

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO E STRATEGIE PSICOEDUCATIVE IN AMBITO SCOLASTICO”

Bologna 18 dicembre 2019

Simona Chiodo

UOC di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza

Dipartimento di Salute Mentale

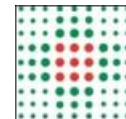
Azienda USL Bologna

Il disagio in ambito scolastico

L'incremento vertiginoso di problematiche comportamentali a scuola resta un nodo irrisolto che ha dato vita a molte raffinate analisi da parte degli esperti ma nel contempo a pochissime risposte operative.

I disturbi più frequenti durante gli anni delle scuole primarie e secondarie riguardano:

- Rendimento scolastico
- Disturbi del comportamento



Nella vita professionale di un educatore una delle principali fonti di stress è costituita dai **problemi di disciplina** che insorgono quando nella classe sono presenti alunni con **problemi di comportamento**.

Dall'esperienza clinica si evince che in una classe di venti alunni è probabile che ce ne sia almeno uno con problemi comportamentali.

IMPORTANZA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO IN PSICOPATOLOGIA DELL'ETA' EVOLUTIVA

- Compromettono in maniera significativa il **funzionamento adattivo** con ripercussioni nei diversi ambiti di vita.
- Per la possibile evoluzione in età adulta in patologie connesse con la marginalità sociale con elevati costi sociali

IMPORTANZA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO IN PSICOPATOLOGIA DELL'ETA' EVOLUTIVA

In letteratura , tenendo conto dell'origine complessa di tali disturbi, è indiscussa la maggior efficacia terapeutica di **interventi multimodali** che coinvolgono diversi livelli (individuale, familiare, **scolastico**, socio-ambientale), mentre l'ottica preventiva appare la più valida nell'ostacolare l'organizzazione in comportamenti aggressivi cronici.

Necessità di sviluppare programmi di intervento il più possibile accessibili e integrabili con istituzioni educative.

Il bambino con problemi di comportamento

maleducato
aggressivo
disturba
provoca
è agitato
picchia
infastidisce

Il bambino con problemi di comportamento

- Spesso rischia di danneggiare sé e gli altri
- Impedisce di fare lezione e interrompe le attività
- Non si comporta in modo adatto al contesto
- Sembra insensibile ai richiami e ai rimproveri

Di fronte a bambini e adolescenti con un disturbo del comportamento, bisogna evitare di soffermarsi al semplice elenco delle manifestazioni esteriori, ma piuttosto leggerle come epifenomeni di una sottostante psicopatologia

BASSA SPECIFICITA' DELLA SINTOMATOLOGIA NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Per quanto riguarda **l'iperattività**, ad esempio, in quanto sintomo risulta compresa in un'ampia serie di disturbi psichiatrici che vanno da quelli in cui rappresenta **uno dei sintomi base**, come nel ritardo mentale, nei disturbi pervasivi dello sviluppo, a quelli invece come i disturbi depressivi in cui l'instabilità motoria può rappresentare una **manifestazione psicosomatica** o un equivalente somatico di un nucleo depressivo sottostante

.....è utile distinguere tra

Comportamento disturbante

- Si fa riferimento a qualsiasi tipo di comportamento non adattivo rispetto alle richieste esterne

Disturbo del comportamento

- Si indica una possibile sindrome clinica con criteri diagnostici specifici relativi al tipo di comportamento, la gravità, la durata e le conseguenze evolutive

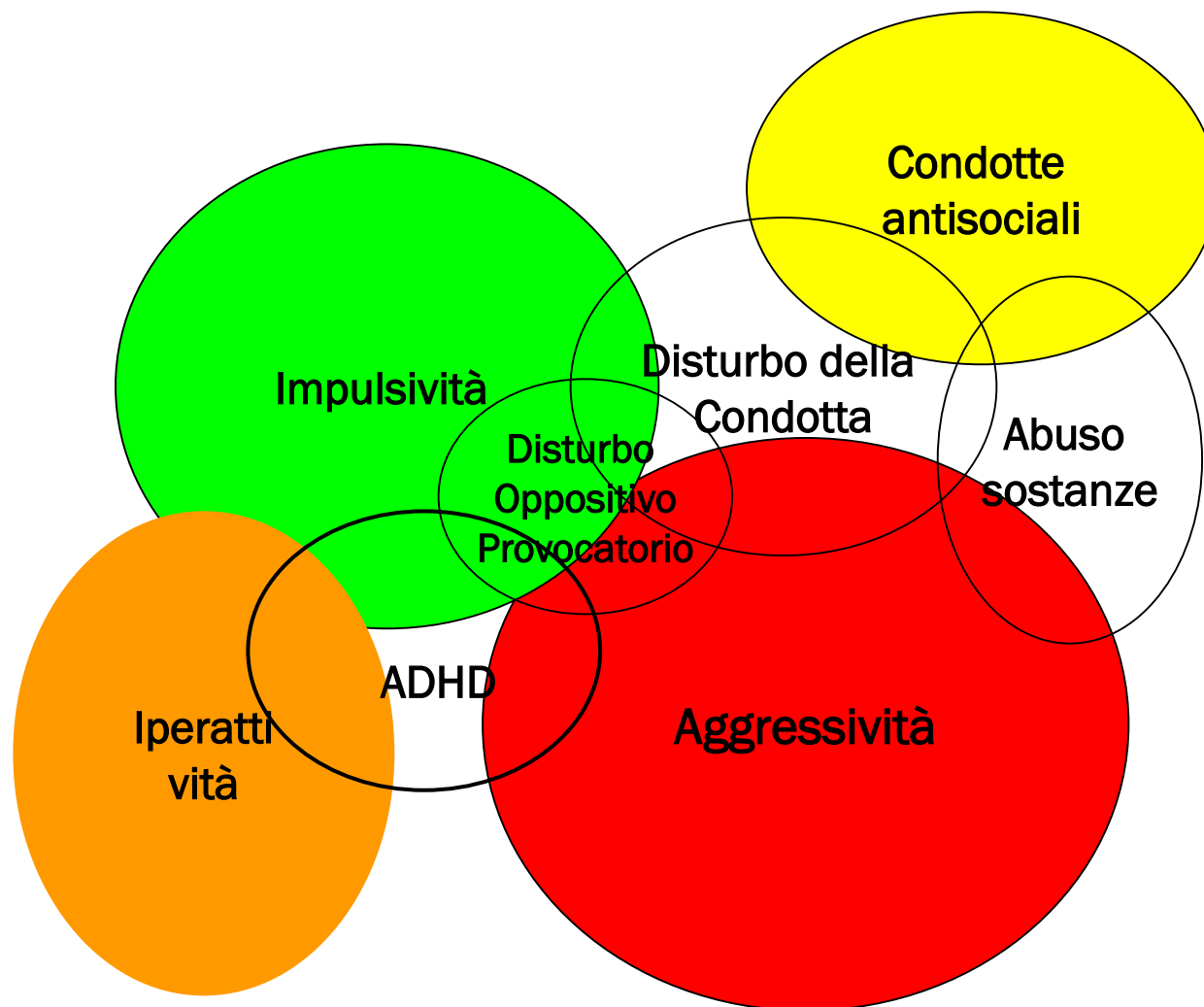
Disturbi del comportamento

Insieme eterogeneo di condotte socialmente disfunzionali, che si caratterizzano genericamente per una mancanza di controllo in diversi ambiti o livelli, e che possono essere raggruppate e classificate come “disturbi esternalizzanti del comportamento”: i bambini imparano a dirigere verso l'esterno le loro emozioni critiche sotto forma di oppositività, impulsività, iperattività e rabbia.

CARATTERISTICHE COMUNI NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

- Aggressività
- Impulsività
- Mancato rispetto delle regole

Pattern sintomatologici in comune in DCD



In molte famiglie di bambini con problemi di comportamento dirompente esiste un “**clima familiare coercitivo**”: si riscontra quando adulti e bambini imparano a usare comportamenti negativi per controllarsi l'un l'altro e i genitori non sono in grado di gestire il figlio. In un clima familiare coercitivo, non è insolito per i genitori dare ordini violenti, urlare e criticare allo scopo di controllare il bambino. Analogamente, il bambino spesso si comporta in modo testardo, urla, incolpa, si arrabbia e critica allo scopo di controllare i genitori. Di solito o il genitore o il bambino “ si arrende” all'altro, cosa che è rinforzante per entrambi. I genitori tendono a dare maggiore attenzione al figlio quando si comporta negativamente piuttosto che positivamente

Aggressività: 2 tipi

Predatoria: non impulsiva, finalizzata all'ottenimento di un vantaggio, programmata, spesso subdola e furtiva, frequentemente non associata ad uno stato affettivo significativo. Coercizione, furti, bullismo

Impulsiva o reattiva: improvvisa, spesso associata ad uno stato affettivo intenso (rabbia, paura), non programmata né finalizzata, esplosiva ed esplicita; reazione eccessiva a percezione non realistica e persecutoria, distorsione cognitiva.

L'a. *predatoria* identifica soggetti più a rischio di **prognosi antisociale**; il più importante fattore predittivo di risposta sfavorevole all'intervento farmacologico, sia con antipsicotici atipici sia con litio (Masi et al., 2007; 2009)

Tipologie di Aggressività e DC

Aggressività affettiva

(RADI Reactive, affective, defensive or impulsive)

Ridotte abilità linguistiche
Deficit in funzioni esecutive
Ridotta attivazione corticale
di regioni frontali e prefrontali
Disregolazione del sistema
serotoninergico e dopaminergico
centrale
Bias attribuzione ostile
Sintomi ansioso/depressivi
Abuso fisico subito in età infantile
Vittime di atti di bullismo
Frequente disregolazione emotiva con
ipersensibilità
Migliore risposta a trattamenti
riabilitativi e farmacologici

Aggressività predatoria

(PIP Planned, instrumental or proactive)

Normale performance cognitive
Adeguati livelli di attivazione corticale
Tratti callous-unemotional
Alti livelli di introversione, impulsività,
aggressività verbale e eterolesiva
Aspettative positive nei confronti degli
agiti aggressivi
Scarso rimorso e empatia
Interazioni familiari, contesto sociale
non specifici
Frequente in popolazioni carcere
minorile
Scarsa responsività a interventi
riabilitativi e farmacologici

DIVERSI TIPI DI AGGRESSIVITA':

- ✓ Lieve, media o grave.
- ✓ Fisica o verbale.
- ✓ Le vittime sono oggetti, persone e/o se stessi.
- ✓ L'espressività è esplicita (aggressioni, crisi esplosive) o subdola.
- ✓ Con finalità ostile (danneggiare una vittima) o strumentale (ottenere un vantaggio).

Sindromi cliniche dei Disturbi di comportamento nella fanciullezza

Tra i problemi comportamentali in età evolutiva riscontriamo:

1. il Disturbo da Deficit di attenzione ed Iperattività (DDAI) (3-5%)
2. il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP) (2-16%)
3. il Disturbo della condotta ad esordio infantile (DC) (2-9%)

Tra queste patologie c'è comorbilità e possono portare a comportamenti più gravi tra i quali la devianza minorile, il bullismo e disturbi di relazione.

In ambito scolastico spesso riscontriamo difficoltà nell'apprendimento, casi di abbandono dello studio con conseguente dispersione scolastica.

DSM-IV

Disturbo da Deficit di
Attenzione/Iperattività (ADHD)

Disturbo Oppositivo
Provocatorio (DOP)

**DISTURBI DA DEFICIT DI ATTENZIONE
E DA COMPORTAMENTO DIROMPENTE**

Disturbo della Condotta (DC)

DSM IV

Disruptive disorders

- ADHD
- Disturbo della Condotta
- Disturbo Oppositorio Provocatorio

ICD 10

- F90:
Sindromi ipercinetiche
- F91:
 - Disturbo della Condotta
 - Disturbo Oppositorio- Provocatorio
- F92:
 - Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale;
 - Disturbo della condotta depressivo

DSM-V

Disturbo da Deficit di
Attenzione/Iperattività (ADHD)



Disturbi del
Neurosviluppo

Disturbo Oppositivo
Provocatorio (DOP)



Disturbi dirompenti,
del controllo
degli impulsi
e della condotta



Disturbo della Condotta (DC)

Ma entriamo nel merito...L'ADHD

Irrequietezza, inattenzione, iperattività e impulsività sono problemi comuni nei bambini in età prescolare e scolare, in minor grado negli adolescenti ed adulti

- Queste caratteristiche, ad un livello estremo, possono compromettere seriamente gli individui affetti e disturbare l'ambiente circostante
- Il rischio di sviluppare altri problemi (apprendimento, socializzazione, condotta) è elevato
- Tali problemi pongono una richiesta sostanziale di interventi di salute pubblica a livello della comunità

Esiste l'ADHD?

«Bambini vivaci»

Continuum tra normalità e patologia

Approccio dimensionale



IPOTESI INTERPRETATIVE CIRCA L'ORIGINE DEI COMPORTAMENTI PROBLEMATICI.

La prima definizione della sindrome risale al
1902 →

Sir George Still:

Disturbo da deficit del controllo morale in assenza di lesioni cerebrali o RM

Negli anni '60, bambini con **scarsa coordinazione motoria, disturbi dell'apprendimento e labilità affettiva**, ma senza danni neurologici specifici →

Danno Cerebrale Minimo (Minimal Brain Disfunction), il comportamento iperattivo poteva essere messo in relazione con piccole lesioni cerebrali.

IPOTESI INTERPRETATIVE CIRCA L'ORIGINE DEI COMPORTAMENTI PROBLEMATICI.

Anni '70 Stati Uniti il disturbo è stato definito **Disturbo da deficit d'attenzione:**



prescindeva da possibili cause organiche e focalizzava principalmente le difficoltà di comportamento e di adattamento sociale

Metà degli **anni '80** allievi di Michael Rutter ha cominciato a riconsiderare la **sindrome ADHD:**



Contribuendo ad una definizione neuropsicologica del disturbo.

FALSE CREDENZE

☐ Il bambino ADHD è un bambino cattivo e maleducato.

☐ Il bambino che presenta ADHD non riesce MAI a prestare attenzione.

☐ È un bambino da insegnante di sostegno.

☐ È un bambino che non potrà imparare nulla.

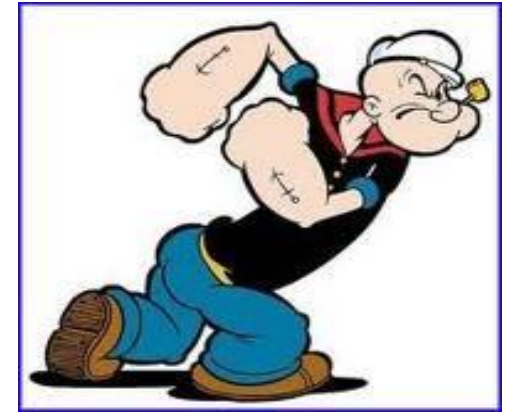
☐ Il bambino con ADHD non necessariamente presenta un comportamento oppositivo, che talora può invece essere una conseguenza di quadri non trattati.

