

Istituto Comprensivo Statale di Robilante

Il Disturbo da Deficit di Attenzione / Iperattività (DDAI)

INFORMAZIONE PER I DOCENTI



**il Responsabile del servizio di
prevenzione e protezione dei rischi:**

**ORDINE INGEGNERI N.
PROVINCIA DI CUNEO 615**
Ezio Mario Meineri
Dott. Ing. Ezio Mario MEINERI

novembre 2009

ing. Ezio MEINERI – viale Angeli n. 107 - CUNEO - tel. 0171-344.517 - cell. 347-25.21.393

PREMESSA

Le informazioni che seguono si riferiscono ai disturbi comportamentali manifestati da alunni con Disturbi da Deficit di Attenzione / Iperattività (abbrv. DDAI); tali informazioni sono state tratte dalle pubblicazioni in argomento rese disponibili su Internet da enti, associazioni e/o specialisti sui disturbi del comportamento su bambini in età scolare.

L'intento di questo opuscolo è quello di fornire al personale docente delle scuole primarie una informazione di base su questa sindrome senza alcuna pretesa di sostituire il personale specializzato (medici, psicologi, psicopedagogisti) per questa patologia.

Per approfondimenti si può consultare il sito dell'AIDAI

Associazione Italiana per i Disturbi dell'Attenzione e Iperattività (A.I.D.A.I.-ONLUS)

Organizzazione non lucrativa di utilità sociale

Sede legale: Via Bolognesi, 35 - 44034 Copparo (Ferrara) - Internet: www.aidai.org

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività Principali caratteristiche del problema

Che cos'è il DDAI

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, o **DDAI** (indicato anche con l'acronimo inglese ADHD), è un disturbo evolutivo dell'autocontrollo. Esso include difficoltà di attenzione e concentrazione, di controllo degli impulsi e del livello di attività. Questi problemi derivano sostanzialmente dall'incapacità del bambino di regolare il proprio comportamento in funzione del trascorrere del tempo, degli obiettivi da raggiungere e delle richieste dell'ambiente. È bene precisare che il DDAI non è una normale fase di crescita che ogni bambino deve superare, non è nemmeno il risultato di una disciplina educativa inefficace, e tanto meno non è un problema dovuto alla «cattiveria» del bambino.

Il DDAI è un vero problema, per l'individuo stesso, per la famiglia e per la scuola, e spesso rappresenta un ostacolo nel conseguimento degli obiettivi personali. È un problema che genera sconforto e stress nei genitori e negli insegnanti i quali si trovano impreparati nella gestione del comportamento del bambino. Sicuramente i genitori sono abituati a vedere come le altre persone reagiscono al comportamento del bambino iperattivo: all'inizio, gli estranei tendono ad ignorare il comportamento irrequieto, le frequenti interruzioni durante i discorsi degli adulti e l'infrazione alle comuni regole sociali. Di fronte alle ripetute manifestazioni dell'assenza di controllo comportamentale del bambino, queste persone tentano di porre loro stesse un freno all'eccessiva "esuberanza", non riuscendoci, concludono che il bambino sia intenzionalmente maleducato e distruttivo. Forse i genitori sono anche abituati alle conclusioni a cui gli estranei giungono, come ad esempio: «I problemi di quel bambino sono dovuti al modo in cui è stato educato; sarebbe necessaria una maggiore disciplina, maggiori limitazioni e anche qualche bella punizione. I suoi genitori sono incapaci, incuranti, eccessivamente tolleranti e permissivi, e quel bambino è il frutto della loro inefficienza».

Leggendo queste poche righe, genitori ed insegnanti si renderanno conto che, se da un lato diventa necessario fare qualcosa per gestire il comportamento di questi bambini, è anche vero, d'altro canto, che diventa urgente far capire agli altri adulti quale sia la reale natura del problema dell'iperattività.

È necessario che tutte le persone, che interagiscono con i bambini con DDAI, sappiamo vedere e capire le motivazioni delle manifestazioni comportamentali di questi ragazzini, mettendo da parte le assurde e ingiustificate spiegazioni volte ad accusare e ferire i loro genitori, già tanto preoccupati e stressati per questa situazione.

Innanzitutto è necessario scoprire se il bambino a cui state pensando, abbia veramente un Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (DDAI) oppure se sia semplicemente irrequieto e con la testa tra le nuvole. Nessuna persona, che non sia uno specialista (ad esempio, uno psicologo o un neuropsichiatra infantile), si deve sentire autorizzata a decidere se quel bambino presenta o meno un DDAI.

Qui di seguito e nel sito si possono trovare descrizioni del disturbo per fornire ai genitori e agli insegnanti una più chiara definizione del problema, per far capire quali sono i comportamenti che dovrebbero essere ridotti e quali invece possono essere considerati una semplice variabilità di temperamento del bambino.

Disattenzione

I sintomi relativi alla disattenzione si riscontrano soprattutto in bambini che, rispetto ai loro coetanei, presentano un'evidente difficoltà a rimanere attenti o a lavorare su uno stesso compito per un periodo di tempo sufficientemente prolungato.

Diversi autori sostengono che il deficit principale della sindrome sia rappresentato dalle difficoltà d'attenzione, che si manifestano sia in situazioni scolastiche/lavorative, che in quelle sociali.

Queste difficoltà si manifestano soprattutto durante attività ripetitive o noiose ed anche in situazioni ludiche in cui il bambino manifesta frequenti passaggi da un gioco ad un altro, senza completarne alcuno.

A scuola si manifestano evidenti difficoltà nel prestare attenzione ai dettagli, banali "errori di distrazione", e i lavori sono incompleti e disordinati. Insegnanti e genitori riferiscono che i bambini con DDAI sembra che non ascoltino o che abbiano la testa da un'altra parte quando gli si parla direttamente. Passando vicino al banco di un bambino iperattivo si può rimanere colpiti dal disordine con cui gestisce il materiale scolastico e dalla facilità con cui viene distratto da suoni o da altri stimoli irrilevanti.

Iperattività

La seconda caratteristica del DDAI è l'iperattività, ovvero un eccessivo livello di attività motoria o vocale. Il bambino iperattivo manifesta continua agitazione, difficoltà a rimanere seduto e fermo al proprio posto. Secondo i racconti di genitori e insegnanti i bambini con DDAI sembrano "guidati da un motorino": sempre in movimento sia a scuola che a casa, durante i compiti e il gioco. Molto spesso i movimenti di tutte le parti del corpo (gambe, braccia e tronco) non sono armonicamente diretti al raggiungimento di uno scopo.

Impulsività

Secondo alcuni autori l'impulsività è la caratteristica distintiva del DDAI, rispetto ai bambini di controllo e rispetto agli altri disordini psicologici. L'impulsività si manifesta nella difficoltà a dilazionare una risposta, ad inibire un comportamento inappropriato, ad attendere una gratificazione. I bambini impulsivi rispondono troppo velocemente (a scapito dell'accuratezza delle loro risposte), interrompono frequentemente gli altri quando stanno parlando, non riescono a stare in fila e attendere il proprio turno. Oltre ad una persistente impazienza, l'impulsività si manifesta anche nell'intraprendere azioni pericolose senza considerare le possibili conseguenze negative. L'impulsività è una caratteristica che rimane abbastanza stabile durante lo sviluppo (sebbene conosca diverse forme a seconda dell'età) ed è presente anche negli adulti con DDAI.

