

L'ADHD E L'INTERVENTO IN PIÙ CONTESTI: LE PROCEDURE PER LO SVILUPPO DELL'AUTOCONTROLLO E I PROGRAMMI DI PARENT TRAINING

Carlo Buonanno*, Lorenza Isola**, Giuseppe Romano***

*Psicologo, Psicoterapeuta, Docente APC ed SPC. Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma

**A.S.T.I.A. Asl RM-E, Didatta e docente APC, SPC, SITCC. Responsabile Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma

*** Didatta e docente APC ed SPC. Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma. Studio di Psicoterapia APC-SPC

Riassunto

Nonostante la visione precedentemente prevalente che descriveva l'ADHD come un disturbo limitato alla prepubertà, studi prospettici condotti su campioni clinici hanno dimostrato che l'ADHD debba essere considerato un *disturbo cronico* (Wells et al. 2000), i cui effetti sono rintracciabili in una varietà di contesti (famiglia, scuola, gruppo di coetanei ecc.).

In questo senso, obiettivo dell'articolo è descrivere le ragioni a sostegno della necessità di attivare setting multipli e integrati e presentare alcune delle procedure terapeutiche in essi utilizzati, con particolare attenzione alle strategie per lo sviluppo dell'autocontrollo e ai programmi di Parent Training.

Parole chiave: ADHD, setting multipli, autocontrollo, Parent Training.

Abstract

Despite the previously prevailing view that described the ADHD as a limited disorder of prepuberty, perspective studies on clinic samples have shown that the ADHD owes a chronic disorder to be considered, whose effects are traceable in a variety of contexts (family, school, peer group, etc.).

In this sense, objective of article is to describe the reasons to support the necessity to activate multiple and integrated setting and to introduce some of the therapeutic procedures, with particular attention to the strategies for the development of the self-control and to the programs of Parent Training.

Key words: ADHD, multiple setting, self-control, Parent Training.

Introduzione

Quali sono le ragioni che giustificano l'attivazione di setting multipli nella terapia dell'ADHD?

Da un punto di vista diagnostico, l'adhd è sindrome che si caratterizza per la presenza di impulsività, iperattività e disattenzione. In ogni caso, nonostante la sovrapposizione tra i vari

aspetti sintomatici, l'impulsività sembra giocare un ruolo centrale e rappresentare l'aspetto di maggiore importanza (Sagvolden 1999).

Tuttavia, dall'esame della letteratura non sembra esserci accordo sulla definizione degli aspetti formali dei comportamenti che contraddistinguono tale sindrome, né su quali siano i criteri che dovrebbero guidare l'osservatore nella fase di definizione degli obiettivi terapeutici.

In altre parole, pur riconoscendo da un lato che tale disturbo si caratterizza per l'esordio precoce di livelli sensibili di impulsività, iperattività e disattenzione, dall'altro è difficile rintracciare una descrizione univoca delle componenti che, sul piano fenomenico, fanno tale sindrome. È il caso, ad esempio, della disattenzione, sintomo che in letteratura fa capo ad un'idea alternativamente cognitiva o neuropsicologica di attenzione, avvicinandosi in alcuni casi a ciò che molti autori descrivono come vigilanza (Parasuraman et al. 1998, Nigg 2001). Questo tipo di difficoltà riguarderebbe anche l'impulsività e l'iperattività, costrutti che di volta in volta hanno a che fare con l'incapacità a trattenere risposte inappropriate, ad interrompere risposte precedentemente pianificate, ad evitare che le attività in corso siano disturbate da stimoli interferenti o a ritardare una risposta (Rubia et al. 1998). In quest'ultimo caso, su un piano strettamente comportamentale, l'impulsività viene descritta e spiegata come un'alterazione dei processi di rinforzamento, che si traduce nell'incapacità a rimandare l'acquisizione di un rinforzo, oltre che nella predilezione per l'ottenimento immediato dello stesso (Sonuga-Barke et al. 1992, Sagvolden 1999).

Il disaccordo sugli aspetti formali della sintomatologia è rintracciabile anche sul piano delle teorie che tentano di spiegare l'eziopatogenesi del disturbo.

Ad esempio, con lo scopo di spiegare l'ADHD come disturbo dell'inibizione, Nigg (2001) rileva come ad un livello di analisi comportamentale, i bambini con ADHD mostrino comportamenti caratterizzati da rapidità, disattenzione, accompagnati da una tendenza ad agire in maniera inappropriata anche in contesti dove attenzione e cure sono garantite. In ogni caso, quella che sinteticamente chiamiamo impulsività comportamentale non rivelerebbe il problema psicologico centrale del disturbo, rintracciabile invece nei livelli di *arousal* o nei processi di attivazione, attenzione, sforzo nella risposta, motivazione o inibizione. In definitiva, Nigg sostiene che delle spiegazioni fornite, due sarebbero fondamentali. Nel primo caso, sarebbe centrale il ruolo della forza e della inadeguatezza degli impulsi; nel secondo, il problema della loro inefficiente inibizione. Le teorie sull'ADHD varierebbero in considerazione di questi due fondamentali problemi (Nigg 2001).

