



# **UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE**

**XXIX CICLO DEL DOTTORATO DI RICERCA IN  
SCIENZE DELLA RIPRODUZIONE DELLO SVILUPPO**

---

**TERAPIA NON FARMACOLOGICA NEI DISTURBI DIROMPENTI DEL  
COMPORAMENTO. AUTOCONTROLLO ATTRAVERSO TECNICHE DI  
DRAMMATIZZAZIONE**

Settore scientifico-disciplinare: **MED/39**

**DOTTORANDO  
ANDREA ANDOLINA**

**COORDINATORE  
PROF. ALESSANDRO VENTURA**

**SUPERVISORE DI TESI  
DOTT. ALDO SKABAR  
PROF. ALESSANDRO VENTURA**

**ANNO ACCADEMICO 2015/2016**



A Daniela,  
per l'amore e il sostegno incondizionato  
che continua sempre a darmi.

...Non è nelle stelle che è conservato il nostro destino,  
ma in noi stessi...  
(William Shakespeare, Giulio Cesare)



Desidero ringraziare tutti i genitori e i bambini che hanno partecipato alla sperimentazione.

Ringrazio il Dott. Aldo Skabar con cui ho avuto il piacere di condividere assieme questo mio percorso di dottorato.

Grazie alla Dott.ssa Cinzia Scheriani per i preziosi consigli e i suggerimenti.

Infine grazie di cuore alla mia famiglia e alla mia amica e collega Valentina Burolo, che mi hanno sostenuto in questo lungo percorso di studi.



## INDICE

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>pag. 3</b>
<b>CAPITOLO 1 - ADHD e DOP.....</b>	<b>pag. 5</b>
<b>1.1 Che cos'è l'ADHD? .....</b>	<b>pag. 5</b>
<b>1.2. I sintomi .....</b>	<b>pag. 11</b>
<b>1.2.1 IL DSM-V .....</b>	<b>pag. 22</b>
<b>1.3. Diagnosi dell'ADHD .....</b>	<b>pag. 39</b>
<b>1.4. Comorbilità, DOP e DC.....</b>	<b>pag. 46</b>
<b>1.4.1. Comorbilità.....</b>	<b>pag. 46</b>
<b>1.4.2. <i>DOP</i> (Disturbo Oppositivo Provocatorio) e <i>DC</i> (Disturbo della Condotta).....</b>	<b>pag. 50</b>
<b>CAPITOLO 2 - LA TEATRO TERAPIA .....</b>	<b>pag. 59</b>
<b>2.1 Che cos'è la teatro terapia.....</b>	<b>pag. 59</b>
<b>2.2 I campi e applicazioni della teatro terapia .....</b>	<b>pag. 65</b>
<b>2.3 Il gruppo teatrale .....</b>	<b>pag. 70</b>
<b>2.4 Il Gioco ed il teatro .....</b>	<b>pag. 72</b>
<b>2.5 Teatro ed empatia le emozioni e il loro valore .....</b>	<b>pag. 79</b>

<b>CAPITOLO 3 - IL TTM .....</b>	<b>pag. 85</b>
<b>3.1 Timing della ricerca.....</b>	<b>pag. 85</b>
<b>3.2. Descrizione del progetto .....</b>	<b>pag. 86</b>
<b>3.3 Metodologia .....</b>	<b>pag. 88</b>
<b>3.3.1. Esercizi svolti nella fase pre-espressiva .....</b>	<b>pag. 91</b>
<b>3.3.2 Esercizi svolti nella fase espressiva.....</b>	<b>pag. 96</b>
<b>3.3.3 Esercizi svolti nella fase post espressiva .....</b>	<b>pag. 99</b>
<b>3.4 Ipotesi di ricerca.....</b>	<b>pag. 105</b>
<b>3.5 Obiettivi .....</b>	<b>pag. 105</b>
<b>3.6 Popolazione dello studio: procedure e motivazione di reclutamento .....</b>	<b>pag.106</b>
<b>3.7 Materiali e procedure .....</b>	<b>pag. 109</b>
<b>3.8 Scopo della ricerca .....</b>	<b>pag. 114</b>
<b>3.9 Risultati della ricerca nella scala MOAS.....</b>	<b>pag. 115</b>
<b>CAPITOLO 4 – CONCLUSIONI .....</b>	<b>pag. 125</b>
<b>4.1 Analisi dei risultati.....</b>	<b>pag. 125</b>
<b>4.2 Conclusioni e obiettivi Raggiunti.....</b>	<b>pag. 127</b>
<b>4.3 Criticità .....</b>	<b>pag. 128</b>
<b>4.4 Prospettive per il futuro .....</b>	<b>pag. 128</b>

<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>pag. 131</b>
<b>APPENDICI .....</b>	<b>pag.142</b>
<b>Lettera d' invito .....</b>	<b>pag.150</b>
<b>Dati raccolti .....</b>	<b>pag. 154</b>

## **Abstract**

### **Non-pharmacological treatment of ODD using drama techniques to improve self control.**

The oppositional defiant behavior in ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) and the theatre are the bases of this research. We wished to demonstrate experimentally how the theatre therapy, together pharmacologic therapy, could be helpful in the handling of Oppositional Defiant Disorder of disturbs of behavior.

In detail have been used techniques of dramatization within the theatre context. Theatre for its peculiarities strangthen the relationship with ourselves and the others through verbal and not verbal communication. The main target of the theatre therapy is the improvement the quality of life for the subject that undergoes the treatment, reducing the situations of discomfort caused, in this specific case, by the Oppositional Defiant Disorder disturbs that induce aggressive acts towards ourselves and the others, towards objects and at the verbal level.

In the first chapter we analyze what ADHD is, its symptoms, the diagnosis and the tipical behavior of this pathology, which are the parameters of diagnostic evaluation of DSM-IV putting them in comparison with the new parameters DSM-V and the the associated pathologies: of ODD

(Oppositional Defiant Disorder) , of the disturb of Conduct Disorder, with or without Callous-Unemotional Behavior.

In the second chapter we deal with what really theatre therapy is, going back to the theories of psychodrama of Jacob Moreno, and in Italy to the models of application of the theatre therapy of Walter Orioli. A model of physical training is described fo the patient that wishes to face one or more cycles of theatre therapy. Furthermore a part of the second chapter is devoted to the emotions and their roles in the theatre in relationship to the image of the characters chosen by the patients with ADHD in co-morbidity with ODD

The third chapter describes in detail the project of theatre therapy and the trial in children and boys of age betwen 7 and 14 years. In the chapter we describe the methods, the inclusion and exclusion criteria and the system of trial in blind both for parents and teachers, who do not know the activity that the patient undergo. The trial is performed in order to understand if this standardized model could improve the quality of life of the patients, using dramatization techniques.

In the fourth chapter the TTM (Theater Therapy Model) results are analyzed with a statistical assay. An analysis of the results and critical issues are exposed.

Finally the future perspectives of this trial are discussed, not only from the medical point but even from the psychological and educational view. We

wonder if theater therapy could be used in situations different from the one matter of this study.

## INRODUZIONE

I comportamenti dirompenti nell'ADHD e il teatro sono alla base di questa ricerca. Si è voluto dimostrare sperimentalmente come la teatro terapia possa essere, assieme alla terapia farmacologica, d'aiuto alla gestione dei disturbi dirompenti del comportamento. Più precisamente, sono state utilizzate tecniche di drammatizzazione sviluppate all'interno di un contesto teatrale. Il teatro per le sue peculiarità potenzia la relazione con se stessi e con gli altri attraverso la comunicazione verbale e quella non verbale. Scopo principale della teatro terapia è di migliorare la qualità della vita di chi vi si sottopone, attenuando le situazioni di disagio causate, in questo specifico caso, dai disturbi oppositivi provocatori del comportamento che si manifestano con: atti aggressivi verso se stessi, verso gli altri, verso degli oggetti e a livello verbale.

Nel primo capitolo andiamo ad analizzare che cos'è l'ADHD, i sintomi, la diagnosi e i comportamenti tipici di questa patologia. Quali sono stati i parametri di valutazione diagnostica del DSM-IV mettendoli a confronto con i nuovi parametri del DSM-V e le sue comorbilità diagnostiche: del Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP) e il Disturbo della Condotta, con o senza tratti calloso emozionali.

Nel secondo capitolo viene illustrato che cosa s'intende per teatro terapia, rifacendoci alle teorie dello psicodramma di Jacob Moreno e, in Italia, ai

modelli di applicazione della teatro terapia di Walter Orioli. Viene descritto un modello di training fisico per il paziente che vuole affrontare uno o più cicli di sedute di teatro terapia. Inoltre una parte del secondo capitolo è dedicata alle emozioni e alle loro funzioni in ambito teatrale in relazione alla figura del personaggio interpretato nei pazienti ADHD in comorbilità con DOP.

Il Terzo capitolo descrive in maniera dettagliata del progetto di ricerca di teatro terapia e la sua sperimentazione con bambini e ragazzi di età compresa tra i 7 e i 14 anni d'età. Nel capitolo vengono descritte le modalità, i criteri di inclusione e di esclusione e il modello della sperimentazione condotto in cieco rispetto ai genitori ed insegnanti, i quali non conoscono l'attività svolta con i pazienti. Una sperimentazione volta a capire se e come questo modello standardizzato possa migliorare la qualità della vita dei pazienti utilizzando tecniche di drammatizzazione. Nel quarto capitolo sono analizzati i risultati del TTM (Theater Therapy Mode), in base ai risultati sperimentali ottenuti da un punto di vista statistico. In questa sede viene esposta un'analisi dei risultati e delle criticità dello studio. Infine, si è discusso su quali prospettive future possa avere questo lavoro di ricerca, non solo in campo medico ma anche in quello psicologico, educativo o accademico ipotizzando l'uso della teatro terapia in situazioni diverse da quella oggetto del nostro studio.

## **CAPITOLO 1**

### **ADHD e DOP**

#### **1.1. Che cos'è l'ADHD?**

Al giorno d'oggi il disturbo dell'attenzione ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) è uno dei disturbi psichiatrici più frequentemente diagnosticato in età evolutiva nel Nord America. In Europa ed in Italia la diagnosi viene raramente rilevata a causa dei differenti criteri di classificazione dei disturbi psichiatrici. All'inizio del 1900 la documentazione scientifica al riguardo era pressoché inesistente. Solamente nel 1902, il pediatra inglese George Still pubblicò sulla prestigiosa rivista medica *Lancet* uno studio su un gruppo di bambini che presentavano “un deficit nel controllo morale [...] e una eccessiva vivacità distruttiva” (Still, 1902).

Nel 1952 nella sua prima edizione il DSM<sup>1</sup> (Diagnostic and Statistical Manual) prevedeva due sole categorie per i disturbi psichiatrici infantili: la schizofrenia e il disturbo dell'adattamento. Solo nella seconda edizione del 1968 comparve la dicitura “reazione ipercinetica del bambino”. L'etichetta evidenziava tuttavia una problematica di tipo motorio e non cognitivo

---

<sup>1</sup> American Psychiatric Association (2001) *DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. – Ed. Masson Milano

(Scheriani, 2007). Nella terza edizione, del 1980, si cambiarono le procedure diagnostiche, incominciando a tener conto anche di altre variabili tra cui il livello d'inserimento sociale. Ciò portò ad una vera e propria rivoluzione in campo diagnostico, dove sono stati valutati di più gli aspetti cognitivi rispetto a quelli comportamentali. Nel 1987 fu pubblicata una revisione alla terza edizione nella quale, rispetto alla precedente, troviamo per la prima volta la dicitura Disturbo da deficit dell'attenzione (in inglese ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder - in italiano DDAI (Disturbo da Deficit di attenzione con iperattività). In questa edizione viene tolta la categorizzazione dei sintomi: disattenzione, iperattività, impulsività e viene introdotta un'unica lista di 14 comportamenti, considerati di pari importanza. Ciò è stato considerato, a posteriori, un arretramento nel sistema di diagnosi.

Nella quarta edizione del 1992 invece, per formulare i sottotipi DDAI furono ripresi i 18 sintomi elencati dalla decima edizione dell'ICD (International Classification of Diseases - a cura dell'organizzazione mondiale della sanità).

Possiamo quindi evidenziare come i comportamenti Ddai vengono classificati secondo le categorie: disattenzione, iperattività, impulsività. Un'importante svolta in ambito scientifico era stata data dalla ricercatrice canadese Virginia Douglas, della McGree University, la quale aveva posto, per la prima volta l'attenzione, attraverso i suoi lavori, sui deficit cognitivi

rispetto a quelli motori. La Douglas arriverà alla conclusione che la Ddai è la conseguenza della compromissione di due dei tre circuiti attentivi. La compromissione è presente in quello deputato alle risposte e in quello che determina il mantenimento della vigilanza mentre quello che determina un efficace orientamento sembrerebbe non essere compromesso. Tim Shallice propone un modello che proviene dalla neuropsicologia cognitiva, dove i deficit cognitivi sono a carico delle funzioni esecutive. In questo modo Shallice vuole descrivere una serie di abilità cognitive deputate al controllo e al monitoraggio di azioni complesse diverse dagli schemi comportamentali fino a quel momento applicati .

Dagli anni novanta in poi la ricerca si concentra sulle funzioni esecutive. Lo scopo è definire dei sottocomponenti per poi individuare i deficit nei bambini con Ddai. Le ricerche di Bruce Pennington e Sally Ozonof hanno individuato quattro importanti sottocomponenti: la pianificazione, la memoria di lavoro, l'inibizione e il Set-shift. Rispettivamente la pianificazione è la funzione in cui: definiamo, organizziamo i passi intermedi per il raggiungimento di un obiettivo. La memoria di lavoro consente di conservare temporaneamente le informazioni che ci permettono di eseguire le attività quotidiane; l'inibizione è l'abilità che ci consente di interrompere un determinato comportamento; ed infine il set-shift è l'abilità nel cambiare lo schema di una risposta abituale.

Il modello multidimensionale proposto da Russell Barkley conferma che, nei bambini affetti da ADHD, alla base del disturbo esiste un deficit d'inibizione comportamentale. Questa compromissione si sviluppa nelle quattro dimensioni:

- *Deficit della memoria di lavoro*, la quale impedisce di far rimanere attive le informazioni fondamentali per portare a conclusioni un compito. Stimoli interni ed esterni non vengono più filtrati e bloccati. Tutto ciò si ripercuote in un comportamento disorganizzato e caotico.

- *Deficit di capacità generativa*: questo tipo di deficit limita la capacità di scomporre un'attività complessa in una serie di passi elementari e successivamente di adattarli ad un altro campo. La conseguenza della ridotta capacità generativa, che viene frenata del deficit d'inibizione, nei bambini si manifesta con il ripetersi degli stessi errori nonostante i ripetuti richiami dell'adulto. Il bambino inoltre assume un atteggiamento di rigidità nel comportamento.

- *Deficit del linguaggio interno*. Il linguaggio interno regola sub vocalmente nel bambino le istruzioni per il raggiungimento di un compito, bloccando contemporaneamente gli stimoli o i comportamenti che possono interferire. Nel bambino con l'ADHD la compromissione inibitrice e l'impossibilità di autoregolazione porta ad una gestione inefficiente del proprio linguaggio interno. Di conseguenza avremo un bambino che assumerà una condotta del tutto sregolata e impulsiva.

- *Deficit motivazionale*. Il bambino non riesce a mantenere nella memoria di lavoro gli obiettivi da seguire. Questa difficoltà è causata dalla ridotta capacità di inibire le interferenze provenienti dagli stimoli esterni.

In conclusione, Barkley riconduce le problematiche dell'ADHD proprio ad una riduzione del deficit di inibizione, a sua volta riconducibile ad una disfunzione neurologica. Come lui stesso afferma *“In passato questi soggetti venivano classificati come svogliati, disattenti, discontinui, dissociati; oggi s'è capito che non è il bambino a volersi comportare così, ma è il disturbo che implica particolari difficoltà di attenzione, concentrazione e controllo agli impulsi.”*<sup>2</sup> L'ADHD quindi può coinvolgere ed eventualmente compromettere numerose aree dello sviluppo del bambino tra cui (da non sottovalutare) l'aspetto sociale che, se trascurato, lo predispone, in un futuro, ad altre patologie psichiatriche e di potenziale disagio sociale.

L'APA<sup>3</sup> (American Psychiatric Association) definisce nel DSM-IV che “ogni disturbo mentale è concettualizzato un modello comportamentale o psicologico clinicamente significativo, che si presenta in un individuo ed è associato a disagio, a disabilità (es. compromissione di una o più aree importanti di funzionamento), ad un aumento significativo del rischio di morte, di dolore o di disabilità, o a una importante limitazione della libertà”.

---

<sup>2</sup> Barkley, R.A. (1999) *Deficit di Attenzione e iperattività*, <<Le scienze>> n.365

<sup>3</sup> Trad.Associazione degli Psichiatri Americani

(APA, Associazione degli Psichiatri Americani, 1996, p.8) Tutto ciò che si riferisce al disturbo può essere osservato e misurato secondo parametri ben definiti per l'appunto dai due manuali diagnostici più diffusi il DSM-IV e il ICD-10, il primo in uso nel Nord America mentre il secondo in Europa. In Italia, non essendoci manuali specifici per la diagnosi, si prendono in esame le descrizioni diagnostiche di entrambi.

## 1.2. I sintomi

Secondo la definizione del DSM-IV, il disturbo da deficit attentivo “è caratterizzato da due gruppi di sintomi, dimensioni psicopatologiche, definibili come inattenzione e impulsività-iperattività”<sup>4</sup>

In definitiva i principali sintomi dell'ADHD sono: la mancanza di attenzione, l'iperattività e l'impulsività.

In letteratura tra le definizioni di attenzione, ci viene in aiuto quella di William James: è “l'atto per cui la mente prende possesso in forma limpida e vivace di uno fra tanti oggetti e fra diverse correnti di pensieri che si presentano come simultaneamente possibili... essa implica l'abbandono di certe cose, allo scopo di trattare più efficacemente con altre, ed è uno stato che trova precisamente il suo opposto in quello stato di dispersione, confusione, che viene detto distrazione”. (1890, pag.298) Mentre Donald Hebb (1949) sostiene che l'attenzione dipenda dalla selettività della risposta, che è veicolata dalle vie sensoriali e determini gli aspetti di un'azione. L'attenzione quindi si sviluppa in molteplici modi, poiché è formata da diversi processi. Questi processi, che sono diversi tra di loro, vengono classificati in: attenzione selettiva, capacità attentiva e attenzione prolungata (o “sostenuta”).

---

<sup>4</sup> American Psychiatric Association (2001) *DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. – ed. Masson Milano

- *L'attenzione selettiva* sarà quindi la capacità di un soggetto di rispondere agli aspetti rilevanti di un determinato compito, escludendone degli altri. Questo tipo di selettività agisce su una validità di stimoli visivi, ma soprattutto acustici, che giungono al nostro sistema di elaborazione. L'attenzione selettiva quindi discrimina gli stimoli provenienti dall'ambiente esterno e li seleziona in quelli che possono accedere al focus attentivo e quelli che rimangono esclusi in una zona periferica del nostro campo attentivo. Essa è di due tipi: automatica e controllata. L'attenzione automatica dipende da aree corticali posteriori, in sede parietale, mentre quella controllata dipende da aree anteriori, frontali (Ruff&Rothbart,1993). Ciò che determina una buona attenzione selettiva dipende sostanzialmente da due fattori: l'efficienza del nostro sistema cognitivo e le caratteristiche degli stimoli esterni. Avere dei processi di memoria efficaci ad esempio favorisce una buona attenzione selettiva e quindi a selezionare meglio le informazioni, d'altro canto una buona vigilanza favorisce la selettività degli stimoli esterni.

Per quanto riguarda il funzionamento dell'attenzione selettiva abbiamo due teorie contrastanti: la selezione precoce e la selezione tardiva. Nel primo caso il nostro sistema cognitivo farebbe passare solo determinate informazioni a causa di un filtro posto al suo ingresso. Secondo la seconda ipotesi invece tutte le formazioni esterne passano, comprese quelle di cui non siamo consapevoli, con la differenza che solamente alcune informazioni

vengono elaborate mentre altre, quelle che non ci interessano, vengono analizzate solo superficialmente. non giungendo così al fuoco attento e quindi non ne saremmo consapevoli. (Umiltà,1994) Si deduce quindi che per utilizzare in maniera adeguata le poche risorse cognitive è fondamentale escludere tutto ciò che non serve per l'esecuzione di un compito(Fedeli 2013), proteggendo così il corretto funzionamento dell'intero sistema cognitivo e quelle abilità strumentali come il linguaggio interno e la memorizzazione delle informazioni. (Barkley, 2006)

- ***La capacità attenta*** è l'abilità di prestare attenzione a più stimoli contemporaneamente. Essa si sposta da un contesto all'altro e presenta stimoli multipli. La proceduralizzazione di un compito come ad esempio guidare l'automobile o farsi il nodo alla cravatta, ci dà la possibilità di poter spendere delle risorse cognitive grazie al processo automatico ed eseguire altri compiti paralleli come esempio parlare con un amico mentre si guida. Se invece la nostra attenzione si divide tra due compiti dello stesso livello, essi concorrono tra di loro e, di conseguenza, subiranno un calo di performance. Al contrario la capacità attenta è migliore se gli stimoli non occupano la stessa modalità sensoriale.

- ***L'attenzione prolungata (mantenuta)*** è l'abilità che il soggetto ha nell'eseguire un determinato compito senza distrarsi per un sufficiente periodo di tempo. Quello che misura questo componente dell'attenzione è il livello di vigilanza cioè la capacità di mantenere in allerta, attraverso

un'adeguata capacità di ricezione elaborazione, gli stimoli d'ingresso. Il tempo in cui l'attenzione prolungata riesce a mantenersi efficace, non manifestando affaticamento cognitivo nel bambino, dipende da una generale attivazione fisiologica. Infatti generalmente i bambini più grandi hanno tempi di mantenimento dell'attenzione più estesi di quelli più piccoli.

- **Attenzione focalizzata** è la capacità di immagazzinare nella memoria le informazioni che sono state selezionate; essa lavora sinergicamente con l'attenzione selettiva. L'attenzione focalizzata quindi elabora le informazioni solamente sull'oggetto selezionato tenendo conto dei limiti spazio temporali. In ogni caso, le informazioni inizialmente escluse perché ritenute poco importanti, possono successivamente avere il sopravvento entrando così di forza nel fuoco attentivo dando vita così ad un fenomeno chiamato: "disattenzione". Il fuoco attentivo può spostarsi da un oggetto, o da un evento ad un altro. Questa capacità, viene chiamata *shift dell'attenzione*; essa impone flessibilità nella gestione delle risorse attentive e la capacità di autocontrollo. Lo spostamento del fuoco attentivo varia in base all'età. Quindi la mancata attenzione si manifesta con: *"scarsa cura per i dettagli ed incapacità a portare a termine le azioni intraprese: i bambini appaiono costantemente distratti come se avessero sempre altro in mente, evitano di svolgere attività che richiedano attenzione per i*

*particolari o abilità organizzative, perdono frequentemente oggetti significativi o dimenticano attività importanti”<sup>5</sup>*

Si è dimostrato che i bambini con l’ADHD tendono sì ad assumere un buon livello di attenzione, ma solamente sulle attività che suscitano a loro molto interesse, come ad esempio giocare ai video games, guardare il loro programma preferito alla televisione o navigare sul web. È chiaro che programmi come i cartoni animati, che contengono trame narrative semplici e sono privi di correlazione, creano nel bambino o ragazzo (che rimane passivo dal punto di vista cognitivo) un particolare interesse. In assenza di un’attenzione prolungata ed uno sforzo strategico e cognitivo considerevole, i bambini con l’ADHD sono molto motivati a svolgere questi tipi di compiti, che risultano per loro molto gratificanti. In opposizione avremo quei compiti dove, se l’attività è meno appagante, avranno bisogno di continue sollecitazioni esterne da parte di un adulto per il raggiungimento di determinati obiettivi. Il bambino con l’ADHD non riesce prevalentemente a utilizzare quelle capacità per regolare la concentrazione e per mantenere attenzione in fase di problem-solving. Il problem-solving è l’attività grazie alla quale il bambino è in grado di comprendere la vera natura di un compito e gli obiettivi da raggiungere attraverso un’adeguata comprensione e chiarezza alle richieste che gli

---

<sup>5</sup> Cornoldi, C., Gardinale, M., Masi, A., Pattenò, L., *Impulsività e autocontrollo: interventi e tecniche metacognitive*. – ed. Erickson Trento (1996)

vengono fatte, mettendo a punto un piano, o una strategia, per il raggiungimento di un'attività. Il bambino inoltre deve essere in grado di valutare, ad esempio, per l'esecuzione di un esercizio: il tempo richiesto, il tempo a disposizione, il progresso conseguito, la sequenzialità del ragionamento fatto. Lo stile di pensiero che dovrà adottare sarà di tipo consequenziale ed egli dovrà gestire il successo, l'incertezza o il fallimento, in modo da utilizzare le proprie risorse ricorrendo alla memoria e alle strategie adottate in precedenza.

Come detto all'inizio del capitolo, i sintomi evidenti in un bambino ADHD sono l'impulsività e l'iperattività. Esse influenzano la vita del bambino, creando evidenti problemi sia a se stesso, sia nel suo comportamento verso gli altri, potendo diventare anche fonte di pericolo.

- *Impulsività*: si manifesta come la difficoltà ad organizzare azioni complesse che implicano un cambiamento rapido da un'attività all'altra. Il bambino non riesce ad esempio ad attendere il proprio turno per un gioco di gruppo o non riesce a rispettare le regole generali di un comportamento in ambito sociale. Nella comunicazione verbale noteremo, ad esempio che l'intervento verbale è spesso inappropriato.

- *Iperattività*: possiamo pensare che si propaga su due dimensioni: quella fisica e quella verbale. Nella prima noteremo un grado di motricità eccessiva, che denota una notevole irrequietezza del bambino, i quale avrà difficoltà a regolare i propri movimenti del corpo ed inoltre avrà difficoltà a

regolare i propri movimenti in azioni non adeguatamente finalizzate. Nella seconda, il parlare senza ascoltare e il sovrastare il discorso degli adulti denoterà la mancanza di regolarizzazione dell'utilizzo corretto del linguaggio verbale. *“Questi sintomi non sono causati da deficit cognitivo o ritardo mentale, ma da difficoltà oggettive nell'autocontrollo e nella capacità di pianificazione”*<sup>6</sup>

I comportamenti tipici di un bambino ADHD o Ddai sono esplicitati nei due manuali psicodiagnostici il Diagnostical and Statistical Manual (DSM – IV)<sup>7</sup> redatto dall' APA, e l'International Classification of Diseases, arrivata alla decima edizione (Icd-10) e pubblicato dall' OMS (Organizzazione mondiale per la sanità). Nell'elenco dei sintomi noteremo una differenza alla voce “ spesso parla eccessivamente”. Secondo l'APA è un sintomo d'iperattività mentre secondo l'OMS viene associato all'impulsività.

I primi nove sintomi descrivono le caratteristiche che caratterizzano la disattenzione, gli altri sei l'iperattività e gli ultimi tre l'impulsività.

I sintomi riportati nella tabella sottostante si possono riscontrare normalmente in tutti i bambini (indipendentemente dalla diagnosi) con la sola differenza che, se i disturbi sono persistenti in almeno due contesti nella vita quotidiana e per un periodo continuato di almeno sei mesi, allora

---

<sup>6</sup> Dobson, K.S. *Psicoterapia cognitivo comportamentale*. – ed. Mc Graw Hill Milano (2002)

<sup>7</sup> Questo manuale alla fine del 2016 uscito nella sua quinta edizione. Sostanzialmente per l'ADHD non sono cambiati i comportamenti tipici.

quest'ultime possono compromettere le capacità di pianificazione delle attività. Per l'ICD-10 i primi sintomi possono essere riscontrati a tre anni; mentre per il DSM il disturbo deve comparire prima dei sette.

### **Disattenzione**

1. Spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari commette errori di distrazione nei compiti scolastici o in altre attività.
2. Spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco.
3. Spesso non sembra ascoltare quando gli/ le si parla direttamente.
4. Spesso non segue le istruzioni e non porta termini compiti scolastici o i propri doveri, non a causa di un comportamento di opposizione alle regole sociali.
5. Spesso difficoltà ad organizzarsi nei compiti e nelle attività.
6. Spesso evita di impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale prolungato (come i compiti a scuola o a casa).
7. Spesso per degli oggetti necessari per i compiti e le attività quotidiane.
8. Spesso è facilmente distratto da stimoli estranei.
9. Spesso è sbadato nelle attività quotidiane.

### **Iperattività**

10. Spesso muove con irrequietezza mani o piedi o si dimena sulla sedia.
11. Spesso lascia il proprio posto in classe o in altre situazioni in cui ci si aspetta che resti seduto.
12. Spesso scorrazza e salta dovunque in modo eccessivo in situazioni in cui è fuori luogo.
13. Pesso ha difficoltà a giocare o a dedicarsi a divertimenti in modo tranquillo.
14. Spesso si muove come fosse guidato da motorino.
15. Spesso parla eccessivamente.

