



Variabili neuropsicologiche, emotive e sociali nella diagnosi del Disturbo da Deficit di Attenzione - Iperattività

Anna M. Re

Università degli Studi di Padova

Materiale realizzato con il contributo di A.I.F.A. onlus e A.I.D.A.I.

CLICK!



Gli argomenti

- L'ADHD: sintomi, sottotipi e frequenza
- Eziologia e modelli neuropsicologici di riferimento
- L'evoluzione dell'ADHD
- I disturbi associati all'ADHD
- La diagnosi dell'ADHD
- Gli interventi terapeutici: il Parent training
- La compromissione funzionale: aspetti emotivi, sociali, motivazionali e metacognitivi

COS'E' IL DDAI (ADHD)

DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE / IPERATTIVITA' ?

Il DDAI è un disturbo evolutivo dell'autocontrollo di origine neurobiologica che interferisce con il normale svolgimento delle comuni attività quotidiane: andare a scuola, giocare con i coetanei, convivere serenamente con i genitori e, in generale, inserirsi normalmente nella società.

“Evidenze genetiche e neuro-radiologiche giustificano la definizione psicopatologica del disturbo quale disturbo neurobiologico della corteccia prefrontale e dei nuclei della base che si manifesta come alterazione dell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali.”

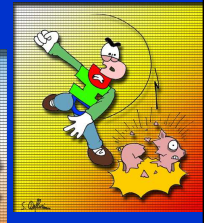
Sintomi nucleari dell'ADHD



Deficit di attenzione



Iperattività



Impulsività

Inattenzione

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



DSM IV (American Psychiatric Association)

Iperattività

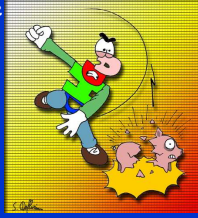
- Incapacità di stare fermi
- Attività motoria incongrua e afinalistica
- Gioco rumoroso e disorganizzato
- Eccessive verbalizzazioni
- Ridotte possibilità di inibizione motoria



DSM IV (American Psychiatric Association)

Impulsività

- Difficoltà di controllo comportamentale
- Incapacità di inibire le risposte automatiche
- Scarsa capacità di riflessione
- Difficoltà a rispettare il proprio turno
- Tendenza ad interrompere gli altri
- Incapacità di prevedere le conseguenze di una azione
- Mancato evitamento di situazioni pericolose



DSM-IV (American Psychiatric Association)

- Durata** i sintomi devono durare da almeno 6 mesi
- Età dell'esordio** alcuni sintomi devono essere comparsi prima dei 6-7 anni di età
- Pervasività** un deficit funzionale dovuto a tali sintomi deve essere presente in almeno due diversi contesti (es. scuola, lavoro, casa)

- Deficit funzionali** i sintomi devono causare una significativa compromissione (sociale, scolastica, lavorativa)
- Discrepanza** i sintomi sono più intensi rispetto a quanto atteso in bambini della stessa età o QI
- Esclusione** i sintomi non devono essere attribuibili esclusivamente ad altri disturbi mentali

Caratteristiche principali del DDAI

DISATTENZIONE

IMPULSIVITA'

IPERATTIVITA'

Sottotipo combinato
ADHD - C

Caratteristiche principali del DDAI

DISATTENZIONE

Sottotipo prevalentemente inattento
ADHD - I

Caratteristiche principali del DDAI

IMPULSIVITA'

IPERATTIVITA'

Sottotipo prevalentemente iperattivo - impulsivo
ADHD - H

I sintomi dell'ADHD possono non essere gli stessi per tutti

Prevalentemente Inattentivo:

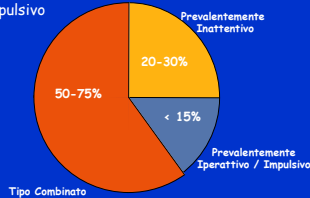
- Facilmente distraibile
- Ma non eccessivamente iperattivo / impulsivo

Prevalentemente Iperattivo / Impulsivo:

- Estremamente Iperattivo / Impulsivo
- Può non avere sintomi di inattenzione
- Frequentemente bambini piccoli

Sottotipo Combinato:

- Maggioranza dei pazienti
- Presenti tutte e tre i sintomi cardini (Inattenzione, Iperattività/Impulsività)



Barkley RA. Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Mash EJ, Barkley RA, eds. Child Psychopathology 1996:63-112.



La frequenza del Disturbo

QUANTI SONO I BAMBINI CON ADHD?

Prevalenza ADHD (criteri DSM-IV, APA)

Stime Nord americane e Nord Europee: 3 %

Disturbo Ipercinetico (ICD-10, WHO)

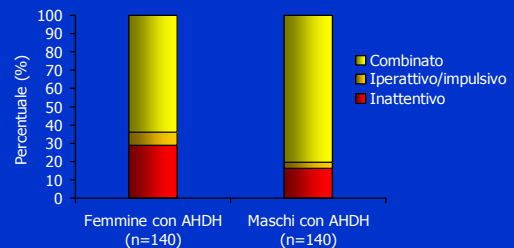
= tutte le tre aree compromesse

Incidenza: 1 - 2 % (Swanson, 1998)

Tre recenti ricerche italiane: stime tra il 3 e 5 % (Gallucci, 1997; Marzocchi 2000, De Meo, 2006)

CLASSIFICAZIONE ADHD

Sottotipi per sesso



Biederman et al 2002



Eziologia e Modelli neuropsicologici di riferimento



Qual è l'eziologia del DDAI?

