

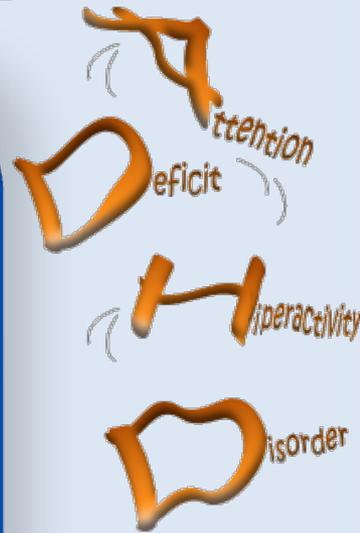
# CONVEGNO

Percorsi diagnostico-terapeutici condivisi per l'ADHD

Milano, 9-10 novembre 2015



## CHILD TRAINING: esperienze in età scolare e prescolare



Azienda Ospedaliera  
SPEDALI CIVILI BRESCIA

**Gruppo ADHD Lecco**

**(Dr. Villani, Dr.ssa Acquistapace, Dr.ssa Alacqua, Dr.ssa Cataldo)**





# IL NOSTRO SERVIZIO: LA REALTA' DI LECCO

- Dal 2011 ad oggi sono stati DIAGNOSTICATI 180 bambini con ADHD
- Approccio di base multimodale (CT, PT, TT, farmacoterapia)
- Seguiti con CT: 125 bambini
- Trattamento proposto prima del progetto regionale: terapia psicomotoria



# IL NOSTRO SERVIZIO: LA REALTA' DI LECCO

Terapia psicomotoria:

OBIETTIVI:

- Vissuto psicomotorio
- Esplorazione dello spazio
- Organizzazione spaziale, temporale e sequenziale
- Ritmo/movimento
- Giochi di regole
- Rispetto dei turni
- Mantenimento di 1-2-3- e più istruzioni
- Memoria sequenziale
- Esplorazione e organizzazione spazio/foglio

Utilizzo RINFORZI



---

Perchè integrare il trattamento  
tradizionale con l'approccio  
cognitivo-comportamentale?



- 1) Raccomandazioni SINPIA (2002) rispetto alla terapia cognitivo-comportamentale
- 2) intervento di gruppo (regole sociali/rispecchiamento/rinforzo sociale/modelling ...)
- 3) Rinforzo alle competenze metacognitive (elaborazione strategie, autoconsapevolezza, auto/etero valutazione)
- 4) Tecniche di modificazione del comportamento (sistemi di rinforzo, estinzione, ignorare pianificato, costo della risposta, conseguenze logiche...)
- 5) Gestione emozioni (tolleranza alla frustrazione, motivazione al cambiamento, supporto al perseguimento degli obiettivi, autostima, problem solving interpersonale)



# Da qui...

---

- ❑ Dal 2011 sono stati seguiti 125 pazienti in gruppo nel range d'età tra 7 a 14 anni
- ❑ Differenziazione interventi:
  - 1) Adhd di tipo prevalentemente disattentivo
  - 2) Adhd di tipo combinato



# Da qui...

---

NECESSITA' di **integrazione** tra modello psicomotorio e psicologico cognitivo-comportamentale



**PROGETTO PILOTA PRESCOLARI:** gruppi di child training condotti da 1 psicologa e 1 psicomotricista per fascia d'età 4-6 anni



# EVIDENZE CLINICHE E DI RICERCA

---

- Maggiore efficacia dei trattamenti e mantenimento al f.u. nei piccoli (Grizenko,1997, McGee et al, 1991)
- Diagnosi e intervento precoce riducono l'impatto degli esiti clinici in contesti sociali e accademici (Spira e Fischel, 2005)
- Efficacia di trattamenti multimodali in età prescolare (Reddy et al. 2005, AM Re, 2010)



# TRATTAMENTO MULTIMODALE:

---

- 1) **CHILD TRAINING**
- 2) **PARENT TRAINING**
- 3) **TEACHER TRAINING**
- 4) **FARMACOTERAPIA**



# CHILD TRAINING età scolare:

## COMPOSIZIONE GRUPPI :

- 4 bambini con caratteristiche omogenee (età, sesso, risultati valutazione cognitiva e neuropsicologica)
- Diagnosi di ADHD di tipo prevalentemente disattentivo o combinato