### **Impulsività**

16. Spesso “spara” le risposte prima che le domande siano state completate.
17. Spesso ha difficoltà ad attendere il proprio turno.
18. Spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti (per esempio si intromette nelle conversazioni o nei giochi)

Nel DSM-IV avremo due gruppi di sintomi: sintomi d’inattenzione e sintomi d’iperattività/ impulsività.

### **Sintomi d’inattenzione (A1)**

- Ha scarsa cura per i dettagli, errori di distrazione.
- Manifesta una labilità attentiva.

- Sembra non ascoltare quando si parla con lui/ lei.
- Non esegue le istruzioni, non porta a termine le attività.
- Ha difficoltà ad organizzarsi.
- Evita le attività che richiedono attenzione sostenuta.
- Perde gli oggetti.
- È facilmente distraibile dai stimoli esterni.
- Si dimentica facilmente cose abituali.

### **Sintomi di iperattività/ impulsività (A2)**

#### Iperattività.

- È irrequieto, non riesce a stare fermo su una sedia.
- In classe si alza spesso anche quando dovrebbe stare seduto
- Corre e si arrampica quando non dovrebbe.
- Ha difficoltà a giocare tranquillamente.
- È sempre in movimento, come attivato da un motorino.
- Parla eccessivamente.

#### Impulsività.

- risponde prima che la domanda sia completata.
- Ha difficoltà ad aspettare il proprio turno.
- Interrompe i coetanei o gli adulti.

I due manuali definiscono in modo diverso il disturbo, infatti mentre nel DSM si utilizza per l'appunto il termine disturbo da deficit di attenzione e iperattività nell' ICD si utilizza l'espressione disturbo dell'attività o dell'attenzione. Per l'ICD si avrà una diagnosi se il paziente presenta almeno sei sintomi disattenzione di cui tre d'iperattività e uno d'impulsività. Nel caso in cui il diagnosta rilevi, la compresenza di comportamenti aggressivi riconducibili al disturbo della condotta o disturbo oppositivo provocatorio non parleremo più di ADHD (o Ddai) ma di sindrome ipercinetica della condotta in quanto l'ICD non ammette diagnosi in comorbilità. Nella formulazione della diagnosi il DSM-IV è meno restrittivo in quanto la diagnosi viene formulata se il paziente manifesta sei sintomi di disattenzione, per almeno sei mesi con una frequenza e intensità che gli provoca disagio e che contrasta con il livello di sviluppo, o di iperattività-impulsività. Nel DSM-IV avremo quindi tre sottotipi di ADHD: bambini solo problemi attentivi, solo con iperattività-impulsività, oppure con entrambi i disturbi. Nel caso in cui oltre ai sintomi descritte poc'anzi siano presenti anche quelli del disturbo della condotta o del disturbo provocatorio la diagnosi non sarà come nel caso dell'ICD-10 sindrome ipercinetica della condotta, ma ADHD associato a disturbo della condotta o DOP. Quindi il DSM-IV permette di formulare diagnosi associate o multiple ad altri disturbi.

A seconda del manuale che utilizzeremo si formuleranno diagnosi diverse

e quindi riceveremo differenti dati per quanto riguarda la diffusione del disturbo. Secondo il DSM-IV in Europa i pazienti Ddai vanno circa dal 3% al 5% nella popolazione in età scolare e colpisce 5 volte di più i maschi rispetto alla femmine. Mentre secondo l'ICD sono meno del 2% della popolazione infantile. Secondo Gian Marco Marzocchi la differenziazione tra due manuali in termini di popolazione colpita è causata dal fatto che il DSM-IV è meno restrittivo rispetto all'ICD-10, che riesce ad ottenere una popolazione più omogenea rispetto a quella che si ottiene con il DSM-IV. Inoltre il DSM-IV può dare risultati anche in comorbilità con altri disturbi e quindi risulterebbe meno restrittivo. I criteri restrittivi stabiliti dall'ICD-10 impediscono che venga posta la diagnosi nei soggetti con soli stimoli iperattivi o attentivi. (Tripp, 1999)

### **1.2.1 IL DSM-V**

#### **Criteri diagnostici per il DOP e DC**

Nel maggio 2013 è stato pubblicato il DSM-V, suddiviso in tre sezioni. La nuova edizione rispetto alla precedente individua in maniera più specifica i disturbi. Mettendo a confronto il DSM-IV e il DSM-V possiamo osservare alcune differenze (vedi tabella): il capitolo relativo al disturbo del comportamento dirompente s'intitola: "disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta". Caratteristiche di questo gruppo di disturbi sono la mancanza di controllo nel comportamento e delle emozioni, e la

presenza di comportamenti che violano i diritti del prossimo e le norme sociali.

*I criteri diagnostici del disturbo oppositivo provocatorio (DOP), che ricordiamo essere il meno grave sul piano sociale, comprendono:*

**A.**

- Umore: arrabbiato/irritabile
- Un comportamento polemico/provocatorio
- Vendicatività

Per almeno un periodo di almeno 6 mesi con la presenza di almeno 4 sintomi.

*Umore arrabbiato /irritabile*

1. Spesso va in collera
2. È spesso suscettibile o facilmente irritabile
3. È spesso arrabbiato o rancoroso

*Comportamento ostile/provocatorio*

4. Spesso litiga con le figure autoritarie o con bambini e adolescenti, o con adulti.
5. Spesso sfida attivamente o rifiuta di seguire le richieste delle figure autoritarie o le regole.
6. Spesso irrita deliberatamente gli altri
7. Spesso accusa gli altri per i suoi errori e per il proprio comportamento

### *Vendicatività*

8. È stato dispettoso e vendicativo almeno 2 volte in 6 mesi

La persistenza e la frequenza di questi comportamenti dovrebbero essere utilizzati per distinguere ciò che è definito un comportamento nella norma da uno che è sintomatico. Per i bambini di età inferiore ai 5 anni, il comportamento dovrebbe presentarsi quasi tutti i giorni per un periodo di almeno 6 mesi, salvo diversa indicazione (come ad esempio nel criterio A8). Per pazienti con età maggiore di 5 anni il comportamento deve presentarsi almeno una volta a settimana per almeno 6 mesi. Questi criteri di frequenza forniscono una guida su un livello minimo di comparsa dei sintomi, ma altri fattori devono essere considerati, come ad esempio: la intensità e la persistenza. Ciò per distinguere il disturbo dal comportamento ai limiti della norma in relazione al normale livello di sviluppo, il sesso, e la cultura del paziente.

### **B.**

Il disturbo del comportamento è associato ad un disagio nell'individuo o ad altri nel suo contesto sociale (ad esempio, la famiglia, gruppo dei pari, colleghi di lavoro), oppure determina un impatto negativo su importanti aree quali: sociali, educative, professionali, o in altre aree del funzionamento.

### C.

I comportamenti non si verificano esclusivamente durante il corso di un abuso di sostanze, depressione, o disturbo psicotico o bipolare. Inoltre, non sono soddisfatti i criteri per il Disturbo di Disregolazione emotiva con Disforia (DMDD).

É prevista dal DSM-V una successiva valutazione specifica che delinea la severità delle manifestazioni. Vengono messi in relazione i contesti dove avvengono i sintomi. Sono previsti tre livelli di severità del disturbo: lieve, moderato e grave.

**Lieve:** i sintomi sono confinati solamente in un contesto (ad esempio: a casa, al lavoro, con i pari)

**Moderato:** alcuni sintomi sono presenti in almeno 2 contesti.

**Grave:** alcuni sintomi sono presenti in almeno 3 o più contesti.

Non è raro che i pazienti con disturbo oppositivo provocatorio mostrino i sintomi solo a casa e solo con i familiari. La diffusione dei sintomi è dunque un indicatore della gravità del disturbo. Le percentuali di pazienti con disturbo oppositivo provocatorio sono molto più alte nei campioni di bambini, adolescenti e adulti con ADHD e questo può essere il risultato di fattori di rischio condivisi. Inoltre spesso, il disturbo oppositivo provocatorio precede il disturbo della condotta, anche se questo sembra essere più comune nei bambini con il sottotipo ad esordio infantile. I pazienti con disturbo oppositivo provocatorio sono a maggior rischio di

evoluzione verso disturbi d'ansia e disturbi depressivi e questo sembra in gran parte da attribuire alla presenza dei sintomi dell'umore (arrabbiato/irritabile). Gli adolescenti e gli adulti che presentano il disturbo oppositivo provocatorio mostrano anche un più alto consumo di sostanze, anche se non è chiaro se questa associazione dipenda da una comorbilità con il disturbo della condotta.

Tra i disturbi dove troviamo manifestazioni aggressive, il DSM-V ne specifica uno nuovo: il *Disturbo Esplosivo Intermittente*. Questo disturbo impedisce al paziente di controllare gli impulsi aggressivi. I criteri diagnostici sono:

**A.** Ricorrenti comportamenti esplosivi che rappresentano un fallimento nel controllo degli impulsi come manifestato da:

1. Aggressività Verbale (ad esempio un temperamento capriccioso; polemiche, discussioni o risse) o aggressioni fisiche verso la proprietà, animali, o altri individui, per almeno 2 volte alla settimana di media per un periodo di 3 mesi. Le aggressioni fisiche non comportano danni o distruzione di proprietà e non si provocano danni fisici ad animali o ad altre persone.
2. Tre comportamenti esplosivi includendo danno o distruzione di proprietà e/o aggressione fisica contro animali o ad altre persone, si sono verificati negli ultimi 12 mesi

**B.** L'entità dell'aggressività espressa durante le esplosioni ricorrenti è

grossolanamente sproporzionata alla provocazione

- C. Le ricorrenti esplosioni aggressive non sono premeditate (sono impulsive e provocate della rabbia) e non sono rivolte al raggiungimento di un obiettivo (soldi, potere, intimidazione).
- D. Le ricorrenti esplosioni aggressive causano marcato stress nell'individuo, compromissioni nel funzionamento lavorativo e interpersonale, o sono associate a conseguenze finanziarie o legali
- E. L'età cronologica è di almeno 6 anni ( o al livello di sviluppo equivalente)
- F. Gli episodi aggressivi non sono riconducibili ad altri disturbi mentali (ad esempio: Disturbo Depressivo Maggiore, Disturbo Bipolare, DMDD Disturbo Antisociale di Personalità, Disturbo Borderline di Personalità, Disturbo Psicotico), o di una condizione medica generale ( ed esempio: complicanze di trauma cranico, sindrome di Alzheimer) o agli effetti fisiologici di una sostanza (per esempio una sostanza di abuso o di un farmaco)

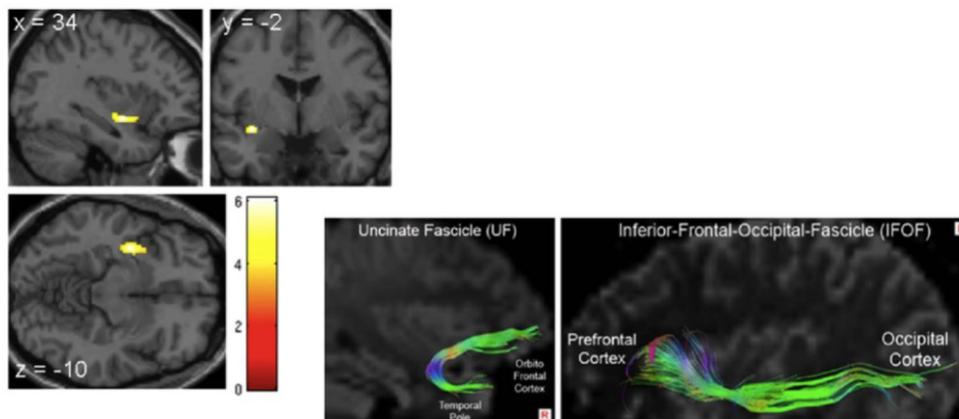
Bisogna sottolineare come questa diagnosi possa essere fatta in aggiunta alla diagnosi ADHD, DC, DOP o disturbo dello spettro autistico quando abbiamo ricorrenti esplosioni aggressive che sono in eccesso rispetto a quelle usualmente riscontrabili in tali disturbi.

Gli eventi impulsivi sono costituiti da esplosioni di rabbia ad intermittenza; essi hanno una rapida insorgenza e, in genere, un breve o nessun periodo

prodromico. Queste esplosioni in genere durano meno di 30 minuti e comunemente si verificano in risposta ad una provocazione minore di uno stretto collaboratore o di una persona con la quale il soggetto ha un rapporto di intimità. Gli individui con disturbo esplosivo hanno spesso episodi meno gravi di aggressività verbale, o non distruttivi, o senza ferite aggressive fisiche che non provocano alcuna ferita tra più gravi episodi distruttivi (Criterio A 1). Il criterio A1 deve presentarsi con frequenza relativamente elevata (vale a dire, due volte alla settimana, in media, per un periodo di 3 mesi). Il criterio A2 definisce agiti aggressivi che possono essere molto meno frequenti (cioè, tre in un periodo di 1 anno). I disturbi più comunemente in comorbilità con il disturbo esplosivo intermittente sono quelli depressivi, i disturbi d'ansia, e l'uso di sostanze. Inoltre, gli individui con disturbo antisociale di personalità o disturbo borderline di personalità, e gli individui con una storia di disturbi con comportamenti distruttivi (ad esempio, l'ADHD, disturbo della condotta, disturbo oppositivo provocatorio), sono a maggior rischio in comorbilità con il disturbo esplosivo intermittente. Studi sui gemelli hanno indicato che esiste una componente genetica. Grazie ad un esame diagnostico più approfondito con F-RMN le risposte dell'amigdala a stimoli della rabbia sono più intense.

## Abnormal Anatomical Connectivity between the Amygdala and Orbitofrontal Cortex in Conduct Disorder

Luca Passamonti<sup>1,2\*</sup>, Graeme Fairchild<sup>3,4</sup>, Alex Fornito<sup>5</sup>, Ian M. Goodyer<sup>3,6</sup>, Ian Nimmo-Smith<sup>2</sup>, Cindy C. Hagan<sup>3</sup>, Andrew J. Calder<sup>2</sup>



Il disturbo della condotta è la diagnosi più invalidante tra quelle descritte e analizzate precedentemente. Essa ha come caratteristica principale un modello ripetitivo e persistente di comportamento in cui vengono violati i diritti fondamentali degli altri o le principali norme o regole sociali appropriate per l'età. Affinchè si possa porre una diagnosi di disturbo della condotta bisogna che siano presenti almeno tre dei seguenti 15 criteri diagnostici negli ultimi 12 mesi, con almeno un criterio presente negli ultimi 6 mesi:

A.

Aggressioni a persone o animali

1. È prepotente, minaccia o intimorisce gli altri
2. Dà inizio a colluttazioni fisiche

3. Usa un'arma che può causare danni fisici ad altri (bastone, bottiglia rotta, coltello, pistola)
4. È fisicamente crudele con le persone
5. È fisicamente crudele con gli animali
6. Ruba affrontando la vittima (aggressione, scippo, estorsione, rapina a mano armata)
7. Forza qualcuno ad attività sessuali

#### Distruzione della proprietà

8. Appicca il fuoco con l'intenzione di causare danni
9. Distrugge deliberatamente la proprietà altrui

#### Frode o furto

10. Entra in edifici, domicilio o automobile altrui
11. Mente per ottenere vantaggi, favori o per evitare obblighi (raggira gli altri)
12. Ruba oggetti di valore senza affrontare la vittima (furto nei negozi ma senza scasso, falsificazioni)
13. Trascorre fuori casa la notte nonostante il divieto dei genitori prima dei 13 anni.
14. Fugge da casa due volte, dei genitori o di chi ne fa le veci, per un giorno intero oppure per un lungo periodo almeno una volta.
15. Marina spesso la scuola, con l'inizio prima dei 13 anni.

B. L'anomalia del comportamento causa compromissione clinicamente significativa nell'ambito sociale, scolastico e lavorativo.

C. Se il paziente ha più di 18 anni non devono essere soddisfatti i criteri per il Disturbo Antisociale di Personalità.

Bisogna inoltre specificare quale sia il tipo di esordio:

- ***L'esordio in età dell'infanzia*** dove i pazienti devono mostrare almeno un sintomo del disturbo della condotta prima dei dieci anni d'età. In questo caso il disturbo è in continuità con il DOP e ADHD dove ha maggiori possibilità di persistere poi in adulta.
- ***L'esordio nell'adolescenza*** dove i pazienti non mostrano alcuna caratteristica del disturbo prima dei dieci anni d'età. I pazienti, in questo caso, sono più dipendenti del gruppo dei pari e le caratteristiche con l'avanzamento dell'età tende a ridursi.
- ***L'esordio non specificato***. Tutti i criteri sono soddisfatti per una diagnosi, ma non abbiamo sufficienti informazioni per determinare se l'esordio sia avvenuto prima o dopo i dieci anni d'età.

Nel paziente vanno valutate le emozioni prosociali. Queste ultime vanno considerate "limitate" se vengono soddisfatte almeno due delle caratteristiche seguenti per almeno 12 mesi. Per il rilevamento corretto si dovrà tenere conto delle informazioni provenienti da tutti gli ambiti (ad esempio: genitori, scuola, lavoro ecc)

**Mancanza di rimorso e senso di colpa:** Il paziente non prova colpa o rimorso quando commette qualche cosa di sbagliato (escludendo il rimorso anche di fronte all'evidenza). Inoltre dimostra una mancanza di preoccupazione per le conseguenze negative dei suoi gesti ad esempio non si pente aver ferito o danneggiato qualcosa o qualcuno.

**Table 1. Twin correlations and model-fitting results for a callous unemotional (CU) trait longitudinal composite.**

	<i>rMZ (SE)</i>	<i>nMZ</i>	<i>rDZ (SE)</i>	<i>nDZ</i>	<i>n total</i>
<i>Ages 7+9+12 composite</i>	0.63 (0.02)	1099	0.31 (0.02)	1787	2886

Annotation: (rMZ) – correlation between Monozygotic twins, (rDZ) – phenotypic correlation between Dizygotic Twins, (SE) – standard error, (nMZ) – MZ twins sample size, (nDZ) – DZ twins sample size, (n total) – sample size for all individuals.

doi:10.1371/journal.pone.0065789.t001

Viding E, Price TS, Jaffee SR, Trzaskowski M, Davis OSP, et al. (2013) Genetics of Callous-Unemotional Behavior in Children. PLoS ONE 8(7): e65789. doi:10.1371/journal.pone.0065789  
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=info:doi/10.1371/journal.pone.0065789>



**Insensibilità-mancanza di empatia<sup>8</sup>:** Ignora ed è incurante dei sentimenti degli altri. Il paziente è descritto come freddo e indifferente. Egli sembra più preoccupato per gli effetti delle sue azioni su se stesso, piuttosto che gli effetti sugli altri, anche quando hanno provocato un sostanziale danno.

**Indifferenza alle prestazioni:** Il paziente non mostra preoccupazione per

<sup>8</sup> Disfunzione dei tratti calloso-emozionali. Si stima che ci sia una ereditabilità del 64%.

scarso rendimento a scuola, al lavoro, o in altre attività importanti. Il paziente non impiega lo sforzo necessario per eseguire bene il proprio compito, anche quando le aspettative sono chiare. In genere incolpa gli altri per il suo scarso rendimento.

***Superficialità o carenza negli affetti:*** Non esprime sentimenti o manifesta emozioni verso gli altri se non in modo superficiale, non sincero. Avremo delle reazioni ON-OFF che spesso vengono esibite per manipolare o intimidire gli altri.

Come per la DOP il DSM-V prevede un grado di severità anche per il disturbo della condotta valutando il livello di gravità, a seconda degli effetti sulle vittime. Avremo quindi un grado di severità di livello: lieve, medio e grave.

**Lieve:** alcuni problemi del disturbo della condotta causano danni relativamente minori per gli altri ( es: la menzogna, assenze ingiustificate ecc.)

**Medio:** gli effetti sugli altri sono di media entità.

**Grave:** sono presenti molti problemi riconducibili al disturbo provocatorio causando notevoli danni a terzi (es: crudeltà fisica, l'uso di un'arma, rubare affrontando la vittima, violazione di domicilio)

*Altro disturbo dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta, specificato*

Questa categoria si applica in presenza di sintomi caratteristici di comportamento dirompente, di controllo degli impulsi e di disturbo della condotta che causano uno stress clinicamente significativo o compromissione nell'aria lavorativa, sociale, ma non soddisfano pienamente i criteri per nessun disturbo. La categoria degli altri disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi di condotta, viene utilizzata nelle situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare le ragioni per cui il soggetto non può essere inquadrato negli altri disturbi. Viene quindi siglato come "altro specifico disturbo dirompente, del controllo degli impulsi e di condotta" ed è seguito delle specifiche spiegazioni del clinico (esempio ricorrenti comportamenti esplosivi, non sufficientemente frequenti)

### **Tornando all'ADHD**

Come già detto, al bambino con ADHD mancano l'autoregolazione interna e la capacità di inibire alcune risposte emotive e motorie, inoltre il bambino trova difficoltà nell'organizzazione di alcuni compiti. Il bambino distratto tende a ricercare sempre nuovi stimoli senza però riuscire a fare attenzione a più cose contemporaneamente per poi non raggiungere alcun obiettivo. Come abbiamo già potuto constatare, un altro problema è il mantenimento nel tempo del fattore attentivo a questo si aggiunge alla scarsa motivazione

che il bambino ha nello svolgere determinati compiti. Anche un piccolo miglioramento nel raggiungimento di un obiettivo viene “offuscato” dagli insuccessi continui, facendo sì che si senta meno bravo degli altri e non riesca a valutare in modo corretto i propri traguardi.

Il bambino risulta impulsivo e non riesce a frenare alle risposte che dà, possiede uno scarso bagaglio di strategia e fatica ad individuare possibili soluzioni ad una varietà di compiti. Tutto ciò è imputabile all'assenza di dialogo interno. Cioè ad una sorta di pensiero interiore che ripercorre, scomponendo ai minimi termini, un determinato problema per poi adottare delle strategie per risolverlo. Normalmente questo tipo di dialogo viene utilizzato da tutti. Soprattutto nei momenti di difficoltà, nei bambini con l'ADHD viene mancare questo tipo di procedura interna ed allo stesso tempo vi è una difficoltà nella gestione delle emozioni quali: rabbia e frustrazione. Queste si trasformano spesso in: aggressività verbale, aggressività contro gli oggetti e, nella forma più grave, aggressività autodiretta ed eterodiretta. L'aggressività spesso in questi soggetti è una forma di autodifesa. L'ADHD quindi è caratterizzato da un insieme di sintomi che impediscono al bambino di rispondere in maniera adeguata a determinati problemi per il raggiungimento di precisi obiettivi nell'ambito scolastico ed extrascolastico. (Scheriani, 2007)

Difficoltà nell'autoregolazione, motivazione e dialogo interno sono i sintomi principali nel deficit d'attenzione. Essi sono spesso di chiara

individuazione sia in ambito familiare che scolastico o ludico. I principali sintomi possono essere individuati, in un primo momento dai genitori e dagli insegnanti, notando evidenti comportamenti del bambino.<sup>9</sup> Possiamo riassumerli brevemente in:

- Una mancanza di controllo degli impulsi
- Il non saper aspettare che sia finita una domanda dando ancor prima la risposta.
- L'essere estremamente capricciosi quando vogliono qualcosa.
- L'insofferenza se devono attendere il proprio turno (es. stare in fila)<sup>10</sup>
- L'incapacità di autovalutare la pericolosità di alcune azioni fatte in ambienti dove sono presenti situazioni di pericolo o di scarsa sicurezza.<sup>11</sup>

Queste caratteristiche sono spesso accompagnate da disturbi di tipo emozionale e comportamentale. Il bambino controlla difficilmente le emozioni e ha difficoltà a stabilire relazioni durature con i suoi coetanei. Esso si sente spesso “non capito” sul piano sociale, questo può portare, come abbiamo già visto, ad episodi di aggressività. Un altro sintomo che il bambino può incontrare, di fronte al fallimento scolastico rigetto dei compagni, è di tipo depressivo. Inoltre, potremmo veder insorgere, a causa

---

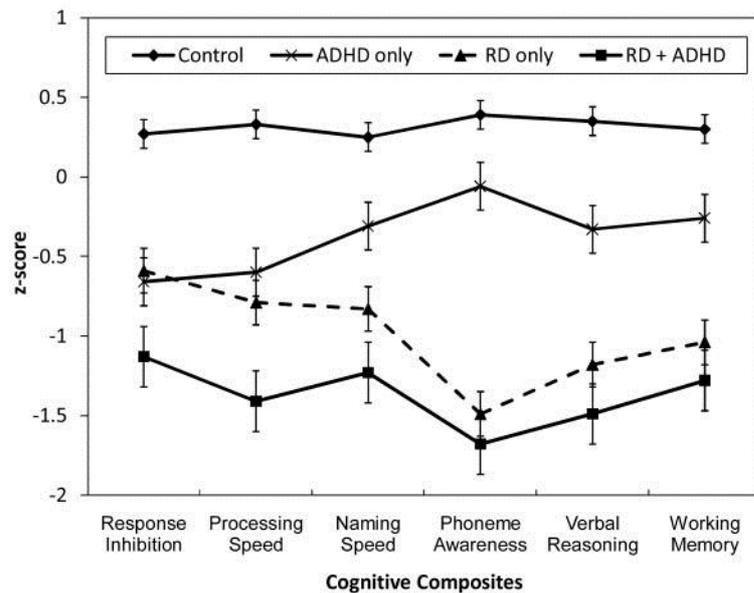
<sup>9</sup> Come abbiamo già descritto devono perdurare da più di sei mesi.

<sup>10</sup> Questi bambini cercano di compiere qualsiasi azione per raggiungere il primo posto della fila. Il dover essere sempre il primo, a mio avviso, crea in questi bambini un senso di gratificazione temporanea che il bambino ADHD desidera costantemente anche a causa della sua bassa autostima.

<sup>11</sup> Ad esempio in ambito scolastico l'usufruità di alcuni spazi come: i corridoi, le scale, i bagni ecc. Mentre in ambito familiare: le finestre, le prese elettriche, il piano cottura ecc.

dell'agitazione motoria che come già detto persiste in questi soggetti, disturbi del sonno. Infine si possono rilevare deficit nell'apprendimento che non sono dovuti all'incapacità di comprendere, ma alla difficoltà di concentrarsi e di fissare l'attenzione su un obiettivo.

Uno studio condotto da Willcut nel 2010 prende in considerazione la correlazione tra i disturbi della lettura e l'ADHD. I risultati ottenuti da questa ricerca ci forniscono un'analisi fenotipica che i disturbi della lettura ("Reading Disorders" o "RD" e l'ADHD derivino da una serie di deficit cognitivi piuttosto che da uno solo. In questo studio l'RD è stato associato all'espressione verbale e alla memoria di lavoro mentre l'ADHD alla ereditabilità nel controllo inibitorio. RD e ADHD hanno un deficit cognitivo comune che si manifesta nella velocità di elaborazione. Questo deficit, che è dovuto principalmente alle influenze genetiche che entrambi i disturbi hanno, aumenta la suscettibilità ad entrambi i disturbi. Le differenze che singolarmente presentano i disturbi nella velocità di elaborazione sono, come già detto, influenzate dai geni i quali aumentano anche il rischio di RD, ADHD e la loro comorbilità. Lo studio di Willcut e i suoi risultati apre la strada allo studio sulla genetica molecolare in relazione al DR e ADHD nella comorbilità



12

Tra i gemelli omozigoti in ambiente condiviso la frequenza del disturbo della lettura è compresa tra il 68% e il 100% mentre tra i gemelli dizigoti è del 20 - 38%

### 1.3. Diagnosi dell'ADHD

La diagnosi dell'ADHD si basa su fonti d'informazioni multiple attraverso la somministrazione d'interviste o questionari standardizzati, ad esempio a: genitori, insegnanti ed educatori. Questi tipi d'interviste o questionari possono essere somministrati singolarmente e presentano domande sui diversi aspetti del comportamento del funzionamento sociale del bambino.

*“Per fare diagnosi di ADHD<sup>13</sup> occorre che i sintomi prima descritti*

<sup>12</sup> 2010 Nov-Dec;46(10):1345-61. doi: 10.1016/j.cortex.2010.06.009. Epub 2010 Jul 1

<sup>13</sup> Per il DSM-IV l'età di sorgenza è prima dei 7 anni per il DSM-V invece è prima dei 12 anni.

