

***i*MATERIALI**
Erickson

Strumenti per la didattica, l'educazione,
la riabilitazione, il recupero e il sostegno
Collana diretta da Dario Ianes

Claudio Vio e Maria Stella Spagnoletti

BAMBINI DISATTENTI E IPERATTIVI: PARENT TRAINING

Formazione e supporto dei genitori di bambini in età prescolare

Erickson

Indice

- 7** Presentazione (*Anna Maria Re*)

- 11** PRIMA PARTE – Il quadro teorico
- 13** CAP. 1 Età prescolare e bambini disattenti e iperattivi
- 17** CAP. 2 Sviluppo normotipico e sintomi ADHD in età prescolare
- 27** CAP. 3 Tipologie e indicazioni di intervento
- 31** CAP. 4 Efficacia del parent training prescolare

- 39** SECONDA PARTE – Bambini disattenti e iperattivi: parent training.
Struttura degli incontri e modalità di svolgimento
- 41** Introduzione
- 45** Incontro 0 – Preparazione del parent training
- 49** Incontro 1 – Le difficoltà educative con un figlio vivace e disattento
- 55** Incontro 2 – Come avviare una comunicazione efficace
- 63** Incontro 3 – La relazione genitore-figlio e l'analisi funzionale
del comportamento problema
- 73** Incontro 4 – L'importanza delle regole nell'azione educativa
- 83** Incontro 5 – Il «contratto» e la gestione dell'emergenza
- 91** Incontro 6 – Strategie educative avanzate
- 99** Incontro 7 – Il time out
- 107** Incontro 8 – Una riflessione sul percorso fatto

- 111** QUESTIONARI
- 127** Bibliografia

Presentazione

Il *parent training* è ormai un intervento collaudato e d'indubbia importanza nel trattamento dell'ADHD (*Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*), acronimo inglese per indicare i disturbi da deficit di attenzione e iperattività. Dopo gli studi dell'MTA è inconfutabile l'importanza di un intervento di tipo multifocale, che coinvolga cioè la famiglia e la scuola oltre che il bambino stesso (MTA Cooperative Group, 1999; 2004).

Fino ad ora, la maggior parte dei trattamenti è stata pensata e rivolta a bambini in fascia di età scolare, quando è possibile effettuare una diagnosi certa. Tuttavia, studi differenti riportano che, nella maggioranza dei casi, i sintomi cardine del profilo ADHD emergono tra i 3 e i 5 anni (Wilens et al., 2002), ed è proprio in questa fascia d'età che l'intervento sul contesto familiare e/o scolastico assume un ruolo importante. È in questa fase, infatti, che si può agire su dinamiche familiari e sociali ancora in formazione, quindi ancora facilmente modificabili. Più si «aspetta», più è probabile che si consolidino delle dinamiche relazionali disfunzionali, in cui il bambino affetto da ADHD è, allo stesso tempo, causa e vittima di situazioni problematiche. I rapporti possono diventare più complicati e un intervento psicologico più difficile. Per queste ragioni, un'identificazione precoce, così come un intervento precoce, sarebbero raccomandabili già nella scuola dell'infanzia (Sonuga-Barke et al., 2001).

È proprio in questi casi, quindi, che il lavoro sul contesto diventa ancora più importante ed educativo del lavoro diretto con il bambino. Il contesto educativo stesso, infatti, può assumere quel ruolo «etero-regolante» che aiuta il bambino a «capire» cosa ci si aspetta da lui, quale può essere il comportamento più appropriato in una determinata circostanza. I genitori che sanno come gestire dei comportamenti incontrollati o degli scoppi di rabbia del bambino, ad esempio, sono sicuramente un modello educativo efficace dal quale il bambino stesso può imparare molto.

L'originalità del presente percorso di *parent training* è che si rivolge proprio alla fascia di età prescolare. Quella fascia di età tanto delicata quanto fondamentale per lo sviluppo psicoaffettivo di un bambino. Questo programma va quindi a costituire il primo e pionieristico intervento per genitori di bambini con caratteristiche ADHD che hanno dai 3 ai 5 anni. Se si considera poi un precedente lavoro (*Sviluppare la concentrazione e l'autoregolazione*) (Caponi et al., 2008; 2009a; 2009b), pensato anche per la fascia di età prescolare ma rivolto agli insegnanti,

possiamo affermare che anche in Italia, adesso, si può pensare a un intervento multifocale per bambini dai 3 ai 5 anni.

