



Orientamenti relazionali

*Guida all'osservazione del disagio scolastico
nell'infanzia e nell'adolescenza.*



Disegni a cura della dottoressa C. Iozzi

INDICE

Parte Prima

Prefazione	3
Introduzione	5
Il Modello di Articolazione Intersistemica	6
Obiettivi e Finalità	8
Metodologia	10

Parte Seconda

Introduzione alle <i>Schede</i>	12
Fobia Scolastica	13
Disturbi del Linguaggio	18
Disturbi Specifici dell'Apprendimento	29
Deficit da Attenzione ed Iperattività – ADHD	39
Disturbo Oppositivo Provocatorio	47
Condotte Aggressive	53
L'Agire ed il Passaggio all'Atto	59
Bullismo	65
Psicopatologia delle Condotte Motorie	72
Disturbi della Condotta Alimentare	76
Disturbi del Controllo Sfinterico	86
Disturbi del sonno	90
Addiction e New Addiction (Dipendenze)	97
Sessualità e Disturbi della Condotta Sessuale	106
Abuso e Maltrattamento	113
Conclusioni	121

ALLEGATO

Scheda di segnalazione	123
------------------------	-----



Consiglio Regionale della Campania

Autorità Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza



Presentazione della guida: Orientamenti Relazionali.

In qualità di Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza della Regione Campania mi premeva fornire alle insegnanti di ogni ordine e grado una guida che potesse orientarli nell'osservazione di quei segnali, testimoni, dei tanti disagi che i bambini e le bambine, ragazzi e ragazze manifestano e che spesso vengono ignorati. Non per cattiva volontà o disattenzione, da parte degli insegnanti, ma per una serie di motivi legati spesso a un'inadeguata conoscenza dei tanti segnali del disagio con la conseguente inefficacia nell'osservazione e registrazione dei fenomeni, alla mancanza di supporto e alla mancanza di presa in carico da parte degli enti preposti.

Questa guida, vede la luce grazie alla disponibilità dell'IPR e del Prof. Baldascini che con entusiasmo e competenza ha voluto accettare questa sfida affidando ai suoi collaboratori la redazione della stessa, che devo constatare, realizzata con grande professionalità e competenza, a tutti va il mio più sentito ringraziamento.

Spero che lo sforzo profuso possa garantire e tutelare sempre più i nostri figli dal disagio e dalle problematiche vissute nel percorso di crescita. Con quest'auspicio voglio inoltre ringraziare tutti i collaboratori che hanno creduto nell'idea nell'unico interesse superiore dei minori.

Napoli 02.10.2014

Il Garante per l'infanzia e l'adolescenza

Dott. Cesare Romano



Direttore scientifico:

Prof. Luigi Baldascini

Psichiatra e psicoterapeuta, già primario presso l'ASL NAI e già direttore dell'Istituto di Terapia Familiare di Napoli, ha fondato l'Istituto di Psicoterapia Relazionale di Napoli e dirige la scuola di specializzazione in psicoterapia relazionale riconosciuta dal Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica. E' docente ai corsi di specializzazione presso l'Accademia di Psicoterapia della Famiglia di Roma e presso la scuola di specializzazione in cardiologia della Seconda Università degli Studi di Napoli. E' supervisore per psicoterapeuti, per medici, psicologi, assistenti sociali, consulenti di coppia e mediatori familiari presso istituzioni pubbliche e private.

Direzione organizzativa:

Dott. Germano Guarna

Psicologo, Psicoterapeuta Sistemico-Relazionale, Consulente Tecnico d'Ufficio presso il Tribunale Civile di Napoli, Esperto in psicologia scolastica con esperienza decennale, esperienza clinica e psicoeducativa decennale nell'ambito dei minori e del disagio adolescenziale, docente in corsi di formazione per l'aggiornamento di educatori scolastici e operatori, esperto consulente del Garante per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Campania, attività di ricerca e tutoraggio presso le sedi dell'I.P.R. di Napoli e Caserta.

Dott.ssa Daniela Troiano

Psicologa, Psicoterapeuta Sistemico-Relazionale, Consulente Tecnico d'Ufficio presso il Tribunale Civile e Penale di Napoli. Esperto in psicologia scolastica con esperienza ventennale come Docente di scuola primaria, coordinatore di gruppi GLH e operatore psico-pedagogico. Esperto consulente del Garante per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Campania. Coordinatore area counseling scolastico dell'I.P.R., didatta e formatrice nei corsi di Psicoterapia Relazionale sistemica, mediazione e counseling dell'I.P.R., autrice di diverse pubblicazioni su tematiche inerenti gli ambiti di lavoro, di ricerca e applicazione dell'I.P.R.

Comitato Scientifico:

Dott.ssa Rossella Accardo

Psicologa, Psicoterapeuta Sistemico-Relazionale, Esperta in Psicologia Giuridica, esperienza di prevenzione, psico-educazione e clinica con i minori nell'ambito del disagio giovanile, formatrice nei P.O.N. sulla genitorialità. Esperto consulente del Garante per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Campania. Svolge attività di ricerca, formazione e tutoraggio presso le sedi dell'I.P.R. di Napoli e Caserta.

Dott.ssa M. Giovanna Barra

Psicologa, Psicoterapeuta Sistemico-Relazionale, Esperta in Psicodiagnostica, esperienza di prevenzione, psico-educazione e clinica nell'ambito delle dipendenze patologiche, formatrice nei P.O.N. sulla genitorialità. Esperto consulente del Garante per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Campania. Svolge attività di ricerca, formazione e tutoraggio presso le sedi dell'I.P.R. di Napoli e Salerno.

Dott.ssa Annalisa Califano

Psicologa, Psicoterapeuta Sistemico-Relazionale. Esperta nei Disturbi Specifici dell'Apprendimento; relatrice in diversi corsi di formazione rivolti agli insegnanti e ai genitori; formatrice in corsi PON rivolti ai docenti e agli allievi. Esperto consulente del Garante per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Campania. Svolge attività di ricerca, formazione e tutoraggio presso le sedi dell'I.P.R. di Napoli e Salerno.

Dott.ssa Alessia Coronato

Psicologa, Psicoterapeuta Sistemico-Relazionale, Esperta in Psicologia Giuridica, Esperta in Disturbi Specifici dell'Apprendimento, esperienza di prevenzione, psico-educazione e clinica con i minori nell'ambito del disagio giovanile, formatrice nei P.O.N. Esperto consulente del Garante per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Campania. Svolge attività di ricerca, formazione e tutoraggio presso le sedi dell'I.P.R. di Napoli e Caserta.

Dott.ssa Antonella Giordano

Psicologa, Psicoterapeuta Sistemico-Relazionale. Esperta in Psicologia Scolastica. Esperta in Disturbi Specifici dell'Apprendimento. Consulente psicologo, presso le scuole di diverso ordine e grado sulle varie manifestazioni di disagio. Docente in numerosi corsi PON. Esperto consulente del Garante per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Campania. Svolge attività di ricerca, formazione e tutoraggio presso le sedi dell'I.P.R. di Napoli e Caserta.

Dott.ssa Maria Iommelli

Psicologa, Psicoterapeuta Sistemico-Relazionale, Esperta in Psicologia Giuridica, esperienza di prevenzione, psico-educazione e clinica con i minori nell'ambito del disagio giovanile. Esperto consulente del Garante per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Campania. Svolge attività di ricerca, formazione e tutoraggio presso le sedi dell'I.P.R. di Napoli e Caserta.

Dott.ssa Concetta Iozzi

Psicologa, Psicoterapeuta Sistemico-Relazionale, Esperta sui Disturbi Specifici dell'Apprendimento, formatore in numerosi corsi PON, rivolti agli adolescenti, ai genitori e ai docenti, esperienza ultra decennale di prevenzione, psico-educazione e clinica nell'ambito dei minori, coppia e famiglia. Attività di prevenzione e intervento nell'ambito del disagio scolastico. Esperto consulente del Garante per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Campania. Svolge attività di ricerca formazione e tutoraggio presso la sede di Napoli dell'I.P.R.

Dott.ssa Annalisa Solone

Psicologa, Psicoterapeuta Sistemico-Relazionale, Esperta in Psicologia Giuridica, esperienza di prevenzione, psico-educazione e clinica con i minori nell'ambito del disagio giovanile, formatrice nei P.O.N. sulla genitorialità. Esperto consulente del Garante per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Campania. Svolge attività di ricerca, formazione e tutoraggio presso le sedi dell'I.P.R. di Napoli.

INTRODUZIONE

I destinatari di questo lavoro sono gli insegnanti che ogni giorno sono impegnati in uno dei tre compiti che Freud riteneva più difficili tra tutti (insieme con quello di essere genitori e terapeuti); che lo assolvono con passione e ne fanno occasione di crescita personale.

È con spirito di servizio che mettiamo a loro disposizione conoscenze che sono frutto delle nostre esperienze, nell'intento di dare concretezza all'idea che ci ha da sempre animato che solo nella condivisione e cooperazione dei saperi possa darsi il vero cambiamento.

Noi siamo un gruppo di psicologi, counselor e terapeuti familiari¹ accomunati dalla passione per la ricerca e lo scambio interdisciplinare. Abbiamo avuto esperienze plurime di lavoro con le scuole e alcuni di noi operano continuamente in questo ambito. La nostra professione di counselor o di psicoterapeuti con gli adolescenti, inoltre, ci porta a riconoscere enorme valore alle possibilità di prevenzione e promozione della salute psichica che risiedono nelle relazioni che i ragazzi vivono nella realtà scolastica sia con i coetanei che con gli insegnanti.

Nel nostro approccio, che è quello sistemico-relazionale, l'idea centrale è che non si può veramente comprendere un problema di un singolo se non collegandolo alla matrice delle relazioni per lui significative per ricercare in esse non tanto o non solo i motivi di un disagio individuale, quanto piuttosto le risorse utili alla sua risoluzione.

È chiaro che un problema che un ragazzo manifesta a scuola potrebbe non essere altro che l'espressione di sue difficoltà relazionali sorte in altri ambiti, primo fra tutti quello familiare o amicale, ma nella scuola questo disagio potrebbe essere visto e ricevere quell'attenzione 'giusta' che non ha negli altri contesti relazionali per la presenza di zone ciecche in proposito. Potrebbe, inoltre, essere inquadrato correttamente nel suo significato e nelle sue valenze comunicative.

La scuola, potenziando in tal senso la competenza degli insegnanti, si qualifica come vero e proprio osservatorio del disagio giovanile, per individuarlo e prevenirlo, potenziando la competenza degli insegnanti in tal senso. Altro aggravio di fatica per gli insegnanti? Non è questo che intendiamo proporre.

È la visione lineare e non sistemica del disagio scolastico che, secondo la nostra esperienza, appesantisce l'insegnante, generando frustrazione e impotenza per ritrovarsi solo a gestire il peso di questioni che originano altrove. Diverso è lo spirito di un lavoro

¹L' I.P.R. è stato fondato nel 1993 dal prof. Luigi Baldascini. Le aree di studio e d'intervento sono i sistemi: individuo, coppia, famiglia e gruppo. L'Istituto è associato alla Società Italiana di Terapia Familiare (S.I.T.F.) e alla European Family Therapy Association (E.F.T.A.) ed è sede della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Relazionale per i Corsi di formazione in Psicoterapia riconosciuti dal Ministero dell'Istruzione dell'Università e della ricerca presso la sede di Napoli (D.M. del 05.04.2007) e presso la sede di Caserta (D.M. del 29.05.2009). L' I.P.R. è, inoltre, riconosciuto dal "Forum Europeo di Formazione e Ricerca in Mediazione Familiare", come sede abilitata alla formazione di Mediatori Familiari, e dal C.N.C.P. "Coordinamento Nazionale Counsellor Professionisti", come sede abilitata alla formazione di Counsellor sistemico-relazionali. Fra gli obiettivi prioritari dell'Istituto c'è la formazione di medici, psicologi, operatori sociali, insegnanti ed educatori chiamati ad operare, a vario titolo, nella relazione d'aiuto con famiglie, gruppi di lavoro e singoli individui.

nell'ottica sistemico-relazionale dove le questioni possono essere affrontate ricostruendo, viceversa, attorno al disagio che si sia reso manifesto nella scuola, quella rete di relazioni (con la famiglia, con i consultori con altre strutture territoriali) utili a risolverlo. La creazione di un Osservatorio per il Disagio Scolastico potrebbe quindi rappresentare un'importante risorsa per i docenti, che di fatto si trovano a fronteggiare continuamente nel loro lavoro crisi evolutive o legate a momenti del ciclo di vita degli alunni e delle loro famiglie.

L'osservatorio, secondo il nostro progetto, vuole coadiuvare gli insegnanti per attualizzare il potenziale formativo della scuola, la sua capacità di funzionare accanto e oltre la famiglia e le altre agenzie educative come rete relazionale efficace a sostenere il bambino e poi l'adolescente nell'affrontare e superare il disagio scolastico nelle varie forme in cui esso si presenti.

La presente guida, lungi dal voler offrire un manuale in miniatura per inquadrare la psicopatologia infantile e adolescenziale e pretendere che l'insegnante si trasformi in un diagnosta, vuole restituirgli il valore della competenza relazionale che egli comunque assolve, riconoscere le sue possibilità di individuazione e prevenzione del disagio scolastico, ampliando e affinando la sua metodologia e suoi strumenti di osservazione nonché le sue possibilità di intervento.

Vuole fornirgli, in altri termini, una bussola con cui orientarsi e tracciare itinerari validi ad affrontare il disagio dell'alunno evitando che esiti in un vero e proprio malessere.

Il modello di articolazione intersistemica

Riteniamo utile sottolineare che seppure è punto cardine del nostro approccio allargare il contesto di osservazione dalla scuola alla famiglia e agli altri sistemi significativi per la vita sociale del singolo, non è desiderabile che questo comporti un rimbalzare responsabilità e colpe tra un contesto e l'altro, condannandosi in definitiva ad un immobilismo. La famiglia va certamente considerata come interlocutore importante per comprendere la matrice dei problemi che il bambino porta a scuola ma se intendessimo questo come delega di responsabilità mancheremmo di riconoscere la ricchissima possibilità di ampliare e variare il repertorio emozionale, comportamentale oltre che culturale che vengono circolarmente alla famiglia dalla scuola oltre che alla scuola dalla famiglia.

La concezione dell'individuo, che il nostro istituto ha derivato da una pluriennale attività di ricerca, vede proprio in questo transfert da un sistema all'altro la possibilità per l'individuo di una crescita 'sana'. Questa consiste in altri termini nel poter godere degli apporti funzionali di diversi sistemi di relazione che nel contesto scolastico sono tutti rappresentati poichè la scuola per una parte è un sistema adulto dove il bambino prima e il ragazzo poi si confrontano con le istanze culturali e sociali del mondo adulto, i valori in cui credere, i principi verso cui tendere. Allo stesso tempo il sistema scolastico funziona come mondo

familiare con la circolazione al suo interno di affetti e di sentimenti che come 'ponti relazionali'² creano legami forti che certamente ripropongono quelli che si stabiliscono in famiglia e, proprio perché ne rappresentano, in parte almeno, una riedizione, possono rivederli e correggerli. Infine il mondo scolastico svolge le funzioni del sistema dei pari che è rappresentato dal gruppo classe e dai compagni della scuola nel suo complesso, che assolve una funzione fondamentale nella crescita del ragazzo. Questi tre sistemi che la scuola rappresenta tutti al suo interno sono fondamentali. Secondo la teoria del prof. L. Baldascini,³ l'individuo per crescere e conservare la sua salute, nella sincronia dei vari momenti di vita, deve sentire l'appartenenza a diversi sistemi di riferimento. I sistemi relazionali di riferimento più importanti sono: la famiglia, il gruppo dei pari e il gruppo degli adulti significativi. Questi universi relazionali risultano sul piano funzionale isomorfi⁴ con i corrispondenti sistemi intrapsichici: il sistema emotivo, il sistema motorio-istintuale ed il sistema cognitivo⁵. Questa ipotesi per uno sviluppo sano, che fonda anche un modello di intervento clinico, prevede una sorta di continua "mobilità intersistemica"⁶ nei tre universi relazionali. Questi sistemi relazionali con i loro valori, le loro regole ed i loro linguaggi specifici forniscono la trama funzionale in cui s'inserisce il processo di crescita e di armonizzazione dei tre universi intrapsichici. Un adulto sano generalmente, durante il suo processo di crescita, acquista una "mobilità intersistemica" che gli consente di servirsi, in caso di necessità, delle risorse dei diversi universi relazionali: egli infatti trova le energie negli stessi sistemi che gli hanno consentito lo sviluppo della sua personalità. In altri termini, in certe particolari situazioni di stress, può essere protetto dalla propria famiglia così come può trovare nel sistema amicale il sostegno alle proprie azioni e, nel sistema di adulti significativi, il modello a cui riferirsi per continuare il percorso evolutivo. Naturalmente l'intero processo di crescita è costellato di momenti di crisi e di difficoltà che, grazie alla mobilità intersistemica, non necessariamente esiteranno in

² L'espressione è qui intesa come chiave d'accesso per la relazione.

³ Per una disamina più dettagliata si rimanda ai suoi scritti: Vita da adolescenti, Le voci dell'adolescenza, L'adolescente tra appartenenza e trasformazione, L'adolescente tra dipendenze e patologie.

⁴ L'isomorfia, secondo Bertalanffy (1968), si può caratterizzare nel fatto che astrazioni e modelli concettuali corrispondenti possono essere applicati a fenomeni diversi; in altre parole l'organizzazione e l'adattamento di un individuo al mondo circostante dipendono da strutture relazionali specifiche, isomorfe sul piano funzionale. La capacità di organizzazione, di assimilazione e di adattamento, infatti, dipendono dal funzionamento sincronico tra strutture (sistemi) isomorfe anche se situate su piani di grandezze differenti.

⁵ Questi sistemi rappresentano degli "organizzatori" di altrettanti stili di personalità. L'ipotesi guida circa il pensare, il sentire, l'agire, è che essi rappresentino costellazioni specifiche di "Io", organizzate in veri e propri sistemi intrapsichici. In un individuo sano avremo innumerevoli io penso, io sento, io agisco in relativa armonia tra loro e che vengono riconosciuti dal Sé del soggetto.

⁶ Il modello si configura come una mappa utilizzabile su più piani che continuamente rimanda dal mondo intrapsichico a quello interpersonale e viceversa, consentendo una lettura multidimensionale dell'individuo con le sue risorse e spinte, ed una verifica di funzionamento relazionale isomorfo tra il mondo interno ed il mondo esterno.

patologie. Sarà, viceversa, proprio l'immobilità⁷ in uno dei sistemi di riferimento, a permettere che il disagio e la sofferenza possano sfociare in patologie che generalmente si esprimono con i caratteri di quel determinato universo relazionale. L'idea che la salute e la crescita dell'individuo dipenda dal rapporto con i suoi sistemi relazionali permette di guardare al gruppo classe come contesto in grado di fornire particolari occasioni, per correggere le eventuali distorsioni che si dovessero paventare.

Le esigenze di crescita dell'individuo trovano adeguato sostegno se il bambino/adolescente può sperimentare l'appartenenza al sistema familiare, dal quale attingere protezione e cura e, contemporaneamente, partecipare al sistema relazionale degli adulti, ricavandone una spinta a cimentarsi nel "confronto" e ad impegnarsi per la realizzazione del proprio successo. Queste "spinte", coniugandosi con quelle che derivano dall'appartenenza al sistema dei coetanei che sostengono la trasgressione e l'opposizione al mondo adulto e familiare, consentono all'adolescente, nella sua mobilità intersistemica, di sperimentare il cambiamento e tollerare le ansie della crescita.

La relazione educativa, oggetto e strumento della formazione del discente, va intesa come legame delicato ed equilibrato che si realizza dove c'è apertura e comprensione. L'edificazione di una simile relazione spetta al docente che dovrà collaborare con le famiglie e/o con gli allievi per condurre la scuola verso un funzionamento più armonico e rispondente ai bisogni dei suoi membri. In questo modo la definizione del processo di apprendimento non si rifà a modelli precostituiti, ma mettendo in primo piano la relazione tra docenti e famiglie, docenti ed alunni, inseriti in una rete sociale ad assistenziale che interagisce in maniera efficace e funzionale agli scopi.

In tale prospettiva, questo lavoro rappresenta una Guida in senso orientativo per comprendere il disagio dell'alunno, ma essa non può prescindere da un lavoro di formazione del docente, teso non già a trasmettere "saperi", ma ad acquisire un metodo d'osservazione e d'intervento funzionali ai sistemi con cui interagisce e dove il punto d'osservazione sia posto in funzione di essi e non in collisione.

Obiettivi e finalità.

Con la presente Guida, essenziale e facilmente fruibile, si vuole fornire all'insegnante della scuola primaria e secondaria, uno strumento di base, per:

- Acquisire un metodo d'osservazione efficace che contempra tutti gli universi relazionali dell'alunno.

⁷La costruzione soggettiva dell'identità è fondata dal rapporto intrasistemico e intersistemico del Sé (come intero) in funzione del divenire dialettico delle relazioni dell'Io (come molteplicità). L'evoluzione di un individuo verso la maturità è caratterizzata da processi mentali interrelati di differenziazione ed armonizzazione dei sistemi intrapsichici in diretto rapporto con i sistemi interpersonali, identificati nei sistemi familiare, degli adulti e dei coetanei. Il Sé differenzia, integra e armonizza le parti interne e, allo stesso tempo, svolge la fondamentale funzione di articolazione col mondo esterno.

- Ampliare le proprie conoscenze sulle forme più comuni di disagio nell'infanzia e nell'adolescenza, affinché possa identificarne le caratteristiche principali, attraverso la semplice osservazione delle relazioni che l'alunno intrattiene con la famiglia, con l'adulto-insegnante e con il gruppo classe cui appartiene.

- Conoscere le diverse figure professionali (neuropsichiatra, psicoterapeuta, logopedista, assistente sociale, etc.) e dei servizi specifici del territorio (Asl, centri di riabilitazione, organi giudiziari, etc.), cui è necessario rivolgersi, a seconda della peculiarità delle difficoltà manifestate, al fine di costruire una rete con cui strutturare un percorso specifico per le diverse forme di disagio.

- Far riflettere sulle possibilità di confronto con le famiglie, affinché si possa migliorare la propria capacità di porsi in relazione con esse, attraverso modalità comunicative che non risultino giudicanti e difensive, ma che piuttosto, esprimano un'autentica volontà di comprendere e di cooperare.

- Far conoscere l'utilità applicativa del Modello Sistemico-Relazionale e nello specifico del Modello di Articolazione Intersistemica all'interno del contesto scolastico, al fine di allenare il docente a leggere il disagio del discente come espressione di una complessità che riguarda più contesti, a cui l'individuo in crescita appartiene e a richiedere una formazione più approfondita, che aiuti a migliorare le proprie competenze relazionali.

I principi ispiratori del nostro lavoro sono così sintetizzati:

- la necessità di considerare ogni fenomeno nella prospettiva dell'intero, con l'impossibilità di ridurlo alla somma delle sue parti e di un'analisi basata sulla causalità lineare;

- l'attenzione ai fenomeni interpersonali e ai contesti in cui hanno luogo;

- la concezione dell'individuo come essere sociale, il cui comportamento è comprensibile alla luce dell'organizzazione e del funzionamento del sistema di relazioni in cui è inserito, oltre che del funzionamento dei sistemi intrapsichici. L'attenzione naturalmente va alla famiglia come sistema emotivo che però, per assicurare una crescita sana dei membri giovani al suo interno, deve poterne favorire l'appartenenza anche ad altri sistemi relazionali come quello dei pari da un lato e quello degli adulti dall'altro;

- l'aspetto comunicazionale di ogni evento azione, che impegna allo sforzo di decodificare un eventuale disagio di un singolo componente di un sistema, comprendendolo come segnale di una disfunzionalità di rapporti all'interno dell'intero sistema;

- il coinvolgimento dell'osservatore nella realtà osservata, che si traduce praticamente nella formazione del docente, nell'attenzione alla sua persona e non solo al suo ruolo tecnico-professionale.

L'obiettivo è quello di facilitargli l'acquisizione di una posizione autoriflessiva nella relazione, che gli permetta di usare pienamente se stesso, trovare il proprio personale stile relazionale ed entrare in una relazione di comprensione autentica, di empatia e di disponibilità con l'altro.

Metodologia

La Guida è stata elaborata, sia dal punto di vista contenutistico che strutturale, sulla base della Teoria degli stili di personalità, utilizzandone in particolar modo il concetto di isomorfismo funzionale tra mondi intrapsichici e mondi interpersonali e la modulazione della distanza emotiva nei diversi sistemi di appartenenza: allievi, insegnanti e famiglie. Il lavoro di schedatura delle diverse forme di disagio, con particolare attenzione a quelle maggiormente frequenti nel contesto scolastico, è stato elaborato attingendo alla letteratura specialistica ma individuando quei pattern comportamentali che risultano osservabili dal docente nell'ambito del suo lavoro. Il docente non elabora una diagnosi ma si orienta nell'osservazione dell'alunno per comprendere la natura dei suoi comportamenti ed avere la possibilità di correre in suo aiuto, laddove sia necessario.

Prospettive: sarebbe interessante ipotizzare la creazione, all'interno di ciascun Istituto scolastico, di un osservatorio per il disagio permanente, che s'interfaccia con la rete territoriale e che si possa costituire come gruppo di lavoro, in formazione ed aggiornamento continuo, per l'ottimizzazione e il potenziamento delle risorse interne alla scuola.

BIBLIOGRAFIA

Baldascini L., *L'adozione consapevole. La formazione dell'operatore nei servizi pubblici*, Franco Angeli, Milano, 2008

Baldascini L., *Legami terapeutici. Il terapeuta della famiglia nella psicoterapia individuale-sistemica*, Franco Angeli, Milano, 2002

Baldascini L., *Le voci dell'adolescenza*, Franco Angeli, Milano, 1995

Baldascini L., *Vita da adolescenti. Gli universi relazionali, le appartenenze, le trasformazioni*, Franco Angeli, Milano, 1993

Baldascini L. (a cura di), *Configurazioni spaziali del legame interpersonale e ciclo di vita della famiglia*, Franco Angeli, Milano, 1997

Baldascini L., G. Ruggiero, B.M. Greco, R. Cortese, *La formazione degli insegnanti nella scuola dell'obbligo: un'esperienza di gruppo*, in Rivista l'Ospedale Psichiatrico, 1987

Baldascini L., *L'emarginazione sociale del bambino: la madre a confronto con l'insegnante*, in *vita dell'infanzia*, 5, 1981, pp.13-16

Baldascini L., *L'osservatore del bambino: problemi di inferenza di interferenza*, in *Vita dell'infanzia*, 7, 1981, pp.12-14

Baldascini L., *Ottica relazionale e insegnamento nella scuola dell'obbligo*, in *Rivista Ambiente Salute e Territorio*, Ed. Le Monnier, 1987

Baldascini L., *La famiglia negata*, in *La famiglia tra patologia e sviluppo*, Ed. I.T.F., Roma, 1992

Baldascini L., *Il linguaggio del cambiamento*, in *Bollettino Regionale Sip*, 1990

Baldascini L., *L'adolescente come ri-nascita*, in *L'adolescente e i suoi sistemi*, Ed. Kappa, Roma, 1994

Baldascini L., *L'adolescente ed i suoi spazi*, in *L'adolescenza e i suoi linguaggi*, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 1993

Baldascini L., *L'adolescente tra appartenenze e trasformazioni*, in *Rivista Terapia Familiare*, 1994

Baldascini L., *L'adolescente tra dipendenze e patologie*, in *Rivista Terapia Familiare*, 1995

Baldascini L., *L'adolescente e la sua famiglia: una transizione sincronica*, Franco Angeli, Milano, 1997

Baldascini L., *L'adolescenza: transizione individuale e familiare*, in *Rivista Attraverso lo specchio*, Roma, 1997

Baldascini L., *Mobilità e immobilità dell'adolescente tra i suoi sistemi*, in *L'adolescente e i suoi sistemi*, Ed. Kappa, Roma, 1994

Baldascini L., *L'adolescente, i genitori, i pari e gli adulti: note per un intervento clinico*, in *Genitori e figli. La salute mentale nelle relazioni familiari*, Grafo Editor, Messina, 1993

SITOGRAFIA

www.iprnapoli.it

Introduzione alle schede

L'osservazione del disagio scolastico richiede una metodologia di comprensione (ed anche di conseguente azione) particolarmente complessa ed integrata, che mette in campo strumenti conoscitivi diversi e strumenti operativi articolati.

Nella seconda parte del presente lavoro, abbiamo scelto i disagi più frequenti e li abbiamo raggruppati in griglie di osservazione.

L'utilizzo di categorie diagnostiche come punto di partenza dell'osservazione del disagio in classe non intende spingere l'insegnante in alcun modo ad "etichettare" l'allievo partendo da comportamenti osservati che potrebbero esprimere tutt'altro e che rimandiamo al lavoro sinergico di rete in cui i singoli professionisti, con le proprie competenze, possono intervenire.

Siamo consapevoli della parzialità che comporta una tale schematizzazione e che i disagi presentati vanno affrontati globalmente, ma il nostro intento è quello di potere prendere per mano ogni insegnante ed aiutarlo ad orientarsi nel territorio del possibile disagio utilizzando la mappa dell'osservazione sistemica.

