

"LO PSICOLOGO ED IL MONDO DELLA SCUOLA"
MANUALE INTRODUTTIVO AI PRINCIPALI TEMI:
DSA, ADHD E COMPORTAMENTI PROBLEMA



CePoSS – Società Cooperativa Sociale
30174 - Venezia

info@cooperativaceposs.com

www.cepossformazione.com

Dott.ssa **Anna Tavano**, Psicologa, Psicoterapeuta breve-strategica, Formatrice.

Dott.ssa **Anna Galiazzo**, referente progettazione e redazione ebook, Presidente della Cooperativa Ceposs, Psicologa e Psicoterapeuta affiliata allo Strategic Therapy Center.

INDICE

Cap. 1 DSA DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO: DALL'IDENTIFICAZIONE PRECOCE ALL'INTERVENTO EFFICACE

1.1 DEFINIZIONE DEL CONTESTO	p. 5
1.2 PROBLEMI RILEVANTI RISCONTRATI.....	p. 7
1.3 SOLUZIONI EFFICACI.....	p. 9
1.4 CASI CLINICI	p. 12

Cap. 2 ADHD e COMPORTAMENTI PROBLEMA: DIAGNOSI DIFFERENZIALE E PRESA IN CARICO GLOBALE

2.1 DEFINIZIONE DEL CONTESTO.....	p. 16
2.2 PROBLEMI RILEVANTI RISCONTRATI.....	p. 20
2.3 SOLUZIONI EFFICACI	p. 23
2.4 CASI CLINICI	p. 27

Curriculum Docenti e Ringraziamenti	p. 31
--	-------

**DSA - DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO:
DALL'IDENTIFICAZIONE PRECOCE ALL'INTERVENTO
EFFICACE**

1.1 DEFINIZIONE DEL CONTESTO

La legge 170/ 10 riconosce la presenza in età evolutiva di Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA), assegnando al sistema nazionale di istruzione il compito di individuare le forme didattiche e le modalità di valutazione più adeguate affinché alunni e studenti con DSA possano raggiungere il successo formativo. Le istituzioni scolastiche dovrebbero dunque segnalare alle famiglie le eventuali evidenze, riscontrate nelle prestazioni quotidiane in classe e persistenti nonostante l'applicazione di adeguate attività di recupero didattico mirato, di un possibile disturbo specifico di apprendimento, al fine di avviare il percorso per la diagnosi. Questa viene effettuata presso il SSN o in centri accreditati utilizzando test standardizzati.

L'attuale impostazione dell' ICD 10 (Classificazione internazionale delle malattie, sezione F capitolo V, patologie mentali e del comportamento, decima versione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 2003) ha racchiuso i disturbi dell'apprendimento scolastico in tre categorie principali: disturbo della lettura, (dislessia) della scrittura (disgrafia, disortografia) e del calcolo (discalculia). E' stata inoltre aggiunta una voce che racchiude tutte le altre possibili categorie di disturbi (come ad es. difficoltà visuospatiali, di comprensione, etc) nel disturbo misto (secondo ICD10) o non altrimenti specificato. Con la pubblicazione della nuova edizione del DSM (DSM-5) il disturbo rientra nella categoria dei Disturbi del Neurosviluppo, è stata eliminata la differenziazione tra i disturbi di dislessia, discalculia, disortografia e disgrafia per raggrupparli in una categoria unica di diagnosi di "Disturbo specifico dell'apprendimento". Alla definizione unica sono stati affiancati degli "specificatori" che riguardano le capacità deficitarie con riferimento alla compromissione

della lettura, dell'espressione scritta, del calcolo; inoltre va specificato il grado di gravità, inteso come la ripercussione sul funzionamento quotidiano della persona e il livello di aiuti necessari per compensare tali deficit.

I criteri che determinano l'inclusione di difficoltà scolastiche in questi cluster di disturbi sono:

- Età d'insorgenza: prima dei 18 anni e dopo gli 8-9 anni, ovvero dopo almeno due anni di esposizione ad un'adeguata scolarizzazione per quanto riguarda il sistema della letto scrittura e tre anni per il calcolo.
- Presenza di sintomi per almeno 6 mesi, nonostante la messa in atto di interventi mirati su tali difficoltà
- Livello intellettivo: adeguato per l'età, valutato attraverso test standardizzati atti a misurare le capacità cognitive del bambino.
- Assenza di patologie neurologiche e deficit sensoriali
- Prestazione altamente deficitaria a test standardizzati che prevedano di valutare le abilità di lettura, scrittura, calcolo,

Secondo la spiegazione fornita dalla European Dyslexia Association si tratta di una condizione di origine biologica, non causata da privazioni culturali, difetti sensoriali, handicap mentale, o disturbi emotivi.

La dislessia, disgrafia e discalculia, (termini specifici per indicare i disturbi dell'apprendimento) dunque non sono malattie per cui non esiste una "cura", ma è più che altro considerabile come una caratteristica dell'individuo che si modifica ed evolve nel tempo, per cui se si apprendono precocemente le strategie più opportune per compensarle si eviterà di sentirsi addosso un handicap per tutta la vita.

I disturbi dell'apprendimento esistono in qualunque parte del mondo, qualunque sia la cultura o la lingua, ed in media colpisce dal 4 all'8% della popolazione in età scolare.

Malgrado l'intelligenza e la motivazione, i bambini con un disturbo dell'apprendimento senza un'identificazione tempestiva della situazione ed un intervento mirato potrebbero andare incontro ad un forte insuccesso scolastico, con conseguenze in età adulta anche importanti, che

vanno da un abbandono precoce della scuola e l' avviamento di carriere lavorative "a rischio di devianza sociale", a problematiche personali quali disturbi del comportamento e dell'umore, fino a problematiche quali ansia e depressione.

Una diagnosi precoce ed un intervento di rete tra la scuola e la famiglia permette di mettere in campo una serie di strategie che compensano le difficoltà del caso, servendosi di strumenti "ad hoc" che siano compensativi dei deficit riscontrati e dispensativi delle abilità scolastiche inficiate, i quali consentano a questi bambini di diventare ragazzi sereni e concludere con successo le proprie carriere scolastiche anche fino alla laurea.

1.2 PROBLEMI RILEVANTI RISCONTRATI

Dai colloqui con genitori ed insegnanti, emerge che bambini e ragazzi con un probabile disturbo dell'apprendimento scolastico sono definiti il più delle volte come pigri, svogliati, se non anche furbi e dipendenti dalla figura adulta per poter eseguire i propri compiti. Attraverso indagini più approfondite, volte ad esaminare meglio la situazione presentata, emerge che il più delle volte si tratta di studenti che impiegano una grandissima quantità di energie in compiti all'apparenza molto semplici, come la lettura di un testo o la procedura per svolgere un calcolo aritmetico, per cui poi non hanno più le forze sufficienti per riuscire a portare a termine compiti complessi come ad esempio studiare un brano o risolvere un intero problema di matematica. I genitori riportano spesso anche un altro fenomeno per loro molto "curioso" e fonte di grande rabbia, tensione e conflitto in famiglia: essi sono costretti a seguire i figli per ore ogni pomeriggio per spiegare loro cosa e come fare per svolgere i propri compiti e colmare così, secondo loro, le lacune che i figli hanno generato la mattina stando distratti a scuola; ma poi il giorno dopo a scuola la musica si ripete: sembra che i figli non abbiano studiato nulla, perché

non ricordano nulla, perché sono troppo distratti, per cui il pomeriggio seguente riprendono tutto punto e accapo, fornendo inutilmente aimè, le stesse indicazioni e spiegazioni del giorno precedente e incamerando tanta frustrazione per il fatto di non riuscire a “fissare” nulla in quelle testoline.

