

Bambini e ragazzi con problemi di attenzione e iperattività

*di: Ivano Gagliardini - Emilia Conti
Psicologo-Psicoterapeuta // Insegnante Specializzata*

1. Introduzione

Negli ultimi anni, con una frequenza senza dubbio superiore rispetto al passato, si sente parlare di bambini e adolescenti iperattivi o con problemi di attenzione. Molti Genitori e Insegnanti riferiscono di avere dei grossi problemi nella gestione dei propri figli e alunni sul piano comportamentale e del rispetto delle regole.

Spesso queste problematiche vengono configurate come disturbi da deficit attentivi ed iperattività. Diversi Esperti, anche attraverso i media, affrontano spesso questi temi dando informazioni, spiegando le cause e dando suggerimenti sulle modalità d'intervento.

Alla luce di questo recente scenario sembrerebbe che sia scoppiata una vera e propria epidemia legata a questa patologia individuata nel nostro paese con l'acronimo DDAI (Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività) e, in campo internazionale, con ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder).

Siamo veramente di fronte a un problema di questo tipo?

Il presente lavoro ha l'obiettivo di illustrare alcuni aspetti di questa patologia; dagli elementi di diagnosi, di individuazione delle cause, di diffusione in età evolutiva, per finire con la presentazione di alcune strategie d'intervento che possono essere messe in pratica a casa ed a scuola.

2. Il fenomeno del Deficit Dell'Attenzione e dell'Iperattività - ADHD

Utilizzeremo, d'ora in poi, per indicare il disturbo da deficit dell'attenzione e dell'iperattività l'acronimo internazionale ADHD.

Cosa caratterizza questa patologia? Generalmente i disturbi coinvolgono tre sfere: quella dell'*attenzione*, dell'*iperattività* e dell'*impulsività*. Le singole componenti di questa triade possono variare come consistenza, caratteristiche e importanza, da soggetto a soggetto.

Il *disturbo dell'attenzione* sembra essere presente nella maggior parte dei casi ed essere il fattore centrale di questa sindrome. I soggetti che presentano questo problema sembrano avere la testa tra le nuvole, essere assenti o immersi nei loro problemi. Mostrano fugacemente interesse per qualcosa, per poi essere immediatamente catturati da altri stimoli presenti nell'ambiente circostante. Questa frammentarietà dell'attenzione compromette l'apprendimento, lo sviluppo di abilità cognitive e comportamentali, nonché le relazioni con gli adulti ed i compagni. Un'attenzione prolungata, per questi soggetti, provoca quasi sempre noia e stanchezza, hanno difficoltà a focalizzare un aspetto dell'ambiente o di un compito, lasciando in secondo piano gli stimoli irrilevanti (funzione figura/sfondo). Problemi ancor più vistosi si notano quando questi bambini e ragazzi devono "organizzare" l'attenzione di fronte a compiti complessi. In questo caso, criteri come la gerarchia delle sequenze, le priorità, l'analisi delle conseguenze, la memorizzazione delle strategie da seguire, il ricordo delle indicazioni ricevute; sembrano perdersi in un "caos" privo di regole e criteri.

L'*iperattività* si manifesta soprattutto con la difficoltà a rimanere fermi con il corpo e con le mani. Questi soggetti sembrano avere addosso "l'argento vivo" o un motore sempre attivo e spinto al massimo. In classe si alzano continuamente anche senza motivo, afferrano, muovono oggetti in maniera frenetica e ripetitiva.

L'*impulsività* si concretizza principalmente nell'incapacità di riflettere sulle conseguenze delle proprie azioni, sull'esplosività dei comportamenti che seguono una logica del *tutto o niente* (assenza di regolazione). A casa, a scuola, nello sport e in tutte le altre attività, questa impulsività compromette il rispetto delle regole, anche delle più banali come, ad esempio, saper aspettare il proprio turno. L'individuo è preso dai suoi bisogni e dai suoi desideri.

In questa prospettiva di "egocentrismo" quasi sempre dimentica chi ha di fronte e gli aspetti della situazione.

Come abbiamo precedentemente accennato, queste caratteristiche variano da soggetto a soggetto e a seconda dell'età. In alcuni bambini e ragazzi può essere predominante il problema dell'attenzione, per cui in termini di diagnosi parliamo di *ADHD con disattenzione predominante*. In questo caso le altre componenti, impulsività ed iperattività sono meno invasive e più gestibili.

In altri soggetti possiamo incontrare una diagnosi di *ADHD con impulsività e iperattività predominante*, per cui la funzionalità attentiva non sembra così

compromessa. Infine abbiamo un *ADHD combinato* in cui sono presenti tutti gli aspetti precedentemente descritti.

La sintomatologia legata all'ADHD tende a variare nel tempo e nella maggior parte dei soggetti può seguire le tendenze presenti nella scheda 1.

Scheda n° 1 – Caratteristiche evolutive dell'ADHD

SCUOLA DELL'INFANZIA

Quasi tutti i bambini manifestano difficoltà di attenzione, impulsività e spesso iperattività.

Il bambino con ADHD si distingue dai suoi compagni per la *costanza* del suo comportamento e per la *resistenza* al cambiamento.

In genere, dopo alcuni mesi di scuola i bambini iniziano un processo di apprendimento e condivisione di alcune regole e modificano i loro atteggiamenti iniziali. Gli Insegnanti definiscono tale percorso come "scolarizzazione".

Il bambino ADHD, invece, tende a rimanere ancorato agli atteggiamenti espressi all'inizio dell'anno scolastico e ad perseverare, nonostante le sollecitazioni degli Insegnanti miranti al cambiamento. Seppur con una maggiore difficoltà è possibile comunque fare una diagnosi di ADHD anche all'età di tre anni.

SCUOLA PRIMARIA

Appena giunto nella prima classe della Scuola Primaria, il bambino con ADHD si differenzia dagli altri per le sue caratteristiche comportamentali. La Scuola Primaria, per le sue caratteristiche, richiede agli allievi impegno, responsabilità, livelli attentivi, competenze ed autonomie ben più complesse rispetto alla Scuola dell'Infanzia.

Queste nuove richieste, provenienti dall'ambiente, producono molte difficoltà all'allievo ADHD e contribuiscono a far aumentare il *gap* tra lui e i suoi compagni. In questa fascia d'età, iniziano a presentarsi diversi problemi di relazione e comunicazione con i coetanei e possono iniziare anche processi di esclusione e di emarginazione. Durante le attività in classe il bambino può manifestare isolamento, disinteresse o opposizione.

A casa, i compiti vengono eseguiti con estrema difficoltà e richiedono un impegno continuo ed una pazienza enorme da parte dei genitori. Si ottiene qualche risultato solo nel momento in cui viene indirizzato e gestito.

Le stesse difficoltà presenti a scuola e a casa si manifestano anche in altri contesti, da quello sportivo a quello ludico.

ADOLESCENZA

Nella maggior parte dei casi si assiste ad una attenuazione della sintomatologia. Si possono comunque manifestare delle disforie, con abbassamento dell'umore fino al raggiungimento di veri e propri stati depressivi. La pigrizia, l'apatia, il disinteresse per il mondo circostante, spesso caratterizzano la giornata di questi soggetti. Le difficoltà di relazione con gli altri aumentano enormemente, tanto da compromettere le amicizie e la partecipazione alla vita di gruppo. Non è raro, in questa fascia d'età che il soggetto ADHD stabilisca delle relazioni con coetanei altrettanto problematici.

ETÀ ADULTA

Nell'età adulta, molte di queste persone manifestano problemi legati alla stabilità emotiva, problemi con la giustizia, di coppia e d'inserimento lavorativo.

Con la scheda n° 1 sono state illustrate alcune possibili sviluppi dell'ADHD nelle varie fasi della vita che emergono dalle indagini e dalle ricerche.

Da queste osservazioni emerge un quadro generale molto preoccupante e va affrontato con serietà, perché il problema non riguarda solo il soggetto, la famiglia o la scuola, ma tutta la società nel suo complesso.

A testimonianza di ciò possiamo presentare alcuni dati riguardanti le *prospettive dei soggetti con ADHD in età adulta*:

- *L'abbandono scolastico va dal 32% al 40%.*
- *Le relazioni amicali vanno nel 50% al 70% da pochi amici a nessun amico.*
- *Scarso rendimento nel lavoro nel 70% - 80% dei casi.*
- *I comportamenti antisociali sono presenti nel 40% - 50% dei casi.*
- *Maggiore uso di tabacco, droghe ed alcool rispetto ai coetanei.*
- *Ragazze e ragazzi con questa patologia sono coinvolti in gravidanze precoci nel 16% dei casi, percentuale molto più alta rispetto ad altri coetanei senza ADHD.*
- *Maggiore frequenza di incidenti stradali.*
- *Depressione 20% - 30%.*
- *Disturbi personalità 18% - 25%.*

Questo quadro così negativo, però, non deve farci pensare ad un percorso già stabilito ed immutabile. Infatti, numerose esperienze e i risultati che emergono dalle varie ricerche svolte in campo internazionale, mettono in evidenza una grande diversità nello sviluppo di questa patologia nei soggetti "non trattati" rispetto ai "trattati". Quest'ultimi, nel momento in cui sono inseriti nei progetti d'intervento familiare, scolastico e sociale (di cui parleremo successivamente) migliorano di molto la loro qualità della vita e riducendo il rischio di evoluzioni pericolose.

3. Diffusione dell'ADHD

Molte ricerche condotte a livello internazionale evidenziano una percentuale che si aggira dal 3% al 5% della popolazione. Questi dati dipendono da molti fattori, primo fra tutti la "cultura" di riferimento degli specialisti incaricati nella diagnosi. Negli USA, ad esempio, c'è una certa facilità diagnostica per cui le percentuali sono molto più alte che in altri Paesi.

Protocolli congiunti, comunque, confermano più o meno questi dati ai quali, però, vanno aggiunte alcune considerazioni: i soggetti gravi, che necessitano ad esempio di intervento farmacologico, sono molti di meno e si aggirano intorno all'1%.

Altro dato da tener presente riguarda la ripartizione maschi/femmine.

Nelle varie statistiche emerge una predominanza dei maschi sulle femmine che prevede un rapporto che va da 4 a 1 (ogni 4 maschi troviamo una femmina con ADHD) fino a 9 a 1.

Ciò vuol dire che questo disturbo colpisce prevalentemente i maschi.

Infine, ci sono dati che confermano una certa differenza nelle caratteristiche in cui, nei due sessi, si manifesta la sintomatologia. Le bambine con ADHD sembrano presentare maggiore paura, depressione, cambiamenti di umore, problemi cognitivi e linguistici rispetto ai coetanei maschi.

