

EDITORIALE

Nel terzo numero della seconda annata di AIDAI-NEWSLETTER l'editoriale viene sostituito da una lettera di un genitore che ricorda l'amico scomparso Franco Gallucci. Non ci sono altre parole da aggiungere a questa toccante ricordo.

In questo numero viene pubblicato anche la prima carta dei diritti del bambino con DDAI che è stata inviata ad agenzie giornalistiche, ma stiamo tuttora aspettando un riscontro da parte loro.

Ricordiamo a tutti i soci dell'AIDAI che il Newsletter pubblica i contributi di tutti i soci che vogliono descrivere le loro esperienze con bambini con DDAI. Vengono accettate anche esperienze cliniche e di ricerca.

IN RICORDO DI FRANCO GALLUCCI

Un genitore

Ho pianto per la morte di Franco Gallucci; ora penso al grande dolore dei suoi familiari e a quello dei tanti genitori di bambini e ragazzi "difficili" cui egli, come a noi, ha donato speranza e una qualità di vita indicibilmente migliore.

Sono la mamma di uno di questi ragazzi che ora ha tredici anni e mezzo ed è intelligente e sensibile, ma disturbato dall'inquietudine dell'iperattività.

Abbiamo perso anni con mio marito, dibattendoci tra difficoltà, frustrazioni e contrasti, senza trovare nella città in cui viviamo né in centri vicini alcun aiuto competente. Poi abbiamo saputo del dottor Franco Gallucci, del suo lavoro

pionieristico, della sua capacità. Dopo avere seguito una sua conferenza a Firenze, gli abbiamo chiesto di occuparsi di nostro figlio: ci ha offerto subito disponibilità e simpatia, accogliendoci, nel dicembre '98, per colloqui preliminari che si sono estesi ben oltre i tempi normalmente concessi.

Sono rimasta profondamente colpita da Franco e così mio marito: un'intelligenza vivida, una partecipazione attenta, una sensibilità e un intuito acutissimi, ma soprattutto la capacità di affrontare il problema con fantasia, ironia e leggerezza.

Quanto rare sono queste qualità in una persona! E quanto rare in un medico, che spesso finisce

per credere troppo nelle conoscenze acquisite e nei protocolli in uso.

Ricordo quando, una volta, aveva interrotto il discorso, sorpreso per uno strano suono, l'insistito verso musicale di un uccello che cantava nelle vicinanze. Era un modo per sdrammatizzare, era anche il suo modo d'essere, sempre pronto a lasciarsi vibrare ad ogni segnale.

Dopo la pedanteria e il moralismo di altri medici che avevamo conosciuto, arroccati su sicurezze che talvolta celano l'incapacità di fondo di saper analizzare e affrontare in modo duttile, creativo, scientifico il problema dei ragazzi come il nostro, ci siamo sentiti sollevati: è stato come uscire da un lungo tunnel di solitudine e sofferenza.

Nel tempo successivo questo legame è sempre stato importante per noi. Anche se, data la distanza, non era possibile per nostro figlio sottoporsi ad una terapia sistematica, l'aiuto di Franco non ci è mai mancato. Quando per qualche motivo di ordine pratico si interrompeva la comunicazione costante che si era instaurata tra noi, era Franco a percepire se qualcosa non andava e ci telefonava, sapendo cogliere i nostri momenti di maggiore scoraggiamento.

Per me era divenuto un riferimento prezioso, una presenza su cui fare conto, un po' come un nostro affettuoso custode; per mio marito, medico, l'unica persona alla quale avesse deciso di aprirsi, e l'unica dalla quale era disposto ad accettare consigli, prescrizioni e qualche rimbrotto: si sa che un padre non è la persona più indicata per curare il proprio figlio.

Ho sempre avuto fiducia incondizionata in lui, anche quando mio figlio, per sottrarsi al primo incontro, si era arrampicato a ventri metri d'altezza sui vecchi rami di una magnolia nel giardino dell'Asl al Salviatino: Franco mi chiese di

allontanarmi, ci avrebbe pensato lui a farlo scendere.

Alla seconda giornata nazionale sul bambino con DDAI che si è svolta a Firenze a fine marzo, abbiamo conosciuto altri genitori di suoi pazienti e abbiamo condiviso con loro la nostra positiva esperienza e la nostra stima per Franco. Mi è apparso brillante come sempre, nervoso, un po' stanco, a tratti polemico, a ragione.

Ho però notato il suo colorito, non rassicurante. Era ancora più evidente la sua tensione ad operare, la sua battaglia contro il limite delle proprie condizioni fisiche. A Pisa, durante un incontro con il dott. Gabriele Masi, Franco aveva espresso a mio marito la sua gioia per avere partecipato con successo ad un campionato di nuoto in Ungheria.

Consapevole delle proprie doti, investiva moltissimo nel lavoro, già la sua fama si era diffusa a livello nazionale.

Ho sempre nel cuore e davanti agli occhi un'immagine di Franco: quella di lui che, finito un colloquio, ci saluta con la mano dalla finestra del suo studio alla Asl, finché non scompriamo alla sua vista.

Credo che per molti il rimpianto di Franco Galucci sia immenso, la privazione incolmabile.

Purtroppo il destino è crudele con le persone più rare e preziose e sottrae a chi resta la gioia di averle conosciute.

Sono certa che il ricordo possa prolungare la vita delle persone care: noi vogliamo ricordare Franco - che ci è stato molto caro - anche in seno all'associazione, aderendo alle iniziative che in essa saranno intraprese.

*Daniela Dalla Valle
Trento, 26 maggio 2000*

L'ATTENZIONE IN CLASSE: CONOSCIERLA PER GESTIRLA

Silvana Poli & Adriana Poli

Che gli alunni prestino scarsa attenzione alle proposte e/o ai compiti durante l'attività scolastica è un problema che molto spesso gli insegnanti lamentano. Senza dubbio il lavoro scolastico, che richiede sistematicità e costanza nell'applicazione, può apparire poco coinvolgente se confrontato con altre attività (es. i videogiochi) alle quali i bambini di oggi sono ormai abituati. D'altra parte, è indispensabile che essi imparino a controllare e guidare il proprio comportamento verso gli obiettivi educativo-didattici della scuola.

Per superare - almeno in parte - il gap tra richieste scolastiche tradizionali e modalità capaci di attrarre l'attenzione, possono essere utilizzati programmi e metodologie che suscitino interesse e curiosità verso la conoscenza del proprio funzionamento mentale, come è emerso dalla recente sperimentazione del programma "Attenzione e Metacognizione", recentemente pubblicato dalle Edizioni Erickson. La sperimentazione non è ancora del tutto conclusa, ma le osservazioni dei docenti che vi hanno partecipato non lasciano dubbi: i bambini hanno dimostrato molto interesse e piacere nella esecuzione delle attività e sembravano motivati più positivamente verso la scuola. Questo particolare tipo di lavoro sensibilizzazione - di natura metacognitiva - consente un maggiore controllo ed efficienza dell'attività cognitiva e comportamentale, come è stato evidenziato da tempo da molti autori, tra cui Brown e Palincsar (1986), Kaniel e Aram (1993), Cornoldi et al. (1996), Marzocchi, Molin, Poli (2000). Il presente lavoro si propone di illustrare come il problema della gestione dell'attenzione in classe possa essere affrontato dall'insegnante, durante la normale attività scolastica, al fine di promuovere negli alunni una maggiore conoscenza e consapevolezza del proprio funzionamento cognitivo.

