

Sport e ADHD: un Campus Estivo residenziale per adolescenti con Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività

Sport and ADHD: a residential Summer Camp for adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

LUCIANO LUCCHERINO*, SARA PEZZICA**

Summary *The Summer Camps are emerging as a means to increase social support and improve children's relational attitudes. The aim of this paper is to describe two experiences of a seven days Residential Summer Camp for adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Participants consisted in 17 males ranging in age from 11 to 16 years and coming from several regions of Italy. The program included training in motor skills and sports (Judo, Archery, Climbing, Trekking) and recreational activities. Professionals were trained to foster self-esteem, encourage positive relationships and manage conflictual situations. Group therapy sessions were provided to explore and reframe conflict, and to gain insight and self-discovery. Will be reviewed key aspects of sports chosen for the Summer Camp, and the theoretical framework that inspired our choice. Furthermore we will discuss problems encountered in the management of the group and action taken to resolve them.*

Key words *Summer Camp – ADHD – Sport – Psychoeducation.*

Introduzione

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (ADHD) è un disturbo neurobiologico ad esordio in età infantile caratterizzato da inattenzione, impulsività e iperattività motoria, la cui prevalenza in Italia è stimata tra l'1,5% e il 7,1% della popolazione in età scolare (Mugnaini, Masi e Brovedani, 2006; Zuddas, Marzocchi e Osterlaan, 2006). Sul piano neuropsicologico è caratterizzato da un deficit nei processi autoregolativi che comporta una alterata elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali (SINPIA, 2006). Le ricerche di neuropsicologia cognitiva hanno molto spesso riscontrato che bambini con ADHD presentano problemi attentivi soprattutto in compiti che richiedono l'applicazione di processi altamente controllati e in

* Neuropsichiatra Infantile, Direttore U.O.C. NPI USL 8 Arezzo, AIDAI Toscana, Dipartimento di Salute Mentale.

** Psicologa Psicoterapeuta, Presidente AIDAI Toscana, Dipartimento di Psicologia Università di Firenze.

particolare nello svolgimento di compiti prolungati nel tempo o in attività che richiedano una discreta dose di flessibilità cognitiva e uso di strategie (Shallice et al., 2002). I bambini con ADHD hanno un comportamento scarsamente controllato, reagiscono alle stimolazioni ambientali senza una adeguata riflessione. Tali modalità possono essere spiegate con un deficit di inibizione comportamentale (Barkley, 1997), oppure con una difficoltà a sostenere un livello minimo di attesa con necessità di ricompensa immediata (Sonuga-Barke, 1996).

Raramente l'ADHD si presenta in forma isolata, più spesso risulta in comorbilità con altri disturbi psichiatrici (Biederman, Newcorn e Sprich, 1991). I disturbi esternalizzanti (Disturbo Oppositivo-Provocatorio ODD, Disturbo della Condotta CD) interessano circa il 40-50% dei bambini con ADHD; i disturbi dello spettro ansioso (Disturbo Ossessivo-Compulsivo OCD, Disturbo d'Ansia Generalizzato GAD) si manifestano in circa il 30% dei casi mentre quelli dell'umore, in particolare il Disturbo Bipolare, si presentano con una frequenza intorno al 10% (Masi et al., 2005).

Oltre alle comorbilità sopracitate esistono, come costante corollario dell'ADHD, alcuni importanti correlati disfunzionali nella sfera personale e sociale di questi bambini, che amplificano e sovradimensionano la gravità del disturbo. Si tratta infatti di bambini la cui personalità presenta importanti nuclei di tipo depressivo con abbassamento dell'autostima, sentimenti di inadeguatezza e di incapacità, percezione di sé estremamente negativa con vissuti di colpevolezza e cattiveria; vivono sovente una sorta di emarginazione sociale venendo esclusi dalle attività del gruppo dei pari, hanno un numero esiguo di legami amicali poiché spesso considerati "insopportabili", la loro carriera scolastica risulta spesso fallimentare sia sul piano del rendimento (anche in considerazione della frequente associazione con un Disturbo dell'Apprendimento) che su quello comportamentale (rapporti, sospensioni).

