

CON PIÙ DI
100 METODOLOGIE
**EVIDENCE-
BASED**

Russel A. Barkley

ADHD: STRUMENTI E STRATEGIE PER LA GESTIONE IN CLASSE

*Edizione italiana
a cura di Gianluca Daffi*

iMATERIALI

Erickson

Russell Barkley, esperto internazionale di ADHD, svolge da più di 40 anni attività clinica con migliaia di studenti, insegnanti e scuole, per creare risorse e metodologie operative efficaci da usare con bambini e adolescenti con disturbo da deficit di attenzione e iperattività.

In particolare, questo volume è il primo che si rivolge direttamente agli insegnanti, con più di 100 strategie evidence-based per aiutarli a migliorare l'apprendimento e il comportamento degli alunni con ADHD. Non limitandosi a descrivere quali sono i problemi scolastici causati dal disturbo, ma spiegando perché compaiono e quali fattori li provocano, Barkley individua gli strumenti più risolutivi da adottare in ogni differente contesto di classe per:

- valutare correttamente i comportamenti problematici
- usare le ricompense per potenziare i comportamenti positivi
- migliorare l'autoconsapevolezza
- pianificare le attività scolastiche.



Non vi farò perdere tempo con lunghi racconti, spiegazioni particolareggiate, presentazioni di dati e ricerche: so bene che siete troppo occupati e che non avete tempo per inutili divagazioni. Andrò dritto al punto e spiegherò quali sono i problemi manifestati a scuola da bambini e ragazzi con ADHD, perché si verificano, come dovrete gestirli e perché.

Russel Barkley

ISBN 978-88-590-1485-0



9 788859 014850

€ 19,50

INDICE

- 7 Presentazione dell'edizione italiana (*G. Daffi*)
- 11 Prefazione
- 15 **CAP. 1** Cos'è l'ADHD
- 19 **CAP. 2** I dati sull'ADHD
- 23 **CAP. 3** Che cosa causa l'ADHD?
- 31 **CAP. 4** I deficit di funzionamento esecutivo nell'ADHD
- 39 **CAP. 5** 10 regole specifiche per la gestione dell'ADHD
- 43 **CAP. 6** La valutazione iniziale dei comportamenti problematici
- 47 **CAP. 7** Considerazioni sulla gestione della classe
- 55 **CAP. 8** Incrementare le ricompense per il comportamento positivo
- 59 **CAP. 9** Schede di valutazione del comportamento quotidiano
- 71 **CAP. 10** Esternalizzare le informazioni e il tempo
- 75 **CAP. 11** Migliorare l'autoconsapevolezza
- 79 **CAP. 12** La pianificazione del passaggio da un'attività all'altra
- 81 **CAP. 13** La disciplina
- 83 **CAP. 14** Suggerimenti per la gestione degli adolescenti
- 87 **CAP. 15** I farmaci per la gestione dell'ADHD
- 97 Bibliografia

Prefazione

Ho già scritto molti libri che si rivolgono ai clinici, ai genitori di bambini con ADHD, agli adulti con ADHD o alle persone che hanno un partner o un coniuge affetto da questo disturbo, ma questo è il primo che si rivolge in modo specifico agli insegnanti. Ho deciso di scrivere un libro per loro perché so, per esperienza diretta, che lavorano in prima linea nella gestione dei frequentissimi problemi educativi che i bambini con ADHD tendono a sperimentare nel periodo scolastico.

Un'altra ragione che mi ha spinto a farlo è che l'ambito scolastico è quello che risente maggiormente dei problemi connessi a questo disturbo e, rispetto ad altri ambiti di attività importanti della vita, è quello in cui le menomazioni connesse all'ADHD si presentano nella più alta percentuale di casi, sia nell'infanzia che nell'adolescenza. **Oltre il 90% dei bambini e degli adolescenti con ADHD, infatti, incontrerà problemi comportamentali ed emozionali in classe**, problemi nel rapporto con i pari nella scuola, scarso rendimento scolastico e altre conseguenze negative associate a queste difficoltà, come bocciature, assegnazione a programmi di educazione speciale, sospensioni ed espulsioni dalla scuola. Negli Stati Uniti, il 30-40% di loro non completa la scuola dell'obbligo a causa di questi problemi connessi all'ADHD. Solo il 5-10% porta a termine gli studi universitari, una percentuale di 3-7 volte inferiore a quella della media nazionale USA. Insomma, se c'è un ambito importante della vita in cui i bambini e gli adolescenti con ADHD hanno bisogno urgente di un aiuto, questo è senz'altro la scuola.

Dato che esistono già altri libri sull'ADHD nella scuola, perché dovrete leggere proprio questo?

L'eccezionalità di questo libro sta nel fatto che va oltre la semplice descrizione dei numerosi ed evidenti problemi manifestati dai bambini e dagli adolescenti con ADHD nel contesto della scuola. Anche altri libri spiegano quali sono i problemi che si associano all'ADHD nella classe. Ma questo va oltre il «quali», per spiegare «perché» essi tendano a comparire. Qui si parla delle difficoltà neuropsicologiche che stanno alla base dell'ADHD e che creano i vari problemi scolastici osservati nella maggioranza dei bambini e degli adolescenti con disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività.