## MODALITA' ORGANIZZATIVE:

- N. incontri : 10 (ripetibili) + 2 con i genitori (pre, post)
- Cadenza settimanale, durata 1 ora e 30 min.
- Conduttori: 2 psicologhe

## RIFERIMENTI TEORICI:

- ✓ Tecniche derivanti dalle teorie cognitivo-comportamentali
- ✓ Coping Power Program (Lochman)



# CHILD TRAINING età scolare:

## **AMBITI DI INTERVENTO:**

**1. Costruzione gruppo** (regole di convivenza...)

**2. Potenziamiento metacognitivo:**

- capacità organizzative e di pianificazione ;
- strategie legate all'apprendimento;
- capacità attentive;
- memoria di lavoro;
- funzioni esecutive.

**3. Autoregolazione comportamentale** (controllo risposta impulsivo-iperattiva)

**4. Consapevolezza e modulazione emotiva**

**5. Abilità sociali**



# Progetto Pilota di intervento multimodale Prescolari

- 1) **CHILD TRAINING**
- 2) **PARENT TRAINING**
- 3) **TEACHER TRAINING**



# CHILD TRAINING prescolari

## Criteri di accesso:

- Età 4-6 anni
- Presenza di sintomi ADHD
- Risultati clinicamente significativi alla valutazione cognitiva, neuropsicologica e psicomotoria

## Composizione gruppi:

2 gruppi formati da 4 bambini (7 M, 1 F)

## Modalità :

10 incontri a cadenza settimanale condotti da 1 psicologa e 1 terapeuta della neuropsicomotricità

Valutazione pre e post trattamento: scale CONNERS



# CHILD TRAINING prescolari

## Valutazione cognitiva

WIPPSI III → QVP (cifrario + ricerca di simboli)

## Valutazione neuropsicologica

NEPSY II → modulo attenzione e funzioni esecutive

## Valutazione psicomotoria

APCM (abilità prassiche e coordinazione motoria)

schema corporeo

TPV (percezione visiva)

TCR (concetti spaziale e temporale)



# CHILD TRAINING prescolari

## **AMBITI DI INTERVENTO:**

- 1. Costruzione gruppo (regole di convivenza...)**
- 2. Potenziamento attentivo (uditivo e visivo)**
- 3. Autoregolazione comportamentale (controllo risposta impulsivo-iperattiva)**
- 4. Abilità motorie (coordinamento, prassie..)**



# PARENT TRAINING prescolari

## Criteri di accesso:

Genitori di bambini trattati nei gruppi di child

## Composizione gruppi:

2 gruppi formati ciascuno da 8 genitori

## Modalità :

6 incontri a cadenza quindicinale condotti da 1 psicologa

## Riferimenti:

C. Vio, M.S. Spagnoletti 2013

## Valutazione pre e post trattamento :

Questionari IPDDAG (A.M. Re, M.Riello e C. Cornoldi 2005)

Questionario senso di competenza dei genitori - versione madri e padri (Vio et al. 1999)



# PARENT TRAINING prescolari

## Questionario IPDDAG:

**Questionario osservativo rivolto ai genitori per identificare bambini a rischio ADHD in età prescolare.**

- ❑ 19 item: 7 disattenzione + 7 iperattività impulsività+ 5 fattori di rischio
- ❑ Scala Likert 4 livelli (intensità e/o frequenza)
- ❑ Fasce di prestazione: range normotipico, richiesta d'attenzione, richiesta d'intervento

## Questionario senso di competenza dei genitori - (versione madri e padri)

**Questionario che fornisce informazioni in merito all'atteggiamento dei genitori nei confronti dei problemi del figlio relativo a:**

- ❑ Educazione dei figli e difficoltà,
- ❑ Grado di preparazione acquisito nel trovare risposte alle incertezze della crescita
- ❑ 16 item: 9 soddisfazione+7 senso di efficacia
- ❑ Grado di accordo
- ❑ Fasce di prestazione: ottimo, buono, sufficiente, problematico, inadeguato