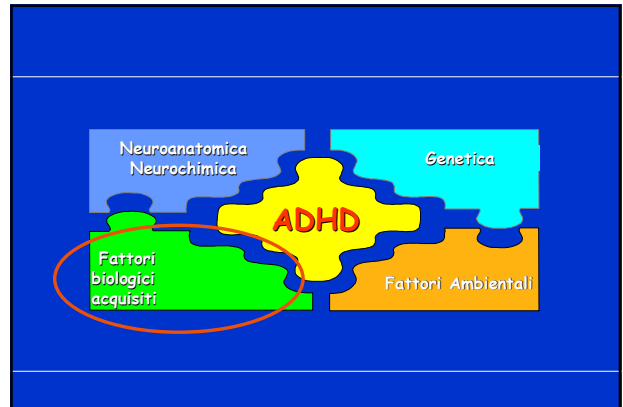
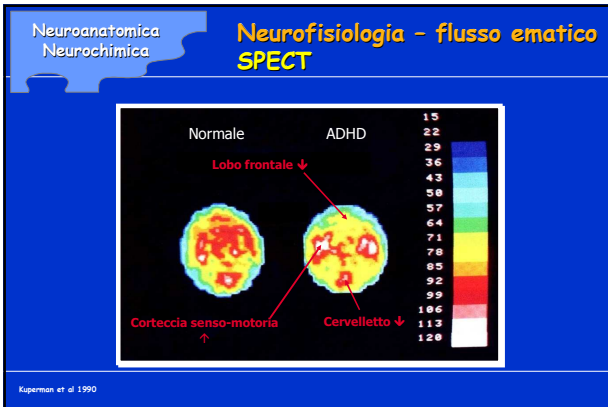
COMPONENTE INNATA

- studi di genetica
- Neuroanatomia
- Neurofisiologia
- neurochimica

COMPONENTE APPRESA

- No regole e routine domestiche
- ambiente caotico
- atteggiamento frettoloso e impulsivo
- mancato insegnamento del saper aspettare
- esperienze negative per aver atteso
- gratificazione della frettolosità

"Come per altri disturbi è presumibile che i fattori genetici determino la predisposizione per il disturbo, mentre l'attivazione di tale predisposizione sia modulata anche da fattori ambientali"



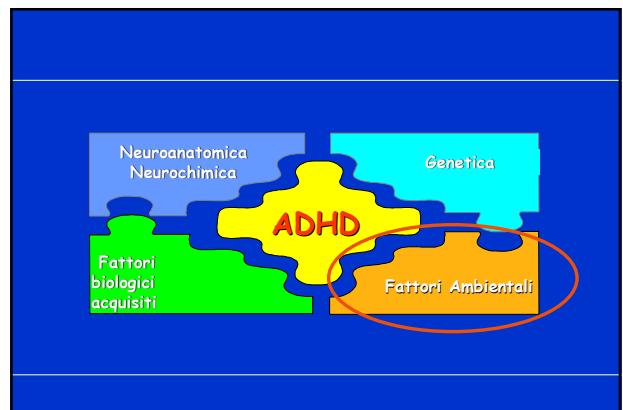
Fattori Biologici Acquisiti

Esistono cause acquisite ?

- Esposizione intrauterina ad alcool o nicotina
- Nascita pretermine e basso peso alla nascita
- Disturbi cerebrali (encefaliti, traumi)

Fattori biologici acquisiti

Barkley R.A. - Deficit di Attenzione ed Iperattività - Le Scienze n°365, Gennaio 1999



Fattori ambientali

modulano

l'effetto dei fattori biologici

- Instabilità familiare
- Conflitto genitoriale
- Disturbi psicologici dei genitori
- Scarsa competenza dei genitori
- Rapporto negativo bambino-genitori

Fattori Ambientali

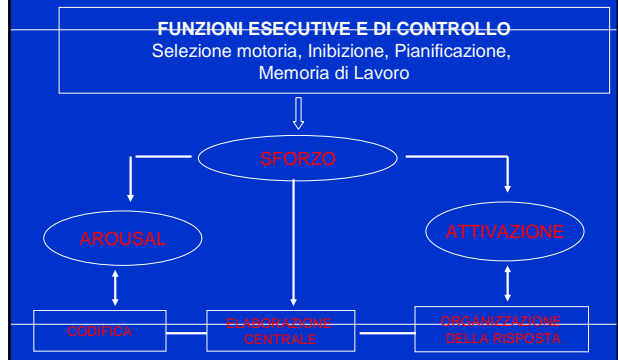
Ipotesi Neuropsicologiche

- ♦ Deficit di Inibizione determina compromissione alle Funzioni Esecutive (Barkley, 1997)
- ♦ Deficit nelle Funzioni Esecutive determina difficoltà di mantenimento dello sforzo, dell'attivazione e dell'organizzazione della risposta (Sergeant e Van der Meere, 1988)
- ♦ Il deficit Funzioni Esecutive è primario e mediato da una difficoltà nell'uso di strategie e di processi di controllo comportamentale (Shallice et al., 2002)

