



ISSN: 2038-3282

Publicato il: 01 Luglio 2011

©Tutti i diritti riservati. Tutti gli articoli possono essere riprodotti con l'unica condizione di mettere in evidenza che il testo riprodotto è tratto da www.qtimes.it

Registrazione Tribunale di Frosinone N. 564/09 VG

Understanding Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Fifth part: multimodal intervention. Drug therapy and the individual cognitive behavioral path for the child with ADHD

Comprendere il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività. Parte quinta: l'intervento multimodale. La terapia farmacologica e il percorso individuale cognitivo comportamentale per il bambino con ADHD

di Alessia Giangregorio

Psicologa – AISME

g.alessia84@yahoo.it

Abstract

Secondo l'approccio multimodale il bambino con DDAI deve essere posto al centro di programmi di intervento che lo coinvolgano direttamente, come quello farmacologico e quello cognitivo-comportamentale, ma anche di percorsi predisposti per i genitori e gli insegnanti, quali il Parent Training (PT) e il Teacher Training (TT), che lo raggiungano indirettamente. Tali interventi nel loro complesso mirano a migliorare il funzionamento globale del soggetto, consentendogli di incrementare le relazioni interpersonali adattive e la capacità di apprendimento scolastico, di diminuire i comportamenti inadeguati e di realizzare un cambiamento positivo nella qualità di vita.

Parole chiave: disturbo da deficit di attenzione, iperattività. Terapia farmacologica, percorso individuale cognitivo comportamentale

QTimes – webmagazine

Anno III - n. 3, 2011

www.qtimes.it

Introduzione

Secondo l'approccio multimodale il bambino con DDAI deve essere posto al centro di programmi di intervento che lo coinvolgano direttamente, come quello farmacologico e quello cognitivo-comportamentale, ma anche di percorsi predisposti per i genitori e gli insegnanti, quali il Parent Training (PT) e il Teacher Training (TT), che lo raggiungano indirettamente. Tali interventi nel loro complesso mirano a migliorare il funzionamento globale del soggetto, consentendogli di incrementare le relazioni interpersonali adattive e la capacità di apprendimento scolastico, di diminuire i comportamenti inadeguati e di realizzare un cambiamento positivo nella qualità di vita. Procedendo in un'ottica psicopedagogica il trattamento farmacologico, pure importante e talvolta necessario, sarà oggetto di trattazione solo a livello introduttivo. Il farmaco, infatti, non insegna nulla, non determina l'acquisizione di competenze e abilità, ma, laddove necessario, crea lo "spazio" utile al loro conseguimento all'interno dei percorsi educativi. Come sottolineano le linee guida della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (S.I.N.P.I.A.), inoltre, la somministrazione dei farmaci deve avvenire solo dopo aver sperimentato altri tipi di trattamento e averne constatata l'inefficacia; l'intervento farmacologico deve altresì essere sempre affiancato, come *conditio sine qua non* per la sua attuazione, almeno da un counseling familiare o da un percorso di PT (S.I.N.P.I.A., 2006). Queste considerazioni si pongono dunque alla base della prospettiva adottata nella scelta degli itinerari operativi, di carattere abilitativo-riabilitativo, presentati in questo contributo, nel quale viene posto l'accento sul percorso terapeutico individuale dedicato al bambino; nel prossimo articolo verrà invece affrontato il tema del Parent Training e del Teacher Training.

L'intervento farmacologico: il Registro Italiano del DDAI

Il Registro Italiano del DDAI è stato istituito dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per garantire l'accuratezza diagnostica ed evitare un uso improprio del medicinale adottato per il trattamento farmacologico, ossia il Metilfenidato, la cui somministrazione è prevista nei casi in cui i sintomi presentino un elevato livello di severità. In base a questo documento la prescrizione è vincolata alla predisposizione di un piano terapeutico semestrale da parte di un Centro clinico accreditato, poiché il farmaco fa parte delle sostanze controllate e rientra nella tabella degli stupefacenti. Il Registro prevede che la prima somministrazione venga effettuata dal Neuropsichiatra Infantile del Centro regionale di riferimento in regime di *day hospital*, per poter controllare la tollerabilità del medicinale da parte del bambino; sempre in *day hospital* avvengono le somministrazioni durante il primo mese. Successivamente le prescrizioni possono essere effettuate dal Neuropsichiatra locale o dal pediatra di famiglia. Si procede poi a controlli semestrali condotti a 6, 12, 18 e 24 mesi, per un totale di due anni, tempo previsto per la conservazione dei dati (in forma anonima) nel Registro. Durante i controlli viene valutato lo stato di salute del paziente e la presenza di eventuali effetti indesiderati e viene fatto nuovamente uso degli strumenti testologici già usati in fase preliminare, al fine di determinare i cambiamenti intervenuti dal punto di vista comportamentale, sociale e cognitivo.