Tutto questo spesso si verifica perché le suddette difficoltà sono caratteristiche peculiari dei disturbi dell'apprendimento, il cui nucleo principale secondo vari esperti risulta imputabile alla mancata automatizzazione dei processi di base delle abilità di lettura, scrittura e calcolo. Questi studenti si trovano cioè a dover ripetere ogni volta lo stesso compito *come se fosse nuovo* –step by step- senza mai riuscire a farlo in modo automatico, come se un adulto che ha la patente da anni, ogni mattina salisse sulla propria auto e dovesse usare tutta la sua concentrazione per pensare alla sequenza: freno- frizione- cambio-marcia- frizione -acceleratore e quindi non avesse più energie mentali per poter pensare ad altro. Logica conseguenza che ne deriva, dunque, è che questo processo comporta un grande affaticamento e prolungamento dei tempi (se confrontati con altri studenti coetanei) e una lentezza globale dello studente, se valutato rispetto al proprio processo di apprendimento. Questi sono studenti che spendono tantissime energie per stare attenti per pochissimo tempo ed anche i risultati che ottengono sono mediocri perché faticano a memorizzare concetti complessi o molto astratti, termini “tecnici” e “stringhe senza un chiaro significato pratico in sé” come le tabelline della tavola pitagorica o la coniugazione dei verbi.

Ne deriva spesso che lo studente con DSA ha una percezione di sé non equilibrata: da una parte si ritiene intelligente, ma la realtà scolastica lo contraddice, di conseguenza può assumere alcuni atteggiamenti a volte anche contraddittori tra loro, oscillando da un estremo all'altro. Infatti i genitori raccontano che ci sono volte in cui i figli chiedono continuamente aiuto e senza la loro costante presenza non aprono libro, altre in cui invece si oppongono a qualsiasi richiesta del genitore, sono estremamente passivi, ed anche con la maggior pressione fisica e psicologica da parte dei genitori non studiano nulla, anzi nascondono cartella, libri, inventano molte bugie, pur di evitare di cimentarsi con la difficoltà, dimenticano libri e quaderni a scuola, falsificano firme e voti. Sono ragazzini che possono oscillare dal non saper chiedere aiuto, al chiedere

continuamente aiuto e conferma per qualsiasi cosa, anche al di là dell'ambito scolastico, oppure possono essere molto oppositivi e provocatori nei confronti dei genitori o al contrario passivi rispetto alle loro richieste e demotivati su più fronti.

1.3 SOLUZIONI EFFICACI

Dalla mia esperienza e dalle conoscenze acquisite con il modello di Terapia Breve e Strategica, ho elaborato un modello d'intervento sistemico, sperimentato attualmente su oltre un centinaio di casi, con un'alta efficacia, che prevede di lavorare coinvolgendo la famiglia, la scuola ed il bambino. Seguendo lo stratagemma di *"solcare il mare all'insaputa del cielo"* il focus dell'intervento è il benessere del bambino e per questo si lavora al contempo in modo indiretto, fornendo un supporto psico-educativo ai genitori per gestirlo a casa e in modo diretto, lavorando in piccolo gruppo con più bambini della stessa fascia d'età e con difficoltà simili, per fornire loro in un contesto non clinico ma molto vicino alla loro quotidianità scolastica, strategie meta-cognitive che diano un supporto concreto nello studio quotidiano, insegnando loro strategie specifiche per compensare le proprie difficoltà e facendo altresì una riabilitazione mirata per ciascun singolo caso, delle componenti inficiate nel DSA. Una volta elaborate buone prassi e strategie operative efficaci, cucite ad hoc su quel bambino, si condividono tali indicazioni anche con gli insegnanti, affinché possano essere adoperate anche a scuola ed il bambino possa arrivare col tempo a generalizzare delle strategie di apprendimento efficaci.

Nello specifico, si guidano questi genitori attraverso colloqui clinici, servendosi di strumenti come il dialogo strategico, a riconsiderare una serie di comportamenti messi in atto dai loro figli non come manifestazione di pigrizia ed indolenza ma come indicatori di un profondo disagio, manifesto specialmente in ambito scolastico. Laddove le richieste ambientali divengono troppo alte per il bambino, che ad esempio non riesce a stare al passo coi compagni nel dettato in classe o nel ricopiare dalla lavagna i compiti del giorno dopo, questo mette in atto dei comportamenti “di sopravvivenza” quali staccarsi dalla classe e giocherellare con i materiali scolastici, oppure distrarsi, stando con il naso per aria, e si conduce i genitori dunque a riflettere che magari il bambino in quella circostanza si comporta così perché è troppo lento ed in difficoltà con la scrittura. Oppure tanti genitori dicono che il figlio è “distratto” nella lettura ad alta voce e ritengono che la causa sia perché pensa ad altro e allora gli chiedono di continuare a leggere e rileggere ad alta voce, senza considerare che il leggere per sé stessi, per comprendere un testo, è ben differente dalla lettura per gli altri ad alta voce e che questa è ancora più complessa da affrontare per un ragazzino che magari ha una dislessia, perché i suoi occhi compiono movimenti (dette saccadi) irregolari rispetto a quelli dei suoi compagni, tornando più volte avanti e indietro sulla stessa parola ed andando dunque in confusione, oppure perché mentre legge è come se si trovasse davanti ad un foglio tutto macchiato, in cui ci sono pezzi di parole coperte ed “illeggibili” per cui legge l’inizio della parola e poi la fine la tira ad indovinare. Oppure ci sono molti genitori che si lamentano perché il figlio non sa le tabelline e ancora non è in grado di fare i conti senza le dita, nonostante sia già alle scuole medie e credono, il più delle volte, che sia stata causa di una maestra che non le abbia spiegate bene, oppure che sia perché si ritrovano dei figli svogliati e non riescono proprio a spiegarsi come per questi ragazzi talvolta i numeri siano solo una stringa in “arabo” nel senso più letterale della parola, ovvero, un insieme di suoni appartenenti ad una lingua “straniera” a cui si fa fatica ad associare un vero significato, a capire che rappresentano delle quantità da poter manipolare e poi rappresentare sinteticamente attraverso il codice numerico.