Riportiamo alcuni dati che ci vengono forniti da Russel Barkley circa la diffusione del fenomeno negli Stati Uniti e sulle principali caratteristiche presenti in età evolutiva:

1. in media ci sono da 1 a 3 bambini con ADHD in ogni classe dai 30 alunni.
2. Vengono effettuate da 3 a 6 diagnosi in più sui maschi rispetto alle femmine.
3. Il livello dello sviluppo emozionale dei bambini con ADHD è del 30 % più lento rispetto a quello dei loro coetanei senza ADHD.
Per esempio, un bimbo di 10 anni con ADHD agisce con il livello di maturità di uno di circa 7 anni.
4. Il 65 % dei bambini con ADHD ha problemi di “opposizione/sfida” verso le regole e le persone, opposizione che esprime frequentemente con un linguaggio ostile e scatti di rabbia.
5. Il 25 % degli studenti con ADHD ha altri seri problemi di apprendimento in uno o più di questi campi: espressione verbale, capacità di ascolto, difficoltà di comprensione dei testi scritti, matematica.
6. Metà degli studenti con ADHD ha problemi di espressione orale che si manifestano generalmente con una delle seguenti modalità:
 - a) deficit del linguaggio, basso livello di comprensione verbale, ridotta capacità di espressione verbale, basso livelli di comprensione della lettura;
 - b) poche capacità organizzative;
 - c) poca memoria;
 - d) basse capacità di motricità fine.
7. Il 75 % dei ragazzi con ADHD è iperattivo, mentre lo è il 60 % delle ragazze.
8. Il 40 % dei bambini con ADHD ha almeno uno dei due genitori con ADHD.
9. Il 50 % dei bambini con ADHD ha problemi di sonno.

10. I Genitori di un bambino con ADHD corrono tre volte di più il rischio di una separazione o di un divorzio che non i Genitori di bambini senza ADHD.
11. Il 21 % degli adolescenti con ADHD salta la scuola ripetutamente.
12. Il 35 % lascia addirittura la scuola.
13. Il 45 % è stato sospeso.
14. Il 30 % ha dovuto ripetere un anno di scuola.

Come vediamo, il quadro non è rassicurante e merita molta attenzione per la facile *escalation* che presenta: da un problema familiare può diventare anche un problema scolastico ed infine sociale.

4. Le cause del fenomeno ADHD

Le attuali conoscenze non fanno piena luce sulle cause del fenomeno. Diversi aspetti rimangono ancora oscuri, soprattutto nel campo della genetica e del funzionamento cerebrale. Fatta questa importante premessa, dobbiamo comunque registrare che le numerose scoperte che hanno contrassegnato gli ultimi anni ci forniscono un quadro più completo e articolato rispetto al passato. Un passato in cui non era raro imbattersi in spiegazioni molto estremistiche che addebitavano a volte ad una componente, a volte ad un'altra, la responsabilità dell'ADHD.

Tra le più gettonate di queste ipotesi passate troviamo sicuramente quella innatista e quella ambientalista.

La prima faceva riferimento ad un danno organico prodotto in alcune zone del cervello. L'ipotesi si affermò ai primi del '900, quando diversi medici riscontrarono che molti bambini, colpiti da encefalite, mostravano segni di iperattività, impulsività e disturbi della condotta. La stessa constatazione venne fatta durante la seconda guerra mondiale e subito dopo. Molti soldati che erano stati colpiti da proiettili o schegge in determinate aree del cervello, mostravano nelle fasi successive iperattività e problemi comportamentali. Queste constatazioni unite a quelle che evidenziavano la presenza dello stesso fenomeno all'interno dello stesso gruppo familiare portarono la scienza e la medicina verso una interpretazione organicista dell'ADHD.

Il presupposto ambientalista, a sua volta, ancora molto forte nell'Europa meridionale, poggia le sue ragioni nell'azione negativa che l'ambiente ha sul bambino. In poche parole, gli stili educativi dei genitori, le eccessive pressioni ambientali o, più in generale, gli stress sperimentati dal bambino, avrebbero un effetto prioritario nel generare l'ADHD.

Capita spesso di ascoltare, anche da persone con un certo bagaglio culturale, che una volta questo problema non c'era ed è tutta colpa dell'attuale organizzazione

sociale, dei *mass-media* e delle tecnologie informatiche. Certamente queste componenti hanno la loro responsabilità nel decretare la qualità della vita dei bambini e il loro armonico sviluppo, ma additarle come responsabili dell'ADHD rischia di portarci fuori strada.

Una posizione di questo tipo risulta miope, perché non tiene conto di due aspetti che falsificano l'ipotesi che a causare l'ADHD sia il moderno stile di vita:

- a) la sindrome probabilmente è sempre esistita. Nel leggere alcune descrizioni di alcuni personaggi dell'Eneide o della Bibbia troviamo una forte assonanza con i quadri diagnostici proposti dal DSM-IV. E le descrizioni fatte negli anni 50, epoca profondamente diversa da quella odierna, a proposito della sindrome ipercinetica, si possono tranquillamente sovrapporre a quella attuale sull'ADHD;
- b) diverse indagini attuali hanno mostrato che, in alcune popolazioni primitive, o comunque lontano dall'industrializzazione e dalle moderne tecnologie, il fenomeno ADHD è comunque presente con percentuali simili a quelle del mondo occidentale.

Quali conclusioni? Certamente il fattore ambientale è importante, ma non determinante. La stessa affermazione la possiamo trarre a proposito della visione organicista per cui dobbiamo indirizzarci verso una interpretazione multifattoriale del fenomeno.

Vediamo le varie componenti che sembrano entrare in gioco:

4.1 La componente genetica

Alcuni dati che emergono da alcune ricerche mettono in mostra alcuni meccanismi di trasmissione genetica abbastanza importanti:

- a) si registra una maggiore presenza del disturbo ADHD nei bambini con familiari che hanno problemi dello stesso tipo (dal 10% al 30%);
- b) nel caso di fratelli la possibilità che entrambi abbiano lo stesso problema si aggira intorno al 30%;
- c) nel caso di gemelli monozigoti (stesso patrimonio genetico) la percentuale sale oltre l'80%, nettamente superiore a quella dei gemelli dizigoti che rimane intorno al 30%.
- d) Nei bambini con ADHD adottati, i genitori biologici hanno maggiore probabilità di ADHD rispetto a quelli adottivi.

Quelli di cui disponiamo fino ad oggi sono comunque solo dei dati. Infatti, non esistono allo stato attuale evidenze circa il meccanismo di una eventuale trasmissione genetica. Così come risulta ancora difficile separare l'aspetto genetico da quello psicosociale. Ulteriori sviluppi sono dunque indispensabili in questa direzione.

4.2 Ipotesi sul funzionamento cerebrale

I primi interventi di carattere neurofisiologico sul cervello avevano mostrato che danni o interventi ai lobi frontali comportavano, nei pazienti, un cambiamento nel loro modo di affrontare la vita e difficoltà nelle situazioni che, fino ad allora, si erano dimostrate semplici ed automatiche.

Molte persone, dopo la lesione, si mostravano incapaci di pianificare le loro attività e di valutarne le conseguenze.

Queste constatazioni diedero impulso a molte ricerche e, al momento attuale, le tecniche che mirano ad indagare il funzionamento cerebrale nei soggetti ADHD, rappresentano un filone molto interessante per i risultati forniti anche in virtù degli attuali mezzi d'indagine non invasivi.

Alcuni risultati possono essere così sintetizzati:

- sintomi tipo ADHD si osservano tipicamente in individui con lesioni e malattie delle regioni rilevanti della corteccia frontale;
- le regioni frontali sembrano svolgere un ruolo fondamentale nell'inibizione delle risposte "impulsive";
- i soggetti con ADHD sembrano avere un ipofunzionamento della corteccia frontale e della zona pre-frontale;
- un minore dinamismo emergerebbe nelle connessioni tra lobo frontale zone sottocorticali.

Senza dilungarci in questa rassegna, risulta importante sottolineare il ruolo del lobo frontale e di altre disfunzioni cerebrali in alcune patologie comportamentali, compresa quella ADHD.

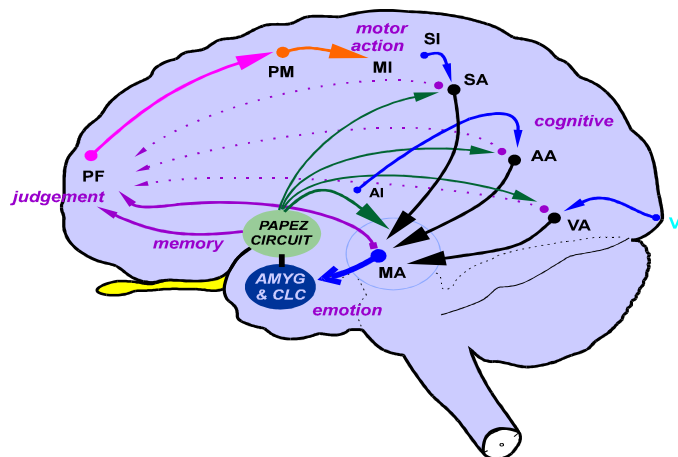


Figura n° 1 – Relazione tra lobo frontale e altre parti del cervello.

4.3 il ruolo dei neurotrasmettitori

Molti studi di neurochimica cerebrale hanno messo in evidenza due aspetti critici nella presenza e dinamica dei mediatori chimici per i soggetti ADHD.

L'ipotesi catecolaminergica, che indaga principalmente sul ruolo della dopamina e della noradrenalina, mentre il secondo filone che si interessa del ruolo della noradrenalina, sembra al momento attuale il più promettente per i risultati conseguiti.

A tutt'oggi, i meccanismi d'azione di questi mediatori chimici non sono del tutto noti, ma è indubbio il loro ruolo nella gestione dell'attenzione e del comportamento.

4.4 Il ruolo dei fattori ambientali

Numerose esperienze ed indagini condotte all'interno del nucleo familiare hanno dimostrato la presenza di diversi problemi nella comunicazione Genitori-figli e negli stili educativi messi in atto dai Genitori. E' molto difficile stabilire un nesso causa-effetto tra atteggiamento dei Genitori e ADHD, proprio perché i due aspetti potrebbero alimentarsi a vicenda, per cui lo stesso atteggiamento del Genitore potrebbe essere l'epilogo delle difficoltà incontrate nella gestione del figlio.

Allo stato attuale possiamo dire che molti atteggiamenti dei Genitori amplificano le problematiche del figlio e non contribuiscono alla gestione dei comportamenti problema. Ma è alquanto azzardato concludere che determinino la patologia.

Altre variabili ambientali connesse, sono riferibili allo stile nutritivo, all'esposizione intrauterina a sostanze tossiche quali alcool, piombo e ad alcune sostanze presenti nei farmaci. Anche le nascite premature o sottopeso sembrerebbero essere predittive, in alcuni casi, di ADHD.

5. La diagnosi dell'ADHD

La normativa attuale delega ai Centri Regionali accreditati la diagnosi e la fase iniziale della cura attraverso l'elaborazione di un programma di trattamento. Dopo questa prima fase, la situazione può anche essere presa in carico dalla struttura territoriale di competenza, sempre in collaborazione con il Centro accreditato che ha effettuato la diagnosi.

La diagnosi, che deve essere effettuata da un neuropsichiatra infantile o da altri medici o psicologi con specifiche competenze sull'argomento, non deve prevedere solo un'analisi del bambino, ma anche una raccolta di informazioni e di opinioni che coinvolga i Genitori, gli Insegnanti e gli altri operatori, come il Pediatra, l'Assistente sociale, lo Psico-pedagogista della scuola. In sintesi, tutti coloro che, nel corso del tempo, siano entrati in contatto con la situazione.