È necessario sottolineare che il trattamento farmacologico non trova concorde il mondo scientifico. Sebbene sia riconosciuto a livello ufficiale, infatti, esistono posizioni diverse, alle quali si riferiscono anche dei medici, che affermano l'inutilità e soprattutto la dannosità del suo utilizzo. Secondo questi

approcci il DDAI in realtà non esisterebbe, ma sarebbe un disturbo inventato da medici e psicologi con finalità speculative. Questi soggetti sono considerati invece come particolarmente dotati di capacità creative, imprenditoriali, di grande fantasia e di spirito di iniziativa, proprio in virtù delle loro caratteristiche peculiari. Tra le associazioni che sostengono questa visione si collocano *Perché non accada* e *Giù le mani dai bambini*, vicine a *Scientology* (Masi-Zuddas, 2006; Scoglio, 2007).

Il Metilfenidato e l'Atomoxetina

Il trattamento farmacologico, quando necessario, prevede la somministrazione del Ritalin, nome commerciale del Metilfenidato, oppure dell'Atomoxetina, conosciuta anche come Strattera.

Il Ritalin è un farmaco psicoattivo della famiglia degli psicostimolanti. Sebbene possa apparire un paradosso somministrare degli psicostimolanti a soggetti iperattivi, sembra che questa sostanza agisca aumentando il rilascio del neurotrasmettitore della dopamina e bloccando parzialmente i mediatori che lo rimuovono a livello delle sinapsi. Stimola quindi il neurotrasmettitore a passare dalla regione presinaptica, nella quale viene solitamente bloccato, al neurone successivo, determinando così una diminuzione dei sintomi. Assunto per via orale, è caratterizzato da una rapida azione che mostra la sua efficacia clinica circa mezz'ora dopo la somministrazione, per raggiungere un picco dopo due ore; gli effetti durano circa 2/5 ore. Sono previste 2/3 somministrazioni giornaliere. L'utilizzo preferenziale del Metilfenidato nel trattamento del DDAI, nonostante non manchino critiche in tal senso, è dovuto al suo rapporto terapeutico/tossico pari a 100:1, che lo rende uno dei farmaci a uso pediatrico più sicuri sul mercato. Nonostante ciò non mancano gli effetti collaterali, come l'insonnia, la diminuzione dell'appetito, problemi gastrointestinali, nausea, perdita di peso e arresto della crescita; tali effetti però, in presenza di una corretta somministrazione, sono considerati come condizioni temporanee che raramente richiedono la sospensione del trattamento. È inoltre possibile che il medicinale induca o aumenti i tic, i movimenti involontari e le idee ossessive. In alcuni casi può comportare cardiopatie e, in circostanze rarissime, lo sviluppo di sintomi simili a quelli dell'autismo. Dal punto di vista emotivo si può invece verificare una diminuzione dell'autostima e della creatività, legata alla percezione di non riuscire a controllare il proprio comportamento senza il farmaco, e una diminuzione della capacità di apprendimento. Circa la tossicità a lungo termine del Metilfenidato, invece, gli studi sono ancora limitati. È inoltre necessario ricordare che una volta esaurito il suo effetto i sintomi del disturbo si ripresentano immediatamente (Battistella, 1999).