Allora conducendo gradualmente i genitori in questo viaggio di scoperta congiunta, il più delle volte, è come se gli si accendesse in loro ad un certo punto una lampadina ed essi arrivano a comprendere che affiancare i figli, sostituirsi a loro, è nella maggior parte dei casi inutile,

nonché dannoso, perché logora il rapporto genitore-figlio, portandoli a volte ad escalation di rabbia molto intensa dal momento che sorgono incomprensioni e forte frustrazione nel momento in cui tanti sforzi congiunti non portano a nessun risultato. Ancora una volta, questa è la prova che fare, ostinazione, qualcosa che si è già sperimentato in passato e che non ha funzionato non risolve ma complica il problema. Molte volte, troppo spesso in questi casi, si assiste alla manifestazione del vecchio adagio: *con le migliori intenzioni si ottengono i risultati peggiori.*

Per cui a questo punto dell'intervento si fornisce come indicazione principale a questi genitori quella di *circoscrivere* l'ambito della scuola ad uno degli aspetti della vita loro e dei propri figli, senza assolutizzare questa dimensione problematica, invitandoli ad *osservare senza intervenire*, alla *ricerca di eccezioni positive*, quali possono essere lo sport, le attività ricreative oppure la collaborazione domestica in piccole ma concrete attività.

Per questi genitori *osservare senza intervenire* è in assoluto il compito più arduo perché devono invertire totalmente la rotta ed oltre ad una normale resistenza al cambiamento che riscontriamo in tutti i sistemi che si sono cristallizzati su una problematica, in questi casi i genitori sentono su di sé una responsabilità forte che va quindi delegata dalla loro figura a quella degli esperti, che da questo momento fino alla fine del percorso, si prenderanno l'incarico di lavorare sui compiti scolastici con i bambini per un paio di pomeriggi a settimana, sostituendosi al genitore, in questo momento disfunzionale su questo aspetto e trovando un accordo anche con la scuola che permetta al genitore di delegare serenamente la propria responsabilità educativa ad un team di professionisti.

1.4 CASO CLINICO

- 1 Ad esempio di quanto detto cito uno degli innumerevoli casi clinici visti finora. Ho scelto di parlarvi proprio di Andrea perché credo che riassume in modo completo un lavoro strategico ed indiretto con il nucleo familiare ed anche un lavoro invece diretto e mirato alla riabilitazione del DSA con lui.
- 2 La prima volta sento parlare di A. dalle professoressa che mi conoscono da tempo e mi telefonano perché sono molto preoccupate in quanto è finita la prima media e loro hanno visto un ragazzino che non è maturato come gli altri, perché anche lasciandogli il suo tempo lui è rimasto fermo alle nozioni di settembre ed anzi col passare dei mesi si è sempre di più chiuso in se stesso, rifiutando l'aiuto delle insegnanti, rifugiandosi in un suo mondo fantastico, di cui loro vedevano solo gli aerei di carta costruiti durante le ore di lezione ed i rumori fatti da A. con la bocca mentre distratto durante le spiegazioni disegna aerei sul banco e sui quaderni e gioca da solo alla guerra. Le insegnanti sono in difficoltà, non sanno come dirlo a questa mamma che mi dicono ha già sofferto tanto.
- 3 Quando la mamma arriva in primo colloquio è da sola e mi dice di essere arrivata all'ultima spiaggia, perché le ha provate tutte, perché da quando il suo primo e unico figlio è nato lei è attorniata da specialisti, psicologi, psichiatri etc e non sa più cosa fare perché ad ogni nuovo consulto aumenta la sua delusione. Si vede subito che è una donna che soffre, racconta la sua storia con un filo di voce, come se si stesse confessando, inizia a parlare di sé e del marito, che ormai scettico si rifiuta di consultare nuovi specialisti, per cui lei è arrivata da me in "gran segreto" solo perché si fida delle insegnanti e loro le hanno detto che in tanti altri casi le ho aiutate e che ci sono stati dei bei cambiamenti.

- 4 Impieghiamo tutto il primo incontro per cercare di definire assieme qual è il problema di Andrea perché questa donna è molto confusa e stanca, piange spesso, e racconta tutta la storia del figlio e l'iter di specialisti seguito dall'inizio per via di una serie di piccoli problemi organici avuti dai primi giorni di vita fino all'età dell'asilo, che l'hanno segnata come una lettera scarlatta, per cui lei si è rassegnata al fatto che non sarebbero mai potuti stare bene, sereni, perché ogni tanto qualche nuovo problema li costringeva a nuove ed estenuanti terapie. Cerco di spiegare alla signora il mio metodo di lavoro, che io non gli farò fare ancora disegni e che non vorrò sapere tutta la loro storia perché non lavoro sul loro passato e che non sono qui per trovare il perché A. abbia sviluppato le proprie difficoltà, ma che sono interessata a capire assieme a lei come funziona il problema e cosa possiamo pensare di fare concretamente per risolverlo. Adesso il problema è che a scuola A. non funziona, non c'è e madre e figlio passano fin dalla prima elementare ogni pomeriggio ore ed ore a studiare per recuperare quanto non fatto in classe, per cui A. non ha mai potuto giocare al pomeriggio con gli amichetti perché non aveva mai tempo, né dedicarsi ad uno sport per via dell'asma. La sua unica passione restano sono i lego, con i quali costruisce aerei e fortezze per giocare in un mondo tutto e solo suo. Iniziamo dunque col ridurre da subito le ore di studio al pomeriggio a due nei giorni in cui non frequenta il Centro Cresco e dopo gli si prescrive di iniziare a domandare a questo ragazzino, che non ha mai costruito nulla al di fuori della scuola e dello studio, cosa gli piacerebbe fare al pomeriggio di diverso oltre ai compiti, *come se fosse uno studente modello che quindi non ha bisogno di stare tanto sui libri.*
- 5 Al secondo incontro c'è anche il papà. I genitori mi riferiscono che A. non ha accettato subito di buon grado di venire al centro per fare i compiti perché è sempre diffidente delle novità, e cerca di evitare lo studio, ma avendo trovato una "maestra giovane" che lo aiuta a fare presto i compiti e dei nuovi amici non ci ha messo molto a cambiare idea. Mi hanno detto anche che è stato complesso riuscire a cambiare la loro abitudine pomeridiana di stare lì seduti assieme a studiare fino anche ad ora di cena perché A. non ha accettato subito e di buon grado di non finire tutti i compiti visto che, con la sua lentezza dopo due ore aveva terminato solo una materia di studio. Inoltre mi dicono che lui è molto lamentoso, e a casa non fa che parlare della scuola, dei compagni delle ingiustizie che deve subire, e questa

tensione poi la sfoga a casa abbuffandosi di schifezze. Utilizzando il contatto con le insegnanti e la relazione positiva instauratasi tra la psicologa che vede A. due pomeriggi a settimana, deleghiamo a queste figure il compito di spiegare ad A. cosa e quanto studiare al giorno ed ai genitori viene detto solo di recitare la parte, tornati a casa di quelli che hanno appena scoperto di avere un grave problema per il quale dovranno lavorare molto su di loro come coppia, dal momento che litigano spesso, per cui diranno al figlio: *scusaci tanto se non potremo più seguirti come prima* ma sappiamo che l'insegnante di scuola e il centro Cresco possono darti una mano nel fare i compiti meglio di noi. E poi la seconda indicazione che gli viene data è quella di *dedicare uno spazio ogni giorno di mezz'ora* in cui A. possa sfogarsi e raccontare com'è andata a scuola, ma che poi fuori da quella mezz'ora ci sia la *congiura del silenzio* rispetto alla scuola. Viene detto ai genitori di continuare a chiedergli almeno una volta al giorno cosa gli piacerebbe fare finito di studiare, *come se fosse uno studente modello*, poiché non avendolo mai fatto è normale che sia bloccato e non abbia neanche idea di cosa si possa fare, e che più che fornirgli loro delle risposte, se A. gira la domanda a loro, gli rispondano dicendo: *chiedi ai tuoi compagni di scuola più bravi cosa fanno finito di studiare.*