*impediscono in maniera significativa il funzionamento sociale del bambino, che la compromissione funzionale sia presente in almeno due diversi contesti (casa, scuola, gioco e altre situazioni sociali), che sia iniziata prima dei 12 anni di età e duri da più di 6 mesi.*<sup>14</sup>

I colloqui con i genitori e con il bambino danno la possibilità di ottenere alcune informazioni che possono essere utili alla diagnosi e la presenza di altri disturbi associati. È senza dubbio necessario l'esame medico e neurologico per valutare: le capacità cognitive, quelle attentive, di pianificazione delle attività scolastiche, extrascolastiche, di autocontrollo ed infine eventuale presenza di disturbi del linguaggio. L'accurata anamnesi del paziente, i colloqui con i genitori, con insegnanti, con educatori con il bambino stesso sono parti di una valutazione clinica completa del paziente. Non esiste quindi un solo strumento diagnostico possibile per la valutazione del bambino. Essa si basa necessariamente su più elementi clinici. Le interviste rivolte alla famiglia o al bambino coinvolgono più settori della vita nel bambino. Esse mirano a far emergere quelle problematiche indispensabili per un corretto iter diagnostico e terapeutico.

I manuali più utilizzati per la diagnosi dell'ADHD sono, come già detto in precedenza, in passato il DSM-IV<sup>15</sup> e oggi DSM-V e l' ICD-10.

---

<sup>14</sup> AA.VV. (2000) *Che cos'è l'ADHD. Manuale minimo per genitori e insegnanti.* – ed Arti grafiche Pisano Cagliari

<sup>15</sup> Nel 2013 è stata pubblicata la versione V del manuale.

Secondo il DSM, per porre la diagnosi di ADHD in un bambino, questo deve presentare un marcato livello di disattenzione, di comportamenti impulsivi e iperattivi che causano disagio in ambito scolastico o familiare. Come già descritto nel capitolo precedente, il bambino deve presentare almeno sei sintomi per un minimo di sei mesi in almeno due contesti e prima dei sette anni di età, che compromettono in maniera significativa il rendimento scolastico e sociale del bambino.

Se un bambino presenta almeno sei dei nove sintomi di disattenzione, ma non presenta elementi sufficienti di iperattività/impulsività, la diagnosi sarà di ADHD-sottotipo disattento. Se invece sono presenti almeno sei dei nove sintomi di iperattività-impulsività ma un numero ridotto di sintomi di disattenzione, avremo una diagnosi di ADHD-sottotipo iperattivo-impulsivo. Solo nel caso in cui si rilevi in numero superiore o uguale a sei per ognuno dei due ambiti, porremo una diagnosi di ADHD combinato.

**L'ICD-10** (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) condivide la maggior parte i criteri diagnostici del DSM, con la sola differenza che la categorizzazione è più definita. Come già descritto in precedenza nell'ICD-10, per una valutazione diagnostica vengono richiesti almeno sei sintomi di disattenzione e almeno tre sintomi di iperattività e uno di impulsività.

L'attenzione, l'iperattività, e l'impulsività devono essere presenti contemporaneamente affinché il criterio diagnostico sia soddisfatto e, nel

caso in cui ci sia la presenza di un altro disturbo psichiatrico, esso potrà un criterio di esclusione.

Come sottolineato all'inizio del capitolo, le interviste diagnostiche semi strutturate che vengono proposte ai genitori, ai bambini e agli educatori, sono di vario tipo. Tali strumenti non devono essere esclusivamente centrati sulla sintomatologia ADHD ma spaziare su diversi ambiti della psicopatologia e quindi individuare possibili disturbi associati come:

- *Disturbi specifici dell'apprendimento*
- *Disturbi dell'umore*
- *Disturbi d'ansia*
- *Disturbi della condotta*

Questi questionari standardizzati raccoglieranno una serie di dati ed informazioni diagnostiche utili per osservare il disturbo nel tempo.

Quelli più utilizzati sono:

- **CBCL** (Child behavior Checklist- Achenbach, 1991) il questionario consente di ottenere informazioni sulle competenze del soggetto nell'attività sportive, scolastiche, sociali sulle capacità di lavorare in autonomia; inoltre riesce ad individuare alcune problematiche quali: depressione, ansia, aggressività.
- **ADHD Rating Scale IV** (DuPaul, 1998)

- **SNAP IV** (sviluppata da Swanson, Noland, Pelham, 1983) sostanzialmente questo tipo di scale corrisponde ai criteri del DSM-IV che possiede scale multiple per la diagnosi ADHD e altri disturbi.
- **TRS** (Conners's Teacher Rating Scale – Conners, 1969) questo questionario è rivolto direttamente dall'insegnanti. Scopo di comprendere i problemi attentivi comportamenti problematici e non collaborativi all'interno della scuola.
- **PSQ** (Parent Symptom Questionnaire) versione del TRS dedicato ai genitori. Indagando sei sintomi relativi: all'iperattività/ impulsività, disattenzione, apprendimento, aggressività, problemi comportamentali e quelli legati all'ansia. Inoltre viene chiesto quanto spesso con quale gravità il bambino manifesta i problemi sopra citati.
- **DBD** (Disruptive Behaviour Disorder Rating Scale, Pelham, 1992) in Italia abbiamo una versione che fa riferimento alla DBD chiamata SCOD (Scala di valutazione di comportamenti dirompenti). Avremo due versioni quella per i genitori (SCOD-G) e quella per gli insegnanti (SCOD-I). Sia ai genitori che gli insegnanti viene chiesto di esprimere un giudizio sulla frequenza dei sintomi elencati attraverso una valutazione di questo tipo: “per nulla, abbastanza, molto, moltissimo”. Il questionario, contiene sintomi relativi

all'ADHD, ma anche sintomi il disturbo compositivo provocatorio (DOP) e del disturbo della condotta (DC).

- **SCRS** (Self Control Rating Scale, Kendall e Wilcox, 1980) questo tipo di scala di valutazione tiene conto dell'età scolare e contiene al suo interno sia domande sull'autocontrollo che sull'impulsività.
- **SDAI/SDAG** (Scala all'individuazione di comportamenti di disattenzione e iperattività, Cornoldi, 1996) questa scala viene compilata dai genitori e dagli insegnanti.
- **K-SADS-PL** (Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Life-time versione, Kaufman, 1997) è composta da: *un'intervista non strutturata* che si basa sul modello teorico di riferimento contenuto nel DSM III-IV. *Un'intervista diagnostica* che servirà ad analizzare i sintomi primari, *una checklist complessiva della storia clinica del paziente*, *una scala per la valutazione globale del funzionamento attuale del paziente*, *una checklist supplementare*, *cinque supplementi diagnostici*. Nel caso in cui il paziente sia un adolescente, verrà intervistato per primo. Ha lo scopo di valutare i disturbi psicopatologici nei bambini e adolescenti valutando le varie informazioni provenienti da più ambiti (es. scuola, famiglia, medici ecc.)

Come abbiamo visto, le rating scales ci permettono una valutazione strutturata dei comportamenti che danno la possibilità all'osservatore di

verificare livelli di padronanza nel bambino nei vari settori di abilità concentrandosi su delle specifiche aree problematiche.

Pur esistendo test diagnostici specifici per i diversi tipi di attenzione, la sensibilità per la diagnosi di ADHD è insufficiente. Non quindi possibile basarsi su prove neuropsicologiche per escludere l'ADHD che, essendo una diagnosi clinica, va verificato attraverso criteri clinici ed anamnestici. Funzioni come la capacità di attenzione prolungata, di pianificazione, d'inibizione delle risposte automatiche e dei processi di apprendimento, vanno comunque studiate per una più precisa caratterizzazione della sindrome. Va detto inoltre che spesso i disturbi cognitivi associati all'ADHD non sono limitati all'attenzione. Gli elementi che caratterizzano questo disturbo sono piuttosto quelli di un deficit dei processi di controllo strategico delle risposte cognitive, dette anche funzioni esecutive. *“La capacità di inibire alcune risposte motorie ed emotive a stimoli esterni, al fine di permettere la prosecuzione delle attività in corso (autocontrollo), è fondamentale per l'esecuzione di qualsiasi compito. Per raggiungere un obiettivo, nello studio o nel gioco, occorre essere in grado di ricordare lo scopo (retrospezione), di definire ciò che serve per raggiungere quell'obiettivo (previsione), di tenere a freno le emozioni e di motivarsi”*<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Cornoldi,C., Gardinale,M., Masi,A., Pattenò,L. (1996) *Impulsività e autocontrollo: interventi e tecniche metacognitive*. – Ed. Erickson Trento

Gli strumenti neuropsicologici più utilizzati sono:

- **Test MFFT** ( Matching Familiar Figure Test, test di appaiamento delle figure, Kagan, 1966). Misura la capacità di inibire risposte eccessivamente rapide e automatiche.
- **Test CPT** (Continuous Performance Test, Rosvold, 1956) questo test valuta il mantenimento della vigilanza per un periodo di tempo lungo (attenzione sostenuta).
- **Test delle campane** (Biancardi e Stoppa, 1997) È un test che misura sia l'attenzione selettiva e sostenuta.
- **Test Stroop** (Barkley, Grodzinsky, 1994) questo test è utilizzato per valutare le capacità della memoria di lavoro e il controllo delle interferenze esterne.
- **Test della torre di Londra** (Krikorian, 1994) questo tipo di test si usa per verificare le capacità di pianificazione e di programmazione.

In conclusione, per una corretta diagnosi dell'ADHD dobbiamo percorrere quattro fasi fondamentali:

1. Raccogliere le informazioni da fonti multiple (genitori insegnanti, educatori) utilizzando interviste semi-strutturate e/o questionari standardizzati sui diversi aspetti del comportamento e del funzionamento sociale del bambino.
2. Attivare un colloquio col bambino per verificare la presenza di altri disturbi associati; anche in questo caso, le scale standardizzate.
3. Valutare le capacità cognitive e l'apprendimento scolastico; valutare in maniera oggettiva le capacità attentive, di pianificazione delle attività e di

autocontrollo. Rilevando, eventualmente, la possibile presenza di disturbi del linguaggio.

4. Effettuare l'esame medico e neurologico, valutando la presenza di eventuali patologie associate e gli effetti di eventuali altre terapie in atto.<sup>17</sup>

## **1.4. Comorbilità, DOP e DC**

### **1.4.1. Comorbilità**

Il 70% circa dei pazienti ADHD presenta almeno un disturbo associato.

In campo medico comorbilità significa che due o più patologie diverse coesistono, nello stesso individuo. (Segen, 2006). In ambito psichiatrico non comprende necessariamente due o più malattie distinte, ma la presenza di più diagnosi sui sintomi presentati. (First, 2005). Autori come Caron definiscono la comorbilità come *“la presenza simultanea di due o più condizioni morbose non correlate”* e ancora Mc Conaughy e Achenbach la definiscono *“coesistenza nello stesso individuo di due o più disturbi distinti”*. Possiamo quindi affermare che un paziente ADHD puro sia molto raro e che la presenza di comorbilità sia la regola. È necessario quindi indagare sulla possibile coesistenza di eventuali altri disturbi come ad esempio: disturbi dirompenti del comportamento (come ad esempio il disturbo oppositivo-provocatorio), disturbo d'ansia, depressione, disturbo

---

<sup>17</sup> *Che cos'è l'ADHD. Manuale minimo per genitori e insegnanti.* – Ed Arti grafiche Pisano Cagliari

bipolare, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi dell'apprendimento. Tutti questi disturbi possono essere associati in comorbilità con l'ADHD ed è importante quindi individuare presto la comorbilità eventualmente associata in modo da adottare corrette strategie terapeutiche oltre che per definire i fattori di rischio.

Appare quindi evidente che la presentazione dell'ADHD non è omogenea. Inoltre, i disturbi associati sono probabilmente diversi nelle diverse fasi della vita.

Come già visto nel capitolo precedente, il percorso diagnostico eseguito dal medico attraverso una buona anamnesi, diventa essenziale per una corretta ed efficace terapia.

Gli stessi sintomi cardine dell'ADHD quali: iperattività, impulsività, disturbo dell'attenzione possono essere presenti, ad un diverso grado di intensità e i diversi quadri clinici favoriscono comorbilità diverse. Oppure, i sintomi di disattenzione/iperattività/impulsività possono essere presenti in disturbi che simulano l'ADHD, entrando quindi in diagnosi differenziale con esso. Un disturbo del comportamento può essere parte integrante del quadro clinico dell'ADHD oppure può essere un disturbo autonomo, associato in comorbilità o in diagnosi differenziale con l'ADHD con il quale potrebbe essere confuso. Teoricamente i confini sono ben definiti tra comorbilità e diagnosi differenziale per quanto riguarda i disturbi del comportamento, ma la diagnosi può essere complessa nel caso di disturbi

che coinvolgono la sfera affettiva, dell'umore e dell'ansia. Tutto questo spiega gran parte del problema della sotto-diagnosi dell'ADHD, in quanto i disturbi in comorbilità o in diagnosi differenziale esercitano un'azione di mascheramento su disturbo primario (ADHD) che magari non viene adeguatamente ricercato. Può dunque succedere che bambini con ADHD vengano considerati semplicemente vivaci e che l'origine del loro disturbo sia attribuita esclusivamente a da fattori ambientali, quali i problemi familiari o particolari condizioni sociali Allora essi vengono diagnosticati esclusivamente sulla base del disturbo in associazione . Il rischio di avere diagnosi non corrette può essere evitato da un percorso diagnostico accurato, che metta in evidenza tutte le diverse componenti il quadro clinico. (Polirstok, 1999)

Mentre le caratteristiche fenotipiche dell'ADHD, il disturbo di attenzione, iperattività, impulsività sono chiare, altri invece come il disturbo del controllo del comportamento e le difficoltà della relazione con gli altri ecc. possono essere scotomizzati. Essi devono essere presi in considerazione e studiati, domandandoci sia se si tratti di condizioni associate in comorbilità sia se si tratti di condizioni che simulano l'ADHD. Ci sono quindi diverse possibilità che possiamo prendere in considerazione. Masi<sup>18</sup> ne individua alcune:

---

<sup>18</sup> Masi G., Comorbilità e diagnosi differenziale del disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività: implicazioni cliniche e terapeutiche n.1, pag.90, Trento, Erickson (2005)

- I quadri clinici sono diverse espressioni dello stesso disturbo (ADHD), dovute alla variabilità del fenotipo (falsa comorbilità)
- Vi sono diversi sottotipi nella sindrome dell'ADHD che giustificano la multiformità dell'espressione clinica (falsa comorbilità)
- I sintomi sono da imputare a disturbi diversi (vera comorbilità)
- I disturbi sono comunque diversi ma la loro associazione dovuta alla presenza di una vulnerabilità comune, genetica o ambientale (vera comorbilità).
- L'ADHD rappresenta una manifestazione precoce del disturbo associato che può comparire successivamente ad esempio il disturbo bipolare (possibile rapporto evolutivo tra ADHD e condizioni associate).
- L'ADHD è una condizione che aumenta il rischio di comparsa di altri disturbi.

Come da schema elencato, nelle prime due condizioni ci sarebbe una falsa comorbilità, in quanto l'errore sarebbe legato ai confini indistinti dell'ADHD. Nella terza e nella quarta avremmo invece una vera comorbilità, la quale si riferisce per l'appunto a disturbi indipendenti. Le ultime due possibilità indicano i rapporti che sono evoluti tra l'ADHD e le condizioni associate, che giustificherebbero l'elevata frequenza di quest'associazione.

Nel DSM-IV è prevista la comorbilità a patto che non alteri il significato delle diagnosi coinvolte. In Europa, una critica che viene sollevata al DSM-

IV è proprio quella di formulare diagnosi per cui la comorbidità è una regola. Infatti, il pericolo è che si attribuisca un determinato sintomo a diversi ambiti clinici e non ad uno specifico. Quindi, per valutare la diagnosi, come già detto in precedenza, dobbiamo avere una completa e corretta ricostruzione della storia dello sviluppo del bambino e dei sintomi in modo da valutare l'equilibrio tra comorbidità e diagnosi differenziale.

#### **1.4.2. DOP**(*Disturbo Oppositivo Provocatorio*) e **DC** (*Disturbo della Condotta*)

Nella seconda edizione del DSM (1968) il comportamento aggressivo riceve validità diagnostica e viene descritto in due condizioni: un comportamento aggressivo asociale e una condotta delinquenziale di gruppo. Solamente nel 1994 viene specificato in un particolare raggruppamento, che verrà descritto come: disturbo da deficit di attenzione e da comportamento dirompente il quale comprenderà: il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività, il disturbo oppositivo-provocatorio e il disturbo della condotta. Ciò che caratterizza tutti tre disturbi sono i comportamenti disturbanti in una determinata situazione sociale. A causa delle alterazioni cognitive (es: processi inibitori, memoria del lavoro ecc.) che caratterizzano il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività, le quali impediscono di rispettare le regole nei comportamenti in un contesto sociale, fanno sì che non ci sia intenzionalità nel bambino ad essere aggressivo. (Fedeli, 2011) In sostanza

l'aggressività nel bambino con l'ADHD non è imputabile ad una sua volontà bensì a un deficit di regolazione delle funzioni esecutive.

Il disturbo oppositivo provocatorio (DOP) in generale non è diretto ad arrecare danno a terzi, ma a contrastare il sistema di regole degli adulti che questi ultimi creano attorno al bambino. Si tratta quindi di un atteggiamento caratterizzato da comportamento di sfida, ostile e negativista rivolto, molto spesso, a figure adulte. Il DSM-IV, come abbiamo già potuto osservare nei paragrafi precedenti in parte riconfermati nel DSM-V, prevedeva una serie di precisi sintomi emotivo-comportamentali:

- Il soggetto spesso va in collera.
- Litiga con gli adulti.
- Sfida attivamente o si rifiuta di rispettare le richieste e le regole.
- Irrita deliberatamente le persone.
- Accusa gli altri per i propri errori o per il proprio comportamento inadeguato.
- È suscettibile ho facilmente irritato degli altri
- È spesso arrabbiato rancoroso
- È dispettoso e vendicativo

Il disturbo della condotta DC è sicuramente la forma più grave. Compare come sintomatologia: l'aggressività fisica, distruttività, furti, menzogna e sistematica violazione delle regole sociali. Il bambino ripetutamente viola i

diritti altrui. Nel DSM-IV, sostanzialmente riconfermati nel DSM-V, prevedevano quattro cluster sintomatologici:

***1. Il soggetto attua aggressione confronti di persone o animali:***

- spesso fa il prepotente, minaccia o intimorisce gli altri.
- da inizio a colluttazioni fisiche.
- utilizza armi (ad esempio un bastone, una bottiglia rotta, un coltello)
- è fisicamente crudele con le persone
- è fisicamente crudele con gli animali
- ruba affrontando la vittima (scippo, rapina a mano armata ecc.)
- compie violenze a sfondo sessuale.

***2. Il soggetto distrugge la proprietà altrui:***

- applica deliberatamente il fuoco per causare danni
- distrugge la proprietà altrui in altra maniera.

***3. il soggetto è autore di frodi o furti:***

- si introduce in abitazioni o automobili altrui
- mente per ottenere vantaggi ho per evitare obblighi
- compie furti senza affrontare direttamente la vittima.

***4. Il soggetto compie grave violazioni di regole:***

- spesso trascorre fuori casa la notte nonostante le proibizioni dei genitori  
(questo comportamento deve manifestarsi prima dei 13 anni)
- fugge da casa di notte

- marina la scuola (questo comportamento deve manifestarsi prima dei 13 anni)

Si può facilmente capire che si tratta d'indicatori piuttosto eterogenei sia nella sua forma, che passa dalla direzione di regole fino agli atti vandalici, sia nella sua gravità, dichiarò che marinare la scuola e compiere atti di violenza sessuale sono posti su livelli completamente diversi. Per raggiungere una diagnosi il DSM-IV prevedeva dei criteri aggiuntivi:

1. I comportamenti devono persistere da almeno 12 mesi. In questo modo si distinguerà un disturbo strutturato della condotta da situazioni transitorie dovute da un periodo di alto stress emotivo.

2. Bisogna che il normale funzionamento scolastico sociale del bambino o ragazzo risulti compromesso.

Il disturbo della condotta può avere due possibili età d'insorgenza: la prima nell'età della fanciullezza, e cioè prima di 10 anni d'età, che rappresenta la forma più preoccupante in quanto presenta un altissimo tasso di cronicità e la seconda nell'adolescenza, che rappresenta la forma meno grave in quanto essa compaia più tardi. *“I rapporti interpersonali sono meno compromessi il tasso di remissione dei sintomi è molto elevato”* (Fedeli, 2011)

La comorbilità quindi tra ADHD e DOP è frequente per il 40-50% mentre cala nell'DC che si attesta attorno al 10-15%. Nella prima avremo però il rischio di un DC precoce che porta ad una maggiore possibilità di altri fattori di rischio come il disturbo antisociale della personalità. Bisogna dire

anche che i pazienti ADHD in comorbilità con il DC (disturbo della condotta) rispondono meno alle terapie non farmacologiche. (Scheriani, 2007)

### **DOP e DC nel DSM-V**

Il tasso di **DOP**<sup>19</sup> è molto più elevato nei pazienti con ADHD inoltre il disturbo oppositivo provocatorio quando esordisce in età infantile, spesso precede il disturbo della condotta. I bambini con DOP hanno maggior possibilità di sviluppare disturbi dell'ansia e depressione. Questo si pensa che sia dovuto gran parte da attribuire alla presenza dei sintomi dell'umore arrabbiato/irritabile. Gli adolescenti con DOP mostrano anche un più alto consumo di sostanze, questo non è ancora chiaro se associazione è dipendente dalla comorbilità con il DC. La prevalenza di disturbo oppositivo provocatorio varia da 1% al 11%, con una stima media prevalenza di circa il 3,3%. Esso può variare a seconda dell'età e del sesso del bambino e sembra essere un po' più frequente nei maschi che nelle femmine (1,4: 1) prima adolescenza. I fattori di rischio sono evidenziati nel DSM-V in tre categorie: Temperamento<sup>20</sup>, Ambientali e Genetici fisiologici.

---

<sup>19</sup> Dati riportati nel DSM-V

<sup>20</sup> S'intende il temperamento emotivo del paziente.

**Temperamento:** s'intende tutti quei fattori legati ai problemi della regolazione emotiva, ad esempio: alti livelli di reattività emozionale, scarsa tolleranza alla frustrazione.

**Ambientali:** Una rigida educazione, che è incoerente con l'educazione di questi pazienti, è comune nelle famiglie con bambini che soffrono di questo disturbo.

**Genetici e fisiologici:** Un certo numero di marcatori neurobiologici sono stati associati al disturbo oppositivo provocatorio ad esempio si sono riscontrate delle anomalie nella corteccia prefrontale e nell'amigdala.

Come già descritto il **DC** è tra i disturbi quello socialmente più invalidante. Possiamo affermare che sia, se trascurato o non diagnosticato, l'evoluzione del disturbo oppositivo provocatorio. Si stima che il disturbo della condotta vada dal 2% al 10% con una media del 4% con dei picchi nell'infanzia e dell'adolescenza dove ne risentono più i maschi che le femmine. Pochi di questi ricevono un trattamento con la conseguenza di un evidente rischio delinquenziale e sociale molto elevato.

Le caratteristiche essenziali di questo disturbo è un modello ripetitivo che persiste nella violazione dei diritti degli altri. I fattori di rischio che troviamo descritti nel DSM-V come per il DOP sono: Temperamento, Ambientali e Genetico.

**Temperamento:** un temperamento infantile difficilmente da tenere sotto controllo. In questo caso l'intelligenza e l'IQ verbale si presenta sotto la media.

**Ambientali:** Il bambino si trova in un ambiente familiare sfavorevole, dove il rifiuto dei genitori, l'abbandono, una dura disciplina, la criminalità dei genitori o psicopatologie dei genitori (es. il consumo di sostanze). Al pari se il soggetto frequenta dei pari che delinquono, se nel quartiere dove abita viene esposto ad atti di violenza. Questi fattori di rischio tendono ad essere più gravi in quei pazienti in esordio infantile del DC.

**Genetico:** Il disturbo della condotta è determinata sia da ambientali, come abbiamo descritto pocanzi, sia genetici. Il fattore di rischio aumenta nei bambini con: un genitore biologico o adottivo o un fratello con il DC. Il disturbo sembra essere più comune nei bambini di genitori biologici che presentano abuso di alcool, disturbi depressivi bipolari, schizofrenia, ADHD o DC. La frequenza cardiaca a riposo è più lenta di chi non presenta il DC. inoltre è presente un ridotto condizionamento alla paura ed una ridotta conduttanza cutanea. Tuttavia questi risultati non sono fisiologici per la diagnostica del disturbo. Essi sono stati individuati, attraverso esami strumentali, in aree del cervello associate alla regolazione degli affetti che colpiscono l'elaborazione, in particolare i collegamenti frontotemporale- limbiche che coinvolgono la corteccia prefrontale del cervello e l'amigdala. Queste modificazioni sono state individuate nei pazienti che presentavano il

disturbo della condotta. Tali modificazioni infatti non sono state rilevate nei pazienti che non presentavano il DC.

Il disturbo antisociale della personalità è evidenziabile soltanto in bambini che hanno l'ADHD in comorbilità al disturbo della condotta, che come descritto, è una forma più grave, ma non è presente nei bambini ADHD puri. Quello che appare evidente in numerosi studi epidemiologici è che l'associazione con il disturbo della condotta aumenta il fattore di rischio evolutivo e richiede interventi terapeutici tempestivi in modo da evitare l'evoluzione verso un disturbo antisociale, che è nettamente inferiore se non addirittura assente, nei pazienti ADHD senza DC. Il DC diventa così un precursore da una dipendenza di sostanze. La prognosi quindi di un disturbo antisociale sarebbe negativa solamente in quella parte minoritaria di DOP che evolve verso il DC.

Un concetto fondamentale che ha introdotto il nuovo manuale DSM-V è quello della componente genetica dei tratti calloso emozionali. Si è dimostrato che i bambini con il disturbo provocatorio e con almeno due dei sintomi caratteristici del DC sono limitati nelle emozioni prosociali. Troviamo la conferma nello studio di Viding e i suoi collaboratori inoltre una componente di ereditabilità nei tratti calloso emozionali del 64% (come si può osservare in figura) questo apre un dibattito scientifico sulla ricerca di un gene o un gruppo di geni che possano individuare l'aggressività in un determinato soggetto. Non possiamo, per il momento, affermare che ci sia

uno o più geni che determinano l'aggressività in un individuo, ma alcuni pattern genetici sicuramente influenzano la risposta agli eventi stressanti. In conclusione chi possiede una determinata componente genetica è più predisposto a manifestare e diventare aggressivo. Questo possiamo osservarlo nello studio fatto da Simons e pubblicato sulla rivista *Youth Violence Juv Justice* dove i polimorfismi nei geni 5HTT, DRD4, MAOA influenzano la misura in cui gli individui sono sensibili al contesto ambientale.

## CAPITOLO 2

### LA TEATRO TERAPIA

#### 2.1 Che cos'è la teatro terapia.

Quello che è definito in termini comuni Teatro terapia assume, in ambito scientifico, la denominazione di Drama Therapy. Per la prima volta questo termine viene utilizzato negli Stati Uniti d'America. Si tratta di tecniche di comunicazione, per migliorare, dal punto di vista psicofisico, la salute dei pazienti leucemici in età pediatrica. Uno dei primi medici ad utilizzare questa strategia comunicativa è stato il popolare oncologo pediatra Hunter Doherty che travestendosi da clown nelle corsie del suo ospedale teatralizzando, attraverso la maschera<sup>21</sup>, la vita di reparto e portando il quotidiano su un altro piano comunicativo. È ormai confermato da numerose ricerche, anche in campo medico, che l'utilizzazione di strategie comunicative, che hanno a che fare con il teatro, come nel caso di Doherty, possono migliorare la vita dei pazienti, ma anche i rapporti che si instaurano tra medici e medici e pazienti e la famiglia del malato<sup>22</sup>. La simulazioni di interventi, ad esempio chirurgici o i rapporti con i parenti, è dimostrato che migliora, nel caso di azioni simulate e poi nei casi reali l'efficienza degli

---

<sup>21</sup> Si intende la maschera teatrale è cioè uscire dal ruolo che si assume per adottarne un altro. In questo caso il clown, maschera divertente e buffa

<sup>22</sup> Cindy J., *Using Sociodrama and Psychodrama To Teach Communication in End-of-Life Care*, *Journal of Palliative Medicine*. September 2012, Vol. 15, No. 9: 1006-1010

interventi e i rapporti umani sia con i colleghi di lavoro che con chi non è membro dello staff medico.

Lo psicodramma (Moreno, 1985) è la disciplina che unisce la terapia psicologica e quella teatrale, essa è utilizzata in prevalenza dagli psicoterapeuti per mettere in evidenza o rovesciare, i ruoli sociali e per far capire, a chi vi è sottoposto, il punto di vista dell'altro attraverso l'immedesimazione, vestendo i panni di qualcun altro, simulandone i gesti e le parole.