L'ADHD è molto più che un problema di attenzione, iperattività o impulsività. È un disturbo a carico del sistema esecutivo del cervello — un sistema essenziale per un buon funzionamento personale nella scuola e nella maggior parte degli altri ambiti importanti della vita (per maggiori dettagli sul coinvolgimento del cervello nell'ADHD, si veda il Capitolo 3). Come spiego in questo libro, il disturbo

da deficit dell'attenzione e iperattività interferisce con il normale sviluppo delle funzioni esecutive del cervello, il che significa che è veramente un disturbo da deficit delle funzioni esecutive (EFDD). E poiché il sistema esecutivo è la base dell'autoregolazione, l'ADHD è anche un disturbo da deficit di autoregolazione (SRDD). Questo spiega perché esso sia uno dei disturbi psicologici più menomanti tra quelli trattati normalmente negli ambulatori di psicologia clinica e psichiatria, se non *il* più menomante in assoluto.

La conoscenza del «perché» può aiutare insegnanti e clinici a comprendere meglio non soltanto le ragioni del comportamento problematico di un bambino o di un adolescente con ADHD nella classe, ma anche quelle che sono alla base della scelta di particolari metodi di intervento. L'insegnante non saprà soltanto che cosa dovrebbe fare per migliorare la situazione, ma anche, cosa altrettanto importante, perché è probabile che quei metodi siano efficaci. Inoltre, comprendendo il perché — la giustificazione dei problemi e dei trattamenti — potrà cogliere i principi alla base di questi trattamenti e utilizzarli per escogitare autonomamente degli altri sistemi.

Per esempio, i docenti si sentono spesso consigliare, fra le altre cose, di aumentare la frequenza dei feedback, ridurre il carico di lavoro, concedere pause frequenti durante gli esercizi o dare più struttura (qualunque cosa sia) allo spazio di lavoro dell'allievo per facilitare i bambini e gli adolescenti con ADHD. Perché? Perché con loro dovremmo fare tutto ciò quando con gli altri non lo facciamo? La risposta consueta è «perché funziona». D'accordo, potrebbe essere vero, ma non pensate che sia anche meglio sapere *perché* una data strategia funziona, anziché sapere soltanto che potrebbe funzionare? La conoscenza delle ragioni dell'efficacia di un trattamento non ci dà una migliore conoscenza e capacità di sviluppare terapie ancora più efficaci?

Consideriamo un caso classico: la scoperta, da parte della marina britannica, che gli agrumi come il lime e l'arancia consentono di curare lo scorbuto. Sì, a un certo punto hanno scoperto che funzionava, dando un po' di questi frutti ad alcuni marinai e non ad altri. Ma non sapevano perché funzionasse. Quando scoprirono il ruolo della carenza vitaminica nella patogenesi dello scorbuto, loro e tutti gli altri marinai ebbero risorse migliori non soltanto per trattare lo scorbuto ma anche per prevenirne la comparsa. E ciò consentì di trattare e persino prevenire anche altre sindromi da ipovitaminosi. Nel caso dell'ADHD la situazione è analoga.

La conoscenza del «perché succede», oltre a quella del «che cosa succede» può aumentare notevolmente l'efficacia delle terapie attuali e portarci anche a svilupparne di nuove e migliori. In questo libro vi parlerò del «perché» dei problemi mostrati a scuola dai bambini e dagli adolescenti con ADHD, permettendovi non soltanto di conoscere meglio la natura del disturbo ma anche di essere molto più efficaci nella gestione di quei problemi.

Un'altra caratteristica che rende speciale questo libro è che qui io non vi farò perdere tempo con tanti racconti, inutili spiegazioni particolareggiate, presentazione dei risultati di singole ricerche e citazioni bibliografiche. Siete troppo indaffarati, non avete tempo per questi inutili eccessi. Qui io andrò dritto al punto e nei vari capitoli spiegherò quali sono i problemi manifestati a scuola dai bambini e dagli adolescenti con ADHD, perché quei problemi si verificano, come dovrete affrontarli e perché dovrete farlo in quel modo. Sarò sempre molto diretto. Nel testo troverete gli elementi informativi essenziali che vi servono, degli elenchi puntati con i metodi efficaci che potete utilizzare e delle descrizioni chiare e precise dei passi da seguire per applicarli. Nient'altro. Se volete leggere delle storie, potete

comprarvi un bel romanzo. Ma **se volete sapere esattamente che cosa fare per aiutare un bambino o un adolescente con ADHD nella vostra classe, e perché è necessario farlo, questo libro fa assolutamente per voi.**

Qui troverete una gamma di strategie utili per affrontare i problemi, riuscendo così a centrare l'obiettivo di aiutare un allievo con ADHD. Naturalmente non mi aspetto che appliciate tutti questi metodi. La scelta degli interventi opportuni dipende ovviamente dallo specifico problema scolastico dello studente, dalla classe che frequenta, dal suo livello di maturità, dal momento e da considerazioni di opportunità, nonché dalle risorse a vostra disposizione, dalle politiche che la vostra scuola attua e, in alcuni casi, dal grado di collaborazione dei genitori.