# RISULTATI



## ETÀ SCOLARE

**I DATI DEL CENTRO ADHD**



# PRE – POST CHILD TRAINING

**CONFRONTO PRE-POST CHILD TRAINING IN RELAZIONE AI PUNTEGGI T MEDI DELLE SOTTOSCALE DEL QUESTIONARIO CONNERS' VERSIONE GENITORI (N = 118)**

SOTTOSCALA	PRE		POST		t	p-value
	M	SD	M	SD		
<b>A. Oppositività</b>	63.79	13.21	59.79	13.93	2.26	<b>.025*</b>
<b>B. Problemi cognitivi</b>	71.42	11.27	68.02	11.61	2.28	<b>.023*</b>
<b>C. Iperattività</b>	66.42	13.45	61.98	12.32	2.64	<b>.009**</b>
D. Ansia-timidezza	53.83	12.52	51.52	12.08	1.44	.150
E. Perfezionismo	49.96	9.06	48.44	9.85	1.23	.220
F. Problemi sociali	61.11	16.24	59.94	16.13	0.55	.579
G. Problemi psico-somatici	53.18	12.69	50.63	10.94	1.65	.100
<b>H. Indice ADHD</b>	73.75	13.02	69.53	11.41	2.65	<b>.009**</b>
<b>I. CGI (I-I)</b>	69.51	12.19	65.28	11.18	2.77	<b>.006**</b>
J. CGI (I-E)	57.86	14.01	55.69	12.25	1.26	.207
<b>K. CGI (T)</b>	68.03	11.72	63.69	11.32	2.88	<b>.004**</b>
<b>L. DSM-IV (D)</b>	73.81	11.81	68.84	11.25	3.31	<b>.001***</b>
<b>M. DSM-IV (I-I)</b>	66.68	13.12	62.41	12.72	2.53	<b>.012*</b>
<b>N. DSM-IV (T)</b>	72.25	11.87	67.39	11.16	3.24	<b>.001***</b>

**DIFFERENZE TRA MEDIE STATISTICAMENTE SIGNIFICATIVE MEDIANTE T-TEST**

\*  $p \leq 0.05$

\*\*  $p \leq 0.01$

\*\*\*  $p \leq 0.001$



# PRE – POST PARENT TRAINING

## CONFRONTO PRE-POST PARENT TRAINING IN RELAZIONE AI PUNTEGGI DELLE SOTTOSCALE DEL QUESTIONARIO SDAG COMPILATO DAI GENITORI (N = 65)

SOTTOSCALA	PRE		POST		t	p-value
	M	SD	M	SD		
A. Disattenzione	18.14	4.26	12.98	5.06	6.27	.000***
B. Iperattività-Impulsività	14.80	5.74	10.38	5.54	4.45	.000***

DIFFERENZE TRA MEDIE STATISTICAMENTE SIGNIFICATIVE MEDIANTE T-TEST

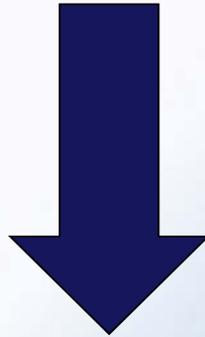
\*  $p \leq 0.05$   
\*\*  $p \leq 0.01$   
\*\*\*  $p \leq 0.001$