La peculiarità del presente lavoro è che nasce da una collaborazione internazionale tra il gruppo di San Donà e il gruppo del prof. Sonuga-Barke in Inghilterra. Da un'esperienza condotta dalla sottoscritta presso l'Università di Southampton, e grazie all'esperienza e alla sensibilità clinica del dott. Vio e dell'équipe dell'ASL di San Donà di Piave (direttore, dott. Dino Maschietto), è stato possibile realizzare e adattare al contesto e alla cultura italiana un trattamento del tutto originale e unico. Come si potrà vedere, questo programma è un intervento che combina alcune procedure cognitivo-comportamentali tradizionali con delle novità assolute e degli adattamenti specifici all'età prescolare.

Per chi conosce già il classico percorso di parent training, pubblicato qualche anno fa dallo stesso dott. Vio e collaboratori (Vio, Marzocchi e Offredi, 1999), troverà delle somiglianze e delle novità rispetto al precedente lavoro. Tra le somiglianze c'è il fatto che anche questo percorso è pensato per un gruppo di genitori ed è suddiviso in unità di lavoro che, però, a differenza dell'altro percorso, non sono scaglionate a cadenza quindicinale ma in maniera più variabile e dilazionata nel tempo.

Come nel PT (parent training) classico, viene data molta importanza all'osservazione del comportamento nell'interazione genitori-figlio, secondo lo schema «Antecedente – Comportamento – Conseguenza». Tuttavia, consci del fatto che l'osservazione in questi termini possa risultare molto difficile per i genitori, viene richiesto loro di videoregistrare alcuni momenti di interazione significativa. In questo modo, oltre a rendere più semplice e più comprensibile per i genitori l'osservazione, li aiuta ad essere più obiettivi. Nel riportare gli avvenimenti, infatti, i genitori potrebbero rischiare di interpretarli o di raccontarli in linea con il tono dell'umore del momento; quindi, se c'è stato un momento di crisi prima dell'incontro o il giorno prima, ecco che i genitori riporteranno che l'intera settimana è andata male e che le strategie che stanno cercando di utilizzare sono poco efficaci. L'utilizzo della videoregistrazione ovvia a questo inconveniente e consente ai genitori di «rivedersi a freddo», ossia con un tono dell'umore neutro; questo dà loro l'opportunità di individuare nuove possibili risposte, grazie anche alle intuizioni degli altri componenti del gruppo.

Un'altra novità di questo programma è l'utilizzo di un'attenta rilevazione dei comportamenti del bambino: un vero e proprio diario in cui i genitori devono annotare sia gli eventi positivi che quelli negativi. In questo modo gli homework diventano un passo fondamentale e strutturale della seduta stessa, e l'obiettività degli eventi viene maggiormente salvaguardata.

Ovviamente il cammino affinché un bambino raggiunga adeguate capacità autoregolatrici è lungo e complesso, e questo percorso di intervento non può considerarsi come esaustivo e valido per tutta la sua vita. Tuttavia, attraverso il presente percorso i genitori vengono sensibilizzati e aiutati a capire come interagire con il proprio bambino, a sviluppare delle attribuzioni causali realistiche relative ai comportamenti del proprio figlio e a instaurare delle abitudini comportamentali e comunicative che sono basilari per lo sviluppo di un rapporto quanto più sereno possibile. Inoltre, il PT si propone di sviluppare competenze di gestione dei problemi e relazionali che possono rendere i genitori più sicuri e consapevoli.

Vorrei chiudere questa presentazione con un ringraziamento agli autori, per aver dato vita a un programma di intervento che, ancora una volta, è destinato a diventare una pietra miliare nel campo dell'intervento dell'ADHD.

Anna Maria Re
Post-doc research assistant
Università degli Studi di Padova

Età prescolare e bambini disattenti e iperattivi

Sono molti i bambini che durante la prima e seconda infanzia manifestano irrequietezza motoria, scarsa attenzione, sono talora frenetici nell'azione e impulsivi; tuttavia, solo alcuni di questi presentano un deficit nel funzionamento adattivo.