Come già sapete, quando si mette a punto un programma per aiutare un bambino tutto dipende dal contesto. Pertanto, io vi suggerirò un'ampia gamma di alternative d'intervento affinché voi possiate considerarle e mettere a punto un piano individualizzato tenendo conto delle caratteristiche del bambino e del contesto. Sono consapevole del fatto che siete voi a sapere cosa è meglio fare per l'allievo cui state pensando. E se doveste scoprire nuovi metodi, di cui non si parla in questo libro, per trattare efficacemente un problema specifico connesso all'ADHD nella vostra classe, siate così gentili da dividerli con me, in modo che io possa fare altrettanto con altri insegnanti nella prossima edizione di questo testo (il mio indirizzo e-mail è drbarkley6769@comcast.net). Grazie!

Che cosa causa l'ADHD?

L'ADHD è considerato un disturbo neuroevolutivo. I principali fattori che ne determinano la comparsa appartengono all'ambito della genetica e della neurologia più che a quello sociale.

Genetica

L'ADHD è un disturbo con una **forte componente ereditaria**. Per esempio, se un genitore ha ricevuto questa diagnosi, i suoi figli hanno una probabilità di sviluppare lo stesso disturbo 6-8 volte superiore (35-54%). Se un bambino soffre di ADHD, i suoi fratelli biologici (o le sorelle biologiche) hanno una probabilità di avere lo stesso disturbo 3-5 volte superiore (25-35%). La loro madre biologica ha una probabilità di avere lo stesso disturbo 3-4 volte superiore; il padre, 5-6 volte. Se uno di due gemelli identici soffre di ADHD, l'altro avrà lo stesso disturbo nel 75-90% dei casi. Questi dati statistici evidenziano chiaramente la natura genetica (trasmissibile per eredità) dell'ADHD.

Le differenze individuali nei geni contribuiscono alle differenze individuali nei sintomi di ADHD in misura del 65-80%. In altre parole, fino all'80% delle differenze che si osservano tra le persone nel livello dei sintomi di ADHD si deve alle differenze presenti nel loro corredo genetico. Questa proporzione è superiore a quella del contributo dei geni ai tratti di temperamento e personalità, alla propensione per la depressione, l'ansia, il comportamento antisociale e perfino all'intelligenza. È solo di poco inferiore al contributo fornito dai geni alle variazioni nella statura delle persone.

Stando alle ricerche più recenti, **nell'ADHD sarebbero coinvolti da 25 a 44 geni**. Questi geni non sono diversi da quelli che si osservano nelle altre persone. Quindi non esistono geni (uno o più di uno) patologici associati al disturbo, come avviene per esempio nella malattia di Tay-Sachs o in altri disturbi neurologici gravi. Quelle in gioco nell'ADHD sono *versioni* diverse dei geni che si osservano nelle persone comuni. A volte, per esempio, i bambini con ADHD hanno un gene in una sequenza più lunga rispetto a quella osservata nei bambini senza disturbo — una cosiddetta «ripetizione in tandem». I bambini senza ADHD possono ricevere quattro o cinque copie del gene una accanto all'altra mentre i bambini con ADHD possono averne sette o più, creando così una sequenza più lunga di questo gene. Queste variazioni nella lunghezza e nella ripetizione dei geni sono dette «polimorfismi».

La diversa sequenza del gene nei casi di ADHD porta alla sintesi di proteine, e altre molecole, diverse, determinando vari cambiamenti strutturali nel cervello. Tali variazioni cerebrali a loro volta determinano un diverso funzionamento cerebrale — talmente diverso che a volte compare l'ADHD.

Si noti che questa spiegazione non implica che debbano essere presenti tutti i 25 o più geni associati al rischio di ADHD perché si produca il disturbo; è probabile che ne basti un sottoinsieme. Essa implica però che i casi di ADHD varieranno quanto ai geni responsabili del singolo caso specifico. Per fare un esempio ipotetico, può darsi che soltanto 5-8 geni di questo pool siano necessari a determinare la comparsa di un caso di ADHD. Ma quel sottoinsieme di 5-8 geni che un caso riceve dal pool associato al rischio di disturbo può essere diverso dal sottoinsieme di 5-8 geni che ha determinato un altro caso. Questa casualità genetica comporta anche la possibilità che casi sintomatici di ADHD apparentemente simili abbiano comunque basi genetiche differenti. Tali differenze potrebbero portare a variazioni sottili o anche importanti nella natura del disturbo di un dato individuo (alcune persone sono più impulsive, altre più disattente), nel rischio di avere altri disturbi (quali depressione, disturbi dell'apprendimento, tabagismo o abuso di altre sostanze), nelle conseguenze dell'ADHD (problemi nella guida di un veicolo, comportamento criminale) o anche nella risposta ai vari farmaci e trattamenti.

La comprensione della genetica dell'ADHD può anche aiutarci a capire perché questo disturbo possa mostrare la tendenza ad associarsi ad altri disturbi psichiatrici che condividono basi genetiche uguali o simili. Alcuni geni associati al rischio di ADHD, per esempio, sono stati individuati nei disturbi della lettura, nei disturbi dello spettro autistico e nel disturbo bipolare, mentre altri geni si ritrovano anche nel disturbo oppositivo-provocatorio, nel disturbo della condotta e anche nella dipendenza da nicotina e nell'alcolismo.