L'obiettivo di questo percorso è duplice. Da una parte, è quello di giungere ad una visione complessiva del problema che tenga conto dell'ambiente sociale in cui è inserito il bambino e delle risorse in esso presenti, dall'altro ci si prefigge l'obiettivo di giungere ad una valutazione multidisciplinare della situazione.

Le metodologie possono essere diverse e possono andare dalla stesura della storia anamnestica, all'osservazione diretta del bambino nei vari ambienti, alla somministrazione di prove di valutazione strutturate e non.

In genere una buona diagnosi, ma soprattutto un buon protocollo d'intervento, dovrebbe prevedere tutti questi aspetti.

I parametri con cui confrontare le informazioni raccolte tramite le persone che interagiscono con il bambino, dalle osservazioni dirette e dalle prove somministrate, sono indicati da alcuni manuali diagnostici condivisi a livello internazionale. Tra i più diffusi certamente è quello stilato dall'APA (*American Psychological Association*) ormai giunto alla quarta edizione DSM-IV. Le indicazioni fornite sono illustrate nella scheda n° 2.

Scheda n° 2 – Le indicazioni diagnostiche del DSM-IV per l'ADHD

Sintomi di inattenzione

1. Scarsa cura per i dettagli, errori di distrazione,
2. labilità attentiva,
3. sembra non ascoltare quando si parla con lui/lei,
4. non esegue le istruzioni, non porta a termine le attività,
5. ha difficoltà ad organizzarsi,
6. evita le attività che richiedono un'attenzione consistente e prolungata,
7. perde gli oggetti,
8. è facilmente distraibile dagli stimoli esterni,
9. dimentica facilmente cose abituali.

Sintomi di iperattività

1. Irrequieto, non riesce a star fermo su di una sedia,
2. in classe si alza di frequente anche quando non dovrebbe,
3. corre e si arrampica,
4. ha difficoltà a giocare tranquillamente,
5. è sempre in movimento, come se fosse "attivato da un motorino",
6. parla eccessivamente.

Sintomi di impulsività

7. Risponde prima che la domanda sia completa,
8. ha difficoltà ad aspettare il proprio turno,
9. interrompe o si intromette nelle attività dei coetanei o degli adulti.

Per giungere ad una corretta diagnosi di ADHD debbono comunque essere rispettati altri criteri che possiamo riassumere nei seguenti punti:

- a) *debbono essere presenti almeno sei dei nove aspetti dell'inattenzione o dell'iperattività/impulsività.*

Molti bambini manifestano alcuni degli aspetti indicati nella scheda n° 2, ma ovviamente non parliamo di ADHD, perché tali comportamenti appaiono sporadicamente e con una intensità accettabile.

- b) *I sei o più atteggiamenti problematici devono essere manifestati dal bambino per sei o più mesi.* Molti bambini vivono momenti critici dovuti a diversi aspetti della loro vita. Lutti, separazioni dei Genitori, ospedalizzazioni, allergie gravi, cambi di residenza, nascita di un fratellino, una malattia di uno dei Genitori, ecc..., possono scatenare reazioni comportamentali molto simili a quelle messe in atto nell'ADHD. E' bene quindi valutare attentamente la presenza di questi fattori. Una buona discriminante tra ADHD e altre patologie è riscontrabile nel fatto che le problematiche di ADHD non insorgono improvvisamente, ma accompagnano il bambino fin dai primi anni di vita. Nel caso invece di fattori ambientali, che influiscono negativamente sull'equilibrio del bambino, in genere assistiamo ad una comparsa improvvisa, facilmente collegabile al cambiamento ambientale e, in genere, rientra nel corso del tempo attraverso un adattamento del bambino alla situazione.

- c) *I disturbi devono insorgere entro il settimo anno d'età.* Questa indicazione è molto importante perché ci dice che il bambino con ADHD manifesta i suoi comportamenti problematici sin dalla più tenera età. Quando gli elementi presenti nella scheda 2 si sviluppano dopo il settimo anno è molto probabile che si tratti un altro tipo di patologia, come una psicosi o una depressione infantile che, ovviamente, va affrontata in maniera diversa.

- d) *I disturbi si devono manifestare in almeno due contesti di vita del bambino (casa, scuola, sport, ecc...).*

Altro aspetto fondamentale da tener ben presente è quello della coerenza del comportamento del bambino ADHD. Mentre i suoi coetanei, che possono avere altri tipi di problematiche come l'esuberanza, l'aggressività, l'irrequietezza sono molto legati al

contesto e reagiscono in base alla situazione, il bambino ADHD sembra reagire più o meno allo stesso modo, indipendentemente da chi ha di fronte o dalla situazione che sta vivendo. Per fare un esempio, il bambino con problemi di irrequietezza o esuberanza può esserlo a scuola, mentre durante l'attività sportiva è sorprendentemente tranquillo, così come il bambino aggressivo dirige furbescamente la sua aggressività verso coetanei più deboli di lui.

In questi casi, i bambini hanno appreso "le regole del gioco", cioè hanno captato cosa l'ambiente consente e cosa proibisce, cosa è privo di rischi e cosa è pericoloso. Questo apprendimento indirizza il loro comportamento.

Tutto ciò non sembra essere vero per il bambino ADHD che, continuamente, si imbatte nelle stesse problematiche commettendo gli stessi errori.

- e) *I sintomi devono essere inadeguati rispetto al livello di sviluppo.* Nella sua crescita il bambino acquisisce abilità cognitive, linguistiche, di autonomia, ecc... in maniera progressiva, in virtù della sua maturazione e delle stimolazioni ambientali. Ci sono delle vere e proprie scale evolutive che individuano lo sviluppo attraverso precisi parametri di riferimento.

Nel corso del suo sviluppo il bambino ADHD tende pian piano a distanziarsi, sempre di più, dai suoi coetanei sul piano delle autonomie, del *problem solving* e della pianificazione delle sue attività.

- f) *Si deve presentare una compromissione significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.* Questo aspetto va ad individuare la carenza dei risultati e la problematicità dell'approccio alle richieste dell'ambiente. A scuola, ad esempio, nonostante il bambino dimostri una buona intelligenza, i risultati sono in genere molto scarsi.

6. Modalità diagnostiche, strumenti di valutazione e diagnosi

Nei casi di ADHD, una diagnosi effettuata solo attraverso il bambino e in ambulatorio, potrebbe rilevarsi molto limitata e portare gli operatori a conclusioni errate. Questo perché il bambino o l'adolescente con l'ADHD ha scarsa consapevolezza dei propri problemi e quindi tralascerebbe e traviserebbe molti aspetti del suo comportamento. Inoltre, di fronte a situazioni nuove come quelle ambulatoriali, potrebbe rimanere fermo ed inibito.

Per ovviare a questi aspetti e quindi avere una visione più completa del problema, è bene effettuare anche una ricognizione più ampia sempre mirata a valutare i seguenti aspetti:

- a) entità del disturbo;
- b) funzionamento del bambino o del ragazzo con particolare attenzione alle risorse disponibili,
- c) caratteristiche dell'ambiente circostante, in special modo la famiglia e la scuola, per capire gli stili educativi messi in atto, difficoltà riscontrate e risorse disponibili,
- d) eventuali comorbilità, presenza di altri disturbi associati sia sul piano del comportamento che su quello dell'apprendimento.

6.1 Valutare il comportamento del bambino e dell'adolescente con ADHD

Nel colloquio clinico con il bambino o l'adolescente, è bene impostare l'incontro su un piano ludico e giocoso, in maniera tale che la spontaneità emerga. E' utile proporre giochi divertenti e dialoghi inerenti gli argomenti che lo interessano. Una volta stabilito un buon rapporto, si può procedere ad indagini più accurate anche attraverso l'uso degli opportuni strumenti di valutazione.

Molte informazioni utili potrebbero essere raccolte dall'osservazione diretta del soggetto nel suo ambiente di vita. E' una pratica poco usata non tanto perché inefficace, ma soprattutto per questioni organizzative dei servizi e di "abitudine". A mio parere, una buona osservazione da parte del neuropsichiatra infantile o dello psicologo, in casa e a scuola, consentirebbe una raccolta più specifica e chiara delle informazioni utili per la diagnosi e per l'intervento.

In ambulatorio o nell'osservazione a casa o a scuola, è comunque utile proporre delle situazioni di apprendimento che richiedano attenzione o situazioni che richiedano un controllo del comportamento.

6.2 La raccolta delle informazioni da Genitori e Insegnanti

I Genitori hanno trascorso con il figlio la maggior parte del tempo. Sono quindi in grado di fornirci chiarimenti sugli aspetti evolutivi, sui comportamenti specifici che il figlio mette in atto e su ciò che è successo fino a quel momento, in famiglia, compresi gli stili educativi.

Gli Insegnanti, come osservatori privilegiati, hanno la possibilità di confrontare gli atteggiamenti e l'apprendimento di un allievo con quello di tutti gli altri. Inoltre, nella loro esperienza si sono confrontati con centinaia di allievi e possono cogliere con una certa precisione differenze e aspetti che, magari, i Genitori non riescono ad evidenziare. In modo particolare il prestare attenzione,

l'esecuzione dei compiti, l'autonomia e l'organizzazione, sono gli aspetti su cui ogni Insegnante investe per costruire nuove competenze nei suoi allievi. Per questo *deficit* in questi settori, nella maggior parte dei casi vengono colti, anche se non ben inquadrati e definiti.

Nella raccolta delle informazioni con i Genitori e con gli Insegnanti, una particolare attenzione va prestata al loro vissuto emotivo. In alcuni casi, l'eventuale inesperienza di Genitori e Insegnanti, o proprie difficoltà personali nella gestione di figli e alunni producono una distorsione della realtà attraverso l'enfatizzazione di alcuni aspetti.

Nella mia esperienza di lavoro non è rara, da parte dei Genitori, una presentazione terribile del comportamento del figlio con richieste d'aiuto quasi da "pronto soccorso codice rosso". Un successivo approfondimento della situazione fa emergere, in realtà, una serie di errori gestionali da parte dei Genitori, come l'incoerenza tra i due, la frequente perdita di controllo, la mancanza di regole, l'ansia, ecc... , nella categoria ADHD che rappresentano il vero problema.

In questi casi, il figlio non è altro che l'effetto di problematiche familiari non viste e arginate dai Genitori.

Stesso discorso vale nel caso degli Insegnanti. Negli ultimi anni si sente sempre più parlare del disturbo ADHD, anzi direi che in alcuni contesti è scattata una vera e propria moda. In virtù di questa propensione ad inserire gli allievi turbolenti, vivaci, aggressivi, ecc..., mi capita spesso, durante i corsi di formazione, ascoltare questa affermazione: *"Io di allievi ADHD ne ho almeno cinque su venti"*.