La diagnosi di ADHD (*Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*) può essere effettuata con l'ingresso alla scuola primaria: questo perché i comportamenti sintomatici tipici del disturbo possono confondersi facilmente con normali variazioni dello sviluppo; ciononostante, intervenire in tempo nel contesto — con i genitori e con gli insegnanti, quando ancora le problematiche non hanno prodotto effetti secondari sul piano sociale, relazionale, scolastico, ecc. — è utile, spesso opportuno e in alcune situazioni fondamentale (Sonuga-Barke et al., 2005); allo stesso tempo, è importante identificare i percorsi evolutivi dei quadri sindromici maggiormente severi, caratterizzati dalla presenza di segni e sintomi stabili nel tempo con implicazioni negative per lo sviluppo (Lavigne et al., 2009): in questi casi la tempestività degli interventi può favorire una «riduzione del danno» e un più adeguato fronteggiamento delle problematiche.

Negli ultimi tempi, anche in Italia (Re, De Franchis e Cornoldi, 2010) si sta facendo strada l'idea che riconoscere le caratteristiche cognitive di bambini di età compresa tra i 3 e i 5 anni con sintomi ADHD sia possibile, anche se difficile (Zito et al., 2000); non solo, ma che alcuni segni del disordine siano stabili nel tempo e interesserebbero il 2% della popolazione infantile (per una rassegna completa, si veda Lavigne et al., 1998; 2009). Alcuni contributi in questo ambito (ad esempio, Safer e Zito, 1999; Zito et al., 2000) hanno messo in evidenza l'incremento, negli ultimi dieci anni, del numero di bambini prescolari che hanno ricevuto diagnosi e relativo trattamento per ADHD.

Di fatto, presso i servizi di Psicologia dello sviluppo, dell'Età evolutiva, di Neuropsichiatria infantile, giungono abbastanza frequentemente richieste di consulenza per problematiche comportamentali e/o scarso coinvolgimento nelle attività educative di bambini che frequentano la scuola dell'infanzia: ovviamente, la cura e la gestione di questi bambini è difficile sia nell'ambiente domestico sia in quello della scuola d'infanzia.

In considerazione dell'aumentata consapevolezza delle problematiche psicopatologiche presenti nel bambino e degli effetti di queste nel suo ambiente, alcuni contributi hanno cercato di approfondire la conoscenza dei fattori di rischio e dei

percorsi evolutivi in relazione al contesto (Lahey et al., 1998; Sonuga-Barke et al., 2005; Psychogiou et al., 2007; Heleay et al., 2010; 2011), fattori presi in esame nel capitolo 2 del presente volume, e di accertare l'efficacia di programmi di intervento indiretto (programma di parent training *New Forest*, si veda la rassegna di Chronis et al., 2004; Sonuga-Barke et al., 2006; Thompson et al., 2009).

La storia di Marco, 4 anni

Famiglia con due figli, il primogenito Marco, di 4 anni e qualche mese, viene descritto come un bambino oppositivo (ad esempio, per lui «vestirsi al mattino è un grosso problema»), litigioso con la sorella, frenetico durante la giornata e bisognoso di attenzioni continue da parte dell'adulto, incapace di portare a termine anche semplici attività della scuola dell'infanzia, di tollerare l'attesa di fronte a un proprio desiderio, non autonomo nell'addormentamento, che difficilmente avviene con regolarità e, più o meno, alla stessa ora.

I messaggi e le considerazioni dei genitori sono abbastanza indicative di quello che succede con bambini che manifestano difficoltà nel comportamento adattativo; la fatica nel riuscire a portare avanti le consuete azioni quotidiane è subito chiaramente espressa, il clima familiare è di solito teso, la conflittualità tra genitori sulle scelte educative da adottare è talora elevata e manifestata apertamente con i figli e nel contesto sociale (per un approfondimento, si veda Langbergs et al., 2010). Quindi, lo stress percepito dal padre e, soprattutto, dalla madre nella cura dei figli non è più fisiologico.