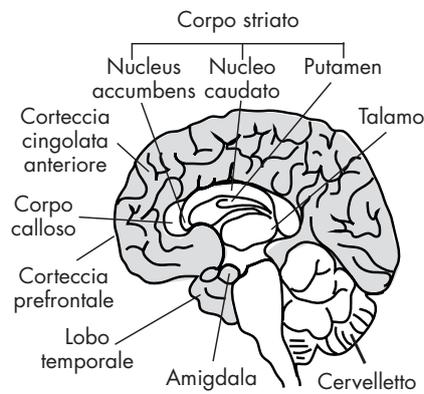
Poiché l'ADHD è un disturbo che si colloca su un continuum o su una dimensione, e poiché è ereditario, è possibile osservare segni di un fenotipo di ADHD all'interno di una famiglia che ha la forma genetica del disturbo. Ciò vale a dire che i genitori e i fratelli di un bambino con ADHD possono avere una probabilità più elevata di manifestare in forma più lieve alcuni sintomi o tratti del disturbo anche se non soddisfano tutti i requisiti necessari per ricevere la diagnosi (lo stesso vale per i disturbi dello spettro autistico, anch'essi fortemente influenzati dalla genetica).

Benché la maggior parte dei casi di ADHD abbia origine genetica e coinvolga una trasmissione dei geni che contribuiscono all'ADHD dai genitori ai figli, in una famiglia possono comparire nuovi casi dovuti a mutazioni genetiche nei geni associati al rischio presenti negli ovuli o negli spermatozoi dei genitori. Queste mutazioni vengono trasmesse ai figli, creando una nuova discendenza a rischio di ADHD nella famiglia, nonostante il fatto che i genitori non abbiano né il disturbo né un rischio elevato di soffrirne.

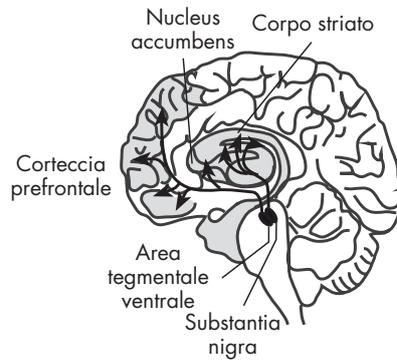
Neurologia

Oggi centinaia di studi di ricerca, basati su una varietà di metodi per misurare la struttura, il funzionamento, lo sviluppo e la connessione (ovvero le reti) del cervello, permettono di concludere che **l'ADHD è in gran parte un disturbo con cause neurologiche**. Le aree che risultano regolarmente implicate nel disturbo sono almeno cinque o sei: la corteccia prefrontale, la corteccia cingolata anteriore (lungo la linea mediana dei lobi frontali), la parte frontale del corpo calloso, il corpo

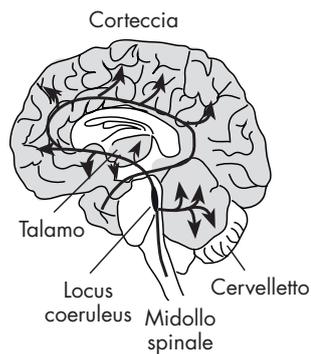
(A) Il cervello



(B) Sistema dopaminergico



(C) Sistema noradrenergico



(A) Diagramma delle aree del cervello umano coinvolte nell'ADHD.

(B) Il sistema dopaminergico, un sistema neurotrasmettitoriale su cui agiscono certi farmaci contro l'ADHD.

(C) Il sistema noradrenergico, un sistema neurotrasmettitoriale su cui agiscono altri farmaci contro l'ADHD.

Fonte: <http://ehp.niehs.nih.gov/>

striato e il cervelletto. Il coinvolgimento del talamo è meno certo. Curiosamente, sembra che l'emisfero cerebrale destro, in alcune o nella maggior parte di queste aree, possa essere coinvolto nella genesi dell'ADHD un po' più del sinistro. In ogni caso, nel disturbo sembrano essere coinvolti entrambi i lati di queste regioni. In generale, il cervello dei bambini e degli adolescenti con ADHD risulta complessivamente ridotto del 3-10% nella materia grigia (il materiale dello strato esterno del cervello). Ma queste cinque aree cerebrali specifiche sembrano essere ancora più piccole; infatti, risultano ridotte del 15-30% rispetto alla norma per i bambini e gli adolescenti della stessa età.

Alcune ricerche rilevano che lo sviluppo del cervello, in queste aree, è in ritardo di due o tre anni, specialmente nei lobi frontali, ed è del 10-30% meno attivo rispetto a quanto avviene nei casi tipici. Più recentemente, l'uso di metodi di neuroimaging ad alta risoluzione ha permesso di identificare alcune microstrutture difettose nelle reti neurali subcorticali (materia bianca) che connettono queste aree cerebrali tra loro. Grazie a questi metodi, i difetti di maturazione nell'interconnessione (reti) fra queste strutture, caratteristici dell'ADHD, risaltano in modo ancora più evidente che negli studi che hanno esaminato soltanto la materia grigia. Benché le dimensioni complessive del cervello possano arrivare ad avvicinarsi a quelle tipiche con l'età, in molti casi, anche se non in tutti, la connessione e il funzionamento delle reti neurali tendono a restare difettosi fino all'età adulta.

