

LAURA VANZIN
(A CURA DI)

Rallentiamo... e scegliamo!

Child training per l'ADHD

Prefazione di Paolo Moderato e Massimo Molteni



FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



Self-Help Workbook

Libri attivi ed interattivi. Libri da leggere, meditare e soprattutto da usare come un *workbook*, come un vero e proprio quaderno di esercizi.

Scritti dai maggiori esperti italiani e stranieri, propongono *metodi di autoaiuto* clinicamente efficaci, scientificamente fondati, rigorosi e innovativi. Psicologia, salute e crescita personale: sono questi gli ambiti a cui guardano per proporre strategie e soluzioni concrete ai problemi reali della vita di tutti noi. E a tutti noi, esperti e non, si rivolgono per aiutarci a *cambiare davvero*.

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.

LAURA VANZIN
(A CURA DI)

Rallentiamo... e scegliamo!

Child training per l'ADHD

Prefazione di Paolo Moderato e Massimo Molteni

FrancoAngeli

Hanno collaborato:

Margherita Fossati: psicologa, psicoterapeuta presso l'IRCCS Eugenio Medea di Bosisio Parini (LC)

Valentina Mauri: psicologa, psicoterapeuta presso l'IRCCS Eugenio Medea di Bosisio Parini (LC)

Angela Valli: psicologa, psicoterapeuta presso l'IRCCS Eugenio Medea di Bosisio Parini (LC)

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2018 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

Prefazione , di <i>Paolo Moderato e Massimo Molteni</i>	pag.	9
1. Il disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività (ADHD) , di <i>Laura Vanzin e Valentina Mauri</i>	»	13
2. Caratteristiche generali dell'intervento , di <i>Laura Vanzin e Angela Valli</i>	»	20
 Programma di child training di <i>Valentina Mauri, Angela Valli, Margherita Fossati e Laura Vanzin</i>		
Incontro 1. Presentiamoci e condividiamo le regole del gruppo	»	29
Incontro 2. Cosa ci sta a cuore: individuiamo le aree valoriali e le azioni inefficaci	»	37
Incontro 3. Individuiamo i nostri valori personali e le "azioni impegnate" – Parte I	»	45

Incontro 4. Individuiamo i nostri valori personali e le “azioni impegnate” – Parte II	pag.	56
Incontro 5. Ostacoli esterni e interni	»	60
Incontro 6. Come funziona la nostra mente: i “distrattori”	»	65
Incontro 7. La consapevolezza come strumento per non farci prendere “all’amo”	»	70
Incontro 8. Alleniamo la capacità di prestare attenzione a ciò che accade dentro e fuori di noi – Parte I	»	77
Incontro 9. Alleniamo la capacità di prestare attenzione a ciò che accade dentro e fuori di noi – Parte II	»	84
Incontro 10. Training sulle emozioni: discriminazione	»	90
Incontro 11. Training sulle emozioni: intensità e antecedenti – Parte I	»	98
Incontro 12. Training sulle emozioni: intensità e antecedenti – Parte II	»	103
Incontro 13. Training sulle emozioni: le sensazioni corporee	»	107
Incontro 14. Training sulle emozioni: le conseguenze	»	112
Incontro 15. Il sentiero verso i valori	»	118
Incontro 16. Perspective taking: introduzione ai concetti di “punto di vista” e “presa di prospettiva”	»	123
Incontro 17. Allenamento al perspective taking – Parte I	»	129
Incontro 18. Allenamento al perspective taking – Parte II	»	134
Incontro 19. Allenamento al perspective taking – Parte III	»	139
Incontro 20. ROAD: Respira, Osserva, Ascolta i tuoi valori, Decidi come agire	»	142

Incontro 21. Problem solving – Parte I	pag. 147
Incontro 22. Problem solving – Parte II	» 151
Incontro 23. Realizzazione del prodotto finale – Parte I	» 154
Incontro 24. Realizzazione del prodotto finale – Parte II	» 156
Incontro 25. Condivisione del prodotto finale	» 158
Appendice. La “token economy”	» 161
Bibliografia	» 167

Prefazione

di *Paolo Moderato e Massimo Molteni*

Il lavoro presentato in questo volume, curato da Laura Vanzin con il contributo di Valentina Mauri, Angela Valli e Margherita Fossati, è molto innovativo e contemporaneamente anche molto radicato nel passato, sebbene il passato dell'Acceptance e Commitment Therapy sia un passato piuttosto recente.