Ecco la trascrizione sintetica dei primi incontri con la madre di Marco:

Come avevo accennato in precedenza, il clima familiare è spesso teso, i conflitti tra noi genitori, ma soprattutto con il figlio, sono frequenti, i ritmi della giornata sono frenetici. Il rispetto dell'orario è un grosso problema, arrivare puntuale al lavoro, mantenere qualche relazione sociale, frequentare altri bambini diventa problematico perché la presenza dell'adulto deve essere costante, ecc.

In particolare, Marco ogni mattina non vuole vestirsi, dice che i pantaloni gli stringono (abbiamo già proposto la scelta fra due pantaloni che sappiamo non essere stretti e preparati la sera precedente), le maglie gli prudono, l'elastico è troppo stretto, troppo in alto sulla nuca, troppo in basso, il calzetto gli fa una piega sotto il piede, la stringa della scarpa è troppo larga.

Il giovedì è il mio giorno libero dal lavoro, per cui stamattina ho preparato io i bambini, e Marco ha nuovamente inanellato tutte queste scuse nel vestirsi finché, presa dalla rabbia, l'ho sgridato e gli ho dato due sonore sculacciate, come spesso avviene il pomeriggio quando lo cambio per uscire per andare a fare delle commissioni.

Quello che noto, e che più mi spaventa, è che ha un atteggiamento totalmente negativo a qualsiasi nostra proposta, non accetta un suggerimento, un consiglio; è una battaglia continua su ogni fronte, a meno che non sia una cosa che a lui piaccia particolarmente.

Se è così a 4 anni e mezzo, in adolescenza cosa ci aspetta?

Se alzo la voce e sono autoritaria sembra essere un minimo più accondiscendente, ma io non voglio un rapporto basato sulla forza, vorrei che mio figlio avesse un minimo di fiducia in quello che gli dico, vorrei che potesse fidarsi di me se avesse un problema da risolvere, vorrei che mi raccontasse la sua giornata all'asilo, ma spesso non vuole dire nulla o, se racconta qualcosa, è difficile capire il filo logico degli eventi che racconta.

L'aiuto ai genitori, con l'approccio psicoeducativo, come ad esempio il parent training descritto in questo contributo, è stato quello di tenere presente le caratteristiche psicologico-relazionali del figlio, interpretarle alla luce del modello di funzionamento descritto per bambini con disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ad esempio, Barkley, 1997; Sonuga-Barke et al., 2005), effettuare una dettagliata analisi della situazione, rendere esplicite le attese sul comportamento del figlio, verificare la sensibilità ai rinforzi, decidere come utilizzarli, sostenere un atteggiamento di gradualità e rigosità nell'applicazione delle procedure, senza essere impazienti.

Ecco il resoconto dopo un mese (e un paio di incontri) di parent training con i genitori di Marco:

Pensiamo di stare eseguendo abbastanza le indicazioni ricevute: notiamo che il fatto di dare lodi sia più proficuo rispetto all'utilizzo delle punizioni; anche se dobbiamo ripetere più volte la richiesta, almeno non otteniamo un atteggiamento di opposizione a priori.

Ora stiamo lavorando sulla routine: Marco sembra più sereno nel corso della giornata, ma dobbiamo rilevare che questo è un periodo di vacanza per tutta la famiglia, quindi la gestione dei «tempi» per lo svolgimento delle attività è più dilazionato, il clima è più sereno e disteso; sicuramente il banco di prova sarà dato dalla ripresa del lavoro di noi genitori, quando i ritmi quotidiani saranno più frenetici e stressanti.

Per addormentarsi la sera fa ancora un po' di fatica (leggiamo una storia, poi gli tendiamo una mano da toccare, ma non ci stendiamo più nel letto con lui e la sorella).

Nei giochi, i tempi d'attenzione sono ancora molto brevi: anche se porta a compimento un gioco, non lo vuole riprovare.

La difficoltà maggiore che rileviamo è evitare che litighi con la sorella, che ha quasi 3 anni. Si contendono, quasi costantemente, i giochi e soprattutto l'attenzione di noi genitori in maniera eccessiva. Cerchiamo quindi di proporgli giochi da svolgere insieme, ma di solito sono delle «forzature».