L'attenzione, in tutte le sue componenti e/o nei suoi legami con la motivazione, la comprensio-

ne e la memoria, si costituisce come obiettivo trasversale dell'insegnamento e, in quanto tale, si giustifica nella sua destinazione curricolare.

Il programma "Attenzione e metacognizione"

Il programma è rivolto ai bambini che frequentano le classi terze, quarte, quinte e prima media. È una proposta che favorisce soprattutto il controllo e la gestione consapevole della propria attività cognitiva, risulta proficua a tutti, e in particolare a quei soggetti in cui si osserva scarsa attenzione e poca propensione ad essere costanti e a portare a termine le consegne. Il training viene proposto a tutta la classe, quindi si realizza in una situazione ecologica, lontana da qualsiasi forma di "trattamento" che abbia analogia con l'idea di disturbo.

L'insegnante, sulla base dell'analisi del punto di partenza e delle sue osservazioni, definisce come utilizzare il programma considerando i bambini soggetti attivi in apprendimento, in grado di capire e, quindi, di scegliere le strategie cognitive più funzionali a sé e alla situazione.

L'applicazione del training in un contesto scolastico, inoltre, dovrebbe ridurre il problema della scarsa generalizzazione che spesso dimostrano i training cognitivi insegnati ai bambini in altri contesti. Succede spesso, infatti, che un bambino non riesca a generalizzare, adeguatamente al contesto classe, quello che ha appreso durante le sedute di addestramento individualizzato o di piccolo gruppo, che ha luogo nella stanza dello psicologo.

Il programma è organizzato per componenti specifiche dell'attenzione ed è preceduto da alcuni strumenti di autoosservazione/autoanalisi su alcuni aspetti cognitivo-comportamentali relativi agli alunni e agli insegnanti e da alcune prove di tipo oggettivo per la valutazione delle capacità attentive nelle diverse forme.

Il primo strumento di autoanalisi/autovalutazione è il Questionario di metacognizione e attenzione per gli insegnanti (QMAI) poiché il ruolo dell'insegnante nel promuovere processi attentivi adeguati alla situazione scolastica è fonda-

mentale (Douglas, 1983; Barkley, 1997). La capacità degli insegnanti di organizzare l'attività scolastica in maniera tale che l'attenzione degli alunni sia catturata dall'interesse e dalla motivazione, è la condizione necessaria affinché gli alunni, anche quelli con disattenzione, riescano ad imparare. Favorire la partecipazione attiva degli alunni attraverso domande, riflessioni, elaborazioni, osservazioni, è la testimonianza della presenza di un tipo di attenzione che si mantiene legata nel tempo contenuti didattici.

Il lavoro con gli alunni, quindi, è preceduto dal questionario per gli insegnanti, indispensabile per una prima riflessione sulle strategie adottate per gestire l'attenzione degli alunni nella classe e per una presa di coscienza delle tematiche legate all'attenzione in ambito scolastico.

Il secondo strumento di autoanalisi è, naturalmente, un questionario per gli alunni che può essere visto come il primo approccio del bambino a questi temi.

Le aree di trattamento

Sono stati individuati e sviluppati tramite schede, quegli aspetti dell'attenzione che la ricerca sperimentale e lo studio sui disturbi da deficit attentivo hanno evidenziato come essenziali (Bagnara, 1984; Kirby e Grimley, 1989). Ad essi è stata aggiunta un'altra area rilevante ai fini di una maggiore consapevolezza e di un più efficace controllo dei propri processi cognitivi, quella dei segnali di distrazione.

Le aree individuate sono quindi:

- attenzione selettiva
- attenzione focalizzata
- attenzione mantenuta
- attenzione divisa
- rapido spostamento dell'attenzione (shift)
- segnali di distrazione.

Ogni area sviluppa un itinerario specifico che parte da un momento iniziale di riflessione su come i vari tipi di attenzione influiscono sullo svolgersi delle attività e passa alla esemplificazione di strategie adeguate alla gestione e al controllo del proprio funzionamento cognitivo. Sono stati

creati due personaggi, Palla e Filo, che sono i protagonisti di tutte le schede. I personaggi sono connotati diversamente per aiutare i bambini a comprendere meglio le relazioni tra attività cognitive, azioni/comportamenti e risultati.

L'attenzione selettiva affronta il tema della selezione degli stimoli che colpiscono il nostro sistema nervoso.

Come mai l'attenzione è più facilmente catturata da certi stimoli e non da altri? Dipende dalle qualità degli stimoli, dalle disposizioni del soggetto e dalle condizioni ambientali. Si può distinguere l'attenzione di tipo volontario quando ad esempio si cerca tra la folla una persona che vogliamo incontrare da quella automatica che si ha, invece, quando si riconosce una voce familiare in mezzo a tante altre.

Le schede consentono di far lavorare il bambino su entrambi questi aspetti dell'attenzione selettiva riferendoli a situazioni di vita quotidiana, familiare e scolastica. Particolare cura è stata riservata all'orientamento volontario dell'attenzione verso determinati stimoli, inibendone altri.

Si è tentato di dare un'idea dell'attenzione focalizzata con l'analogia della lente che concentra i raggi del sole su un unico punto. Si differenzia dall'attenzione selettiva in quanto l'elaborazione viene concentrata solo sull'oggetto selezionato. Generalmente è un'attenzione volontaria che guida le risorse cognitive con una certa intensità verso un'informazione rilevante per il soggetto. Nel programma sono messi in luce anche i casi in cui l'attenzione focalizzata è catturata dalla presenza di forti interessi personali.

L'attenzione mantenuta si caratterizza per la sua dimensione temporale che il programma intende promuovere negli alunni attraverso l'uso di strategie. L'intervento suggerisce un approccio che tende a rendere gradevoli le attività attraverso strategie motivanti e facilitatrici nei confronti dei compiti.

L'attenzione divisa riguarda il problema della distribuzione del carico attentivo contemporaneamente in più direzioni. Il training avvia alla consapevolezza che è utile distinguere le situazioni in cui conviene una attenzione distribuita rispetto a quelle un'attività deve prevalere

sull'altra. L'attenzione divisa è una modalità più frequente di quanto si pensi. Riguarda la sfera sociale, ludica, familiare e scolastica.

Il rapido spostamento dell'attenzione (shift) si riferisce alle situazioni in cui è necessario focalizzarsi in rapida successione su due stimoli diversi. In altre parole richiama il tema della flessibilità nella gestione delle risorse attentive.

L'introduzione dell'area "Segnali di distrazione" si giustifica per la convinzione che una maggiore consapevolezza delle caratteristiche dei propri processi attentivi permette maggiori capacità di controllo e guida. Esistono molti fattori distraenti che, una volta riconosciuti, possono essere gestiti in modo migliore.

Bibliografia

- BAGNARA S. (1984), *Attenzione e processi cognitivi*, Bologna, Il Mulino.
- BROWN A.L. E PALINCSAR A.S. (1986), *Poor Readers: Teach, don't label*, in U. Neisser (a cura di), *The school of achievement of minority children*, Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- CORNOLDI C. (1995), *Metacognizione e apprendimento*, Bologna, Il Mulino.
- CORNOLDI C ET AL., (1996), *Impulsività e auto-controllo*, Trento, Erickson.
- DINUOVO S. (2000), *Valutazione e potenziamento dell'attenzione* (software), Trento, Erickson.
- DOUGLAS V.I. (1983), *Attentional and cognitive problems*. In M.Rutter (a cura di), *Developmental neuropsychiatry*, New York, Guilford Press.
- DUPAUL G.J. E STONER P.A.(1992), *ADHD in the schools*, New York, Guilford Press.
- KANIEL S.E. E ARAM D., (1993), *Developmental impacts of meta-attention instructions*, "International Journal of Cognitive Education and Mediated Learning", vol. 2, n.3, pp. 1110-121.
- KIRBY E. E GRIMPLEY L. (1989), *Disturbi dell'attenzione e iperattività*, Trento, Erickson.
- MARZOCCHI G.M., MOLIN A, POLI S. (2000), *Attenzione e metacognizione*, Trento, Erickson.

