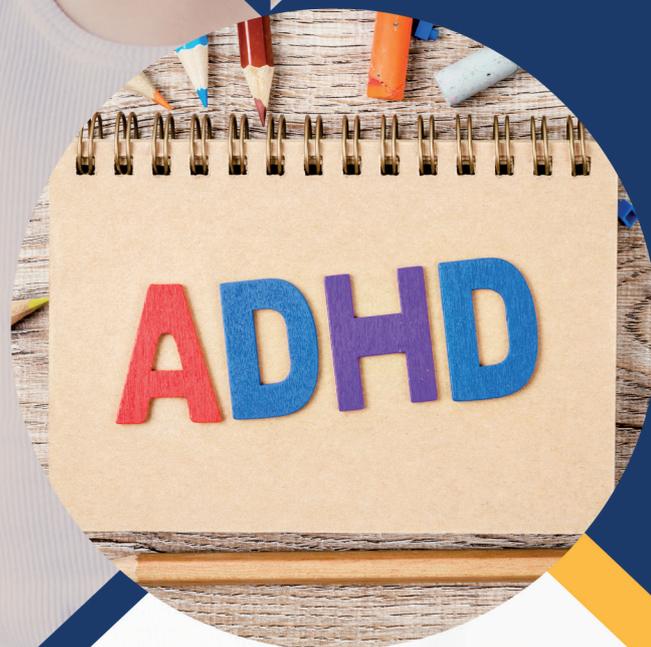


6



QUADERNI



**Disturbo da deficit dell'attenzione e
iperattività e l'importanza del Parent
Training**

Francesca Cavallo

QUADERNI



**Disturbo da deficit
dell'attenzione e iperattività
e l'importanza del Parent
Training**

Francesca Cavallo

INDICE

Introduzione	2
<u>Capitolo Primo</u>	
Disturbo da Deficit dell'attenzione e Iperattività	
1.1 Inquadramento del disturbo	4
1.2 Classificazione del disturbo in Italia e nel mondo	6
1.3 Disturbi associati	7
<u>Capitolo Secondo</u>	
Approcci di intervento	
2.1 Interventi terapeutici	11
2.2 Aspetto farmacologico	16
2.3 Aspetto scolastico educativo	19
<u>Capitolo Terzo</u>	
Il Parent training	
3.1 Struttura e definizione	24
3.2 I benefici del Parent training per il soggetto ADHD	28
3.3 Caso Clinico	31
<u>Conclusioni</u>	41
<u>Ringraziamenti</u>	42
<u>Bibliografia</u>	43
<u>Sitografia</u>	43

INTRODUZIONE

Questo progetto arriva alla fine di un percorso universitario molto intenso, voluto e goduto.

Un viaggio composto da esperienze positive, stimolanti e formative. Un viaggio sicuramente appassionante, per me che amo fortemente l'ambito educativo e formativo.

La scelta dell'argomento nasce da una mia profonda passione: I bambini. Congiunta alla sintonia e all'interesse sviluppato nello studio di Didattica speciale, esame sostenuto durante uno degli anni accademici. Rimango fermamente convinta che con l'appoggio terapeutico, le giuste indicazioni, i corretti comportamenti e l'amore genitoriale, ogni problema possa essere alleviato o risolto, all'interno dell'ambito familiare, culla e rifugio sicuro di ogni essere umano.

I genitori sono guide ,dispensatori di buoni consigli e diventano i nostri reali primi "educatori" .

I disturbi, che siano psichici o fisici, non possono essere combattuti soltanto con terapie farmacologiche, ove sia possibile, ma è sostanzialmente importante che la persona sia presa in carico totalitariamente.

Fondamentale è l'ascolto ,per giungere alla nascita di una relazione di reciprocità che possa essere poi adottata come esempio.

Per tale motivo ho voluto approfondire il Disturbo da Deficit dell'attenzione e iperattività ,per il quale vengono valutate anche le figure che sono presenti nella vita del bambino con largo margine di interpretazione soggettivo poichè ad oggi, non sono ancora previsti altri strumenti diagnostici che possano risultare del tutto oggettivi. Scelgo di trattare questo tema perchè in passato ho avuto l'opportunità di poter prestare il mio aiuto presso una struttura Asilo Nido/ludoteca dove mi sono ritrovata di fronte a bambini con disturbi dell'apprendimento. Tra questi, un bambino di nome Leonardo, con disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività con il quale ho lavorato e a cui mi sono affezionata.

A tratti, ho cercato di mettermi al loro posto, a vedere con i loro occhi e a vestire i loro panni. Tutto ciò mi ha fatto riflettere e mi ha portata ad interessarmi a questo argomento e a chiedermi come

fosse possibile che si sentissero così prigionieri del loro banchetto in tempistiche prolungate o che in un batti baleno una penna diventasse un aereo e portasse i loro pensieri al di sopra delle nuvole. Come potesse essere possibile che ogni stimolo presente diventasse pretesto di distrazione immediata. Tale disturbo infatti apporta dei problemi sull'autocontrollo e modulazione rispetto all'ambiente con delle conseguenze che si infiltrano anche nei potenziamenti familiari.

Il DDAI ha un'origine che possiamo definire neurobiologica e purtroppo permanente, motivo per cui necessita di un intervento che sia vario, che agisca su più aspetti e soprattutto tempestivo.

L'aspetto che più mi interessa è quello educativo/relazionale in ambito familiare, scolastico ed extra scolastico.

partendo dal primo capitolo, ho cercato di inquadrare quanto più possibile il disturbo nello specifico, descrivendone i sintomi, l'origine, le cause e qualche cenno sulla sua evoluzione. Nel secondo capitolo ho posto in risalto le modalità e gli approcci di intervento quali quello terapeutico, cognitivo comportamentale e psicodinamico. Fondamentale anche l'aspetto farmacologico e la risposta del paziente alle cure.

Infine l'aspetto scolastico educativo, modalità di trattamento all'interno delle strutture scolastiche, l'intervento didattico con eventuale piano didattico personalizzato e l'impatto che il disturbo può avere sul soggetto al confronto con la classe.

Nel terzo capitolo ho esposto l'importanza fondamentale del Parent training, la sua definizione, la sua struttura e i benefici che il bambino affetto può riscontrare.

Infine, ma non per ordine di importanza, ho inserito un caso clinico che conferma la tesi avvalorata. L'importanza di coinvolgere attivamente i genitori nell'iter riabilitativo del bambino ottenendo un equilibrio familiare essenziale per il benessere del soggetto affetto dal disturbo.

CAPITOLO PRIMO

DISTURBO DA DEFICIT DELL 'ATTENZIONE E IPERATTIVITA'

1.1 INQUADRAMENTO DEL DISTURBO

Quando parliamo di disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (attention deficit hyperactivity disorder) intendiamo una “patologia neuropsichiatrica, con esordio in età evolutiva che presenta come triade sintomatologica disattenzione, impulsività e iperattività motoria. “ (Marzocchi,2003)¹

I bambini a cui è diagnosticato il DDAI sono molto intelligenti ma spesso vengono sottostimati poiché le attività proposte dai test richiedono impegno, sforzo e concentrazione per tempi lunghi. Appaiono molto spesso distratti, tendono ad evitare attività che richiedono attenzione ai particolari, perdono di frequente oggetti, dimenticano eventi.

Spesso manifestano anche una perdita motivazionale che non consente di definire una meta raggiungibile. Si annoiano, perdono interesse, ricercano stimoli che abbiano una soddisfazione immediata. Non riescono ad autoregolarsi, non controllano gli impulsi, il movimento, l'attività verbale e le emozioni.

Frequentemente associata all'impulsività, si presenta l'iperattività come processo incontrollato dell'attività motoria da cui scaturisce irrequietezza e agitazione del bambino.

Si distinguono tre presentazioni cliniche del disturbo:

- 1) con disattenzione predominante; (ADHD-I, Inattentive)
- 2) con iperattività predominante (ADHD-H, Hyperactivity)
- 3) una forma combinata. (ADHD-C, Combined)

¹ P.RIGHETTI, A.SABATTI, Il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività, Edizioni Del Cerro, Pisa, 2007, p.10

Barkley definisce "Disinibizione comportamentale"² la tendenza dei soggetti DDAI a muovere mani o piedi, difficoltà a rimanere seduto, rispettare regole.

Il 20-60% circa dei bambini con ADHD evidenzia disturbi dell'apprendimento e l'attività motoria di solito è proporzionale all'aumento dello sforzo cognitivo. L'ADHD colpisce con più incidenza i maschi.

Di solito questi bambini presentano spesso scarse prestazioni scolastiche e hanno difficoltà nel partecipare ad attività organizzate a causa dell'esigua capacità di rielaborare le informazioni per pianificare una soluzione.

L'eziologia dell'ADHD dipende da più fattori e include quelli genetici e ambientali la cui interazione contribuisce alla generazione del disturbo.

I lobi prefrontali della corteccia cerebrale sono i responsabili della conservazione della concentrazione, delle funzioni esecutive e del controllo del comportamento. È stato dimostrato, attraverso accertamenti che solitamente questi risultano con un volume inferiore. Nella corteccia si presentano due neurotrasmettitori, dopamina e norepinefrina, il cui livello è ridotto nei soggetti con ADHD, in quanto si assimilano velocemente ai neuroni.