Uno degli obiettivi che la Teatro terapia si prefigge è quello di *“rendere armonico il rapporto fra corpo, voce, mente nella relazione con l'altro, gli altri, se stesso e la propria creatività”* (Orioli, 2009). Possiamo quindi affermare in accordo con la definizione della FIT (federazione Italiana di Teatro Terapia) che ne dà una definizione che mira ad individuare alcune caratteristiche: *“implica l'educazione alla sensibilità, alla percezione del proprio corpo e agisce attraverso la rappresentazione di personaggi extra quotidiani, principalmente improvvisati, e si struttura su un minuzioso lavoro pre-espressivo indispensabile alla creazione di gesti che rendono possibile e consapevole la reazione simbolica”*. È anche giusto affermare però che la teatro terapia agisce, per rendere armonico, soprattutto nei bambini ADHD, il dialogo interiore attraverso proprio il lavoro pre-espressivo che male comunica con questi tipi di pazienti.

Inoltre grazie allo spazio scenico<sup>23</sup> e a quello interpretato<sup>24</sup> i pazienti potranno esprimere liberamente il proprio Io, sentendosi liberi di determinare le loro capacità comunicative giudicate continuamente in un ambito diverso da quello teatrale. I pazienti quindi si sentono in un luogo sicuro, protetto, che risulta fondamentale per l'azione terapeutica che ci siamo posti di eseguire con i bambini ADHD.

Lo scopo principale della teatro terapia quindi consiste nel migliorare la qualità della vita, a chi vi si sottoponga, in situazione di disagio. Per il paziente la sperimentazione continua del Sè, e con il sostegno di nuove modalità espressive, può essere d'aiuto a contribuire ad un aumento dell'autostima e di una rinnovata percezione di come relazionarsi con se stessi e con gli altri. Nel corso del Novecento, il teatro iniziò ad occuparsi in modo consistente di problematiche sociali, educative<sup>25</sup>, ma anche dell'area del disagio sia individuale che sociale. La British Association of Dramatherapists<sup>26</sup> propone una definizione esaustiva della Teatro terapia, affermando che essa aiuta a comprendere e alleviare i problemi sociali e psicologici *“facilitando l'espressione simbolica attraverso la quale l'individuo entra in contatto con se stesso, per mezzo di attività creative*

---

<sup>23</sup> Lo spazio scenico è il dove si svolgerà il laboratorio. Nelle sedute di teatro terapia, con i bambini ADHD, lo spazio scenico dovrà essere neutro ovvero privo di distrazioni. Pochissimi oggetti sono ammessi all'interno e devono essere: funzionali allo svolgimento del laboratorio e non pericolosi per i partecipanti.

<sup>24</sup> Lo spazio rappresentato è il luogo dove gli pazienti-attori si muovono all'interno della una storia che loro stessi raccontano.

<sup>25</sup> Teatro Tre, *L'animazione della scuola al sociale*, n.10, 1975, Franco Passatore

<sup>26</sup> <http://badth.org.uk/dtherapy>

*strutturate che coinvolgono la comunicazione verbale e non verbale”* (Cavallo, 2007). Al teatro, dunque, viene riconosciuta un'enorme potenzialità terapeutica per aiutare il paziente a sentirsi meglio con se, imparando a conoscersi e potenziando le funzioni esecutive. Il paziente in questo modo trae beneficio per sé stesso e per persone che lo circondano. Non si tratta però di fare semplicemente teatro bensì di mettere in atto un lavoro volto a promuovere il potenziale delle proprie performance comunicative che i processi e le tecniche teatrali sono in grado di attivare all'interno di una cornice responsabilmente terapeutica, pedagogica e clinica. Walter Orioli psicoterapeuta che si occupa di alcuni aspetti del teatro terapia in Italia struttura l'intervento in tre fasi sequenziali: **pre-espressivo** (primario) **espressivo** (secondario), **post-espressivo** (terziario). Quando parliamo di **fase pre-espressiva** s'intende un lavoro sulle potenzialità del proprio corpo in relazione con se stessi e con gli altri. La concentrazione non è rivolta alla costruzione di una performance teatrale, nel senso stretto del termine, bensì si sviluppa in una creazione libera, dove il linguaggio non verbale la fa da padrone. La formazione base dell'attore, che fonda le sue basi nel corretto utilizzo del proprio corpo, diventa una fase non poco trascurabile per la pratica della teatro terapia. Nella fase pre-espressiva si darà maggiore attenzione a due sotto fasi: *respirazione* e *i tipi di movimento*.

**Respirazione:** Una respirazione corretta, cioè diaframmatica, fa parte del

training attoriale di base coadiuvata dal ritmo. Respirare con lentezza restituisce al paziente una sensazione di calma e di concentrazione sul respiro stesso. Facendo così focalizzeremo l'attenzione su un gesto naturale. La respirazione, quindi, è alla base di tutti quei movimenti che facciamo, mentre stiamo compiendo un movimento con il corpo o stiamo parlando assumendo di volta in volta significati diversi. Ad esempio se respiro in maniera affannosa ripetutamente vuol dire che ho appena finito di correre, se respiro lentamente descriveremo una situazione di calma. Nella mia ricerca e nel teatro terapia in generale la respirazione viene utilizzata sul piano fisiologico per riprendere coscienza del proprio corpo e delle proprie azioni.

***Tipi di movimento:*** In questa fase il concetto detto di segmentazione del corpo, cioè la possibilità di dividere, selezionare i gesti del corpo, dà la possibilità di realizzare diversi tipi di movimento. I gesti diventano: ampi, piccoli, piccolissimi. In questo modo si destrutturizzano i movimenti per far capire come poi si possono inserire correttamente in un contesto di finzione quale la recitazione, e nella vita di tutti i giorni<sup>27</sup>. Un concetto strettamente legato ai gesti del corpo è il ritmo che si divide in: veloce,

---

<sup>27</sup> Ad esempio la camminata in un corridoio di scuola può essere utile ai fini educativi. Al bambino ADHD viene insegnata, prima alla destrutturazione dei movimenti e poi ricomposizione dei movimenti attraverso la simulazione di come si deve camminare in un corridoio di scuola.

lento, lentissimo e bloccato<sup>28</sup>. Il ritmo invece darà, ad esempio, vita alle varie modalità di camminata, con la consapevolezza dell'aderenza dei piedi al pavimento e la conseguente possibilità di non stare in equilibrio. La funzione comunicativa primaria è quindi quella situazione di comunicazione dove si ricostruisce scomponendo e ricomponendo i gesti primari della comunicazione, e cioè il movimento in assenza di parola.

La fase successiva, quella *espressiva*, implica l'aver acquisito pienamente le conoscenze e la consapevolezza della fase descritta pocanzi. L'espressività o fase secondaria lavora sul vissuto di ogni partecipante al teatro terapia. La parola diventa il mezzo che dà la possibilità di esprimersi senza alcun impedimento, di poter esternare i propri sentimenti, le proprie paure e il proprio essere senza avere il timore di essere giudicato come nella vita reale. Questo avviene proprio perché il teatro dà la possibilità, a chi vi partecipa, di essere qualsiasi personaggio nel quale rispecchiare se stesso. Quindi la parola diventa essenziale per l'azione espressiva che è coordinata con i movimenti del corpo. Ad un movimento fisico del corpo si abbina ad un'espressione verbale corretta imparando ad esempio a passare da uno stato di rabbia ad uno stato di calma.

L'ultima fase, quella *post- espressiva*, chiude in un certo senso il cerchio per quanto riguarda il saper comunicare correttamente. Se all'inizio si è lavorato

---

<sup>28</sup> Per bloccato s'intende stare immobili sul posto senza muoversi. Le indicazioni che si danno ai pazienti e come se fossero congelati. I bambini con ADHD si mettono in competizione tra di loro sforzandosi di stare fermi. A questo proposito si sono ottenuti ottimi risultati che vedremo nel capitolo tre.

esclusivamente sul corpo nella seconda fase si è ritenuto opportuno utilizzare la voce abbinata al corpo.

Nella terza, ed ultima frase, si realizza quello nel gergo teatrale viene definito come la *parte drammaturgica*: il copione (che spesso è scritto sotto forma di battute in botta e risposta), il canovaccio (che spesso è realizzato sotto forma scritta o verbale di una determinata sequenza delle azioni dei personaggi). Il compito del conduttore del laboratorio, di teatro terapia, è di coordinare la messa in scena e dare una forma compiuta dal valore artistico e psicologico. L'aspetto artistico non è altro che la ripetizione delle azioni fatte dai partecipanti con lo scopo di migliorare le azioni dei partecipanti. L'aspetto psicologico invece si occupa dei benefici che esercita la teatro terapia attraverso la consapevolezza di ciò che i personaggi interpretati fanno emergere di se stessi.

## **2.2 I campi e le applicazioni del teatro terapia**

La teatro terapia può agire in più aree d'intervento. Orioli ne individua cinque: preventiva, curativa riabilitativa, educativa/formativa e artistica.

*L'area preventiva* aiuta a superare la timidezza, la paura di parlare in pubblico e di relazione con gli altri. L'intervento preventivo si basa sull'auto analisi e sulla gestione dei propri comportamenti. *“Inoltre, lavora sulle resistenze ad assumere nuovi ruoli nella vita reale, aiutando a uscire*

*dal personaggio–maschera che ognuno si crea a con il quale si sente protetto, evitando altri ruoli che possono aiutare la propria crescita il proprio sviluppo. In questo senso, il teatro facilita incrementa la flessibilità mentale dell’individuo e la sua possibilità di mostrarsi in modo differente i nuovi ambiti”<sup>29</sup>. (Orioli, 2012)*

**L’intervento curativo riabilitativo** è dato dall’attenzione verso gli aspetti creativi per mezzo di nuove interpretazioni di un determinato ruolo determinando così la gestione dei conflitti consci ed inconsci. Lo spazio scenico rimane un luogo protettivo dove poter esprimere liberamente il proprio Io autentico. Il poter sentirsi liberi aiuta i soggetti ad esserlo potendo determinare le proprie capacità espressive in relazione all’ambiente e al movimento del proprio corpo e della propria voce.

A tale proposito Jacob Levy Moreno<sup>30</sup>, padre dello psicodramma, sostiene che l’uomo attore trae ispirazione dal proprio essere. Inoltre sostiene che lo psicodramma non è altro che la cura attraverso l’azione simulata. Egli quindi si ispira alle ricerche di Stanislavskij e alla tecnica di far rivivere all’attore in scena, attraverso il suo Io, il personaggio. Questo non vuol dire un’identificazione con il personaggio bensì un percorso che assume due strade contemporaneamente dove la conoscenza del personaggio interpretato avviene attraverso se stessi e la conoscenza di sé attraverso del

---

<sup>29</sup> Walter orioli, Teatro terapia, ed. Erikson, 2012 Trento

<sup>30</sup> Jacob Levy Moreno medico psicoterapeuta

personaggio. Quindi un buon sistema d' intervento è l'immedesimazione nei panni della vittima diventando così un ottimo metodo per capire attraverso la finzione scenica quello che vittima stessa prova. "non basta conoscere ciò che è importante fare, si deve farlo effettivamente. Sappiamo sempre di più, ma siamo sempre meno". Moreno dà vita così ad un teatro dove, secondo le sue ricerche, la spontaneità dell'individuo permettono un'espansione del Io. Nel gioco dei ruoli egli propone una cura attraverso l'azione preferendo rispondere, di gran lunga, all' azione con l'azione stessa contrapponendosi alla sola parola come vuole l'analisi classica. L'intervento riabilitativo quindi dà la possibilità alle persone di poter superare i propri ostacoli attraverso l'interpretazione di personaggi usando l'improvvisazione, che sta alla base delle teorie Moreniane.

***L'intervento educativo e formativo*** viene svolto soprattutto nelle scuole, ma anche dove vengono coinvolti studenti ed insegnanti. La teatro terapia a scuola non obbliga gli studenti e gli insegnanti ad assumere un ruolo prefissato, ma attraverso l'improvvisazione, consente a ciascun allievo di costruirsi il proprio personaggio. Così facendo, come detto prima, sentendosi liberi di esprimersi, si metteranno in risalto le capacità comunicative ed espressive che in situazioni normali non emergerebbero. L'intervento, inoltre, viene svolto in gruppo in modo da facilitare: lo spirito di squadra, le relazioni con gli altri. Creando rapporti di fiducia, di rispetto l'uno dell'altro e spirito di comunità. Lavorando su se stessi e sulle proprie

capacità individuali vengono accompagnati ad utilizzare il personaggio in una dinamica di gruppo che esalta le capacità e i tempi sul piano individuale in stretta relazione con l'altro. L'intervento può essere utilizzato anche in contesti diversi dalla scuola, ma può essere replicato nei contesti lavorativi dove sia necessario rafforzare un gruppo.<sup>31</sup>

***L'intervento artistico*** è il risultato della messa in scena. La messa in scena dei laboratori di teatro terapia non assume un valore professionale, nel senso stretto del termine, bensì trova l'espressione artistica nei campi della psicologia, della pedagogia e della didattica. L'organizzazione e l'espressione completa dei codici comunicativi del teatro si manifestano sulla scena. Il teatro come tutte le forme di comunicazione trasmette attraverso un codice. Il termine codice che viene utilizzato soprattutto nella semiotica indica una lingua per il mezzo della quale il teatro vuole esprimere se stesso. Le lingue sono codici cioè sistemi di segni, di sistemi di corrispondenze valori dell'espressione e l'ordine di contenuto destinati alla trasmissione di informazione tra un'emittente e un ricevente attraverso una serie di messaggi. Quindi si darà vita ad una vera e propria lingua dove la compressione di essa è naturalmente vincolata ad una comune conoscenza da chi è in scena, *emittente*, e chi assiste alla rappresentazione, indipendentemente dal luogo della messa in scena, *ricevente*. Il teatro quindi, a differenza di altre forme artistiche come d'esempio la letteratura,

---

<sup>31</sup> Quali aziende e nell'educazione permanente dell'adulto.

che codifica il suo messaggio attraverso la scrittura, o la pittura che codifica il messaggio attraverso le linee ed i colori o la scultura che lo vincola attraverso le forme, riesce a contenere più codici. Nello studio del linguaggio teatrale molti teorici hanno ipotizzato una suddivisioni dei codici, ma quella più esaustiva è quella del Tadeusz Kowzan<sup>32</sup> che ne ricava 13 codici fondamentali:

- La parola
- Il tono
- La mimica
- Il gesto
- Il movimento
- Il trucco
- L'acconciatura
- Il costume
- Gli accessori
- La scenografia
- L'illuminazione
- La musica
- I rumori

I codici quindi non si trovano, l'uno rispetto all'altro, in una posizione di superiorità. Di conseguenza non esiste gerarchia tra di loro.

J. Honzl nel suo saggio del 1971 *La mobilité du signe Théâtre* sosteneva che i codici teatrali sono intercambiabili tra di loro cioè ad esempio ciò che viene trasmesso con la parola può essere trasmesso dalla luce, dalla musica o dal gesto. Appare quindi molto chiaro che il teatro comunica tramite un sistema multilineare e dove gli stessi codici assumono le stesse capacità di comunicare avendo la possibilità di farlo. Infatti l'assenza di gerarchia tra i codici ci da la possibilità di conversare con pubblico anche, teoricamente,

---

<sup>32</sup> Lituano è uno dei più importanti semiologi del teatro.

con uno solo di essi.

Gli obiettivi quindi del teatro terapia sono: creare armonia tra il proprio corpo e la voce, imparare a gestire il proprio corpo in relazione alla voce e ad i gesti e, cosa non di poco conto, aumentare le relazioni positive con gli altri partecipanti alle sedute nelle dinamiche di gruppo.

### **2.3 Il gruppo teatrale**

Nei laboratori di teatro terapia ciò che è fondamentale è la dinamica del gruppo per avere una buona dinamica. Esso si struttura ed è formato da: numero ideale, che varia da un minimo di 5 ad un massimo di 10 elementi, dalla sua forma e dalle sue caratteristiche interne. Le forme di un gruppo teatrale possono essere: chiusi, semi aperti, aperti o reali.

Nei *gruppi chiusi* i partecipanti, che hanno iniziato, finiscono il laboratorio. I pazienti sono accuratamente scelti con caratteristiche precise e se qualcuno abbandona non viene rimpiazzato se non in una primissimi stadi. Il tempo è limitato e viene richiesto ai partecipanti la massima frequentazione e impegno per tutta la durata del laboratorio.

I *gruppi semi aperti* danno la possibilità di introdurre, durante la durata del laboratorio di teatro terapia, nuovi partecipanti, ma bisogna tenere in considerazione due problematiche: Il momento, e cioè quando introdurre il nuovo partecipante all'interno del laboratorio, e l'individuo stesso, c'è da valutare infatti se possiede le caratteristiche adatte a quel gruppo.

L'integrazione del nuovo partecipante, come pure l'uscita dal gruppo, sono problemi inevitabili, ma superabili se gestiti bene. Il gruppo a causa di questo cambiamento nel arco di tempo cambia il suo carattere, questo fa sì che raggiunga, adattandosi ai contraccolpi, ad un elevato grado di maturità.

I *gruppi aperti* sono caratterizzati da una forte flusso sia in entrata che in uscita di partecipanti. Il livello di maturità è minimo. Nella terapia di gruppo così come nel teatro terapia questo tipo è estremamente raro.

I *gruppi reali* sono quei gruppi già formati con un consolidato profilo, come ad esempio dai gruppi con valenza clinica delle comunità psichiatriche, a quelli scolasti, sportivi ecc. A differenza degli altri, i gruppi reali, essendo precostituiti, avranno due tipi di caratteristiche: l'accettazione del conduttore del laboratorio (nel nostro caso di teatro terapia) e l'accettazione e l'assimilazione delle regole e dei codici, provenienti dal conduttore, nella matrice del gruppo.

Sono da tenere in considerazione alcune caratteristiche comuni a tutti i gruppi in modo da poter realizzare gruppi il più omogenei possibili; sono da prendere in considerazione: il sesso, l'età, le caratteristiche caratteriali e socio culturali, le patologie di tipo psichico; inoltre la loro disponibilità: al gioco, al linguaggio non verbale, e al contatto.

## **2.4 Il Gioco ed il teatro**

Esiste una stretta relazione tra gioco e teatro. "Sappiamo che i bambini

passano spontaneamente dal piano della realtà al piano della rappresentazione attraverso l'attività del gioco" (Orioli, 2007) nel gioco quindi i bambini manifestano i loro i loro desideri e le loro tensioni. Il gioco quindi permette al bambino di essere libero all'interno di due spazi quello della finzione e quello reale dove egli ne ha il controllo totale. All'interno di questa dimensione quindi si colloca il teatro che possiamo definire come una zona tra la dimensione del reale e quella dell'irreale. Infatti tra le definizioni di che cos'è il teatro quella di Emanuele Luzzati<sup>33</sup> è quella più esaustiva: "*Il teatro non è la realtà ma la sua rappresentazione*". Il punto di forza del teatro per i bambini è proprio quella dimensione dove la realtà diventa gioco. Il teatro quindi permette al bambino di sviluppare, attraverso il gioco del teatro, un senso di potenza e di dominio sugli oggetti e sulle situazioni. Questa definizione ci riporta alle tre fasi del gioco nell'età evolutiva di Jean Piaget:

1. ***Il gioco percettivo motorio*** dove il bambino sviluppa il piacere al movimento e alla ricezione sensoriale
2. ***Il gioco simbolico*** dove gli oggetti presenti diventano altri oggetti non presenti ad esempio un manico di scopa può diventare una chitarra. In questi giochi simbolici il bambino può diventare l'attore

---

<sup>33</sup> Emanuele Luzzati è tra i più importanti registi e scenografi italiani ha collaborato con Dario Fò, Luca Ronconi e Gianni Rodari.

come ad esempio dormire o lavarsi i denti oppure far compiere delle azioni come ad esempio giocare con le bambole o con i soldatini. In fine può interpretare un'altra persona (ad esempio la madre che va al lavoro)

3. ***Il gioco di gruppo con regole*** dove i bambini giocano assieme e l'azione del gioco diventa collettiva implicando delle regole oggettive. Il gioco svolto in maniera collettiva riduce l'egocentrismo presente nelle fasi pocanzi descritte, inoltre sul proprio corpo permetterà di avere un maggior controllo.

Il gioco ed il teatro quindi sono legati a doppio filo l'uno all'altra infatti il teatro viene anche definito come “il gioco del far finta” (Singer e Singer 2001). Nella fase simbolica, giocare, facendo finta di essere qualcun altro costituisce un'autentica attività di pensiero del bambino. Il gioco quindi come il teatro permette ad un'attività libera dove la spontaneità crea dei legami con gli altri ed emozioni. Gregory Bateson afferma che “giocare è una situazione nella quale le azioni che si compiono denotano altrettante azioni di non gioco” (Staccioli, 2008) questa affermazione si avvicina, per certi versi, alla definizione di Piaget. In sostanza quando si gioca e si finge di compiere un'azione e cioè si compie un'azione che non esprime quello che è nella realtà, ma ne esprime un'altra. Introducendo il gioco in una sorta di cornice, dove all'interno di esso si possono compiere azioni che assumono significati diversi, che ci permette di distinguere da ciò che è

gioco e ciò che non lo è.

I fondamentali processi teatrali che l'attore attraversa sono: fase pre-espessiva, di disillusione, possesso, sovrapposizione. Se accostiamo le teorie di Piaget allo sviluppo del gioco in età evolutiva con i processi del teatro nello sviluppo dell'attore di Orioli possiamo otterremo:

- nella fase neonatale il bambino oggetto di gioco sono fusi; il bambino lo vede in maniera del tutto soggettiva: nella fase presto recessiva l'attore e personaggio sono fusi; l'attore quindi vive il processo dentro se stesso.

- In una fase successiva l'oggetto viene percepito più obiettivamente dal bambino; avviene la disillusione e il gioco inizia ad essere magico. Anche l'attore, in questa fase, capisce che il personaggio è qualcosa di distinto da lui e la sua percezione diviene più oggettiva.

- la terza fase è quella di cui il bambino accetta se stesso come separato dalla madre e/o dall'oggetto. La persona amata c'è ed è presente simbolicamente anche se non è partecipe fisicamente del momento del bambino. Laddove riconosce il personaggio al di fuori di sé, anche come una parte di sé, ma non desidera che il personaggio lo posseda.

- la quarta fase del bambino e quella del riconoscimento della madre come compagna di gioco e i due possono condividere il momento come due entità distinte. Per l'attore questa fase è il momento in cui egli riconosce la sovrapposizione tra sé e il suo personaggio; pur rimanendo distinti, egli può dialogare con lui.

La pratica teatrale, intesa come l'atto di recitare, è accessibile a tutti, ma perché essa si copia bisogna essere almeno in due: attore e regista o attore e spettatore. L'attore è fondamentale ed è portatore di qualcosa di personale, solo l'attore sa cosa c'è e cosa non c'è di personale nel suo personaggio, ma anche qualcosa di pubblico ed è per questo motivo che il linguaggio che si utilizza deve essere condivisibile. Lo spettatore condivide l'esperienza, si fa coinvolgere, della messa in scena dall'attore desideroso di comunicare. I partecipanti alle sedute di teatro terapia affrontano un training sia fisico che vocale. Il linguaggio assume valore intermedio ponendosi tra l'area interiore ed esteriore fondamentalmente nasce da una voglia di comunicare e in origine si pone al servizio del pensiero. Infatti i gesti, e le posture del corpo vengono avvalorati dal pensiero non razionale che attinge dalle percezioni e dalle sensazioni. Nella teatro terapia, ma anche in altre forme di teatro, il percorso da compiere per ottenere dei risultati soddisfacenti è intraprendere quel percorso che dalla dimensione pre-verbale, in modo da stimolare la percezione dell'esperienza fisica ed emotiva, arrivi alla creazione verbale. In sostanza la conoscenza del proprio corpo e dei gesti fa sì che l'attore acquisisca idealmente la totale consapevolezza del proprio corpo in relazione a se stesso e allo spazio che lo circonda attraverso un training fisico continuo. Solo quando egli è pienamente consapevole dei propri gesti in relazione con lo spazio ed il ritmo può incominciare in un primo momento a prendere confidenza con le variazioni fonetiche della propria

voce e poi con la parola. Il training fisico quindi è una pratica necessaria all'attore per scoprire, sperimentare la propria fisicità dove ogni movimento si trasforma nel successivo che da luogo ad un'azione più o meno complessa che viene disposta in una sequenza come ad esempio nella danza. L'attore quindi proceduralizza una serie di movimenti che se coordinati dal regista possono diventare spettacolo teatrale. Un possibile modello di training fisico può essere dato da:

1. Respirazione diaframmatica.
2. Movimento degli arti superiori ed inferiori in sequenza ritmica.
3. Combinazioni di azioni con gli arti superiori ed inferiori a suoni vocali.
4. Camminare all'interno di uno spazio da ampio a sempre più piccolo.
5. Movimenti del viso allo specchio che esprimono delle emozioni: triste, felice, arrabbiato.
6. Gestualità combinata: il partecipante al laboratorio deve attraverso il movimenti del corpo interpretare una situazione a lui conosciuta<sup>34</sup>

I primi tre punti del modello proposto sono fondamentali per la creazione gestuale. È quindi evidente che l'operatore di teatro (il teatro terapeuta o il regista) debba destrutturare la gestualità per poi ristrutturarla al solo beneficio del paziente/attore. In modo che il paziente possa essere sempre

---

<sup>34</sup> Questo tipo di training potrà essere svolto in una azione semplice come ad esempio: tirare una corda. Oppure in un'azione complessa come, ad esempio: fare la spesa al supermercato.

più consapevole del proprio corpo.

Scoprire la propria voce è un altro degli obiettivi che si prefigge il teatro terapia. La corretta respirazione, come abbiamo potuto constatare pocanzi, è quella diaframmatica. Il bambino quando è più piccolo piangendo usa correttamente il diaframma, ma man mano che diventa adulto se ne fa un uso non corretto. Tendenzialmente con l'avanzare dell'età non si respira più correttamente, ad eccezione per chi pratica alcuni sport o chi frequenta corsi di danza che si servono proprio della corretta respirazione per la loro pratica, e si tende sempre di più a parlare come si dice in gergo di testa o di gola. Il lavoro del regista o del teatro terapeuta è quello di riportare il paziente ad una respirazione corretta che possa di conseguenza far riscoprire la propria voce in una dimensione più naturale. In situazioni di crisi la tendenza è quella di trattenere il fiato, come ad esempio le situazioni di stress,<sup>35</sup> e quindi di non utilizzare correttamente la voce. Dopotutto come l'attore così anche il paziente nella vita quotidiana deve respirare in maniera corretta in modo da poter superare i momenti di tensione. Del resto è proprio la voce che sia sul palco che al di fuori dal palco esprime al meglio quelle emozioni che si intrecciano con il personaggio e il proprio essere. Un possibile training vocale sarà dato da:

1. Rilassamento e respirazione diaframmatica profonda

---

<sup>35</sup> La componente di stress nei pazienti con ADHD è uno dei fattori di rischio per quanto riguarda l'aggressività.

2. Ogni partecipante singolarmente o in gruppo vocalizzando riesce a distinguersi per il tipo di suono e di voce che emette creando una situazione vocale armonica con se stesso e con il gruppo.
3. Ogni partecipante singolarmente o in gruppo, in una situazione di completo relax e senza alcuna interferenza di tipo ambientale, scopre il proprio suono o la propria voce proveniente dall'addome, torace, gola, bocca, naso e testa.
4. L'intensità e la durata. Sono in stretta relazione con la corretta respirazione diaframmatica. Più è corretta la respirazione maggiore sarà la durata e l'intensità vocale.
5. L'applicazione delle sonorità e delle parole alle azioni fisiche. Le azioni fisiche possono essere di tipo: coerenti o incoerenti rispetto alle parole dette. L'incoerenza tra parola e gesto è un buon esercizio per rafforzare l'attenzione focalizzata.

Per concludere il training, sia fisico che vocale, proposto, ambisce ad un modello standardizzato e quindi ripetibile ovunque venga svolto il laboratorio di teatro terapia in modo ottenere risultati omogenei.

### **2.5 Teatro ed empatia le emozioni e il loro valore**

L'attore, come abbiamo visto nel paragrafo precedente, non separa mai dal proprio personaggio lo interpreta attingendo dal proprio vissuto. Il gruppo teatrale fornisce continui stimoli simulando, in una rappresentazione, la realtà. Il fare teatro diventa un'azione complessa dove vengono coinvolti,

come abbiamo visto molti aspetti: psicologici, del proprio vissuto e fisici. Il desiderio di chi fa teatro per capire o per capirsi decide di utilizzare risorse interne e risorse esterne. L'attore nella sua fase pre-espressiva affida al solo corpo il desiderio di comunicare per poi affidarsi nella fase espressiva alla voce. È nella memoria emotiva che risiedono i personaggi l'attore (o il paziente) non diventerà mai quel personaggio, ma riuscirà a vivere nelle sue vicende attingendo dal proprio bagaglio mnemonico emotivo. Secondo Moreno questo emerge con l'improvvisazione se riusciamo a lasciare che possa emergere spontaneamente. Quindi utilizzeremo le emozioni provate in passato per costruire uno o più personaggi. Nella pratica teatrale questo avviene rievocando un ricordo o un'immagine (positivo/a o negativo/a) attraverso il rilassamento<sup>36</sup> per poi rievocare quello che si è provato e utilizzare questo materiale a beneficio del personaggio che vogliamo recitare. Immaginiamo perfino di rivivere pezzi delle nostre esperienze diverse da quelle del copione, ma che possiamo utilizzare in maniera funzionale, come ad esempio: il tono della voce, l'espressione del viso o la postura scenica del personaggio, e che si adatti alla situazione del testo o al personaggio improvvisato. *“La modulazione d'immagini ed emozioni attraverso la funzione muscolare è stata alla base di tutte le metodologie di esercizi fisici attoriali, non più intesi come pura esercitazione di rinforzo e*

---

<sup>36</sup> Possiamo mettere in relazione questa pratica attoriale con una tecnica immaginativa, già utilizzata in campo terapeutico, creata all'interno della REBET (Relational Emotive Behavior Therapy), è l'immaginazione razionale emotiva nota con il nome REI (Rational Emotive Imagery).