LE MODALITÀ DI ASSESSMENT DEL DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ (1ª parte)

F. Fini & G.M. Marzocchi

Il Disturbo da Deficit di Attenzione /Iperattività (DDAI) è un disturbo alquanto complesso, costituito da due gruppi di sintomi: disattenzione e iperattività /impulsività.

I sintomi di disattenzione (DSM-IV, 1994) sono: difficoltà a prestare attenzione ai dettagli o errori di distrazione, difficoltà nel sostenere l'attenzione durante compiti o attività ludiche, difficoltà ad ascoltare quando gli si parla direttamente, incapacità a seguire completamente le istruzioni, difficoltà a organizzare le attività, tendenza a evitare quei compiti che richiedono uno sforzo mentale sostenuto, ogni stimolo esterno può distrarre e distogliere l'attenzione da un'attività già in atto, sbadattaggine nelle attività quotidiane.

Per quanto riguarda, invece, l'iperattività i sintomi da ricercarsi sono: movimento continuo di mani e piedi, correre o arrampicarsi eccessivamente in situazioni in cui non è appropriato, difficoltà a giocare o impegnarsi in attività tranquille in modo quieto, parlare in modo eccessivo; l'impulsività si ritrova nelle situazioni in cui il bambino "spara" delle risposte prima che sia terminata la risposta, o in cui non è capace di attendere il proprio turno per parlare, o quando interrompe chi già sta parlando, comportandosi in modo invadente verso gli altri.

In base alla presenza o all'assenza di sei o più sintomi di ciascun gruppo, sono stati individuati tre sottotipi del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività e quindi vi sarà un tipo prevalentemente disattento, uno prevalentemente iperattivo e un tipo combinato che presenta cioè entrambi i gruppi di sintomi.

Per fare diagnosi di DDAI è necessario che i sintomi siano presenti da prima dei sette anni e perdurino da almeno sei mesi, provocando nel bambino disadattamento e contrastando con il livello di sviluppo. Questo disadattamento deve

almeno ripercuotersi su due contesti: o quello sociale o scolastico o lavorativo.

La diagnosi non può essere apposta nel caso in cui vi sia la presenza di disturbi quali disturbi pervasivi dello sviluppo, schizofrenia, disturbi psicotici o altri disturbi psichiatrici.

Dalla pratica clinica e sperimentale si è constatato che non è preferibile osservare un bambino con DDAI in quelle situazioni che risultano altamente strutturate, di rapporto uno a uno, che siano particolarmente interessanti per il bambino e che gli offrano frequenti ricompense, perché in queste condizioni i sintomi del Disturbo non vengono alla luce; invece i sintomi del DDAI sono aggravati da situazioni o compiti che richiedono uno sforzo cognitivo prolungato, che non sono supervisionate, in cui il bambino da solo deve organizzare e pianificare l'attività, inibendo di volta in volta le risposte impulsive, dettategli dagli stimoli esterni.

Per l'assessment sono importanti non solo le interviste con i bambini / adolescenti con DDAI, ma anche quelle fatte ai genitori che possono confermare o meno la diagnosi, in quanto, anche per le interviste bisogna tenere conto che il bambino con DDAI è molto abile a mantenere l'attenzione e il controllo sul suo comportamento all'interno del setting terapeutico, quindi il colloquio con i genitori può offrire informazioni importanti sul comportamento del soggetto fuori dal setting terapeutico.

Inoltre l'intervista con il genitore permette al clinico di far luce sulla presenza o meno di malattie psichiatriche, su condizioni psicosociali della famiglia che sono fattori di rilevante importanza ai fini della prognosi.

Per avere un quadro clinico completo del soggetto sarebbe auspicabile ottenere informazioni dettagliate sul comportamento che il bambino tiene all'interno della classe, sull'apprendimento scolastico e a questo scopo sono stati standardizzati degli strumenti appositi. In questo senso alcuni test sono indicati per indagare le abilità intellettive, evidenziando o meno la presenza o meno di difficoltà di apprendimento.

Negli ultimi anni sono nate una serie di scale di valutazione che permettono di raccogliere una

serie di informazioni in modo relativamente veloce; ve ne sono per genitori e insegnanti, e analizzano i comportamenti di disattenzione e iperattività nella situazione "casa" e in quella "scuola". Alcune di queste scale hanno il limite di non differenziare a sufficienza i comportamenti iperattivi / impulsivi da quelli aggressivi. Per quanto riguarda l'osservazione del comportamento del bambino, Barkley (Barkley et al. 1988) fa notare che l'osservazione del comportamento all'interno del setting del laboratorio può essere un contributo utile più alla valutazione della risposta del soggetto al farmaco che non ad una diagnosi in sé e per sé.

Invece l'osservazione dei bambini mentre giocano tra di loro o comunque quando sono impegnati in attività quotidiane di gruppo, facilita la distinzione tra quei bambini che sono iperattivi e quelli che presentano aggressività, da quelli ancora che presentano entrambe le caratteristiche; inoltre, osservare i bambini mentre sono nelle loro classi o durante la mensa scolastica offre non solo informazioni utilissime circa il comportamento del soggetto stesso, ma anche sulla modalità di comportamento dell'insegnante.

Se si tolgono le scale di valutazione, che non possono essere considerate a pieno titolo uno strumento del tutto obiettivo, non esistono ad oggi test specifici per il DDAI. Esistono test neuropsicologici che vengono utilizzati per valutare specifici deficit (attenzione selettiva, sostenuta, inibizione della risposta...), ma non sono sufficientemente utili per fare diagnosi di DDAI (Barkley and Grodzinsky, 1994; Schachency et al., 1989). Gli esami neurologici (EEG) sono indicati solo nel caso di segni focali o condizioni di disturbi degenerativi.

Inoltre i test al computer come il CPT (Barkley, 1990; Conners, 1985; Geenberg & Waldman, 1993; Swanson, 1985) che valutano l'attenzione e la vigilanza, non sono utili al fine della diagnosi perché hanno bassa specificità; comunque restano vantaggiosi ai fini della ricerca in ambito sperimentale.

Altra difficoltà, nel diagnosticare questo disturbo, deriva che altri disturbi si possono confon-

dere con il DDAI; per esempio una scarsa attenzione può essere dovuta a cause fisiche come deficit a livello visivo, trauma cranico, malattie acute o croniche, scarsa nutrizione, disturbi del sonno, disturbi d'ansia, depressione. Inoltre anche l'assunzione di droghe o alcool può interferire con l'attenzione.

La comorbidità tra DDAI e altri disturbi si riscontra in moltissimi casi e può coinvolgere i disturbi della condotta, disturbi d'ansia e il disturbo di Gilles de la Tourette per quanto riguarda la prima infanzia, mentre durante l'adolescenza, è l'abuso di sostanze stupefacenti ad essere comorbido al DDAI.

Da quanto detto nella prima parte di questo articolo si può intravedere la grande complessità del disturbo in questione e la necessità di elaborare una serie di strumenti diagnostici specifici per il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività che permettano di effettuare diagnosi accurate.

Bibliografia

BARKLEY RA, GRODZINSKY GM (1994), *Are tests of frontal lobe functions useful in the diagnosis of attention deficit disorders?* Clinical Neuropsychology, 8, 121-139.