La nascita dell'Acceptance e Commitment Therapy, in breve ACT, pronunciato come parola intera (come l'ACI per capirsi), e della teoria psicologica del linguaggio che ne sta alla base, la Relational Frame Theory (RFT), risale alla metà degli anni Ottanta del secolo scorso, e il caso ha voluto che alcuni di noi ne fossero testimoni¹. Il lettore interessato a quella storia, che rappresenta un caso di specie di quanto afferma Nassim Taleb nel suo *Giocati dal caso* ne trova un dettagliato racconto nella postfazione alla seconda edizione del 2013 del manuale di Hayes, Strosahl e Wilson, *ACT Teoria e pratica dell'Acceptance and Commitment Therapy*.

Tuttavia, l'intera storia del rapporto tra l'ACT e l'Italia è costellata di eventi casuali.

L'ACT trova una sua prima codifica formale nel manuale di Hayes, Strosahl e Wilson del 1999 che raccoglie le esperienze fatte da Hayes e Zettle negli anni Ottanta sul *comprehensive distancing*. Interessante notare

1. Moderato P. (1991), *Behavioral analyses of memory*, in Hayes L.J, Chase P.N. (Eds.), *Dialogues on verbal behavior*, Context Press, Reno (NE).

che nel manuale del 1999 sono già presenti tutti i processi di base, che rimarranno inalterati nel tempo, ma non è ancora presente il più noto simbolo dell'ACT, l'hexaflex, cioè la rappresentazione grafica di questi processi e delle relazioni tra loro che portano – o meno – alla flessibilità psicologica. L'hexaflex sarà infatti disegnato in un bar, su una tovaglietta cartacea, in una discussione che vide coinvolti Frank Bond, che diventerà il primo Presidente ACBS, l'Associazione di Scienze Contestuali del Comportamento (che rappresenta la casa madre teorica ed epistemologica dell'ACT), in compagnia di Steve Hayes e Dermott Barnes-Holmes, il teorico non clinico RFT. Il bar si trovava in Svezia a Linköping dove, nel 2003, si stava svolgendo il 1° Congresso Mondiale ACT.

Anche qui il caso ha giocato le sue carte, drammaticamente. Quel congresso infatti si sarebbe dovuto tenere nel settembre del 2001. Come tutti ricorderanno, l'11 settembre 2001 si verificò l'attentato alle Torri Gemelle, i voli in tutto il mondo furono bloccati per diversi giorni, e il congresso fu gioco forza cancellato e rimandato a data da destinarsi. La nascita dell'hexaflex è quindi la conseguenza di un cigno nero, la metafora con cui si identificano gli eventi imprevisi e imprevedibili: se il congresso del 2001 non fosse stato cancellato chissà, forse l'hexaflex non sarebbe mai venuto alla luce, o magari non in quel modo.

Nel 2006 si tiene a Londra il 2° Congresso ACT: due allievi della scuola di specializzazione ASCCO, l'Accademia di Scienze Comportamentali e Cognitive, Giovanni Zucchi e Giovanni Miselli, che avevano cominciato a interessarsi all'ACT si iscrivono per partecipare, e già che si trovano là, a Londra, partecipano come soci fondatori alla costituzione dell'ACBS, l'Associazione di Scienze Contestuali del Comportamento.

Non è finita. Il gruppo ACT Italia, che si costituisce intorno ai sopraccitati Giovanni, viene riconosciuto come primo Capitolo Internazionale ufficiale dell'ACBS che non per caso terrà la sua World Conference 9 in Italia, a Parma, nel luglio 2011.