*agilità, ma come parte integrante il processo di elaborazione e sviluppo dell'unità dinamica psico-emotivo-motoria dell'attore, in ultima analisi, di comunicazione comportamentale.” (Picerno, 2012).*

L'emozione rievocata quindi ci aiuterà il paziente/attore ad entrare nel personaggio attraverso le emozioni stesse. Ogni persona porta dentro di se molti Io che esistono contemporaneamente e formano un unico Se. L'attore quindi si nutre, per rappresentare più personaggi, delle proprie esperienze e dei propri Io. L'attore e non quindi, per essere un bravo attore dovrà avere una certa capacità associativa e dissociativa; questa elasticità di entrare e di uscire dal personaggio è alla base della salute psicofisica. L'esperimento dello psicologo George Kelly mise appunto una terapia che si basa proprio su questo principio. Chiese ai suoi pazienti di recitare per diverse settimane la parte di una di un personaggio del tutto diverso da quello che erano abitualmente. Ad esempio se una persona fosse stata molto pessimista Kelly gli chiese di recitare il ruolo di quello che sorride sempre, che non si affligge, entusiasta, con atteggiamento sempre positivo. Facendo così, lo psicologo statunitense, mise i suoi pazienti nelle condizioni opposte a quello che erano solitamente abituati a fare affinché percepissero l'esistenza in modo totalmente diverso. Il paziente-attore quindi vivendo una nuova condizione deve decidere che cosa scegliere, Sigmund Freud affermava che l'identità dell'Io si formi attraverso quei processi di identificazione. “Jacques Lacan sostiene che l'Io è un'immagine speculare totalizzante in cui

il soggetto si proietta, egli denuncia il carattere alienante del processo di identificazione” (Orioli, 2008). L’attore e il personaggio quindi usano lo stesso corpo, ma esprimono due entità psichiche che comunicano tra di loro. Possiamo immaginare che l’uomo, inteso come paziente, e il personaggio siano due ruote dentate che si uniscono l’una all’altra con due psiche differenti. L’equilibrio, la sintonia tra l’una e l’altro ingranaggio danno origine alla credibilità dell’azione recitata. *“Chi dei due subirà l’azione diventerà a sua volta promotore dell’azione. Nella reversibilità del meccanismo detto dell’ingranamento (Racamier, 1992) risiede il vero segreto del teatro ed anche la sua funzione pedagogica e terapeutica”* (Orioli, 2008). Il paziente-attore nella rappresentazione è paradossalmente se stesso in un altro. Potrebbero verificarsi tre condizioni non ideali per un attore:

1. L’attore in scena è solo se stesso. Egli metterà in scena solo se stesso recitando solamente i suoi stati d’animo, la finzione scenica fallirà e verrà sovrastata dalla quotidianità
2. L’attore in scena è solo personaggio. Egli è coinvolto totalmente, emotivamente e fisicamente, dal personaggio e perde il controllo sull’Io.
3. L’attore è fedele al testo. Egli è neutrale, fedele a ciò che è stato scritto nel copione. La recitazione è neutrale e l’interprete non dà spazio al proprio Se, ma la vera protagonista è alla parola.

Il giusto equilibrio dell'attore è il nutrirti dei propri vissuti, attraverso le immagini e rievocando i ricordi, alimentando entrambe attraverso, come abbiamo visto, l'improvvisazione. In definitiva quindi è l'attore che prende coscienza della sua identità complessa attraverso il suo personaggio. L'improvvisazione innesca dei processi dinamici che attraverso il gioco portano l'attore-paziente ad abbandonare le proprie rigidità e favorire una maggiore fluidità. La specificità terapeutica del teatro risiede quindi nel processo denominato di lieve dissociazione (o anche di piccola follia) il quale permette di appropriarsi del carattere psicologico di un altro. Se creando una nuova "gestalt" (Orioli, 2008).

Tra le funzioni psicologiche che s'innesceranno tra il teatro terapeuta e il paziente attore ne citeremo alcune:

*La funzione di doppio* dove il teatro terapeuta si rifà alla relazione empatica tra la madre ed il bambino; mette in parole i contenuti e le emozioni che sta provando l'altro. Essa viene attivata quando in un laboratorio uno dei partecipanti in maniera spontanea ciò che sta provando in quel momento. Come vedremo nel capitolo 3 questa funzione è risultata molto utile per creare delle pause dagli esercizi del laboratorio, che dessero a loro la possibilità di esprimersi (es: mi sento... ho voglia di...), dirigendosi in una zona del laboratorio tracciata appositamente per loro<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> Questa zona era limitata da delle sedie. Con il proseguire del laboratorio i partecipanti non ebbero più bisogno di entrarvi.

La funzione specchio si attiva ogni volta che il paziente ha la possibilità di ottenere un rimando esterno. Questa funzione quindi ha a che fare con la percezione dell'altro. Il protagonista viene messo in una posizione di osservatore mentre qualcuno interpreta un suo alter ego. In questo modo avrà la possibilità di vedersi da fuori.

*La funzione d'inversione di ruolo* è la tecnica principale nella pratica del teatro terapia. Consente al paziente un duplice processo: quello di entrare nei panni dell'altro per conoscere meglio ciò che egli prova. E vedere se stessi con gli occhi dell'altro innescando contemporaneamente di auto ed etero percezione.

Un altro aspetto piuttosto rilevante è l'empatia che s'instaura tra il paziente-attore e il terapeuta. È un tipo di comunicazione emozionale che presuppone l'ascolto da parte del terapeuta: dei segnali, dei pensieri e dei sentimenti che comunica il paziente per poi aiutarlo ad esprimerli in maniera concreta. Nel momento in cui il paziente-attore percepisce che il terapeuta comprende il suo punto di vista e il suo disagio tra i due s'instaura un legame profondo, di fiducia che rende l'intervento del terapeuta senz'altro efficace. “È particolarmente rilevante mostrare empatia al paziente-attore soprattutto nella fase di messa in discussione dei pensieri irrazionali in quanto, In assenza di empatia, il paziente-attore potrebbe percepire che il terapeuta sottovaluta la sua sofferenza” (Di Pietro, 2015)

## CAPITOLO 3

### IL TTM

#### 3.1 Timing della ricerca

Abbiamo suddiviso la ricerca sulla teatro-terapia, che chiameremo TTM (Theater Therapy Mode) in alcune fasi:

- Selezione dei pazienti (per: età, sesso, ADHD in comorbidità con DOP e livello di scala MOAS,
- Misurazione dell'aggressività una settimana prima del trattamento: i valutatori sono i genitori e gli insegnanti
- Misurazione del TMA (autostima) una settimana prima.
- Intervento di teatro terapia della durata di: un'ora al giorno per due settimane.
- Misurazione dell'aggressività una settimana dopo il trattamento: i valutatori sono i genitori e gli insegnanti
- Misurazione del TMA (autostima) una settimana dopo l'intervento di teatro-terapia.
- Follow up: Misurazione dell'aggressività con la scala MOAS a tre mesi dalla fine dell'intervento di teatro terapia: i valutatori sono i genitori ( non abbiamo potuto consegnare il test agli insegnanti)

### **3.2. Descrizione del progetto**

La ricerca che ho svolto in questi tre anni vuole dimostrare come attraverso strategie di comunicazione, provenienti dalla drammatizzazione sia possibile migliorare la vita dei pazienti in età pediatrica con la sindrome ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) in comorbilità con il Disturbo Oppositivo Provocatorio e il Disturbo della Condotta<sup>38</sup>. E' stata presa in considerazione una popolazione di bambini dai 7 fino ai 14 anni e che presentavano i sintomi dell'ADHD secondo la nosologia proposta nel DSM V. La valutazione diagnostica è stata eseguita presso La S.C. di Neuropsichiatria infantile dell'Istituto Burlo Garofolo di Trieste. Il teatro quindi viene inteso, non più nel senso stretto del termine come luogo di rappresentazione o testo con fini spettacolarizzanti, ma altresì come linguaggio pluricodico che permette di trovare valide e strategiche alternative educative e comunicative per diminuire i momenti dirompenti dei pazienti con ADHD in comorbilità con DOP e DC.

Come già emerso in altre ricerche in cui è stata introdotta la metodologia del teatro (Chang, 2006), anche se in ambiti e con modalità di studio differenti, si è potuto rilevare che, per le sue peculiarità, questo tipo di attività migliora le relazioni attraverso la comunicazione verbale (parola) e non verbale (gesti e sguardi) che vengono portati verso l'esterno dall'efferente e

---

<sup>38</sup> Come viene classificato nel sistema nosografico internazionale DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

vengono contemporaneamente accolti da chi riceve il messaggio (ricevente). Le tecniche di recitazione a cui facciamo riferimento sono quelle dello psicodramma di Moreno (vedi capitolo 2). L'intervento di teatro terapia si divide in tre fasi: pre-espressiva, espressiva e post espressiva. Nelle tre fasi ci siamo avvalsi di tecniche di training del teatro quali ad esempio: la respirazione diaframmatica, il movimento del proprio corpo (sia all'interno dello spazio scenico che in relazione a se stessi e con gli altri) fino ad arrivare alla messa in scena di piccoli spettacoli improvvisati (Moreno, 1985). Questa tecnica ha permesso di poter lavorare sull'immedesimazione del personaggi e sull'empatia. Abbiamo ipotizzato che, grazie alla rievocazione dei ricordi e alle immagini mentali<sup>39</sup> i soggetti sottoposti a questo trattamento sarebbero riusciti prima a diminuire poi a controllare i momenti dirompenti. L'intervento era volto a raggiungere inoltre una maggiore consapevolezza del sé e delle emozioni che il paziente prova nei momenti di aggressività o comunque non idonei ad una normale vita sociale. Dei 30 pazienti sottoposti alla sperimentazione, 19 sono stati trattati mentre i restanti 11 hanno fatto parte del gruppo di controllo. Quest'ultimo non è stato trattato con la teatroterapia, tuttavia il 36% del gruppo era in trattamento farmacologico con psicostimolanti e neurolettici mentre il resto del gruppo non era sottoposto ad alcun trattamento di tipo farmacologico o psicologico. Ci siamo assicurati che, durante tutta la durata del trattamento e

---

<sup>39</sup> Anderson J R. Psicologia Cognitiva e le sue implicazioni, Zanichelli, Bologna, (1993)

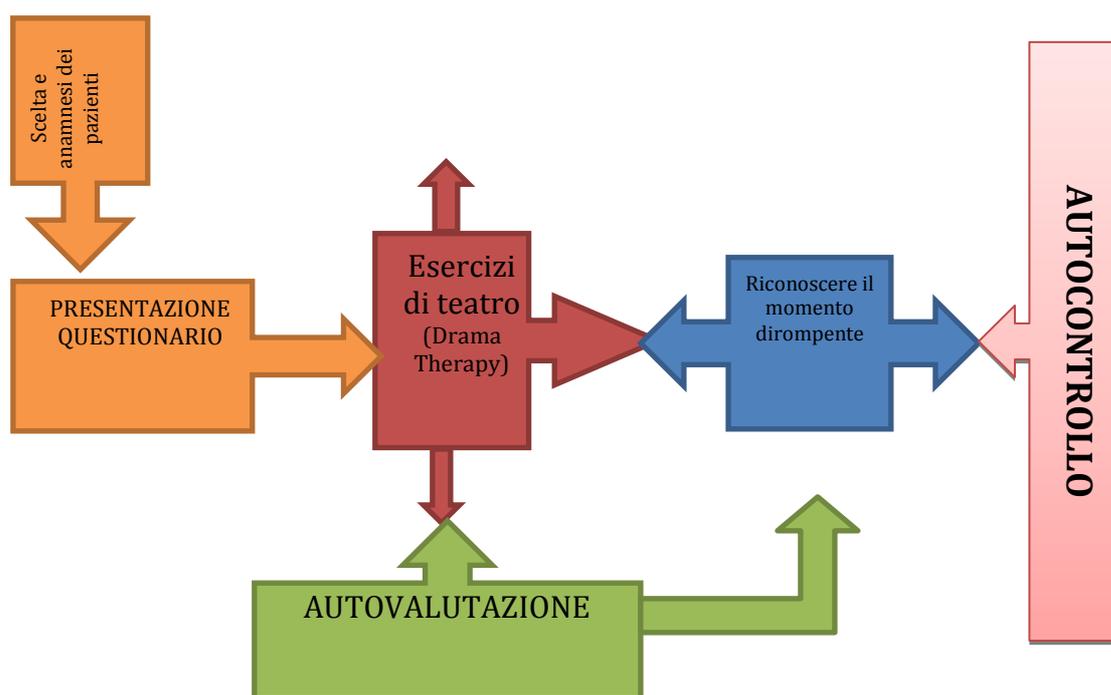
del follow-up, gli interventi farmacologici non venissero modificati. Con questa sperimentazione, si è dimostrato che l'aggressività nei soggetti ADHD ha buone possibilità d'essere controllata attraverso strategie di teatro terapia.

### **3.3 Metodologia**

I pazienti da trattare hanno frequentato un laboratorio di teatro. L'intenzione era di formare gruppi di 5 soggetti. I pazienti di ogni gruppo di lavoro sono stati suddivisi in due categorie, corrispondenti a diverse fasce di età: dai 7 agli 11 e dai 12 ai 14 anni. Contemporaneamente, al tempo zero è stato distribuito ai genitori e agli insegnanti il questionario MOAS (The Modified Over Aggression Scale), lo strumento che abbiamo scelto per misurare l'aggressività dei pazienti. Il test MOAS è stato compilato sia dagli insegnanti sia dai genitori una settimana prima del trattamento. Nello stesso momento è stato chiesto, in autonomia, ai pazienti di compilare il test TMA (Test Multidimensionale dell'Autostima). I risultati ottenuti sono stati registrati in forma anonima, attribuendo un codice numerico per ogni soggetto trattato. L'intervento di teatro-terapia è stato effettuato in cieco rispetto al contenuto dei questionari.

A questo punto si è svolto l'intervento di teatro terapia, della durata di un'ora al giorno per due settimane. L'intervento di teatro terapia si è svolto in tre fasi che si sono ripetute per tutte le due settimane dell'attività. Le fasi

erano tre: **pre-espessiva**, **espessiva** e **post-espessiva**. Ad una settimana dal completamento dell'intervento di teatro terapia sono stati determinati nuovamente, con il test MOAS e il test TMA, rispettivamente il livello di aggressività e l'autostima nei pazienti sia in ambito familiare che scolastico (tempo T1). Dopo 90 giorni dalla fine dell'intervento è stato effettuato il follow up in ambito familiare (tempo T2). Il gruppo di controllo si è sottoposto alle stesse valutazioni del gruppo dei trattati. Per tutto il periodo del trattamento di teatro terapia, l'eventuale terapia farmacologica non ha subito variazioni.



## **INTERVENTO DI TEATRO TERAPIA**

Nella **fase pre-espressiva** i pazienti hanno lavorato sulle potenzialità del proprio corpo in relazione con sé stessi e con gli altri. In questa fase il linguaggio non verbale domina la scena e la parola non è contemplata. La respirazione diaframmatica è stata utilizzata per prendere coscienza del proprio corpo, i gesti prodotti dalle reazioni spontanee, se troppo irruenti o non corretti, vengono ripetuti dal paziente correttamente. In questa fase si utilizza solamente il movimento del corpo coordinato alla respirazione.

Nella **fase espressiva** il paziente lavora sulla propria voce in coordinazione con il proprio corpo e con la respirazione. La parola inoltre diventa il mezzo che ha il paziente per potersi esprimere correttamente. Al movimento fisico si accompagnerà un'espressione del viso e un'espressione verbale imparando (recitando) a passare da uno stato di rabbia ad uno stato di calma e viceversa. In questa fase il paziente rievoca attraverso le immagini mentali un ricordo che abbinerà ad un'emozione.

Nella fase **post-espressiva** i partecipanti al trattamento hanno messo in scena uno spettacolo improvvisato su una tematica comune.

### **Esercizi di teatro svolti nel laboratorio nelle tre fasi:**

I primi due giorni di laboratorio con i pazienti sono, dal punto di vista relazionale ed empatico, quelli più importanti. Si presentano ai pazienti le regole del laboratorio di teatro terapia quali: bisogna ascoltare il regista, non bisogna urlare, sono vietate le parolacce, non bisogna alzare le mani sui

propri compagni. Di volta in volta, a seconda dei comportamenti dirompenti dei partecipanti, le regole possono cambiare. I pazienti con ADHD, a causa della compromissione della working memory<sup>40</sup>, non riescono a seguire molte regole, nel nostro caso quindi esse non sono state modificate per tutta la durata del laboratorio. La formazione del gruppo è stata di tipo chiuso; cioè una volta formatosi all'inizio del laboratorio nessun nuovo paziente ha potuto parteciparvi. La scelta di questa modalità nella formazione dei gruppi ( vedi capitolo 2) è stata dettata dal fatto che l'entrata di un nuovo paziente, ad esempio a metà delle due settimane, avrebbe introdotto un elemento di forte distrazione per i pazienti.

Per formare il gruppo di 5 pazienti il teatro terapeuta fa mettere in cerchio i pazienti che, uno alla volta, si presentano a tutti i presenti. In questo modo si familiarizzano con i loro compagni di laboratorio.

### **3.3.1. Esercizi svolti nella fase pre-espressiva:**

Gli esercizi svolti nella fase pre-espressiva consistono nel rilassamento e nella respirazione<sup>41</sup> con il diaframma. Questo esercizio è da svolgere, inizialmente, completamente in silenzio. In un successivo momento

---

<sup>40</sup> Baddely, A. D. *The psychology of memory, New York, Basic Books* (1976); *Working memory* Oxford, Oxford University (1986); Barkley R. A. *Attention- Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment.* Guilford, New York (2006)

<sup>41</sup> Questo tipo di esercizio rafforza il linguaggio interno che nei pazienti ADHD può essere più o meno compromesso

vengono inseriti dei rumori<sup>42</sup> (ad esempio: lo scrosciare dell'acqua o del mare) ad una frequenza costante, rievocando delle immagini positive. Inizialmente è l'operatore a decidere quale immagine evocare (un colore, un luogo, un momento, un'emozione). Egli lo ripete ad alta voce mentre i pazienti sono in posizione eretta<sup>43</sup>. Questa posizione favorisce la respirazione con il diaframma che, a sua volta, favorisce lo scandire del tempo. Questi due esercizi sono importanti per far rilassare i pazienti e rendere l'ambiente confortevole evitando situazioni di stress emotivo, una delle principali cause dei momenti dirompenti nei pazienti ADHD. Un esercizio che ho utilizzato sia nelle esercitazioni pre-espressive che successivamente nelle esercitazioni espressive è il seguente: dopo che i pazienti hanno imparato a respirare con il diaframma, in piedi, provano ad inspirare e poi espirare lentamente fino a quando tutta l'aria esce dai polmoni. Lo scopo dell'esercizio è di svuotare l'aria nel maggior tempo possibile, dosandone l'intensità. Questo esercizio serve ai pazienti ad esercitarsi a respirare in maniera corretta.

**1. Esercizi con il corpo:** Gli esercizi con il corpo implicano la consapevolezza dello spazio scenico (per spazio scenico si intende il luogo in cui i pazienti-attori si muovono). Essi devono seguire delle semplici regole: *non si esce dallo spazio scenico e non si danno mai le spalle a chi ci*

---

<sup>42</sup> Barkley A. D. *ADHD and nature of self-control*. Guilford, New York (2006)

<sup>43</sup> I pazienti con ADHD hanno bisogno inizialmente di rinforzi a causa della loro compromissione della Working Memory.

*sta guardando recitare* Queste due semplici regole, che abbiamo introdotto avevano lo scopo di facilitare la comunicazione tra coloro che sono sottoposti al trattamento e l'operatore.

- a) ***I mondi fatti di...***: è un esercizio che consiste nel far camminare gli allievi in maniera casuale all'interno dello spazio scenico, dando loro delle indicazioni sull'ambiente che li circonda, di volta in volta, per stimolare la loro fantasia. Questo esercizio, da fare in silenzio, stimola la fantasia, sviluppa il dialogo interno ed esercita il corpo. Ai pazienti vengono date alcune indicazioni, stimolandoli, ad esempio, a pensare come si muoverebbero all'interno di un mondo fatto di cioccolato, di fango, di miele o d'acqua ecc. Il corpo si muove in maniera spontanea come se, in quel preciso istante, l'ambiente prendesse la forma, l'odore, il sapore del "modo fatto di..." suggerito dall'operatore. Il paziente si trova alle prese, attraverso l'immaginazione, con un personaggio che vive o attraversa quella determinata situazione, ma allo stesso tempo prende coscienza di sé e dell'ambiente che lo circonda.
- b) ***Allo specchio***: due pazienti si posizionano uno davanti all'altro. Uno di loro comincia a compiere dei piccoli movimenti che il compagno posizionato di fronte a lui dovrà imitare. Poi, passato un determinato periodo di tempo deciso dall'operatore, i ruoli vengono invertiti. I pazienti devono concentrarsi sui movimenti del proprio corpo e

devono attendere il proprio turno. Questo esercizio teatrale nei pazienti ADHD rafforza la selettività del compito da svolgere,<sup>44</sup> implica una proceduralizzazione nel rispetto dei turni e la gestione del tempo di esecuzione dell'esercizio.

- c) ***Lo specchio***: è una variante dell'esercizio sopra indicato con la differenza che allo specchio si vede sé stessi e non si emulano i movimenti del proprio compagno. I pazienti possono così sperimentare espressioni e movimenti del corpo e del viso che inizialmente vengono richiesti dall'operatore.
- d) ***Situazioni reali mute***: Questo esercizio si divide in due fasi: ***la prima***, che prevede l'intervento di un operatore mentre ***la seconda*** lascia totale autonomia ai pazienti. In questo modo il paziente da un livello funzionale basso passa gradualmente ad un livello funzionale autonomo<sup>45</sup>. Questo esercizio consiste nel far descrivere su di un pezzettino di carta, ai pazienti presenti, una situazione che vivono ogni giorno. Si piegano i pezzi di carta per introdurli poi in un contenitore dove verranno ripescati, casualmente, dai presenti. A questo punto ognuno dei partecipanti legge qual'è la situazione da imitare ad esempio: portare il cane a fare la pipì, andare a comprare qualcosa ecc.

---

<sup>44</sup> Ingersoll B. D., Goldstein S. *Attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities*. Broadway books, New York, (1993)

<sup>45</sup> Fedeli D. *il disturbo da deficit d'attenzione e iperattività*, ed. Carocci Faber Roma, 2013 pp.127-167

- e) **La marionetta a fili:** Inizialmente il corpo è rigido e teso, poi si scarica dal peso, un arto alla volta, fino scendere al suolo. L'imitare una marionetta rientra sempre nel saper controllare il proprio corpo, ma questa volta un pezzo alla volta, come se degli ipotetici fili venissero improvvisamente tagliati dall'alto. Ogni arto si muove in relazione agli ipotetici fili che, una volta tagliati, impediscono al paziente di muoversi. Questo esercizio è particolarmente indicato per i pazienti ADHD perché fa in modo che essi focalizzino la loro attenzione sui movimenti.
- f) **Palla leggera, palla pesante:** I pazienti si dispongono in cerchio al centro del quale viene posizionata una palla. I pazienti, uno alla volta, devono avvicinarsi alla palla e ascoltare le indicazioni dell'operatore che, di volta in volta, attribuisce alla palla delle caratteristiche diverse. La palla può quindi diventare improvvisamente una palla pesantissima e il paziente, sollevandola, deve rendere bene questa idea. Qualche secondo dopo invece la palla, su indicazione dell'operatore, diventa leggerissima e il paziente, con i suoi gesti e movimenti, deve dimostrare a chi lo circonda come la palla risulti leggera come una piuma. Questo esercizio esercita la coordinazione dei pazienti ADHD.

Questi esercizi sono vincolati dall'animatore e servono, in un primo momento, a prendere coscienza del proprio corpo, in relazione allo spazio.

Bisogna tener presente che i movimenti devono essere ampi e ben definiti, in modo che tutti i partecipanti al laboratorio possano vedere che cosa fa il proprio compagno. Questo stimola i partecipanti al laboratorio ad esprimersi in maniera chiara, anche nei gesti, che sul palcoscenico devono essere chiari e ben definiti.

### **3.3.2 Esercizi svolti nella fase espressiva**

**2. Esercizi con la voce:** gli esercizi di teatro con la voce sono propedeutici ad una migliore comunicazione verbale nei pazienti ADHD. Il tono di voce spesso è la causa, da parte di chi riceve il messaggio verbale, di reazioni a volte violente e di fraintendimento. Questi esercizi, oltre a migliorare la comunicazione, danno gli strumenti necessari ai pazienti per controllare, o quanto meno a correggere, il livello della propria voce. Inizialmente le verbalizzazioni sono strutturate in un modello semplice (come ad esempio dire il proprio nome) per poi mano a mano che i pazienti hanno assunto delle capacità di autorealizzazione<sup>46</sup> incominciare a verbalizzare frasi più complesse, fino a quando si arriva a recitare in maniera spontanea una scenetta (Moreno,1985). Attraverso le immagini mentali,<sup>47</sup> che sono il fondamento per l'immedesimazione nel personaggio, i soggetti si esercitano ad associare ad esse delle sensazioni o degli stati d'animo,

---

<sup>46</sup> McCloskey G., Perkins L.A., Van Divner B. *Assessment and intervention for executive function difficulties*. Routledge, New York. (2009)

<sup>47</sup> Anderson J.R. *Psicologia Cognitiva e le sue implicazioni*, Zanichelli, Bologna, 1993 pp 83-106

modulando la loro voce in base alle immagini che sono state evocate. La rievocazione di un ricordo piacevole, associato alla verbalizzazione, serve a creare a sua volta una sensazione di calma e tranquillità che il paziente memorizzerà come nuova esperienza. Una volta che i pazienti avranno acquisito questa tecnica devono associare, prima una parola poi una frase ed infine una verbalizzazione che si modula su tre piani: “felice, triste, arrabbiato”.

- a) ***Dire il proprio nome:*** per controllare la voce ci si dispone in cerchio e, uno alla volta, in senso prima orario e poi anti orario, bisogna dire il proprio nome in tre modi: 1. alta voce, 2. media voce, 3. bassa voce.
- b) ***Dire il proprio nome con stato d'animo:*** è una variante dell'esercizio precedente dove i pazienti devono dire il proprio nome nei tre modi indicati pocanzi, con la stessa modalità, ma associandovi un'immagine mentale di felicità, serenità, tristezza, rabbia ecc.
- c) ***Fraasi in stato d'animo:*** è un esercizio più complesso di quelli precedenti ma con la stessa finalità e cioè quella di fare in modo che i pazienti, attraverso un'esperienza come il laboratorio teatrale, riescano a memorizzare nella MLT (memoria a lungo termine) le tecniche di controllo acquisite per poi riutilizzarle in maniera autonoma al di fuori del laboratorio nei momenti dirompenti. Essi

non devono fare altro che verbalizzare (recitando) associando ad un immagine mentale positiva una frase. L'esercizio consiste per l'appunto nel dire una frase ( es. "smettila di fare i capricci, non voglio più stare qui" ecc.) e associarla ad un'immagine positiva ( es. un colore che non sia per il paziente fonte di stress) e verbalizzarla.

- d) **Sonorità:** I partecipanti si dispongono in cerchio, seduti comodamente (una posizione che lasci libero il respiro e l'emissione della voce) e chiudono gli occhi. Il conduttore stabilisce un tema, un ambiente, (ad esempio una foresta, il mare, una città, ecc.) Il gruppo deve, collettivamente, creare l'atmosfera sonora di questo ambiente. Ognuno si può inserire liberamente nella creazione collettiva utilizzando la voce (suoni, rumori, parole) e improvvisando sul tema dato. E' importante definire attraverso il tema un inizio e una fine: ad esempio una foresta dall'alba al tramonto, una burrasca in mare che arriva da lontano e poi riparte ecc. Ogni partecipante deve ascoltare tutto il gruppo per sentire lo sviluppo del tema ed adeguarsi alle proposte altrui. Il gruppo deve sentire quando la composizione sta arrivando alla sua conclusione. Ad esercizio concluso è importante lasciare ancora qualche secondo di silenzio per segnare la conclusione, prima di riaprire gli occhi.