Ci siamo a lungo interrogati su come possa essere usata questa guida in quanto come qualsiasi strumento ha una duplice natura ma, confidiamo altresì nell'attenzione e nell'impegno che quotidianamente voi insegnanti profondete nella 'cura' delle future generazioni.

FOBIA SCOLASTICA



Situazione stimolo

Francesco frequenta la quinta classe della scuola primaria. Dall'inizio dell'anno capita spesso che si rifiuti di andare a scuola oppure, seppur si rechi normalmente, dopo poche ore, chiede di tornare a casa perché si sente male. Francesco non ha difficoltà a svolgere i compiti a casa, trascorre gran parte delle sue giornate a leggere libri e a guardare documentari di geografia. Le problematiche nascono nel momento in cui si allontana da casa o giunge davanti alla scuola. Una delle sue maestre dopo averlo rassicurato sul profitto scolastico, cerca di comprendere cosa accade al bambino, chiedendogli come si sente. Francesco non sa rispondere e racconta solo di un forte senso di nausea, spesso accompagnato a mal di testa o mal di pancia, ogni qualvolta sta per recarsi a scuola. Parlandone con i genitori, le maestre apprendono che spesso, già dalla sera, il bambino comincia ad essere agitato, non riesce ad addormentarsi da solo e qualche volta, si sveglia durante la notte in preda agli incubi. Capita, quindi, sempre più spesso che i genitori decidano di non mandarlo a scuola ritenendo che sia la soluzione migliore dal momento che a casa questo disagio lentamente scompare. Le maestre si rendono conto che questo comportamento rinforza l'evitamento della scuola non risolvendo il problema, perciò consigliano ai genitori di rivolgersi ad uno specialista per approfondire la questione.

Introduzione

Fobia scolastica o Rifiuto della scuola? Poco importa la denominazione: dietro l'una o l'altra si nasconde la stessa manifestazione ansiosa, cioè una paura intensa della scuola nel suo complesso o a volte di certi aspetti della scuola, che porta il bambino a evitare sistematicamente di affrontarla. Tale comportamento patologico non è recente, è noto da moltissimo tempo e numerosi autori ne hanno descritto i sintomi e a volte le cause. Così, nel 1913, Jung sosteneva una forma di "rifiuto nevrotico" di andare a scuola. A sua volta, Broadwin, nel 1932 descrive la fobia di un bambino che scappa da scuola perché non sopporta di stare lontano da casa sua e da sua madre. E, 11 anni più tardi, Johnson impiega l'espressione "fobia scolastica" per distinguere i bambini fobici da quelli che semplicemente marinano la scuola (Beatrice Copper – Royer, 2007). Infatti, quest'ultimo è un comportamento in cui è assente l'ansia e la paura eccessiva di frequentare la scuola spesso è associata a comportamenti antisociali e alla mancanza di interesse per la propria formazione scolastica. Esistono invece situazioni in cui il rifiuto appare accompagnato da un malessere più o meno evidente legato ad uno stato d'ansia, un nucleo caratteristico che spesso ha fatto guadagnare alla fobia scolastica anche la denominazione di "rifiuto ansioso della scuola" (Last C. G., Francis G., Hersen M., Kazdin A. E., Strass C. C., 1987). Secondo il tradizionale e più comune approccio diagnostico il persistente rifiuto di andare a scuola rappresenta semplicemente un sintomo che può evidenziare, insieme ad altri, la presenza di un **Disturbo di Ansia da Separazione**, una categoria dei cosiddetti Disturbi dell'Infanzia, della Fanciullezza e dell'Adolescenza (DSM IV). Esso in tale contesto viene considerato come una delle espressioni dell'angoscia di separazione generalmente riguardante la figura materna. E' estremamente importante osservare tuttavia che l'angoscia di separazione è spesso normalmente presente ed evidente in piccole quantità durante la fase evolutiva che riguarda l'età della scuola materna e, pertanto, in tali casi, essa non va battezzata facilmente con una vera e propria forma di fobia della scuola. La differenza sta nell'intensità dell'ansia, nella sua capacità abituale di limitare in modo specifico la frequenza scolastica e nella sua persistenza nel tempo. Quando è presente la fobia scolastica affinché si possa parlare di un vero e proprio Disturbo di Ansia da Separazione si osserva un'ansia espressa oltre che con il rifiuto della scuola, anche con il rifiuto di accedere ad altri contesti in cui vi è l'assenza della figura di riferimento. Il nucleo patologico derivante dall' "angoscia del distacco" non sembra tuttavia essere sempre confermato. In alcuni casi, infatti, si evidenzia una *paura condizionata della scuola*, che fa seguito ad esperienze relazionali sgradevoli vissute realmente o semplicemente interpretate come tali, oppure immaginate dai bambini o dai ragazzi, che possono essere interessati dal problema. Di conseguenza, altre esperienze di studio e di intervento hanno evidenziato manifestazioni di questo problema che appaiono come manifestazioni specifiche e precoci di **Fobia Sociale** spesso alimentata o rinforzata da una concezione della scuola come luogo rigido e punitivo, un contesto dipinto in modo minaccioso talvolta dalla famiglia o da contesti sociali vicini ad essa (Pillitteri Senatore R., 1995).

Come riconoscere la Fobia Scolastica

Nella seguente tabella vengono segnalati una serie di indicatori che possono aiutare l'insegnante ad identificare la forma di disagio che interessa l'allievo.

Nome	Fobia scolastica o “Rifiuto della scuola”
Definizione	Nonostante il DSM IV non stabilisca dei criteri specifici riguardo alla definizione della fobia scolastica, il rifiuto della scuola indica uno stato emotivo del soggetto che ha delle caratteristiche specifiche, ossia un disagio causato da un forte senso di ansia o da una paura spropositata che riguarda il soggetto sia nel momento in cui esce di casa per recarsi a scuola, sia durante le attività scolastiche. Quando la Fobia Scolastica è secondaria ad una relazione fusionale madre-figlio/a e-o ad una dinamica familiare problematica si parla di Fobia Scolastica Indotta . Contrariamente, quando la Fobia Scolastica nasce da episodi specifici scolastici, si parla di Fobia Scolastica Acuta . Possiamo incontrare anche forme miste di fobia definite Fobia Scolastica Cronica (Sperling M. 1967).
Pattern comportamentali	Il bambino con Fobia Scolastica manifesta un'elevata reazione di ansia nel momento in cui esce da casa o giunge davanti alla scuola, al punto da presentare sintomi da panico; presenta inoltre una serie di sintomi somatici come: vertigini, mal di testa, tremori, palpitazioni, dolori al torace, dolori addominali, nausea, vomito, diarrea, dolori alle spalle, dolori agli arti. Il livello di angoscia può essere elevato fin dalla sera prima e il bambino può riposare male, il sonno può essere disturbato da incubi o da risvegli notturni. L'esistenza dei sintomi di malessere fisico tende a diminuire in modo naturale nei giorni del fine settimana e in prossimità delle vacanze. La fobia scolastica può essere accompagnata da comportamenti di studio molto diligenti a casa.
Pattern relazionali in classe	Il bambino con Fobia Scolastica costretto ad andare a scuola può manifestare isolamento rispetto al gruppo dei pari, tende a nascondersi, piangere a lungo o persino tentare di scappare per girovagare o tornare a casa propria, unico luogo in grado di rassicurarlo veramente.
Pattern relazionali	La clinica mette in evidenza che esistono delle tipologie di famiglie le cui caratteristiche possono facilitare l'espressione

in famiglia	della Fobia Scolastica. Esse sono: madri ansiose e particolarmente fobiche che proiettano le proprie paure sui figli i quali si identificano con esse, interiorizzando immagini di sé come figli bisognosi di protezione; allo stesso tempo padri pochi rassicuranti, deboli e assenti che, quindi, non riescono ad entrare nella relazione “simbiotica” madre-figlio/a favorendone la separazione e la possibilità per il bambino di costruire dentro di sé le basi per l’elaborazione del distacco, né riescono ad essere figure di identificazione per la sicurezza interiore di questi ultimi. Importante può essere anche lo stile educativo familiare che se troppo tollerante ai capricci può contrastare con il comportamento spesso più severo degli insegnanti impegnati a gestire un’intera classe.
Il docente	Inoltre, il docente dovrebbe favorire il reinserimento scolastico dell’allievo costruendo insieme ai genitori un obiettivo comune che sia in grado di far comprendere al bambino sia la necessità di tornare in classe che la sua capacità di poterlo fare. Il docente inoltre, dovrebbe favorire i momenti di ascolto del bambino delle sue esigenze e dei suoi progressi. I docenti in accordo con i genitori potrebbero stabilire un programma specifico per il reinserimento a scuola, tale programma rappresenta un vero e proprio contratto stipulato con il bambino e firmato dai genitori e dagli insegnanti.
Contesti culturali	Non esiste prova di un contesto specifico in cui la Fobia Scolastica si annidi.
Incidenza nell’infanzia	Rilevabile in età compresa tra i 6 e i 7 anni e riferibile maggiormente alla Fobia Scolastica Indotta e/o Cronica .
Incidenza in preadolescenza	Rilevabile e riferibile maggiormente alla Fobia Scolastica Acuta .
Incidenza in adolescenza	Rilevabile e riferibile maggiormente alla Fobia Scolastica Acuta .

BIBLIOGRAFIA

Beatrice Copper – Royer (2007) *Paura del lupo, paura di tutto*. De Vecchi, Milano

Last C. G., Francis G., Hersen M., Kazdin A. E., Strass C. C., (1987) Separation Anxiety and School Phobia: a comparison using DSM III criteria. In *American Journal of Psychiatry*, (144, 653-657)

Pillitteri Senatore R., (1995). Il rifiuto della scuola. In *Psicologia Contemporanea*, 131, 58-62.

Sperling M. (1967), School Phobia: classification dynamic and treatment. In *Psycho Analytic Science of Child*, 22, 375-401.

SITOGRAFIA

www.benessere.com/psicologia/fobie/fobia_scuola.htm

DISTURBI DEL LINGUAGGIO



Situazione stimolo

Samuel ha cinque anni, è il secondogenito di una coppia molto giovane che, inaspettatamente, scopre di essere in attesa di un terzo figlio: un evento che destabilizza tutta la famiglia, già in procinto di allontanarsi dall'abitazione dei nonni materni, fonte di sostegno, soprattutto nei lunghi periodi di assenza del papà per lavoro. La gravidanza avanza, mentre il piccolo Samuel inizia a balbettare sia a casa che in tutte le attività scolastiche dove, spinto dall'insegnante, si deve esprimere davanti ai compagni. L'insegnante ricorda che, fin dai primi tempi della scuola dell'infanzia, il piccolo manifestava una notevole timidezza mostrando, attraverso un pianto inconsolabile nell'allontanarsi dalla madre, grande difficoltà nell'inserimento scolastico.

Sono passati due anni dall'ingresso a scuola di Samuel che fa parte del gruppetto dei più grandi, in una classe mista per età ma, nonostante gli incoraggiamenti, la timidezza si accentua ed in più, compare il balbettio quando il piccolo deve imparare e ripetere canzoncine e filastrocche davanti a tutti.

La madre si confida con la maestra raccontandole che, quando prepara i pacchi per il trasloco o gli parla dell'arrivo del fratellino, il bambino riprende a balbettare.

La donna appare molto preoccupata, si sente sola in quanto si trova combattuta tra il marito che non sa come intervenire e i nonni materni che rimproverano e correggono il bambino quando balbetta. L'insegnante è confusa, si chiede come può aiutare il piccolo in classe e questa mamma che le chiede un consiglio.

Come può occuparsi di loro?

Introduzione

L'acquisizione del linguaggio verbale rappresenta un momento importante dello sviluppo di un individuo, caratterizzato dall'attraversamento di molteplici tappe che, fin dai primi mesi e, probabilmente, fin dal tempo del grembo materno lo vedono coinvolto all'interno di una rete di relazioni affettive significative e di scambi comunicativi, di tipo preverbale, che rappresentano le fondamenta per un sano sviluppo della lingua parlata. Ogni famiglia, inoltre, possiede codici linguistici propri ed attribuisce un peculiare valore e significato alla parola e allo scambio di natura verbale. Il linguaggio, all'interno del processo di scolarizzazione, rappresenta uno degli strumenti cardine utilizzati nell'interazione e nella costruzione di una relazione d'apprendimento nella quale, però, è necessario non trascurare la complessità di tutto il processo comunicativo, arricchito da messaggi di natura non verbale, espressi anche attraverso il canale corporeo.

L'insegnante nonostante sia formato rispetto alle tappe principali di uno sviluppo normale del linguaggio, necessita di un aggiornamento continuo rispetto all'interazione con allievi che presentano disturbi specifici dell'apprendimento (DSA). Può incontrare, però, difficoltà maggiori nel riconoscere altre forme di disagio confuse per DSA che si manifestano attraverso blocchi nell'attività linguistica e che celano deficit di tipo cognitivo e/o sofferenze emotive e relazionali.

Riconoscere i disturbi del linguaggio a scuola

Di seguito, vengono riportati gli indicatori che possono aiutare l'insegnante ad individuare la specifica forma di disagio, manifestata dall'allievo in classe.

Nome	Disturbi specifici del linguaggio (D.S.L.) o disfasie evolutive e/o di sviluppo
Definizione	L'ICD-10 (1992) definisce il Disturbo Specifico del Linguaggio come <i>“una condizione in cui l'acquisizione delle normali abilità linguistiche è disturbata sin dai primi stadi dello sviluppo. Il disturbo linguistico non è direttamente attribuibile ad alterazioni neurologiche o ad anomalie di meccanismi fisiologici dell'eloquio, a compromissioni del sensorio, a ritardo mentale o a fattori ambientali. È spesso seguito da problemi associati quali le difficoltà nella lettura e nella scrittura, anomalie nelle relazioni interpersonali e disturbi emotivi e comportamentali”</i> . Differenzia, inoltre, tre tipologie di disfasie: - <i>Disturbi specifici dell'articolazione dell'eloquio</i> : l'acquisizione

	<p>dell'abilità di produzione dei suoni verbali è ritardata o deviante con conseguente difficoltà nell'efficacia comunicativa del bambino;</p> <p>- <i>Disturbo del linguaggio espressivo</i>: la capacità di esprimersi tramite il linguaggio è marcatamente al di sotto del livello appropriato alla sua età mentale, ma con una comprensione nella norma;</p> <p>- <i>Disturbo della comprensione del linguaggio</i>: la comprensione del linguaggio non è coerente con l'età cronologica.</p>
<p>Pattern comportamentali</p>	<p>Solitamente, i bambini che presentano un Disturbo Specifico o un ritardo consistente, al momento dell'inserimento nella scuola primaria, sono già seguiti dai servizi, per cui l'insegnante è messo al corrente delle difficoltà che essi presentano, sia dai genitori e sia dalla scuola dell'infanzia di provenienza. È, comunque, possibile osservare, da parte dell'insegnante, delle difficoltà linguistiche che possono interferire nell'acquisizione della letto-scrittura.</p> <p>L'allievo, quindi, può manifestare le seguenti difficoltà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - compiere errori di pronuncia; frequente il rotacismo e il sigmatismo (errata pronuncia del fonema "R" nel primo caso ed "S" nel secondo) a causa dei quali il bambino può pronunciare 'lana' al posto di 'rana' oppure 'cala' al posto di 'sala'; - eliminare la sillaba più debole ('nana' per 'banana'); - rendere più armonica l'articolazione della parola, sostituendo una consonante con un'altra già presente nella parola ('pappeto' per 'tappeto'); - manifestare pronuncia e scrittura difficoltosa delle parole che contengono il fonema S ('aste' diverrà 'ate'); - contrarre le parole omettendo alcuni fonemi che spesso sono intermedi, pronunciando la parola con il raddoppiamento di una consonante ('bocco' al posto di 'bosco'); - omettere grafemi: l'allievo può scrivere 'MAE' invece di "MARE"; - nella lettura, può manifestare difficoltà nel processo di sintesi della sillaba e della parola; il bambino può leggere i singoli grafemi in modo corretto ma senza riuscire a leggere le sillabe prima e l'intera parola poi; - errori morfo-sintattici espressi oralmente dal bambino, si traducono allo stesso modo nella produzione scritta; infatti, nella dettatura di intere frasi, il bambino può scrivere correttamente la prima parte ma fatica a ricordare il resto, in quanto non avendo

	<p>interiorizzata la struttura frastica, diviene complessa la traduzione corretta nel codice scritto;</p> <ul style="list-style-type: none"> - non utilizzare la forma passiva del verbo; - faticare a costruire frasi con le congiunzioni ‘mentre’, ‘invece’; - mostrare difficoltà ad elaborare oralmente i contenuti: non riescono a costruire il discorso, a comunicare verbalmente le proprie esperienze, a descrivere eventi. - avere un codice verbale ristretto e ciò influisce, in modo negativo, sulla comprensione orale e scritta e anche sul processo di decodifica; - complicazione ad ascoltare, lo fanno per tempi molto brevi, si coinvolgono con fatica in una spiegazione.
Pattern relazionali in classe	<p>I bambini disfasici possono presentare alcune peculiarità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - possono essere meticolosi, rigidi, perseveranti; - hanno una spiccata tendenza verso il concertismo, male accettano e riescono ad immaginare se stessi in situazioni inconsuete; - presentano continui cambiamenti d'umore; - il linguaggio espressivo, nei casi più gravi è assente, nelle situazioni meno compromesse l'articolazione è alterata e la frase può essere mal strutturata; - possono manifestare difficoltà di ascolto e possedere un patrimonio verbale ristretto con possibili difficoltà morfo-sintattiche; <p>Le difficoltà qui sopra elencate possono sfociare in una compromissione delle sue capacità di comprensione in quanto potrà non essere in grado di capire e intuire strutture linguistiche più complesse, vocaboli che non appartengono al suo target; quali conseguenze sul piano psicologico e relazionale legate alla difficoltà di interpretazione dei messaggi che gli vengono rivolti e la frustrazione per l'insuccesso comunicativo.</p>
Pattern relazionali in famiglia	<p>In genere, il bambino ricerca continuamente la mediazione dell'adulto di riferimento, talvolta unica relazione in cui il bambino sperimenta un successo comunicativo. Spesso questo adulto è la madre e la condizione di stretto legame che si instaura con il bambino viene interpretata come disturbo primitivo della relazione mentre, di frequente, è l'unica reazione possibile al disagio comunicativo (matrice relazionale del sintomo).</p>
Il docente	<p>È necessario che l'insegnante osservi le competenze linguistiche</p>

dei propri alunni al fine di individuare il prima possibile eventuali disagi che possono ostacolare i processi di apprendimento. Nel momento in cui rileva tali difficoltà nell'allievo, l'insegnante ha la responsabilità di convocare la famiglia e, con la collaborazione di quest'ultima, richiedere la consulenza di operatori esperti con i quali progettare azioni comuni.

È auspicabile che l'insegnante, all'interno del contesto scolastico,

si concentri maggiormente sul successo dei vari atti comunicativi osservabili nella relazione che non sugli elementi distorti, al fine di sostenere lo sviluppo di una sana autostima.

Inoltre, è preferibile che l'insegnante parli con il bambino lentamente per favorire i processi di decodificazione senza, però, togliere spontaneità alla comunicazione evitando, inoltre, di chiedergli di ripetere perché, per le caratteristiche proprie dei DSL, potrebbe essere un'aggiunta di frustrazione. Come per le altre forme di disagio, è fondamentale che l'insegnante non focalizzi la propria attenzione al DSL dell'allievo, ma ne veda le risorse e le possibilità.

Nello specifico della letto-scrittura, è importante aiutare l'allievo ad analizzare i suoni presenti nella parola che deve scrivere e a fare la sintesi progressiva delle lettere che legge per comporre la parola, evitando di proporre quelle attività mirate alla correttezza della lettura, più che alla comprensione.

Contesti culturali	Non ci sono contesti culturali specifici in cui è possibile osservare una maggiore incidenza dei DSL.
Incidenza	I DSL hanno emergenza tra i due ed i sei anni e risultano avere una diffusione del 5-7 % in età prescolare e tendono a ridursi nel tempo con una incidenza dell'1-2% in età scolare.
Incidenza in adolescenza	Scarsa, spesso camuffati da disturbi dell'apprendimento.

Nome	Balbuzie
Definizione	<p>La balbuzie è un <i>disturbo multifattoriale della personalità, con rilevante componente psicologica e ambientale e, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è un disordine del ritmo della parola nel quale il soggetto sa con precisione quello che vorrebbe dire ma, nello stesso tempo, non è in grado di dirlo.</i></p> <p>Si distingue in:</p> <p>balbuzie primaria, apparente e transitoria, tipica dell'età infantile e caratterizzata da fisiologiche e normali disfluenze e da intermittenti esitazioni o ripetizioni sillabiche iniziali;</p> <p>balbuzie secondaria, cronica e avanzata, tipica dell'età adolescenziale. (Di Liberto, B.).</p>
Pattern comportamentali	<p>Si può manifestare all'inizio della parola con una difficoltà di pronuncia e, nei casi più severi, con un vero e proprio "blocco" nella fluenza verbale; può ripetere una o più parti iniziali, interne o finali di una parola (modalità più frequente con cui la balbuzie si manifesta nell'età infantile).</p> <p>I due pattern precedentemente descritti possono esprimersi mescolandosi e presentando prolungamenti, tonicità e ripetizioni cloniche.</p> <p>Quando la sintomatologia aumenta, l'allievo inizia a rivelare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un notevole timore di balbettare; - una diminuzione dell'autostima; - un conflitto tra il desiderio di parlare e la consapevolezza di non poterlo fare; - un'alterazione dei movimenti respiratori; - una monotonia e mancanza di ritmo nel linguaggio; - tic o movimenti associati dei muscoli mimici; - sviluppo di logofobia; - sentimenti di forte frustrazione.
Pattern relazionali in classe	<p>Quando un allievo balbetta, le sue performance scolastiche e le relazioni sociali possono essere seriamente compromesse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esita nell'intervenire, anche solo alzando la mano; - finge di non conoscere la risposta, quando viene interrogato; - tende a parlare sulla comunicazione di un altro compagno, perché probabilmente sente di sollecitare minori attenzioni;

	- evita di parlare con i coetanei.
Pattern relazionali in famiglia	<p>Nei balbuzienti e nelle loro famiglie si trova spesso una ipervalutazione della parola: essa appare eccessivamente privilegiata come veicolo della comunicazione e come indice di evoluzione culturale, in un contesto dove sono più importanti gli aspetti formali della parola che non il suo contenuto affettivo. Le famiglie, con soggetti affetti da balbuzie, possono essere caratterizzate da un clima emotivo eccessivamente ansioso ed iperprotettivo o, come versante opposto, da un'eccessiva distanza che veicola un senso di insicurezza e di rifiuto. Il sintomo rappresenta una metafora di una difficoltà familiare, a calibrare la giusta distanza, veicolata dalla comunicazione verbale, tra due o più individui. La parola bloccata, il linguaggio esitante rappresenta l'unica "cassa di risonanza" di cui il bambino dispone per "dire" ai genitori, del suo disagio riguardo a situazioni particolari o avvertite come ansiogene.</p>
Il docente	<p>Nel momento in cui il docente riconosce alcuni pattern, che possono lasciar ipotizzare questa forma di disagio, è necessario che tenga presente i seguenti aspetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quando l'allievo si apre, per parlare del suo problema, gli si mostri un'accettazione ed una comprensione incondizionata; - mantenga un contatto oculare, fino a quando finisce la comunicazione con il discente; - eviti di completare le frasi per lui; - la lettura corale o a coppie, potrebbe facilitarlo per cui può essere un buon metodo da utilizzare con tutti, evitando di rivelare che la strategia mira ad aiutare proprio lui; - l'allievo deve percepire, attraverso la relazione docente-discente, che c'è un interesse per <i>ciò che dice non per come lo dice</i>; - venga comunque invitato ad esprimere le proprie opinioni e a partecipare alle attività della classe; - si cerchi, alla prima occasione, di parlare del problema con la famiglia, esortandola a prendere contatti con esperti del settore, quali lo psicologo, il neuropsichiatra e il logopedista.
Contesti culturali	<p>La balbuzie è presente in tutte le culture e gruppi sociali (circa l'1% della popolazione mondiale). Colpisce maggiormente il sesso maschile, rispetto al femminile. E' possibile riferirsi ad una predisposizione ambientale-ereditaria, confermata da storie</p>

	<p>familiari di balbuzie in circa 1/3 dei casi. Si tratta di una sensibilità accentuata del bambino verso alcuni fattori psicologici e relazionali (famiglie particolarmente ansiose ed attente a correggere le naturali fisiologiche disfluenze, presenti in tutti i bambini nelle fasi iniziali dello sviluppo verbale). Se entrambi i genitori sono affetti da balbuzie, la probabilità che lo sia anche il figlio sale statisticamente fino al 70-80%, legata anche ad un modello acustico e fonetico disfemico che il bambino potrebbe imitare.</p>
Incidenza in infanzia	<p>La fascia di età di maggiore frequenza della balbuzie è fra i 3 e i 6 anni (oltre il 30%). La risoluzione nei bambini in età prescolare è spontanea senza alcun intervento rieducativo in circa il 65% dei casi.</p>
Incidenza in adolescenza	<p>La frequenza d'insorgenza diminuisce in adolescenza e oltre i 18 anni scende al di sotto dell'1%, anche per il fatto che il balbuziente ha trovato dei sistemi per controllare l'emissione del linguaggio e riesce a tenere il disturbo, qualora persista, in forma latente.</p>
Nome	Mutismo selettivo
Definizione	<p>Il mutismo selettivo è attualmente definito come un disordine dell'infanzia, caratterizzato da una persistente incapacità, da parte del bambino, a comunicare verbalmente, in determinati contesti di vita sociale, all'interno dei quali è richiesto l'uso del linguaggio verbale.</p> <p>Secondo il DSM-IV, i criteri diagnostici per individuare un bambino selettivamente muto sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il bambino non parla in determinati luoghi, come la scuola o altre situazioni sociali; - il bambino parla normalmente nelle situazioni in cui si trova a suo agio, come nella propria casa (sebbene alcuni bambini possano essere muti in casa); - l'incapacità del bambino di parlare interferisce con la sua capacità di "funzionare", nel contesto scolastico e/o nelle situazioni sociali; - il mutismo dura da almeno un mese.

<p>Pattern comportamentali</p>	<p>Non sono presenti disturbi della comunicazione (come la balbuzie) e altri disturbi mentali (come autismo, schizofrenia, ritardo mentale);</p> <p>Messaggi corporei indicativi di una forte inibizione ed ansia quali: spina dorsale diritta con la testa e le spalle lievemente curvate in avanti, uno sguardo evasivo abbassato, braccia irrigidite stese lungo il corpo, sguardo fisso nel vuoto.</p> <p>Al di là dell'essere mutacico a scuola, può conservare un'attività scritta, che in ogni caso viene in qualche modo compromessa. Inoltre, si possono verificare episodi di enuresi o encopresi e può mostrare anche una fobia scolare o un atteggiamento oppositivo.</p>
<p>Pattern relazionali in classe</p>	<p>Nella maggior parte dei casi, il bambino parla con uno o più membri della famiglia, ma non a scuola;</p> <ul style="list-style-type: none"> - dentro la classe di solito non parla con nessuno; - talvolta, nel momento della ricreazione, il bambino parla o sussurra ad alcuni coetanei; - escogita un modo efficace di comunicare non-verbalmente, per esempio indicando, sorridendo, facendo cenni con la testa, rimanendo inespressivo ed immobile, finché qualcuno indovina correttamente cosa vuole; - si allontana e si isola, quando sente di aver deluso le aspettative dell'adulto o dei compagni; - se riesce a parlare, si blocca quando incontra troppo entusiasmo, da parte degli altri.
<p>Pattern relazionali in famiglia</p>	<p>Il mutismo selettivo rappresenta una metafora che “dice” di una difficoltà familiare a comunicare e ad aprirsi al mondo esterno; la famiglia, con un membro mutacico, rivela frequentemente la presenza di dinamiche relazioni fortemente invischiate: i genitori, per primi, risultano particolarmente ansiosi, timidi e preoccupati nell'interazione con il contesto sociale. Talvolta vivono in uno stato di marcato isolamento, con scarse relazioni interpersonali. E' frequente trovare, nella storia dei genitori di questi allievi, la presenza di disturbi d'ansia e di fobie sociali.</p>
<p>Il docente</p>	<p>Quando il docente osserva e riconosce nell'allievo alcuni pattern che possono lasciar ipotizzare questa forma di disagio, è importante parlarne con la famiglia sia per ridurre le aspettative di entrambi e i livelli di ansia, che per esortarla a prendere contatto con esperti del settore (neuropsichiatra, psicoterapeuta</p>

	familiare). Nello specifico della relazione docente- allievo-gruppo classe, è fondamentale che il docente crei un clima di fiducia, di comprensione e di accettazione incondizionata, utilizzando un linguaggio non verbale rassicurante, che aiuti l'allievo a non sentirsi pressato e/o costretto a parlare e individuando altre modalità comunicative che tutto il gruppo classe può utilizzare, in alternativa al linguaggio verbale. E' necessario favorire l'inserimento scolastico dell'allievo, evitando eccessive attenzioni, in quanto detesta sentirsi al centro.
Contesti culturali	Le poche ricerche nazionali ed internazionale ritrovano questa forma di disagio principalmente in contesti culturali di ceto basso, caratterizzati da una scarsa socializzazione, da famiglie ansiose, chiuse e poco empatiche.
Incidenza in infanzia	L'età d'insorgenza si colloca tipicamente tra i 3 ed i 6 anni, anche se il disturbo come tale é realmente individuato e riconosciuto generalmente in età scolare tra i 6 e gli 8 anni.
Incidenza in adolescenza	Meno frequente in adolescenza, di solito può protrarsi un quadro già presente dall'infanzia.

