

Editoriale

In apertura del quarto numero della settima annata dell'AIDAI-Newsletter presentiamo alcuni estratti del seminario che il dott. Gabriele Masi ha tenuto a Firenze proponendo il frutto del lavoro realizzato con l'EINAQ (European Interdisciplinary Network for ADHD Quality Assurance) per migliorare l'informazione sul Disturbo di Attenzione e Iperattività e problemi associati e destinato non solo specialisti ma anche pediatri, medici di famiglia, genitori. In particolare sono discusse le relazioni dell'ADHD con altri Disturbi dell'età evolutiva e viene prestata particolare attenzione alle modalità di intervento sulla base di quadri clinici "complessi". È presentato il resoconto di corsi sull'ADHD per insegnanti tenutisi a Brescia. L'articolo -illustrando sia il materiale didattico che le reazioni che ha suscitato- può essere interessante come spunto per la realizzazione di corsi in altre parti

d'Italia e per coloro che desiderino fissare alcuni concetti chiave dell'approccio comportamentale all'interno della psicologia scolastica.

Il contributo di Cinzia Bizzarri fornisce elementi di riflessione per la progettazione di corsi secondo l'approccio Costruttivista uno dei più recenti modelli teorici e metodologici dell'apprendimento "*dove la conoscenza diventa sinonimo di saper ricercare, la competenza prioritaria riguarda il saper essere e lavorare in rete, la conoscenza diventa partecipazione alla sua stessa costruzione*".

Gianluca Perticone ha organizzato un articolo riassuntivo che descrive un anno di lavoro che l'Aidai ha prodotto con gli insegnanti di numerose regioni d'Italia.

Infine proponiamo una bibliografia aggiornata che raccoglie libri e articoli italiani usciti nel triennio 2001-2004 e articoli in lingua inglese usciti nell'anno 2004.

Seminario ADHD e patologie correlate

Firenze 19/04/2004

Relatore G. Masi

Istituto di Neuropsichiatria Infantile Stella Maris (IRCSS)
Calambrone (PI)

Presentiamo alcuni estratti del seminario che il dott. Masi ha tenuto a Firenze proponendo il frutto del lavoro realizzato con l'EINAQ (European Interdisciplinary Network for ADHD Quality Assurance).

L'EINAQ è una rete di specialisti europei che con il supporto della casa farmaceutica Ely Lilly ha preparato materiale didattico per organizzare in tutta Europa corsi sul Disturbo di Attenzione e Iperattività e problemi associati.

Destinatari dei corsi di informazione saranno non solo neuropsichiatri infantili e psicologi, ma anche pediatri, medici di famiglia, genitori.

“L'ADHD dovrebbe essere considerata più in termini dimensionali che categoriali. In altri termini, anche se è definito nei sistemi diagnostici correnti da una serie di criteri diagnostici, come la polmonite, l'ADHD si situa lun-

go un continuum, dalle forme più lievi a quelle più gravi, nel quale la componente quantitativa (livello di gravità) è più importante di quella qualitativa (presenza o assenza del disturbo). Possiamo in tal senso usare la metafora della febbre: a 37 è poco rilevante e non comporta limitazioni significative, a 38 induce a blandi provvedimenti, a 39 richiede un intervento, a 40 o 41 magari richiede un ricovero ospedaliero. Questo messaggio chiarisce la natura del disturbo a chi, leggendo i sintomi del disturbo, pensa di riconoscerli in tutti i bambini che conosce.

È fondamentale considerare il parametro “*compromissione funzionale*”, e non solamente i sintomi: molti ragazzini hanno sintomi dell'ADHD, ma non hanno l'ADHD, perché il loro funzionamento è adeguato, ed i loro sintomi non comportano conseguenze significative.

Caratteristiche relative al decorso del disturbo

1-3 anni	In età molto precoce ovviamente è necessaria la massima prudenza perché i disturbi eventualmente osservati possono essere precursori dell'ADHD come di altri innumerevoli disturbi (es. disturbi della regolazione, disturbo oppositivo-provocatorio, disturbi dell'umore), ma anche di un disturbo dell'attaccamento, o di un ritardo maturativo.
3-6 anni	Anche in questa fascia di età è consigliabile mantenere una estrema prudenza. I comportamenti che possono essere osservati sono: riduzione dell'intensità e della durata del gioco, irrequietezza motoria, disturbi di sviluppo, comportamento oppositivo-provocatorio, impulsività, difficoltà di interazione con i compagni, assenza di senso del pericolo con frequenti incidenti, disturbo del sonno, comportamento oppositivo-provocatorio, “tempeste affettive”, difetti nello sviluppo del linguaggio e della motricità. Il problema attentivo è meno evidente, per le minori richieste ambientali (ma il gioco è particolarmente caotico o grossolano). Di solito genitori cominciano ad essere esausti. In questa fase evolutiva è importante l'osservazione comportamentale, in quanto è più probabile utilizzare l'osservazione del comportamento spontaneo come strumento diagnostico, poiché

	<p>sono minori in questa fase quei controlli che un bambino di 7-9 anni mette in atto in una situazione più strutturata (la prima volta dal dottore sanno stare fermi, mentre un bambino piccolo non ha questa capacità)</p> <p>Possibili DIAGNOSI DIFFERENZIALI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ritardo mentale - Autismo - Deficit sensoriali (visivo-uditivo) - Disturbo dell'attaccamento <p>Intervento prima dei 6 anni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevalentemente intervento sui genitori ("parent training")
6-12 anni	<p>Aspetti tipici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iperattività - Impulsività - Disattenzione <p>Aspetti associati, a volte determinanti a livello diagnostico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - difficoltà scolastiche - bassa autostima - rifiuto da parte dei coetanei - scarso controllo del comportamento (da crisi di collera ad aggressività) - rapporti familiari difficili <p>Spesso i genitori dei soggetti di questa età vengono colpevolizzati dal loro ambiente: "non lo sapete educare, ..."</p>
13-17 anni	<p>Circa 1/3 degli adolescenti non soddisfa più i criteri diagnostici, anche se possono permanere deficit funzionali (ad es. ritardo scolastico, se nel corso delle scuole elementari non sono stati presi adeguati provvedimenti pedagogici). Nei soggetti nei quali la sindrome permane, si riduce in ogni caso la componente motoria (resta una piccola incontinenza motoria settoriale, priva di conseguenze). L'inattenzione resta, determinando difficoltà scolastiche, ma anche di organizzazione e pianificazione. Spesso coesiste una impulsività emotiva o comportamentale, incostanza nelle scelte scolastiche o relazionali, in alcuni adolescenti è particolarmente acuto il senso della noia, con ricerca di sensazioni forti, in alcuni si accentuano aspetti depressivo-ansiosi preesistenti. Solo una parte (10-15%?) di questi adolescenti, in genere quelli con maggiore impulsività, con associazione con disturbo della condotta o con disturbo bipolare, e che vivono in contesti maggiormente a rischio, può presentare maggiori problemi di disadattamento sociale (aggressività, delinquenza, tossicodipendenza, alcoolismo). È comunque opportuno ricordare che tale evoluzione, da noi fortunatamente minoritaria è un possibile rischio da prevenire, e non una evoluzione inevitabile. Il ruolo mediatore del contesto sociale è in ogni caso cruciale.</p>
18+	<p>La <i>remissione</i> della sindrome è abbastanza frequente man mano che si va avanti nell'età. In età adulta il 50% dei soggetti affetti non soddisfa più i criteri per la diagnosi. Nell'età adulta i sintomi tendono ad attenuarsi ulteriormente, in ragione del fatto che l'individuo è nella condizione di potersi ricavare una nicchia all'interno della quale il sintomo è meno invalidante. Il rovescio della medaglia è che spesso si sceglie un lavoro non liberamente ma perché vi si è in qualche modo costretti. Tuttavia se utilizziamo il criterio di "compromissione significativa" la quantità delle persone che guariscono è un po' minore, poiché una parte di questi soggetti portano con loro le cicatrici del disturbo (es. le difficoltà scolastiche). Bisognerebbe precisare meglio i criteri diagnostici e quale si giudica come livello di compromissione funzionale significativo nelle diverse fasce di età.</p>

Fattori eziologici congeniti ed acquisiti collegati all'ADHD

Le cause dell'ADHD non sono ancora del tutto note, anche se negli ultimi anni sono stati fatti molti progressi. I dati disponibili sono numerosi e notevolmente convergenti, ma non consentono ancora delle affermazioni sicure e definitive. Inoltre, come per tutti i quadri complessi, non esiste una causa univoca, ma un insieme di fattori convergenti, la cui somma definisce il grado di vulnerabilità al disturbo.

Una serie di studi riguarda la componente genetica, che in una certa misura condiziona il rischio di presentare l'ADHD (come mostrano quegli studi che cercano di scomporre la componente ambientale e quella genetica, attraverso i confronti delle prevalenze tra gemelli monozigoti, gemelli dizigoti, fratelli e soggetti adottati). Certamente la componente genetica spiega solo una parte (importante) del rischio. Probabilmente esistono diversi geni collegati all'ADHD, e la tipologia e la quantità del coinvolgimento di questi geni in un certo soggetto definisce quantitativamente e qualitativamente la sua vulnerabilità a presentare il disturbo. Esistono inoltre alcune caratteristiche anatomiche e fisiologiche nel Sistema Nervoso Centrale dei bambini con ADHD, che stanno a suggerire che il loro funzionamento potrebbe essere qualitativamente diverso da quello di soggetti senza ADHD. Tale funzionamento, che riguarda quelle quelle aree da cui dipendono la possibilità di stare attenti, l'autocontrollo, la capacità di organizzazione e programmazione del comportamento in relazione ai vari stimoli ambientali (in particolare la corteccia frontale, i nuclei della base ed il cervelletto), può essere tale da garantire una adeguata risposta alle richieste standard della vita quotidiana, mentre di fronte a richieste più complesse e specifiche (quali ad es. alcune di quelle espresse dalla scuola, o dal lavoro) tali compensi risultano insufficienti.

Ma accanto a fattori congeniti esistono fattori biologici acquisiti. Tali fattori hanno particolare rilevanza durante la gravidanza, quando l'esposizione a nicotina e/o ad alcool aumenta netta-

mente il rischio di ADHD. Naturalmente su tali aspetti si può fare un importante lavoro di prevenzione. Un altro fattore importante è rappresentato dalla nascita pretermine e/o dal basso peso alla nascita. Anche disturbi acquisiti del SNC (encefaliti, traumi) possono essere associati allo sviluppo dell'ADHD, anche se si sa ancora troppo poco in proposito. Ancora discusso è il ruolo delle allergie alimentari (e delle diete), che forse coinvolge un ristretto numero di bambini con ADHD.

Naturalmente su tale base di vulnerabilità genetica e biologica si sovrappone il ruolo delle condizioni ambientali, che comprendono tra l'altro la qualità delle relazioni interpersonali, le condizioni socio-economiche, le capacità di adattamento dell'ambiente alle caratteristiche del bambino ADHD. Tali aspetti non creano l'ADHD, ma modulano la possibilità che esso si manifesti, in associazione con la vulnerabilità biologica, e soprattutto condizionano l'evoluzione del disturbo e le sue possibili complicanze. Da qui la necessità assoluta di prendere in considerazione anche i fattori ambientali sia come potenziali concause dell'ADHD sia come aspetto su cui intervenire nel momento in cui viene pianificata una strategia terapeutica.

La comorbidità in età evolutiva, ed in particolare per l'ADHD, è la regola e non l'eccezione. Almeno 3 bambini con ADHD su 4 hanno un ADHD "complicato" da qualcos'altro. La cosa è resa più complessa dal fatto che questo qualcos'altro da un lato può associarsi all'ADHD, dall'altro può simulare l'ADHD. Nel primo caso si parla di comorbidità, nel secondo di diagnosi differenziale, ma i due aspetti sono evidentemente molto collegati. Ad es. un ragazzino che è iperattivo/impulsivo e ha disturbo dell'attenzione può avere un ADHD, oppure può avere una depressione o ancora può avere ADHD + depressione. Nel primo caso c'è diagnosi di ADHD, nel secondo diagnosi differenziale tra ADHD e depressione, nel terzo caso c'è la comorbidità ADHD + depressione.