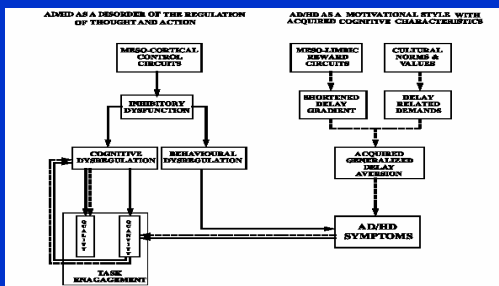
Il modello di Barkley (1997)



Modello Energetico Cognitivo (Sergeant, 1988)



Modello a due vie Disinibizione + Attesa Gratificazione



Sonuga-Barke, 2002

Attesa della gratificazione

Sonuga-Barke, 1992

- ♦ Preferenza della gratificazione inferiore ma immediata, rispetto a quella superiore ma posticipata
- ♦ Stile motivazionale: innato e appreso
- ♦ Rapida saturazione ai rinforzi
- ♦ Iperattività come meccanismo compensatorio
- ♦ La causa potrebbe essere un deficit nell'analisi temporale

Questi modelli si integrano a vicenda nella spiegazione dei processi cognitivi implicati nell'ADHD
Tutti e 3 attribuiscono un ruolo centrale alle Funzioni Esecutive



L'evoluzione dell'ADHD



Crescendo...
Iperattività ed impulsività si riducono

L'inattenzione e le difficoltà esecutive persistono

(Achenbach, 1995; Hart, 1995)

Evoluzione del Disturbo di Attenzione/Iperattività

- ♦ Spesso i primi problemi si manifestano a tre anni di età, con una evidente iperattività
- ♦ Le difficoltà aumentano con l'ingresso nella scuola elementare in cui al bambino si richiede il rispetto di regole e prestazioni cognitive
- ♦ Verso gli ultimi anni della scuola elementare l'iperattività motoria si attenua mentre può persistere l'impulsività e la disattenzione

Evoluzione del Disturbo di Attenzione/Iperattività

- ♦ Con l'ingresso nelle scuole medie alcuni bambini con DDAI sviluppano delle strategie di compensazione con cui riescono a colmare le difficoltà, sebbene persistano difficoltà di concentrazione soprattutto nello studio orale
- ♦ In età adolescenziale e adulta possono perdurare difficoltà nelle relazioni sociali, incapacità a mantenere un lavoro, ad avere relazioni coniugali stabili. Permane anche una certa disorganizzazione nell'intraprendere azioni e fare scelte di vita.

ADHD in età prescolare

- Massimo grado di iperattività
- Comportamenti aggressivi
- Crisi di rabbia
- Litigiosità, provocatorietà
- Assenza di paura, condotte pericolose, incidenti
- Disturbo del sonno

ADHD in età scolare

- Comparsa di sintomi cognitivi (disattenzione, impulsività)
- Difficoltà scolastiche
- Possibile riduzione della iperattività
- Evitamento di compiti prolungati
- Comportamento oppositorio-provocatorio

ADHD in adolescenza

Possibili evoluzioni

- 35%: superamento dei sintomi, prestazioni scolastiche talvolta inferiori ai controlli.
- 45%: permanenza della sindrome, frequente attenuazione della componente iperattiva, crescente compromissione emotiva (depressivo-ansiosa) e sociale
- 20%: permanenza della sindrome, disturbi comportamentali di adattamento sociale

ADHD in adolescenza

- Disturbo dell'attenzione: difficoltà scolastiche, di organizzazione della vita quotidiana (programmazione)
- Riduzione del comportamento iperattivo (sensazione soggettiva di instabilità)
- Instabilità scolastica, lavorativa, relazionale
- Condotte pericolose
- Disturbi depressivo-ansiosi



I disturbi associati all'ADHD



DDAI e sintomi secondari

Iperattività motoria
Impulsività
Inattenzione



- Difficoltà relazionali
- Bassa autostima
- Difficoltà scolastiche

Difficoltà relazionali

- Emarginazione da parte dei coetanei
- Scarse amicizie durature
- Tendenza all'isolamento
- Rapporti con bambini più piccoli o più instabili
- Incapacità nel cogliere indizi sociali non verbali



Bassa autostima



- Demoralizzazione
- Scarsa fiducia in sé stessi
- Solitudine
- Sentimenti abbandonici
- Inadeguatezza per rimproveri, rifiuto sociale, insuccesso scolastico, sportivo, ecc.
- Rischio di un disturbo depressivo, ansioso, comportamentale

Difficoltà scolastiche

- ◆ - Rendimento inferiore alle potenzialità cognitive
- ◆ - Disturbo attentivo
- ◆ - Disturbo nella memoria sequenziale
- ◆ - Stile cognitivo impulsivo
- ◆ - Deficit di controllo delle risorse cognitive
- ◆ - Effetto sul piano emotivo-comportamentale

DDAI e problemi scolastici

- ◆ Spesso i bambini con DDAI vanno incontro ad una carriera scolastica problematica (58%, Cantwell e Satterfield, 1978).
 - ◆ Un'alta percentuale di studenti necessita di un programma di sostegno (30-40%).
 - ◆ Molti studenti ripetono almeno un anno scolastico (30%).
 - ◆ Alcuni non riescono nemmeno a completare la scuola superiore (10-35%).
- (Da alcuni studi di Barkley, 1990, 1998).