I Summer Camps

Numerose sono ormai le esperienze di campi estivi rivolti a bambini e adolescenti con ADHD e altre patologie correlate (DSA, OCD) presenti in altre nazioni, soprattutto negli USA e in Canada. Caratteristica comune a tutti i campi è la strutturazione di attività sportive, ludiche e ricreative con lo scopo di incrementare le abilità sociali, accrescere l'autostima e migliorare il controllo dei comportamenti disturbanti. Le attività proposte e l'organizzazione variano:

Camp Buckskin (Minnesota, www.campbuckskin.com) propone un programma della durata complessiva di un mese comprendente il tiro con l'arco e la carabina, il kayak e il nuoto integrati con momenti espressivo-artistici e didattici (arti e mestieri, lettura, studi ambientali) gestite da personale formato, con rapporto adulto/ragazzi di 1/3. Obiettivo dichiarato di Camp Buckskin è migliorare la fiducia dei ragazzi nelle proprie capacità ed aiutarli ad assumere la responsabilità di se stessi. Oltre alle attività sportive viene prestata particolare cura al monitoraggio e sviluppo di competenze trasversali quali ad esempio la capacità di instaurare e mantenere amicizie o di utilizzare

in modo appropriato le abilità di comunicazione interpersonale. Per ogni ragazzo vengono definiti obiettivi specifici sui quali lavorare in modo non intrusivo durante tutta la giornata. L'idea è infatti quella di utilizzare le occasioni di apprendimento nell'hic et nunc della situazione, direttamente quando se ne verifica la possibilità.

Camp Huntington (High Falls, NY; www.camphuntington.com) offre un programma comprendente attività di trekking, nuoto e altri sport unitamente a momenti espressivi con teatro, lavorazione del legno, video e musica.

In Canada, nella regione dell'Ontario, si trovano il *Camp Kirk* (www.campkirk.com), rivolto a bambini tra i 6 e i 13 anni organizzato con attività di tiro con l'arco, arti marziali, arrampicata sportiva e attività pratiche (ceramica) e il *Camp Kodiak* (www.campkodiak.com) aperto a ragazzi tra i 6 e i 18 anni che propone arrampicata, kayak, nuoto, arti marziali unitamente ad un programma di tutoring individuale o in piccolo gruppo sulle difficoltà di apprendimento.

L'intervento più conosciuto e validato da un punto di vista scientifico è il *Summer Treatment Program* (STP, Pelham e Hoza, 1997), organizzato dal Centro per bambini e famiglie dell'Università di New York, Buffalo. Il Campus si svolge nei mesi di luglio-agosto ed ha una durata di 8 settimane interamente dedicate a bambini o adolescenti con diagnosi di ADHD e comorbidità, di età compresa tra 6 e 11 anni o tra 11 e 16 anni. I gruppi sono composti di 15 ragazzi supervisionati da 4 clinici. Il trattamento include l'utilizzo di un sistema a punti personalizzato per ogni membro del gruppo con componenti sia di ricompensa che di costo della risposta, un training di problem solving di gruppo, indicazioni su come gestire le difficoltà di apprendimento, migliorare l'attenzione e l'autostima e un sistema di feedback giornaliero. I piani di trattamento sono continuamente monitorati ed eventualmente modificati. I genitori sono parte integrante del Summer Treatment Program e partecipano a gruppi settimanali di Parent Training finalizzati alla promozione di abilità per la riduzione dei problemi comportamentali e per migliorare le possibilità di generalizzazione dei benefici ottenuti dai bambini nell'STP.

Uno studio pilota condotto su 19 adolescenti con ADHD, che hanno partecipato al STP nell'estate del 2009, ha rilevato un moderato livello di miglioramento nei partecipanti al trattamento nelle sei aree obiettivo di intervento: problemi di condotta, devianza diretta all'adulto, funzionamento sociale, disattenzione/disorganizzazione, umore, abilità scolastiche (Sibley et al., 2011). Cambiamenti a breve termine nei comportamenti problematici sono stati riscontrati anche in un STP della durata di tre settimane realizzato in Giappone (Yamashita et al., 2009).

Le attività sportive e l'ADHD

La frequente condizione di emarginazione sociale legata alla scarsa comprensione, da parte dei coetanei e adulti, di alcuni comportamenti problematici, rappresenta un ulteriore fattore di rischio per lo sviluppo armonico dei ragazzi con ADHD. Al contrario, la condivisione delle proprie difficoltà di autocontrollo e autoregolazione con altre persone e la sperimentazione di comportamenti alternativi socialmente ac-

cettabili può agire nella direzione opposta, favorendo l'integrazione e aumentando le capacità di socializzazione e di adattamento di questi bambini.

