



IL CONSIGLIO ORIENTATIVO IN TERZA MEDIA: COME ORIENTARE ...E NON DISORIENTARE LE FAMIGLIE

CHIARA GORI - GENITORE E REFERENTE AIFA MILANOSUD

« La scuola ha un problema solo. I ragazzi che perde»

Lettera ad una professoressa -1967

IL DISTURBO ADHD È DEFINITO “**DIMENSIONALE**” E NON “CATEGORIALE”.

Vediamo le differenze:

Modello categoriale: comportamenti “malati” sono nettamente diversi da quelli “sani” (es., nella schizofrenia, “sentire le voci”) e la malattia è chiaramente distinta dalla salute (ho il morbillo oppure non ce l’ho)/ ogni sintomo è nettamente separato dall’altro (ho le macchie rosse e la febbre)

Modello dimensionale: le caratteristiche del disturbo “partono” da comportamenti normali e comuni a tutti (disattenzione, impulsività, ecc.).

Qui la malattia non è affatto distinta dalla salute e lo stato “patologico” si raggiunge quando tali caratteristiche causano alla persona sofferenza e compromissioni funzionali. Le caratteristiche si fondono l’una con l’altra (es. l’impulsività provoca l’incapacità di aspettare una gratificazione lontana abbassando la motivazione)

Questo purtroppo è spesso causa, per il bambino adhd, di notevoli ritardi nell’individuazione del disturbo da parte degli adulti. E’ anche causa di scetticismo verso questa patologia.



COSA DISTINGUE LA NORMALITÀ DAL DISTURBO ?

I comportamenti devono essere:

Inadeguati rispetto all'età

Pervasivi presenti in 2 o più contesti

Duraturi non sono occasionali e durano da almeno 6 mesi

Esordio entro i 6/7 anni di età

Interferiscono in modo significativo con la vita quotidiana

VI SONO DIVERSI **PUNTI CRITICI** AL MOMENTO DELL'ORIENTAMENTO IN TERZA MEDIA RIGUARDANTI ADHD

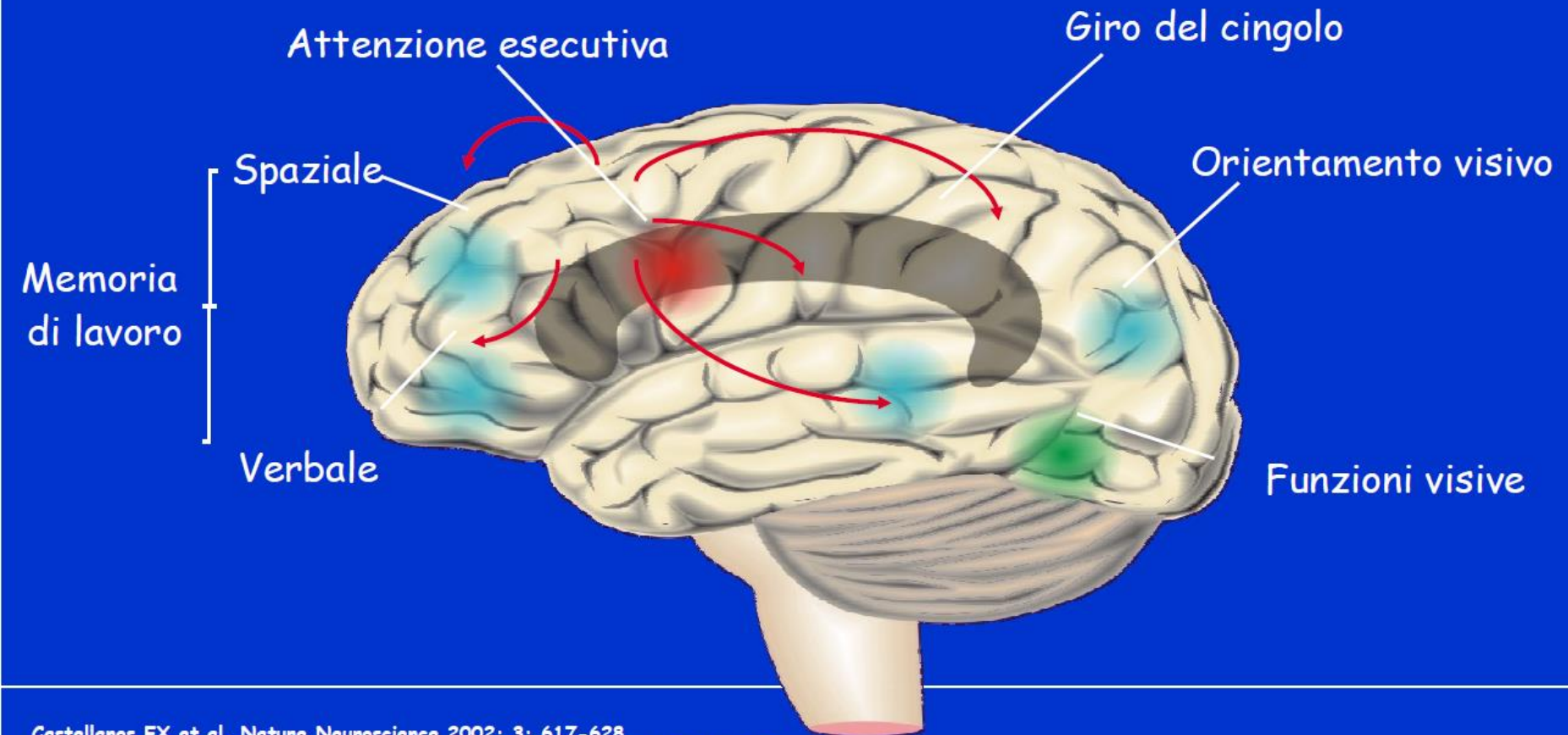
- Variabili **intrinseche al disturbo** neurobiologico costituito dall' ADHD
 - Dipendenti dalla **storia del ragazzo**
 - Dipendenti dalla **famiglia**
 - Dipendenti dalla **scuola**
- 

Variabili **intrinseche** al **disturbo** neurobiologico in ADHD



Circuiti cerebrali

regolano l'attenzione e l'attività, inibiscono i pensieri ed i comportamenti inappropriati, organizzano le azioni in modo da raggiungere uno scopo



Castellanos FX et al. Nature Neuroscience 2002; 3: 617-628

Pliszka SR et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996, 35 (3): 264-272

SISTEMA ATTENTIVO

SISTEMA DI VIGILANZA

Mantiene stato di allerta

Promuove comportamento difensivo

SEDE: pre-frontale mediale

SISTEMA CORTICALE ANTERIORE

- controllo FE che regolano il sist. attentivo post.
- attività di pianificazione ed anticipazione
- scelta di diversi comportamenti/attività mentali
- coordinamento di un comportamento
- inibizione di comportamenti antagonisti