Il capitolo italiano è uno dei primi a dare vita ai GIS, i Gruppi di Interesse Speciali che affrontano tematiche specifiche dell'ACT, come quelle che sono oggetto di questo lavoro. Il gruppo ACT4kids, infatti, sotto la guida di Francesca Pergolizzi con la collaborazione di Francesco dell'Orco, e del quale ha fatto parte anche Laura Vanzin, affronta le problematiche di cambiamento con bambini e adolescenti attraverso il modello ACT, costruendo un contesto terapeutico che permetta loro di fare esperienza nel modo più concreto e possibile dei processi dell'hexaflex, attraverso procedure compatibili con il livello di sviluppo e le esigenze peculiari di ogni soggetto.

Infine, e siamo arrivati ai giorni nostri, Giovambattista “Nanni” Presti, che ha contribuito largamente all'impianto metodologico di questo libro, viene eletto Presidente dell'ACBS, e al momento in cui scriviamo questa

prefazione si appresta a dare lettura del suo Presidential Address al World Conference 16, che quest'anno si tiene a Montréal, meta verso cui tutti noi del gruppo IESUM-ACT Italia ci stiamo per dirigere in queste ore.

Queste le radici. Per germogliare, però, ci vuole il terreno adatto, e questo è rappresentato da un Istituto Scientifico di Ricovero e Cura – Irccs Eugenio Medea de *La Nostra Famiglia*, dedicato alla riabilitazione dell'età evolutiva e ai disturbi del neuro-sviluppo con al proprio interno un Centro Regionale ADHD –, geniale intuizione della politica sanitaria italiana degli anni Ottanta non sempre adeguatamente valorizzata.

Non basta. Ci vuole una cornice normativa nazionale e regionale specifica per l'ADHD, e un "progetto regionale innovativo" voluto da Regione Lombardia per tutti i suoi Centri Regionali ADHD, finalizzato a definire e diffondere uno standard operativo comune nel "real world" quotidiano, per una risposta di qualità, "equa e universale" per tutti i suoi cittadini.

Infine ci vogliono l'impegno, l'entusiasmo e la competenza veicolati dalle persone, le autrici di questo lavoro. Da questo mix si è concretizzata un'esperienza clinica innovativa, sviluppata con rigore metodologico, da cui, dopo verifiche di efficacia e fattibilità, ha preso avvio l'idea di dare forma all'esperienza svolta, attraverso il volume qui presentato.

Quando, all'interno di una cornice di riferimento scientificamente e ampiamente validata, si sperimenta un'innovazione e si verifica con successo, attraverso il rigore del metodo scientifico, l'efficacia osservata nella pratica clinica quotidiana, è naturale desiderare di condividere la propria esperienza perché possa essere utile e utilizzabile anche da altri, con le opportune customizzazioni, come suggerito anche nel manuale: e questo "piacere" traspare nelle pagine di questo testo, così ricche di suggerimenti e dettagli, maturati da anni di esperienza vissuta nella quotidianità clinica.

Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività ha un destino controverso in Italia: è bollato da molti come una "invenzione" dei clinici che si dedicano allo sviluppo del bambino, quasi sospettando un loro "diabolico accordo" con le onnipresenti "*Spectre del farmaco*", cui contrapporre una visione in cui una indistinta e benevola competenza educativa diffusa può dare "magica soluzione" a comportamenti valutati come "naturali fenomeni evolutivi"; è rivendicato come un diritto di salute negletto e negato dalle famiglie con bambini iperattivi e inattenti a volte lasciate tragicamente sole ad affrontare situazioni molto complesse; è sottostimato dai servizi di Npia, strutturalmente deboli per carenza di risorse di personale e per la logica organizzativa in cui sono inseriti, inadatta a rendere agibile un efficiente modello di integrazione socio-sanitaria che superi la attuale organizzazione burocratica e "a prestazione".

In questo contesto di incertezza e di debolezza organizzativa, l'originalità del modello socio-sanitario italiano finisce per non poter essere

adeguatamente implementata e di conseguenza neppure testimoniata alla comunità scientifica internazionale: mai come in questo periodo storico ci sarebbe invece la necessità di rendere evidente come un sistema socio-sanitario a copertura universale sia il più idoneo a rispondere ai bisogni di salute delle fasce fragili e deboli della popolazione, specie di quelle infantili!

