

Attention Deficit Hyperactivity Disorder

23 e 30 Gennaio 2024

Dr.ssa Eleonora Grossi
Psicologo Neuropsicologo

Bibliografia principale degli argomenti trattati

ADHD compendio teorico-pratico per i professionisti, i pazienti e i familiari

A cura di Francesco Auriemma, Domenico Dragone, Giordano D'Urso, Roberto ghiaccio

Edizioni Publiedit

Outlines

- Classificazione del disturbo ADHD secondo DSM 5
- Caratteristiche del bambino ADHD
- Iperattività e disturbo dell'attenzione
- Funzioni esecutive, attentive e mnesiche: definizione e classificazione
- La valutazione dell'attenzione: gli strumenti di indagine clinica
- Gli aspetti emotivi e psicologici legati al disturbo

- L'adhd acronimo dei termini inglesi **attention deficit hyperactivity disorder**, in italiano sindrome da deficit di attenzione e iperattività, è tra i disturbi neuropsichiatrici più frequenti dell'età evolutiva.
- È definito dalla presenza di comportamenti persistenti di inattenzione e / o impulsività che appaiono inappropriati per il livello di sviluppo cognitivo raggiunto dal bambino
- tali comportamenti sono evidenti nei diversi contesti di vita in cui il bambino è inserito famiglia, scuola, gruppo sportivo o ricreativo eccetera e appaiono talmente marcati e gravi da compromettere funzionalmente la vita di relazione sociale e il rendimento scolastico o nel caso di giovani adulti le prestazioni lavorative e professionali
- Questo disturbo è fortemente condizionato da complessi fattori psicosociali ed antropologici che caratterizzano fortemente la condizione del bambino nella famiglia moderna

Excursus

- Il termine IPERATTIVITA' compare per la prima volta nel 1876 in riferimento a condizioni cerebrali di mania acuta
- nel 1902 George Steel descrive una serie di disturbi comportamentali dell'infanzia simil ADHD dovuti a difetti cerebrali di tipo genetico Minimal Brain Damage e non ascrivibili a cause sociali e/o ambientali
- negli anni 20 gli stessi disturbi comportamentali furono evidenziati ed attribuiti all'encefalopatia che colpiva coloro che venivano infettati dall'influenza spagnola
- l'evidenza di una causa organica ha fatto sì che sul finire degli anni 30 il dottor Bradley (USA) trattasse con successo bambini con disturbi comportamentali grazie a farmaci psicostimolanti
- nel 1957 è stato commercializzato il metilfenidato ritalin ancora oggi utilizzato come farmaco di prima scelta nel trattamento della adhd
- il crescente interesse scientifico per tali problematiche ha permesso l'introduzione dell'etichetta diagnostica di sindrome ipercinetica dell'infanzia nella seconda edizione del DSM pubblicato nel 1968 la scelta di questo termine enfatizza l'importanza dell'aspetto motorio a discapito di quello cognitivo

La diatriba motorio-cognitivo

- l'edizione III del DSM utilizzava l'espressione diagnostica disturbo da deficit di attenzione tale cambiamento nosologico presupponeva un mutamento nella lettura della sindrome di cui si sottolineava la centralità negli aspetti cognitivi rispetto a quello motorio e comportamentale
- nel corso del secolo scorso sono stati pubblicati oltre 6000 interventi tra articoli scientifici saggi e manuali quindi l'ADHD era diventata una delle disfunzioni più studiate al mondo
- 1994 DSM IV ha definito l'adhd come disattenzione iperattivo impulsivo combinato
- nel 1998 l'esistenza del disturbo è ufficialmente convalidata dalla Consensus Statement dei National Institutes of Health e l'anno successivo è stato pubblicato il più grande trial clinico sulla ADHD (MTA study) il quale asserisce che la combinazione di terapia farmacologica e terapia di sostegno possono dare migliori risultati

- attualmente la nuova versione del DSM 5 del 2013 rappresenta un cambiamento profondo del neopositivismo diagnostico in quanto segna un passaggio da una diagnosi categoriale a una diagnosi dimensionale dove si evidenzia il profilo funzionale individuale del soggetto dimostrando come tale disturbo si possa protrarre in età adulta nonostante insorga principalmente durante l'infanzia
- nonostante l'iperattività sia una sindrome nota da più di un secolo nel corso degli anni e abbia assunto termini diversi rendendo problematica almeno in passato la rilevazione del disturbo il sistema di classificazione realizzato dall'organizzazione mondiale della sanità ICD 10 riporta esclusivamente il disturbo ipercinetico che viene oggi considerato simile al disturbo da deficit attentivo con iperattività di tipo combinato

Nella società moderna

- il bambino è da un lato l'anello debole del sistema caratterizzato da fragilità emotiva e strutturale ed è colui che al momento paga il tributo più alto
- il termine disagio infantile denuncia l'incapacità da parte della società adulta di recepire accogliere e trasformare le esigenze del bambino e al tempo stesso denuncia e amplifica la conflittualità e le contraddizioni di quella medesima società che ha proprio nel bambino uno dei suoi target privilegiati
- oggi il bambino potenziale consumatore e per questo viene coccolato dai media e dalle industrie e a sua volta pretende determinati prodotti imposti nella sovrastimolazione mediatica e dalla pubblicità
- il problema più largamente diffuso e condiviso nell'ambito dei disordini attivi risiede nel fatto che il disagio infantile e adolescenziale una volta riconosciuto come malattia si è subito trasformato in un'enorme business basti pensare che le multinazionali del farmaco sono riuscite ad ottenere la somministrazione di psicofarmaci anche nell'infanzia

- Nel 2006 l'EMA (European Medicines Agency ente di controllo sanitario dell'unione europea) ha autorizzato la somministrazione di fluoxetina ai minori di 8 anni
- Questo ha portato a critiche feroci sull'argomento dando spazio alla creazione di diversi comitati tra cui il più famoso 'giù le mani dai bambini' che ritiene che l'etica deontologica abbia abdicato a favore dell'etica del profitto.
- Viene messa in discussione la natura organica della malattia, si tende a minimizzare ogni sintomo del disturbo dando come unica causa certa del disagio psicosociale del bambino e dell'adolescente il malessere della società odierna e la degenerazione del concetto di famiglia.

- Si parla troppo poco di ADHD
 - Gli adolescenti portano avanti uno stile di vita scoraggiato, depresso, disadattivo
 - Disattenzione
 - Aggressivi, nervosi, fino a comportamenti che possono diventare violenti con abuso di sostanze o che avranno trattamenti e interventi eccessivi che avranno come obiettivi il contenimento comportamentale o la sedazione
 - Non continuità sul lavoro, nelle relazioni e senso di 'scemenza'
 - La diagnosi restituisce loro la dignità di appartenere ad una categoria in quanto il loro funzionamento veniva sempre giudicato da genitori, insegnanti, medici utilizzando appellativi quali 'sei un poco di buono, sei svogliato, hai sempre la testa sulle nuvole ...'

Associazioni adhd in Italia



Normativa

- Inizialmente ha fatto riferimento al registro nazionale per l'ADHD istituito dall'Istituto Superiore di Sanità e Agenzia Farmaco
- Cenni storici
 - Linee guida società scientifica SINPIA (2002)
 - Consensus Conference (2003) (inserisce strumento di valutazione ed équipe multidisciplinare, introduce metodi di intervento di gestione comportamentale non farmacologica e farmacologica)
 - Registro nazionale per l'adhd (2007) (introduce l'utilizzo del farmaco nel trattamento comportamentale)

Registro nazionale ADHD

- Istituito da IIS
- Scopo
 - Raccogliere dati sulla prevalenza
 - La diagnosi
 - Il trattamento
 - Gli Outcome del disturbo da deficit di attenzione / iperattività
 - Centri di riferimento regionali
 - 'protocollo diagnostico terapeutico

Centri di riferimento regionali o Poli ADHD

- Accreditati alla Regione
 - Lombardia: BS, Mi...
 - Contesto specializzato
 - Possono introdurre farmaci (metilfenidato, atomoxetina)
 - Nell'adulto metilfenidato è prescrivibile (ssn) solo in continuità terapeutica per chi ha diagnosi e assume il farmaco prima del 18° anno di età, non è prescrivibile, quindi a pagamento, se diagnosi dopo i 18 anni

Centri di riferimento regionali o Poli ADHD

- Bambino

- Psico-educazione
- Farmacoterapia
- Terapia cognitivo comportamentale

- Famiglia

- Psico-educazione
- Parent training

- Scuola

- Psico-educazione
- Training per gli insegnanti

Trattamento ideale approccio multimodale
(disatteso)

Scenario attuale

- Abrogazione del 'protocollo diagnostico terapeutico dell'ISS avvenuta nel 2018 (introdotto nel 2007)
- Assenza di linee guida nazionali e di una legge specifica per la diagnosi e il trattamento

Ne consegue che

- Frammentazione ed assenza di integrazione
- Ritardi nella diagnosi e presa in carico
- Sommerso diagnostico
- Variabilità diagnostica e dei trattamenti

Impatto sociale

- Mancanza di informazioni (dr Google)
- Difficoltà di accesso alle cure
- Stigmatizzazione (stereotipo - problema di carattere)
- Difficoltà di apprendimento
- Difficoltà lavorative
- Carenti relazioni interpersonali
- Mancanza di consapevolezza e discriminazione

Stigma

- L'adhd è un disturbo che colpisce i bambini
- L'adhd è spesso confuso con la pigrizia o la mancanza di volontà
- Trattamento adhd con farmaci stimolanti è pericoloso
- Disturbo associato ad una riduzione della capacità intellettuale o ad una mancanza di intelligenza

Costi e tempistiche

- Trattamenti diagnostici, interventi psicoeducativi, logopedici, parent training anche di gruppo, teacher training anche di gruppo
- Tempistica presa in cura (20/27 mesi)
 - Prima visita di accertamento 12/16 mesi di attesa
 - Day hospital con testistica completa (6/7 mesi dalla prima visita)
 - Restituzione valutazione 2/4 mesi dalla fine dei test
- Se c'è bisogno di sostegno
 - 4/8 mesi d'attesa prima di essere ricevuti dalla NP del distretto territoriale di appartenenza
 - 2 mesi per avvio delle pratiche per le tutele legali, 104 e invalidità alla commissione integrata
 - 6/7 mesi per avere il verbale del responso
 - ½ anni per eventuale ricorso
- Terapia
 - ½ anni di attesa per logopedia e neuropsicomotricità presso centri di riabilitazione convenzionati
 - ½ anni di attesa per logopedia e neuropsicomotricità per servizi ASL territoriali

Situazione di isolamento delle famiglie e delle persone

- Spesso persone e famiglie si sentono isolati e confusi per molte ragioni
 - Mancanza di conoscenza
 - Mancanza di comprensione dal disturbo
 - Giudizio sociale (stigmatizzazione)
 - Difficoltà a trovare servizi adeguati
 - Stress sociale ed emotivo

28/05/2015

La scuola

Circolare Miur ADHD
(15/06/2010, prot. 4089)



FINALITÀ:

Fornire indicazioni e accorgimenti didattici volti ad agevolare il percorso scolastico di detti alunni alla luce del documento sottoscritto da Airipa, Sinpia, Aidai, Aifa e pubblicato sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità



**Circolare Miur
ADHD** (15/06/2010,
prot. 4089)

Punto 1: descrizione degli alunni con ADHD

Difficoltà in:

- resistere ad elementi distraenti presenti nell'ambiente o a pensieri divaganti
- regolare il comportamento che si caratterizza per irrequietezza motoria
- controllare, inibire o differire risposte o comportamenti
- autoregolare le emozioni
- gestire il livello di motivazione ETC

SINTOMI SECONDARI
(autoregolazione emotiva,
motivazione....)



DISATTENZIONE
IPERATTIVITÀ
IMPULSIVITÀ



Ministero dell'Istruzione
dell'Università e della Ricerca

**Circolare Miur
ADHD** (15/06/2010,
prot. 4089)

Punto 2: Protocollo operativo

Opportuno e utile che:

1. il Dirigente Scolastico venga contattato dalla famiglia che presenta l'evidenza della problematica del proprio figlio/a. Tutta la documentazione dovrebbe essere inserita nel protocollo riservato;
2. il Dirigente Scolastico allerti i docenti prevalenti o i coordinatori di classe in merito all'evidenza del caso;
3. Tutti i docenti della classe in cui è presente un alunno con ADHD dovrebbero prendere visione della documentazione clinica dell'alunno rilasciata da un servizio specialistico (caratteristiche del Disturbo, diagnosi e indicazioni di trattamento, suggerimenti psico-educativi);



Ministero dell'Istruzione
dell'Università e della Ricerca

**Circolare Miur
ADHD** (15/06/2010,
prot. 4089)

Punto 2: Protocollo operativo

Opportuno e utile che:

4. gli insegnanti tengano contatti con i genitori del bambino e con gli specialisti che lo seguono, per un opportuno scambio di informazioni e per una gestione condivisa di progetti educativi appositamente studiati;
5. I docenti, di concerto con gli operatori clinici che gestiscono la diagnosi e cura dell'alunno, dovrebbero a questo punto definire le strategie metodologico-didattiche per favorire un migliore adattamento scolastico e sviluppo emotivo e comportamentale.
6. Si raccomanda che ciascun insegnante che opera con il bambino abbia cura di attenersi all'utilizzo di tecniche educative e didattiche di documentata efficacia nell'ambito dei disturbi da deficit dell'attenzione e iperattività (vedi link allegati)



**Circolare Miur
ADHD** (15/06/2010,
prot. 4089)

Alcune tecniche educative contenute nel documento:

- prevedere l'utilizzo di tecniche educative di documentata efficacia (es. aiuti visivi, introduzione di routine, **tempi di lavoro brevi o con piccole pause, gratificazioni immediate**, procedure di controllo degli antecedenti e conseguenti);
- **poche e chiare regole** di comportamento;
- Organizzare **prove scritte suddivise in più parti** e invitare lo studente ad effettuare un accurato **controllo** del proprio compito prima di consegnarlo.
- Comunicare chiaramente i **tempi necessari per l'esecuzione del compito** (tenendo conto che l'alunno con ADHD può necessitare di tempi maggiori rispetto alla classe o viceversa può avere l'attitudine di affrettare eccessivamente la conclusione)
- **Valutare gli elaborati scritti in base al contenuto**, senza considerare esclusivamente gli errori di distrazione, valorizzando il prodotto e l'impegno piuttosto che la forma.
- Evitare di comminare punizioni mediante: un aumento dei compiti per casa, una riduzione dei tempi di ricreazione e gioco, l'eliminazione dell'attività motoria, la negazione di ricoprire incarichi collettivi nella scuola, l'esclusione dalla partecipazione alle gite.