Comportamenti simili in tipologie differenti di disagio

Disturbi Specifici del linguaggio sono spesso associati a difficoltà di coordinazione motoria, di funzionamento cognitivo e a disturbi dell'attenzione. Un fattore importante è il deficit della memoria di lavoro fonologica (nota) che, tuttavia, non sembra essere la causa di tutti i DSL. Alcuni studi ritengono che fattori importanti siano quelli genetici e ambientali.

BIBLIOGRAFIA

Andreoli V., Cassano G. B., Rossi R. (a cura di) (2007). *Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quarta edizione Masson Editore.

Marcelli D., Braconnier A. (2000). *Psicopatologia del bambino*, quinta edizione italiana a cura di Ammanniti M., Novelletto A., Masson Editore.

AA.VV., *Psicologia*, Bologna, Il Mulino, 1984

AA,VV., *Psicologia sociale e dello sviluppo*, Milano, F. Angeli, 1995

SITOGRAFIA

www.web.i2000net.it/mscorpinitipsicologo/

www.cild.it

DSA - DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO



Situazione stimolo

Marco è un bimbo di 8 anni che frequenta la terza classe della Scuola Primaria. Le maestre osservano che il piccolo appare lento nella lettura rispetto ai suoi compagni di classe e si rifiuta di leggere ad alta voce. Ogni volta che Marco prova a leggere ad alta voce commette numerosi errori, confondendo lettere, saltando righe e spesso non termina la lettura del brano. In classe Marco appare introverso e qualche volta aggressivo. Preferisce le relazioni duali, evitando momenti di confronto in gruppo. Gli insegnanti provano a convocare i genitori per parlare delle difficoltà di Marco e i genitori confermano i disagi osservati in classe dalle maestre perché sono gli stessi che il bambino manifesta a casa. Insieme decidono di adottare qualche metodo per coinvolgere il bambino nello studio, ad esempio sottraendogli qualche svago per aumentare il tempo da dedicare ai compiti. Dopo circa tre mesi Marco appare ancora più aggressivo e oppositivo rispetto allo studio e agli adulti di riferimento. Le insegnanti, a questo punto, suggeriscono ai genitori di sottoporre il piccolo a visita neuropsichiatrica presso il Servizio Sanitario d'appartenenza. Il bambino viene sottoposto ad una valutazione psicodiagnostica in cui viene certificato DSA.

Introduzione

I **Disturbi Specifici dell'Apprendimento**, conosciuti anche con la sigla DSA, sono caratterizzati da una disfunzione del Sistema Nervoso Centrale a causa di una lacuna nella elaborazione delle informazioni. In questo modo il bambino riceve adeguatamente le informazioni dall'ambiente esterno (visive, uditive e cinestetiche), ma c'è un difetto nell'integrazione, nel processo e nell'archiviazione di queste informazioni, risultando in problemi nell'"uscita" delle informazioni in forma scritta, lettura o calcolo (Neuroscienze.net – Rivista di Neuroscienze, Psicologia e Scienze Cognitive).

La legge 8 ottobre 2010, n. 170, riconosce la dislessia, la disortografia, la disgrafia e la discalculia come Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA), assegnando al sistema nazionale di istruzione e agli atenei, il compito di individuare le forme didattiche e le modalità di valutazione più adeguate, affinché alunni e studenti con DSA possano raggiungere il successo formativo.

Il tipo di intervento, per l'esercizio del diritto allo studio, si focalizza sulla didattica individualizzata e personalizzata, sugli strumenti compensativi, sulle misure dispensative e su adeguate forme di verifica e valutazione. Per consentire, pertanto, agli alunni con DSA di raggiungere gli obiettivi di apprendimento, devono essere riarticolate le modalità didattiche e le strategie di insegnamento sulla base dei bisogni educativi specifici, in tutti gli ordini e gradi di scuola.

Le *Linee guida (Consensus Conference 12 luglio 2011)* presentano alcune indicazioni, elaborate sulla base delle più recenti conoscenze scientifiche, per realizzare interventi didattici individualizzati e personalizzati, nonché per utilizzare gli strumenti compensativi e per applicare le misure dispensative. Esse indicano il livello essenziale delle prestazioni, richieste alle istituzioni scolastiche e agli atenei, per garantire il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con DSA.

Come riconoscere il Disturbo Specifico dell'Apprendimento

Nella seguente tabella vengono segnalati una serie di indicatori che possono aiutare l'insegnante ad identificare la forma di disagio che interessa l'allievo.

Nome	DSA – Disturbo Specifico dell'Apprendimento
Definizione	L'ICD-10 (Classificazione Internazionale delle malattie, OMS,1992) e il DMS-IV (Manuale diagnostico a statistico dei disturbi mentali, APA; 1995) sono concordi nel fornire la definizione di Disturbo Specifico di Apprendimento come un

	<p>“gruppo eterogeneo di disordini che si manifestano con significative difficoltà nell’acquisizione e uso di abilità di comprensione del linguaggio orale, espressione linguistica, lettura, scrittura, ragionamento o matematica. La loro caratteristica principale è quindi la specificità: il disturbo riguarda uno specifico dominio di abilità in modo significativo ma circoscritto, lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale.</p>
<p>Pattern relazionali in famiglia</p>	<p>Le famiglie con bambini che hanno un DSA non ancora diagnosticato esprimono una caratteristica comune, considerando il proprio figlio pigro, svogliato, disinteressato, con poca voglia di studiare. Tale caratteristica per tutti subisce una trasformazione in seguito alla diagnosi. Le famiglie infatti, a tal punto, cominciano a riconoscere il disagio e a comprendere che il DSA non ha alcuna correlazione con il ritardo mentale e/o deficit intellettuale. Tale rassicurazione comporta un cambiamento di atteggiamento, portando i genitori a comprendere che l’utilizzo di strategie d’apprendimento diverse possono essere un valido supporto all’autostima del bambino permettendogli di raggiungere i medesimi obiettivi didattici dei suoi compagni.</p>
<p>Pattern relazionali in classe</p>	<p>Il bambino con DSA non ancora diagnosticato vive un malessere profondo che non riesce a spiegarsi. Si rende conto che impiega più tempo degli altri nella lettura e che gli occorre più tempo per imparare a leggere. I compagni, non comprendendo il motivo della diversa modalità di apprendimento, possono facilmente prenderlo in giro ed escluderlo. Potrebbe avere difficoltà nei giochi motori, ad allacciarsi le scarpe, a leggere l’orologio, etc.</p> <p>Questa condizione potrebbe essere motivo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sofferenza psicologica; - bassa autostima; - scarsa motivazione ad apprendere; - senso di inferiorità nelle interazioni tra pari; - ripetuti insuccessi; - disinteresse; - comportamento oppositivo.

Il docente

Al fine di garantire agli alunni e agli studenti con disturbi specifici di apprendimento di usufruire delle misure educative e didattiche di supporto di cui all'articolo 5 della Legge 170/2010, è necessario che i docenti inviino gli allievi, per cui si ipotizza un DSA, ad una valutazione diagnostica presso le strutture sanitarie competenti per favorire il rilascio di una certificazione dettagliata e tempestiva. Ricevuta la diagnosi, il consiglio di classe è obbligato a stilare il PDP (Piano Didattico Personalizzato) in cui si inseriscono tutte le misure compensative e dispensative, previste per il singolo soggetto in ogni materia di studio. Il PDP verrà strutturato dal Consiglio di Classe. Prima del Consiglio di Classe, il Coordinatore o Referente DSA preparerà la parte iniziale con i dati relativi all'alunno e quelli ricavabili dalla diagnosi, dagli incontri con gli specialisti e con i genitori. Ad ogni docente, invece, competerà compilare la parte del documento contenente i risultati dell'osservazione svolta e gli strumenti e le modalità di verifica/valutazione che intende far adottare allo studente. Tale PDP prima di essere attuato deve essere firmato dai genitori, rappresentando un vero e proprio "contratto" tra la scuola e la famiglia (Consensus Conference, 2011).

Inoltre, il docente dovrebbe:

- evitare atteggiamenti squalificanti e stigmatizzanti;
- sottovalutare i pattern comportamentali esprimendo personali ipotesi diagnostiche, come ritenere il bambino immaturo;
- aiutare il bambino a parlare delle sue difficoltà;
- favorire un clima supportivo e cooperativo in classe;
- proporre metodologie didattiche che prevedono l'uso di tabelle, schemi, riassunti, formulari;
- stimolare gli allievi alla costruzione delle mappe concettuali e mentali;
- incentivare lavori di gruppo;
- rispettare i tempi diversi del bambino;
- confrontarsi periodicamente con le famiglie e con le altre figure professionali extrascolastiche che si occupano del bambino dal punto di vista dell'apprendimento;
- favorire l'uso di metodologie didattiche alternative (vedi Misure Compensative e Dispensative – Consensus Conference, 2011).

INDICATORI DI RISCHIO

Ultimo anno Scuola dell'Infanzia (5 – 6 anni)	Il bambino potrebbe manifestare: <ul style="list-style-type: none">- difficoltà di spelling;- difficoltà nell'auto dettatura della parola;- difficoltà a far corrispondere lo spelling orale con la procedura grafica;- elisioni, sostituzioni fonologiche;- specularità lettere (b/d – p/q);- perdita dell'unità semantica (parole attaccate);- impaccio nel coordinamento oculo – manuale e spaziale;
Primo Ciclo Scuola Primaria (6-7 anni)	Il bambino potrebbe presentare: <ul style="list-style-type: none">- difficoltà meta fonologiche;- difficoltà nel controllo di strutture sintattiche complesse in comprensione verbale e produzione verbale;- difficoltà grafico rappresentative ed esecuzioni spaziali;
Secondo Ciclo Scuola Primaria (8-10anni)	Il bambino può presentare: <ul style="list-style-type: none">- lettura lenta, poco comprensibile con difficoltà di accesso alla comprensione del testo;- difficoltà nello scrivere rapidamente e nel codificare la propria scrittura;- persistenza di molti errori ortografici;- non automatizzazione delle procedure nella costruzione della frase/periodo;
Scuola Secondaria di I grado (11-14 anni)	Lo studente può presentare: <ul style="list-style-type: none">- difficoltà nell'uso di diverse fonti, nell'attivazione di strategie differenziate di letto/scrittura (appunti, vocabolario, enciclopedie, internet..);- strategie di controllo della comprensione del testo;- difficoltà nella verifica e nell'autocorrezione;- difficoltà ad essere comprensibile ed esauriente nell'uso del codice scritto;- difficoltà nel controllo costante dell'esecuzione del compito e nella verifica dei risultati;- difficoltà ad apprendere dalla propria lettura soprattutto se effettuata ad alta voce;

<p>Scuola Secondaria di II grado (11-14 anni)</p>	<p>Lo studente può presentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il livello di lettura e di scrittura rende difficile l'apprendimento di concetti e l'espressione del proprio pensiero; - alcuni percorsi formativi sono difficilmente conciliabili con l'organizzazione assunta dal disturbo; - rischio di abbandono scolastico; - rischio di deriva sociale;
<p>Nome</p>	<p>DISLESSIA (Codice Diagnostico ICD – 10: F 81.0 Disturbo specifico della lettura)</p>
<p>Definizione</p>	<p>È un disturbo specifico della lettura, si caratterizza per la difficoltà ad effettuare una lettura accurata e fluente in termini di velocità e correttezza; tale difficoltà può ripercuotersi anche sulla comprensione del testo, ma non sempre sono correlati. Non si può parlare di dislessia prima dei 7anni-7anni e mezzo, età che coincide con la fine della seconda classe primaria, dato che prima di questa età o classe frequentata, errori simili sono banali per la loro frequenza.</p> <p>Segnali tipici:</p> <p>Se al termine del 2° anno della scuola primaria il bambino presenta queste caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - eccessiva lentezza nella lettura e scrittura; difficoltà nell'associazione GRAFEMA/FONEMA e/o FONEMA/GRAFEMA; - confusione di segni diversamente orientati nello spazio (p,b; q, d; u, n...) - confusione di segni che si differenziano per piccoli particolari (f, t; m, n; c, e...) - confusione nel discriminare segni alfabetici che corrispondono a suoni che si assomigliano (la "f" con la "v"; la "d" con la "t") - omissione di grafemi o sillaba; - inversione di sillabe; - aggiunte o ripetizione di sillabe; <p>è opportuno consultare uno specialista neuropsichiatra infantile, psicologo esperto in DSA, per avere una diagnosi.</p>

Nome	DISORTOGRAFIA (Codice Diagnostico ICD 10: F 81.1 Disturbo specifico della compitazione)
Definizione	<p>È un disturbo della scrittura dovuto a deficit nei processi di uso dei segni alfabetici e di collocazione al posto giusto e/o a rispettare le regole ortografiche (accenti, apostrofi, forme verbali ecc.). Il soggetto disortografico commette errori ortografici significativamente superiori per numero e caratteristiche rispetto a quelli che ci si dovrebbe aspettare, facendo riferimento al suo grado d'istruzione.</p> <p><i>Segnali tipici</i></p> <p>Se al termine del 2° anno della scuola primaria il bambino presenta queste caratteristiche: errori fonologici: sostituzione di grafemi, omissione di lettere o sillabe; aggiunta di lettere o sillabe; inversioni; grafemi inesatti; errori non fonologici: separazioni illecite; fusioni illecite; scambio di grafemi; omofoni e non omografi; omissione o aggiunta del grafema “h” errori fonetici: omissione o aggiunta di accenti; omissione o aggiunta di doppie; è opportuno consultare uno specialista neuropsichiatra infantile, psicologo esperto in DSA, per avere una diagnosi.</p>

Nome	DISGRAFIA (Codice Diagnostico ICD 10: F 81.1 Disturbo specifico della compitazione)
Definizione	<p>È un disturbo della scrittura di natura motoria, dovuto a un deficit nei processi di realizzazione grafica (grafia). Essa comporta una grafia: poco chiara, irregolare nella forma e nella dimensione; disordinata e difficilmente comprensibile.</p> <p><i>Segnali tipici</i></p> <p>Se già al termine del 1° anno della scuola primaria il bambino presenta queste caratteristiche: - difficoltà nel controllo visuo-motorio e difficoltà nella destrezza manuale che non consente loro di produrre testi scritti leggibili in modo rapido e automatico; - difficoltà nell'orientamento spaziale; è opportuno consultare uno specialista neuropsichiatra infantile per avere una diagnosi.</p>

Nome	DISCALCULIA (Codice Diagnostico ICD 10: F 81.2 Disturbo specifico delle abilità aritmetiche)
Definizione	<p>Riguarda il disturbo di manipolare i numeri, nell'eseguire calcoli rapidi a mente, nel recuperare i risultati delle tabelline e nei diversi compiti aritmetici (algoritmi).</p> <p><i>Segnali tipici</i></p> <p>Se al termine del 3° anno della scuola primaria il bambino presenta queste caratteristiche, difficoltà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nella scrittura dei numeri e fa confusione tra i simboli matematici (+, x, -, :); - nell'enumerazione; - nei cambi delle decine e/o omette i numeri; - nel recupero dei risultati nei calcoli rapidi come $2+2=4$ o delle tabelline; - nelle procedure (algoritmi); - nei calcoli in colonna; - nelle espressioni; - nella gestione dello spazio, con conseguenti problemi nell'incolonnamento delle operazioni; - nella risoluzione dei problemi nonostante l'integrità delle capacità logiche; <p>è opportuno consultare uno specialista neuropsichiatra infantile, psicologo esperto in DSA, per avere una diagnosi.</p>
Comorbilità	<p>Non sempre ci troviamo di fronte a DSA puri, possiamo infatti avere anche la presenza contemporanea di più Disturbi Specifici dell'Apprendimento, classificati nell'ICD 10 con la sigla: F 81.3 Disturbi misti delle capacità scolastiche.</p> <p>È frequente, inoltre, accertare la compresenza nello stesso soggetto di più disturbi specifici dell'apprendimento e la compresenza di altri disturbi come ADHD, ansia, depressione e disturbi della condotta.</p>
Incidenza nell'infanzia	<p>Rilevabile dall'ultimo anno della Scuola dell'Infanzia attraverso l'analisi dei "Prerequisiti dell'Apprendimento";</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnosi di dislessia, disortografia e disgrafia effettuabile alla fine della seconda elementare; - diagnosi di discalculia effettuabile alla fine della terza elementare.

Incidenza in preadolescenza	Assente (Alta solo se non diagnosticata precocemente)
Incidenza in adolescenza	Assente (Alta solo se non diagnosticata precocemente)

Multifattorialità

Non esiste un contesto culturale o sociale che favorisca l'insorgenza dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento, piuttosto esistono dei "fattori di rischio" come:

- esposizione a più di 2 anestesie generali dopo il parto ed entro il quarto anno di vita;
- disturbo del linguaggio;
- sesso maschile;
- storia genitoriale di alcolismo o disturbo da uso di sostanze;
- familiarità;
- esposizione prenatale alla cocaina.

Comportamenti simili in tipologie differenti di disagio

E' opportuno fare un distinguo tra la Difficoltà specifica dell'apprendimento e Disturbi specifici dell'apprendimento, per essa si rimanda il lettore all'introduzione. La **difficoltà d'apprendimento** è un problema significativo, nel rendimento scolastico di un alunno, le cui origini potrebbero dipendere da "caratteristiche della famiglia, handicap, difficoltà di socializzazione, caratteristiche individuali e fattori emotivo – motivazionali". I principi, i valori vissuti e proposti in famiglia, l'attenzione rivolta dai genitori ai processi di apprendimento dei propri figli possono contribuire ad attenuare le difficoltà scolastiche di alcuni bambini, soprattutto in termini di motivazione e interesse verso le attività, monitoraggio dei compiti da svolgere e svolti in contatto costante con la scuola. Accanto alle caratteristiche familiari e, strettamente correlato a quest'aspetto, si colloca anche il contesto di appartenenza, dove un basso livello socio – culturale potrebbe essere maggiormente associato ad un scarso rendimento scolastico, soprattutto per l'esiguità di stimoli a cui i bambini sono esposti, spesso non volontariamente, ma proprio per la mancanza di conoscenza e/o anche per l'assenza di mezzi, non ultimi quelli economici.

Non possiamo invece, parlare di DSA, ma solo di difficoltà d'apprendimento quando siamo in presenza di "handicap", non solo mentale, ma anche sensoriale (uditivo e visivo) e motorio. Per quanto riguarda, invece gli aspetti prettamente individuali, come caratteristiche di personalità, difficoltà di socializzazione e problematiche emotive, queste

possono avere un'incidenza significativa nel rendimento scolastico di un bambino e per tale motivo non è possibile parlare di DSA, ma di difficoltà d'apprendimento. Esistono, ad esempio, bambini "lenti", dove il basso rendimento è in corrispondenza con le loro potenzialità di apprendimento, oppure, spesso i bambini sviluppano disagi forti, in relazione al distacco dalla famiglia o in rapporto con il contesto scolastico e tali difficoltà possono mantenersi nel tempo, ripercuotendosi sull'apprendimento (come chiarisce la normativa sui BES – Bisogni Educativi Speciali - Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012).

BIBLIOGRAFIA

BES - Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012

Cornoldi C., 2007. Difficoltà e disturbi dell'apprendimento. Il Mulino, Torino Legge 170 del 08/10/2010

MIUR 2011, Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con Disturbi Specifici dell'Apprendimento, Decreto Ministeriale 12 luglio 2011

Stella G., Grandi L., 2012. Come leggere la dislessia e i DSA. Guida base. Giunti Scuola, Firenze

DISTURBO DA DEFICIT ATTENTIVO CON IPERATTIVITÀ ADHD



Situazione stimolo

Francesco oltre ad essere una preoccupazione per i suoi genitori è anche “l’incubo” delle maestre, che non sanno più cosa inventarsi, per contenere il suo comportamento imprevedibile e inadeguato. Rispetto ai suoi coetanei, Francesco appare immaturo, in classe ha difficoltà a seguire la lezione per soli cinque minuti, non riflette, prima di agire e non riesce ad aspettare il proprio turno.

Appare agitato, irrequieto, incapace di star fermo. Inoltre, è impulsivo, reagisce con rabbia ai rimproveri e alle note, è molto disordinato, continua a muovere i piedi e le mani giocherellando con qualsiasi oggetto trovi sul tavolo, quando esce da scuola corre fuori travolgendo tutti coloro che trova di fronte senza rendersene conto. Risponde senza pensare la prima cosa che gli viene in mente, spesso interrompe gli altri, è invadente ed impaziente. Dai compagni viene isolato, poiché nei giochi non rispetta le regole, vuole sempre vincere reagendo a volte in modo aggressivo. A volte, però, Francesco appare triste e demotivato.

INTRODUZIONE

L'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) è un disturbo evolutivo dell'autocontrollo. Esso include difficoltà di attenzione e concentrazione, di controllo degli impulsi e del livello di attività. Questi problemi derivano sostanzialmente dall'incapacità del bambino di regolare il proprio comportamento, in funzione del trascorrere del tempo, degli obiettivi da raggiungere e delle richieste dell'ambiente. E' bene precisare che l'ADHD non è una manifestazione di una normale fase di crescita, che ogni bambino deve superare, non è neppure il risultato di una disciplina educativa inefficace, e tanto meno non è un problema dovuto alla "cattiveria" del bambino. Ha un'eziologia neurobiologica, riconducibile ad una difficoltà nell'autocontrollo e nella capacità di pianificazione, non attribuibile ad un deficit dell'intelligenza. E' possibile individuare il disturbo già nella scuola dell'infanzia, ma la diagnosi ufficiale non si può richiedere prima dei sette anni.

Essa deve basarsi su una valutazione accurata del bambino, condotta da un neuropsichiatra infantile o da uno psicologo con specifiche competenze nella diagnosi di ADHD.

Riconoscere le fragilità che caratterizzano la modalità di funzionamento di un bambino affetto da ADHD, costituisce un imprescindibile punto di partenza, perché permette di identificare preventivamente quali tipologie di esercizio o attività potrebbero costituire un parziale limite, così da orientare strategie di intervento, mirate ed efficaci, per facilitare l'esecuzione dei compiti. Gli errori, commessi dal bambino, durante un'attività scolastica possono acquisire, ai suoi occhi, molteplici significati: una serie di ripetuti fallimenti risultano umilianti, frustranti e demotivanti, soprattutto quando non sono immediatamente chiare e comprensibili le ragioni per cui non si è raggiunto l'obiettivo sperato, per cui è facile che si sviluppi in lui un profondo senso di inadeguatezza e sfiducia.

L'ADHD è una forma di disagio, per l'individuo stesso, per la famiglia e per la scuola, e spesso rappresenta un ostacolo nel conseguimento degli obiettivi personali. E' un problema che genera un campo (spinte esplosive) di impotenza ed inadeguatezza che può far reagire ed alimentare sconforto e stress, anche nei genitori e negli insegnanti, i quali si trovano impreparati nella gestione del comportamento del bambino.

COME RICONOSCERE IL ADHD A SCUOLA.

Di seguito verranno segnalati gli indicatori che facilitano il riconoscimento da parte dell'insegnante dell'alunno affetto da tale sintomo.

Nome	ADHD
Definizione	Secondo i criteri del DSM-IV, il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (si usa l'acronimo DDAI come traduzione dall'inglese ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder, comunemente

	<p>utilizzato anche in Italia) è caratterizzato da due gruppi di sintomi o dimensioni psicopatologiche, definibili come inattenzione e impulsività/iperattività.</p>
<p>Pattern Comportamentali</p>	<p>DISATTENZIONE: intesa come incapacità nel mantenere per un periodo sufficientemente prolungato l'attenzione su un compito.</p> <p>L'allievo ha difficoltà nell'eseguire compiti che richiedono una doppia attenzione, ossia attenzione sostenuta e attenzione divisa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presenta difficoltà nel sostenere l'attenzione nei compiti e nelle attività di gioco. • Non riesce a dare attenzione ai dettagli e compie errori di inattenzione nei compiti a scuola, nel lavoro o in altre attività • Trova difficoltà nell'organizzare i suoi compiti e varie attività. • Ha difficoltà nel seguire completamente le istruzioni, nel terminare i compiti di scuola, lavori domestici. (nulla a che vedere con comportamento oppositivo o a difficoltà di comprensioni) • Appare assente e sembra non ascoltare quando gli si parla direttamente. • Fa fatica a prestare attenzione poiché è facilmente distratto da stimoli esterni. • Trova difficoltà nell'organizzare i suoi compiti o attività varie; • Può evitare ed è riluttante nell'impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale sostenuto (es. compiti a casa o a scuola). • Risulta sbadato nelle attività quotidiane. • Facilmente perde materiale necessario per compiti o altre attività (es. giocattoli, compiti assegnati, matite, libri, ecc.). <p>IPERATTIVITA': ossia un eccessivo e inadeguato livello di attività motoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presenta grande difficoltà nell'impegnarsi a giocare o in attività tranquille in modo quieto. • Sta spesso in piedi in classe o in altre situazioni dove ci si aspetta che rimanga seduto. • È continuamente in movimento. • Si muove continuamente, agitando soprattutto le mani o i piedi o si agita sulla seggiola. • Vaga per l'aula (negli adolescenti si può limitare ad una sensazione soggettiva di irrequietezza).

	<ul style="list-style-type: none"> • Parla eccessivamente. <p>Spesso le femmine presentano una iperattività ideativa (sognano ad occhi aperti)</p> <p>IMPULSIVITA': incapacità ad aspettare o ad inibire comportamenti che in quel momento risultano inadeguati.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non riesce se non a fatica ad aspettare il proprio turno; • Interrompe o si comporta in modo invadente verso gli altri (es. irrompe nei giochi o nelle conversazioni degli altri). • È sempre pronto a rispondere, prima che venga completata la domanda.
Pattern relazionali in classe	L'inadeguatezza relazionale suscita: nei pari il rifiuto, nel bambino l'aggressività e nell'insegnante il continuo richiamo che a sua volta cimenta il vissuto di inadeguatezza, infatti non riuscendo a mantenere relazioni positive con i coetanei e seguire a fatica i ritmi di apprendimento della classe a causa delle difficoltà attentive il suo livello di motivazione interna, approda velocemente ad uno stato di noia.
Pattern relazionali in famiglia	Nella famiglia è possibile trovare tre fenomeni: <ol style="list-style-type: none"> 1) Casi già esistenti di ADHD 2) Pattern relazionali sbilanciati e invischiamento con iperprotezione e correzione eccessiva 3) Pattern relazionali disimpegnati con la formazione di vissuti nel bambino di rifiuto e di isolamento.
Incidenza in infanzia	Frequente.
Il docente	L'atteggiamento dell'insegnante con il bambino, ha un forte impatto sulla sua modificazione del suo comportamento. Bisogna tener presente che la gravità e la persistenza dei sintomi ADHD risentono notevolmente delle variabili ambientali: di come il bambino si sente accettato e aiutato di fronte alle difficoltà (Barkley, 1997).

Possibili situazioni di aiuto per lo studente con ADHD:

Insieme all'alunno concordare piccoli e realistici obiettivi comportamentali e didattici da raggiungere nel giro di qualche settimana.

Organizzare con tutti gli studenti poche e chiare regole di comportamento da mantenere all'interno della classe.

Non portano benefici le punizioni che prevedono: un aumento dei compiti per casa, una riduzione dei tempi di ricreazione e gioco, l'eliminazione dell'attività motoria, la negazione di ricoprire incarichi collettivi nella scuola, l'esclusione dalla partecipazione alle gite.

Programmare l'utilizzo di tecniche educative di documentata efficacia (es. aiuti visivi, introduzione di routine, tempi di lavoro brevi o con piccole pause, gratificazioni immediate, procedure di controllo degli antecedenti e conseguenti).

Far in modo che l'alunno riesca ad organizzare il proprio banco in modo da avere solo il materiale necessario per la lezione del momento.

Essere quanto più chiari possibile nel comunicare i tempi necessari per l'esecuzione del compito (tenendo conto che l'alunno con ADHD può necessitare di tempi maggiori rispetto alla classe viceversa può avere l'attitudine di affrettare eccessivamente la conclusione).

Prestare attenzione alla corretta scrittura dei compiti sul diario.

Incoraggiare l'uso di diagrammi di flusso, tracce, tabelle parole chiave per favorire l'apprendimento e sviluppare la comunicazione e l'attenzione.

Rendere operativo l'uso del computer e di enciclopedie multimediali, vocabolari su CD, ecc.

Preparare l'ambiente nel quale viene inserito l'alunno con ADHD in modo tale da ridurre al minimo le fonti di distrazione.