### 3.3.3 Esercizi svolti nella fase post espressiva

**3. Esercizi con il corpo e con la voce:** gli esercizi con il corpo e con la voce evocano due caratteristiche comunicative: quella verbale e quella non verbale. Stimolano processi cognitivi complessi che, attraverso la maschera teatrale, che non è altro che l'immedesimarsi in un personaggio o in una determinata situazione, innescano processi cognitivi di vario genere. Quello che interessa, in particolar modo alla nostra ricerca, sono le immagini mentali. Innanzitutto, tutto ciò che abbiamo descritto pocanzi (rafforzamento della working memory, consapevolezza del proprio corpo, corretto movimento del corpo nello spazio) viene coordinato attraverso la parola<sup>48</sup>. Questi esercizi servono per migliorare le abilità sociali (Wen-Lung Chang, 2006) attraverso gli esercizi corpo-voce (che non sono altro che l'unione dei primi due esercizi), ricreando, attraverso le immagini mentali, quelle situazioni tipo dove i pazienti esibiscono con più frequenza i loro stati di oppositività. I pazienti quindi dovranno passare gradualmente da una guida esterna a una regolazione interna. I passaggi fondamentali per una maggiore regolazione comportamentale interna sono<sup>49</sup>: **il Controllo interno**<sup>50</sup>, ripetere a bassa voce il comportamento da adottare o il compito da svolgere, **Il Controllo**

---

<sup>48</sup> Wen-Lung Chang, *A study of the Application of the Drama therapy on ADHD Students' Social Abilites at the Resource Class of the Elementary School*, The international Journal of Art Educational, 2006 pp. 36-63.

<sup>49</sup> Fedeli D. *il disturbo da deficit d'attenzione e iperattività*, ed. Carocci Faber Roma, 2013 p. 127

<sup>50</sup> Il paziente leggera recitando i movimenti da fare e l'atteggiamento da adottare a bassa voce.

*interiorizzato*<sup>51</sup>, il paziente nel momento in cui sta svolgendo un compito ha interiorizzato il dialogo interno e svolge il suo compito correttamente ripetendo a se stesso come si deve comportare e ciò che deve fare, ***Il Controllo autonomo***, il paziente, arrivato a questo livello, sarà in grado di avere una totale autonomia comportamentale avendo proceduralizzato le regole da seguire ed il comportamento da adottare. Nello psicodramma, usato nei laboratori di teatro professionistico e in alcune pratiche della psicologia, si vuole, in una situazione se pur non reale di oppositività, far emergere, facendo osservare al paziente, il risultato della messa in scena usandolo come uno specchio. In questo modo il paziente, rendendosi conto del comportamento inadeguato, tende a correggerlo. Bisogna osservare però che il laboratorio deve essere condotto nel rispetto dei propri compagni senza *mai deridere l'oggetto della presentazione o il modo in cui vengono messe in scena le varie situazioni* (questa è un'altra regola della nostra token economy).

- a) ***Il gioco del NO***: Questo esercizio mette due pazienti uno di fronte all'altro. A turno uno dei due all'improvviso appoggia le mani sulle spalle del compagno. Il compagno deve allontanare le mani dalle proprie spalle dicendo: "NO" prima a bassa voce, poi a media voce ed infine ad alta voce. Questo esercizio richiede di coordinare il corpo e la voce in relazione al corpo (dosando la forza di chi

---

<sup>51</sup> Il paziente ripeterà internamente (dialogo interno) gli atteggiamenti e i movimenti.

appoggia le mani ma anche di chi le allontana) ed esercita a dosare la propria forza. Una variante più complessa dell'esercizio è accompagnare con l'espressione del viso i "NO".

- b) **Il cantastorie:** Questo esercizio di teatro rafforza l'autostima. Si posizionano i pazienti in cerchio<sup>52</sup> per poi, uno ad uno, mettersi al centro del cerchio e incominciare a raccontare una storia inventata. L'operatore inizialmente stimola il paziente a posizionarsi al centro del cerchio, indicando l'argomento da sviluppare. Nel nostro caso con i pazienti dai 7 ai 10 anni si utilizzano le fiabe classiche dei fratelli Grimm (questa scelta è dettata dal fatto che le fiabe sono patrimonio acquisito nei pazienti in questa fascia d'età, ma visto il forte valore educativo della fiaba in tutte le culture non escludiamo che possano essere utilizzate altre fiabe purché inserite in un contesto culturale dove vengano riconosciute dalla maggior parte della popolazione infantile che partecipa al laboratorio) mentre con i pazienti dai 10 ai 14 anni verranno utilizzati dei racconti per tematiche ( a scuola, a casa, alla partita di calcio ecc.). Le regole di questo gioco sono che non si possono ricalcare storie già conosciute, e che bisogna crearne delle nuove.

---

<sup>52</sup> Disponiamo i pazienti in cerchio per dare a tutti eguale importanza. Dal punto di vista psicologico dare a tutti la stessa importanza è molto importante per una questione di autostima.

- c) ***Discorsi senza senso***: si dispongono i pazienti in cerchio e si inizia con una fase di riscaldamento del viso, muovendo la bocca e la mascella in tutti modi possibili . I pazienti, poi, vengono stimolati a ricordare un evento, un colore, un momento piacevole e di tenerlo a mente. Poi, tutti assieme, i pazienti dovranno fare dei discorsi a vanvera utilizzando una lingua assurda (senza parole, ma fatta solo di suoni) e cercando di essere il più espressivi possibile, accompagnando la voce con gesti e atteggiamenti appropriati, tenendo sempre a mente il ricordo positivo. Successivamente ogni paziente inizia a camminare in lungo e in largo per la stanza, parlando con la medesima lingua incomprensibile, come se fosse molto arrabbiato. Fa poi evolvere la situazione e il suo discorso a vanvera secondo una sequenza di emozioni stabilita. Ad esempio: da arrabbiato a triste, a felice. Questo esercizio non ha la finalità di migliorare le proprietà linguistiche dei pazienti, bensì di sviluppare la mimica facciale coordinata a quella del corpo e dell'immedesimazione nella situazione di finzione che dovrà però, in questo caso, ricalcare una ipotetica situazione reale.
- d) ***Improvvisazione in movimento***: È un gioco d'improvvisazione. Tutti camminano nello spazio. Quando il conduttore batte le mani tutti si immobilizzano. Chi ha un'idea la lancia e gli altri devono seguire senza esitazioni. Ad un certo punto il conduttore batte ancora le

mani e tutti tornano immobili, fino a che un altro lancia una nuova idea. Ad esempio uno dice: “ Buongiorno ragazzi, oggi interroghiamo...” Tutti gli altri capiscono che si tratta di una situazione scolastica e si disporranno in banchi immaginari inventandosi ognuno il proprio personaggio (il primo della classe, quello che ha mille scuse, quello che lancia le cartacce ecc.). All’inizio sarà l’operatore ad interpretare un personaggio e i pazienti a seguirlo, mano a mano che i pazienti, nel corso della terapia, assumeranno un livello alto di autonomia, potranno condurre l’esercizio da soli.

- e) **Improvvisazione di micro storie:** è l’esercizio teatrale che racchiude in sé tutti gli esercizi che abbiamo fino ad ora menzionato. I pazienti devono mettere in scena, recitando su una traccia che li verrà fornita dall’operatore, determinate azioni e situazioni. Le situazioni da esemplificare potrebbero essere: “vi trovate su un autobus pieno di persone, ci sono due signori che non vogliono farvi scendere, come vi comportate? Oppure, a scuola un compagno vi prende in giro per le vostre buffe scarpe, come reagite? “ Ogni gruppo è composto da almeno 2-3 pazienti che avrà a disposizione 10 minuti per creare la scenetta proposta.

Queste tecniche d’improvvisazione sono molto utili per i pazienti ADHD perché permettono loro di poter riprodurre una situazione reale in cui si

immedesimeranno completamente. I partecipanti troveranno, in un primo momento assieme all'operatore, e poi da soli, delle soluzioni ai momenti di "rabbia recitata". Le soluzioni comunicative alternative ai momenti di rabbia verranno stornate in un comportamento alternativo in modo da frenare, o addirittura inibire, il momento dirompente ad esempio: con la respirazione del diaframma, controllando i propri movimenti rievocando un'immagine positiva e associandola ad una parola o ad un gesto recitato sul posto (sviluppando il dialogo interno). Lo scopo degli esercizi svolti nel laboratorio quindi è quello di fornire, come già detto, gli strumenti necessari per superare le difficoltà comunicative e relazionali a coloro che soffrono di patologie come ADHD in comorbilità con DOP affinché possano acquisire strategie alternative a dei comportamenti socialmente disabilitanti. L'obiettivo inoltre non è aumentare il livello attentivo dei pazienti bensì quello di trasmettere loro la capacità di guidare la propria attenzione in vista di specifici compiti. Tutta l'attività teatrale, così come è strutturata, inizialmente in modo semplice (esercizi solo con il corpo o solo con la voce), segue una logica cognitiva che porterà, pian piano, ad una conformazione più complessa degli esercizi. I pazienti ADHD in comorbilità con DOP devono selezionare gli stimoli non nella semplice salienza percettiva (come ad esempio altri bambini che recitano, situazioni distraenti o gli spettatori, la scenografia, le luci ecc.) ma in base al

significato che assumono, come ad esempio dare la battuta al proprio compagno o entrare ed uscire di scena quando è il proprio turno.

### **3.4 Ipotesi di ricerca**

Il disturbo oppositivo provocatorio (DOP) nell'ADHD è uno dei problemi socialmente più rilevanti a causa del rischio, come è anche confermato dagli ultimi dati statistici nel DSM-V, di evolvere nel disturbo ancora più grave della condotta. Abbiamo quindi ipotizzato che, grazie ad un ciclo di alcuni esercizi di teatro scelti a correggere e/o compensare i comportamenti dei pazienti con ADHD in comorbilità con DOP, si possano prevenire o attenuare i fenomeni dirompenti caratteristici di questa patologia. Le ricerche effettuate in questo campo da Chen Chen<sup>53</sup> e Wen-Lung Chang<sup>54</sup> hanno ottenuto ottimi risultati sia nel ridurre gli stati di aggressività verbale, che quella contro gli oggetti, nonché autodiretta o eterodiretta.

### **3.5 Obiettivi**

L'obiettivo principale di questa ricerca è stato quello di ottenere una riduzione delle manifestazioni aggressive dopo un ciclo di trattamento di teatro terapia in un gruppo di soggetti con disturbo dirompente del

---

<sup>53</sup> Chen Chen et. al, *Cognitive Behavioral to Reduce overt Aggression Behavior* in Chinese Young Male Violent Offenders, Volume 4, pages 329-336 (2014)

<sup>54</sup> Wen-Lung Chang, *A study of the Application of the Drama therapy on ADHD Students' Social Abilites at the Resource Class of the Elementary School*, The international Journal of Art Educational, 2006 pages. 36-63.

comportamento identificato all'interno di un campione clinico di soggetti con ADHD e DOP , verificabile sia in ambito familiare che in ambito scolastico. Non ci si è soffermati su una specifica tipologia d'aggressività (verbale, contro gli oggetti, autodiretta ed eterodiretta) in quanto si è ritenuto che ogni forma di aggressività assuma carattere disabilitante, in relazione all'ambiente dove si trovi il paziente. Pur sapendo che la forma aggressiva eterodiretta è quella più socialmente più disabilitante per soggetti con DOP.

Il secondo obiettivo è stato quello di verificare se la riduzione dell'aggressività tra il tempo zero e il tempo uno fosse associata ad un miglioramento dell'autostima.

### **3.6 Popolazione dello studio: procedure e motivazione di reclutamento**

E' stato reclutato un gruppo di pazienti maschi di età compresa tra i 7 e i 14 anni a partire dal gruppo di pazienti con diagnosi di ADHD in carico presso la SC di Neuropsichiatria Infantile dell'IRCCS Burlo di Trieste.

All'interno di tale gruppo, sono stati considerati tutti i soggetti che avevano presentato reiterati comportamenti aggressivi nei sei mesi precedenti. Il livello di aggressività è stato quantificato attraverso la scala MOAS di Kay<sup>55</sup>, che è stata compilata in base alle informazioni dei genitori e degli insegnanti raccolte da un neuropsichiatra della SC di Neuropsichiatria

---

<sup>55</sup> Modified from Kay SR, Wolkenfelf F, Murrill LM (1988), *Profiles of aggression among psychiatric patients: I. nature and prevalence*. Journal of Nervous and Mental Disease 176:539-546

Infantile e verificate da un secondo osservatore indipendente. Sono stati esclusi i soggetti con un valore inferiore a 5 della scala MOAS in almeno in una delle due scale. Lo stesso punteggio-soglia è stato preso in considerazione anche in altre ricerche simili<sup>56</sup>.

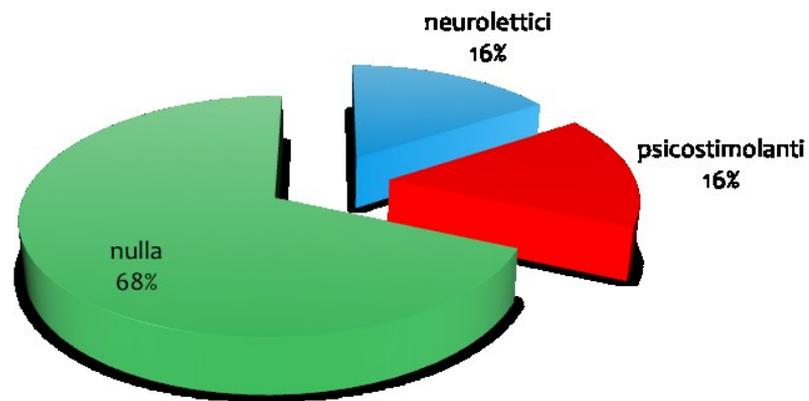
Sono stati esclusi inoltre i soggetti che, nel periodo di valutazione, venivano sottoposti ad interventi terapeutici non farmacologici mirati alla gestione del comportamento e quelli per i quali erano previste modificazioni degli interventi farmacologici.

Sono stati reclutati 30 soggetti tutti maschi, di cui 19 trattati (gruppo clinico) con un'età media di 10,5 e 11 anni non trattati (gruppo di controllo) con un'età media di 10,3 anni. Dei pazienti che sono stati sottoposti al trattamento di teatro terapia il 16% erano in terapia farmacologia con psicostimolanti e 16% con neurolettici mentre il restante 68% non assumeva alcun tipo di farmaco. Similmente, nel gruppo dei non trattati (controlli) il 18% era in terapia farmacologica con neurolettici e il 18% con psicostimolanti mentre il 64% non assumeva nessun tipo di farmaco.

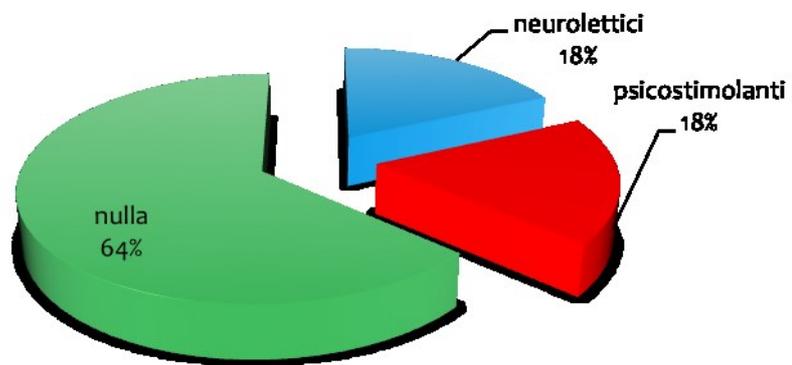
---

<sup>56</sup> Chen Chen et. al, *Cognitive Behavioral Therapy to Reduce Overt Aggression Behavior in Chinese Young Male Violent Offenders*, *Aggressive Behavior*, Volume 40, pages 329-336, 2014

## terapia farmacologica nei trattati



## terapia farmacologica nei controlli



### 3.7 Materiali e procedure

Per svolgere la ricerca sono stati utilizzati due test e alcuni oggetti di scena:

- MOAS (The Modified Overt Aggression Scale)
- TMA (Test Multidimensionale dell'Autostima)
- Oggetti di scena

#### MOAS

La scala MOAS è tra le scale di valutazione più utilizzata in ambito medico per valutare l'aggressività. La mia scelta, dopo un'attenta valutazione anche di altre scale di misurazione, è ricaduta sulla test MOAS per la sua affidabilità anche in altre ricerche che come obiettivo avevano di misurare gli stati dirompenti del comportamento. È suddivisa in quattro colonne che caratterizzano a loro volta quattro tipi di aggressività:

- Aggressività verbale
- Aggressività fisica contro gli oggetti
- Aggressività fisica Autodiretta (detta anche omodiretta)
- Aggressività contro gli altri (detta anche eterodiretta)

SCALA	PUNTI		PUNTEGGIO PESATO
Aggressività verbale		X1	
Aggressività fisica contro gli oggetti		X2	
Aggressività autodiretta		X3	
Aggressività fisica contro gli altri		X4	
Totale incidente punteggio pesato			

La scala MOAS attribuisce ad ogni tipo di aggressività quattro comportamenti tipici a cui sono associati un punteggio che va da 0 a 4. La MOAS inoltre valuta la gravità dei comportamenti che verranno moltiplicati per il punteggio ottenuto. Ad esempio, l'aggressività verbale moltiplica il suo punteggio per uno, l'aggressività fisica contro gli oggetti per due, quella auto diretta per tre, quella eterodiretta per quattro. Il peso dell'aggressività eterodiretta è quindi molto maggiore e ciò è giustificato dal fatto che è quella socialmente più disabilitante. Chi compila il test deve segnare, con una crocetta, il comportamento aggressivo che si manifesta e il dato verrà moltiplicato in base alla colonna di appartenenza e sommato agli altri. Una volta attribuito il punteggio, l'elaborazione statistica è stata curata dal Servizio di epidemiologia dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste.

MODIFIED OVERT AGGRESSION SCALE ( KAY - 1988)<sup>1</sup>

NOME DEL PAZIENTE: \_\_\_\_\_ ETÀ: \_\_\_\_\_  
 VALUTATORE \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_  
 TIPO DI DISABILITÀ: \_\_\_\_\_  
 ADHD.....  
 ST.....

**X1**

**X2**

**X3**

**X4**

Punteggio	AGGRESSIVITÀ VERBALE	AGGRESSIVITÀ FISICA CONTRO GLI OGGETTI	AGGRESSIVITÀ FISICA AUTO-DIRETTA	AGGRESSIVITÀ FISICA CONTRO GLI ALTRI
	<i>Osilità verbale come dichiarazioni o ingiurie tese ad infliggere danno psicologico su altri attraverso la svalutazione o la denigrazione e minacce di attacchi fisici</i>	<i>distruzione di proprietà o beni</i>	<i>danni fisici tendenti all'automutilazione</i>	<i>Azioni violente che creano danni agli altri</i>
0	Nessuna Aggressione verbale	Nessuna aggressione contro gli oggetti	Nessuna auto-aggressione	Nessuna aggressione fisica
1	Urla rabbiose, lievi abusi e/o insulti	Sbattere rabbiosamente le porte, stracciare vestiti	Bucarsi o graffiarsi la pelle	Minacce gestuali spintonare e afferrare per i vestiti
2	Gravi abusi/ temperamento esplosivo	Tirare oggetti	Sbattere la testa, prendersi a pugni, gettarsi a terra ( con minimo danno)	Colpire, calciare, tirare i capelli, spintonare, tentare di graffiare ( senza causare danno)
3	Minacce di Violenza contro gli altri o se stessi	Rompere oggetti e fracassare finestre	Piccoli tagli, lividi o piaghe	piccoli tagli, graffi, lividi, morsi che richiedono solitamente un primo soccorso
4	Minacce di violenza contro gli altri o se stessi ripetute o deliberate (es. per ottenere soldi, cose materiali, favori da parte dei coetanei)	Appicare fuochi tirare oggetti con l'intento di danneggiarli	ferite gravi che richiedono attenzione medica ( es. fratture o lacerazioni)	Ferite gravi che richiedono attenzione medica (es. Fratture, lacerazioni, perdita di conoscenza)

<sup>1</sup> Modified from Kay SR, Wolkenfeld F, Murrill LM (1988), Profiles of aggression among psychiatric patients: I. nature and prevalence. Journal of Nervous and Mental Disease 176:539-546

## TMA

Si è voluto analizzare l'autostima dei partecipanti al laboratorio attraverso questo questionario composto da 150 domande a risposta multipla elaborato da Bracken nel 1993. Le risposte sono del tipo "Assolutamente vero, Vero, non è vero, non è assolutamente vero". Le risposte sono state categorizzate nel modo seguente:

- *Relazioni interpersonali*: in cui gli insegnanti e i compagni in cui il paziente interagisce maggiormente. L'autostima coinvolge le relazioni di tipo sociale.
- *Competenze di controllo dell'ambiente*: il paziente si relaziona con l'ambiente che lo circonda. L'autostima deriva da risolvere o raggiungendo obiettivi.
- *Emotività*: si tratta di imparare a riconoscere, valutare e descrivere le proprie emozioni.
- *Successo scolastico*: valuta i suoi successi e i suoi insuccessi nell'ambito didattico a scuola.
- *Vita familiare*: dipende dalla sicurezza e dall'educazione della vita familiare
- *Vissuto corporeo*: sono quei continui rimandi diretti e indiretti con la propria situazione corporea. Come viene accettato e come il paziente accetta il proprio corpo.

I punteggi standard sono calcolati in base alle risposte date:

- >135 estremamente positiva
- 126-135 molto positiva
- 116-125 lievemente positiva
- 86-115 nella media
- 76-85 lievemente negativa
- 66-75 molto negativa
- <66 negativa

Questo test consente di prendere in esame la relazione che c'è tra autostima multidimensionale e costrutti di tipo psicologico. Esso viene compilato dai pazienti in autonomia ed è utile ad insegnanti, genitori per conoscere le caratteristiche della popolazione giovanile come strumento per prevenire l'insuccesso scolastico. L'attribuzione dei punteggi alle brevi domande sono disposti così:

- ✓ Assolutamente vero: 4 punti
- ✓ Vero: 3 punti
- ✓ Non è vero: 2 punti
- ✓ Non è assolutamente vero: 1 punto

## **OGGETTI DI SCENA**

Nel laboratorio si sono utilizzati 5 oggetti di scena:

- Una sciarpa
- Due cappelli (diversi nella forma)
- Un bastone da passeggio
- Un bicchiere di plastica

Questi oggetti sono serviti per aiutare i pazienti nella realizzazione delle rappresentazioni improvvisate. Gli oggetti utilizzati non devono distrarre i partecipanti al laboratorio di teatro terapia, ma devono essere messi in relazione alla parola e al gesto (vedi capitolo precedente). L'operatore decide a chi affidarli e qualora un oggetto sia più richiesto di un altro diventa il premio sia per i comportamenti corretti all'interno del laboratorio che quelli all'esterno. L'oggetto ha la funzione di coadiuvare la scena aiuta a concentrare la propria attenzione su di esso e a renderlo funzionale per la messa in scena. Sorprendentemente i partecipanti alla fine del laboratorio, rispetto in un all'inizio quando utilizzavano gli oggetti solo nella loro funzione abituale, hanno incominciato ad utilizzare gli oggetti non per quello che erano ma in base a ciò che volevano esprimere con esso. Ad esempio il cappello diventava un volante o una pentola, il bastone il cambio di un'automobile. Ciò ci fa capire quanto sia significativo il teatro eseguito anche con l'uso di oggetti perché riesce a potenziare le abilità compromesse di shift. Il saper usare un oggetto anche in situazioni diverse e utilizzarlo,

non per la quello che è ma per quello che rappresenta sulla scena, fa sì che il bambino, in ogni rappresentazione, possa trovare, in maniera funzionale, soluzioni diverse con lo stesso oggetto.

### **3.8 Scopo della ricerca**

Lo scopo di questa ricerca è di dimostrare se, e come, i disturbi dirompenti possano diminuire nei pazienti trattati, sia in ambito familiare che in ambito scolastico.

### 3.9 Risultati della ricerca nella scala MOAS

#### Genitori a T0 e T1

Come possiamo osservare dal grafico in tabella 3.1 e dai dati che riporta, si è ottenuta una significativa diminuzione dell'aggressività ad una settimana dalla fine del trattamento. Questa riduzione coinvolge tutti e quattro tipi di aggressività. Inoltre il dato è confermato anche dai valori statistici ottenuti sono significativi. (vedi appendice dati statistici)

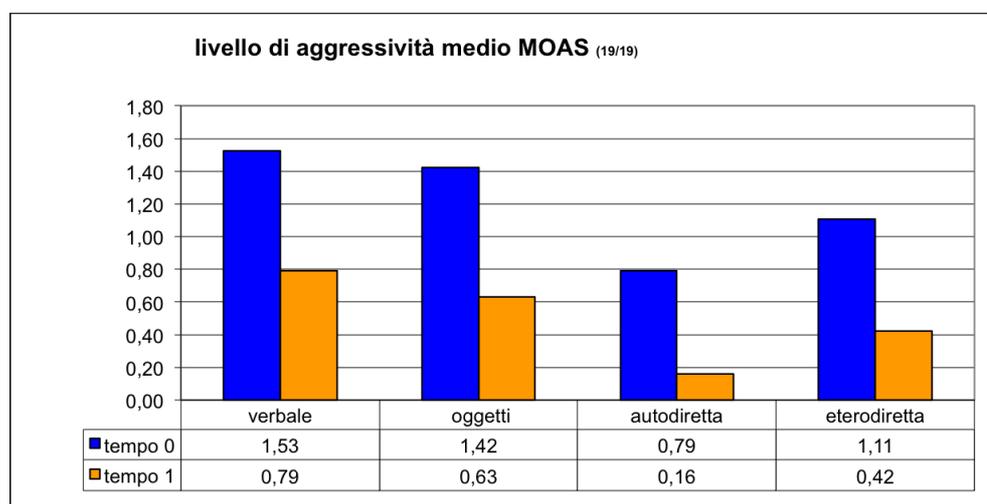
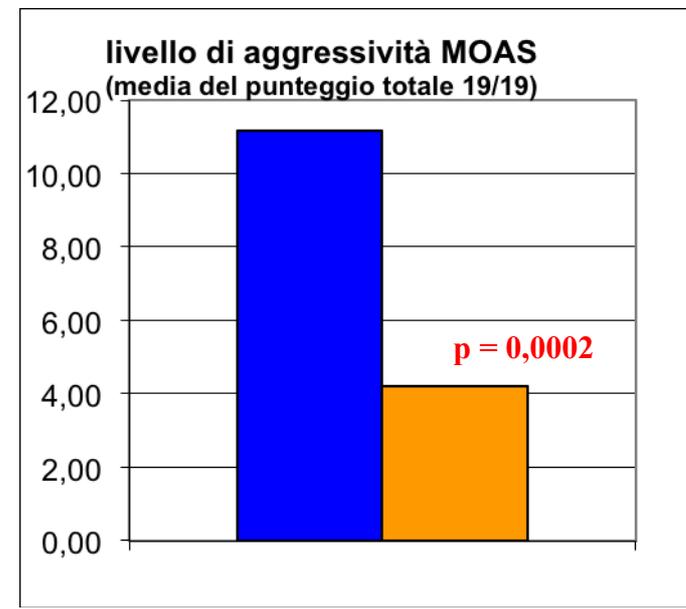


Grafico 3.1     **p = 0,007**     **p = 0,007**     **p = 0,024**     **p = 0,002**

Possiamo inoltre vedere come la media totale dell'aggressività (grafico 3.2) prima e dopo il trattamento e cioè a T0=11,16 e T1=4,21 abbia subito una drastica diminuzione (statisticamente significativa:  $p < 0,02$ )



Totale punteggio a T0

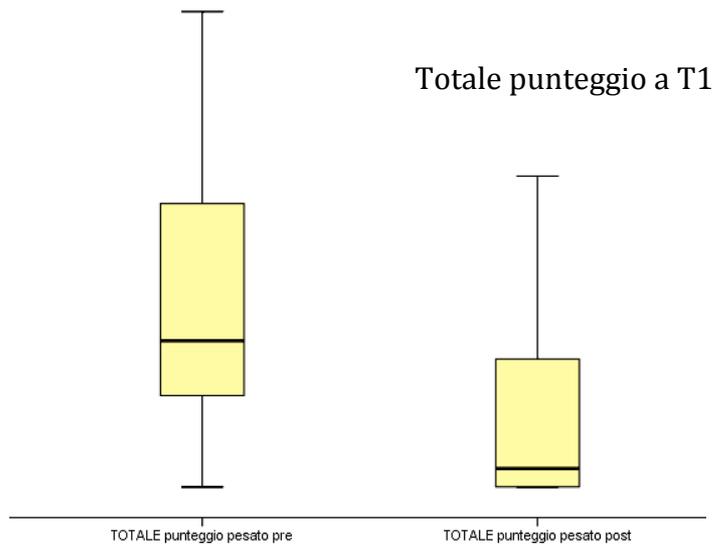
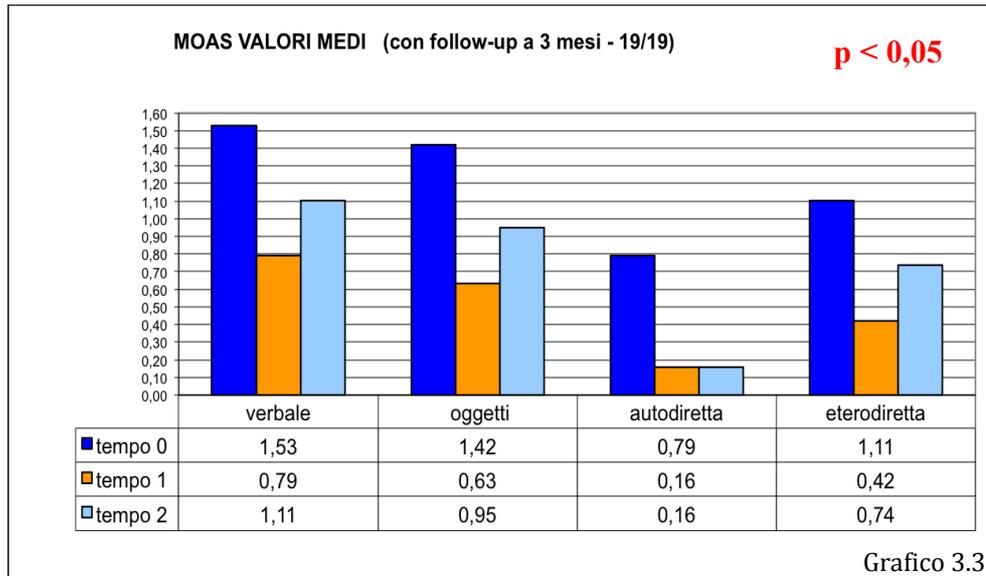


Grafico 3.2

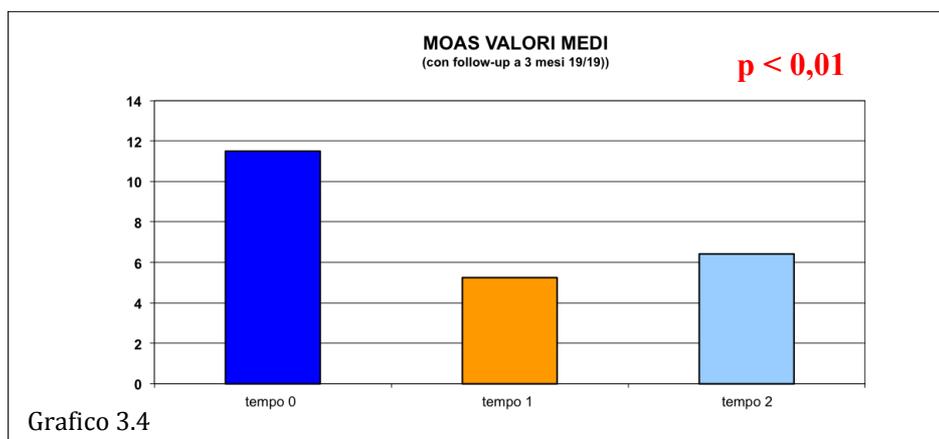
Riusciamo ad osservare anche dal Box Plot che il valore dell'aggressività totale è diminuito significativamente.