In tal senso la pratica del Judo può rappresentare, a nostro parere, un valido supporto e incrementare i fattori di resilienza interni di questi bambini.

Il Judo, codificato da Jigoro Kano nel 1882, è una disciplina per la formazione dell'individuo dal punto di vista morale e caratteriale. La parola Judo è composta da due caratteri giapponesi: 柔 (*jū*, cedevolezza) e 道 (*dō*, via) e significa quindi via della cedevolezza; insegna dunque che il modo per vincere una forza nemica non è l'opposizione ma il suo contrario, cioè cedervi per sfruttarla e dirigerla per il proprio fine. I principi fondamentali del Judo sono il "Seiryoku zen'yo" cioè il miglior impiego dell'energia fisica e mentale e lo "Jita kyoei", cioè la crescita e il progredire insieme. Nel Judo l'abilità non è al servizio del combattimento ma è il mezzo per giungere alla condizione mentale del "miglior impiego dell'energia".

Il significato intrinseco del Judo presuppone dunque non tanto un antagonismo esasperato nei confronti dell'avversario, quanto il rispetto e l'accettazione del proprio limite nella prospettiva più generale dell'integrazione di parti più deboli di sé. Dal punto di vista neuropsicologico e psicologico, nella pratica del Judo vengono attivate alcune competenze che spesso risultano compromesse nei bambini con ADHD: armonia tra corpo e mente, capacità di autocontrollo e gestione dell'aggressività, senso del rispetto delle regole e dei turni, accettazione della frustrazione, riconoscimento del limite, tensione verso il miglioramento personale, capacità attentive, programmazione motoria, armonizzazione e finalizzazione dello sforzo, modulazione della forza fisica e mentale, rispetto dell'altro ("gli sport di combattimento orientali tendono a ridurre le tendenze violente e a dominarle"; Becker, 1982).

In uno studio di Zivin et al. (2001) condotto su 60 ragazzi di scuola secondaria inferiore che presentavano comportamenti problematici, gli insegnanti hanno riscontrato significativi miglioramenti nei livelli di impulsività con riduzione dei comportamenti socialmente inappropriati e maggiore accettazione delle regole in seguito a un ciclo di 30 lezioni di Judo. Più in generale le arti marziali sembrano essere un ausilio per promuovere la concentrazione e ridurre l'impulsività richiedendo ai ragazzi di focalizzarsi intensamente sulla propria attività fisica, seguire comandi verbali e visivi, il tutto in un ambiente in cui la disciplina e il rispetto sono la base portante (Woodward, 2009).

Sulla medesima linea di pensiero si collocano altre attività sportive ed educative quali il tiro con l'arco, l'arrampicata sportiva e il trekking.

Nel tiro con l'arco (*Kyudo* "Kyū" arco, "dō" via, la *Via dell'arco*), inteso come pratica non agonistica, ciò che conta è la bellezza, l'eleganza e la fluidità del movimento. Il segreto del *Kyudo* è racchiuso nella sua disciplina: un buon tiratore è colui che raggiunge mentalmente il bersaglio prima della sua freccia. Per raggiungere questa armonia occorrono concentrazione, libertà di pensiero e controllo motorio. Il colpo perfetto nel *Kyudo* non è quello che colpisce il centro del bersaglio, ma quello in cui la freccia può dirsi aver raggiunto il centro del bersaglio prima di essere scoccata. La qualità del tiro comprende infatti ben altre qualità d'animo come la cortesia, la pietà, la moralità e la non-aggressività. Nel *Kyudo*, la qualità del tiro è indicata visualiz-

zando l'atteggiamento e il comportamento. Un buon arciere di Kyudo è una persona che mantiene la compostezza e la tolleranza anche in momenti critici e di grande conflitto. A nostro giudizio, nei bambini ADHD, questa disciplina può stimolare il controllo della successione degli impegni muscolari, il monitoraggio della stabilità dell'intero corpo e favorire il restringimento del focus attentivo.