SISTEMA DOPAMINERGICO

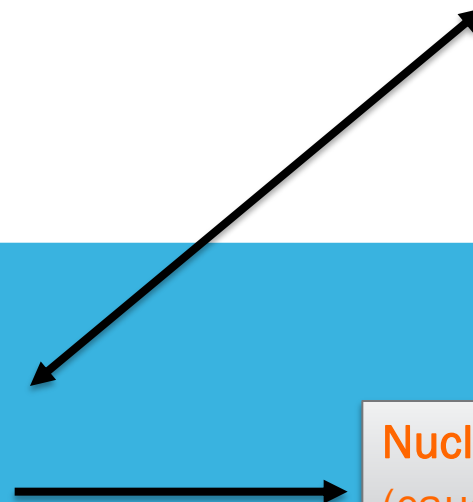
SISTEMA ATTENTIVO POSTERIORE

Controlla funzioni di orientamento e di spostamento da un focus all'altro

SISTEMA NORADRENERGICO

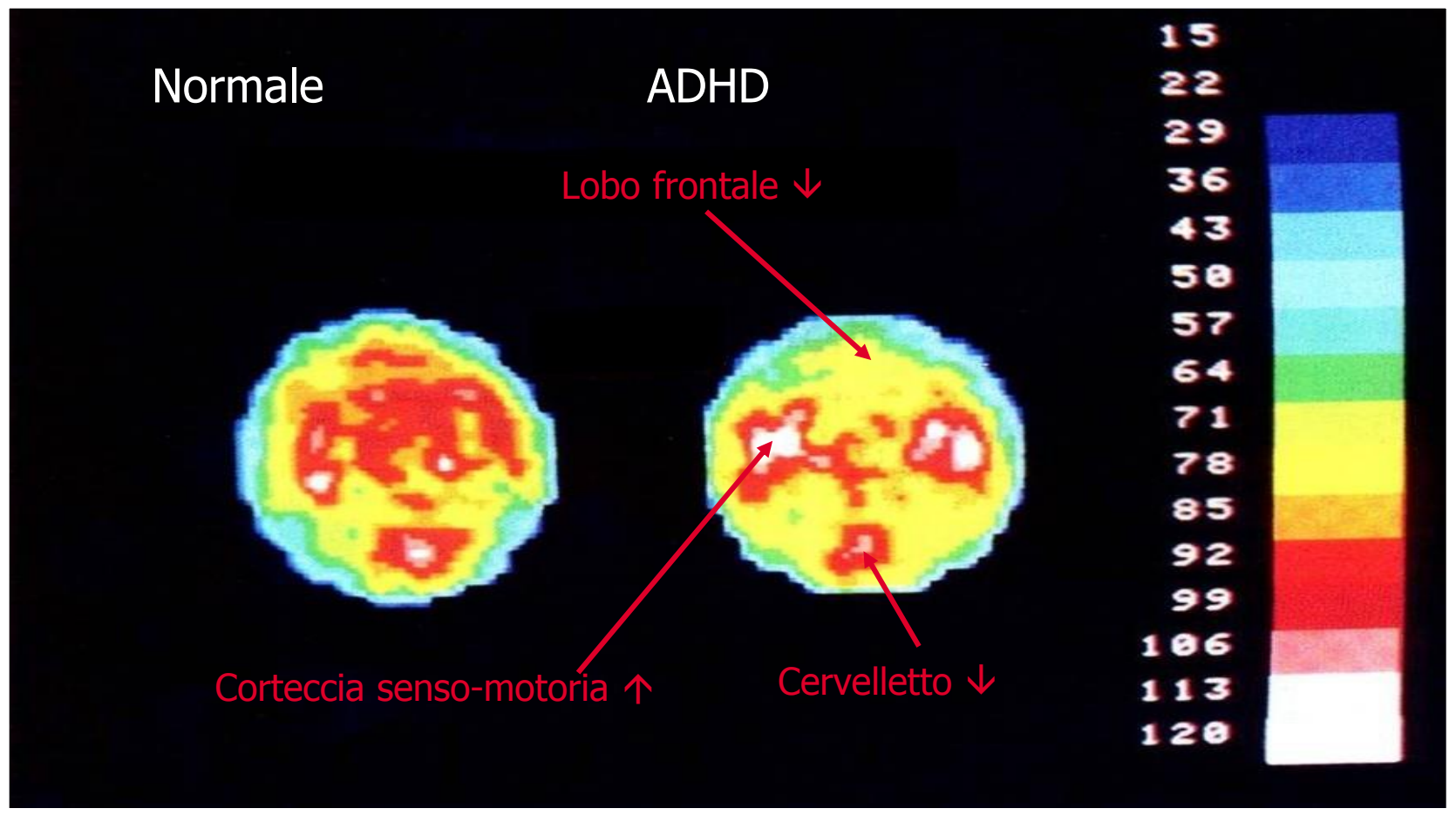
SEDE: collicolo superiore
corteccia parietale superiore

Nuclei della base
(caudato e putamen)

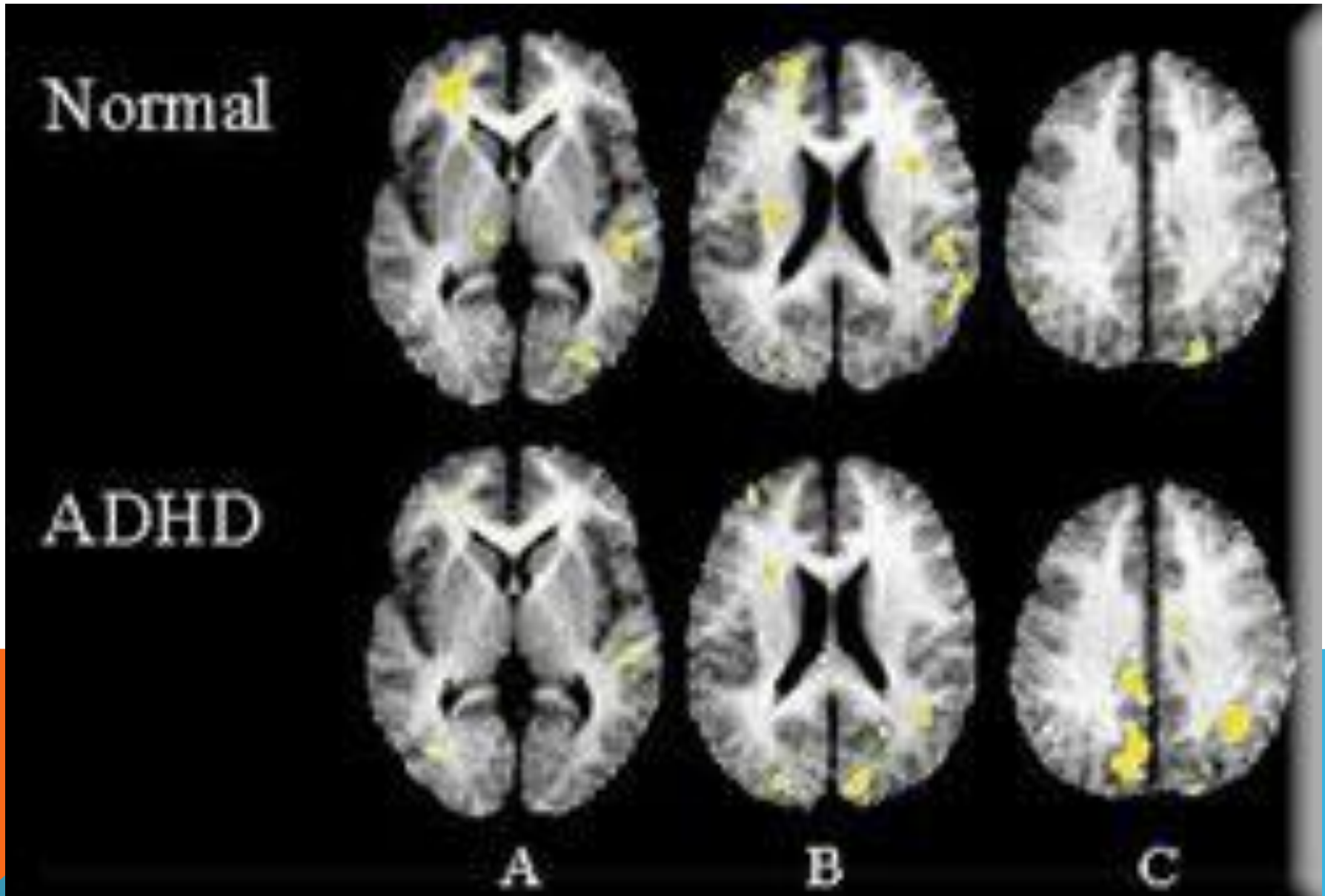


IL COINVOLGIMENTO DI QUESTI CIRCUITI CEREBRALI È EVIDENTE ANCHE DA STUDI DI IMAGING :

1. PET CEREBRALE



2. RMN FUNZIONALE



FATTORI CHE COMPONGONO LE FE

- ✓ **INIBIZIONE:** capacità di frenare il proprio comportamento al fine di permettere la prosecuzione dell'attività in corso
- ✓ **FLESSIBILITA':** capacità di spostarsi da un'attività all'altra e risolvere il problema in modo flessibile
- ✓ **CONTROLLO EMOTIVO:** capacità di inibire le risposte emotive a stimoli esterni al fine di permettere la prosecuzione dell'attività in corso
- ✓ **INIZIATIVA**
- ✓ **MEMORIA DI LAVORO:** capacità di trattenere attivamente nella mente informazioni rilevanti per il compito. Si divide in: non-verbale e verbale. Le informazioni vengono inoltre trattenute per breve tempo (tempo necessario a terminare il compito) e vengono manipolate in compiti cognitivi più complessi
- ✓ **PIANIFICAZIONE:** capacità di individuare l'obiettivo ed i passi successivi e necessari per raggiungerlo
- ✓ **MONITORAGGIO:** capacità di mantenere un controllo sul compito
- ✓ **ORGANIZZAZIONE PERSONALE:** capacità di scomporre i comportamenti osservati e ricomporli in nuove azioni che non fanno parte del proprio bagaglio personale (ricomposizione)