Il disturbo da deficit di attenzione con iperattività (ADHD o DDAI) è una condizione evolutiva con **prognosi variabile**, caratterizzata da un livello di disattenzione e/o iperattività-impulsività *non adeguato rispetto allo stadio di sviluppo*, presente nei **diversi contesti di vita del bambino** e tale da comprometterne significativamente il **funzionamento sociale adattivo**

Disattenzione



Impulsività



Iperattività



Livelli di normale sviluppo dell'attenzione

- 1° Livello (dalla nascita fino a 1 anno di età)

Questo livello è caratterizzato da un'estrema distraibilità e l'attenzione del bambino scivola da un oggetto, persona, evento a un altro. Ogni nuovo evento (es. qualcuno che cammina) distrarrà immediatamente il bambino

- 2° Livello (da 1 a 2 anni)

Il bambino può concentrarsi su un compito concreto di sua scelta, ma non tollera alcun intervento dell'adulto, né verbale, né visivo. Il bambino sembra ostinato e deciso, ma in effetti la sua attenzione è focalizzata su un canale singolo e ogni stimolo estraneo deve essere ignorato per concentrarsi sull'attività in corso

Livelli di normale sviluppo dell'attenzione

- 3° Livello (da 2 a 3 anni)

L'attenzione è ancora ad un solo canale; il bambino non riesce a prestare attenzione a stimoli uditivi e visivi che provengono da fonti differenti. Il bambino non riesce ad ascoltare le direttive dell'adulto mentre sta giocando, ma tutta l'attenzione può essere spostata verso chi parla e poi tornare al gioco attraverso l'intervento dell'adulto

- 4° Livello (dai 3 ai 4 anni)

il bambino deve ancora alternare la piena attenzione (visiva ed uditiva) tra chi parla e il compito, ma ora può farlo spontaneamente, senza che l'adulto lo aiuti a focalizzare l'attenzione

Livelli di normale sviluppo dell'attenzione

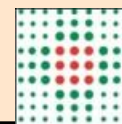
- 5° Livello (dai 4 ai 5 anni)

L'attenzione del bambino adesso è a due canali (cioè il bambino che comprende istruzioni verbali collegate con il compito senza dovere interrompere l'attività per guardare chi parla). La quantità di concentrazione può essere ancora breve, ma il bambino può capire una spiegazione data al gruppo

- 6° Livello (dai 5 ai 6 anni)

I canali visivi, uditivi e quelli della manipolazione sono completamente integrati e l'attenzione è ben stabilizzata e mantenuta

	Età prescolare	Scuola primaria	Adolescenza	Età adulta
Disattenzione	Sequenze di gioco brevi (< 3'), attività lasciate incomplete, non ascolto	Attività brevi (< 10'), precoce cambio di attività, disorganizzato, distratto dall'ambiente	Persistenza sulle attività minore rispetto ai pari (< 30'), scarsa attenzione ai dettagli, scarsa pianificazione del futuro	Scarsa attenzione ai dettagli, dimenticano gli appuntamenti, scarsa capacità di previsione
Iperattività	Continuo movimento	Irrequieto durante i momenti in cui è richiesta la calma	Irrequietezza	Soggettiva sensazione di irrequietezza
Impulsività	Non ascolto, scarso senso del pericolo (difficile distinguere dalla oppositività)	Scarso rispetto dei turni, interrompe gli altri bambini e dice le risposte, scarso rispetto delle regole, si intromette tra i pari, incidenti	Scarso self-control, spericolato, si assume rischi	Incidenti stradali ed altri, precoci ed imprudenti prese di decisione, impazienza



PREVALENZA

Secondo i criteri ICD-10: 1-2% dei bambini in età scolare
(Swanson 1998)

Secondo DSM IV: 2-5% popolazione pediatrica

Prevale sempre nel sesso maschile con rapporti M:F variabili
(da 3-6:1 a 10-12 :1)

Dipende da: criteri di classificazione (DSM vs ICD: ICD-10 ha criteri diagnostici più restrittivi!); approccio metodologico (campionamento, fonti, strumenti..)

ICD-10: D. Ipercinetico F90

- La diagnosi si basa sulla presenza di almeno 6 criteri di inattenzione, 3 iperattività, 1 impulsività
- Non sono permessi sottotipi, quindi maggiore omogeneità rispetto DSM
- Pervasività necessaria a casa, scuola, in altro ambiente
- Esordio sintomi prima dei 6 anni
- Non permette diagnosi multiple: sindromi ansiose e depressive hanno la precedenza su D. Ipercinetico, quando cioè irrequietezza, difficoltà di concentrazione rappresentano sintomi di un D.d'ansia severo o D. depressivo di tipo agitato.

Unica eccezione: D. ipercinetico della condotta (F90.1), quando coesistono DC e D. ipercinetico

DEFICIT DELL'ATTENZIONE: almeno 6 dei seguenti sintomi per almeno 6 mesi

- 1 - Spesso non riesce a prestare molta attenzione ai dettagli, o fa errori di negligenza nello svolgimento dei compiti scolastici, nel lavoro o in altre attività;
- 2 - spesso non riesce a mantenere l'attenzione nello svolgimento dei compiti o di attività ludiche;
- 3 - spesso sembra non ascoltare ciò che gli viene detto;
- 4 - spesso non segue le istruzioni o non completa i compiti scolastici, ecc.
- 5 - ha spesso difficoltà ad organizzare compiti ed attività;
- 6 - evita spesso o ha una forte avversione per compiti che richiedono un intenso sforzo mentale;
- 7 - perde spesso le cose che gli sono necessarie;
- 8 - è spesso facilmente distratto da stimoli esterni;
- 9 - spesso è negligente nello svolgimento delle attività

IPERATTIVITA':

almeno 3 dei seguenti sintomi per almeno 6 mesi

- 1 - ha frequenti movimenti nervosi delle mani dei piedi e si dimena sulla sedia;
- 2 - si alza spesso dalla sedia in classe o in altre situazioni in cui è il caso di stare seduti;
- 3 - spesso corre si arrampica in situazioni inappropriate;
- 4 - è spesso eccessivamente rumoroso nelle attività ludiche o ha difficoltà a svolgere silenziosamente attività piacevoli;
- 5 - presenta un persistente comportamento caratterizzato da eccessiva attività motoria non modificabile.

IMPULSIVITA':

almeno 1 dei seguenti sintomi da almeno 6 mesi

- 1 - spesso risponde in maniera sconsiderata a domande non ancora completate;
- 2 - non riesce spesso a stare in fila o ad aspettare il proprio turno nel gruppo;
- 3 - spesso interrompe o si intromette nelle attività altrui;
- 4 - spesso parla eccessivamente senza adeguata adesione alle regole sociali.

ADHD e DSM

DSM IV

- Presenza di almeno 6 sintomi (inattenzione e iperattività/impulsività);
- I sintomi devono comparire entro i 7 anni;

DSM V

- Per b/n uguale; gli adolescenti e gli adulti (di età superiore ai 17 anni) ne devono presentare 5;
- I sintomi devono comparire prima dei **12 anni** ;

È importante osservare il comportamento del bambino in ambiti differenti perchè il disturbo di ADHD potrebbe non essere rilevabile in un singolo contesto, come ad esempio in una situazione di novità, quando il bambino è impegnato in attività nuove e interessanti, o in una condizione di controllato e sorveglianza.

L'ADHD

può non essere osservabile

- In situazioni altamente strutturate
- In situazioni nuove
- Quando il b.no è impegnato in attività interessanti
- Quando il b.no viene seguito individualmente
- In un contesto controllato e sorvegliato
- Quando vengono elargite frequenti ricompense

L'ADHD

peggiora particolarmente

- In situazioni non strutturate
- Durante attività ripetitive
- In situazioni noiose
- In presenza di molte distrazioni
- Con sorveglianza minima
- Quando si richiede attenzione sostenuta o sforzo mentale
- Durante attività al proprio ritmo

Eziologia

Eziologia multifattoriale dell' ADHD

Fattori biologici pre-peri-natali:

Esposizione intrauterina all'alcool, al fumo di sigaretta, basso peso alla nascita. Disturbi cerebrali precoci (encefaliti, traumi, ipossia)

Modello funzioni esecutive:

Deficit della capacità di inibire le proprie risposte impulsive rispetto allo stimolo

ADHD

Fattori genetici:

-Ereditabilità: 24% dei genitori hanno disturbi mentali; concordanza del 51% nei gemelli omozigoti

-Geni candidati: regolatori delle monoamine. Polimorfismi geni recettori e trasportatori Dopamina (DAT1*10; DRD4*7)

Alterazioni anatomiche:

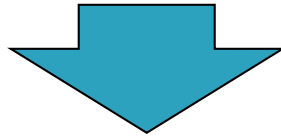
Riduzioni volumetriche cerebrali, lobi frontali, gangli base e cervelletto, dimostrate con RMN

Fattori ambientali/familiari:

Conflittualità genitori, basso livello socio-economico, disturbi mentali genitori

↑
effetto biunivoco

deficit delle funzioni esecutive
un'eccessiva sensibilità ai rinforzi
deficit nella regolazione degli stati fisiologici



deficit di autoregolazione

cioè una difficoltà generale nella regolazione del
comportamento e dell'emotività

Deficit di autoregolazione si può manifestare attraverso:

difficoltà attentive : il bambino appare “distratto”, ma ciò non è dovuto all’incapacità di concentrarsi su un compito quanto piuttosto **alla tendenza a ricercare comunque nuovi stimoli senza essere poi in grado di fare attenzione a più cose contemporaneamente** e finendo per non riuscire a farne bene nessuna. A questa incapacità di suddividere in modo efficiente la sua attenzione si aggiunge poi una specifica **difficoltà a mantenere l’attenzione nel tempo**.

Deficit di autoregolazione si può manifestare attraverso:

difficoltà nella soluzione di problemi : il bambino stenta a **frenare le proprie risposte impulsive**, non si ferma a sufficienza a considerare le caratteristiche del problema che deve affrontare, possiede uno scarso bagaglio di strategie utili e fatica anche ad individuare quale sia la più adatta in base al tipo di compito, inoltre non controlla abbastanza l'applicazione del piano d'azione.

Deficit di Autoregolazione si può manifestare attraverso:

scarsa motivazione : ciò che spesso viene a mancare nei bambini con DDAI è la convinzione di base di essere in grado di affrontare e risolvere i problemi; infatti, sottoposti a varie situazioni di fallimento, questi bambini tendono a **sentirsi meno in gamba e a non valutare in modo adeguato i traguardi raggiungibili** attraverso lo sforzo e l'impegno.

difficoltà emotive : legate alla gestione di emozioni quali la **rabbia, la frustrazione, la vergogna** che spesso il bambino non riesce a contenere e che possono provocare delle risposte di tipo aggressivo verso gli altri (aggressività verbale e/o fisica).

PERCHE' IL SOGGETTO CON ADHD NON RAGGIUNGE UN ADEGUATO APPRENDIMENTO ?

- ❑ Minore quantità di **tempo** utilizzato per lo svolgimento delle attività proposte dall'insegnante.
- ❑ Non riescono ad utilizzare **strategie** di apprendimento che già conoscono
- ❑ Hanno scarsa **autonomia**
- ❑ Hanno poca **motivazione** intrinseca
- ❑ **Memoria** poco strategica e selettiva
- ❑ Presentano un **deficit di esecuzione** che si manifesta con: scarsa abilità di problem solving, debole mantenimento dell'impegno, difficoltà di inibizione, di pianificazione e organizzazione, impulsività.

Disfunzione delle Funzioni esecutive

Processi cognitivi superiori coinvolti nel controllo consapevole di azioni e pensieri (Zelazo, Muller 2010)

- Inibizione (motoria, cognitiva ed emotiva)
- Pianificazione
- Memoria di lavoro
- Fluenza verbale
- Attenzione selettiva e sostenuta
- Flessibilità cognitiva o controllo dell'interferenza

Alterazioni di questi aspetti non sono specifiche dell'ADHD

La compromissione delle funzioni esecutive comporta prestazioni più deficitarie in:

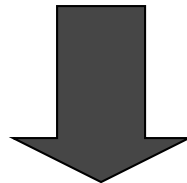
- abilità di problem solving matematico: la difficoltà nello svolgimento di un problema non sembra essere nella comprensione del testo o nella conoscenza degli algoritmi necessari all'esecuzione di calcoli e procedure specifiche, quanto nella capacità di **selezionare** i dati più importanti e nel **pianificare** in modo adeguato il processo di soluzione
- esposizioni orali e scritte: sono necessarie competenze di **organizzazione e pianificazione** delle rappresentazioni mentali dei concetti, una discreta abilità di **shift di attenzione**, di **concentrazione** e di **inibizione** di distrattori non pertinenti (es. brusio di fondo, interruzioni dei compagni ecc.)

La compromissione delle funzioni esecutive comporta prestazioni più deficitarie in:

- comprensione di testi scritti specie se complessi e se richiedono delle inferenze di tipo semantico e lessicale (richiedendo quindi un'elaborazione attiva delle informazioni e l'uso controllato della memoria di lavoro).
- organizzazione e studio nei compiti per casa : i bambini con deficit delle funzioni esecutive hanno strategie di studio meno efficaci , conoscono quanto dovrebbero fare, ma non sanno utilizzare adeguatamente tali conoscenze; inoltre necessitano di un supervisore che funga da autoregolatore nella gestione del tempo a disposizione e dello sforzo necessario

ADHD E PROBLEMI SCOLASTICI

- ❑ Spesso i soggetti con ADHD vanno incontro ad una carriera scolastica problematica (58%, Cantwell e Satterfield, 1978).
- ❑ Un'alta percentuale di studenti necessita di un programma di sostegno (30-40%).
- ❑ Molti studenti ripetono almeno un anno scolastico (30%).
- ❑ Alcuni non riescono nemmeno a completare la scuola superiore (10-35%).



La cosiddetta comorbidità tra ADHD e DSA (Disturbo Specifico dell'Apprendimento)

DIAGNOSI

La diagnosi di ADHD è essenzialmente **clinica**, basata su informazioni raccolte da **fonti multiple** sul comportamento e sulla compromissione funzionale del bambino.

Non esistono test diagnostici specifici.

L'utilizzo di strumenti **standardizzati** permette di:

- misurare la severità del disturbo,
- individuare patologie in comorbidità,
- seguire l'andamento.

PERCORSO DIAGNOSTICO

- *Anamnesi*: familiare (patologie NPI), fisiologica (sofferenza, sviluppo psico-motorio, ritmo sonno-veglia); anamnesi patologica remota e recente
- *Raccogliere informazioni (da genitori ed insegnanti) sul comportamento e sul funzionamento sociale:*
ad es. con SDAI, SDAG, Conner's, CBCL.

Sul bambino :

- *Valutare la struttura di personalità ed eventuali disturbi associati:*
- colloqui, osservazioni, (test proiettivi)
- questionari specifici (es: per ansia e depressione)
- Interviste diagnostiche più ampie (K-SADS-PL)

Non sempre è ADHD...

- Normalità (diagnosi differenziale con forme lievi)
- Problemi ambientali : - inadeguato supporto scolastico (lieve ritardo/particolare vivacità intellettuale)
- inadeguato supporto familiare (abuso, divorzio, ambiente caotico, abbandono)
- Disturbi neurologici e patologie mediche (disturbi sensitivi, epilessia, disturbi tiroidei, trauma cranico, neoplasie lobo frontale, abuso di sostanze, intossicazione, farmaci)
- Altri disturbi psichiatrici (d. oppositivo-provocatorio, d. condotta, d. depressivi, d. ansia, d. ossessivo-compulsivo, ritardo mentale, d. pervasivo dello sviluppo, sindrome tourette, d. specifico dell'apprendimento).

Comorbidità e diagnosi differenziale

- Il 70% dei soggetti con ADHD ha almeno un altro disturbo psicopatologico associato
- **Gli stessi disturbi entrano in comorbidità e diagnosi differenziale** (mascheramento diagnostico vs eccesso di diagnosi)
- La specifica comorbidità influenza quadro clinico, evoluzione, prognosi, trattamento.
- **Associazioni specifiche individuano specifici sottotipi, diversi sul piano clinico, evolutivo e nella risposta ai trattamenti.**

Decorso e Prognosi

- in 1/3 dei bambini si risolve con l'età
- circa 50% persiste in adolescenza e in età adulta
- 15-20% sviluppa disturbi psicopatologici (abuso di sostanza, personalità antisociale e criminale).

Fattore prognostico negativo : associazione con un disturbo della condotta.