L'arrampicata sportiva è una disciplina "closed", in cui cioè le condizioni sono relativamente più stabili rispetto ad esempio all'arrampicata alpinistica in cui sia il clima che il percorso possono modificarsi e presentare variabili difficilmente prevedibili. Nel nostro Campus è stata praticata su una parete verticale di circa 4 metri di altezza attrezzata con chiodi e appigli artificiali. La disposizione del percorso di salita era modificata ogni giorno. Venivano in tal modo sollecitate le capacità di risolvere i problemi mediante processi di *route finding* (ricerca della via), allenando cioè i ragazzi a individuare il percorso migliore di arrampicata (Boschkera, Bakker e Michaela, 2002). Nell'arrampicata sportiva sono infatti fondamentali sia i fattori di tipo cinestesico propriocettivo di agilità, equilibrio e movimento finalizzato a uno scopo ben preciso, sia quelli di tipo cognitivo: per scegliere il percorso migliore è fondamentale anticipare la sequenza dei movimenti necessari e successivamente verificarne l'efficacia (conseguenze); durante la salita è necessario mantenere un adeguato livello di attenzione, memorizzare i passaggi e gestire lo sforzo (Sánchez e Torregrosa, 2005). Da un punto di vista emotivo occorre una costante autoregolazione per gestire sia le sensazioni di paura collegate ai passaggi più complessi, sia l'eccitazione e il desiderio di raggiungere velocemente la cima del percorso. Infine, oltre a risorse personali, l'arrampicata attiva anche il senso della fiducia in sé e nell'altro al quale è affidata la propria sicurezza e del quale a propria volta si è responsabili. Gli obiettivi specifici sono stati adattati alle potenzialità di ciascun ragazzo.

Il Trekking consiste in un viaggio a piedi verso una destinazione sconosciuta. Con il Trekking il ragazzo ha la possibilità di esplorare e incuriosirsi nella ricerca di nuovi luoghi e sviluppa il senso dell'orientamento. In tale contesto l'allenamento viene inteso come strumento per aumentare la resistenza psicofisica valorizzando i concetti di sforzo e perseveranza. In sintesi occorre fare della fatica una virtù. Il Trekking praticato in gruppo presuppone inoltre la necessità di rispettare il ritmo e il tempo degli altri.

Il raggiungimento di un traguardo, che sia l'esecuzione di una buona tecnica nel Judo, di un buon tiro nell'arco, l'afferrare un appiglio lontano nell'arrampicata o il raggiungere una vetta nel Trekking, contribuisce a migliorare la fiducia e la stima in noi stessi e ci rende consapevoli delle nostre potenzialità e possibilità.

Il campus estivo "Judo e avventura"

L'estate rappresenta un periodo ottimale in cui i ragazzi possono frequentare gruppi di coetanei per praticare attività sportive o per esperienze di tipo ludico. Questo consente ai ragazzi di esercitare più intensivamente le loro abilità sociali nel-

la relazione con i pari e con gli adulti. Tali esperienze risultano tuttavia non sempre fruibili da parte di ragazzi con ADHD a causa del loro comportamento disturbante che interferisce con i loro processi di socializzazione attivando negli altri risposte di rifiuto o espulsione (Nixon, 2001). Inoltre i comportamenti associati con l'ADHD possono favorire legami di amicizia con coetanei devianti che, a loro volta, possono rinforzare i comportamenti negativi (Bagwell et al., 2001). Il nostro progetto è nato nell'ambito di una riflessione teorico-clinica sulla condizione di isolamento relazionale che i bambini con ADHD sperimentano nel corso della loro crescita (Luccherino e Pezzica, 2009) e si è concretamente realizzato grazie alla sinergia dell'Associazione Italiana Famiglie ADHD (AIFA), l'associazione Il Cerchio e l'Associazione Italiana Disturbi di Attenzione e Iperattività (AIDAI) regione Toscana. Dal 2009 si è svolto annualmente, nel mese di luglio, un Campus estivo denominato "Judo e Avventura" di tipo residenziale rivolto ad adolescenti maschi di età compresa tra 11 e 16 anni con diagnosi certificata di ADHD in terapia presso varie strutture del SSN o private.