**Circolare Miur
ADHD** (15/06/2010,
prot. 4089)

INFINE:

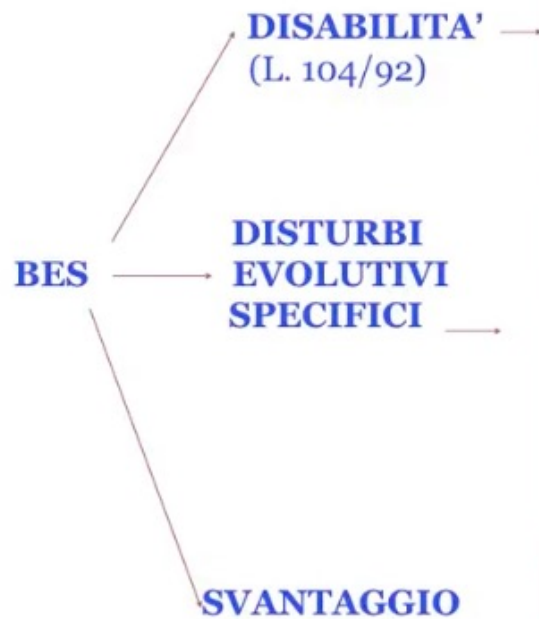
È auspicabile che i docenti considerino i fattori presenti nella diagnosi ADHD prima di procedere alla valutazione dell'alunno/a.

Si sottolinea l'importanza e delicatezza della valutazione periodica del comportamento dell'alunno (voto di condotta). Occorre infatti tenere conto del fatto che il comportamento di un alunno con ADHD è condizionato fortemente dalla presenza dei sintomi del disturbo. Sarebbe pertanto auspicabile che la valutazione delle sue azioni fosse fatta evitando di attribuire valutazioni negative per comportamenti che sono attribuibili a fattori di tipo neurobiologico.

Testi utili e scaricabili gratuitamente:

(Es. www.aidaiassociazione.com/documents/Training_per_Insegnanti.pdf)

BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI (D. M.
27 dicembre 2012)



- DEFICIT:
 - sensoriale
 - motorio
 - psicofisico
 - autismo

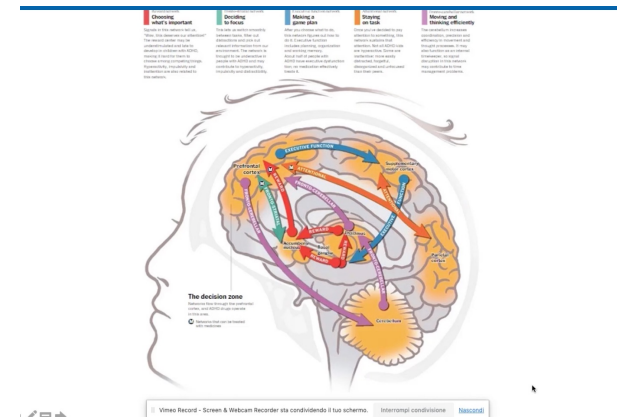
PEI

- DSA (l. 170/2010)
 - Deficit del linguaggio
 - Deficit delle abilità non verbali
 - Deficit della coordinazione motoria
 - Disprassia
 - Deficit dell'attenzione e dell'iperattività (A.D.H.D. di tipo lieve)
 - Disturbo dello spettro autistico lieve
 - Funzionamento intellettivo limite
 - DOP (Oppositivo -provocatorio)

PDP

- socioeconomico
 - linguistico (stranieri non alfabetizzati)
 - culturale
 - disagio comportamentale/relazionale
 - altre difficoltà (malattie, dipendenze, ecc)

DIAGNOSI



Solo comprendendo come funziona l'adhd riusciamo a capirlo
Escludere il pregiudizio sullo sviluppo. Lo sviluppo non è un processo a comparti stagni
Sono funzioni indipendenti ma interconnesse che si alimentano e influenzano a vicenda
Pensiamo il ruolo fondamentale dell'attenzione

- impara a parlare ponendo attenzione , canalizzare l'attenzione sull'altro
- visiva e uditiva, divisa e alternata, selettiva e sostenuta nel tempo
- deficit di attenzione può comportare ritardo del linguaggio

Di cosa parliamo?

A = attention

D =deficit

H = hyperactivity

D = disorder

È un disturbo **neurobiologico evolutivo** caratterizzato da alcuni sintomi quali disregolazione attentiva (incapacità intrinseca a prestare attenzione)

Iperattività (incapacità intrinseca a restare fermi)

Impulsività (incapacità intrinseca di controllo inibitorio, di pianificazione)

Spettro di sintomi (disattenzione, iperattività, impulsività contemporaneamente presenti)

Incidenza 5% dei minori, 2,5% degli adulti in tutto il mondo (fonte DSM-5); in Italia 1,2 milioni di persone affette da ADHD ma solo una piccola percentuale di queste viene diagnosticata e trattata

- Possono avere problemi di memoria
 - Disregolazione emotiva
 - Percezione del tempo
 - Porta a insuccesso nella vita con problemi di autostima, di ansia
-
- Comorbidità con DSA, spettro autistico, disturbi alimentari, disturbi del sonno
 - Disturbi di comportamento o di devianza

Problematiche in età adolescenziale ed adulta

- Compiti scolastici
- Mantenere relazioni sociali e lavorative
- Gestire le proprie emozioni
- Capacità di organizzare e completare le attività quotidiane
- Relazioni interpersonali instabili
- Gestione delle emozioni ed impulsi
- Difficoltà nel mantenere un lavoro
- Procrastinare irritabilità ipersensibilità

Sintomi principali che persistono dopo l'infanzia

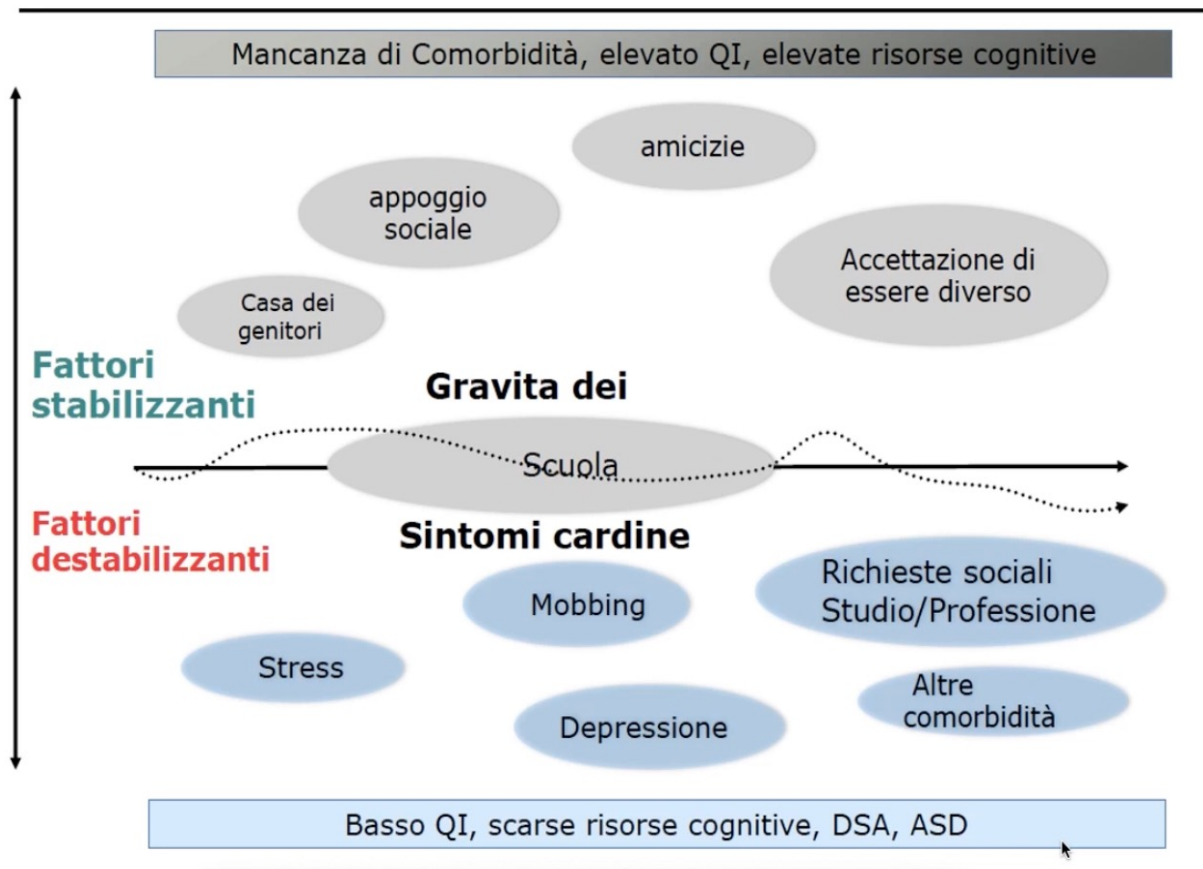
- Si presentano con modalità differenti dopo lo sviluppo
 - Iperattività e impulsività tendono a declinare con l'età mentre la disattenzione persiste
 - Impulsività può manifestarsi con disorganizzazione, dimenticanze, scarso rendimento nella pianificazione e nel completamento dei compiti, nel cambio compito e nella gestione del tempo
- A causa di questo cambiamento evolutivo nell'espressione dei sintomi molti adolescenti non soddisferanno appieno i criteri diagnostici pur rimanendo significativamente compromessi
- Inoltre l'adhd in età adulta è significativamente correlato con la disregolazione emotiva che include sintomi come un'aumentata irritabilità, bassa tolleranza alle frustrazioni e allo stress, l'instabilità emotiva

È anche una sindrome degli estremi

- Tendenza a rimandare o esagerare
- Massima responsabilità o nulla
- Prevenuto o estremamente flessibile
- Decide d'impulso o non sa decidere
- Oscilla tra incertezza estrema e consapevolezza di una missione
- Inizia tante cose ma non ne completa nessuna (perde interesse-motivazione e non riesce a compensare con la volontà)
- Paradossale ipoattività

Caratteristiche ADD/ADHD





Non si cerca di aggiustare qualcosa
Si tratta di tirare fuori il meglio

Diagnosi: è un ombrello che nel DSM5 rientra nei disordini del neurosviluppo

Non più un disturbo comportamentale nei quali rimane il disturbo oppositivo provocatorio, il disturbo esplosivo intermittente, il disturbo della condotta

Definizione provvisoria di adhd, è riduttiva
L'attenzione e l'iperattività sono epifenomeni
C'è chi parla di oltre 200 tipi di adhd
C'è chi parla di moltiplicazione psicologica

I punti cardine:

I P E R A T T I V I T A'

INIBIZIONE

Ridotto linguaggio interno, scarsa tolleranza alle frustrazioni, rigidità cognitiva

PERSISTENZA ECCESSIVA

Difficoltà di memoria di lavoro, ridotta pianificazione, alterata percezione del tempo

IPERRECETTIVITA'

Irrequietezza motoria, oppositività, possibile aggressività

ATTIVITÀ COMPORTAMENTALE, INCOERENTE, CONTRADDITTORIA, VARIABILE, DISCONTINUA

- I soggetti sono frequentemente definiti come l'irrequietezza fatta a persona come mossi da un motorino non riescono a stare fermi e nemmeno a rimanere seduti ad esempio durante le ore di scuola
- sembrano in preda ad un moto perpetuo senza scopo come se dovessero scaricare una sensazione soggettiva di tensione
-
- lo stereotipo americano per indicare questi soggetti è Dennis De Menace si incontra un'oggettività un'oggettiva difficoltà nel rispettare le regole e i tempi e gli spazi dei coetanei

Inibizione

- Senza freno, senza filtro
- Incapacità ad aspettare o ad inibire risposte o comportamenti che in quel momento risultano inadeguati. Si manifesta con eccessiva impazienza ed una estrema fretteolosità, risultano incapaci di procrastinare nel tempo la risposta ad uno stimolo esterno o interno, rispondono senza riflettere, non sanno valutare i rischi con possibili conseguenze pericolose per sé stessi e per gli altri.
- Inibizione delle risposte preponderanti (stroop, antisaccade, stop signal)
- Resistenza all'interferenza dei distrattori (flanker, denominazione di parole, confronto di forme basate su priming negativo)
- Resistenza all'interferenza proattiva

Inattenzione: ritenuto elemento centrale della sindrome

- Deficit di attenzione focale e sostenuta
- Facile distraibilità (stimoli banali)
- Ridotte capacità esecutive (compiti scolastici, attività quotidiane, gioco)
- Difficoltà nel seguire un discorso
- Interruzione di attività iniziate
- Evitamento di attività che richiedono sforzo cognitivo
- Selettiva, divisa, sostenuta, shift

Presto attenzione a tutti gli stimoli - iperrecettività - quindi è senza freno e senza filtro

Distraibilità

- Il problema non è tanto il distrarsi ma la difficoltà /impossibilità a ritornare su quello che stavano facendo (shift)

Ovvero

Deficit di autoregolazione

Deficit di autodeterminazione

Non sono sotto il controllo del Sé

Stile percettivo superficiale

Ricordando i due criteri di pervasività e impatto

CRITERIO C: PERVASIVITA'

“molti sintomi relativi alla disattenzione o al comportamento iperattivo-impulsivo devono essere presenti in due o più contesti (es., a casa, scuola, o lavoro; con gli amici o i parenti; in altre attività”

CRITERIO D: IMPATTO

“chiara evidenza che i sintomi interferiscono con, o riducono la qualità del funzionamento sociale, scolastico, e lavorativo”

CRITERIO E: COMORBIDITA'

The symptoms do not occur exclusively during the course of schizophrenia or another psychotic disorder and are not better explained by another mental disorder (e.g., mood disorder, anxiety disorder, dissociative disorder, personality disorder, substance intoxication or withdrawal).