NEL BAMBINO E RAGAZZO ADHD:

La compromissione delle aree funzionali del sistema attentivo è responsabile di diverse forme di **disattenzione e/o iperattività ed impulsività** caratterizzate da comportamenti persistenti indicanti un **deficit delle FE** ed in particolare:

- **manca di perseveranza** nell'esecuzione di un compito cognitivo
- **discontrollo degli impulsi**
- **passaggio da un focus all'altro senza completamento del compito assegnato**
- **attività disorganizzata e scarsamente regolata**
- **deficit di pianificazione** ed esecuzione di procedure complesse
- **comportamento motorio poco modulato**

STADI DI SVILUPPO DELL'ADHD

VARIAZIONI LONGITUDINALI DELLE CARATTERISTICHE ADHD

	ETÀ PRESCOLARE	ADOLESCENZA
IPERATTIVITÀ	da moderata a severa nelle femmine: eccessiva socievolezza, logorrea Gioco caotico	irrequietezza incapacità a stare fermi
IMPULSIVITÀ	fisica incline a incorrere in incidenti primo nelle file	verbale nelle decisioni dichiarazioni senza giudizio osservazioni avventate
DISTRAIBILITÀ	comportamenti inadeguati	deterioramento in sc. medie disorganizzato

EVOLUZIONI DELL'ADHD IN ADOLESCENZA E NELL'ADULTO 1

- Iperattività molto meno visibile
- Intolleranza di vita sedentaria, sensazione soggettiva di tensione
- Incremento dell'impairment cognitivo
- Problemi accademici
- Difficoltà di organizzazione nel lavoro e nella vita quotidiana
- Condotte rischiose (sport, incidenti stradali)
- Gravidanze precoci; malattie sessualmente trasmesse

EVOLUZIONI DELL'ADHD IN ADOLESCENZA E NELL'ADULTO 2

- Uso di sostanze stupefacenti e/o tabacco
- Rischio di marginalità sociale
- Bassa autostima
- Instabilità scolastica, lavorativa, relazionale
- Tendenza all'isolamento sociale
- Vulnerabilità psicopatologica

FATTORI PREDITTIVI DI PERSISTENZA DELL'ADHD

Studio di follow-up di 11 anni, su 110 ADHD versus controlli tra 6-17 anni (NIH, 2011): permanenza dell'ADHD nel 78% dei casi:

- 35% persistenza dei disturbi comportamentali e di adattamento sociale
 - 22% sintomi subclinici
 - 15% solo compromissione funzionale
 - 6% remissione in trattamento farmacologico
- 

PREDITTORI DI PERSISTENZA:

- severità del quadro ADHD (in particolare sintomi di iperattività/impulsività)
- comorbidità psichiatrica (in particolare DC)
- esposizione a psicopatologia materna al baseline (ricordiamoci anche della possibilità di ADHD genitoriale)

