

Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo



Giulia Savarese

IPERATTIVITÀ E GESTIONE DELLE EMOZIONI

Percorsi educativo-didattici
e motorio-sportivi

FrancoAngeli

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

**Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo**

Giulia Savarese
**IPERATTIVITÀ
E GESTIONE
DELLE EMOZIONI**
Percorsi educativo-didattici
e motorio-sportivi

FrancoAngeli

Copyright © 2009 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.
L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Introduzione	pag. 11
1. Fondamenti teorici	» 15
1. Che cos'è il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (DDAI)	» 15
2. Il DDAI per il DSM-IV	» 17
2.1. Sottotipo a disattenzione prevalente	» 19
2.2. Sottotipo iperattivo-impulsivo	» 20
2.3. Sottotipo combinato	» 20
3. Le differenze tra il DSM-IV e l'ICD-10	» 21
3.1. Sintomi secondari	» 23
3.2. Fattori che influenzano la sintomatologia	» 24
4. Eziologia del disturbo	» 26
5. Prognosi	» 29
2. I soggetti affetti da DDAI	» 31
1. I bambini con DDAI	» 31
1.1. DDAI e iperattività	» 31
1.2. DDAI e "impulsività"	» 32
1.3. Difficoltà attentive e di concentrazione	» 34
1.4. Difficoltà nel fare amicizie	» 34
1.5. Difficoltà di apprendimento	» 35
1.6. Le dinamiche familiari	» 36
2. Comorbidità: i disturbi neuropsichiatrici correlati al DDAI	» 37

3. Le tecniche di trattamento	pag. 41
1. La diagnosi di DDAI	» 41
2. Informazioni necessarie per la valutazione del DDAI	» 43
2.1. L'anamnesi educativa	» 43
2.2. L'anamnesi familiare	» 44
2.3. Scale di valutazione del comportamento	» 45
3. Valutazione più ad ampio raggio per i disturbi emotivi e del comportamento	» 46
3.1. Test di performance	» 46
4. L'équipe che si occupa del trattamento: i "terapisti familiari" e le "agenzie di volontari"	» 47
4.1. I gruppi di sostegno per i genitori	» 49
5. Trattamenti del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività	» 49
5.1. Terapie farmacologiche	» 50
5.2. Training comportamentali	» 51
5.3. Trattamenti cognitivo-comportamentali	» 53
4. "Le famiglie con DDAI" e il "parent training"	» 55
1. Gli interventi psico-educativi per i genitori	» 55
2. Il parent training	» 58
3. Il ruolo terapeutico della famiglia	» 61
4. Figli speciali, "famiglie speciali"	» 65
5. Essere i "fratelli" e le "sorelle" di un bambino DDAI	» 71
5. Iperattività e alfabetizzazione emotiva, di Giulia Savarese e Roberta Spera	» 73
1. Il soggetto iperattivo a scuola	» 73
1.1. Insegnamento delle abilità sociali	» 74
2. Intelligenza e alfabetizzazione emotiva in classe	» 77
2.1. Intelligenza emotiva: da concetto astratto a casaldo della psicologia	» 77
2.2. Gardner: la teoria delle intelligenze multiple	» 78
2.3. Intelligenza intra e interpersonale, il primo passo verso l'intelligenza emotiva	» 81
2.4. Intelligenza emotiva: teorie a confronto	» 84