L'Atomoxetina, di recente introduzione nel trattamento del DDIA, è un inibitore selettivo della ricaptazione della noradrenalina – o norepinefrina – e costituisce il primo farmaco non stimolante a essere impiegato nella terapia del disturbo. In particolare la sua adozione sembra essere preferibile a quella del Ritalin in quanto non è emerso un significativo potenziale di abuso. Mentre il Metilfenidato agisce solo sul lobo frontale, inoltre, l'Atomoxetina si lega in maniera differente ai neurotrasmettitori della dopamina e fa sì che venga trasportata anche in altre parti del cervello, consentendo una migliore regolazione delle funzioni cognitive. Gli effetti di questo farmaco permangono nell'arco delle 24 ore, per cui è possibile effettuare un'unica somministrazione giornaliera. Il trattamento con l'Atomoxetina è risultato associato a un significativo miglioramento non solo dei sintomi cardine del DDAI ma anche del funzionamento familiare, scolastico e sociale. La sua assunzione ha inoltre mostrato effetti positivi in caso di associazione con disturbi d'ansia e oppositivo/provocatori, mentre non si evidenzia un peggioramento degli eventuali segni depressivi o

dei tic motori o verbali. Tra i principali effetti collaterali si segnalano cefalea, disturbi cardiovascolari e gastrointestinali, sonnolenza, riduzione dell'appetito e perdita di peso. Tali effetti, però, scompaiono dopo un primo periodo di adattamento, mentre quelli prodotti dal Metilfenidato permangono a volte anche al termine del trattamento (Smith – Barkley, 2006; Marangell, 2006).

L'intervento cognitivo-comportamentale con il bambino

Il trattamento cognitivo-comportamentale rappresenta l'approccio elettivo alla terapia del bambino con DDAI. L'uso dei farmaci infatti ha, come accennato, il limite di "non insegnare" l'autocontrollo, ma può comunque creare uno spazio affinché, con l'affiancamento di altri tipi di interventi, il bambino possa acquisire questa capacità. Il training individuale cognitivo-comportamentale mira infatti a favorire l'apprendimento dell'autocontrollo attraverso l'utilizzo di autoistruzioni verbali. Nel descrivere questo tipo di intervento verrà fatto riferimento al programma elaborato dal gruppo di Cesare Cornoldi, in quanto rappresenta il contributo più significativo e diffuso nella pratica terapeutica in ambito italiano.

Aspetti generali dell'approccio cognitivo-comportamentale

La terapia cognitivo-comportamentale si basa sui presupposti dell'omonima teoria, sviluppata negli anni '60 all'interno delle teorie dell'apprendimento. Questo approccio costituisce un diretto sviluppo della teoria comportamentale sviluppata nei primi anni del XX secolo da Watson e Pavlov – e delle terapie a questo correlate – a differenza della quale, però, la teoria cognitivo-comportamentale (TCC) non limita la propria attenzione solo agli aspetti relativi al comportamento osservabile, ma prende in considerazione anche i fattori interni, ovvero i pensieri, le sensazioni e le emozioni che precedono e determinano il comportamento stesso (Molinari - Labella, 2007). Oltre al riferimento al comportamentismo, infatti, questo modello di studi si pone anche in relazione con il cognitivismo, secondo il quale le emozioni e le condotte sono influenzate dalla percezione degli eventi. In base a questo assunto, quindi, l'attenzione è posta non tanto sugli eventi in sé, quanto sul modo in cui questi vengono percepiti e interpretati. Partendo da tali presupposti la TCC mira ad aiutare il soggetto a individuare le interpretazioni errate e i pensieri disfunzionali, proponendo delle alternative fondate su una visione più realistica delle situazioni. Ciò porta a sviluppare credenze funzionali rispetto a sé e agli eventi e a implementare le condotte positive, modificando quelle non adattive attraverso l'applicazione di un sistema di rinforzi e punizioni, la cui applicazione si fonda sui principi del condizionamento operante, allo scopo di produrre una diminuzione rapida e duratura dei sintomi.

L'utilità di un trattamento di tipo cognitivo-comportamentale nei casi di DDAI è stata evidenziata nel 1972 da Virginia Douglas e sistematizzata nel 1977 da Donald Meichenbaum, ritenuto il fondatore di questo tipo di azione in contesto psicoterapeutico. In considerazione delle difficoltà di autoregolazione e del deficit del dialogo interno presente nei bambini con DDAI, tale intervento ha lo scopo principale di favorire lo sviluppo di capacità di autoregolazione del comportamento attraverso le procedure di autoistruzione verbale e lo sviluppo di capacità di *problem solving*. A partire da questo macro-obiettivo la terapia mira ad aiutare il bambino ad apprendere delle strategie che gli consentano di trattenere le reazioni impulsive, di produrre soluzioni alternative, di sviluppare il pensiero consequenziale e di riconoscere e gestire le emozioni e le frustrazioni (Cornoldi et al., 1996; Usai, 2008).