Criteri diagnostici

La più recente descrizione del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività è contenuta nel **DSM-IV** (APA, 1994. Vedi tabella 1.1), secondo il quale, per poter porre diagnosi di DDAI, un bambino deve presentare almeno 6 sintomi per un minimo di sei mesi e in almeno due contesti; inoltre, è necessario che tali manifestazioni siano presenti prima dei 7 anni di età e soprattutto che compromettano il rendimento scolastico e/o sociale.

Se un soggetto presenta esclusivamente 6 dei 9 sintomi di disattenzione, viene posta diagnosi di DDAI - sottotipo disattento; se presenta esclusivamente 6 dei 9 sintomi di iperattività-impulsività, allora viene posta diagnosi di DDAI - sottotipo iperattivo-impulsivo; infine se il soggetto presenta entrambe le problematiche, allora si pone diagnosi di DDAI - sottotipo combinato.

Tabella 1.1. Sintomi e criteri diagnostici secondo il DSM-IV

A. Entrambi (1) o (2):

(1) sei (o più) dei seguenti sintomi di Disattenzione che persistano per almeno 6 mesi con un'intensità che provoca disadattamento e che contrasta con il livello di sviluppo:

Disattenzione

- a) spesso fallisce nel prestare attenzione ai dettagli o compie errori di inattenzione nei compiti a scuola, nel lavoro o in altre attività;
- b) spesso ha difficoltà nel sostenere l'attenzione nei compiti o in attività di gioco;
- c) spesso sembra non ascoltare quando gli si parla direttamente;
- d) spesso non segue completamente le istruzioni e incontra difficoltà nel terminare i compiti di scuola, lavori domestici o mansioni nel lavoro (non dovute a comportamento oppositivo o a difficoltà di comprensione);
- e) spesso ha difficoltà ad organizzare compiti o attività varie;
- f) spesso evita, prova avversione o è riluttante ad impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale sostenuto (es. compiti a casa o a scuola);
- g) spesso perde materiale necessario per compiti o altre attività (es. giocattoli, compiti assegnati, matite, libri, ecc.);
- h) spesso è facilmente distratto da stimoli esterni;
- i) spesso è sbadato nelle attività quotidiane.

(2) sei (o più) dei seguenti sintomi di Iperattività-Impulsività che persistono per almeno 6 mesi ad un grado che sia disadattivo e inappropriato secondo il livello di sviluppo:

Iperattività

- a) spesso muove le mani o i piedi o si agita nella seggiola;
- b) spesso si alza in classe o in altre situazioni dove ci si aspetta che rimanga seduto;
- c) spesso corre in giro o si arrampica eccessivamente in situazioni in cui non è appropriato (in adolescenti e adulti può essere limitato ad una sensazione soggettiva di irrequietezza);
- d) spesso ha difficoltà a giocare o ad impegnarsi in attività tranquille in modo quieto;
- e) è continuamente "in marcia" o agisce come se fosse "spinto da un motorino";
- f) spesso parla eccessivamente;

Impulsività

- g) spesso "spara" delle risposte prima che venga completata la domanda;
- h) spesso ha difficoltà ad aspettare il proprio turno;
- i) spesso interrompe o si comporta in modo invadente verso gli altri (es. irrompe nei giochi o nelle conversazioni degli altri).

B. I sintomi iperattivi-impulsivi o di disattenzione che causano le difficoltà devono essere presenti prima dei 7 anni.

C. I problemi causati dai sintomi devono manifestarsi in almeno due contesti (es. a scuola [o al lavoro] e a casa).

D. Ci deve essere una chiara evidenza clinica di una significativa menomazione nel funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.

E. I sintomi non si manifestano esclusivamente nel corso di un Disturbo Generalizzato dello Sviluppo, Schizofrenia o altri Disturbi Psicotici oppure che non siano meglio giustificati da altri disturbi mentali (es. Disturbi dell'Umore, Disturbi Ansiosi, Disturbi Dissociativi o Disturbi di Personalità).

Sintomi secondari e disturbi associati

Purtroppo i soggetti con DDAI, oltre ai sintomi primari sopradescritti, manifestano anche altri comportamenti disturbanti ritenuti secondari in quanto si presume derivino dall'interazione tra le caratteristiche patognomiche del disturbo e il loro ambiente. Infatti, il crescente interesse clinico che ruota attorno a questa sindrome è da ricercare in tre ordini di fattori: l'elevata incidenza del disturbo, la compresenza di numerosi altri disturbi (comorbidità), e la probabilità di prognosi infausta.

Diventa molto importante valutare l'esatta natura dei sintomi e la presenza di eventuali diagnosi associate, soprattutto ai fini di una migliore pianificazione terapeutica.

Comportamenti aggressivi

Lo sviluppo di tratti oppositivi e provocatori rappresenta un aspetto assai problematico del DDAI in quanto può essere corresponsabile di una serie di fallimenti in ambito scolastico e sociale; e può procurare notevoli e giustificate preoccupazioni ai genitori. Nella maggioranza dei casi i comportamenti aggressivi non raggiungono una gravità tale da richiedere una diagnosi di Disturbo della Condotta o di Disturbo Oppositivo/Provocatorio, sebbene questi tratti costituiscono i più accurati predittori di prognosi infauste. I ragazzi che manifestano anche comportamenti aggressivi sono più a rischio di altri di sviluppare comportamenti devianti, avere problemi con la giustizia o di abuso di sostanze stupefacenti.

Dall'esame della letteratura sulla distinzione tra Disturbo di Condotta e DDAI, Hinshaw (1987) conclude che i due disturbi si differenziano in relazione a diverse variabili. In particolare i bambini con Disturbi di Condotta hanno più familiari con Disturbi Antisociali, Disturbi Depressivi (soprattutto la madre), una più alta ostilità familiare e un basso livello socio-economico; mentre i bambini con DDAI presentano maggiori deficit cognitivi e comportamenti non diretti allo scopo. Entrambi i gruppi ricevono valutazioni negative da parte dei compagni ma solo i bambini aggressivi sono valutati sia popolari che rifiutati, suggerendo che essi abbiano le abilità sociali indispensabili per instaurare delle relazioni interpersonali, ma non vogliono utilizzarle.

Deficit cognitivi e difficoltà scolastiche

I bambini con DDAI hanno prestazioni scolastiche inferiori ai loro coetanei, pur avendo le stesse abilità intellettive. La spiegazione di questo fenomeno è da ricercare nelle difficoltà attentive e di autoregolazione cognitiva, nella maggior quantità di risposte impulsive e nel comportamento iperattivo all'interno della classe. La percentuale di bambini con DDAI che hanno ripetuto almeno una classe è tre volte superiore a quella del resto della popolazione scolastica.

Sono stati condotti numerosi studi per analizzare la sovrapposizione tra il DDAI e altri disturbi di apprendimento (lettura, scrittura e matematica).

Se teniamo conto che complessivamente i disturbi di apprendimento si presentano in circa il 3% della popolazione scolare è facile calcolare che i bambini con DDAI sono da 7 a 9 volte maggiormente a rischio di manifestare anche un disturbo di apprendimento.

Problematiche sociali

I problemi di autocontrollo comportamentale naturalmente si ripercuotono anche sulle relazioni interpersonali. Non sorprende che i bambini con DDAI vengano più spesso rifiutati e siano i meno popolari tra i compagni. Gli insegnanti li valutano negativamente non solo dal punto di vista del profitto, ma soprattutto sotto l'aspetto comportamentale e del rispetto delle regole sociali. La qualità delle loro interazioni non è certo adeguata, sia in contesti strutturati che nel gioco, in quanto si osserva un'alta frequenza di comportamenti negativi sia verbali che non verbali, minore interazione con i compagni, bassi livelli di espressione affettiva e maggior ritiro sociale seguito da aggressività.