SIMULATORE DISATTENZIONE

Leggete il testo proposto con attenzione e rispondete alle domande finali



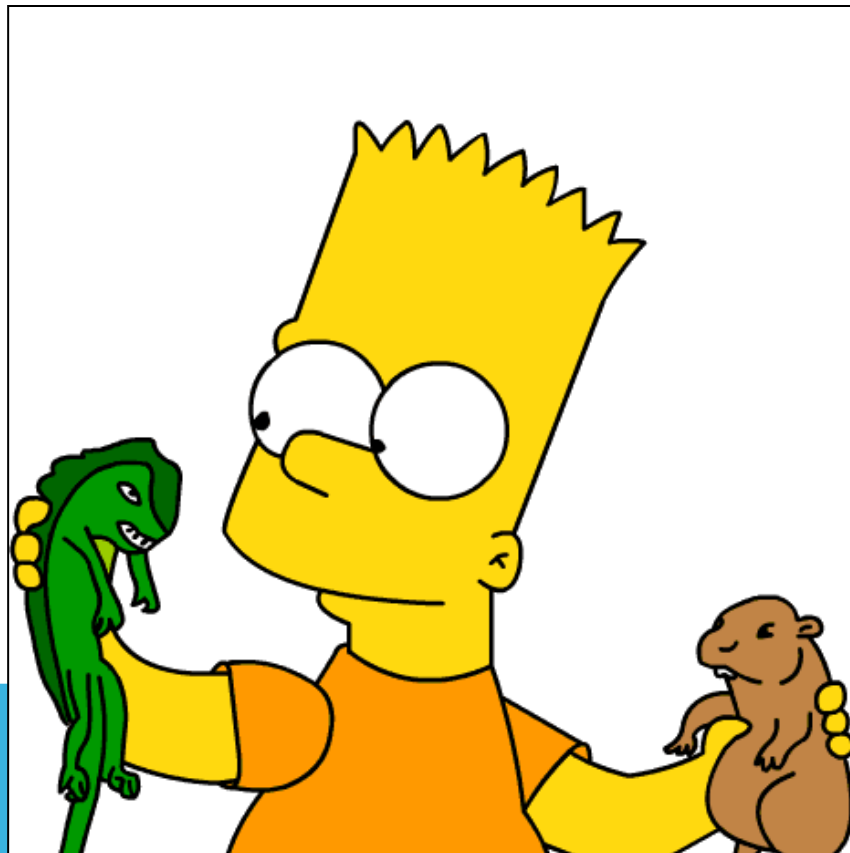
Simulatore adhd DDa.mp4



**QUALE GIUDIZIO DI ORIENTAMENTO POSSIAMO
ESPRIMERE DUNQUE IN QUESTA SITUAZIONE?**



la motivazione

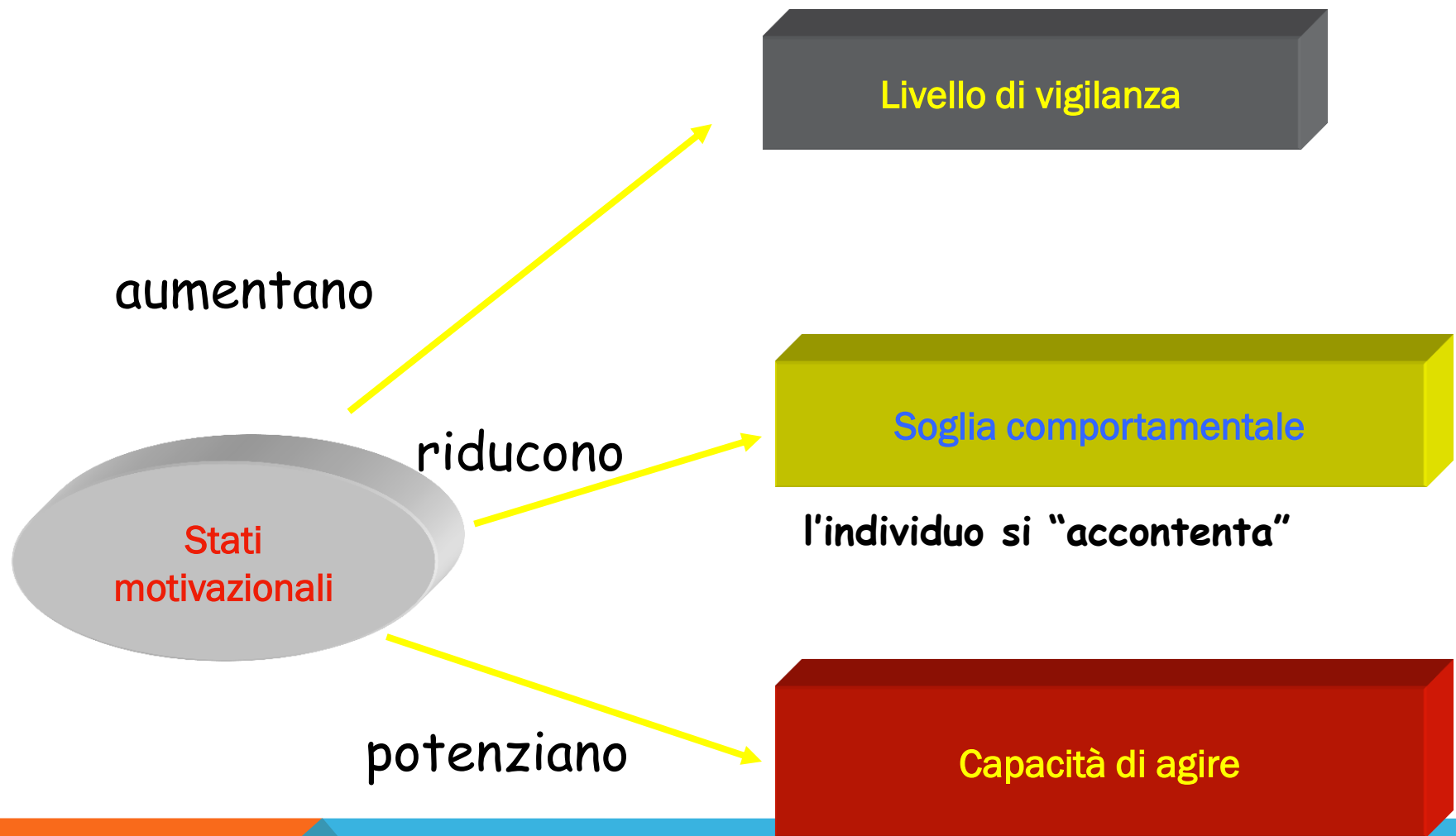


MOTIVAZIONE -1

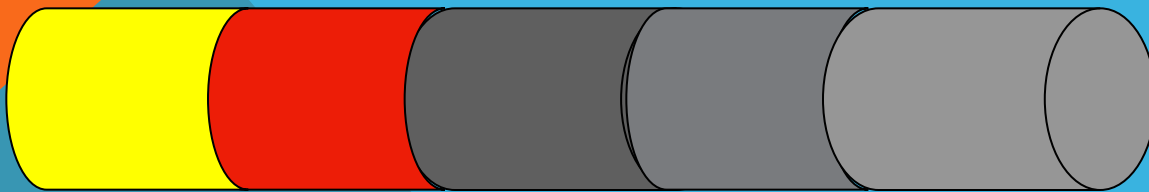
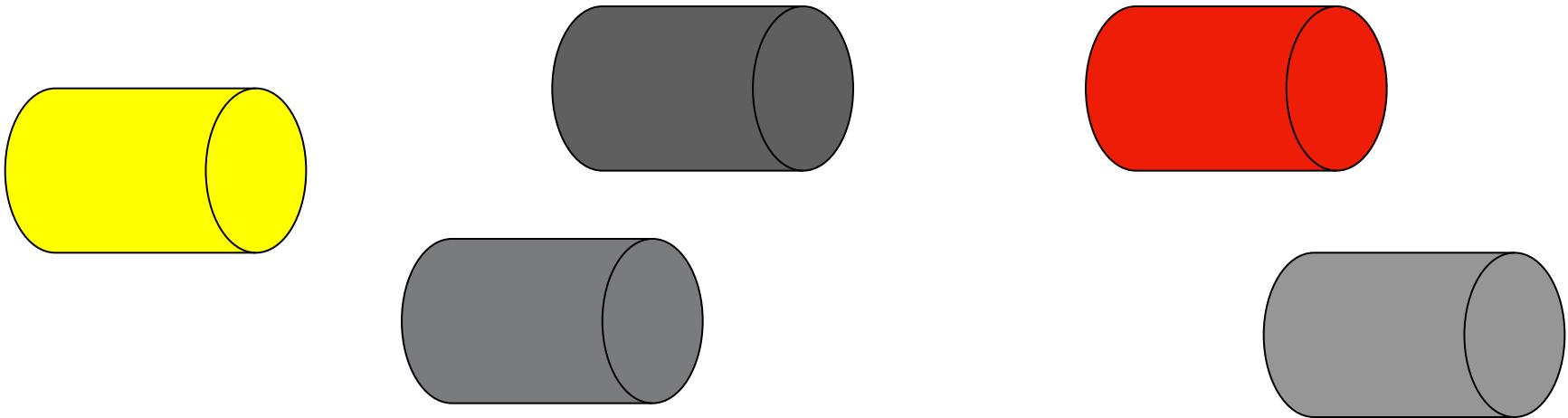
Dobbiamo considerare il cervello come un **sistema motivato** munito di disposizioni innate ad acquisire conoscenze a esplorare il mondo e a classificarlo in categorie

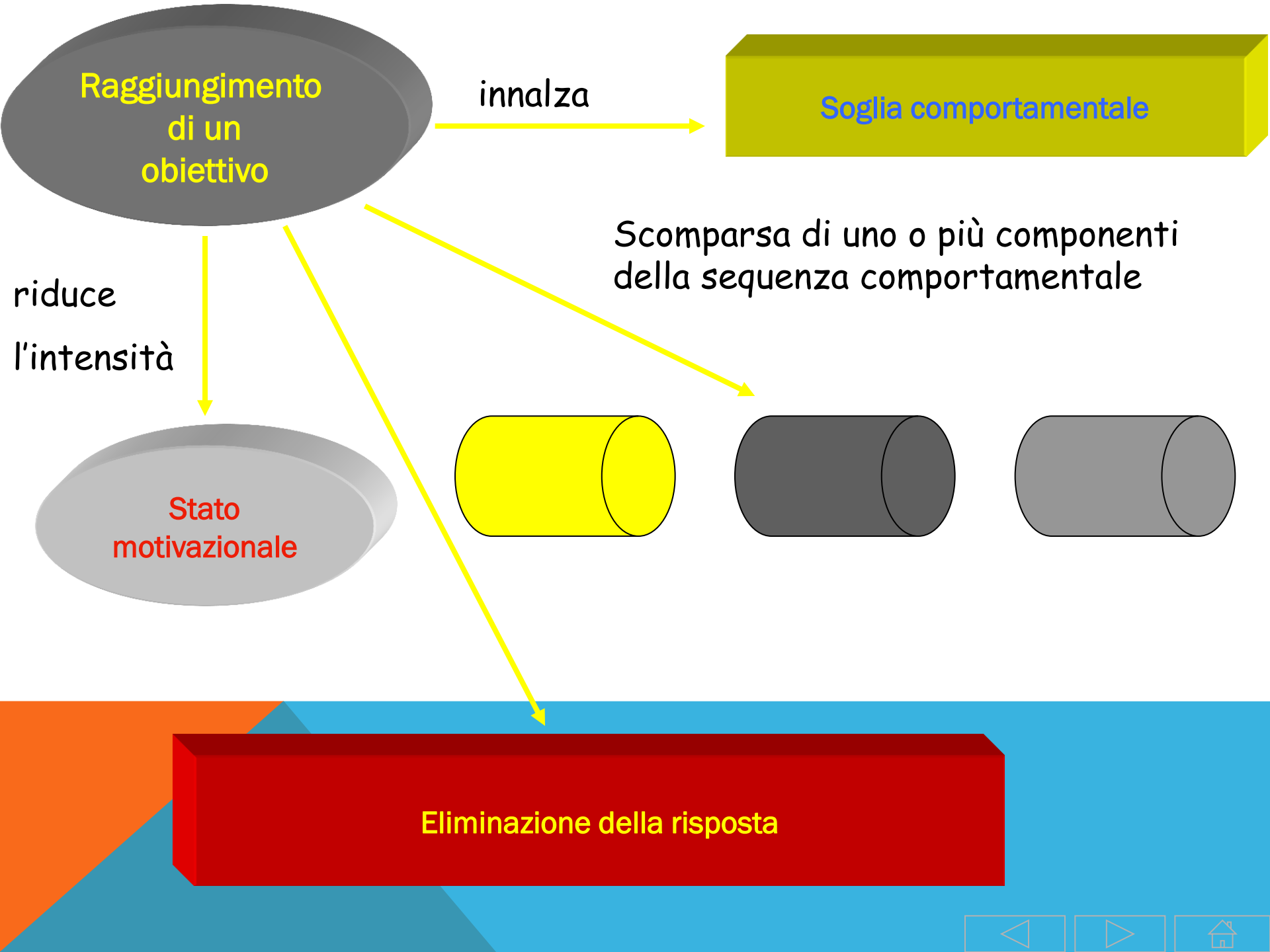
Tutto ciò che contribuisce al bagaglio delle nostre conoscenze (sensazioni, percezioni, immagini visive, sentimenti, azioni) costituisce l'aspetto cognitivo del comportamento





I bisogni interni richiedono l'organizzazione delle singole componenti comportamentali in sequenze specifiche ordinate per il raggiungimento di particolari obiettivi





**Stati
motivazionali**

```
graph TD; A([Stati motivazionali]) -.-> B[Funzione guida: dirigono il comportamento verso particolari obiettivi]; A -.-> C[Funzione organizzativa: Fondendo le singole componenti comportamentali in sequenze coerenti indirizzate al raggiungimento dell'obiettivo]; A -.-> D[Funzione attivante: aumentano lo stato di vigilanza e spingono l'individuo all'azione];
```