Da dove deriva questa affermazione? I casi possono essere tre:

- a) l'Insegnante in questione è stata molto sfortunata ed è incappata in quei casi rientranti nelle "disgrazie statistiche" per cui in quell'anno e in quel territorio si sono concentrati una serie di situazioni ADHD enormemente superiore al normale;
- b) qualcuno ha voluto particolarmente male all'Insegnante e nella formazione delle classi ha inserito tutti i soggetti ADHD della scuola nella sua classe;
- c) ci troviamo di fronte ad un errore di valutazione. Gli altri allievi possono essere problematici, ma per ragioni diverse rispetto l'ADHD.

Come abbiamo visto precedentemente la diffusione del problema ADHD risponde a percentuali abbastanza definite. E' bene che dei cinque allievi problematici annunciati dall'Insegnante si traccino gli aspetti rilevanti per una buona comprensione dei problemi e per programmare il giusto intervento.

Infine, anche il comportamento degli allievi risente dello stile comunicativo ed educativo dell'Insegnante. Questi aspetti vanno sempre considerati quando si procede ad una valutazione del comportamento di un allievo.

6.3 Strumenti di valutazione e diagnosi: le interviste e i questionari

Apriamo il discorso con una premessa: non esistono a tutt'oggi strumenti di valutazione e diagnosi unici e affidabili che ci consentano una precisa e puntuale diagnosi. Gli operatori dei Centri raggiungono questo obiettivo attraverso l'uso di diversi strumenti.

Un aiuto molto importante in questa direzione viene offerto dall'uso delle interviste semistrutturate, da utilizzare con i bambini, con i Genitori e non gli Insegnanti. Tra le più diffuse nel nostro contesto, troviamo le interviste semistrutturate proposte da Kirby e Grimley nel libro "*Disturbi d'attenzione e iperattività*". Gli Autori propongono diversi protocolli d'intervista, rivolti al bambino o al ragazzo, in cui si indagano i principali aspetti relativi all'attenzione, all'iperattività ed all'impulsività. Molto importante è la valutazione che il soggetto dà del proprio rendimento scolastico e delle difficoltà che incontra nell'apprendimento e nella relazione con l'altro. Queste informazioni ci permettono di cogliere meglio il grado di consapevolezza del problema e la sua autostima.

Per i Genitori è possibile reperire, sempre nello stesso libro, la traduzione italiana del questionario *Child Behavior Checklist – CBCL* di Achenback e Edelbrock, un questionario rivolto ai Genitori che copre una fascia d'età che va dai 4 ai 16 anni. Nelle 113 voci, vengono presi in considerazione diversi fattori che riguardano l'ADHD, compresi gli aspetti emotivi e di adattamento sociale.

Sempre nella stessa edizione, altri due questionari rivolti ai Genitori consentono una dettagliata ed ampia raccolta di informazioni: il *Parent Symptom Questionnaire – PSQ* di Connors e la *Self Control Rating Scale – SCRS* di Kendall e Wilcox.

Con il primo questionario si indagano principalmente i fattori riferibili all'attenzione, all'apprendimento, ai problemi comportamentali, all'impulsività-iperattività, ai problemi psicosomatici legati più in generale all'ansia.

Il secondo questionario, utilizzabile anche dagli Insegnanti, propone 33 voci attraverso le quali è possibile tracciare un'ampia panoramica circa il comportamento dell'allievo, facendo emergere gli aspetti centrali del suo problema. Tale possibilità facilita il lavoro degli operatori nel determinare gli aspetti centrali dell'intervento (vedi scheda n° 3).

Scheda n° 3 – Alcune item tratti dalla Scala di Valutazione dell'Autocontrollo di Kendall e Wilcox

Scala di valutazione dell'autocontrollo.

Self-control Rating Scale – SCRS (Kendall e Wilcox)

1. Quando il ragazzo fa una promessa, si può esser certi che terrà fede all'impegno?	1	2	3	4	5	6	7
	sempre					mai	
2. Vuole partecipare a giochi o attività anche se non è stato espressamente invitato?	1	2	3	4	5	6	7
	sempre					mai	
3. Riesce a calmarsi da solo quando è agitato o eccitato?	1	2	3	4	5	6	7
	sempre					mai	
4. La qualità del suo impegno nelle attività è abbastanza omogenea o molto discontinua?	1	2	3	4	5	6	7
	sempre					mai	
5. Riesce ad impegnarsi nelle attività con obiettivi a lungo termine?	1	2	3	4	5	6	7
	sempre					mai	
6. Quando fa una domanda, aspetta la risposta oppure passa subito a fare qualcos'altro ?	1	2	3	4	5	6	7
	sempre					mai	

Le stesse modalità possono essere utilizzate nell'ambito scolastico, dove sono disponibili possono utilizzare diversi questionari rivolti agli Insegnanti come la *Teacher Rating Scale – TRS* di Conners. Questo strumento discrimina bene gli allievi con problemi comportamentali rispetto agli altri, non è un buono strumento per differenziare le diverse sfaccettature presenti all'interno del gruppo degli allievi con disturbi comportamentali, quindi non discrimina i soggetti con ADHD dagli altri hanno altre patologie del comportamento.

6.4 Strumenti di valutazione e diagnosi: la valutazione diretta del funzionamento cognitivo ed emotivo.

Tra le prove più utilizzate dagli operatori come strumento di diagnosi, sicuramente troviamo "La scala d'intelligenza di Wechsler (WISC). Non si tratta di uno strumento specifico per l'ADHD, ma consente di effettuare un primo accertamento del problema che, ovviamente, richiede ulteriori verifiche. In genere i soggetti con ADHD in questo tipo di prove ottengono punteggi molto più bassi rispetto alla media dei coetanei nelle prove che riguardano il cifrario, il

ragionamento aritmetico, e la memoria di cifre. Questi tre sub-test, denominati anche triade dell'attenzione, richiedono per il loro superamento una buona capacità attentiva e di concentrazione.

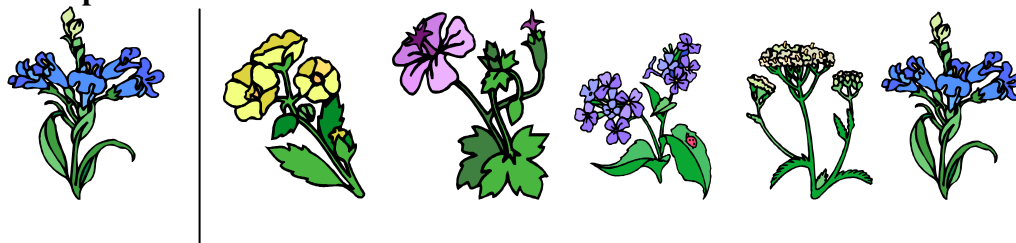
Altri tipi di prove in cui emergono con facilità le carenze del bambino o del ragazzo ADHD riguardano i test che richiedono forti abilità di discriminazione. Una delle prove più interessanti è senza dubbio il *test di appaiamento delle figure* in cui il soggetto, dato uno stimolo, deve individuare la figura corretta tra altre. Per superare questa prova, deve necessariamente analizzare tutte le caratteristiche degli stimoli, li deve organizzare e deve scegliere un piano per far fronte al compito. In poche parole la soluzione di queste prove mal si concilia con l'impulsività e la disattenzione, quindi i soggetti che presentano tali deficit mostrano sensibili difficoltà nell'esecuzione di queste prove.

Alcuni di questi esercizi sono presentati nella scheda n° 4. Si tratta di esercizi base che possono essere utili per iniziare. Viene chiesto al bambino di guardare bene la figura stimolo che è a sinistra e poi di individuare la figura uguale tra le altre cinque. Si prende nota del tempo che impiega per dare la risposta e della sua esattezza.

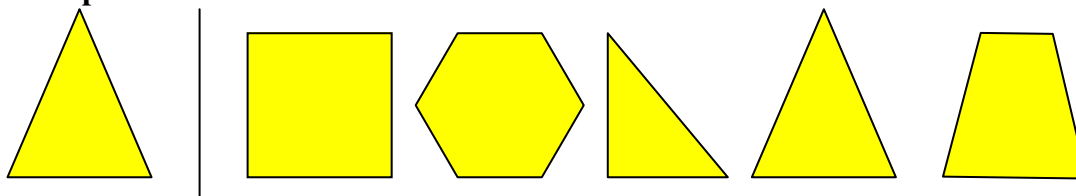
Esistono anche tests di appaiamento di figure opportunamente standardizzati, che ci consentono un confronto più preciso con campioni di riferimento. L'*MMF-20* (Matching Familiar Figures) di Cairns e Cammock è, tra questi, il più conosciuto e utile per gli scopi di cui stiamo parlando.

Scheda n° 4 – Esempi di appaiamento di figure, lettere e parole.

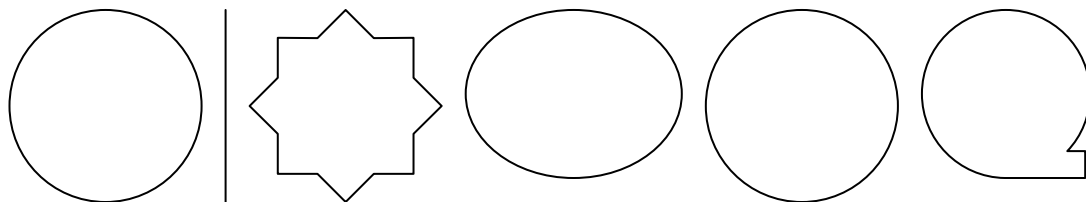
Esempio n° 1



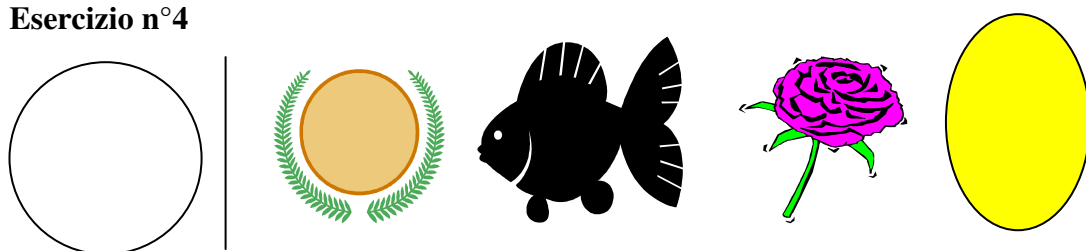
Esempio n° 2



Esempio n° 3



Esercizio n°4



Esercizio n°5

A	U	T	V	A	L	N
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Esercizio n°6

b	q	d	b	k	p
----------	----------	----------	----------	----------	----------

Esercizio n°7

CASA	CAVOLO	CANE	CASINA	CASA
-------------	---------------	-------------	---------------	-------------

Prove come quelle dell'appaiamento delle figure, come abbiamo detto richiedono un buon livello di attenzione e l'utilizzo di adeguate strategie. Sempre su questo versante si presenta molto utile il *Wisconsin Card Sorting Test* – *WCST*, originariamente ideato per valutare le abilità di ragionamento astratto e la flessibilità nell'uso di strategie cognitive rispetto ai cambiamenti ambientali. Obiettivi simili si propone il *Test di Stroop*, nel quale il soggetto deve mostrare di possedere buone abilità di inibizione degli stimoli distraenti e di perseveranza nel compito.