Bisogna precisare che molto spesso i bambini con DDAI senza aggressività non esibiscono intenzionalmente questi comportamenti disturbanti, e sono sinceramente sorpresi degli esiti negativi che scaturiscono dalle loro azioni maldestre. Sicuramente la presenza di aggressività frequentemente associata al disturbo, è in parte responsabile di una maggiore gravità dei disturbi comportamentali.

I bambini iperattivi vengono descritti dai loro compagni come non cooperativi in situazioni di gruppo, intrusivi e in alcuni casi aggressivi e provocatori, e rischiano di non beneficiare delle opportunità di socializzazione con i compagni. Quando il loro ruolo è più passivo e non ben definito, i bambini iperattivi diventano maggiormente contestatori e incapaci di comunicare proficuamente con i loro coetanei.

Aspetti evolutivi del DDAI

L'età media di insorgenza del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività è compresa tra i 3 e i 4 anni. Esistono comunque numerosi casi che presentano la sintomatologia del DDAI verso i 6-7 anni, limite d'età stabilito rispettivamente dall'ICD- 10 e dal DSM-IV per poter porre diagnosi di DDAI.

Per quanto riguarda l'evoluzione del Disturbo è necessario anticipare che esso si manifesta secondo tempi e modalità differenti a seconda di una serie di variabili che mediano le manifestazioni sintomatologiche. Tra queste ricordiamo: la qualità delle relazioni con e tra i familiari, l'accettazione del bambino nel contesto scolastico, il profilo cognitivo generale (e intellettuale in particolare), e la presenza di altri disturbi che, eventualmente, possono complicare il quadro patologico. Le modificazioni evolutive del disturbo sono meglio comprensibili se teniamo presente che le difficoltà sono maggiormente evidenti quando il bambino non riesce a soddisfare le richieste dell'ambiente. Pertanto, in coincidenza di "scatti" di richieste ambientali legati allo sviluppo, le problematiche diventano più evidenti: ad esempio in coincidenza con l'ingresso nella scuola elementare, l'aumento delle complessità dei compiti, le nuove richieste sociali durante la pre-adolescenza e adolescenza.

Possiamo suddividere l'evoluzione del DDAI in cinque fasi: prima della nascita (si valutano i fattori di rischio di insorgenza del disturbo), i primi tre anni di vita, l'età della scuola materna, la scuola elementare, la preadolescenza e l'adolescenza.

Numerosi studi di genetica hanno dimostrato che alcune caratteristiche dei genitori sono predittive della presenza o meno del DDAI nel figlio. Ad esempio, alcuni studi hanno riscontrato che gruppi di genitori depressi con condotta antisociale o con problemi di alcoolismo è molto più probabile che abbiano un figlio con DDAI, rispetto ad altri. Altre ricerche hanno riscontrato che le complicazioni durante la gravidanza o il parto sono fattori di rischio per l'insorgenza di un DDAI. Queste comunque non sono le cause del disturbo, ma fattori che determinano un innalzamento della probabilità di avere un bambino con DDAI. La stessa presenza di problematiche attentive e/o comportamentali nei genitori rappresentano un importante fattore di rischio per l'insorgenza del DDAI. In questo caso, le probabilità di un genitore con DDAI di avere un figlio con lo stesso disturbo arrivano fino al 57%.

Barkley (1998) ha proposto un elenco di **fattori di rischio**, ordinati per livello d'importanza, associati alla genesi del DDAI:

1. presenza di disturbi psicologici nei familiari, in particolare il DDAI;
2. abuso di sigarette e alcool della madre durante la gravidanza, associato o meno ad altri problemi di salute della madre;
3. assenza di un genitore o educazione non adeguata;
4. problemi di salute o ritardi di sviluppo del bambino;
5. precoce insorgenza di elevati livelli di attività motoria;
6. atteggiamenti critici e/o direttivi della madre durante i primi anni del bambino.

Contrapposti ai fattori di rischio è stata costruita una lista di **fattori** che potremmo definire **protettivi** in quanto aiutano il ragazzo a limitare gli esiti negativi del DDAI, tra questi ricordiamo:

1. elevato livello educativo della madre;
2. buona salute del bambino poco dopo la nascita;
3. buone capacità cognitive del bambino (in particolare linguistiche);
4. stabilità familiare.

Spesso i genitori riferiscono che i bambini con DDAI siano difficili sin dalla nascita: molto irritabili, inclini ad un pianto inconsolabile, facilmente frustrabili, con difficoltà di sonno e alimentazione. Inoltre questi bambini sono meno sensibili alle ricompense e sono anche più difficili da educare, in quanto danno risposte imprevedibili alle tecniche educative solitamente utilizzate per il controllo comportamentale. Di conseguenza, l'impulsività e la bassa tolleranza alla frustrazione del bambino possono generare effetti negativi sull'interazione con la madre, innescando un circolo vizioso che porta ad un'accentuazione dei sintomi.

Durante gli anni della scuola elementare, il bambino con DDAI è molto attivo e, sebbene abbia un'intelligenza uguale a quella dei suoi coetanei, dimostra un comportamento poco maturo rispetto all'età cronologica. A seconda della situazione, il comportamento del bambino con DDAI appare più o meno problematico: nelle situazioni di gioco libero, in cui c'è ampia possibilità di movimento, egli non mostra particolari difficoltà, mentre in contesti in cui si richiede il rispetto di determinate regole il bambino viene etichettato come *"problematico e difficile da gestire"*. Il gioco del bambino con DDAI è più semplice, stereotipato, povero di significato, caratterizzato da semplici atti motori e continui cambi di interessi. Con l'ingresso nella scuola elementare le difficoltà aumentano proprio a causa della presenza di una serie di regole che devono essere rispettate e di compiti che devono essere eseguiti. Gli insegnanti continuano a

descrivere questi alunni come immaturi rispetto ai loro coetanei, soprattutto dal punto di vista comportamentale. Sia i genitori che gli insegnanti rimangono un po' sconcertati dall'enorme variabilità delle loro prestazioni attentive: in classe non riescono a seguire la lezione per soli cinque minuti, mentre completano con successo un videogame che dura anche mezz'ora. Anche i problemi interpersonali, spesso già presenti durante l'età prescolare, persistono e tendono ad aumentare di gravità; questo probabilmente perché le interazioni positive con i compagni richiedono, con il progredire dell'età, sempre maggiori abilità sociali, di comunicazione e di autocontrollo.

Con la crescita, l'iperattività tende a diminuire in termini di frequenza e intensità e può venire parzialmente sostituita da "*un'agitazione interiorizzata*" che si manifesta soprattutto con insofferenza, impazienza e continui cambi di attività o movimenti del corpo. Inoltre, con lo sviluppo si possono generare dei tratti comportamentali che ostacolano ulteriormente il buon inserimento del bambino nel suo ambiente sociale, come ad esempio: l'ostinazione, la scarsa obbedienza alle regole, la prepotenza, la maggior labilità dell'umore, la scarsa tolleranza alla frustrazione, gli scatti d'ira e la ridotta autostima.

Durante la preadolescenza il comportamento incontrollato e la disattenzione non consentono una facile acquisizione delle abilità sociali, indispensabili per un buon fair-play: i ragazzi con DDAI infatti dimostrano scarsa capacità di mantenere amicizie e risolvere i conflitti interpersonali.

Durante l'adolescenza, si osserva mediamente una lieve attenuazione della sintomatologia, ma ciò non significa che il problema sia risolto, in quanto spesso si riscontrano anche altri disturbi mentali, come ad esempio depressione, condotta antisociale o ansia. In una ricerca di follow-up condotta da Lambert (1989), si è osservato che tra i ragazzi diagnosticati con DDAI durante gli anni della scuola elementare, il 70% e l'80% di essi presentano ancora i sintomi del disturbo.