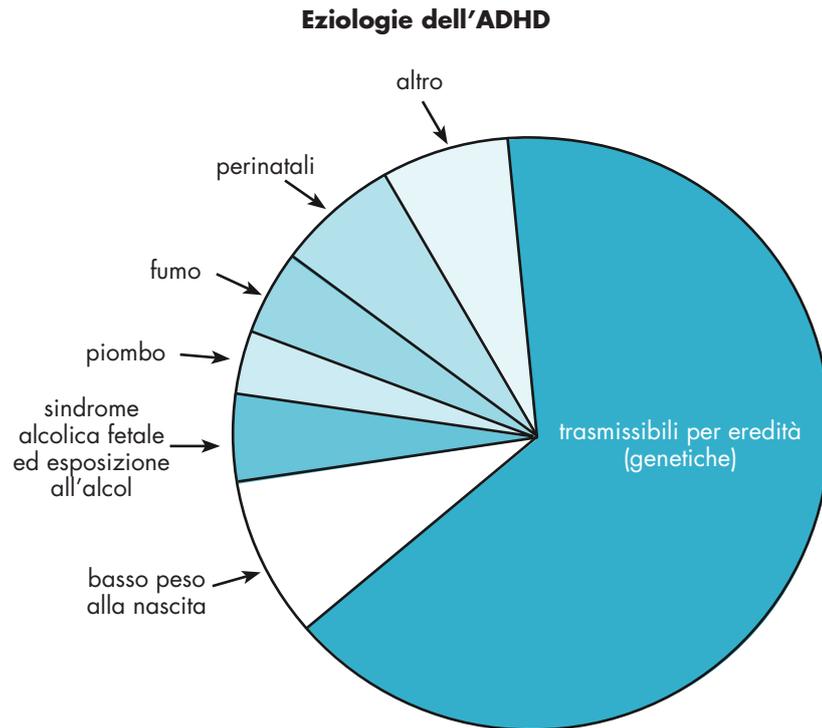
Oggi non c'è più alcun dubbio circa il fatto che l'ADHD abbia origini neurologiche, ed è per questo che è classificato come un disturbo *neuroevolutivo*.

Ora vi sarà chiaro perché l'ADHD abbia origini sia genetiche che neurologiche. I geni coinvolti nella determinazione dell'ADHD presiedono alla costruzione e al funzionamento di certe aree e reti cerebrali durante lo sviluppo. Le sequenze dei geni coinvolti nell'ADHD che, dal confronto con le persone non affette dal disturbo, risultano differenti producono diversità e difetti in queste strutture e nel loro funzionamento. Pertanto, l'ADHD è in molti casi un disturbo neurogenetico.

Ma l'ADHD può avere anche cause non genetiche. La maggior parte di queste condizioni, o fattori, potrebbe interferire con la crescita e il funzionamento del cervello, specialmente nelle aree cerebrali connesse all'ADHD. Per esempio, oggi sappiamo che se una donna in gravidanza fuma tabacco o beve alcolici oltre un certo limite, il rischio che il bambino ne soffra aumenta di due o tre volte rispetto al normale.

Questo aumento del rischio è probabilmente dovuto all'effetto tossico esercitato da queste sostanze sullo sviluppo del cervello. Altre complicazioni insorte durante la gravidanza possono avere un effetto molto simile, alterando il normale sviluppo del cervello. Tali complicazioni possono comprendere condizioni come il numero di infezioni materne durante la gravidanza, le difficoltà del parto, il grado di prematurità del bambino al momento della nascita, il livello di stress della madre durante la gravidanza, il grado di abuso di altre sostanze (oltre al tabacco e agli alcolici) durante la gravidanza, e altri fattori. Una percentuale minore di casi di ADHD può essere attribuita a lesioni cerebrali subite dal bambino dopo la nascita, dovute a malattie, traumi cerebrali, tumori, ictus o avvelenamenti, per esempio da piombo o pesticidi.

Alcune ricerche più recenti hanno dimostrato che questi **fattori di rischio ambientale** possono interagire con i geni che predispongono all'ADHD di cui abbiamo già parlato, incrementando così il rischio di avere questo disturbo. Questo concetto è illustrato nel diagramma seguente.