CUT-OFF UTILE PER RILEVARE COMPORTAMENTI PROBLEMATICI  $\geq 14$



# CHILD E PARENT TRAINING

---



**RIDUZIONE COMPORTAMENTI DISATTENTIVI E  
IPERATTIVO-IMPULSIVI  
POST CHILD E POST PARENT TRAINING**

# RISULTATI



**ETÀ PRE SCOLARE**

**PROGETTO PILOTA**



# PRE CHILD E PARENT TRAINING

**PUNTEGGI T MEDI DELLE SOTTOSCALE DEL QUESTIONARIO CONNERS' VERSIONE GENITORI AL  $T_0$  ( $N = 8$ )**

SOTTOSCALA	T0	
	M	SD
<b>A. Oppositività</b>	<b>73.88</b>	18.65
<b>B. Problemi cognitivi</b>	<b>70.38</b>	15.78
<b>C. Iperattività</b>	<b>74.13</b>	10.16
D. Ansia-timidezza	48.00	12.44
E. Perfezionismo	51.63	10.29
F. Problemi sociali	56.50	11.83
G. Problemi psico-somatici	51.13	10.12
<b>H. Indice ADHD</b>	<b>77.63</b>	7.55
<b>I. CGI (I-I)</b>	<b>78.13</b>	11.03
J. CGI (I-E)	64.00	14.22
<b>K. CGI (T)</b>	<b>78.63</b>	11.92
<b>L. DSM-IV (D)</b>	<b>73.88</b>	6.72
<b>M. DSM-IV (I-I)</b>	<b>74.88</b>	8.34
<b>N. DSM-IV (T)</b>	<b>77.13</b>	5.93

**PUNTEGGI CLINICAMENTE SIGNIFICATIVI IN GRASSETTO ( $T > 70$ )**



# PRE PARENT TRAINING

## FREQUENZE RELATIVE ALLE SOTTOSCALE DEL QUESTIONARIO SENSO DI COMPETENZA DEI GENITORI AL $T_0$

### PADRI ( $N = 8$ )

SOTTOSCALA	OTTIMO		BUONO		SUFFICIENTE		PROBLEMATICO		INADEGUATO	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Soddisfazione	1	12.5	0	0.0	3	37.5	2	25.0	2	25.0
Senso di efficacia	1	12.5	2	25.0	2	25.0	1	12.5	2	25.0

### MADRI ( $N = 8$ )

SOTTOSCALA	OTTIMO		BUONO		SUFFICIENTE		PROBLEMATICO		INADEGUATO	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Soddisfazione	1	12.5	3	37.5	2	25.0	1	12.5	1	12.5
Senso di efficacia	1	12.5	3	37.5	3	37.5	1	12.5	0	12.5

- ELEVATA COMPLIANCE DEI GENITORI
- MAGGIOR SENSO DI COMPETENZA PERCEPITO DALLE MADRI AL  $T_0$



# CHILD E PARENT TRAINING

## FREQUENZE RELATIVE ALLE SOTTOSCALE DEL QUESTIONARIO IPDDAG

**T<sub>0</sub> (N = 8)**

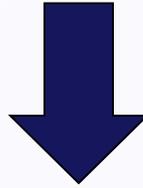
SOTTOSCALA	RANGE NORMOTIPICO		RICHIESTA DI ATTENZIONE		RICHIESTA DI INTERVENTO	
	N.	%	N.	%	N.	%
A. Disattenzione	1	12.5	2	25.0	5	62.5
B. Iperattività-Impulsività	1	12.5	2	25.0	5	62.5

**T<sub>1</sub>, rilevazione intermedia (N = 8)**

SOTTOSCALA	RANGE NORMOTIPICO		RICHIESTA DI ATTENZIONE		RICHIESTA DI INTERVENTO	
	N.	%	N.	%	N.	%
A. Disattenzione	2	25.0	4	50.0	2	25.0
B. Iperattività-Impulsività	3	37.5	4	50.0	1	12.5



# CHILD E PARENT TRAINING



**RIDUZIONE COMPORTAMENTI DISATTENTIVI E  
IPERATTIVO-IMPULSIVI AL T<sub>1</sub>**



**CI SARA' UN ULTERIORE RIDUZIONE AL T<sub>2</sub>, ovvero  
al termine del CT e del PT?**



**E AL TERMINE DEL TEACHER TRAINING?**



# RIFLESSIONI CONCLUSIVE

## ETA' SCOLARE

- ✓ Conferma efficacia C.T.
- ✓ Minore efficacia se:
  - componenti impulsive e oppositive marcate (indicazione iniziale per percorso individuale)
  - scarsa dotazione intellettiva (necessità di differenziare gli obiettivi)

## ETA' PRESCOLARE

- ✓ Proficua collaborazione tra due distinte professionalità
- ✓ Dati intermedi incoraggianti
- ✓ Maggior efficacia perché partecipazione costante da parte di entrambi i genitori



---

# Grazie dell'attenzione

22/05/13