BARKLEY RA (1998), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford.

CONNERS CK (1985), *The computerized continuous performance test*. Psychopharmacological Bulletin, 21, 891-892.

GREENBERG LM, WALDMAN ID (1993), *Developmental normative data on the Test of Variables of Attention (TOVA)*. J Child Psychol Psychiatry 34:1019-1030.

SCHAUGHENCY EA, LAHEY BB, HYNDGW, STONE PA, PICENTINI JC, FRICK PJ (1989), *Neuropsychological test performance and the attention deficit disorders: clinical utility of the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery-Children's. Revision*. Journal of Consulting Clinical Psychology, 57, 112-116.

SWANSON JM, FLOCKHART D, UDREA D, CANTWELL D, CONNOR D, WILLIAMS L (1995), *Clonidine in the treatment of ADHD: questions about safety and efficacy (letter to the editor)*. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 5, 301-304.

Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents, and Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Volume 36(10S) Supplement. October 1997.85S-121S.

IL TRATTAMENTO DEL DEFICIT DI ATTENZIONE E IPERATTIVITÀ

Marina Gardinale

Psicologa Psicoterapeuta

Studio Associato Nuova Educazione, Mestre VE

Il bambino con Deficit di Attenzione e Iperattività (DDAI), non passa inosservato nella scuola. La sua esuberanza, il suo facile distrarsi dal compito e all'estremo opposto l'eccessiva attenzione a ogni stimolo distraente, l'incapacità di iniziare e portare a termine autonomamente un compito, diventano la spina nel fianco dell'insegnante che deve lavorare con lui.

Il bambino DDAI è spesso incompreso da chi gli sta intorno. È capace di ottenere risultati brillanti se una persona resta anche solo fisicamente vicino a lui; spesso è intuitivo, ma se lasciato solo a svolgere un compito, diventa un mezzo disastro. Questa ambivalenza agli occhi dei non esperti è sconcertante, sembra dipendere dalla sua cattiva volontà, dal suo non volersi sforzare/impegnare o perché non viene trattato con la giusta severità. In realtà l'alternanza dei risultati è dovuta ad una reale e documentabile incapacità ad usare e modulare l'attenzione, e alla mancanza di autoregolazione. La caratteristica DDAI accompagna la persona in ogni esperienza e per tutta la sua esistenza, ma sappiamo che può essere mitigata nei suoi effetti.

Il trattamento che abbiamo preparato secondo un'ottica cognitivo- strategica, tende a fare in modo che il deficit di attenzione, che inizialmente è il nemico da combattere, diventi il più possibile un innocuo compagno di viaggio o un'ombra che ci portiamo appresso come quando camminiamo al sole.

Il trattamento dunque è stato studiato in modo da agire sugli aspetti deficitari: l'incapacità di ritardare o inibire la risposta, sulle carenze dei processi di controllo e sull'autoregolazione.

Nel programma specifico che è pubblicato nel libro "Impulsività e autocontrollo" (C. Cornoldi, M. Gardinale, A. Masi, L. Pettinò - Ed. Erickson), sono previsti interventi in tre ambiti: bambino, famiglia e scuola.

Abbiamo fatto la scelta di coinvolgere l'intero ambiente educativo, perché in questo modo il bambino può trasferire le abilità apprese nelle sedute di trattamento personalizzato, nella maggior parte delle esperienze quotidiane, approfittando in questo modo di un elevato numero di occasioni per allenarsi e farle gradualmente diventare una buona abitudine. Si crea così una generalizzazione degli apprendimenti, e si rendono omogenee le modalità di richiesta e di gestione dei comportamenti del bambino da parte delle figure educative.

Sembra che proprio queste azioni coordinate tra genitori, insegnanti e terapeuta diventino una ridondanza molto efficace nell'apprendimento dell'autocontrollo e favoriscano il mantenimento nel tempo, delle abilità costruite anche dopo che la terapia si è conclusa.

La conoscenza del significato e dell'origine del comportamento problematico, rende più semplice ed efficace l'interazione col bambino, evita che insorgano difficoltà di relazione tra genitori e insegnanti e permette di usare accorgimenti e tecniche che minimizzano gli effetti indesiderati.

Sapere quali accorgimenti usare nelle varie situazioni, ha anche l'effetto di ridurre l'ansia degli adulti e un effetto rassicurante sull'atteggiamento da tenere, consente di percepire i progressi, aiuta ad essere più tenaci se i risultati tardano a venire e permette di gestire la propria

frustrazione di fronte ai perseveranti errori del bambino.

Il trattamento prevede 16 incontri con il bambino (di cui 2 per somministrare i test di ingresso e finali, ma il numero può essere modificato in base ai casi particolari). È fondamentale far sperimentare al bambino già dalle prime sedute, attraverso l'uso di tecniche e procedure predeterminate, che anche lui riesce a impegnarsi nel compito e a ottenere buoni risultati.

Il bambino viene allenato a usare una serie di passaggi prima di dare una risposta e già dalla prima volta che si mette alla prova, resta piacevolmente stupito del suo successo e spesso l'espressione del volto sembra non credere ai suoi occhi, come se potesse cominciare a sperare in qualche abilità dentro di lui.

Il programma di lavoro è stato studiato per i ragazzi dalla terza elementare alla terza media (un'ora alla settimana) con lo scopo di promuovere un atteggiamento di autocontrollo sui propri comportamenti e di creare una procedura da attuare sistematicamente durante la fase di apprendimento e successivamente in modo flessibile, nelle varie occasioni della quotidianità.

Gli incontri iniziano con la lettura di una breve favola o racconto che ha lo scopo di introdurre l'argomento di esercitazione e che permette alcune riflessioni metacognitive, la comparazione con la propria esperienza e un aggancio per aiutare il ricordo dell'obiettivo della seduta nei giorni successivi.

Nei ragazzi DDAI le conoscenze metacognitive (letteralmente riflessioni sulle cognizioni, sui processi di pensiero) non sono particolarmente deficitarie ma vengono ugualmente esercitate perché sono un ottimo strumento per creare consapevolezza e padronanza nell'uso di tecniche e strategie.

Il motivo conduttore di tutte le sedute è la conoscenza e l'uso delle "5 fasi" ovvero, una procedura di lavoro di problem-solving.

Al bambino vengono fatte memorizzare le seguenti fasi:

- Che cosa devo fare?
- Considero tutte le possibilità
- Mi concentro o fisso l'attenzione

- Scelgo una risposta
- Controllo la mia risposta

L'utilizzo di questa "ricetta" costringe il bambino a rallentare la sua possibile risposta impulsiva e con molte probabilità anche sbagliata, di esplorare più ipotesi prima di scegliere quella che più lo convince e di interiorizzare una sequenza di pensieri-guida che supplisca alla sua incapacità di costruirsi dei piani di lavoro.

Durante la seduta il terapeuta attraverso la tecnica di modeling, si cimenta nella soluzione di piccoli esercizi usando le 5 fasi come memoria e verbalizzando ogni pensiero e ogni scelta per diventare un modello che il bambino dovrà imitare nell'esercizio successivo.

Di tanto in tanto al terapeuta viene chiesto di commettere volontariamente uno sbaglio per insegnare al bambino che l'errore ha un'utilità, segnala che non siamo stati abbastanza attenti, o che siamo stati troppo frettolosi nella risposta e per suggerire quali pensieri sono utili per auto-sostenersi in queste occasioni: ad es. "ho fatto un errore... può capitare a tutti e per questo non mi devo scoraggiare, ma se uso le fasi e non mi faccio distrarre dal pensiero di non essere bravo, alla fine otterrò un buon risultato".