I sintomi secondari all'ADHD possono diventare sempre più marcati nel corso dello sviluppo e interferire con le relazioni sociali e con l'apprendimento scolastico:

- Stile attributivo disfunzionale
(es. esterno, stabile, generalizzato)
- Immagine di sé negativa
- Scarsa motivazione
- Debole senso di efficacia
- Scarse aspettative nel futuro

- 1) Un approccio ambientale idoneo rispetto alle caratteristiche del bambino con ADHD
- 2) una diagnosi quanto più precoce, che possa spiegare al bambino prima di tutti il motivo delle proprie difficoltà
- 3) La possibilità di mettere in atto un intervento tempestivo

sono elementi importanti per

la strutturazione di un'immagine di sé positiva

COMORBILITA'

Comorbilità

I bambini e gli adolescenti con ADHD possono manifestare anche altri disturbi psicologici e psichiatrici in contemporanea (comorbilità).

Nell' **80%** dei casi l'ADHD si associa ad altri disturbi

Barkley RA. Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Mash EJ, Barkley RA, eds. Child Psychopathology 1996:63-112

RELAZIONE CON ALTRE DIAGNOSI

- ◆ Altri disturbi vanno considerati come:
 - Comorbilità
(concomitanza di due disturbi indipendenti che possono sfociare in una forma qualitativamente distinta con specifiche implicazioni per il trattamento)
 - Diagnosi differenziali
(sintomi spiegati meglio da...)

COMORBIDITÀ

Ansia/ Depressione & ADHD

- Sovrapposizione di sintomi di scarsa concentrazione/irrequietezza motoria sia in disturbi d'ansia (ansia generalizzata) che depressivi (depressione grave/distimia)
- Minore pervasività situazionale di questi sintomi in depressione/ansia

COMORBIDITÀ

Ansia/ Depressione & ADHD

Prevalenza

- Fino al 40% di bambini con ADHD possono soffrire di ansia/depressione in comorbidità
- ...e fino al 40% dei bambini con disturbi di ansia/depressione possono presentare un ADHD in comorbidità
- Non sono ancora chiari gli effetti di età, sesso o sottotipo di ADHD sulla comorbidità con depressione/ansia

Spesso sovrastimati nella pratica clinica

COMORBIDITÀ

Tic

- Si sovrappongono all'ADHD in circa il 20% dei casi
- I tic compaiono più tardi in età scolare e migliorano prima dell'ADHD
- I tic non sono la ragione primaria del deficit psicosociale
- Gli stimolanti possono aumentare i tic
- Gli stimolanti possono essere usati in combinazione con farmaci per ridurre i tic (es. risperidone, pimozide)

COMORBIDITÀ

Disturbo evolutivo della coordinazione motoria

- Sovrapposizione in circa il 50% dei casi
- Difficoltà nel disegno e nella scrittura (si possono migliorare con gli stimolanti)
- Frequente associazione con altri problemi di sviluppo
- Maggiore rischio di difficoltà nell'interazione con il gruppo sociale

La diagnosi precoce ed il trattamento tempestivo favoriscono lo sviluppo psicosociale

COMORBIDITÀ

Disturbi dell' apprendimento



- In alcune situazioni si può verificare anche una compresenza di uno o più disturbi specifici dell'apprendimento.
- Secondo alcuni studi si parla del 50-80% dei casi (Lambert e Sandoval, 1989; Barkley, 1981), secondo altri nel 25-50% (Mayes et al. 2000), a seconda dei criteri diagnostici.
- Da una ricerca americana (Barkley, 1990) è emerso che da un campione di bambini DDAI il 21% manifestava anche un problema di lettura strumentale, il 26% un deficit in ortografia e il 28% problemi nell'area logico-matematica.

COMORBIDITÀ

Disturbo della lettura (RD)

- L'associazione del disturbo della lettura (RD) con l'ADHD dipende dal sottotipo di ADHD
- RD con
 - ADHD- sottotipo combinato 18%
 - ADHD- sottotipo inattentivo 26%
 - ADHD- qualsiasi sottotipo 37%
- Ereditarietà dell'RD con l'ADHD e sottotipo H₂^g
 - Sintomi di inattenzione 0,42-0,47
 - Iperattività / impulsività 0,20-0,22

COMORBIDITÀ

Discalculia

- Nei bambini l'associazione tra discalculia e dislessia è del 17% mentre è del 26% tra discalculia e ADHD
- Il 20% dei ragazzi con ADHD soffre di discalculia
- I bambini con la doppia diagnosi di discalculia e dislessia hanno una maggiore compromissione nelle abilità aritmetiche e un risultato complessivamente peggiore nei test neuropsicologici rispetto ai bambini affetti solamente da discalculia o da discalculia ed ADHD

COMORBIDITÀ

Oppositivo-Provocatorio

Il **disturbo oppositivo provocatorio** è caratterizzato da un comportamento provocatorio, negativista ed ostile (collera, litigiosità, sfida, provocazione, ecc.).