EVOLUZIONE DEL DISTURBO

ADHD in età prescolare: massimo grado di iperattività; comportamenti aggressivi; crisi di rabbia; litigiosità, provocatorietà; assenza di paura, disturbo del sonno

ADHD in età scolare: sintomi cognitivi (disattenzione, impulsività); difficoltà scolastiche; possibile riduzione della iperattività; comportamento oppositivo-provocatorio

ADHD in adolescenza: disturbo dell'attenzione; difficoltà scolastiche e di organizzazione della vita quotidiana (programmazione); riduzione della iperattività; irrequietezza; condotte pericolose; disturbi depressivo-ansiosi

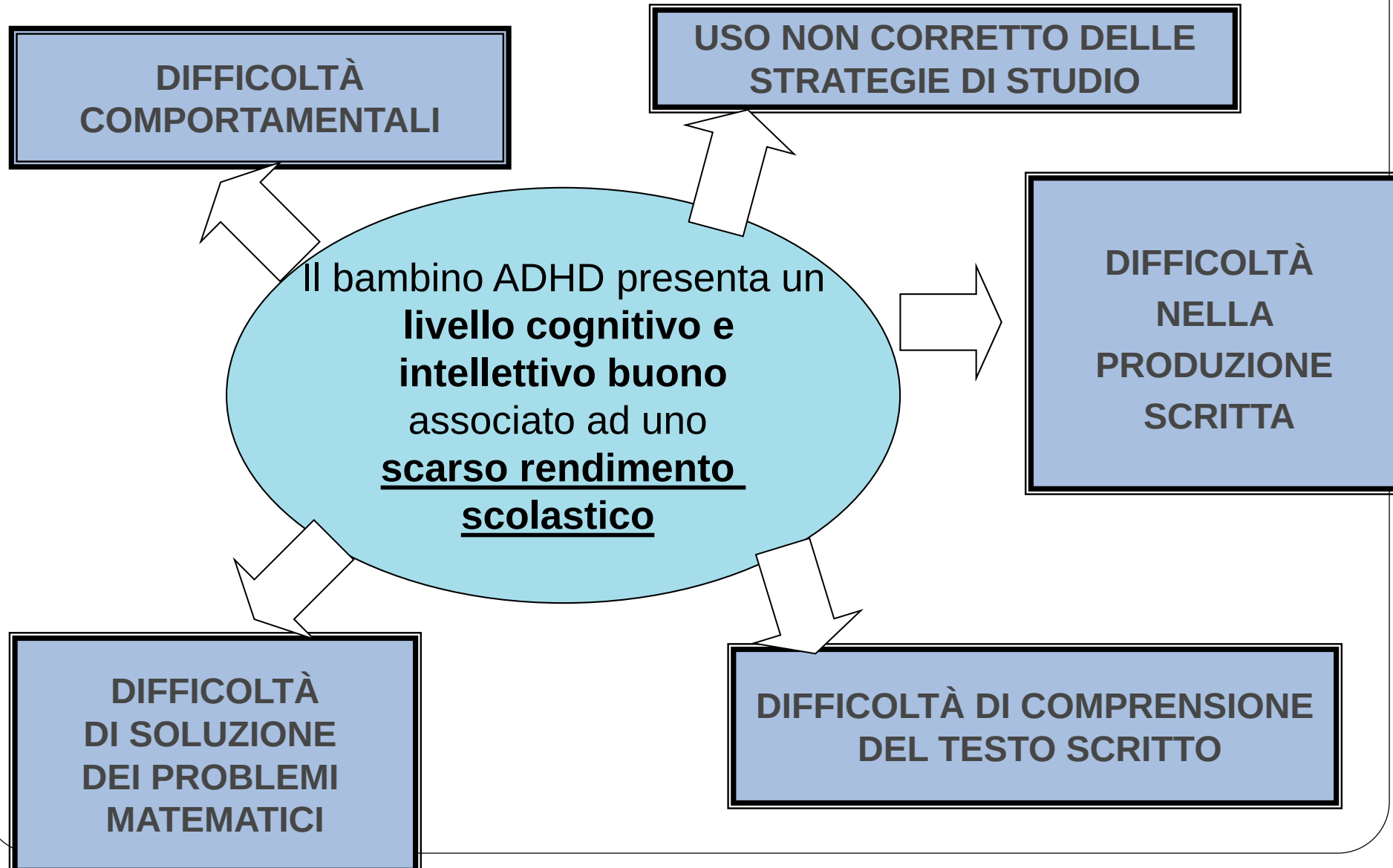
ADHD in età adulta: Difficoltà di organizzazione nel lavoro; condotte rischiose; rischio di marginalità sociale, bassa autostima, tendenza all'isolamento sociale, vulnerabilità psicopatologica

POTENZIALI ESITI IN ADOLESCENZA

- Bassa tolleranza alla frustrazione, aumento di rabbia e labilità dell'umore,
- Bassa autostima
- Infrazioni stradali ed incidenti
- Rischio aumentato di fumo di sigarette, abuso alcolico, altre sostanze
- Malattie a trasmissione sessuale
- Gravidanza in età adolescenziale
- Difficoltà con l'autorità, rischio aumentato di comportamento criminale

Biederman J, JCP 2003

Con l'aumentare dell'età, l'ADHD diventa una delle componenti del quadro clinico, **NON RISULTA ESSERE LA PIU' IMPORTANTE** ed il suo trattamento non sempre risulta prioritario.

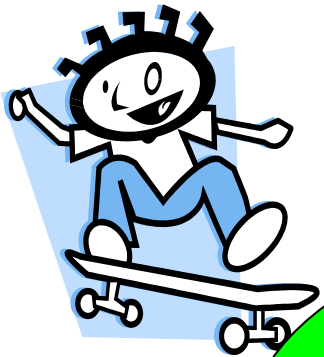


ADHD E AGGRESSIVITA'

- ❑ **Improvvisa** spesso associata a uno **stato affettivo intenso** (rabbia paura), non programmata né finalizzata all'ottenimento di un vantaggio.
- ❑ **Esplosiva ed esplicita**
- ❑ La reazione è spesso legata alla **percezione non realistica e persecutoria** di una minaccia esterna, dalla quale il soggetto è del tutto convinto, per cui tende ad agire con aggressività eccessiva.
- ❑ Questi soggetti tendono ad interpretare come ostili stimoli esterni ambigui ed in situazioni sociali complesse presentano maggiori **difficoltà di problem solving**.
- ❑ Sono poco abili in una serie di **competenze sociali**, quali rispondere ad offese, gestire dei fallimenti, trovare dei compromessi; sono meno capaci di sostenere la pressione dei coetanei.
- ❑ Sono spesso **rifiutati** dagli altri.

Ora vediamo i disturbi del comportamento ...

**Disturbo da Deficit di
Attenzione/Iperattività (ADHD)**



**Disturbo Oppositivo
Provocatorio (DOP)**



**DISTURBI
DA DEFICIT DI ATTENZIONE
E DA
COMPORTAMENTO DIROMPENTE**

Disturbo della Condotta (DC)



Il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP)

Il DOP è un problema psicologico caratterizzato essenzialmente da due tipi di difficoltà: la **collericità** e **la tendenza a infastidire e irritare gli altri intenzionalmente**.



Dispettoso e vendicativo

Arrabbiato e rancoroso

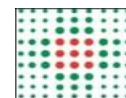
**Suscettibile
o irritato dagli altri**

**Accusa gli altri
per i propri errori
o comportamenti**

**Sfida attivamente
o rifiuta le richieste e le regole
degli adulti**

Litiga con gli adulti

Offende



Quali sono i bambini a cui si fa questa diagnosi?

B. che presentano:

- livelli di rabbia persistente ed evolutivamente inappropriata,
- irritabilità come stato basale
- comportamenti provocatori e oppositivi spesso a-contestuali e senza un manifesto scopo
- presentano importanti menomazioni dell'adattamento e del funzionamento sociale
- età di esordio prevalente: 6-8 anni

Il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP)

- Molti di questi comportamenti iniziano tra il primo ed il terzo anno di vita. Molti di questi comportamenti sono normali all'età di due anni: la differenza consiste nel fatto che in chi ha questo disturbo non spariscono.
- Esiste una **familiarità** per il DOP: i figli di un genitore alcolista che abbia avuto problemi con la legge hanno una probabilità 3 volte maggiore di sviluppare un DOP, rispetto al resto della popolazione.
- L'incidenza del disturbo è alta: **5% in età evolutiva**. In età prepuberale è più frequente nei maschi, ma in seguito, la percentuale di DOP nei due sessi si equivale.
- Questo disturbo si associa frequentemente ad altri quadri psicopatologici in particolare l'ADHD

DOP e DSM V

- Un pattern persistente di umore arrabbiato/irritabile , comportamenti polemici /sfidanti o vendicativi che durano almeno 6 mesi, periodo nel quale sono stati presenti almeno 4 sintomi tra quelli presenti nelle seguenti categorie e che sono stati osservati durante l'interazione con almeno un individuo che non è un fratello.
- **Arrabbiato/ Umore irritabile**
 1. Spesso si arrabbia
 2. Spesso è suscettibile o facilmente irritato dagli altri
 3. Spesso è arrabbiato e rancoroso
- **Polemico/condotte di sfida**
 4. Spesso litiga con le persone che rivestono ruoli di autorità o con gli adulti
 5. Spesso sfida attivamente o rifiuta di rispettare la/le richieste o le regole degli adulti
 6. Spesso irrita deliberatamente gli altri
 7. Spesso accusa gli altri per i suoi errori o il proprio cattivo comportamento
- **Condotte vendicative**

E' stato vendicativo o dispettoso almeno due volte negli ultimi 6 mesi.

DOP e DSM V

Nel DSM-V è proposta anche una tipizzazione del DOP, valutando l'intensità dell'espressività sintomatologica.

I criteri che sono stati proposti sono i seguenti

0 - Assente: Mostra meno di due sintomi

1 - Sottosoglia: Mostra almeno due sintomi ma meno di 4 sintomi e i sintomi non causano un funzionamento deficitario significativo.

2 - Lieve : Mostra almeno 4 sintomi ma i sintomi sono presenti esclusivamente in un contesto (ad esempio a casa, a scuola, a lavoro, con i coetanei)

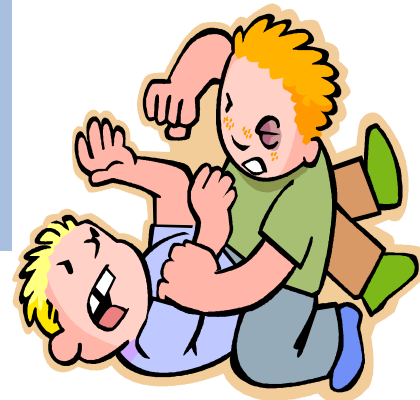
3 - Moderato: Mostra almeno 4 sintomi e alcuni sintomi sono presenti in almeno due contesti.

4 - Grave : Mostra almeno 4 sintomi e alcuni sintomi sono presenti in 3 o più contesti

Il disturbo della condotta (DC)

- I DC sono caratterizzati da una modalità ripetitiva e persistente di **condotta antisociale, aggressiva o provocatoria** che porta a rilevanti violazioni delle aspettative sociali in rapporto all'età ed è perciò più grave delle comuni birichinate infantili o ribellioni dell'adolescente.
- I bambini o gli adolescenti con DC manifestano una modalità persistente **di violazione dei diritti fondamentali degli altri, delle norme e delle regole sociali**. Questi comportamenti possono essere divisi in quattro categorie fondamentali:
 - AGGRESSIONI A PERSONE O ANIMALI;
 - DISTRUZIONE DELLE PROPRIETÀ';
 - FRODE O FURTO;
 - GRAVI VIOLAZIONI DI REGOLE.
- La modalità di comportamento è di solito presente in diversi contesti. Si può trattare di atti apertamente aggressivi, come provocazioni o reazioni violente verso altri, comportamenti minacciosi ecc. Oppure si possono manifestare condotte che ledono diritti e regole senza scontri diretti con le vittime

TIPOLOGIE DEI DISTURBI DELLA CONDOTTA



DISTINZIONE

PER ETÀ DI INSORGENZA:

- infantile ha prognosi peggiore, con maggiore comorbidità
- adolescenziale ha prognosi migliore, ha decorso limitato e più trattabile

DISTINZIONE PER TIPO DI AGGRESSIVITÀ:

- Nascosta/Manifesta
- Attiva/Reattiva
- Predatoria/affettiva

Sviluppo dei Disturbi della Condotta

ESORDIO:

Il disturbo solitamente ha il suo esordio nella tarda infanzia o nella prima adolescenza, ma può comparire già a 6-7 anni di età; è raro che insorga dopo i 16 anni.

→ Più l'esordio è precoce e più il disturbo è durevole e pervasivo, con una prognosi peggiore.

DECORSO:

Il decorso è variabile: nella maggioranza dei casi il disturbo va in remissione con l'età adulta.

Tuttavia in età adulta una quota significativa continuerà a mettere in atto comportamenti antisociali e attività criminali e tenderà a manifestare problemi nelle relazioni interpersonali, difficoltà occupazionali e disturbi psichiatrici

Il disturbo della condotta (DC)

Sottotipi

- 1) ***Tipo con esordio nella fanciullezza***: esordisce prima dei 10 anni di età. Si tratta per lo più di soggetti di sesso maschile, che possono avere avuto un DOP nella prima fanciullezza. I comportamenti sono apertamente aggressivi. Rispetto ai soggetti con esordio dei sintomi dopo i dieci anni, chi appartiene a questo sottotipo ha maggiori probabilità di manifestare un DC persistente e di sviluppare in età adulta una personalità antisociale o problemi di adattamento.
- 2) ***Tipo a esordio nell'adolescenza***: le caratteristiche del disturbo sono prevalentemente di tipo non apertamente aggressivo. I soggetti di questo sottotipo tendono ad avere relazioni con i compagni maggiormente nella norma.

Perché sia diagnosticabile un DC, è necessario che i sintomi siano presenti per **almeno 6 mesi** e che vengano considerate le implicazioni legate all'ambiente e alla cultura di provenienza del ragazzo

Nel sottotipo con esordio nella fanciullezza si possono individuare 4 stadi di sviluppo del disturbo:

1. Questi bambini, dagli anni prescolari fino ai primi anni delle elementari, rifiutano di obbedire e si comportano in modo oppositivo, soprattutto a casa.
2. Durante gli ultimi anni della scuola elementare, hanno comportamenti molto più dirompenti a scuola, cominciano ad avere cattive relazioni con i compagni, mentono, compiono atti aggressivi
3. Nel periodo che va dagli ultimi anni delle elementari sino all'adolescenza, tutti i problemi sopra descritti continuano ad esistere, ma i comportamenti aggressivi espliciti si fanno più gravi e frequenti
4. Durante gli anni della scuola media e nella tarda adolescenza, questi soggetti tendono in maniera significativamente maggiore rispetto ai coetanei a scappare di casa, a marinare la scuola ed ad abusare di alcool e droghe

Disturbo della condotta con ridotta socializzazione (F91.1)

- Questo tipo è caratterizzato dalla presenza del comportamento tipico del disturbo e dalla mancata socializzazione con il gruppo dei coetanei che tendono ad isolarlo per il suo comportamento.

Le manifestazioni più frequenti sono :

Spacconeria e rissosità con i compagni.

Estorsioni e aggressioni verso i coetanei.

Mancato rispetto delle regole comunitarie

Rifiuti di collaborazione, violenti accessi di rabbia incontrollabile e azioni distruttive verso le cose altrui

Incendi, crudeltà verso compagni e animali.

Disturbo della condotta con socializzazione normale (F91.2)

- Caratterizzato da un comportamento antisociale e aggressivo che non avviene nel proprio gruppo di coetanei, nei cui confronti si comporta adeguatamente anche con legami di amicizia.
- La condotta antisociale si manifesta al di fuori del gruppo di appartenenza ,adulti,familiari o altri bambini

Disturbo da comportamento dirompente

Disturbo Oppositivo
Provocatorio (DOP)

Disturbo di
Condotta (DC)



Entrambi possono associarsi al Disturbo da Deficit di attenzione con iperattività (DDAI) ed essere precursori del Disturbo antisociale di Personalità (Loeber et al., 2000)

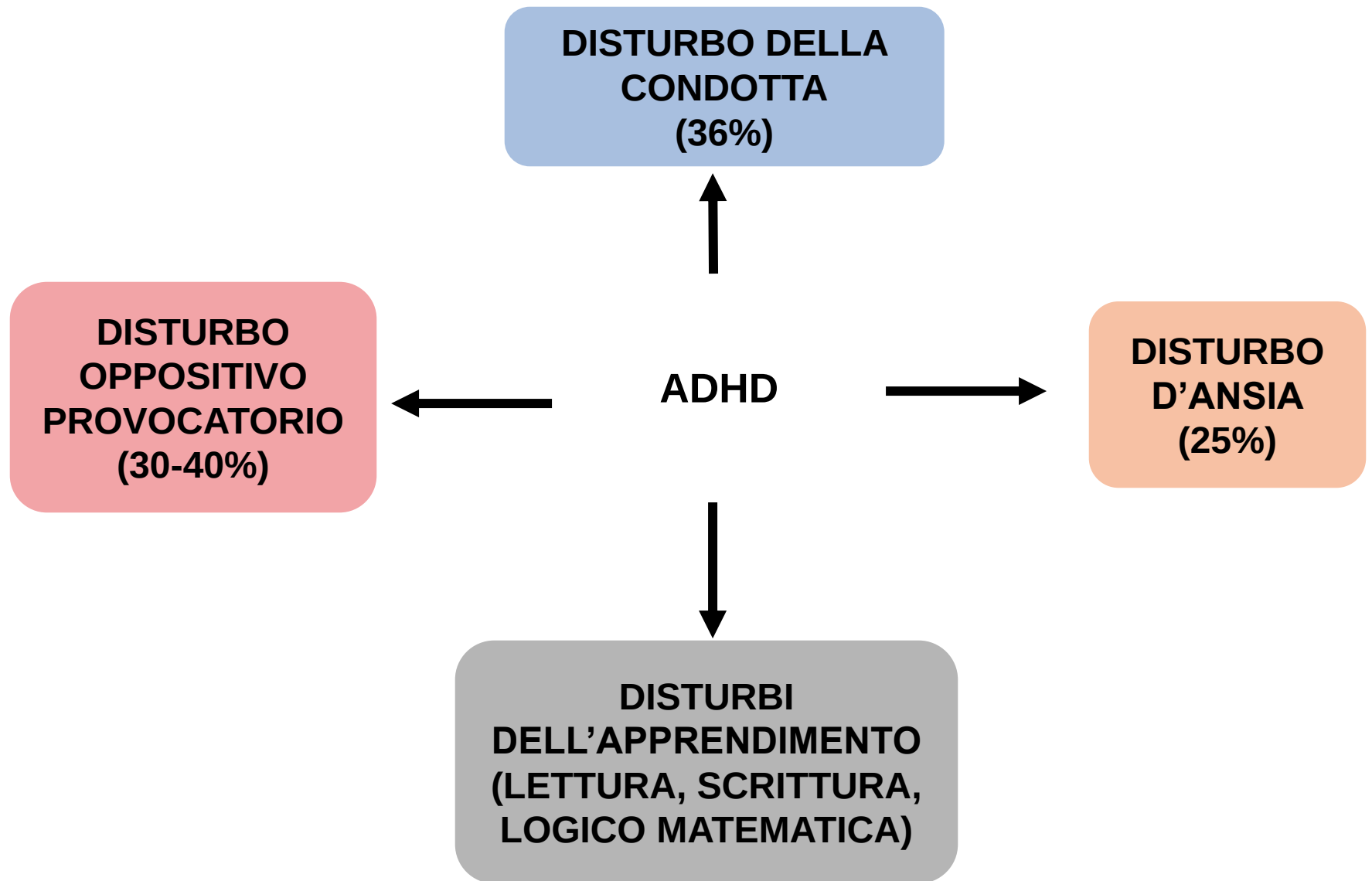
DC e DSM V

- DSM V conferma i descrittori sintomatologici del DSM IV;
- Aggiunto il criterio “con tratti **Callous-Unemotional**”:
 - **Scarso rimorso o scarso senso di colpa:** non si sente cattivo o in colpa quando fa qualcosa di sbagliato e si evidenzia un globale deficit rispetto alla capacità di valutare le conseguenze delle sue azioni
 - **Freddezza, scarsa empatia:** ignora e non si occupa dei sentimenti degli altri e appare maggiormente preoccupato per gli effetti del comportamento degli altri nei propri confronti.
 - **Non si preoccupa delle proprie prestazioni:** non fa gli sforzi necessari per svolgere i suoi compiti in modo positivo, anche quando le richieste sono chiare e in genere da agli altri la colpa dei suoi insuccessi.
 - **Superficiale o anaffettivo:** non esprime o mostra i propri sentimenti agli altri, eccetto che in un modo superficiale o non o quando le espressioni emotive sono usate per ottenere un vantaggio.