In questa età, i problemi di identità, di accettazione nel gruppo e di sviluppo fisico, sono problematiche che non sempre riescono ad essere efficacemente affrontate da un ragazzo con DDAI. Gli inevitabili insuccessi possono determinare problemi di autostima, scarsa fiducia in se stessi, o addirittura ansia o depressione clinicamente significative (Barkley, Fisher, et al., 1990).

Quindi, oltre al fatto che il DDAI sia di natura prevalentemente cronica, bisogna sottolineare che la concomitante presenza di un Disturbo Oppositivo/Provocatorio o di un Disturbo della Condotta determina una prognosi più infausta, in quanto il ragazzo può manifestare gravi condotte antisociali (Disturbo di Personalità Antisociale) e problemi con la giustizia. Questi risultati sono in linea con quelli di una recente ricerca di follow-up, durante la quale, per 10 anni, sono stati analizzati i comportamenti di un gruppo di bambini londinesi di 6-7 anni con iperattività: tale sintomatologia rappresenta un importante fattore di rischio di successive condotte antisociali, problematiche interpersonali e compresenza di altri disturbi psichiatrici.

Eziologia

Quali siano le ragioni dell'insorgenza del DDAI rimane una delle questioni più intricate e tuttora irrisolte di psichiatria, psicologia e genetica clinica dell'infanzia. Sin dal 1902, con la prima descrizione da parte di George Still, fu ipotizzata la presenza di un non ben precisato malfunzionamento del Sistema Nervoso Centrale, come causa scatenante del disturbo. Durante tutto il ventesimo secolo numerosi ricercatori hanno riscontrato interessanti somiglianze tra il comportamento dei bambini con DDAI e quello dei pazienti con lesioni alle regioni frontali (in particolare l'area prefrontale) della corteccia cerebrale: disinibizione, problemi di mantenimento dell'attenzione, difficoltà di pianificazione e di uso di strategie cognitive.

Ricercatori di varie discipline hanno messo a disposizione le loro conoscenze e le loro strumentazioni per trovare delle differenze significative tra bambini con e senza DDAI: alcuni di questi sono riusciti a dimostrare la plausibilità delle loro ipotesi, altri meno. In particolare, alcune ricerche che hanno utilizzato misurazioni elettrofisiologiche non sono riuscite a replicare regolarmente l'esistenza di uno specifico pattern di prestazioni tipico dei bambini con DDAI. Altri studi che hanno utilizzato tecniche di brain imaging, hanno dimostrato che i bambini con DDAI presentano inferiori livelli di attività cerebrale (misurati attraverso il consumo di glucosio o ossigeno). In linea con quanto appena affermato, altre ricerche di brain imaging hanno dimostrato che alcune aree cerebrali di bambini con DDAI hanno dimensioni ridotte rispetto a quelle dei controlli. Un altro filone di ricerca sulle cause del DDAI ha indagato la presenza di complicazioni durante la gravidanza o il parto. Complessivamente i bambini con DDAI hanno avuto maggiori problemi pre- o peri-natali rispetto ai controlli, ma questo non significa che la causa del DDAI sia da ritrovare in questo settore d'indagine, in quanto la maggioranza di essi non ha avuto alcun problema di tal genere.

La maggior parte delle ricerche scientifiche che indagano le cause del DDAI riguardano la genetica. Le ragioni di ciò derivano da una serie di interessanti risultati ottenuti su familiari di bambini con DDAI e dalla genetica molecolare. Infatti, il 57% dei genitori di un bambino con DDAI presenta a loro volta lo stesso disturbo, la percentuale scende al 32% se si tratta di fratelli non gemelli; percentuali che sono da 6 a 12 volte superiori rispetto all'incidenza del disturbo nella popolazione normale. Secondo un ampio studio di Goodman e Stevenson (1989), la percentuale di causalità del DDAI attribuibile a fattori genetici si aggira tra il 70% e il 91%, mentre il restante 10%-30% è attribuibile a fattori ambientali. Sembra pertanto plausibile ipotizzare che l'insorgenza del DDAI sia da attribuire, per la maggior parte, a fattori ereditari. D'altro canto, la gravità, l'evoluzione e la prognosi dei sintomi dipendono da fattori legati all'educazione e all'ambiente sociale in cui si trova inserito il bambino (Barkley, 1998). Accanto alla causalità genetica del DDAI, un secondo fattore che toglie ogni responsabilità ai genitori nell'insorgenza del DDAI è il fatto che la presenza di critiche, rimproveri e atteggiamenti negativi della madre verso il figlio si attenuano non appena il bambino con DDAI risponde positivamente al trattamento con farmaci stimolanti. In altre parole, non sono le critiche, i rimproveri e le incoerenze educative dei genitori a causare il DDAI (semmai questi rappresentano dei fattori che possono far persistere o aggravare il disturbo), ma sono i fattori neurobiologici controllati da specifici geni che determinano l'insorgenza del DDAI.

Ma come si può intervenire efficacemente su tale patologia?

Come riferisce Francesca Nuccini (2005), psicologa perfezionata in psicopatologia dell'apprendimento, i risultati di un importante studio condotto nel 1992 dall'Istituto Nazionale di Salute Mentale degli Stati Uniti col fine di individuare i percorsi terapeutici più adeguati per un bambino affetto da DDAI hanno evidenziato che ogni intervento terapeutico per i bambini con DDAI deve essere accuratamente personalizzato, preceduto da una accurata valutazione clinica e seguito da frequenti visite di controllo, almeno mensili. Inoltre la combinazione della terapia farmacologica con l'intervento psicologico offre alcuni vantaggi rispetto al trattamento esclusivamente farmacologico: migliora le relazioni con i coetanei, aumenta la soddisfazione dei genitori per il trattamento, permette di utilizzare minori dosi di farmaco. Nonostante le cure farmacologiche rivestano un ruolo innegabile e sostanziale nel trattamento dei sintomi comportamentali e cognitivi dell'DDAI, per raggiungere risultati che durino nel tempo e che sappiano rivolgersi ad aspetti più complessi come le funzioni psicosociali, sono necessarie modalità terapeutiche multiple che implicino l'associazione tra terapie farmacologiche e aiuto psicologico.

Appare opportuno precisare che non tutti i bambini affetti da DDAI hanno bisogno di un trattamento farmacologico: come evidenzia il Dott. Marzocchi (2003), *"dopo un'attenta valutazione medica, la decisione di usare farmaci si basa sulla severità dei sintomi, sul consenso dei genitori e del bambino, sulle risorse cognitive del bambino e sulle capacità di genitori ed insegnanti di gestire i problemi comportamentali, e sui risultati di precedenti terapie"*.

Per quanto concerne la terapia psicologica, questa si estende a vari ambiti: da interventi diretti al bambino a consulenze rivolte agli insegnanti e ai genitori. Diverse sono le tipologie d'intervento psicologico che si possono attuare con un bambino che presenta DDAI: esistono interventi definiti *"comportamentali"*, che si focalizzano principalmente sulle conseguenze dei comportamenti del bambino, e cercano, attraverso gratificazioni e punizioni, di ridurre i suoi sintomi e i suoi atteggiamenti negativi. Altri interventi, definiti *cognitivo-comportamentali*, hanno come scopo quello di insegnare al bambino adeguate strategie cognitive (capacità di risoluzione dei problemi o di autoregolazione) e di incrementare le abilità carenti.