Programma Giornaliero

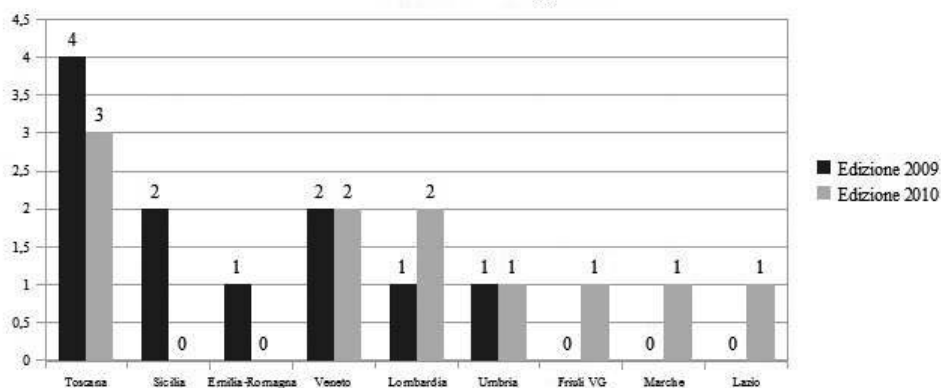
Il Programma Giornaliero è stato suddiviso in una parte mattutina dedicata alle attività strutturate di Judo, Arrampicata, Tiro con l'Arco, e una parte pomeridiana con escursioni nei boschi, attività ricreative di gruppo (giochi con acqua, caccia al tesoro, giochi di ruolo) e momenti non strutturati in cui i ragazzi potessero auto-organizzarsi in attività di gioco libero. Sono stati inoltre previsti incontri di gruppo con i ragazzi coordinati da due psicoterapeuti al fine di rielaborare le difficoltà incontrate nel percorso di socializzazione e adattamento e permettere l'emergere di potenzialità ancora inesprese.

Partecipanti

Le prime due edizioni (2009 e 2010) del Campus "Judo e Avventura" hanno coinvolto complessivamente 17 adolescenti maschi. Il campione era costituito: nella prima edizione (2009) da 11 ragazzi con età media di 13,8 anni (range 11,10-14,10) mentre nell'edizione successiva da 11 ragazzi (di cui 5 già presenti nell'edizione precedente) con età media 14,6 (range 12,2-15,10). In entrambe le edizioni i ragazzi provenivano da varie regioni italiane (Grafico 1).

Nell'edizione 2009 solo due ragazzi (18%) presentavano un ADHD puro, gli altri nove (82%) ADHD in comorbidità. Tra le patologie in comorbidità il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP) era presente nel 55% dei casi, mentre il 33% del campione mostrava un Disturbo dell'Umore. Sei ragazzi (54%) assumevano terapia farmacologica varia (Metilfenidato, Atomoxetina, Stabilizzanti dell'umore e Neurolettici atipici).

Grafico 1
Provenienza Geografica



Nell'edizione 2010 non erano presenti ADHD puri. Il DOP interessava il 54% dei ragazzi, mentre un Disturbo dell'Umore il 27%. Anche in questa edizione il 54% dei ragazzi assumeva una terapia farmacologica varia.

L'edizione 2010 si è svolta nella prima settimana di luglio e ha visto la partecipazione di 11 ragazzi. Tra i partecipanti i cinque ragazzi già presenti nell'edizione precedente sono stati reinseriti su loro specifica richiesta; questo rappresenta, a parere di chi scrive, un buon indice del successo dell'iniziativa. È anche opportuno sottolineare come i cinque ragazzi "anziani" hanno mostrato, a distanza di un anno, una migliore gestione dei loro comportamenti problematici. Durante lo svolgimento del Campus due ragazzi hanno concluso l'esperienza anzitempo: in un caso il ragazzo è stato allontanato su decisione dell'equipe degli operatori a causa di gravi comportamenti incontrollati e aggressivi, nell'altro è stata una scelta spontanea del ragazzo perchè consapevole delle proprie difficoltà a gestire la sua componente impulsiva e provocatoria. Per entrambi il Campus è risultato dunque non ancora adeguato alle loro capacità di autocontrollo e fonte di elevati stimoli stressanti.