Tra i fattori a rischio, oltre ai problemi coniugali dei genitori del bambino, sono stati individuati anche cause prenatali come ansia della futura mamma, abuso di alcool e fumo, peso inferiore ai 2,5 kg del nascituro.

La diagnosi viene basata sulla raccolta di informazioni provenienti da molteplici fonti tra cui i questionari compilati da genitori e insegnanti e l'osservazione diretta. Secondo i criteri dell'American Psychiatric Association, la diagnosi, richiede la presenza di almeno 6 sintomi di disattenzione e/o 6 sintomi di iperattività che devono persistere per almeno 6 mesi e coinvolgere diverse aree della vita e delle attività quotidiane.

² P. Righetti, A. Sabatti, Il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività, op. Cit

La diagnosi di ADHD rimane processo complesso che richiede attenzione ed esperienza clinica. La soglia di rilevanza è solitamente rappresentata dalla compromissione funzionale che il disturbo comporta in termini di resa scolastica e difficoltà nelle relazioni interpersonali.

1.2 CLASSIFICAZIONE DEL DISTURBO ADHD IN ITALIA E NEL MONDO

Attualmente, la diagnosi di ADHD a livello globale viene basata su due Classificazioni principali:

- DSM V (diagnostic and statistical manual of mental disorders)
- ICD-10 (international classification of disorders) elaborato dall'OMS

I sintomi elencati nel DSM V sono uguali nell'ICD-10: la sola ed unica differenza viene riscontrata nell'item 6 della categoria impulsività-iperattività.

In Italia, nel 2007, è nato il Registro Nazionale ADHD, a cui sono iscritti tutti i pazienti che, ad oggi, seguono una terapia farmacologica e risiedono nel territorio italiano.

Ad oggi l'ADHD colpisce il 3-5% di bambini in età scolare, dotati di un Q.I. normale o superiore alla media.

Si stima che nel mondo l'incidenza dell'ADHD sia pari al 5,3% della popolazione, mentre in Italia la prevalenza è intorno al 3-4%, che corrisponde a circa 270.000-360.000 bambini.

La prevalenza di ADHD sembra variare considerevolmente in tutte le regioni differenti del mondo. È la più alta nel Sudamerica, in America settentrionale ed in Africa mentre le tariffe più basse di prevalenza sono state notate Medio Oriente, in Asia, in Australia e l'Europa.

La variabilità dei tassi riscontrati nelle diverse aree geografiche deriva dalle differenti modalità di diagnosi. In Europa è l'ICD che viene maggiormente utilizzato e il DSM invece, è adottato per le diagnosi, nel resto del mondo.

L'università di San Paolo (Brasile)³, rilascia dei dati per quanto riguarda la diffusione dell'ADHD nel mondo ed evidenzia come il tasso sia notevolmente aumentato nell'ultimo trentennio.

Dal 2011, le regioni italiane hanno costituito anche un registro regionale di pazienti affetti da ADHD per monitorare i casi in trattamento e non solo. Alcuni sono aperti non solo ai casi accertati e in terapia come avviene per il Registro Nazionale, ma anche per i casi dubbi segnalati dai centri di riferimento presenti della regione.

Il Registro Regionale è uno strumento di pregio a livello europeo e internazionale.

Tutti i bambini con sospetto ADHD vengono inviati ad un centro di riferimento che è il solo autorizzato a prescrivere i farmaci. Come per i pazienti pediatrici, per la prescrizione della terapia farmaco-logica negli adulti, è necessario che i pazienti vengano iscritti nel Registro nazionale dell'ADHD, istituito dall'Istituto Superiore di Sanità da febbraio 2016. Le Regioni devono provvedere all'individuazione e accreditamento dei centri autorizzati per il trattamento degli adulti affetti da ADHD.

1.3 DISTURBI ASSOCIATI

ADHD E DISTURBI ASSOCIATI

E' frequente che insieme ai sintomi classici dei bambini con ADHD si presentino altre patologie o disturbi.

Disturbi esternalizzanti (Disturbo Oppositivo provocatorio e Disturbo della Condotta CD): 40-50%
Disturbi dello spettro ansioso (Disturbo Ossessivo Compulsivo, Disturbo d'Ansia Generalizzato):30%

Disturbi dell'umore, in particolare il Disturbo Bipolare:10% (Fonte: Masi et al.,2005).

Ritardo mentale: 13%

³ C. Kielling, G. Salum, G. Polanczyk, L. Rohde, E. Willcutt ADHD prevalence estimates across three decades p.440

Disturbo della lettura e della scrittura: 40%

Disturbo della coordinazione motoria: 47%

Disturbo da Tic: 33%

Disturbo oppositivo provocatorio: 60% (fonte: Kadesjö e Gillberg 2001)

Inoltre sono presenti come correlati disfunzionali della sfera personale e sociale:

Scarsa autostima e nuclei depressivi di personalità: Senso di inadeguatezza e percezione di sé estremamente negativa, con vissuti di cattiveria e colpevolezza;

Emarginazione da parte del gruppo dei pari;

Carriera scolastica spesso fallimentare in considerazione delle frequenti comorbilità con DSA.

Da alcuni studi di Barkley emerge che spesso i bambini con ADHD vanno incontro ad una carriera scolastica problematica. Un'alta percentuale di studenti necessita di un programma di sostegno. Molti studenti ripetono almeno un anno scolastico e alcuni non riescono nemmeno a completare la scuola superiore.

Il soggetto Adhd può presentare in concomitanza:

DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO: caratterizzato da comportamento marcatamente provocatorio e/o Disobbediente che non include atti di delinquenza o manifestazioni aggressive antisociali estreme. È frequentemente associato ad ADHD e la sua presenza porta una prognosi più sfavorevole. In età adolescenziale può degenerare in un Disturbo della Condotta.

Il Disturbo della Condotta implica un comportamento antisociale ed aggressivo, caratterizzato dall'intento di offendere e/o fare del male a proprietà altrui e ad altre persone. Insieme al DOP è il disturbo psichiatrico maggiormente associato ad ADHD (40%-50%). Il DC si sviluppa prevalentemente in età adolescenziale. Una Sua insorgenza precoce (prima dei 10 anni), implica una prognosi di sviluppo di severe condotte antisociali e criminali in età adulta.

Sul versante internalizzato invece Ragazzi con ADHD in comorbilità a condotte Dirompenti sviluppano un maggior rischio di dipendenza da sostanze. L'utilizzo di alcool e sigarette è precoce e c'è maggior probabilità di sviluppare dipendenza da droghe.

DISTURBI D'ANSIA presentano sintomi in 4 domini:

- Pensieri
- Affetti
- Fisici
- Comportamentali

Bambini affetti da disturbo ansioso risultano spesso molto preoccupati per il futuro, presentano agitazione motoria ed incapacità di concentrazione, sono Facilmente affaticabili, hanno disturbi del sonno.

DISTURBI DELL'UMORE

DEPRESSIONE INFANTILE È caratterizzata da umore triste e/o irritabile, perdita di interesse per le attività generalmente ritenute piacevoli, apatia, disordini del sonno e dell'alimentazione, eccessiva affaticabilità, ritiro e difficoltà scolastiche.

Episodi maniacali/disturbo bipolare. Nel disturbo bipolare, l'aumento dell'impulsività o della disattenzione è accompagnato da umore elevato, grandiosità e altre specifiche caratteristiche bipolari. I bambini con DDAI possono mostrare cambiamenti importanti dell'umore durante la stessa giornata; tale labilità è distinta da un episodio maniacale che deve durare 4 o più giorni per essere indicatore clinico del disturbo bipolare, anche nei bambini.

Il disturbo bipolare è raro nella preadolescenza, anche quando sono prominenti irritabilità grave e

rabbia .

È generalmente difficile distinguere un episodio maniacale in età infantile, rispetto a sintomi ADHD, DC o disordini psicotici.

DISTURBO ESPLOSIVO INTERMITTENTE gli individui con questo disturbo presentano seri episodi di aggressione degli altri.

DISTURBO SPECIFICO DELL'APPRENDIMENTO (DSA) Sono disturbi che coinvolgono uno specifico dominio di abilità, lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale. Interessano le competenze strumentali degli apprendimenti scolastici (lettura, scrittura, calcolo).

Questi bambini possono sembrare distratti a causa della frustrazione, della mancanza di interesse o delle abilità limitate.

DISTURBO DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO gli individui con ddai e quelli con il disturbo dello spettro autistico presentano disattenzione e disfunzione sociale e difficoltà a gestire il comportamento.

Tabella:

Principali comorbilità alla diagnosi nei soggetti ADHD in età evolutiva⁴.

Ogni paziente può presentare più comorbilità.

Disturbo dell'apprendimento	1399
Disturbo opposizionale	1395
Ansia	494
disturbo della condotta	232
Depressione	182

⁴ REGISTRO ADHD, 2007-2016

CAPITOLO SECONDO

APPROCCI DI INTERVENTO

2.1 INTERVENTO TERAPEUTICO

Ad oggi, i disturbi dell'apprendimento rappresentano una realtà prominente che minaccia bambini e adolescenti in fase di sviluppo e in età scolare.