Ad un livello di analisi differente, l'ADHD andrebbe considerata sul piano del controllo esecutivo ed, in particolar modo, valutata come l'esito di un problema legato ad una disfunzione dell'inibizione esecutiva. In questo caso, l'autore rileva come siano state proposte circa dieci teorie neuropsicologiche dell'ADHD, che avrebbero in comune l'idea relativa all'importanza assunta dalle capacità di inibire una risposta, una capacità che interverrebbe a più livelli, essendo fondamentale per la regolazione di tutti i comportamenti, compresi i comportamenti sociali, la pianificazione, le competenze motorie, la capacità di attendere, la produzione del linguaggio: "Quando l'inibizione è debole, un ampio *range* di impulsi e di attività motoria viene espresso in maniera inappropriata" (Nigg 2001).

La sovrapposizione dei livelli di spiegazione è visibile anche passando in rassegna le teorie che tentano di mettere insieme più livelli.

Ad esempio, da un punto di vista eziologico, Barkeley (1999) combina aspetti relativi all'inibizione del comportamento, all'attenzione sostenuta e alle Funzioni Esecutive per spiegare i deficit associati all'ADHD. Egli fa riferimento al fatto che il comportamento individuale è moderato dall'elaborazione interna delle informazioni in relazione al contesto presente, agli eventi passati e all'anticipazione degli eventi futuri. Barkeley (2000) sostiene che il danneggiamento

mento delle Funzioni Esecutive nei bambini con ADHD si tradurrebbe in un comportamento governato soprattutto da fattori temporali come il rinforzo immediato, piuttosto che dai processi interni auto-diretti. La difficoltà legata alla capacità di regolare internamente il comportamento conseguente alle difficoltà nei processi di pianificazione delle azioni sarebbe dovuta alla perdita di controllo dell'inibizione. Le Funzioni Esecutive coinvolte in questi processi sono la memoria di lavoro non verbale, la memoria di lavoro verbale e l'autoregolazione di affetto/motivazione/*arousal*. In questo senso, rispetto a campioni non clinici, i bambini con ADHD esibiscono con ritardo l'abilità ad utilizzare il linguaggio interno per regolare il proprio comportamento. A ciò l'autore aggiunge che le motivazioni e la persistenza in un compito in bambini con ADHD siano particolarmente dipendenti dai rinforzi esterni, rispetto agli interni, a causa dell'incapacità ad inibire le risposte.

Ad un livello ulteriore, Sagvolden (2005) sostiene che i comportamenti dei bambini con ADHD dovrebbero essere considerati come funzione dell'interazione tra fattori interni, come il funzionamento del sistema dopaminergico, e fattori sociali ed ambientali (conseguenze). Da un punto di vista strettamente comportamentale, gli effetti a breve termine delle interazioni tra il bambino e l'ambiente produrrebbero esiti comportamentali prevedibili, come risultato dello sviluppo di una storia di associazioni tra comportamenti e conseguenti. In particolare modo, l'incapacità ad associare i comportamenti ai conseguenti potrebbe inibire l'apprendimento nei contesti sociali dove i comportamenti emergenti vengono premiati, puniti o estinti in virtù della loro appropriatezza. Questo ed altri meccanismi potrebbero interrompere o interferire con l'apprendimento di complesse sequenze di comportamento e, nel corso dello sviluppo, incidere anche sullo sviluppo del linguaggio e sui processi controllati dal linguaggio.

Sul piano psicosociale, la complessità dell'intervento è testimoniata dalla numerosità dei domini coinvolti. In questo caso, è ampia la letteratura sulle difficoltà scolastiche, i problemi familiari, i rapporti con i coetanei.

In ambito scolastico, la maggior parte dei bambini e degli adolescenti con ADHD presentano problemi sul piano della prestazione e della produzione, come dimostrato dagli studi che rilevano la bassa percentuale di riuscita nei compiti (Abikoff et al. 1977), la difficoltà a completare i compiti in classe (Pfiffner e Barkley 1990), la bassa percentuale di interazioni positive con gli insegnanti e gli alti livelli di negatività espressa (Whalen et al. 1980).

A tali pattern di comportamento andrebbero ascritte le percentuali elevate di insuccesso e di abbandono scolastico, fenomeni che si realizzerebbero anche in assenza di problemi neuropsicologici conclamati (Barkeley et al. 1990).