- 6 Al terzo incontro ritornano e mi dicono che A. sta usando tutto lo spazio della mezz'ora e che da quando le insegnanti gli hanno parlato si è convinto e si mette di sua volontà e da solo al pomeriggio a studiare per due ore e che poi ha iniziato ad uscire da solo con la bici nel quartiere. Nel piccolo gruppo fatto al Centro, A. si può confrontare con i pari e sperimentare tecniche nuove per memorizzare i concetti più complessi e intanto lavorare in parallelo per potenziare il canale della lettura usando il pc e programmi specifici. La mamma mi racconta che lo vede già più sicuro di sé, e che da quando lavora con noi i tic che aveva oramai da anni si sono ridotti tantissimo, e che oramai da quando lei non gli dice più di non farli e non ci fa caso, questi sono diventati sporadici. Per quanto la mamma veda il figlio migliorato lei è angosciata, ha un carico di sofferenza che si porta dietro da troppi anni e che ha bisogno anche lei come il figlio di canalizzare, per cui le dico di armarsi di un bel quadernone e di una penna e di iniziare a scrivere il *romanzo criminale* della sua esistenza

di madre, partendo dagli inizi, dalla prima volta che le hanno detto che suo figlio aveva dei problemi ad adesso.

- 7 Al quarto incontro la mamma è già più serena, mi ha detto che scrivere la sta aiutando a mettere le distanze e capire che il passato è andato ed ora il presente può essere migliore. A. usa sempre lo spazio per sfogarsi tornato a casa ma ora bastano 10 minuti perché si plachi, ed anche la sua voracità alimentare è diminuita. Oramai esce tutti i pomeriggi e va a cercare i suoi amici in parrocchia e va anche a scuola da solo in bici. Sembra già tutto un altro bambino. Allora la mamma mi chiede se siamo riusciti in così poco tempo a sistemare la scuola perché ora A. è autonomo ed anche le insegnanti sono contente dei progressi di A. ed abbiamo tolto i tic se ora possiamo lavorare su un altro tema molto caldo: il lettone condiviso da sempre da tutti e tre, che adesso inizia ad essere troppo piccolo. Il padre accusa molto la madre di essere stata iperprotettiva e dice che se attualmente A. ancora non riesce a togliersi il “vizio” di ciucciarsi le dita è a causa sua. Utilizzando il dialogo strategico li porto a considerare che questo processo di accuse reciproche e la spaccatura tra loro che ne deriva non fa che alimentare il problema, per cui se vogliono riuscire a risolvere anche questo problema devono essere un fronte comune. Per cui propongo loro intanto di proseguire sul versante della responsabilizzazione del figlio, lasciandolo sempre più in autonomia, affidandogli piccole commissioni, affinché possa sentirsi trattato da grande. Poi identificato il momento preciso “clou” nel rito dell’addormentamento che è quello della lettura della fiaba, abbiamo deciso che la spostiamo nel letto del figlio, dove la mamma leggerà alcune favole specifiche sui bambini che hanno paura di andare a dormire e terminerà chiedendogli un parere sulla fiaba letta. Nel frattempo aspetterà lì che lui si addormenti ed andrà via. Il papà avrà il compito di stabilire quanto tempo ci impiegherà la mamma a svolgere questo rito, che dovrà di settimana in settimana, essere ridotto di 5 minuti. Nel caso durante la notte lui avesse fatto delle incursioni notturne il papà si sarebbe dovuto alzare prontamente e riaccompagnarlo al suo letto.
- 8 Al quinto incontro i genitori sono entusiasti ed increduli che abbia funzionato così rapidamente. Mi raccontano che è successo solo una volta che lui si sia alzato nel cuore della

notte per andare da loro ma che oramai la mamma va solo a dargli il bacio della buona notte. La mamma dice che scrivendo ha capito che quando lei riesce ad essere più serena allora anche il figlio di conseguenza vive con tranquillità e che invece quando lei per prima si agita e si preoccupa per il suo avvenire allora lui si blocca. Chiedo loro a questo punto di valutarsi su una scala da 0 a 10 dove 0 corrisponde alla prima volta che ci siamo incontrati e 10 a quando potranno ritenere risolti tutti i loro problemi a che punto del lavoro siamo e loro rispondono dandosi un bell'8. Ora resta soltanto il problema dell'alimentazione, che è strettamente legato al cortisone e alle terapie contro l'asma.

- 9 Intanto stabiliamo di comune accordo con il pediatra un'attività sportiva di gruppo che anche A. con i suoi problemi fisici possa comunque effettuare per muoversi e mantenersi in forma. Poi inseriamo all'interno della dieta ferrea che per forza di cose A. è costretto a seguire, almeno una piccola cosa al giorno, una trasgressione diversa per ogni pasto, e due merende composte dalle sue schifezze preferite ma regolamentate numericamente: si parte con 10 lecca-lecca da alternare ad altre caramelle gommosi alle patatine e così via, per arrivare col passare delle settimane a ridurle a 7, 5, 3, 1 come si potrebbe fare con chi volesse smettere di fumare, pensando che se te lo concedi potrai rinunciarvi, se non te lo concedi diverrà irrinunciabile.
- 10 Andrea oggi grazie al pc, calcolatrice ed un metodo di studio costruito ad hoc ha trovato il suo modo per stare bene a scuola, e ora esce, gioca a pallanuoto, e fa merenda proprio come i suoi compagni!



Cap. 2

ADHD e COMPORTAMENTI PROBLEMA: DIAGNOSI DIFFERENZIALE E PRESA IN CARICO

2.1 DEFINIZIONE DEL CONTESTO

Il Ministero dell'Istruzione, Università e della Ricerca, il 15/06/2010 ha emanato una circolare a tutti i Direttori Generali degli Uffici Scolastici Regionali, che informa le scuole sulle caratteristiche dell'ADHD (Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività) e consiglia alcune modalità per affrontare le possibili problematiche. Il 28 Marzo 2012 viene diffusa una nuova circolare dal MIUR sull' ADHD, nella quale si sottolinea l'opportunità che la scuola rediga un Documento Personalizzato per gli alunni con una diagnosi di ADHD così come già previsto per gli alunni ai quali è stato riscontrato da parte degli specialisti un Disturbo Specifico dell' Apprendimento.

Ma su quali basi arrivare ad identificare i comportamenti problema segnalati il più delle volte dal mondo della scuola come indici di una Disturbo dell'Attenzione ed Iperattività?

In un'epoca sempre più frenetica, in cui le istituzioni tradizionali come la scuola e la famiglia si sentono subissate di sempre maggiori responsabilità e a fronte di tempi di gestione delle problematiche presentate dai suddetti, sempre più contratti, si assiste a generazioni di ragazzini che per stare al passo coi tempi sono sempre più attivi e dinamici, e tal volta sempre più spesso percepiti come reazione, iper-attivi.