Fortunatamente, si sono fatti molti passi avanti a questo riguardo e, oggi, un bambino che presenta dei disturbi dell'apprendimento ha molte e diverse possibilità di essere aiutato e di condurre una vita normalissima e al pari dei soggetti che non presentano alcun disturbo.

Il disturbo può essere posto in attenzione o dal genitore che sta a stretto contatto con il soggetto e osserva anomalie nel comportamento del figlio, o spesso, dagli insegnanti competenti che lavorano e osservano il bambino, lo seguono nei momenti in cui il disturbo potrebbe presentarsi con maggiore incidenza. Genitori, educatori-insegnanti, bambino e clinico sono coinvolti in un progetto individualizzato.

La diagnosi ADHD è basata infatti ,sull'osservazione clinica e sulla raccolta di informazioni multiple, ottenute cioè da più fonti come gli insegnanti, i genitori e gli educatori. Questa cooperazione è fondamentale per creare una valutazione adeguata e se è il caso, un intervento psicoeducativo/terapeutico adeguato. Oggi non è possibile prescindere da un approccio multiprofessionale, tanto in fase diagnostica quanto in fase terapeutica.

Il processo diagnostico prevede:

- un colloquio clinico/psichiatrico
- esame neurologico
- valutazione del livello cognitivo, intervista e somministrazione di questionari.

Al primo colloquio tra il clinico e i genitori, in presenza del bambino, il terapeuta dovrebbe concentrarsi sull'ascolto, focalizzandosi sulle aspettative che loro hanno sulla consultazione e, contemporaneamente, creare un clima di fiducia fondato sull'accoglimento e sullo scambio reciproco di informazioni, un clima che possa aiutare a costruire una relazione di interscambio, fondamentale per la salute e il piano di ripresa del bambino.

Il colloquio fra lo psicoterapeuta e il bambino, invece, mira non solo a tastare le difficoltà percepite dal paziente e il modo in cui egli interpreta le reazioni genitoriali ma anche mettere in luce le sue potenzialità manifeste e latenti.

L'incontro con i genitori, in assenza del bambino, consente al neuropsichiatra di documentarsi sulla situazione familiare, sulla percezione che hanno i genitori e sui problemi effettivi del bambino e di instaurare un rapporto di collaborazione.

La valutazione diagnostica dell'ADHD ha quindi, come abbiamo già detto, un carattere multifattoriale e si compone di 4/5 incontri alternati fra colloquio e somministrazione di test.

I questionari per la valutazione comportamentale forniscono dei punteggi che rappresentano una misura definita "quantitativa" da cui ricavare lo scostamento dell'atteggiamento del bambino rispetto alla media della popolazione.

Le tipologie di test maggiormente adottate sono:

- CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (Achenbach,1991).quest'ultimo prevede 113 item che analizzano i problemi emotivi o comportamentali e altri aspetti relativi all'adattamento sociale.
- CONNER'S TEACHER RATING SCALE-REVISED e CONNER'S PARENT RATING SCALE (Conners,1997) valutano gli aspetti di disattenzione, aggressività, impulsività, disturbi psicosomatici e disturbi d'ansia.
- DISTRUPTIVE BEHAVIOR DISORDER RATING SCALE (Pelham,1992) la visione italiana

sono le scale SCOOD

- ADHD RATING SCALE IV (Dupaul et al,1998 nella versione italiana di Carnoldi e Marzocchi 2000).

Le scale valutative compilate dai genitori, insegnanti e bambino non consentono di elaborare una diagnosi clinica, ma sono strumenti preziosi per valutare l'andamento clinico e la risposta ai trattamenti.⁵

La scala WISC.III (wechsler,2006) consente di ottenere diverse informazioni sul funzionamento quotidiano del bambino, infatti valuta vari aspetti cognitivi ad esempio il ragionamento, percezione, memoria, linguaggio, abilità visuo-spaziali, la rapidità di apprendimento, la capacità di pianificazione e conoscenze sociali.

Al questionario va sempre associata un'intervista diagnostica per ottenere un quadro più dettagliato e la possibilità di individuare patologie associate come disturbi del comportamento, dell'umore o d'ansia.

Tra le interviste diagnostiche più comuni ricordiamo:

- Diagnostic interview for Children and Adolescents (Reich,2000);
- Kiddie-Schedule for Affective Disorder and Schizofrenia, Present and Life-time version (di cui esiste una versione italiana curata da Sogos del 2004);
- Parent interview of Child Syntoms.

Per identificare precocemente il disturbo sono impiegate le scale IPD-DAI e IPDDAG (riservate ai genitori). Queste hanno lo scopo di effettuare lo screening del bambino in età prescolare e sono composte da 18 items, 7 per la disattenzione,7 per l'iperattività e 4 per il potenziale a rischio⁶.

⁵ D.IANES, G.M MARZOCCHI , G. SANNA, L'iperattività, Op. Cit.

⁶ D.IANES G.M. MARZOCCHI G.SANNA , L'iperattività Op.Cit

Giunti alla fine del processo di valutazione, il colloquio finale di restituzione fra clinico, genitori e bambino, andrebbe condotto in tono tecnico ma pur sempre chiaro e intuibile. Quello, infatti, è un momento cruciale, nel quale si va ad attribuire un nome al problema.

Il neuropsichiatra ha il compito di accompagnare la famiglia nella comprensione del disturbo e nell'individuazione di quelle che possono essere le strategie operative per affrontarlo.

Dopo aver individuato il disturbo, attraverso la somministrazione dei test e i colloqui, si passa alla fase di intervento vera e propria. Tra gli approcci di intervento troviamo sicuramente quello ad impostazione multimodale.

Tra i diversi interventi ricordiamo l'intervento cognitivo comportamentale che è un orientamento psicoeducativo, costituito da una moltitudine di proposte che hanno l'obiettivo di modificare l'ambiente fisico e sociale del bambino, al fine di suggerire il cambiamento della percezione e migliorare il suo comportamento, andando a stimolare l'attenzione e le abilità sociali contenendo le distrazioni.

Fondamentale per i bambini con DDAI è la riorganizzazione dell'ambiente, sfruttando al massimo la funzionalità degli spazi per stimolare la concentrazione e riducendo gli stimoli che lo disorientano e distrazione.

Bisogna responsabilizzare il bambino sulle conseguenze dei comportamenti che risultano inadeguati, dare delle istruzioni ben precise e chiare, aumentare le interazioni positive e prendere provvedimenti per le azioni negligenti.

Gli interventi comportamentali hanno dato risultati positivi in numerosi studi clinici.

Infatti durante l'approccio terapeutico - abilitativo possono presentarsi numerose variabili che rendono lo studio difficilmente replicabile:

i comportamenti bersaglio selezionati per il trattamento;

i realizzatori degli interventi (gli insegnanti, i genitori, i terapeuti);

il setting nel quale avviene il trattamento (in classe, a casa), le tecniche, la durata e la frequenza delle sedute (Schachar et al. 1996).

Inoltre la generalizzazione è resa difficile a causa dell'eterogeneità dell'ADHD e delle tecniche di campionamento (Whalen & Henker 1991, Woodward et al. 1997).

L'ADHD può venire trattato anche con interventi ambientali, i quali presuppongono che se le abilità richieste per regolare il comportamento sono deficitarie allora tali abilità dovrebbero essere direttamente insegnate o sviluppate.

Dal punto di vista dell'apprendimento sociale, insegnare al bambino abilità specifiche nella regolazione di sé, è spesso compito dell'educazione genitoriale e degli insegnanti e consiste nel ricompensare il comportamento appropriato e nel punire il comportamento inappropriato. Questi tipi di trattamento hanno l'obiettivo di migliorare direttamente il comportamento, in quanto agiscono sui comportamenti attuali del bambino e sulle caratteristiche ambientali che riguardano il bambino stesso.

Un approccio cognitivo-comportamentale quindi si focalizza più sull'insegnamento diretto di self control e sulle abilità per la risoluzione dei problemi.

La terapia cognitivo comportamentale insegna a monitorare le proprie azioni e ad auto lodarsi per i comportamenti corretti, come il controllo della rabbia o l'agire in maniera consapevole e non impulsiva.

L'intervento con il bambino mira inoltre ad aumentare le sue abilità sociali. Imparare ad andare d'accordo con gli altri, rispettare le regole e interagire in modo efficace con i pari può essere difficile per molti bambini con ADHD.

Il terapeuta insegnerà ai bambini ad aspettare il proprio turno, a prestare e condividere i giochi, a

chiedere aiuto, a leggere le espressioni facciali e il tono di voce degli altri per desumere il loro stato emotivo e a rispondere in modo appropriato.

Non esiste una vera e propria cura per l'ADHD, i diversi trattamenti sono in grado di ottenere la sola riduzione dei sintomi. Grazie alla combinazione di diversi strumenti però la maggior parte dei bambini potrà ottenere successi scolastici e condurre una vita produttiva.

Molti approcci finalizzati a lavorare con bambini con ADHD sono stati di orientamento cognitivo-comportamentale ed hanno enfatizzato l'insegnamento delle abilità di autocontrollo come abbiamo detto, infatti, una delle procedure usate per mettere a freno il comportamento impulsivo è il "Self - Instruction".

Quest'ultimo consiste nello scomporre il problema ed analizzare le varie fasi con il fine di far interiorizzare questo comportamento e compensare i deficit dell'autocontrollo.