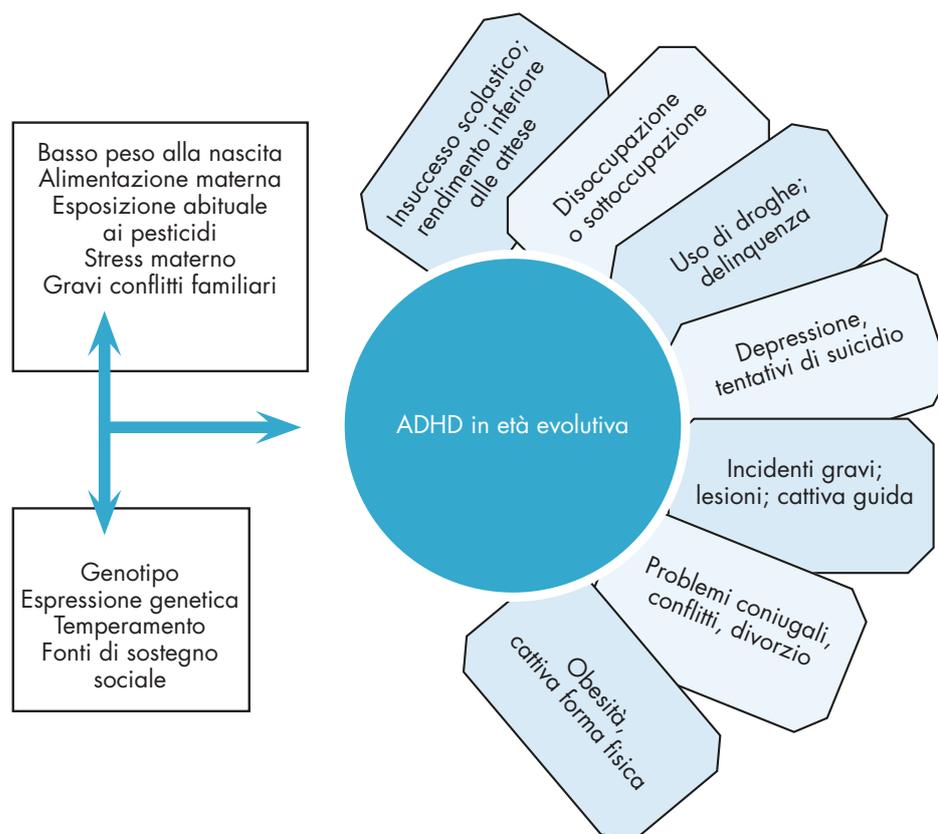


Cause che contribuiscono all'ADHD. J.T. Nigg (2006), *What Causes ADHD?*, New York, Guilford Press. Copyright 2006 by Guilford Press. Riproduzione autorizzata.

Se, per esempio, una madre trasmette a suo figlio uno dei più importanti geni associati al rischio di ADHD e oltre a questo fuma durante la gravidanza, il rischio di ADHD per suo figlio aumenta di due o tre volte rispetto a quello che sarebbe stato se avesse soltanto fumato o soltanto trasmesso il gene (prova di un'interazione tra gene associato al rischio e ambiente). Riassumendo, il 60-70% dei casi di ADHD è probabilmente dovuto alla trasmissione di fattori genetici. Un altro 20-25%, alle complicazioni della gravidanza che possono influire negativamente sullo sviluppo cerebrale o che interagiscono in questo con i geni associati al rischio di ADHD. Il restante 5-20% può derivare da lesioni cerebrali subite dopo la nascita.

Si osservi che non esistono prove convincenti che indichino che fattori sociali come le cure genitoriali o l'ambiente educativo siano cause del disturbo. Le prove che vanno contro spiegazioni di questo tipo sono talmente persuasive che oggi nessuno scienziato rispettabile in questo campo dà alcun credito a tali ipotesi. Questo non significa che i fattori sociali siano influenti, ma solo che non sono coinvolti nella spiegazione delle cause iniziali dell'ADHD. Sono comunque importanti, perché contribuiscono a spiegare quanto una persona affetta dal disturbo sarà deficitaria in certe situazioni specifiche. I fattori sociali esercitano effettivamente un'influenza importante sul rischio individuale di comorbidità con altri disturbi psichiatrici (per esempio ansia, depressione, comportamento oppositivo, disturbo della condotta, ecc.). I fattori socioambientali determinano inoltre il grado di accesso alle cure che i bambini avranno per il trattamento del loro disturbo, nonché la qualità di quelle cure, anche nel contesto scolastico.

Rischio nel periodo prenatale e del primo sviluppo



Rischio nel periodo prenatale e del primo sviluppo. J.T. Nigg e R.A. Barkley (2013), *Attention deficit-hyperactivity disorder*. In E.J. Mash e R.A. Barkley (a cura di), *Child Psychopathology*, 3^a ed., New York, Guilford Press. Copyright 2013 by Guilford Press. Riproduzione autorizzata.

La ricerca ha ormai escluso la possibilità che certe sostanze alimentari, come lo zucchero, i conservanti o gli additivi, siano cause di ADHD. Alcuni bambini possono essere sensibili ai coloranti alimentari, che possono indurre o peggiorare lievemente i loro sintomi di ADHD, ma tali effetti sono stati osservati solo in una minoranza di soggetti e spesso in età prescolare, non nell'adolescenza o in età adulta. Non è stata trovata una connessione fra antiossidanti e disturbo, pertanto al momento sembra improbabile che l'assunzione di integratori alimentari che aumentano gli antiossidanti nell'organismo giovi ai bambini con ADHD. Alcuni studi hanno riscontrato una carenza di ferro nei bambini con ADHD ma altri non hanno confermato questo risultato, e non è chiaro se l'integrazione di ferro possa essere utile per la gestione del disturbo in questi casi.

L'ADHD non è causato da un uso eccessivo di TV, computer o videogiochi.

Sebbene il tempo trascorso davanti alla TV nei primi anni del periodo prescolare risulti leggermente correlato con la disattenzione in alcuni studi, altre ricerche non sono riuscite affatto a confermare questa scoperta. Anche la direzione nel rapporto causa-effetto non è chiara. Sappiamo che i bambini con ADHD amano guardare la TV più dei bambini senza disturbo, e pertanto il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività potrebbe indurre a trascorrere più tempo davanti alla televisione. Il disturbo è sicuramente associato a un maggior uso di internet e videogame, ma

né l'uno né gli altri causano l'ADHD; semmai, è quest'ultimo a predisporre i bambini a un uso eccessivo dei media elettronici. I bambini con scarse capacità di concentrazione, per esempio, preferiscono dedicarsi a un videogioco veloce ed eccitante anziché leggere, guardare la TV anziché fare esercizio, usare internet o i social media sul loro smartphone per socializzare, anche con gli estranei, anziché interagire di persona con i coetanei del quartiere o i compagni di scuola.