2.5.	L'alfabetizzazione emotiva	pag. 86
2.6.	L'alfabetizzazione emotiva nella nostra scuola	» 88
3.	Le caratteristiche emotive e i disturbi emotivi dell'allievo con DDAI	» 90
4.	Una ricerca-azione: training di alfabetizzazione emotiva per bambini con DDAI	» 92
4.1.	La ricerca-azione come previsione di processi e loro attuazione: il training emotivo	» 98
4.2.	Prima attività "Le emozioni hanno un nome!"	» 100
4.3.	Seconda attività "Le emozioni hanno un volto!"	» 101
4.4.	Terza attività "Le emozioni hanno un peso"	» 106
4.5.	Quarta attività "Il muro del suono, il vento e gli alberi"	» 110
4.6.	Quinta attività "Riflettiamo con una rappresentazione teatrale"	» 114
4.7.	Discussione e riflessioni sulla situazione di arrivo	» 116
4.8.	Suggerimenti e cambiamenti da realizzare	» 118
6.	Percorsi educativo-didattici per la gestione delle emozioni	» 121
	Percorso 1	» 121
	Percorso 2	» 123
	Percorso 3	» 129
7.	Le attività motorio-sportive per i soggetti con DDAI	» 133
1.	La funzione delle attività motorie e ludico-sportive nell'intervento didattico, di <i>Maurizio Sibilio</i>	» 133
2.	Costruzione di un ambiente di apprendimento centrato sull'esperienza corporea, di <i>Nadia Carlomagno</i>	» 148
3.	Percorsi didattici a carattere psicomotorio, di <i>Filippo Gomez Paloma</i>	» 154
3.1.	Psicomotricità e contesti	» 154
3.2.	Principi scientifici della psicomotricità educativa per DDAI	» 155

3.3. Itinerari didattici a carattere psicomotorio per soggetti affetti da DDAI	pag. 158
3.4. Brevi proposte operative	» 160
4. Itinerari di danza educativa, di <i>Carmen Palumbo e Maurizio Sibilio</i>	» 162
4.1. La danza: movimento creativo e danza educativa	» 162
4.2. Griglie operative	» 168
5. Percorsi motori e ludico-sportivi individuali, di <i>Michela Galdieri</i>	» 171
5.1. Gioco sport “Atletica leggera”	» 172
5.2. Gioco sport “Ginnastica”	» 174
5.3. Gioco sport “Nuoto”	» 175
6. Percorsi motori e ludico-sportivi di gruppo, di <i>Francesca D’Elia</i>	» 177
6.1. Gioco sport “Arrampicata”	» 178
6.2. Gioco sport “Pallacanestro”	» 180
6.3. Gioco sport “Calcio”	» 181
Bibliografia	» 185

Alla piccola Manuela

Introduzione

Ciò che molti studiosi del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività sostengono, è che uno degli aspetti fondamentali della gestione del DDAI, senza considerare il piano di presa in carico, è mantenere un costante spirito di *ottimismo* nonostante gli innumerevoli problemi che il soggetto presenta nell'autocontrollo della motricità, nell'attenzione, nella concentrazione, nonché nelle relazioni sociali.

Il bambino con DDAI dovrebbe essere coinvolto attivamente nell'identificare le priorità di comportamento, nel determinare gli obiettivi, e le linee-guida per ottenerli, avvalendosi del sostegno della sua famiglia e degli operatori per ogni passo del cammino.

Raggiungere gli obiettivi prefissati probabilmente richiederà tempo ed errori ma se questi vengono suddivisi in sotto-obiettivi meno impegnativi, e il tempo-limite per raggiungerli è realistico, il successo, l'accettazione e la soddisfazione miglioreranno di giorno in giorno.

Dall'esito di alcune ricerche sembra, infatti, che alcune persone "escano" dal DDAI con il semplice trascorrere del tempo; circa la metà dei bambini affetti, invero, sembra *funzionare* normalmente quando diventa adulta. La parte restante continua ad avere significative difficoltà per tutta la vita. In ogni modo, tra i bambini cui sia stata diagnosticata l'iperattività vi è una percentuale che va dal 30 all'80%, che continuerà ad avere sintomi persistenti fino all'età adulta. Se il DDAI è riconosciuto precocemente nel soggetto e adeguatamente trattato, dovrebbe essere possibile offrirgli uno stile di vita nel quale possa crescere senza avere più ulteriori e gravi difficoltà.

Sembra che una storia familiare di DDAI, la presenza di fattori psicosociali avversi e la comorbilità con disturbi della condotta, dell'umore e ansia, aumentino il rischio di persistenza dei sintomi.