Il problema della comorbidità è importante, perché quando si creano queste associazioni (ADHD + qualcos'altro), esse individuano dei sottotipi. Tale sottotipizzazione è uno dei modi

più affidabili che noi abbiamo per poter dire qualcosa di più specifico sulla prognosi e sui trattamenti dei bambini con ADHD, e la comorbidità ci consente è proprio uno strumento per consentire queste aggregazioni.

Ad es. il quadro clinico ADHD + Disturbo d'ansia o ADHD + Depressione è ben diverso dal quadro clinico ADHD + Disturbo Condotta (DC) o disturbo oppositivo provocatorio (DOP). La situazione è ancora diversa quando il quadro clinico è composto da ADHD + Ansia + DOP-DC. Noi utilizziamo il termine comorbidità, considerando questi disturbi come autonomi, ma in realtà tali aggregazioni costituiscono delle entità cliniche relativamente specifiche in termini di espressione clinica, evoluzione, risposta ai trattamenti, e rischi evolutivi.

Quindi il concetto di comorbidità non va inteso come l'associazione casuale di disturbi diversi ("uno ha una malattia, uno ne ha un'altra, e alcuni le hanno tutte e due"). Per alcune di queste associazioni la frequenza è talmente superiore al caso che devono essere chiamati in causa meccanismi diversi. In questi casi è difficile pensare che un bambino che ha l'ADHD, tic o un disturbo ossessivo-compulsivo, poi un disturbo depressivo o bipolare, ecc., è difficile dire che abbia avuto tre o quattro o cinque cinque malattie, (davvero sfortunato dovrebbe essere!). Evidentemente si tratta di un concetto tutto da esplorare, e lo studio della storia naturale dei disturbi, di come essi si modificano nel tempo, e di come si associano in pattern tipici e ricorrenti ci consentirà di comprendere meglio i rapporti tra quadri clinici apparentemente distanti a loro, ma evidentemente legati sul piano psicopatologico e/o neurobiologico e/o ambientale.

Rapporto tra ADHD ed altre diagnosi: la diagnosi differenziale

Se consideriamo un'altra faccia della medaglia, troviamo che alcuni sintomi tipici dell'ADHD si possono riscontrare anche in altri disturbi. Questa sovrapposizione fa sì che se uno si concentra solo sull'ADHD, rischia di vedere

l'ADHD anche quando questo non esiste. Sintomi come la carenza di attenzione e la iperattività motoria si presentano anche in altri disturbi, ed è necessario conoscere bene tutta la psicopatologia, per poter far diagnosi di ADHD.

Questo vale in particolare per i cosiddetti disturbi dirompenti del comportamento (disturbo oppositivo-provocatorio e disturbo della condotta), per i disturbi d'ansia (spesso la diagnosi differenziale tra un disturbo d'ansia ed un ADHD prevalentemente inattentivo è molto complessa), per la depressione, per il disturbo bipolare (una delle diagnosi differenziali più complesse), per i disturbi specifici di apprendimento (a volte un apparente ADHD può essere espressione di un mancato riconoscimento di una dislessia), per non parlare della frequente associazione tra ADHD e tic (ma un disturbo dell'attenzione in bambini con tic può essere dovuto al loro disperato impegno di prevenire i tic, che li distrae, soprattutto a scuola), o tra ADHD e disturbo ossessivo-compulsivo. C'è poi il complesso e discusso problema del rapporto tra disturbi pervasivi dello sviluppo ed ADHD, oppure tra ritardo mentale ed ADHD, che pone un doppio rischio, quello di vedere sintomi di ADHD in ogni bambini autistico e/o con ritardo mentale, ma anche quello di non vedere quelle situazioni, rare ma esistenti, in cui realmente questi bambini hanno un'iperattività, una impulsività ed un deficit attentivo che va al di là di quando ci aspetteremmo sulla base del loro livello di sviluppo. I soggetti con Ritardo Mentale spesso non vedono riconosciute le loro comorbidità per un fenomeno, quello del "mascheramento diagnostico", per il quale ogni problema di questi soggetti viene attribuito al Ritardo Mentale. Invece nei soggetti con Ritardo Mentale tutti i disturbi psichiatrici possono essere presenti, e con una prevalenza di tre-quattro volte superiore rispetto ai soggetti normodotati.

ADHD e disturbi del comportamento

I disturbi del comportamento che possono associarsi all'ADHD sono il disturbo oppositivo-provocatorio (DOP) ed il disturbo della condot-

ta (DC). La associazione tra ADHD e DOP è molto elevata, fino al 50-60% secondo alcuni studi sia clinici che epidemiologici, mentre una percentuale intorno al 15% presenterebbe un DC associato. L'ADHD + DOP aumenta il rischio di un DC ad esordio precoce (pre-puberale), che è un possibile predittore di evoluzione antisociale.

Quindi la comorbidità tra ADHD e DC individua un sottogruppo di soggetti distinto, caratterizzato da una prognosi specifica. Quello che appare evidente in molti studi epidemiologici è che la precocità della associazione ADHD-DC rappresenta un fattore di forte rischio evolutivo, e richiede quindi interventi terapeutici tempestivi, per evitare l'evoluzione verso un disturbo antisociale a varia espressività.

ADHD e disturbi d'ansia

Circa il 30% dei bambini con ADHD presenta associati disturbi d'ansia. Tale frequenza è riferita maggiore nei soggetti con ADD senza iperattività, che rappresentano anche la popolazione che pone nei confronti dei disturbi d'ansia i problemi più spinosi di diagnosi differenziale. Infatti sintomi cognitivi (difficoltà di concentrazione), comportamentali (irritabilità, agitazione psicomotoria) ed affettivi (labilità emotiva, demoralizzazione, necessità di rassicurazioni) possono essere presenti sia in soggetti ADHD che in soggetti con disturbi d'ansia. I bambini con comorbidità ansiosa sono meno impulsivi, hanno minore frequenza di DC e minore rischio antisociale, mentre sono più frequenti le difficoltà nella socializzazione, in particolare in adolescenza. Infine i soggetti con questa comorbidità hanno la massima risposta ai trattamenti non farmacologici (mentre quelli con ADHD + DC hanno la minima sensibilità a tali trattamenti).

ADHD e depressione

Circa il 15-20% dei soggetti con ADHD ha un disturbo depressivo, che generalmente fa se-

guito all'ADHD ed ha una evoluzione indipendente dall'ADHD (nel senso che può persistere anche se l'ADHD migliora). È ancora discusso se l'associazione ADHD + depressione aumenti il rischio suicidario in adolescenza. Esiste inoltre un problema di diagnosi differenziale, poiché nel quadro della depressione si trovano spesso sintomi come la disattenzione, l'iperattività e l'irritabilità. Anzi la irritabilità nella depressione infantile è più frequente dell'umore depresso, e può rendere più difficile la diagnosi.

ADHD con disturbo ossessivo compulsivo e con tic (s. di Tourette)

Circa il 15% dei soggetti con disturbo ossessivo-compulsivo ha sintomi di ADHD ed addirittura il 30-40% dei soggetti con malattia dei tic ha ADHD. Se si considera che anche disturbo ossessivo-compulsivo e tic sono frequentemente associati, si capisce che questa triade debba essere sempre esplorata. È importante inoltre che tale esplorazione preceda l'inizio di una eventuale terapia farmacologica con metilfenidato. I farmaci che solitamente si usano per i tic sono farmaci che bloccano la trasmissione dopaminergica.

Il metilfenidato invece potenzia la trasmissione dopaminergica, per cui in alcuni soggetti potenzia le manifestazioni ticchose e più raramente le manifestazioni ossessivo-compulsive. Per questo generalmente si controlla se già alla prima somministrazione di Metilfenidato che non si abbia il potenziamento di questi sintomi (generalmente no).

ADHD e Disturbo Bipolare

Attualmente c'è una crescente attenzione sul disturbo Bipolare pre-puberale, in particolare perché il modo in cui si manifesta questo disturbo è molto simile a come si manifesta l'ADHD, la sovrapposizione dei sintomi è molto molto ampia anche se ci sono alcuni elementi di diagnosi differenziale.

Essi sono:

- la grandiosità, che però a volte si vede anche nei ragazzini con ADHD;
- l’accelerazione del pensiero, che però a volte si può vedere anche nei ragazzini con ADHD che continuamente passano da una cosa all’altra;
- l’ipersessualità, aspetto più tipico nel Disturbo Bipolare (ma frequentemente presente in bambini con storia di abuso sessuale!).

Il problema non è però soltanto di diagnosi differenziale, ma anche di comorbidità. I soggetti che hanno l’esordio del Disturbo Bipolare in età prepuberale hanno un’anamnesi positiva con l’ADHD molto maggiore di quelli che l’hanno in età adolescenziale (50-60% contro 10-20%). In altri termini circa un 10% dei bambini ADHD ha nello sviluppo la sovrapposizione di un disturbo bipolare, e questo avviene più precocemente nei soggetti ADHD rispetto ai non ADHD. Visto dall’altra parte, se un ragazzino con Disturbo Bipolare ha un esordio molto precoce, uno dei fattori predittivi è rappresentato proprio dall’aver avuto un ADHD. Ragazzini in cui ci aspetteremmo una attenuazione della componente comportamentale, dell’iperattività, ecc., a un certo punto invece ha una riattivazione della sintomatologia, con intense manifestazioni di impulsività, irritabilità, aggressività, atteggiamenti di forte sfida ed oppositività, per esempio aspetti di bullismo perchè alcuni ragazzini di questo tipo sentono che possono infrangere le regole, che valgono per gli altri ma non per loro.

L’iperattività nel Disturbo Bipolare è più finalizzata: il bambino bipolare fa tante cose; il bambino iperattivo monta sui tavoli, sulle sedie, ecc in modo non finalizzato.

L’ipersessualità è osservabile in modi meno espliciti: alcuni ragazzini ad esempio fanno gli spogliarelli a scuola, oppure sono molestatori rispetto ad altri bambini, oppure presentano una masturbazione particolarmente intensa e attiva, che sta a indicare un alto livello di eccitazione. Per quanto riguarda la grandiosità è presente spesso come identificazione molto forte, ai

confini della confusione, con figure onnipotenti magari del cinema o dei cartoni; oppure come mancato riconoscimento di una forma basale di autorità, come può essere quella dell’insegnante (“tu la matematica non la sai tanto bene”, “tu non hai nessun diritto di dirmi cosa devo fare o non devo fare”). La diagnosi di disturbo bipolare in bambini ADHD è importante poiché essa aumenta il rischio di condotte pericolose, tendenza ad incidenti ad abuso di sostanze in adolescenza.

Inoltre i soggetti bipolari con ADHD o disturbo della condotta sono anche quelli che tendenzialmente rispondono meno ai trattamenti, e forse costituiscono un sottotipo più grave. Ma è anche possibile che l’ADHD abbia mascherato l’esordio del disturbo bipolare, postponendo l’inizio di un trattamento efficace.

Disturbi pervasivi dello sviluppo

Si ritiene che almeno il 5-10% dei bambini con disturbi pervasivi dello sviluppo possano presentare un ADHD, anche se la diagnosi è complessa, e può avvenire solo di fronte ad una sintomatologia molto evidente ed acuta. Tale diagnosi è più facile nei soggetti con sindrome di Asperger, strani bambini con difficoltà relazionali più sottili ed atipiche rispetto a quelle del bambino autistico, con manifestazioni ossessive diverse da quella dei soggetti con disturbo ossessivo-compulsivo. Spesso questi bambini hanno un quadro cognitivo tipo sindrome non-verbale, hanno con un QI nella norma, ma con elevati punteggi nelle prove verbali, e più bassi nelle prove di performance. Fin dall’asilo si notano per un lessico evoluto, un linguaggio particolarmente forbito, una prosodia particolarmente meccanica, una evidente goffaggine motoria. È particolarmente frequente (ed evidente) la associazione con l’ADHD già nelle prime fasi dello sviluppo.

In generale i bambini con disturbo pervasivo dello sviluppo hanno minore sensibilità al trattamento farmacologico e più frequenti effetti indesiderati (es. maggiore chiusura, accentuazione dei comportamenti ripetitivi, disforia).