Implicazioni prognostiche sottotipo ADHD + DC/DOP + CU

- La presenza di tratti CU in soggetti DC/DOP e ADHD predice livelli minori di disturbi internalizzanti (Pardini , 2010)
- La presenza di tratti CU facilita l'evoluzione in DC delle forme combinate ADHD plus DOP (Pardini , 2010)
- La presenza di ADHD impulsivo e CU caratterizza soggetti con **deficit emozionali** (deficit in reattività a alcuni stimoli emotivi), deficit cognitivi e aspetti peculiari della personalità (es. assenza di paura) come negli adulti psicopatici (Barry, Frick, 2000; Loney, Frick, 2003).
- La presenza di ADHD e CU simultaneamente costituisce un moderatore della relazione tra la patologia e difficoltà di apprendimento e relazionali e tra la patologia e aggressività affettiva.

COMORBIDITA'



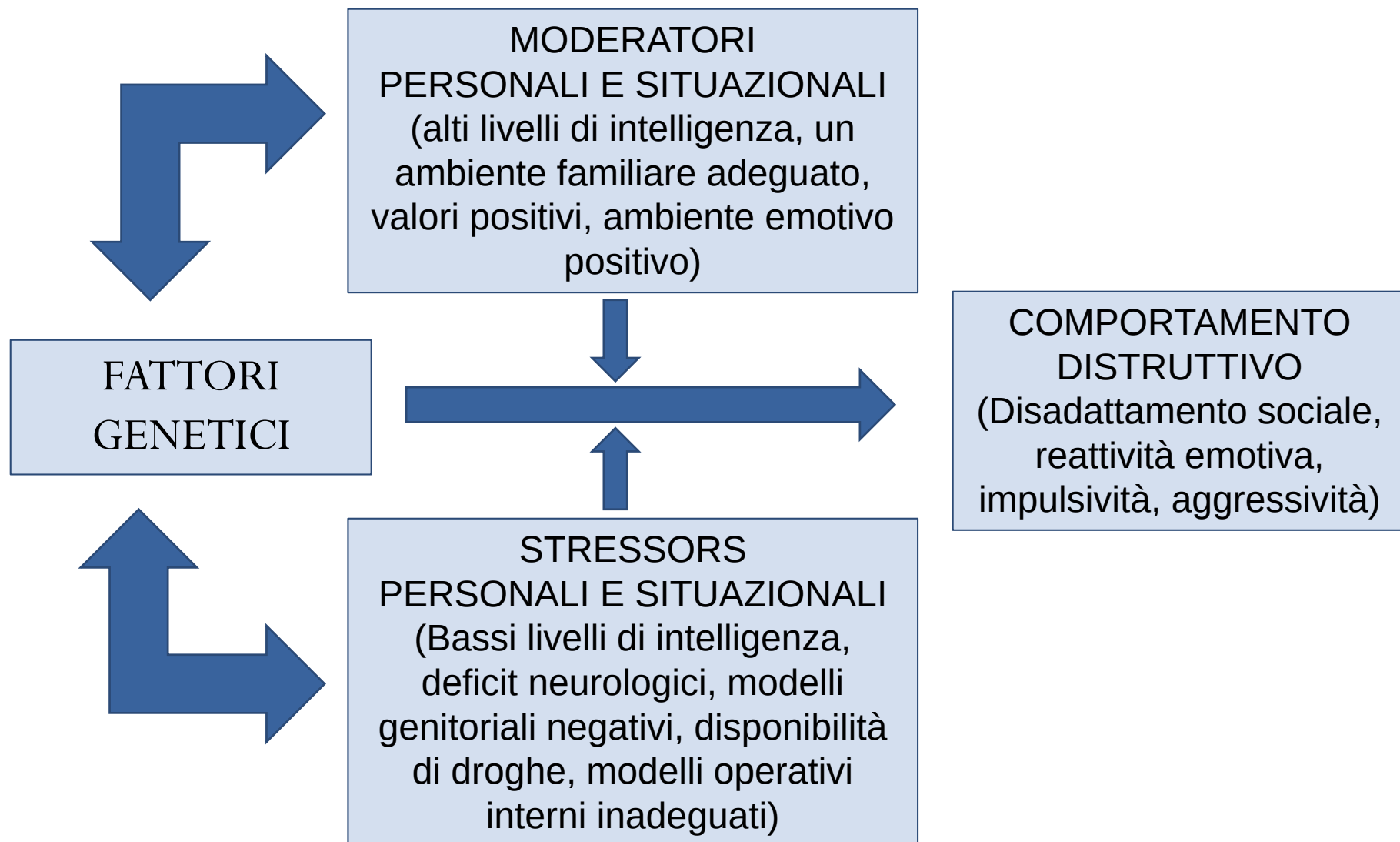
Albero decisionale



EZIOLOGIA

dei disturbi dirompenti, da
di discontrollo degli impulsi e disturbi di condotta

MODELLO DI SVILUPPO DEI DCD



STORIA PSICHIATRICA DELLA FAMIGLIA COME UN FACILITATORE DEL DC

- DC magg. presenti in alcune famiglie.
 - Presenza di una storia familiare di **condotte antisociali** come indice alt predittivo di DC (Farrington et al., 2001; Farrington & Loeber, 2000).
 - Influenza genetica molto forte nei DC a insorgenza precoce che sono part. pervasivi, persistenti e gravi (Arseneault et al., 2003; Moffitt, 2005a)
 - Importanza di anamnesi antisociale familiare per impostazione di trattamento (Jaffee et al., 2006, Kim-Cohen et al., 2006).
- **Anamnesi familiare come indice che incrementa possibilità di stabilire prognosi , peso dei sintomi e delle eventuali comorbidità come ADHD (Odgers et al., 2007)**

Stile educativo e traiettorie evolutive

FATTORI DI RISCHIO PER ANTISOCIALITA'

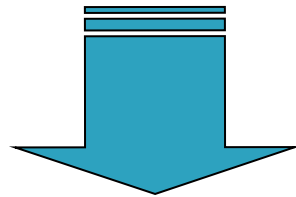
Contesti familiari caratterizzati da:

- bassi livelli di disciplina,
- scarso monitoraggio,
- scarsa coesione e condivisione;
- Scarso calore affettivo e condivisione.

IL TEMPERAMENTO



- Alti livelli di impulsività e aggressività
- disregolazione emotiva
- scarsa capacità di evitare situazioni rischiose
- scarsa dipendenza dalla ricompensa o dalla punizione
- Scarsa tolleranza alla frustrazione
- novelty seeking



elevato rischio di disturbi del
comportamento e di abuso di sostanze

Parenting inefficace

In molte famiglie di bambini con problemi di comportamento dirompente esiste un “clima familiare coercitivo”. Questo clima si riscontra quando adulti e bambini imparano a usare **comportamenti negativi per controllarsi l'un l'altro:**

- non è insolito per i genitori dare ordini violenti, urlare e criticare allo scopo di controllare il bambino;
- analogamente, il bambino spesso si comporta in modo testardo, urla, incolpa, si arrabbia e critica allo scopo di controllare i genitori.

Di solito o il genitore o il bambino “ si arrende” all'altro, cosa che è rinforzante per entrambi.

I genitori tendono a dare maggiore attenzione al figlio quando si comporta negativamente piuttosto che positivamente

.....PARENTING INEFFICACE (PATTERSON, 1986)

la gestione delle pratiche educative da parte dei genitori di bambini con DCD è caratterizzata, *anche in assenza di un disturbo psicopatologico in uno dei genitori, da*

scambi relazionali basati sulla coercizione,

ovvero da un tipo di processo interpersonale

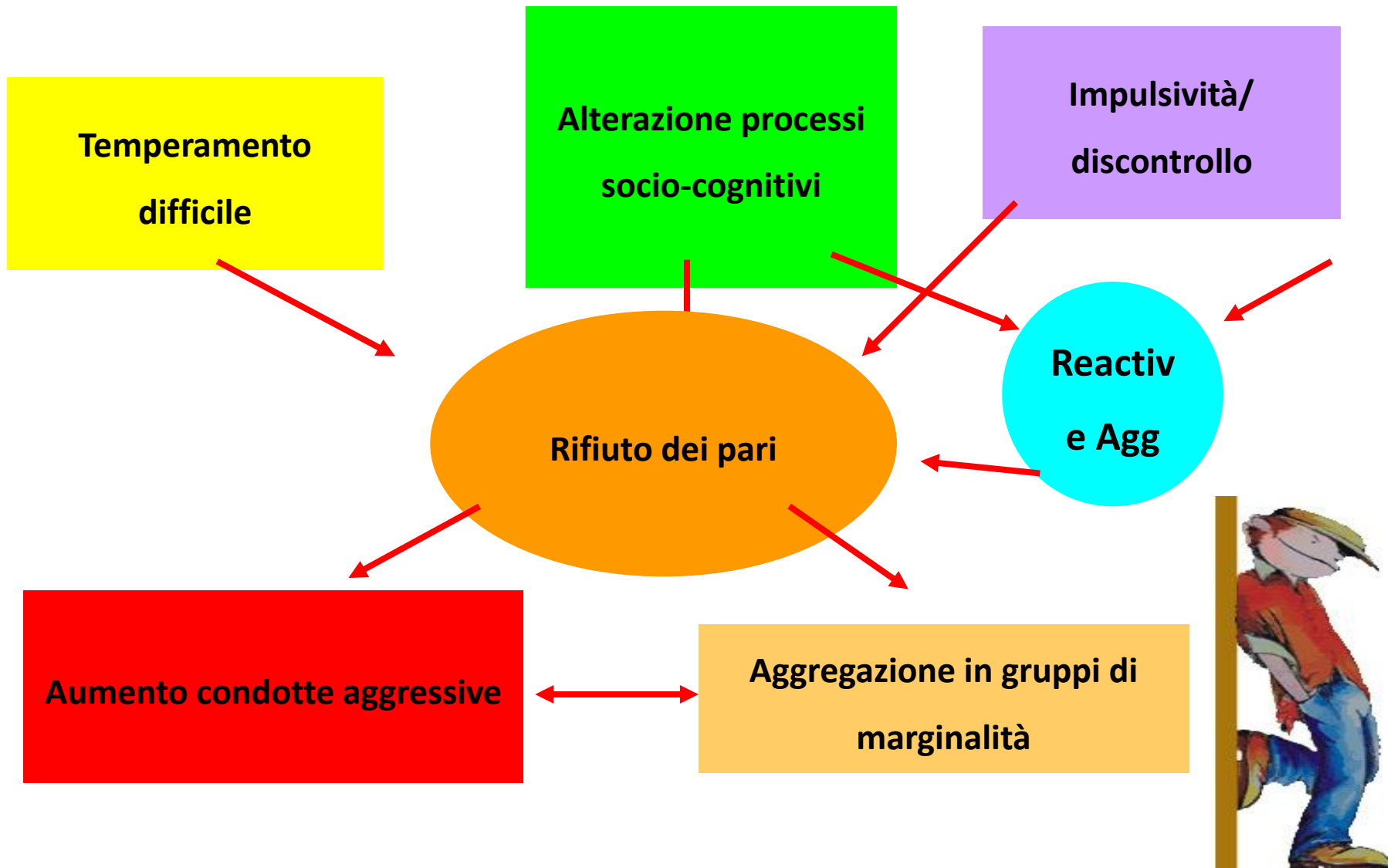
basato sul rinforzo negativo:

- *il genitore fa una richiesta al proprio figlio*
- *Il figlio disubbidisce, a volte in modo avversivo,*
- *il genitore a questo punto può cedere nella sua richiesta per paura o poca voglia di affrontare una situazione di conflitto,*
- *oppure può alzare il tono della voce per cercare di persuaderlo*
- *se il bambino solo allora “da retta”, ciò rinforza nel genitore la convinzione che questo sia l’unico modo per gestirlo.*

Attaccamento insicuro

- All'interno dei legami primari di attaccamento ciascuno di noi impara a riconoscere, articolare, dare un nome, esprimere e quindi regolare gli stati emozionali e le relative disposizioni comportamentali
- L'attaccamento sicuro è la condizione che promuove la più accurata conoscenza di un più ampio range di stati emozionali insieme alle strategie per una loro armonica regolazione
- L'attaccamento insicuro porta, invece, a strutturare modalità di regolazione emotiva in difetto (internalizzanti) o in eccesso (esternalizzanti) con forte **instabilità, contraddittorietà e imprevedibilità nell'espressività e nel repertorio emotivo del bambino.**
- La combinazione tra attaccamento insicuro e temperamento difficile costituisce un forte predittore, la presenza di uno solo dei fattori correla con livelli di aggressività entro la norma

Il ruolo centrale del rifiuto dei pari



... un insieme di fattori

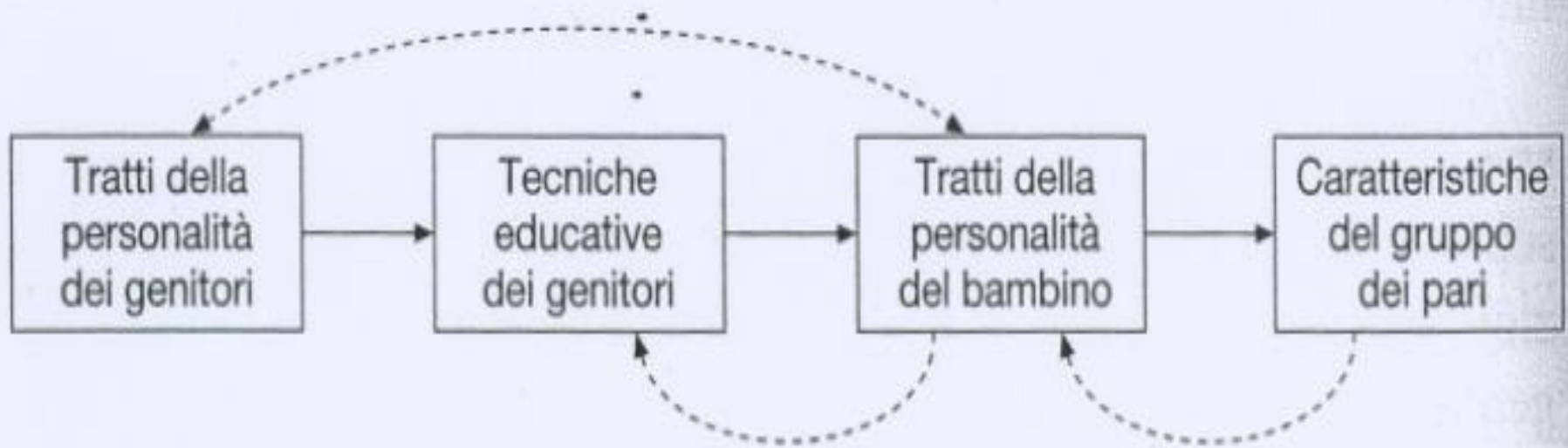


Figura 4.5 I legami tra il sistema familiare e quello dei pari.