Disturbo oppositivo-provocatorio

- spesso va in collera
- spesso litiga con gli adulti
- spesso sfida o non rispetta le regole degli adulti
- spesso irrita deliberatamente le persone
- spesso accusa gli altri per i propri errori
- spesso è suscettibili o è irritato dagli altri
- spesso è arrabbiato o rancoroso
- spesso è dispettoso o vendicativo

Almeno 4 dei sintomi precedenti sono presenti per almeno 6 mesi e determinano una alterazione del funzionamento sociale, scolastico, lavorativo.

COMORBIDITÀ

Disturbo della condotta

- Aggressione a persone o animali (minacce, scontri fisici, uso di armi, crudeltà fisica su persone o animali, coercizioni sessuali)
- Distruzione di proprietà (appiccare il fuoco, o distruggere proprietà in altro modo)
- Frode o furto (entrare in un edificio o in un auto per rubare, mentire per ottenere vantaggi, furto in negozi)
- Gravi violazioni di regole (fuggire di casa almeno 2 volte, passare la notte fuori di casa prima di 13 anni contro il volere dei genitori, marinare sistematicamente la scuola)

Almeno tre dei criteri precedenti per almeno 6 mesi, con significativa compromissione funzionale.

COMORBIDITÀ

Disturbo della condotta

Il **disturbo della condotta** è caratterizzato da una tendenza stabile alla violazione delle regole e dei diritti altrui (aggressioni a persone o animali, distruzione di proprietà, frode o furto, gravi violazioni di regole, ecc.).

La nosografia attuale tende a considerare il DOP e il DC come distinti, ma il primo precede sempre il secondo, e ne rappresenta una forma attenuata o subsindromica.

COMORBIDITÀ

Disturbo Antisociale di Personalità

- Incapacità di conformarsi alle norme sociali, con condotte suscettibili di arresto
- Disonestà (mentire, usare falso nome, truffare ripetutamente gli altri per profitto personale)
- Impulsività o incapacità a pianificare
- Irritabilità, aggressività (scontri o assalti fisici ripetuti)
- Inosservanza spericolata della sicurezza propria o altrui
- Irresponsabilità abituale (incapacità di mantenere un lavoro, o di far fronte ad obblighi finanziari)
- Mancanza di rimorso dopo un danno arrecato ad altri

Tale quadro si manifesta dopo 15 anni, è stabile, e compromette il funzionamento sociale o lavorativo.

COMORBIDITÀ

Disturbo Antisociale di Personalità

Solo una parte dei DOP evolvono in DC.
Circa 1/3 dei soggetti con DC evolvono verso un disturbo antisociale di personalità.
Il DC ad esordio più precoce è quello più negativo sul piano prognostico.

Il DDAI è un fattore di rischio per un DC ad esordio più precoce.
L'associazione con DDAI aumenta il rischio prognostico negativo di DC. DDAI + DC rappresentano un sottotipo clinicamente e geneticamente specifico.
Mediatore prognostico fondamentale: condizioni sociali.

ADHD + Disturbi del comportamento

Il rischio antisociale del DDAI (e probabilmente del DOP e dell'DDAI-DOP) è mediato dal DC, in particolare ad esordio precoce.

La maggioranza dei bambini <12 aa con DOP e/o DC hanno anche DDAI, ma adolescenti con DC ad esordio tardivo spesso (70-80%) non hanno DDAI.

Il DDAI può essere un precursore di DOP/DC ad esordio precoce (e prognosticamente più grave?)



La Diagnosi



La diagnosi di ADHD deve:

- Basarsi su una accurata valutazione clinica del bambino/adolescente
- Coinvolgere oltre al bambino/adolescente anche i genitori e gli insegnanti
- Prevedere l'impiego di questionari, scale di valutazione e interviste diagnostiche



Linee guida SINDI: ADHD: diagnosi e terapie farmacologiche. Approvazione CD: 24 giugno 2002

STRUMENTI UTILI per la DIAGNOSI

- ❖ interviste semi-strutturate e anamnesi
- ❖ questionari auto o etero-somministrati
- ❖ tecniche di osservazione comportamentale
- ❖ colloquio clinico
- ❖ test cognitivi-neuropsicologici

Il colloquio con...

Genitori



- ◆ anamnesi e raccolta dati;
- ◆ vissuti dei genitori;
- ◆ esemplificazione di situazioni-problema;
- ◆ intervista libera o semi-strutturata (pro e contro).

Bambino



- ◆ idee del bambino circa la figura del clinico;
- ◆ consapevolezza e vissuti del problema;
- ◆ eventuali attribuzioni di cause.