Rasserenare l'alunno e essere sicuri che abbia ascoltato e riflettuto sulla domanda e incoraggiare una seconda risposta qualora tenda a rispondere frettolosamente.

Organizzare prove scritte suddivise in più parti e invitare lo studente ad effettuare un accurato controllo del proprio compito

prima di consegnarlo.

Valutare gli elaborati scritti in base al contenuto, senza considerare esclusivamente gli errori di distrazione, valorizzando il prodotto e l'impegno piuttosto che la forma.

Possibili situazioni che possono danneggiare lo studente con ADHD:

Con l'alunno ADHD prevalentemente disattento:

– Insistere perché un compito venga interamente completato senza

Interruzioni o pause: il bambino con ADHD può necessitare di piccole pause nel corso dell'esecuzione di un compito è inoltre consigliato dividere i compiti più complessi in sotto compiti più facilmente gestibili in un tempo ridotto.

– E' meglio non posizionare il bambino in un posto tranquillo lontano dai compagni e dall'insegnante in modo che possa concentrarsi: i soggetti con ADHD hanno bisogno di qualcuno che richiami spesso la loro attenzione sul compito, è bene quindi che lavorino in piccoli gruppi o vicino all'insegnante.

– Non aver paura di proporre novità per paura che si distraiga troppo: in realtà le novità servono per richiamare l'attenzione del bambino; trasformare esercizi in giochi potrebbe risultare utile specialmente a fronte di compiti molto lunghi e impegnativi.

–E' inefficace richiamare l'attenzione dell'alunno «Stai attento»:

Essendo la disattenzione il sintomo di una difficoltà riconosciuta, difficilmente potrà essere controllata dall'alunno. L'incapacità di rispondere all'invito dell'insegnante potrebbe influenzare la motivazione al lavoro, il senso di autostima e la relazione insegnante/alunno.

Possibili situazioni con il bambino ADHD prevalentemente iperattivo:

-E' meglio non ripetere "stai seduto", e pensare che l'alunno possa stare seduto come gli altri bambini:

Il bambino con ADHD ha necessità di movimento; concedergli la possibilità di muoversi un po' di più rispetto agli altri indicando quali movimenti sono consentiti (ad es., raccogliere i compiti dei compagni, consegnare fotocopie, ecc.). Consente al bambino di

	<p>essere più presente a se.</p> <p>– Non serve se non a subire l'effetto contrario, ripetere in continuazione «Stai fermo»: essendo l'iperattività il sintomo di una difficoltà riconosciuta, difficilmente potrà essere controllata dall'alunno. L'incapacità di rispondere all'invito dell'insegnante potrebbe influenzare la motivazione al lavoro, il senso di autostima e la relazione insegnante/alunno.</p>
ADHD in preadolescenza e...	<p>Durante la preadolescenza il comportamento incontrollato e la disattenzione non consentono una facile acquisizione delle abilità sociali, indispensabili per un buon fair-play. I ragazzi con ADHD infatti dimostrano scarsa capacità di mantenere amicizie e risolvere i conflitti interpersonali.</p>
.... in adolescenza	<p>Mentre durante l'adolescenza, si osserva mediamente una lieve attenuazione della sintomatologia, ma ciò non significa che il problema sia risolto, in quanto spesso si riscontrano anche altri disturbi ad esso associati, quali la depressione, una condotta antisociale o l'ansia. In questa età i problemi di identità, di accettazione nel gruppo e di sviluppo fisico sono problematiche che non sempre riescono ad essere efficacemente affrontate da un ragazzo con ADHD. Gli inevitabili insuccessi possono determinare problemi di autostima, scarsa fiducia in se stessi, o addirittura ansia e/o depressione clinicamente significative. Sono frequenti anche le condotte pericolose e l'abuso di alcol e sostanze. Quindi, oltre al fatto che l'ADHD sia di natura prevalentemente cronica, bisogna sottolineare che la concomitante presenza di un Disturbo Oppositivo/Provocatorio o di un Disturbo della Condotta determina una prognosi più infausta, in quanto il ragazzo può manifestare gravi condotte antisociali (Disturbo di Personalità Antisociale)</p>
Contesti culturali	<p>Tutti. Non esiste un contesto culturale o sociale che favorisca l'insorgere del disturbo.</p>

Comportamenti simili in tipologie differenti di disagio

La diagnosi differenziale è importante per la formulazione di programmi finalizzati alla riabilitazione dei disturbi specifici della sindrome. La prima diagnosi differenziale è quella tra la patologia e la normalità. Un ulteriore punto estremamente delicato è la diagnosi differenziale e/o di comorbilità con altre psicopatologie.

All'ADHD possono accompagnarsi altri disturbi che ne possono complicare la diagnosi e il trattamento.

Le correlazioni più frequenti sono con: Disturbi di Condotta (CD): aggressività, ansietà, psico-patologia materna, bassa auto-stima; Disturbo Oppositivo (ODD): deprivazione sociale, basso rendimento scolastico, bassa competenza sociale.

Tutto questo è dovuto, purtroppo, al fatto che i soggetti affetti da ADHD manifestano nel tempo dei sintomi secondari che si pensa siano il risultato dell'interazione tra le caratteristiche proprie del disturbo con l'ambiente scolastico, sociale, familiare in cui il bambino si trova inserito. Basti pensare che il 58% degli studenti affetti da ADHD ha subito almeno una bocciatura durante la propria carriera scolastica (Cantwell e Satterfield 1978), insuccessi che sono attribuiti al loro deficit cognitivo (Marzocchi et al. 1999), alla loro scarsa motivazione (Van De Meere 1998) o alla comorbilità con i disturbi dell'apprendimento scolastico che possono essere presenti nel 50% dei bambini ADHD (Lambert e Sandoval 1980).

Disturbi dell'umore (depressione, disturbi bipolari).

Ansia (30%): nell'ADHD sembra incrementarsi nei bambini parallelamente alla loro crescita, con maggiore incidenza nelle ragazze rispetto ai ragazzi.

Disturbo ossessivo-compulsivo: alla base di questo disturbo e dell'ADHD. Disturbi dell'apprendimento (inclusi i disturbi del linguaggio e della comunicazione). Sindrome di Gilles de la Tourette e tic cronici.

BIBLIOGRAFIA

Achenbach T. Manual for the Child Behaviour Checklist/ 4-18 and 1991 profile. Burlington, University of Vermont, 1991.

American Academy of Pediatrics. Diagnostic evaluation of the child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Pediatrics 2000; 105: 1158-1170.

Castellanos FX, Lau E, Tayebi N, et al. Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. Arch. Gen. Psychiatry 1996; 53: 607-616.

DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO



Situazione stimolo

Marco è un bambino di 8 anni. Il suo nucleo familiare è composto dalla mamma, dal padre e da una sorella di 4 anni. Marco manifesta intense crisi aggressive in casa, caratterizzate dalla rottura di qualsiasi oggetto presente (bicchieri, vasi, telefono, vetri delle porte etc.) per poi passare all'aggressione fisica della mamma. Il bambino si calma solo quando, completamente disteso a terra, viene immobilizzato da un adulto. Passato il momento, Marco riprende tranquillamente a giocare o a terminare ciò che stava facendo. A scuola il bambino è prevalentemente oppositivo. Non rispetta alcuna regola, ciò destabilizza le insegnanti le quali sentono la responsabilità di non avere un comportamento estremamente comprensivo, per non creare squilibri con il resto dei compagni. Marco diventa provocatorio: inizia a stendersi per terra, a disegnare per fatti suoi e a non rispondere alle domande delle insegnanti. Questo comportamento a scuola è iniziato a manifestarsi in modo evidente all'inizio della terza elementare, nei primi due anni di scuola sembrava solo apparentemente caparcioso. Le insegnanti si trovano a dover gestire situazioni di forte contrasto, all'interno della classe tra Marco e i compagni.

Introduzione

Il bambino con Disturbo Oppositivo Provocatorio presenta un comportamento ostile, che anziché svanire lentamente, persiste nel tempo ed in forme accentuate tanto da creare serie difficoltà relazionali, dapprima nell'ambiente familiare, poi a scuola ed infine durante l'adolescenza nel contesto sociale. Il bambino in età prescolare utilizza l'aggressività come mezzo attraverso il quale esprime l'egoismo infantile, imparando a distinguere il sé dagli altri, a capire le regole sociali e a sperimentare le prime forme d'attaccamento. Nel corso della prima infanzia il comportamento ostile e negativistico è del tutto normale, è espressione della volontà del bambino di diventare autonomo e di porre fine al rapporto simbiotico che lo ha legato alla mamma fin dalla nascita. Il bambino è curioso, vuole andare alla scoperta del mondo, vuole sperimentare, fare nuove esperienze, che sono propedeutiche per l'acquisizione di un'identità e di un'autostima stabile. Tutti i bambini possono essere capricciosi, scontroso ma nei soggetti con DOP con l'ingresso a scuola, queste caratteristiche si presentano amplificate, tanto da arrivare a compromettere il loro inserimento sociale. Durante l'adolescenza, potrebbero sentirsi maggiormente compresi dai quei coetanei che utilizzano l'aggressività e la rabbia per relazionarsi e che possono sfociare nella costituzione dei cosiddetti gruppi antisociali. Pertanto, si parla di Disturbo Oppositivo Provocatorio solo quando il comportamento ostile, anziché svanire lentamente, persiste nel tempo ed in forme, tanto da creare serie difficoltà relazionali, dapprima nell'ambiente familiare, poi in quello sociale. Le manifestazioni del disturbo sono quasi invariabilmente presenti nell'ambiente familiare, ma possono non essere evidenti a scuola o nella comunità. I sintomi del disturbo sono tipicamente più evidenti nelle interazioni con gli adulti o i coetanei che il soggetto conosce bene e possono quindi non manifestarsi durante l'esame clinico. Di solito i soggetti con questo disturbo non si considerano oppositivi o provocatori, ma giustificano il proprio comportamento come una risposta a richieste o circostanze irragionevoli.

Come riconoscere le condotte aggressive a scuola

Nella seguente tabella vengono segnalati una serie di indicatori che possono aiutare l'insegnante ad identificare la forma di disagio che interessa l'allievo.

Nome	Disturbo Oppositivo Provocatorio
Definizione	Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM IV, 1994) Il Disturbo Oppositivo Provocatorio è caratterizzato da una modalità di comportamento negativistico, ostile e provocatorio che dura da almeno 6 mesi, causa

	<p>compromissione significativa nel funzionamento sociale, scolastico o lavorativo e presenta 4 (o più) dei seguenti criteri, infatti spesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • litiga con gli adulti; • va in collera; • sfida attivamente o si rifiuta di rispettare le richieste o regole degli adulti; • irrita deliberatamente le persone; • accusa gli altri per i propri errori o il proprio cattivo comportamento; • è suscettibile o facilmente irritato dagli altri; • è dispettoso e vendicativo. <p>La valutazione diagnostica potrà essere effettuata, con maggiore sicurezza, soltanto intorno ai sei, sette anni.</p>
<p>Pattern comportamentali</p>	<p>Nell'infanzia :</p> <ul style="list-style-type: none"> • presenta un'aggressività molto più invadente e difficilmente modificabile; • spesso le sue emozioni sono contrassegnate: rabbia, insofferenza, rifiuto dell'autorità e ribellione. <p>Durante l'adolescenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lotta continuamente pur di non conformarsi alle regole; • si rifiuta di rispettare gli orari; • sembra che il suo unico interesse sia creare scompiglio in famiglia e a scuola; • sfida gli altri senza mai ritenersi responsabile delle proprie azioni.
<p>Pattern relazionali in classe</p>	<p>L'allievo con DOP può mostrare una grande difficoltà di adattamento alle regole scolastiche, ed il suo comportamento finirà col condizionare l'attività didattica dell'intera classe.</p> <p>Nel contesto ludico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cerca sempre di comandare ed imporre la propria volontà, arrivando ad aggredire con insulti e minacce chi non si mostra concorde con le sue idee; • ha grosse difficoltà ad instaurare relazioni amicali durature; • si mostra poco incline al lavoro di squadra; • tende all'isolamento; • verso i propri compagni assume comportamenti aggressivi e insofferenti; • accusa i compagni, non si assumendosi la responsabilità.

<p>Pattern relazionali in famiglia</p>	<p>I sintomi del DOP potrebbero manifestarsi inizialmente, soltanto all'interno delle mura domestiche. Per i genitori prendere consapevolezza del “problema” del proprio bambino non è facile. Lo sviluppo sintomatico è lento e graduale, quindi all'inizio è probabile che le manifestazioni oppositive vengano ignorate o considerate semplici capricci.</p> <p>L'ostilità è diretta il più delle volte contro gli adulti, in quanto rappresentano la regola, non accettando di essere rimproverati o di dover sottostare a regole. Sono arrabbiati, risentiti, insofferenti, non accettano l'autorità degli adulti e vi si ribellano apertamente. Lottano continuamente con i genitori, sono spesso suscettibili o facilmente irritati dagli altri; dispettosi e vendicativi.</p> <p>I comportamenti negativistici ed oppositivi verso gli adulti sono espressi con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • persistente caparbia, • resistenza alle direttive, • scarsa disponibilità al compromesso, alla resa o alla negoziazione; • manifesta la loro incapacità a conformarsi alle regole; • spesso provocano e si pongono in atteggiamento di sfida nei confronti dell'adulto.
<p>Il docente</p>	<p>L'insegnante deve poter intervenire attraverso procedure integrate, chiedendo l'ausilio di esperti psicologi interni alla scuola o appartenenti a strutture collaterali, per poter al meglio riconoscere il disturbo e procedere con interventi educativi strutturati.</p> <p>La comunicazione (regole, comandi, rimproveri) deve essere data nel modo più possibile diretto, chiaro e semplice, senza formulare giudizi sulla persona.</p> <p>Questi “terribili” bambini hanno bisogno di limiti chiari entro cui muoversi, di sperimentare che possono essere gratificati e ricevere riconoscimento (affettivo e sociale) quando agiscono comportamenti positivi e di aggregazione. Hanno cioè bisogno di aumentare la propria autostima attraverso la relazione con l'altro e la costruzione di legami duraturi su cui far affidamento (invece di distruggerli). In questo percorso gli adulti hanno un ruolo fondamentale, oltre che considerare solo il deficit è opportuno che l'insegnante riconosca e ricerchi le risorse personali, spesso sono bambini con molta creatività.</p> <p>La parola d'ordine è comprensione. Sono bambini che non vanno curati, né cambiati, ma prima di tutto capiti.</p>

	<p>Strategie di gestione dei comportamenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incoraggiare 2. Premiare 3. Ignorare 4. Rimproverare 5. Punire
Incidenza	<p>Insorge in età prepuberale con una leggera prevalenza nei maschi. Il numero dei sintomi tende ad aumentare con l'età.</p>
Contesti culturali	<p>Numerose studi hanno dimostrato che Il Disturbo Oppositivo Provocatorio ha maggiore prevalenza nelle famiglie in cui l'accudimento del bambino è turbato, o in famiglie in cui sono comuni pratiche educative rigide, incoerenti.</p>
Fattori di rischio	<p>Esistono una serie di fattori che influenzano lo sviluppo e il mantenimento di tale comportamento.</p> <p>I fattori che influiscono maggiormente sono legati al sistema familiare, insieme ai fattori sociali, che si identificano nella cultura e nell'influenza esercitata dal gruppo dei pari.</p> <p>È più frequente nelle famiglie dove si adottano metodi educativi incoerenti o lo sviluppo del bambino è turbato da un continuo alternarsi delle figure d'accudimento.</p> <p>In generale quindi i principali fattori di rischio risultano essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permissivismo: è caratterizzato da una mancanza di regole definite, che impedisce al bambino di capire quali saranno le risposte genitoriali alle sue azioni. • Incoerenza: i genitori mancano di tempismo nei loro interventi, alternano punizioni e ricompense senza una ragione precisa, lasciandosi molto condizionare dai loro stati d'animo. • Rifiuto: la coppia parentale trascura il figlio, esercita su di lui uno scarso controllo, e nei suoi riguardi nutre aspettative molto basse. Il rapporto genitori-figli è freddo e poco comunicativo. • Disinteresse: i genitori, forse per la volontà di non apparire opprimenti, lasciano molta libertà al bambino, arrivando a non mostrare il giusto grado di interesse per le sue attività. • Uso eccessivo delle punizioni: è tipico di quelle famiglie che credono di poter contrastare l'aggressività dei figli facendo uso di punizioni corporali. Si tratta di uno degli errori educativi più clamorosi in quanto significa voler insegnare al bambino a non usare la violenza, utilizzandola contro di lui. • Iperprotezione: questo stile educativo è caratterizzato da un

controllo genitoriale eccessivo che opprime il bambino e ostacola lo svolgimento di quelle esperienze che sono importanti per la sua crescita.

Comportamenti simili in tipologie differenti di disagio

Nel DSM-IV è inserita nella categoria dei disturbi da comportamento dirompente, e viene distinta dal disturbo della condotta e dai disturbi dell'attenzione, rispetto ai quali va eseguita una diagnosi differenziale.

La sintomatologia del Disturbo Oppositivo Provocatorio è molto simile a quella del Disturbo della Condotta, ma i comportamenti tipici di quest'ultimo sono molto più gravi e persistenti, non includono aggressioni contro persone o animali, distruzione di proprietà, o l'abitudine al furto o alla frode. I soggetti con Disturbo della Condotta, sono principalmente aggressivi e manifestano questa loro caratteristica in forme diverse: con comportamenti ostili, violenze verbali e fisiche, disobbedienze, tratti negativistici, distruttività e vandalismo. A differenza dei soggetti DOP, i soggetti con DC non si limitano alle provocazioni, alle prepotenze, al rifiuto dell'autorità, ma manifestano comportamenti che sconfinano nella violenza e nella crudeltà. I due disturbi sono strettamente interconnessi e anche se non sempre si verifica un passaggio dalla prima alla seconda patologia, i soggetti con Disturbo della Condotta in alcuni casi possono avere alle spalle una diagnosi di Disturbo Oppositivo Provocatorio.

BIBLIOGRAFIA

Anchisi R., Gambetto D.M., Moderato P. *“Analisi e terapia del comportamento nell'infanzia e nell'adolescenza”* Cortina 1996

Goldstein A.P., Glick B. *Stop all'aggressività* Erickson 1990

Meazzini P. *“La conduzione in classe”*, Giunti e Barbera 1978

CONDOTTE AGGRESSIVE



Situazione stimolo

Matteo ha 12 anni e frequenta per la seconda volta la prima classe della Scuola Secondaria di Primo grado. L'anno scorso è stato bocciato a causa della sua condotta negativa e sprezzante che lo ha portato alla sospensione ben due volte. Anche quest'anno, in più di un'occasione, ha aggredito qualche compagno non solo verbalmente, ma anche fisicamente. I suoi genitori, quando convocati a scuola per la condotta del figlio, talvolta appaiono dispiaciuti e pronti a prendere provvedimenti punitivi, altre volte giustificano il comportamento del figlio accusando i docenti o i compagni di provocarne le reazioni negative. In classe Matteo rifiuta di rispettare le regole mettendo alla prova la pazienza del team docente. Sembra che si annoi con estrema facilità e questo probabilmente provoca in lui uno stato di agitazione che non è in grado di controllare o, peggio ancora non ne è cosciente. I compagni di classe non sanno come rapportarsi a lui, a volte sembra gradire gesti affettuosi altre volte gli stessi gesti li rifiuta in modo violento. I docenti hanno compreso che occorre aiutare questo ragazzo e per farlo è necessario comunicare con lui in modo chiaro, sia a scuola che in famiglia, decidono così di convocare uno psicologo per essere aiutati ad affrontare il disagio di Matteo.

Introduzione

Con il termine “aggressività” si fa riferimento ad un concetto complesso ma fondamentale per descrivere il funzionamento della psiche umana. Innanzitutto è utile partire dall’etimologia di questa parola che deriva dal latino *ad* = “verso, contro, allo scopo di”, e *gradior* = “vado, procedo, avanzo”; ha quindi il significato di “andare incontro”, “andare verso”. È un termine il cui impiego è generalmente abusato, in quanto la tendenza è ad utilizzarlo in un’accezione tendenzialmente negativa, confondendolo con i concetti di rabbia, violenza o addirittura di distruttività. L’aggressività che si manifesta nel primo anno di vita, ad esempio, anche con pianti, urla, lancio di oggetti per colpire persone o cose, è una modalità specifica del bambino di realizzare la sua **tendenza esplorativa** e anche di contrastare le frustrazioni; in questo secondo caso si può parlare di rabbia, in reazione al non poter ottenere subito ciò che desidera.

La capacità di *aggreddire* l’ambiente diventa quindi di particolare importanza per la **costruzione dell’identità** e della sicurezza interiore della forza e dell’integrità e si costituisce nei primi anni di vita all’interno della relazione con l’ambiente di riferimento e si va consolidando nel saper chiedere e prendere ciò di cui si ha bisogno.

L’aggressività si configura, quindi, come una pulsione da indirizzare. Diventa fondamentale, pertanto, il ruolo delle figure genitoriali e di chi si occupa del bambino per aiutarlo ad offrirgli **limiti e contenimento** affinché la propria aggressività o rabbia non sia vissuta come qualcosa di dirompente e distruttivo che possa spaventare sia lui, sia gli altri, pari e adulti, con cui interagisce.

Durante il processo di conquista dell’identità e della formazione del Sé il bambino ricorre a più riprese ed in vari contesti ad atteggiamenti aggressivi spetta, perciò agli adulti aiutarlo a commentare i suoi gesti e ad convenire insieme a lui sull’importanza di esprimere in altro modo i suoi bisogni.

I comportamenti aggressivi dei bambini in età scolare, costituiscono un problema a più livelli, sia per la problematicità del comportamento stesso e della sua gestione, sia a lungo termine, per il fatto che bambini “aggressivi” presentano più frequentemente difficoltà relative al rendimento scolastico (Rubin et al., 1998) e alle competenze sociali, con conseguenze che si ripercuotono negli anni, come lo sviluppo di comportamenti criminali, l’abuso di sostanze e comportamenti che mettono a rischio la propria salute e incolumità fisica.

Accade che spesso il comportamento aggressivo sia rivolto non solo verso gli altri ma anche verso se stessi, e gli animali: l’aspetto comune a tutte queste manifestazioni è l’impotenza, il non saper trovare una strategia di azione diversa. Il comportamento aggressivo, coincide con una richiesta di aiuto gridata a pieni polmoni: quindi non è altro che un segnale di privazione e di debolezza. Crescendo, i bambini circondati da un ambiente caratterizzato da sfiducia, sospetto, risposte incoerenti, o addirittura trascurante, possono mettere in atto comportamenti devianti (se rivolti verso l’esterno) o auto svalutanti (se rivolti verso di sé): in entrambi i casi la matrice rabbiosa della questione può essere vista dal punto di vista psicologico (che è diverso sicuramente da quello educativo, ma

senza che i due piani si escludano a vicenda) come un segnale, a volte disperato, di una sofferenza che il bambino da solo non riesce più a gestire. I comportamenti violenti diventano allora un modo di comunicare all'esterno, di chiedere aiuto e comprensione, che se non colti, compresi ed incanalati dagli adulti di riferimento possono degenerare in condotte aggressive sempre più complesse e pericolose come il Bullismo o il Passaggio all'atto.

L'aggressività, inoltre, può assumere le sembianze di una forma di reazione che, quando è rivolta all'interno, produce disturbi psicologici e comportamenti dalla connotazione autodistruttiva, dando vita a condotte autolesionistiche.

Come riconoscere le condotte aggressive a scuola

Nella seguente tabella vengono segnalati una serie di indicatori che possono aiutare l'insegnante ad identificare la forma di disagio che interessa l'allievo.

Nome	Condotte Aggressive
Definizione	<p>Dare una definizione univoca dell'aggressività, in realtà, non è fattibile in quanto bisogna dapprima distinguere tra aggressività in quanto stato/potenzialità, dalla condotta aggressiva oggettivamente osservabile. Prima di essere definito come atto aggressivo, però, il comportamento deve avere la caratteristica dell'<i>intenzionalità</i>. Infatti, un comportamento apparentemente aggressivo può in realtà avere motivazioni diverse dal desiderio di danneggiare altri. Inoltre, è davvero impossibile parlare dell'aggressività o delle condotte aggressive senza introdurre la persona che osserva.</p> <p>È necessario chiarire, inoltre, che le pulsioni aggressive, non indirizzate in modi e tempi adeguati, rappresentano l'inizio di una escalation che nel corso dello sviluppo si configurano in disagi noti col nome di Passaggio all'atto, Bullismo e Condotte antisociali.</p>
Forme di aggressività	<ul style="list-style-type: none"> • Strumentale: si esprime in comportamenti aggressivi finalizzati a un obiettivo, come entrare in possesso di un oggetto desiderato. • Ostile: si esprime in azioni miranti a danneggiare un'altra persona fisicamente o verbalmente.
Pattern comportamentali	<p>Nei bambini di 2-3 anni parliamo di aggressività strumentale, ad esempio litigare e si azzuffarsi per il possesso di giocattoli o di altri oggetti desiderati. Il piccolo che tocca gli oggetti: li</p>

	<p>apre, li rompe; mostra un'aggressività che, lungi dall'esser patologica, esprime il bisogno e la necessità di conoscere ciò che lo circonda.</p> <p>È intorno ai 4 anni che si manifesta il massimo dell'aggressività. All'inizio della scuola primaria gli atti aggressivi si fanno meno frequenti e strumentali a favore di una aggressività verbale che si esprime, ad esempio, con la provocazione e/o l'insulto.</p> <p>Tra gli 11 ed i 14 anni, nei ragazzi, grazie alla capacità di capire le intenzioni degli altri, le reazioni aggressive alle frustrazioni o alle aggressioni subite, diventano di tipo vendicativo, sia a livello fisico sia a livello verbale. La risposta alla frustrazione e/o alle provocazioni, dirette ed indirette, diventa negli adolescenti, infine di tipo violento ed impositivo.</p>
<p>Pattern relazionali in classe</p>	<p>Il gruppo classe concorre in modo unico e determinante a plasmare la personalità, i valori e gli atteggiamenti del singolo individuo.</p> <p>I coetanei esercitano un'influenza particolarmente importante sia sui comportamenti aggressivi sia su quelli prosociali. Si è visto come spesso azioni aggressive compiute verso altri compagni, vengano rinforzate nel singolo ed imitate dal gruppo classe, qualora la modalità violenta non sia stata giustamente limitata e punita da parte dell'insegnante.</p>
<p>Pattern relazionali in famiglia</p>	<p>Il modo in cui ogni individuo esprime le proprie pulsioni aggressive dipende sia da fattori biologici (ossia aspetti propri delle caratteristiche ereditate geneticamente) sia da fattori ambientali e culturali, in cui il soggetto vive. Chiaramente le influenze biologiche, alla base dell'aggressività, interagiscono con le esperienze sociali e l'influenza della famiglia è la più significativa nel frenarle o nel facilitarle (Parke e Slaby, 1983).</p> <p>La famiglia con figlio aggressivo mostra difficoltà a svolgere la funzione di contenimento della frustrazione ed appare incapace di proporre modelli educativi improntati al rispetto delle regole. Sia gli atteggiamenti di rifiuto sia i comportamenti permissivi da parte dei genitori, inducono nei figli alti livelli di aggressività.</p> <p>Il legame d'affetto tra genitori e bambini costituisce la base sostanziale del comportamento sociale. I bambini che non hanno riferimenti affettivi e relazionali, chiari, costanti e coerenti inclinano molto spesso verso una condotta aggressiva.</p>

<p>Il docente</p>	<p>Tenendo presente le cause biologiche, sociali e familiari che possono sostenere o limitare le condotte aggressive, il docente non dovrebbe trascurare alcun tipo di comportamento aggressivo che si reiteri nel tempo, già dalla scuola dell'infanzia.</p> <p>Egli dovrebbe da un lato mostrare un atteggiamento di accoglienza del bambino/adolescente e di contenimento del suo comportamento aggressivo/violento, di tipo verbale o fisico, e dall'altro sanzionare la condotta inadeguata.</p> <p>Sarebbe opportuno, dunque, che l'insegnante mostri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • attenzione nella ricerca delle ragioni del comportamento aggressivo; • empatia verso i bisogni dell'allievo; • calore nella relazione educativa; • disponibilità a lasciar sbollire l'aggressività per poi discutere in seguito della condotta dell'allievo; • propensione al dialogo e alla riflessione consapevole sulle proprie azioni; • impegno nel lodare i comportamenti positivi; • attitudine a favorire attività di gioco strutturate che promuovano in tutti i bambini empatia, abilità sociali e rafforzino l'autostima; • comportamenti di calma nel tono di voce e nella gestualità. <p>Nelle situazioni in cui il problema non appare più gestibile, è opportuno prendere in considerazione misure terapeutiche. Le terapie familiari e il sostegno ai genitori sono utili e importanti.</p>
<p>Contesti culturali</p>	<p>Seppur non esista prova di un contesto specifico in cui le condotte aggressive e la violenza si sviluppino, numerose ricerche hanno confermato che l'esposizione a modelli violenti sia nei mass media che nel mondo reale, se non mediati da un adulto significativo, rappresentano una parte centrale nel creare una struttura cognitiva ed emotiva nel bambino favorevole allo sviluppo e al mantenimento di comportamenti aggressivi (Huesmann, 1998).</p>
<p>Incidenza nell'infanzia</p>	<p>Frequente.</p>
<p>Incidenza in</p>	<p>Se le condotte aggressive non sono state adeguatamente</p>

preadolescenza	incanalate in comportamenti pro-sociali, la possibilità della reiterazione del comportamento aggressivo è alta.
Incidenza in adolescenza	L'evoluzione delle pulsioni aggressive non contenute e limitate, degenerano in atti di violenza auto diretta ed etero diretta.