Con i genitori di questi bambini vengono utilizzati programmi di *"Parent Training"*, ossia percorsi di formazione il cui obiettivo è quello di fornire informazioni specifiche sul disturbo e suggerire tecniche educative per la gestione del comportamento problematico.

L'intervento psicologico con gli insegnanti (parte essenziale di un efficace percorso terapeutico di bambini con DDAI) ha diversi obiettivi: dopo aver informato gli insegnanti sulle caratteristiche specifiche del disturbo, questi vengono aiutati ad assumere un atteggiamento più costruttivo nel rapporto con il bambino. Inoltre viene loro spiegato come lavorare in classe per migliorare la relazione del bambino con i compagni e vengono suggerite particolari strategie didattiche per facilitare l'apprendimento dell'alunno.

"Obiettivo di ogni intervento terapeutico -sostiene Marzocchi (2003)- non deve essere quello di far scomparire completamente i sintomi, ma di sviluppare un adeguato benessere che dipende anche dalle relazioni con i genitori e con gli insegnanti".

Alla luce di queste considerazioni possiamo affermare dunque come il trattamento più efficace per un bambino a cui viene diagnosticato un disturbo da deficit di attenzione e iperattività sia un trattamento di tipo multidisciplinare che agisce su tutti gli aspetti del problema e include tutte le persone coinvolte nella vita del bambino.

Il lavoro dello specialista con la scuola

Il coinvolgimento degli insegnanti fa parte integrante ed essenziale di un percorso terapeutico – oltre che diagnostico – per il trattamento del bambino con DDAI. La procedura di consulenza sistematica prevede incontri regolari durante tutto l'anno scolastico, con una frequenza quindicinale per i primi tre mesi e mensile nel periodo successivo. A questi incontri sarebbe auspicabile partecipasse l'intero team di insegnanti, per quanto riguarda le scuole elementari e i docenti col maggior numero di ore settimanali, nel caso delle scuole medie inferiori.

I principali obiettivi della consulenza agli insegnanti che hanno nella loro classe bambini iperattivi sono:

- informare sulle caratteristiche del DDAI e sul trattamento che viene proposto;
- fornire appositi strumenti di valutazione (questionari e schede di osservazione) per cooperare alla diagnosi;
- mettere il docente nella condizione di potenziare le proprie risorse emotive e migliorare la relazione con l'alunno;
- spiegare come utilizzare specifiche procedure di modificazione del comportamento all'interno della classe;
- informare su come strutturare l'ambiente classe in base ai bisogni e alle caratteristiche dell'alunno con DDAI;
- suggerire particolari strategie didattiche, per facilitare l'apprendimento dell'alunno con DDAI;
- spiegare come lavorare, all'interno della classe, per migliorare la relazione tra il bambino con DDAI e i compagni.

Questi sono i contenuti della consulenza sistematica; è necessario però tenere presente una serie di precauzioni che sembrano scontate ma che in realtà definiscono le basi per una collaborazione proficua. Anzitutto è necessario esplicitare le interpretazioni degli insegnanti sul comportamento del bambino; il consulente deve conoscere concretamente le condizioni della classe per poter pensare insieme delle modalità di gestione fattibili; inoltre è necessario conoscere bene il bambino per adattare ogni proposta operativa rispetto ai suoi punti di forza e di debolezza.

Da un punto di vista metacognitivo, prima di pensare a cosa fare di diverso per favorire l'attenzione dei bambini che faticano a controllarla, è necessario riflettere su cosa fanno già gli insegnanti per gestire l'attenzione dei propri alunni. Alcune domande-guida per la riflessione potrebbero essere utili, ad esempio: *che strategie metto in atto per suscitare interesse verso la materia? e per evitare una frequente disattenzione? cosa faccio per semplificare un argomento complesso? una volta formulata la domanda come sollecito la risposta? come faccio a capire i livelli di attenzione degli alunni? come ripristino l'attenzione degli alunni nel caso in cui sia diminuita?*

Il consulente deve osservare come le strategie vengono applicate, verificare quali rinforzi sono veramente utili e gratificanti per ciascun ragazzo, evitando di promettere gratificazioni eccessive o troppo ridotte senza tener conto degli sforzi effettivi che deve fare il bambino per raggiungere un obiettivo.

L'alunno disattento e iperattivo a scuola

Mario Di Pietro (ASL di Monselice PD) - www.aidaiassociazione.com

Fino a non molto tempo nel nostro Paese fa il DDAI non era ben capito; si notava che c'era qualcosa che non andava nel bambino ma non si sapeva ben identificare il problema e spesso la denominazione che veniva data a questi bambini era ambigua e a volte stigmatizzante. Si parlava ad esempio di "alunni caratteriali", ma questo termine non diceva niente in merito al disturbo: "alunni caratteriali" non esistono, esistono "alunni con disturbi comportamentali".

Non esiste in effetti una cura per il disturbo di attenzione ed iperattività ma esistono tecniche comportamentali che possono essere di grande beneficio per il bambino e migliorare notevolmente la situazione in famiglia e a scuola. Purtroppo queste strategie nel nostro paese non sono ancora molto diffuse e spesso gli insegnanti si trovano spesso disorientati perché quando si rivolgono ai servizi territoriali non ricevono risposte adeguate.

Se l'insegnante, oltre al bambino con queste caratteristiche, ha nella classe altri bambini con altre problematiche, tipo un disturbo oppositivo provocatorio (DOP), senz'altro si crea una situazione di forte contrasto all'interno della classe e l'insegnante vivrà una condizione di accentuato stress. Il tutto inizia spesso con una mancanza di comprensione del problema: l'insegnante è disorientato, non sa come muoversi, non capisce bene come mai il bambino persista in certi comportamenti e non reagisca ad opportune strategie che intuitivamente gli insegnanti cercano di applicare e questo porta ad un senso di colpa e di inadeguatezza dell'insegnante. Questo a sua volta determina un ipercoinvolgimento dell'insegnante che col tempo può facilitare una perdita di controllo; nonostante l'insegnante ce la metta tutta, alla fine non resiste, perde le proprie capacità di autocontrollo e reagisce in modo inadeguato a causa dell'eccessiva tensione.

Tutto ciò può determinare in alcuni casi un crollo emozionale, che in termini tecnici si chiama *burn out* e questo allontana ancora di più dalla comprensione del problema e l'insegnante si trova in una spirale da cui risulta difficile uscire. Quindi la prima cosa da fare è cercare di documentarsi sul problema e cercare di apprendere le strategie più efficaci di intervento.

Caratteristiche dell'insegnante

Ci sono alcune caratteristiche dell'insegnante che influenzano la sua capacità di gestire efficacemente la classe. La prima, che sembra scontata, è la motivazione all'insegnamento ovvero quanto uno ama il proprio lavoro: un insegnante che ama il suo lavoro riuscirà a lavorare meglio anche con bambini problematici. Un'altra caratteristica, legata a quanto detto prima sullo stress è avere una buona tolleranza verso lo stress: alcuni studi hanno evidenziato come la professione di insegnante è fra le cinque a più alto rischio di stress e il livello di stress è inversamente proporzionale all'ordine di scuola in cui si insegna: il più alto rischio di stress sono gli insegnanti di scuola materna mentre quelli meno stressati di tutti sono quelli delle superiori.