L'attivazione del percorso individuale per il bambino richiede la presenza di alcune condizioni di

base, quale che il piccolo sia in grado di leggere e comprendere il materiale di supporto che viene presentato durante gli incontri, che disponga di adeguate capacità meta cognitive (Tabella 1) e che il suo livello intellettivo non sia inferiore a QI 75. Oltre a questi aspetti si devono anche considerare, su un piano di realtà, variabili di ordine pratico-organizzativo, legate per esempio alla possibilità effettiva, sia dal punto di vista economico sia logistico, che il soggetto possa partecipare alle sedute almeno una volta a settimana.

Tabella 1. Definizione di capacità cognitiva

<p style="text-align: center;"><i>Cosa si intende per capacità metacognitive?</i></p> <p>Le abilità metacognitive consentono al bambino di riflettere sui propri stati mentali; permettono quindi di controllare i pensieri e di conoscere e dirigere i processi di apprendimento. In assenza di tali competenze non è possibile effettuare la terapia cognitivo-comportamentale ed è quindi necessario effettuare prima un lavoro teso alla loro acquisizione (cfr. Albanese – Doudin – Martin, 2003).</p>
--

Ogni trattamento, inoltre, deve essere adattato per lo specifico caso, per rispettarne le caratteristiche, le predisposizioni e gli interessi. La durata dell'intervento, infine, viene valutata in base alla situazione specifica ma in genere si sviluppa lungo l'arco dell'anno scolastico.

Il programma di lavoro proposto al bambino mira a condurlo all'acquisizione di cinque fasi dell'autoistruzione (Tabella 3) che fungono da guida alla risoluzione dei problemi di ordine logico, sociale e scolastico. Il trattamento proposto pone attenzione sia all'aspetto relazionale sia all'aspetto cognitivo-comportamentale sia a quelli attributivo-motivazionali e metacognitivi. In particolare, il tema delle attribuzioni inerenti l'impegno e l'autostima riveste una grande importanza, in quanto questi fattori possono influire sulla disponibilità verso il compito. Le attribuzioni sono elementi su cui è necessario lavorare molto con i soggetti con DDAI, i quali faticano a sviluppare delle connessioni corrette di causa-effetto e tendono solitamente, a fronte dei frequenti fallimenti sperimentati, ad attribuire i propri successi o insuccessi a fattori come la fortuna o la facilità/difficoltà del compito, mostrando un ridotto *locus of control* interno e quindi una minore convinzione nelle loro capacità di controllo degli eventi (Tabella 2). Ne consegue una problematicità nell'accrescere la fiducia in sé, che incide negativamente nell'accostarsi a compiti nuovi, nel selezionare le strategie più idonee ad affrontarli e nel controllarne l'andamento.

Tabella 2. Definizione di *locus of control*

Il locus of control è un costrutto che individua il grado con cui un individuo ritiene di avere il controllo degli eventi della vita. Le persone in cui prevale un *locus of control* interno tendono a percepire i risultati ottenuti come conseguenze dell'impegno profuso e dei comportamenti messi in atto, ritenendo quindi di essere in grado di esercitare un controllo, mentre le persone nelle quali prevale un *locus of control* esterno tendono ad attribuire successi o insuccessi a fattori esterni a se stessi, come la fortuna o le circostanze, non assumendosene quindi la responsabilità (cfr. Del Corno – Lang, 2003).

Gli incontri, condotti da psicologi e psicopedagogisti, prevedono una modalità individuale, in particolare nella prima parte del trattamento, per permettere al soggetto di concentrarsi sul proprio problema senza essere disturbato; se opportuno, in seguito, è possibile lavorare in piccoli gruppi per affrontare il tema dei problemi interpersonali. Una volta terminato il programma è possibile e appropriato prevedere sedute di richiamo a distanza di qualche mese, al fine di verificare il mantenimento delle acquisizioni raggiunte e di rafforzare aree ancora carenti (Offredi – Vio, 1999).