Come potete capire da quanto detto fin qui, l'ADHD è un disturbo neuroevolutivo dell'attenzione, delle capacità inibitorie e del funzionamento esecutivo dovuto perlopiù a cause neurologiche e genetiche.

10 regole specifiche per la gestione dell'ADHD

Tenendo conto dei principi esaminati nel capitolo precedente, a proposito del miglior modo di affrontare i deficit di funzionamento esecutivo nei bambini e negli adolescenti con ADHD, si possono seguire 10 regole specifiche per la preparazione di un programma mirato.

1. Le regole e le istruzioni fornite ai bambini con ADHD devono essere chiare e concise, e spesso devono essere fornite usando modalità di presentazione visiva ed esterna più di quanto sia necessario fare con i bambini senza ADHD.

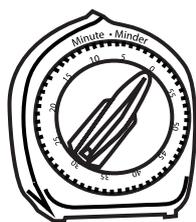
Le regole della classe

1. Orecchie aperte (ascolterò e seguirò le istruzioni).
2. Mani alzate (alzerò la mano prima di dire la mia).
3. Bocche tranquille (parlerò a voce bassa).

Per gestire adeguatamente i bambini con ADHD è essenziale fornire istruzioni chiare, farle ripetere a voce alta all'allievo, chiedergli di ripeterle sottovoce mentre le esegue, ed esporre visibilmente in tutta la classe delle serie di regole o di suggerimenti (per esempio promemoria costituiti da segnali di stop, grandi occhi e grandi orecchie per indicare «fermati, guarda e ascolta»). Spesso non si può contare sulla capacità del bambino di ricordare le regole né sull'uso di promemoria puramente verbali.

2. Rappresentare il tempo e gli intervalli temporali (con supporti materiali).

I bambini con ADHD sono meno capaci di usare il proprio senso del tempo per gestire il comportamento contingente ed eseguire il lavoro per tempo, nel tempo e con puntualità. Quando per l'esecuzione di un lavoro vengono concessi brevi lassi temporali, della durata di un'ora o anche meno, conviene darne una rappresentazione con un orologio, un timer da cucina, un contatempo o un altro mezzo esterno adatto a mostrare al bambino quanto tempo ha e con che velocità



sta passando. Un grande orologio (30 cm) si presta bene a questo scopo, oppure potete usare semplicemente un timer da cucina caricato a molla, collocato sul banco del bambino. In caso di periodi di tempo più lunghi, scomponete il lavoro in parti più brevi e concedete al bambino la possibilità di fare delle pause frequenti fra le sessioni di lavoro.

3. Le conseguenze (feedback, ricompense, punizioni) utilizzate per gestire il comportamento dei bambini con ADHD devono essere somministrate tempestivamente e in modo più immediato di quanto non sia necessario fare con i bambini che non hanno questo disturbo.

Nel caso dei bambini con ADHD, il differimento delle conseguenze ne riduce notevolmente l'efficacia. Come si osserverà nel corso di tutto questo capitolo, il tempismo e l'applicazione strategica delle conseguenze, nel caso di questi bambini, devono essere più sistematici che non nel caso dei bambini senza ADHD. Questo non è vero soltanto per le ricompense ma anche, e specialmente, per le sanzioni, che possono essere lievi e ugualmente efficaci se vengono somministrate il prima possibile dopo la comparsa del cattivo comportamento. L'aspetto fondamentale per l'efficacia della sanzione è la rapidità, non l'asprezza.



4. In considerazione dei loro deficit motivazionali, con i bambini affetti da ADHD le conseguenze devono essere presentate più frequentemente, e non solo in modo più immediato.

Il tracking comportamentale, cioè l'osservanza delle regole dopo che esse sono state esplicitate e il bambino ha cominciato a rispettarle, sembra essere problematico per i bambini con ADHD. Per mantenere un grado appropriato di tracking delle regole nel corso del tempo sembra utile ricorrere a feedback o conseguenze frequenti legati all'osservanza delle regole stesse.

5. Le conseguenze proposte ai bambini con ADHD dovranno spesso essere di portata o valore maggiore rispetto a quelle necessarie per gestire il comportamento dei bambini senza ADHD.

La relativa insensibilità dei bambini con ADHD alle conseguenze della loro risposta obbliga a scegliere, per l'impiego in un programma di gestione del comportamento, quelle che abbiano un valore di rinforzo o una portata sufficienti a motivarli a eseguire i comportamenti desiderati. Basti dire che limitarsi a rimproverare o lodare di tanto in tanto non è sufficiente per gestire efficacemente i bambini con ADHD.

6. Prima di passare a un'eventuale punizione bisogna fornire incentivi adeguati e spesso più ricchi, nel contesto di un ambiente o di un compito, per rinforzare il comportamento appropriato.

Questo significa che la punizione deve essere relativamente bilanciata con le ricompense, altrimenti è improbabile che abbia successo. Perciò è essenziale stabilire un intenso programma di rinforzo e applicarlo per una o due settimane prima di implementare la sanzione affinché quest'ultima, usata con moderazione, abbia la massima efficacia.