## Genitori a T0,T1 e T2

A tre mesi di distanza (follow-up) abbiamo riproposto il test MOAS in ambito familiare a tutti i genitori in modo da verificare com'era cambiata



l'aggressività. Come possiamo osservare nel grafico 3.3, tende ad aumentare nuovamente, ma di poco. Ciò non è vero per quella autodiretta, che rimane costante a tre mesi dal trattamento. Il dato statistico, anche in questo caso, è significativo ( $p < 0,05$ ).



Mettendo a confronto i valori medi della scala MOAS nella sua totalità nei tempi T0, T1 e T2 possiamo osservare molto bene come, a distanza di tre mesi dall'intervento, la riduzione parziale dell'aggressività si mantenga significativamente a livello apprezzabile. Questo dato viene confermato anche in ambito statistico, dove abbiamo ottenuto un valore di  $p < 0,01$ . L'aggressività media a T0=11,16 dopo il trattamento di teatro terapia scende a T1=4,21 e rimane tendenzialmente bassa a tre mesi dal trattamento T2=6,42.

Per la verifica è stato utilizzato il test di Freidman

	N	Media	Deviazione std.	Minimo	Massimo	Percentili		
						25simo	50esimo (mediana)	75esimo
TOTALE punteggio pesato T0	19	11,16	7,654	0	26	5,00	8,00	18,00
TOTALE punteggio pesato T1	19	4,21	5,051	0	17	0,00	1,00	7,00
TOTALE punteggio pesato T2	19	6,42	5,966	0	23	1,00	5,00	11,00

N	19
Chi-quadrato	21,631
gl	2
Sign. asint.	0,00002

Ranghi	
	Rango della media
TOTALE punteggio pesato T0	2,76
TOTALE punteggio pesato T1	1,39
TOTALE punteggio pesato T2	1,84

## Scuola a T0 e T1

Contemporaneamente, come abbiamo descritto in precedenza, abbiamo somministrato il test MOAS agli insegnanti dei pazienti che hanno frequentato il laboratorio di teatro terapia e in questo modo abbiamo misurato l'aggressività percepita nell'ambiente scolastico. Come possiamo osservare dal grafico 3.5, sono state osservate variazioni statisticamente significative nell'aggressività fisica contro gli oggetti, contro gli altri e in quella totale. Anche se le variazioni dell'aggressività verbale e dell'aggressività autodiretta non hanno ottenuto dati statistici significativi, possiamo osservare comunque una riduzione del problema. L'aggressività media totale rilevata dagli insegnanti a T0 era di 11,31 e al tempo T1 di 4,89.

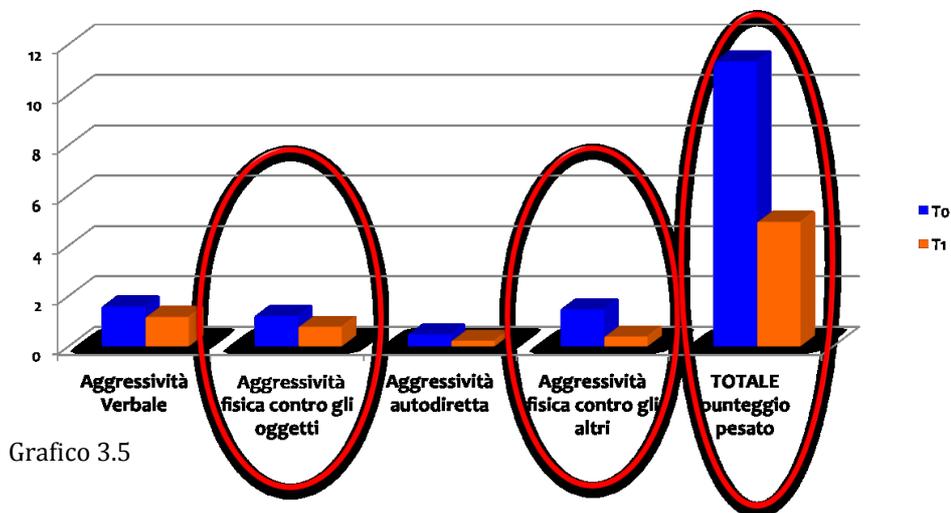


Grafico 3.5

Quindi, nello specifico, possiamo ricavarne che in ambito scolastico l'aggressività contro gli oggetti ha ottenuto tra T0 e T1 una differenza staticamente significativa (come possiamo osservare dal grafico 3.6, con  $p = 0,021$ ).

		N	Rango della media	Somma dei ranghi
<b>Aggressività fisica contro gli oggetti T1 - Aggressività fisica contro gli oggetti T0</b>	Ranghi negativi	8 <sup>a</sup>	5,13	41,00
	Ranghi positivi	1 <sup>b</sup>	4,00	4,00
	Correlazioni	9 <sup>c</sup>		
	Totale	18		

- a. Aggressività fisica contro gli oggetti T1 < Aggressività fisica contro gli oggetti T0  
b. Aggressività fisica contro gli oggetti T1 > Aggressività fisica contro gli oggetti T0  
c. Aggressività fisica contro gli oggetti T1 = Aggressività fisica contro gli oggetti T0

	Aggressività fisica contro gli oggetti T1 - Aggressività fisica contro gli oggetti T0
Z	-2,310 <sup>b</sup>
Sign. asint. (a due code)	0,021

- a. Test dei ranghi con segno di Wilcoxon  
b. Basato su ranghi positivi.

Il dato più interessante in ambito scolastico è probabilmente quello ottenuto per l'aggressività eterodiretta, dove la differenza statistica è al quanto significativa. (vedi grafico 3.7)

		N	Rango della media	Somma dei ranghi
<b>Aggressività fisica contro gli altri T1 - Aggressività fisica contro gli altri T0</b>	Ranghi negativi	14 <sup>a</sup>	8,21	115,00
	Ranghi positivi	1 <sup>b</sup>	5,00	5,00
	Correlazioni	3 <sup>c</sup>		
	Totale	18		

- a. Aggressività fisica contro gli altri T1 < Aggressività fisica contro gli altri T0  
b. Aggressività fisica contro gli altri T1 > Aggressività fisica contro gli altri T0  
c. Aggressività fisica contro gli altri T1= Aggressività fisica contro gli altri T0

	Aggressività fisica contro gli altri T1 - Aggressività fisica contro gli altri T0
Z	-3,226 <sup>b</sup>
Sign. asint. (a due code)	0,001

- a. Test dei ranghi con segno di Wilcoxon  
b. Basato su ranghi positivi.

Osservando attentamente il risultato ottenuto sull'aggressività totale tra il tempo T0 e T1 in ambito scolastico si è ottenuto, come è chiaro dal grafico 3.8, che l'aggressività si è ridotta in maniera significativa.

		N	Rango della media	Somma dei ranghi
<b>TOTALE punteggio pesato T1 - TOTALE punteggio pesato T0</b>	Ranghi negativi	15 <sup>a</sup>	9,10	136,50
	Ranghi positivi	2 <sup>b</sup>	8,25	16,50
	Correlazioni	1 <sup>c</sup>		
	Totale	18		

- a. TOTALE punteggio pesato T1 < TOTALE punteggio pesato T0  
b. TOTALE punteggio pesato T1 > TOTALE punteggio pesato T0  
c. TOTALE punteggio pesato T1 = TOTALE punteggio pesato T0

	TOTALE punteggio pesato T2 - TOTALE punteggio pesato T0
Z	-2,847 <sup>b</sup>
Sign. asint. (a due code)	0,004

- a. Test dei ranghi con segno di Wilcoxon  
b. Basato su ranghi positivi.

Dai dati raccolti si può osservare che anche in ambito scolastico l'aggressività totale si è ridotta in maniera statisticamente significativa. Il fatto che l'aggressività verbale e l'aggressività autodiretta non abbiano

subito variazioni statisticamente apprezzabili potrebbe essere in parte spiegato dal fatto che gli insegnanti hanno prestato maggior attenzione ai comportamenti che destabilizzano il gruppo classe. Il comportamento, come abbiamo già detto all'inizio dello studio, di maggior preoccupazione per gli insegnanti è proprio quell'aggressività eterodiretta rivolta soprattutto verso i propri compagni.

## **GRUPPO DI CONTROLLO**

### **Genitori T0-T2**

Anche per il gruppo di controllo sono state applicate le stesse metodologie di ricerca del gruppo di pazienti che si sono sottoposti al trattamento. Le aggressività medie totali a T0 (trattati)=11,16 e T0 (controlli)=12,64 sono simili.

Dal grafico 3.9 possiamo osservare che l'aggressività totale media T2 (controlli)=11,40 ha subito un ridimensionamento.

Quando si consideri la differenza tra T0 e T2 della media dell'aggressività tra il gruppo dei trattati e il gruppo dei non trattati, si ha un dato statisticamente significativo con una  $p=0,029$ , per una prevalenza dell'aggressività residua nel gruppo dei non trattati.

Il confronto tra il totale T0 e T2 nei trattati risulta diverso in maniera statisticamente significativa  $p=0,018$ , mentre quello tra T0 e T2 nei controlli non presenta differenze statisticamente significative. E' dunque evidente che chi riceve il trattamento rispetto chi non lo riceve ottiene un miglioramento sul totale dell'aggressività.

	TOTALE punteggio pesato T2-T0
U di Mann-Whitney	45,500
W di Wilcoxon	235,500
Z	-2,359
Sign. asint. (a due code)	0,018
Sign. esatta [2*(sign. a una coda)]	,021 <sup>b</sup>

### A SCUOLA T0-T2

Anche a scuola è stata rilevata una diminuzione dell'aggressività totale tra T0 e T2, significativa solo per il gruppo dei trattati. L'aggressività media totale a T0 era pari a (trattati)=11,32 e T2 (controlli)=8,36. Nel grafico 3.11 possiamo osservare che l'aggressività totale media in T2(trattati) è pari a 4,94 invece l'aggressività media totale nei controlli ha subito solo un leggero ridimensionamento. T2 (controlli)=8,00.

	<b>Aggressività fisica contro gli altri T2-T0</b>	<b>TOTALE punteggio pesato T2-T0</b>
U di Mann-Whitney	25,000	25,000
W di Wilcoxon	196,000	196,000
Z	-3,345	-3,174
Sign. asint. (a due code)	<b>0,001</b>	<b>0,002</b>
Sign. esatta [2*(sign. a una coda)]	,001 <sup>b</sup>	,001 <sup>b</sup>

a. Variabile di raggruppamento: gruppo

b. Non corretto per le correlazioni.

Anche in questo caso avremo tra T0 in relazione con T2 un valore staticamente significativo pari ad una  $p=0,002$

La variazione dell'aggressività etero diretta in ambito scolastico è di entità statisticamente significativa. Questo risultato è molto importante perché, come già detto, l'aggressività verso gli altri è un problema particolarmente sentito ed affrontato quotidianamente dagli insegnanti.

## CAPITOLO 4

### CONCLUSIONI

#### **4.1 Analisi dei risultati.**

Il nostro interesse in questi tre anni di ricerca si è focalizzato sullo studio delle problematiche dell'ADHD in comorbidità con il DOP. Lo scopo del laboratorio di teatro terapia è stato quello di dimostrare che alcune tecniche di drammatizzazione possono intervenire, migliorandolo, sul modo di comunicare del paziente. In letteratura, per quanto riguarda la teatro terapia, ci siamo avvalsi delle teorie dello psicodramma di Moreno incanalandole in un modello standardizzato che fosse adatto ai pazienti di età compresa tra i 7 e i 14 anni. Lo studio è stato condotto in cieco rispetto ai genitori ed agli insegnanti che non stati messi a conoscenza, in alcun modo, di come è stato diretto il laboratorio di teatro terapia. Il metodo di valutazione si è ispirato a quello degli studi svolti da alcuni ricercatori cinesi (Chen Chen, Xiao-Ping Wang) sulla rivista *Aggressive Behavior*<sup>57</sup>, che hanno dimostrato quanto e come il teatro sia efficace nei disturbi dirompenti del comportamento. Questa ricerca è stata il punto di partenza per il nostro lavoro anche se i ricercatori cinesi hanno operato in situazioni e modalità molto differenti il loro campione ad esempio non presentava l'ADHD, ma era inserito in una

---

<sup>57</sup> Chen Chen et. al, *Cognitive Behavioral Therapy to Reduce Overt Aggression Behavior in Chinese Young Male Violent Offenders*, *Aggressive Behavior*, Volume 40, pages 329-336, 2014

realità delinquenziale. In Italia lo psicoterapeuta Walter Orioli ha delineato alcune linee guida nel teatro terapia in generale, senza mai soffermarsi sui disturbi dell'attenzione o del comportamento in età pediatrica.

I dati da noi ottenuti dimostrerebbero, soprattutto in ambito familiare, un miglioramento del comportamento dei pazienti. Osserviamo con interesse che l'aggressività autodiretta (in ambito familiare) è drasticamente diminuita da T0 a T1 e continua a mantenere valori bassi e costanti anche in T2 a tre mesi dal trattamento. In effetti dopo tre mesi dal trattamento abbiamo potuto osservare un rebound in tutte e quattro le tipologie di aggressività. Anche se alcuni risultati sono stati mantenuti, ciò suggerisce che con il cessare del periodo della terapia, l'aggressività potrebbe tendere a tornare a livelli alti.

In ambito scolastico abbiamo osservato un netto miglioramento nell'aggressività contro gli oggetti ed eterodiretta. In quest' ultima tipologia di aggressività si è ottenuta una riduzione statisticamente significativa. Questo dato risulta piuttosto interessante, con molta probabilità perché l'aggressività eterodiretta e l'aggressività contro gli oggetti sono osservate con maggiore preoccupazione dagli insegnanti. E' fondamentale l'effetto sull'aggressività eterodiretta, dove anche il più piccolo cambiamento positivo nel comportamento del bambino viene registrato ed amplificato dalla scala MOAS.

Abbiamo dimostrato che chi è stato sottoposto al trattamento ha ottenuto un evidente miglioramento sia in ambito familiare che in quello scolastico rispetto a chi non è stato trattato. Soprattutto nello specifico, ancora una volta, il dato statistico conferma la differenza tra trattati e non trattati nell'aggressività eterodiretta. Inoltre non abbiamo trovato alcuna difficoltà a coinvolgere i pazienti nell'attività teatrale. Essi si sono dimostrati, anche nei casi di aggressività più gravi, collaborativi e partecipi all'interno dei gruppi anche in ambiente extra-laboratoriale.

#### **4.2 Conclusioni e obiettivi raggiunti**

Da questo studio emergono dei risultati incoraggianti per i pazienti con sindrome ADHD in comorbilità con il DOP. I ragazzi che si sono sottoposti al trattamento di un ciclo di teatro-terapia riescono a contenere in maniera significativa la propria aggressività nella sua totalità sia in ambito familiare che scolastico. Nello specifico, in ambito familiare, i pazienti sottoposti al trattamento a distanza di tre mesi riescono a mantenere l'aggressività eterodiretta a valori costanti. Complessivamente a tre mesi dal termine del trattamento si è dimostrato che la teatro terapia, mantiene i suoi benefici mantenendosi a valori costanti. I risultati ottenuti in ambito familiare possiamo riscontrarli, nell'aggressività globale, anche in ambito scolastico dove attribuiamo particolare attenzione all'aggressività eterodiretta che ricordiamo essere quella socialmente più pericolosa. In conclusione questo

lavoro, se pur piccolo (numero di pazienti 30 di cui 19 trattati e 11 di controllo), può rappresentare un indirizzo di studio per determinare nuove strategie per il controllo dell'aggressività in soggetti con il DOP associato all'ADHD.

### **4.3 Criticità**

Alcune sono le criticità affrontate in questo studio. In primo luogo il fallimento dell'obiettivo secondario e cioè la misurazione dell'autostima e dei suoi cambiamenti nei soggetti sottoposti al trattamento. La difficoltà è insorta nella raccolta di alcuni dati, dove la responsabilità genitoriale è stata determinante, e di conseguenza non è stata possibile un'adeguata elaborazione statistica. Durante la sperimentazione sono stati raccolti alcuni feedback dei genitori, che possono spiegare in parte la mancata consegna dei test:

1. Domande inadeguate
2. Troppi quesiti
3. “Mio Figlio non è in grado di prestare troppa attenzione nella compilazione del TMA”

Mi trovo concorde con i genitori solamente sul terzo punto dove il numero di domande (150) è troppo alto per un bambino che ha difficoltà nella concentrazione. Una soluzione per ovviare a questo tipo di problema potrebbe essere utilizzato un sintetizzatore vocale che dialoga con il

paziente e memorizza le risposte registrandole in un Hard Disk oppure, più semplicemente, affidare la somministrazione del questionario e la raccolta delle risposte ad una persona dedicata.

Un'altra criticità dello studio è legata ai tempi di misurazione a tre mesi che si sarebbero potuti effettuare anche per la scuola. Ciò non è stato possibile perché, in molti casi, a tre mesi dalla conclusione del trattamento, il bambino aveva cambiato istituto scolastico. Inoltre, per ottenere un maggior numero di dati, si sarebbe potuto, allo scopo di controllare l'evoluzione dell'aggressività si sarebbero potute prevedere delle sedute di "ripasso" con cadenza regolare ogni 3 mesi (cosa comunque non prevista dal nostro progetto originale).

#### **4.4 Prospettive per il futuro**

Questo studio conferma i benefici del teatro nel contenimento dell'aggressività nei bambini. Le prospettive future per la teatro terapia sono che diventi, come già succede in molti paesi, quali: Inghilterra, Stati Uniti, Germania, Cina e Giappone, materia curriculare nelle scuole italiane. A giudizio di chi scrive, ciò potrebbe contribuire alla prevenzione della salute psicofisica dei bambini. Il TTM potrebbe inoltre essere utilizzato da medici, psicologi, pedagogisti e ricercatori che si occupano di aggressività in affianco alle terapie tradizionali.

Molti sintomi e fattori di rischio dell'ADHD sono in comune con i DSA, questo ci fa pensare che la teatro terapia potrebbe essere applicata, con lo stesso modello TTM anche ai DSA, attendendoci dei miglioramenti nell'ambito della gestione dell'attenzione.

Ciò è in accordo con le ultime scoperte di questi ultimi anni in ambito genetico, come ad esempio lo studio che ha condotto Willcutt<sup>58</sup>, Simons<sup>59</sup>, o di Viding<sup>60</sup>, l'avvio di uno studio più approfondito e ampio sull'aggressività in ambito giovanile ad esempio quanto e come il teatro possa influire sul Disturbo della Condotta o sul disturbo della personalità. Il nostro piccolo studio pilota suggerisce insomma che il TTM potrebbe essere un ottimo strumento di prevenzione dei comportamenti a rischio, non limitandosi ad agire necessariamente in ambiente clinico.

---

<sup>58</sup> Willcutt et al, *Etiology and neuropsychology of comorbidity between RD and ADHD: the case for multiple-deficit models*. Nov-Dec; 46(10):1345-61. doi:10.1016/j.cortex.2010.06.009. Epub 2010 Jul 1.

<sup>59</sup> Simons et al, *Social adversity, genetic variation, street code, and aggression: a genetically informed model of violent behavior*. Youth Violence Juv Justice. 2012 Jan 1 ;10(1):3-24

<sup>60</sup> Viding E et al, (2013) *Genetics of Callous-Unemotional Behavior* in Children, PLoS ONE 8(7):e65789.doi:10.1371/journal.pone.0065789

## BIBLIOGRAFIA

- Albrecht-Schaffer A., Hagl P., *Bambini, in scena! 22 sceneggiature e giochi teatrali per la scuola dell'infanzia e primaria*, Ed. Erickson, Trento (2012)
- Alexander-Roberts C., *The ADHD parenting handbook: Practical advice for parents from parents*, Taylor, Lanham (1997)
- American Psychiatric Association DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (2013)
- Andolina A., Burolo V., *I ragazzi del teatro*, Ed. Corsare, Perugia (2015)
- Anderson J R. *Psicologia Cognitiva e le sue implicazioni*, Zanichelli, Bologna, (1993);
- Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1999;40:57–87
- August G.J., Garfinkel B.D., *Comorbidity of ADHD and reading disability among clinic-referred children*. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1990;18:29–45
- Baddely, A. D. *The psychology of memory*, New York, Basic Books (1976);
- Baddely, A. D. *Working memory Oxford*, Oxford University (1986);

- Bannister A., *The Healing Drama: Psychodrama and Dramatherapy with Abused Children*, Ed. Free Association Book, London (1997)
- Barkley A. D. *ADHD and nature of self-control*. Guilford, New York (2006)
- Barkley R. A. *Attention- Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford, New York (1998)
- Barkley R. A. *The problem of stimulus control and rule-governed behavior in children with attention deficit disorder whit hyperactivity*. In: L. M. Bloomingdale, J. M. Swanson (eds.), *Attention deficit disorder*. Pergamon Press, New York pp. 34-203 (1989)
- Barkley R. A., *ADHD and the nature of self-control*. Guilford, New York (2006)
- Barnes J. *Drama to promote social and personal well-being in six- and seven-year-olds with communication difficulties: the Speech Bubbles project Perspectives in Public Health March 2014* 134: 101-109, (first published on January 8, 2013)
- Beneventi P., Conati D. *Nuova guida di Animazione teatrale*, Ed. Sonda, (2006);
- Beneventi P., *Fare animazione Teatrale*, Ed. Sonda, Torino-Milano (1993)

- Bernabei P., Romani M. & Levi G., *ADHD: sintomo o syndrome?*, *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, num. 62, pag. 359-366
- Bowlby J., *Attachment and Loss, vol. 1, Attachment (1969)*, (trad. ita. *Attaccamento e perdita*, vol. "L'attaccamento", Torino, Boringhieri, 1975)
- Bracken A., *TMA – Test Multidimensionale dell'autostima*, CD-ROM, Trento, Erickson, 2005
- Bricco M., *Alfabeto Teatro – Idee e materiali per un percorso teatrale dai tre ai dieci anni*, Erickson, Trento (2001)
- Brook P., *Lo spazio vuoto*, Ed. Bulzoni, Roma (1998)
- Burt A. et al., *Development and Validation of Subtypes of Antisocial behavior Questionnaire*, *Aggressive Behavior*, Volume 35 376-398 (2009)
- Carol A., et al. *Impulsivity in Juvenile delinquency: Differences among-early-onset, late-onset, and non offenders*. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 519-529. doi: 10.1007/s10964-006-9053-6
- Castellanos F.X. et al. *Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder*, *Arch. Gen. Psychiatry*, .53 pag.607-616.

- Castellanos F.X. et al., *The restless brain: attention-deficit hyperactivity disorder, resting-state functional connectivity, and intrasubject variability*, J. Psychiatry, n.54, pag. 665-672.
- Chen Chen et. al, *Cognitive Behavioral to Reduce overt Aggression Behavior in Chinese Young Male Violent Offenders*, Volume 4, pages 329-336 (2014)
- Chianura E., Vitale S. *Giochiamo al Teatro*, Carocci Faber, Roma, (2008);
- Cindy J., *Using Sociodrama and Psychodrama To Teach Communication in End-of-Life Care*, Journal of Palliative Medicine. September 2012, Vol. 15, No. 9: 1006-1010
- Conte T., Luzzati E., *Facciamo insieme Teatro*, Ed. Laterza, Torino (2004)
- Cornoldi C., De Meo T., Offredi F. & Vio C., *Iperattività e autoregolazione cognitiva*, Erickson, Trento (2001)
- Cornoldi C., et al., *Impulsività e autocontrollo*, Erickson, Trento (1996)
- Cornoldi C., Gardinale, M., Masi, A., Pattenò, L. *Impulsività e autocontrollo: interventi e tecniche metacognitive*, Ed. Erickson Trento (1996)

- Costello E. J. *The Great Smoky Mountains Study of Youth. Goals, Design, Methods, and the Prevalence of DSM III-R Disorders*, in “Archives of General Psychiatry”, 53 (12). (1996)
- Di Pietro M., *Disturbi da deficit d’attenzione e iperattività: l’intervento razional-emotivo*, *Difficoltà di Apprendimento*, 1(1), pag.107-118 (1995)
- Di Pietro M., *La terapia Razionale emotiva comportamentale. Guida per la pratica clinica e per la formazione*, Ed. Erickson, Trento (2015)
- Dobson, K.S *Psicoterapia cognitivo comportamentale*, Ed. Mc Graw Hill Milano (2002)
- Dotti L., *la forma della cura. Tecniche socio e psicodrammatiche nella formazione degli operatori educativi e della cura*. Franco Angeli, Milano (2013)
- Dotti L., *Lo psicodramma dei bambini*, Ed. Franco Angeli, Milano (2002)
- Ellis A., *Ragione ed emozioni in psicoterapia*, Ed. Astrolabio, Roma (1989)
- Faraone S.V., Biederman J, Friedman D., *Validity of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: a family study perspective*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000;39:300–307.