Le scale di valutazione



Questionari

Schede SDA	I G B	insegnanti genitori bambini	Cornoldi
Schede SCOD	Insegnanti Genitori		Marzocchi
COM	Insegnanti Genitori		Cornoldi et al.
Scale Conners		di K. Conners	
CBCL		di Achenbach	
IPDDAI e IPDDAG rivolto ad insegnanti e genitori per l'identificazione precoce dei bambini a rischio DDAI			

Le Scale SDA... (Cornoldi et al. 1996)

- Sono composte da 18 item:
 - 9 sulla Disattenzione (item dispari) "Incontra difficoltà a concentrare l'attenzione sui dettagli o compie errori di negligenza".
 - 9 sull' Iperattività (item pari) "Spesso si agita con le mani o i piedi o si dimena sulla sedia".
- L'osservatore deve giudicare la frequenza del comportamento descritto dall'item.
- Punteggio da 0 ("mai") a 3 ("molto spesso").

Le scale SCOD (Marzocchi et al. 2001-2003)

- Le scale SCOD sono costituite da:
 - 18 item DDAI
 - 8 item DOP
 - 16 item DC
- Esiste una versione per genitori e una per insegnanti.
- Valutazione della frequenza dei comportamenti (scala Likert a 4 punti).

Le scale COM

- E' uno strumento per la valutazione della compresenza due o più sindromi nello stesso bambino.
- Esiste una versione per insegnanti e una per genitori.
- Particolarmente indicato per valutare sindromi in comorbilità con l'ADHD, può essere usato anche come screening per bambini che presentano problematiche emozionali o comportamentali.
- Il questionari è composto da 30 item ed è diviso in 6 aree, che indagano le sindromi più frequentemente associate all'ADHD.

Arete COM

Sigla	Descrizione	Item
	Item specifici o di controllo	1, 2, 3, 4, 5
	Presenza di Tic	6
DC	Problemi comportamentali di tipo aggressivo con violazione di regole	7, 8, 9, 10 e 10b COM Genitori
DOP	Comportamento Oppositivo Provocatorio	11, 12, 13, 14, 15
AUT	Difficoltà comunicative, comportamenti stereotipati e bizzarri	16, 17, 18, 19, 20 e 20b COM Genitori
DEP	Tristezza, irrequietezza, stanchezza	21, 22, 23, 24
ANS	Preoccupazione ed ansia	25, 26, 27, 28, 29, 30

Valutazione e calcolo del punteggio alla COM

- Il questionario viene compilato dall'insegnante o dal genitore indicando la frequenza o l'intensità del comportamento descritto dall'item attraverso una scala Likert a 4 punti (0=mai/per nulla...3=sempre/molto).
- Si sommano i valori degli item relativi alle diverse subscale.
- Sommando i valori degli item dal 6 al 30 si può calcolare il valore dell'indicatore complessivo di comorbidità.

Le scale IPDDAI e IPDDAG

- Scale di Identificazione Precoce del DDAI per Insegnanti e Genitori.
- L' IPDDAI e l'IPDDAG sono scale di osservazione per insegnanti e genitori, rispettivamente.
- Sono composte da 18 item di cui :
 - gli item pari (7) per l'iperattività
 - gli item dispari (7) per la disattenzione
 - gli ultimi 4 item per i fattori di rischio

I test



La valutazione neuropsicologica specifica dovrebbe sempre includere almeno...

- Test di analisi di dettagli e richiesta di risposte riflessive (test di impulsività)
- Capacità di inibizione di risposte errate
- Test di attenzione sostenuta e shift
- Test di pianificazione
- Test che richiedano l'uso flessibile di strategie, il monitoraggio e l'autocorrezione

Test di analisi di dettagli e richiesta di risposte riflessive → Test di Impulsività: MF

- Dal Matching Familiar Figure Test (MFFT), l'MF, adattamento italiano a cura di Cornoldi, è costituito da 20 item.
- Strategia di analisi visiva e fornire una risposta in una quantità di tempo ragionevole
- Il test rileva il grado di impulsività del bambino.
- Uno dei test più discriminativi per l'ADHD.

Somministrazione e punteggio all' MF

- Ogni item è formato da due pagine: in una è rappresentata una figura, nell'altra 6 figure simili al target, di cui solo una è quella uguale al target.
- Il compito del bambino è quello di scegliere la figura identica al modello.
- Al bambino vengono presentati contemporaneamente il modello e le 6 alternative.
- Variabili prese in considerazione: tempo della prima risposta; numero di errori.

Risposte tipiche dell'ADHD all' MF

- Il comportamento dei b. con ADHD con impulsività è quello di rispondere precipitosamente, in pochissimi secondi
- Il b. impulsivo è sia veloce che scorretto
- Un altro parametro è quello della prestazione nel tempo, più si va avanti più gli item sono difficili quindi si richiede più tempo.
- Il b. senza ADHD impiega più tempo, mentre i b. con ADHD non riescono in questo
- I b. ADHD all'inizio fanno meglio poi commettono più errori perché non aumentano i tempi di analisi dell'immagine, ma continuano a fornire risposte impulsive

Test di analisi di dettagli e richiesta di risposte riflesse → Test di Impulsività: MF

- Dal Matching Familiar Figure Test (MFFT), l'MF, adattamento italiano a cura di Cornoldi, è costituito da 20 item.
- Ogni item è formato da due pagine: in una è rappresentata una figura, nell'altra 6 figure simili al target, di cui solo una è quella uguale al target.
- Il test rileva il grado di impulsività del bambino.