Come abbiamo potuto percepire, la terapia cognitivo comportamentale, è spesso, quella più usata e più efficace, per la gestione dei bambini con ADHD, ma non dobbiamo dimenticare che per far sì che tutto il "macchinario" funzioni, tutti gli "ingranaggi" come il contesto familiare e scolastico insieme a quello terapeutico devono lavorare ed azionarsi insieme. Uniti e collaborativi per il bene del Bambino.

2.2 ASPETTO FARMACOLOGICO

In Italia, ad oggi, è in corso un dibattito piuttosto acceso e ricorrente per quanto riguarda l'aspetto farmacologico, per curare i soggetti affetti da ADHD.

La cura farmacologica dell'ADHD è un argomento molto complesso da trattare.

Di solito, dopo un'attenta valutazione professionale del bambino con ADHD, il clinico elabora un piano terapeutico estremamente personalizzato. Infatti non tutti i soggetti affetti da disturbo necessitano della somministrazione di farmaci. Questo dipende molto dalla gravità della

sintomatologia acclarata, dal consenso dei genitori e del bambino, insegnanti ed educatori di gestire le situazioni.

Gli psicostimolanti sono considerati a tutt'oggi la terapia più efficace per bambini, adolescenti ed adulti con ADHD.

L'efficacia e la tollerabilità degli psicostimolanti è stata descritta per la prima volta da Bradley nel 1937, ed è stata documentata da circa 60 anni di esperienze cliniche.

Gli psicostimolanti come il Metalfenidato e l'Atomoxetina, che sono i due farmaci associati alla cura dell'ADHD, innalzano il funzionamento dei neuroni implicati nel controllo dell'assorbimento di dopamina, la quale come dimostrato da studi, nei bambini con ADHD viene assorbita troppo rapidamente, determinando così, un'attenuazione di disattenzione e iperattività.

Il Metalfenidato, che è lo psicostimolante più diffuso, associato al controllo dell'ADHD, agisce in circa trenta minuti dall'avvenuta somministrazione e il suo effetto dura circa 5 ore. Questo porta, generalmente, all'assunzione di 2/3 volte al giorno.

In genere il farmaco va somministrato nelle ore in cui il soggetto è a scuola e viene sospeso invece durante le vacanze. Risulta evidente però, che una volta sospeso il farmaco, ricompaiono i pattern comportamentali che erano presenti prima dell'intervento farmacologico.

Non sono assenti gli effetti collaterali come il ritardo di accrescimento, il mal di stomaco, la comparsa di tic nervosi, la presenza di idee ossessive, aumento di movimenti involontari e variazioni altalenanti del tono dell'umore.

L'Atomoxetina è uno dei farmaci usati specifico per l'età evolutiva ma che, purtroppo, presenta più controindicazioni, infatti nel 3,4% dei casi si è presentata almeno una delle controindicazioni.

Stando ai dati forniti dall'ultimo rapporto del Registro Italiano ADHD, sembra che il 68,6% dei casi sia trattato con il Metalfenidato e il 31,4% con Atomoxetina, messi in commercio dall'agenzia del farmaco solo nel 2007.

Negli Stati Uniti, il ricorso ai farmaci è più frequente rispetto all'Italia che invece, procede con più cautela, dando la precedenza assoluta agli interventi psicosociali.

Secondo l'ultimo rapporto del Registro Italiano ADHD, la somministrazione del Metalfenidato e Atomoxetina ha causato il verificarsi di un certo numero di reazioni avverse, manifestarsi del 3,4% dei casi.

Tabella 1⁷

DISTRIBUZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI PER TRATTAMENTO FARMACOLOGICO (SAE)

	pazienti arruolati n^ 1012	pazienti arruolati n^ 2208
	ATOMOXETINA	METILFENIDATO
IDEAZIONE SUICIDIARIA	5	-
PSICHIATRICI	16	13
GASTROINTESTINALI	26	9
CARDIOVASCOLARI	10	6
CEFALEA E DISTURBI DEL SONNO	8	5
DISTURBI MISTI	19	19
TOTALE	84	52

In Italia il percorso per questi farmaci è molto articolato e complesso.

Nel 1989 infatti, il Metalfenidato è stato ritirato dal mercato per la scarsa vendita e il dispendioso uso illecito. Per tale motivo i bambini, in quel periodo vennero trattati con antidepressivi e Benzodiazepine. Solo nel 2000, in seguito a delle sollecitazioni di alcuni gruppi di genitori, la commissione unica del Farmaco e il ministro della salute ne hanno deliberato la diffusione.

Nel 2003 è stato deliberato l'uso del metalfenidato per il trattamento dell' ADHD anche in età pediatrica, previa predisposizione dei piani terapeutici individualizzati.

E' stata creata AIFA Onlus, Associazione Italiana Famiglie ADHD, fondata nel 2002 da un gruppetto di genitori di soggetti affetti da ADHD, con l'unico obiettivo di dare sostegno scientifico e soprattutto morale. Obiettivo dell'associazione anche la promozione di iniziative pedagogiche

⁷R.ARCIERI, E.COSTABILE, E.GERMINARIO, M.MANZI, P. PANEI, Newsletter dal registro italiano ADHD

volte ad un cambiamento familiare, mediante il miglioramento delle relazioni, condivisione di esperienze.

In base al tipo di ADHD (inattentivo, combinato o iperattivo) diagnosticato, vengono somministrati farmaci diversi, poiché sembrano essere più idonei ad attenuare i sintomi.

Quando si presentano delle comorbidità, è possibile l'associazione a questi farmaci di benzodiazepine, antidepressivi triciclici, gli SSRI, gli antipsicotici, i neurolettici al fine di migliorare la terapia.

Ad ogni modo, per lo sviluppo integrale del bambino con ADHD, è necessario orientare la prospettiva educativa verso nuovi spiragli, partendo dagli tratti affettivo-emotivi per finire sulla pratica di sport o la condivisione di attività assistite all'aperto.

Numerosi studi clinici hanno dimostrato che i risultati migliori nel trattamento del disturbo di attenzione e iperattività si ottengono comunque combinando la terapia farmacologica con le terapie psico-comportamentali quali il parent training, il child training e il counseling agli insegnanti (Hinshaw et al., 1997) di cui parleremo in seguito.

2.3 ASPETTO SCOLASTICO - EDUCATIVO

Le strutture educative, oggi, rappresentano il luogo in cui i bambini passano la stragrande maggioranza del loro tempo. Lì si formano, si educano e crescono.

Per tale motivo, l'intervento scolastico, congiunto all'intervento terapeutico e al supporto genitoriale, è più che fondamentale per prestare il giusto aiuto al bambino con ADHD.

La scuola di oggi, per poter essere definita del tutto scuola inclusiva e di qualità, deve imparare a far fronte ad una varietà di bisogni espressi dai propri alunni, a volte evidenti e marcati altre meno evidenti o addirittura nascosti ma non per questo meno gravi.

Gli interventi educativi che potrà prestare l'insegnante, non faranno sparire i sintomi dell'ADHD, ma creeranno condizioni per cui, al bambino sarà possibile vivere delle relazioni sociali più appaganti in un contesto più adeguato, benessere per la crescita della persona.

Possono sicuramente migliorare l'impatto del disturbo, attenuandone gli effetti e aiutando il bambino a non sentirsi frustrato o diverso in un luogo che per lui rappresenta un posto sicuro e fonte di crescita, sviluppo e confronto.

La legge 170/2010⁸ dispone che le istituzioni scolastiche debbano garantire l'elaborazione di un percorso individualizzato e personalizzato (PEI) per alunni e studenti con bisogni educativi speciali, tra cui i bambini con ADHD. Il Pei, deve essere articolato, deve servire come strumento di lavoro in itinere, per gli insegnanti e deve avere la funzione di documentare anche alle famiglie le strategie di intervento programmate. Proprio come afferma la circolare del Miur:

“Gli insegnanti sono invitati a tenere contatti con i genitori del bambino e con gli specialisti che lo seguono, per un opportuno scambio di informazioni e per una gestione condivisa di progetti educativi appositamente studiati”. ...insieme “definire le strategie metodologico didattiche per favorire un migliore adattamento scolastico e sviluppo emotivo e comportamentale....”

Si ritiene opportuno che il dirigente scolastico sia contattato dalla famiglia che presenta l'evidenza della problematica del proprio figlio/a.

Tutta la documentazione viene inserita nel protocollo riservato. Il dirigente scolastico poi, comunica ai docenti il caso. Così, tutti i docenti della classe in cui è inserito il bambino, devono provvedere a prendere visione della documentazione clinica del caso. A questo punto, i docenti e gli operatori clinici che gestiscono la diagnosi e cura dell'alunno, dovrebbero definire le strategie metodologico-didattiche per favorire l'adattamento scolastico e sviluppo emotivo e comportamentale. Dove sia stata prevista, da parte del servizio specialistico, la presenza dell'insegnante di sostegno, quest'ultimo deve avere l'obiettivo di far integrare l'alunno del contesto classe.

⁸ Gazzetta Ufficiale N.244 del 18 ottobre 2010 Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento

Oltre questo, quali sono gli accorgimenti che un'insegnante deve avere nei confronti di un bambino con ADHD?