Il livello di attenzione selettiva e di mantenimento può essere ben indagata attraverso il *Continuous Performance Test* – *CPT*, un test che richiede, per le sue caratteristiche una vigilanza sostenuta uditiva e visiva per la sua esecuzione e che quindi mostra con molta evidenza i limiti funzionali dei soggetti con ADHD.

6.5 Genitori ed Insegnanti nel processo di diagnosi.

Come abbiamo visto, la famiglia e la scuola sono molto importanti nella raccolta delle informazioni. Dobbiamo aggiungere a questa funzione quella di “*attivatori del processo diagnostico*”. Con questo termine si intende ribadire la grande importanza che Genitori ed Insegnanti rivestono nel cogliere gli aspetti comportamentali problematici e nell'attivarsi per un loro preciso inquadramento. Ovviamente non spetta loro giungere ad una diagnosi, ma compete loro avviare procedure di indagine da parte degli Specialisti.

Risulta quindi importante formarli rispetto a queste ed altre tematiche, anche nell'uso di alcuni degli strumenti precedentemente descritti. Vale la pena ricordare che l'accertamento precoce del fenomeno, associato ad un costante e mirato intervento, riduce di molto la sintomatologia e gli esiti infausti legati dell'età adulta.

7. Come affrontare il problema ADHD

Iniziamo questa seconda parte con la presentazione di un caso.

Federico bambino impossibile.

Federico è un bambino di nove anni che frequenta la IV elementare. Le sue Insegnanti sono disperate perché non riescono a fargli rispettare le regole e a catturare la sua attenzione. Federico si muove continuamente e riesce a star seduto solo per pochi minuti, è attratto da tutto ciò che lo circonda ma solo per frazioni di tempo. Raramente presta attenzione alle attività didattiche anche se ogni tanto, quasi per magia, tira fuori idee e risposte creative e adeguate che meravigliano le sue Insegnanti.

I suoi compiti quasi sempre non vengono portati a termine ed evidenziano un disordine e una disorganizzazione impressionante. Nelle schede di lavoro le

risposte sembrano esser date a caso e spesso compaiono negli spazi sbagliati. Inizia un lavoro applicando una regola per poi passare a regole diverse. I libri e i quaderni sembrano reduci da una grande "battaglia". Sono scarabocchiati e logori; i bordi sono consunti e spiegazzati. I quaderni mostrano un disordine impressionante, sono stati iniziati da entrambi i lati, ci sono pagine saltate, svolgimento di esercizi che appartengono a materie diverse, ecc... . La maggior parte dei compiti non sono finiti.

Nel rapporto con gli altri, Federico è spesso in difficoltà perché non rispetta il proprio turno; è impulsivo e irruente nella maggior parte dei casi. Non ragiona sulle conseguenze delle sue azioni e, per questo, spesso si trova nei guai perché danneggia le cose altrui. Non sembra tener conto delle opinioni e della sensibilità degli altri. Per questo è spesso coinvolto in conflitti sia verbali che fisici, conflitti che con tutta la buona volontà delle Insegnanti rimangono irrisolti o dai quali Federico non riesce a tirar fuori, apparentemente, nessun insegnamento.

Dà spesso l'impressione di vivere con la testa tra le nuvole, di essere distratto e disinteressato a quasi tutte le attività che gli vengono proposte indipendentemente da chi le propone. Qualche leggero miglioramento si ottiene nel rapporto uno ad uno, cioè quando l'Insegnante si siede vicino a lui e indirizza continuamente la sua azione e controlla il suo comportamento.

A casa le cose non vanno meglio. I Genitori non sanno più cosa escogitare e come prenderlo. Con le buone o con le cattive, i risultati non cambiano; sono spesso effimeri e di breve durata. Il comportamento del figlio limita anche la loro vita privata. Non se la sentono di andare al ristorante o a casa di amici, perché quasi sempre scattano problemi, causati dal figlio, che li imbarazza. Si sentono dei cattivi genitori che non sono stati in grado di educare il proprio figlio.

Nel corso del tempo sta emergendo un nuovo scenario nella vita di Federico: l'emarginazione. Se quando era piccolo i suoi compagni e i loro Genitori sembravano tollerare meglio il suo comportamento, ora sembrano essere meno disponibili ed emotivamente meno tolleranti. A scuola viene spesso escluso dai giochi di gruppo e nelle situazioni extrascolastiche, come feste o uscite tra famiglie della stessa classe, dove non viene più invitato.

Federico non si comporta così solo a scuola. Ha cambiato diversi sport, ma il risultato è stato sempre lo stesso: scarso impegno, scarsi risultati, problemi comportamentali. Quest'anno Federico frequenta il gruppo della parrocchia per la preparazione al catechismo e anche qui, nonostante tutte le buone intenzioni della catechista, lo scenario non è cambiato.

Come abbiamo visto nel caso di Federico le difficoltà intervengono su diversi settori e sono di diversa natura. E' difficile prevedere un esito positivo se non si interviene in un'ottica globale. Le procedure qui di seguito illustrate possono essere messe in atto da Genitori ed Insegnanti e sono annoverate tra quelle che, nell'ambito dell'approccio cognitivo-comportamentale, sino ad oggi hanno fornito i risultati più incoraggianti.

7.1 L'autoistruzione verbale

Tra le tecniche che aiutano di più il bambino ad utilizzare meglio il linguaggio o la verbalizzazione interna, quale tramite fondamentale per attenuare l'impulsività e migliorare la propria capacità attentiva sicuramente dobbiamo annoverare il *training di autoistruzione verbale* che prevede le seguenti fasi:

- a) scelta del compito che richiede un piano sistematico o di una strategia per la sua esecuzione,
- b) *modeling* cognitivo, dove l'adulto fa vedere al bambino i processi necessari per la soluzione del compito. Le varie fasi vengono esplicitate ad alta voce al bambino con le seguenti modalità: *"Ora faccio io da modello e ti dico cosa penso per risolvere il compito. Ascolta e guarda i vari passaggi perché poi dovrai farlo tu"*.

L'adulto dovrà suddividere le varie fasi del compito in:

- definizione dell'obiettivo da raggiungere: *"Cosa devo fare"*,
- individuazione delle varie possibilità di risoluzione del compito: *"Potrei fare così, oppure in quest'altro modo"*,
- individuare e applicare una strategia: *"Prendo il tempo che mi occorre e la strategia più facile"*,
- automonitoraggio dei progressi verso la soluzione: *"Come sta andando? Quanto mi manca? Funziona la mia strategia?"*,
- autovalutazione e autorinforzo: *"Ho terminato. Penso di aver fatto tutto giusto. Se sto tranquillo e ripeto bene le varie fasi posso farcela anch'io"*.
- Scelta di una strategia alternativa in caso d'insuccesso: *"Perché non sono riuscito? Devo trovare un'altra strada per affrontare il compito"*.

Esplicitati i vari passaggi, l'adulto chiede al bambino, nella successiva fase, di eseguire il compito rispettando le indicazioni che gli fornirà.

- c) Guida esterna esplicita. L'adulto fornisce le indicazioni e aspetta che il bambino le esegua,
- d) Autoistruzioni esplicite. L'adulto dà un compito simile a quello precedente, per cui è stato effettuato il training, e chiede al bambino di produrre le autoistruzioni verbali per raggiungere la soluzione. Se il

bambino non riesce, l'adulto lo aiuta iniziando l'istruzione verbale, completandola, o comunque fornendo supporto nei momenti di difficoltà.

- e) *Modeling* di autoistruzioni esplicite ridotte. L'adulto riduce il tono della sua voce. Lancia degli spunti, ma lascia sempre completare al bambino.
- f) *Modeling* di autoistruzioni implicite (interne). L'adulto mima le autoistruzioni che l'allievo deve interpretare e usare come guida per il compito,
- g) Eseguire l'attività con l'ausilio delle autoistruzioni interne. Il bambino mette in atto tutte le strategie necessarie per la risoluzione del compito attraverso l'uso delle autoistruzioni interne implicite.

7.2 *Il costo della risposta*

Un'ulteriore tecnica che si è rivelata molto utile nel trattamento dell'ADHD è costituita dal costo della risposta. Si tratta di far apprendere delle regole comportamentali (non parlare o giocare col compagno durante il compito, restare al proprio posto, ecc...) attraverso la perdita del rinforzo positivo (es. gettoni o altro premio) ogni volta in cui compie un comportamento negativo, ossia non rispetta le regole scelte e precedentemente stabilite, pertanto da lui prevedibili. Questa tecnica diventa un reale strumento di controllo motivazionale, quando i gettoni o il premio vengono utilizzati come *feedback* tra il bambino e l'adulto riguardo al suo comportamento. Infatti, al momento della perdita di un rinforzatore si possono dare al bambino due diversi tipi di *feedback*: di tipo concreto o concettuale. Il primo consiste nel dare informazioni pratiche, concrete come "hai disturbato il compagno durante il compito, ti sei alzato senza chiedere il permesso, ecc...", mentre il secondo tipo di *feedback*, quello concettuale utilizza riferimenti più generali, es. "ti sei distratto, sei stato disattento, sei stato troppo impulsivo, ecc...".

Risulta utile il passaggio nel tempo dal feedback concreto a quello concettuale, perché favorisce un migliore "trasferimento" degli apprendimenti alla vita reale. Inoltre, al fine di non favorire un controllo del bambino attraverso l'oggetto esterno si rende necessario nel corso dell'intervento la riduzione dei premi tangibili, sostituendoli con gratificazioni naturali: giocare insieme al bambino dopo il compito o fare insieme qualcosa che lo interessi.

7.3 *La token economy (economia simbolica)*

La *token economy* è una strategia che è stata ed è molto usata, in ambito scolastico, con classi particolarmente problematiche dal punto di vista comportamentale e dell'apprendimento. Se ben applicata, porta a buoni risultati

rivelandosi decisiva nel ridurre o eliminare le difficoltà relative alla gestione del gruppo classe.

Con opportune modifiche è possibile applicarla anche in famiglia, dove può rivelarsi addirittura più semplice la sua applicazione, visto il minor numero di variabili che entrano in gioco (vedi scheda n°5).

Per una buona prassi è necessario comunque tener presenti alcuni aspetti senza i quali verrebbero pregiudicati i risultati :

- a) E' necessario definire chiaramente e precisamente i comportamenti che il bambino deve manifestare (comportamenti desiderati) e i comportamenti che deve ridurre o eliminare (comportamenti indesiderati). Questi atteggiamenti devono essere alla portata del bambino. Obiettivi troppo ambiziosi, o richieste esagerate creano frustrazione e un possibile peggioramento del comportamento.
- b) Scoprire e valutare attentamente gli interessi e i desideri del bambino inserendoli anche in un elenco che vada dai più importanti a quelli che lo sono di meno.
- c) Elaborare, insieme al bambino, una tabella in cui da una parte vengano inseriti i comportamenti che deve mettere in pratica o ridurre e dall'altra il "valore" corrispondente. Il valore può essere definito in termini di *fiches*, gettoni, carte, ecc... . Ad esempio il comportamento di vestirsi da solo la mattina potrebbe corrispondere a 5 *fiches*.
- d) Sulla parte destra del foglio vanno disegnati o scritti gli interessi e i desideri del bambino concordando con lui il loro valore. Ad esempio, guardare la televisione per 30 minuti potrebbe corrispondere a 15 *fiches*. Il valore deve sempre rispettare la graduatoria espressa al punto "b".
- e) Quando il bambino emette il comportamento desiderato, corrispondere quasi sempre immediatamente le *fiches* corrispondenti, così come vanno sottratte nel momento in cui emette i comportamenti indesiderati.
- f) Scegliere un posto e un contenitore, meglio se trasparente, in cui collocare le *fiches* guadagnate.
- g) Individuare il momento della settimana o della giornata in cui effettuare lo scambio tra gettoni conquistati o persi attraverso gli atteggiamenti manifestati e le attività o i premi da lui desiderati.
- h) Modificare nel corso del tempo il valore (numero di *fiches*) dei comportamenti adeguati e inadeguati e il valore dei premi secondo le esigenze che emergono. Ad esempio, un premio può perdere il suo valore nel corso del tempo, oppure un comportamento può diventare talmente automatico e semplice da essere espresso tanto da non richiedere più sforzo da parte del bambino.