Funzione guida:
dirigono il comportamento
verso particolari
obiettivi

Funzione attivante:
aumentano lo stato
di vigilanza e spingono
l'individuo all'azione

Funzione organizzativa:
Fondendo le singole componenti comportamentali
in sequenze coerenti indirizzate al raggiungimento
dell'obiettivo

ricompensa



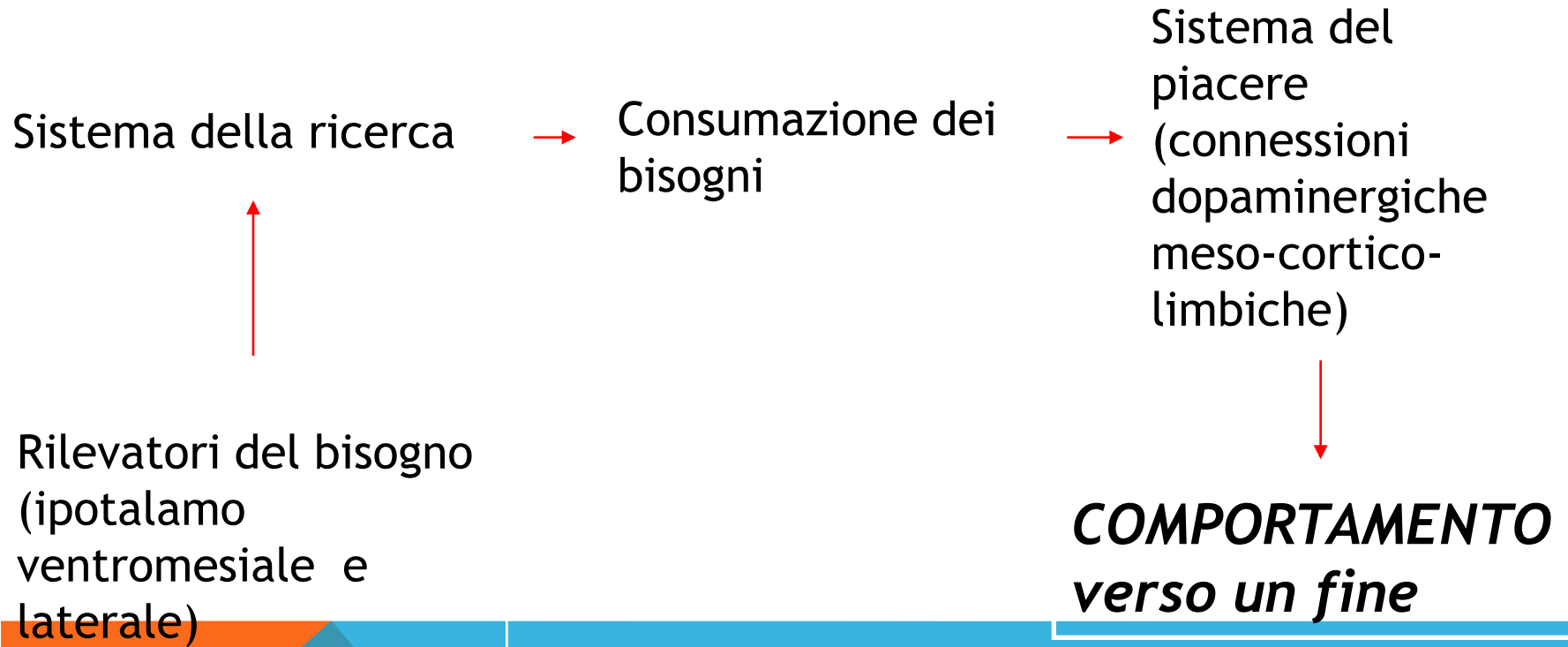
I meccanismi di ricompensa vengono attivati da segnali del mondo esterno che stimolano *reazioni interne di desiderio o di avversione.*



*Alcuni circuiti neuronali determinano in modo quasi automatico una sensazione positiva o negativa **secondo il tipo di stimolo ricevuto dall'ambiente***

I PRESUPPOSTI DEL COMPORTAMENTO MOTIVATO...

MOTIVAZIONE



**ATTIVITA', VOLONTA',
INPUT MOTIVAZIONALI**

DECISION-MAKING

COMPORTAMENTO MOTIVATO

Risultato di un complesso sistema di integrazione di funzioni, ciascuna delle quali presenta un correlato anatomo-funzionale ben definito

**MARCATORE
SOMATICO**

FUNZIONI ESECUTIVE

**SISTEMI DI
ELABORAZIONE
EMOTIVA**

La possibilità di potenziare un comportamento motivato sulla base dell'apprendimento e dell'esperienza dipende dal

RINFORZO

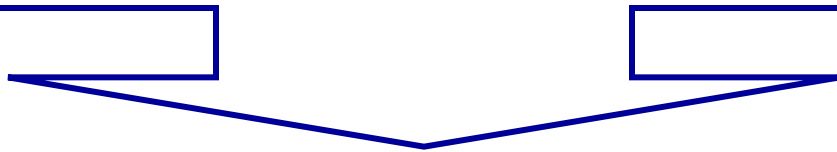
conseguente al raggiungimento del fine

I circuiti neurofisiologici che sono alla base dei meccanismi di rinforzo della sequenza

Fine - Ricompensa - Rinforzo

sono il *sistema mesolimbico*, il *nucleo accumbens* e l'*area ventrotegmentale*.

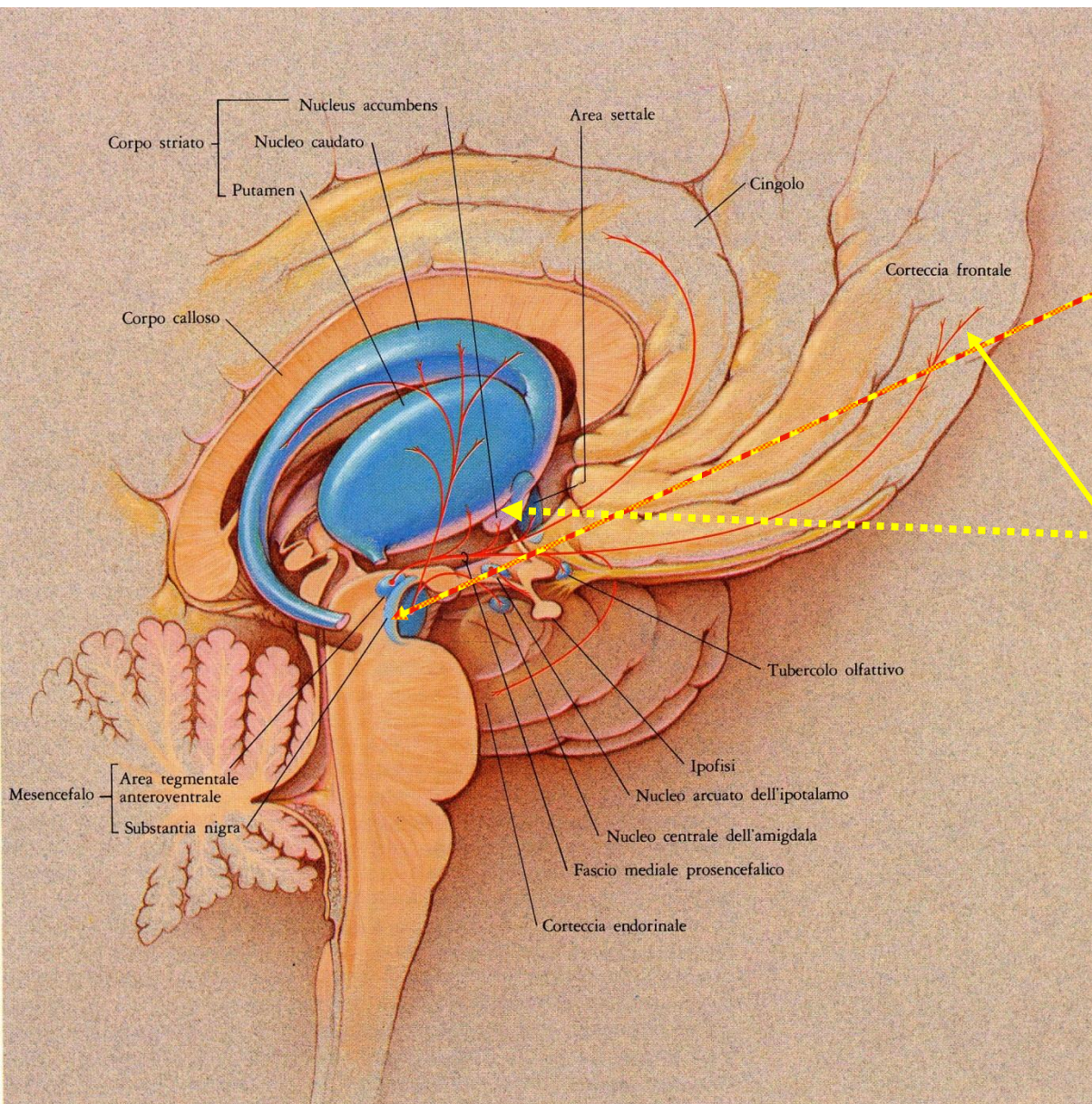
MECCANISMI DI RICOMPENSA

A diagram consisting of a solid blue line that starts from the bottom center of the title box, extends horizontally to the left and right, and then converges into a downward-pointing arrow shape that points towards the text box below.