Le cause dell'adhd

ADHD: Eziologia

- A causa di questa eterogeneità, nessun singolo fattore può essere considerato la causa, e quindi non esiste tuttora un marker biologico e un test psicologico che può conferire validità alla descrizione comportamentale del bambino affetto da ADHD

UN'IPOTESI CONDIVISA:

Complessa combinazione di fattori biologici, genetici e comportamentali (Spencer, 2002), che possono agire sia individualmente che di concerto, manifestandosi come una alterazione nell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali

ADHD: Eziologia

Fattori
neuroanatomici

- Studi di Brain Imaging evidenziano come, nei bambini con ADHD, il SNC maturi in modo normale, ma con un ritardo medio di 3 anni. Tale ritardo è più pronunciato nelle regioni deputate a funzioni complesse come la riflessività, l'attenzione, la pianificazione, il movimento, l'espressione emotiva.
- Nello strato più esterno della corteccia si evidenzia un ritardo maturativo globale (Shaw 2007, 2012)



Prima strategia: empatia e riconoscimento dello stato mentale altrui (teoria della mente)

Probabilmente vi spazzerò nel dirvi questa cosa, voi non lo sapevate mentre io sì

Obiettivi diversi tra studenti e professori

Competenza e obiettivi ministeriali per gli insegnanti

Prestazione e voto che non servono nella vita per gli studenti

Non si verifica tramite la verifica e il voto la competenza raggiunta ma tramite la generalizzazione nel contesto di vita

Ho parlato di cose scientifiche ma in parte poco concrete per ottenere in voi una riflessione oggi da portare tutti insieme. Attenzione sostenuta e resistenza all'interferenza

L'insegnante è adulto e normotipico quindi allenato a mantenere l'attenzione e resistere alle interferenze ambientali

I ragazzi hanno età diverse, con storie di allenamento all'attenzione diverse e alcuni di loro hanno l'adhd, corteccia indietro nello sviluppo per quanto riguarda il controllo inibitorio (non fare ciò che in quel momento non è opportuno, resisti a ciò che in quel momento vorresti fare).

Il problema non è il distrarsi, ma il riuscire a ritornare su ciò che si stava facendo (come i giochi nella prima infanzia, una delle domande è: passa frettolosamente da una attività all'altra? Si stanca facilmente? Si annoia? Non sa come occupare il tempo?

Il contenuto

Parlare la stessa lingua e abituarli alla vita

Nell'ultimo corso Feuerstein che ho tenuto ho chiesto ad alcune insegnanti se conoscessero gli obiettivi in uscita previsti dal Miur rispettivamente alla loro classe. Una di loro mi ha risposto

Sì, sapere descrivere una popolazione con senso critico negli usi e nei costumi.

Provocatoriamente dico: E perché i Babilonesi? Ma gli alunni della vostra classe conoscono gli usi e i costumi della loro cultura?

Insegnante: non lo so

L'insegnante insegna top-down

Loro vivono bottom up

Se li abituiamo a parlare di ciò che è la realtà odierna, commentando notizie di cronaca e risalendo al passato li abituiamo a creare cultura, li abituiamo a capire che non c'è un capitolo nel libro da studiare ma c'è un processo che ha portato a noi e noi siamo il frutto di questo processo, e i posteri saranno i frutti delle nostre scelte.

Quindi chiediamoci come avanzare un nuovo stile di insegnamento più moderno e più vicino alla realtà

Prima strategia: empatia e riconoscimento dello stato mentale altrui (teoria della mente)

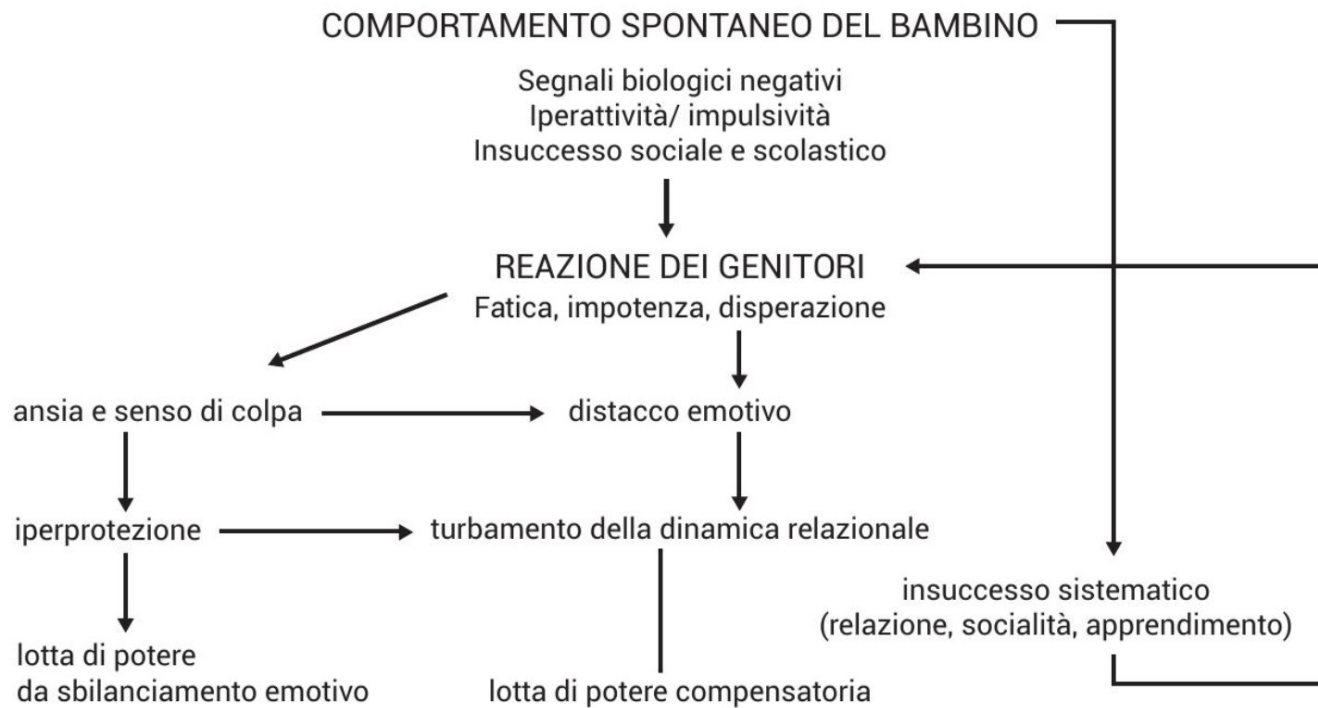
Per farlo dobbiamo pensare DIVERGENT, fuori dagli schemi

Seconda strategia: il dialogo con la famiglia

DISTURBI SECONDARI DELL' ADHD

Il disturbo è fortemente collegato a disturbi di condotta (ODD, CD)

Famiglia: paradigma relazionale primario



Terza strategia: il tempo

- Chi di voi comprende che il futuro non esiste, che il passato non esiste e che siamo solo attimi di presente?
 - Il passato è stato il nostro presente quando eravamo
 - Il futuro sarà il nostro presente quando saremo
 - Noi possiamo solo pianificare (un'azione, un progetto, un sogno, una strada, un viaggio), monitorare (adattarsi, aggiustare, cambiare....) e godere del successo o piangere un insuccesso.
 - Ma quanto ci da fastidio quando il successo o l'insuccesso non dipende da noi?
 - Quanto ci da fastidio essere descritti per quelli che non siamo e non capiti per quello che in realtà siamo?
 - E soprattutto non poter scegliere il nostro futuro ma sentirci in ribasso?

Seconda strategia: il tempo

Strategie di coping

Due strategie diverse o in fondo simili?

Esistono due strategie di coping: approccio al problema (è l'insegnante che pensa allo studente che non ce la fa 'tu sei il mio obiettivo in questi due anni!') ed evitamento al problema ('non è un mio problema, basta dire che con me funziona...')

Gli studenti hanno già di per sé strategie di evitamento ma ricordatevi il ruolo importante del modeling. L'insegnante che pensa di mandare ad un professionista un ragazzo intelligente ma che si muove troppo allena all'evitamento. E se la guardate in prospettiva non possono che consolidare questa prassi.

Banalmente: ho un problema, troppo difficile per me, cambio strada, a ribasso

1. Richiamare l'attenzione di qualcuno (scarsa autostima? Difficoltà? Desiderio di inclusione? Il sommerso)
2. Scappare dalle difficoltà
3. Ottenere una ricompensa

Seconda strategia: il tempo

Il trascorrere del tempo

Ma il tempo esiste? O esiste in virtù di ritmo circadiano e di attività da compiere durante la luce?

L'unico modo efficiente di intervenire è agire sull'antecedente e non sul comportamento

Richiede fatica e pensiero divergente (non è causa effetto)

Richiede fatica e pensiero divergente (non è causa effetto)

Andiamo a velocità diverse

Ve lo conferma il fatto che sono attratti da chi è come loro

Efficacia degli interventi

- **Psicofarmacoterapia**
 - Efficacia a breve termine dimostrata
 - Efficacia a lungo termine documentata solo fino a 2 anni
- **Parent training**
 - Efficacia a breve termine dimostrata
 - Scarsa efficacia a lungo termine, specie in bambini con disturbo oppositivo-provocatorio
- **Interventi sul comportamento a scuola**
 - Efficacia a breve termine dimostrata
- **Psicoterapia con il paziente**
 - Efficacia a medio termine, se di tipo comportamentale