Comportamenti simili in tipologie differenti di disagio

Le correlazioni più frequenti sono con l'agire e il passaggio all'atto, i disturbi dell'umore (depressione, disturbi bipolari) e i disturbi d'ansia.

BIBLIOGRAFIA

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss. II. Separation: Anxiety and Anger*. London: Hogarth Press.

Feshbach, S. (1970). *Aggression*. In P.H. Mussen (a cura di), *Carmichael's manual of child psychology* (Vol.2 terza ed.). New York, Wiley.

Hartup, W.W. (1974). *Aggression in childhood: Developmental perspectives*. *American Psychologist*, 29, pp. 336 – 341.

SITOGRAFIA

www.stateofmind.it

www.a4k.de/it

L'AGIRE E IL PASSAGGIO ALL'ATTO



Situazione stimolo

Francesca ha 12 anni e frequenta la seconda classe della Scuola Secondaria di I grado. E' una ragazzina timida, si espone solo quando le viene chiesto il suo parere. La sua prof.ssa di matematica da un po' di tempo è incuriosita dal comportamento di Francesca: il suo rendimento scolastico è incostante, in classe sembra attenta, ma di fatto non lo è e se viene chiamata per risolvere una banale operazione o per ripetere l'ultimo concetto che lei ha appena spiegato non è capace di rispondere. Le sue amiche sembrano essere complici di qualcosa, ma la prof.ssa non ha individuato il motivo della complicità, pur avendo notato che, spesso in caso di assenza di F. quando chiede alle amiche se conoscono il motivo dell'assenza, esse si guardano tra loro e rispondono di non sapere nulla. La prof.ssa ha condiviso con la collega d'italiano quanto ha osservato e hanno deciso di tenere d'occhio la situazione e di confrontarsi. La collega le ha riferito che da un po' di tempo anche lei ha notato che F. veste in modo strano, indossa lunghe gonne e magliette a maniche lunghe, tiene sempre le mani coperte e quando esce per andare in bagno spesso porta con sé l'astuccio. Iniziano a insospettirsi che F., compia gesti autolesionistici. Trovano conferma in Manuela, l'amica del cuore di F. la quale scoppia in lacrime e rivela il dramma che vive la compagna. Le insegnanti si rivolgono allo psicologo della scuola, per una consulenza. Vogliono sapere come possono aiutare Francesca ad affrontare in modo sano il suo disagio.

Introduzione

Con il termine agire s'intende compiere un'azione mediata dal pensiero, invece con il termine "agito" o "acting-out", s'intende compiere un'azione immediata, da corto circuito emotivo, che non è elaborata dalla ragione. Il problema dell'agire e del passaggio all'atto, dunque si colloca nell'ambito dei disagi emotivi esteriorizzati, che sono: menzogna, furto, fuga, aggressività eterodiretta e autodiretta-*autolesionismo intenzionale* (cutting, burning, tentativi di suicidio). Alcune di queste condotte sintomatiche nel bambino non sempre fanno parte di un'organizzazione patologica particolare, ma devono essere interpretate quali testimoni della sua progressiva maturazione. E perciò esiste per tutte queste condotte, un continuum che va dalla normalità all'espressione di organizzazioni atipiche (patologiche). Il disagio emotivo nel bambino e nell'adolescente altera la rappresentazione della propria identità, infatti secondo Erickson l'individuo, prima di riuscire ad abbandonare con successo la protezione costituita dalla sua dipendenza infantile dagli altri, deve avere qualche idea di chi è, di qual è la meta verso cui è diretto e di quali sono le sue possibilità di arrivarci (Erickson, 1956; Waterman, 1984). Per potersi costruire l'idea di sé l'adolescente ha bisogno di fare esperienze diverse, nuove, costruendo nuove appartenenze. Baldascini sostiene che l'adolescente che varca i confini della sua famiglia deve attraversare una zona franca, una terra di nessuno, desolata, in cui è molto difficile sostare; restare in questa zona è come essere sospesi in bilico tra presente, passato e futuro. L'incertezza, il vuoto che ne deriva può risultare opprimente e può spingere l'adolescente verso altri spazi, altri universi relazionali (coetanei e adulti), luoghi cioè con regole di convivenza e schemi diversi da quelli consueti della propria famiglia. Entrare in questi mondi libera l'adolescente dal vuoto desolante della zona limitrofa (Baldascini, 2009). In questo periodo il rapporto che l'adolescente ha con i suoi genitori, i suoi coetanei, i suoi insegnanti sono tutti messi in gioco e possono arricchire il suo repertorio emozionale, cognitivo e comportamentale in una sintesi individuale complessa e armonica oppure ridursi a pochi temi che più facilmente possono complicarsi in problematiche psicopatologiche. Il problema dell'agire e del passaggio all'atto, in adolescenza, ha a che fare con la difficoltà del soggetto di elaborare un vissuto emotivo doloroso –frustrante con la conseguenza di agirlo (mettere fuori) per liberarsene. Per concludere l'agire immediato (reattività) è l'opposto della presa di coscienza ed è un modo di evitare la sofferenza.

Come si esprime il problema dell'agire e del passaggio all'atto

Nella seguente tabella vengono segnalati una serie di indicatori che possono aiutare l'insegnante ad identificare la forma di disagio che interessa l'allievo.

Nome	Agire e passaggio all'atto
Definizione	L'agire nella terza infanzia e in adolescenza è considerato come una delle forme di espressione privilegiata dei conflitti e delle angosce

	dell'individuo. Il passaggio all'atto segna una patologia delle condotte esterne agite.
Forme di passaggio all'atto	<ul style="list-style-type: none"> - Menzogna - Furto - Fuga - Aggressività eterodiretta - Aggressività autodiretta-<i>autolesionismo intenzionale</i> (cutting, burning, tentativi di suicidio)
Pattern comportamentali	<p>Tali pattern comportamentali se hanno un carattere isolato non dimostrano una patologia, la ripetizione dei passaggi all'atto e soprattutto dello stesso passaggio all'atto conduce a descrivere dei disturbi circoscritti: che assimilano la patologia del soggetto al proprio gesto ripetitivo. Si parlerà di fuggitivo, di ladro, di suicida.</p> <p>Menzogna Sul piano clinico è classica la distinzione nel bambino di tre tipi di menzogna: utilitaristica, compensatoria, mitomania. La prima, corrisponde alla menzogna dell'adulto, mentire per trarne un vantaggio. L'attitudine del b. di fronte alla menzogna dipende in parte dal comportamento dell'adulto stesso, in particolare dei genitori che utilizzano la menzogna come modalità comunicativa privilegiata. La seconda, traduce la ricerca di un'immagine che il soggetto ritiene inaccessibile o perduta: s'inventa una famiglia più ricca, nobile o sapiente; si attribuisce successi scolastici, amorosi e guerrieri. La terza, è il grado estremo di fantasticheria confabulatoria, per colmare il vuoto che il bambino maschera. Il bambino mitomane si confronta, spesso, con carenze affettive gravissime, ed accade spesso quando il bambino non ha notizie dei suoi genitori.</p> <p>Furto Si può parlare di furto dai 6-7 anni età in cui il bambino dovrebbe aver acquisito una nozione chiara di proprietà. Tuttavia la nozione di furto richiede, oltre ad uno sviluppo sufficiente del concetto di proprietà, di limite del sé e dell'altro, lo sviluppo del concetto morale di bene e di male.</p> <p>Il furto rappresenta la condotta delinquenziale più frequente in adolescenza, i ragazzi manifestano, di per sé una propensione marcata a sfidare il mondo adulto e le sue regole, nel caso del furto, la sfida è rivolta anche a se stessi, per verificare la propria capacità di trasgredire e allo stesso tempo, in modo inconsapevole, di essere scoperti. Il furto può essere classificato secondo:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) il suo significato compulsivo, impulsivo, iniziatico per accedere allo stato di componente di una banda; sportivo, con fini utilitaristici; b) il contesto psicologico nel quale si realizza solitario o in gruppo o banda più o meno organizzata; c) l'oggetto rubato quest'ultimo risulta interessante per la sua

semplicità e soprattutto per la sua relazione con un certo contesto psicologico.

Fuga Non si parla di fuga prima dei 6-7 anni, età in cui dovrebbe avere una chiara conoscenza del suo domicilio. La durata della fuga è variabile, in parte dipende dall'età del bambino, infatti, quest'ultimo, non avendo nessuna meta si fa trovare dalla polizia al calar della notte, contrariamente al preadolescente e adolescente che possono fare fughe più prolungate. La spinta alla fuga spesso è caratterizzata da una scarica emotiva agita di fronte ad una insormontabile tensione da cui fuggono. Nell'adolescente la fuga si impone con una partenza impulsiva, brusca, spesso solitaria, limitata nel tempo, che per lo più avviene in un'atmosfera di conflitto (con la famiglia o con l'istituzione nella quale si trova l'adolescente). Coloro che adottano sistematicamente la fuga per evadere da una situazione di tensione, generalmente scappano come forma di difesa di fronte a un affetto o ad un mondo pulsionale invadente.

Aggressività autodiretta. Le manifestazioni autoaggressive sono tipiche dell'adolescente. Si osservano autolesionismo intenzionale:

- *cutting*, tagliarsi la pelle, farsi le scritte con le lamette o qualsiasi altro oggetto contundente. Si taglia le braccia, il dorso delle mani, i polsi, addirittura il viso, il petto.

- *burning*, bruciarsi la pelle;

Spesso gli adolescenti affermano di non aver sentito dolore al momento del passaggio all'atto. Si tratta per lo più di ragazze.

In adolescenza l'autolesionismo si osserva in due contesti ben differenziati: 1) in certi casi può trattarsi di una vera e propria scarica motoria come risposta immediata ad una situazione di tensione, di conflitto o di frustrazione; 2) in altri, si tratta invece di ragazzi che, fin da bambini, presentavano manifestazioni di autolesionismo (**tricotillomania** o **tricomania**: l'abitudine, spesso accompagnata dall'urgenza, di tirarsi le ciocche di capelli, ma nei casi più gravi anche le ciglia, le sopracciglia), le quali, in adolescenza, persistono o addirittura si aggravano.

Tentativi di suicidio Il tentativo di suicidio ha un significato fortemente relazionale, è un gesto finalizzato a richiamare l'attenzione dell'adulto su un problema difficile da esplicitare, che sottende la richiesta inconsapevole di una modifica dell'assetto familiare. Deve essere compreso come un gesto estremo e perciò disperato, per mantenere o ristabilire una relazione con gli altri spesso fino ad allora disprezzata. Per De Wild e coll., gli adolescenti suicidi differiscono dagli adolescenti depressi e dagli

	adolescenti comuni in quanto essi hanno subito una maggiore quantità di eventi della vita negativi in particolare conflitti familiari durante la loro infanzia e tutt'ora presenti, abusi sessuali, situazioni di instabilità sociale (professionale e familiare), traslochi, ripetizioni di anni scolastici, separazioni.
Pattern relazionali in classe	Molte manifestazioni di passaggio all'atto ripetitive si esprimono di nascosto dall'adulto, in questi casi si assiste spesso in classe, all'isolamento dell'adolescente o a dinamiche relazionali improntate alla complicità ed all'imitazione tra pari.
Pattern relazionali in famiglia	La famiglia che ha difficoltà ad aprirsi al nuovo non consentirà altre appartenenze, in casi simili, l'adolescente dipenderà dalla famiglia con impossibilità di separazione; ma potrebbe anche reagire cercando di forzare i confini familiari magari scappando (fughe) e riparando in altri modi (autolesionismo). L'adolescente resterà "prigioniero" nelle maglie strette delle regole dei differenti gruppi manifestando patologie più o meno specifiche in rapporto ad essi (Baldascini, 2009).
Il docente	Il disagio dell'allievo che si esprime secondo le manifestazioni sopra elencate hanno in comune l'incomunicabilità verbale del dolore che l'invade, proprio l'intensità di tale dolore non può essere contenuto dalla fragilità dell'adolescente, che lo esprime in gesti-atti specifici. Il docente spesso è l'adulto al quale, l'allievo mostra non intenzionalmente le <i>tracce</i> del suo disagio, di fronte alle quali l'unico aiuto che egli può offrire è accoglierlo, contenerlo e supportarlo nella necessità di un sostegno specialistico.
Contesti culturali	Tali comportamenti si sono diffusi nei primi anni '70 e manifestati in tutte le fasce sociali, sia tra adolescenti che tra adulti (Favezza, 1996 e Gratz, 2001).
Incidenza nell'infanzia	I problemi che emergono nella prima infanzia (0-2 anni) e seconda infanzia (3-5anni), tendono a non persistere nel tempo rispetto a quelli che si manifestano nella terza infanzia (6-10anni).
Incidenza in adolescenza	Frequente

Comportamenti simili in tipologie differenti di disagio

Le correlazioni più frequenti sono con i disturbi della condotta aggressiva, i disturbi dell'umore (depressione, disturbi bipolari) e i disturbi d'ansia.

BIBLIOGRAFIA

Erickson, E. H. (1956). *The problem of ego identity*. Journal of the American Psychoanalytic Association, 4, pp. 56-121.

Favazza A. (1996). *Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.

Favazza A., Rosenthal R. (1993). *Diagnostic issue in self-mutilation*. Hospital and Community Psychiatry, 44: 134-139.

Gratz K.L. (2001). *Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory*. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23: 253-263.

Jeammet P. (1995). *Adolescence e suicide*. Masson, Paris.

Marcelli D., Braconnier A. (1998). *Adolescenza e Psicopatologia*. Quarta edizione italiana a cura di Adrana Guareschi Cazzullo. Biblioteca Medica Masson, Milano, Parigi, Barcellona.

BULLISMO



Situazione Stimolo

Francesca è una ragazzina di 12 anni, frequenta la seconda classe della Scuola Secondaria di Primo Grado, dall'inizio dell'anno scolastico durante l'ora di merenda si mette in disparte a consumare il suo spuntino e i suoi compagni sembrano non accorgersene. Francesca, in cuor suo, desidera tanto essere come i suoi coetanei, disinibita, allegra, intraprendente ma non ci riesce. Quando ci prova, appare impacciata e goffa nei movimenti, perciò sistematicamente viene presa in giro da Aldo e la maggior parte dei compagni di classe scoppiano in fragorose risate. La professoressa da un po' di tempo ha notato che questa situazione si ripete quasi quotidianamente. Chiede ad Elena, la compagna di banco di Francesca come mai quest'ultima non si difende da questa situazione. Elena confessa alla prof. che Francesca piange spesso per quello che accade in classe, vorrebbe mettere fine a questa faccenda ma per quanto si sforzi di fantasticare il modo per farlo, non vi riesce e si sente sempre peggio. La prof.ssa a questo punto comprende che c'è da intervenire su tutto il gruppo classe, perché il disagio di Francesca è la manifestazione comportamentale di un gruppo giudicante ed espulsivo. Decide di lavorare sulla diversità come pretesto per integrare Francesca nel gruppo e aiutare tutta la classe a prendere contatto con le proprie ed altrui emozioni. Vuole vedere se con un maggiore coinvolgimento e presa di coscienza della situazione da parte di tutti, anche Francesca da una parte riesce ad aprirsi un po' di più, mentre Aldo dall'altra ridimensiona la sua ilarità. Sa anche che se non dovesse riuscirci si rivolgerà ad un esperto per una consulenza sulle dinamiche del gruppo classe.

Introduzione

La scuola sembra essere uno dei luoghi in cui la probabilità che si verificano episodi di bullismo sia alto, proprio per la presenza di gruppi di pari, che s'incontrano regolarmente. Per comprendere il fenomeno occorre addentrarsi nella complessità delle relazioni che i singoli individui sono in grado di costruire entro i gruppi ed alle particolari configurazioni relazionali che il gruppo stesso crea. In tutti gli episodi di bullismo vi è sulla "scena" la presenza di diversi "attori": il bullo, il sostenitore del bullo, la vittima, l'aiutante della vittima e gli spettatori indifferenti. Dal nostro punto di osservazione possiamo, a questo, aggiungere che il gruppo avendo la proprietà di essere più della somma dei singoli membri assuma la configurazione di un corpo e/o mente che si articola in modo prevedibile su azioni/intenzioni di potere e controllo sull'altro. In questi gruppi ci si lega nel conflitto, i singoli membri non riescono a sciogliere questo nodo conflittuale in cui confluiscono i disagi personali e relazionali di ciascuno, disagi che traggono origine da problematiche acquisite e perpetrate, principalmente, in contesti esterni al gruppo stesso. La scuola è chiamata a osservare questi nodi relazionali e a riconoscerne la complessità, al fine di rompere il circuito vizioso del perpetrarsi delle prepotenze e favorire la crescita emotiva e relazionale di tutti i membri coinvolti e non solo del bullo e della vittima. Il bullismo è un fenomeno che va compreso ed opportunamente affrontato. Numerose ricerche hanno dimostrato una netta correlazione da un lato tra bullismo persistente, comportamenti antisociali e criminalità e dall'altro tra vittimismo e forti disagi personali, sociali e quadri patologici con sintomatologie anche di tipo depressivo e, talvolta, estreme di suicidio.

Come riconoscere il Bullismo a scuola

Nella seguente tabella vengono segnalati una serie di indicatori che possono aiutare l'insegnante ad identificare la forma di disagio che interessa l'allievo.

Nome	Bullismo
Definizione	<p>Il termine italiano bullismo è la traduzione letterale della parola "bullying", termine inglese usato nella letteratura internazionale per connotare il fenomeno delle prepotenze tra pari in un contesto di gruppo (Menesini E., 2000). A caratterizzare il fenomeno delle prepotenze come bullismo sono tre indicatori che si presentano sempre insieme:</p> <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="639 1711 1418 1789">1. persistenza nel tempo, azione aggressiva, sistematica e duratura nel tempo;<li data-bbox="639 1794 1418 1912">2. asimmetria nelle relazioni, la disparità del potere e della forza fisica tra bullo e vittima e la natura sociale del fenomeno;<li data-bbox="639 1917 1418 1957">3. intenzionalità di causare danno alla vittima.

Forme di bullismo

Il bullismo si può essere:

- Diretto: è la forma più manifesta e facilmente riconoscibile;
- Indiretto o Psicologico: è più difficile da individuare, per questo non meno dannoso per la vittima, dal momento che può portare all' esclusione e all'isolamento.
- Tecnologico: nuova forma di prevaricazione basata sull'uso di Internet o del telefonino per fare prepotenze ad un/a compagno/a. *Questo fenomeno prevede l'invio di sms, e-mail o la creazione di siti internet che si configurano come minaccia o calunnia ai danni della vittima e la diffusione di immagini o di filmati compromettenti tramite la rete* (CIRMA – Università La Sapienza – Roma). Esso, inoltre, permette un maggiore anonimato delle altre due forme e soprattutto può essere maggiormente nascosto al mondo degli adulti.

La forma di **bullismo diretto** si divide in:

- **fisico**: che consiste nel picchiare la vittima, prenderla a pugni, sottrarle o rovinarle oggetti di sua proprietà;
- **verbale**: che consiste nel deriderla, insultarla, minacciarla, offenderla, prenderla in giro.

La forma di **bullismo Indiretto o Psicologico** consiste nel:

- a. escludere,
- b. diffondere pettegolezzi,
- c. parlare e causare l'umiliazione,
- d. creare isolamento sociale e intenzionale dal gruppo.

La forma di **bullismo tecnologico** si distingue in:

- **Cyberbullyng** può essere ragionevolmente inserito nelle forme di bullismo psicologico in quanto consiste nel:
 - a. *offendere, molestare o inveire* contro qualcuno attraverso messaggi elettronici;
 - b. *diffamare o denigrare* allo scopo di rovinare l'immagine o la reputazione di una persona o rompere legami di amicizia;
 - c. *appropriarsi di identità altrui* per scrivere o mandare messaggi a nome suo con lo scopo di metterla in
-

	<p>cattiva luce o rovinare le sue amicizie;</p> <p>d. <i>diffondere informazioni riservate, svelare o scoprire con l'inganno i segreti di qualcuno;</i></p> <p>e. <i>divulgare informazioni imbarazzanti;</i></p> <p>f. <i>diffondere tramite Internet o cellulari immagini intime o a contenuto sessuale;</i></p> <p>g. <i>escludere intenzionalmente qualcuno da un gruppo on line</i></p> <p>h. <i>perseguitare qualcuno mandandogli ripetutamente messaggi minacciosi o che possano fargli temere pericoli per la propria incolumità;</i></p> <p>• Happy Slapping (schiaffeggiare allegro). E' un fenomeno giovanile iniziato nel 2004 circa in Inghilterra. Con questo termine si indica <i>la ripresa di scene violente</i> (con videotelefono, macchina fotografica o videocamera) al fine di mostrarle agli amici o di diffonderle. Oggi l'happy slapping è diffuso anche in altri paesi.</p>	
Pattern comportamentali	Tali pattern vengono di seguito suddivisi nel bullo, nella vittima passiva e nella vittima provocatrice/bullo.	
Bullo	Vittima passiva	Vittima provocatrice/Bullo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ atteggiamento favorevole verso la violenza ▪ tendenza a: <ul style="list-style-type: none"> - <i>giustificare</i> il proprio comportamento - <i>assumere atteggiamenti d'indifferenza e di scarsa sensibilità morale</i> ▪ scarsa empatia verso la vittima ▪ più forti sia fisicamente che psicologicamente rispetto ai compagni ▪ credenza che l'aggressività possa essere positiva poiché aiuta a ottenere ciò che si vuole ▪ forte bisogno di dominare 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ difficoltà a fronteggiare situazioni di attacco mediante la difesa o la richiesta di aiuto ▪ tendenza a negare il problema e ad accettare la propria sorte ▪ se attaccati da altri compagni reagiscono piangendo o chiudendosi in se stessi ▪ bambini particolarmente fragili, solitamente vivono una condizione di isolamento e di esclusione all'interno della classe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ bambini emotivi, irritabili con difficoltà di controllo delle emozioni ▪ pur subendo le prepotenze mostrano uno stile di interazione di tipo reattivo e aggressivo ▪ atteggiamenti provocatori e iperreattivi di fronte agli attacchi dei compagni ▪ comportamento agitato che innesca facilmente un circolo vizioso di elevata conflittualità
Contesti familiari	La famiglia è il luogo in cui i bambini apprendono a rapportarsi agli altri e a riconoscere ed esprimere le	

	emozioni. Di seguito si riportano gli stili educativi familiari, più frequentemente riscontrati nelle ricerche sul fenomeno, sia del bullo, sia della vittima passiva che della vittima provocatrice/bullo	
Bullo	Vittima passiva	Vittima provocatrice/Bullo
<ul style="list-style-type: none"> • Modelli educativi autoritari e violenti, nonché incoerenti • Scarsa accettazione del figlio da parte dei genitori <p>La famiglie con stile educativo coercitivo ed incoerente rende il bambino incapace di prevedere le reazioni dei genitori. L'imprevedibilità della risposta che il genitore fornisce al bambino lo confonde. Questo può portarlo a disturbi del comportamento, ansia, aggressività, insicurezza. Molto spesso il bambino impara a guardare le azioni degli altri con gli occhi del paranoide: atteggiamenti o parole innocenti degli altri vengono scambiate per offese rivolte alla propria persona e, quindi, meritevoli di una punizione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modelli educativi iperprotettivi <p>La famiglia con stile educativo iperprotettivo incoraggia nel figlio un legame di dipendenza da essa. Il risultato è che questi bambini:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hanno difficoltà nel gestire le relazioni sociali con gli altri; - non riescono ad affrontare relazioni un po' più complesse; - non sanno rispondere alle offese fisiche o verbali perpetrate dai coetanei; - non sanno accettare, o interpretare e, ancor meno, reagire agli scherzi dei compagni. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelli educativi coercitivi e incoerenti <p>La famiglie con stile educativo coercitivo ed incoerente (vedi, contesto familiare del bullo). Non sono infrequenti, nelle vittime provocatrici, situazioni di abuso familiare.</p>
Pattern relazionali del resto della classe (il sostenitore del bullo, l'aiutante della vittima, gli spettatori indifferenti)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ una parte del gruppo sostiene il bullo con le risate o l'incitamento ▪ una altra parte, di solito una persona, aiuta o soccorre la vittima ▪ il resto assiste in modo passivo/ indifferente 	
Il docente	Non deve concentrarsi solo sul singolo: bullo o vittima, perché questo irrigidisce ancora di più i loro ruoli. Deve ricordare che il bullismo è un fenomeno che riguarda l'intero gruppo classe ed è l'espressione di legami <i>patologici</i> che si sono creati tra i compagni.	
Contesti culturali	Il fenomeno, potenzialmente, può manifestarsi in tutti i contesti culturali. Numerose ricerche sulla tematica in esame hanno dimostrato che non è l'ambiente colto o ignorante né il reddito più o meno alto a favorire o	

	scongiurare il fenomeno.
Incidenza nell'infanzia	Rara
Incidenza in preadolescenza	Raramente e intorno ai 10 anni
Incidenza in adolescenza	Frequente

Comportamenti simili in tipologie differenti di disagio

Il bullismo si distingue dalle condotte aggressive e da quelle del passaggio all'atto in quanto ha una natura sociale: necessita, infatti, di un gruppo i cui membri ricoprono ruoli ben precisi.

Multifattorialità

Il bullismo come tutti i fenomeni umani ha un'origine multifattoriale e vi concorrono fattori temperamentali e di personalità, i modelli familiari, le influenze sociali e culturali.

Il bullismo, poiché avviene in uno scontro tra individui, ha una *matrice relazionale*. I comportamenti aggressivi e passivi, dei "bulli" e delle loro "vittime", rappresentano il sintomo di disagio sociale. Sono due facce della stessa medaglia legate ad un disadattivo modo di affermazione di sé da una parte e dalla bassa autostima e difficoltà relazionali dall'altra. Il bullo non riesce a provare empatia per l'altro, a mettersi nei panni altrui, l'altro non riesce ad esprimere le proprie emozioni.

Non è un caso se il bullismo è presente soprattutto nei gruppi di nuova formazione, ad esempio al primo anno delle secondarie di primo grado più che al terzo, e al primo anno di "scuola superiore" più che negli anni successivi. È il momento in cui i ragazzi non hanno ancora trovato un modo per stare insieme, si stanno sperimentando. Possono farlo attraverso *dei rapporti di forza o di collaborazione*. L'esito dipende molto dall'ambiente in cui vivono, dall'impronta che gli adulti danno allo stare insieme.

L'insegnante, il gruppo classe e il fenomeno

La scuola è il luogo privilegiato per interventi a carattere preventivo e di promozione del benessere: la mancanza di intervento in situazioni in cui si verifichi il fenomeno del bullismo può equivalere a una legittimazione dei comportamenti prepotenti e costituire un potente incentivo al suo perpetuarsi.

Raggiungere questo obiettivo richiede sicuramente tempo ed energie, che vanno oltre il semplice stare in classe e sviluppare il programma annuale; pertanto la paura di non terminare il programma può limitare la disponibilità degli insegnanti a progetti extra

curricolari. Per quanto riguarda la prevenzione del bullismo occorre riflettere che non sono necessarie attività “speciali”; infatti molte attività previste dal programma scolastico e strategie didattiche adottate abitualmente dagli insegnanti, permettono di raggiungere non solo obiettivi cognitivi ma anche educativi favorendo nei ragazzi la maturazione di stile relazionali positivi.

Le più recenti ricerche relative al benessere e alla promozione della salute in età evolutiva hanno individuato nell'**autostima** uno dei fattori maggiormente capaci di definire il successo del percorso di crescita di una persona. Nel caso del bullismo infatti una buona autostima è un “fattore protettivo” rispetto alla possibilità di diventare una “vittima”: bambini che valutano negativamente se stessi e le proprie capacità, infatti, spesso sono le prede del bullismo.

Per evitare che un bambino ansioso e insicuro diventi una vittima è importante che i genitori e gli adulti tutti lo aiutino e gli forniscano degli strumenti adeguati per affermarsi nel gruppo dei coetanei. Impiegare un po' di tempo per curare i rapporti tra i ragazzi, soprattutto nelle prime classi, non dovrebbe essere considerato una perdita di tempo ma un investimento. Una classe dove si sta bene, dove nessuno ha paura, dove i conflitti vengono affrontati, è anche una classe dove è più facile insegnare e imparare.

Tutte le forme di bullismo, fisica, verbale e indiretta sono manifestazioni di disagio che possono essere affrontate e risolte insegnando ai bambini e ragazzi le abilità necessarie per riconoscere, accettare e comunicare le proprie e altrui emozioni. L'acquisizione di competenze sociali e di strumenti di comunicazione adeguati, verbali e non, può ridurre l'aggressività e la passività, comportamenti presenti nel fenomeno in modo complementare e intrecciato.