Test di attenzione sostenuta

- Si valuta l'Attenzione Sostenuta, attraverso prove lunghe, noiose e ripetitive (*Continuous Performance Test*).
- I test possono essere a computer o carta e matita, visivi o uditivi.
- Il compito, di solito, consiste nell'individuare un "bersaglio".
- I tipi di errore sono fondamentalmente due: **Omissioni** (probl. di controllo dell'attenzione) e **Falsi Positivi** (probl. nell'inibizione della risposta).

Test di attenzione visiva CP

- Il CP è un compito di ricerca visiva di sequenze condizionali di lettere.
- Si valuta l'Attenzione Sostenuta
- Il compito è lungo e ripetitivo
- Il compito consiste nell'individuare un "bersaglio" (la tripletta FZB).

Il CP

- Compito: individuare la tripletta di lettere **FZB** in un insieme di lettere sparse.
- 3 Fasi:
 - Fase 1 → una pagina di lettere
 - Fase 2 → mezza pagina di lettere
 - Fase 3 → 4 righe di lettere
- Variabili: tempo, omissioni, falsi positivi.

CP Scoring

- Errori:
 - Omissioni (problemi di controllo dell'attenzione)
 - Falsi Positivi (indice di impulsività).
- Tempo impiegato nelle singole schede e tempo totale
- La riduzione del tempo che il bambino ha sul compito è un indice di difficoltà nel mantenimento dell'attenzione

Il test delle campane

- Il test è volto a valutare il livello di attenzione in bambini di età compresa tra i 4 gli 8 anni.
- Vengono presentati al bambino 4 fogli, contenenti ognuno 35 campane insieme ad altre figure.
- Compito del bambino è quello di individuare e barrare quante più campane nel minor tempo possibile.
- Vengono dati due minuti per foglio. Se il bambino si interrompere prima della fine della prova si può esortarlo fino ad un massimo di tre volte per foglio.

Test delle ranette

- Sono possibili due tipi di errore
- Errore dovuto al non riuscire ad inibire la risposta di "andare avanti" al momento giusto (difficoltà nel controllo inibitorio, tipico del b. con ADHD)
- L'errore dovuto al non riuscire a seguire il ritmo (più frequente nei b. con DSA)

Test di completamento alternativo di frasi

- Il test di Completamento Alternativo di Frasi (CAF), derivato dal test Junior Hayling (Shallice et al, 2002),
- Valutazione delle capacità inibitorie del bambino (capacità di bloccare la risposta automatica).
- Capacità di flessibilità cognitiva (uscire dal contesto indotto dalla frase e generare una risposta completamente diversa)

CAF: descrizione dello strumento

- Composto da 20 frasi in cui manca la parola finale
- Le frasi sono divise in due gruppi (A-L; 1-10).
- Il b. deve svolgere due compiti:
 - deve completare con una parola corretta (frasi A-L)
 - fornire un termine alternativo, che non sia semanticamente collegato alla frase e alla risposta corretta (frasi 1-10).
- Al bambino viene chiesto di provare a fornire risposte sempre differenti e il più velocemente possibile.
- Il punteggio è ritenuto valido solo se il b. ha risposto a 8 risposte su 10

Frase	Risposta	Codice (C, S,U; TS)
A. In autunno dagli alberi cadono	Foglie	
1. Sarà una la malattia per poi cancellare con	Capelli	
B. Quando sei malato ti misuri la febbre con	Termometro	
2. Prendi racchette e pattini che giochiamo a	Baseball	
C. Chiudi la bottiglia con	Tappo	
3. Quando fa freddo, al collo, bisogna mettere	Elastico	
D. Dopo colazione, con spazzolino e dentifricio ti lavi	Denti	
4. Per fare la punta alla matita devi usare	Serpente	
E. Il triciclo è una bicicletta con tre	Ruote	
5. Al semaforo devi fermarti se c'è	Verde	
F. Se vai in moto, in testa devi sempre mettere	Casco	
6. Se non vedi bene, devi indossare un paio di	Occhiali	
G. Se cammini sotto la pioggia devi aprire	Ombrello	
7. Voi bigiate sempre, sembrate cane e	gatto	
H. Quando si va a letto bisogna spegnere	luce	
8. Francesco ha piantato i chiodi con	martello	

Torre di Londra

- E' composta da 3 pioli disposti in verticale e di lunghezza crescente. 3 dischi colorati che vengono inseriti nei pioli. Il piolo più corto può contenere solo un disco, quello intermedio 2 e quello più lungo 3.
- Il compito del bambino è quello di ricomporre con i dischi una configurazione che gli viene mostrata dall'operatore, seguendo delle regole, ad es. "non si possono fare più di un tot di mosse".
- Oltre alle abilità di pianificazione, questo test valuta la capacità di immaginazione e la memoria di lavoro.



Interventi terapeutici



"Ogni intervento va adattato alle caratteristiche del soggetto in base all'età, alla gravità dei sintomi, ai disturbi secondari, alle risorse cognitive, alla sua situazione familiare e sociale"

Linee guida SINPEA: ADHD: diagnosi e terapie farmacologiche. Approvazione CD: 24 Giugno 2002

Gli interventi terapeutici sono rivolti a....