ADHD

Dr Eleonora Grossi

Psicologa area Neuropsicologia clinica

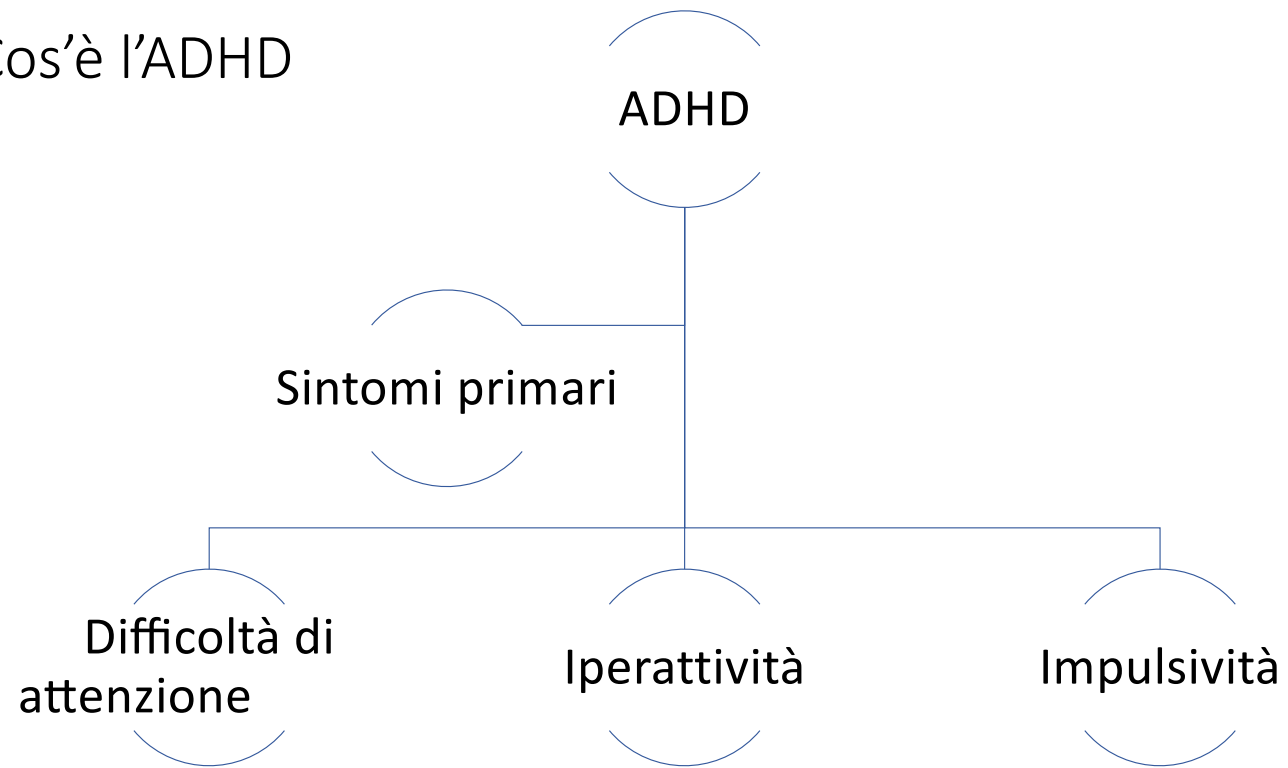
Consulente e formatrice CTS

Mediatore Feuerstein

CONOSCERE, OSSERVARE, VALUTARE

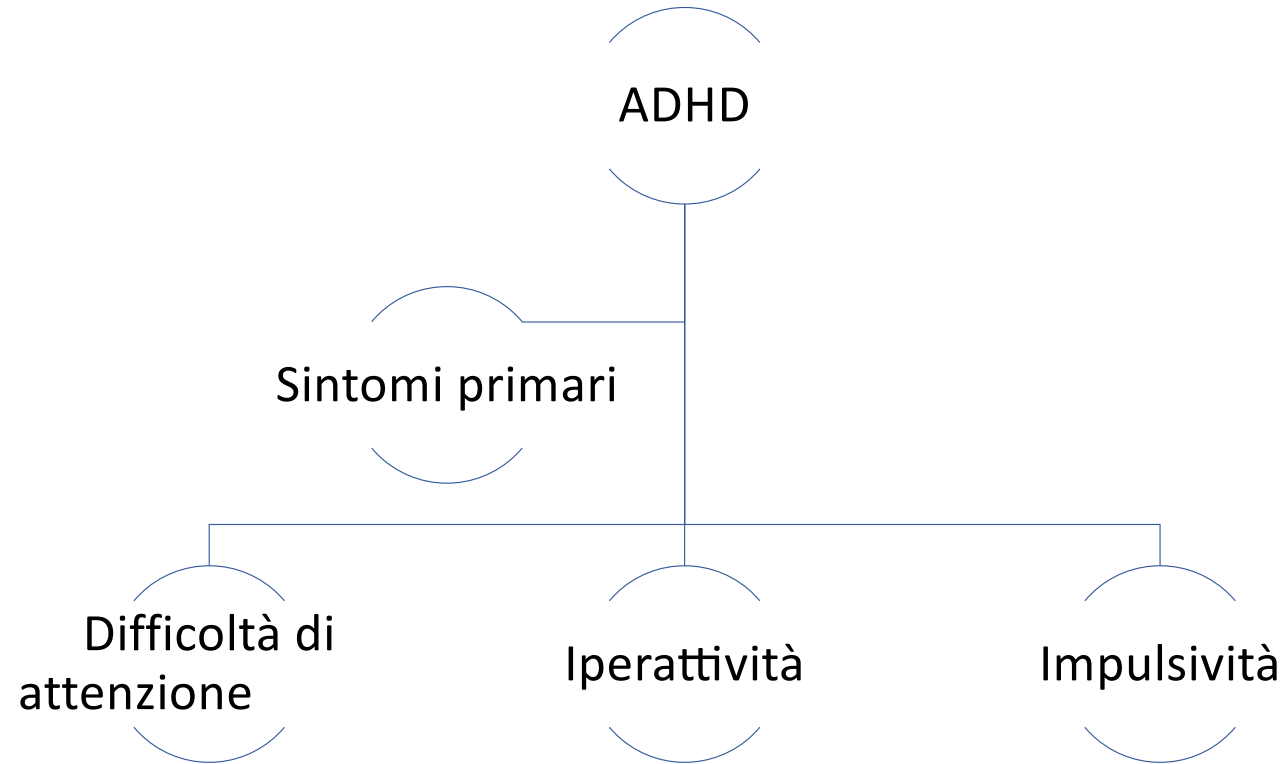
- La scuola di oggi per essere inclusiva deve rispondere a diversi bisogni espressi dai propri alunni in modo evidente e marcato o in modo più sfumato e nascosto ma non per questo meno preoccupante
- Accanto alle disabilità conclamate si affiancano i Bisogni Educativi Speciali
- Occorre quindi conoscere l'alunno, sviluppare capacità di lettura e identificazione tempestiva dei bisogni, effettuare una programmazione educativo/didattica individualizzata (non solo strumenti ma anche metodologie)

Cos'è l'ADHD



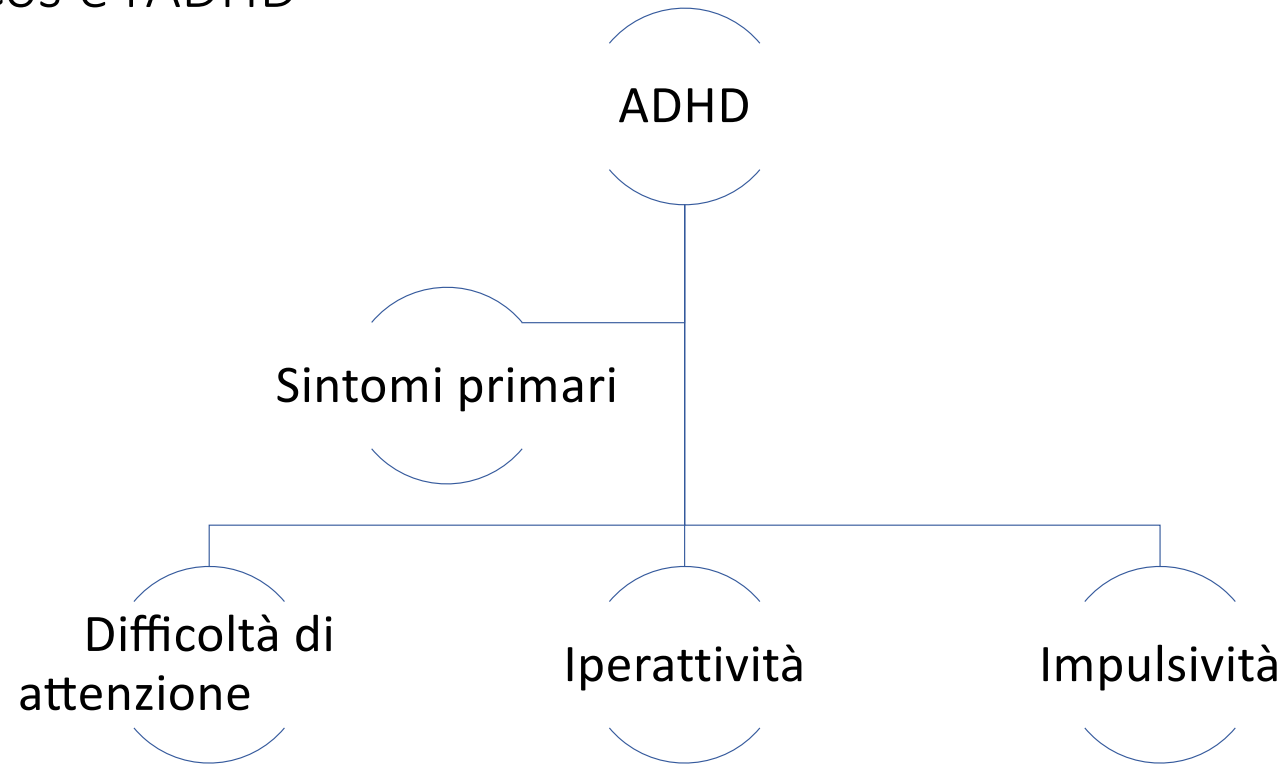
Attenzione =
-difficoltà a mantenere lo sforzo attentivo
-facilità di distrazione
-difficoltà a seguire le istruzioni
-difficoltà ad organizzarsi

Cos'è l'ADHD



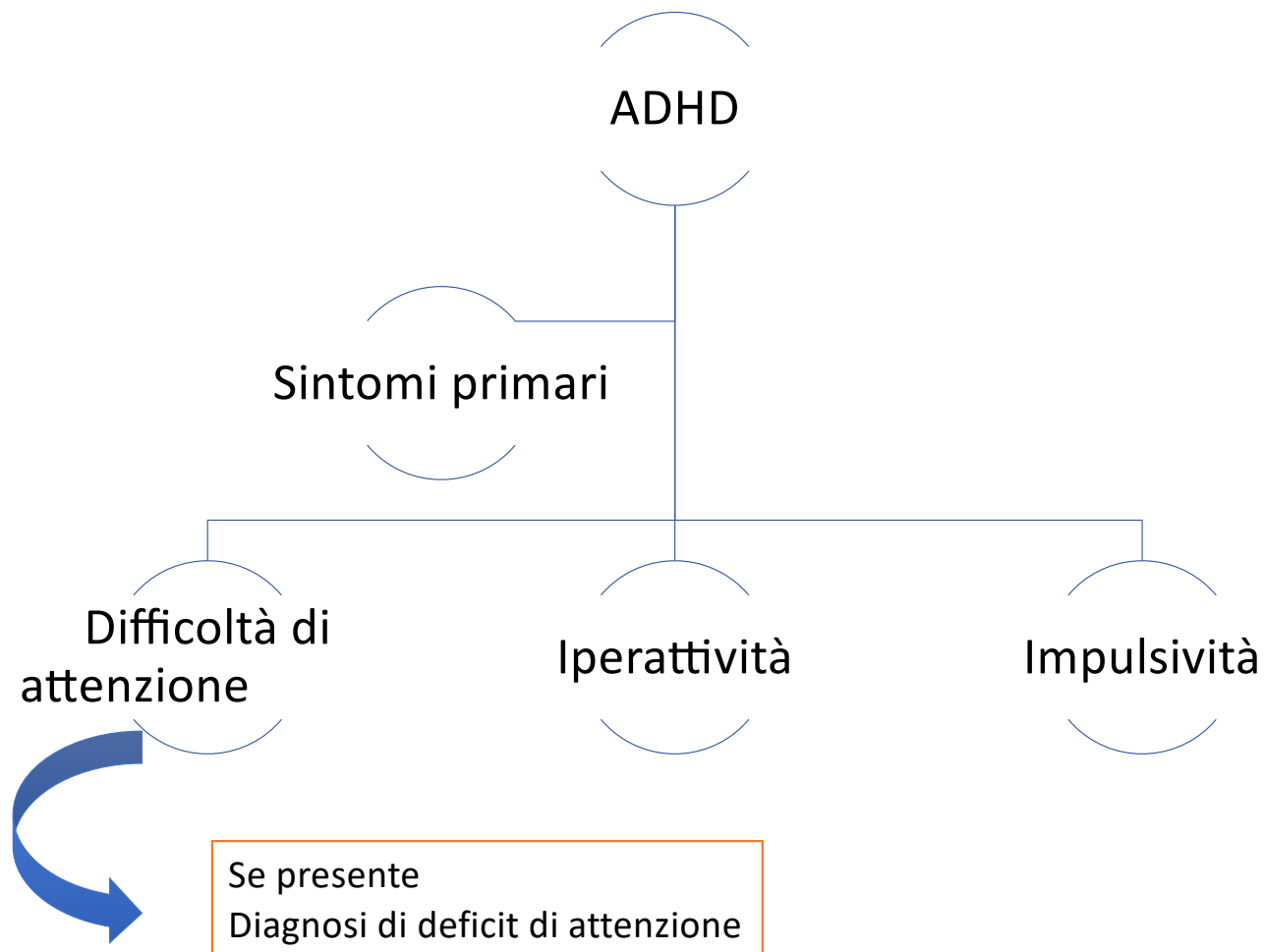
Iperattività=
-eccessivo livello di attività motoria
-frequentemente eccessivo livello di attività vocale

Cos'è l'ADHD

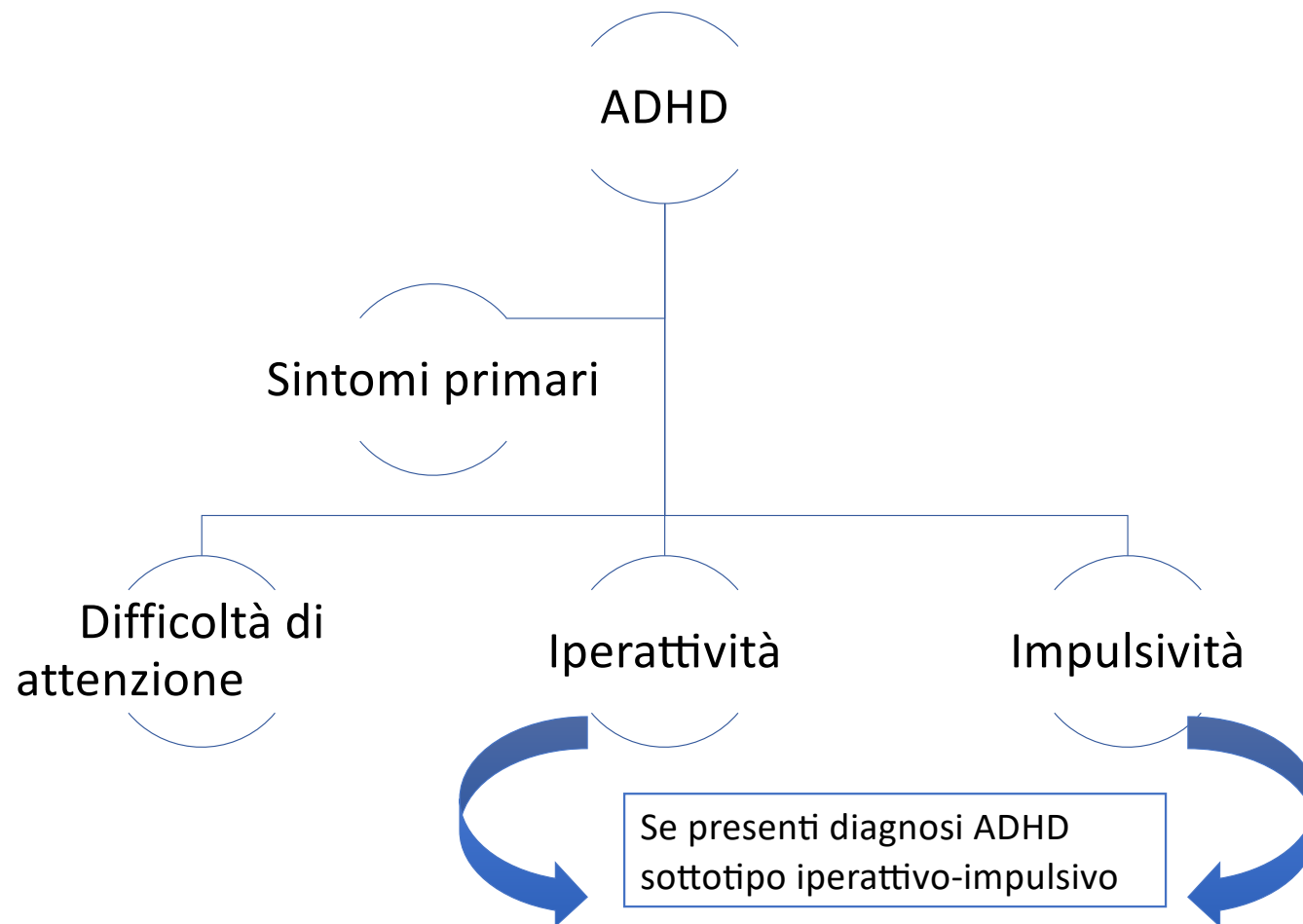


Impulsività =
-difficoltà a dilazionare una risposta
-difficoltà a inibire comportamenti
inappropriati
-difficoltà ad attendere una gratificazione