L'altro dominio coinvolto è quello familiare. In questo caso, le interazioni genitore bambino sono improntate ad una forte conflittualità, con genitori inclini ad essere negativamente reattivi e a fornire risposte caratterizzate da scarsi livelli di responsività ed empatia (Anderson et al. 1994). Un altro, fondamentale elemento associato alle dinamiche osservabili in famiglia è lo sviluppo di uno scarso senso di autoefficacia relativo alle capacità genitoriali (Fisher 1990), unitamente alla riduzione dei contatti sociali (Cunningham et al. 1988). Di contro, un comportamento caratterizzato da alta intrusività ed iperstimolazione durante l'infanzia rappresenterebbe l'antecedente dello sviluppo di iperattività in età successive (Jacobvitz e Sroufe 1987).

Infine, c'è da considerare l'effetto che l'impulsività, associata a livelli oscillanti di aggressività, produce sulla relazione con i coetanei in termini di rifiuto. Un rifiuto sociale che si sviluppa con una certa rapidità anche dopo brevi esposizioni al gruppo di coetanei e che, una volta comparso, sembra essere particolarmente persistente (Isola e Mancini 2007).

Dunque, dall'esame della letteratura emerge una sovrapposizione tra i livelli di spiegazione psicologico, neuropsicologico, cognitivo, sociale che non aiuta nella scelta degli interventi da effettuare, né nella pianificazione di progetti terapeutici, e che in parte spiega il problema della

cronicizzazione del disturbo.

In altre parole, tale premessa giustificerebbe una maggiore attenzione nella scelta degli interventi terapeutici e, ancor prima, nella definizione degli obiettivi da perseguire.

In ogni caso, la varietà di domini in cui è possibile osservare i sintomi giustifica l'attenzione per programmi di intervento altamente differenziati ed organizzati con l'ausilio di setting diversi, diretti alla varietà di domini funzionali, oltre che agli aspetti sintomatici principali (Wells et al. 2000). In questo senso, il trattamento dovrebbe tener conto dell'impulsività, iperattività e disattenzione, senza trascurare l'obiettivo di ridurre l'aggressività, ridurre le interazioni coercitive ed altamente conflittuali tra genitore e bambino, modificare le relazioni con i coetanei prevenendo esperienze di rifiuto, aumentare le competenze per ridurre i fallimenti scolastici, riabilitare le Funzioni Esecutive per favorire inibizione ed autocontrollo.

Nelle pagine successive, ci concentreremo in particolar modo sugli interventi e le procedure da realizzare in setting individuali e di gruppo, in cui la gestione delle contingenze di rinforzo è finalizzata allo sviluppo di autocontrollo.

Si tratta di interventi sia psicosociali, sia strettamente comportamentali che prevedono l'utilizzo di strategie volte alla riduzione dell'impulsività e all'aumento nell'emissione di comportamenti caratterizzati da autocontrollo, in cui sono coinvolti sia il bambino, sia i genitori.

Nei prossimi paragrafi, presenteremo una procedura descritta da Barry e Haraway (2005), realizzabile dal bambino sia singolarmente, sia in gruppo e che, in alcune fasi, prevede l'intervento attivo dei genitori. Successivamente, descriveremo alcune delle fasi di un programma di Parent Training proposto da Bloomquist e Schnell (2002).

Le strategie finalizzate allo sviluppo dell'auto-controllo

È possibile definire il processo di autocontrollo come l'insieme di tre componenti (Pope et al. 1992):

- a) la capacità di inibire i propri impulsi, che si realizza quando il soggetto tra due comportamenti possibili e tra loro incompatibili, sceglie l'alternativa immediatamente meno gratificante (Rachlin 1995), dilaziona nel tempo la soddisfazione dei propri desideri (Mischel-Mischel 1983) e controlla l'espressione delle proprie emozioni (Goleman 1996);
- b) la capacità di programmare le proprie azioni che si realizza attraverso la pianificazione e l'organizzazione del proprio spazio e del proprio tempo;
- c) la capacità di resistere allo sforzo e alla fatica, mantenendo il proprio coinvolgimento in attività, anche poco gratificanti o noiose, per un periodo di tempo consistente, senza influire sulla qualità della prestazione.

La capacità di autocontrollo sembra essere fortemente correlata con il grado di sviluppo della persona. In particolare, sono stati individuati, tra l'infanzia e l'età adulta, sei stadi attraverso cui si evolve il processo di sviluppo di autocontrollo (Pope et al. 1992).