Sarebbe auspicabile che tutti gli insegnanti predispongano l'ambiente nel quale viene inserito lo studente con ADHD in modo tale da ridurre al minimo le fonti di distrazione.

Prevedano l'utilizzo di tecniche educative di documentata efficacia come aiuti visivi e introduzione di routine.

Nello specifico, l'insegnante deve riuscire ad effettuare una Strutturazione della ROUTINE:

- Giornata organizzata secondo un preciso "copione" che verrà rispettato ogni giorno allo stesso modo. Infatti regolarità ed impegni prestabiliti forniscono al bambino ADHD un telaio di supporto ai suoi comportamenti;
- Introdurre modalità strutturate anche nei momenti di svago (giochi organizzati di movimento durante l'intervallo) in modo che il bambino Adhd non si senta demotivato o annoiato.

Altro aiuto fondamentale è riuscire ad attenuare i distrattori e quindi posizionare l'alunno lontano dalla finestra, affiggere vicino (o in zona visibile) al bambino un cartellone con poche regole importanti della classe, discusse insieme con gli alunni, espresse in positivo e con chiarezza.

Ove possibile permettere i movimenti possibili.

Riconoscere l'entusiasmo del bambino ed usarlo per sviluppare le sue qualità. Evidenziare i suoi successi e non i suoi fallimenti.

Rendere i compiti più interessanti, permettendo magari di lavorare in coppia, in piccoli gruppi. Evitare di comminare punizioni mediante un aumento dei compiti per casa, una riduzione dei tempi di ricreazione e gioco, l'eliminazione dell'attività motoria, la negazione di ricoprire incarichi collettivi nella scuola, l'esclusione dalla partecipazione alle gite.

Inoltre appare quanto mai opportuno, fornire al bambino iperattivo gli strumenti atti a canalizzare la sua «forza» emotiva ed intellettuale usando gli strumenti compensativi.

Gli strumenti compensativi infatti, sono previsti dalla legge, come ausilio ai bambini con Bisogni Educativi Speciali, tra i quali quelli con ADHD. Questi possono essere un aiuto prezioso nell'organizzazione dello studio, dei compiti e non solo.

In particolare gli STRUMENTI COMPENSATIVI sono strumenti che permettono di compensare la debolezza funzionale derivante dal disturbo, facilitando l'esecuzione dei compiti automatici ("non intelligenti") compromessi dal disturbo specifico, se l'alunno con Disturbi Specifici di Apprendimento non ha memorizzato l'alfabeto, è possibile ad esempio, fargli visionare le lettere che non ricorda con appositi cartelloni anche quando già quasi tutta la classe non usa più questo tipo di supporto; con questo accorgimento, l'alunno ha possibilità maggiori di un successivo apprendimento rispetto ad un isolamento conoscitivo.

Tra questi ricordiamo le mappe concettuali, tabella dei mesi, tabella dell'alfabeto e dei vari caratteri, tavola pitagorica, tabella delle misure, tabella delle formule geometriche, calcolatrice e registratore, computer con programmi di videoscrittura con correttore ortografico e sintesi vocale, l'utilizzo di dispositivi elettronici come tablet o lavagne interattive per semplificare la lezione e di conseguenza l'apprendimento.

In conclusione, la scuola oggi esige la presenza di professionisti che abbiano dei requisiti sul piano delle competenze culturali, pedagogiche, metodologiche e didattiche, oltre che dotati di sensibilità, emotività e disponibilità alla relazione educativa con i bambini. Possiamo affermare che l'intervento educativo nell'ambito scolastico è di fondamentale importanza per lo sviluppo psichico e funzionale del bambino. L'insegnante ha il compito di accompagnare, lungo questo affascinante percorso di scoperta, di guidare ed entrare nei meandri della mente del bambino. Se non si farà ciò, gli alunni, a maggior ragione quelli in situazione di handicap, continueranno e rimanere non integrati ed emarginati.

Deve avvenire una trasformazione della scuola della lezione collettiva, uguale per tutti gli alunni, in

scuola della personalizzazione educativa, della scuola che da aula per ascoltare e lavorare si trasforma in aula per apprendere, ciascuno secondo i propri ritmi ed i propri livelli di apprendimento, secondo i propri stili apprenditivi e formativi.

Occorre quindi una didattica inclusiva, cura educativa di bisogni differenti in una scuola che sia aperta a tutti in modo tale che divenga un luogo di crescita individuale e comunitaria, palestra di democrazia e di abilità per la vita.

Includere significa far sì che le persone più fragili non siano le più esposte alla solitudine e alla disperazione. La scuola attuale deve offrirsi come farmaco prezioso ad evitare che tutto ciò accada.⁹

⁹ G.CHIAPPETTA,G.DESIDERI,E. FEOLA,G.MANZO M.VISCARDI,A.VIVONA, Filosofia,Prassi e norme dell'inclusione

CAPITOLO TERZO

IL PARENT TRAINING

3.1 IL PARENT TRAINING: STRUTTURA E DEFINIZIONE

Dopo aver viaggiato ed esserci inoltrati all'interno dei vari snodi del disturbo da deficit dell'attenzione e dell'iperattività, aver capito di cosa si tratta e come può essere curato e tenuto sotto controllo, possiamo passare ad affrontare un altro argomento tanto importante. Scegliamo di parlare del Parent Training, poiché risulta fondamentale l'appoggio del genitore, per tutto l'arco di vita di ogni essere umano, a maggior ragione se è presente un disturbo. E' opportuno saperlo affrontare, sapersi regolare e modulare davanti ad esso, in modo da poter aiutare, guidare e supportare il proprio figlio/a a vivere il disturbo in maniera corretta, non penalizzante.

Allora, chi, se non un genitore, con il giusto intervento, può fare questo nel modo più corretto? Adesso andiamo ad analizzare, nello specifico, cosa intendiamo per Parent Training e perché esso sia così importante e spesso, risolutivo per il bambino con disturbo ADHD, nel nostro caso.

Definiamo Parent Training, quell'intervento psicologico, individuale o di gruppo, elaborato da Hanf,¹⁰ rivolto ai genitori di un bambino con disturbo mentale o patologia psicologica.

I disturbi principali che hanno potuto beneficiare di questo intervento e ne hanno tratto ottimi risultati, sono stati:

- il Disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività
- il disturbo oppositivo provocatorio (Dop). (Lifford et al.2008).

¹⁰P.RIGHETTI,A.SABATTI.Il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività,Op,Cit

Succede spesso che questi due disturbi si presentino spesso in comorbidità.

Gli ostacoli e le sfide associate allo sviluppo e alla crescita di qualsiasi bambino sono enormi, al di là della presenza o meno di un disturbo, motivo per cui la preparazione e la formazione dei genitori tramite questo programma è fondamentale per molti motivi, tra questi : la gestione dello stress, per lo sviluppo di meccanismi di reazione al problema (Coping).

Come è noto, i primi ad avvicinarsi al concetto di Parent Training furono gli Americani, intorno alla fine degli anni '60 del secolo scorso. Essi, cominciarono a prestare un'attenzione mirata a questo intervento che aveva come fine l'incremento delle attività del genitore, nella gestione del comportamento problematico del figlio Disabile.

Gli interventi di Parent Training variano in base agli autori a cui ci riferiamo e agli obiettivi specifici che questi si propongono. Nonostante ciò, è possibile individuare alcuni tratti comuni a tutti gli interventi di aiuto al genitore. Analizziamoli nello specifico.

Il Parent Training ha come fine:

- incrementare le capacità di analisi dei problemi che possono sorgere nell'educazione del figlio
- migliorare la relazione comunicativa tra genitori e figli
- accrescere la conoscenza dello sviluppo psicologico del figlio
- divulgare e consolidare approcci educativi significativi
- migliorare la gestibilità dei problemi che possono sorgere nella gestione della vita familiare.

Intorno agli inizi degli anni '70, si pensò ad un approccio "psicodinamico" nel quale molte attenzioni erano rivolte principalmente alle reazioni intrapsichiche della madre.

Verso la fine del 1970, qualcosa cambiò, infatti, gli studiosi si concentrarono di più su un approccio "sistemico", nel quale, si sceglie di concentrare l'attenzione sulla famiglia come complesso

ecosistema di relazioni.

Gli anni successivi, registrarono un ulteriore cambiamento della precedente inclinazione.

Risultò infatti, che le famiglie con un caso di figlio disabile, dopo un momento iniziale di crisi e perdizione, reagivano in modo positivo con un graduale adattamento alla situazione sfavorevole.

L'insieme dell'esperienza e dei casi, testimoniò che l'intervento più utile, sarebbe quindi stato quello sui genitori, insegnando loro, le modalità di gestione dei problemi, di contrasto alle situazioni di stress.

Vennero divulgate quindi, strategie di intervento mirate al consolidamento delle capacità psicologiche del genitore.

Il fine del Parent Training è quello di modificare la relazione e gli atteggiamenti che condizionano negativamente i comportamenti dei bambini.

Nell'intervento del Parent Training troviamo due metodologie diverse in base al ruolo del terapeuta e dei genitori.

Il primo modello insegna ai genitori come mettere in atto strategie e metodologie di intervento. I genitori, quindi diventano agenti di cambiamento. Sovviene però un problema. Può avvenire che, al fine degli incontri, i genitori che si ritrovino da soli ad affrontare la quotidianità, non riescano poi ad affrontare i problemi che esulano dalla routine e diventino quindi, dipendenti dal terapeuta.