Spiegazione della condotta aggressiva



Social Information Processing

Step di analisi dei comportamenti degli altri:

- *codifica dei segnali sociali*
- *interpretazione dei segnali*
- *classificazione degli scopi*
- *esame delle possibili risposte da dare*
- *decisione della risposta da dare*
- *messa in atto della risposta*

Disfunzioni in queste fasi possono generare diversi tipi
di condotte aggressive

Contextual social-cognitive model (Lochman e Dodge, 1994)



Bambini con problemi di aggressività sviluppano modalità DISTORTA E DEFICITARIA DI ELABORAZIONE DELLE INFO SOCIALI:

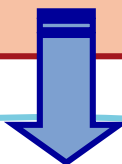
- **TEORIA DELLA MENTE NEGATIVA:** tendono a percepire e valutare i segnali sociali prevalentemente in modo OSTILE e a reagire in modo AGGRESSIVO
 - **Difficoltà di PROBLEM SOLVING INTERPERSONALE:**
 - < numero di soluzioni adattive di fronte a un problema
 - Aggressività come modalità per modulare le emozioni e strategia più efficace per regolare le relazioni interpersonali
- ➡ **IPERVIGILANZA** nel monitorare l'ambiente circostante focalizzandosi sui segnali interpersonali ostili in situazioni sociali ambigue.

LE CRISI DI RABBIA dipendono da:

Vulnerabilità temperamentale

Sviluppo di una aggressività reattiva che comprende una facile attivazione alle emozioni negative anche in seguito a provocazioni oggettivamente di poco conto, e scarso controllo di fronte a eventi stressanti.

- difetti nella elaborazione delle informazioni sociali,
- intolleranza alle frustrazioni, limiti e/o regole,
- scarsa consapevolezza delle conseguenze
- scarso senso di colpa



Aggressività

(minacce verbali, agiti contro gli oggetti o pantoclastici, aggressività diretta verso familiari, coetanei, adulti di riferimento)

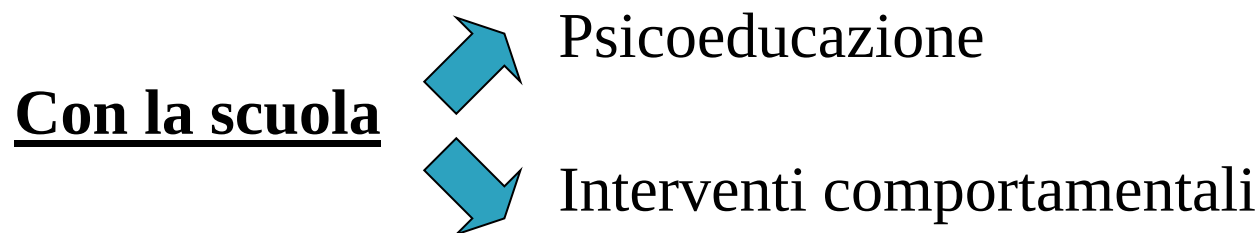
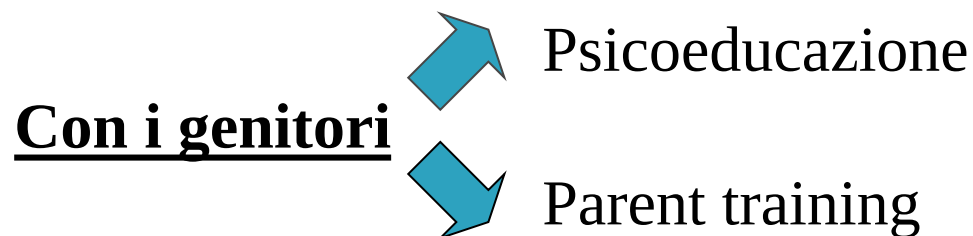
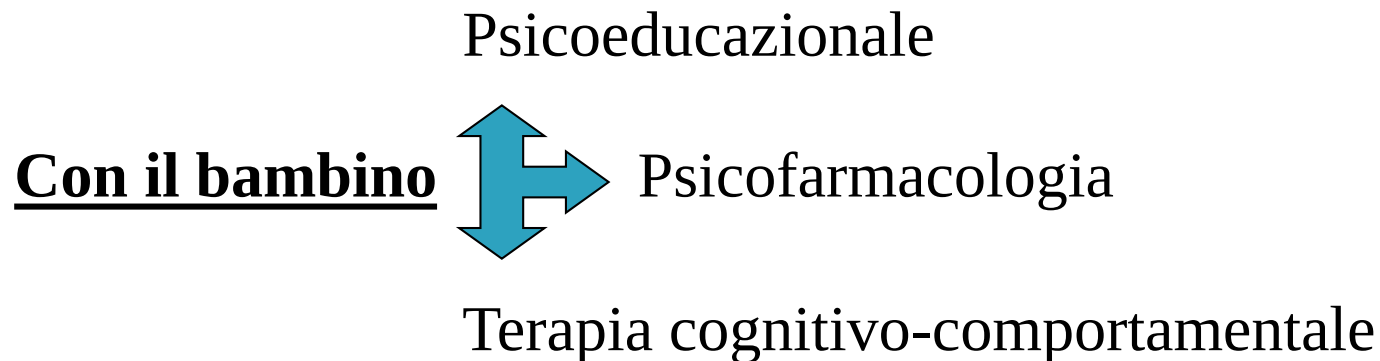
**come modalità di
regolazione funzionale
a un sistema poco regolato e non supportato
in modo adeguato dall'ambiente.**



FATTORI PROTETTIVI

- **Sesso femminile**
- **Buona intelligenza**
- **Orientamento sociale positivo e impegno rispetto a valori sociali**
- **Temperamento resiliente**
- **Buona competenza in almeno una area di interesse e coinvolgimento in attività extracurricolari positive**
- **Ansia**
- **Stabilità nelle relazioni familiari**
- **Relazioni calde e supportive con gli adulti**
- **Programmi sociali di supporto**

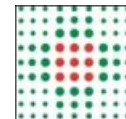
Terapia multimodale



Comportamenti disturbanti

I comportamenti disturbanti, pur riguardando aspetti specifici del funzionamento individuale, in realtà coinvolgono anche:

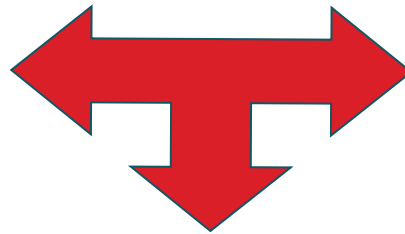
- la sfera emotiva,
- la sfera relazionale,
- l'autonomia personale.



ASPETTI PSICOLOGICI

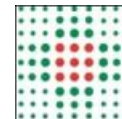
Comportamenti che hanno come effetto:

**Aumento del
disagio emotivo**



**Aumento delle
difficoltà
scolastiche**

**Stabilizzazione di
modalità comportamentali
e relazionali inadeguate**



I COMPORTAMENTI PROBLEMA PORTANO A ATTRIBUZIONI PSICOLOGICHE

È
problematico

È pigro

E'
maleducato

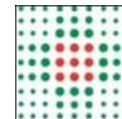
Non è
motivato

**Le attribuzioni
più frequenti**

E' viziato

Non è
attento

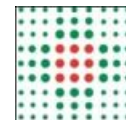
Non si
impegna



ASPETTI PSICOLOGICI

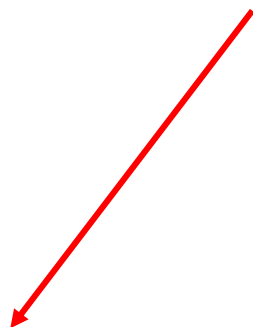
Attribuzioni negative influenzano negativamente l'autostima, la relazione con l'altro e la motivazione ad apprendere.

Questa dinamica attiva reazioni più forti di iperattività e aggressività e comportamenti di evitamento del compito.



I COMPORTAMENTI DIFFICILI

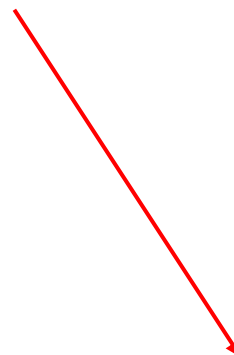
Le tipologie più frequenti in ambito scolastico



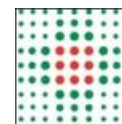
OPPOSITIVITA'



AGGRESSIVITA'



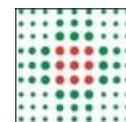
INIBIZIONE



L'inserimento a scuola e la successiva convivenza con un ambiente educativo strutturato crea, in questi bambini, notevoli difficoltà.

Il bambino con queste caratteristiche non avendo potuto sperimentare precedentemente la capacità di gestire un conflitto in maniera adeguata, non ha gli strumenti sufficienti per affrontare il rapporto con i pari e provare a risolvere eventuali contrasti, mettendosi nei panni dell'altro.

Di fronte a questa nuova situazione il bambino, non potendo ricorrere ad adeguate competenze sociali, tenderà a fomentare il conflitto diventando presto una figura “fastidiosa” e da evitare, con l'inevitabile peggioramento delle capacità di relazionarsi con gli altri e delle prestazioni scolastiche e l'aumento di condotte provocatorie ed aggressive.



IMPORTANZA DI LAVORARE SU DUE FRONTI

COGNIZIONE

Azione sulla didattica

Supporto alla regolazione
dell'attenzione

EMOZIONE

Supporto alla regolazione
dell'azione

Azioni sul comportamento

**Migliore apprendimento e senso
di autoefficacia**

**Regolazione del comportamento
gestione delle relazioni**

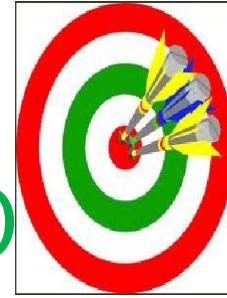
COSA PUÒ FARE LA SCUOLA PER UN ALUNNO CON DIFFICOLTÀ ATTENTIVE ED IPERATTIVITÀ?



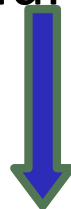
“Il disturbo si crea spesso dall’incontro-scontro tra un ragazzo **che assume determinate modalità comportamentali** e un ambiente impreparato ad agire nel modo più adatto”.

Mario Di Pietro

OBIETTIVO DI OGNI INTERVENTO EDUCATIVO DOVREBBE ESSERE



- ω Incrementare le abilità (intese in senso ampio) dell'alunno
- ω Apprendimento continuo da parte degli insegnanti di nuovi dati generali derivati dall'esperienza con l'alunno
- ω Creare un intervento educativo che sia individualizzato sulle caratteristiche di quello specifico alunno e sul gruppo classe



IMPORTANZA DI LAVORARE SU DUE FRONTI

COGNIZIONE

Azione sulla didattica

EMOZIONE
Supporto alla regolazione
dell'azione

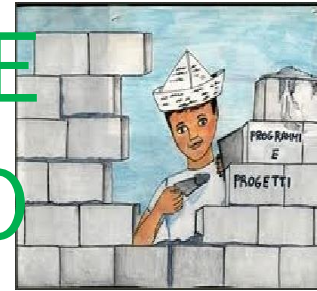
Supporto alla regolazione
dell'attenzione

Azioni sul
comportamento

**Migliore apprendimento e
senso di autoefficacia**

**Regolazione del
comportamento gestione
delle relazioni**

PROGRAMMAZIONE DI UN INTERVENTO



Per programmare un intervento, scegliendo la strategia educativa maggiormente appropriata in una certa situazione, non è sufficiente

(sia nel senso di acquisizione di nuove abilità che in quello di eliminazione o riduzione dei comportamenti problema), occorre anche raccogliere una serie di informazioni che caratterizzano i

AUTOREGOLAZIONE COMPORTAMENTALE

1. valutazione del comportamento: osservazione
2. interventi psicoeducativi

FASE 1: Valutazione del comportamento



```
graph TD; A[FASE 1: Valutazione del comportamento] --> B[allo scopo di:]; A --> C[INTERVENTO mirato al comportamento più disturbante];
```

allo scopo di:

- ☐ Rilevare i comportamenti disturbanti del bambino e quelli pertinenti.
- ☐ Costruire una modalità di intervento personalizzato.
- ☐ Monitorare l'efficacia del trattamento.

INTERVENTO
mirato al comportamento
più disturbante

ANALISI DEL COMPORTAMENTO PROBLEMA “DISFUNZIONE”.

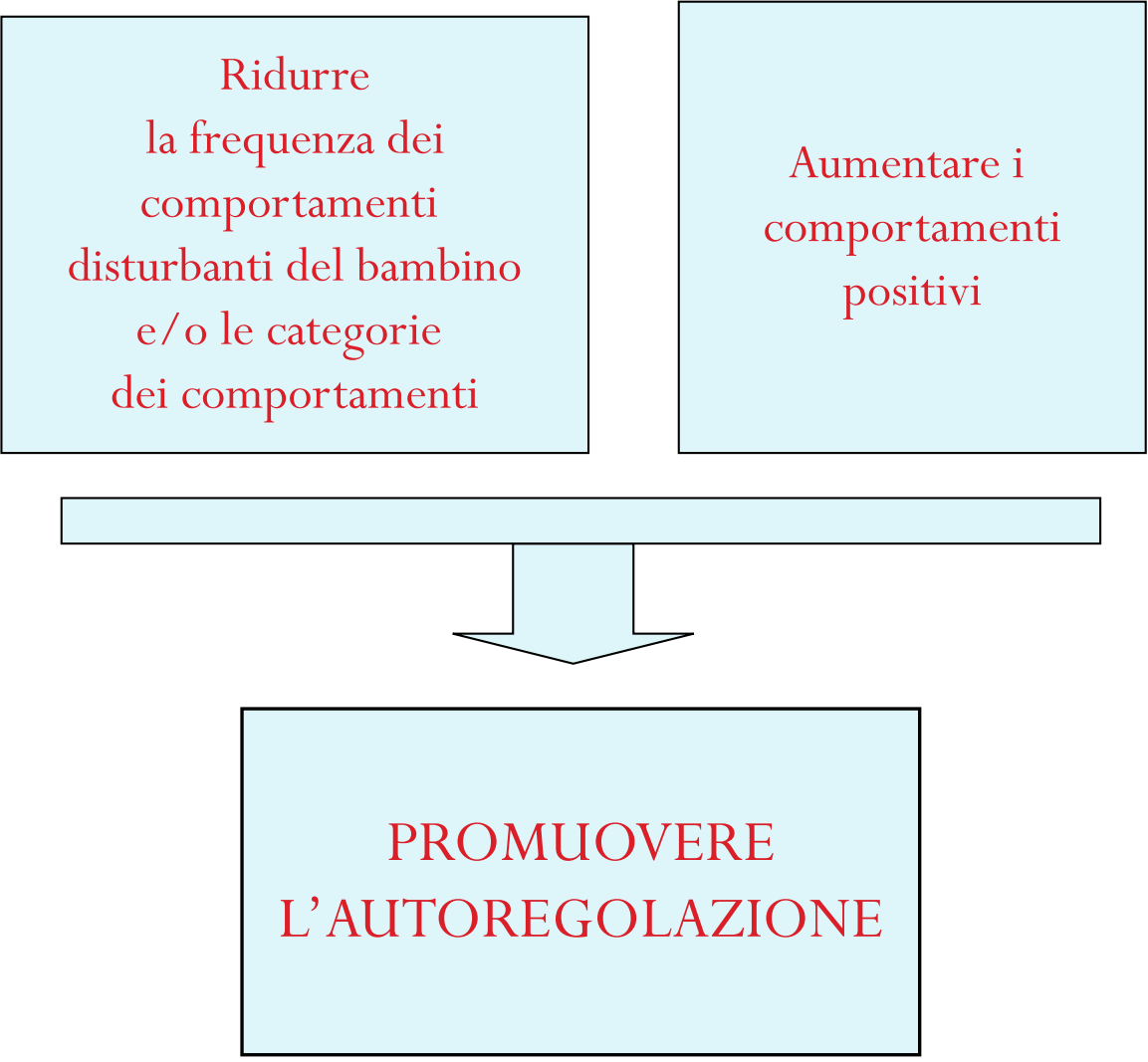
Le domande che bisogna porsi:

- ❑ Cosa c'è che non va?
- ❑ Cosa non sta funzionando?
- ❑ Come mi **sen**to rispetto a quel comportamento?
- ❑ Quali sono gli attori coinvolti?
- ❑ Qual è il **significato** di quel comportamento; cosa mi sta dicendo?
- ❑ Quando accade? Con quale frequenza accade?

OBIETTIVI GENERALI:

Ridurre
la frequenza dei
comportamenti
disturbanti del bambino
e/o le categorie
dei comportamenti

Aumentare i
comportamenti
positivi



```
graph TD; A[Ridurre la frequenza dei comportamenti disturbanti del bambino e/o le categorie dei comportamenti] --- B[Aumentare i comportamenti positivi]; A --- C[ ]; B --- C; C --> D[PROMUOVERE L'AUTOREGOLAZIONE];
```

PROMUOVERE
L'AUTOREGOLAZIONE

CAPIRE IL PERCHE' DI UN COMPORTAMENTO

OSSERVAZIONE OCCASIONALE: consiste nel guardare qualcosa con lo stesso atteggiamento “naturale” con il quale di solito osserviamo. Permette di farsi un’idea delle caratteristiche di un bambino o di una classe, dei suoi problemi, degli obiettivi su cui lavorare.