Infine, abbiamo notato che Marco tende ad attribuire le colpe di un gesto, di un guaio, sempre ad altri, specialmente alla sorella minore.

Come si può osservare, in un mese ci sono già dei piccoli cambiamenti. Il lavoro da fare è ancora lungo, ritornare alla situazione di partenza è facile. La generalizzazione delle procedure, utilizzarle in modo elastico, modificare lo stile educativo, richiede tempo — molti mesi — e, nelle situazioni più delicate, anche un aiuto specialistico.

Di fronte a situazioni di questa natura, le domande che ci siamo posti sono:

1. quali sono le competenze che un bambino tra i 3 e i 5 anni acquisisce in ordine all'interazione con i compagni e con l'adulto di riferimento? Per quanto tempo sa mantenere l'orientamento della sua attenzione sul compito (riesce, cioè, a stare concentrato sul compito fino al suo completamento)?
2. Le caratteristiche comportamentali dei bambini con problematiche in questo ambito sono simili a quelle dei bambini con diagnosi di disturbo da deficit di attenzione e iperattività in età scolare; non solo, la compromissione indicata dalla presenza di sintomi ADHD può essere distinta da altre condizioni cliniche?
3. I deficit neuropsicologici alla base di questi problemi in età prescolare sono simili a quelli evidenziati in bambini in età scolare?

4. Quali sono le possibili interazioni tra ambiente e caratteristiche temperamentali del bambino?
5. Quali indicazioni per l'intervento: lavoro con il bambino, con la famiglia, sulla relazione genitori-figlio?

La presenza di iperattività tra i 3 e i 5 anni è spesso predittiva di successivi problemi nello sviluppo (Sonuga-Barke et al., 1997; Marakovitz e Campbell, 1998; Pierce, Ewing e Campbell, 1999; Shaw et al., 2001) e questo avverrebbe nella gran parte dei casi che presentano anche «solo» moderati problemi di irrequietezza/iperattività/impulsività/distraibilità.

Lahey et al. (2004) riportano i dati di una ricerca condotta con 244 bambini di 4-6 anni, i quali evidenziano la persistenza dei sintomi del disturbo anche durante la fanciullezza, segnalando che, rispetto all'espressività del sintomo, la severità è il più significativo indicatore di cronicità fino alla scuola primaria. Non solo: l'associazione di comportamenti che incontrano i criteri dell'ADHD con quelli del disturbo oppositivo provocatorio, evidenti dalla seconda infanzia, è un predittore di successivi rilevanti disordini psicopatologici (Speltz et al., 1999).

Anche per questi motivi, l'intervento prescolare è importante allo scopo di modificare o correggere le traiettorie negative del disturbo.

SCHEDA RIASSUNTIVA 2.1 (seconda settimana)

PUNTI CHIAVE ATTRAVERSO LE IMMAGINI: COMPORAMENTI DA ADOTTARE

<p><i>Otteni attenzione prima di fare una richiesta</i></p>	
<p><i>Cerca il contatto visivo</i></p>	
<p><i>Dai messaggi chiari</i></p>	
<p><i>Usa la lode</i></p>	
<p><i>Fai in modo che il tuo bambino ti copi (immagine specchio)</i></p>	

SCHEDA DI LAVORO 2.1

COSA È STATO MESSO IN PRATICA

Inserisci in ogni casella il giorno e l'ora in cui sei riuscito a mettere in atto i suggerimenti della SCHEDA INFORMATIVA 2.1

**Otteni attenzione
prima fare una
richiesta**

--	--	--	--	--	--	--

Come ha reagito il vostro bambino?

**Cerca il contatto
visivo**

--	--	--	--	--	--	--

Come ha reagito il vostro bambino?

Dai messaggi chiari

--	--	--	--	--	--	--

Come ha reagito il vostro bambino?

Usa la lode

--	--	--	--	--	--	--

Come ha reagito il vostro bambino?

**Fai in modo che il
tuo bambino ti copi
(azione da proporre
come immagine
specchio)**

--	--	--	--	--	--	--

Come ha reagito il vostro bambino?