Nel secondo metodo invece il genitore è visto come agente attivo. Infatti i genitori studiano e apprendono le metodologie legate all'apprendimento del bambino. Così facendo, diventeranno di volta in volta, capaci di scegliere la soluzione più giusta al problema usando le tecniche considerate più idonee. Così, a fine incontri, l'esperto rimane solo supervisore e supporto alle attività educative.

Gli approcci per progettare un Parent Training sono essenzialmente due:

- incontri individuali

- incontri di gruppo.

Come si può immaginare, nell'incontro individuale ritroviamo caratteristiche molto simili ad una classica seduta terapeutica, mentre, negli incontri di gruppo il terapeuta si rapporta ad un gruppo di genitori con figli con disturbo.

Nella scelta di incontri di gruppo, possiamo riscontrare sicuramente, uno scambio di esperienze personali ed emozionali che possono aumentare il clima collaborativo e di apertura, rendendo meno marginale la situazione. Lì, i genitori possono condividere emozioni, consigli, paure e sensazioni. La dimensione del gruppo è variabile in quanto non è in vigore alcuna normativa che stabilisca il numero esatto della quantità dei partecipanti. E' auspicabile però, per un giusto equilibrio degli incontri di gruppo, la presenza di almeno quattro famiglie partecipanti e ci sia almeno un minimo di compatibilità per età e problematiche.

L'intervento ottimale prevede da un minimo di quattro ad un massimo di dieci incontri con cadenza settimanale.

Inizialmente viene affrontato l'argomento principale per grandi linee per illustrare e capire gli aspetti generali. Successivamente, viene richiesto ai genitori di prestarsi per svolgere attività pratiche come il Role Playing, commento di filmati e confronto. Nel corso di questi incontri vengono insegnate delle tecniche specifiche, come il costo della risposta, il time-out e la token economy. Nell'ultima parte i genitori dovrebbero imparare a riconoscere gli atteggiamenti premonitori dei comportamenti problematici, per riuscire ad agire in anticipo e a usare tecniche comportamentali apprese negli incontri precedenti.

Ai genitori verranno anche impartiti dei compiti da svolgere autonomamente a casa con i propri figli.

3.2 I BENEFICI DEL PARENT TRAINING PER I BAMBINI ADHD

Come abbiamo potuto percepire, la famiglia ha un ruolo predominante nella gestione dei soggetti con ADHD e di frequente le relazioni familiari non esemplari aggravano il quadro della situazione. Il parent training ha quindi, come obiettivo, di incrementare le relazioni positive interfamiliari, quindi la maggiorazione delle competenze già in possesso e l'individuazione di risorse non manifeste.

I genitori impareranno quindi a promuovere le capacità cognitive, accademiche o sociali dei loro bambini con ADHD.

Il lavoro terapeutico con le famiglie richiede grandi capacità di comunicazione e abilità relazionali utili a fondare un clima di fiducia, favorire lo sviluppo dell'individuo e rendere meno problematiche le relazioni interne alla famiglia.

L'obiettivo della terapia di Parent training è certamente quello più conosciuto e consiste nell'aiutare i membri di una famiglia a diventare «co-terapeuti» nei confronti del loro figlio con ADHD. Patterson, descrisse il «ciclo della coercizione» per spiegare che tra genitori e figli vi è un'influenza reciproca che emerge il più delle volte in situazioni stressanti.

Spesso, l'atteggiamento del genitore influisce inconsciamente da rinforzo negativo, mentre in altri casi si crea un'escalation negativa nell'intensità dei comportamenti. Così, l'ambito familiare diventa il contesto peggiore per imparare a risolvere situazioni problematiche.

Nel 2009, l'Università degli Studi di Padova ha finanziato un progetto per studiare modalità di integrazione fra approcci diversi nella metodologia di intervento nell'ADHD e in particolare nei gruppi di genitori di bambini con ADHD.¹¹

Lo scopo del progetto è quello di creare modalità di intervento che prestino attenzione sia agli

¹¹ A.PAIANO,A.M.RE,E.FERRUZZA,C.CARNOLDI , Parent Training per Adhd

aspetti cognitivi e comportamentali, sia a quelli emotivi e relazionali, di esaminare l'efficacia di un nuovo metodo con approcci integrati e accompagnare e guidare i gruppi di genitori di bambini con ADHD.

Questi gruppi vengono denominati con l'acronimo CERG – Cognitive Emotional Relational Groups, per mettere in evidenza gli aspetti cognitivi, emozionali e relazionali.

Il lavoro con i genitori è risultato fondamentale per condividere alcune regole da attuare in famiglia, ma anche per dare ai genitori la possibilità di condividere le loro emozioni.

Questi genitori, al termine del percorso, hanno riconosciuto di avvertire meno stress nel rapporto con il bambino e di percepire in modo meno grave alcune caratteristiche della problematica del figlio ADHD.

Molto probabilmente questo è dovuto alla grande comprensione e accettazione del problema e alla crescente efficacia percepita attraverso le nuove tecniche acquisite.

Il questionario Parenting Stress Index (Abidin, 2008) ha tre sottoscale : Distress genitoriale, Interazione genitore-bambino disfunzionale e Bambino difficile.

Qui, nella figura 2, possiamo visualizzare come il livello di stress genitoriale sia nettamente migliorato dopo aver portato a termine il programma del gruppo CERG¹²

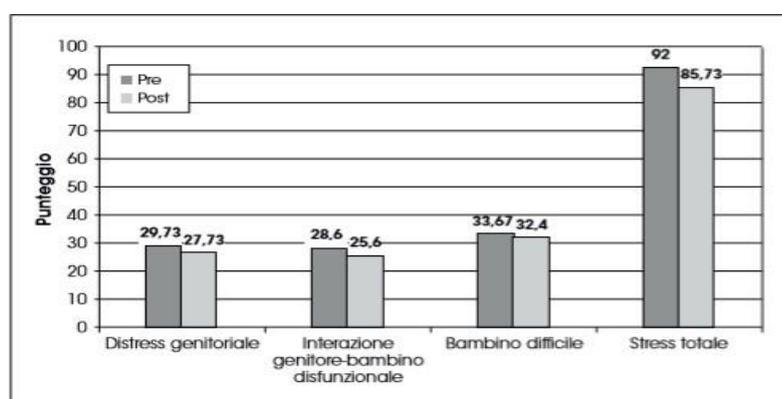


Fig. 2 Indici medi di stress riportati dai genitori al Parenting Stress Index prima e dopo il percorso CERG.

12 Disturbi dell'attenzione e iperattività Edizioni Erickson

Trascorsi sei mesi dalla fine del progetto, si è svolto un incontro di follow-up per i suddetti genitori. I dati raccolti al termine di questi percorsi di gruppo sono incoraggianti.

A conclusione del programma, si riducono nei bambini il numero e la gravità dei sintomi e dei comportamenti problema; nei genitori si osserva una diminuzione dell'uso della punizione, nei livelli di stress, maggiore autoefficacia e percezione di controllo delle interazioni. Ciò conferma che il parent training, oltre a insegnare strategie educative efficaci, favorisce un cambiamento cognitivo-emozionale che richiede un ampio assessment delle variabili in corso.

Un ulteriore dato che viene evidenziato da questa sperimentazione è la maggiore accettazione di alcune caratteristiche della propria famiglia e contemporaneamente la smitizzazione della famiglia "perfetta".

La differenza con i precedenti percorsi consiste in una maggiore considerazione verso gli aspetti emotivo-relazionali che entrano in gioco nel rapporto con il bambino ADHD.

Tutto questo a dimostrazione del fatto che l'essere coscienti che il problema esiste e lasciarsi aiutare e consigliare da esperti del caso, senza sentirsi spaesati e atterriti, è la cosa migliore che un genitore preoccupato possa fare.

In conclusione, il parent training, nei casi di ADHD fornisce ai familiari le giuste informazioni e le strategie per correggere il figlio nei comportamenti disfunzionali e accompagnarlo verso quelli corretti.

Così, il parent training diventa un'ancora di salvezza per aiutarli a svolgere il loro compito di educatori nel migliore dei modi e non lasciarsi vincere dallo sconforto.

È un metodo che mira a formare e sostenere la famiglia del bambino, migliorando la relazione con il loro figlio ma ancor prima ad accettare la sua patologia.

A beneficiare di questo intervento saranno quindi sia i genitori che i bambini in questione.

3.3 CASO CLINICO

Per avvalorare la nostra tesi che il trattamento terapeutico di Parent Training, apporti numerevoli benefici e, spesso, risulti risolutivo per i bambini con Adhd, è stato inserito un caso clinico.

VALUTAZIONE CLINICA

Data di Nascita: 20/08/2009

Data di Valutazione: Febbraio 2019

Il bambino, di 9 anni e 5 mesi, viene accompagnato dai genitori, per effettuare una valutazione cognitiva e neuropsicomotoria finalizzata ad approfondire gli aspetti attentivi, di memoria, visuo-motori, visuo-costruttivi, le abilità esecutive manuali e l'ambito degli apprendimenti in lettura, scrittura, calcolo e ragionamento logico, in merito a difficoltà attentive. Il bambino frequenta la quarta elementare.