BIBLIOGRAFIA

Baldascini L., 2009. *Le voci dell'adolescenza*. Franco Angeli, Milano

Facchinetti O., www.bullismo.it - www.facchinetti.net

Menesini E., 2000. *Bullismo. Che fare? Prevenzione e strategie d'intervento nella scuola*. Giunti, Firenze.

Menesini E., Fonzi A., Caprara , G.V., “*Il bullismo a scuola: vecchie e nuove tipologie*” *Scheda n° 7*CIRMPA (Centro Interuniversitario per la Ricerca delle Motivazioni Prosociali ed Antisociali) Università La Sapienza – Roma

Olweus D., 1996. *Bullismo a scuola: ragazzi oppressi, ragazzi che opprimono*. Giunti, Firenze.

PSICOPATOLOGIA DELLE CONDOTTE MOTORIE



Situazione stimolo

Roberto ha 9 anni e frequenta la classe quarta della scuola primaria. Si mostra come un bambino tranquillo e ben educato che evita momenti di aggregazione con i compagni della classe; parla poco e risponde in modo particolarmente reattivo, quando gli si chiede maggiore impegno e velocità nelle attività scolastiche. L'insegnante d'inglese incontra una particolare difficoltà col bambino, ritenendolo troppo lento e aggressivo di fronte alle sue sollecitazioni, alle quali iniziano a seguire dei movimenti strani della testa e della spalla che si ripetono: lei resta turbata, mentre i compagni deridono il ragazzo che si innervosisce e, talvolta, lancia ciò che trova sul banco. La docente porta la difficoltà nel consiglio di classe, ipotizzando che la lentezza del bambino sia attribuibile ad un disturbo dell'apprendimento ma, tale considerazione, incontra il disaccordo dell'insegnante prevalente, la quale, oltre a non trovarsi di fronte a tali manifestazioni, ritiene che Roberto sia un bambino sensibile ed anche molto capace. Conosce la sua famiglia da tempo, sa che in passato il bambino era molto seguito dalla madre, la quale aveva con il figlio la medesima difficoltà ad accettare il suo stile di apprendimento che, lei stessa, definiva "lento"; non riuscendo ad essergli d'aiuto aveva preferito mandarlo a ripetizioni private. Nell'ultimo incontro scuola-famiglia, però, la madre le aveva confidato di aver osservato più volte il manifestarsi di alcuni movimenti strani della testa e della spalla, che l'avevano fatta preoccupare. Le due insegnanti a confronto decidono insieme di approfondire la questione e convocare la famiglia, per sostenerla a chiedere una consulenza specialistica.

Introduzione

Il concetto di ‘condotta motoria’ risulta centrale per lo sviluppo armonico dell’individuo e, per questo motivo, è importante porre attenzione all’allievo in movimento con la stessa attenzione di quando si esprime verbalmente. Il corpo in movimento esprime sia l’intenzione che ne giustifica sia l’agire che il suo essere sempre in relazione con l’ambiente che lo può influenzare. Per questo motivo, l’acquisizione di nuove capacità di movimento è sempre collegata al modo in cui il bambino si rappresenta e si sente di agire, ma anche a come l’ambiente lo stimola, accoglie e risponde al suo comportamento. Così la condotta motoria del bambino può cambiare se è da solo, in presenza dei genitori, di estranei, coetanei e adulti di riferimento.

Riconoscere i disturbi delle condotte motorie a scuola

Nella seguente tabella vengono segnalati una serie di indicatori che possono aiutare l’insegnante ad identificare la forma di disagio che interessa l’allievo.

Nome	Psicopatologia delle condotte motorie
Definizione	<p>Nelle psicopatologie delle condotte motorie rientrano una serie di forme di disagio (disgrafia), alcune di esse già trattate in altri capitoli. Di seguito verranno approfonditi i tic, la tricotillomania e l’onicofagia.</p> <p>I tic possono essere definiti come movimenti improvvisi, ripetuti, involontari e incontrollabili. Possono riguardare la mimica facciale, come, ad esempio, sbattere le palpebre, aggrottare le ciglia e fare smorfie, ma anche la motricità e la gestualità del corpo, come sollevare le spalle, scuotere le gambe e le braccia, ruotare il collo o la testa. Oltre ad essi, è possibile imbatterci anche in tic respiratori, come soffiare, tossire ripetutamente e tirare su il naso, e in tic fonatori, come schioccare la lingua ed emettere suoni gutturali.</p> <p>La tricotillomania si manifesta attraverso un ricorrente strappamento di capelli o di altri peli del corpo: l’individuo avverte un senso di crescente tensione immediatamente prima di farlo o quando tenta di resistere al comportamento. Piacere, gratificazione e sollievo sono i sentimenti che prova chi non riesce a frenare quest’impulso.</p> <p>L’onicofagia è un <u>disturbo compulsivo</u> che porta l’individuo a mangiare le proprie <u>unghie</u>, fino a danneggiare, talvolta, la porzione</p>

	di <u>pelle</u> posta alla base e ai lati dell'unghia, favorendo l'insorgenza di infezioni batteriche.
Pattern comportamentali	<p>Le manifestazioni sintomatiche (tic, strapparsi i capelli, mangiarsi le unghie) possono apparire e scomparire in differenti situazioni che sono motivo di tensione per l'allievo, quali un'interrogazione, l'interazione con i compagni o con l'insegnante ed hanno un carattere automatico ed involontario. L'allievo potrebbe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • apparire frequentemente triste e/o arrabbiato; • controllarsi con grande attenzione; • essere perfezionista e rigoroso; • all'apparenza, manifestarsi sottomesso e passivo; • esprimere frequenti sensi di colpa e di vergogna, legati all'impossibilità di controllare il comportamento.
Pattern relazionali in classe	Le sintomatologie sopra descritte potrebbero celare un'osservabile difficoltà nella socializzazione, rilevabile attraverso atteggiamenti di ritiro e di isolamento. L'allievo potrebbe esprimere sentimenti di vergogna e di frustrazione, in seguito al rifiuto dei compagni, che può manifestarsi di fronte all'insorgenza del sintomo in classe.
Pattern relazionali in famiglia	<p>Tali condotte sembrano avere un denominatore comune: esse hanno la funzione di alleviare una tensione, legata ad emozioni quali la paura e/o la rabbia che il bambino non riesce a fronteggiare.</p> <p>Tali forme di disagio rivelano un bisogno familiare eccessivo di controllo delle relazioni, che si manifesta talvolta attraverso l'ossessione su specifici comportamenti, considerati più o meno accettabili. La tematica del controllo può celare una forte ansia, legata anche a momenti di transizione, di cambiamenti legati al ciclo vitale della famiglia, quali ad esempio, la nascita di un fratellino, la separazione della coppia, la morte di un familiare che il sistema teme di affrontare.</p> <p>In tutte le sintomatologie, ma in particolar modo, i tic sembrano evidenziarsi in famiglie con alte aspettative rispetto all'efficienza e al profitto scolastico: proprio lì dove c'è stata una certa "familiarità", il sistema richiede al singolo di compensare ciò che non è riuscito a realizzare.</p>
Il docente	L'allievo che manifesta tali forme di estremo disagio necessita di un atteggiamento di ascolto e comprensione. Non è utile rimproverarlo o richiamarlo, quando il sintomo compare in quanto si rischia di

	<p>alimentare un senso di colpa e di impotenza, che già sente di fronte ad un impulso che lui stesso non riesce a controllare. Inoltre, è necessario che l'insegnante ponga attenzione alle dinamiche di classe, ad eventuali comportamenti, che accentuano l'attenzione sui sintomi del singolo e che, talvolta, potrebbero sfociare in atteggiamenti di derisione.</p> <p>Infine, l'insegnante dovrebbe richiedere un colloquio con la famiglia, comprendere cosa stia accadendo ed indirizzarla verso una consulenza psicologica e neuropsichiatrica infantile.</p>
Contesti culturali	Tutti. Non esiste un contesto culturale o sociale che favorisca l'insorgere di tali disturbi.
Incidenza nell'infanzia	<p>Tic: l'età media di esordio è 5 anni. Nella maggior parte dei pazienti il periodo di esacerbazione dei tic è compreso tra gli 8 e i 12 anni, per stabilizzarsi durante il periodo adolescenziale. Dopo i 18 anni si assiste, in genere, ad una riduzione dei tic sia per intensità che per frequenza.</p> <p>Tricotillomania: colpisce in modo particolare i bambini di entrambi i sessi, da 2 a 6 anni, ma può protrarsi anche nell'<u>adolescenza</u> e nell'età adulta.</p> <p>Onicofagia: Il disturbo è rilevabile nel 30% dei bambini di età compresa tra i 7 e i 10 anni e nel 45% degli adolescenti.</p>

Comportamenti simili in tipologie differenti di disagio

I disturbi della condotta motoria sono spesso associati al disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi della sfera alimentare, stati depressivi, varie forme di ansia e a danno organico delle vie motorie (encefalopatie ed emiplegie infantili).

BIBLIOGRAFIA

Andreoli V., Cassano G. B., Rossi R. (a cura di)(2007). *Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quarta edizione Masson Editore.

Marcelli D., Braconnier A. (2000). *Psicopatologia del bambino*, quinta edizione italiana a cura di Ammanniti M., Novelletto A. , Masson Editore.

DISTURBI DELLA CONDOTTA ALIMENTARE



Situazione stimolo

Angela è una ragazza graziosa, piccola di statura ed un pò in carne, ha 16 anni e frequenta il terzo anno del liceo scientifico. È figlia di un'insegnante di scuola elementare e di un medico noto nel paese dove abitano, ha un fratello più piccolo alto, bello e intelligente (così definito da lei in uno dei suoi temi), orgoglio dei suoi genitori e, nelle loro aspettative, futuro e brillante medico. Angela si mostra agli insegnanti e alla classe come una ragazzina un po' chiusa, ma responsabile e ben educata; le piace studiare e predilige le materie letterarie. La sua passione è la scrittura e, solo quando scrive, riesce ad esprimere le sue emozioni e i suoi pensieri; quest'attitudine le fa guadagnare la stima della professoressa di italiano che non perde occasione per elogiarla in classe. Angela è considerata dai compagni l'allieva preferita, attirando le loro invidie, che si traducono nella derisione del suo punto debole: i "chiletti" in più.

L'unico legame che coltiva è quello con Caterina, la sua compagna di banco, accogliente e solare che cerca di mediare tra lei e la classe, prendendo le sue difese.

A metà anno scolastico, il rendimento di Angela inizia a calare ed insieme ad esso anche il suo peso corporeo: i suoi occhi si intristiscono visibilmente, mentre aumenta la tendenza

all'isolamento, soprattutto, nel momento della pausa mattutina, quando i compagni si riuniscono per consumare la merenda. Caterina, essendo l'unica confidente di Angela, diviene ben presto depositaria dei segreti della sua amica del cuore ma, temendo per la sua salute fisica non riesce più a trattenerli e, dopo averla sentita per l'ennesima volta vomitare, decide di parlarne con la professoressa di italiano.

L'insegnante, venuta a conoscenza di tutto, prova ad avvicinarsi a lei ma, contrariamente alle sue aspettative, nota che Angela si chiude ulteriormente, preferendo compiacerla, raccontandole degli ultimi libri di letteratura che ha letto. Si chiede se ci sia da preoccuparsi realmente o se il problema di Angela possa passare, come tutte le crisi adolescenziali.

Nel frattempo si sente impotente, lei vorrebbe aiutarla, ma non sa che fare.

Come può occuparsi di lei?

Introduzione

La scuola mostra una grande attenzione verso l'alimentazione del bambino, dedicando ampio spazio all'informazione e all'educazione alimentare; per questo motivo, si avvale della collaborazione di esperti della nutrizione.

È necessario, però, che gli insegnanti conoscano anche la valenza affettiva associata al momento del pasto: la modalità di nutrirsi di un individuo è metafora, estremamente esplicitiva, della qualità delle relazioni primarie che l'individuo ha intessuto con le principali figure di accudimento.

Ricordiamo il rapporto intimo che si crea tra la madre ed il suo piccolo, fin dai primi giorni dell'allattamento, un contatto che va oltre la soddisfazione del bisogno fisiologico di fame, un'esperienza relazionale che consente al bambino di sperimentare l'amore materno ed il senso di fiducia, sul quale si fonda quella base sicura, necessaria alla costruzione di un'identità sana.

Il tempo del pasto diviene, dunque, molto presto un momento di incontro in cui ci si nutre non solo di alimenti, ma anche di messaggi, all'interno di una prima forma di comunicazione legata alla relazione affettiva del bambino, con tutto il contesto familiare a cui appartiene.

Il legame tra cibo, affetto e messaggio rende, quindi, ragione della possibilità che il malessere di un bambino possa esprimersi anche attraverso il suo comportamento alimentare.

Per questo motivo, lo spazio del pasto può diventare "teatro" di una protesta, di un gioco relazionale che si esprime attraverso l'oppositività, una modalità di comunicazione nella quale il vero messaggio è alienato; il bambino, attraverso il rifiuto del cibo o la voracità (di seguito ne vedremo le svariate forme) manifesta il proprio disagio emotivo e relazionale che, diversamente non riuscirebbe ad esprimere.

Riconoscere i disturbi dell'alimentazione a scuola: Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa

Di seguito vengono riportati indicatori, specifici per disturbo, che possono aiutare l'insegnante ad individuare la specifica forma di disagio che può manifestare l'allievo in classe.

Nome	Anoressia nervosa
Definizione	Il termine anoressia significa <i>perdita nervosa dell'appetito</i> ma, questa definizione è fuorviante poiché l'anoressico/a non perde l'appetito, anzi <i>ha una gran fame, ma prevale il forte desiderio di perdere peso. Pertanto, sviluppa l'abilità di vincere la fame e tutte le sensazioni ad essa legate</i> (Bryant-Waugh, Lask, 2013)
Pattern comportamentali	<ul style="list-style-type: none"> - ha un'alimentazione molto restrittiva ed ipocalorica; - evita le occasioni in cui è centrale il momento del pasto e, quando accade, tende a mangiare da solo; - ha un'immagine corporea distorta che può limitare le sue esperienze affettive e sessuali; - manifesta un evidente interesse per tematiche che riguardano il dimagrimento e l'alimentazione; - ha un modo di mangiare particolare: sminuzza il cibo in pezzi piccolissimi, è lento nel pasto, esclude alcuni alimenti, beve molta acqua. - presenta iperattività fisica. - può indursi il vomito e/o assumere lassativi e questo può comportare una maggiore richiesta di utilizzo del bagno; - tende a lavarsi frequentemente, per mandar via lo sporco; - è un perfezionista nell'attività che sceglie: studio, sport e attività ludico-ricreative; - quando aumenta la perdita di peso, è possibile osservare una maggiore frequenza di sbalzi di umore, insofferenza ed irrequietezza.
Pattern relazionali in classe	<ul style="list-style-type: none"> - ha la tendenza ad instaurare legami simbiotici, in cui prevale il controllo e la paura di perdita dell'altro; - rivela un senso di inadeguatezza e di vulnerabilità, di fronte al giudizio esterno; - racconta di cucinare spesso per gli altri; - è irritabile e litigioso durante i pasti; - è propenso ad isolarsi; - può manifestare un atteggiamento di sfida e di caparbietà.

<p>Pattern relazionali in famiglia</p>	<p><i>Le famiglie con membro anoressico sono spesso sistemi fortemente invischiati, caratterizzati dall'intrusione in ogni spazio fisico e psico-emotivo dei singoli e un'attivazione costante di richieste e offerte di protettività, che coinvolgono tutti i membri e riducono ogni possibile ambito privato e ogni area di autonomia (Onnis, 2004). Il sintomo anoressico diventa, quindi, un tentativo di protesta e di opposizione alla condizione che si osserva, al fine di affermare la propria identità.</i></p>
<p>Il docente</p>	<p>Per tutti i disturbi della condotta alimentare, è importante che il docente, nel momento in cui riconosce alcuni pattern che possono lasciar ipotizzare queste forme di disagio, mostri un atteggiamento di comprensione, evitando metodi punitivi di fronte ad eventuali situazioni di irritabilità e di caparbia. È necessario, in particolar modo, che non insista per farlo mangiare, che stia attento a valorizzare le sue risorse, al pari di quelle di ciascun componente del gruppo classe e a comunicare i limiti di ciascun allievo, in modo tale da evitare un atteggiamento severo e squalificante. L'insegnante, inoltre, deve contattare la famiglia per aiutarla ad affrontare la problematica, sostenendola rispetto alla necessità di chiedere l'aiuto specialistico di un medico e di uno psicoterapeuta.</p>
<p>Contesti culturali</p>	<p>Il contesto socio-culturale influisce in modo significativo nella formazione di modelli di riferimento che divengono parametri di giudizio e di valore per il bambino/adolescente. Negli ultimi cinquant'anni, l'ideale estetico si è progressivamente conformato ad un'immagine estetica filiforme che ha determinato una pressione sociale alla magrezza come valore positivo. <i>Studi longitudinali (Stice, et al., 2010), hanno evidenziato come potenziali fattori di rischio ambientali la pressione percepita per la magrezza, l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza, l'insoddisfazione corporea, la restrizione dietetica e gli stati emotivi negativi (Stice et al, 2011; Stice et al., 2010). I modelli estetici femminili contemporanei che esaltano la magrezza sembrano avere, quindi, un ruolo sia come fattori di rischio generali (contesto socio-culturale), sia come fattori di rischio specifici (precipitanti e/o perpetuanti) dei DCA attraverso l'influenza negativa sull'autostima e la conseguente induzione di regimi dietetici esasperati.</i>(Linee Guida Regionali per la Diagnosi e il Trattamento dei Disturbi Alimentari, Regione</p>

	Umbria, 05/2013).
Incidenza in infanzia	Rara. Nel caso di bambini molto piccoli, non è facile individuare il disturbo in quanto non viene esplicitata la paura di ingrassare come accade nell'adolescente e, poi, perché la perdita di peso e la restrizione alimentare, spesso, vengono confuse per inappetenza infantile o sintomi legati allo stress.
Incidenza in adolescenza	Frequente
Nome	Bulimia nervosa
Definizione	È caratterizzata da attacchi di voglia (Bingeeating) (Marcelli, Bracconier, 1999) che presentano tre aspetti: <ul style="list-style-type: none"> • bisogno intenso di ingurgitare grandi quantità di cibo, accompagnato dal sentimento della perdita di controllo sulle propria capacità di limitarsi; • manovre per evitare l'aumento di peso, legato all'eccesso di cibo assunto; • timore di diventare grassi con un vissuto coscientemente problematico, relativo alla propria immagine corporea.
Pattern comportamentali	<ul style="list-style-type: none"> • si preoccupa eccessivamente del proprio peso e forma fisica; • può negare di aver fame, anche quando questa è evidente; • mangia frequentemente grandi quantità di cibo, in modo compulsivo; • mangia strane combinazioni o enormi quantità dello stesso cibo; • mette in atto comportamenti compensatori, quali: vomito autoindotto, uso di diuretici e lassativi, eccesso di attività fisica; • si può aggiungere ad altri comportamenti autodistruttivi quali: uso di droghe, atti di autolesionismo, comportamenti sessuali a rischio; • preferisce indossare abiti larghi.

<p>Pattern relazionali in classe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • dopo il pasto si reca immediatamente in bagno per vomitare; • presenta frequentemente un umore depresso e sentimenti di colpa e di inadeguatezza; • nei rapporti rivela di avere uno scarso controllo sulle proprie emozioni; • non è in grado di dare una congrua valutazione di sé, si sente sempre inferiore agli altri in quanto la stima nei propri riguardi dipende dall'aumento o dalla diminuzione del proprio peso corporeo; • potrebbe, talvolta, evitare momenti di forte coinvolgimento emotivo e relazionale. È possibile incontrare anche allievi bulimici che, invece, riescono ad instaurare solidi rapporti interpersonali.
<p>Pattern relazionali in famiglia</p>	<p>Le relazioni, all'interno della famiglia, possono alternare momenti di avidità in cui la vicinanza tra i componenti è estremamente ricca ed intrusiva, ad altri in cui i legami si connotano di un'eccessiva tensione, che può arrivare ad esprimersi attraverso la distanza emotiva, esperita, in casi estremi, come dei veri e propri momenti di abbandono.</p> <p>Il cibo, allora, ha la funzione di sedare il tumulto emotivo che il bulimico si trova a provare in tali situazioni.</p>
<p>Il docente</p>	<p>Per tutti i disturbi della condotta alimentare, è importante che il docente, nel momento in cui riconosce alcuni pattern che possono lasciar ipotizzare queste forme di disagio, mostri un atteggiamento di comprensione, evitando metodi punitivi di fronte ad eventuali situazioni di irritabilità e di caparbia. È necessario, in particolar modo, che non insista per farlo mangiare, che stia attento a valorizzare le sue risorse, al pari di quelle di ciascun componente del gruppo classe e a comunicare i limiti di ciascun allievo, in modo tale da evitare un atteggiamento severo e squalificante. L'insegnante, inoltre, deve contattare la famiglia per aiutarla ad affrontare la problematica, sostenendola rispetto alla necessità di chiedere l'aiuto specialistico di un medico e di uno psicoterapeuta.</p>
<p>Contesti culturali</p>	<p>Il contesto socio-culturale influisce in modo significativo nella formazione di modelli di riferimento che divengono parametri di giudizio e di valore per il bambino/adolescente. Negli ultimi</p>

	<p>cinquant'anni, l'ideale estetico si è progressivamente conformato ad un'immagine estetica filiforme che ha determinato una pressione sociale alla magrezza come valore positivo. <i>Studi longitudinali (Stice, et al., 2010), hanno evidenziato come potenziali fattori di rischio ambientali la pressione percepita per la magrezza, l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza, l'insoddisfazione corporea, la restrizione dietetica e gli stati emotivi negativi (Stice et al, 2011; Stice et al., 2010). I modelli estetici femminili contemporanei che esaltano la magrezza sembrano avere, quindi, un ruolo sia come fattori di rischio generali (contesto socio-culturale), sia come fattori di rischio specifici (precipitanti e/o perpetuanti) dei DCA attraverso l'influenza negativa sull'autostima e la conseguente induzione di regimi dietetici esasperati (Linee Guida Regionali per la Diagnosi e il Trattamento dei Disturbi Alimentari, Regione Umbria, 05/2013).</i></p>
Incidenza in infanzia	<p>Rara. Nel caso di bambini molto piccoli, non è facile individuare il disturbo in quanto non viene esplicitata la paura di ingrassare come accade nell'adolescente e, poi, perché la perdita di peso e la restrizione alimentare, spesso, vengono confuse per inappetenza infantile o sintomi legati allo stress.</p>
Incidenza in adolescenza	<p>Frequente</p>

Disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (EDNOS)

I disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (EDNOS) sono caratterizzati dalla presenza di forti anomalie nel comportamento alimentare che, però, non soddisfano i criteri diagnostici dell'Anoressia e Bulimia. Si distinguono in: Disturbo emotivo di evitamento del cibo o FAED, Alimentazione Selettiva o SelectiveEating, Disfagia Funzionale, Sindrome da Rifiuto Pervasivo, Iperalimentazione compulsiva.

E.D.N.O.S.

Nome	Disturbo emotivo di evitamento del cibo o FAED	Alimentazione Selettiva o SelectiveEating	Disfagia Funzionale	Sindrome da Rifiuto Pervasivo	Iperalimentazione compulsiva
Definizione	Simile all'anoressia nervosa, si caratterizza per l'evitamento marcato del cibo e la perdita di peso.	Sceglie in maniera molto selettiva i cibi che assume, spesso limitati a 4-5 categorie alimentari.	Ha difficoltà a deglutire ed ha paura di vomitare e di soffocare, a volte in seguito ad un evento traumatico.	Si rifiuta con ostinazione di mangiare, di bere, camminare, parlare e prendersi cura di sé.	Si alimenta frequentemente, in quanto ha un bisogno irrefrenabile di cibo.
Pattern comportamentali	<ul style="list-style-type: none"> - dimagrisce visibilmente; - manifesta fobie ed ossessioni; - ha tendenzialmente un umore depresso; - non mostra preoccupazione per la sua immagine corporea; - conseguenze mediche pari a quelle dell'anoressia 	<ul style="list-style-type: none"> -mangia soprattutto carboidrati; -preferisce restare legato a ciò che conosce e allontanare il nuovo; -può manifestare disagio sociale e vergogna nelle relazioni affettive, emotive e sociali. 	<ul style="list-style-type: none"> -ha paura di deglutire il cibo; -evita alimenti di una particolare consistenza o con un particolare sapore; - assenza di causa organica; -ha un'immagine distorta del proprio corpo. 	<ul style="list-style-type: none"> - perde notevolmente peso e si disidrata; - si rifiuta di prendersi cura di sé; - scarsa comunicabilità 	<ul style="list-style-type: none"> - mangia in eccesso e frequentemente, nei momenti di stress; - è in sovrappeso; - non manifesta sentimenti di colpa; - può mangiare di nascosto se viene negato il cibo.

<p>Pattern relazionali in classe</p>	<ul style="list-style-type: none"> - si mostra nervoso quando si mangia o si parla di cibo; - può essere passivo o eccessivamente oppositivo nei rapporti; - può apparire ossessivo e meticoloso, rispetto alle performance; - ha difficoltà ad esprimere e regolare l'intensità delle proprie emozioni; - tende a dipendere eccessivamente da un compagno o da un adulto; - ha scarsa stima di sé.
<p>Pattern relazionali in famiglia</p>	<p>Nelle famiglie in cui è presente un membro che manifesta uno dei disturbi menzionati in questa categoria è possibile ritrovare i seguenti aspetti comuni: la presenza di conflitti coniugali sottili o manifesti e l'impossibilità di riconoscere ed esprimere l'emotività, in particolar modo i sentimenti di rabbia.</p>
<p>Il docente</p>	<p>Per tutti i disturbi della condotta alimentare, è importante che il docente, nel momento in cui riconosce alcuni pattern che possono lasciar ipotizzare queste forme di disagio, mostri un atteggiamento di comprensione, evitando metodi punitivi di fronte ad eventuali situazioni di irritabilità e di caparbia. È necessario, in particolar modo, che non insista per farlo mangiare, che stia attento a valorizzare le sue risorse, al pari di quelle di ciascun componente del gruppo classe e a comunicare i limiti di ciascun allievo, in modo tale da evitare un atteggiamento severo e squalificante. L'insegnante, inoltre, deve contattare la famiglia per aiutarla ad affrontare la problematica, sostenendola rispetto alla necessità di chiedere l'aiuto specialistico di un medico e di uno psicoterapeuta.</p>
<p>Contesti culturali</p>	<p>Il contesto socio-culturale influisce in modo significativo nella formazione di modelli di riferimento che divengono parametri di giudizio e di valore per il bambino/adolescente. Negli ultimi cinquant'anni, l'ideale estetico si è progressivamente conformato ad un'immagine estetica filiforme che ha determinato una pressione sociale alla magrezza come valore positivo. <i>Studi longitudinali (Stice, et al., 2010), hanno evidenziato come potenziali fattori di rischio ambientali la pressione percepita per la magrezza, l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza, l'insoddisfazione corporea, la restrizione dietetica e gli stati emotivi negativi (Stice et al, 2011; Stice et al., 2010). I modelli estetici femminili contemporanei che esaltano la magrezza</i></p>

sembrano avere, quindi, un ruolo sia come fattori di rischio generali (contesto socio-culturale), sia come fattori di rischio specifici (precipitanti e/o perpetuanti) dei DCA attraverso l'influenza negativa sull'autostima e la conseguente induzione di regimi dietetici esasperati (Linee Guida Regionali per la Diagnosi e il Trattamento dei Disturbi Alimentari, Regione Umbria, 05/2013).

Incidenza in infanzia	frequente	frequente	frequente	frequente	frequente
Incidenza in adolescenza	rara	rara	rara	rara	frequente

Comportamenti simili in tipologie differenti di disagio

Le alterazioni della condotta alimentare possono scaturire anche da uno stato di forte d'ansia dovuto ad eventi traumatici, come nel caso del disturbo post-traumatico da stress o nel disturbo acuto da stress.

BIBLIOGRAFIA

Bryant-Waugh R., Lask B., (2013), *Disturbi alimentari. Guida per genitori ed insegnanti*. Trento: Erickson

Marcelli D., Bracconier A. (1999). *Adolescenza e psicopatologia*, Milano: Masson.

Onnis. L. (2004). *Il tempo sospeso. Anoressia e bulimia tra individuo, famiglia e società*. Milano: Franco Angeli.

Stice et al. (2010), Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 51, 518-525.

Stice et al. (2011), Risk factors for onset of eating disorders: evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 622-627.

Linee Guida Regionali per la Diagnosi e il Trattamento dei Disturbi Alimentari, Regione Umbria, 05/2013

DISTURBI DEL CONTROLLO SFINTERICO



Situazione stimolo

Federico è il primogenito di due figli e frequenta la terza elementare. Da pochi mesi è nato il fratellino, che attira la maggior parte delle cure e attenzioni dei genitori e, parallelamente, il bambino mostra in classe un atteggiamento di chiusura ed isolamento. Infatti, agli occhi degli insegnanti appare timido ed introverso e, soprattutto, cerca di evitare i momenti di aggregazione e condivisione con il gruppo classe. In alcuni giorni, è particolarmente irritabile e disattento quasi assente rispetto a tutte le attività proposte. Durante un'attività scolastica in gruppo, per Federico molto stressante, si ritrova bagnato e, sentendosi 'costretto' a parlarne, decide di farlo con la sua insegnante di riferimento. Dopo un pianto disperato, il bambino confida, oltre alla sua *impossibilità* a trattenere la pipì, il senso di vergogna e di imbarazzo ad esso associato.