E così, anche *l'approccio multimodale* per l'ADHD, cardine di tutte le linee-guida nazionali e internazionali, che proprio in un sistema universale come quello italiano, in presenza di una scuola che, anche per normativa, è inclusiva, potrebbe trovare una condizione particolarmente fertile per affermarsi, finisce per essere affrontato con scarso rigore metodologico e si trasforma in una "definizione omnibus" sotto cui celare interventi improvvisati o autoreferenziali, tutti poco coordinati tra loro.

Con questo testo, molto concreto che descrive un percorso di provata efficacia, si arricchisce e si completa il panorama degli strumenti presenti nel contesto specialistico italiano utilizzabili per la cura dell'ADHD contribuendo così a dare slancio e vigore all'intervento multimodale, cardine della presa in carico per questo disturbo del neuro-sviluppo.

Sono adesso disponibili per i professionisti italiani che si occupano di ADHD molti strumenti manualizzati che, combinati assieme alla terapia farmacologica nei casi in cui è necessaria, possono aiutare ad affrontare in una modalità veramente integrata, una condizione, quella dell'ADHD, spesso in co-morbidità con altri disturbi, che può compromettere seriamente lo sviluppo del bambino che ne è affetto, se non correttamente trattata.

L'auspicio è che molte équipe vogliano provare ad adottare lo strumento terapeutico qui proposto, così che questo originale modello di terapia psicologica per ragazzi con ADHD si diffonda

Nel campo dell'età evolutiva, l'Italia può ambire a essere un riferimento culturale e scientifico a livello internazionale, testimoniando le buone prassi che il suo sistema sanitario nazionale è in grado di far scaturire: nella concretezza del "mondo reale" dove vivono bambini, famiglie, insegnanti e dove la cultura dell'integrazione dà forza alla comunità civile, in un mondo a volte così diverso dai perfetti "modelli di laboratorio" dove vengono prodotte – specie nel mondo anglosassone – molte innovazioni, poi difficilmente implementabili e rese disponibili per tutti.

Gli "ingredienti", e di qualità, ci sono: questo testo ne è un esempio concreto e evidente, in grado di dare un prezioso contributo tecnico per innescare il cambiamento e offrire una reale possibilità di cura per l'ADHD al numeroso personale qualificato presente nei servizi di Npia e di riabilitazione dell'età evolutiva.

I tanti bambini e ragazzi con ADHD, le loro mamme e i loro papà, ne saranno sicuramente riconoscenti.

Il disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività (ADHD)

di *Laura Vanzin e Valentina Mauri*

1. Il trattamento multimodale del disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività (ADHD)

Il disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività (DDAI o ADHD nell'acronimo che deriva dall'inglese) è un disturbo cronico e pervasivo dell'età evolutiva che riguarda il 5,3% della popolazione mondiale (Polanczyk *et al.*, 2007) e i cui sintomi clinici primari sono la disattenzione, l'iperattività e l'impulsività. Chi ne soffre presenta tipicamente problemi di pianificazione e auto-organizzazione, disregolazione emotiva e comportamentale e una specifica difficoltà nell'inibire risposte precedentemente apprese anche quando queste sono inadeguate rispetto al contesto (Sagvolden *et al.*, 2005). A causa del deficit di autoregolazione, i bambini con ADHD spesso agiscono impulsivamente, falliscono nel prevedere le conseguenze a breve e a lungo termine del proprio comportamento e tendono a emettere comportamenti che portano a una compromissione del loro funzionamento a livello familiare, sociale e scolastico. Ai sintomi primari si associano difficoltà secondarie, che originano dall'interazione fra i sintomi cardine del disturbo e l'ambiente. Tra le più frequenti si osservano difficoltà scolastiche, problemi relazionali, ansia e riduzione dell'autostima (Stergiakouli *et al.*, 2016; De Zeeuw *et al.*, 2017).