Il bambino è molto sensibile alla lode e ai rinforzi positivi.

➤ Livello cognitivo Globale

Ai singoli sub-test della WISC-IV si sono registrati i seguenti punteggi ponderati:

Subtest	Punteggio Ponderato (v.n.: 10 ± 3)
COMPRESIONE VERBALE	
Somiglianze	17
Vocabolario	13
Comprensione	15
(Informazione)	(12)
RAGIONAMENTO VISUO- PERCETTIVO	
Disegno con i cubi	14
Concetti illustrati	16
Ragionamento con le matrici	15
MEMORIA DI LAVORO	

Memoria di cifre	10
Riordinamento lettere e numeri	12
VELOCITA' DI ELABORAZIONE	
Cifrario	8
Ricerca di simboli	10

Il profilo cognitivo è disomogeneo e caratterizzato da una differenza significativa tra le aree verbali, di ragionamento visuo-percettivo e le abilità relative alla Velocità di Elaborazione, a discapito di quest'ultima; a causa di tale discrepanza non risulta attendibile il **Totale Q.I.:124**. Risulta nella media la capacità di memoria di lavoro verbale.

Dai risultati si rileva:

- Indice **IAG** (indice Abilità Generali): **135**; 98.1° percentile; livello estremo superiore
- Indice **ICC** (Indice di Competenza Cognitiva): **99.9**; 50.34° percentile; nella media
- Indice di comprensione verbale **C.V.:** **130**; percentile 98.1°; Livello molto superiore alla media
- Indice di ragionamento visuo-percettivo **R.P.:** **132**; percentile 98.6°; Livello molto superiore alla media
- Indice di memoria di lavoro (**ML**): **106**; percentile 65.4°; Nella media
- Indice di velocità di elaborazione (**VE**): **94**; percentile 35.3°; Nella media

Indice di Comprensione Verbale

- La capacità a passare da elementi particolari a regole e principi generali è ottima (pensiero induttivo e ragionamento verbale astratto), la competenza a formare concetti verbali, per individuare i rapporti tra i diversi elementi dell'ambiente (processo di classificazione) è buona. La padronanza di un appropriato senso del giudizio in situazioni sociali concrete e la

conoscenza delle norme e convenzioni che regolano i rapporti interpersonali, sono buone.

La conoscenza e l'immagazzinamento di informazioni di tipo culturale e accademico è adeguata.

Indice di Ragionamento Visuo-Percettivo

- I processi di analisi e sintesi delle relazioni spaziali, relative a modelli tridimensionali, sono buoni. La capacità di concentrarsi su materiale visivo al fine di inL'analisi dei singoli subtest permette di evidenziare i seguenti risultati: individuare delle relazioni logiche è ottima, il ragionamento analogico e inferenziale di tipo visivo è ottimo.

Indice di Memoria di Lavoro

- La capacità di memoria a breve termine verbale è nella media, (span di cifre in avanti = 4; span inverso di cifre = 3); risulta adeguata media la capacità di elaborazione e manipolazione di informazioni di tipo alfabetico e numerico (Memoria di lavoro verbale).

Indice di Velocità di Processamento

- La velocità e la coordinazione visuo-motoria è appena sufficiente; la capacità di elaborare e processare velocemente informazioni visive astratte è nella media.

2) Attenzione e Funzione esecutive

Test	Punteggio Grezzo	Punti T (v.n. 50 ± 10) e Percentili
Test di Pianificazione (Torre di Londra)	25/36 Violazioni regole = nessuna Tempo di Decisione = 100'' Totale Tempo = 292''	T= 41; z = -0.86 T= 48; -0.2 d.s. T= 43; -0.7 d.s.
Attenzione Uditiva (NEPSY-II)	30+/30	75° percentile
Set Di Risposta (NEPSY-II)	27+/36	2°- 5° percentile

Attenzione Visiva	Accuratezza Totale= 18 N. di distrattori = 9	PS = 12 (v.n.10 ± 3; + 0.6 d.s.)
Inibizione (NEPSY-II)	Denominazione Tempo = 49"/360" Errori = 2/80	P. combinato = 9 (v.n.10 ± 3; - 0.3 d.s.)
	Inibizione Tempo = 68"/480" Errori = 1/80	P. combinato = 11 (v.n.10 ± 3; + 0.3 d.s.)
	Switching Tempo = 99"/480" Errori = 3/80	P. combinato = 14 (v.n.10 ± 3;+ 1.3d.s.)

La capacità di attenzione sostenuta in un compito di controllo della risposta motoria con stimoli uditivi è adeguata; nella stessa tipologia di compito è scarso il controllo e inibizione di risposte automatiche (sono presenti principalmente errori di commissione: prolungamento dei tempi di risposta). L'inibizione delle risposte automatiche in compiti di denominazione di stimoli visivi è adeguata, così come la capacità di switching attentivo; La capacità di attenzione selettiva visiva, in un compito in cui gli stimoli sono disposti in modo ordinato è funzionale.

La pianificazione e organizzazione di azioni per risolvere problem solving visuo-spaziali è appena sufficiente. Nelle prove più complesse il bambino procede per tentativi ed errori, mostrando uno stile esecutivo frettoloso e poco riflessivo.

Valutazione del profilo comportamentale

Alle sottoscale **Conners**, versione per i genitori (CPRS-R), si sono registrati i seguenti punteggi T (v.n 50±10):

Gli insegnanti non hanno compilato il questionario proposto.

	Padre	Madre
Oppositività	63	63
Problemi cognitivi / disattenzione	70	70
Iperattività	68	68
Ansia / timidezza	54	54
Perfezionismo	43	40
Problemi sociali	43	49
Problemi somatici	69	58
Indice ADHD	79	81
Irrequietezza / impulsività (CGI I-I)	63	66
Instabilità emotiva (CGI I-E)	74	74
Totale (CGI T)	68	70
DSM-IV, disattenzione	71	75
DSM-IV, iperattività-impulsività	71	71
DSM-IV Totale	73	76

Dal questionario compilato dai genitori, i punteggi relativi alla presenza di disattenzione, iperattività/impulsività, instabilità emotiva sono clinicamente significativi. La madre a differenza del padre, riporta anche la presenza di problemi somatici, con frequenza clinicamente significativa. Il protocollo **CBCL- 6-18** è stato compilato dai genitori al fine di ottenere un quadro completo relativamente alle competenze e i problemi manifestati dal bambino.

Problemi Totali e Problemi Esternalizzanti: borderline, 84°-90° percentile
 Problemi Internalizzanti: superiori alla media; > 90° percentile

Singole subscale:

problemi di isolamento/depressione (es. è riservato, si rifiuta di parlare): borderline (93°-97° percentile);

Rispetto alle scale orientate al DSM:

problemi affettivi e problemi di attenzione e iperattività: sono al limite superiore della norma; 93°-97° percentile.

3) BVS Corsi – Batteria per la valutazione della memoria visiva e spaziale

Sono state somministrate le prove del primo livello nelle quali ottiene risultati adeguati rispetto all'età.

- Test di Corsi Avanti e Indietro – valuta la capacità di memoria di lavoro visuo-spaziale: Corsi

Avanti: max. 4 numeri in sequenza = prestazione nella media

Corsi Indietro: max. 4 numeri in sequenza = prestazione nella media

- Span di Cifre- valuta la memoria di lavoro verbale
- Span cifre Avanti: max.5 numeri in sequenza = prestazione nella media
- Span cifre Indietro: max. 3 numeri in sequenza = prestazione nella media

- **AC-MT 6-11 anni**

L'area del calcolo è stata valutata con le Prove AC-MT 6-11.

- Operazioni scritte: 30%ile
- Conoscenza numerica: 50%ile
- Accuratezza: 50%ile
- Tempo totale: 70%ile

Nelle singole prove è emerso:

- Operazioni scritte: prestazione sufficiente
- Giudizio di numerosità: prestazione ottimale
- Trasformazione in cifre: prestazione sufficiente
- Ordinamento di numerosità: prestazione sufficiente
- Calcolo a mente: richiesta di attenzione
- Calcolo scritto: prestazione sufficiente

- Enumerazione: prestazione sufficiente

- **MT – Prove di lettura e comprensione del testo**

La lettura è stata valutata con le Prove MT.

Sia per il parametro correttezza sia per quello velocità si colloca nella fascia “Prestazione sufficiente” (6 errori e 130’’).

A livello qualitativo si osserva prosodia frammentata e mancato rispetto della punteggiatura.

Durante la lettura il capo appare molto vicino al foglio.

- **DDE-2 - batteria per la valutazione della dislessia e disortografia evolutiva- 2**

Dall’analisi dei risultati ottenuti dalla lettura e scrittura di parole e non parole emerge che:

- Velocità lettura di parole: punti $z=-0.45$
- Correttezza lettura di parole: 20-25%ile
- Velocità lettura di non parole: punti $z=-0.5$
- Correttezza lettura di non parole: 20-25%ile
- Correttezza scrittura di parole: 10-15 %ile
- Correttezza scrittura di non parole: 20-25 %ile

- **BVSCO – batteria per la valutazione della scrittura e delle competenze ortografiche**

Il bambino si colloca nella fascia “prestazione sufficiente” con un totale di 4 errori.