All'infanzia di un individuo corrisponde lo stadio *impulsivo*, caratterizzato da azioni orientate all'immediata ricompensa o all'evitamento di una punizione. Lo stadio successivo è definito *del tornaconto* in cui l'azione viene guidata esclusivamente dalla acquisizione di un vantaggio personale. Nello stadio *conformista*, immediatamente successivo, il bambino orienta i propri comportamenti verso l'accettazione delle regole, perché permettono di ottenere approvazione da parte degli altri. Lo stadio *coscienzioso* si contraddistingue per il controllo che l'individuo opera sui comportamenti "negativi" che mette in atto, allo scopo di evitare sia il senso di colpa che la condanna da parte degli altri. Il successivo stadio è quello *autonomo*, durante il quale il

ragazzo è in grado di riconoscere che i propri bisogni a volte possono entrare in conflitto con quelli degli altri e che esprimere il proprio malessere in modo impulsivo può arrecare danno. In questo stadio il ragazzo giunge alla conclusione che è possibile manifestare in modo immediato il proprio disagio nella misura in cui questo non comporti una sofferenza per gli altri.

Infine lo stadio *integrato* si caratterizza per la capacità di riconoscere i bisogni altrui e di conciliarli con i propri.

Secondo Barry e Haraway (2005), i comportamenti di autocontrollo consterebbero di almeno due risposte connesse da una relazione funzionale, nella quale l'una controlla l'altra (ad esempio, fornire a se stessi un comando ed eseguirlo). Dovremmo, quindi, osservare un comportamento target da modificare ed un comportamento improntato all'autocontrollo utilizzato per correggere il comportamento target.

Le strategie finalizzate all'autocontrollo possono includere a) una definizione operativa dei comportamenti da controllare e dei comportamenti da utilizzare ai fini del controllo, operazione che può comportare la descrizione dettagliata dei comportamenti target o di più complesse catene di comportamenti; b) la registrazione dei dati; c) l'acquisizione di abilità attraverso istruzioni verbali o prove pratiche; d) la gestione delle contingenze attraverso l'uso dei conseguenti (rinforzi positivi e negativi, punizioni e costo della risposta); e) la valutazione dei dati per la verifica dell'acquisizione delle competenze e degli obiettivi stabiliti (Barry e Haraway 2005).

Durante la fase della definizione operativa dei comportamenti, si tratterà di coinvolgere il più possibile il bambino nella procedura di operazionalizzazione. In questo caso, relativamente all'influenza che il soggetto potrebbe avere sulla definizione, è importante che il bambino sia capace di discriminare ed individuare quando un comportamento è presente e quando non lo è. Un training finalizzato alla discriminazione in questa direzione potrebbe essere necessario (Martella et al. 2003).

Una definizione operativa includerà una descrizione specifica del comportamento e degli strumenti di misurazione dello stesso relativamente agli aspetti della frequenza, durata, tempi interrisposta, latenza, percentuale di intervalli totali, percentuale di intervalli parziali, ecc.

In ogni caso, la difficoltà è rappresentata dall'identificazione di un comportamento preciso, osservabile e misurabile. In generale, potremmo dire che parte delle strategie di autocontrollo includono piani volti a favorire sia l'insorgenza di un nuovo comportamento, sia la contemporanea riduzione di quello meno appropriato.

La registrazione dei dati richiede che il bambino sia capace di automonitoraggio e di identificare il comportamento target, in modo da poterne registrare le occorrenze. In questi casi, potrebbe essere utile l'intervento di una terza persona (genitore) che, autonomamente, si faccia carico della raccolta.

Inoltre, è abbastanza frequente il ricorso a tabelle nelle quali includere i comportamenti da favorire e caratterizzati da alto autocontrollo. In questi casi, è importante che il bambino sappia come completare la tabella e sappia eseguire facilmente il comportamento che vorremmo implementare. Un ulteriore accorgimento è rappresentato dalla richiesta al bambino di osservare i comportamenti adeguati e non registrare la frequenza dei comportamenti impulsivi, con l'obiettivo di aumentare la focalizzazione dell'attenzione su ciò che sa e può fare. In questo senso, la fase di registrazione dei dati può essere considerata come una vera e propria competenza da insegnare. Non dobbiamo dimenticare, dunque, che quando procederemo a tale addestramento, dovremo essere pronti a rinforzare il bambino con lo scopo di aumentare il livello di autoriflessività e di incoraggiare un certo grado di accuratezza.

L'acquisizione di competenze nella seconda fase rappresenta una componente importante nella realizzazione di programmi per lo sviluppo di autocontrollo. Come accennato in preceden-

za, le competenze da favorire sono quelle relative all'identificazione dei comportamenti da modificare, così come tutte quelle abilità che risulteranno necessarie nella produzione di strategie comportamentali che implicino l'uso di auto-monitoraggio, capacità di registrazione dei dati (da parte del bambino), auto-valutazione. Per i bambini, l'acquisizione di competenze si tradurrà nello sviluppo di un training intensivo condotto con strategie di modeling, esercizi pratici, somministrazione di rinforzi e feedback volti a mantenere o modificare la direzione intrapresa.