Secondo le linee guida nazionali (SINPIA, 2002) e internazionali (Banaschewski *et al.*, 2017; Canadian ADHD Practice Guidelines, 2011;

NICE, 2016; Pliszka, 2007), il trattamento per l'ADHD deve basarsi su un approccio multimodale, ossia in grado di coinvolgere non solo il bambino, ma anche i contesti di vita ed educativi nei quali egli vive e agisce. A oggi, la terapia farmacologica e quella comportamentale sono considerate gli interventi evidence-based per l'ADHD (The MTA Cooperative Group, 1999). La comunità scientifica sottolinea, inoltre, l'importanza di una condivisione delle scelte terapeutiche con le principali figure educative, affinché il trattamento venga "individualizzato sulla base dei sintomi più severi e dei punti di forza identificabili nel singolo bambino" (SINPIA, 2002).

A partire dagli anni '70, i trattamenti comportamentali sono stati utilizzati con i bambini che venivano definiti "iperattivi" (APA, 1994; O'Leary, Pelham, 1978; Pelham, 1977). Da allora, l'applicazione di tali interventi sui pazienti con questa diagnosi ha prodotto risultati incoraggianti che hanno riguardato, da un lato, l'incremento delle abilità sociali, della competenza emotiva e dei comportamenti desiderabili e, dall'altro, la riduzione dei sintomi di ansia e dei comportamenti di tipo esternalizzante. Inoltre alcuni autori hanno descritto una maggior soddisfazione delle famiglie a seguito del trattamento comportamentale e la possibilità di utilizzare dosi meno elevate di farmaco, il che comporterebbe una riduzione del rischio di possibili effetti collaterali (Banaschewski *et al.*, 2017; Storebø *et al.*, 2011; Fabiano *et al.*, 2009; Pelham, Fabiano, 2008; Pelham, Gnagy *et al.*, 1999; Pelham, Wheeler, Chronis, 1998).

Tra gli interventi farmacologici, gli psicostimolanti (metanfetamine e derivati di anfetamine) sono considerati la terapia più efficace per l'ADHD. In particolare, il metilfenidato, utilizzato ormai da più di 50 anni nel trattamento di questo disturbo, è ritenuto il farmaco d'elezione ed è diffuso in gran parte dei Paesi dell'Unione Europea – compresa l'Italia – negli USA, in Australia, in Nuova Zelanda, in India, in Sud Africa. L'utilizzo del metilfenidato, che agisce a livello della neurotrasmissione di dopamina e noradrenalina modulandone la quantità presente nello spazio intersinaptico, è stato oggetto di numerosi studi scientifici, che negli anni hanno attestato l'efficacia e la sicurezza del farmaco (Faraone, Buitelaar, 2010; Banaschewski, Coghill, Santosh *et al.*, 2006).

Tra i farmaci non psicostimolanti, l'atomoxetina, inibitore selettivo della ricaptazione della noradrenalina, è stata introdotta negli Stati Uniti d'America dal 2002 come farmaco per il trattamento dell'ADHD. È considerata il trattamento di elezione nel caso di comorbidità con tic, disturbi d'ansia o abuso di sostanze (Schwartz, Correll, 2014).

Meno utilizzati sono farmaci non psicostimolanti, come la clonidina e la guanfacina.

Diversi studi dimostrano che tra i trattamenti possibili, quello farmacologico è il più efficace nel controllare i sintomi primari così come i disturbi

psichiatriche in comorbidità (Shaw *et al.*, 2012; Coghill *et al.*, 2010; Uchida *et al.*, 2015). Tuttavia, anche per i casi in cui la terapia farmacologica sarebbe indicata, la percezione negativa e le resistenze che spesso accompagnano l'assunzione di uno psicofarmaco in età evolutiva, così come i dubbi dei genitori in merito a possibili effetti collaterali, costituiscono aspetti con i quali i clinici si trovano a doversi confrontare e che spesso generano atteggiamenti di rifiuto della terapia.