Struttura e strumenti del training cognitivo-comportamentale

All'inizio del training è necessario innanzitutto fornire, sia ai genitori sia al bambino, sufficienti e adeguate informazioni rispetto al percorso stesso, al fine di avviare la costruzione dell'alleanza terapeutica e di motivare a una partecipazione attiva e consapevole. L'operatore non solo dovrà fornire informazioni, ma anche presentare le regole che guideranno gli incontri e alle quali il soggetto dovrà attenersi in quanto parte fondante di un contratto educativo che si richiede di accettare quale presa di impegno. Al bambino saranno poi presentati compiti da svolgere alla presenza dell'operatore e altri da eseguire a casa; questi ultimi costituiranno l'input per avviare l'incontro successivo, fornendo materiale utile alla riflessione sull'importanza di comprendere e applicare le regole contrattate, l'utilità di generalizzarle a situazioni e contesti diversi e alla capacità di operare un'adeguata attribuzione a se stessi dei successi e degli insuccessi, ponendo le basi per una corretta autovalutazione delle prestazioni (Cornoldi et al., 1996; Offredi – Vio, 1999). L'aspetto centrale del training, come detto, è costituito dall'acquisizione delle autoistruzioni, che consentono la risoluzione dei problemi che il bambino incontra sia nello svolgimento dei compiti sia nello scambio sociale.

Tabella 3 Le cinque fasi di autoistruzione

Le autoistruzioni

1. “Cosa devo fare?”: la prima autoistruzione consiste nel sollecitare il bambino a fermarsi e concentrarsi sui termini del problema per cercare di comprendere le richieste del compito.
2. “Considero tutte le possibilità”: si invita il bambino a individuare e analizzare le diverse alternative che permettono di affrontare correttamente il problema in questione.
3. “Fisso l’attenzione sul compito senza farmi distrarre” così da poter scegliere la strategia adatta alla sua soluzione. In conseguenza il deficit attentivo risulta particolarmente difficoltoso per questi bambini e il training in questa fase mira a fargli apprendere la capacità di cancellare mentalmente tutti gli input distraenti, per poi gradualmente allenarli a lavorare anche in presenza di distrazioni.
4. “Scelgo la soluzione migliore, formulo un piano d’azione e lo applico”.
5. “Controllo la soluzione scelta”. Va considerato che, data la tendenza alla perseverazione delle strategie adottate, questo passaggio risulta molto complesso per i bambini con DDAI (Vio – Marzocchi – Offredi, 2006).

La conduzione del training cognitivo-comportamentale si avvale di alcuni strumenti, la cui efficacia è ampiamente comprovata, quali il *modeling* delle autoistruzioni, la *token economy*, il costo della risposta, il *role playing*, il *problem solving* interpersonale.

- *Il modeling delle autoistruzioni*. Per la buona riuscita del training è fondamentale che l’operatore si ponga come modello nell’utilizzazione delle autoistruzioni, in modo che osservandolo il bambino possa apprendere e consolidare le strategie proposte. L’adulto svolge una funzione di *coping modelin*, per cui di fronte alle situazioni problematiche non nasconde le proprie difficoltà, ma reagisce con impegno e riflessività per risolvere la situazione esplicitando le proprie emozioni al riguardo e le strategie adottate. Può quindi sfruttare errori spontanei o volontariamente commessi, per mostrare come individuare modalità alternative di procedere e fornire esempi di autoincitamento, così da modellare anche le reazioni emotive di fronte agli insuccessi, agendo quindi rispetto all’attribuzione di causa degli eventi. Con l’aumentare della dimestichezza nell’uso delle autoistruzioni, la funzione di *modeling* potrà essere gradualmente attenuata per limitare al massimo gli interventi esterni e favorire l’interiorizzazione delle istruzioni (cfr. Cornoldi et al., 1996).
- Il sistema della *token economy*. Questo sistema rappresenta un programma di rinforzo che non mira solo a fornire incoraggiamento e gratificazione, ma che consente al soggetto di ottenere elementi utili a leggere il proprio modo di agire, e quindi ad autovalutarsi e autovalorizzarsi, attraverso il guadagno o la perdita di gettoni. La procedura consiste nell’assegnare al bambino un certo numero di gettoni di base all’inizio di ogni incontro (circa 20 gettoni).

Il bambino potrà poi guadagnarne altri se:

- al termine della seduta avrà valutato in modo corretto la propria prestazione, attribuendogli un giudizio uguale o appena maggiore o minore rispetto a quello dato dall'operatore;
- avrà eseguito il compito assegnato per casa. In particolare va sottolineato come la responsabilità del successo sia personale, mostrando le connessioni esistenti tra l'impegno attivo profuso nello svolgimento dell'incontro e i risultati raggiunti, favorendo così un progressivo cambiamento delle convinzioni di attribuzione in vista di una considerazione più oggettiva delle situazioni.