Queste auto-rassicurazioni sono molto utili per cominciare a modificare la percezione di non valere nulla o di non avere abbastanza abilità o almeno per ridurre l'effetto negativo di auto-suggestione durante i compiti.

Durante le prime sedute il terapeuta si alterna al bambino nell'esecuzione di un compito, esprimendo ad alta voce i pensieri, poi gradualmente diminuisce la sua guida perché il bambino abbia lo spazio per interiorizzare il modello e per usare il proprio linguaggio come guida ai suoi comportamenti fino a trasformarlo in un linguaggio interno funzionale.

Nel bambino DDAI il "linguaggio interno" è piuttosto carente e nel nostro caso viene addestrato per costruire l'autoregolazione.

Secondo Luria, il processo di acquisizione dell'autoregolazione passa attraverso una fase in cui il comportamento del bambino è guidato dagli altri attraverso comandi linguistici, per passare alla fase in cui i segnali linguistici ven-

gono interiorizzati. La capacità di autoregolazione sarebbe una funzione della capacità di parlarsi in modo da imporsi degli ordini regolatori.

L'uso delle 5 fasi, segue lo stesso iter di interiorizzazione: inizialmente il terapeuta in alternanza col bambino nomina le fasi ed esprime ad alta voce i pensieri che portano alla soluzione di un compito, in un secondo momento esprime la stessa procedura parlando sottovoce fino a richiedere che i pensieri restino pensieri e dunque linguaggio interno a regolare il comportamento nella soluzione del compito.

Parallelamente a queste abilità vengono sviluppate riflessioni sull'attribuzione a se stessi dei successi o degli insuccessi. Fare un'attribuzione significa decidere chi o che cosa sia responsabile di quanto accade nelle esperienze della vita. Le interpretazioni di queste responsabilità formano degli schemi rigidi che influiscono sull'impegno. Nel caso di bambini DDAI o di studenti con scarsi risultati, i fallimenti vengono imputati a fattori interni ritenuti incontrollabili e in particolare alla scarsa abilità. Partendo da queste premesse, e dopo ripetuti insuccessi, i bambini DDAI spesso arrivano a concludere che l'impegno attivo sia del tutto inutile, in quanto non può modificare l'abilità che è una causa stabile e dunque non influenzabile dalla volontà. Questa logica spiega come il bambino spesso demorda dal ritentare in un compito se non ottiene subito il risultato. Se aggiungiamo a questo una risposta affrettata e spesso scorretta, possiamo immaginare come queste situazioni diventino miscele esplosive per il bambino nel suo impegno scolastico.

Durante il training è perciò importante sviluppare la propensione ad attribuire i risultati a fattori controllabili, come l'uso preciso delle fasi o all'impegno attivo proprio come accade per gli "studenti realizzati" che attribuiscono i buoni risultati alla loro intelligenza e alle loro abilità (fattori interni, stabili) o a metodi di studio efficaci (cioè a fattori controllabili). Questi studenti orientati al successo e con buone esperienze in passato, attribuiscono a se stessi il successo e si aspettano che continui in futuro. Se ottengo no

dei risultati scadenti li imputano a cause occasionali o fortuite e intensificano l'impegno nelle prestazioni successive.

Questo atteggiamento produce anche una protezione per la propria autostima in quanto "posso continuare a credere nelle mie abilità anche se commetto degli errori perché questi sono dovuti ai fattori controllabili".

Il programma di trattamento del DDAI consiste dunque in:

- un allenamento molto articolato che fornisce una procedura costante (le 5 fasi),
- la creazione di un linguaggio interno che sostituisca la guida esterna,
- un continuo atteggiamento metacognitivo ovvero di riflessione e di controllo sul modo in cui si lavora e
- l'elaborazione del sistema attributivo.

Durante gli incontri si allenano i ragazzi a padroneggiare l'uso delle 5 fasi attraverso esercizi o giochi, si usa lo schema delle fasi per risolvere compiti matematici, per lo studio, per gestire i conflitti nelle relazioni sociali e per creare una capacità di resistenza all'impegno e allo sforzo. Uno dei rischi più grossi che corrono i ragazzi DDAI è proprio quello di non riuscire a usare comportamenti sociali misurati, le loro reazioni impulsive producono solo risposte dettate dalla rabbia, aggressive e come risposta da parte dei compagni, un frustrante isolamento, una terra bruciata tutt'intorno.

Le sedute che trattano il riconoscimento delle emozioni, l'analisi delle possibili risposte e la scelta del comportamento più idoneo dopo aver valutato anche le prevedibili conseguenze, possono essere svolte anche in gruppo.

Il programma che abbiamo messo a punto nel libro già citato, offre molti ambiti di lavoro che ogni terapeuta adatterà in base alla sua esperienza e alle caratteristiche del bambino. Il contributo personale per renderlo attraente e quanto più piacevole, sarà il tocco per ricevere molte soddisfazioni. Tra quelle che più ricordo posso citare la richiesta di Marco, un bambino di 3^a elementare, che ha voluto portare in classe il foglio in cui erano riassunte le 5 fasi "perché sarebbero state utili anche ai suoi compagni", o la

confidenza di Alessio (3^a elementare) "quando ero con i miei amici, mi sono ricordato le tue parole e non mi sono arrabbiato".

LE TERAPIE FARMACOLOGICHE PER IL DISTURBO DA DEFICIT ATTENTIVO CON IPERATTIVITÀ

*Alessandro Zuddas, Bernadette Ancilletta,
Pinuccia Cavolina, Christian Medda.*

*Centro Terapie Farmacologiche in Neuropsichiatria
dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Clinica di Neuro-
psichiatria Infantile, Dip. di Neuroscienze, Universi-
ta' di Cagliari. e-mail: azuddas@unica.it*

Gli psicostimolanti, (metilfenidato, destroamfetamina e pemolina) sono considerati a tutt'oggi la più a terapia più efficace bambini, adolescenti ed adulti con Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) e rappresentano la classe di farmaci maggiormente studiata in età evolutiva. 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. Numerosi studi controllati, effettuati su bambini ed adolescenti, hanno dimostrato, mediante l'uso di scale di valutazione per genitori o insegnanti e di valutazione clinica da parte dello psichiatra infantile, che destroamfetamina e metilfenidato (MPH) migliorano in maniera consistente, rapida e duratura i sintomi dell'ADHD e che tale effetto risulta statisticamente significativo anche quando i soggetti non sono accuratamente definiti, i gruppi studiati sono poco numerosi ed i dosaggi dei farmaci non omogenei. Risultano migliorati soprattutto l'iperattività, l'impulsività, l'aggressività, il comportamento distruttivo o socialmente inappropriato, le interazioni del bambino con genitori, insegnanti e coetanei. Gli psicostimolanti migliorano anche le performance nei test di attenzione, di vigilanza, di apprendimento visuale e verbale e di memoria a breve termine: tale miglioramento appare dovuto alle maggiori capacità di concentrazione, vigilanza e attenzione focalizzata con

minore distraibilità per stimoli esterni. Altri farmaci utilizzabili in situazioni particolari sono alcuni triciclici antidepressivi ed i farmaci alpha-2 agonisti (clonidina e guenfacina).