L'incontro di gruppo

Un interessante indirizzo di ricerca orientato alla comprensione delle difficoltà di socializzazione dei ragazzi con ADHD ha focalizzato l'attenzione sulle capacità di *Social Perspective Taking* (SPT), ovvero l'abilità di comprendere le situazioni sociali dal punto di vista di un'altra persona (Selman, 1971). È stato riscontrato che bambini con ADHD possiedono abilità di SPT meno sofisticate nei vari livelli di problem solving di tipo sociale rispetto a bambini che non presentano tale disturbo (Cohen, Kershner, Wehrspann, 1985) e generano un minor numero di strategie sia di tipo cooperativo che di auto-trasformazione (Marton et al., 2009).

Alcuni autori hanno ipotizzato che il deficit a livello delle abilità di SPT sia un fattore che accomuna ragazzi con ADHD con ragazzi con Disturbo della Condotta (DC) ma con differenze sostanziali nei meccanismi di base (Greene et al., 1996). Secondo Hoza et al. (2005), ragazzi con DC tendono a sovrastimare le intenzioni aggressive da parte dell'altro creando in questo modo relazioni sociali tese, che a loro volta si traducono in un minor numero di possibilità di esercitare le loro SPT e le abilità sociali. D'altra parte anche ragazzi con ADHD possono avere relazioni sociali difficili, ma questo potrebbe essere ricondotto ad un deficit nelle abilità di inibizione sia cognitiva che comportamentale e nel funzionamento esecutivo in generale che li spinge ad agire senza aver avuto il tempo necessario per processare le informazioni sociali, o considerare i pensieri e sentimenti di coloro che li circondano (Barkley, 2006).

Si è pertanto ritenuto opportuno fornire ai ragazzi uno spazio all'interno del quale poter pensare la propria esperienza, dare voce ai propri pensieri ed esprimere le proprie emozioni. In tal senso il gruppo si configura come un luogo in cui il vissuto relazionale si modula continuamente attraverso un feedback emotivo tra i partecipanti.

Il terzo giorno del Campus, in orario serale, si è tenuto il gruppo dei ragazzi condotto da due facilitatori specializzati nella psicoterapia.

I ragazzi sono stati concordi nell'esplicitare la difficoltà a stare insieme senza litigare: "Siamo squadre, si dovrebbe stare insieme invece siamo un branco di persone che si mette in difficoltà". In particolare hanno descritto interazioni dalle quali emergeva la loro scarsa capacità di interpretare correttamente le intenzioni e atteggiamenti degli altri.

La narrazione di singoli episodi ha dunque permesso di circostanziare e rendere maggiormente comprensibile a sé e all'altro i processi sottostanti ai conflitti e ai comportamenti di disturbo presenti nel gruppo. Definire che cosa ci fa arrabbiare relativizza infatti tale emozione, dà la possibilità di collegarla ad un evento o ad una azione piuttosto che attribuirla a caratteristiche stabili dell'altro e permette di attivare processi di pensiero finalizzati alla risoluzione del conflitto. In altre parole, è differente dire "Paolo mi sta antipatico" piuttosto che "quando Paolo mi guarda fisso negli occhi mi dà fastidio". Nella prima situazione non abbiamo strumenti per comprendere o gestire la situazione, l'individuazione della seconda ipotesi all'interno del gruppo ha invece messo in moto pensieri rivolti ad una maggiore comprensione di sé "quando mi guarda fisso mi dà fastidio perchè penso che stia guardando una parte di me che non mi piace e potrebbe prendermi in giro".

Conclusioni

L'esperienza clinica e alcune evidenze scientifiche hanno rilevato che i bambini con disturbi del comportamento hanno meno successo in attività sportive e sperimentano sentimenti di bassa autostima in tale ambito. In base allo studio di Armstrong e Drabman (2004) un miglioramento nelle prestazioni sportive aumenta le interazioni sociali positive con i pari e determina un maggior senso di autoefficacia, autostima e felicità nei bambini con ADHD.

Lo scopo del Campus Estivo non è quello di avviare i ragazzi ad una attività sportiva. Tuttavia praticare le varie attività sportive ha consentito ai ragazzi di confrontarsi tra loro in un clima di accettazione delle difficoltà e di sperimentare alcuni piccoli successi personali che sono di grande importanza per la costruzione di una migliore immagine di sé. I litigi e i momenti conflittuali si sono verificati infatti principalmente al di fuori delle attività sportive o negli intervalli liberi tra le attività, e comunque non hanno mai riguardato le performance sportive dei ragazzi.