2. Gli interventi terapeutici cognitivo-comportamentali

Gli interventi cognitivo-comportamentali si focalizzano sull'apprendimento di metodi e abilità in grado di ridurre i sintomi dell'ADHD e le problematiche secondarie al disturbo come le difficoltà emotive e i problemi interpersonali. Tali interventi consistono in percorsi diretti al bambino ("child training"), ma anche al suo contesto di vita, è, infatti, necessario modificare il contesto al fine di minimizzare le difficoltà del bambino e far leva sui suoi punti di forza agendo sia sui genitori (attraverso programmi di "parent training") che sul contesto classe (interventi di "teacher training"). Gli effetti degli interventi sui sintomi primari del disturbo sono "moderati", mentre i cambiamenti più forti e stabili si osservano sulle modalità educative dei genitori, sui problemi comportamentali e sociali così come sulla qualità di vita dei bambini (Banaschewski *et al.*, 2017; Daley, 2014; Sonuga-Barke *et al.*, 2013; Vanzin *et al.*, 2010; Fabiano *et al.*, 2009).

Parent training

Il comportamento difficile e problematico dei bambini con DDAI rischia di influenzare negativamente le relazioni familiari e contribuisce a incrementare i livelli di stress dei genitori (Fischer, 1990). Spesso, i genitori sviluppano strategie educative e modalità relazionali inefficaci e poco adatte in risposta alla situazione di stress e disagio vissuta all'interno del contesto familiare (Patterson, DeBaryshe, Ramsey, 1989). Il trattamento multimodale deve includere, quindi, percorsi dedicati ai genitori, con lo scopo di modificarne lo stile educativo, laddove non efficace, e favorire l'emergere di comportamenti positivi e funzionali tra i membri dell'intero nucleo familiare (Pelham, Wheeler, Chronis, 1998). La possibilità di modificare i comportamenti dei genitori è di importanza fondamentale: nei bambini con problemi comportamentali, infatti, uno stile educativo inefficace risulta essere uno dei più robusti predittori di effetti negativi a lungo termine (Chamberlain, Patterson, 1995). Secondo le Linee guida SINPIA, il parent training è da considerarsi "una via per migliorare il comportamento

di bambini con ADHD aiutando i genitori a riconoscere l'importanza delle relazioni con i coetanei, a insegnare, in modo naturale e quando ve ne è il bisogno, le abilità sociali e di crescita, ad acquisire un ruolo attivo nell'organizzazione della vita sociale del bambino, e a facilitare l'accordo fra adulti nell'ambiente in cui il bambino si trova a vivere". Il parent training comportamentale ha dimostrato di essere in grado di intervenire sullo stile genitoriale ed è una componente essenziale del trattamento dell'ADHD (Pelham *et al.*, 1998). Esso si fonda sui principi dell'apprendimento sociale e permette ai genitori di acquisire strategie utili nella gestione dei comportamenti problematici dei figli. In particolare, i genitori hanno la possibilità di riflettere su una visione equilibrata del proprio figlio, caratterizzata cioè non solo dalle sue difficoltà, ma anche dai suoi punti di forza e dalle sue competenze. Essi imparano a manipolare antecedenti e conseguenze dei comportamenti dei figli al fine di incrementare comportamenti desiderabili e rendere meno probabili quelli indesiderabili. Nei percorsi di parent training vengono condivise efficaci strategie di rinforzo e di punizione, come per esempio l'attenzione ai comportamenti positivi e l'estinzione dei comportamenti disfunzionali con funzione di richiesta dell'attenzione. Nel panorama italiano viene prevalentemente utilizzato ormai da diversi anni il trattamento di gruppo manualizzato proposto da Vio, Marzocchi e Offredi (1999), di impostazione prevalentemente comportamentale, ma con spunti di natura cognitiva, ripreso nei recenti adattamenti a cura di Sara Pezzica e colleghi (2008).