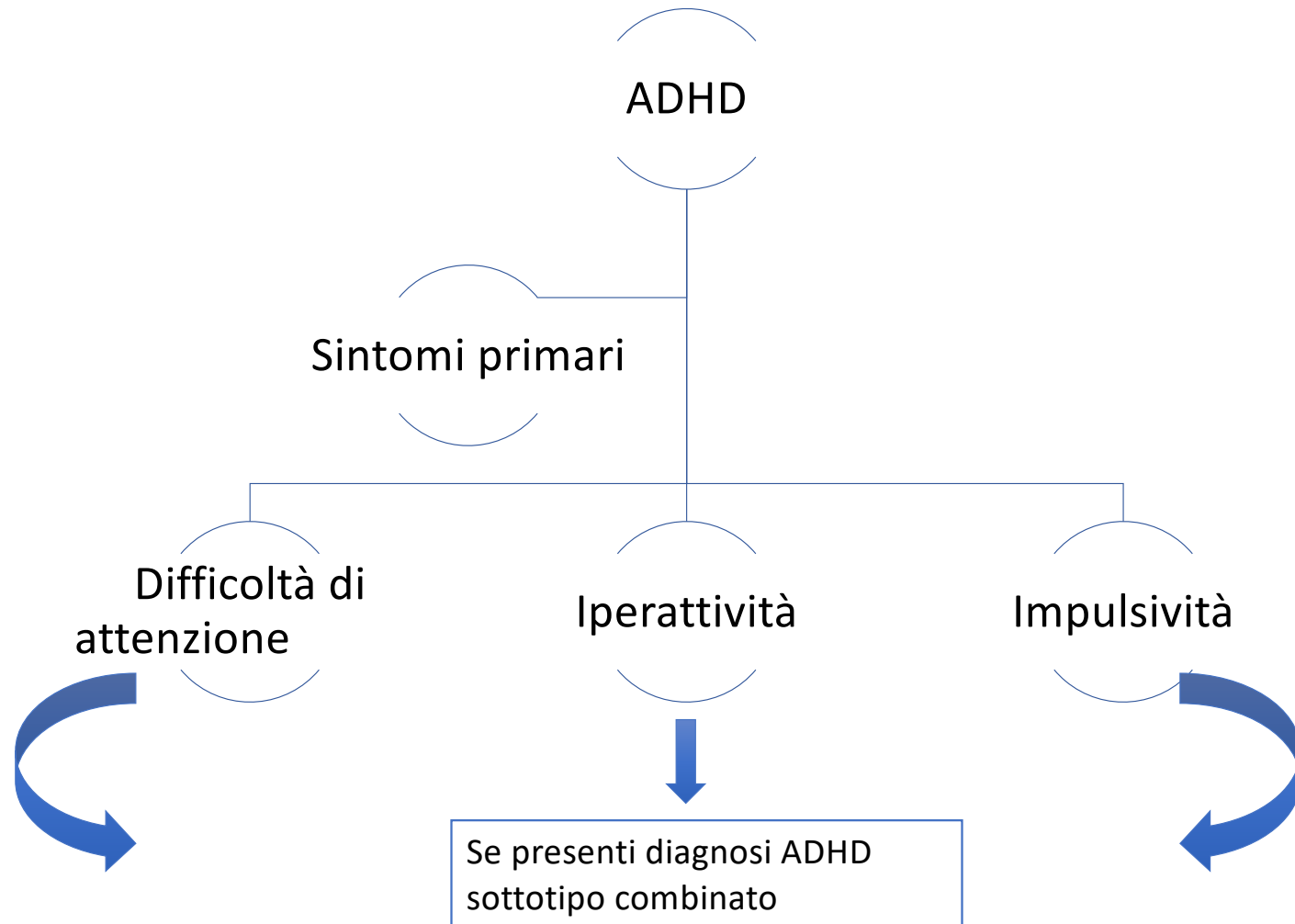
Cos'è l'ADHD



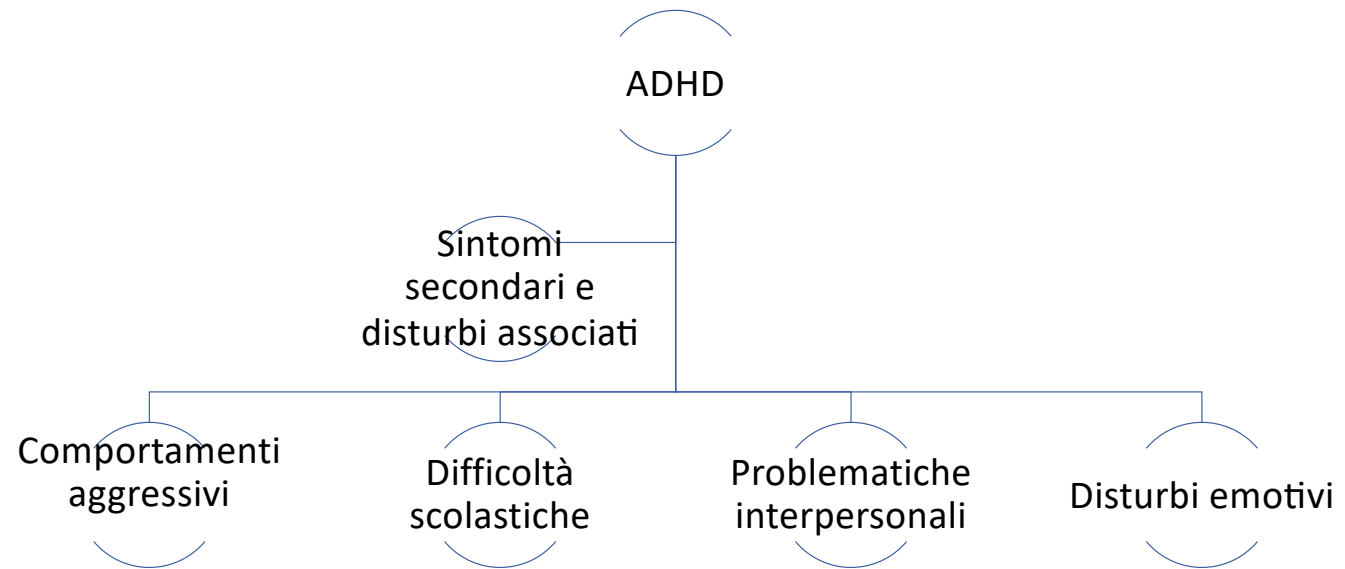
Cos'è l'ADHD



Cos'è l'ADHD



Cos'è l'ADHD



Il focus

- Attenzione (costrutto multidimensionale; sostenuta, selettiva, divisa, shift, focalizzata) sia in contesto di apprendimento che ludico. In molte situazioni che richiedono attenzione il bambino con ADHD non presenta particolari problemi
- Per cui il vero focus risiede nella difficoltà di AUTOREGOLAZIONE

Il focus



- Organizzazione e controllo dei processi cognitivi (memoria di lavoro, metodo di studio, scarso o poco adeguato uso di strategie)

Il focus



- Concentrazione (difficoltà nella selezione delle informazioni rilevanti di un testo, nel rispetto delle consegne, nel mantenimento prolungato dell'attenzione, nel completamento del lavoro)

Il focus



- Pianificazione e soluzione di problemi (difficoltà ad individuare un percorso solutivo, a cambiarlo e ad attuarlo; mancato riconoscimento del materiale utile)

Il focus



- Impulsività (precipitoso, difficoltà ad aspettare a parlare, a pianificare prima di parlare, scrivere ed agire, disordine nell'esposizione e sul foglio). Quindi inibire un comportamento inappropriato e attendere una gratificazione, attendere il proprio turno. Rimane stabile nel tempo

Il focus



- Comportamento motorio (difficoltà a stare seduto, composto, fermo; goffaggine, scarsa riuscita in attività motorie coordinate, comportamento motorio avventato o pericoloso)

Il focus



- Comportamento con gli altri (scarsa abilità collaborativa, non rispetto delle regole nei giochi e nelle consegne, interpretazione negativa di interazioni neutre o positive). Buone capacità di regolazione eterodiretta ma non autodiretta

Il focus



- Motivazione e fiducia nell'impegno e nello sforzo (scarso impegno, poca motivazione scolare per continui insuccessi, difficoltà ad allocare le energie necessarie)

Il focus



- Autostima (poco modulata, senso di sé come cattivo studente, ruolo di bullo comunque gratificante)

Il focus



- Gestione delle emozioni (scoppi di rabbia, scarsa tolleranza al richiamo dell'insegnante, difficoltà a tollerare il 'no' e l'attesa)

In termini cognitivi

- **Funzioni esecutive**

Per raggiungere un obiettivo nello studio o nel gioco occorre essere in grado di coordinare una serie di attività e funzioni cognitive, che assicurano flessibilità al nostro comportamento e permettono di gestire la distribuzione delle risorse attentive, di coordinare le sequenze delle varie azioni, di effettuare al momento giusto il passaggio da un compito all'altro.

Sono controllate dalle regioni anteriori del cervello e sono indispensabili per attivare, inibire, coordinare tutti vari comportamenti finalizzati al raggiungimento di uno scopo e per lo svolgimento di attività cognitive complesse.

Esempio laboratorio

VERDE

ROSSO

BLU

ROSSO

VERDE

BLU

ROSSO

VERDE

ROSSO

BLU



VERDE

ROSSO

BLU

ROSSO

VERDE

BLU

ROSSO

ROSSO

VERDE

BLU

In termini cognitivi

- **Attenzione**

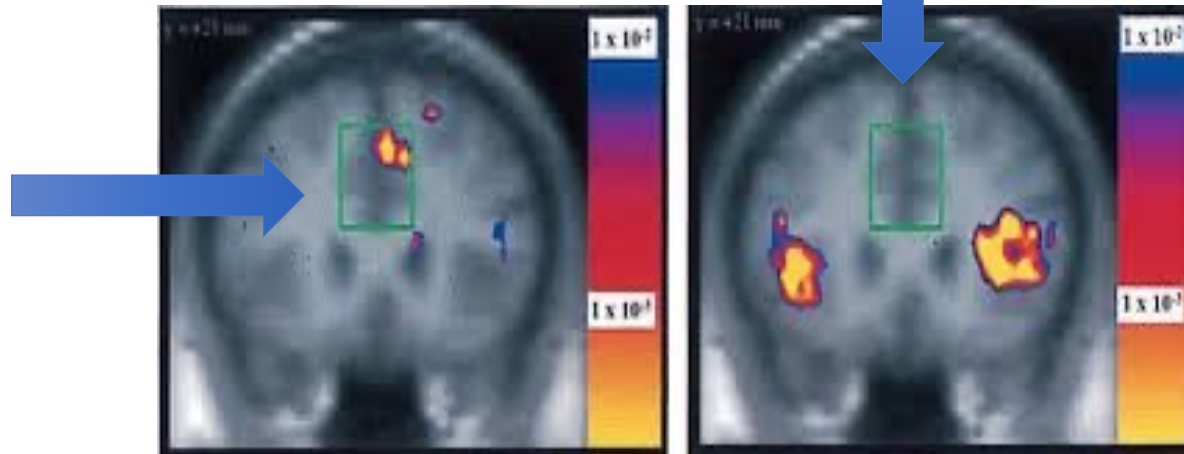
L'attenzione è la capacità di focalizzare cioè portare e mantenere nel focus attentivo gli stimoli presenti nell'ambiente esterno e di organizzare risposte appropriate.

La corteccia prefrontale permette la scelta tra i diversi possibili comportamenti o attività mentali in risposta a ciò che accade intorno all'individuo.

Tutti i processi attentivi (sostenuta, focalizzata, selettiva, divisa, shift) vengono attivati contemporaneamente con la prevalenza di uno di essi a seconda del bisogno

In termini cognitivi

- **Attenzione**



Il principale problema nell'ADHD sta proprio nel funzionamento dei lobi frontali che controllano l'attenzione sostenuta, la memoria a breve termine (specialmente visuo-spaziale), la pianificazione e la correzione degli errori.

In termini cognitivi

- **Attenzione**

Eppure i bambini con ADHD riescono a portare a termine i compiti quando sono seguiti individualmente e se vengono aiutati sistematicamente a focalizzare e a mantenere l'attenzione.

Questo ci dice che **POTENZIALMENTE** non c'è l'incapacità di prestare attenzione in termini assoluti.

Se questi bambini vengono lasciati da soli ad analizzare le richieste di un compito, considerare le diverse alternative di risposta e ad applicarsi ad un lavoro cognitivo per un periodo di tempo prolungato le prestazioni risultano scadenti.

In termini cognitivi

- **Percezione del tempo**

La percezione del tempo è alterata.

Se in 5' un bambino ascolta la maestra che parla, un bambino con ADHD ha già seguito tanti più stimoli e di conseguenza la percezione del tempo è molto maggiore.

Occorre aiutarli a identificare le informazioni importanti e che queste vengano trattenute per il periodo sufficiente a creare un piano comportamentale, metterlo in atto e monitorare l'efficace realizzazione

È necessario essere **ESSENZIALI** e **RAPIDI**

In termini cognitivi

- **Percezione del tempo**

COSA SUCCEDDE NELLE VOSTRE CLASSI SE UN BAMBINO NON RIESCE A STARE ATTENTO?

Si parla più lentamente, si usano più parole, si ripetono in maniera diversa le informazioni.

Non si è essenziali, né brevi, né rapidi.

Occorre utilizzare poche parole e organizzare attività brevi e veloci. La difficoltà a bloccare gli stimoli e la diversa percezione del tempo hanno perciò delle conseguenze negative sulla capacità del bambino di controllare e programmare il comportamento.

In termini cognitivi

- **Difficoltà scolastiche**

Tendono a liberarsi alla svelta del compito, ad evitare la lettura di testi informativi, a non ritornare indietro a rileggere il testo per rispondere alle domande presenti nel libro, sono distratti da stimoli interferenti e non riescono a trattenere in memoria troppe informazioni. Non attendono che l'insegnante concluda la consegna.

Hanno problemi in matematica (problemi), difficoltà di calcolo e di grafia (atipie nei caratteri ed errori ortografici).