Contrariamente a quanto forse si pensi, l'iperattività comportamentale dei ragazzini, è oggetto di studio da parte dei clinici da lungo tempo.

E' dagli inizi del '900 che c'è interesse per questa tematica, infatti fu G.F. Still a fornire una prima descrizione del disturbo, all'interno di una conferenza presso la "Royal College of Physicians" di

Londra, dal titolo “*Bambini con eccessiva vivacità e distruttività*”. In breve, riteneva che il problema del bambino disattento e iperattivo, implicitamente, facesse riferimento a ciò che oggi chiamiamo *Disordine della Condotta* su base costituzionale e sottolineò anche il fatto che tentativi d’intervento attraverso la punizione per ridurre i comportamenti iperattivi e impulsivi non fossero efficaci.

E’ dal 1965 che sono previste, a livello internazionale, delle indicazioni sintomatologiche precise che aiutino il clinico nell’individuazione del Deficit di Attenzione/Iperattività. Negli anni settanta, venne costituito un gruppo di lavoro formato da clinici e ricercatori, psicologi e psichiatri, del Nord -America, della Nuova Zelanda e d’Europa, che identificarono i criteri per la diagnosi differenziale del Disturbo, i quali abbandonarono l’idea della lesione come causa della patologia e cominciarono a descrivere i sintomi ed i comportamenti associati ad un disordine dell’attenzione e dell’attività motoria. Il gruppo di ricerca dei criteri diagnostici arrivò a definire, pertanto, alcuni aspetti qualitativi e quantitativi necessari per la diagnosi.

I risultati di questo gruppo di lavoro di ricerca dei criteri diagnostici furono in larga parte acquisiti dalla versione del Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali, poi divenuto dopo varie revisioni DSM, giunto attualmente in Italia alla versione 5.

Attualmente sono 18 i segni ed i sintomi che definiscono secondo tali manuali il quadro clinico del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, ognuno dei quali viene rilevato nel comportamento del bambino con livelli di intensità diversi, ma che devono avere durata da almeno 6 mesi continuativi, un’intensità incompatibile con il livello di sviluppo, una compromissione del funzionamento sociale, scolastico e lavorativo, l’età dell’esordio precoce, comunque precedente i 12 anni.

La concezione che ad oggi sembra meglio interpretare il problema è quella di considerare i sintomi all’interno di un continuum dove ad un estremo possiamo collocare l’assenza del comportamento oggetto di indagine, e all’altro estremo la sua presenza ad un livello tale da compromettere lo sviluppo del bambino ed il suo adattamento all’ambiente. Quindi all’interno di questa cornice, dovrebbe essere posta particolare attenzione alle osservazioni

effettuate specie dall'insegnante perché potrebbe essere in grado di individuare, anche soggettivamente, un punto di demarcazione (o cut off) tra normalità e alterazione del comportamento confrontando quel bambino con i suoi coetanei. A questo punto una domanda sorge spontanea: con quale margine di sicurezza i rilievi dell'insegnante sono in grado di predirci dei casi conclamati di disturbo dell'attenzione e non dei falsi-positivi?

La prevalenza dell'ADHD, in numerosi studi, è stata valutata tra il 3% e il 10% della popolazione pediatrica (Anderson et al., 1987; Bird et al., 1988; Costello et al., 1988; Cohen et al., 1987). In Italia l'Istituto Superiore di Sanità ha stimato che al 2010 i casi diagnosticati con ADHD erano 1600. Anche all'interno dei principali manuali diagnostici utilizzati dai clinici dello sviluppo vi è una differenza nelle stime di frequenza del Disturbo. Infatti, per l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità, ICD-10; 1990), l'ADHD coinvolge tra l'1% e il 2% della popolazione infantile, mentre per l'APA (Associazione Psichiatri Americani) il tasso di incidenza si aggira attorno al 5% per i bambini, e il 2,5% per gli adulti (espresso nella versione DSM-5, 2004; Barkley, 2005). Tali differenze sono dovute ad un diverso criterio di selezione dei sintomi caratterizzanti l'ADHD.

Il Disturbo da Deficit d'Attenzione ed Iperattività viene dunque definito come un disturbo del neurosviluppo, caratterizzato da inattenzione, impulsività ed iperattività motoria che rende difficoltoso e in taluni casi impedisce il normale sviluppo e l'integrazione sociale dei bambini.

La stragrande maggioranza degli studi effettuati finora ha inquadrato l'ADHD all'interno di un quadro sindromico eterogeneo e complesso, multifattoriale che nel 70-80% dei casi vede la comorbilità con un altro o altri disturbi. La coesistenza di più disturbi aggrava la sintomatologia rendendo complessa sia la diagnosi che l'intervento. I disturbi più frequentemente associati sono: disturbo oppositivo-provocatorio e i disturbi della condotta, i disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), i disturbi d'ansia, il disturbo ossessivo-compulsivo, il disturbo da tic, e con minore frequenza, la depressione, il disturbo bipolare.

A mio avviso diventa dunque cruciale servirsi di una metodologia diagnostica in grado di valutare opportunamente ciascun singolo caso, per compiere un'adeguata diagnosi

differenziale, e discriminare soprattutto tra i vari disturbi spesso compresenti cosa è primario e cosa secondario, affinché ciò possa permettere di selezionare il percorso riabilitativo migliore, e fornire una maggiore probabilità di successo dell'intervento. A tal proposito, ritengo dunque utile un approccio integrato, che si serva delle conoscenze di base a cui la psicologia cognitiva è approdata dopo decenni di studi in merito, ma che affianchi ai principali test utilizzati nello screening consueto, dall'anamnesi, all'uso di questionari standardizzati, come Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach, 1991), le Scale CRS-R (Conners, 2007) o interviste strutturate, come la K-SADS-PL (Kaufman et al, 2004), a test neuropsicologici in grado di valutare le abilità di attenzione e funzioni esecutive come la BIA (Marzocchi et al, 2010), il test della Torre Di Londra (Sannio Fancello et al, 2007), il Wisconsin Card Sorting –Test Modified (MCST, Sannio Fancello et al, 2002) anche un'osservazione attiva e duratura che consenta una diagnosi operativa secondo il modello della ricerca-intervento.