Le Procedure di modeling possono essere realizzate in diversi modi. In alcuni casi, gli adulti che si occuperanno di implementare il comportamento target mostreranno al bambino come emettere concretamente il comportamento caratterizzato da autocontrollo e quale il contesto appropriato in cui farlo, chiedendo al bambino di fare attenzione durante l'esecuzione. Una modalità ulteriore di modeling è quella che fa uso di sequenze videoregistrate o di fotografie in cui è il bambino stesso ad emettere il comportamento desiderato (Apple et al. 2005).

Dopo l'esposizione al comportamento adeguato, realizzata attraverso le procedure di modeling, potrebbe essere utile indicare al bambino di emettere il comportamento implementato nei contesti in cui è richiesto e di farlo concretamente. Ad esempio, supponiamo che un bambino voglia imparare una modalità di richiesta adeguata di cibo durante la cena. Uno dei genitori potrebbe mostrargli come fare e subito dopo creare le condizioni perché il bambino emetta la richiesta autonomamente. Nell'esempio, si tratterebbe di porre un piatto vuoto davanti al bambino ed aspettare che faccia la richiesta di cibo.

Nelle fasi di realizzazione potrebbe essere utile somministrare feedback correttivi. La procedura da seguire dovrebbe essere la seguente: a) chiedere al bambino di interrompere l'attività che sta svolgendo; b) chiedere al bambino di osservare cosa fa il modello; c) fornire suggerimenti aggiuntivi; d) creare più opportunità per la realizzazione pratica del comportamento.

Infine, i rinforzi da utilizzare nelle fasi di acquisizione delle competenze possono essere di tipo verbale, come l'incoraggiamento o i sorrisi ed andrebbero somministrati ad ogni approssimazione successiva raggiunta (Mosticoni 2006).

La terza fase è quella della gestione delle contingenze, momento che consta dell'utilizzo dei conseguenti sia per favorire l'esibizione del comportamento target, sia per aumentare le capacità di automonitoraggio ed autovalutazione, componenti fondamentali dell'autocontrollo.

Idealmente, le strategie di autocontrollo dovrebbero includere procedure di auto-rinforzo in cui il soggetto gestisce i rinforzi con la finalità di raggiungere gli scopi comportamentali stabiliti. Per i bambini, un supporto esterno risulterà utile nella somministrazione di rinforzi come conseguente per un accurato automonitoraggio, una buona registrazione o un'accurata valutazione.

Il Parent Training

Lo scopo del Parent Training è legato alla necessità di migliorare il funzionamento familiare, in particolar modo in quelle situazioni caratterizzate da un livello consistente di aggressività. In questi casi, tale procedura risulterà utile a prevenire l'insorgenza o a fronteggiare quei fattori che innescerebbero circoli viziosi improntati ad una forte aggressività, oltre che fornire gli strumenti necessari a reagire in maniera adeguata all'impulsività del bambino (Bloomquist e Schnell 2002).

In particolare, il Parent Training è procedura che serve a ridurre i comportamenti aggressivi e quelli caratterizzati da bassa compliance o distruttivi, migliorando le competenze ed il funzionamento genitoriali e facilitando le relazioni familiari. Inoltre, minimizzando gli effetti conse-

guenti alla frequentazione di coetanei che presentano un certo livello di antisocialità, il Parent Training incrementa indirettamente anche le competenze sociali.

Nel dettaglio, la procedura di Parent Training servirà a ridurre le condotte aggressive, a modificare i comportamenti genitoriali che inavvertitamente rinforzano tali condotte, a modificare i comandi inefficaci, a ridurre la disciplina caratterizzata da severità o da inconsistenza, ad aumentare il monitoraggio, a ridurre la disattenzione verso i comportamenti adeguati. Inoltre, gli effetti di tale procedura saranno visibili anche sul piano del miglioramento del legame affettivo tra genitore e bambino.

Un'ulteriore obiettivo, nei casi in cui ce ne fosse bisogno, sarà fronteggiare i problemi che investono direttamente i genitori (salute mentale, difficoltà relazionali, finanziarie, sociali, ecc.), che generano stress ed interferiscono con uno stile genitoriale adeguato.

I metodi di training

L'insegnamento delle competenze si realizza attraverso metodi di modeling, role-playing, fornendo istruzioni verbali (prompt) ed esercizi pratici. Il terapeuta osserverà i genitori nell'atto di utilizzare le nuove competenze, fornendo feedback relativi ai progressi raggiunti. Una competenza da acquisire verrà presentata nella prima sessione, sperimentata attraverso la somministrazione di homework, con una fase di training che si protrae fino a quando la competenza non verrà assimilata definitivamente.

Tali interventi possono essere realizzati sia in situazioni di coppia, sia di gruppo.