Ritardo Mentale

C'è chi dice che le due diagnosi si escludono, ma si tende ad andare ormai verso un superamento del problema. Il punto cruciale è la valutazione della discrepanza: si è legittimati a fare diagnosi di ADHD nel Ritardo Mentale quando il disturbo (soprattutto l'iperattività motoria) non è corrispondente a quello che ci si aspetterebbe in quel ragazzino con quel quoziente intellettivo e con quelle caratteristiche di personalità. Occorre cautela per non finire con l'attribuire ADHD a tutti i soggetti con Ritardo Mentale. La discrepanza va valutata rispetto all'età cronologica, all'età mentale e rispetto anche alla comorbidità, che nei soggetti con Ritardo Mentale è particolarmente frequente, e che di solito viene schiacciata dalla diagnosi di Ritardo Mentale (fenomeno del "mascheramento diagnostico"). Invece nei soggetti con Ritardo Mentale l'incidenza di altri disturbi psichiatrici è quattro volte superiore alla media dei soggetti normodotati.

Inoltre questi bambini sono meno sensibili al trattamento farmacologico, e la possibilità di effetti collaterali (es. agitazione e irritabilità) è maggiore.

ADHD e "disturbi della personalità"

La diagnosi di Disturbo Borderline nei bambini è un problema molto delicato, e non raramente questa diagnosi è fatta con eccessiva frequenza e disinvoltura. In realtà da un punto di vista clinico è come se molti di questi bambini è come se si trovassero all'interno di un quadrilatero, composto da quadri clinici di cui questi soggetti assumono alcune componenti, ma senza rientrare in senso stretto in alcuni di questi. Non a caso sono state usate per definire questi quadri clinici delle definizioni particolarmente vaghe, quali quelle di Multidimensional Impairment, o di Multiple Complex Developmental Disorder. Le diagnosi in questi casi vengono fatte in modo variabile, a seconda delle diverse opzioni "ideologiche".

- Un lato del quadrilatero è quello dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo non altrimenti specificati ma senza una chiara componente autistica.
- Un altro lato è rappresentato dai Disturbi della Personalità, in particolare Borderline, Schizotipici o Schizoidi ad esordio precoce.
- Un altro lato è rappresentato dai Disturbi dell'Umore, in particolare il Disturbo Bipolare ad esordio precoce, con forte labilità e emotività, una difficoltà di controllo degli impulsi, spesso manifestazioni d'ansia incontrollabili e spesso bizzarre.
- Un altro lato è rappresentato da quei disturbi che a 7-8 anni sono considerati nello spettro di tipo psicotico precoce atipico, senza evidenti deliri, allucinazioni o sintomi simili.

Alcuni di questi ragazzini possono abbastanza simili ai ragazzini con ADHD: il punto è che quando abbiamo tante categorie diagnostiche, può capitare di non trovare una chiara collocazione diagnostica per alcuni di loro. Il disturbo Borderline è diventato negli anni un "contenitore", in cui vanno molti dei ragazzini che non si sa dove mettere dal punto di vista diagnostico.

Efficacia dei trattamenti in rapporto alla comorbidità

Secondo i dati dello studio MTA, nei soggetti che hanno ADHD oppure ADHD + disturbo del comportamento l'efficacia del trattamento farmacologico da solo non è significativamente minore rispetto all'intervento combinato, farmacologico + non farmacologico.

La situazione è diversa quando l'ADHD si associa ad ansia e/o depressione, poiché in questo caso l'intervento *non farmacologico* ha *almeno* la stessa efficacia degli interventi farmacologici.

Inoltre se all'associazione ADHD + disturbo del comportamento si associa una componente di ansia, il trattamento combinato sarà più efficace del trattamento farmacologico puro. Quindi la presenza di un disturbo d'ansia all'interno del quadro clinico fa sì che l'efficacia del tratta-

mento cognitivo-comportamentale sia maggiore. Per questo può essere utile individuare il sottotipo di appartenenza in base alla comorbidità in quanto ci può dare informazioni sulla sequenza dei trattamenti da utilizzare e sulla loro aspettativa di successo.

Conclusioni

Come si possono spiegare queste associazioni di disturbi apparentemente tra loro lontani e situati in settori diversi di manuali come il DSM IV? In realtà il nostro cervello non ha letto il DSM-IV! Lo studio delle comorbidità è utile perchè ci consente di individuare dei percorsi

che non ci aspetteremmo, e ci possono chiarire aspetti psicopatologici e neurobiologici nuovi. L'ADHD è una diagnosi rischiosa, perchè gli stessi disturbi che sono in diagnosi differenziale sono anche in comorbidità, per cui non puoi dire semplicemente – o ha questo, o ha quest'altro, – ma può avere anche entrambi. Naturalmente per fare questo percorso diagnostico è necessario conoscere bene tutta la psicopatologia, poiché lo “specialista dell'ADHD” rischia di vedere l'ADHD da tutte le parti. E questo potrebbe essere particolarmente rischioso quando sarà disponibile un farmaco per l'ADHD. Infatti uno dei motivi per cui si potrebbe avere un abuso di ADHD è proprio rappresentato dalla diagnosi frettolosa e sbagliata di bambini che tutto sono meno che ADHD!

Corsi di formazione per le scuole a Brescia

M. Luisa Doria

Per il Gruppo Scuola - A.I.D.A.I. Brescia

Sono ormai tre anni che il gruppo AIDAI di Brescia organizza corsi di formazione per le scuole della provincia, con un certo successo.

All'inizio, data l'esiguità del gruppo, la formazione nelle scuole era affidata ad un'unica docente (psicologa clinica). A partire dallo scorso anno scolastico si è costituito un gruppo più consistente di operatori, arricchendosi della presenza di psicologi e pedagogisti con esperienza attiva nel mondo della scuola e quindi più vicini alle problematiche reali che gli insegnanti vivono quotidianamente.

I corsi hanno interessato una decina di Circoli Didattici di città e provincia con la partecipazione attiva e interessata di numerosi insegnanti.

Hanno partecipato ai corsi prevalentemente insegnanti di scuola elementare. Solo in un paio di occasioni sono stati coinvolti docenti di scuola media.

Sono i maestri di scuola elementare che percepiscono di più il problema, sentendosi personalmente coinvolti e preoccupati per la scarsa incidenza che i “normali” metodi educativi hanno nei confronti di bambini iperattivi. Nei loro interventi si percepisce molto spesso una partecipazione “accorata” al problema e un senso di reale impotenza.

Il successo dei nostri corsi è dovuto principalmente al fatto che si è cercato di dare una risposta “concreta” a queste richieste di aiuto.

Struttura e metodi

Gli scopi dei nostri corsi sono stati principalmente quelli di fornire agli insegnanti:

- 1) informazioni sulle caratteristiche di bambini con ADHD o altre patologie comportamentali;
- 2) efficaci strumenti operativi che possano essere di aiuto per far fronte alle situazioni quotidiane di stress che la presenza di bambini iperattivi e con problemi comportamentali pone alla gestione della classe.

Anche se le modalità di conduzione sono state a volte modificate per venire incontro alle esigenze delle singole scuole, il corso "base" è costituito da tre o quattro lezioni frontali. Si è scelta questa modalità per dare la possibilità alle scuole di far partecipare agli incontri anche un numero consistente di insegnanti: da un lato per sopperire a necessità di ordine economico (infatti è capitato in alcune occasioni che più scuole di una stessa zona si accorpavano per permettere ai loro insegnanti la partecipazione al corso con costi inferiori), dall'altro perché consideravamo prioritaria, almeno in un primo periodo, una diffusione di informazioni che fosse il più capillare possibile.

La presenza è stata mediamente di una cinquantina di insegnanti per corso, andando da un minimo di 15 ad un massimo di 100.

È evidente che un numero elevato di partecipanti rende meno agevole la discussione, anche se la modalità con cui sono strutturate le lezioni stimola comunque la partecipazione attiva di ciascuno. Infatti spiegazioni teoriche vengono intervallate da esercitazioni ed esempi pratici ed è costantemente incoraggiata la presentazione di esperienze concrete da parte degli insegnanti presenti. La modalità di gestione della lezione è quindi di tipo interattivo.

Per rendere più incisivi gli argomenti trattati viene anche fornita una dispensa e varia documentazione di strumenti operativi (schede di osservazione, esempi pratici di intervento) che permette agli insegnanti di riprendere con calma in un tempo successivo ciò che è stato svolto durante le lezioni.

Contenuti

Il corso "base" minimo è costituito da tre incontri di tre ore ciascuno.

- 1° lezione: Introduzione teorica;
- 2° lezione: Osservazione e analisi funzionali dei comportamenti problema;
- 3° lezione: Strategie comportamentali: interventi basati sugli antecedenti e sulle conseguenze.

La **prima lezione** è interamente dedicata agli **aspetti teorici**:

- descrizione delle caratteristiche comportamentali e cognitive dei bambini con ADHD;
- frequenza del disturbo, comorbidità ed eziologia;
- presentazione della scala SDAI, che viene mostrata come strumento a disposizione degli insegnanti utile alla individuazione di comportamenti di disattenzione e iperattività. Viene sottolineata l'idea che la scala non consente certo all'insegnante di fare diagnosi, ma gli è utile per valutare la gravità del problema e per una eventuale segnalazione del bambino in difficoltà;
- descrizione di patologie frequentemente associate all'ADHD che possono essere confuse con l'ADHD (Disturbo oppositivo provocatorio, Disturbo della condotta, Disturbo d'ansia, Disturbi depressivi, Disturbo specifico di apprendimento, Disturbo di personalità, Disturbo generalizzato dello sviluppo).

Nella illustrazione delle varie patologie comportamentali, viene soprattutto sottolineato come la gravità del disagio di questi bambini sia strettamente dipendente dalle caratteristiche dell'ambiente esterno. Se questi bambini incontrano un ambiente favorevole che non penalizza troppo e che comprende le loro difficoltà, questi riescono a recuperare un loro equilibrio e a fare emergere quelle potenzialità e quegli aspetti positivi che le caratteristiche comportamentali oscurano.

Anche se è vero che anche la famiglia deve fare la sua parte e che in molte situazioni gli insegnanti fanno molta fatica a collaborare con i ge-

nitore di questi bambini, è pur vero che molto spesso le difficoltà relazionali con le famiglie vengono prese come alibi dalla scuola per coprire la sua impotenza. Infatti spesso si pretende che i genitori risolvano problemi di comportamento che si verificano in classe e sui quali dunque non possono avere nessun controllo.

Nel corso della lezione viene invece sottolineata l'idea che, indipendentemente dalla maggiore o minore disponibilità delle rispettive famiglie, la scuola non può sottrarsi alla propria responsabilità di ente chiamato a svolgere un ruolo educativo importantissimo, per quanto difficile esso sia. Questo tema porta quasi sempre allo svolgersi di un dibattito piuttosto acceso.

Questi argomenti sono molto sentiti dagli insegnanti elementari e spesso i loro interventi oscillano tra provocazioni ("È facile dire queste cose per lei che in classe non ci sta!"), dichiarazioni di impotenza ("Le ho provate tutte!"), dispiacere sincero che sconfini in atteggiamenti di tipo depressivo ("Capisco che così non sono una buona insegnante, ma non so proprio come fare"), richieste di facile soluzione ("Ci dica lei come dobbiamo comportarci").

La **seconda lezione** presenta già caratteristiche di tipo operativo ed ha come scopo l'insegnamento di **tecniche comportamentali di osservazione**:

- selezione e identificazione dei comportamenti problema che saranno oggetto di osservazione intensiva al fine di un successivo intervento;
- osservazione quantitativa (a intervalli);
- osservazione qualitativa basata sull'analisi funzionale.

Durante la lezione viene sottolineato con forza:

- che l'osservazione non è una operazione casuale dipendente dalla maggiore o minore capacità di sopportazione del singolo insegnante, esposta quindi a variabilità più o meno grandi, ma è qualcosa che ha a che fare con l'obiettività e la concretezza;
- che l'osservazione è una irrinunciabile premessa a qualsiasi intervento;
- che ciò che deve essere osservato è un com-

portamento concreto, evidenziabile con precisione ed obiettività e che si riferisce, non a ciò che il bambino non fa ("non lavora"), ma a ciò che il bambino fa ("giocherella con le matite invece di lavorare");

- che un comportamento non può essere compreso se considerato fine a se stesso, ma deve essere messo in relazione al contesto, ossia in relazione alle conseguenze che lo mantengono e agli eventi ambientali che lo precedono.