Possibile anche comorbidità con DSA

In termini cognitivi

- **Disturbi emotivi**

- Il 25% presenta anche un disturbo d'ansia.
- Occorre separare i due disturbi anche se si assomigliano in quanto bambini con disturbi d'ansia manifestano difficoltà di concentrazione, impulsività e irrequietezza proprio come quelli con ADHD. Tuttavia sono indebitamente preoccupati riguardo il loro futuro

COME E QUANDO VIENE POSTA LA DIAGNOSI

- Almeno 6 sintomi
 - Per almeno 6 mesi
 - In almeno 2 contesti di vita
 - Prima dei 7 anni
 - Che compromettano clinicamente il rendimento scolastico e/o sociale
-
- Importante individuare precocemente i bambini con queste caratteristiche (termometro): si agisce in una età in cui i comportamenti problema non sono ancora consolidati
-
- Questionari per insegnanti



CTRS-R: L VERSIONE PER INSEGNANTI FORMA ESTESA

C. Keith Conners
Adattamento italiano a cura di M. Nobile, B. Alberti e A. Zuddas

Nome dell'alunno/a _____ Sesso: M F
Data di nascita ___/___/___ Età _____ Classe _____ Nome dell'insegnante _____
Data odierna ___/___/___
giorno mese anno giorno mese anno

ISTRUZIONI. Di seguito vengono riportati una serie di problemi comuni che bambini e adolescenti presentano a scuola. Rispondete a ogni affermazione a seconda di quanto abbia rappresentato un problema nell'ultimo mese. Per ogni affermazione, chiedetevi "Quanto ha rappresentato un problema in quest'ultimo mese?" e fate un cerchietto attorno alla risposta che vi sembra più appropriata. Se quanto affermato non ha mai rappresentato un problema, o se lo è stato raramente o molto poco di frequente, fate un cerchietto attorno a 0. Se ha rappresentato un problema in misura notevole, o molto spesso o di frequente, fate un cerchietto attorno a 3. Fate un cerchietto attorno a 1 o 2 per le altre situazioni. Rispondete a tutte le affermazioni.

1. È insolente
2. È irrequieto/a nel senso che si agita
3. Dimentica quanto ha già imparato
4. Sembra non essere accettato/a dal gruppo
5. È facile ferirlo/a nei sentimenti
6. È un/una perfezionista
7. Ha accessi di collera; ha un comportamento esplosivo, imprevedibile
8. È eccitabile, impulsivo/a
9. Non presta attenzione ai dettagli o commette errori di distrazione a scuola, sul lavoro o in altre attività
10. È impertinente
11. È sempre in movimento o si comporta come se andasse "a motore"
12. Evita, è riluttante o ha difficoltà a impegnarsi in compiti che comportano uno sforzo mentale continuato (come i compiti a scuola o a casa)
13. È uno/a degli ultimi a essere scelto/a per formare una squadra o per giocare
14. È un/una bambino/a emotivo/a
15. Ogni cosa deve essere proprio come vuole lui/lei
16. È irrequieto/a o iperattivo/a
17. Non porta a termine quanto inizia
18. Non sembra ascoltare quanto gli/le viene detto
19. Ha un atteggiamento di sfida nei confronti degli adulti o rifiuta di svolgere quanto richiesto
20. Si allontana dal posto in classe o in altre situazioni in cui dovrebbe restar seduto/a
21. Difficoltà di ortografia
22. Non ha amici
23. È timido/a, si spaventa facilmente
24. Controlla le cose più volte
25. Piange spesso e con facilità
26. È poco attento/a, si distrae facilmente
27. Ha difficoltà ad organizzare i compiti o le attività
28. Ha difficoltà a mantenere l'attenzione quando fa i compiti o quando gioca
29. Ha difficoltà ad attendere il proprio turno
30. Ha difficoltà nella lettura



NON VERO (mai)	IN PARTE VERO (poco)	VERO (spesso)	MOLTO VERO (spesso molto frequente)
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3



Attenzione. Questo modulo è stampato in azzurro ed è formato da più fogli incollati fra di loro: ogni altra versione è contraffatta, NON LA UTILIZZI. La fotocopia è illegale, danneggia la ricerca e non garantisce il suo diritto a svolgere un test valido ed attendibile.



© 1997, Multi-Health Systems Inc. Copyrights internazionali validi in tutti i Paesi aderenti all'Unione di Berna, alla Convenzione Universale e a quelle bilaterali del diritto d'autore. Tutti i diritti sono riservati. Sono vietate la traduzione e la riproduzione dell'opera o di parti di essa, l'immagazzinamento del testo e la loro trasmissione in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, compresa fotocopia, copia elettronica e memorizzazione elettronica, se non espressamente autorizzate da Multi-Health Systems Inc. Copyright per l'edizione italiana © 2007, 2010, Multi-Health Systems Inc. L'edizione italiana, adattata e standardizzata, è pubblicata da Giunti O.S. Organizzazioni Speciali su licenza di Multi-Health Systems Inc.

Modulo
autoscoring



**CTRS-R:L** VERSIONE PER INSEGNANTI FORMA ESTESAC. Keith Conners
Adattamento italiano a cura di M. Nobile, B. Alberti e A. Zuddas

	NON MI RILEVA	MI RILEVA POCO	MI RILEVA MOLTO	MI RILEVA MOLTO MOLTO
31. Non sa come stringere amicizia	0	1	2	3
32. È sensibile alle critiche	0	1	2	3
33. Sembra concentrarsi troppo sui dettagli	0	1	2	3
34. Giocherella	0	1	2	3
35. Disturba gli altri bambini	0	1	2	3
36. Parla troppo	0	1	2	3
37. Discute in modo polemico con gli adulti	0	1	2	3
38. Non riesce a stare fermo/a	0	1	2	3
39. Corre di qua e di là o si arrampica in situazioni dove non dovrebbe	0	1	2	3
40. Mostra mancanza di interesse per il lavoro scolastico	0	1	2	3
41. Ha scarse capacità di interazione sociale	0	1	2	3
42. Ha difficoltà a giocare o a impegnarsi in attività di gioco in modo tranquillo	0	1	2	3
43. Gli/le piace che tutto sia pulito e ordinato	0	1	2	3
44. Giocherella con le mani o i piedi o si agita sulla sedia	0	1	2	3
45. Le sue richieste devono essere soddisfatte immediatamente – facilmente frustrato/a	0	1	2	3
46. Risponde di getto prima che la domanda sia stata completata	0	1	2	3
47. È dispettoso/a o vendicativo/a	0	1	2	3
48. Ha un tempo di attenzione limitato	0	1	2	3
49. Perde cose necessarie per compiti o attività (ad es.: consegne scolastiche, matite, libri o strumenti)	0	1	2	3
50. Presta attenzione solo a ciò che lo/la interessa veramente	0	1	2	3
51. È timido/a, chiuso/a in se stesso/a	0	1	2	3
52. È distratto/a o la capacità di mantenere l'attenzione costituisce un problema	0	1	2	3
53. Le cose vanno sempre fatte allo stesso modo	0	1	2	3
54. Cambia umore rapidamente e improvvisamente	0	1	2	3
55. Interrompe o si intramette nelle conversazioni o nei giochi degli altri	0	1	2	3
56. Ha scarse capacità matematiche	0	1	2	3
57. Non si attiene alle istruzioni e non completa i compiti (non per atteggiamento oppositivo o incapacità di comprendere le istruzioni)	0	1	2	3
58. Si fa facilmente distrarre dagli stimoli esterni	0	1	2	3
59. Irrequieto/a, è sempre in movimento	0	1	2	3

Scala per l'individuazione di comportamenti di disattenzione e iperattività (1994)

Cognome e Nome	Data			
<p>L'insegnante deve valutare, per ciascuno dei comportamenti elencati qui sotto, la frequenza con cui essi compaiono. Si raccomanda di procedere con ordine e di rispondere per tutti i comportamenti, anche se per alcuni casi ci si sente molto incerti.</p>				
	Mai	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso
1. Incontra difficoltà a concentrare l'attenzione sui dettagli o compie errori di negligenza.	0	1	2	3
2. Spesso si agita con le mani o i piedi o si dimena sulla sedia.	0	1	2	3
3. Incontra difficoltà nel mantenere l'attenzione sui compiti o sui giochi in cui è impegnato.	0	1	2	3
4. Non riesce a stare seduto.	0	1	2	3
5. Quando gli si parla non sembra ascoltare.	0	1	2	3
6. Manifesta una irrequietudine interna, correndo o arrampicandosi dappertutto.	0	1	2	3
7. Pur avendo capito le istruzioni e non avendo intenzioni oppositive, non segue le istruzioni ricevute o fatica a portarle a compimento.	0	1	2	3
8. Incontra difficoltà a impegnarsi in giochi o attività tranquille.	0	1	2	3
9. Incontra difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle sue attività.	0	1	2	3
10. È in movimento continuo come se avesse dentro un motorino che non si ferma.	0	1	2	3
11. Evita o è poco disposto a impegnarsi in attività che richiedono un impegno continuato.	0	1	2	3
12. Parla eccessivamente.	0	1	2	3
13. Perde oggetti necessari per le attività che deve svolgere.	0	1	2	3
14. Risponde precipitosamente prima ancora che la domanda sia stata interamente formulata.	0	1	2	3
15. Viene distratto facilmente da stimoli esterni.	0	1	2	3
16. Incontra difficoltà ad aspettare il suo turno.	0	1	2	3
17. Tende a dimenticarsi di fare le cose.	0	1	2	3
18. Spesso interrompe o si comporta in modo invadente con altre persone impegnate in un gioco o in una conversazione.	0	1	2	3



Eziopatogenesi

Elevata ereditarietà

Tra il 50 e il 90 % di gemelli monozigoti presenta lo stesso disturbo

Influenze ambientali



Eziologia multifattoriale

Fattori genetici

- Malfunzionamento del sistema nervoso centrale, nel trasporto di specifici neurotrasmettitori
- Anomalia in diversi sistemi neurotrasmettitoriali, tra cui il sistema noradrenergico, serotoninergico e dopaminergico

Fattori neurobiologici:

Regioni coinvolte nell'ADHD sono la corteccia prefrontale dorsolaterale, orbitale e cingolata anteriore, i gangli della base. Anomalie anche nel corpo calloso e nel cervelletto.

Studi di neuroimaging: riduzione del 5% del volume cerebrale

Fattori ambientali: ambiente condiviso e non condiviso



Fattori ambientali :

Ambiente condiviso o non condiviso (*BARKLEY 2006*)

Ambiente non condiviso:

Esposizione intrauterina ad alcool

Nascita pretermine

Basso peso alla nascita

Presenza di stress prenatali

Presenza di disturbi cerebrali quali encefaliti o traumi

Interazione genitori e figli

COME INTERVENIRE?

COMPORAMENTO PROBLEMA E AMBIENTE

IL PRIMO PASSO

- QUESTIONARIO PER L'ANALISI FUNZIONALE
- OSSERVAZIONE SISTEMATICA DELL'ALUNNO
- REGISTRAZIONE DEL COMPORAMENTO
- OBIETTIVI COMPORAMENTALI: INDIVIDUARE COMPORAMENTI DISFUNZIONALI E COMPORAMENTI POSITIVI

COME MODIFICARLI?

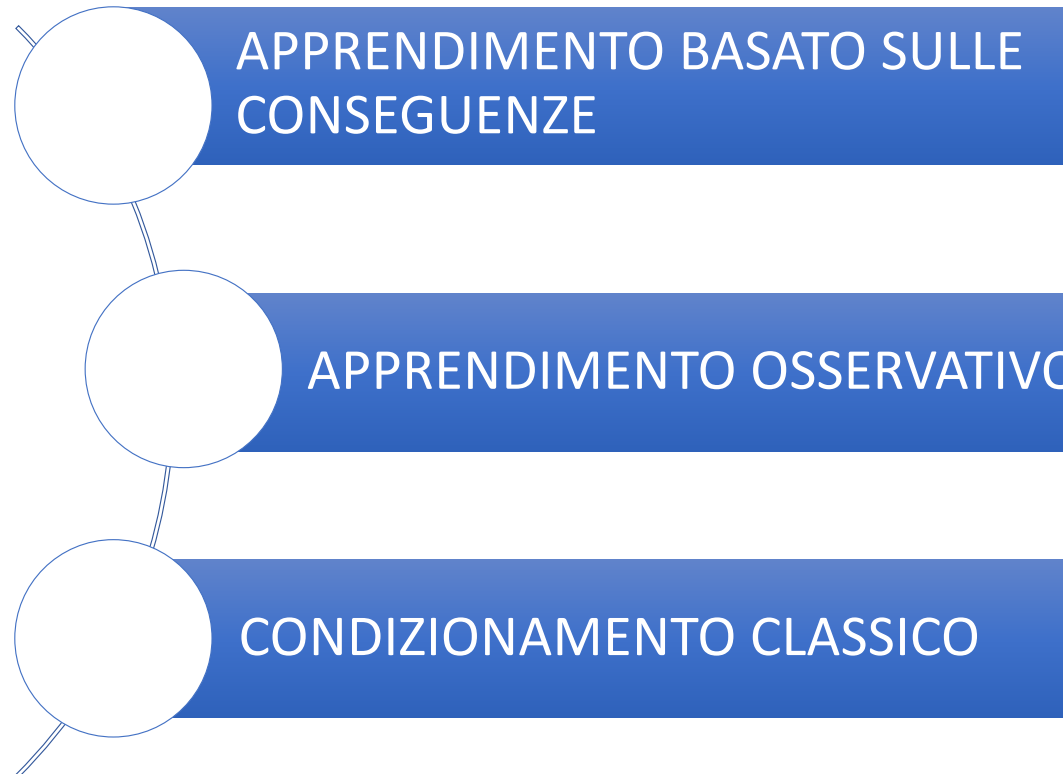
- MODELLO ABC

IL MODELLO A B C

- A EVENTO ANTECEDENTE
 - Regole
 - Aspettative
 - Comunicazioni
 - Pensieri
- B COMPORTAMENTO
- C CONSEGUENZE
 - Premi (rinforzi positivi e negativi)
 - Punizioni
 - Assenza di conseguenze
 - Shaping

B COMPORTAMENTO PROBLEMA E AMBIENTE

I COMPORTAMENTI VENGONO IMPARATI CON



B COMPORTAMENTO PROBLEMA E AMBIENTE

- La quasi totalità dei nostri comportamenti è appresa nelle relazioni con le persone e l'ambiente. I meccanismi per cui abbiamo imparato ad adottare alcuni comportamenti e non altri sono 3

1. l'apprendimento basato sulle conseguenze: un comportamento assunto è seguito da conseguenze positive, negative o neutre. La valenza delle conseguenze determinerà la frequenza con cui lo stesso comportamento verrà emesso in futuro. (elogi, riconoscimenti sociali)

B COMPORTAMENTO PROBLEMA E AMBIENTE

2. Apprendimento osservativo; un comportamento osservato nelle altre persone può essere messo in atto e acquisito dal soggetto (mano di una persona sul fuoco). Dipende dalla rilevanza del modello e dalla capacità imitativa.