2.2 PROBLEMI RILEVANTI RISCONTRATI

Dai colloqui effettuati con genitori ed insegnanti, emerge che la maggior parte delle volte questi bambini segnalati come "iperattivi" presentano i seguenti comportamenti:

1. Non riescono a prestare attenzione ai particolari o commettono diversi errori di distrazione nei compiti scolastici di vario genere, indipendentemente dalla materia o dalla tipologia di compito (lettura-copia di testi-calcoli);
2. Faticano a mantenere un'attenzione prolungata nel tempo sulle attività meno strutturate o di gioco, anche se per loro interessanti;

3. Tendono a giocare in modo rumoroso e chiassoso, passando spesso da un'attività ad un'altra, tirando fuori tutti i propri materiali di gioco a disposizione senza l'intento esplicito di utilizzarli, e a mettersi facilmente in condizioni di pericolosità;
4. Difficilmente riescono a mantenere fisso il proprio focus attentivo per un tempo sufficiente quando gli si parla direttamente;
5. Hanno scarsa capacità di organizzarsi e pianificarsi nei compiti scolastici e nelle attività strutturate (es: iniziano ad aprire un quaderno per passare poi rapidamente ad un'altra materia di studio senza avere a disposizione tutti i materiali necessari per poi tornare sulla prima.);
6. Si stancano molto facilmente in compiti che richiedono sforzo mentale protratto (come compiti in classe);
7. Hanno difficoltà a rimanere seduto sulla sedia in modo tranquillo;
8. Non riescono a restare in silenzio nei momenti in cui viene loro esplicitamente richiesto, se non per brevissimi momenti;
9. Sono in grossa difficoltà nell'attendere il proprio turno di parola, aspettare a rispondere quando la domanda è completamente formulata, e nel non interrompere gli altri mentre parlano, e nel non essere invadenti nei loro confronti con domande continue e pressanti, senza riflettere sul cosa e come si chiede.
10. Tendono ad essere a volte molto verbosi, precipitosi nell'eloquio, a "parlare prima di riflettere" su quanto si dice.

Tali indicatori si rifanno fondamentalmente ai tre gruppi di sintomi caratterizzanti l'ADHD: impulsività, iperattività e disattenzione.

Le problematiche relative all'impulsività individuano quei comportamenti messi in atto dal bambino-ragazzino che non riuscendo ad aspettare o inibire stimoli irrilevanti, agisce i propri impulsi in modo istintivo senza autoregolazione interna.

Le problematiche relative l'iperattività riflettono la necessità del bambino di avere un controllore che dall'esterno vigili sul proprio comportamento, modulandolo, perché, rispetto ai ragazzi di pari età, incontra numerosi problemi causati dall'irrequietezza motoria.

Le problematiche relative la disattenzione indicano la frequenza con cui il bambino passa da un'attività ad un'altra, ma anche l'eterogeneità del deficit attentivo a seconda dei processi di volta in volta coinvolti. I processi attentivi, infatti, svolgono delle funzioni specifiche, con caratteristiche diverse, differenziandosi nelle seguenti componenti (o sottotipi di attenzione):

- *Attenzione selettiva*, quando viene richiesto di selezionare stimoli importanti per lo svolgimento del compito ed ignorare quelli che sono irrilevanti (es. pensa solo ai fiumi e non ai laghi);
- *Attenzione focalizzata*, quando viene richiesto, di concentrarsi su un compito selezionando una ristretta cerchia di particolari importanti per il compito da svolgere (es. impegnarsi per la risoluzione di un problema di geometria o per giocare a dama.)
- *Attenzione sostenuta*, quando è necessario mantenersi vigili per un periodo prolungato di tempo (es. seguire una lezione di circa un'ora; guardare un film)
- *Attenzione divisa*, quando è necessario seguire contemporaneamente due attività, suddividendo le risorse attentive (es. leggere e comprendere un testo, contare i palleggi e spostarsi per andare a canestro)
- *Spostamento dell'attenzione (o shift)*, quando viene richiesto di modificare rapidamente il proprio set cognitivo per un nuovo compito (es. riuscire a passare rapidamente da una tipologia di compito ad uno differente, es: da suonare uno strumento a fare un balletto e poi passare a recitare una poesia)

Più recentemente vengono individuate anche delle componenti “calde” nelle Funzioni Esecutive, che riguardano da un lato il deficit di regolazione dello stato di base (“arousal”), il livello di attivazione e di mantenimento dello sforzo (Sergeant et al, 1999), dall'altro un deficit dei meccanismi di risposta alla ricompensa, ovvero la difficoltà di gestire l'attesa, il tempo e il procrastinarsi di una gratificazione (Delay Aversion, Sonuga Barke et al, , 1996).

L'ADHD è attualmente considerato come un Disturbo del Neurosviluppo, il che implica che può trovare forme di manifestazione sintomatologica differenti in relazione all'età, con un indice di familiarità elevato. Infatti, attraverso l'anamnesi è emerso più volte dalle narrazioni dei genitori che almeno un familiare ritrovasse nel comportamento del figlio forti analogie con le proprie

difficoltà da bambino. Altre volte poi, sempre attraverso l'anamnesi dei primi anni di vita del bambino, è stato riscontrato che vi può essere da parte dei genitori un atteggiamento delegante rispetto alle misure educative da adottare.

Tuttavia, come possiamo immaginare, le ripercussioni di queste problematiche diventano pesanti soprattutto al momento dell'ingresso a scuola: infatti l'ambiente altamente strutturato ed impegnativo sotto il profilo degli apprendimenti, le modalità ed i tempi della didattica che prevedono di dover rispettare delle precise regole di lavoro, possono essere facilmente oggetto di comportamenti-problema.

Ed ecco allora che le prestazioni accademiche, le relazioni sociali, rispetto delle regole della classe vengono ampiamente compromesse.

Questi problemi tuttavia possono essere primari, cioè caratterizzanti il Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività, oppure secondari, e cioè essere una manifestazione comportamentale secondaria ad una problematica di natura differente (emotiva-relazionale o adattiva rispetto ad un contesto disturbante o ad un disturbo dell'apprendimento ad esempio). Dunque viene ribadita l'importanza di un'osservazione sistematica e prolungata nel tempo, che spaziando a 360° sulla panoramica presentata, consenta di approfondire la natura del problema, considerando le difficoltà manifestate dal bambino-ragazzino in relazione ai suoi contesti di vita, alla sua fase di sviluppo, consenta di distinguere un sintomo comportamentale, oppure un semplice comportamento problematico, da una sindrome composita, quale anche un Disturbo da Deficit dell'Attenzione con Iperattività.

Sottolineiamo dunque che andranno quindi tenute in debita considerazione la persistenza delle problematiche presentate nel tempo e la loro manifestazione in due o più contesti di vita significativi per il bambino, come scuola ed attività ricreativo-sportive, tenendo ben presente che uno di questi, la famiglia, è strettamente dipendente dalla condotta dei genitori e dalle loro modalità di relazione ed interazione con il figlio, che potrebbero essere state poco funzionali e quindi essere state con-causa del problema di comportamento evidente al momento presente e non per forza dunque indice di un disturbo come l'ADHD.

2.3 SOLUZIONI EFFICACI

Dalla mia esperienza e dalle conoscenze acquisite con il modello di Terapia Breve e Strategica, ho elaborato un modello d'intervento sistemico, sperimentato attualmente su oltre un centinaio di casi, con un'alta efficacia, che prevede di lavorare coinvolgendo la famiglia, la scuola ed il bambino. Seguendo lo stratagemma di *"solcare il mare all'insaputa del cielo"* il focus dell'intervento è il benessere del bambino, e per questo si lavora al contempo in modo indiretto, fornendo un supporto psico-educativo ai genitori per gestirlo a casa ed in modo diretto lavorando in piccolo gruppo con più bambini della stessa fascia d'età e con difficoltà simili, per fornire loro in un contesto non clinico ma molto vicino alla loro quotidianità scolastica, strategie meta-cognitive che diano un supporto concreto nello studio quotidiano, insegnando loro strategie specifiche per compensare le proprie difficoltà, di qualunque natura esse siano, effettuando altresì una riabilitazione mirata per ciascun singolo caso, delle componenti inficiate nel disturbo in esame. Una volta elaborate buone prassi e strategie operative efficaci, cucite ad hoc su quel bambino, si condividono tali indicazioni anche con gli insegnanti, affinché possano essere adoperate anche a scuola ed il bambino possa arrivare col tempo a generalizzare delle strategie di apprendimento efficaci.