Lo scopo finale è il mantenimento e la generalizzazione dell'uso delle competenze apprese tramite le procedure di Parent Training dal contesto della terapia alle situazioni quotidiane.

La comprensione dei principi dell'apprendimento sociale

Molti protocolli di Parent Training prevedono una fase iniziale di apprendimento delle basi teoriche e dei principi dell'apprendimento sociale, su cui sono basate le strategie di fronteggiamento delle difficoltà del bambino.

Miller e Prinz (1990) hanno sintetizzato tali principi, individuandone sette:

1. La necessità di identificare e riconoscere chiaramente il comportamento del bambino
2. La necessità di ridurre la focalizzazione dell'attenzione sui comportamenti problematici, aumentando l'attenzione sui comportamenti positivi e prosociali.
3. L'importanza di osservare quotidianamente comportamenti specifici.
4. Come incrementare l'emissione di comportamenti prosociali, somministrando rinforzi tangibili e sociali.
5. Come ridurre l'aggressività attraverso tecniche caratterizzate da una disciplina coerente
6. L'importanza della comunicazione e di comandi efficaci
7. L'utilità di prevedere e risolvere i problemi genitoriali

Nelle pagine successive, ci concentreremo in particolar modo sulle fasi di osservazione e individuazione dei comportamenti target, di modellamento dei comportamenti adeguati, di training per ignorare i comportamenti *mediamente* negativi e per interrompere le escalation di rabbia e i conflitti genitori-bambino.

L'osservazione del comportamento

È necessario insegnare ai genitori ad indicare e riconoscere comportamenti specifici. Ciascun comportamento dovrà essere accuratamente definito, osservato e registrato. Ad esempio, la disponibilità a rispondere positivamente alle richieste dei genitori dovrebbe essere operazionalizzata in questo modo: "Ascolta ed ubbidisce quando il genitore gli chiede di fare qualcosa". Inizialmente, la valutazione di base consisterà nel computo della frequenza di un comportamento specifico, emesso in un intervallo delimitato di tempo (ad esempio, "numero di volte in cui il bambino risponde positivamente alle richieste dei genitori, nell'arco di una settimana").

A tal fine, è possibile utilizzare delle tabelle simili a quelle descritte per le fasi iniziali delle procedure volte a favorire l'autocontrollo.

Il modellamento dei comportamenti positivi

In questo caso, la finalità del training è imparare a porre attenzione e premiare i comportamenti positivi. In una fase iniziale, i genitori imparano ad individuare il comportamento e a riconoscerlo come positivo. Successivamente, mentre il bambino emette il comportamento adeguato, al genitore verrà insegnato a somministrare elogi che specifichino cosa abbia fatto il bambino e che comunichino esplicitamente la soddisfazione del genitore ("Mi fa piacere che tu abbia prestato i pastelli a tua sorella").

I genitori impareranno, inoltre, a somministrare rinforzi tangibili.

Ignorare i comportamenti mediamente negativi

Obiettivo di questa fase è istruire i genitori ad ignorare comportamenti come lagnarsi, battibeccare, imprecare e protestare. Quando il bambino emette simili comportamenti, i genitori eviteranno la somministrazione di rinforzi verbali ("Smettila!") o fisici (guardare il bambino con sguardo annoiato) ed eviteranno la prossimità fisica al bambino.

L'attenzione al bambino riprenderà in presenza di un miglioramento significativo del comportamento.

Interrompere il conflitto

La maggior parte dei programmi di Parent Training comprende una fase dedicata ad insegnare ai genitori a ridurre i conflitti che si innescano nelle situazioni in cui provano ad ottenere collaborazione dal bambino, o nelle circostanze in cui esercitano su di lui una certa dose di disciplina. Abitualmente, l'atteggiamento dei genitori in presenza di una risposta caratterizzata da oppositività sarà tale da incrementare il livello di aggressività espressa.

Una possibilità di successo potrebbe essere garantita dall'esplicitazione di un atteggiamento direttivo calmo e deciso. In questo caso, si tratterà di addestrare i genitori allo sviluppo di competenze utili al fronteggiamento delle situazioni stressanti, da utilizzare in presenza di comportamenti caratterizzati da impulsività o bassa compliance.

Sono quattro le procedure utilizzate per insegnare le competenze di fronteggiamento dello stress:

1. Insegnare a riconoscere lo stress e ad essere consapevole dei segnali del corpo (accelerazione del battito cardiaco, tensione muscolare, sensazione di caldo, ecc.), dei pensieri (“È un delinquente!”, “Lo fa apposta!”) e dei segnali che provengono dall'esterno (il bambino urla, fa rumore, piange, ecc.) che ne precedono la comparsa.