Il limite principale è che i comportamenti sono descritti in modo impreciso, con un pensiero dicotomico ... tutto o nulla (“non sta mai buono”).

La funzione è di formulare un obiettivo che deve essere piccolo, circostanziato, ragionevole ma soprattutto OPERAZIONALE.

Dall'osservazione occasionale emergono:

- I comportamenti disturbanti.
- I comportamenti pertinenti.
- Frequenza dei comportamenti disturbanti.
- In quali precise attività.
- Il tipo di contenimento attuato.
- Il tipo di rinforzi attuati.
- Il tempo di coinvolgimento autonomo nell'attività.

L'osservazione non strutturata iniziale
deve aiutarci a **categorizzare** e a fare
una
gerarchia di comportamenti
(da aumentare e da diminuire),
consentendoci di fissare degli obiettivi
comportamentali.

QUESTIONARIO PER L'IDENTIFICAZIONE DEI COMPORTAMENTI PROBLEMA

Nome: Data:

Compilato da:

Le vostre risposte saranno utili per capire la natura delle difficoltà del ragazzo.
Siate il più precisi possibile.

A. Elencate i problemi di comportamento dell'alunno, o i comportamenti che andrebbero ridotti (annotare le circostanze in cui si verificano tali comportamenti). Specificate: «Si alza dal banco senza permesso durante il compito in classe nell'ora di matematica» e non: «Si comporta male durante le lezioni», oppure: «In mensa passa davanti ai compagni senza aspettare il proprio turno» e non: «È prepotente con i compagni».

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

B. Indicate quali circostanze, situazioni, o eventi voi pensate possano essere collegati ai comportamenti problematici che avete sopra elencato.

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

C. Descrivete in modo specifico ciò che fate quando il bambino manifesta ciascun comportamento problematico che avete indicato.

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

D. Descrivete in modo specifico cosa fanno gli altri quando il bambino manifesta ciascun comportamento problematico che avete indicato.

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

E. Date una stima di quante volte si presentano questi problemi di comportamento (per es. 10 volte, 5 volte al giorno, ecc.) e/o quanto durano (per es. 15 minuti, 2 giorni, ecc.).

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

BIETTIVI COMPORTAMENTALI

Nome: Data:

Compilato da:

Vi preghiamo di indicare qui sotto i comportamenti negativi (comportamenti da diminuire) e i comportamenti positivi (comportamenti da aumentare).

Comportamenti da diminuire	Comportamenti da aumentare
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

PROGETTO DI OSSERVAZIONE

1. Descrizione del problema che si è deciso di osservare. Cercare di definire nel modo più preciso e concreto possibile la situazione che crea difficoltà.
2. Ipotesi iniziale sul problema. Spiegazione (interpretazione, idea) che ci si dà della problematica in corso.
3. Momenti in cui si manifesta la situazione problematica. Definire quando emerge il problema, dove e chi sono le persone coinvolte.
4. Strumenti di osservazione che si ha intenzione di utilizzare. Definire in che modo verranno utilizzati, dove e quando.

CAPIRE IL PERCHE' DI UN COMPORTAMENTO

OSSERVAZIONE SISTEMATICA: successiva all'osservazione occasionale, consiste nel misurare il comportamento servendosi di un parametro di misura (frequenza o durata) e eventualmente di uno strumento (schema/griglie di osservazione)

COME RICAVARLI?

- Osservare dove compare il maggior numero di crocette sul comportamento disturbante a scuola o in ambulatorio.
- Individuare quale sia il comportamento più disturbante a casa attraverso i colloqui con la famiglia.
- Individuare e rinforzare i comportamenti positivi.



Trovare **OBIETTIVO COMUNE** su cui lavorare a scuola.

Osservazione sistematica

- Osservazione che consiste nel definire con la più alta precisione possibile il comportamento da osservare
- Ha regole precise, fissate a priori, che devono essere padroneggiate dagli osservatori prima di iniziare l'osservazione
- Prevede l'impiego di strumenti che ne consentano una quantificazione

*L'osservazione occasionale ha come risultato un'etichetta
“Andrea è un bambino iperattivo”.*

*L'osservazione sistematica ha come risultato un numero
“Andrea oggi si è alzato dal banco 7 volte”.*

Passi dell'osservazione sistematica

I PASSO:

Classificazione del comportamento

È necessario definire prima, e con la maggior precisione possibile, cosa intendiamo osservare



È necessario cioè classificare i comportamenti

Dalle etichette è necessario passare agli indici comportamentali

- Operazionalizzazione dei comportamenti
- Da una definizione vaga e potenzialmente ambigua si passa ad una definizione chiara e obiettiva del comportamento
- Permette la creazione di un linguaggio comune
- Favorisce l'accordo tra osservatori
- Un passo indispensabile per arrivare alla misurazione del comportamento

Operazionalizzare i comportamenti

“Marco è spesso distratto”

Cosa vuol dire distratto?

- 1) Si dedica ad attività diverse da quelle che l'insegnante sta svolgendo
- 2) Chiacchiera con i compagni
- 3) Lascia il suo posto e gira per l'aula
- 4) Lascia il suo posto e va fuori dall'aula
- 5)

Passi dell'osservazione sistematica

II PASSO:

scelta del parametro più adatto per descrivere il comportamento



Durata ⇨ Intervallo di tempo durante il quale si verifica il comportamento

Frequenza ⇨ Numero di volte in cui si manifesta un comportamento in una specifica unità di tempo.

Latenza ⇨ Tempo che intercorre tra la presentazione di uno stimolo e l'emissione del comportamento

Intensità ⇨ Grado di forza o di violenza di emissione di un comportamento

Passi dell'osservazione sistematica

III PASSO :

costruzione di una scheda di osservazione sistematica del
comportamento



Consente di annotare insieme varie informazioni

Nome _____ Età _____ Sesso ☒ M ☐ F

Data _____ Contesto _____

Ora: inizio _____ fine _____

Eventualmente si possono usare sigle, simboli o segni per ciascun comportamento.

Es. Osservazione dei comportamenti di aggressività verbale

1 (oppure AVIS) = aggressività verbale rivolta verso l'insegnante di sostegno

2 (oppure AVIC) = aggressività verbale rivolta verso l'insegnante di classe

3 (oppure AVP) = aggressività verbale rivolta verso altro personale della scuola

4 (oppure AVC) = aggressività verbale rivolta verso un compagno

COMPORTAMENTO	FREQUENZA	EVENTUALMENTE DURATA	EVENTUALMENTE INTENSITÀ (3 - 2 - 1)	EVENTUALMENTE ALTRO

Passi dell'osservazione sistematica

IV PASSO:

stabilire per quanto tempo e quando osservare i comportamenti in ogni sessione di osservazione



Il tempo deve rimanere sempre uguale. Se decidiamo di osservare per 40 minuti dovranno essere sempre 40 minuti per avere dati confrontabili

L'ANALISI FUNZIONALE

Particolare **forma di osservazione sistematica** che mette in relazione il comportamento osservato con le situazioni antecedenti (gli stimoli che presumibilmente lo hanno provocato) e le conseguenze (i rinforzatori che probabilmente lo mantengono).

L'ANALISI FUNZIONALE

Mentre l'osservazione sistematica mira alla **quantificazione** del comportamento (Matteo si alza dal banco 7 volte in 40 minuti), l'analisi funzionale consente di capire il **perché** certi comportamenti si manifestano e quali sono i rinforzatori che li mantengono. L'analisi funzionale non è quindi solo uno strumento di osservazione, ma consente già di impostare programmi di intervento mirati alla modificazione degli antecedenti e dei conseguenti individuati.

- Permette di operare un confronto sistematico di ciò che precede e di ciò che segue il comportamento problema.
- Permette di formulare ipotesi sulla funzione svolta dal comportamento.
- Permette di capire il perché di quel comportamento.

L'ANALISI FUNZIONALE

IL MODELLO ABC

A



B



C

ANTECEDENTI

COMPORTAMENTI

CONSEGUENZE

Gli antecedenti sono gli eventi che si verificano prima di un comportamento (spaziali, temporali, relazionali)

- Dove?
- Quando?
- Con Chi?

Il comportamento è qualcosa di osservabile che una persona compie, di cui si può contare la frequenza e che si può modificare .
Può essere **positivo** o **negativo**.

la pigrizia, il non lavorare non sono comportamenti.
camminare, urlare colpire sono comportamenti.

Le conseguenze sono gli eventi che si verificano dopo: reazione emotiva e comportamentale. Possono essere **positive** o **negative**.

- Premi
- Punizioni
- Vicinanza relazionale

ANTECEDENTE Dove? Quando? Con chi?	COMPORTAMENTO					CONSEGUENZE reazione emotiva e comportamentale dell'ambiente
	Descrizione del comportamento	<i>Frequenza</i>	<i>Durata</i>	<i>Intensità</i> (scala 0 -100)	<i>Orario scolastico</i>	

Una finestra metacognitiva

A

Cosa **PENSA** il bno in quel momento?
Che **EMOZIONI** prova? Quali **BISOGNI** ha?
Che **EMOZIONI** mi comunica?



B

REAZIONE COMPORTAMENTALE del bno
REAZIONE EMOTIVA del bno



C

Come **REAGISCE** l'ambiente al comportamento del bno? **COSA HO DETTO? COSA HO FATTO?**
COME MI SONO SENTITO? COME SI è SENTITO IL BNO? Che **SIGNIFICATO** hanno tali reazioni per il bambino? Perché le cerca? In che modo le reazioni dell'ambiente rinforzano il comportamento del bno?

Antecedenti dei comportamenti negativi

- ☐ Mancanza di affetto, attenzione, stima
- ☐ Noia o disinteresse verso i compiti
- ☐ Inadeguatezza rispetto ai pari
- ☐ Deficit di abilità di apprendimento
- ☐ Mancata comprensione delle consegne
- ☐ Inadeguata stima della difficoltà o della lunghezza del compito
- ☐ Esperienze negative precedenti legate alla stessa attività

IL COMPORTAMENTO PROBLEMatico:

- ❑ **Funzione di fuga:** Il comportamento viene messo in atto per interrompere un'attività spiacevole o sgradita ed è mantenuto dal rinforzo negativo.
- ❑ **Funzione di ricerca di attenzione:** Il comportamento viene messo in atto allo scopo di ricevere attenzione o vicinanza fisica.
- ❑ **Funzione di ricerca tangibile di oggetti o attività:** Il comportamento problematico viene messo in atto allo scopo di ottenere oggetti o attività gradite.
- ❑ **Funzione di stimolazione sensoriale:** Il comportamento di questa funzione è auto-rinforzante. In altre parole il piacere che deriva da un determinato comportamento è un rinforzo positivo per il comportamento stesso.

I SISTEMI MOTIVAZIONALI INTERPERSONALI

Sistema motivazionale dell'attaccamento

"Quando ti trovi in difficoltà, per stanchezza, paura, dolore, ecc., mantieniti vicino o ripristina la vicinanza ad un membro conosciuto del tuo gruppo sociale che ti appaia più forte o più saggio"

Sistema motivazionale di accudimento-cura

"Se un membro conosciuto del tuo gruppo ti chiede, tacitamente o esplicitamente, aiuto, daglielo: e daglielo con particolare sollecitudine se è un tuo discendente genetico"

Sistema motivazionale agonistico (dominanza-subordinazione)

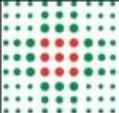
"Se ti trovi a competere con un membro del tuo gruppo per un bene o una risorsa, mostragli la tua forza; se rischi di essere danneggiato perchè è più forte di te, comunicagli che riconosci la sua superiorità attraverso segnali di sottomissione; se è l'altro a segnalarti sottomissione, interrompi l'attacco e consentigli di restarti vicino"

Sistema motivazionale sessuale

"Cerca un membro del tuo gruppo dell'altro sesso che si dichiari disponibile all'accoppiamento: all'accertarsi reciproco di tale disponibilità attraverso segnali di corteggiamento, a consumare il coito, a mantenere poi la vicinanza reciproca in vista di nuovi incontri sessuali e in vista dell'accudimento congiunto della prole"

Sistema motivazionale cooperativo paritetico

"Se un membro del gruppo è come te interessato a raggiungere un dato obiettivo, più facile da raggiungere attraverso uno sforzo congiunto, consideralo come un pari e non solo in base al rango di dominanza"



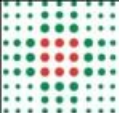
L'ANALISI FUNZIONALE

QUAL E' LA FUNZIONE??

A	B	C
La maestra sta spiegando la lezione	Antonio si alza dal banco e inizia a vagare per la classe facendo ridere i compagni	La maestra richiama Antonio e lo mette a sedere vicino a lei

Funzione **di ricerca d'attenzione**:

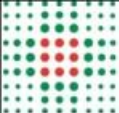
Permette al bambino di ottenere ciò che desidera



L'ANALISI FUNZIONALE

A	B	C
La maestra inizia a dettare il brano che i bambini devono scrivere	<u>Andrea</u> emette dei suoni e versi	Gli altri bambini iniziano a ridere e la classe si distrae dal compito La maestra riprende Andrea sgridandolo
La maestra sgrida Andrea	Andrea rifiuta di fare il compito ed esce dalla classe	Andrea trascorre il resto del tempo nel corridoio con la dada

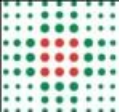
- Funzione **di fuga da un compito spiacevole**
- **Autorinforzo:** Andrea apprende che questo è il modo giusto per evitare il compito



L'ANALISI FUNZIONALE

A	B	C
L'insegnante riprende Nicolò durante l'intervallo	Nicolò produce comportamenti auto-lesivi	Nicolò si calma

- Funzione di stimolazione sensoriale
- Generalmente in casi molto gravi.



L'ANALISI FUNZIONALE

A	B	C
L'insegnante assegna un compito	Giovanni non esegue il compito	La maestra gli va vicino e contratta un rinforzo (promessa di attività gradita) in caso di collaborazione
La maestra promette rinforzo	Giovanni esegue il compito	Giovanni ottiene rinforzo

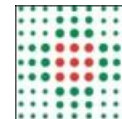
Funzione di ricerca tangibile di oggetti o attività

VERSO LA SCELTA DELL'OBIETTIVO:

- **Costruzione di una gerarchia di priorità** (quali comportamenti sono più frequenti, cosa è più significativo per l'insegnante, partiamo dal più facile).
- Ci rendiamo conto che **la situazione è già in evoluzione**, che alcuni comportamenti stanno già cambiando.

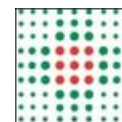


INTERVENTI PSICOEDUCATIVI



FASE 2: STRATEGIE PSICOEDUCATIVE DI INTERVENTO

- Creazione di ambienti facilitanti
- Routine e strutturazione dei tempi di lavoro
- Uso corretto dei rinforzi e delle punizioni
- Relazione educativa
- Promuovere strategie di autocontrollo: autoregolazione dei processi attentivi e di pensiero attraverso il dialogo interno, autoistruzioni verbali, automonitoraggio del comportamento
- Programmi di alfabetizzazione emotiva puntano allo sviluppo dell'autocontrollo emotivo attraverso il riconoscimento emotivo e delle componenti cognitive, comunicative e corporee
- Promozione delle competenze sociali che migliorano le capacità di interagire con gli altri ed esprimere positivamente le proprie emozioni
- Sviluppo di competenze prosociali



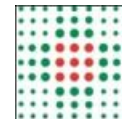
Creazione di un ambiente facilitante

INTERVENTI SUGLI INTECEDENTI

Sono interventi che hanno come obiettivo il cambiamento dell'ambiente che circonda i bambini con difficoltà comportamentali per facilitare i comportamenti desiderabili rendendo meno frequenti quelli indesiderabili.



Gli sforzi sono quindi diretti verso il cambiamento prima che il problema si presenti.



Creazione di ambienti facilitanti

**Costruzione delle
Regole di classe
(modifica del contesto
educativo per
prevenire i problemi)**



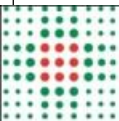
FUNZIONI DELLE REGOLE IN

**COMUNICANO
LE ASPETTATIVE**

**INCONRAGGIANO I BAMBINI A
CONSOLIDARE IL
COMPORTAMENTO**

**AIUTANO A STABILIRE
UN CLIMA DI GIUSTIZIA E
EQUITA' NELLA CLASSE**

**SERVONO COME
SEGNAL AL
DOCENTE PERCHE'
POSSA RISPONDERE
IN MODO OPPORTUNO
AI DIVERSI**



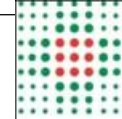


Le regole

Strumenti utili a mettere ordine rispetto ai tempi e ai luoghi delle azioni che riguardano la scuola; aiutano il bambino a sapere in anticipo quali azioni sono corrette;

PER ESSERE EFFICACI DEVONO ESSERE CONDIVISE!!!