La procedura della *token economy* ha la bontà di esplicitare le regole della relazione e favorirne l'apprendimento. Per una buona riuscita richiede il coinvolgimento di tutti i membri della famiglia ed una estrema coerenza. Proprio nella mancata coerenza dei Genitori spesso si annida la causa degli scarsi risultati. Infatti, essi tendono ad abbassare la guardia, non rispettando più le regole della *token economy* di fronte agli insuccessi (soprattutto nella fase iniziale) o per la mancata soluzione dei problemi. Quest'ultimo aspetto è molto frequente ed ingenera una perdita di autorevolezza del Genitore, per cui anche il figlio si sente legittimato a non rispettare più le regole concordate.

Infine, un ultimo punto molto importante della *token economy* prevede che, man mano che le abilità comportamentali vengono acquisite, si passi ad una gestione più naturale e spontanea delle relazioni. Questa attenuazione della procedura va sempre concordata con il bambino o il ragazzo.

Scheda n° 5. *La Token economy* di Federico.

Le attività di Federico.	<i>Fiches</i>	Premi ed interessi di Federico.	<i>Fiches</i>
Lavarsi i denti	3		
Preparare la cartella la sera	5		
Eseguire da solo i compiti di matematica	8	Giocare con la playstation per 15 minuti	20
Arrivare puntuale a scuola	8	Guardare la TV per 30 minuti	15
Vestirsi da solo	5	Acquistare un pacchetto di figurine	5
Rimanere a tavola durante il pranzo per almeno 15 minuti	10	Andare al parco a pattinare con il papà	20
Rimanere a tavola durante la cena per almeno 15 minuti	10	Invitare il suo amico a casa	15
Aiutare la mamma a fare la spesa	7	Comprare il suo gelato preferito	10
Sistemare nella sua cameretta i giochi utilizzati	7	Andare al cinema	20
Farsi la doccia da solo	8		
Arrivare in ritardo a scuola	- 5		
Non preparare la cartella	- 5		
Smarrire libri o quaderni	- 10		
Smarrire gomma, penne, matite, colori	- 2		
Danneggiare un elemento della casa .	- 10		

Per Federico è stato stabilito che il venerdì pomeriggio c'è lo scambio *fiches/premi*. In quel momento si programmano orientativamente le attività piacevoli da svolgere durante il *week-end* e nella prossima settimana. Quando andare al cinema, al parco e quando invitare l'amichetto. Altre attività possono anche essere organizzate al momento.

Prima di intraprendere l'attività piacevole, Federico consegna le *fiches* corrispondenti ai Genitori.

7.4 Il contratto educativo

Il contratto educativo segue gli stessi principi della *token economy* basandosi principalmente sul principio del rinforzo. Può avere un buon risultato con i soggetti ADHD proprio per la sensibilità che questi hanno verso i premi e le gratificazioni.

Il contratto educativo prevede la sua applicazione su problemi veramente rilevanti per la qualità della vita del bambino e della famiglia. Inoltre, i comportamenti che rientrano nel contratto educativo devono essere affrontabili e raggiungibili.

I passi fondamentali di questa procedura sono i seguenti:

- a) individuare i comportamenti-problema. Questa prima fase è molto importante per definire gli obiettivi da raggiungere, ma anche per creare condivisione all'interno della famiglia. Tutti devono sapere per che cosa si stanno impegnando e avere chiaro che cosa si vuole raggiungere concretamente. E' bene non utilizzare concetti ambigui come "*Federico dovrebbe essere più buono*", o "*Federico dovrebbe migliorare il comportamento*" perché lasciano troppo spazio alle interpretazioni e difficilmente permettono valutazioni attendibili del cambiamento. Definizioni del tipo "*Federico deve saper rispettare il proprio turno*", o "*Federico deve saper concludere i compiti*" sono molto più pragmatiche e utili.
- b) Selezionarne 1 o al massimo 2. A differenza della *token economy* è bene lavorare al massimo su un paio di atteggiamenti problematici per volta. Troppe variabili creano confusione e maggiori possibilità di fallimento.
- c) Saper osservare i comportamenti individuati al punto "a" cercando di rispondere alle domande: "*Con chi si manifesta il problema?...Che cosa succede?...Quando avviene?...Dove?...*".
- d) Una volta raccolte tutte le informazioni va ridefinito il problema attraverso il quesito: "*Il comportamento è veramente un problema?*". Tale momento non è retorico. Molte volte, nelle azioni educative dove siamo molto coinvolti, mettiamo in atto dei pregiudizi o delle valutazioni dovute solo alle nostre ansie. Un esempio proveniente dalla letteratura

pedagogica è l'effetto "pigmaliote", un altro frequente esempio è quello della mamma che porta dal pediatra la propria figlia perché inappetente mentre in realtà è sovrappeso e mangia rispettando i parametri per la sua età.

- e) Ci sono dei rinforzatori (premi, gratificazioni, ecc...) che possono controllare questo comportamento? Una risposta positiva a questo quesito è molto importante e permette una previsione positiva sul successo dell'azione educativa. Capire che Federico farebbe i salti mortali per giocare con la *playstation* o per avere le sue figurine preferite ci consente di utilizzare queste sue forti motivazioni per gestire i comportamenti-problema.
- f) A questo punto è giunto il momento della stesura del contratto, che deve essere eseguito attraverso una negoziazione con il bambino. Contratti troppo sbilanciati a favore dei genitori hanno breve durata ed un'alta possibilità di fallimento. Già all'età di 7 anni i bambini sono in grado di esprimere il loro punto di vista e comprendere che cos'è un "patto". Il contratto va scritto e esposto, o tenuto in un luogo facilmente accessibile e ben visibile.
- g) Infine, una volta avviato il cambiamento, decidere quando è stato raggiunto l'obiettivo per sciogliere il contratto educativo. E valutare l'eventuale ricorso ad un altro tipo di contratto per un secondo comportamento problema.

Scheda n° 6. Esempio di contratto educativo-

Se Federico svolgerà i compiti di matematica per almeno 20 minuti al giorno, allora l'Insegnante permetterà a Federico, immediatamente dopo, di andare fuori nel giardino a giocare per 10 minuti.

BONUS – Se Federico si impegnerà con profitto per 30 minuti al giorno nei compiti di matematica riceverà, alla scadenza del contratto, oltre alla normale ricompensa anche un album di fumetti e il permesso di capitanare la squadra di calcio nella prossima partita.

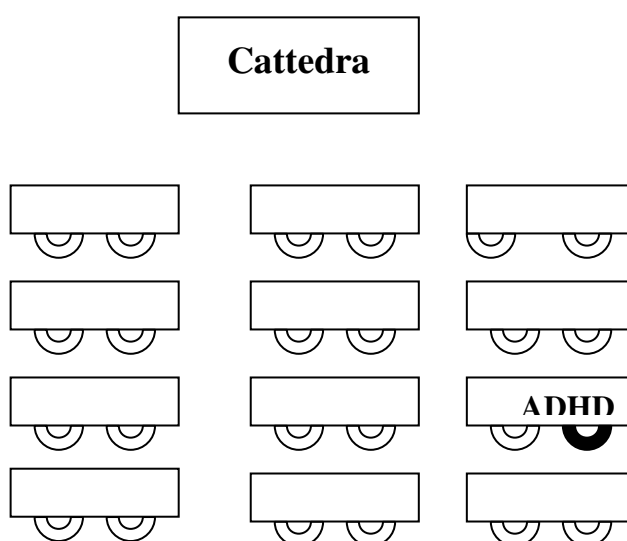
MALUS – Se Federico non si impegnerà per nulla nei compiti in classe di matematica non gli verrà permesso di giocare con il suo gioco preferito durante la ricreazione.

7.5 Organizzazione della classe e delle attività

E' molto importante per le problematiche presentate dall'allievo ADHD organizzare lo spazio e il tempo. Ovviamente non esistono ricette precostituite, ma in virtù delle caratteristiche della situazione è bene tener presenti alcuni aspetti.

Ad esempio: la disposizione dei banchi e la vicinanza dell'allievo ADHD all'insegnante è una variabile importante. L'essere al centro di molte stimolazioni e lontano dall'azione dell'insegnante è controproduitivo.

Figura n° 2 – disposizione aula

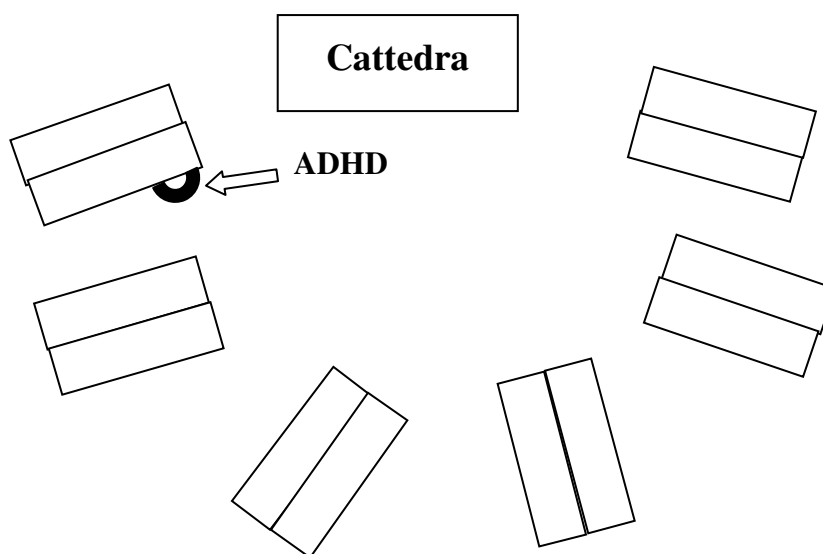


La posizione dell'allievo ADHD presentata nella figura n°2 può essere controproduitiva nella gestione della sua attenzione e della sua iperattività. Infatti, si trova al centro immersa all'interno del gruppo dei compagni in cui il chiacchiericcio e le distrazioni possono essere numerose. Inoltre, essendo abbastanza decentrata richiede più difficoltà da parte dell'insegnante per intervenire.