Teacher training

Il coinvolgimento degli insegnanti è una parte integrante ed essenziale di un percorso terapeutico multimodale per il trattamento del bambino con ADHD. La scuola è, infatti, l'ambiente all'interno del quale il bambino passa la maggior parte del suo tempo. La formazione degli insegnanti è, pertanto, uno degli elementi chiave nell'evoluzione del quadro di ADHD: le risposte del contesto scolastico ai comportamenti non adattivi dell'alunno sono cruciali per prevenire l'innescarsi di dinamiche relazionali disfunzionali, per migliorare la qualità delle relazioni tra il bambino e i compagni, e per influenzare positivamente il percorso di apprendimento.

Il teacher training è un percorso formativo di gruppo rivolto ai docenti di alunni con ADHD, articolato in diversi incontri che hanno i seguenti obiettivi: trasmettere informazioni sul disturbo e sugli elementi critici che caratterizzano la relazione insegnante/alunno e bambino/gruppo classe; far acquisire strategie e competenze adeguate a rispondere alle criticità quotidiane in modo efficace; gestire al meglio la fatica e sostenere gli apprendimenti.

Il fine è quello di migliorare il clima in classe e, quindi, aumentare il benessere sia del bambino che dell'insegnante e dell'intero contesto classe.

All'interno del progetto "Condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici per l'ADHD in Lombardia" (Zanetti *et al.*, 2017), sulla base delle linee guida della SINPIA (SINPIA, 2002) è stato condiviso a livello regionale un modello di intervento rivolto agli insegnanti costituito da 5 incontri che hanno i seguenti obiettivi:

- migliorare la conoscenza dell'ADHD da parte degli insegnanti;
- far acquisire consapevolezza sull'importanza del contesto ambientale nel mitigare o accentuare le difficoltà del bambino;
- sviluppare la capacità di condurre delle osservazioni sistematiche e oggettive dei comportamenti;
- incrementare strategie e competenze adeguate a rispondere efficacemente alle problematiche che si riscontrano nella quotidianità;
- promuovere un decremento degli stili educativi orientati alla punizione a favore di strategie basate sul rinforzo e sulla modificazione degli antecedenti;
- aumentare il livello di inclusione dell'alunno nel gruppo classe e favorirne gli apprendimenti;
- ridurre lo stress percepito nel contesto professionale dal docente.

Training rivolti ai bambini

I bambini con ADHD spesso manifestano difficoltà nell'autoregolazione emotiva e nel controllo del proprio comportamento e mostrano problematiche relazionali con i coetanei. Sono stati dunque sviluppati trattamenti comportamentali e cognitivo-comportamentali che si prefiggono di aumentare e rinforzare le abilità sociali e la competenza emotiva dei bambini con ADHD (Storebø *et al.*, 2011).

Tra questi interventi, il Social Skills Training (SST) (Piffner, McBurnett, 1997; Antshel, Remer, 2003) è un trattamento di gruppo focalizzato sulle abilità di riconoscimento e fronteggiamento delle emozioni, sull'aumento delle capacità assertive e di cooperazione e sull'apprendimento di abilità di perspective-taking e problem-solving. Nonostante diverse ricerche attestino l'efficacia nei bambini con ADHD del SST (Piffner, McBurnett, 1997; Antshel, Remer, 2003; Piffner *et al.*, 2007), l'intervento presenta alcuni limiti, tra i quali l'assenza di un protocollo standardizzato (De Boo, Prins, 2007) e una scarsa persistenza nel tempo degli effetti del trattamento (Kadesjö, 2002).

Tra i programmi di intervento per bambini con ADHD, il Summer Treatment Program (STP) è stato sviluppato da Pelham e colleghi (Pelham, Hoza, 1996) e ha dimostrato elevata efficacia (Fabiano *et al.*, 2014). Il STP è parte di un programma di intervento multimodale che include terapia farmacologica, training per genitori e training sulle abilità sociali ed è strutturato in un formato tipo "summer-camp".

Nel contesto italiano, ampiamente diffuso è il trattamento manualizzato “Impulsività e autocontrollo”, sviluppato da Cornoldi e colleghi (1996). Tale programma di lavoro è stato strutturato in modo da poter essere applicato a bambini dalla terza classe della scuola primaria fino alla terza classe della scuola secondaria di primo grado e mira al potenziamento delle abilità di autocontrollo e di problem solving.