2. Addestrare i genitori all'uso di tecniche di rilassamento muscolare.

3. Insegnare al genitore ad utilizzare strategie di “self-talk” (“È facile”; “Sono capace di gestire questa situazione”; “Farò del mio meglio”).

4. Addestrare i genitori ad agire con decisione (andar via, ignorare, esprimere emozioni, risolvere il problema)

Inoltre, sarebbe utile favorire il riconoscimento delle diverse fasi lungo le quali si realizza l'escalation di rabbia. In questo caso, il terapeuta si impegnerà nell'addestramento del identificazione dei fattori che ne segnalano l'inizio e la fine, decidendo successivamente quale strategia utilizzare per fronteggiare la situazione. Ad esempio, qualora la richiesta di fare i compiti dovesse rappresentare l'antecedente di una risposta di rabbia, il genitore potrebbe avvertire il bambino ogni 5 minuti per 15 minuti che di lì a poco somministrerà quel tipo di comando, modificando in tal modo la situazione stimolo.

Il Time Out e la rimozione dei privilegi per favorire la compliance del bambino

Il primo passo per la realizzazione di questa fase è insegnare a riconoscere e definire accuratamente i comportamenti caratterizzati da scarsa collaborazione. In questo caso, si tratta di quei comportamenti che si verificano quando il bambino si rifiuta di eseguire un comando o si sottrae alle richieste dei genitori.

Sono 3 i comportamenti tipicamente non collaborativi:

1. Rifiuto esplicito. Il bambino rifiuta di impegnarsi fisicamente nel compito
2. Negoziazione. Il bambino indulge in strategie di razionalizzazione con lo scopo di convincere il genitore
3. Resistenza. Il bambino si lamenta e si mostra esitante

In questi casi, come descritto in precedenza, i genitori dovrebbero essere pronti a reagire e a farlo con calma e decisione.

Nella seconda fase, i genitori vengono istruiti ad elargire indicazioni chiare e ad evitare comandi inefficaci:

1. Indicazioni vaghe.
2. Comandi in forma di domanda
3. Spiegare la fondatezza o la ragionevolezza delle richieste
4. Somministrare troppe richieste contemporaneamente
5. Ripetere troppe volte la stessa prescrizione

Di contro, ai genitori sarà chiesto di emettere richieste e di farlo nella maniera seguente:

1. Fornire indicazioni specifiche (“Va’ nella tua stanza adesso!”; “Togli il piatto dal tavolo e riponilo nel lavello!”; “Spegni le luci!”)
2. Fornire indicazioni sul “Quando”. (“Quando avrai completato i compiti, allora potrai raggiungere i tuoi amici”)

Nelle occasioni in cui il bambino risponderà positivamente alle prescrizioni dei genitori, sarà necessario somministrare attenzione ed elogi finalizzati a rinforzare il comportamento adeguato.

Durante la terza fase, i genitori imparano a mettere in guardia il bambino sulle conseguenze di un comportamento scarsamente collaborativo. Al genitore sarà richiesto di rimanere calmo e

di somministrare l'ammonimento nella forma del "se-allora". Ad esempio, se il bambino si rifiuta di mettere a posto i giocattoli, gli si dirà "Se non riponi i giocattoli nell'armadio, allora ti siederai sulla sedia del time-out!".

Durante la quarta fase, il genitore viene istruito a far sedere il bambino sulla sedia del time-out, per circa 3 minuti. È utile disporre la sedia in una zona della casa che sia lontana da rumori e distrazioni e che consenta al genitore di monitorare il bambino da una certa distanza. Se il bambino si rifiuta di sedersi, allora il genitore lo avvertirà che il compito del time-out è necessario per altre attività: "Se non vai a sederti, non guarderai la tv".

Conclusioni

Gli effetti della sintomatologia dell'ADHD sono rintracciabili in una varietà di contesti (scuola, famiglia, coetanei, ecc.).

Le fasi di pianificazione dell'intervento dovrebbero prevedere, quindi, l'attivazione di setting diversi (individuali, di gruppo) ed il coinvolgimento delle persone o delle istituzioni (famiglia, scuola) che si occupano del bambino, fornendo loro gli strumenti utili all'identificazione e alla modifica delle condotte sintomatiche.

In questo senso, abbiamo provato a descrivere alcune delle procedure che sono necessarie al fronteggiamento degli aspetti sintomatici come l'impulsività e l'aggressività, presentando le fasi di realizzazione della terapia finalizzata all'autocontrollo e del programma di Parent Training.