A oggi, sembra più prudente cercare di identificare i bambini con DDAI e applicare i trattamenti efficaci e delle strategie di intervento il più precocemente possibile. Ciò comporta un cambiamento considerevole per

quelle figure professionali coinvolte nella salute, nell'educazione e nei servizi sociali. È indispensabile che essi continuino a lavorare in collaborazione con i gruppi di supporto familiare per assicurare a questo gruppo, potenzialmente trattabile, di giovani adulti sofferenze inutili. Il futuro per le persone con DDAI non deve essere necessariamente triste. Considerando i punti di forza e le debolezze del bambino e assicurandogli un aiuto adeguato, le famiglie, gli educatori e gli esperti possono lavorare insieme, consentendo alla persona di realizzare pienamente il proprio potenziale e di ottenere una vita felice e di successo.

La ricetta miracolosa *non esiste*; la soluzione deve essere cercata pazientemente *caso per caso*, attraverso un *intervento multidisciplinare e sinergico*, tenendo presente che il problema DDAI si presenta come caratteristica costituzionale dell'individuo, e non potrà essere cancellata con qualche esercizio di riabilitazione. È importante, quindi, che la famiglia e la scuola sentano questa responsabilità in termini di consapevolezza e motivazione, per impegnarsi nella gestione del bambino DDAI.

La formazione richiede un grande impegno di forze, disponibilità, amore e in particolare la capacità di tradurre il passaggio delle informazioni in atteggiamenti e comportamenti pedagogici conseguenti.

Bisogna creare un *clima favorevole*, fatto di comprensione, disponibilità e rispetto, in modo tale che ogni bambino si senta accolto e valorizzato. Ciò si traduce, altresì, in un clima di costante *collaborazione* tra gli attori dello scenario in cui il bambino vive: la famiglia, la scuola, i servizi sanitari e di riabilitazione. Attori che oggi sovente non dialogano, o sono ancorati a logiche di contrapposizione negativa, in cui si cerca costantemente di riversare la colpa sugli altri per il fatto che il bambino sia affetto da DDAI, cosa di cui in realtà nessuno ha colpa, essendo il DDAI un fatto biologicamente determinato.

Creare una nuova *cultura* sul problema DDAI è l'unico modo per modificare questi atteggiamenti negativi e per arrivare a un clima di costante collaborazione che accompagni il bambino durante il suo difficile itinerario nella scuola e nella vita.

Creare una nuova cultura significa innanzitutto creare sinergie e un linguaggio comune fra scuola, operatori e famiglie. Tutto ciò si determina attraverso una ridefinizione personale/professionale e contestuale dell'insegnante e del clima "scuola" che trascende ogni pur valida tecnica didattica e psicopedagogica.

Per agire con efficacia è necessario:

- capire ed evidenziare tempestivamente il disturbo e la sua tipologia;
- avere scambi di informazioni tra scuola, casa ed esperti;

- programmare obiettivi educativi comuni, congruenti e coerenti sia a scuola che a casa in modo da favorire l'autoregolazione del soggetto;
- formulare piani di intervento proseguendo a piccoli passi, per arrivare gradualmente alla soluzione;
- sfruttare più strategie possibili e variarle;
- mettersi in discussione (tutti coloro che sono coinvolti) per modificare alcuni atteggiamenti che non sono di aiuto al bambino;
- farsi aiutare da specialisti se siamo in difficoltà;
- curare il rapporto del bambino con i coetanei, creando situazioni di gioco di ruolo per educare all'autocontrollo;
- fornire esempi positivi, costruttivi e corretti;
- usare regole semplici, chiare, coerenti;
- usare specialmente i rinforzi positivi;
- punire comportamenti inadeguati gravi;
- prevedere in tempo comportamenti inadeguati e agire tempestivamente;
- educare alla gestione delle emozioni, soprattutto della rabbia;
- deviare le energie fisiche mal gestite verso attività motorie e sportive efficaci, che aiutino i soggetti a rispettare tempi e turni.