Con la diffusione delle terapie comportamentali di “terza generazione”, quali l’Acceptance and Commitment Therapy (ACT), (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999; Harris, 2011), la Dialectical Behavior Teraphy (DBT) (Linehan, 1993) e la Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) (Segal, Williams, Teasdale, 2002), si sono sviluppati programmi specifici che sono risultati efficaci anche per bambini e adolescenti con ADHD (Murrell *et al.*, 2015; Van der Oord *et al.*, 2012; Van de Weijer-Bergsma *et al.*, 2012; Semple *et al.*, 2010; Zylowska *et al.*, 2008; Semple, 2005).

L’Acceptance and Commitment Therapy è un approccio clinico volto ad aiutare i pazienti a chiarire i propri valori personali e a identificare obiettivi e azioni collegate a essi. Questo approccio è incentrato sull’aiutare le persone a divenire pienamente consapevoli delle proprie esperienze interne e a rimanere in contatto con esse, anche se spiacevoli, nel momento in cui siano collegate ai valori personali (Hayes *et al.*, 1996; Anchisi *et al.*, 2016). La pratica della mindfulness (Siegel, 2012) è un elemento importante di questo approccio. Essa è definita da Jon Kabat-Zinn come “la consapevolezza che emerge nel prestare attenzione intenzionalmente e in modo non giudicante al manifestarsi dell’esperienza momento dopo momento” (Kabat Zinn, 2003).

Riteniamo che un approccio basato sull’ACT possa rivelarsi particolarmente promettente con persone affette da ADHD. Esse tipicamente manifestano una scarsa consapevolezza dell’ambiente e degli elementi in esso presenti a causa della tendenza a spostare frequentemente il proprio focus attentivo da uno stimolo all’altro. Ovviamente, questo influenza negativamente la possibilità, da parte del soggetto, di scegliere quale comportamento emettere in funzione degli indici contestuali e può generare comportamenti inappropriati rispetto alle circostanze. Un’altra caratteristica che contraddistingue le persone affette da ADHD è la loro forte reattività emotiva. Indipendentemente dalla “qualità” delle emozioni, cioè sia che si tratti di emozioni quali rabbia o tristezza, sia che la persona percepisca stati affettivi connotati positivamente come gioia o entusiasmo, possiamo avere l’impressione che queste persone non sperimentino vie di mezzo e che passino “da 0 a 100” nel giro di pochi istanti. L’emozione diventa presto impulsivamente agita con conseguenze negative sui rapporti interpersonali e con una scarsa efficacia a lungo termine del proprio comportamento.

Nei percorsi terapeutici basati sull'ACT, attraverso i processi di “contatto con il momento presente” e “accettazione”, si mira a ridurre la tendenza ad agire impulsivamente sulla base di stimoli interni ed esterni, promuovendo l'accettazione degli stati emotivi indesiderati e aiutando la persona a identificare ciò che per lei è davvero importante. Ciò che sta a cuore diventa, infatti, la direzione verso cui orientare a lungo termine i propri agiti, pienamente consapevoli delle contingenze ambientali.

Sulla base di queste considerazioni gli autori, che operano da anni nel Centro regionale ADHD attivo presso l'IRCCS E. Medea di Bosisio Parini (LC), hanno ideato e sperimentato il primo programma italiano di child-training per l'ADHD basato sui principi dell'ACT. Gli obiettivi di questo intervento consistono nel migliorare l'attenzione e la capacità di focalizzarsi su un'attività, potenziare l'autocontrollo e la capacità di indirizzare efficacemente il proprio comportamento, ridurre le risposte di tipo impulsivo e incrementare le scelte comportamentali consapevoli orientate ai valori personali.

Il nostro intento è quello di fornire agli operatori uno strumento utile a ridurre gli automatismi nel comportamento dei bambini con ADHD, aumentare la consapevolezza di ciò che avviene nel momento presente, creando così un tempo e uno spazio in cui discriminare le opzioni disponibili e *scegliere* le proprie azioni, in base alle contingenze ambientali e ai propri valori.