Gli insegnanti vengono incoraggiati a costruire griglie di osservazione ad hoc, oppure si mostra come utilizzare griglie già pronte attraverso esercitazioni ed esempi.

Anche se in molti casi può risultare utile l'utilizzo di un osservatore esterno (l'insegnante di sostegno o di un'altra classe, il pedagogo, lo psicologo), è comunque importante il coinvolgimento personale in questa operazione di tutti gli insegnanti della classe. Questa modalità permette loro di capire meglio come determinati schemi comportamentali tendano a perpetuarsi in circoli viziosi dai quali è difficile uscire e come l'osservazione permetta di fare ordine in quello che agli insegnanti sembra un caos senza fine.

Viene inizialmente consigliata una osservazione quantitativa attraverso l'utilizzo di uno schema di registrazione dove sono indicati, oltre ai comportamenti da osservare, data, giorno della settimana, ora di lezione, luogo, insegnanti presenti. Se è possibile utilizzare un osservatore esterno, può essere portata avanti una osservazione continua. Succede tuttavia molto raramente che questa eventualità possa realizzarsi e capita più frequentemente che sia il singolo insegnante a dover svolgere questa operazione contemporaneamente allo svolgimento della propria lezione. Viene allora consigliata una osservazione ad intervalli di 10 minuti, con l'utilizzo di un timer da polso che produce un *bip* agli intervalli di tempo che vi vengono impostati. Dopo qualche giorno di utilizzo "a vuoto" per abituare i bambini alla presenza dello strumento, viene iniziata l'osservazione vera e propria: quando suona il *bip* l'insegnante osserva il bambino e registra il comportamento sulla scheda di registrazione.

Secondo l'esperienza degli insegnanti che hanno adottato tale metodologia, il portare avanti questo tipo di osservazione non è così terribile come sembra in termini di impegno e l'interferenza con la lezione da svolgere è minima.

Una osservazione di questo tipo viene portata avanti per almeno una settimana e serve per definire la linea di base del comportamento.

Questa procedura è utile alla identificazione della frequenza dei comportamenti problematici, ma non è sufficiente a dirci perché si verificano.

Ecco allora che, accanto a questa modalità occorre effettuare l'analisi funzionale dei comportamenti, indicandone gli antecedenti (cioè gli eventi che li hanno innescati o comunque la situazione nella quale si sono verificati), i comportamenti stessi (descrivendo che cosa ha fatto il bambino), le conseguenze (descrivendo cosa è successo dopo: come hanno reagito gli adulti o gli altri bambini e che reazione manifesta il bambino dopo l'intervento eventuale dell'adulto).

Anche l'analisi funzionale viene portata avanti per una settimana limitatamente a quei comportamenti specifici che saranno oggetto dell'intervento.

Se l'osservazione quantitativa è utile per la definizione della linea di base e per la verifica successiva dei miglioramenti del bambino (è utile effettuarla anche durante l'intervento), l'analisi funzionale dà invece indicazioni su come effettuare l'intervento, cioè su come intervenire su antecedenti e conseguenze.

L'osservazione è la necessaria premessa per poter svolgere un buon intervento e la **terza lezione** ha proprio come oggetto l'esposizione di strategie di intervento.

Poiché tale argomento è molto ampio e articolato, laddove è stato possibile si è preferito sdoppiare questa lezione in due parti:

- interventi basati sulla gestione degli antecedenti;
- interventi basati sulla gestione delle conseguenze.

Gli **interventi basati sugli antecedenti** sono costituiti da tutti quegli sforzi diretti al cambiamento dell'ambiente al fine di agire d'anticipo prima che il comportamento problema si verifichi.

Gli argomenti di discussione riguardano i seguenti temi:

- disposizione dei banchi e organizzazione dell'ambiente classe: è molto importante andare ad una strutturazione dell'aula tale da diminuire la quantità di stimoli distraenti;
- strutturazione del maggior numero possibile di attività scolastiche: definire le attività in modo routinario, stabilire e prevedere i tempi di lavoro, svolgere attività volte ad incrementare le capacità di organizzazione e pianificazione dei bambini, stimolare l'attenzione durante le consegne, semplificare le consegne complesse (diagrammi di flusso), fornire segnali che permettano al bambino iperattivo di migliorare il proprio autocontrollo;
- attività pianificate in anticipo nei momenti di tempo libero (intervallo, spazio dopo mensa) o nelle situazioni di transizione (cambio di lezione o di classe);
- la lezione efficace, che prevede la presentazione degli argomenti in modo stimolante e vario, usando tempi di lavoro corretti (non troppo lunghi), alternando compiti attivi con compiti passivi;
- definizione delle regole: stabilire le regole di classe risulta estremamente importante; le regole comunicano al bambino quali sono le aspettative dell'adulto e, qualora insieme ad esse vengano definite anche le conseguenze, aiutano l'insegnante a capire come deve reagire nell'immediato in caso di violazione.

Capita spesso che la discussione di questi argomenti crei, almeno inizialmente, un po' di delusione nei partecipanti al corso. Infatti gli insegnanti hanno spesso l'impressione che si parli di cose un po' scontate, che tutti fanno normalmente ("Lo facciamo anche noi, ma non serve").

Discutendo più a fondo si scopre poi che gli accorgimenti di cui si parla vengono utilizzati in modo poco strutturato, casuale e in molti casi manca la costanza di portare avanti determinate modalità di gestione in modo continuativo e con la capacità di auto-analizzare il proprio comportamento ed eventuali errori ("Se questa modalità di gestione non funziona, che cosa devo cambiare?"), oppure c'è la tendenza a scoraggiarsi dopo

i primi insuccessi. Tutti gli insegnanti definiscono, ad esempio, le regole, ma lo fanno in modo poco incisivo: mancano di coinvolgere i bambini nella loro costruzione e revisione, se un bambino viola la regola non si comportano in modo coerente, non si rendono conto che le regole vanno continuamente ridiscusse e cambiate a seconda dell'ambiente e del momento.

Gli **interventi sulle conseguenze** sono invece strategie di intervento che mirano a migliorare il comportamento del bambino attraverso l'applicazione di conseguenze positive o negative.

Si tratta di classici interventi di tipo comportamentale che partono dall'idea che in genere gli adulti pongono attenzione soprattutto ai comportamenti negativi (e quindi il bambino viene continuamente sgridato, con risultati nefasti sulla sua autostima) e non pensano invece di gratificare i comportamenti corretti quando si verificano; anzi succede spesso che anche in queste occasioni il bambino sperimenti un rimprovero di ritorno ("Vedi che se vuoi sei capace di stare attento? Perché non ti comporti sempre così?").

Questi interventi prevedono l'**applicazione di gratificazioni** che vengono somministrate subito dopo che il bambino ha manifestato il comportamento corretto e ne stimolano la partecipazione attiva. Infatti il bambino viene coinvolto attraverso la stesura di veri e propri contratti, stipulati tra quest'ultimo e l'insegnante; nei casi in cui si possa avere la collaborazione della famiglia, anche i genitori partecipano all'intervento.

Nel corso della lezione viene spiegato agli insegnanti come organizzare un intervento basato su un **sistema strutturato di gratificazioni a punti**. Tale modalità, se ben applicata, produce risultati positivi in tempi brevi, soprattutto nei casi in cui è possibile ottenere il coinvolgimento della famiglia.

Una parte della lezione è dedicata anche alle **punizioni**.

Certo è preferibile agire utilizzando la gratificazione, ma in molte occasioni è necessario intervenire in modo punitivo. La punizione, tuttavia, se ritenuta necessaria, deve essere priva di aggressività, agire direttamente sul comportamento e non rappresentare un attacco alla persona.

Anche la punizione deve essere vista come uno strumento educativo e non, come spesso accade, una modalità di intervento che viene attuata in risposta al grado di fastidio che il comportamento provoca nell'adulto.

Il rimprovero, possibilmente effettuato in modo privato, deve soprattutto rappresentare un feedback sul comportamento del bambino ("Durante la ricreazione hai dato una spinta al tuo compagno e l'hai fatto cadere") senza che vengano espressi apprezzamenti rivolti alla persona ("Sei sempre il solito violento"); deve essere inoltre indicato il comportamento alternativo ("Vorrei che quando non siete d'accordo discuteste invece di picchiarvi") e il vantaggio che questo comporta ("Così eviterete di farvi male e starete più volentieri insieme").

È bene, quando ciò è possibile, che la punizione sia strettamente legata al comportamento e rappresentarne la diretta conseguenza. Punire significa soprattutto dare al bambino la possibilità di "riparare": "Se sporchi il banco devi pulirlo" "Se insulti un compagno dovrai chiedergli scusa o offrirgli una qualche forma di aiuto", ecc.

Un'altra modalità punitiva efficace è il "costo della risposta": si tratta di una procedura che prevede che, in caso di comportamento inadeguato, si verifichi la perdita di un privilegio o di una attività gradevole. Questa modalità si inserisce agevolmente all'interno di un intervento strutturato di gratificazione a punti: in questo caso la messa in atto di un comportamento negativo porta ad una perdita di punti o gettoni e ciò viene chiaramente inserito all'interno del "contratto" stipulato con il bambino.

Durante le attività di gioco può essere efficacemente utilizzata la punizione con la "sospensione". Le regole vengono definite a priori e chi non le rispetta viene espulso ("time-out", "in panchina") per un numero fisso di minuti (ad es. 5 minuti).

In alcuni casi alle tre o quattro lezioni base **sono seguiti incontri finalizzati alla discussione di casi portati dagli insegnanti**, oppure alcune scuole hanno richiesto successivi **interventi su precise situazioni**. Con ciò gli insegnanti sono stati incoraggiati ad applicare alla loro classe

ciò che avevano imparato durante gli incontri con la possibilità di avere una supervisione diretta da parte di un docente del corso.

Queste sono le situazioni che hanno dato i risultati più soddisfacenti e duraturi, tanto è vero che nel programma che l'A.I.D.A.I. ha proposto per l'anno scolastico che sta iniziando, viene offerta alle scuole che già hanno seguito il corso la possibilità di una supervisione sull'applicazione concreta di interventi su singoli casi o classi (minimo 4 incontri da distribuire durante il corso dell'anno scolastico).

I corsi alle scuole hanno offerto all'A.I.D.A.I. la possibilità di contattare un buon numero di insegnanti. Per il momento sono state sensibilizzate soprattutto le scuole elementari. Sarà compito del Gruppo Scuola, che sta diventando numeroso, migliorare la diffusione di informazioni anche a scuole di ordine superiore. Durante il prossimo anno scolastico, oltre ai corsi organizzeremo tre incontri gratuiti di sensibilizzazione generalizzati a tutti gli insegnanti che vorranno partecipare e durante i quali presenteremo il gruppo e illustreremo le finalità dell'associazione.

Corsi di formazione per insegnanti

Un contributo al dibattito

Cinzia Bizzarri

Responsabile regionale - A.I.D.A.I. Umbria

Motivazioni

Occuparsi di formazione porta inevitabilmente a riflettere sul significato che si attribuisce a tale termine. A questo proposito viene in mente la prospettiva dell'approccio cognitivista che può in qualche modo aiutarci in un'ottica di sviluppo professionale: *"... anche gli insegnanti, come gli studenti, sono attivi costruttori della loro conoscenza e utilizzano le loro conoscenze e credenze già esistenti come potenti strumenti concettuali mediante i quali dare significato a nuovi aspetti dell'insegnamento e dell'apprendimento e gestire la realizzazione di nuove pratiche educative. In questa ottica si inseriscono numerosi progetti formativi rivolti a provocare negli insegnanti un processo di riflessione sulle proprie concezioni, strategie e pratiche educative, a sostenerli nella difficile impresa di riesaminare alla luce della loro efficacia e coerenza con le prospettive educative di riferimento ed*

eventualmente cambiarle". (G. Cherubini, "Il ruolo delle conoscenze pratiche e delle credenze nello sviluppo professionale degli insegnanti", in F. Zambelli e G. Cherubini (a cura di), *Manuale della scuola dell'obbligo: l'insegnante e i suoi contesti*. Franco Angeli, Milano, 1999).