La funzione della corteccia orbitofrontale è di creare un'associazione tra comportamento e ricompensa

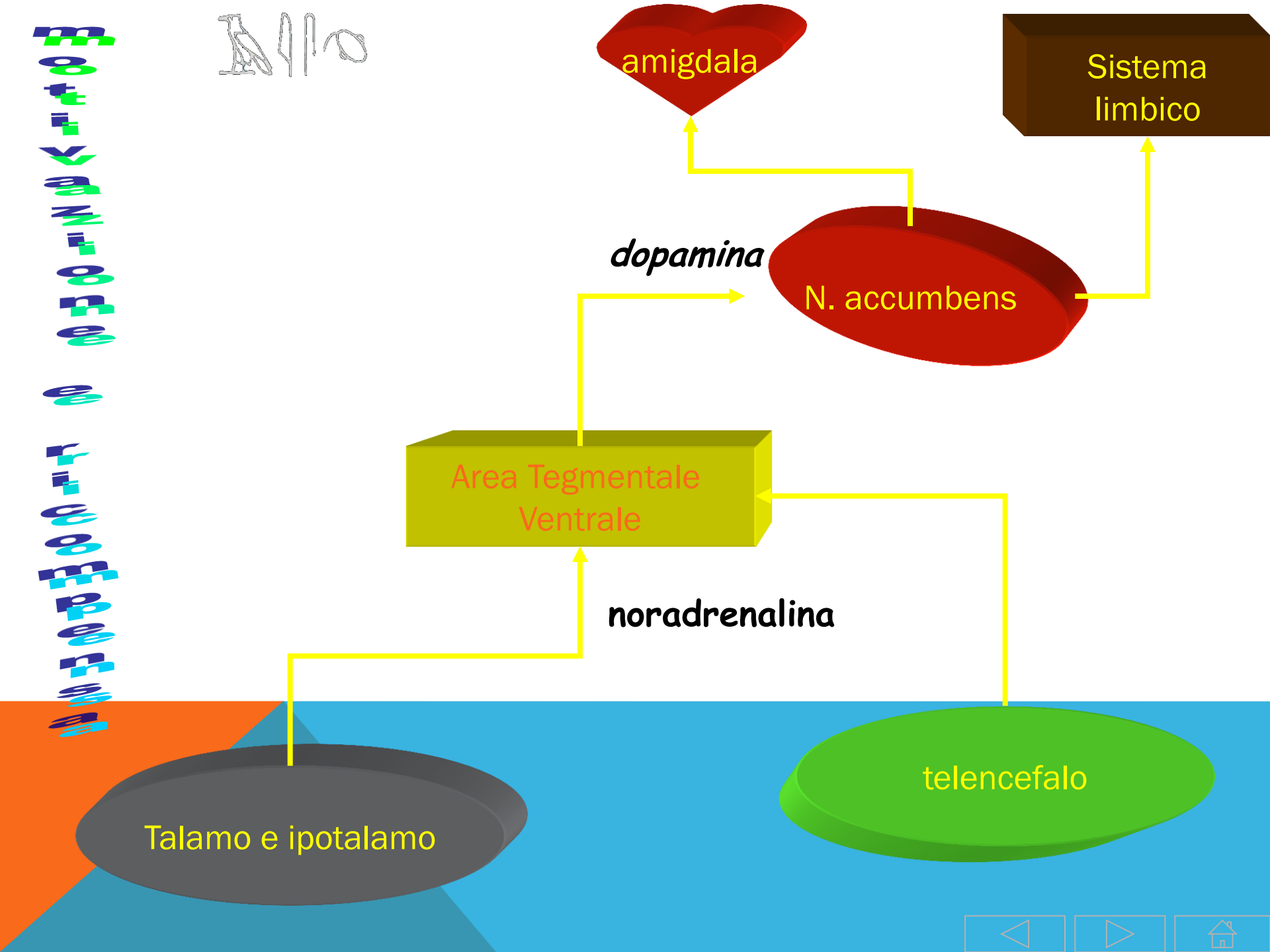
Decorative geometric shapes at the bottom of the slide, including a large blue triangle and a smaller orange triangle.

vie della ricompensa



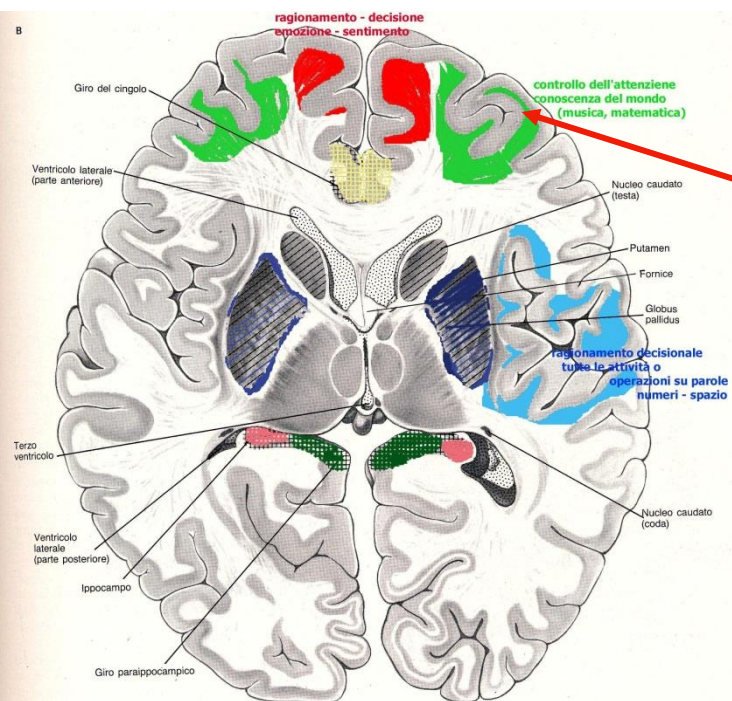
Sono delle vie dopaminergiche, partono dal tronco e dal mesencefalo (area tegmentale) e si proiettano sul nucleo accumbens e sulla corteccia pre-frontale.

Ricevono afferenze dal diencefalo e dal telencefalo



Il nucleo accumbens serve da interfaccia tra la motivazione e l'azione. Esso svolge un ruolo centrale individuando la dopamina liberata e regolando così il contatto selettivo del cervello con il mondo esterno

Uno studio fatto su dei giocatori di slot machines con l'uso della PET ha evidenziato che quando il soggetto vince una somma si ha una liberazione di dopamina nel corpo striato, che include il n. accumbens, accompagnata da un'attivazione dei neuroni del cervello medio e della corteccia frontale (dorso-laterale e orbitale).