L'insegnante accoglie ed ascolta il bambino, poi chiama la famiglia per individuare insieme l'intervento migliore per lui.

Introduzione

Nella nostra cultura, uno dei passaggi critici che il bambino si trova ad affrontare in età prescolare è quello del raggiungimento del controllo sfinterico; si tratta di un evento importante e delicato, che coinvolge il bambino e tutta la sua famiglia e che richiede la maturazione di quei meccanismi neurologici che conferiscono la capacità di interrompere volontariamente una minzione già avviata. Tuttavia, oltre ai fattori anatomici, indispensabili per il raggiungimento del controllo, occorre ricordare quanto sia peculiare la fase del ciclo evolutivo in cui si svolge questo processo.

Un tempo contrassegnato dallo sviluppo delle capacità linguistiche e motorie, che favoriscono la formazione dell'identità dell'individuo in crescita, da una graduale e sempre maggiore autonomia dalla figura di attaccamento, nonché dall'inizio dell'interazione con il contesto sociale.

La famiglia e gli adulti di riferimento stimolano il bambino allo sviluppo della continenza, ma è necessario che essi tengano ben in mente che le tappe di acquisizione del controllo sfinterico hanno una grande variabilità individuale: idealmente a 18 mesi il bambino fa capire quando è bagnato, a 24 mesi la pulizia diurna di fatto è acquisita, benché di tanto in tanto possa capitare qualche incidente fino a 5-6 anni. In ogni caso, però, il passaggio da una tappa a quella successiva è frutto di una complessità di fattori, quali il significato che la famiglia attribuisce al raggiungimento di tale controllo, la qualità e le modalità relazionali messe in atto in tale passaggio, il grado di sviluppo linguistico del bambino, che gli consente di comunicare il bisogno fisiologico.

L'educazione al controllo sfinterico richiede cura e pazienza, l'adulto ha quindi il compito di allenarsi ad attendere e a riconoscere i tempi di maturazione, peculiari di ciascun bambino e deve ricordare che durante il passaggio del percorso di crescita regressione.

Riconoscere i disturbi del controllo sfinterico a scuola

Di seguito, vengono riportati gli indicatori che possono aiutare l'insegnante ad individuare la specifica forma di disagio, manifestata dall'allievo in classe.

Nome	Enuresi ed encopresi
Definizione	L' enuresi si definisce come <i>ripetuta emissione di urine durante il giorno o la notte nel letto o nei vestiti</i> , dopo che sia passato il periodo della maturità fisiologica (in genere acquisita tra i 3 e i 5 anni). L' encopresi si definisce come <i>ripetuta evacuazione di feci in luoghi inappropriati, nei vestiti o sul pavimento</i> , sia

	<p>involontaria che intenzionale (DSM IV), dopo che sia concluso il periodo della maturità fisiologica (in genere acquisita tra i 3 e i 5 anni).</p>
<p>Pattern comportamentali</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si isola e/o non si lascia coinvolgere nelle attività, quando è sporco; • Si irrita facilmente; • Racconta di terrori notturni o episodi di sonnambulismo; • Evita occasioni che richiedono di dormire fuori casa; • Può apparire disattento e confusionario, nonostante consegua buoni risultati nell'apprendimento.
<p>Pattern relazionali in classe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Può esprimere la sua ansia, che si manifesta principalmente in contesti di socialità, attraverso un eccessivo coinvolgimento nelle attività scolastiche o nel gioco; • Può manifestare sentimenti di inadeguatezza ed incompetenza, che rivelano la scarsa stima che ha di sé; • Può preferire l'isolamento all'interazione con i compagni.
<p>Pattern relazionali in famiglia</p>	<p>Nelle famiglie con un membro che presenta l'enuresi è frequente ritrovare un sovrainvestimento della funzione sfinterica, da parte dei genitori, i quali tendono ad anticipare eccessivamente questo passaggio o a ritualizzarlo, attraverso regole piuttosto coercitive. Quando ciò accade, tale momento viene accompagnato da angosce, sensi di colpa e di vergogna, atteggiamenti oppositivi a cui può seguire una risposta familiare aggressiva e punitiva o, all'opposto, una reazione di iperprotettività. In entrambi i casi "il sintomo" rischia di cronicizzarsi. L'enuresi e l'encopresi, inoltre, possono manifestarsi, nella crescita dell'allievo, quando il suo bisogno di sicurezza e di contenimento viene minacciato da momenti di transizione del ciclo vitale della famiglia (separazioni, lutti, nascita di un fratellino, cambiamenti di abitazione), rivelando una fatica del sistema familiare ad attraversare il cambiamento.</p>
<p>Il docente</p>	<p>Tali sintomatologie divengono di interesse dell'insegnante quando l'allievo esprime le proprie difficoltà e/o si manifestano episodi di incontinenza in classe. Prima di attuare qualsiasi tipo di intervento, è utile che il docente lo osservi e lo ascolti, con un atteggiamento di comprensione, evitando così parole e azioni che possano alimentare l'imbarazzo ed il giudizio. E'</p>

	<p>importante, inoltre, porre particolare attenzione al gruppo classe, in quanto episodi come questi alimentano dinamiche di derisione e discriminazione, che incidono negativamente sulla costruzione di una sana autostima. Nel caso in cui questo si manifesti, potrebbe essere necessario aiutare la classe a comprendere la natura delle difficoltà del compagno.</p> <p>Si ribadisce, come sempre, la necessità di coinvolgere la famiglia per comprendere insieme cosa stia accadendo all'allievo, in modo da indirizzarla verso esperti del settore (medico e psicologo).</p>
Contesti culturali	<p>Alcuni ricercatori hanno osservato che si tratta di gran lunga del disturbo psicologico più diffuso tra i bambini, soprattutto maschi. Si manifesta di frequente in bambini che vivono in contesti istituzionali, in situazioni di disgregazione familiare e di carenze socio-economiche.</p>
Incidenza	<p>L'enuresi notturna è un fenomeno abbastanza comune: interessa circa il 27% dei bambini dell'età di 4 anni, il 15% di 5-6 anni, il 6-7% di 9-10 anni. Si rileva un'incidenza del 3% in ragazzi di 12 anni e dell'1% di 18 anni.</p>

Comportamenti simili in tipologie differenti di disagio

Per diagnosticare un disturbo del controllo degli sfinteri, tale sintomatologia dovrebbe presentarsi frequentemente e non dipendere da alcuna condizione medica generale, come ad esempio infezioni delle vie urinarie (cistite), eccessiva produzione di urina (diabete), disturbi neurologici (epilessia, sonnambulismo e spina bifida), dall'assunzione di sostanze o da traumi causati da incidenti.

BIBLIOGRAFIA

Andreoli V., Cassano G. B., Rossi R. (a cura di) (2007). *Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quarta edizione Masson Editore.

Marcelli D., Braconnier A. (2000). *Psicopatologia del bambino*, quinta edizione italiana a cura di Ammanniti M., Novelletto A., Masson Editore.

DISTURBI DEL SONNO



Situazione stimolo.

Giulia è un insegnante di scuola dell'infanzia, ha osservato le difficoltà della piccola Sara ad inserirsi nel gruppo classe.

Dopo un breve periodo in cui vengono coinvolte anche le figure genitoriali, l'inserimento non ottiene i risultati sperati.

Sara arriva in classe sempre puntuale, grembiolino, capelli e zainetto in ordine. Ma appena entra si siede al banchetto più lontano ed è sempre assente, con uno sguardo non vigile. Accoglie con fastidio l'esuberanza dei compagni che la salutano, e le proposte dell'insegnante sia per i giochi che per le attività creative.

Dopo un paio d'ore lasciata da sola tranquilla, Sara si avvicina all'insegnante e chiede di partecipare all'attività in corso come se fosse appena entrata in classe.

Da quel momento la bimba non ha né problemi relazionali con i compagni, né di comprensione per lo svolgimento del compito.

Introduzione

Il sonno è uno stato fisiologico complesso, essenziale, che appartiene all'esistenza umana. Esso è uno stato di riposo che l'organismo utilizza per recuperare dagli sforzi effettuati nel periodo di veglia. Rappresenta uno stato transitorio e reversibile di disconnessione con l'ambiente, rilevato mediante le alterazioni delle onde cerebrali.

- La fase del sonno paradosso, paradosso poiché L'EEG è simile ad un EEG della veglia, mentre la soglia di stimolazione per il risveglio è molto elevata. Questa è anche chiamata fase dei movimenti oculari o ancora fase del sonno rapido.
- La fase del sonno calmo o lento, privo d'attività motoria, con onde lente all'EEG. Questa fase è, a sua volta, suddivisa in stadi I, II, III, e IV, in base al ritmo ed all'ampiezza delle onde elettriche, che vanno dal sonno leggero al sonno profondo.

I disturbi del sonno nei bambini e negli adolescenti sono più frequenti di quando non si pensi. Si definiscono disturbi del sonno tutte quelle alterazioni della quantità o della qualità del periodo riservato al riposo notturno.

Il sonno nelle diverse fasi evolutive ha uno sviluppo e una modalità variabile a seconda dell'età, per cui nella valutazione del disturbo, devono sempre essere tenute presenti le variazioni fisiologiche legate ad essa e la maturazione del ritmo sonno-veglia, e le caratteristiche ecologiche o ambientali.

Nelle varie fasi evolutive il sonno ha le seguenti caratteristiche, il neonato dorme dalle 16 alle 18 ore e si sveglia ogni 3-4 ore. Solitamente ci vogliono da 3 a 6 mesi fino a che si instaura un ritmo sonno/veglia adattato al ciclo giorno-notte; a questa età il lattante dorme di media 6 ore di fila. Durante il primo anno di vita il tempo di sonno totale si riduce a 14-15 ore, al compimento di 1 anno solitamente il bambino dorme per tutta la notte e il ritmo sonno/veglia è per lo più consolidato riducendosi alle ore notturne e ad un riposo pomeridiano. Il sonnello del pomeriggio viene sospeso intorno ai 3-4 anni e il sonno notturno si riduce ulteriormente fino a raggiungere nell'età prescolare e delle scuole elementari le 10-12 ore. Soprattutto nei primi anni di vita hanno un ruolo fondamentale quegli oggetti che permettono al bambino di tranquillizzarsi e di favorire il suo addormentarsi anche senza la presenza dei genitori o di altre persone di riferimento primario. Molti bambini in età prescolare e ancora tanti in età scolare dormono in stanza con i genitori o addirittura assieme nel loro letto.

Le patologie della condotta dell'addormentamento sono costituite dall'insonnia precoce (spesso legata a condizioni ambientali inopportune che causano disagio e impediscono di addormentarsi, quali rumori o luci intense), e da difficoltà di addormentamento, che possono essere combattute attraverso rituali, (favola della sera) e oggetti contro fobici (luce accesa, peluche) che aiutano il passaggio dalla veglia al sonno lasciando il bambino in uno stato di rilassamento. Il terrore notturno è un avvenimento di gran lunga diverso dall'incubo. L'incubo appare durante la fase di sonno REM, mentre il pavor nocturnus

compare di solito intorno alla seconda ora della prima fase del sonno profondo. Durante la crisi di terrore notturno, la cui durata può andare da alcuni minuti a più di mezz'ora, il bambino è profondamente addormentato.

Spesso sono i genitori ad essere maggiormente spaventati: il pianto o le urla del bambino rompono il silenzio della notte; la sua voce ha una tonalità monotona, differente dal tono utilizzato quando il bambino è sveglio, gli occhi possono essere aperti e sembrare stravolti, il viso è atterrito e l'inizio delle crisi è segnato dalle urla, il cuore batte velocemente ed il respiro è affannoso, ma, nonostante tutto ciò, il bambino non è sveglio. Infatti, stando vicino al suo lettino, probabilmente non vi riconoscerà perché in realtà, sta dormendo.

Non c'è nulla che possa essere fatto per rassicurarlo, non deve essere svegliato, si calmerà da solo dopo pochi minuti. Al mattino, al suo risveglio, il bambino non ricorderà assolutamente nulla di quanto è accaduto durante la notte.

Possono essere molti i fattori scatenanti il pavor nocturnus, il primo tra tutti è la familiarità: se uno dei due genitori ne ha sofferto da bambino, è quasi certo che il proprio figlio ne soffrirà. Altro fattore è lo stress, sia fisico che psichico: per attenuarlo in periodi in cui il picco di stress è elevato, bisogna assicurarsi sempre che il bambino abbia la quantità giusta di riposo.

Le cause fisiche sono da considerare nei casi di disturbo alle vie respiratorie come l'apnea ostruttiva, ad esempio può essere dovuta a tonsille molto grandi e frequenti infezioni che possono accentuare la sintomatologia. Inoltre, le paure legate al sonno: spesso i bambini rimandano l'andare al dormire perché hanno paura del buio e/o della separazione dei genitori.

Spesso i disturbi del sonno compaiono in presenza di un evento scatenante come ad esempio l'inizio della scuola o dell'asilo o un trasloco, conflitto con un coetaneo o una separazione, o comunque tutto ciò che crea un'alterazione emotiva e o di abitudine nella vita del bambino.

Riconoscere i disturbi del sonno a scuola.

Di seguito vengono riportati indicatori, specifici per il disturbo, che possono aiutare l'insegnante ad individuare la specifica forma di disagio che può manifestare l'allievo in classe.

Nome	Disturbi del Sonno
Definizione	Classificazione dei Disturbi del Sonno I disturbi del sonno si dividono in quattro sezioni principali: <ul style="list-style-type: none">• Disturbi primari del sonno

	<ul style="list-style-type: none"> • Dissonnie (anomalie della quantità, della qualità, o del ritmo del sonno) <ul style="list-style-type: none"> • Insonnia primaria • Ipersonnia primaria • Narcolessia • Disturbo del sonno correlato alla respirazione • Disturbo del ritmo circadiano del sonno • Dissonnia non altrimenti specificata • Parasonnie (caratterizzate da comportamenti anomali o da eventi fisiopatologici che si verificano durante il sonno, durante specifici stadi del sonno o nei passaggi sonno-veglia) <ul style="list-style-type: none"> • Disturbo da incubi • Disturbo da terrore nel sonno • Disturbo da sonnambulismo • Parasonnia non altrimenti specificata • Disturbo del sonno correlato ad altro disturbo mentale • Disturbo del sonno dovuto a una condizione medica generale • Disturbo del sonno indotto da sostanze
<p>Pattern Comportamentali</p>	<p>I sintomi dell'eccessiva sonnolenza nel bambino e nell'adolescente si manifestano in maniera differente rispetto all'adulto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Può presentare un'eccessiva iperattività. • Ansia e irritabilità • Problemi attentivi • Reattività • Attacchi improvvisi di sonno • Frequenti sonnellini • Cadute di concentrazione • Distraibilità • Linguaggio rallentato • Ritardo di crescita • Sonnolenza • Depressione • Disturbi della memoria
<p>Pattern relazionali in classe</p>	<p>Il bambino presenta erasual rallentato che abbassa la sua soglia di concentrazione e di attenzione e di performance, inoltre presenta un atteggiamento tendente all'isolamento.</p>

<p>Pattern relazionali in famiglia</p>	<p>La famiglia con bambino affetto da disturbo del sonno, tende a sottovalutare il problema e spesso è diagnosticato solo dopo l'ingresso a scuola, a causa di problemi legati all'apprendimento o perché si addormenta in classe.</p> <p>In alcuni casi la carenza di sonno incide pesantemente sulla vita dei genitori, generando negli stessi sentimenti aggressivi e depressivi nei confronti del figlio.</p> <p>I genitori spesso fanno fatica nello stabilire regole chiare e questo può portare ad un aumento dell'ansia che destabilizza il bambino/adolescente. Se insieme a ciò vi è presente una mancanza di regole si aggiunge la presenza di situazioni di conflitto tra i genitori, il bambino avvertirà ancor più il non poter star tranquillo, farà fatica a rilassarsi durante il sonno.</p>
<p>Incidenza in infanzia</p>	<p>Frequente</p>
<p>Il docente</p>	<p>L'insegnante per la quantità e la qualità del tempo che condivide con gli alunni, si trova spesso ad osservare, comportamenti che non rientrano in schemi prestabiliti, risulta quindi importante il riconoscimento di determinati pattern.</p> <p>L'insegnante poiché si relaziona con l'alunno eviterà di punirlo, e leggerà il suo disagio non come una "cosa voluta". Appena rilevato il disagio, può comunicarlo ai genitori.</p> <p>Quando tali situazioni sia dell'alunno che dei familiari sono più complesse, può essere indicato un approfondimento di consulenza o una terapia familiare.</p>
<p>I disturbi del sonno durante l'adolescenza</p>	<p>Un'alta percentuale di adolescenti presenta disturbi del sonno.</p> <p>Le insonnie più frequenti sono quelle che riguardano le difficoltà di addormentamento e i risvegli notturni; la causa è spesso psicologica, è legata a stati ansiosi e depressivi.</p> <p>Una sindrome particolare tipica dell'adolescenza è la sindrome di ritardo della fase del sonno, in cui si ha un ritardo sistematico dell'orario di addormentamento di qualche ora dopo la mezzanotte. Altri disturbi tipici sono il terrore notturno (pavor nocturnus) si manifesta intorno ai 2- 4 anni e può continuare fino agli 11-12 anni. Sembra essere tipico di chi è stato protagonista anche solo per pochi giorni di forti esperienze spiacevoli o</p>

	<p>traumatiche, di istituzionalizzazioni come ad esempio collegio, orfanotrofio. Non è un incubo ed è molto diverso dal sonnambulismo, è una vera crisi di terrore, il bambino non ricorda nessun incubo infatti, al mattino non ha più memoria dell'accaduto. Inoltre vi è il sonnambulismo e le iperinsonnie.</p> <p>Gli adolescenti possono andare incontro a diversi problemi se non riposano un numero adeguato di ore, infatti, spesso si possono avere rischi di lesioni e incidenti in particolare durante la guida, insieme ad una riduzione del rendimento scolastico. Inoltre vi è la presenza di problemi motori e comportamentali, unito ad uno stato d'animo negativo.</p> <p>L'abuso eccessivo di stimolanti (in particolare caffeina e nicotina), uso di alcool e sostanze simili contribuiscono ad aggravare i disturbi del sonno.</p>
Contesti culturali	Tutti non esiste un contesto culturale sociale che favorisca l'insorgere del disturbo.
Incidenza in adolescenza	Frequente.

Comportamenti simili in tipologie differenti di disagio

Si potrebbero manifestare delle alterazioni del disturbo del sonno legate all'insorgere di disturbi d'ansia, esiste una comorbilità tra l'autismo e l'insonnia, tra il ritardo mentale e l'insonnia, tra il disturbo ADHD e l'insonnia e tra il disturbo depressivo maggiore e l'insonnia.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV. DSM IV, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, edizioni Masson;
Dement W., Il sonno e i suoi segreti, Baldini Castoldi Dalai, MILANO 2004

Ezio Sanavio, Presentazione dell'edizione italiana di: Morin C.M., Espie C.A. (2004).
"Insonnia. Guida alla valutazione e all'intervento psicologico", 1ª ed. McGraw Hill.

Ford D.E. et al. (1989) "Epidemiologic studies of sleep disturbances and psychiatric disorders". JAMA 1989; 262:1479; Gabbard Glen O., Psichiatria Psicodinamica, Raffaello Cortina Editore.

SILVESTRI R., DE DOMENICO D., Le parasonnie: inquadramento nosografico, epidemiologico e clinico, ESAM Futura, 1991 Roma. [91 SOLDATOS C.R., KALES A., «Sleep disorders: research in psychopathology and its practical implications», Acta Psych. Scand., 65: 381-387, 1982.

DIPENDENZA E NEW ADDICTIONS



Situazione stimolo

Sara ha 15 anni, frequenta il secondo anno del liceo scientifico, con discreti risultati. I suoi genitori sono separati da quando era molto piccola ma, secondo lei, nei fatti non si sono mai realmente separati. A Sara sembrano due ragazzini che litigano sempre allo stesso modo. Riferisce ad una sua insegnante di non sentirsi capita ed ascoltata. Frequenta un gruppo di ragazzi più grandi, che fanno uso di cocaina e saltuariamente sperimentano l'uso delle cosiddette "nuove droghe chimiche". Sara ammette che spesso le capita di unirsi a loro, tanto che lei stessa teme di diventare dipendente, ma allo stesso tempo ha paura di non essere accettata dal gruppo.

Introduzione

Generalmente, siamo abituati a parlare di dipendenza riferendoci principalmente alle sostanze illegali. Negli ultimi anni invece si è assistito ad un ampliamento dell'utilizzo del termine "dipendenza" in riferimento a comportamenti, abitudini, situazioni legali delle quali non possiamo fare a meno e che non hanno alcuna connessione con l'assunzione di sostanze. Si tratta di una *dipendenza di tipo psicologico*, che si ritiene essere più "sfuggente" rispetto alla dipendenza fisica, in quanto fa riferimento a meccanismi difficilmente evidenziabili, per cui il desiderio irrefrenabile di assumere una sostanza, come anche di trovarsi in una determinata situazione, di consumare qualcosa, di non poter fare a meno di qualcuno, non è in relazione con le caratteristiche della sostanza stessa e con le conseguenze biochimiche dell'assunzione (Coletti 2004).

Già nel 1969 un comitato di esperti dell'Oms (Organizzazione Mondiale della Sanità) propose una definizione secondo la quale il processo della dipendenza è un prodotto dell'interazione fra persona, sostanza e contesto: si aprono le porte ad un tentativo di spiegare la dipendenza come conseguenza di un processo estremamente complesso nel quale intervengono più fattori.

Accanto alle dipendenze da sostanza esiste, quindi, la grande e sottovalutata dimensione delle forme di dipendenza senza sostanza, dette anche "*new addictions*".

Con questo termine si fa riferimento alle nuove tipologie di dipendenze nelle quali non è implicato il coinvolgimento di sostanze chimiche, ma l'oggetto della dipendenza è un comportamento o un'attività lecita o socialmente accettata come lo shopping, il gioco d'azzardo (conosciuto anche col termine di ludopatia o gambling), l'utilizzo di internet, il lavoro, il sesso, le relazioni sentimentali. Si parla così delle *new addictions* come *dipendenze socialiperché non si collocano nella dimensione della trasgressione, del vietato, del disapprovato, ma nascono e si costruiscono nella quotidianità perdendo quindi sia la dimensione del lecito e dell'illecito e con essa più facilmente anche quella del limite, tra ciò che fa bene e ciò che fa male* (Lavanco e Croce, 2008). Questa dipendenza sociale ha, però, delle conseguenze a-sociali legate alla progressiva chiusura individuale, alla ripetizione coatta dei comportamenti di *addiction*, alle conseguenze sui piani familiare e lavorativo, alla perdita di capitale sociale e di senso ed investimento nella comunità. Come sostengono diversi autori, inoltre, le nuove dipendenze rappresentano un tentativo disfunzionale di dare risposta a specifici fattori evolutivi (Lavanco e Croce 2008).

Parlare di dipendenze o *addictions*, significa entrare in un universo che, in qualche modo ci appartiene, nel senso che ciascuno di noi si trova a convivere con qualche forma di dipendenza, almeno transitoria, senza neanche rendersene perfettamente conto perché funzionale al proprio vissuto.

Poiché le condotte di dipendenza compaiono prevalentemente in adolescenza, in questa area si farà riferimento prettamente a tale fascia di età; anche se gli ultimi dati statistici parlano di un abbassamento della soglia dell'età per la comparsa di *addictions*, ma non al di sotto, della preadolescenza. L'adolescenza costituisce, quindi, un'evoluzione specifica della problematica della dipendenza (Marcelli, 1954). In altri termini "l'età adolescenziale

è espressione di dinamiche psicologiche che oscillano tra bisogni di dipendenza e quelli di autonomia. Il passaggio da questa età a quella adulta comporta alti livelli di tensione all'interno della famiglia e cambiamento di ruolo e di funzione tra i singoli membri. Il processo di svincolo diventa difficile, se non impossibile, all'interno di una famiglia che percepisce come drammatico il processo di differenziazione del figlio adolescente, al punto da *congelare* lo spazio e da *fermare* il tempo. In questo tipo di famiglia si assiste ad un arresto della fase del ciclo vitale, verso una situazione statica che li difende dall'angoscia di separazione e di differenziazione” (Baldascini). Si assiste così alla creazione di un contesto in cui si sviluppa la scelta di una dipendenza, come forma di protesta o di un disperato tentativo di trovare la famiglia” (Baldascini).

Come riconoscere le Dipendenze

La questione addiction e new addictions “richiede una metodologia di comprensione (ed anche di azione) particolarmente complessa ed integrata, che metta in campo strumenti conoscitivi diversi e strumenti operativi articolati” (Baldascini). A tal riguardo è importante chiarire cosa si intende per dipendenza e come è possibile differenziare le diverse forme che, in alcuni casi, possono avere anche delle implicazioni di tipo legale.

Nome	DIPENDENZA e NEW ADDICTIONS
Definizione	Per dipendenza si intende un'alterazione del comportamento che, da semplice e comune abitudine, diventa una ricerca esagerata e patologica del piacere attraverso mezzi, sostanze e comportamenti che sfociano nella condizione patologica. La persona dipendente assume particolari condotte perdendo, inoltre, ogni possibilità di controllo sull'abitudine, che diviene smisurato bisogno di reiterazione nonostante le conseguenze negative che da essa derivano.
Tipi di Dipendenza	I rapidi cambiamenti della società e lo sviluppo delle tecnologie dei new media hanno condotto ad identificare un numeroso e variegato gruppo di dipendenze sociali o legali, classificabili come “nuove dipendenze”. Con il termine inglese “addiction” s'intende definire una condizione generale in cui la dipendenza psicologica spinge alla ricerca dell'oggetto, senza il quale l'esistenza perde il suo significato primario. Nel caso delle nuove dipendenze si può parlare dello sviluppo dell'addiction senza “dependence” (dipendenza fisica e chimica). Si tratta perciò, in questo caso, del bisogno imprescindibile di mettere in atto dei comportamenti

	<p>significativi, in assenza di una dipendenza fisica vera e propria (Cesare Guerreschi, 2005). L'oggetto della dipendenza è un comportamento o un'attività lecita o socialmente accettata come lavorare, fare acquisti, navigare su internet, giocare.</p> <p>Le principali risultano il gamblingo ludopatia(dipendenza da gioco di azzardo), lo shopping problematico, l'internet addictions, la dipendenza relazionale (affettiva), la cybersexaddictions (dipendenza sessuale).</p>
<p>Pattern comportamentali</p>	<p>Le dipendenze variano storicamente anche in relazione ai cambiamenti sociali, culturali e tecnologici e hanno caratteristiche diverse da quelle tradizionali del secolo scorso (uso di droghe, alcol ecc.). Tuttavia, possiamo riscontrare alcuni elementi comuni tra le dipendenze comportamentali e quelle determinate dall'uso di sostanze:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impossibilità a resistere all'impulso di mettere in atto il comportamento (compulsività). • Sensazione crescente di tensione che precede l'inizio del comportamento (craving). • Piacere o sollievo durante la messa in atto del comportamento • Percezione di perdita di controllo. • Persistenza del comportamento nonostante la sua associazione con conseguenze negative (psichiche, fisiche e sociali) • Presenza di sentimenti di colpa nei confronti del comportamento attuato. • Interruzione o riduzione d'importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza
<p>Pattern relazionali in famiglia</p>	<p>Nessun fattore familiare, considerato isolatamente, risulta specifico. In generale quando in una famiglia c'è un figlio che sviluppa una dipendenza si verifica l'irrigidimento di una struttura che vede il formarsi di una coppia, dove un membro è il figlio e l'altro è un genitore significativamente più coinvolto con esso, ovvero con maggiori preoccupazioni, indulgenze e protezioni nei suoi confronti. "Questo atteggiamento protettivo tende, generalmente, a bloccare i processi di esplorazione verso l'esterno del figlio, e contemporaneamente crea un'alleanza tra generazioni a livello gerarchico diverso, dove l'altro genitore è escluso o contrastato. Spesso si assiste alla formazione di una</p>

vero e proprio rapporto simbiotico tra un genitore ed un figlio. Una relazione fusionale è sempre di tipo complementare, nel senso che la coppia vive una sorta di mutua assistenza. Ciascun individuo deve servirsi dell'altro per la sua sopravvivenza" (Baldascini). Il triangolo è alla base della struttura familiare e in una relazione fusionale come appena descritta non contempla il contemporaneo rapporto di tre membri. Quindi il terzo elemento, in qualche modo, viene allontanato dalla relazione della coppia simbiotica. Generalmente il genitore ipercoinvolto è di sesso opposto al figlio. In tal modo si aggiunge una seconda dipendenza, ovvero quella del genitore rispetto al comportamento del giovane figlio.