Bibliografia

- Abikoff H, Gittelman-Klein R, Klein D (1977). Validation of a classroom observation code for hyperactive children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 45, 772-783.
- Anderson CA, Hinshaw SP, Simmel C (1994). Mother-child interactions in ADHD and comparison boys: Relationship with overt and covert externalizing behaviour. *Journal of Abnormal Child Psychology* 22, 247-265
- Apple AL, Billingsley F, Schwartz IS (2005). Effect of video modeling alone and with self-management on compliment-giving behaviours of children with high-functioning ASD. *Journal of Positive Behaviour Intervention* 7, 33-46.
- Barkeley RA, DuPaul GJ, McMurray MB (1990). Attention deficit disorder with and without hyperactivity: Clinical response to three dose levels of methylphenidate. *Pediatrics* 87, 519-531.
- Barkeley RA (1999). Theories of attention-deficit/hyperactivity disorder. In HC Quay & AE Hogan (Eds), *Handbook of disruptive behaviour disorders*. Kluwer Academic New York:
- Barkeley RA (2000). Commentary on the multimodal treatment study of children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 595-599.
- Barry LM, Haraway DL (2005). Behavioural Self-Control Strategies for Young Children. *Journal of Early and Intensive Behaviour Intervention* 2, 79-90.
- Biederman J, Faraone S, Mick E, Williamson S (1999). Clinical correlates of ADHD in females: Finding from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38, 966-975
- Bloomquist ML, Schnell SV (2002). *Helping Children with Aggression and Conduct Problems.*, New York, London The Guilford Press.
- Cunningham CE, Benness BB, Siegel LS (1988). Family functioning, time allocation, and parental

- depression in the family of normal and ADHD children. *Journal of Clinical Child Psychology* 17, 169-177.
- Fisher M (1990). Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology* 19, 337-346.
- Goleman D (1996). *Intelligenza emotiva*. Milano, Rizzoli.
- Isola L, Mancini F (2007). *Psicoterapia cognitive dell'infanzia e dell'adolescenza* (Seconda Edizione). Franco Angeli, Milano.
- Jacobvitz D, Sroufe LA (1987). The early caregiver-child relationship and attention deficit disorder with hyperactivity in kindergarten: A prospective study. *Child Development* 58, 1496-1504.
- Martella RC, Nelson JR, Marchand-Martella NE (2003). *Managing Disruptive Behaviours in the Schools*. Allyn & Bacon. Boston:
- Miller GE, Prinz RJ (1990). Enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorder. *Psychological Bulletin* 108, 291-307.
- Mischel HN, Mischel W (1983). The development of children's knowledge of self-control strategies, in *Child Development* 54, 603-619.
- Mosticoni R (2006). *Analisi funzionale in psicologia*, Giovanni Fioriti Editore
- Nigg JT (2001). Is ADHD a Disinhibitory Disorder?. *Psychological Bulletin* 127, 571-598
- Pfiffner LJ, Barkley RA (1990). Educational placement and classroom management. In RA Barkley (ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). Guilford New York:.
- Pope A, Mc Hale S, Craighead E (1992). *Migliorare l'autostima. Un approccio psicopedagogico per bambini e adolescenti*. CSE Trento,.
- Rachlin H (1995). Self-control beyond commitment. *Behavioral and Brain Sciences* 18, 109-159.
- Root RW, Resnick RJ (2003). An Update on the Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children. *Professional Psychology: Research and Practice* 34, 34-41
- Rubia K, Oosterlaan J, Sergeant JA, Brandeis D, van Leeuwen T (1998). Inhibitory dysfunction in hyperactive boys. *Behavioural Brain Research* 94, 25-32.
- Sagvolden T (1999). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *European Psychologist* 4, 109-114.
- sagvolden T, Johansen EB, Aase H, Russell VA (2005). A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combine subtypes. *Behavioural and Brain Sciences* 28, 397-468.
- Sonuga-Barke EJS, Taylor E, Sembi S, Smith J (1992). Hyperactivity and delay aversion I: The effect of delay on choice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 33, 387-398.
- Snider VE, Frankenburger W, Aspenson MR (2000). The relationship between learning disabilities and attention deficit hyperactivity disorder: A national survey. *Developmental Disabilities Bulletin* 28, 19-37.
- Wells KC, Pelham WE Jr., Kotkin RA, Hoza B, Abikoff HB, Abramovitz A, Arnold LE, Cantwell DP, Conners CK, Del Carmen R, Elliott G, Greenhill LL, Hechtman L, Hibbs E, Hinshaw SP, Jensen PS, March JS, Swanson JM, Schiller E (2000). Psychosocial Treatment Strategies in the MTA Study: Rationale, Methods, and Critical Issues in Design and Implementation. *Journal of Abnormal Child Psychology* 28, 483-505.
- Whalen CK, Henker B, Dotemoto S (1980). Methylphenidate and hyperactivity: Effects on teacher behaviours. *Science* 208, 1280-1282.

Corrispondenza

Dott. Carlo Buonanno c/o Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC. Viale Castro Pretorio, 116 – 00185 Roma - email: cbuonanno@alice.it