Non tutti i bambini con ADHD necessitano però di un trattamento farmacologico. Dopo attenta valutazione medica e psichiatrica, la decisione di usare farmaci si basa sulla severità dei sintomi, sul consenso dei genitori e del bambino, sulle capacità del bambino, dei genitori e degli operatori scolastici di gestire i problemi comportamentali, e sui risultati di precedenti terapie. Nei bambini, la tolleranza agli effetti clinici degli psicostimolanti è estremamente rara, l'abuso praticamente inesistente. È opportuno valutare almeno una volta all'anno l'utilità di proseguire il trattamento: spesso il bambino, diventato adolescente, riferisce di sua iniziativa di non aver più bisogno del farmaco per stare attento.

La diagnosi di Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività è raramente formulata in Italia. Le restrizioni legali all'uso degli psicostimolanti e le attitudini cliniche di molti clinici fanno sì che, in questi bambini, la diagnosi sia spesso descrittiva anziché categoriale o consideri le sole patologie associate (comorbidità). In Italia è possibile reperire (come prodotto galenico) e prescrivere solo la pemolina. Il Metilfenidato, pur non essendo in commercio, può essere importato dall'estero, previa autorizzazione del Ministero della Sanità: può essere somministrato in regime ospedaliero in Day Hospital, previo consenso informato scritto e testimoniato dei genitori.

Negli ultimi due anni, ci sono stati inviati da pediatri territoriali informati delle possibilità terapeutiche per tale patologia 55 bambini di età compresa tra 4 e 12 anni. I bambini riferiti iperattivi sono stati studiati utilizzando questionari per genitori e insegnanti, un'intervista semi-strutturata ai genitori, un'intervista col bambino adeguata al suo grado di sviluppo e accompagnata da scale di valutazione per l'ansia e la depressione, valutazione medica, e neuropsicologica centrata su attenzione/impulsività e lettura e apprendimento. Quarantuno dei 55 bambini sono stati diagnosticati come ADHD. In 25 di questi bambini è stato somministrata una singola dose test di metilfenidato (MPH; 0.1-0.3

mg/Kg) e, quando opportuno una terapia cronica (dose massima 1 mg/kg/die). La dose singola ha indotto disforia e logorrea in quattro bambini, in 21 è stato osservato un significativo miglioramento delle performance attentive; in 18 bambini tale effetti terapeutici sono rimasti costanti durante la terapia cronica con miglioramento del funzionamento sociale e scolastico. I risultati di questo studio pilota suggeriscono che il protocollo descritto può essere utile per la diagnosi di ADHD, che il test acuto è predittivo dell'efficacia a lungo termine della terapia cronica con MPH e che la reintroduzione del metilfenidato nella farmacopea italiana, sotto attento controllo medico-specialistico, è da ritenersi fortemente auspicabile.

1ª CARTA DEI DIRITTI DEL BAMBINO DISATTENTO / IPERATTIVO

L'Assemblea dell'Associazione, riunitasi a Firenze in data 25.3.2000, ha dato mandato al Presidente dell'Associazione Italiana Disturbi di Attenzione/Iperattività - Onlus di diffondere un comunicato stampa in cui si descrive la situazione italiana circa gli aspetti sanitari (diagnostici e terapeutici) ed educativi in materia di Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività.

1) Da una serie di incontri e convegni, con professionisti e non addetti ai lavori, è emerso che il disturbo è ancora in Italia poco conosciuto e studiato. In particolare la diagnosi di Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (d'ora in poi DDAI) viene posta troppo poco frequentemente rispetto alle stime epidemiologiche internazionali (circa il 5%, secondo l'Associazione degli Psichiatri Americani). Tale fenomeno produce una serie di effetti tra cui:

- la delusione di chi non vede riconosciuto il problema;
- la frustrazione e il disagio della famiglia e degli insegnanti che si vedono negare la possibilità di ricevere un aiuto concreto per fronteggiare la situazione problematica;
- l'impossibilità da parte dei servizi pubblici di attivare interventi riabilitativi appropriati.

2) Nei casi in cui la diagnosi di DDAI venga presa in considerazione, si considerano preferibilmente i criteri del manuale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (International Classification Diseases - 10th version) che descrive solo il bambino che presenta contemporaneamente marcata disattenzione e iperattività-impulsività, con il pericolo di trascurare le problematiche altrettanto gravi (e più diffuse) relative ai bambini con disattenzione e lieve iperattività che pure presentano problematiche legate all'apprendimento scolastico. Il risultato finale è che esiste una parte della popolazione infantile (tra il 3% e il 4%) che presenta una serie di difficoltà cognitive legate all'attenzione, all'apprendimento che sfociano in difficoltà organizzative e interpersonali di cui nessuno si fa carico in quanto la loro situazione non è contemplata dal manuale psico-diagnostico dell'OMS. L'AIDAI-ONLUS raccomanda di tener conto dei risultati più avanzati della ricerca e della pratica clinica del campo e di prendere in considerazione anche altri criteri diagnostici fra cui quelli che prevedono l'esistenza del sottotipo disattento, allo scopo di poter attivare anche per esso opportuni interventi educativi.

3) Per quel che concerne gli aspetti educativi, l'AIDAI-ONLUS è consapevole di numerosi episodi di disinformazione e inadeguata educazione presso le scuole frequentate da bambini con DDAI. È nostra premura sottoporre all'attenzione dei Provveditori e dei Dirigenti Scolastici la necessità di attivare corsi di formazione per insegnanti per dare loro informazioni e strumenti adeguati per la gestione di bambini con DDAI. Oltre a ciò è bene prendere in considerazione il problema della difficoltà di comunicazione tra scuola e famiglie di bambini con DDAI, e quindi pianificare cicli di incontri comuni, in presenza di un esperto, che siano in grado di stabilire un'alleanza tra genitori e insegnanti al fine di essere maggiormente d'aiuto al bambino disattento/iperattivo.

4) L'AIDAI-ONLUS informa che è stato attivato un servizio di consulenza legale a favore di genitori di bambini con DDAI che dimostrano di aver subito violazione di diritti all'integrazio-

ne sociale e scolastica, nonché episodi di abusi di vario genere.

5) È stato pubblicato più volte e sulle più importanti riviste scientifiche internazionali che un trattamento farmacologico, in particolare l'uso del Metilfenidato, può produrre effetti notevolmente positivi sui sintomi del DDAI. Dopo l'assunzione di questo farmaco, si osserva una marcata riduzione dell'iperattività, un aumento delle prestazioni attentive e scolastiche, con evidente diminuzione delle problematiche familiari e scolastiche, anche se gli effetti positivi svaniscono il giorno dopo che il farmaco non è stato assunto. Si ritiene pertanto opportuno che anche in Italia venga aperto un dibattito scientifico serio sugli effetti del trattamento farmacologico e sulla possibilità di prescriverlo anche in Italia.

6) È stato osservato presso numerosi servizi (pubblici e privati) che ai bambini con DDAI vengono proposti interventi psicoterapici la cui efficacia non è mai stata dimostrata. Questo fenomeno determina il rischio di sottoporre le persone con DDAI a prolungate ed inefficaci psicoterapie, eliminando di conseguenza la possibilità di recupero delle difficoltà cognitive e comportamentali. L'A.I.D.A.I.-ONLUS suggerisce di utilizzare in via preferenziale tecniche psicologiche la cui efficacia è stata dimostrata dalla letteratura scientifica, o sia dimostrabile attraverso studi controllati.

Firenze, 25 marzo 2000

LETTERE E TESTIMONIANZE DI GENITORI

I genitori di Gianluca

Nostro figlio, di nove anni, denotava sin da piccolino le caratteristiche dell'iperattività oviamente accentuate o maggiormente evidenti con l'ingresso all'asilo e poi in prima elementare. Gianluca sembrava avere delle reazioni aggressive immotivate, con compagni e/o insegnanti. A casa questo non succedeva, comunque ci siamo rivolti alla psicoterapeuta.