Per la stesura dei capp. 1-4 si ringrazia la dottoressa Lucia Chierchia.

1. Fondamenti teorici

1. Che cos'è il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (DDAI)

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (DDAI, nella letteratura italiana), conosciuto anche con l'acronimo inglese ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), è un *disturbo evolutivo dell'autocontrollo*. Esso include difficoltà di attenzione e concentrazione, di controllo degli impulsi e del livello di attività. Questi problemi derivano sostanzialmente dall'incapacità del bambino di regolare il proprio comportamento in funzione del trascorrere del tempo, degli obiettivi da raggiungere e delle richieste dell'ambiente.

È bene precisare che il DDAI non è una normale fase di crescita che ogni bambino deve superare, non è nemmeno il risultato di una disciplina educativa inefficace, e tanto meno non è una questione dovuta alla "cattiveria" del bambino. Il DDAI è un vero *problema*, per l'*individuo* stesso, per la *famiglia* e per la *scuola*, e spesso rappresenta un ostacolo nel conseguimento degli obiettivi personali. È un problema che genera sconforto e stress nei genitori e negli insegnanti i quali si trovano impreparati nella gestione del comportamento del bambino¹.

Esiste ancora oggi una certa difficoltà in ambito clinico nel porre la diagnosi di DDAI, che, infatti, non risulta essere molto frequente nei servizi per l'età evolutiva e/o di neuropsichiatria infantile nella realtà italiana². I bambini, tuttavia, che presentano le caratteristiche della sindrome in assenza di altri problemi di personalità e/o di disordini pervasivi dello sviluppo

¹ Marzocchi G. M. (2003), *Bambini disattenti e iperattivi. Cosa possono fare per loro genitori, insegnanti e terapeuti*, il Mulino, Bologna.

² Levi R., Penge G. (1996), "Il rischio psicopatologico in età evolutiva: problemi emergenti", *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 63, pp. 55-67.

sono numerosi, generalmente poco studiati e spesso non trattati sotto profilo terapeutico.

La vivacità è una caratteristica positiva nei bambini in quanto li rende attivi e curiosi nei confronti delle esperienze circostanti, tuttavia quando diventa eccessiva e si accompagna a caratteristiche quali *impulsività, disattenzione e carenza nell'autocontrollo*, può trattarsi di una vera e propria patologia che richiede una diagnosi specialistica e una terapia mirata.

I clinici dello sviluppo sembrano orientati a valutare le *difficoltà di attenzione e/o di iperattività* come problemi reattivi a situazioni scolastiche (per esempio insegnanti troppo severi o rigidi nelle richieste) o familiari (per esempio genitori poco in grado di procrastinare la soddisfazione di un bisogno nei propri figli, con basso grado di tolleranza di comportamenti non adeguati alle circostanze ecc.) e, pertanto, suscettibili di cambiamento con la crescita del bambino. In generale, i bambini con DDAI evidenziano adeguate risorse cognitive affettive, sono in grado di comprendere in quali brutte situazioni si pongono quando falliscono nell'autocontrollo e raramente diventano aggressivi con i coetanei e/o con gli adulti.

Le manifestazioni comportamentali relative alla *disattenzione* si riscontrano soprattutto in bambini che, rispetto ai propri coetanei, presentano un'evidente difficoltà a rimanere attenti o a lavorare su uno stesso compito per un periodo di tempo sufficientemente prolungato.

I soggetti disattenti, nei racconti di genitori e insegnanti, non riescono a seguire le istruzioni fornite, sono disorganizzati e sbadati nello svolgimento delle loro attività. Hanno difficoltà, inoltre, nel mantenere la concentrazione, si fanno distrarre molto facilmente dai compagni e da rumori occasionali e raramente riescono a completare un compito in modo ordinato. Quando sono in classe sembra che “sognino a occhi aperti” e spesso passano da un'attività all'altra senza averne completato alcuna. Sono bambini che si guardano continuamente intorno durante lo svolgimento di compiti come anche durante la proiezione di programmi televisivi, soprattutto nei momenti in cui risultano noiosi e ripetitivi.