Spesso, se nella classe si usano pochi rinforzi — e per questo è improbabile che la loro sospensione sia punitiva — i bambini con ADHD non miglioreranno con l'uso del cosiddetto «costo della risposta» (una ricompensa viene tolta a fronte di un comportamento inappropriato) o del time out (si impone una pausa di qualche minuto dall'attività in corso in occasione di un comportamento poco funzionale). Non va mai dimenticato che con questi bambini «il positivo deve venire sempre prima del negativo». Quando la punizione fallisce, i clinici, i consulenti e gli insegnanti dovranno verificare che non ci siano problemi da questo punto di vista, prima di ricorrere a programmi che usano punizioni più forti o più frequenti.

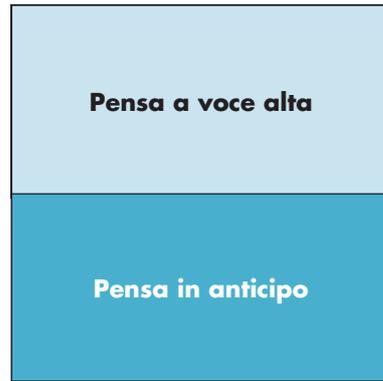
7. I rinforzi o le ricompense utilizzati con i bambini affetti da ADHD devono cambiare o alternarsi più spesso di quanto non sia necessario con i bambini senza ADHD, dato che tendenzialmente i primi si saziano o si abitano più rapidamente alle conseguenze delle risposte, e in particolare, a quanto pare, alle ricompense.



Questo significa che, anche se per il momento un particolare rinforzo sembra essere efficace per motivare il bambino al rispetto delle regole, è probabile che esso sia destinato a perdere il suo valore più rapidamente del normale. I menù di ricompense usati nelle classi, per esempio quelli utilizzati nei sistemi di rinforzo simbolico, devono quindi essere modificati di tanto in tanto — diciamo ogni due o tre settimane — affinché il programma mantenga la sua efficacia o la sua capacità di motivare il bambino a comportarsi in modo appropriato. Altrimenti il programma di ricompensa perderà probabilmente la sua forza e ci sarà una rinuncia prematura alle tecniche di rinforzo simbolico dovuta alla convinzione erronea che siano destinate a non funzionare più.

I sistemi di rinforzo simbolico possono essere mantenuti per un intero anno scolastico con una perdita minima di efficacia, purché gli elementi rinforzatori siano modificati di frequente per ovviare a questo problema di assuefazione. Gli stessi elementi, dopo essere stati eliminati per un periodo, potranno poi essere reintrodotti nel programma; spesso si scoprirà che il loro valore di rinforzo è migliorato con il periodo di assenza o indisponibilità.

8. Con i bambini affetti da ADHD è fondamentale agire d'anticipo.



Questo significa che gli insegnanti devono fare più attenzione a organizzarsi in anticipo per gestire i bambini affetti da questo disturbo, specialmente nelle fasi di transizione fra un'attività e l'altra o fra una lezione e l'altra, affinché i bambini siano consapevoli del cambiamento di regole (e di conseguenze) che sta per avere luogo. Per gli insegnanti può essere utile ritagliarsi un minuto per (1) stimolare il bambino a rievocare le regole di comportamento da rispettare nella situazione in cui sta per entrare o nell'attività che sta per svolgere,

(2) farglielo ripetere e (3) fargli ricordare le ricompense e le sanzioni in cui incorrerà a seconda del suo comportamento in quel contesto.

Quindi il messaggio importante per gli insegnanti è «pensa a voce alta, pensa in anticipo». Di per sé, queste autoistruzioni cognitive non hanno molta probabilità di ottenere benefici duraturi, ma se vengono associate a metodi di gestione delle contingenze possono essere molto utili per gestire i bambini con ADHD nella classe. Torneremo su questo metodo nel capitolo dedicato alla pianificazione delle transizioni.

9. I bambini con ADHD devono rispondere pubblicamente del loro comportamento, e del conseguimento dei loro obiettivi, di più e più spesso rispetto ai bambini senza ADHD.

A causa dei deficit di funzionamento esecutivo associati all'ADHD, i bambini che soffrono di questo disturbo avranno un comportamento meno regolato dalle informazioni interne (rappresentazioni mentali) e meno monitorato attraverso l'autoconsapevolezza rispetto agli altri.

Per affrontare queste carenze occorre fornire loro un maggior numero di suggerimenti esterni sulle richieste prestazionali al momento della prestazione stessa, monitorarli più attentamente e somministrare loro conseguenze più frequenti durante la giornata scolastica per favorire il controllo del comportamento e il conseguimento degli obiettivi.

10. Gli interventi comportamentali, pur essendo efficaci, funzionano soltanto finché continuano a essere applicati e in ogni caso, per ottimizzarne l'efficacia, devono essere regolarmente monitorati e modificati nel corso del tempo.

Uno scenario comune è quello dell'allievo che inizialmente risponde bene a un programma adeguatamente personalizzato ma poi, con l'andar del tempo, comincia a rispondere meno bene; in altri casi può accadere che un programma comportamentale non riesca affatto a modificare il comportamento. Questi risultati non vanno intesi come indicazioni di mancanza di efficacia dei programmi comportamentali. Le difficoltà indicano invece che il programma deve essere modificato. Può essersi verificato un problema comune (per esempio, le ricompense hanno perso il loro valore, i programmi non vengono applicati in modo coerente oppure i programmi non si fondano su un'analisi funzionale dei fattori connessi al comportamento problematico).