La situazione presente nella figura n° 3 ha il vantaggio di porre l'allievo ADHD nelle vicinanze della cattedra, ma al tempo stesso di non isolarlo dai compagni. L'isolamento non rappresenta una strategia utile, in quanto non aiuta bambini e ragazzi ADHD ad acquisire le abilità comunicative e spesso produce aggressività.

Anche la scelta dei compagni da inserire nel gruppetto di quattro va ponderata attentamente. Vanno evitate associazioni con altri compagni che hanno problemi comportamentali o sono troppo vivaci o troppo sensibili (permalosi). Un'altra buona norma è quella di far ruotare sistematicamente i compagni che si siedono accanto a lui.

Figura n° 3 disposizione aula funzionale.



La gestione dei tempi d'apprendimento rappresenta un altro fattore importante. Tempi molto lunghi e che richiedono molti sforzi attentivi risultano problematici per l'allievo ADHD. E' bene suddividere i compiti e gli esercizi in parti che richiedano alcuni minuti e che prevedano un riscontro chiaro ed immediato del risultato. L'Insegnante (o un compagno, in sua vece) deve fornire immediatamente un feedback circa l'esito nel compito e ricondurlo sulla fase successiva.

L'impulsività e l'iperattività porta spesso l'allievo ADHD a terminare con rapidità i compiti. Quando questo avviene, l'Insegnante non deve chiedere all'allievo di aspettare o guardare con più attenzione il compito, ma fornire immediati feedback per correggere eventuali errori o impegnarlo in nuovi esercizi o attività interessanti, anche se non pertinenti con il programma.

L'obiettivo è quello di non perdere la sua attenzione. Se questo avviene, il tempo per il recupero attentivo potrebbe essere lungo e richiedere molte energie da parte dell'Insegnante.

Qui di seguito vengono riportati alcuni suggerimenti dedotti da programmi d'intervento con bambini e ragazzi ADHD, che hanno fornito risultati positivi sia a scuola che a casa.

- 1) Non tentare di ridurre l'attività, ma incanalarela utilizzandola per finalità accettabili.
- 2) Usare l'attività come un premio.
- 3) Creare delle *routine* di attività da avviare con istruzioni chiare.
- 4) Non chiedere al bambino di aspettare, ma dargli un sostituto verbale o una risposta motoria da compiere durante l'attesa.
- 5) Incoraggiare l'allievo a tirare fuori le sue capacità positive di *leadership* (creare dei ruoli).
- 6) Diminuire la lunghezza del compito.
- 7) Rendere i compiti più interessanti, anche attraverso l'uso di: episcopio, lavagna luminosa, ecc...
- 8) Proporre compiti che vadano incontro ai suoi interessi.
- 9) Proporre compiti che coincidano con il livello di apprendimento del bambino e con le sue attitudini.
- 10) Incrementare l'organizzazione del lavoro con l'uso di liste, diari, quaderni di appunti, cartelline.
- 11) Stabilire delle consuetudini per l'uso dei materiali della classe.
- 12) Organizzare e strutturare l'ambiente.
- 13) Insegnare le abilità di studio e di programmazione.
- 14) Coinvolgere l'allievo nella soluzione delle sue difficoltà.
- 15) Utilizzare il computer per favorire la sua attenzione e l'apprendimento (anche con l'utilizzo di software specifici).

7.6 Aiutare e formare i genitori

Il ruolo del Genitore nell'epoca attuale è in crisi sotto diversi aspetti. Da una parte le continue e rapide trasformazioni sociali hanno decretato una perdita di consistenza-significato nella trasmissione dei valori e delle regole, dall'altro la famiglia è rimasta quella base sicura da cui ricevere sostegno, accudimento e conforto nei momenti difficili.

Inoltre, molte crisi legate all'educazione dei figli sono dovute allo scarso tempo che i Genitori hanno a disposizione per comunicare ed interagire. La continua delega della crescita dei figli ai nonni, alla baby-sitter, alla scuola, ai Centri

sportivi, spesso non aiuta nella formazione delle nuove personalità dei giovani, perché producono uno “zapping” educativo in cui la frammentarietà dei rapporti mal si concilia con la necessità di relazioni solide e chiare.

Paradossalmente, nell’epoca di Internet e della facile comunicazione, spesso i bambini, i ragazzi e le famiglie soffrono di solitudine e trovano difficoltà nel trovare spazi e tempi per aggregarsi.

Nelle famiglie con un figlio ADHD, queste problematiche sono notevolmente amplificate dalla natura del problema. I Genitori devono impegnare molte più energie del normale per organizzare e gestire la quotidianità. Si possono trovare di fronte a problemi quali la difficoltà di addormentare il figlio, a continui risvegli notturni, a pratiche lunghe e tortuose nel prepararlo la mattina per portarlo a scuola. Il momento dei pasti, dei compiti, delle uscite potrebbero richiedere energie enormi e essere fonte di frustrazione. I Genitori del bambino ADHD vivono spesso la sensazione di non farcela più a contrastare l’impulsività del figlio o le sue “assenze mentali”. Spesso reagiscono a questa sensazione, perdendo il controllo e punendolo, ma gli effetti sono solo immediati ed effimeri. Dopo qualche ora si ricomincia tutto daccapo, come se la discussione o il rimprovero non ci fossero mai stati.

Lo *stress* continuo vissuto dai Genitori spesso conduce a litigi all’interno della coppia e a maggiori incoerenze educative. L’instaurarsi di un consistente circolo vizioso tra gli errori educativi dei Genitori e il comportamento del figlio con ADHD è quasi inevitabile.

Come affrontare il problema? Nella fase attuale i dibattiti su questo argomento vedono spesso la famiglia sul banco degli imputati. Nelle trasmissioni televisive viene continuamente additata come la responsabile unica dei problemi delle nuove generazioni. Psicologi, criminologi, sociologi ne decretano gli errori o gli orrori e l’inconsistenza.

Siamo proprio sicuri che questo sia l’approccio giusto al problema?

Condannare o dare ricette impossibili ai Genitori non aggiunge nulla alla situazione, anzi può aggravarla portandoli verso un senso di impotenza o di rabbia che è controproducente. Etichettare una famiglia come “cattiva” o “sbagliata” incrementa ancor di più le difese e il senso di solitudine.

E’ quindi necessario *informare, formare e supportare* le famiglie nella gestione dei figli. Servizi sociali e scuola in primo luogo devono attivarsi maggiormente verso questa direzione con l’istituzione di corsi anche obbligatori, nel caso in cui se ne riscontri la necessità.

Negli ultimi anni sono state diverse le esperienze legate alla formulazione di corsi di formazione per genitori sulle tematiche dell’educazione. E’ difficile quantificarne la diffusione o i risultati, ciò che possiamo dire è che essi si prefiggono principalmente i seguenti scopi:

- a) far comprendere ai genitori le dinamiche comunicative che adottano,
- b) sviluppare competenze nella gestione dei problemi familiari,
- c) incrementare la loro autonomia e il senso di efficacia,
- d) saper riconoscere in anticipo i problemi per prevenirli,
- e) saper gestire le proprie emozioni (rabbia, ansia, sconforto, ecc...),
- f) saper valutare i risultati della propria azione educativa.

Tra i problemi che emergono da questi corsi di formazione, il principale fa riferimento alla mancanza di continuità. Finito il corso si interrompe la comunicazione con gli Esperti. E la famiglia si ritrova di nuovo sola. Questa mancanza di punti di riferimento costanti è uno dei maggiori limiti nella formazione e nel supporto dei Genitori.

Nel nostro Paese siamo ancora lontani dall'applicazione di logiche di supporto ai Genitori, ad esempio, come quella olandese dove, nei primi anni di vita del bambino, un assistente comunale visita e collabora quotidianamente con la famiglia del nascituro nella soluzione di problemi anche banali come: insegnare ad addormentare il bambino, cambiarlo, nutrirlo, fare la spesa ecc... .

8. Il trattamento farmacologico nell'ADHD e la psicoterapia.

Quando si parla di ADHD spesso il discorso si concentra nel trattamento farmacologico. Il dibattito su questo tema è ampio e complesso e coinvolge diversi aspetti, da quello etico a quello dei risultati. Purtroppo, tali dibattiti talvolta risultano infarciti di ideologia e di posizioni pregiudiziali, compromettendo sia l'aspetto dell'informazione che della chiarezza nelle prassi farmacologiche.

8.1 Il metilfenidato

E' ricorrente leggere o assistere a Convegni in cui ci si trova di fronte a due schieramenti contrapposti: pro e contro il Ritalin (metilfenidato).

Questo modo di affrontare il problema, che esprime a mio parere più un atteggiamento da bar dello sport che scientifico, rischia di oscurare la complessità del fenomeno ADHD principalmente per due motivi:

- a) eccessiva concentrazione dell'attenzione sul trattamento farmacologico a discapito di altri trattamenti non farmacologici;
- b) identificazione dell'ADHD con il metilfenidato, come se fosse "automatica" la sua somministrazione o fosse l'unico farmaco disponibile per la terapia.

In altre parole, il rischio di una eccessiva polarizzazione del dibattito su questi temi non aiuta a fare chiarezza sugli aspetti dell'uso, dell'abuso e del "non uso" della terapia farmacologica nell'ADHD.

Cerchiamo di illustrare alcuni di questi aspetti, spendendo alcune parole sul metilfenidato. Il metilfenidato (MPH) è un analogo delle amfetamine, stimolante utilizzato in medicina per il trattamento del disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD) in bambini e in adulti. Viene anche impiegato per trattare sintomi di traumi cranici e i sintomi diurni di stanchezza indotti dalla narcolessia. Trova impiego anche nel trattamento della sindrome da affaticamento cronico.

Nel trattamento dell'ADHD, pur essendo uno stimolante centrale, paradossalmente tende a calmare il soggetto ADHD, a diminuire anche in maniera consistente la sua sintomatologia almeno nel 70% dei casi. Purtroppo, gli effetti collaterali possono essere consistenti e meritano *sempre*, come vedremo, una attenta analisi. Tra gli effetti indesiderati più frequenti troviamo: *tic*, perdita di appetito, insonnia, disforia, diminuzione delle abilità cognitive, rallentamento nell'apprendimento, rallentamento nella crescita.

Per le sue caratteristiche rientra nei farmaci d'abuso regolamentati per legge con DPR 309/90 e dalla recente legge n° 49 del 21/02/2006.

8.2 L'uso dei farmaci e del metilfenidato in età evolutiva

La somministrazione di farmaci in età evolutiva è questione molto delicata, come raccomanda l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), che va valutata con cura tenendo in seria considerazione tanto gli effetti collaterali che essi provocano quanto l'aspetto evolutivo in cui si inseriscono (transitorietà di alcune patologie). Nel nostro Paese le procedure di somministrazione del farmaco, così come la valutazione terapeutica, è effettuata dal Ministero della Salute e dall'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco).