Condividere questo approccio teorico significa riformulare in un'ottica costruttivista il concetto di formazione, dove la conoscenza diventa sinonimo di saper ricercare, la competenza prioritaria riguarda il saper essere e lavorare in rete, la conoscenza diventa partecipazione alla sua stessa costruzione.

Forse per troppo tempo la maggior parte degli insegnanti ha utilizzato nel proprio quotidiano "ricette", programmi e interventi precostituiti, correndo forse il rischio di ostacolare, nella migliore delle ipotesi, la propria scelta personale e professionale che dovrebbe invece essere caratterizzata dall'assunzione di responsabilità ri-

spetto al proprio “pensato” e al proprio “agito”. Dare agli insegnanti la possibilità di ricercare e riflettere sulle teorie che sono alla base del loro “fare scuola” può portare non solo a generalizzare alcune modalità operative, ma a riorganizzare le proprie conoscenze e competenze per nuove finalizzazioni. La capacità del docente di rileggere e confrontare con gli altri ciò che è stato già vissuto, porta a riflettere sul significato di “intervento specifico per il bambino DDAI”. La riflessione, al fine di rintracciare nelle “buone prassi” alcune costanti significative, alcune caratteristiche operative positive, alcuni “principi attivi” generalizzabili ad altri contesti, porta a credere che la metodologia utilizzata (o consigliata), il ruolo dell’insegnante e alcune strategie di intervento, l’organizzazione degli spazi, il setting proposte in campo educativo-didattico possano rappresentare il presupposto di una “didattica di qualità”, rivolta all’intero contesto in cui il bambino DDAI è inserito.

Staccarsi da “didattiche speciali” centrate sul deficit, per condividere metodologie rivolte a superare qualsiasi forma di individualismo, possono salvaguardare la diversità, senza per questo perdere la specificità che comunque viene richiesta da un intervento educativo-didattico e, se vogliamo, “personalizzato”, di un bambino, anche di un bambino in situazione di handicap.

Vorremmo pensare ad un percorso di formazione in un’ottica della flessibilità, in cui “l’oggetto individuato” non sia rigidamente definito e che il gruppo dei formatori abbia la disponibilità e la capacità di accogliere problematiche, esigenze, idee attraverso un “contratto formativo”, nella prospettiva di rendere il percorso della formazione uno strumento vivo e capace di modificarsi nel rispetto delle esigenze del gruppo.

Risultati attesi

- a) Promuovere e sviluppare la conoscenza del DDAI negli insegnanti della scuola dell’infanzia ed elementare:
 - caratteristiche cognitive e metacognitive (memoria, attenzione, processi esecutivi) dell’alunno DDAI;
 - caratteristiche dei processi di apprendimento (lettura e scrittura);
 - aspetti relativi alla personalità, all’auto-stima e alla relazione;
 - aspetti relativi al comportamento:
 - impulsività;
 - distraibilità;
 - iperattività;
 - pianificazione e controllo.
- b) Trasformare un disagio, una disabilità in una fonte di nuove competenze: da necessità del singolo alunno a risorsa comune che coinvolge tutto il gruppo.
- c) Coniugare i contributi teorici con la prassi educativo-didattica e intuire la possibilità di generalizzare alcune modalità operative.
- d) Ipotizzare possibili percorsi di intervento sulla base di situazioni reali portate dal gruppo o simulate, al fine di permettere la costruzione di dinamiche generative di approcci differenziati ai problemi.
- e) Progettare interventi collegiali all’analisi dei casi, per:
 - trasformare una necessità del singolo in una risorsa comune;
 - prevedere elementi riorganizzabili in funzione dei diversi deficit;
 - consentire la possibilità di integrare percorsi specifici all’interno dei campi di esperienza e dei curricoli disciplinari, per realizzare una reale interazione del soggetto nel gruppo di riferimento.

Metodologia

“Teoria e pratica sono elementi dello stesso processo di esperienza (...) Non basta una stretta commessione dell’esperienza con la riflessione sull’esperienza e tanto meno il riferimento di dati e fatti particolari a quadri generali preesistenti. È importante capire che la teorizzazione consiste non nel riflettere su un’esperienza, ma nello sviluppare l’esperienza. Quindi ci sono nuove cose da fare e traguardi nuovi da

raggiungere". (F. De Bartolomeis, *Sistemi dei laboratori*, Feltrinelli, Milano, 1978).

Riteniamo che in questa prospettiva di formazione sia necessario individuare uno spazio psico-mentale in cui si possa realizzare quella modalità di apprendimento che Bion definisce "apprendere dall'esperienza".

L'approccio metodologico di tale percorso formativo risulta caratterizzato da momenti di scambio e di costruzione in situazione, di processi di crescita professionale. L'attività del gruppo di lavoro dovrà essere finalizzata ad analizzare, confrontare e a condividere criteri generali e si dovranno individuare strumenti di progettazione, verifica-valutazione professionalmente spendibili.

Attraverso la riflessione critica sulle diverse esperienze, conduttori e partecipanti potranno essere chiamati a discutere in piccolo e grande gruppo e potranno essere impegnati in una ricerca comune. Si dovrà percepire che il formatore assume un atteggiamento di disponibilità e di coinvolgimento, pur nella specificità dei ruoli. Da ciò possiamo fare riferimento anche ad altre

modalità di conduzione del formatore, che sono date dall'**assunzione di responsabilità**, dal **potere** che assume, dalla **sospensione del giudizio**, dal **contenimento**, dal **prendersi cura**, dalla **direttività** nelle consegne...

Altro elemento da non trascurare è l'organizzazione del setting, che può prevedere una modalità di posizione spaziale definibile come: **aula attiva**, la quale favorisce la partecipazione, la discussione tra i membri del gruppo. Questa modalità è funzionale all'ascolto e al dibattito.

Valutazione

Il momento della valutazione di un corso di aggiornamento così strutturato, non può limitarsi semplicemente ad una raccolta di dati che sono l'espressione di un gradimento. I dati non parlano da soli, ma sono segnali che vanno interpretati. È necessario enfatizzare l'importanza della collegialità di tale valutazione, in quanto se fosse formulata solo dai formatori, si rischierebbe di avere una opinione "di parte". Quindi possiamo parlare di co-valutazione.

Corsi di formazione per insegnanti

Un anno di lavoro

a cura di Gianluca Perticone

A.I.D.A.I. comitato scuola

Riferiamo sinteticamente i risultati della rilevazione dei dati relativi ai corsi di formazione svolti nelle scuole italiane da tecnici dell' AIDAI, nel corso dell' anno scolastico passato (2003-2004).

I centri regionali che hanno partecipato alla rilevazione sono: Lombardia Est, Lombardia Ovest, Lazio, Toscana, Piemonte, Veneto. Ringra-

zio coloro che hanno cortesemente inviato i dati delle loro attività, nella consapevolezza che molte altre iniziative, svolte un po' in tutta Italia, qui non appaiono recensite. Questo riepilogo ha lo scopo prevalente di fornire alle persone impegnate nella formazione degli insegnanti, un quadro di orientamento e di verifica per le attività future.

Voci rilevate	Commento
<p>Denominazione corsi : “Bambini iperattivi a scuola”, “Disturbi dell’attenzione, iperattività, problemi comportamentali”, “Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività”, “I trattamenti psicoeducativi nei casi di ADHD”, “Il bambino con DDAI nella scuola: come intervenire per aiutarlo”, „L’alunno iperattivo in classe“, “Dove sta la mia attenzione?”, “Il Disturbo da Deficit di attenzione e Iperattività (DDAI): tecniche didattiche e strategie educative”</p>	<p>La formazione degli insegnanti dedica come vediamo ampio spazio ad introduzioni di carattere clinico-diagnostico: questo permette sicuramente ai docenti di ricevere un chiarimento sulla natura del disturbo e sulla opportunità di evitare generalizzazioni, confusioni, allarmismi.</p> <p>Tutti i corsi presentano poi strategie di controllo, di intervento, di aiuto rispetto alle difficoltà attentive e comportamentali del bambino, con opportuni allargamenti ad una visione pedagogico didattica veramente in grado di comprendere le potenzialità di ciascun bambino.</p> <p>Di rilevante interesse lo spazio dedicato alla riflessione sugli strumenti rivolti ai genitori e sul rapporto scuola-famiglia.</p>
<p>Argomenti trattati: aspetti clinici, diagnosi, comorbidità con DSA, tecniche di osservazione, strategie d’intervento comportamentali e didattiche, trattamento cognitivo-comportamentale, coinvolgimento della famiglia, Parent Training, Training di meta-attenzione per alunni, analisi di casi specifici</p>	
<p>Modalità: utilizzo di Power point, lavagna luminosa, materiali cartacei in originale e in fotocopia; generalmente lezione frontale seguita da interventi ma anche simulazioni, lavoro su casi, uso di questionari, proiezioni di video.</p>	<p>Le modalità utilizzate sono tra le più consuete ed aggiornate nel campo delle iniziative formative per adulti.</p>
<p>Istituzioni coinvolte: 2° Circolo Desenzano (BS), 6° Circolo Brescia, 1° Circolo Brescia, 2° Circolo Darfo Boario T. (Bs), Sc. El. Arese, Sc el. Media Appiano gentile, Sc Media Roccasecca (Fr), ASL Roma B e CSA Roma, Circ. Did. Civitella Roveto (Aq), Sc. Media Follonica, Ist. Comp. Abbazia S. Salvatore (Si), Ist. Comp. Piancastagnaio (Si), ASL 7 Siena, 2° Circolo Massa, 3° Circolo Carrara, 3° Circolo Pistoia, 4° Circolo Moncalieri (To), UTS Necessità educative Speciali di Torino, Scuola Media Statale “Bellavitis” – Bassano del Grappa (VI)</p>	<p>Si ha una netta prevalenza di istituzioni scolastiche che, grazie alla loro capacità di iniziativa autonoma, contattano direttamente l’aidai per ricevere formazione; significativa comunque anche la presenza delle ASL ed il coinvolgimento di un CSA.</p>
<p>4. Ore di formazione effettuate: circa 200</p>	<p>Un dato che mostra da una parte il largo interesse che esiste intorno al problema, dall’altra il credito di cui gode l’Associazione in questo settore.</p>
<p>5. Periodo di svolgimento: nel corso di tutto l’anno scolastico</p>	<p>I periodi privilegiati per la formazione sembrano essere l’autunno (sett.- nov.). ma anche il termine dell’anno (maggio-giugno)</p>

<p>6. Destinatari : 984 insegnanti dalla sc. materna alle superiori (possiamo stimare che oltre la metà appartengano alla scuola elementare) e 80 alunni di scuola elementare</p>	<p>Il dato è veramente notevole, soprattutto considerando che il numero delle regioni considerate in questo dato è molto parziale (soltanto 4).</p>
<p>7. Docenti e relatori: M.L. Doria, E. Botturi, E. Bondi (Lombardia Est); L. Rizzi (Lombardia Ov.); E. Menotti, Liguori, Pansini, Beretta (Lazio); S. Caracciolo, S. Pezzica, G. Perticone (Toscana); O. Veneziani, Scarponi (Piemonte), C. Menazza, T. De Meo (Veneto)</p>	<p>La figura professionale largamente prevalente nel gruppo dei formatori è quella dello psicologo; in un caso quella del NPI. Sono presenti anche alcuni pedagogisti e/o insegnanti elementari.</p>