- Fastame M. C. *La sindrome di Tourette*, Carocci Faber, Roma, (2009);
- Fedeli D. *Il disturbo da deficit d'attenzione e iperattività*, ed. Carocci Faber, Roma (2013)
- Fedeli D. *Il disturbo della condotta*, Carocci Editore, Roma (2011)
- Fedeli D. *La sindrome di Pierino. Il controllo dell'iperattività*, Ed. Giunti, Firenze (2006)
- Festame M. C., *La sindrome di Tourette*, Ed. Carocci Faber, Roma (2009)
- Freeman R.D, *An International Perspective on Tourette Syndrome: Selected Findings from 3500 Individuals in 22 Countries*, in “Developmental Medicine & Child Neurology”, 42(7), pp. 47-436, (2000)
- Frick P. J. *Conduct Disorder*. In Ollendick, T.H. Hersen M. (Eds), *Handbook of Child Psychopathology* (3rd ed ) 213-237. (1998)
- Goleman D., *Intelligenza emotiva*, Ed. Rizzoli, Milano (1996)
- Gullo S. et al., *La ricerca in psicoterapia di gruppo: Alcuni risultati e future direzioni di ricerca*, *Research in Psychotherapy* 2010; 2(13): 78-96
- Hong G. S. Trns. Phil Jones, *Drama as Therapy – Theatre as Living*, Wu-Nan Blk Inc. (2002)

- Ingersoll B. D. ,*Goldstein S. Attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities*. Broadway books, New York, (1993)
- Kaukkaianen A. et al. *The Relationships between Social Intelligence, Empathy, and Three Types of Aggression*, *Aggressive Behavior*, Volume 25 pages 81-89 (1999)
- Lee L. B. er Trns.RobertJ. Landy, *Drama Therapy: Concepts, Theories and Practices*, Psychological Publishing Co. (1998)
- Lorenz K., *L'aggressività*, Ed Arnoldo Mondadori, Milano (1986)
- Magnani A., *Come insegnare le regole ai bambini*, Ed. Si, Forli, (2010)
- Margheriti M., Sabbadini G., *L'iperattività e i disturbi dell'attenzione. Manuale di Neuropsicologia dell'età evolutiva*, Ed. Zenichelli, Bologna (1995)
- Marzocchi C.M. e Cornoldi C., *Disturbi di impulsività e ricerca visiva in bambini con Deficit di Attenzione/iperattività*, *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, n.65, pag.173-186
- Marzocchi G. M., *Bambini disattenti e iperattivi. Cosa possono fare per loro genitori, insegnanti e terapeuti*, Ed. Il Mulino, Bologna (2003)
- Marzocchi G.M., et al., *Scala di valutazione dei comportamenti Dirompenti per insegnanti (SCOD-T): validazione e*

- standardizzazione di un questionario per la valutazione dei comportamenti dirompenti a scuola*, *Giornale di Neuropsichiatria dell'età Evolutiva*, n. 21, pag. 378-393.
- Masi G. et al., *A naturalistic study of referred children and adolescents with obsessive-compulsive disorder*, *Journal of child and Adolescent Psychiatry*, vol44, n.7, pages. 673-681
- Masi G. et al., *Comorbilità e diagnosi differenziale del disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività; condizioni cliniche e terapeutiche*, *Disturbi dell'attenzione e iperattività*, n.1, pag.90, Trento, Erickson (2005)
- Maultsby M. C. *Rational Behavior Therapy*, Englewood Cliffs, Prentice Hall. (1984)
- Mccloskey G., Perkins L.A., Van Divner B. *Assessment and intervention for executive function difficulties*. Routledge, New York. (2009)
- Michieli S., Papi S., *Libri in scena. Giochi e attività teatrali con i libri*, Ed. Erickson, Trento (2007)
- Moreno J, *Manuale di psicodramma. Il teatro come terapia*, Ed. Astrolabio, Roma (1985)
- Nava G., *Teatro degli affetti*, Ed. Sugarco, Milano (1998)
- Nijman H. et al., *The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R)*, *Aggressive behavior*, Volume 25 pag. 197-209 (1999)

- Orioli W., *Far teatro per capirsi*, Ed. Macro, Cesena (1995)
- Orioli W., *Il gioco serio del teatro*, Ed. Macro, Cesena (2007)
- Orioli W., *Teatroterapia. Prevenzione, educazione e riabilitazione*, Ed. Erickson, Trento (2007)
- Passatore F., *L'animazione della scuola al sociale*, Teatrotre, n.10, (1975)
- Passatore F., *La scuola ha coinvolto il quartiere*, Nuova Società, n. 28, (1974)
- Petruzzella S., *Manuale di teatro creativo. 240 tecniche drammatiche da utilizzare in terapia, educazione e teatro sociale*, Ed. Franco Angeli, Milano (2016)
- Petruzzella S., *Mettersi in scena. drammaterapia, creatività e intersoggettività*, Ed. Franco Angeli, Milano (2014)
- Piaget J., *La psicologia del bambino*, Ed. Einaudi, Torino (1970)
- Quazzolo P., *Il teatro guida alla letteratura dell'arte teatrale*, Bari, Edizioni B. A. Graphis, (2007)
- Sberna M., *Giochi di gruppo*, Ed. Città Studi, Milano (1993)
- Sergeant J.A. et al., *The top and the botton of ADHD: A neuropsychological perspective*, Nuroscience & Biobehavioral Review, vol.27, n.7, pag. 583-592

- Scheriani C., *Bambini sopra le righe*, Ed. Armando Editore, Roma (2007)
- Simons et al, *Social adversity, genetic variation, street code, and aggression: a genetically informed model of violent behavior*. Youth Violence Juv Justice. 2012 Jan 1;10(1):3-24
- Singer J., Singer D. G., *Laboratorio del far finta. Giochi e attività per sviluppare l'immaginazione*, Ed Eickson, Trento (2011)
- Skabar A., *Il disturbo oppositivo-provocatorio. Un cattivo compagno di viaggio dell'ADHD*, in *Le reti istituzionali e non per i bambini/ragazzi ADHD*, VII Convegno regionale, Monfalcone, 9 Maggio 2009, Trento, Centro Regionale A.I.D.A.I. ONLUS, pag.4
- Skabar A., *L'ADHD al passaggio di età*, in *Disattenzione e Iperattività Bambini/Ragazzi e adulti con ADHD. "Prima , durante e dopo la diagnosi"*, XI Convegno regionale, Monfalcone, 10 Maggio 2014, Trento, Ed. Erickson 2014, pag.4
- Stanislavskij K. S., *Il lavoro dell'attore su se stesso*, Ed. Laterza, Bari (1998)
- Tripp G., et al. *DSM-IV and ICD-10: a comparison of the correlates of ADHD and hyperkinetic disorder*, Journal of the Ammerican Academy of Child and Adolescent Psychiatry, n.38, page. 64-156 (1999)
- Van Der Meer J.J., *Research finding on ADHD*, relazione presentata alla Giornata Annuale di Studi di Neuropsicologia organizzata dal AIRIPA e dall'Università di Padova, 5 giugno 1998

- Viding E et al, (2013) *Genetics of Callous-Unemotional Behavior* in Children, PLoS ONE 8(7):e65789.doi:10.1371/journal.pone.0065789
- Vio C., et. al, *Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività: sperimentazione di un training metacognitivo*, Psicologia clinica dello sviluppo, numero 2, agosto 1999 pag.241-262
- Vio C., Mazzocchi G. M., Offredi F., *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività*, Ed. Erickson, Trento (1999)
- Walter F. Baile, Ludovica De Panfilis, Silvia Tanzi, Matteo Moroni, Rebecca Walters, and Guido Biasco, *Using Sociodrama and Psychodrama To Teach Communication in End-of-Life Care*, Journal of Palliative Medicine. Vol. 15, No. 9: 1006-1010, (September 2012)
- Wen-Lung Chang, *A study of the Application of the Drama therapy on ADHD Students' Social Abilites at the Resource Class of the Elementary School*, The international Journal of Art Educational, 2006 pages. 36-63.
- Willcutt et al., *Etiology and neuropsychology of comorbidity between RD and ADHD: the case for multiple-deficit models*. Nov-Dec; 46(10):1345-61. doi:10.1016/j.cortex.2010.06.009. Epub 2010 Jul 1.
- Winnicott D. W., *Gioco e realtà*, Ed. Armando, Roma (1974)

— Zuddas A. et al., *Attention-deficit hyperactivity disorder: a Neuropsychiatric disorder with childhood on-set*, European Journal of Paediatric neurology, vol.4 pag. 53-62

## APPENDICI IL TMA

# TMA

\_\_\_\_\_

Cognome e Nome

\_\_\_\_\_

Scuola

\_\_\_\_\_

Sesso

\_\_\_\_\_

Classe

### ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Leggete le seguenti affermazioni e date una delle quattro risposte possibili a seconda di quanto credete che siano «vere» per voi. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, ma è importante valutare ogni affermazione sulla base delle sensazioni che provoca in voi. Rispondete con sincerità. Per dare le risposte, basta sbarrare la casella posta sotto la frase che, di volta in volta, corrisponde ai sentimenti che l'affermazione suscita in voi. A ogni affermazione si può rispondere:

Assolutamente vero	Vero	Non è vero	Non è assolutamente vero
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Assolutamente vero	Vero	Non è vero	Non è assolutamente vero
1. Di solito con me ci si diverte molto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La gente non sembra molto interessata a parlare con me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sono troppo timido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Piaccio alla maggior parte della gente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gli altri mi evitano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Molte persone si burlano di me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Non sono accettato da coloro che mi conoscono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. La maggior parte della gente mi trova interessante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Alla gente piace stare con me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Il più delle volte mi sento ignorato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mi sento ammirato dalle persone dell'altro sesso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nessuno ride quando racconto barzellette.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. La maggior parte della gente mi apprezza così come sono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Spesso mi sento lasciato fuori.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. La gente dice bugie sul mio conto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ho molti amici.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Passo molto tempo sentendomi solo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Non sono mai sicuro di cosa fare quando mi trovo con persone che non conosco bene.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gli altri mi dicono i loro segreti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. La gente se la prende con me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ho l'impressione che gli altri non si accorgano di me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ricevo molte telefonate dagli amici.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Molte persone hanno una scarsa opinione di me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Permetto agli altri di approfittarsi di me in maniera eccessiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Bisogna che gli altri mi conoscano prima che io possa piacere loro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Assolutamente vero	Vero	Non è vero	Non è assolutamente vero
26. Sono onesto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Troppo spesso dico qualcosa di sbagliato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sono troppo pigro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ho un buon senso dell'umorismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Sono sostanzialmente un debole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. sento che la maggior parte della gente mi rispetta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Non sono molto bravo nel dire come la penso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. So far valere le mie ragioni quando è necessario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Sono sfortunato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ho fiducia in me stesso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Non mi sembra di avere alcun controllo sulla mia vita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Spesso rimando cose importanti da fare finché è troppo tardi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Do alla gente buoni motivi per fidarsi di me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Non sono bravo come dovrei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Non riesco a stare tranquillo quando dovrei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ho successo in quasi tutto quel che faccio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Riesco a gestire le mie cose con senso di responsabilità.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Manco di buonsenso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Sembra che io sia sempre nei guai.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Riesco a fare piuttosto bene la maggior parte delle cose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Non sono molto intelligente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Per molti aspetti sono un vigliacco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Gli altri credono che diventerò qualcuno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Troppo spesso faccio stupidaggini senza pensare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Butto via i soldi in modo stupido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Assolutamente vero	Vero	Non è vero	Non è assolutamente vero
51. Mi piace la vita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ho paura di molte cose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ci sono molte cose che vorrei cambiare di me stesso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Non riesco a prendermi in giro molto facilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Non sono una persona felice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Sono orgoglioso di me stesso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Mi sento un fallimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. La mia vita è scoraggiante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Sono contento di me così come sono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Sono troppo emotivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Ho un buon autocontrollo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Spesso deludo me stesso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. La mia vita è instabile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Guardo la vita da una prospettiva positiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Spesso sono confuso riguardo ai miei sentimenti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Qualche volta mi sembra di non valere nulla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Spesso mi vergogno delle cose che ho fatto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Spesso mi sento indifeso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Mi sento amato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Vorrei essere qualcun altro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Mi sento insicuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Sono una brava persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Non sono felice come sembro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Di solito sono molto rilassato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. A volte non mi piaccio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Absolutamente vero	Vero	Non è vero	Non è assolutamente vero
76. I compagni in genere apprezzano le mie idee.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Spesso mi sento impreparato per la lezione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Sono bravo in matematica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Studiare è difficile per me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. In genere vado bene alle prove.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Sono fiero del mio lavoro scolastico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Riesco a scrivere meglio della maggior parte dei ragazzi della mia età.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Leggo bene quanto la maggior parte dei ragazzi della mia età.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Non sono capace di pensare molto in fretta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Mi impegno più della maggior parte dei miei compagni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Non capisco molto quel che leggo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Imparo con facilità.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Pare che io non abbia mai buone idee.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Gli insegnanti apprezzano il mio comportamento in classe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Spesso mi sento tonto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Piaccio alla maggior parte dei miei insegnanti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. Non sono molto capace di organizzare il mio studio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. Le scienze sono facili per me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. A scuola mi sento a disagio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. Di solito studio sodo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. La maggior parte della gente preferisce lavorare con me piuttosto che con chiunque altro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97. I miei insegnanti hanno una scarsa opinione di me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98. La maggior parte delle materie sono piuttosto facili per me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. Non sono molto creativo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. In genere sono soddisfatto dei miei compiti scritti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Assolutamente vero	Vero	Non è vero	Non è assolutamente vero
101. I miei genitori si preoccupano della mia felicità.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102. La mia famiglia mi fa sentire amato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103. La mia famiglia rovina tutto quello che faccio o che vorrei fare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104. Nella mia famiglia ci prendiamo cura l'uno dell'altro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105. Mi sento apprezzato dalla mia famiglia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106. Mi diverto con la mia famiglia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107. Vorrei cambiare la mia famiglia con quella di qualcun altro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108. I miei genitori si interessano a me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109. I miei genitori non hanno fiducia in me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110. La mia casa è calda e accogliente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111. Ai miei genitori non piace avermi intorno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
112. I miei genitori mi aiutano quando ne ho bisogno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113. Sono un membro importante della mia famiglia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114. I miei genitori sono orgogliosi di me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115. La mia famiglia non ha niente di buono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116. Nulla di ciò che faccio sembra far piacere ai miei genitori.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117. I miei genitori sono sempre presenti quando partecipo a gare (o altre occasioni) importanti per me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
118. I miei genitori credono in me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
119. Sono fiero della mia famiglia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120. I miei genitori si prendono cura della mia educazione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121. La mia famiglia è una delle cose più importanti della mia vita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
122. I miei genitori mi amano così come sono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123. Non so perché la mia famiglia sta insieme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
124. I miei genitori pensano al mio futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
125. La mia casa non è un luogo felice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Assolutamente vero	Vero	Non è vero	Non è assolutamente vero
126. Mi sento bene.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
127. Sono attraente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
128. Non sono in forma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
129. Quando mi guardo allo specchio, mi piace quello che vedo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130. Mi stanco in fretta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
131. Ho bei denti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
132. Mi sento a posto indipendentemente dal modo in cui mi vesto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
133. Sono brutto/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
134. Sono più forte della maggior parte delle persone della mia età.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
135. Ho una bella figura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
136. Sto bene di salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
137. Mi piace il mio aspetto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
138. Riesco bene nella maggior parte degli sport.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
139. Non mi piace il modo in cui mi stanno gli abiti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
140. Normalmente vengo scelto tra gli ultimi per i giochi di squadra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
141. Sono fisicamente prestante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
142. I miei capelli non hanno mai un bell'aspetto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
143. La mia pelle è attraente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
144. Non mi piace essere visto/a in costume da bagno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
145. Cerco di non far notare agli altri alcune parti del mio corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
146. I vestiti fanno bella figura su di me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
147. Pare che io non abbia l'energia per fare grandi cose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
148. Il mio peso è proprio quello giusto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
149. Cambierei il mio aspetto se potessi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
150. Ho un aspetto grazioso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© 2005, V. Beatrice e B.A. Brackien, TMA - Test multidimensionale dell'autostima, CD-ROM, Trento, Erickson.

## Lettera d'invito a partecipare allo studio e consenso informato:

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TRIESTE

Scuola e Corso di Dottorato in Scienze  
della Riproduzione e dello Sviluppo

Andrea Andolina  
[andrea.andolina@phd.units.it](mailto:andrea.andolina@phd.units.it)

Dott. Aldo Skabar  
[aldo.skabar@burlo.trieste.it](mailto:aldo.skabar@burlo.trieste.it)

cell: 3358180366

### **INVITO A PARTECIPARE AD UNA RICERCA DI TEATRO TERAPIA SU ADHD (Disturbo dell'attenzione-iperattività) E LA SINDROME DI TOURETTE - Autocontrollo attraverso tecniche di drammatizzazione**

Gent.mi Genitori ed insegnanti,

nell'ambito di un dottorato in Scienze della Riproduzione e dello sviluppo presso l'I.R.C.C.S. Burlo Garofalo stiamo realizzando una ricerca per la gestione dell'aggressività nei ragazzi con l'ADHD e la ST. Contiamo sul vostro aiuto, per misurare ed osservare se l'aggressività nei ragazzi che hanno questo disturbo cambia in senso positivo, in modo tale da poterli aiutare a migliorare nelle relazioni scolastiche ed extrascolastiche.

La ricerca prevede che vengano compilati due questionari, uno indirizzato ai genitori, agli insegnanti e all'operatore teatrale e l'altro ai ragazzi. Il primo questionario prevede delle semplici domande per valutare il grado di aggressività. Mentre il secondo prevede semplici domande riguardanti l'autostima, il benessere, la motivazione che, accanto alle valutazioni già effettuate in fase diagnostica, ci permetteranno di avere una visione più completa del ragazzo o della ragazza e del suo contesto di vita. Le tempistiche di consegna saranno effettuate una settimana prima del trattamento ed una settimana dopo il trattamento.

Per qualsiasi difficoltà nella compilazione saremo a Vostra disposizione.

Se accettate di partecipare allo studio, Vi chiediamo di autorizzarci ad utilizzare le informazioni che ci fornirete in forma anonima, nell'osservanza delle disposizioni vigenti in materia di riservatezza (D. L. n. 196 del 30 giugno 2003).

Si può esprimere l'autorizzazione compilando e firmando il modulo di consenso informato stampato in ultima pagina.

NB: Vi ricordiamo che in ogni momento è possibile ritirarsi dallo studio e chiedere informazioni sullo stesso.

Grazie per l'attenzione

Dott. Aldo Skabar

Andrea Andolina

### CONSENSO INFORMATO

PARTECIPAZIONE ALLA RICERCA: "Terapia non farmacologica nei disturbi dirompenti del comportamento. Autocontrollo attraverso tecniche di drammatizzazione"

RESPONSABILE/TUTOR: dott. Aldo Skabar (SC di Neuropsichiatria Infantile)  
DOTTORANDO: Andrea Andolina

IL/LA SOTTOSCRITTO/A ..... /...../.....  
cognome nome data di nascita  
in qualità di rappresentante legale

del minore ..... /...../.....  
cognome nome data di nascita

nato a : ..... residente a : .....

indirizzo : ..... telefono : .....

mail: .....

DICHIARA quanto segue:

- 1) La natura e le finalità di questa ricerca mi sono stati chiaramente spiegati dai responsabili della ricerca
- 2) Mi è stato chiaramente spiegato che posso decidere di prendere parte alla ricerca o di rinunciare in qualsiasi momento.
- 3) Sono stato informato che per qualsiasi ulteriore domanda potrò rivolgermi ai responsabili della ricerca
- 4) Sono stato informato che i dati raccolti saranno oggetto di un rapporto finale e che la mia identità e quella di mio figlio/figlia non saranno menzionate in nessun resoconto della ricerca

LETTO E APPROVATO: ..... /...../.....  
Firma data

Il sottoscritto: ..... conferma di aver debitamente informato e offerto opportunità di porre domande di chiarimento a ..... riguardo alla natura e le finalità della ricerca in oggetto.

Firma ..... data ..... /...../.....

## SCHEDA INFORMATIVA

### Qual è lo scopo di questo studio?

Il progetto di ricerca al quale vi chiediamo di collaborare insieme a vostro/a figlio/a Verificare se si ottiene una riduzione delle manifestazioni aggressive dopo un ciclo di trattamento con teatro-terapia in un gruppo di soggetti con disturbo dirompente del comportamento identificato all'interno di un campione clinico di soggetti con ADHD o ST.

Con questa ricerca si vuole dimostrare che, attraverso strategie di comunicazione, provenienti dalla drammatizzazione (teatro) è possibile migliorare la vita dei pazienti in età pediatrica con la sindrome ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) e con la sindrome di Tourette mettendo in evidenza come in entrambe le patologie si manifestino assieme il disturbo oppositivo-provocatorio e il disturbo della condotta

La ricerca si propone proprio questo:

1) Verificare se si ottiene una riduzione delle manifestazioni aggressive dopo un ciclo di trattamento con teatro-terapia in un gruppo di soggetti con disturbo dirompente del comportamento identificato all'interno di un campione clinico di soggetti con ADHD o ST.

2) Verificare se la riduzione di aggressività tra il tempo 0 e il tempo 1 sia associata ad un miglioramento dell'autostima.e valutare i livelli di autostima dei ragazzi con ADHD e ST con disturbo provocatorio.

### Chi promuove questo studio?

Lo studio è promosso dall'Istituto per l'infanzia I.R.C.C.S. Burlo Garofolo di Trieste nell'ambito del Dottorato di Ricerca in Scienze della Riproduzione e dello Sviluppo dell'Università di Trieste; viene condotto presso **la palestra Scuola Media Divisione Julia Viale 20 Settembre, 26, 34125 Trieste.**

### Perché viene proposto proprio a me?

Perché suo figlio ha un'età compresa tra i 7 e i 14 anni. Il contributo di vostro/a figlio/a ed il vostro di genitori, insegnanti ed educatori sono fondamentali per permetterci di conoscere meglio le caratteristiche di bambini con l'ADHD e ST .

### Cosa mi succede in pratica se partecipo? Se aderisco, in termini di tempo qual è l'impegno?

I ragazzi saranno impegnati per due settimane ogni giorno dal lunedì al venerdì per un ora in un laboratorio di teatro dove impareranno a gestire la propria aggressività. Una settimana prima un genitore e l'educatore o l'insegnante compileranno un questionario per valutare l'aggressività del bambino prima del trattamento. Il bambino invece compilerà un test di autostima. E un questionario di autovalutazione di 4 domande detto token economy. Due questionari (TMA) per circa 40 minuti prima del inizio del trattamento e altri 40 minuti alla conclusione del trattamento

I genitori, l'insegnante o l'educatore: compileranno un test di valutazione dell'aggressività una settimana prima del trattamento e alla fine del trattamento (MOAS) in modo da valutare la scala di aggressività. Una questionario di autovalutazione di 4 domande detto token economy.

### Quali strumenti verranno utilizzati? In cosa consistono i questionari citati?

I ragazzi saranno invitati a:

- 1 Compilare il TMA, Test multidimensionale dell'autostima (V. Beatrice e B.A. Braken), che valuta la stima di sé di bambini e adolescenti. Il questionario non prevede risposte giuste o sbagliate ma solo la selezione tra 4 possibili risposte (assolutamente vero, vero, non è vero, non è assolutamente vero) da scegliere per ciascuna affermazione.
- 2 E Compileranno una scheda di auto valutazione del loro comportamento. (Token Economy) che consiste nel tracciare una crocetta rispondendo a quattro semplici domande:  
1. Ho rispettato tutte le regole 2. Ho rispettato tutte le regole, tranne una o due volte; 3. Ho

rispettato alcune regole, ma ne ho infrante altre; 4. Ho infranto tante regole.

I genitori e gli insegnanti o gli educatori compileranno:

- MOAS The Modified overt Aggression Scale che serve per valutare il livello di aggressività dove per 0 significa poco e per niente aggressivo e 4 indice di aggressività alto. La scala si suddivide in quattro tipi di aggressività: verbale, contro gli oggetti, autodiretta e contro gli altri. I risultati poi hanno un peso diverso in base al tipo di aggressività.

**Quanti altri parteciperanno alla ricerca?**

Si prevede di far partecipare alla ricerca circa 20 ragazzi dagli 7 ai 14 anni con ADHD o ST con disturbo oppositivo provocatorio trattati farmacologicamente che frequenteranno il laboratorio e circa 20 ragazzi, sempre di età compresa tra i 7 e i 14 anni, con l'ADHD o ST con disturbo oppositivo provocatorio ma che non frequenteranno il laboratorio.

**Sono obbligato a partecipare?**

La partecipazione alla ricerca da parte delle famiglie e dei ragazzi è assolutamente volontaria e ritirarsi dallo studio non comporta alcun problema.

**Vi è anche un interesse economico da parte di chi promuove lo studio?**

Non vi è nessun supporto né interesse economico.

**Avrò dei benefici se partecipo?**

La partecipazione di vostro figlio/vostra figlia a questo progetto darà un importante contributo alla conoscenza delle problematiche dei ragazzi con ADHD e ST con disturbo oppositivo provocatorio.

**Come saranno trattate le informazioni che mi riguardano?**

Durante l'intero arco della ricerca a ogni ragazzo sarà attribuito un codice. In questo modo verrà garantito il loro anonimato, come previsto dalla legge. I dati raccolti saranno sottoposti ad analisi statistica e utilizzati ai soli scopi previsti dalla ricerca. In caso di produzione di rapporto finale o di pubblicazione relativa ai dati, né l'identità del bambino, né quella della famiglia compariranno, né verranno in alcun modo menzionate.

**Se lo desidero, potrò essere informato su imprevisti, novità e risultati?**

Sì, in qualsiasi momento.

**Per chiarimenti a chi posso rivolgermi?**

Potrà rivolgersi:\

al Dott. Aldo SKABAR, IRCCS Burlo Garofalo di Trieste; e-mail: [aldo.skabar@burlo.trieste.it](mailto:aldo.skabar@burlo.trieste.it) ad Andrea Andolina, dottorando del progetto di ricerca; e-mail: [andrea.andolina@phd.units.it](mailto:andrea.andolina@phd.units.it)

cell: 3358180366

**Posso cambiare idea nel corso dello studio?**

Sì, è possibile ritirare il consenso alla partecipazione in qualsiasi momento.

**Come devo fare in pratica per aderire a questa proposta di studio?**

Per partecipare alla ricerca è sufficiente compilare il modulo di consenso firmato.

## DATI RACCOLTI:

### Genitori:

T0					T2				
Ag_ver0	Ag_fiso0	Ag_auto0	Ag_fiso0	Tot_pes0	Ag_ver2	Ag_fiso2	Ag_auto2	Ag_fiso2	Tot_pes2
1	2	0	0	5	1	0	0	0	1
2	3	2	2	22	1	1	0	1	7
2	1	0	2	12	1	1	0	2	11
3	3	3	2	26	3	3	2	2	23
3	3	2	2	23	1	3	0	1	11
1	0	2	1	11	1	0	0	1	5
0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
3	3	2	2	23	1	2	0	0	5
2	1	0	1	8	2	1	0	1	8
1	0	0	1	5	0	0	0	0	0
1	2	0	0	5	2	2	0	1	10
0	1	0	1	6	0	0	0	1	4
1	2	2	0	11	0	0	0	0	0
2	1	1	0	7	1	1	0	0	3
1	2	0	2	13	1	2	0	2	13
3	2	1	2	18	3	1	1	1	12
1	0	0	1	5	1	0	0	0	1
1	1	0	1	7	1	1	0	1	7
1	0	0	1	5	0	0	0	0	0
2	3	2	2	21	3	2	2	2	21
1	1	0	2	11	1	2	0	0	5
1	2	0	2	13	1	2	0	2	13
2	1	2	0	9	1	2	0	1	9
2	0	2	2	14	0	2	2	1	14
2	1	1	3	16	1	1	3	1	16
2	2	1	0	8	2	1	0	1	8
2	1	2	2	19					
2	1	2	0	17	1	2	0	3	17
2	2	1	0	4	2	1	0	0	4
2	1	1	0	7	1	1	0	1	7

### Scuola:

T0					T2				
Ag_ver0	Ag_fiso0	Ag_auto0	Ag_fiso0	Tot_pes0	Ag_ver2	Ag_fiso2	Ag_auto2	Ag_fiso2	Tot_pes2
2	3	0	3	20	3	3	0	1	13
4	3	0	1	14	4	4	1	1	19
2	0	2	2	16					
1	2	0	1	9	1	1	0	0	3
2	2	0	1	10	2	2	2	2	20
1	0	0	1	5	1	0	0	0	1
1	1	1	2	14	1	0	0	0	1
1	0	2	2	15	1	0	0	0	1
2	1	0	1	8	1	0	0	0	1
1	0	0	2	9	0	0	0	0	0
1	2	0	0	5	0	0	0	0	0
3	1	0	2	13	2	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	0	1	7	0	0	0	0	0
2	3	2	2	22	0	1	0	1	6
4	2	2	2	22	3	1	1	1	12
1	0	0	1	5	0	0	0	0	0
1	1	0	2	11	1	1	0	1	7
0	1	0	2	10	1	1	0	0	3
2	1	0	1	5	1	0	0	1	5
2	1	0	2	9	1	0	0	2	9
2	1	2	0	5	2	2	0	0	6
2	1	2	0	9	1	2	0	1	9
2	1	2	0	9	1	1	0	1	7
2	4	2	0	12	4	2	0	1	12
2	2	1	0	8	2	1	0	1	8
2	1	1	0	11					
2	1	2	0	17	1	2	0	3	17
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	1	0	7	1	1	0	1	7