3. Apprendimento basato sull'associazione tra stimoli neutri e stimoli incondizionati (condizionamento classico). Se un bambino viene tiranneggiato da compagni nel cortile della scuola, potrà andare in ansia alla sola vista del cortile.

B COMPORTAMENTO PROBLEMA E AMBIENTE

Il comportamento è esattamente ciò che il bambino fa.

Osservazioni del tipo

‘è pigro’

‘ha un brutto carattere’

‘è sempre distratto’

‘non lavora’

Non indicano qualcosa di osservabile, non sono oggettivabili per cui si possa stabilirne una frequenza né qualcosa che sia modificabile

B COMPORTAMENTO PROBLEMA E AMBIENTE

‘gioca con la matita’

‘si alza spesso dalla sedia’

‘gioca con mani e piedi’

Questi sono comportamenti osservabili e misurabili.

Inoltre nella rilevazione del comportamento occorre segnalare dove si verificano.

-a scuola

-a casa

-fuori

Occorre selezionare quali comportamenti sono ritenuti non idonei e si vogliono cambiare in quanto inappropriati.

A ANTECEDENTE PROBLEMA E AMBIENTE

Il modello ABC mira alla rilevazione di un comportamento per poi intervenire con un programma psicoeducativo comportamentale.

EVENTO ANTECEDENTE-INPUT

Capire l'antecedente dirige il mio comportamento. Imparare a rispondere appropriatamente agli stimoli è un'abilità di adattamento dell'individuo, cruciale per la sopravvivenza. Ad esempio:

Se vedo il semaforo rosso mi fermo

Un genitore risponde al pianto del bambino cercando di capire da cosa sia provocato. Se questo elemento non è chiaro o è incompleto allora sicuramente il risultato sarà compromesso.

A ANTECEDENTE PROBLEMA E AMBIENTE

GLI ANTECEDENTI POSSONO ESSERE

-REGOLE

-ASPETTATIVE

-COMUNICAZIONI

-PENSIERI

Tutti insieme questi elementi forniscono la struttura di base attraverso la quale il comportamento del bambino con iperattività e difficoltà attentive può essere osservato in famiglia o a scuola.

A ANTECEDENTE PROBLEMA E AMBIENTE

Spesso gli insegnanti che presentano questi problemi si lamentano con affermazioni del tipo
'proprio non vuole ascoltare!'

'sembra che non si ricordi ciò che gli ho detto di fare!'

'se gli dico di fare tre cose, ne riesce a fare solamente una!'

E spesso si accompagnano a messaggi non verbali

Il tono della voce,

Gesti delle mani

Movimenti del capo

Sospiri

Comunicano frustrazione, rabbia, confusione.

A ANTECEDENTE PROBLEMA E AMBIENTE

Questo succede perché pensano che i bambini abbiano delle REGOLE.
Purtroppo la maggior parte delle regole non è chiara

‘fai i compiti quando torni da scuola’

Immediatamente?

Dopo pranzo?

Prima della tv?

A ANTECEDENTE PROBLEMA E AMBIENTE

Analogamente anche le ASPETTATIVE sono poco chiare

‘adesso mi aspetto che ti comporti bene con la tua compagna’

‘ragazzi, comportatevi bene quando avete un ospite in classe’

Anche se i ragazzi annuiscono indicando che sono d'accordo come interpreteranno il messaggio?

Essere chiari, concisi, assicurarsi di avere la loro attenzione ma soprattutto l'alunno deve guardare l'adulto. Lo stile COMUNICATIVO con cui si veicola il messaggio non deve essere passivo ne aggressivo. Quello efficace risulta essere l'ASSERTIVO

C CONSEGUENZE LE REAZIONI AL COMPORTAMENTO

Le conseguenze determinate da queste azioni sono di grande importanza, indipendentemente dal fatto che il comportamento sia stato prodotto da una specifica richiesta o sia stato provocato da alcuni atteggiamenti degli adulti.

Sono di due tipi

PREMI

- assegnare una conseguenza positiva, come un oggetto, un'attività, una ricompensa sociale
- rimuovere una conseguenza negativa, come toglierlo da una situazione sgradita

PUNIZIONI

- assegnare una conseguenza negativa, come rimproverarlo
- rimuovere una conseguenza positiva, come togliere un giocattolo o un'opportunità di svolgere una bella attività

C CONSEGUENZE LE REAZIONI AL COMPORTAMENTO

I premi vengono chiamati RINFORZI POSITIVI (assegnare conseguenza positiva) e possono essere

-**tangibili**; premi materiali come giochi, dolci, figurine, oggetti di cancelleria, ...

-**sociali**; manifestazioni di approvazione e affetto, quali complimenti, sorrisi, carezze, elogi, riconoscimenti,...

-**simbolici**: consistono in bollini, gettoni premio che una volta accumulati vengono scambiati con premi tangibili o danno diritto a qualche forma di rinforzo dinamico...

-**dinamici**: consistono in attività gratificanti o privilegi particolari che hanno una valenza positiva per la persona che ne beneficia come vedere un dvd, usare il computer, prolungare l'intervallo per la ricreazione, ...

C CONSEGUENZE LE REAZIONI AL COMPORTAMENTO

RINFORZI NEGATIVI (togliere una conseguenza negativa)

Esempio; cinture di sicurezza e allarme

Esempio; Giacomo prende in giro Luca che gli dà un calcio. Giacomo smette di prendere in giro Luca. La tendenza di Luca a reagire con aggressività fisica quando viene preso in giro viene negativamente rinforzata dal fatto che Giacomo smetta di provocarlo.

I rinforzi hanno l'effetto di produrre un aumento di frequenza del comportamento che li precede.

La punizione indebolisce il comportamento introducendo qualcosa di sgradevole, il rinforzo negativo premia un comportamento e lo rende più frequente

C CONSEGUENZE LE REAZIONI AL COMPORTAMENTO

Le conseguenze devono essere strutturate in modo da essere contingenti
'quando hai messo a posto il banco puoi cominciare a disegnare'
'quando avrai concluso il compito avrai del tempo libero'

L'ignorare strategico è una non conseguenza. Il comportamento non subisce effetto quindi verrà abbandonato.

C CONSEGUENZE LE REAZIONI AL COMPORTAMENTO

Ultima condizione è l'approccio al cambiamento chiamato SHAPING

Vengono considerati i comportamenti che progressivamente si avvicinano a quello desiderabile.

Dal momento che vi è sempre qualche variazione nel modo in cui il comportamento viene esibito, l'insegnante deve solamente attendere fino a che avviene anche un'approssimazione del comportamento desiderato e poi rinforzarla.

Il più semplice esempio riguarda lo sviluppo delle abilità linguistiche: appena il bambino sviluppa le prime forme di vocalizzazione riceve un'attenzione positiva e con il passare del tempo mostrerà espressioni sempre più accurate.

Quali passaggi?

1. Questionario per l'analisi funzionale

Ha lo scopo di identificare la peculiare funzione dei problemi di comportamento che un bambino o un adolescente possono presentare.

- Richiamare l'attenzione (fare il pagliaccio in classe)
- Desiderare una ricompensa tangibile (arrabbiarsi con un compagno per ottenere un oggetto desiderato)
- Fuga/evitamento di una situazione spiacevole (evitare o prolungare il lavoro di classe o il lavoro a casa)
- Stimolazione sensoriale (aumento del movimento fisico durante lo svolgimento dei compiti o una attività interessante)

Quali passaggi?

II. Osservazione sistematica dell'alunno

Ha lo scopo di quantificare la frequenza del comportamento da modificare, ovvero identificare ciò che il bambino fa, quanto spesso lo fa e in quali situazioni.

Esistono diverse modalità di osservazione;

- Il modo più semplice è annotare tutte le volte che si verifica

- registrazione ad intervalli di tempo; ovvero in determinati periodi della giornata (es. i primi 5 minuti di ogni ora)

- registrazione per campionamento a tempo: si osserva ogni tanto specialmente perché il comportamento è difficilmente osservabile (es. prestare attenzione in un compito)

- rilevare la durata di uno specifico comportamento (es. attacchi di collera)

Quali passaggi?

Esempio... il bambino si alza in continuazione

Possiamo rilevare quante volte si alza (registrazione della frequenza) oppure quanto il bambino riesce a stare seduto prima di alzarsi (registrazione della durata)

L'osservazione deve essere sistematica e portata avanti per un periodo che può andare da un minimo di cinque giorni fino a un massimo di otto.

Si determina la BASE LINE

Quali passaggi?

III. Obiettivi comportamentali

Elenco dei comportamenti specifici che andrebbero modificati;

Ridurre i disfunzionali (dire parolacce, picchiare...)

Aumentare i positivi (alzare la mano quando si vuole fare una domanda)

APPROCCIO PSICOEDUCATIVO COMPORTAMENTALE



DISPOSIZIONE BANCHI

- Dalla cattedra si vede il bambino? Favorisce di intraprendere tutte le azioni per favorire la sua attiva partecipazione
- È facilmente raggiungibile? Migliora il grado di controllo della sua attività
- È favorito lo scambio di sguardo insegnante-bambino? Serve per orientare o riorientare l'attenzione del bambino e favorire la corretta sintonia fra bambino e lavoro scolastico
- Ha compagni vicino a lui? Moderare i contatti con i compagni durante lo svolgimento delle attività perché aumentano le distrazioni

DISPOSIZIONE BANCHI

- Sono tranquilli o vivaci?
- Se il bambino si alza quanti bambini possono essere disturbati? Se deve andare alla lavagna un passaggio troppo ravvicinato rispetto ad un alto numero di compagni è un potenziale distrattore e una tentazione a fare qualche scherzetto
- È corretta la posizione delle fonti di luce? Finestre a lato possibilmente sx
- Quanti bambini guardano direttamente fuori dalla finestra?
- Ogni bambino quanti bambini osserva dal suo posto?

DISPOSIZIONE BANCHI

- I distrattori
 - Cartelloni
 - Cestino
 - Porta
 - Finestre
 - Orologio
 - Compagni vivaci
 - Armadi librerie
 - Tavolo con materiale pittorico o altro...

APPROCCIO PSICOEDUCATIVO COMPORTAMENTALE



ATTIVITA' ROUTINARIE E STRUTTURATE E TEMPI DI LAVORO PRESTABILITI

La difficoltà ad autoregolare il proprio comportamento porta il bambino ad agire in modo apparentemente disorganizzato o addirittura in maniera tale da apparire del tutto causale all'adulto.

Questo accade tanto più spesso quanto il bambino ha difficoltà a cogliere chiari indicatori di ciò che ci si aspetta da lui in ogni momento.

ATTIVITA' ROUTINARIE E STRUTTURATE E TEMPI DI LAVORO PRESTABILITI

Tanto più il bambino diventa capace di prevedere cosa l'ambiente si aspetta da lui maggiore è la possibilità che cerchi di soddisfarne le richieste.

Più routine ci sono nella classe più il bambino può prevedere tempi e richieste e può cercare di adattare ad essi il proprio comportamento.

LE REGOLE

- Devono essere proposizioni positive
- Semplici chiare
- Devono descrivere azioni in modo operativo
- Utilizzare simboli pittorici colorati
- Devono essere poche (8-10) ed espresse sinteticamente
- Appese su cartellone

Es.



Quando vuoi parlare ricordati di alzare la mano



Cammina lentamente

Usciamo in file per due

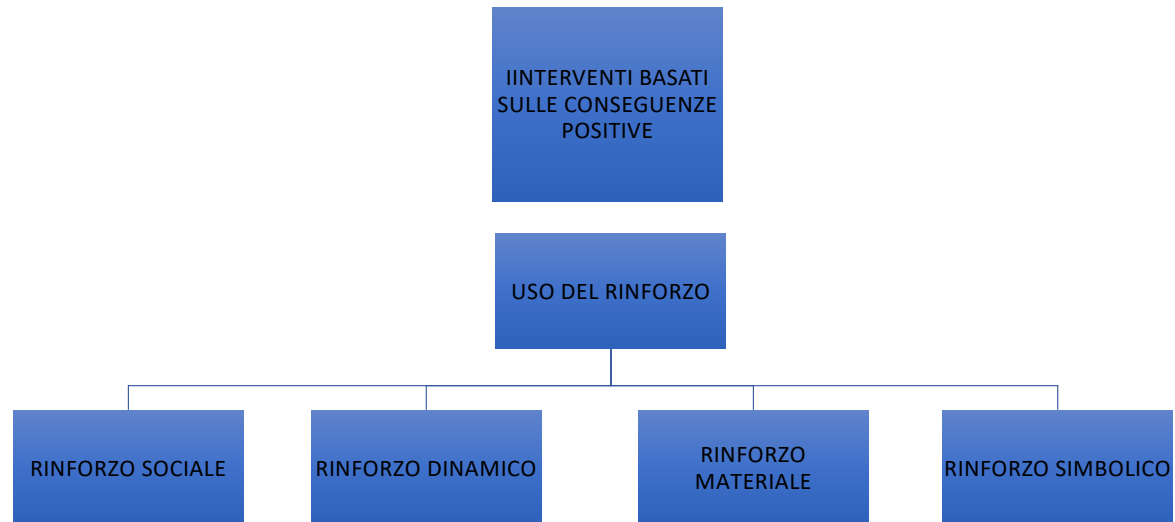
II MATERIALE

- Impostare con il bambino un accordo basato su un sistema a punti o su uno schema di gratificazione da riconvertire in premi materiali o privilegi o come costo della risposta
- Preparare schede ritagliabili
- Ad un'ora prestabilita della mattina far leggere il cartellone delle materie per il giorno dopo alla classe
- Fare elencare il materiale necessario per il lavoro in ogni materia
- Ogni mattina verificare la presenza del materiale e applicare la procedura di gratificazione o il costo della risposta

ATTIVITA' PIANIFICATE NEL TEMPO LIBERO O NELLE SITUAZIONI DI TRANSIZIONE

- intervallo e dopo mensa: organizzare giochi di gruppo con ricompensa concordata, stabilire con gli alunni una routine che preveda attività diverse ogni giorno ma prestabilite da un calendario oppure stabilire una banca dei giochi con un elenco di tutte le attività che loro conoscono o con situazioni ludiche da loro inventate
- Prima del rientro prevedere un periodo di decompressione in quanto dopo attività motoria intensa permangono in una sorta di eccitazione che rende loro difficoltoso rientrare nei normali ritmi dell'aula

APPROCCIO PSICOEDUCATIVO COMPORTAMENTALE



APPROCCIO PSICOEDUCATIVO COMPORTAMENTALE



Costo della risposta

- Mettere a disposizione ogni mattina dei gettoni o bollini o punti premio
- Costruire insieme al bambino un menu di ricompense che gli verranno concesse in base ai punti che riuscirà a conservare e a guadagnare comportandosi in modo corretto (tesserino raccogli punti)
- L'intervento implica la somministrazione della penalità (perdita di punti o bollini) nel momento in cui si verificano determinati comportamenti indesiderabili precedentemente specificati (gridare, disturbare gli altri, insultare un compagno, correre ...)