Bibliografia di approfondimento

Articoli e libri usciti nel triennio 2001-2004

Articoli in italiano

- Asuni F., De Meo T., Vio, C. (2003). Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività: il caso di un bambino di quarta elementare. *Psicologia e Scuola*, 113, 16-27.
- Benso F., Guerra S. (2001). Interventi cognitivi su vari aspetti dell'attenzione e del sistema attentivo supervisore. *Difficoltà di Apprendimento* 6 (4), 513-530.
- Bigozzi L. (2001). L'intervento metacognitivo nel deficit di attenzione: un caso felice. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 5, 117-131.
- Calzolari S., Waldbauer K.C. (2003) Difficoltà di controllo percettivo-motorio in bambini con disturbo da deficit di attenzione/iperattività: implicazioni scolastiche. *Difficoltà di Apprendimento* 8, 361-378.
- Carbone E. (2002). Adattare l'ambiente della classe ai bisogni degli alunni con disturbo da deficit di attenzione e iperattività. *Difficoltà di Apprendimento*, 7(4), 499-520.
- Cornoldi, C. Molin, A., Marcon, V. (2004). Il questionario COM: uno strumento di identificazione precoce di problematiche associate al DDAI. *Difficoltà di apprendimento*, 9 (3), 391-412.
- Fabio R.A., Antonietti A., Tiezzi P. (2003). Decodifica di messaggi uditivi e visivi in televisione da parte di soggetti con DDAI: attenzione diffusa o deficit nella quantità di attenzione? *Psicologia dell'Educazione e della Formazione*, 5 (1).
- Fabio R.A., Mecenero, M., Antonietti, A. (2003). Il deficit di attenzione al femminile: aspetti cognitivi, emotivi e comportamentali. *Difficoltà di apprendimento*, 9(1), 49-70.
- Fabio R.A., Piran, S. (2004). L'integrazione scuola/famiglia/educatore nel trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività: una ricerca sperimentale. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 71, 315-324.
- Fabio, R.S., Losa, S., Viganò A., (2003). Processi automatici e controllati nei soggetti con Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 70, 409-421.
- Fedeli, D. L'allievo ADHD a scuola.
- Parte prima: Inquadramento storico e diagnostico. *Psicologia e scuola*, 116, 26-41,
- Parte seconda: Le procedure di assessment. *Psicologia e scuola*, 117,16-28,
- Parte terza: Il profilo psicologico. *Psicologia e scuola*, 118, 14-26,
- Parte quarta: L'intervento educativo e riabilitativo. *Psicologia e scuola*, 119, 15-25.
- Parte quinta: Strategie riabilitative e coinvolgimento della famiglia. *Psicologia e scuola*, 120, 10-23.
- Gugliada E., Cornoldi C., Carretti B. (2002). Scale di valutazione per il DDAI: che grado di corrispondenza c'è tra insegnanti, genitori e bambini? *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 69, 359-368.
- Marcotto E., Paltenghi B., Cornoldi C. (2002) La scala IPD-DAI: contributo per la costruzione di uno strumento per l'identificazione precoce del disturbo da deficit di attenzione e/o iperattività. *Difficoltà di Apprendimento*, 8(2), 153-172.

- Marzocchi G.M., Di Pietro M., Vio C., Bassi E., Filoramo G. & Salmaso A. (2004). Sperimentazione di un training per insegnanti sulla gestione comportamentale dell'iperattività e dell'oppositività in classe. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 10 (2).
- Marzocchi G.M., Di Pietro M., Bassi E., Filoramo G., Salmaso A. (2002). Il questionario SDQ per insegnanti (Strength and Difficulties Questionnaire): uno strumento di screening per difficoltà comportamentali ed emotive in età evolutiva. *Difficoltà di Apprendimento*, 8 (1), 75-84.
- Marzocchi G.M., Oosterlaan J., De Meo T., Di Pietro M., Pezzica S., Cavolina P., Sergeant J.A., Zuddas A. (2001). Scala di valutazione dei Comportamenti Dirompenti per insegnanti (SCOD-I): validazione e standardizzazione di un questionario per la valutazione dei comportamenti dirompenti a scuola. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 21, 378-393.
- Marzocchi G.M., Oosterlaan J., De Meo T., Di Pietro M., Pezzica S., Cavolina P., Sergeant J.A., & Zuddas A. (2003). Comportamenti di disattenzione, iperattività e opposività secondo i genitori: un questionario per la valutazione dei comportamenti dirompenti (SCOD-G) in età evolutiva. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 70,17-28.
- Marzocchi, G.M. & Cornoldi, C. (2003). Quale terapia per il bambino con Disturbo da Deficit di Attenzione / Iperattività? In che misura vanno usati gli psicofarmaci. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 7 (2), 287-319; (3), 5117-520.
- Re, A. (2003). ADHD e trattamento: l'esperienza del Child Developmental Centre della Università della California di Irvine. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 7 (3), 495-503.
- Ricciardi C., Apiciella F., Di Ruocco A. (2001). DDAI: una precoce comprensione di senso e presa in carico dei bisogni. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 68(3), 305-318.
- Romani M. (2003) Riflessioni teorico-cliniche sull'ADHD come crocevia evolutivo tra Disturbi del Comportamento, *Disturbi Affettivi e Nuclei Neuropsicologici*, 70, 673-682
- Saccomani L., Orsini S. (2001) Deficit di attenzione con iperattività (DDAI) e comorbidità. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*. 21 (2).
- Saccomani L., Rizzo P. & Ravera G. (1998). Farmacoterapia nei disturbi dell'attenzione esperienza clinica in età evolutiva. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65, 105-112.
- Zuddas A. (2003) Conferenza Nazionale di Consenso: Indicazioni e strategie terapeutiche per i bambini gli adolescenti con disturbo da deficit attentivo e iperattività - Cagliari, 6-7 marzo 2003. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 23: 147-153.
- Zuddas A., Anciletta B., DeMuro S., Marongiu A. & Cianchetti C. (1999). Protocollo diagnostico, test di somministrazione acuta e terapia cronica con metilfenidato in bambini con disturbo da deficit attentivo ed iperattività: uno studio pilota. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 66, 735-746.
- Zuddas A., Cavolina P., Pisano T., Anciletta B. (2001). Gli psicostimolanti ed il disturbo da deficit attentivo con iperattività (ADHD). *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*. 21 (1).

LIBRI E CAPITOLI + TESTO DA RECUPERARE

Articoli in Inglese pubblicati nel secondo semestre 2004

DDAI IN GENERALE

- Gadow, Kenneth D; Drabick, Deborah AG; Loney, Jan; Sprafkin, Joyce; Salisbury, Helen; Azizian, Allen; Schwartz, Joseph. *Comparison of ADHD symptom subtypes as source-specific syndromes*. Journal of Child Psychology & Psychiatry. Vol 45(6) Sep 2004, 1135-1149
- Thome, Johannes; Jacobs, Kerrin A. *Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book*. European Psychiatry. Vol 19(5) Aug 2004, 303-306.
- McArdle, Paul. *Attention-deficit hyperactivity disorder and life-span development*. British Journal of Psychiatry. Vol 184(6) Jun 2004, 468-469
- Levy, Florence. *Attention deficit/hyperactivity disorder: A clinical guide to diagnosis and treatment for mental health professionals, 3rd edn*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. Vol 38(8) Aug 2004, 657-658.
- Biederman, Joseph; Faraone, Stephen V. *Attention deficit hyperactivity disorder: A worldwide concern*. Journal of Nervous & Mental Disease. Vol 192(7) Jul 2004, 453-454.
- Gadow, Kenneth D; Drabick, Deborah AG; Loney, Jan; Sprafkin, Joyce; Salisbury, Helen; Azizian, Allen; Schwartz, Joseph. *Comparison of ADHD symptom subtypes as source-specific syndromes*. Journal of Child Psychology & Psychiatry. Vol 45(6) Sep 2004, 1135-1149.
- Sinclair, Maxine. *Hyperactivity and attention disorders of childhood*. British Journal of Clinical Psychology. Vol 43(1) Mar 2004, 105-106.
- Berlin, L; Bohlin, G.; Nyberg, L.; Janols, Lars-Olof. *How well do measures of inhibition and other executive functions discriminate between children with ADHD and controls?* Child Neuropsychology. Vol 10(1) Mar 2004, 1-13.
- Barkley, RA. *Critique or Misrepresentation? A Reply to Timimi et al*. Clinical Child & Family Psychology Review. Vol 7(1) Mar 2004, 65-69.
- Timimi, Sami. *A Critique of the International Consensus Statement on ADHD*. Clinical Child & Family Psychology Review. Vol 7(1) Mar 2004, 59-63.

- Mick, E; Faraone, SV; Biederman, J.; Mick, E. *Age-dependent expression of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms*. *Psychiatric Clinics of North America*. Vol 27(2) Jun 2004, 215-224.
- Kutcher, S; Aman, M; Brooks, SJ; Buitelaar, J; Van Daalen, JF; Findling, RL; Greenhill, LL; Huss, M; Kusumakar, V; Pine, D; Taylor, E; Tyano, S.; *International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorder (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions*. *European Neuropsychopharmacology* 14 (2004) 11-28

DDAI E DISTURBI ASSOCIATI

- Mannuzza, S.; Klein, R.G.; Abikoff, H.; Moulton, John L III. *Significance of Childhood Conduct Problems to Later Development of Conduct Disorder Among Children With ADHD: A Prospective Follow-Up Study*. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Vol 32(5) Oct 2004, 565-573.
- Avila, C.; Cuenca, I.; Felix, V.; Parcet, M.-A.; Miranda, A.. *Measuring Impulsivity in School-Aged Boys and Examining Its Relationship with ADHD and ODD Ratings*. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Vol 32(3) Jun 2004, 295-304.
- Goldstein, S.; Schwabach, Adam J. *The comorbidity of pervasive developmental disorder and attention deficit hyperactivity disorder: Results of a retrospective chart review*. *Journal of Autism & Developmental Disorders*. Vol 34(3) Jun 2004, 329-339.
- Wilens, T.E.; *Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: The nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues*. *Psychiatric Clinics of North America*. Vol 27(2) Jun 2004, 283-301.
- Zalecki, Christine A; Hinshaw, Stephen P. *Overt and Relational Aggression in Girls With Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. Vol 33(1) Feb 2004, 125-137.
- Yoo, Hee Jeong; Cho, Soo Churl; Ha, Jihyun; Yune, Sook Kyung; Kim, Seog Ju; Hwang, Jaeuk; Chung, Ain; Sung, Young Hoon; Lyoo, In Kyoon. *Attention deficit hyperactivity symptoms and Internet addiction*. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*. Vol 58(5) Oct 2004, 487-494.

DDAI IN ETÀ ADULTA

- Wilens, Timothy E; Faraone, Stephen V; Biederman, Joseph. *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults*. *JAMA: Journal of the American Medical Association*. Vol 292(5) Aug 2004, 619-623.
- Doyle, Robert; Doyle, Robert. *The history of adult attention-deficit/hyperactivity disorder*. *Psychiatric Clinics of North America*. Vol 27(2) Jun 2004, 203-214.
- Adler, Lenard; Cohen, Julie; Adler, Lenard. *Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity*

- disorder*. *Psychiatric Clinics of North America*. Vol 27(2) Jun 2004, 187-201.
- Spencer, Thomas J (Ed); *Adult attention-deficit/hyperactivity disorder*. *Psychiatric Clinics of North America*. Vol 27(2) Jun 2004, xi-xiii.
- Adler, Lenard A. *Clinical presentations of adult patients with ADHD*. *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol 65(Suppl3) 2004, 8-11.
- Wilens, Timothy E. *Impact of ADHD and its treatment on substance abuse in adults*. *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol 65(Suppl3) 2004, 38-45.
- Weiss, Margaret D; Weiss, Jacqueline R. *A guide to the treatment of adults With ADHD*. *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol 65(Suppl3) 2004, 27-37.
- Spencer, Thomas J. *ADHD treatment across the life cycle*. *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol 65(Suppl3) 2004, 22-26.
- Montano, Brendan. *Diagnosis and treatment of ADHD in adults in primary care*. *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol 65(Suppl3) 2004, 18-21.
- Murphy, Kevin R; Adler, Lenard A. *Assessing attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: Focus on rating scales*. *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol 65(Suppl3) 2004, 8-11.
- Biederman, Joseph. *Impact of comorbidity in adults with attention deficit/hyperactivity disorder*. *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol 65(Suppl3) 2004, 3-7.
- Samuelsson, Stefan; Lundberg, Ingvar; Herkner, Birgitta. *ADHD and reading disability in male adults: Is there a connection?* *Journal of Learning Disabilities*. Vol 37(2) Mar-Apr 2004, 155-168.

