appropriati (proprio perché sono prevalenti i comportamenti di scarso rispetto delle regole)
3. Disciplina inefficace
4. Scarso monitoraggio di come si comporta il figlio

Aspetti cognitivo - comportamentali

1. Difficoltà a cercare la soluzione di problemi familiari
2. Difficoltà di comunicazione
3. Problemi nel controllo della rabbia

◆ Infine, l'intervento di aiuto al bambino non consente spesso una generalizzazione dei processi autoregolativi appresi in sede di trattamento, e necessari a ridurre i sintomi di disattenzione/iperattività; la condivisione delle modalità di aiuto al bambino da parte dei genitori può favorire la creazione di un ambiente familiare in grado di arginare e di controllare le intemperanze comportamentali e/o le difficoltà di mantenimento dell'attenzione del bambino.

Recuperare il senso di competenza e di efficacia del ruolo genitoriale.

La nostra proposta di aiuto alle famiglie con bambini DDAI nasce all'interno di un'ottica clinica che vede inizialmente l'approfondimento delle caratteristiche psicologiche e comportamentali del bambino DDAI e la ricerca sistematica delle modalità adatte all'aiuto del bambino disattento/iperattivo.

Molto spesso i comportamenti di instabilità e/o scarso controllo dell'impulsività per essere controllati richiedono uno sforzo costante e prolungato; teniamo presente che le difficoltà autoregolative hanno un'origine costituzionale e pertanto il cambiamento richiesto al bambino deve prevedere la possibilità di creare quelle condizioni che favoriscano un miglior contenimento delle sue intemperanze.

IL PARENT TRAINING di Vio, Marzocchi e Offredi (1999)

Si tratta di un percorso formativo da compiere con i genitori, scandito in nove incontri coordinati da un operatore a questo scopo 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: si tratta di rendere espliciti comportamenti, pensieri e attribuzioni dei genitori rispetto al figlio (una riflessione sugli atteggiamenti che nel tempo si sono consolidati dei genitori verso il figlio, e al tempo stesso ricercare attribuzioni positive e sviluppare aspettative realistiche di cambiamento).
- 3- L'approccio alla complessità del problema: si tratta di acquisire un metodo di analisi delle situazioni utile a 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 di 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 a delle regolarità prestabilite e alle informazioni derivate dall'ambiente: le regole in famiglia, le routine, la gestione delle informazioni di ritorno.
- 5- Individuare i comportamenti negativi del bambino; si dovrebbe affrontare la modalità attraverso la quale sia possibile fornire al bambino modelli di comportamento positivo anche quando si cerca di correggere modi di agire negativi.
- 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 previsione acquisita dal genitore dell'interazione tra evento, risposta del figlio e conseguenze:

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

8- Il genitore come modello di abile risolutore di problemi: si tratta di fornire al bambino un modello di comportamento corretto adeguato al livello di sviluppo. Un piano di azione aiuta a gestire meglio le situazioni.

D) L'ultima fase è costituita dal bilancio del lavoro svolto: si tratta di 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 dal controllo esterno si è passati a un'efficace autoregolazione; è anche importante cercare di individuare i comportamenti indesiderati maggiormente resistenti al cambiamento.

LA SPERIMENTAZIONE DEL PARENT TRAINING

Ad un gruppo di otto genitori di un bambino DDAI abbiamo chiesto di compilare un questionario, prima e dopo il Parent Training, composto da 18 domande relative alla presenza di comportamenti di instabilità e di disattenzione del figlio. Abbiamo consegnato uno strumento analogo anche ai loro insegnanti, però solo per sei degli otto bambini della sperimentazione abbiamo ricevuto il questionario compilato.

Risultati:

Confronti tra punteggi ricavati dalle scale SDAI (per insegnanti) e SDAG (per genitori), prima e dopo il Parent Training.

Scale: SDAI e SDAG

Variabili: comportamenti di disattenzione e iperattività

	<i>Disattenzione</i>		<i>Iperattività</i>	
	Media	(D.s.)	Media	(D.s.)
Genitori prima PT	16.75	(1.34)	15.37	(3.85)
Genitori dopo PT	12.5	(2.88)	9.87	(3.04)
t- a misure ripetute	3.22	P<.01	4.92	P<.002
	N=8		N=8	
Insegnanti prima PT	20.2	(6.14)	15.6	(3.65)
Insegnanti dopo PT	17.8	(6.34)	12.4	(4.04)
t- a misure ripetute	2.95	P<.04	1.45	NS
	N=6		N=6	

Tabella 1. Risultati del parent training (Vio, Marzocchi, Offredi, 1999).

Commento alla tabella:

- diminuiscono in modo apprezzabile sia per genitori che per insegnanti i comportamenti di disattenzione;
- i livelli di iperattività diminuiscono solo per i genitori in modo significativo, non per gli insegnanti.
- si verifica anche un interessante modifica nella dimensione dell'autostima rispetto al ruolo educativo dei genitori: in particolare, le madri sembrano evidenziare un miglioramento nella dimensione emotiva del ruolo genitoriale (meno in ansia rispetto alle difficoltà/problemi

incontrati), anche se avvertono, come del resto nei padri, la difficoltà ad individuare strumenti efficaci di intervento educativo.

Queste considerazioni ci spingono a ritenere che il Parent Training può essere ritenuto senz'altro efficace e valido. Si tratta ora di stabilire se bontà ed efficacia dell'intervento durano nel tempo.