Così come i comportamenti adeguati implicano il successo e quindi conseguenze positive (guadagno di token), i comportamenti inadeguati determinano invece conseguenze negative e comportano quindi un costo da pagare. Si colloca pertanto a questo livello la tecnica del *costo della risposta*, che causa la perdita dei gettoni. Tale perdita avviene in presenza di tre tipi di errori: andare troppo veloce a scapito dell'accuratezza della valutazione; dimenticare una delle cinque fasi; fornire una risposta non corretta. Questa tecnica può quindi essere applicata solo quando il bambino ha acquisito una conoscenza sufficiente delle autoistruzioni e del loro utilizzo. La perdita segnala la necessità di porre maggiore attenzione al proprio modo di agire, ma può anche essere vissuta come un fattore demotivante; è pertanto necessario che l'operatore sottolinei che l'errore è un passaggio naturale nel processo di apprendimento, che indica la necessità di un impegno maggiore. Affinché il soggetto possa cogliere la funzione educativa dell'applicazione del costo della risposta e non interpretarla come un segnale di giudizio negativo rivolto alla persona, è fondamentale che l'operatore spieghi le ragioni alla base della decisione, fornendo così informazioni utili all'analisi adeguata del comportamento. A questo scopo in una prima fase gli errori verranno definiti in termini concreti, spiegando con precisione i passaggi sbagliati, e successivamente con espressioni più concettuali, ad esempio sottolineando come l'errore stesso sia stato causato dall'aver posto poca attenzione al compito. Per non determinare una reazione negativa a livello di motivazione è opportuno, inoltre, che il numero dei gettoni persi non sia maggiore rispetto a quelli posseduti o guadagnati, in modo che il soggetto non ne rimanga privo al termine della seduta. Per favorire il processo di consapevolezza è poi opportuno invitare il bambino a spiegare quali sono stati i comportamenti che hanno permesso di svolgere adeguatamente i compiti assegnati o che, al contrario, sono stati causa di errore. Alla fine della seduta i gettoni vengono trasformati in punti e segnati su un apposita scheda in modo da ottenere un grafico che permetta di avere un'immediata immagine dell'andamento dell'incontro, così da poter fare un bilancio. I token verranno poi convertiti in altre forme di rinforzo costituite da premi previamente concordati con il bambino e ottenibili solo dopo aver conseguito un certo numero di gettoni (cfr. Cornoldi et al., 1999; Fabio, 2001).

- Il *role playing*. È una procedura sviluppata a partire dallo psicodramma di Moreno, un metodo terapeutico che consiste nel mettere in scena il proprio vissuto con finalità catartiche, ossia allo scopo di favorire la scarica emotiva. Il *role playing* è definito come una «tecnica di drammatizzazione di comportamenti di ruolo sociali o organizzativi espressa attraverso la simulazione di situazioni reali, con un fine di formazione o di presa di coscienza di problemi relazionali» (Boccola, 2004, p. 17). In questo modo è possibile far emergere dei comportamenti e degli atteggiamenti che rimarrebbero altrimenti impliciti e abilitarsi ad assumere un punto di vista differente per analizzare più oggettivamente il proprio agire

relazionale. L'attuazione di questa strategia rappresenta un processo molto complesso per i bambini con DDAI, i quali non riescono a porsi in una prospettiva differente dalla propria né a compiere con facilità, come già evidenziato, processi di autovalutazione (cfr. Bortolon – Pinto, 2004).