L'attesa del proprio turno rappresenta un momento di potenziale espressione di comportamenti negativi che possono contribuire a destabilizzare il gruppo e a vanificare i successi ottenuti. Di tutto ciò occorre tenere conto nel momento in cui chiunque si occupi di sport (allenatori, coaches, etc) intenda inserire ragazzi con ADHD all'interno del proprio campo di azione.

A nostro parere il valore di questa esperienza risiede non tanto nella possibilità di operare cambiamenti clinici nei ragazzi, vista la troppo breve durata, bensì nella possibilità di operare in un contesto ecologico. Durante l'intero spazio della giornata i ragazzi hanno potuto beneficiare di interventi mirati e costruiti sulle loro reali potenzialità o difficoltà comportamentali. I rinforzi così come le sanzioni sono stati contestuali al comportamento emesso e questo li ha resi più efficaci.

Il gruppo degli operatori (Neuropsichiatri Infantili, Psicologi, Educatori Professionali e Allenatori Sportivi) aveva avuto una formazione specifica nell'utilizzo di tecniche finalizzate alla promozione di un'adeguata autostima, alla costruzione di relazioni positive e alla gestione di situazioni di conflitto. La particolare complessità delle dinamiche personali e gruppali dei ragazzi hanno tuttavia costituito un elemento destabilizzante per il personale. L'impulsività e il discontrollo emotivo necessitano di un costante monitoraggio e possono attivare nell'equipe elevati livelli di ansia collegata ai rischi. Per ovviare a ciò sono state effettuate supervisioni degli operatori che hanno consentito di esplorare i vissuti controtransferali, e di ridefinire le modalità di intervento. L'area di maggiore criticità ha riguardato la gestione dei conflitti. Il mantenimento da parte dei membri dell'equipe di un atteggiamento fermo e coerente ha permesso di fornire una risposta di contenimento della componente comportamentale del conflitto, gli incontri di gruppo con i ragazzi hanno rappresentato l'ambito in cui esplorare e talvolta chiarire le dinamiche relazionali sottostanti.

L'utilizzo di tecniche comportamentali (rinforzo, estinzione, ignoring attivo, programmazione e previsione) è stato inoltre un ausilio importante nella realizzazione di interventi efficaci con i ragazzi.

Riassunto I Summer Camp stanno emergendo come mezzo per aumentare il supporto sociale e migliorare le abilità relazionali dei ragazzi. Scopo di questo lavoro è descrivere due esperienze di un campo estivo residenziale della durata di sette giorni per adolescenti con Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività. Hanno partecipato 17 maschi di età compresa tra 11 e 16 anni e provenienti da varie regioni d'Italia. Il programma comprendeva l'allenamento di abilità motorie e sportive (Judo, Tiro con l'Arco, Arrampicata, Trekking) e attività ricreative. I professionisti sono stati formati per promuovere

l'autostima, favorire relazioni positive e gestire i conflitti. Sono inoltre stati effettuati incontri terapeutici di gruppo per esplorare e ricontestualizzare le dinamiche conflittuali, e permettere una maggiore visione e comprensione del sé. Saranno esaminati gli aspetti fondamentali degli sport selezionati per il Campo e il quadro teorico che ha ispirato la nostra scelta. Saranno inoltre discussi i problemi incontrati nella gestione del gruppo e le azioni intraprese per risolverli.

Parole chiave Campo Estivo – ADHD – Sport – Psicoeducazione.