Risultato: nessun consiglio o aiuto.

Il bimbo fortunatamente cresce e sta piano piano normalizzandosi da sè e, forse, anche grazie al nostro costante "aiuto".

Abbiamo lavorato molto sull'autostima, e sulla metodica organizzativa. Abbiamo notato che spesso le sue reazioni erano eccessive, ma motivate. Quindi abbiamo lavorato sul sistema relazionale. Inoltre stiamo cercando di allenare la durata dei tempi di attenzione: ora molto più lunghi. A volte è in grado di fare i compiti da solo, ma spesso questo non succede, pur avendo capacità intellettive elevate.

Siamo contenti, ma non basta.

Una mamma di Roma

Purtroppo io contatto l'associazione da un paese dei Castelli Romani (Rocca di Papa) che si trova a pochi km da Roma. Dico purtroppo perchè a me Padova e Venezia sembrano molto lontane. Il fatto è comunque che mio figlio risponde pienamente alla descrizione di bambino iperattivo (non moltissimo, con l'età e forse anche con il nostro aiuto, è riuscito a controllarsi un pò) e con deficit di attenzione. Devo dire che un centro di Roma che abbiamo contattato quando il bimbo aveva quattro anni, ha sempre minimizzato il disturbo, dicendomi che io non avevo mai visto un bambino iperattivo. Forse è vero: esagero. Ma ormai a casa mia si urla solo, perchè mio figlio vuole fare solo quello che gli pare e ho moltissime difficoltà a fargli accettare di fare i compiti: il più delle volte si rifiuta di leggere ma anche scrivere gli risulta molto difficile e quindi penoso.

Il mio desiderio è capire se e come posso aiutare meglio mio figlio nelle sue difficoltà. A volte sono spaventata, pensando a quello che il futuro gli riserva.

Ho degli amici americani (USA) che hanno un figlio con ADHD che è stato curato con il Ritalin e proprio in questi giorni mi hanno spedito un libro che parla proprio di questo farmaco, degli effetti che ha sui bambini, sulla famiglia e sulla società. A sentire loro e anche loro figlio

(che oggi ha quasi diciotto anni) non avrebbe potuto proseguire negli studi se non avesse avuto l'aiuto di questa medicina.

La mia esigenza in questo momento è di confrontarmi con persone che sono preparate in materia e che non minimizzano il mio problema.

Sono una mamma che viene dalla Germania

Io sono tedesca, sposata con un italiano; abbiamo un bambino iperattivo di sei anni. La diagnosi è stata fatta in Germania, l'anno scorso. Sempre in Germania ci è stato prescritto uno sciroppo a base di un derivato dell'anfetamina (250 ml di sciroppo - 0,5 g. di anfetamina) che ha dato buoni risultati. Prima era aggressivo, al punto che durante gli "attacchi di rabbia" rompeva anche i mobili; suo fratello, più piccolo, aveva paura di lui perchè gli lanciava addosso quello che gli capitava tra le mani. Le insegnanti della scuola materna non sapevano più cosa fare: mio figlio non era mai al suo posto, rispondeva male, picchiava e mordeva i compagni e mi hanno comunicato che in queste condizioni non poteva andare alle elementari.

Invece adesso, con quello sciroppo, è migliorato molto e le insegnanti non si lamentano più; a casa sta intere giornate a giocare da solo ai "lego". A scuola fa inglese, informatica, cucina, matematica, incomincia a scrivere: insomma non ha più problemi al punto da non avere nemmeno bisogno di una insegnante di sostegno.

Solo che il nostro neuropsichiatra infantile sta cercando di farci arrivare il "Ritalin" perchè vorremmo sostituirlo allo sciroppo che devo fare arrivare dalla Germania. Non capisco perchè in tutto il mondo è possibile trovarlo senza problemi e solo qui è vietato.

Se ne rende conto la "Sanità" che ci sono delle persone (anch'io quest'estate ho l'appuntamento da uno specialista in Germania, perchè sono iperattiva e ho bisogno del "Ritalin") che ne hanno bisogno? È una vergogna che non si possano avere le medicine di cui si ha bisogno!

In Germania e in America è ormai noto che, bambini curati con il Ritalin sono meno predi-

sposti alla delinquenza, alla droga, e che vanno molto meglio a scuola.

Non sono l'unica che non capisce la Sanità e certe sue leggi, ma anche gli altri Stati dell'Europa lo trovano assurdo. L'Italia vuole entrare nell'Europa, però, dovrebbe cercare, di uniformarsi agli altri Stati, cercando di cambiare alcune cose.

Se in Germania racconto che in Italia non si trova il Ritalin, mi guardano come se arrivassi da un altro pianeta. Un medico là, mi ha detto che l'Italia è il Paese delle assurdità!

Bisogna fare qualcosa, perché in Italia c'è tanta gente che ha bisogno del Ritalin, bambini e adulti! Il Ritalin migliora la vita di un iperattivo!!!

Sono una mamma delusa

...“Mio figlio, con problemi di disattenzione e iperattività (confermati dalla logopedista), verrà fermato (bocciato) in I° elementare, benché abbia imparato a leggere, scrivere e contare.

Vorrei saper la vostra opinione su questo tipo di provvedimento. Personalmente penso che sia controproducente perché il prossimo anno, risentendo cose che sa già, sarà ancora più ingestibile. Mio figlio è considerato distratto e maleducato perché non sente i rimproveri e in più non sa organizzare il lavoro in classe (fa cadere le matite, sbaglia le pagine su cui deve scrivere).

Però dall'inizio dell'anno scolastico ad oggi, lui è sempre migliorato e, malgrado i primi mesi impossibili, oggi ha fatto qualche passo in avanti: i suoi compagni eseguono due esercizi, lui ne fa uno solo, richiamandolo in continuazione.

Io mi chiedo se, dato che si tratta di un disturbo, non saremo nelle stesse condizioni l'anno prossimo, quando mio figlio si troverà a frequentare nuovamente la I° elementare? Penso anzi che moralmente si sentirà inadeguato, sconfitto, arrabbiato.

Non sarebbe più utile dare importanza ai suoi miglioramenti, gratificarlo per gli sforzi che sta facendo?

Le sue insegnanti lo paragonano sempre ai suoi compagni, ma io penso che non ci dovrebbe essere un unico traguardo da raggiungere. Impara-

re non deve essere una gara in cui chi è più lento viene “rifiutato”.

Le insegnanti insistono sul fatto che mio figlio potrebbe dare di più, ha le capacità, ma si perde con la testa chissà dove; ma questo mi convince sempre di più che questa sua disattenzione e iperattività è nel suo modo di essere. Avrebbe bisogno solo di imparare un po' di autocontrollo e a organizzarsi.”

Penso che mio figlio sia iperattivo

Sono socia dell'AIDAI da febbraio di quest'anno e ho partecipato con enorme interesse al congresso da voi organizzato a Firenze a fine marzo. Da questa incredibile esperienza traggo la spinta a scrivere per raccontarvi la mia esperienza come mamma di Daniele, otto anni, bambino con deficit di attenzione e iperattività.

Non potrei ancora usare il termine “DDAI” in quanto, ad oggi, è stato in grado di diagnosticarlo, né di esplicitare il sospetto di diagnosi: eppure, sono più di sei anni che sento parlare di difficoltà di concentrazione e attenzione, iperattività, difficoltà di socializzazione e relazione.