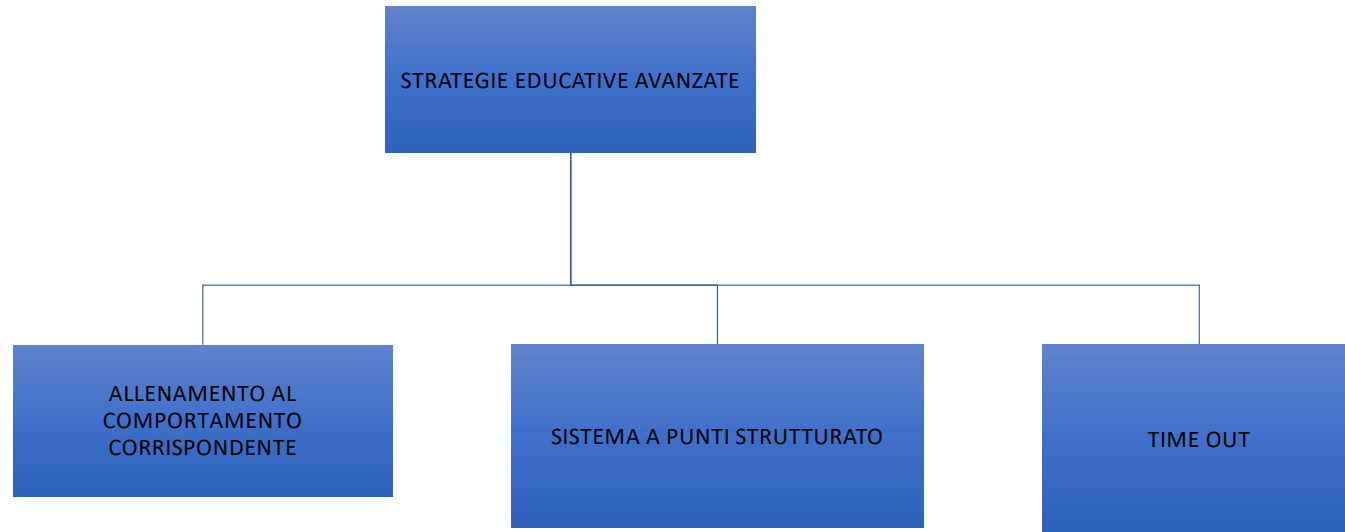
Costo della risposta

- Al termine della mattinata si farà il conto dei punti o dei bollini e verrà concessa al bambino una gratificazione. Importante che al bambino venga consegnato un cartoncino con indicazione della ricompensa guadagnata in modo da dargli subito qualcosa di concreto che gli indichi il premio guadagnato.
- Alla fine dell'orario deve rimanergli qualcosa, se non sufficiente per la ricompensa viene utilizzato il giorno dopo per una ricompensa maggiore

promemoria

- Quando il bambino ADHD mostra il comportamento sul quale si vuole intervenire il feedback dell'insegnante deve essere immediato
- Il bambino ADHD lavora per periodi più brevi rispetto ai suoi compagni di classe quindi occorre fornire conseguenze più frequentemente
- Gli incentivi devono essere ricchi e allettanti
- Applicare prima conseguenze positive
- Applicare conseguenze negative ma sempre in concomitanza con appropriate conseguenze positive

APPROCCIO PSICOEDUCATIVO COMPORTAMENTALE



Time out

- Time Out significa breve interruzione. Come tecnica di modificazioni del comportamento il time out è un metodo per interrompere comportamenti collerici o aggressivi. Consiste nel collocare il bambino in un luogo neutro e insignificante non appena si verifica il comportamento indesiderato e farlo rimanere fino a quando un segnale appositamente predisposto indica la fine del periodo di Time out. Questo significa per il bambino sospensione di ogni attenzione, gratificazione o soddisfazione. Consiste cioè nell'allontanare il bambino dalla situazione in cui si verifica il comportamento indesiderabile collocandolo in un luogo tranquillo privo di interesse o stimolazioni.

Time out

- Due obiettivi:

- Interrompere quanto prima possibile il comportamento problema

- Aiutare il bambino a raggiungere una certa capacità di autodisciplina

Di conseguenza diminuiranno le forti sgridate o richiami da parte dei genitori.

Time out

I bambini non gradiscono il Time out in quanto comporta la perdita di qualcosa sia l'essere attenzione degli adulti, dei compagni con la possibilità di disturbare gli altri, o il timore e la considerazione da parte dei compagni; il bambino si sente irritato, è ostile quando viene inviato in time out ma tali sentimenti svaniscono abbastanza rapidamente al termine della sospensione.

Time out

Se il bambino viene messo sistematicamente in Time out quando manifesta determinati comportamenti sarà sempre più motivato a ridurre tali reazioni ed escogitare altri più desiderabili modalità di comportamento. Se questi nuovi modi di agire verranno adeguatamente ricompensati e incoraggiati sarà sempre più probabile che in futuro tendano a consolidarsi in alternativa ai comportamenti indesiderabili.

Time out

I bambini non vogliono abbandonare i loro comportamenti turbolenti ma se continuano con questi ricevono ripetuti Time out e trovano più semplice abbandonarli

Time out

- Il time out deve essere applicato entro

10 secondi

da quando si è verificato il comportamento negativo; l'immediatezza è importante soprattutto per bambini di età compresa tra 3 e 6 anni.

Per quanto tempo lasciare in Time out?

- 3anni 1 minuto
- Aggiungere 1 minuto per ogni anno di età. Se il bambino ha 5anni lasciarlo in Time out per 3 minuti (1+2).
- Può essere utile usare un timer da collocare vicino al bambino per sentire il suono di termine time out.

Time out

- Importante: non farlo sembrare un castigo quindi introdurre il Time Out con questo messaggio, senza mostrare collera o risentimento ma mantenendo un tono di voce fermo e deciso:

“questo comportamento è inaccettabile. È necessario che tu stia per qualche minuto da solo. Devi interrompere subito questo comportamento perché tu possa pensare a un modo diverso di comportarti”.

Al termine chiedere al bambino perché è stato mandato in time out.

- Attenzione!
 - Ignorare il bambino durante il time out
 - Non utilizzare più di 10 parole e 10 secondi nel mettere velocemente in time out il bambino
 - Utilizzare una sedia normale o uno sgabello
 - Scegliere un posto neutro privo di interesse
 - Servitevi sempre di un timer

Time out

- finito il time out il bambino dovrà dire il motivo per cui è stato messo in time out
- Utilizzare il time out ogni volta si verifica il comportamento indesiderato non minacciare semplicemente di farlo
- usare il time out per annoiare il bambino e per farlo riflettere sul suo comportamento non per umiliarlo o intimidirlo

Time out

Il time out è adatto per i seguenti comportamenti:

- Picchiare
- Colpire qualcuno con un oggetto
- Fare dispetti o provocare
- parlare in modo impertinente o rispondere male un modo
- Urlare o strillare con rabbia
- Appropriarsi di oggetti di altri
- Lanciare oggetti
- Distruggere materiali dare calci o morsicare o tirare i capelli o sputare o lanciare cose sporche contro qualcuno
- Urlare con odio contro qualcuno

Time out

- Spettegolare sui compagni
- Fare cose pericolose
- Minacciare a parole o gesti
- Imprecare dire le parolacce
- Dare spinte
- Lanciare il cibo a tavola
- Danneggiare banchi mobili o attrezzature
- Lamentarsi rumorosamente ho fare richieste insistenti
- Non usare il time out per i seguenti comportamenti

Time out

Il time out NON deve essere usato per questi comportamenti

- Tenere il broncio
- Essere irritabile o di cattivo umore
- Non riuscire in qualcosa
- Tenere in disordine i quaderni del proprio spazio
- Comportamento iperattivo
- Distraibilità, disattenzione
- Timore apprensione



ADHD e futuro

- Disattenzione
- Impulsività
- Sviluppo di tratti oppositivi e provocatori
- Comportamenti aggressivi a rischio di devianza
- Tossicodipendenze
- Problemi con la giustizia

INSEGNARE AL BAMBINO CON ADHD

- Gli insegnanti disponibili ad una certa flessibilità nel proprio stile scopriranno che adattare l'insegnamento all'alunno con ADHD non richiede uno sforzo tanto maggiore di quanto richiederebbe l'adattamento rivolto a qualsiasi altro alunno

INSEGNARE AL BAMBINO CON ADHD

Tre i principi

Brevità

gli ADHD iniziano la maggior parte dei loro compiti con il minore impegno possibile e questo causa un più rapido superamento della soglia necessaria a rimanere impegnati sul compito. Per questo motivo l'assunto secondo il quale l'attenzione in un contesto di classe è maggiore quando vengono svolte attività brevi è particolarmente valido per i bambini con adhd

INSEGNARE AL BAMBINO CON ADHD

Tre i principi

Esercizi brevi e frequenti correzioni che prendono in considerazione delle unità di apprendimento producono miglioramento nel rendimento scolastico.

È probabile che un alunno necessiti di un maggior numero di tentativi per arrivare a svolgere con successo una data attività; quindi è importante che siano brevi e veloci.

INSEGNARE AL BAMBINO CON ADHD

Tre i principi

Varietà

Questi bambini funzionano meglio quando viene offerta loro una buona varietà di materiali per migliorare le interazioni visive verbali e tattili.

Se un'attività viene presentata ripetutamente essi rispondono con sforzo e motivazione decrescenti.

La manipolazioni dei materiali rende invece il compito più interessanti e aumenta la partecipazione attiva dell'alunno.

INSEGNARE AL BAMBINO CON ADHD

Tre i principi

Varietà

Quando un'attività che l'alunno trova particolarmente gradevole viene utilizzata come ricompensa per avere prima lavorato su un compito più difficile o poco piacevole, si rende più probabile che in futuro l'alunno si impegni nuovamente in quel compito.

Utilizzare anche l'apprendimento cooperativo.

INSEGNARE AL BAMBINO CON ADHD

Tre i principi

STRUTTURA

E' molto importante fornire una routine costante nell'ambito della quale vengono inserite attività altamente organizzate; ciò consentirà di costruire un contesto classe attorno a bambini che hanno difficoltà ad eseguire le varie attività scolastiche.

Specifici programmi quotidiani, Incluse le esperienze ben pianificate con passaggi guidati, sono ottimali per i bambini in difficoltà attentiva e iperattività

INSEGNARE AL BAMBINO CON ADHD

Tre i principi

STRUTTURA

Più aumenta il numero di transizioni in una giornata di scuola tanto più aumenta la probabilità che i bambini con ADHD manifestino comportamenti indesiderabili



Normativa nazionale

Nota del 17/11/2010

Oggetto: sintomatologia dell'ADHD in età prescolare.
Continuità tra scuola dell'Infanzia e scuola primaria

Circolare del 15/06/2010

Oggetto: disturbo di deficit di attenzione e iperattività

Declinato protocollo operativo utile a migliorare
l'apprendimento e il comportamento di alunni con ADHD
in classe

Circolare del 4/12/2009

Oggetto: problematiche collegate alla presenza nelle classi
di alunni affetti da ADHD. Il documento sottolinea
l'importanza del coinvolgimento degli insegnanti come
parte integrante ed essenziale del percorso terapeutico



Testi utili e scaricabili gratuitamente

Opuscolo AIDAI con indicazioni per gli insegnanti

http://www.aidaiassociazione.com/documents/training_per_insegnanti.pdf

Strategie per gli insegnanti AIFA onlus

<http://www.aifa.it/strategiescolastiche.htm>;
<http://www.aifa.it/linkstrumenti.htm>

Linee guida cognitivo comportamentali

http://www.aidaiassociazione.com/documents/linee_guida_ADHD.pdf

Sito della SINPIA

www.sinpia.eu

Sito dell'AIRIPA

www.airipa.it

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

“Fermati, aspetta e risparmierai tempo, corri, affannati e non arriverai”
(proverbio cinese)

”Sento e dimentico, Vedo e ricordo, Faccio e capisco” (Proverbio cinese)

“Alla base dell’acquisizione delle competenze sta la capacità di riflettere prima, durante e dopo un’azione” (M. Pellerey)

grossi.eleonora@me.com

+39 328 6821 574

CENTRO CREMONA
TERRITORIALE
SERVIZI