Un punto molto importante è avere una buona formazione psico-pedagogica, ovvero strategie comportamentali per lavorare con gli alunni. Un'altra caratteristica dell'insegnante che influenza sulla gestione della classe è il tono dell'umore; la maggior parte degli insegnanti è di sesso femminile e proprio in questa categoria si colloca la maggior parte dei problemi dell'umore. Il che vuol dire che le donne sono sia a maggior rischio di stress che di disturbi dell'umore, quali depressione. Le insegnanti che arrivano in classe con un umore triste, un atteggiamento un po' passivo, poco dinamico, senz'altro avrà maggiori problemi a motivare o coinvolgere positivamente i propri alunni. Sono anche importanti però le convinzioni personali degli insegnanti. Una volta c'erano molti pregiudizi su strategie comportamentali nelle classi, venivano avvertiti come manipolatori, nella scuola si faceva molta ideologia e si aveva molto senso pratico. Ovviamente convinzioni rigide degli insegnanti possono portare a essere poco ricettivi/e nei confronti di queste strategie.

Obiettivi da perseguire in ambito scolastico

- Autocontrollo comportamentale: l'irruenza dei bambini iperattivi spesso li mette in conflitto con i compagni).
- Incremento di comportamenti funzionali
- Incremento dell'attenzione
- Autocontrollo della collera: alcuni dei bambini che hanno compresenza di DOP sono più collerici e quindi più litigiosi.
- Miglioramento delle relazioni con i coetanei: data l'irruenza di questi bambini spesso finiscono ad alienarsi la simpatia dei loro compagni i quali tendono alla fine a stancarsi di loro e ad evitarli. Diventa quindi importante far acquisire al bambino iperattivo la capacità di relazionarsi in modo più costruttivo con i coetanei.
- Potenziamento dell'apprendimento: nonostante generalmente tali bambini non abbiano disabilità di apprendimento, hanno difficoltà ad apprendere, dovuto alla scarsa attenzione e all'iperattività
- Incremento autostima: si tratta di bambini, che a forza di accumulare insuccessi e frustrazioni, spesso hanno un calo nel concetto che hanno di sé che li porta a costruirsi un'immagine negativa di sé e quindi li spinge ad avere una bassa autostima

Pianificazione dell'intervento in ambito scolastico

Parliamo qui di intervento congiunto tra ambito scolastico ed ambito psicologico. Bisogna innanzitutto considerare quali sono i comportamenti e quali sono le emozioni che hanno la priorità.

- Sono bambini che si annoiano facilmente, che si arrabbiano facilmente, che hanno una bassa tolleranza alla frustrazione.
- Bisogna poi esaminare i meccanismi cognitivi collegati al problema
- Valutare la motivazione del bambino o dell'adolescente
- Considerare le aspettative del genitore e la sua capacità di collaborare: la collaborazione o la mancanza di collaborazione possono essere fattori facilitanti o di ostacolo.
- Considerare le risorse personali del bambino: spesso ci soffermiamo solo sui deficit e non consideriamo le loro risorse personali; spesso infatti sono bambini molto creativi.
- Scegliere le tecniche che più si adattano allo stadio evolutivo del bambino
- Individuare strategie per prevenire l'abbandono e le ricadute

Caratteristiche del metodo cognitivo-comportamentale

- Osservazione diretta e precisa dei comportamenti dell'alunno. Dobbiamo cercare di quantificare il problema e determinare con che frequenza questi comportamenti si manifestano.
- Descrizione operativa dei comportamenti problema, ovvero in modo concreto, che siano direttamente osservabili ed evitando il più possibile l'ambiguità .
- Programmazione dettagliata dell'intervento (ad esempio nelle ore di programmazione che hanno a disposizione gli insegnanti per programmare la didattica).
- Utilizzo di procedure derivate dai principi del condizionamento, dell'apprendimento sociale e dell'apprendimento cognitivo.
- Coinvolgimento delle persone significative del contesto relazionale (scuola, insegnanti, compagni e famiglia).
- Verifica sistematica dei risultati: periodicamente si osserva il bambino per determinare se la situazione si è evoluta dalla prima osservazione oppure no.

L'atteggiamento del clinico cognitivo-comportamentale (Kanfer & Schefft)

- Pensa al comportamento (*piuttosto che concentrarsi sui problemi*)
- Pensa alle soluzioni (*piuttosto che alle cause*)
- Pensa agli aspetti positivi (*piuttosto che considerare solo i deficit*)
- Pensa ai piccoli passi (*piuttosto che a obiettivi troppo lontani*)
- Pensa in modo flessibile (*piuttosto che continuare a fare la stessa cosa*)
- Pensa al futuro (*piuttosto che al passato*)

Strategie di gestione dei comportamenti problema

L'esperienza tende ad insegnarci questa sequenza:

TENDENZA NATURALE DEGLI INSEGNANTI

1. Rimproverare
2. Ignorare
3. Punire
4. Incoraggiare
5. Premiare

Le ricerche suggeriscono che questa sequenza sia migliore:

ORDINE PREFERIBILE

1. Incoraggiare
2. Premiare
3. Ignorare
4. Rimproverare
5. Punire

Variabili che influenzano le reazioni del bambino

- Rinforzi a cui è sensibile
- Modelli a cui è esposto
- Pensieri su se stesso e le sue capacità
- Aspettative e considerazioni sul problema presentato

Influenza dei meccanismi cognitivi

Sono meccanismi che possono mediare le reazioni del bambino sul piano emozionale e comportamentale. L'oppositività e l'impulsività spesso sono determinati da carenza nel bambino di cognizioni funzionali: ciò significa che tali bambini non sono in grado di parlare a se stessi in modo da dirigere il loro comportamento verso forme più costruttive: non si fermano a riflettere ma reagiscono immediatamente. In altri casi le reazioni emotive al comportamento del bambino sono invece mediate dalla presenza di cognizioni disfunzionali, cioè lo stile esplicativo, il modo in cui il bambino dà significato alla sua realtà. Spesso l'aggressività è così difficile da trattare e così persistente perché è alimentata sia da cognizioni disfunzionali che da carenze di cognizioni funzionali. La bassa autostima e l'ansia sono spesso alimentati da una visione negativa di sé e quindi da cognizioni disfunzionali.

Progetto di Modificazione del Comportamento

Dopo la scelta dell'area su cui si vuole intervenire dobbiamo sviluppare un PROGETTO usando il seguente processo che si articola in sei fasi:

- Definizione dell'obiettivo
- Misurazione di base di alcuni comportamenti con appositi strumenti
- Analisi dei dati
- Scelta della strategia
- Realizzazione della strategia
- Verifica periodica della situazione del bambino (per vedere se ci sono stati dei cambiamenti)

Procedure di modificazione del comportamento in ambito scolastico:

- Monitoraggio
- Rinforzo differenziale
- Incoraggiamento positivo
- Rimprovero da un minuto
- Conseguenze logiche
- Costo della risposta
- Time out
- Comunicazioni scuola-famiglia
- Sistema a punti
- Contratto comportamentale

Tipologia dei rinforzi

I rinforzi più a portata di mano sono quelli dinamici che consentono di concedere al bambino di poter fare qualcosa di piacevole, o simbolico che consiste nel dare al bambino dei punti premio o bollini premio.

Siccome una caratteristica del rinforzo è che è efficace se è immediato, il rinforzo simbolico ci permette di intervenire con efficacia: si dà al bambino qualche cosa che simboleggia il rinforzo e che poi potrà essere convertito in qualche effettivo rinforzo. Un'ampia categoria di rinforzi è quella dei rinforzi socio-affettivi, come l'incoraggiamento positivo o il dare semplicemente attenzione al bambino. Un'adeguata strategia di modificazione del comportamento porterà il bambino ad autorinforzarsi e non ricevere più i rinforzi unicamente da altri. Inoltre i rinforzi più efficaci sono quelli intermittenti, una tantum, non quelli somministrati di continuo.