Questi anni di cammino sono stati scanditi mese per mese da terapie neuropsichiatriche e indagini genetiche che non hanno condotto a nessun risultato; e per risultati intento il “nome” del disturbo di cui soffre mio figlio. Eppure mio figlio è proprio come Marzocchi, Offredi, Vio e gli altri hanno descritto i loro bambini DDAI: identico a loro. So che non è compito mio diagnosticare e tanto meno in un ambito medico così complesso e ricco di sfumature come quello in cui mi trovo calata assieme alle decine di mamme che ho incontrato a Firenze. Ma sento un obbligo morale nei confronti di mio figlio che si affaccia alla vita: ma lo sento anche nei confronti dello stesso senso che mi ha suggerito di leggere e studiare e che, perciò, mi ha consentito di ribaltare completamente la diagnosi scritta da una ben nota genetista umbra che aveva dichiarato Daniele affetto dalla sindrome di Martin-Bell sulla base di insufficienti esami di laboratorio e che si era battuta strenua-

mente affinché non procedessi con gli Ospedali di Genova alla indagine genetica definitiva.

Viviamo in una realtà cittadina, come sicuramente ce ne sono tante, in cui i neuropsichiatri delle Asl non riescono a far fronte alle esigenze locali sicuramente per mancanza di fondi economici sufficienti e di personale veramente qualificato che sia rapportato alla molteplicità delle patologie che una comunità presenta. Nella consapevolezza di questo enorme limite, ogni medico, e ancor di più quelli che si occupano di bambini in difficoltà, dovrebbero unire cuore e deontologia onde esplicitare i propri limiti di conoscenza, permettendo così di guadagnare tempo utile alla risoluzione del problema piuttosto che ad una finta e lenta ricerca di esso. Perché il tempo passa e, in questi casi, troppo in fretta.”

BIBLIOGRAFIA IN LINGUA ITALIANA SUL DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ

ARTICOLI (che possono essere richiesti all'Associazione).

BARKLEY R. A. (1999), *Deficit di attenzione/iperattività*, Le Scienze (Gennaio, 1999)

CAMERINI G.B., COCCIA M., CAFFO E. (1996). *Il disturbo da deficit dell'attenzione-iperattività: analisi della frequenza in una popolazione scolastica attraverso questionari agli insegnanti*. Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. 63, 587-594.

CORNOLDI (1998). *La testa altrove, Il disturbo da deficit di attenzione*. Psicologia Contemporanea n. 147 (Maggio - Giugno 1998).

DI NUOVO S., TORRISI A.M., GELARDI D. (1999). *Deficit di attenzione/iperattività: un confronto tra soggetti con o senza ritardo mentale*. Ciclo evolutivo e disabilità, 2/1, 59-78.

DI PIETRO M. (1995). *Disturbi da deficit d'attenzione e iperattività: l'intervento razional-emotivo*. Difficoltà di apprendimento, 1, (pp. 107-118).

GALLUCCI F., BIRD H., BERARDI C., GALLAI V., PFANNER P., WEINBERG A. (1995). *Sintomi di di-*

sturbo da deficit d'attenzione-iperattività in un campione scolastico italiano: risultati di uno studio pilota. Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva, 15, 67-179.

GARDILL, DU PAUL ET AL. (1999), *Strategie per gestire in classe gli alunni con disturbo da deficit di attenzione e iperattività*, Difficoltà di Apprendimento, 4/4, pp. 567-578.

MARZOCCHI E CORNOLDI (2000). *Una scala di facile uso per la rilevazione dei comportamenti problematici in bambini con deficit di attenzione/iperattività*. Psicologia Clinica dello Sviluppo, 4, 43-64.

MARZOCCHI G. M. & CORNOLDI C. (1998), *Disturbi di impulsività e ricerca visiva in bambini con Deficit di Attenzione/Iperattività*. Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 65, 173-186.

NISI A. (1986). *L'allievo iperattivo*. Psicologia e scuola, 26, 38-43 (parte prima); 27, 34-42 (parte seconda); 28, 35-42 (parte terza).

OFFREDI E VIO (1999), *Il trattamento del disturbo da deficit di attenzione/iperattività: analisi di due casi*, Difficoltà di Apprendimento, 4/3 pp. 379/398.

PENGE R. (1995). *ADHD sintomo o sindrome*. Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

POLIRSTOK S.R. (1999). *La comorbidità nel deficit di attenzione/iperattività: manifestazioni concomitanti di disturbi della condotta, oppositività, ansia, somatizzazione e disturbi di apprendimento*, Ciclo evolutivo e disabilità, 2/1, 9-16.

SACCOMANI, BATTAGLIA, RIZZO, RAVERA, TROMPETTO, DE NEGRI (1995). *Aspetti neuropsicologici e stile relazionale in bambini con disturbo da deficit di attenzione ed iperattività (DDAI) a diversa patogenesi*. Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva (pp. 111-120).

SANI E VILLANI (1995), *La sindrome da deficit attentivo con iperattività*, Aggiornamento Medico (Gennaio - febbraio, 1995).

SECHI E., CORCELLI A., VASQUES P. (1998). *Difficoltà esecutive e problemi di programmazione prassica nei bambini con Disturbi da Deficit*

dell'Attenzione con Iperattività. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65, 187-195.

VIO, OFFREDI E MARZOCCHI (1999), *Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività: sperimentazione di un training metacognitivo*, 2/2, 241-262, *Psicologia Clinica dello Sviluppo*.

AGGIUNGIAMO I TRE ARTICOLI CHE RIGUARDANO IL TRATTAMENTO MULTIMODALE PRESENTATO DAL PROF. SWANSON DURANTE IL CONVEGNO DI FIRENZE

A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder The MTA Cooperative Group

<http://archpsyc.ama-assn.org/issues/v56n12/full/yoa8407a.html>

Moderators and Mediators of Treatment Response for Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: The Multimodal Treatment Study of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder The MTA Cooperative Group

<http://archpsyc.ama-assn.org/issues/v56n12/full/yoa8407b.html>

Development of Clinical Services for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Eric Taylor, MB
<http://archpsyc.ama-assn.org/issues/v56n12/full/ycom9363.html>

LIBRI

(tali testi non sono fotocopiable)

CORNOLDI, GARDINALE, MASI E PETTENO (1996), *Impulsività e autocontrollo*, Edizioni Erickson Douglas. *Quella peste di mio figlio*. Collana "Le comete". Franco Angeli Editore.

KIRBY E GRIMLEY (1989), *Disturbi dell'attenzione e iperattività*, Edizioni Erickson

MARGHERITI M., SABBADINI G. (1995). *L'iperattività e i disturbi dell'attenzione*. In *Manuale di Neuropsicologia dell'età evolutiva* (G. Sabbadini, a cura di). Zanichelli.

MARZOCCHI G. M., MOLIN A. & POLI S. (2000). *Attenzione e metacognizione*. Trento, Erickson.

Prekop J. & Scheweizer C. (1999). *Bambini Iperattivi*. Como: RED

PRIOR M. (1991). *L'iperattività*. In "I disturbi dell'apprendimento" (C. Cornoldi, a cura di). Bologna: Il Mulino.

SEVER S., *Come comportarsi con i figli*, Sonzogno.

VIO, OFFREDI, MARZOCCHI (1999). *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività*. Erickson, Trento.



www.edizionijunior.it

VEDI LE SEGUENTI RUBRICHE

- ☞ **INTEGRAZIONE SCOLASTICA:
STUDI, ESPERIENZE E RICERCHE**
- ☞ **STRUMENTI PER LA RICERCA
E L'INTERVENTO**
- ☞ **NOTE BIOGRAFICHE**
- ☞ **GLOSSARIO PSICOLOGICO,
PEDAGOGICO E DIDATTICO**