- ❑ Lavoro di partecipazione e condivisione con i bambini
- ❑ Il numero di regole deve essere tenuto al minimo (6-7 max)
- ❑ Formulate in modo **SEMPLICE, SPECIFICA e POSITIVO**
- ❑ Specifiche per le diverse situazioni
- ❑ Devono descrivere le azioni in modo operativo (sbagliato: stare buoni, avere cura di..etc)
- ❑ Esposte **PUBBLICAMENTE** (cartellone)
.....pensate ora a 3 regole per la vostra classe e per il bambino con disturbo del comportamento



Far rispettare le regole

Per aiutare a seguire le regole è bene condurre una procedura di revisione anticipando le situazioni problematiche piuttosto che aspettare l'insorgere dei problemi

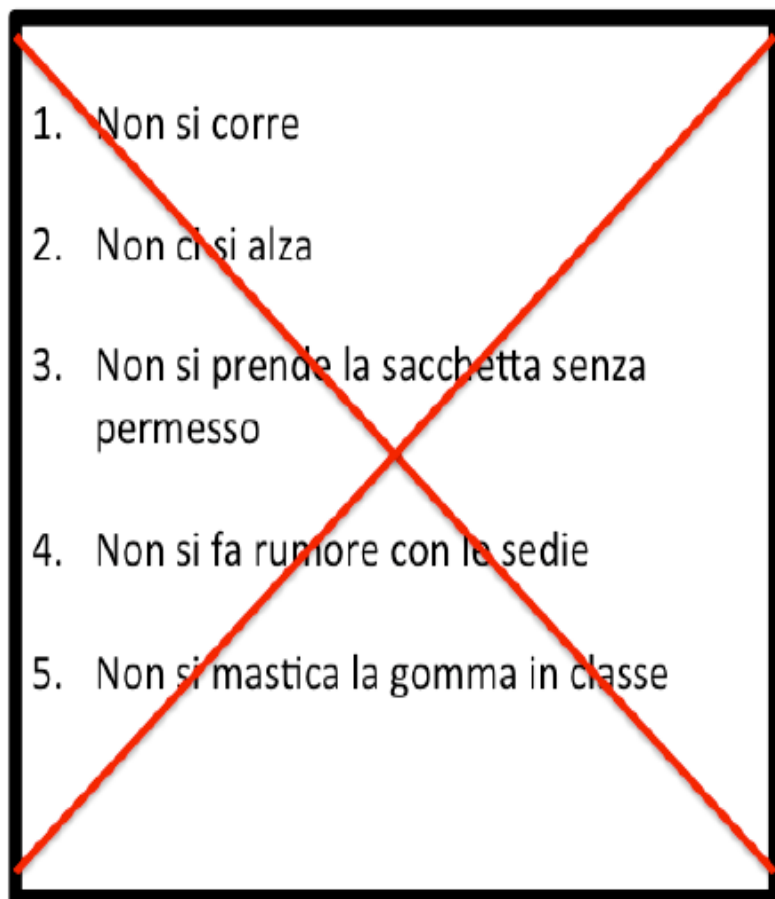
Utilizzare una
procedura chiara,
esplicita e
concordata per la
violazione delle
regole

Stabilire
conseguenze
positive per chi
aderisce alle
regole



.....esempio di cartellone di regole

Cartellone NO



Cartellone SI

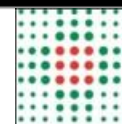
1. Alza la mano prima di parlare



2. Resta al tuo posto durante le attività



1. Guarda la maestra quando parla



...esempio

E' risultato molto efficace **stimolare gli allievi a proporre loro stessi i comportamenti che possono risultare utili** nello svolgere un'attività individuale o di gruppo in classe.

Primo passo: coinvolgere e non imporre

«Ragazzi, oggi vorrei chiedervi di esprimere la vostra opinione su come vi piacerebbe che fosse la nostra classe durante le attività di studio o di lavoro individuale o di gruppo. Come vi piacerebbe che si comportassero i vostri compagni di classe? Quali comportamenti potrebbero facilitare o ostacolare il lavoro di gruppo?»

Secondo passo: tradurre in comportamenti concreti

Anche se gli allievi avranno tirato fuori diverse idee su come sarebbe bello comportarsi in un certo modo in classe, può darsi che tali idee risultino ancora

legate a concetti astratti.

Ad es.: qualcuno potrebbe aver sottolineato l'importanza di “collaborare” o “ascoltarsi”, tuttavia se ci rifletti un attimo, questi due termini sono concetti astratti se non li traduciamo in comportamenti osservabili, poiché non ci dicono molto rispetto a ciò che “bisogna fare” per poter dire che si è in ascolto e collaborativi.

Come si può fare a spiegare agli allievi “cosa vorremmo vedere” quando parliamo di una certa abilità sociale?

Realizzare una carta T

Un modo molto utile, suggerito dagli autori che si sono occupati di **Apprendimento cooperativo**, è quello di realizzare una carta T o T chart (Comoglio & Cardoso, 1996). La T chart si chiama così perché consiste nel disegnare su un foglio, alla lavagna, o su un cartellone,

Saper ascoltare
Comp. verbali
Comp. Non verbali

Nella parte alta del foglio, sopra la T, viene indicata l'abilità sociale su cui si intende lavorare; nella parte sottostante, invece, vengono riportati i comportamenti verbali e non-verbali previsti da quell'abilità.

Realizzare una carta

T

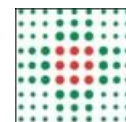
“Molto bene, mi sembra che avete nominato tante abilità sociali utili, ma come facciamo ad accorgerci che le stiamo mettendo in pratica? Forse possiamo pensare a cosa fa con le parole (comportamenti verbali) e cosa fa con i gesti (comportamenti non verbali) la persona che mette in atto quella abilità. Ad esempio: cosa fa con le parole il compagno che vi sta ascoltando? E cosa fa con i gesti?” oppure “Come vi accorgereste che i vostri compagni di gruppo stanno collaborando?”

Contesto facilitante e prevedibile

Stabilire e prevedere i tempi di lavoro: I bambini con disturbi comportamentali sono particolarmente poco abili nel fare stime realistiche di grandezze, tempi, quantità, difficoltà. Abituare questi bambini a lavorare con tempi stabiliti significa aiutarli a valutare meglio e quindi ad essere più efficaci nella pianificazione e organizzazione del lavoro, identificando anche il quantitativo di impegno necessario allo svolgimento di ogni consegna.

Più il bambino diventa capace di prevedere cosa l'ambiente si aspetta da lui maggiore è la possibilità che cerchi di soddisfarne le richieste.

Più routine ci sono nella classe più il bambino può prevedere tempi e richieste e può cercare di adattare a queste il proprio comportamento

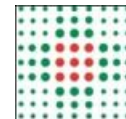


Contesto facilitante e prevedibile

→ Cartellone delle attività giornaliere

Non adottare in modo rigido tutte le routine ma scegliere quelle che sembrano più indicate per il lavoro didattico e la gestione del comportamento.

- Routine di inizio lezione: controllo della presenza di tutto il materiale utile per la lezione, verifica che tutti i bambini abbiano il quaderno ecc....
- Presentazione delle attività previste per la giornata, comprensiva dei tempi di lavoro.
- Pause concordate possibilmente alla stessa ora.
- Attività durante la ricreazione o in palestra stabilite a priori (ad es. vincolare il giorno della settimana: il lunedì si gioca a mosca a cieca, il martedì a palla avvelenata....)



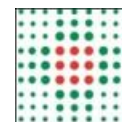
Routine e strutturazione dei tempi di lavoro



Fig. 4.3 Simboli relativi ai tempi di lavoro e alla difficoltà del compito.



**Più strutturate e regulate sono le giornate,
meno instabile sarà il comportamento del
bambino**



Comportamento del bambino

3 tipi di reazioni:

Premiare

(R. sociale o materiale)

comportamenti
appropriati

Ignorare

comportamenti
lievemente negativi

Punire

(costo della risposta,
Time out)

comportamenti
gravemente negativi

Fornire alternativa corretta

INTERVENTI BASATI SULLE CONSEGUENZE POSITIVE

Le conseguenze positive aumentano la frequenza, l'intensità e/o la durata di un dato comportamento

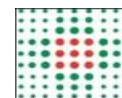
C

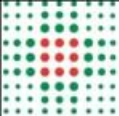


Un modo per modificare il comportamento dei bambini è utilizzare delle conseguenze positive per premiare i comportamenti adeguati:

- ❑ **Lodare il comportamento;**
- ❑ **Assegnare una conseguenza positiva** , come un oggetto , un'attività, una ricompensa sociale;
- ❑ **Rimuovere una conseguenza negativa**, come toglierei il ragazzo da una situazione sgradevole.

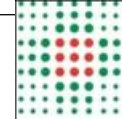
Le conseguenze positive sono definite **rinforzi**:
Tangibili, Sociali, Simbolici





Identificare i rinforzi

- E' necessario identificare quali conseguenze sono veramente rinforzanti per il bambino, osservando le sue azioni.
- Somministrazione di un apposito questionario nel quale vengono formulate domande sulle preferenze personali
- Esempi di rinforzi (essere leader del gruppo, correre a fare commissioni, vedere film o video, fare un video, assistere un altro studente ecc.)



Uso dei rinforzi

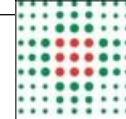
**osservare il comportamento del bambino per evidenziare
i punti di forza a livello comportamentale**

→ rinforzare e premiare i comportamenti positivi non appena si verificano

- Scegliere i premi più efficaci per quel bambino (continuare a osservare la reazione del bambino dopo che ha ricevuto il premio).
- Utilizzare rinforzi già presenti e il più semplici possibili.
- Variare i rinforzi quando perdono di efficacia.
- Utilizzare più incoraggiamenti positivi che rimproveri.
- Nel caso di comportamenti già consolidati, utilizzare rinforzi saltuari.
- Nel caso di comportamenti non ben consolidati, premiare più frequentemente anche quando vengono raggiunte mete parziali..

MA: Non abusare troppo dei rinforzi, creano assuefazione!

RINFORZO	ERRORE
5' di ricreazione in più il sabato se non interrompe le lezioni tutta la settimana	SPROPORZIONE TRA RICOMPENSA E COMPORTAMENTO
Quando sarai attento per tutta la mattina, potrai giocare 3 ore al computer	OFFRIRE GRANDI RICOMPENSE PER GRANDI MIGLIORAMENTI
Far fare il leader a un bambino che non si sente a suo agio in questo ruolo	OFFRIRE RICOMPENSE POCO GRADITE
Hai fatto bene tutto il compito, vedi che quando vuoi...	OFFRIRE RINFORZO SOCIALE ACCOMPAGNATO DALLO SMINUIRE IL COMPORTAMENTO
«Sei stato bravissimo!» anziché «Hai fatto molto bene!»	RIVOLGERE LODI SOTTOFORMA DI ELOGI ALLA PERSONA
Il feedback deve essere immediato	FAR PASSARE MOLTO TEMPO TRA IL COMPORTAMENTO E LA RICOMPENSA.
Se adesso ti lascio uscire devi promettere che, quando tornerai, finirai gli esercizi di grammatica	RINFORZARE IL COMPORTAMENTO PRIMA CHE SI SIA VERIFICATO
Se adesso smetti di fare i capricci e cominci a lavorare, dopo potrai usare il pc	PROMETTERE UNA RICOMPENSA PER FAR CESSARE UN COMPORTAMENTO (il bambino impara che fare i capricci serve)



Uso corretto del rinforzo

RINFORZO
TUTTO/NIENTE

POCHE POSSIBILITA'
DI MIGLIORAMENTO

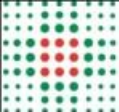
PROFEZIA CHE SI
AUTOAVVERA



RINFORZO
GRADUALE

MIGLIORAMENTO DI
ASPETTI DEL
COMPORTAMENTO
CHE SI AVVICINANO
ALL'OBIETTIVO

AUMENTO
AUTOSTIMA E
AUTOEFFICACIA



INTERVENTI BASATI SULLE CONSEGUENZE NEGATIVE

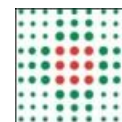
Due tipi di comportamenti inappropriati per cui dovrebbero essere applicate le conseguenze negative:

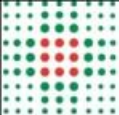
- 1) quando il comportamento inappropriato produce un'immediata conseguenza negativa: es. un alunno afferra con aggressività un oggetto di un altro compagno
- 2) quando il comportamento inappropriato è potenzialmente pericoloso per il bambino o per gli altri

Il problema della punizione come conseguenza è che questa fornisce informazioni su ciò che è inappropriato, senza fornire informazione su ciò che è appropriato, quindi è utile integrare le conseguenze positive con quelle negative.

Esempi di conseguenze negative:

- **RIMPROVERO** (meglio se dato in privato, centrato sul comportamento con proposta di comportamento alternativo).
- **CONSEGUENZE LOGICHE** (es. se danneggi l'attrezzatura dovrai ripagarla, se offendi il compagno dovrai scusarti...)
- **COSTO DELLA RISPOSTA :**
 - PUNIZIONI CON LA NOIA (sedere e osservare, sedere e pensare).
 - PUNIZIONI CHE RICHIEDONO IMPEGNO E SFORZO (correzione, ipercorrezione).
- **PRATICA POSITIVA** (ripetizione di comportamento adeguato)
- **IGNORARE PIANIFICATO**





RIMPROVERI EFFICACI



Descrizione del comportamento indesiderabile, in modo obiettivo e astenendosi da qualsiasi giudizio.
“Giacomo, hai dato una spinta a Francesco”.



Spiegazione del perché tale comportamento è indesiderabile. “Avresti potuto farlo cadere e si sarebbe fatto male”.



Suggerimento di un comportamento alternativo. Ad es. “Quando si esce dall’aula si passa una alla volta”.



Indicazione del vantaggio che deriva dall’uso del comportamento adeguato.
“Così facendo eviterai di far male a qualcuno e i tuoi compagni staranno più volentieri con te”.

Devono essere espressi in privato.

Devono essere centrati sul comportamento.

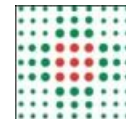


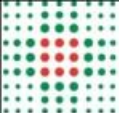
Il costo della risposta

Al comportamento inadeguato segue la perdita di un privilegio o di un'attività gradevole.

Condizioni:

- relazione equa tra punizione e gravità dell'azione;
- devono essere chiariti al ragazzo i motivi per cui ha perso il privilegio e si devono fornire indicazioni su quale potrebbe essere il comportamento positivo da seguire in futuro





Il costo della risposta

**OSSERVARE IL COMPORTAMENTO DEL BAMBINO PER EVIDENZIARE I
PUNTI DI DEBOLEZZA A LIVELLO COMPORTAMENTALE**

→ DISTINGUERE TRA COMPORTAMENTI NEGATIVI LIEVI E GRAVI

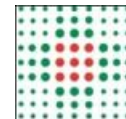
- Ignorare i comportamenti lievemente negativi.
- Fare un'analisi funzionale dei comportamenti negativi e positivi (ANTECEDENTE → COMPORTAMENTO PROBLEMATICICO → CONSEGUENZA).
- Agire d'anticipo, evitando le situazioni che costituiscono la premessa del comportamento negativo e favorendo situazioni che promuovono i comportamenti positivi.
- Punire i comportamenti gravemente negativi, ricordandosi di fornire sempre comportamenti alternativi e premiarli.

Le PUNIZIONI sono insidiose: 1) possono stimolare comportamenti aggressivi; 2) sopprimono comportamenti ma non ne favoriscono di nuovi; 3) possono stimolare l'imitazione; 4) possono generare un circolo vizioso di punizioni sempre più pesanti.

Il costo della risposta

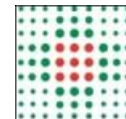
Errori nell'uso delle punizioni:

- Utilizzare solo le punizioni.
- Non specificare i comportamenti negativi.
- Non fornire comportamenti alternativi adeguati.
- Rimproverare la persona.
- Punire con rabbia e aggressività.
- Cercare di dare una punizione in modo passivo.



SOMMARIO PER UN USO EFFICACE DELLE CONSEGUENZE

- il feedback sul comportamento che si vuole evitare deve essere immediato
- le conseguenze devono essere offerte frequentemente
- gli incentivi devono essere più ricchi ed allettanti, ed è necessario cambiare i rinforzi frequentemente per evitare l'abitudine
- le conseguenze positive dovrebbero essere applicate prima delle conseguenze negative che non dovrebbero mai essere usate da sole.



Teacher Training: da dove siamo partiti...