- Il *problem solving interpersonale*. È importante che l'operatore aiuti il bambino ad applicare l'uso delle cinque fasi anche a problemi di carattere interpersonale, innanzitutto abilitandolo a cogliere le differenti emozioni e i segnali che queste implicano a livello di pensieri e di espressioni corporee. Come accennato i bambini con DDAI non riescono a cogliere le sfumature emotive ed è per questo necessario guidarli ad apprendere l'esistenza di tre categorie di emozioni: piacevoli, spiacevoli o neutre. Si invita quindi il bambino a elaborare un "dizionario delle emozioni", classificandole in base alle tre categorie (piacevoli, spiacevoli e neutre), per poi lavorare su esempi di episodi correlati. Si passa quindi all'identificazione delle sfumature emozionali e ad approfondire i pensieri e i segnali corporei che possono indicare un determinato stato emotivo. Si chiede dunque al bambino di simulare l'emozione attraverso la postura, l'espressione del volto e il tono della voce (a tale scopo è possibile avvalersi di uno specchio). Anche in questo caso è necessario che l'operatore si ponga come modello, mostrando l'utilizzo delle autoistruzioni per identificare l'esistenza di un problema attraverso la definizione delle proprie emozioni, per poi portare il bambino ad allenarsi a cogliere anche quelle degli altri. Uno strumento utile per lavorare sulle emozioni applicando le cinque fasi è costituito dalla *tecnica dei tre cappelli colorati*, dei quali si deve munire sia il terapeuta sia il bambino. Tale tecnica aiuta a visualizzare più facilmente la situazione creando un'associazione tra il colore e l'emozione e determinando uno stacco visivo tra i momenti della costatazione del problema e delle emozioni correlate, della riflessione e della valutazione. In assenza di un cappello è possibile utilizzare qualsiasi altro oggetto, purché si possa indossare, in modo da suscitare un coinvolgimento maggiore.

I cappelli sono di colore rosso, giallo e blu:

- il cappello rosso viene utilizzato nei momenti dedicati al riconoscimento delle emozioni nel loro emergere e alla loro espressione, al fine di rendere cosciente ciò che si prova e collegarlo alla situazione;
- il cappello giallo si usa quando è necessario ripristinare l'equilibrio e la concentrazione prima di agire. Il suo impiego mira quindi ad aiutare il soggetto a formulare pensieri che gli consentano di prendersi del tempo per calmarsi e riflettere prima di dare una risposta;
- il cappello azzurro, infine, si indossa ogni volta che, dopo aver ristabilito l'equilibrio, vengono formulate soluzioni alternative e valutate le conseguenze, compiendo un'analisi lucida di ciò che è successo e di ciò che si può fare.

Attraverso l'uso dei cappelli si mira dunque ad aiutare il bambino a giungere a individuare modalità diverse e più fruttuose di reazione. Questa strategia sembra solitamente dare buoni risultati con i bambini in virtù del suo carattere concreto; nei casi in cui però il soggetto non accetti subito di adottarla è opportuno che l'operatore ne faccia comunque uso senza imporla, così che il bambino possa ugualmente capire cosa succede nell'altro (Cornoldi et al., 1999).

- Lo *Stress Inoculation Training*. Questa tecnica, applicata sempre in relazione alla sfera emotiva, mira all'acquisizione della consapevolezza e della capacità di controllo delle

emozioni in situazioni stressanti, attraverso l'auto-osservazione del proprio vissuto e l'individuazione di risposte adeguate, alternative agli atteggiamenti impulsivi ed aggressivi. Il bambino deve essere guidato a prendere consapevolezza che le emozioni sgradevoli rappresentano un'esperienza comune, a determinata anche da fatti di poca rilevanza, e che il problema diventa realmente grave nel momento in cui si superano i limiti determinando un'evoluzione negativa della situazione. Il punto centrale non è la repressione di tali emozioni, ma la loro canalizzazione alternativa. È utile anche proporre al bambino esercizi di rilassamento: calmare il corpo con respiri profondi rilassando i muscoli, fare pensieri utili – “posso controllarmi” – e poi allontanarsi dalla situazione (Vio – Marzocchi – Offredi, 2006; Savarese, 2009).

Come sottolinea Cornoldi, va ricordato che l'efficacia del trattamento cognitivo-comportamentale con i bambini con DDAI è determinata dalla predisposizione di un intervento personalizzato nel quale si individuino autoistruzioni e attività il più significative possibile per il soggetto, al quale viene data anche la possibilità di formulare le autoistruzioni con parole proprie per favorirne l'interiorizzazione. La partecipazione della famiglia e della scuola può però rafforzare le acquisizioni consentendo al piccolo di trasferirle in contesti diversi favorendo così la loro generalizzazione e consolidamento. L'intervento con il bambino risulta quindi maggiormente valido se inserito nella rete di supporto familiare e scolastica e collocato al centro di tale rete (Cornoldi et al., 1999).