I bambini che mostrano aspetti di *iperattività-impulsività* giocano in modo rumoroso, parlano eccessivamente con scarso controllo dell'intensità della voce, interrompono persone che conversano o che stanno svolgendo delle attività, senza essere in grado di aspettare il momento opportuno per intervenire. I genitori e gli insegnanti li descrivono sempre in movimento e sul punto di partire, incapaci di attendere una scadenza o il proprio turno.

Le ricerche che utilizzano misure oggettive di osservazione del comportamento riportano che questi soggetti non sono sufficientemente orien-

tati al compito e faticano a pianificare l'esecuzione delle attività che vengono loro assegnate³.

In questi ultimi anni la letteratura ha riportato dati che sottolineano la necessità di non trascurare queste difficoltà e di attivare per tempo forze sufficienti a modificare le problematiche evidenziate dalla scuola e dalla famiglia (anche per il rischio che in adolescenza si possano strutturare altri problemi quali disturbi della condotta e dipendenza da sostanze).

Un marcato livello di *disattenzione* e una serie di comportamenti che denotano *iperattività e impulsività* sono, dunque, le caratteristiche che contraddistinguono il disturbo in questione (DSM-IV, ICD-10)⁴.

Le manifestazioni di iperattività e impulsività sembrano essere attribuibili a una difficoltà di inibizione dei comportamenti inappropriati, che lo studioso americano Barkley definisce *disinibizione comportamentale* e che i soggetti con disturbo dell'attenzione esprimono con agitazione, difficoltà a rimanere fermi, seduti o composti quando viene loro richiesto⁵.

2. Il DDAI per il DSM-IV

La più recente descrizione del disturbo è contenuta nel DSM-IV (*Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*) dell'Associazione degli Psichiatri Americani, secondo il quale, per poter ricevere diagnosi di DDAI, i soggetti devono presentare almeno 6 sintomi (tra quelli descritti nella tabella 1) per un minimo di sei mesi. I sintomi devono comparire prima dei 7 anni di età e manifestarsi almeno in due contesti – scuola e famiglia – e provocare una compromissione clinicamente significativa del funzionamento scolastico e sociale⁶.

Il DSM-IV ammette la possibilità di porre una diagnosi di DDAI a casi piuttosto eterogenei tra di loro, per esempio, un bambino estremamente iperattivo riceverà la stessa diagnosi di DDAI di uno incapace di concentrazione, ma assolutamente calmo e tranquillo.

³ Marzocchi G. M. (2003), *Bambini disattenti e iperattivi. Cosa possono fare per loro genitori, insegnanti e terapeuti*, il Mulino, Bologna.

⁴ American Psychiatric Association (1995), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (Statistical and Disorder)*, 5th ed., APA; Organizzazione Mondiale della Sanità (1996), *ICD-10/International Classification of Diseases*, Masson, Milano.

⁵ Barkley R. A., Benton C. M. (2007), *Figli irrequieti*, Armando, Roma.

⁶ American Psychiatric Association (1995), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (Statistical and Disorder)*, 5th ed., APA.

Tab. 1 – Criteri diagnostici per il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività

Disattenzione	
1	Spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro o in altre attività
2	Spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco
3	Spesso sembra non ascoltare quando gli si parla direttamente
4	Spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici o i propri doveri (non a causa di un comportamento che si oppone alle regole sociali o per incapacità di capire le istruzioni)
5	Spesso ha difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle attività
6	Spesso evita di impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale prolungato (come compiti a scuola o a casa)
7	Spesso perde gli oggetti necessari per i compiti e le attività quotidiane (per esempio giocattoli, compiti di scuola, matite, libri o strumenti)
8	Spesso è facilmente distratto da stimoli estranei
9	Spesso è sbadato nelle attività quotidiane
Iperattività	
1	Spesso muove con irrequietezza mani o piedi e si dimena sulla sedia
2	Spesso lascia il proprio posto in classe o in altre situazioni in cui ci si aspetta che resti seduto
3	Spesso scorrazza e salta dovunque in modo eccessivo e in situazioni in cui è fuori luogo
4	Spesso ha difficoltà a giocare o a dedicarsi a divertimenti in modo tranquillo
5	È spesso "sotto pressione" o agisce come se fosse "motorizzato"
5	Spesso parla troppo
Impulsività	
1	Spesso "spara" le risposte prima che le domande siano state completate
2	Spesso ha difficoltà ad attendere il proprio turno
3	Spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti (per esempio si intromette nelle conversazioni o nei giochi)

Fonte: American Psychiatric Association (1995), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (Statistical and Disorder)*, 5th ed., APA

Sono stati condotti diversi studi per verificare la presenza di sottotipi all'interno del DDAI, in parte per giustificare la proposta del DSM-IV, in parte per isolare altri sottotipi, differenti tra di loro sia dal punto di vista cognitivo-comportamentale, che eziologico.

Le tipologie incluse nella più generale categoria di DDAI sono tre e descrivono campioni di bambini molto eterogenei tra di loro, soprattutto per quel che riguarda la comorbidità, il background familiare, il decorso temporale e la risposta alla terapia farmacologica.

Se un soggetto presenta almeno 6 dei 9 sintomi che appartengono esclusivamente alla categoria *disattenzione*, viene posta la diagnosi di DDAI-sottotipo *disattento*; se presenta esclusivamente 6 dei 9 sintomi della sola categoria *iperattività-impulsività*, allora viene posta la diagnosi di DDAI-sottotipo *iperattivo-impulsivo*; se il soggetto, infine, presenta entrambe le problematiche, allora si pone diagnosi di DDAI-sottotipo *combinato*.

I 18 sintomi presentati nel DSM-IV sono gli stessi contenuti nell'ICD-10 (pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità), l'unica differenza si ritrova nell'item 6 della categoria iperattività-impulsività (*parla eccessivamente*) che, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità è un'espressione di impulsività e non di iperattività, come afferma, invece, l'Associazione degli Psichiatri Americani.

Sebbene siano stati compiuti notevoli progressi nelle descrizioni nosografiche del disturbo, rimangono numerosi dubbi e perplessità sulla validità di tale diagnosi. In particolare, non è ancora chiaro se il sottotipo disattento sia veramente una manifestazione del DDAI o se invece rappresenti un disturbo con una propria autonomia e identità.

In secondo luogo, le ricerche non hanno ancora dimostrato se il sottotipo iperattivo-impulsivo sia effettivamente differente dal sottotipo combinato o se rappresenti una fase precoce di sviluppo del medesimo disturbo che, in concomitanza con l'ingresso nella scuola elementare, assume la veste del sottotipo combinato⁷.

A tale proposito, recenti ricerche hanno dimostrato che le difficoltà di inibizione comportamentale emergono tra i 3 e i 4 anni, mentre quelle legate alla disattenzione compaiono tra i 5 e i 7 anni. Gran parte dei bambini che presentano, inoltre, solo problematiche attentive vengono individuati dagli insegnanti tra il secondo e il terzo anno della scuola primaria, qualche anno in ritardo rispetto a quelli che presentano iperattività-impulsività (sottotipi iperattivo – impulsivo e combinato). Ciò sta a indicare la presenza di differenti decorsi a seconda dei sottotipi indicati nel DSM-IV⁸.

2.1. Sottotipo a disattenzione prevalente

Le poche ricerche disponibili condotte finora sostengono che esistono bambini con solo deficit attentivo (sottotipo con disattenzione predomi-

⁷ Vio C., Marzocchi G. M., Offredi F. (1999), *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività. Diagnosi psicologica e formazione dei genitori*, Erickson, Trento.

⁸ *Ibidem*.