Anno 2007 Richieste da parte di insegnanti di uno stesso Istituto Comprensivo_→ **6 incontri di gruppo** con gli stessi Insegnanti

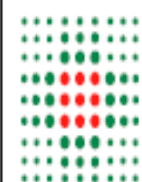
Anno 2009 a seguito della formazione aziendale con Prof. **Fabio Celi**
Sperimentazione di 4 progetti di T.T. in classe

Da Settembre 2011 ad 2013: Gruppi per le scuole Primarie :

- ✓ gruppi formati da 6-10 insegnanti (insegnante di sostegno e di classe)
- ✓ Età omogenea dei bambini seguiti; 7 incontri con cadenza quindicinale di un'ora e mezza ciascuno; parallelamente svolti incontro di Parent training

Gruppo per le scuole secondarie di 1° grado:

- ✓ progetto sperimentale di 6 incontri con tutto il consiglio di classe



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Centro di riferimento Aziendale per la Diagnosi e Cura del
Disturbo da Deficit dell'Attenzione con Iperattività

Area Dipartimentale Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza
UOS NPIA Bologna Ovest

L'alunno con ADHD (disturbo da deficit di attenzione ed iperattività) a scuola: Corso di Teacher Training

Responsabile
Dott.ssa Simona Chiodo

Formatori:

Dott.ssa Simona Chiodo
Dott.re Cristian Grassilli
Dott.ssa Lorenza De Luca
Dott.ssa Laura Massi



Date e sede degli incontri.
Gli incontri si svolgeranno da
Gennaio 2016 a Marzo 2016 dalle
ore 14.30 alle 16.00
La sede del corso è Poliambulatorio
Saragozza, via sant'Isaia 94.
Aula Ex Cappella.

Termine iscrizione
31 dicembre 2015

Per iscrizioni inviare mail a:
Dott.ssa Laura Massi
(laura.massi@ausl.bologna.it)



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

PROGETTO TEACHER TRAINING

A chi è rivolto?

Il corso è rivolto agli insegnanti e
agli educatori di scuola primaria e
secondaria di Bologna e provincia

OBIETTIVI DEL TEACHER TRAINING

- Aiutare i docenti a comprendere la natura del Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività
- Accrescere la consapevolezza degli insegnanti circa i punti di forza del bambino
- Promuovere negli insegnanti una percezione di autoefficacia e competenza relativa alla gestione del quotidiano con bambini affetti da adhd.

IL PROGETTO

- ❑ Al massimo 50 insegnanti di bambini scuola primaria e secondaria
- ❑ 6 incontri ogni 2 settimane (venerdì pomeriggio), circa 3 mesi (ottobre –febbraio; marzo-giugno)
- ❑ 2 ore circa la durata di ogni incontro
- ❑ Incontri di supervisione post Teacher Training





I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO: strategie psicoeducative di intervento

RELATORI:
Dott.ssa Simona Chiodo
Neuropsichiatra infantile
Dott.ssa Luana Fusaro
Psicologa-Psicoterapeuta

Corso di formazione I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO: strategie psicoeducative di intervento

A chi è rivolto?

Il corso è rivolto agli insegnanti e agli educatori di scuola primaria e secondaria di primo grado di Bologna e provincia.

Il corso è aperto a un numero massimo di 100 partecipanti.

Obiettivi del corso di formazione:

- Aiutare i docenti a comprendere la natura dei disturbi del comportamento;
- Accrescere la consapevolezza degli insegnanti circa i punti di forza del bambino;
- Promuovere negli insegnanti una percezione di autoefficacia e competenza relativa alla gestione del quotidiano con bambini che presentano comportamenti problema in classe.

Sede degli incontri.

Il corso di formazione si terrà a Bologna, nell'aula "CESARE CESARI", c/o la CASA DEI DONATORI DI SANGUE Avis Prov.le Bologna, in Via dell'Ospedale n. 20.

Orario: dalle 14.30 alle 16.30

**Termine iscrizione
15 Ottobre 2017**

**Per iscrizioni inviare mail a
luana.fusaro@ausl.bologna.it**

Date e contenuti degli incontri:

15 Novembre 2017

Comportamento disturbante o disturbo del comportamento?

Conoscenze teoriche sui i disturbi del comportamento (DOP,DC), ipotesi interpretative circa l'origine dei comportamenti problematici.

22 Novembre 2017

Capire e valutare il comportamento
Manifestazione dei disturbi del comportamento in ambito scolastico, strumenti e strategie per l'osservazione.

29 Novembre 2017

Promuovere strategie di autocontrollo
La gestione del bambino in classe e modelli di intervento.

6 Dicembre 2017

**Promuovere competenze sociali ed emotive
attraverso la didattica metacognitiva**
Strategie educative avanzate e modelli di intervento.

Corso di formazione: I disturbi del comportamento: strategie psicoeducative di intervento

Il corso è rivolto ad un massimo di 140 insegnanti ed educatori di scuola primaria e secondaria di primo grado di Bologna e provincia.

Obiettivi:

- Aiutare i docenti a comprendere la natura dei disturbi del comportamento;
- Accrescere la consapevolezza degli insegnanti circa i punti di forza del bambino;
- Promuovere negli insegnanti una percezione di autoefficacia e competenza relativa alla gestione del quotidiano con bambini che presentano comportamenti problema in classe.

Corso di formazione: I disturbi del comportamento: strategie psicoeducative di intervento

Programma degli incontri:

- Approfondimento degli aspetti clinici dei disturbi del controllo degli impulsi (disturbo oppositivo-provocatorio e della condotta) e del disturbo da deficit di attenzione e iperattività (DDAI);
- Osservazione del comportamento problema e analisi funzionale secondo il modello ABC che legge il comportamento all'interno delle contingenze ambientali in termini di antecedenti e conseguenze;
- Strategie di gestione del comportamento problema basate sugli antecedenti, di matrice preventiva, e sulle conseguenze, in termini di rinforzi e punizioni.
- Attraverso l'approccio metacognitivo vengono proposte strategie per promuovere nel bambino/adolescente le competenze sociali ed emotive per favorire l'automonitoraggio e l'autoregolazione cognitiva e comportamentale

Osservazioni

- Ogni ciclo di formazione ha esaurito i posti disponibili in poco tempo, con liste d'attesa contenenti più di 200 nominativi.
- Aumento del senso di autoefficacia personale (EPS*) e collettivo (EPCS*) degli insegnanti che hanno partecipato al corso;
- Maggiore riconoscimento delle risorse del bambino e delle sue potenzialità.

*Caprara: *La valutazione dell'autoefficacia*

COPING POWER PROGRAM

Il coping power ha come obiettivo quello di aiutare e sostenere i bambini con problematiche legate all'impulsività, al difficile rispetto delle regole e ai comportamenti aggressivi, attraverso l'uso di tecniche di modulazione della rabbia e l'attivazione di modalità non aggressive per interagire con gli altri. Inoltre interviene sui processi cognitivi che, se potenziati, possano contribuire ad un migliore adattamento alle richieste dell'ambiente e alla prevenzione dei disturbi del comportamento. E' applicato attraverso interventi di gruppo per bambini e genitori (34 sessioni ciascuna con un tema e degli obiettivi specifici della durata di circa un'ora.)

Il Coping Power Program

- Il CP, nella componente per i bambini, prevede l'utilizzo di tecniche cognitivo comportamentali ed attività volte al potenziamento di diverse abilità quali:
 - intraprendere obiettivi a breve e a lungo termine,
 - organizzare efficacemente lo studio,
 - riconoscere e modulare i segnali fisiologici della rabbia,
 - riconoscere il punto di vista altrui (perspective taking),
 - risolvere adeguatamente le situazioni conflittuali,
 - resistere alle pressioni dei pari ed entrare in contatto con gruppi sociali positivi.
- Il role-playing e l'interazione con i pari sono i principali strumenti utilizzati dal programma allo scopo di incrementare la generalizzazione delle competenze acquisite al di fuori del setting terapeutico.

Il Coping Power Program

- Di sessione in sessione, il bambino deve raggiungere degli **obiettivi minimi** a scuola o nel contesto familiare, che di settimana in settimana vengono verificati dal trainer del gruppo attraverso la verifica del “**Foglio dei traguardi**”, un semplice contratto comportamentale la cui novità è che è il bambino stesso, nel contesto di gruppo, a proporre il tema sul quale vuole impegnarsi.
- Questo traguardo a lungo termine, con l'aiuto del trainer, viene operazionalizzato in uno o più obiettivi comportamentali che vengono definiti settimana per settimana.
- Il raggiungimento di queste piccole mete permetterà al bambino di accedere ad un sistema a premi presentati all'inizio del percorso

Un TRAGUARDO è un obiettivo che viene stabilito per il futuro o qualcosa per la quale la persona lavora per un periodo di tempo abbastanza lungo.

TRAGUARDI A BREVE

TERMINE: obiettivi singoli o passi da fare per raggiungere un TRAGUARDO A LUNGO TERMINE

	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VEDERDÌ
SI					
UN PO'					
NO					
Firma genitore					

Foglio del traguardo a lungo termine

Michiamo: _____

Il mio traguardo a lungo termine è: _____

I miei traguardi a breve termine sono:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____



CONTRATTO TRA GENITORI E FIGLI, O ANCHE CON L'EDUCATORE, RISPETTO ALLO SVOLGIMENTO DEI COMPITI

Compiti a casa Quando, dove e come

- ✓ Decidete insieme quando (da che ora a che ora ogni giorno) e dove (in quale posto della casa) devono essere svolti i compiti.

Tempo _____

Luogo _____

- ✓ Che cosa (quaderni, libri, penne, ecc.) mi serve per fare i compiti?

- ✓ Decidiamo le regole da seguire mentre faccio i compiti:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

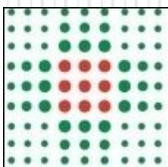
- ✓ Chi e come controlla i compiti svolti?

- ✓ Come organizzo i compiti e le cose da studiare per la settimana dopo?

Io e il mio papà/la mia mamma abbiamo discusso e ci siamo messi d'accordo sul piano per i compiti a casa, che rispetteremo entrambi.

Firma bambino

Firma genitore



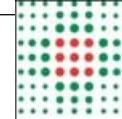
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Progetto Psico-Educativo

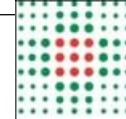
Piccoli Super Eroi Crescono

Dott.ssa Luana Fusaro
Dott.ssa Rita Zamboni

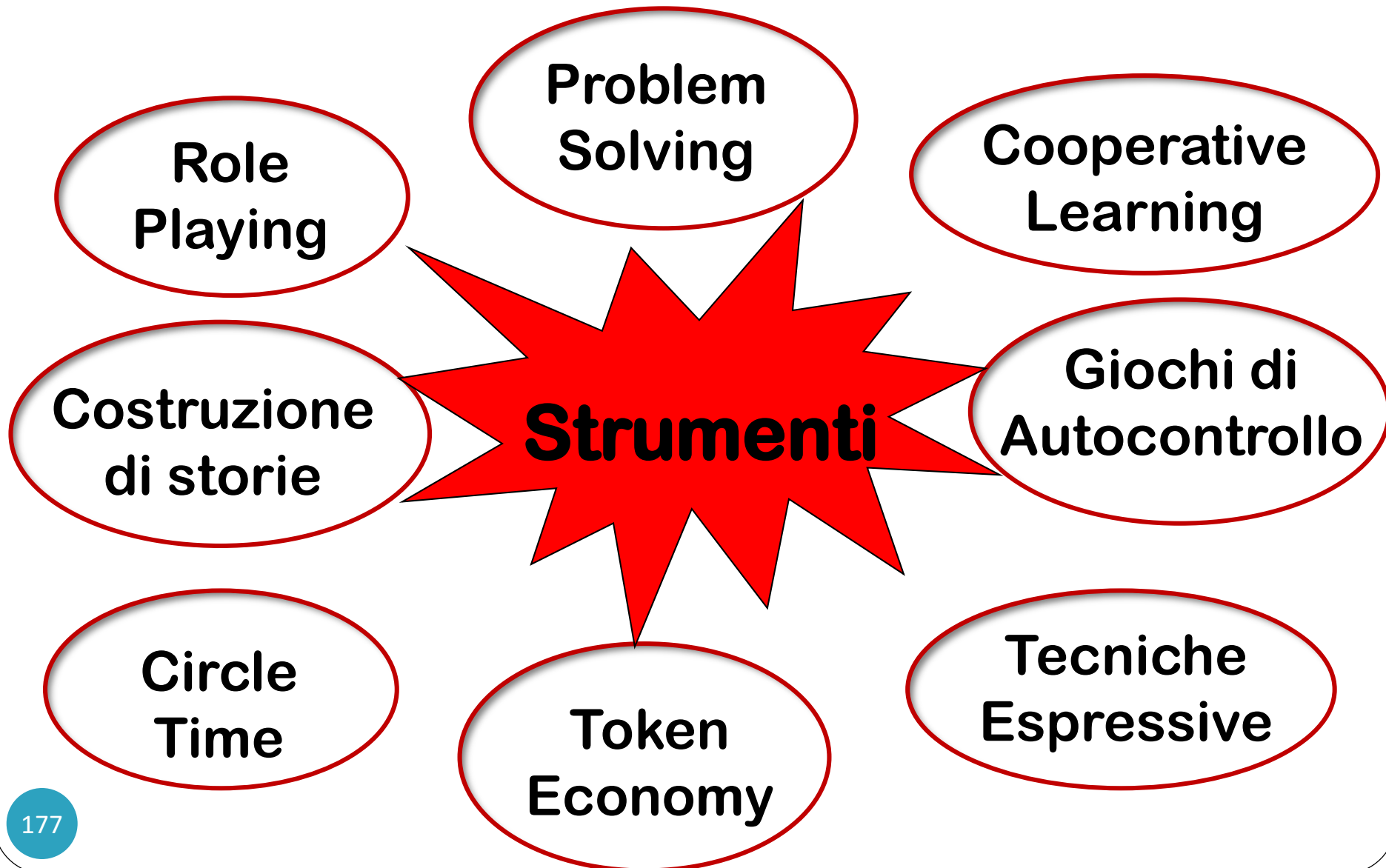


PROGETTO

- 13 incontri di gruppo a cadenza settimanale di 1 ora e 30 minuti
- 6 incontri di gruppo con i genitori a cadenza bimensile
- Incontro in itinere con insegnanti
- Incontro finale con genitori e bambini per la restituzione del percorso svolto
- Restituzione al referente territoriale



METODOLOGIA LAVORO



Al di là della diagnosi

- ***Creare un ambiente adatto ai suoi bisogni***: il b.no con comportamento dirompente è particolarmente sensibile a qualsiasi forma di stimolo esterno. Conviene quindi dargli un solo compito per volta, e predisporre per lui un ambiente calmo, che favorisca la concentrazione.
- ***Evitare l'effetto sorpresa***: il b.no fa fatica a gestire gli imprevisti, ai quali risponde spesso con aggressività. Ha bisogno quindi di punti di riferimento sicuri, come un'organizzazione della giornata ben definita, con orari regolari (ora di alzarsi, di andare a letto, di giocare...).
- ***Incoraggiare e rendere responsabile***: un b.no con comportamento dirompente fa spesso una stupidaggine dietro l'altra e potrebbe perdere fiducia in se stesso, se i suoi errori vengono sottolineati troppo spesso. E' importante trasmettergli dei limiti da non superare, ma è necessario anche che riceva un certo incoraggiamento. Affidargli alcuni compiti di base potrebbe permettergli di incanalare la propria energia e renderlo autonomo allo stesso tempo.

Le trappole da evitare

- Le situazioni rischiose: un bambino con comportamento dirompente fa fatica a mantenere la situazione sotto controllo in un contesto rumoroso. Si mette a correre dappertutto, a urlare, e diventa ben presto incontrollabile. Per evitare questo tipo di situazione, è meglio escludere le uscite al supermercato o al cinema.
- Non gridare più forte: quando il bambino disobbedisce o si ribella, entrare in un'ottica di contrattazione con lui è inutile. Il divieto o il rifiuto devono essere categorici ed espressi in modo chiaro ma calmo, per evitare una escalation della crisi di nervi.
- Non perdere il controllo delle proprie emozioni: ci si sente spesso impotenti davanti a un bambino con comportamento dirompente. La tentazione di lasciar perdere, cedere allo stress e sentirsi in colpa è forte... E' però indispensabile salvare la faccia davanti al bambino, che ha bisogno di punti saldi ai quali attenersi e appoggiarsi.
- Non dimenticarsi di sé: saper essere egoisti e pensare solo a se stessi, ogni tanto, è indispensabile. Questo permette di diminuire la pressione sulle proprie spalle.

In sintesi

- Ci sono varie strategie per aiutare i bambini con disturbo del comportamento
- Tali strategie vanno comunque calibrate sul gruppo specifico
- L'uso di tali strategie deve partire dall'osservazione del gruppo classe
- Si tratta di tracce da personalizzare in base alla vostra esperienza e creatività

BUON LAVORO A TUTTI NOI!!!!

- Se le formiche si mettono d'accordo, possono spostare un elefante.

(Proverbio del Burkina Faso)

Mi piacciono le persone
che dicono quello che
pensano, e soprattutto
mi piacciono le persone
che fanno quello che
dicono!