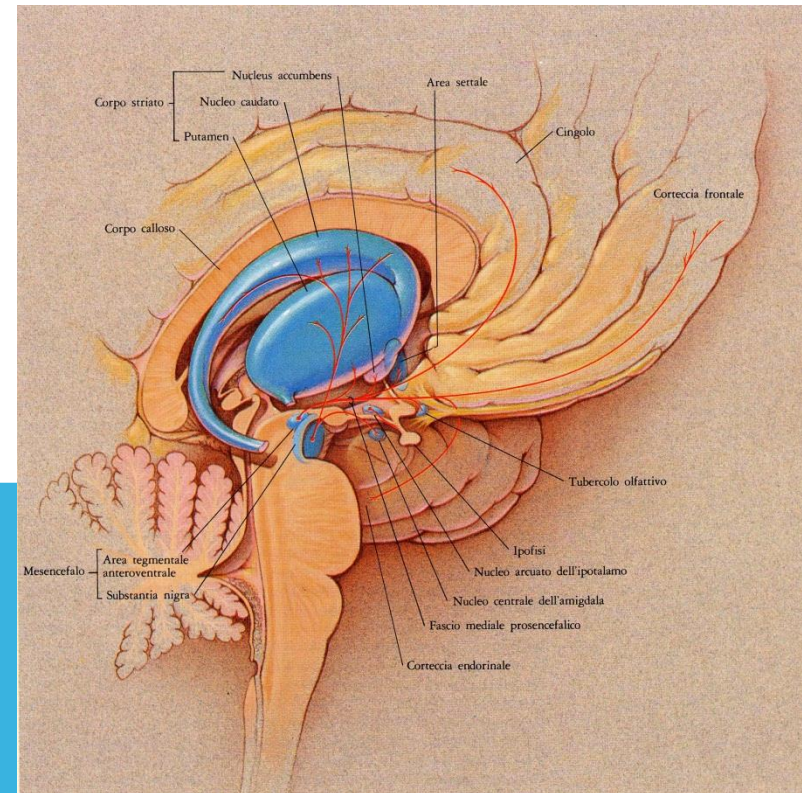




RIASSUMENDO:

Quando l'esecuzione di un'attività è accoppiata a un **rilascio di dopamina nel nucleo accumbens**, questa provoca piacere e quindi si cercherà di eseguirla nuovamente.

In particolare la zona del nucleo accumbens detta "conchiglia" ha un ruolo essenziale nelle emozioni per i suoi collegamenti con l'amigdala e il sistema limbico (apprendimento).



appetitus noscendi



Non accadrà la stessa cosa con la ricerca del piacere legato alla conoscenza e con la ricerca scientifica in generale? J.P. Changeux

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ADHD:

SISTEMI NEUROTRASMETTITORIALI E FARMACI:

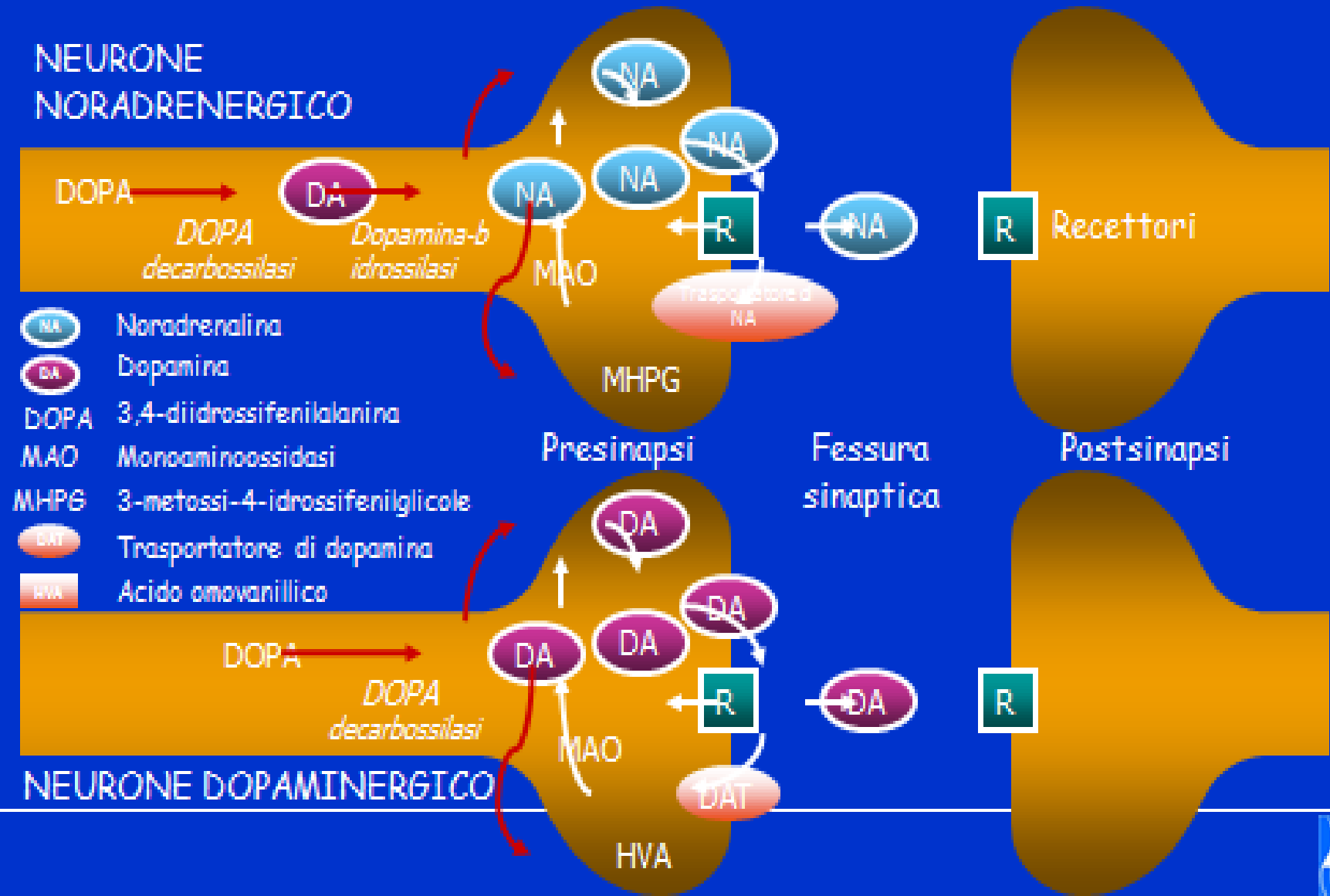
DOPAMINERGICO

- Metilfenidato
- D-amfetamina
- Pemolina

NORADRENERGICO

- Atomoxetina
- Desipramina
- Clonidina

Sinapsi noradrenaliniche e dopaminiche



METILFENIDATO

- **inibisce** in maniera specifica i **trasportatori sinaptici** per la **dopamina (DAT)** e la **noradrenalina**
- In tal modo viene prolungata l'azione di tali neurotrasmettitori a livello dello spazio intersinaptico
- Risultato finale è un **miglioramento dell'attività della corteccia prefrontale**



QUINDI:

TORNANDO ALLA DIFFICILE QUESTIONE

DELL' ORIENTAMENTO



DIVERSI PUNTI DI VISTA

→ DALLA PARTE DEI RAGAZZI



→ DALLA PARTE DELLA FAMIGLIA



→ DALLA PARTE DELLA SCUOLA



FATTORI DIPENDENTI DAI RAGAZZI



OGNI RAGAZZO ADHD E' DIVERSO!



COSA FACCIO DA GRANDE?

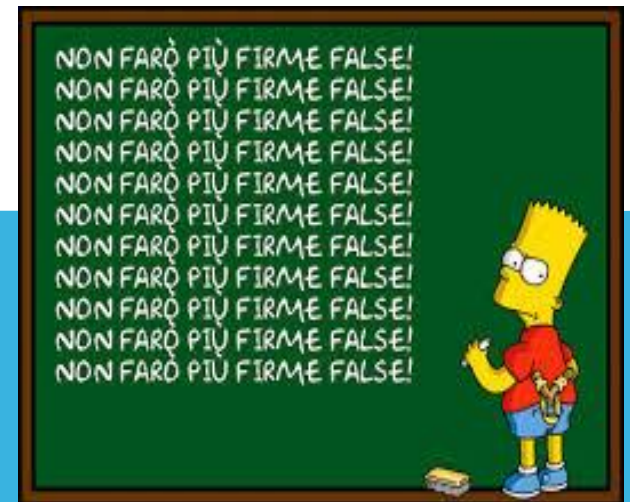
Ogni ragazzo con storia di ADHD ha specifiche peculiarità in quanto:



- Come visto la **struttura del sistema esecutivo** e quindi le sue alterazioni sono estremamente variegate in ognuno di noi; lo sono ovviamente anche quando vi sono delle alterazioni dello stesso sistema.
- Questo aspetto unito al fatto che ogni ragazzo presenta un **diverso carattere e un diverso passato del vissuto ADHD**, sia a scuola che a casa, rende ancora piu' variegato il quadro.