Riflessioni conclusive

Intervenire a sostegno dei bambini con DDAI costituisce un lavoro integrato, all'interno del quale l'approccio psicopedagogico dato a livello individuale dal percorso cognitivo comportamentale rappresenta un aspetto centrale. Tale trattamento, infatti, si configura come elettivo; solo in casi limite viene affiancato dall'assunzione di farmaci, laddove la severità dei sintomi impedisca al soggetto l'adesione a qualunque percorso. Predisporre un intervento che sostenga il bambino nell'autoregolazione significa porlo nelle condizioni di esercitare un controllo sui propri processi di pensiero e sul proprio comportamento, agendo sugli aspetti cognitivi ed esecutivi inficiati nel disturbo. La guida che gli viene offerta costituisce dunque il canale più efficace per portarlo all'interiorizzazione di strategie adattive; le autoistruzioni sono pertanto il timone che consente al bambino di governare il proprio operato, sviluppando capacità di pianificazione e problem solving necessarie perché possa inserirsi attivamente e validamente nei contesti di vita.

Riferimenti Bibliografici:

- ALBANESE O. – DOUDIN P. A. – MARTIN D., *La prospettiva metacognitiva nell'educazione e nella formazione*, in “ID” (a cura di), *Metacognizione ed educazione. Processi, apprendimenti, strumenti*. Nuova edizione riveduta e ampliata, Milano, Franco Angeli, 2003;
- BATTISTELLA P. A., *Principi di psicofarmacologia in età evolutiva*, in De Negri M. (a cura di), “*Neuropsicopatologia dello sviluppo*”, Padova, Piccin, 1999;
- BOCCOLA F., *Il role playing. Progettazione e gestione*, Roma, Carocci, 2004;
- BORTOLON P. – PINTO T., *Competenze trasversali e formazione degli insegnanti*, Roma, Armado, 2004;
- CORNOLDI C. et al, *Impulsività e autocontrollo. Interventi e tecniche meta cognitive*, Trento,

- Erickson, 1996;
- DEL CORNO F. – LANG M. (a cura di), *La relazione con il paziente. Incontro con il paziente, colloquio clinico, restituzione*, Milano, Franco Angeli, 2003;
- FABIO R. A., *L'attenzione. Fisiologia, patologie e interventi riabilitativi*, Roma, Franco Angeli, 2004;
- ISOLA L. – PALLINI S., *Lo psicologo clinico nei servizi. Dall'accoglienza al progetto terapeutico: un itinerario cognitivista*, Roma, Franco Angeli, 1996;
- MARANGELL L. B. – MARTINEZ J. M., *Concise Guide to Psychopharmacology*, Arlington, American Psychiatric Publishing, 2006;
- MASI G. – ZUDDAS A. (a cura di), *Linee guida per il DDAI e i DSA. Diagnosi e interventi per il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività e i Disturbi Specifici dell'Apprendimento*, Trento, Erickson, 2006.
- MOLINARI E. – LABELLA A. (a cura di), *Psicologia clinica. Dialoghi e confronti*, Milano, Springer, 2007;
- OFFREDI F. – VIO C., *Il trattamento del disturbo da deficit di attenzione/iperattività: analisi di due casi*, in *Difficoltà di apprendimento* 4(1999)3, pp. 379-389;
- S.I.N.P.I.A., *Linee guida per il DDAI e i DSA. Diagnosi e interventi per il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività e i Disturbi Specifici dell'Apprendimento*, Trento, Erickson, 2009;
- SAVARESI G., *Iperattività e gestione delle emozioni. Percorsi educativo-didattici e motorio-sportivi*, Milano, Franco Angeli, 2009;
- SCOGLIO S., *Non è colpa dei bambini. Disattenzione, iperattività e ADHD: i pericoli del Ritalin e il ruolo della nutrizione*, La biblioteca del benessere, Diegaro di Cesena, Macro Edizioni, 2007;
- SMITH B. H. – BARKLEY R. A. – SHAPIRO C. J., *Behavior Disorders*, in Mash E. J. – Barkley R. A. (a cura di), "Treatment of Childhood Disorders", Third Edition, New York, Guilford Press, 2006;
- USAI M. C., *Deficit di controllo del comportamento*, in Zanobini M. – Usai M. C. (a cura di), "Psicologia della disabilità e della riabilitazione. I soggetti, le relazioni, i contesti in prospettiva evolutiva", Roma, Franco Angeli, 2008.
- VIO C. – MARZOCCHI G. M. – OFFREDI F., *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività. Diagnosi psicologica e formazione dei genitori*, Trento, Erickson, 2006.