Nello specifico, si guidano questi genitori attraverso colloqui clinici, servendosi di strumenti come il dialogo strategico, a riconsiderare una serie di comportamenti messi in atto dai loro figli non come manifestazione di una condotta oppositiva volontaria e deliberata ma come indicatori di un profondo disagio, manifesto specialmente in ambito scolastico, laddove l'ambiente pone allo studente specifiche richieste prestazionali ed è un ambiente caratterizzato da regole precise da seguire.

Laddove le richieste ambientali divengono troppo alte per il bambino, che ad esempio non riesce a stare seduto composto al banco come gli altri, interviene a sproposito ed è in continua agitazione, ecco che questo non riesce a stare al passo coi compagni rispetto alla didattica.

Tuttavia occorre analizzare attentamente la situazione per valutare se l'atteggiamento in classe è la difficoltà principale che inficia gli apprendimenti, oppure se delle lacune pregresse negli automatismi alla base del processo di letto scrittura determinino che lo studente metta in atto dei comportamenti "di sopravvivenza", quali staccarsi dalla classe e giocherellare con i materiali scolastici, oppure distrarsi, stando con il naso per aria.

Altre volte si analizza con i genitori il menage familiare per scoprire che questi non hanno mai chiaramente posto regole e paletti, instaurando coi figli una relazione simmetrica che ha posto i figli "in parlamento" concedendo loro il lusso di "voto" nelle decisioni e dinamiche familiari. Pertanto questi figli, abituati a poter contrattare su tutto, ed ottenere sempre ciò che vogliono, in ambiti extrafamiliari provano ad esercitare le stesse dinamiche e vengono osteggiati, e sono il più delle volte considerati maleducati e pretenziosi. Si guidano dunque attraverso il colloquio questi genitori a comprendere che l'essere eccessivamente democratici è controproducente e dannoso e quindi a reimpostare il proprio stile educativo seguendo il vecchio stratagemma cinese del "tirare il mattone per ottenere indietro la giada". Alle volte i progressi che si riescono ad ottenere nel lavoro psicoeducativo con queste famiglie, unite ad un intervento sinergico nei contesti significativi per il bambino, quali scuola e gruppo studio al pomeriggio, permettono di ottenere modificazioni significative nei comportamenti problema inizialmente riscontrati, fuggendo ogni possibile dubbio di disturbi più importanti come l'ADHD.

Per poter effettuare una presa in carico globale del caso, che permetta di individuare quanto più precisamente possibile la problematica in oggetto, ribadisco, occorre una visione d'insieme, che si raggiunge coinvolgendo tutte le figure che ruotano attorno al bambino-ragazzino, per cui è essenziale poter avere un dialogo aperto e costruttivo con gli insegnanti. Durante gli incontri con gli insegnanti, nella la prima fase operativa, al docente viene posta questa domanda: "l'inattenzione, l'impulsività, l'iperattività, la disorganizzazione comportamentale dello studente possono inficiare il suo funzionamento accademico e sociale?". Si dovrebbe pertanto osservare la frequenza, l'intensità e la durata di specifici problemi in relazione all'età e al contesto classe che causano un limitato adattamento al contesto (es. presenza di turbolenza, la numerosità degli alunni), e compromettono le relazioni sociali, talora producendo difficoltà

di apprendimento; si dovrebbe, inoltre, verificare se queste problematiche si manifestino indipendentemente dalle situazioni (es. aule diverse, con un particolare insegnante, in certo momento della giornata, discipline di studio, ecc.). I comportamenti-problema per essere indice di un possibile Disturbo di Attenzione ed Iperattività devono essere pervasivi perché, se al contrario, attraverso l'analisi funzionale dei comportamenti problema si individuano particolari situazioni che li scatenano, si dovrà intervenire per modificare quest'ultime e verificare se così facendo il problema rientra senza ulteriori interventi.

Ci sono ancora altri due aspetti del presunto problema rilevato che l'insegnante dovrebbe tener presente: i segni di disattenzione/irrequietezza motoria non sono stabili nel tempo, possono manifestarsi in modo diverso a seconda dell'età, del compito, dell'ambiente in cui il bambino è inserito; ad esempio, è molto probabile che un bambino di 5 – 6 anni sia molto più impulsivo ed irrequieto motorialmente di uno di 12 anni. Nell'adolescenza ed età adulta infatti l'iperattività evolve nell'irrequietezza emotiva, ansia e agitazione interna, mentre permangono le difficoltà di autoregolazione e pianificazione.

In secondo luogo, vi sono delle situazioni nelle quali la distraibilità e la mancanza di attenzione sul compito sono predominanti rispetto alle problematiche di iperattività. Sicuramente, per l'insegnante, il compito di contenimento comportamentale e gestione delle attività di apprendimento dell'alunno è particolarmente gravoso, tuttavia, sarebbe bene che evitasse, in questo momento di raccolta di informazioni, di dare continuamente note sul diario (senza un preciso accordo scuola – famiglia, costruito su obiettivi comuni), che denunciano quotidianamente il fatto che il bambino a scuola è oppositivo, distratto, incapace di seguire la lezione, spesso in giro per la classe, ecc..

La seconda fase, dovrebbe prevedere la condivisione di obiettivi di lavoro nel quotidiano mediati da azioni comportamentali semplici e dirette, allo scopo di costruire un clima di collaborazione per mettere le basi necessarie alla costruzione di un progetto educativo comune. Per questi motivi, nel nostro lavoro, si cerca di fare da mediatori tra l'insegnante ed i genitori, al fine di stabilire un accordo tra le parti laddove magari prima c'era aperta conflittualità, arrivando a comunicare tra le parti in modo attivo e costruttivo, illustrando quanto accade a

scuola con lo scopo di rendere i genitori consapevoli di eventuali analoghe problematiche presenti anche in famiglia: per esempio rispettare le routines giornaliere, eseguire i compiti scolastici richiesti, mettersi in situazioni pericolose, ecc..

Con i ragazzi, al pomeriggio, si strutturano poi precisi incontri a cadenza bisettimanale, nei quali lavorare in un contesto di piccolo gruppo, che quindi non li stigmatizzi, su tematiche di tipo psico-educativo, che cioè possano da una parte prevedere precise attività strutturate che aiutino questi ragazzi ad apprendere i principi di un autoregolazione, e dall'altra usino materiali come griglie di eteroregolazione e auto-eterovalutazione da applicare in un contesto "ecologico" ovvero rispetto alla gestione della propria didattica da eseguire al pomeriggio come compiti per casa e al rapporto coi pari del piccolo gruppo. Procedendo gradualmente per piccoli obiettivi e gratificandoli costantemente per i piccoli progressi compiuti, si insegna a questi ragazzi a prendere consapevolezza delle loro difficoltà attentive e comportamentali e a trovare modalità nuove di gestione delle consuete attività che li vedono implicati nel quotidiano.