Alcuni errori educativi da evitare

- Dare eccessiva attenzione ai comportamenti indesiderabili e trascurare di valorizzare i comportamenti desiderabili.
- Continuare a ripetere al bambino cosa non deve fare trascurando di specificare cosa si vorrebbe che facesse.
- Perdere il controllo mentre si rimprovera il bambino perché non riesce a controllarsi.
- Punire in modo incoerente o in ritardo il comportamento negativo.

Principali ostacoli

- Scarsa collaborazione della famiglia
- Ambiente scolastico sfavorevole
- Mancanza di collaborazione tra scuola e famiglia

Successo dell'intervento

- Comprensione e accettazione del bambino: accettare il bambino come persona, che ha delle difficoltà.
- Non va considerato un "bambino disturbato".
- Persistenza nell'utilizzo delle procedure: anche la strategia più semplice richiede un minimo di tre settimane di utilizzo costante perché dia un risultato.
- Clima emotivo positivo.
- Variazione dei tempi di interruzione dell'attività didattica.

INDICAZIONI PER LA SCUOLA IL COINVOLGIMENTO DELLA SCUOLA NELLA GESTIONE DEGLI ALUNNI "DIFFICILI"

STRATEGIE DI COMPORTAMENTO PER GLI INSEGNANTI

Il terreno preferito dal bambino disattento e iperattivo per "fare mostra" di tutte le sue difficoltà è sicuramente la scuola. Quando si tratta di gestione del comportamento del bambino è importante che le insegnanti e lo psicopedagogo abbiano la consapevolezza che esistono degli accorgimenti in grado di ridurre la gravità delle manifestazioni del DDAI. Per riuscire ad essere pragmatici senza essere semplicisti abbiamo individuato una serie di accorgimenti rivolti in modo specifico agli insegnanti, in un'ottica di comprensione delle difficoltà dell'alunno.

Prima di iniziare a lavorare...

1. Quando vengono spiegate le lezioni o vengono date delle istruzioni per eseguire dei compiti è importante che l'insegnante si accerti del livello di attenzione del bambino: spesso i bambini iperattivi sono fisicamente e mentalmente occupati a fare qualcos'altro (roteare penne, guardare o chiamare i compagni). In generale il contatto oculare è la tecnica più efficace per controllare l'attenzione del bambino.
2. Le consegne devono contenere delle istruzioni semplici e brevi. È fondamentale assicurarsi che il ragazzo abbia compreso le istruzioni di un compito; per essere sicuri di ciò si possono fare le consegne ("cosa devi fare?").
3. Una volta dato un testo di un problema di aritmetica o un testo che contenga delle istruzioni è opportuno aiutare il ragazzo disattento/iperattivo ad individuare (sottolineandole con diversi colori) le parti importanti del testo.

Anche l'organizzazione della classe può aiutare...

A prescindere dal fatto che la migliore collocazione è a discrezione dell'insegnante ...

1. È opportuno controllare le fonti di distrazione all'interno della classe: non è indicato far sedere il ragazzo vicino alla finestra, al cestino, ad altri compagni rumorosi o ad altri oggetti molto interessanti. Non è ugualmente produttivo collocare l'allievo in una zona completamente priva di stimolazioni in quanto egli diventa più iperattivo perché va alla ricerca di situazioni nuove e interessanti.
2. Disporre i banchi in modo che l'insegnante possa passare frequentemente in mezzo ad essi, in modo da controllare che i più distratti abbiano capito il compito, stiano seguendo la lezione e stiano eseguendo il lavoro assegnato.

Alcuni suggerimenti per la gestione delle lezioni...

1. Accorciare i tempi di lavoro. Fare brevi e frequenti pause soprattutto durante i compiti ripetitivi e noiosi.
2. Rendere le lezioni stimolanti e ricche di novità: i bambini con DDAI hanno peggiori prestazioni quando i compiti sono noiosi e ripetitivi (ad esempio un brano di un libro viene compreso meglio se contiene delle figure). Anche il ritmo della voce dell'insegnante quando spiega può incidere sulla capacità attentiva degli studenti).
 - Interagire frequentemente, verbalmente e fisicamente, con gli studenti.
 - Fare in modo che gli allievi debbano rispondere frequentemente durante la lezione.
 - Utilizzare il nome degli studenti distratti per la spiegazione.
 - Costruire situazioni di gioco per favorire la comprensione delle spiegazioni.
 - Utilizzare il gioco di ruoli per spiegare concetti storici, sociali in cui siano coinvolti vari personaggi.
 - Abituare il ragazzo impulsivo a controllare il proprio lavoro svolto.

Anche l'ordine può aiutare...

1. È importante stabilire delle attività programmate e routinarie in modo che il ragazzo impari a prevedere quali comportamenti deve produrre in determinati momenti della giornata.
2. È importante definire con chiarezza i tempi necessari per svolgere le attività giornaliere, rispettando i tempi dello studente (questo lo aiuta anche ad orientarsi meglio nel tempo).
3. Aiutare l'allievo iperattivo a gestire meglio il proprio materiale: l'insegnante dovrebbe dimostrare che dà importanza all'organizzazione lasciando 5' al giorno per ordinare il proprio materiale.
 - proporsi come modello per mantenere in ordine il proprio materiale e mostrare alcune strategie per fare fronte alle situazioni di disorganizzazione.
 - aiutare il ragazzo ad applicare (o inventare) delle strategie per tenere in ordine il proprio materiale.
 - premiare il banco meglio organizzato del giorno.
4. Utilizzare il diario per la comunicazione giornaliera con la famiglia (non per scrivere note negative sul comportamento).

E per gestire il comportamento cosa si può fare...

1. Innanzitutto è opportuno definire e mantenere chiare e semplici regole all'interno della classe (è importante ottenere un consenso unanime su queste regole).
2. Rivedere e correggere le regole della classe, quando se ne ravvede la necessità.
3. Spesso, è necessario spiegare chiaramente agli alunni disattenti/iperattivi quali sono i comportamenti adeguati e quali sono quelli inappropriati.
4. È molto importante fare capire agli allievi impulsivi quali sono le conseguenze dei loro comportamenti positivi e quali sono quelle che derivano da quelli negativi.
5. È più utile rinforzare e premiare i comportamenti positivi (stabiliti precedentemente), piuttosto che punire quelli negativi.
6. Fare esercizi di perdono e sottolineare i comportamenti adeguati del ragazzo attraverso ampie ed evidenti gratificazioni.
7. Avere la possibilità di cambiare i rinforzi quando questi perdono di efficacia.
8. Si raccomanda di non punire il ragazzo togliendo l'intervallo, perchè il ragazzo iperattivo necessita di scaricare la tensione e di socializzare con i compagni.
9. Le punizioni severe, note scritte o sospensioni, non modificano il comportamento del bambino.
10. È importante stabilire giornalmente o settimanalmente semplici obiettivi da raggiungere.
11. È utile informare frequentemente il ragazzo su come sta lavorando e come si sta comportando soprattutto rispetto agli obiettivi da raggiungere.

Non dimentichiamo che è opportuno...

1. Non creare situazioni di competizione durante lo svolgimento dei compiti con altri compagni.
2. Non focalizzarsi sul tempo di esecuzione dei compiti, ma sulla qualità del lavoro svolto (anche se questo può risultare inferiore a quello dei compagni).
3. Utilizzare i punti forti ed eludere il più possibile i lati deboli del ragazzo, ad esempio se dimostra difficoltà fine-motorie, ma ha buone abilità linguistiche può essere utile favorire l'espressione orale, quando è possibile sostituirla a quella scritta. Bisogna enfatizzare i lati positivi del comportamento (la creatività, l'affettuosità, l'estroversione....).