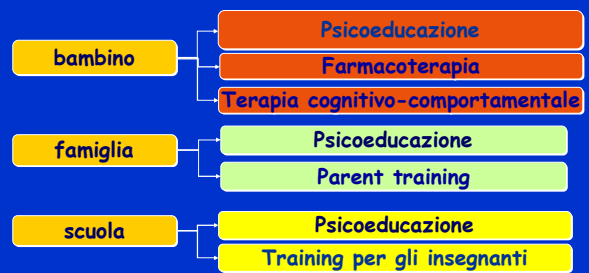
Bambino

Famiglia



Scuola

INTERVENTI



Osservazione in classe

- Il comportamento è sempre il frutto di una relazione tra soggetto e contesto.
- Anche nel caso del bambino DDAI accade questo.
- Scopo dell'osservazione è cercare di capire la relazione tra un comportamento problematico e le conseguenze che lo mantengono o gli antecedenti che lo scatenano.
- Questa attività è necessaria per prevenire la comparsa di certi comportamenti (antecedenti) o per cambiare le conseguenze che in qualche modo lo mantengono.

Vantaggi di un'osservazione in classe

- Si può osservare il comportamento in un contesto naturale.
- Si possono raccogliere indici oggettivi sull'emissione del comportamento (intensità, frequenza e durata).
- Si possono cogliere tutti gli elementi in gioco di una situazione, per una successiva analisi e riflessione.
- Può essere fatta dallo stesso insegnante.

Cosa occorre

- Le osservazioni devono essere svolte in alcuni momenti diversi della settimana.
- Possibilmente in diversi giorni, diverse ore e con materie diverse.
- E' opportuno osservare anche alcuni momenti ricreativi.

Fasi dell'osservazione

1. Osservazione non strutturata: inventario di comportamenti negativi.
2. Selezione del comportamento oggetto dell'intervento.
3. Osservazione strutturata per l'analisi dei comportamenti problema. Analisi degli antecedenti e delle conseguenze del comportamento problematico.
4. Riflessione sui dati raccolti.
5. Intervento.
6. Verifica dei risultati.

1. Osservazione non strutturata

- E' necessario per fare un inventario dei comportamenti problematici del bambino.
- E' necessario che le descrizioni siano specifiche del comportamento e non un'interpretazione dello stesso (ad es. si comporta male!).

2. Selezione e identificazione dei comportamenti - problema

- Si identificano delle categorie.
- Si evidenziano tutti i comportamenti che possono rientrare in quella categoria.
- Ad es. "va dal compagno durante la lezione", "corre tra i banchi", "esce dalla classe prima della fine della lezione" possono rientrare nella categoria "si allontana dal proprio banco".
- Si segnano tutti i comportamenti problematici per ogni categoria.

3. Osservazione strutturata

- Ci consente di:
 - Identificare gli antecedenti e le conseguenze del comportamento problematico;
 - identificare la frequenza di tali comportamenti.
- E' necessario fare questo tipo di lavoro per ogni categoria di comportamento - problema individuato.

3. Osservazione strutturata

- Si deve scomporre il comportamento negativo nei seguenti elementi:
 - Tipo di comportamento- problema
 - Antecedenti
 - Risposta dell'ambiente
 - Conseguenze.
- E' utile ottenere informazioni sul momento della giornata in cui si verificano maggiormente i comportamenti -problema.

4. Riflessione sui dati raccolti

- Scoprire degli antecedenti ci consentirà di fare un lavoro di prevenzione.
- Le conseguenze sono importanti perché ci aiutano a capire quale comportamento dovremmo mettere in atto per far sì che il comportamento problematico diminuisca.
- Premessa per il concetto di conseguenza: ogni volta che un soggetto si trova a sperimentare in qualche modo un comportamento positivo, l'ultimo comportamento emesso si legherà sempre più strettamente alla situazione-stimolo preesistente all'emissione del comportamento.
- Questo lavoro andrà fatto per ogni categoria di comportamenti problematici.

5. Programmazione di un intervento

- L'intervento deve essere sviluppato allo scopo di:
- Anticipare il verificarsi del comportamento problema;
- Ridurre e/o eliminare le risposte dell'ambiente che rinforzano l'emissione del comportamento-problema.

5. L'intervento

- Ogni intervento dipende dal bambino, dalle riflessioni emerse grazie all'osservazione.
- Una volta identificato l'antecedente si può giocare d'anticipo, cercando di evitare le situazioni ad alto rischio.
- Per quanto riguarda le risposte dell'ambiente, anche queste possono essere modificate se per il ragazzo hanno un effetto rinforzante.
- E' molto utile e opportuno, inoltre, promuovere nel bambino riflessioni circa la possibilità di distrarsi, concentrarsi etc. (atteggiamento metacognitivo).

6. Verifica dei risultati

Quest'ultima parte consiste nel rivalutare, con le griglie iniziali, il bambino dopo l'intervento, al fine di vedere se si sono verificati dei miglioramenti e per valutare eventuali miglioramenti da apportare al lavoro svolto.