Qualitativamente si osserva che gli errori commessi sono:

- fonetici: 0 (90%ile)

- fonologici: 3 errori (20-30%ile)
- non fonologici: 1 errore (40%ile)

- **BHK-**

Scala sintetica per la valutazione della scrittura in età evolutiva è una scala composta da 13 parametri per individuare le caratteristiche dell'atto grafico e di identificare le difficoltà di scrittura.

- Punteggio complessivo: stile grafico in corsivo, $6 = +2.01$ DS
- Velocità di scrittura: $197 = +0.25$ DS

La presa dello strumento grafico avviene con l'AS dx a tripode. Appare conservata la mobilità della spalla e presente risulta essere quella del polso. Con l'arto controlaterale tiene il foglio.

- **Figura complessa di Rey**

è un test percettivo-visivo, che permette di valutare le competenze visuo-spaziali, l'organizzazione percettiva e la memoria visiva e di lavoro.

È stata somministrata la Forma A:

- Copia di figura: punteggio 32 = 50-60%ile
- Riproduzione a memoria: punteggio 22.5 = 75%ile

In questa prova il bambino mostra ottime capacità di esplorazione visiva, memoria e di organizzazione spaziale. Nelle prove in cui ha dovuto rappresentare, disegnare o tracciare graficamente dei simboli ha mostrato massima collaborazione e attenzione.

- **VMI – Developmental Test of Visual- Motor Integration**

valuta il modo in cui bambini e ragazzi dai 3-18 anni integrano le abilità visive e motorie

- Nell'abilità di percezione visiva espressa dalla capacità di riconoscere sottili similitudini e differenze tra forme si posiziona al 95%ile.
- Nell'abilità motoria in cui vengono tracciate le forme stimolo con una matita senza uscire dai margini del percorso si colloca al 96%ile.

La presa dello strumento grafico è tridigitale. La mobilità distale è in parte conservata, compensa con movimenti del polso, molto concentrato, gira il foglio.

- L'abilità di integrazione visuo-motoria in un compito di riproduzione di figure di complessità crescente si colloca al 94%ile.

- **Movement ABC-2 – Batteria per la Valutazione Motoria del Bambino –**

identifica e descrive le difficoltà di movimento del bambino.

- Destrezza manuale: 25%ile
- Mirare ed afferrare: 25%ile
- Equilibrio statico e dinamico: 37%ile
- Punteggio totale: 25%ile.

In sintesi:

Il rendimento intellettuale generale è superiore alla media. Il profilo cognitivo è disomogeneo e caratterizzato da una differenza significativa tra le aree verbali, di ragionamento visuo-percettivo e le abilità relative alla Velocità di Elaborazione, a discapito di quest'ultima; Risulta nella media la capacità di memoria di lavoro verbale.

Indice **IAG** (indice Abilità Generali): **135**; Indice **ICC** (Indice di Competenza Cognitiva): **99.9**.

Sul piano dell'attenzione, i tempi di concentrazione sono brevi ed è presente facile distraibilità nelle

attività monotone e poco motivanti, in cui necessita del monitoraggio esterno per portare a termine le prove proposte; anche nelle attività più gratificanti è presente distraibilità, ma con intensità e frequenza lievemente ridotta; il controllo e l'inibizione di risposte automatiche in una prova di tipo uditivo con risposta motoria è scarso. Nell'area delle funzioni esecutive, la pianificazione e organizzazione di informazioni visuo-spaziali e verbali è appena sufficiente, lo stile cognitivo è frettoloso. E' presente iperattività motoria di intensità moderata.

La sintomatologia relativa alla presenza di difficoltà di attenzione e iperattività/impulsività è clinicamente significativa, sia in situazione strutturata che in ambiente domestico.

Per quanto riguarda gli apprendimenti, le abilità esecutive manuali, le capacità visuo-motorie, visuo-costruttive e le abilità esecutive manuali, non si rilevano particolari difficoltà nonostante alcune delle prove, in particolare quelle per valutare gli apprendimenti, siano state inficiate dai brevi tempi di attenzione del bambino.

A conclusione della valutazione, in comune accordo tra genitori ed Equipe, viene deciso di intraprendere un percorso di parent training composto da un minimo di otto incontri da valutare in corso di trattamento. Sono stati svolti dieci incontri ma a causa della comparsa del Covid- 19 non è stato possibile effettuare un'ulteriore valutazione standardizzata.

Qualitativamente, a seguito del percorso effettuato, si nota maggiore attenzione sostenuta, maggiore inibizione della risposta e rispetto dei tempi di attesa e delle regole proposte. A termine percorso anche i genitori hanno testimoniato di aver appreso tecniche consone di risposta al bambino e di saper fronteggiare i comportamenti problema, quando queste si presentano.

Si attesta quindi, un esito positivo al parent training sia per il bambino Adhd che per i genitori.

CONCLUSIONI

Questo lavoro svolto, possiamo definirlo una sorta di viaggio conoscitivo, un percorso di approfondimento sul tema del disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività, ma soprattutto un mosaico di informazioni e concetti per costruire un quadro teorico.

Quando si analizzano delle problematiche sociali, a volte ci si dimentica che ci si riferisce comunque a persone. Si parla di loro affibiandogli spesso degli acronimi e dimenticandosi che dietro queste categorie ci siano delle persone, unite nelle diversità.

Da questo punto partiamo ad elaborare un quadro descrittivo dell'Adhd ma tenendo in considerazione le testimonianze di chi, pur non avendolo studiato, lo conosce molto bene.

Le persone non sono la loro malattia, e per instaurare una relazione autentica bisogna tenere separati gli aspetti.

Il vero e proprio sapore della vita, è certamente l'esperienza. Lo studio teorico ci informa, ma i confronti e la pratica con gli altri, ci formano, regalandoci a volte, degli insegnamenti preziosi.

Affinché questi bambini raggiungano l'obiettivo di diventare protagonisti della propria vita, è fondamentale che ci sia un lavoro sinergico tra famiglie, scuole ed educatori, associazioni ed enti territoriali che siano utili ad abbattere pregiudizi e promuovere una didattica inclusiva, momenti di inclusione sociale e non. I bambini con Adhd non vanno accusati di essere poco intelligenti o troppo svogliati, ma vanno certamente guidati verso delle strategie che siano giuste per loro e siano stimolati ad acquisire in primis, la consapevolezza del proprio valore grazie all'intervento psicoeducativo mirato.

Siamo arrivati alla fine di questo lavoro che è stato molto intenso. Così, per ogni percorso che si conclude vi è sempre una nuova partenza, con la consapevolezza però, di avere nel bagaglio, insegnamenti nuovi e preziosi da poter mettere in pratica.

RINGRAZIAMENTI

Quando ho deciso di riprendere gli studi, sapevo che sarebbe stata una sfida. Rimettersi in gioco dopo tempo, del resto, non è semplice e soprattutto richiede una grande forza di volontà. Quella stessa volontà che oggi, mi porta a concludere questo percorso con grande felicità.

Ringrazio, l'Equipe dello studio Ohana (Roma) e in particolare la dott.ssa De Luca per la gentile cessione dei Documenti clinici. Grazie alla professoressa G.Manzo per i suoi consigli.

Ringrazio tutti i genitori dei bimbi che mi hanno resa partecipe della loro esperienza di vita, per le loro preziose testimonianze. Ringrazio Leonardo, per avermi fatto capire che si può essere “diversi” ma che in fondo non lo si è, se si ascoltano le note dell'anima. Ringrazio la mia “grande” famiglia, per aver creduto in me, nel mio potenziale, per avermi sostenuta e spinta a ricominciare a studiare. Brindo a me, al mio futuro, che possa avere la fortuna di mettere in atto ciò che ho imparato, di regalare sorrisi, dolcezza, pazienza e amore.

BIBLIOGRAFIA

- ARCIERI R., COSTABILE E., GERMINARIO E., MARZI M., PANEI P., REGINI F.,
Newsletter del registro Italiano ADHD
- IANES D., MARZOCCHI G., SANNA G. (2009), L'IPERATTIVITA': ASPETTI CLINICI E
INTERVENTI PSICOEDUCATIVI, edizione Erickson, Trento
- GREENSPAN S.I., Il bambino iperattivo, Sconfiggere l'ADHD senza farmaci, Raffaello
Cortina Editore, Milano
- MARZOCCHI G.M. La presa in carico dei bambini con ADHD e DSA, edizioni Erickson,
Trento
- PELHAM W. E., WALKER S.K., Il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività, in
GRAHAM P., Manuale di Terapia comportamentale con i bambini e adolescenti
- RIGHETTI P., SABATTI A. DDAI Il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività, Fonda-
menti Teorici, clinici e la questione della terapia farmacologica, Edizioni del Cerro, Pisa
- G. CHIAPPETTA, G. DESIDERI, E. FEOLA, G. MANZO, M. E. VISCARDI, A. VIVONA,
Filosofia, prassi e norme dell'inclusività
- KIELLING C, SALUM G, POLANCZYK G, ROHDE L, WILLICUTT E , (2014) ADHD
prevalence estimates across three decades

SITOGRAFIA

[Www.aifaonlus.it](http://www.aifaonlus.it)

www.aidaiassociazione.com

www.iss.it/adhd