CARTA DEL BAMBINO IPERATTIVO

"SCUOLA PROTETTA" SUGGERISCE... LA CARTA DEL BAMBINO IPERATTIVO

(24 regole di comportamento per per chi si relaziona ad un bambino iperattivo 24 ore al giorno)

www.scuolaprotetta.it / info@giulemanidaibambini.org - C.P. 589, 10121 - Torino

La lista che segue è frutto dell'armonizzazione a cura del nostro staff di due noti riferimenti per specialisti, "La sindrome di Pierino: il controllo dell'iperattività", del dott. Daniele Fedeli, docente di Psicopatologia Clinica dell'Università di Udine, e "How to operate an ADHD clinic or subspecialty practice", di : M. Gordon - GSI Publications. Si tratta di alcune facili regole pratiche per la gestione in classe ed a casa di bimbi irrequieti e disattenti ...

- 1) AIUTAMI A FOCALIZZARE L'ATTENZIONE SU DI TE** - Considera il mio "modo" di entrare in contatto con l'ambiente: ho bisogno di movimento, gesti e mani alzate!
- 2) PERCHE' TUTTE QUESTE REGOLE?** - Le regole vanno commisurate alle mie possibilità: poche regole e molto chiare
- 3) MI SPIEGHI COSA DEVO FARE?** - Mi devi descrivere - di volta in volta e con molta linearità - il comportamento od il risultato che ti aspetti da me
- 4) SEI TROPPO COMPLICATO** - I messaggi vanno formulati in maniera molto diretta, senza "giri di parole"... senno' mi confondo!
- 5) PERCHE QUANDO MI PARLI NON TI FAI SENTIRE?** - Devi mostrarmi come un compito va eseguito, dandomi delle istruzioni con voce chiara. Per me è utile ripetere le Tue istruzioni, esprimendole ad alta voce, finché non avrò interiorizzato la sequenza.
- 6) MI DICI TROPPE COSE TUTTE ASSIEME** - I messaggi vanno trasmessi uno per volta, altrimenti io li "cumulo" e poi me li dimentico! Se tu "segmenti" i comportamenti in una sequenza operativa ("...ora prendo il libro, cerco la pagina, la leggo tutta senza interruzioni..."), per me è tutto più facile. Se poi i compiti sono troppo lunghi o complessi... spezzetali in parti più piccole! Così mantengo la capacità d'attenzione ed il controllo sull'obiettivo da raggiungere.
- 7) NON L'HO DIMENTICATO... È SOLO CHE NON L'HO SENTITO LA PRIMA VOLTA!** - Dammi le indicazioni un passo alla volta e chiedimi che cosa penso che tu abbia detto, e se non capisco subito... ripetimelo usando parole diverse!
- 8) SONO NEI GUAI, NON RIESCO A FARLO** - Offrimi delle alternative alla soluzione dei problemi: aiutami ad usare una strada secondaria se la principale è bloccata.
- 9) HO QUASI FINITO ADESSO?** - Dammi dei periodi di lavoro brevi, con obiettivi a breve termine
- 10) HO BISOGNO DI SAPERE COSA VIENE DOPO** - Dammi un ambiente in cui ci sia una routine costante, ed avvertimi se ci saranno dei cambiamenti.
- 11) SE NON TI DO RETTA...E' PERCHE' MI ANNOIO!** - Io mi stanco facilmente, mi annoio, e peggioro nettamente in situazioni poco motivanti. Stabilire una "routine", gestendo senza sorprese le varie fasi della giornata non deve significare "appiattire i contenuti" della giornata stessa!
- 12) MI REGALI UN PAUSA?** - In effetti, nessuno meglio di me sa come mi sento io. Quindi, se in extremis ti chiedo un momento di pausa per guardarmi attorno e mettermi in comunicazione con l'ambiente che mi circonda, stabiliamolo assieme, ma non me lo negare...
- 13) SE HO FATTO BENE DIMMELO SUBITO** - Dammi un feedback "nutriente" ed immediato su quello che sto facendo e ricordami (e ricordati!) delle mie qualità, specialmente nelle giornate negative!

- 14) È SEMPRE TUTTO SBAGLIATO?** - Premiami anche solo per un successo parziale, non solo per la perfezione.
- 15) NON MI PUNIRE DURAMENTE SE FACCIO QUALCOSA CHE NON VA BENE PER TE...**
Quando disturbo o mi oppongo, le punizioni dure servono a poco: così avviamo un'escalation senza fine!
- 16) ...E SE FACCIO BENE DAMMI UN PREMIO!** - Se mi gratifichi o mi fai pagare un simbolico "prezzo" per i miei comportamenti, mi incentivi ad autocorreggermi! (gli adulti lo chiamano "autocontrollo cognitivo")
- 17) DISORDINE CHIAMA DISORDINE** - Certo che se l'ambiente nel quale mi fai lavorare mi distrae di per se...possiamo eliminare tutte queste distrazioni? Per esempio, quando si fanno i compiti, fammi tenere sul tavolo solo ciò che è realmente indispensabile...
- 18) NON SAPEVO CHE NON ERO AL MIO POSTO** - Ricordami di "ascoltarmi", di ascoltare le mie emozioni, e ricordami di pensare prima di agire. Se imparo a "mettere del tempo" tra il pensiero e l'azione...farò meno disastri!
- 19) SE ASCOLTO, VERRÒ ASCOLTATO** - M'insegni anche a coltivare la capacità di ascoltare gli altri? Aiutami a capire che se non ascolto difficilmente verrò ascoltato quando ne avrò bisogno. Così imparerò a comprendere i sentimenti altrui, e quindi - di riflesso - i miei.
- 20) M'INSENGNI A FARMI VOLER BENE?** - Dimmi cosa è adeguato per Voi adulti, come posso chiedere qualche cosa senza essere aggressivo, come posso risolvere un conflitto, come posso conversare senza interrompere sempre l'interlocutore. Se facciamo delle "simulazioni" io e Te da soli, per me sarà tutto più facile quando mi capiterà veramente!
- 21) PREVENIRE E MEGLIO CHE REPRIMERE** - Prima di portarmi in ambienti in cui posso scatenarmi con comportamenti troppo agitati (come le feste di compleanno!), ricordami come mi dovrò comportare... ed intervieni subito quando capisci che sto per perdere il controllo di me.
- 22) OGNI AZIONE HA UNA REAZIONE** - Se mi fai comprendere bene che ogni mia azione avrà poi una reazione, da parte dell'ambiente e delle persone, mi aiuterai molto. Fammi esempi a me vicini e facilmente comprensibili, anche mediante il gioco degli opposti ("se maltratto il gatto, il gatto mi graffia", "se aiuto il cane, il cane mi vorrà bene" etc.)
- 23) MA IO NON VALGO NULLA?** - Spesso ho un basso senso di autostima e mi sento "un fallimento": mi puoi valorizzare nei miei aspetti positivi, sostenendomi ed incoraggiandomi? Fammi percepire la Tua fiducia in me, per favore...
- 24) IO "SONO COME MI COMPORTO"?** - Io non sono "sbagliato". E pericoloso e dannoso confondermi con i miei comportamenti, perché così divento "totale effetto" di essi e non posso più intervenire per modificarli/risolverli. Ciò che c'è di "sbagliato" non sono io, ma il modo in cui mi comporto: fammi comprendere che io posso sempre decidere di far qualcosa di concreto per impegnarmi a migliorare!