L'uso del metilfenidato (conosciuto sotto il nome commerciale di Ritalin, prodotto dalla casa farmaceutica Ciba-Geigy) nel nostro Paese ha una storia lunga. Venne introdotto negli anni cinquanta, per poi venir ritirato dal commercio, su richiesta della stessa casa farmaceutica, nel 1989. Nel 2000 la Commissione Unica del Farmaco (CUF), su sollecitazione dei rappresentanti di associazioni facenti capo soprattutto a Pediatri e Neuropsichiatri Infantili, invitò la casa titolare della commercializzazione del farmaco a farne richiesta per la reintroduzione sul territorio italiano. Nel 2001 il CUF decretò la reintroduzione nel nostro Paese del metilfenidato con precise norme.

Le novità principali sono essenzialmente due:

- a) il metilfenidato è individuato come farmaco di scelta per il trattamento dell'ADHD,

- b) la prescrizione può essere effettuata solo nei Centri accreditati per la diagnosi e il trattamento dell'ADHD,
- c) l'elaborazione di un piano terapeutico personalizzato.

Con il primo punto si riconosce al metilfenidato la sua efficacia nel trattamento dell'ADHD, con i punti "b, c" si cerca di correre ai ripari da errori nella somministrazione.

Cosa prevede concretamente l'eventuale somministrazione del metilfenidato?

Un Comitato Scientifico, istituito dal Ministero della Salute e da altri organismi, ha stabilito che non potevano essere i medici di base o semplici Centri generici a prescrivere il farmaco. Queste procedure si sono rivelate spesso rischiose nella passata esperienza italiana e mostrano attualmente molti limiti negli altri Paesi (vedi Stati Uniti d'America). Per ovviare ad un uso improprio del trattamento farmacologico nell'ADHD è stato istituito un Registro Nazionale dell'ADHD che vincola i Centri accreditati per la somministrazione del metilfenidato alla stesura di un piano terapeutico personalizzato con una durata massima di sei mesi, rinnovabili.

La valutazione iniziale deve essere effettuata da un neuropsichiatra infantile in collaborazione con altri Esperti. Nel momento in cui il neuropsichiatra riscontri l'opportunità di affrontare il problema con un supporto farmacologico, dovrà procedere a dei controlli clinici dopo una settimana e quattro settimane per monitorarne l'efficacia e la tollerabilità. Un riscontro positivo nell'uso del metilfenidato, quindi di una continuità nella somministrazione, prevede un controllo clinico dopo cinque mesi da questa prima fase e successivamente ogni sei mesi. La terapia, con le dovute modalità, va interrotta almeno una volta l'anno per verificare se è possibile continuare con gli altri trattamenti di tipo psico-comportamentale.

Una procedura di questo tipo dovrebbe scongiurare l'uso improprio del farmaco ed eliminare almeno due grossi problemi:

- a) ricorrere al metilfenidato anche quando non è presente una patologia ADHD,
- b) non usare il metilfenidato in caso di conclamati casi ADHD che non sono riconosciuti.

L'obiettivo, quindi, è di armonizzare l'uso del farmaco cercando il più possibile di ridurre l'abuso o i risvolti presenti in altri Paesi occidentali. La difficile reperibilità del metilfenidato, l'uso controllato nei percorsi terapeutici e l'informazione connessa dovrebbe scongiurare questo rischio.

La non esclusività del trattamento farmacologico nell'ADHD viene continuamente fatto presente nelle varie pubblicazioni sull'argomento e sui notiziari diffusi dalle Associazioni e dal Ministero. Tutto ciò a testimonianza di un approccio integrato e globale al fenomeno che, nel corso del tempo, ha dato i

migliori risultati. Ricordiamo che a tutt'oggi non ci sono studi che dimostrino l'efficacia del metilfenidato nel lungo periodo.

Questo ci fa riflettere sull'indispensabilità degli approcci psico-educativi al problema ADHD.

Come abbiamo visto, il percorso per la diagnosi e il trattamento farmacologico non è semplice e, a prima vista, sembrerebbe scongiurare ogni possibile problema per le famiglie. In realtà, come spesso succede nel nostro Paese, dobbiamo registrare un certo divario tra il piano delle intenzioni e quello della realtà. Non di rado le famiglie riferiscono di avere una certa difficoltà nell'accesso ai Centri accreditati per la diagnosi, di non essere seguiti adeguatamente (frequenza degli incontri, strategie fornite, difficoltà di comunicazione con il Centro, ecc...), di essere incappate in errori di valutazione.

E' difficile dire l'esatta percentuale di queste famiglie, ma anche se piccola è necessario correre ai ripari, fornendo a questi Centri le necessarie risorse, personale qualificato e un'impostazione che esca dal rischio di una eccessiva medicalizzazione del problema, ma che consenta un dialogo costruttivo con le famiglie per progettare prassi adeguate ai quotidiani problemi che il bambino presenta.

8.3 *L'abuso del farmaco*

Gli accesi dibattiti sul metilfenidato, identificato comunemente con il Ritalin, spesso fanno emergere delle situazioni gravi e penose di abuso nell'uso del farmaco. Questi fatti spesso distolgono l'attenzione sul corretto uso proponendo per ovvio e certo ciò che invece rappresenta una distorsione delle prassi usuali nella somministrazione.



Negli Stati Uniti, ad esempio, il farmaco viene prescritto direttamente dal medico di base che spesso non è adeguatamente competente rispetto all'ADHD e, cosa ancor più grave, non attua azioni di controllo e monitoraggio nella somministrazione. Questo sistema comporta delle conseguenze molto pesanti:

- a) il farmaco viene prescritto con superficialità da parte dei medici di base statunitensi. Quindi, in alcuni casi anche quando non ce ne è bisogno. Diverse indagini mettono in luce il fatto che i medici non riescono a resistere alle pressioni dei Genitori che chiedono un rimedio per quietare

l'esuberanza o la problematicità comportamentale del proprio figlio. In molti di questi casi il problema è di tipo familiare e non ha nulla a che fare con l'ADHD;

- b) Non essendoci un monitoraggio accurato, spesso succede che i Genitori somministrino dosi farmacologiche più consistenti di quelle consigliate dal medico con le inevitabili conseguenze. In molti casi la famiglia sviluppa una vera e propria dipendenza psicologica dal farmaco. *“Stasera dobbiamo uscire con gli amici, Gerry ci rovinerà la serata. Diamogli una pasticchetta”...*
“E' da questa mattina che è agitato non ce la faccio più, forse la cura non fa più effetto diamogli un'altra compressa”.
Questo atteggiamento è rinforzato dall'effetto sedante del farmaco;
- c) La terapia per l'ADHD si concentra esclusivamente sull'uso del farmaco che viene ritenuto più economico e più semplice rispetto ad altri approcci di tipo psico-educativo;
- d) La disponibilità di questo farmaco all'interno di alcune famiglie ha prodotto comportamenti devianti. Non è raro, infatti, che Genitori o fratelli del bambino ADHD abbiano iniziato a inalare per via nasale il farmaco, in virtù degli effetti prodotti che somigliano molto a quelli di altre sostanze stupefacenti.

Un buon Servizio Sanitario, che si occupa della salute dei cittadini, dovrebbe prevenire e modificare tali distorsioni e predisporre trattamenti che valutino adeguatamente i vantaggi e gli svantaggi di ogni azione farmacologica.

8.4 Altre prospettive farmacologiche

Nuove prospettive di trattamento stanno recentemente emergendo con i farmaci “non-stimolanti”, per lo più ad azione noradrenergica come gli antidepressivi triciclici. Alcuni di questi farmaci hanno però evidenziato diversi rischi collaterali, per cui la prescrizione va attentamente valutata. Un farmaco che è stato recentemente introdotto negli USA e nel Regno Unito, la Atomoxetina, ha rilevato buoni risultati nel trattamento dell'ADHD e scarsi comportamenti di abuso. Ulteriori ricerche sono necessarie prima di avere un quadro completo degli effetti terapeutici.

8.5 Psicoterapia e ADHD

I Genitori e la Scuola spesso indirizzano il bambino ADHD dallo psicologo con la richiesta di scoprire i traumi o i “complessi” che determinano il suo comportamento.

Sgombriamo immediatamente i dubbi sull'efficacia del trattamento psicoterapeutico precisando che a tutt'oggi non ci sono studi che dimostrino

risultati positivi della psicoterapia individuale nel trattamento dei bambini o dei ragazzi con ADHD.

Le evidenze di cambiamenti significativi le abbiamo solo da approcci che, in una visione sistemica, coinvolgono nell'azione educativa e nel cambiamento *tutte* le componenti che interagiscono sul bambino e affrontano direttamente gli aspetti dell'attenzione e dell'iperattività.

Si tratta di affrontare percorsi psico-educativi che prevedono una specifica formazione di Genitori e Insegnanti mirata all'acquisizione di strumenti e tecniche per la gestione del disturbo dell'attenzione e dell'iperattività.

E' preferibile evitare tutti quei percorsi "fumosi", altisonanti nelle parole, troppo ambiziosi nei risultati, lontani dal buon senso comune e delegati ad una sola componente. Gli interventi con i bambini e i ragazzi ADHD sono quasi sempre lunghi e faticosi, ma al tempo stesso soddisfacenti nei risultati.

Suggerimenti bibliografici:

Negli ultimi anni sono stati pubblicati diversi volumi che affrontano il problema.

Tra i più interessanti e utili per la comprensione del fenomeno troviamo:

Kirby E e Grimley L. (1989), *I disturbi dell'attenzione e iperattività*, Erickson, Trento.

Di Pietro M., Bassi E., Filtramo G., (2001) *L'alunno iperattivo in classe*, Erickson, Trento.

Cornoldi C. Gardinale M., Masi A., Pettinò L. (1996), *Impulsività e autocontrollo*, Erickson, Trento.

Marzocchi G.M. (2003), *Bambini disattenti e iperattivi*, Il Mulino, Bologna.

Vio C., Marzocchi G.M., Offredi F. (1999), *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività*, Erickson, Trento.

Gagliardini I. (2006), (a cura di), *I disturbi di condotta*, Rivista italiana di psicologia, pedagogia e riabilitazione, n° 28, Vannini, Brescia.

Per chi volesse un approfondimento in lingua inglese, un volume esaustivo è:

American Academy of Pediatrics (2004), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). A complete and authoritative guide*, American Academy of Pediatrics, Washington.

Tra i siti più significativi possiamo citare:

Associazione Italiana Disturbi Attenzione e Iperattività – AIDAI, onlus
<http://aidai.org/ddai.html>

<http://www.healthguide/adhd/>

<http://www.add-plus.com/>

In lingua inglese

Child and Adult with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder – CHADD
<http://www.chadd.org/>

Il dott. Ivano Gagliardini è psicologo e psicoterapeuta. Svolge da diversi anni attività di psicoterapia nel settore dell'età evolutiva e dell'età adulta. Ha effettuato diverse ricerche nel settore dei disturbi emotivi, comportamentali e dell'apprendimento. Ha pubblicato "I disturbi della condotta" (a cura), Vannini, Brescia; "L'aggressività e il bullismo nella scuola" (a cura), Kappa, Roma; "Paure e ansie nella scuola, Giunti, Firenze. E' presidente dell'Agenzia per la Valorizzazione dell' Individuo nelle Organizzazioni di Servizio - AVIOS (www.avios.it) con la quale svolge abitualmente attività di formazione nelle scuole sulle tematiche sopra indicate.