ASPETTI PSICOLOGICI

- Welton, E.; Vakil, S.; Schwartz, R.C.; *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: The Role of the Psychotherapist*. *Annals of the American Psychotherapy Assn*. Vol 7(2) Sum 2004, 31-34.
- Hoza, B; Gerdes, AC; Hinshaw, SP; Arnold, LE; Pelham, W E Jr.; Molina, Brooke SG; Abikoff, H.B.; Epstein, J.N; Greenhill, L.L.; Hechtman, L.; Odbert, C.; Swanson, J.M.; Wigal, T. *Self-Perceptions of Competence in Children With ADHD and Comparison Children*. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. Vol 72(3) Jun 2004, 382-391.
- Santosh, PJ; Mijovic, A.; *Social impairment in hyperkinetic disorder: Relationship to psychopathology and environmental stressors*. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Vol 13(3) Jun 2004, 141-150.
- Mangina, CA; Beuzeron-Mangina, JH.; *Brain plasticity following psychophysiological treatment in learning disabled/ADHD pre-adolescents*. *International Journal of Psychophysiology*. Vol 52(2) Apr 2004, 129-146.

- Olivier, MAJ; Steenkamp, DS. *Attention-deficit/hyperactivity disorder: Underlying deficits in achievement motivation*. International Journal for the Advancement of Counseling. Vol 26(1) Mar 2004, 47-63.
- Safren, SA; Sprich, S; Chulvick, S; Otto, MW; Safren, SA.; *Psychosocial treatments for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Psychiatric Clinics of North America. Vol 27(2) Jun 2004, 349-360.
- Nigg, JT; Goldsmith, HH; Sachek, J.; *Temperament and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: The Development of a Multiple Pathway Model*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. Vol 33(1) Feb 2004, 42-53.
- Arnold LE, Chuang, S; Davies, M.; Abikoff, HB; Conners, CK; Elliot, GR; Greenhill, LL, Hechtman, L; Hinshaw, SP; Hoza, B; Jensen, PS; Kraemer, HC; Longworthy-Lam, KS; March, JS; Newcorn JH; Pelham, WE; Severe JB; Swanson, JM, Vitiello, B; Wells, KC, Wigal, T; *Nine Months of Multicomponent Behavioral treatment for ADHD and effectiveness of MTA fading procedures*. Journal of abnormal Child psychology, Vol 32 (1), Feb 2004, pp39-51
- ASPETTI MEDICI - GENETICI**
- Avale, ME; Falzone, TL; Gelman, DM; Low, MJ; Grandy, DK; Rubinstein, M. *The dopamine D4 receptor is essential for hyperactivity and impaired behavioral inhibition in a mouse model of attention deficit/hyperactivity disorder*. Molecular Psychiatry. Vol 9(7) Jul 2004, 718-726.
- Kustanovich, V Ishi, J Crawford, LYang, M McGough, JJ McCracken, JT Smalley, SL Nelson, SF. *Transmission disequilibrium testing of dopamine-related candidate gene polymorphisms in ADHD: Confirmation of association of ADHD with DRD4 and DRD5*. Molecular Psychiatry. Vol 9(7) Jul 2004, 711-717.
- Misener, VL; Luca, P; Azeke, O; Crosbie, J; Waldman, I; Tannock, R; Roberts, W; Malone, M; Schachar, R; Ickowicz, A; Kennedy, JL; Barr, CL. *Linkage of the dopamine receptor D1 gene to attention-deficit/hyperactivity disorder*. Molecular Psychiatry. Vol 9(5) May 2004, 500-509.
- Adams, J; Crosbie, J; Wigg, K; Ickowicz, A; Pathare, T; Roberts, W; Malone, M; Schachar, R; Tannock, R; Kennedy, JL; Barr, CL. *Glutamate receptor, ionotropic, N-methyl D-aspartate 2A (GRIN2A) gene as a positional candidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in the 16p13 region*. Molecular Psychiatry. Vol 9(5) May 2004, 494-499.
- Loo, SK; Fisher, SE; Francks, C; Ogdie, MN; MacPhie, IL; Yang, M; McCracken, JT; McGough, JJ; Nelson, SF; Monaco, AP; Smalley, SL. *Genome-wide scan of reading ability in affected sibling pairs with attention-deficit/hyperactivity disorder: Unique and shared genetic effects*. Molecular Psychiatry. Vol 9(5) May 2004, 485-493.
- Cohen, David; Leo, Jonathan. *An Update on ADHD Neuroimaging Research*. Journal of Mind & Behavior. Vol 25(2) Spr 2004, 161-166.
- Misener, Virginia; Schachar, Russell; Ickowicz, Abel; Malone, Molly; Roberts, Wendy; Tannock, Rosemary; Kennedy, James L; Pathare, Tejaswee; Barr, Cathy L. *Replication test for association of the IL-1 receptor antagonist gene, IL1RN, with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Neuropsychobiology. Vol 50(3) 2004, 231-234.
- Levy, Florence. *Synaptic Gating and ADHD: A Biological Theory of Comorbidity of ADHD and Anxiety*. Neuropsychopharmacology. Vol 29(9) Sep 2004, 1589-1596.
- Durstun, Sarah; Pol, Hilleke EHulshoff; Schnack, Hugo G; Buitelaar, Jan K; Steenhuis, Mark P; Minderaa, Ruud B; Kahn, Rene S; van Engeland, Herman. *Magnetic resonance imaging of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and their unaffected siblings*. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. Vol 43(3) Mar 2004, 332-340.
- Seidman, Larry J; Valera, Eve M; Bush, G. *Brain function and structure in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Psychiatric Clinics of North America. Vol 27(2) Jun 2004, 323-347.
- Faraone, S.V. *Genetics of adult attention-deficit/hyperactivity disorder*. Psychiatric Clinics of North America. Vol 27(2) Jun 2004, 303-321.
- DIFFERENZE DI GENERE**
- Hermens, DF; Williams, LM; Lazzaro, I; Whitmont, S; Melkonian, D.; Gordon, E.; *Sex differences in adult ADHD: A double dissociation in brain activity and autonomic arousal*. Biological Psychology. Vol 66(3) Jul 2004, 221-233.
- Biederman, J; Faraone, SV; Biederman, J. *The Massachusetts General Hospital studies of gender influences on attention-deficit/hyperactivity disorder in youth and relatives*. Psychiatric Clinics of North America. Vol 27(2) Jun 2004, 225-232.
- Biederman, J; Faraone, SV; Monuteaux, MC; Bober, M; Cadogan, E.; *Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited*. Biological Psychiatry. Vol 55(7) Apr 2004, 692-700.
- FARMACOLOGIA**
- Buitelaar, J K; Danckaerts, M; Gillberg, C; Zuddas, A; Becker, K; Bouvard, M; Fagan, J; Gadoros, J; Harpin, V; Hazell, P; Johnson, M; Lerman-Sagie, T; Soutullo, Cesar A; Wolanczyk, Tomasz; Zeiner, Pal; Fouche, D S; Krikke-Workel, J; Zhang, S; Michelson, D. *A prospective, multicenter, open-label assessment of atomoxetine in non-North American children and adolescents with*

- ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Vol 13(4) Aug 2004, 249-257.
- Lee, Tih-Shih W; Lee, Teresa D; Lombroso, P J; King, R A. *Atomoxetine and Tics in ADHD*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol 43(9) Sep 2004, 1068-1069.
- McCabe, Sean E; Teter, C J; Boyd, C J. *The Use, Misuse and Diversion of Prescription Stimulants Among Middle and High School Students*. *Substance Use & Misuse*. Vol 39(7) 2004, 1095-1116.
- Libretto, SE; Asherson, P. *Long-Acting Methylphenidate for the Treatment of Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. *British Journal of Developmental Disabilities*. Vol 50(99,Pt2) 2004, 143-151.
- Donnelly, M; Haby, M M; Carter, R; Andrews, G; Vos, T. *Cost-effectiveness of dexamphetamine and methylphenidate for the treatment of childhood attention deficit hyperactivity disorder*. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. Vol 38(8) Aug 2004, 592-601.
- Hechtman, L.; Abikoff, H.; Klein, R G; Greenfield, B; Etcovitch, J; Cousins, L; Fleiss, K; Weiss, M; Pollack, S. *Children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment: Impact on parental practices*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol 43(7) Jul 2004, 830-838.
- Abikoff, H.; Hechtman, L.; Klein, R. G; Gallagher, R.; Fleiss, K.; Etcovitch, J.; Cousins, L.; Greenfield, B.; Martin, D.; Pollack, S.; *Social functioning in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol 43(7) Jul 2004, 820-829
- Hechtman, L.; Abikoff, H.; Klein, R. G; Weiss, G.; Respitz, C.; Kouri, J.; Blum, C.; Greenfield, B.; Etcovitch, J.; Fleiss, K.; Pollack, S.; *Academic achievement and emotional status of children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol 43(7) Jul 2004, 812-819.
- Abikoff, H.; Hechtman, L.; Klein, R.G; Weiss, G.; Fleiss, K.; Etcovitch, J.; Cousins, L.; Greenfield, B.; Martin, D.; Pollack, S.; *Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol 43(7) Jul 2004, 802-811
- Klein, R. G; Abikoff, H.; Hechtman, L.; Weiss, G.; *Design and rationale of controlled study of long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment in children with ADHD*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol 43(7) Jul 2004, 792-801.
- Charach, A.; Ickowicz, A.; Schachar, R.; *Stimulant treatment over five years: Adherence, effectiveness, and adverse effects*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol 43(5) May 2004, 559-567.
- Sangal, RB; Sangal, J.M. *Attention-deficit/hyperactivity disorder: Cognitive evoked potential (P300) topography predicts treatment response to methylphenidate*. *Clinical Neurophysiology*. Vol 115(1) Jan 2004, 188-193.
- Pearson, D.A.; Lane, D.M.; Santos, C.W.; Casat, C.D.; Jerger, S.W.; Loveland, K.A.; Faria, L.P.; Mansour, R.; Henderson, J.A.; Payne, C.D.; Roache, J.D.; Lachar, D.; Cleveland, L.A.; *Effects of Methylphenidate Treatment in Children With Mental Retardation and ADHD: Individual Variation in Medication Response*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol 43(6) Jun 2004, 686-698.
- Pearson, D.A.; Santos, C.W.; Casat, C.D.; Lane, D.M.; Jerger, S.W.; Roache, J.D.; Loveland, K.A.; Lachar, D.; Faria, L.P.; Payne, C.D.; Cleveland, L.A.. *Treatment Effects of Methylphenidate on Cognitive Functioning in Children With Mental Retardation and ADHD*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol 43(6) Jun 2004, 677-685.
- Cox, D.J.; Merkel, RL.; Penberthy, J. K.; Kovatchev, B.; Hankin, C.S.; *Impact of methylphenidate delivery profiles on driving performance of adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: A pilot study*. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. Vol 43(3) Mar 2004, 269-275.
- Bedard, A-C.; Martinussen, R.; Ickowicz, A.; Tannock, R.; *Methylphenidate improves visual-spatial memory in children with attention-deficit/hyperactivity disorder*. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. Vol 43(3) Mar 2004, 260-268.

