

Angelina Albano

Dottoressa in Scienze dell'educazione

**Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività
(DDAI):
un approccio pedagogico-clinico ai disturbi
dell'apprendimento.**

DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITA'

DISTURBO NEUROBIOLOGICO

ANOMALIE DELL'ORGANIZZAZIONE

PROCESSI COGNITIVI

COMPETENZE MOTORIE

STILE RELAZIONALE

CENNI STORICI

➤ 1902 Still: «*un deficit nel controllo morale [...] ed una eccessiva vivacità e distruttività*»

➤ Dopo la Prima Guerra Mondiale: BAMBINI



➤ Anni '30: *iperattività* ↔ *disattenzione*

➤ Anni '40: MILITARI + DANNI CEREBRALI = **DISTURBI COMPOTAMENTALI**

«*disfunzione cerebrale minima*»

- DSM-II: «*reazione ipercinetica del bambino*»
- DSM-III: «*disturbo da deficit di attenzione*»
- DSM-III-R: «*disturbo da deficit di attenzione/iperattività*»
diventa la sindrome più studiata in tutto il mondo

- DSM-IV: «*disturbo da deficit di attenzione/iperattività*»



LE CAUSE DEL DDAI

Fattori neurobiologici

(lesioni o ipofunzionalità del lobo frontale della corteccia cerebrale)
- Misurazioni psicofisiologiche
- Flusso ematico

Anomalie biochimiche

- Corteccia prefrontale destra
- Nuclei alla base (*nucleo caudato e globo pallido*)
- Parte del cervelletto

Allergie

Intolleranze alimentari

(reazione a coloranti e conservanti contenuti nei cibi per bambini)

Fattori genetici

Disfunzione di alcuni geni che sono attivi durante la formazione e lo sviluppo della corteccia prefrontale e dei gangli basali che regolano il rilascio di dopamina

Esiti di sofferenza cerebrale in assenza di un danno dimostrabile

(i bambini pretermine con peso neonatale basso o bassissimo)

- Ambiente condiviso
- Ambiente non condiviso

Teorie classiche del comportamentismo

(il DDAI sarebbe il risultato di una inefficace disciplina dei genitori)

Aumento dei ritmi di vita

(incremento della velocità e della frenesia con cui i genitori gestiscono i propri impegni)

1.COSA PROVA

- Incapacità di autocontrollo
- Non interiorizza le regole
- Non riesce stare fermo, zitto e attento



CATTIVO RENDIMENTO SCOLASTICO
DIFFICOLTA' RELAZIONALI

2.DIFFICOLTA' SCOLASTICHE E DEFICIT COGNITIVI

Prestazioni scolastiche inferiori ai loro coetanei pur avendo le stesse abilità intellettive:

- Difficoltà attentive e di autoregolazione cognitiva
- Impulsività
- Iperattività in classe



3.DISTURBI EMOTIVI

- DISTURBI D'ANSIA:
Difficoltà di concentrazione, impulsività e irrequietezza
- DISTURBI DELL'UMORE:
Difficoltà di concentrazione e iperattività

4.PROBLEMATICHE INTERPERSONALI

I problemi di autocontrollo si ripercuotono sulle relazioni interpersonali.

DAI COPAGNI: rifiutati e meno popolari
DAGLI INSEGNANTI: valutati negativamente per profitto, per l'aspetto comportamentale e per il rispetto delle regole sociali

TERAPIA FARMACOLOGICA:

TRATTAMENTO PALLIATIVO (*metilfenidato*)

- Una sintomatologia estremamente accentuata con gravi alterazioni del comportamento
 - Non collaborazione dei genitori
 - Mancanza di risorse nella comunità
- Rifiuto di collaborazione da parte della scuola



INATTENZIONE
IMPULSIVITA'
IPERATTIVITA'



PRATICA PSICOMOTORIA COME SISTEMA EDUCATIVO NEI BAMBINI CON DDAI:

FAVORISCE LO SVILUPPO CINESTETICO ATTRAVERSO
UNA MOTRICITA' ATTIVA E DIREZIONATA

PERCEZIONE SPAZIALE STRUTTURAZIONE
TEMPORALE

1. L'educazione psicomotoria
2. La terapia psicomotoria

Sala di
psicomotricità

Gioco

Manipolazione
della creta

Psicomotricità
In acqua

INTERVENTI PSICOEDUCATIVI, AMBIENTALI E PSICOSOCIALI:

- Modificare l'ambiente fisico e sociale al fine di modificare il comportamento
- Rinforzare i comportamenti sociali positivi e diminuire o eliminare quelli inappropriati fino a pianificare le attività di mantenimento dei risultati acquisiti e di prevenzione delle ricadute



MAGGIORE STRUTTURA E ATTENZIONE
MINORI DISTRAZIONI

PARENT TRAINING

INTERVENTO DI
CONSULENZA A SCUOLA

TRATTAMENTO DELLA WORKING MEMORY:

- ACCRESCERE LA DISCRIMINAZIONE SENSORIALE
- INDURRE PLASTICITA' CORTICALE NELLA CORTECCIA SENSORIALE E MOTORIA

Trattamento concentrato
sulle capacità dello
individuo che migliora
le difficoltà prova dopo
prova

Trattamento eseguito
per almeno 20 minuti al
giorno, 4/6 giorni alla
settimana per almeno
5 settimane

IL RUOLO DELL'EDUCATORE

1. Corretta conoscenza delle caratteristiche del disturbo
2. Attenta osservazione dell'interazione che il singolo bambino attua rispetto all'ambiente
3. Scelta accurate di specifici obiettivi da perseguire
4. Attuazione di una strategia d'azione correttamente pianificata