2.4 CASO CLINICO

Giovanni ha dieci anni, frequenta la quinta elementare e dalla terza il suo comportamento è stato considerato "problematico" dagli insegnanti, ma ora è davvero diventato ingestibile, per cui le maestre hanno contattato i suoi genitori. Già da quando era molto piccolo Giovanni era piuttosto irrequieto e non sembrava ben adattarsi a ritmi regolari di alimentazione e di sonno; secondo la mamma, inoltre, un vaccino fatto attorno all'anno di vita lo avrebbe "aggravato". Alla scuola materna le suore lo descrivevano come uno fra i bambini più vivaci, poteva fare cose non prevedibili e reagire in modo particolare a quello che gli altri bambini o le insegnanti gli dicevano, tanto da essere definito come un bambino un po' difficile da controllare e da

orientare verso attività organizzate. Ad esempio, se Giovanni stava giocando con un oggetto che gli piaceva molto, non permetteva agli altri bambini di partecipare al gioco, arrivando anche a respingerli con la forza e rifiutandosi di abbandonare la sua attività anche quando gli veniva chiesto dall'insegnante; in altri casi invece poteva passare molto rapidamente da un gioco ad un altro senza terminarne uno e senza interessarsi ad alcun oggetto per lungo tempo. A nulla sono servite le piccole punizioni come “spiegargli cosa faceva di sbagliato” e mandarlo nel “pensatoio”. Se a passeggio con i genitori vedeva qualcosa di interessante, cercava con ostinazione di ottenerla a tutti i costi; quando il suo desiderio veniva soddisfatto, la cosa ottenuta perdeva quasi subito di interesse; anche adesso pare esserci una sproporzione fra il modo insistente di richiedere un giocattolo e l'uso che Giovanni poi ne fa, di solito frettoloso e limitato nel tempo. Con l'inizio delle scuole elementari la situazione si è un po' complicata: la sua difficoltà a restare attento durante le lezioni in cui venivano insegnate le basi per leggere e scrivere, ha portato Giovanni ad avere difficoltà a mantenersi al passo con gli altri e a manifestare un rendimento scolastico inadeguato. In questo periodo, Giovanni mostra curiosità per attività non scolastiche di tipo pratico che vengono da lui eseguite applicando una competenza attentiva inaspettata. I compiti scolastici che gli vengono assegnati in generale sono eseguiti in modo disordinato e contengono errori, o addirittura in certi casi non vengono svolti o portati a termine; a volte sembra anche che Giovanni non abbia capito o non sia in grado di ricordare le indicazioni date dall'insegnante sul lavoro da fare. Capita così che spesso Giovanni riceva rimproveri per non essere stato attento o per non aver svolto nel modo giusto un lavoro assegnato e anche che la valutazione di ciò che è riuscito a realizzare non sia delle migliori. Per rendere quindi a modo suo più divertente la scuola, Giovanni ha escogitato il sistema di diventare un po' il bullo della classe facendo battute spiritose, ridendo fragorosamente degli errori dei compagni, rispondendo in maniera provocatoria all'insegnante e mostrando di essere superiore anche alle punizioni e ciò in realtà ha ridotto ancor di più le sue possibilità di recuperare il suo rendimento già non ottimale e alla lunga ha stufato anche i compagni che non sempre sono disposti ad accettare il suo comportamento. L'intervento dunque è stato svolto a cavallo tra la quinta elementare e la prima media.

Con i genitori sono stati svolti colloqui inizialmente a cadenza settimanale, atti a definire il quadro sopra riportato e definire attentamente i contesti.

Successivamente sono state fatte alcune manovre per permettere ai genitori di svincolarsi da questa dipendenza dall'egemonia che il figlio esercitava su di loro e rimetterli in una posizione di comando, impostando poche ma chiare regole, condivise tra loro, da mettere in pratica allo stesso modo, e rispetto alle quali Giovanni sarebbe stato premiato se fosse riuscito ad attenervi. In questa fase dunque i colloqui si sono diradati a cadenza quindicinale. Ottenuti i primi progressi in questo settore, i genitori si sono accorti di quanto il comportamento del figlio fosse soprattutto un riflesso delle loro insicurezze personali e dei loro conflitti interpersonali che "sfogavano" sulla gestione del loro unico figlio. A questo punto del lavoro con i genitori si è mantenuta la rotta rispetto alle indicazioni date per la gestione comportamentale del figlio e si è passati ad una terapia di coppia per affrontare quei nodi tra loro irrisolti fino ad allora.

Con le insegnanti parallelamente, è stato effettuato un lavoro che permettesse prima di tutto attraverso l'analisi funzionale dei comportamenti problema di delineare le aree e le attività più critiche per Giovanni, poi di definire un progetto d'intervento che prevedesse di abbassare alcune richieste didattiche sulle aree dell'apprendimento nelle quali Giovanni incontrava maggiori difficoltà per dargli modo di lavorare maggiormente sul comportamento corretto da mantenere in classe. Nel frattempo nel piccolo gruppo veniva svolto un training di potenziamento di quegli apprendimenti risultati più carenti per consentirgli di ritornare "al passo coi compagni".

Un'altra strategia risultata molto funzionale a scuola per smontare il suo atteggiamento da bulletto è stata quella di dargli attenzioni in positivo assegnandogli semplici compiti e mansioni per i quali il bambino si potesse sentire importante agli occhi dell'insegnante.

Durante l'estate poi, Giovanni ha partecipato anche laboratori di tipo plastico-espressivo nei quali potersi confrontare con un gruppo di coetanei più ampio e sperimentarsi, distante dalla didattica sul fronte relazionale ed apprendere nuove strategie di coping coi pari.

Grazie a tutto ciò ed al cambio di scuola insegnanti e compagni, Giovanni, è potuto ripartire in prima media senza "macchia" ed instaurare positive relazioni con compagni insegnanti!

DOCENTE:

D.ssa Anna Tavano, Psicologa, Psicoterapeuta breve-strategica, Formatrice. Dopo la laurea in Psicologia Clinica ha conseguito il master in psicopatologia dell'apprendimento diretto dal Prof. Cornoldi. Da diversi anni collabora con la Cooperativa Akras occupandosi della gestione di gruppi di ragazzi con problematiche relazionali e Disturbi dell'Apprendimento. Effettua interventi a scuola con gli insegnanti con in quali ha gestito corsi sui comportamenti problema.

REFERENTE:

Dott.ssa Anna Galiazzo, Psicologa, Psicoterapeuta affiliata allo Strategic Therapy Center, Formatrice, Presidente della Cooperativa CePoSS, Responsabile della progettazione ed erogazione degli interventi formativi Indoor, Outdoor e consulenziali, erogati dalla Cooperativa CePoSS.

Vuoi approfondire le tematiche affrontate in questo e-book?

Visita il nostro sito internet

www.cepossformazione.com