Bibliografia

- ARMSTRONG K., DRABMAN R. (2004), The clinical use of sports skills tutoring with grade school boys referred for school behavioral problems, *Child and Family Behavior Therapy*, 16: 43-48.
- BAGWELL C., BROOKE M., PELHAM W., HOZA B. (2001), Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: predictions from childhood to adolescence, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40: 1285-1292.
- BARKLEY R.A. (1997), Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD, *Psychological Bulletin*, 121: 65-94.
- BARKLEY R.A. (2006), A theory of ADHD, in R.A. Barkley (Ed.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, New York, Guilford.
- BECKER G.B. (1982), Philosophical perspectives on the martial arts in America, *Journal of the philosophy of sport*, 9: 19-29.
- BIEDERMAN J., NEWCORN J., SPRICH S. (1991), Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders, *The American Journal of Psychiatry*, 148, 5: 564-577.
- BOSCHKERA M.S.J., BAKKERA F.C., MICHAELSA C. (2002), Memory for the Functional Characteristics of Climbing Walls: Perceiving Affordances, *Journal of Motor Behavior*, 34,1: 25-36.
- COHEN N. J., KERSHNER J., WEHRSPANN W. (1985), Characteristics of social cognition in children with different symptom patterns, *Journal of Applied Developmental Psychology*, 6: 277-290.
- GREENE R. W., BIEDERMAN J., FARAONE S., OUELLETTE C., PENN C. (1996), Toward a new psychometric definition of social disability in children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 571-578.
- HOZA B., GERDES A. C., MRUG S., HINSHAW S. P., BUKOWSKI W. M. (2005), Peer-assessed outcomes in the Multimodal Treatment Study of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34: 74-86.
- LUCCHERINO L., PEZZICA S. (2009), Campus Estivo Judo e Avventura, *Disturbi di Attenzione e Iperattività*, 1: 96-103.

- MARTON I., WIENER J., ROGERS M., MOORE C., TANNOCK R. (2009), Empathy and Social Perspective Taking in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 1: 107-18.
- MASI G., MILLEPIEDI S., PEZZICA S., BERTINI S., BERLOFFA S. (2005), Comorbidità e diagnosi differenziale del Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività: implicazioni cliniche e terapeutiche, *Disturbi di attenzione e iperattività*, 1: 89-106.
- MATSUISHI T. (2009), Short-term effect of American Summer Treatment Program for Japanese children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Brain Development*, 32, 2: 115-22.
- MUGNAINI D., MASI G., BROVEDANI P., CHELAZZI C., MATAS M., ROMAGNOLI C., ZUDDAS A. (2006), Teacher reports of ADHD symptoms in Italian children at the end of first grade, *European Psychiatry*, 21:4 19-426.
- NIXON E. (2001), The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: A review of the literature, *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6: 172-180.
- PELHAM W. E., HOZA B. (1996), Intensive treatment: a Summer Treatment Program for children with ADHD, in E. Hibbs, P. Jensen (Eds), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: empirically based strategies for clinical practice*, New York, APA Press.
- SÁNCHEZ X. e TORREGROSA M. (2005), El papel de los factores psicológicos en la escalada deportiva: un análisis cualitativo, *Revista de Psicología del Deporte*, 14, 2: 177-194.
- SELMAN R. (1971), Taking another's perspective: Role-taking development in early childhood, *Child Development*, 42: 1721-1734.
- SHALLICE T., MARZOCCHI G.M., COSER S., DEL SAVIO M., MEUTER R.F., RUMIATI R.I. (2002), Executive Function Profile of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Developmental Neuropsychology*, 2, 1: 43-71.
- SIBLEY M.H., PELHAM W.E., EVANS S.W., Et AL. (2011), An evaluation of a Summer Treatment Program for adolescents with ADHD, *Cognitive Behavioral Practice*, 18: 530-44.
- SINPIA- SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA (2006), *Linee guida per il DDAI e i DSA. Diagnosi e interventi per il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività e i Disturbi Specifici dell'Apprendimento*, Trento, Erickson.
- SONUGA-BARKE E.J.S. (1996), When "Impulsiveness is delay aversion": a reply to Schweitzer and Sulzer-Azaroff (1995), *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37: 1023-1025.
- WOODWARD T.W. (2009), A Review of the Effects of Martial Arts Practice on Health, *Wisconsin Medical Journal*, 108, 1:40-43.
- YAMASHITA Y., MUKASA A., HONDA Y., ET AL. (2011), Summer treatment program for children with attention deficit hyperactivity disorder: Japanese experience in 5 years, *Brain Development*, 33, 3: 260-7.
- ZIVIN G., HASSAN N.R., DEPAULA G.F., MONTI D.A., HARLAN C., HOSSAIN K.D.,

- PATTERSON K. (2001), An effective approach to violence prevention: traditional martial arts in middle school, *Adolescence*, 36, 143: 443-59.
- ZUDDAS A., MARZOCCHI G.M., OOSTERLAAN J., CAVOLINA P., ANCILLETTA B., SERGEANT J.A. (2006), Factor structure and cultural aspect of Disruptive Behaviour Disorders symptoms in Italian children, *European Psychiatry*, 21: 410-8.