NEUROPSICOLOGIA

- Biederman, Joseph; Monuteaux, Michael C; Doyle, Alysia E; Seidman, Larry J; Wilens, Timothy E; Ferrero, Frances; Morgan, Christie L; Faraone, Stephen V. *Impact of Executive Function Deficits and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on Academic Outcomes in Children*. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. Vol 72(5) Oct 2004, 757-766.
- Kourakis, Iosif E; Katachanakis, Constantinos N; Vlahonikolis, Ioannis G; Paritsis, Nicolaos K. *Examination of verbal memory and recall time in children with attention deficit hyperactivity disorder*. *Developmental Neuropsychology*. Vol 26(2) 2004, 565-570.
- Schulz, Kurt P; Fan, Jin; Tang, Cheuk Y; Newcorn, Jeffrey H; Buchsbaum, Monte S; Cheung, Angeles M; Halperin, Jeffrey M. *Response inhibition in adolescents diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder during*

- childhood: An event-related fMRI study. *American Journal of Psychiatry*. Vol 161(9) Sep 2004, 1650-1657
- Homack, Susan; Riccio, Cynthia A. A meta-analysis of the sensitivity and specificity of the Stroop Color and Word Test with children. *Archives of Clinical Neuropsychology*. Vol 19(6) Sep 2004, 725-743.
- Riccio, Cynthia A.; Wolfe, Monica E.; Romine, Cassandra; Davis, Brandon; Sullivan, Jeremy R. *The Tower of London and neuropsychological assessment of ADHD in adults*. *Archives of Clinical Neuropsychology*. Vol 19(5) Aug 2004, 661-671.
- Hurks, PPM; Hendriksen, JGM; Vles, JSH; Kalf, AC; Feron, FJM; Kroes, M; van Zeven, TMCB; Steyaert, J; Jolles, J. *Verbal fluency over time as a measure of automatic and controlled processing in children with ADHD*. *Brain & Cognition*. Vol 55(3) Aug 2004, 535-544.
- Lorch, E.P.; O'Neil, K.; Berthiaume, K.S.; Milich, R.; Eastham, D.; Brooks, T.; *Story comprehension and the impact of studying on recall in children with attention deficit hyperactivity disorder*. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. Vol 33(3) Sep 2004, 506-515.
- Mason, D.J.; Humphreys, G.W.; Kent, L. *Visual search, singleton capture, and the control of attentional set in ADHD*. *Cognitive Neuropsychology*. Vol 21(6) Sep 2004, 661-687.
- Hervey, A.S.; Epstein, J.N.; Curry, J.F.; *Neuropsychology of Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review*. *Neuropsychology*. Vol 18(3) Jul 2004, 485-503.
- Scheres, A.; Oosterlaan, J.; Geurts, H.; Morein-Zamir, S.; Meiran, N.; Schut, H.; Vlasveld, L.; Sergeant, J.A.; *Executive functioning in boys with ADHD: Primarily an inhibition deficit?* *Archives of Clinical Neuropsychology*. Vol 19(4) Jun 2004, 569-594.
- Karatekin, C.; *A test of the integrity of the components of Baddeley's model of working memory in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)*. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*. Vol 45(5) Jul 2004, 912-926.
- Nichols, S.L.; Waschbusch, D.A.; *A review of the validity of laboratory cognitive tasks used to assess symptoms of ADHD*. *Child Psychiatry & Human Development*. Vol 34(4) Sum 2004, 297-315.
- Seidman, L.; Doyle, A.; Fried, R.; Valera, E.; Crum, K.; Matthews, L.; Seidman, L.H.; *Neuropsychological function in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder*. *Psychiatric Clinics of North America*. Vol 27(2) Jun 2004, 261-282.
- Geurts, H.M.; Verte, S.; Oosterlaan, J.; Roeyers, H.; Sergeant, J.A.; *How specific are executive functioning deficits in attention deficit hyperactivity disorder and autism?* *Journal of Child Psychology & Psychiatry*. Vol 45(4) May 2004, 836-854.
- Siklos, S.; Kerns, K.A.; *Assessing multitasking in children with ADHD using a modified Six Elements Test*. *Archives of Clinical Neuropsychology*. Vol 19(3) Apr 2004, 347-361.
- Roth, R.M.; Saykin, A.J. *Executive dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder: cognitive and neuroimaging findings*. *Psychiatric Clinics of North America*. Vol 27(1) Mar 2004, 83-96.
- Berlin, L.; Bohlin, G.; Nyberg, L.; Janols, Lars-Olof. *How well do measures of inhibition and other executive functions discriminate between children with ADHD and controls?* *Child Neuropsychology*. Vol 10(1) Mar 2004, 1-13.

PERCEZIONE DEL TEMPO

- Hartman, C.A.; Willcutt, E.G.; Rhee, S.H.; Pennington, B.F.; *The Relation Between Sluggish Cognitive Tempo and DSM-IV ADHD*. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Vol 32(5) Oct 2004, 491-503
- McGee, R.; Brodeur, D.; Symons, D.; Andrade, B.; Fahie, C. *Time Perception: Does it Distinguish ADHD and RD Children in a Clinical Sample?* *Journal of Abnormal Child Psychology*. Vol 32(5) Oct 2004, 481-490.
- Todd, Richard D; Rasmussen, Erik R.; Wood, C.; Levy, Florence; Hay, D. A. *Should sluggish cognitive tempo symptoms be included in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder?* *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol 43(5) May 2004, 588-597.

ASPETTI FAMILIARI

- Harborne, A.; Wolpert, M.; Clare, L.; *Making Sense of ADHD: A Battle for Understanding? Parents' Views of their Children Being Diagnosed with ADHD*. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*. Vol 9(3) Jul 2004, 327-339.
- Flamboe, Thomas C; Nieponski, Mary Katherine (Ed). *Multi-coloured mayhem: Parenting the many shades of adolescents and children with autism, asperger syndrome and AD/HD*. *Family Journal-Counseling & Therapy for Couples & Families*. Vol 12(3) Jul 2004, 324-325.
- Collett, Brent R; Gimpel, Gretchen A. *Maternal and child attributions in ADHD versus non-ADHD populations*. *Journal of Attention Disorders*. Vol 7(4) May 2004, 187-196.
- Chronis, A.M.; Chacko, A.; Fabiano, G.A.; Wymbs, B.T.; Pelham, W.E Jr.; *Enhancements to the Behavioral Parent Training Paradigm for Families of Children With ADHD: Review and Future Directions*. *Clinical Child & Family Psychology Review*. Vol 7(1) Mar 2004, 1-
- Kashdan, T.B.; Jacob, R.G.; Pelham, W.E.; Lang, A.R.; Hoza, B.; Blumenthal, J.D.; Gnagy, E.M.; *Depression and Anxiety in Parents of Children With ADHD and Varying Levels of Oppositional Defiant Behaviors: Modeling Re-*

Relationships With Family Functioning. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. Vol 33(1) Feb 2004, 169-181.

McKee, T.E.; Harvey, E.; Danforth, J.S.; Ulaszek, W.R.; Friedman, J.L.; *The Relation Between Parental Coping Styles and Parent-Child Interactions Before and After Treatment for Children With ADHD and Oppositional Behavior*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. Vol 33(1) Feb 2004, 158-168.

ASPETTI SCOLASTICI

Evans, Steven W; Axelrod, Jennifer; Langberg, Joshua M. *Efficacy of a School-Based Treatment Program for Middle School Youth With ADHD: Pilot Data*. *Behavior Modification*. Vol 28(4) Jul 2004, 528-547.

Kos, Julie M; Richdale, Amanda L; Jackson, Mervyn S; Kos, Julie M. *Knowledge About Attention-deficit/Hyperactivity Disorder: A Comparison of In-Service and Preservice Teachers*. *Psychology in the Schools*. Vol 41(5) May 2004, 517-526.

Jackson, David A; King, Alan R. *Gender Differences in the Effects of Oppositional Behavior on Teacher Ratings of ADHD Symptoms*. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Vol 32(2) Apr 2004, 215-224.

Novità

Libri di prossima uscita

Gruppo AIDAI-Scuola. *Alunni con disattenzione/iperattività: Guida pratica per insegnanti*. Ed. Armando, Roma.

La presenza di un bambino DDAI nella classe può essere considerata come un'**occasione importante** per riflettere e lavorare sulle diversità presenti in ciascun individuo e sulla ricchezza che esse rappresentano.

Partendo dalla grande eterogeneità degli alunni e utilizzando al meglio le potenzialità dell'insegnante, la scommessa educativa è quella di riuscire a costruire un clima in cui le caratteristiche di ciascuno si esprimano e si affinino, rendendo possibile un apprendimento ricco e partecipato. In questo clima di apprendimento costruito sugli alunni, insieme a loro, ognuno potrà trovare l'insegnamento di cui ha più bisogno.

In questo volumetto abbiamo cercato di presentare brevemente alcune linee essenziali per il riconoscimento del disturbo da deficit di attenzione e iperattività ed una sintesi delle varie possibilità di intervento, in ambito scolastico.

Abbiamo quindi suggerito alcune piste di lavoro per sviluppare la collaborazione tra scuola-famiglia, per l'utilizzo di insegnanti specializzati, per integrare il lavoro scolastico con quello di altri educatori o specialisti.

Cordula Neuhaus, *Gli adolescenti iperattivi e i loro problemi*, Ed. Le Lettere, Firenze.

L'autrice del volume *Gli adolescenti iperattivi e i loro problemi* è la Dott. Cordula Neuhaus, pedagogista clinica e psicoterapeuta comportamentale che svolge da più di quindici anni la sua attività ambulatoriale e didattica a Stoccarda, Bad Duerckheim e Tubinga. È inoltre membro del direttivo del Forum ADD, partecipa ai congressi della CHADD, ha redatto libri e articoli e tiene corsi di formazione per psicoterapeuti e per insegnanti.

Il manuale, uscito in Germania presso la casa editrice Urania Ravensburger nel 2000, presenta innanzitutto le diverse forme del disturbo, ne spiega le cause, illustra i più recenti interrogativi scientifici, i risultati della ricerca, le modalità per eseguire una diagnosi e i relativi approcci terapeutici.

Neuhaus descrive dettagliatamente in base alla propria esperienza come terapeuta la vita quotidiana degli adolescenti ADHD, le preoccupazioni dei genitori, la difficoltà nella comunicazione, l'inutilità delle punizioni e fornisce poi una ricca serie di suggerimenti concreti su come affrontare la convivenza e come portare avanti il nostro ruolo educativo. Dà consigli su come sia possibile una nuova forma di comunicazione, chiarisce come stabilire regole comportamentali, spiega cosa fare nei litigi coi fratelli, aiuta a organizzare lo spazio, il tempo, i soldi. Inoltre l'autrice prende in esame problemi particolari come la predisposizione alla violenza, l'esposizione alla tossicodipendenza e l'insorgere di disturbi collaterali.

Particolarmente illuminante appare il capitolo "Scuola e apprendimento: un incubo?". Neuhaus ci dice cosa possiamo fare come genitori per aiutare i nostri figli a studiare, come affrontare gli insegnanti, l'importanza di individuare la figura di un "coach", quali fasi di lavoro deve seguire il ragazzo e quali strategie usare per poter apprendere con successo.

L'autrice dedica poi un capitolo all'evoluzione dopo l'adolescenza e alla scelta della professione ed infine illustra i diversi trattamenti terapeutici e il ruolo del parent-training.

Traduzione del libro a cura di Silvia Juliani
Referente AIFA

CORSI E CONGRESSI

INVITO A PROPORRE CONTRIBUTI

V CONGRESSO NAZIONALE SUL

"DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ"

Enti Organizzatori:

A.I.D.A.I. (Associazione Italiana Disturbi di Attenzione Iperattività)

AIRIPA (Associazione It. Ricerca e Intervento in Psicopatologia dell'Apprendimento)

Con il Patrocinio di Università degli Studi di Milano - Bicocca

13-14 Maggio 2005

Sede: Milano, Università di Milano-Bicocca

RELATORI SU INVITO

- R. Tannock (University of Toronto, Canada)
- K. Rubia (Institute of Psychiatry, London, GB)
- C. Umiltà (Università di Padova)

MANIFESTAZIONI PRE-ORGANIZZATE

- SIMPOSI: Modelli interpretativi del DDAI (coordinano C. Cornoldi e A. Zuddas)
- Protocolli operativi per il DDAI: dalla diagnosi all'intervento (coordinano C. Vio e D. Maschietto)

COMITATO SCIENTIFICO

- M. Bonati,
- C. Cornoldi,
- P. Curatolo,
- R. De Beni,
- S. Di Nuovo,

- M. Di Pietro,
- L. D'Odorico,
- G.M. Marzocchi,
- G. Masi,
- M.C. Passolunghi,
- C. Vio,
- G. Vallar,
- D. Varin,
- A. Zuddas

Informazioni ed invio riassunti (indicando eventuale preferenza per poster), max 150 parole, **scadenza 31 Gennaio 2005:**

aidai@libero.it

oppure c/o Dipartimento di Psicologia, Università di Milano-Bicocca, P.zza Ateneo Nuovo, 1 - 20126 Milano (Alla C.A. dr. Gian Marco Marzocchi).