ELEMENTI DA TENER PRESENTI NELLA SCELTA

- A CHE ANNI HA AVUTO LA DIAGNOSI?
- E'AL CORRENTE DELLA DIAGNOSI?
- E' CONSAPEVOLE DELLA DIAGNOSI
- IL RAGAZZO/A COME VIVE LA DIAGNOSI?
- E' IN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO?COME VIVE IL FATTO DI PRENDERE IL FARMACO
- HA FATTO TERAPIA MULTIMODALE?
- HA DSA O ALTRE DIAGNOSI ASSOCIATE ?
- COSA FA NEL SUO TEMPO LIBERO?
- QUALI SONO I SUOI PUNTI DI FORZA?



«COSA FARA' MIO FIGLIO DA GRANDE?»



1. QUESTI RAGAZZI HANNO DIETRO INSIEME ALLE LORO FAMIGLIE UN PASSATO DI DIFFICOLTA' E TERAPIE

- COME SONO LE RELAZIONI FAMILIARI ?
- COME VIVE LA DIAGNOSI LA FAMIGLIA?
- QUANTO E' CONSAPEVOLE LA FAMIGLIA DELLA DIAGNOSI?
- VI SONO AIUTI NELLO STUDIO A CASA?
- VI SONO ALTRI FAMILIARI AFFETTI DA ADHD?

2. ALTRI HANNO AVUTO DIAGNOSI PIU' TARDIVE



A VOLTE INSIEME ALLA FAMIGLIA POSSIAMO TROVARE IL PARERE DEGLI SPECIALISTI CHE SEGUONO IL RAGAZZO/A (PIU' O MENO PRESENTI

IN GENERE

- NEUROPSICHIATRA INFANTILE
- PEDAGOGISTA
- PSICOLOGO

SPESSO NON IN REGIME ASL MA PRIVATO
O ENTRAMBI !!!



GLI INSEGNANTI



IN GENERALE VIENE POSTO SUI RAGAZZI ADHD (E SU TUTTI I DSA) UN GIUDIZIO E UN CONSIGLIO BASATO:

- SUL RENDIMENTO SCOLASTICO
- SUL COMPORTAMENTO



INOLTRE:

- IL RAGAZZO/A E' CERTIFICATO COME BES (normativa 27-12-2012)?
- OLTRE A ADHD VI E' COMORBIDITA' CON DSA E PDP DA LEGGE 170/2010?
- IL RAGAZZO/A HA CERTIFICAZIONE 104/92 ? QUANTE ORE DI SOSTEGNO GLI SONO STATE ASSEGNATE? HA UN EDUCATORE?
- COME VERRA' VALUTATO IL LIVELLO DELLA MIA DIDATTICA SE LO PRESENTO AL LICEO CON UN PROFILO IN USCITA DALLE MEDIE MEDIOCRE LEGATO ALLA DINAMICA ADHD?
- ME LA SENTO DI ESPORMI DAVANTI AL RESTANTE CONSIGLIO DI CLASSE CON IL MIO PARERE MAGARI DIFFERENTE ?



QUINDI COSA FARE?

NON VI SONO RICETTE

PRECONFEZIONATE!



RAGIONAMENTO DA TENER PRESENTE

TRA I CRITERI DELL'ORIENTAMENTO SCOLASTICO SONO PRIORITARIE IN ADHD RISPETTO ALLE COMPONENTI DI INDIRIZZO:

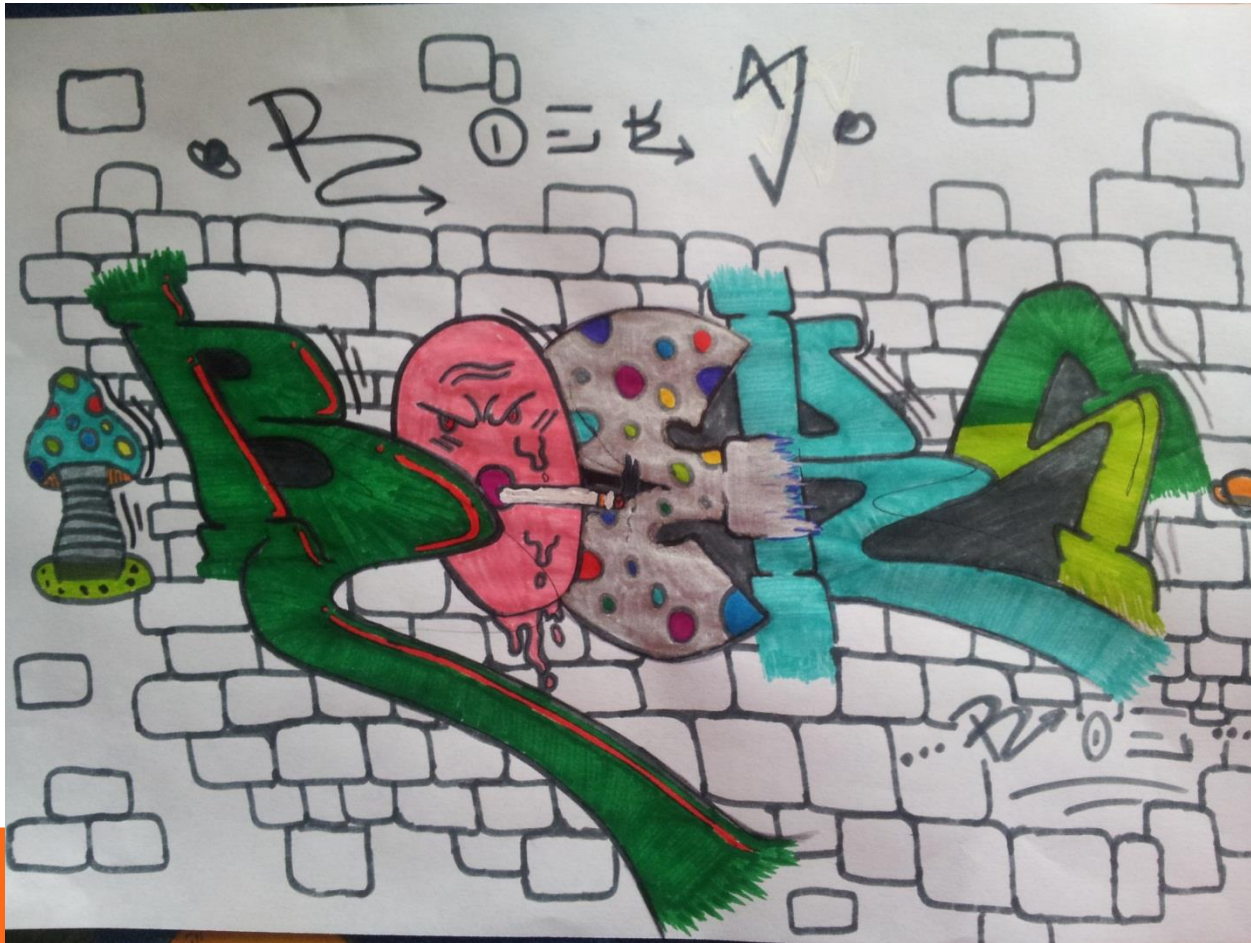
- COMPONENTI MOTIVAZIONALI DEL RAGAZZO/A ADHD
- CAPACITA' DI ACCOGLIENZA DELLA SCUOLA
- CONTESTO RELAZIONALE DELLA CLASSE, SOPRATTUTTO TRA PARI

—> TENENDO PRESENTI TALI PREMESSE E' POSSIBILE PENSARE ALLA COSTRUZIONE DI UN PROGETTO EDUCATIVO CHE ABBA COME SCOPO LA **FORMAZIONE, NON TANTO PROFESSIONALE, QUANTO PERSONALE DEI RAGAZZI**

CIOE': **PROGETTO DI VITA !!!**



**NON INSERIAMO DEI «MURI DOVE NON
NECESSARIO «.....**



UNA PICCOLA RIFLESSIONE FINALE....

«Gli insegnanti che mi hanno salvato – e che hanno fatto di me un insegnante – non erano formati per questo. Non si sono preoccupati dell'origine della mia infermità scolastica. Non hanno perso tempo a cercarne le cause e tanto meno a farmi la predica. Erano adulti di fronte ad adolescenti in pericolo. Hanno capito che occorreva agire tempestivamente. Si sono buttati di nuovo, giorno dopo giorno, ancora e ancora...Alla fine mi hanno tirato fuori. E molti altri con me. Ci hanno letteralmente ripescati. Dobbiamo loro la vita».



da D. Pennac, Diario di scuola, cit., p.33