"Nelle famiglie di questo tipo i genitori stessi tendono per primi a sfuggire la loro identità di ruolo. Incapaci di accettare e di affrontare fino in fondo la loro funzione e le loro responsabilità, essi si pongono di fronte ai figli come adolescenti sopravvissuti, che giocano il ruolo di *amici*, senza costituire dei punti di riferimento adulti. Intenti soprattutto ad evitare l'emergere di aspetti e situazioni conflittuali, questi genitori sfuggono alla loro funzione di accoglimento e di contenimento delle ansie, dei conflitti e delle componenti aggressive dei figli e non offrono quindi l'occasione di sviluppare quel senso di sicurezza e di fiducia su cui si basano processi fondamentali come la separazione (dal nucleo familiare) e l'individuazione (cioè la capacità di divenire adulto). Per raggiungere un'individualità occorre sviluppare un senso di sicurezza e di appartenenza che garantisca al soggetto la separazione dalla propria famiglia e, quindi, l'ingresso in società" (Baldascini). La famiglia "dipendente" non può permettere ciò. Con la scelta di una qualsiasi forma di dipendenza, inoltre, si innesca nel soggetto una falsa sensazione di liberazione in quanto egli si illude di essere sfuggito allo stallo delle relazioni familiari fusionali sbloccando la sua crescita.

Pattern relazionali in classe

Il gruppo classe, ed in generale il gruppo dei pari, consente all'adolescente di sperimentare modelli e stili di personalità funzionali ai suoi bisogni di ricerca di identità ed affermazione del sé. Generalmente l'adolescente sperimenta e si avvicina in gruppo al consumo festivo e ricreativo della sostanza e sperimenta, inoltre, comportamenti di soddisfacimento immediato dei propri bisogni affettivi e di appartenenza

	<p>Quando, però, l'adolescente assume per uso autoterapico e/o tossicomano sostanze stupefacenti o farmaci o alcool, la situazione è diversa. Il ragazzo perde gradatamente interesse verso le attività sociali, sportive e ricreative; la vita sociale si impoverisce fino all'isolamento o alla frequentazione di soggetti con le stesse difficoltà; si perde interesse per le attività scolastiche fino all'abbandono scolastico o alla bocciatura.</p>
Il docente	<p>Molto spesso i ragazzi, nell'affrontare questo tipo di esperienza, si trovano soli e spaventati. Quello che gli insegnanti possono fare è molto. E' necessario che gli adulti a loro vicini siano sensibili ad ogni manifestazione fisica ed emotiva e che sappiano prestare ascolto al loro linguaggio. In particolare dovrebbero:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestare attenzione ai "segnali" per notare eventuali cambiamenti nel comportamento • Favorire la comunicazione • Essere disponibili all'ascolto • Incoraggiare comportamenti propositivi • Credere in loro come risorsa necessaria • Sostenere la formulazione di progetti futuri • Responsabilizzare, rendendo i ragazzi soggetti attivi di cambiamento
Incidenza	Potenzialmente elevata in adolescenza
Contesti culturali	Tutti. Numerose ricerche sul fenomeno in esame hanno dimostrato che non è l'ambiente colto o ignorante né il reddito più o meno alto a favorire o scongiurare il fenomeno.
Fattori di rischio	<p>Esistono una serie di fattori comuni che influenzano lo sviluppo e il mantenimento del comportamento dipendente. I fattori legati al sistema familiare sono fondamentali, come abbiamo già detto, insieme ai fattori sociali, che si identificano nella cultura e nell'influenza esercitata dal gruppo dei pari. Relazioni inadeguate all'interno del sistema familiare e una bassa percezione del sostegno familiare aumentano il rischio di esporsi a comportamenti problematici, come anche i fattori individuali e una serie di tratti di personalità. I genitori costituiscono un modello importante anche per l'acquisizione delle abilità ad affrontare situazioni difficili e problematiche. Deficit e carenze nell'abilità di fronteggiare gli eventi, gli incontri sociali e la difficoltà dei compiti di sviluppo, con cui si confronta, possono</p>

convincere l'adolescente che il ricorso a una sostanza può aiutarlo a ridurre la tensione, a ripristinare condizioni più accettabili, a rafforzare la sua immagine sociale.

In generale quindi i principali fattori di rischio risultano essere:

- Ambiente familiare caotico, con genitori che fanno uso di sostanze o con problemi psichiatrici
 - Scarse relazioni calde (affettuose) e supportive, a maggior ragione quando i ragazzi nell'infanzia presentano problemi comportamentali o disturbi della condotta
 - Scarse capacità di accudimento
- Altri fattori di rischio sono correlati all'interazione dell'adolescente con i coetanei, la scuola e la comunità, quali:
- Inappropriati comportamenti aggressivi in classe
 - Risultati scolastici fallimentari
 - Legami con coetanei che manifestano comportamenti devianti.

Di contro risultano essere protettive le situazioni dove sono presenti:

- Saldi legami con la famiglia
 - Esperienza di una famiglia unita dove ciascun componente riveste un ruolo chiaro;
 - Successo scolastico
 - Forti legami con l'altro sociale oltre la famiglia: scuola, organizzazioni religiose, associazioni ricreative e culturali.
- I fattori di personalità che sembrano svolgere un ruolo di rilievo sono:
- La ricerca di sensazioni
 - L'impulsività

Zuckerman (1979) descrive i "sensationseekers" come persone caratterizzate da un tratto di personalità, definito "ricerca di sensazioni", che predispone l'individuo a ricercare sensazioni ed esperienze nuove, a prediligere situazioni avventurose e ad essere particolarmente suscettibile alla noia. Inoltre, i sensationseekers considerano come "non a rischio" situazioni che invece potrebbero rappresentare dei pericoli per il resto della

popolazione.

Infine, anche le aspettative, l'ambiente e il contesto culturale, oltre che la personalità e le tendenze cognitive possono fortemente influenzare un comportamento tanto da renderlo dipendente. Di fronte ad un'evoluzione tecnologica ognuno esprime la necessità di adattarsi a stati soggettivi inattesi, associati all'uso di nuove tecnologie. Diventa centrale quindi considerare la relazione tra l'individuo a rischio di una dipendenza e l'oggetto della sua stessa dipendenza (sostanze, gioco, internet), come una delle cause del mantenimento di tali comportamenti problematici. Queste osservazioni permettono di considerare come causa della dipendenza non un singolo fattore, ma un insieme di fattori di natura psicologica, sociale e biologica.

Comportamenti simili in tipologie differenti di disagio

A livello terapeutico si sta sviluppando la tendenza a trattare le dipendenze comportamentali alla stregua delle tossicodipendenze (o di altre dipendenze da sostanze come ad esempio l'alcool), utilizzando cioè delle strategie d'intervento e riabilitative mutuata da questo settore, molto più consolidato, sia a livello di esperienza, sia a livello di ricerca e di letteratura in merito. Occorre inoltre evidenziare che, gli studi a livello internazionale, dimostrano un'elevata frequenza di poli dipendenze (presenza di una o più dipendenze da sostanze e comportamenti nella stessa persona) e cross dipendenze (passaggio di una persona nel corso della vita da una dipendenza ad un'altra) nello stesso soggetto. Per tale motivo oggi, spesso non ha molto senso intervenire separatamente sul singolo disturbo, ma andrebbe fatto un intervento globale relativamente alla complessità del soggetto, dei suoi sistemi di appartenenza, dei suoi bisogni, dei suoi vissuti personali rispetto alle dipendenze stesse.

Pensiamo che sia perciò importante cercare di comprendere i bisogni, i ruoli e gli spazi vuoti che questi comportamenti vanno a colmare, in un'ottica di promozione della salute, attraverso interventi che non demonizzino ma che si muovano nell'ambito della prevenzione dei comportamenti a rischio e della promozione di una cultura della responsabilizzazione centrata su una forma di consumo sano, gioco sano... così come suggeriscono anche Lavanco e Croce (2008) con la promozione, infine, di una cultura psicologica che significa ascolto di sé e degli altri, maggiore consapevolezza di sé e maggiori competenze relazionali e sociali, ma anche porre attenzione e dignità ad una sfera di sintomi non solo organici, imparando anche a prendersi cura del sentire proprio e degli altri.

BIBLIOGRAFIA

Andreoli V., Cassano G. B., Rossi R., (a cura di), DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision. ICD-10/ICD-9-CM. Classificazione parallela

Couyoumdjian A., Baiocco R., Del Miglio C., Adolescenti e nuove dipendenze, Giunti, Firenze, 2006

Marcelli D., Bracconier A., Adolescenza e psicopatologia, Masson Editore.

Pigatto, La condizione di dipendenza patologica, in Nizzoli U., 2003

SITOGRAFIA

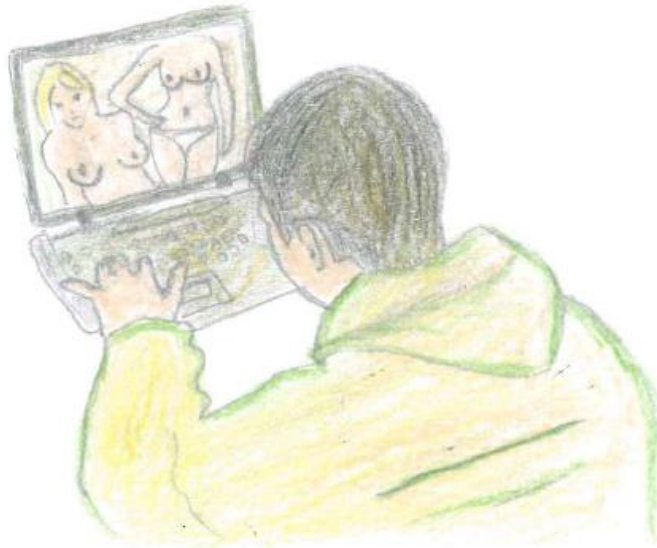
www.azzurro.it

www.cyberbullying.uw

sww-mens-sana.biz

www.cedostar.it

SESSUALITA' E DISTURBI DELLA CONDOTTA SESSUALE



Situazione stimolo

“Ho iniziato per gioco”. Marco e Luisa raccontano le loro esperienze di *sexting*. “Navigavo su internet e cliccando per curiosità sui siti che promettono di trovarti una ragazza nella tua città. Sono timido, ma soprattutto curioso. E così ho conosciuto Luisa 13 anni. Prima qualche sms, poi delle foto, ma senza la faccia. Poi dettagli sempre più intimi. E l’eccitazione aumentava sempre di più. Così tanto che ora non riesco a fare a meno del sexting”. A raccontare la sua storia è Marco, 14 anni, di Padova. Frequenta la terza media, gli piace studiare e come tanti coetanei ha un passatempo a cui si dedica anima e corpo. Marco racconta e dice: “Lo smartphone aiuta, che male c’è?»

Introduzione

La sessualità, al di là dei presupposti biologici che ne costituiscono la base, è un fatto culturale, e per questo richiede: informazione, conoscenza e apprendimento. La sessualità è una delle sfere più personali e private di un individuo. Ognuno di noi è un essere sessuato con preferenze e fantasie che talvolta possono persino scandalizzare gli altri, ma che fanno comunque parte del normale funzionamento sessuale. Uno dei grandi meriti di Freud è quello di aver potuto parlare della sessualità del bambino piccolo senza vergogna, né aggressività, né pregiudizio: si dice spesso che Freud abbia “scoperto” la sessualità infantile ma in realtà il suo merito è quello di averne parlato senza censura morale. Il bambino man mano che si costituisce come individuo, deve non solo riconoscere la propria identità sessuale, ma anche accettare di non trovare, da subito, un vero oggetto di soddisfazione sessuale: questo lungo periodo, cosiddetto di latenza, permettere al bambino tutta una gamma di esperienze, di tentativi e di errori per definizione mai soddisfacenti, ma che lascia aperto il campo della scoperta. La sessualità di un bambino è condizionata dai sistemi coi quali si relaziona: la famiglia, la scuola, il gruppo dei pari e i mass media. Quando gli adulti scelgono “il silenzio”, il gruppo dei pari diventa fonte di informazioni, esperienze e valori “alterati”. E’ così che, per un bambino che sta crescendo, la sessualità e l’affettività possono diventare una serie di “parole non dette”, domande non fatte, risposte non date. Quando si verifica un vuoto da parte degli adulti significativi, assume una valenza determinante il messaggio dei mezzi di comunicazione di massa rispetto ai quali il bambino/adolescente non ha capacità interlocutoria. Senza la mediazione dell’adulto, si fatica a comprendere quali siano le differenze tra pensare e/o fantasticare la sessualità, processo fondamentale nel percorso della crescita, invece che agirlo. La scoperta e la sperimentazione della propria sessualità sono considerate tappe fondamentali per un sano sviluppo evolutivo, che favoriscono la costruzione dell’identità dal bambino all’adolescente. E’ proprio in quest’ultima fase, momento evolutivo di formazione e strutturazione dell’identità che si assiste sempre più spesso, durante le normali e fisiologiche pratiche di sperimentazione sessuale, ad un blocco, un vero e proprio “corto circuito” che ne arresta la sana evoluzione. Ciò accade quando le fantasie o i desideri che accompagnano tale processo si assolutizzano diventando “chiodi fissi”, cominciando così a qualificarsi come patologici. In questo contesto, il ruolo di coloro che osservano ed individuano eventuali indicatori di disagio non è quello di diffondere una particolare morale sessuale, bensì di rendere gli adolescenti attenti alla necessità di operare scelte coerenti, consapevoli e responsabili.

Come riconoscere le Condotte Sessuali Atipiche

Di seguito vengono riportati indicatori, specifici per il disturbo, che possono aiutare l’insegnante ad individuare la specifica forma di disagio che può manifestare l’allievo in classe.

Nome	Disturbi della Condotta Sessuale
Definizione	<p>Nella sfera dei Disturbi della Condotta Sessuale rientrano tutti i Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere così come classificati nel DSM IV. Nello specifico abbiamo le cosiddette Parafilie, le cui caratteristiche essenziali sono: fantasie, impulsi sessuali o comportamenti ricorrenti e intensamente eccitanti sessualmente, che in generale riguardano 1) oggetti inanimati, 2) la sofferenza o l'umiliazione di se stessi o del partner, o 3) bambini o altre persone non consenzienti, e che si manifestano per un periodo di almeno 6 mesi. Tra le parafilie si distinguono: esibizionismo, voyeurismo, feticismo, frotteurismo, pedofilia, masochismo sessuale, sadismo sessuale, feticismo di travestimento. <i>In questo lavoro non si approfondiranno le singole caratteristiche di ogni parafilia perché molto rare in infanzia e adolescenza e rientrano in una sfera altamente intima ed individuale da essere difficilmente osservabile dal docente in classe. Tratteremo pertanto solo quei comportamenti sessuali più comuni ed osservabili all'interno del sistema scolastico</i> come: la masturbazione, la gravidanza precoce e il <i>sexting</i>.</p>
Masturbazione	<p>Nell'infanzia è più preciso parlare di manipolazioni sessuali che si evidenziano già intorno ai 6/7 mesi e si includono negli schemi senso-motori possibili solo nel maschio. Vere e proprie masturbazioni compaiono verso i 2/3 anni, sia nel maschio che nella femmina, decrescono per uno o due anni, riprendono poi intensamente tra i 5 e i 6 anni sia come masturbazione diretta sia come attività ritmica: dondolamento del corpo, flesso-estensione delle cosce, etc.</p> <p>Nell'adolescenza e nel periodo pubertario la ricomparsa della masturbazione è quasi costante. Essa è caratterizzata dal ricco contesto fantasmatico che l'accompagna: fantasia su un partner eventuale, forte senso di colpa, fantasmi aggressivi, vergogna e disgusto, che si alternano spesso nello stesso adolescente.</p> <p>La masturbazione, come abbiamo già precedentemente esplicitato, rientra tra i comportamenti tipici di un sano sviluppo evolutivo. Nell'infanzia se tali comportamenti continuano a persistere anche oltre l'età sopraindicata possono trasformarsi in</p>

	<p>disturbi della condotta sessuale.</p> <p>Nell'adolescenza, invece, diventa disturbo quando la masturbazione è praticata in contesti sociali non adeguati a tale azione.</p>
Gravidanza precoce	<p>Le adolescenti presentano spesso tratti di carenza affettiva e di bassa autostima. L'adolescente "utilizza" frequentemente i rapporti sessuali per ottenere una relazione di tenerezza e di maternage. In queste condizioni il desiderio di gravidanza sostituisce l'assenza della figura affettiva di riferimento inserendo l'adolescente in un progetto di identificazione materna e sociale facendola sperare in una gratificazione affettiva ("voglio tenere il bambino perché almeno ci sarà qualcuno che mi amerà"). Pertanto se in un primo tempo la gravidanza può apparire come un mezzo di conquista di identità, questa maternità precoce conduce sempre ad effetti di rottura dello sviluppo: irrigidimento dei processi identificatori, notevole regressione, coazione a ripetere attraverso il rifiuto, l'insuccesso, la svalorizzazione, etc.</p>
Sexting	<p>È un fenomeno che comprende l'invio e/o la ricezione e/o la condivisione di testi, video o immagini sessualmente esplicite ed inerenti la sessualità. Spesso tali immagini o video, anche se inviate ad una stretta cerchia di persone, si diffondono in modo incontrollabile e possono creare seri problemi, sia personali che legali, alla persona ritratta e/o filmata. L'invio di foto che ritraggono minorenni al di sotto dei 18 anni in pose sessualmente esplicite configura, infatti, il reato di distribuzione di materiale pedopornografico. (http://www.azzurro.it)</p>
Pattern comportamentali	<p>Masturbazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • autostimolazione dei genitali attraverso l'utilizzo delle mani e/o di altri oggetti; • ricerca di prossimità fisica, ad esempio mettere i piedi vicino ai genitali di altri <p>Gravidanza precoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aborto; • scompenso psichico (depressione, condotta di rottura); • rapida assunzione di uno status pseudo-adulto <p>Sexting:</p> <ul style="list-style-type: none"> • immagini realizzate con il telefono cellulare; • immagini diffuse attraverso il cellulare (tramite invio di

	mms o condivisione tramite bluetooth) o attraverso siti, e mail, chat.
Pattern relazionali in famiglia	<p>Non è possibile individuare una tipologia di famiglia per quanto concerne i comportamenti sessuali e/o i disturbi della condotta sessuale, si può parlare piuttosto di fattori familiari predisponenti, visto che soprattutto i disagi collegati a comportamenti sessuali disfunzionali e alle parafilie hanno prevalentemente un'origine psicologica. Le parafilie sono precedute sempre da qualche fattore predisponente: una delle cause più comuni della pedofilia e del masochismo, per esempio, tende a risiedere nei problemi di abuso subiti durante l'infanzia.</p> <p>I soggetti con problemi sessuali presentano tendenzialmente strutture cognitive rigide e disfunzionali, formatesi in età infantile, che portano ad interpretare ed elaborare le esperienze sessuali negative come un segno di incapacità e di fallimento personale, con il rischio di dar vita ad un circolo vizioso che si autoalimenta. L'ambiente familiare risulta così determinante per un sano sviluppo che inevitabilmente finisce per influenzare anche l'interpretazione che il soggetto darà alle esperienze di tipo sessuale. Un contesto familiare distaccato, freddo e respingente impedisce lo sviluppo di una solida autostima con ricadute anche sulla futura vita sessuale. Queste affermazioni vanno sempre però interpretate con una certa cautela in quanto non esiste una linearità di causa-effetto e non ci sono in letteratura studi sperimentali e longitudinali al riguardo, che possano confermare ed individuare fattori specifici familiari predisponenti.</p>
Pattern relazionali in classe	<p>Come abbiamo già affermato, questa tipologia di disfunzione e/o di disturbo emerge soprattutto in adolescenza; nell'infanzia, infatti, a meno che non ci siano manifestazioni particolarmente evidenti è difficile diagnosticare una simile disfunzione. Solitamente si assiste a due modalità relazionali che oscillano tra l'isolamento (come avviene per la gravidanza precoce) e il costituirsi di una vera e propria rete socio-virtuale (come avviene per il sexting).</p>
Il docente	<p>Il compito di ogni docente, dopo un'adeguata formazione di base, è quello di accogliere qualsiasi richiesta proveniente dai propri allievi e di organizzare momenti di riflessione e di discussione che permettano di elaborare delle risposte che siano il più possibile complete. Attualmente nella realtà scolastica si osserva che non sembra essere tanto la dimensione conoscitiva a</p>

	<p>creare difficoltà, quanto la dimensione affettiva ed etica; il docente si trova a confrontarsi con valori, culture e tradizioni differenti tra loro e dalle proprie. È importante considerare ogni comportamento come possibilità di scelta e non dare l'impressione che esistano comportamenti unici e assoluti, oppure giusti o sbagliati. Un'educazione efficace in materia di salute sessuale promuove un dialogo aperto che rispetti le credenze individuali. È importante che il docente comprenda l'allievo e non assuma un atteggiamento giudicante e moralistico. Dietro tali comportamenti, infatti, si nasconde un profondo disagio emotivo/relazionale.</p>
Incidenza	<p>Data la multifattorialità che caratterizza i disturbi della condotta sessuale rispetto le manifestazioni, le commistioni e l'insorgenza, diventa difficile farne una stima riguardo l'incidenza. Sicuramente sono più presenti in adolescenza, quando avviene lo sviluppo sessuale, ma il riguardare una sfera così intima e privata crea difficoltà nell'individuazione della presenza del disturbo.</p>
Contesti culturali	<p>Tutti. Numerose ricerche sul fenomeno in esame hanno dimostrato che non è l'ambiente colto o ignorante né il reddito più o meno alto a favorire o scongiurare il fenomeno.</p>
Fattori di rischio	<p>I fattori di rischio possono dividersi in:</p> <p>Individuali: psico-patologie, vissuti emozionali, pensieri disfunzionali, fattori culturali e/o mancanza di educazione sessuale;</p> <p>Relazionali: disagio di coppia, scarsa comunicazione e mancanza di attrazione fisica, repertorio sessuale ristretto, relazioni familiari.</p>

Comportamenti simili in tipologie differenti di disagio

In genere se il comportamento perverso è ripetitivo non è difficile porre una diagnosi. Bisogna tener presente che soprattutto nel caso dei Disturbi della Condotta Sessuale, quasi sempre la diagnosi viene richiesta per motivi legati ad un esame peritale più che per una ricerca d'aiuto da parte dell'individuo.

Nei casi ove il comportamento è troppo disinibito o avviene senza alcuna precauzione è da pensare ad una diagnosi differenziale con un ritardo mentale o con un processo di tipo schizofrenico. Comunque più che porre una specifica diagnosi è importante definire quanto ed in che modo il comportamento incida sull'esistenza dell'individuo. Infatti, a volte

comportamenti perversi possono emergere in situazioni particolarmente stressanti. In altri invece le fantasticherie e soprattutto il passaggio all'atto possono essere più o meno continuativi tali che la vita del soggetto ruota intorno alla disfunzione/perversione. Un problema importante è per alcune di queste patologie discernere se non sono invece forme camuffate di omosessualità. È utile distinguere quando si parla di **omosessualità** tra la costruzione dell'identità, i fantasmi o le fantasie omosessuali, i timori coscienti dell'omosessualità, i giochi o tocamenti con i coetanei dello stesso sesso, i rapporti omosessuali saltuari e la pratica omosessuale esclusiva. Per tutte queste situazioni l'uso indifferenziato del termine omosessualità crea più confusione ed errori che chiarificazione e coerenza semiologica. Infine, precisiamo che l'omosessualità non costituisce un disagio di per sé ma che si tratta di valutare attraverso un fantasma, un desiderio, un timore, una pratica, il rapporto che l'adolescente stabilisce con il proprio corpo e con quello dell'altro accettando o meno di prendere in considerazione la realtà della differenza anatomica dei sessi. L'adolescente deve essere accettato nella sua diversità; è proprio da questa accettazione che bisogna partire per una sana costruzione dell'identità. Il sistema scolastico può sostenere questa strutturazione solo se favorisce un clima di appartenenza

BIBLIOGRAFIA

Andreoli V., Cassano G. B., Rossi R., (a cura di), DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision. ICD-10/ICD-9-CM. Classificazione parallela

Marcelli D., Cohen D., Psicopatologia del bambino, Edra Masson Editore;

Marcelli D., Braconier A., Adolescenza e psicopatologia, Masson Editore;

Pellai A., Le parole non dette. Come genitori e insegnanti possono aiutare i bambini a prevenire l'abuso sessuale, Centro Sudi Erikson, (collana I materiali), 2013

SITOGRAFIA

www.azzurro.it

www.definetheline.ca

www.cyberbullying.us

ABUSO E MALTRATTAMENTO



Situazione stimolo

Eleonora è una giovane animatrice culturale di una scuola elementare della periferia di Napoli, dove è solita trasformare le sue classi in laboratori creativi. Un giorno si trova nella classe V C e propone un esercizio, in cui suggerisce di scrivere una lettera a qualcuno che nasconde un segreto per chiedergli, se può, di rivelarlo. La piccola Rita, di 10 anni, consegna un bigliettino (mezza paginetta a righe) che così recita: *"C'è una bambina con un segreto molto brutto da rivelare. Però non lo dice perchè dopo, invece di aiutarla, la accusano. Questa bambina ha le sue buone ragioni se non si fida. Infatti, già una volta ha provato a parlare, ma le hanno detto che non era vero. Se ti dicono così, la seconda volta tu non lo dici. Perciò io non dico il segreto della bambina. Però lei nei grandi non ci crede più, perchè spesso sono bugiardi e porci"* (liberamente tratto da). Dopo aver letto quel bigliettino, Eleonora, cerca di parlare con la piccola Rita che, per altro, era considerata dalle insegnanti un'autentica calamità: aggressiva, distratta, obesa, trascurata fisicamente e psicologicamente, da genitori troppo assenti da casa per lavoro e, soprattutto, in conflitto tra loro. Rita, poi, era abituata a coinvolgere le compagne di classe in discorsi e giochi,

definiti dalle insegnanti, "indecenti", "pericolosi" e assolutamente inadeguati alla sua età. Era, insomma, "la pecora nera". Rita non è altro che la portatrice di un segreto, che se decodificato avrebbe consentito di comprendere i suoi comportamenti. Infatti, la piccola Rita subiva da quasi un anno le attenzioni sessuali dello zio e, avendo tentato di dirlo alla madre, era stata messa a tacere, rimproverata, lasciata sola, a misurarsi con un abuso del quale non poteva contenere l'esperienza, né fisicamente e né psicologicamente. Aveva così perso la fiducia negli adulti. Non credeva ci fosse un adulto affidabile e cui consegnare il suo segreto. Il rifiuto materno a crederle aveva fatto vivere alla bambina la peggiore delle esperienze: quella della solitudine, della disconferma del suo diritto a chiedere aiuto, a essere considerata, ascoltata, protetta, difesa. (PELLAI)

Introduzione

Il docente, per la significatività della relazione che spesso si crea con l'alunno, può essere scelto come depositario di un "segreto" che il minore non riesce a condividere con nessun altro. Le forme che l'alunno usa, per comunicare il proprio malessere, non sono sempre chiare, ed è per questo che il docente dovrebbe conoscere i segnali più diffusi, che possono essere indicativi di forme di abuso e/o maltrattamento, per fare in modo che l'eventuale richiesta d'aiuto non risulti inascoltata.

Come riconoscere il maltrattamento e l'abuso sessuale

Di seguito vengono riportati indicatori, specifici per il disturbo, che possono aiutare l'insegnante ad individuare la specifica forma di disagio che può manifestare l'allievo in classe

Nome	Maltrattamento e Abuso
Definizione	Gli atti e le carenze di cure che turbano gravemente il bambino, attentano alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono di: trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino (<i>Consiglio d'Europa, Strasburgo, 1987</i>)
Cosa si intende per Maltrattamento	Il maltrattamento può essere: <ul style="list-style-type: none"> • <u>Fisico</u>: è la forma più manifesta e facilmente riconoscibile; • <u>Psicologico</u>: è forse l'abuso più difficile ad essere individuato, se non quando ha già determinato gli effetti devastanti sullo sviluppo della personalità del bambino; in

	<p>notevole incremento, negli ultimi anni, con lo stile di vita della società consumistica e materialistica e la crisi della famiglia. Esso si verifica quando l'adulto è indifferente, squalifica, eccede nelle pretese e fa richieste sproporzionate all'età e alle caratteristiche del bambino.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Patologia della fornitura di cure</u>: un tempo identificata nella incuria, in realtà viene individuata non solo nella carenza di cure, ma anche nella inadeguatezza delle cure fisiche e psicologiche offerte, considerandole sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo. Si possono distinguere le seguenti forme: <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>incuria</i>: cioè la carenza di cure fornite (la cosiddetta violenza per omissione); 2. <i>discuria</i>: quando le cure, seppur fornite, sono distorte ed inadeguate se rapportate al momento evolutivo del bambino; 3. <i>ipercura</i>: quando viene offerto, in modo patologico, un eccesso di cure. In questo gruppo è compresa la <i>sindrome di Münchhausen per procura</i> (un genitore, solitamente la madre, provoca i sintomi di una malattia nel figlio; sintomi e malattie vengono dunque inventate dai genitori riferendole ai propri figli, i quali vengono sottoposti a cure ed accertamenti clinici, inutili e ingiustificati), il <i>medical shopping</i> (i genitori sono convinti che il proprio figlio stia male, per cui lo fanno visitare spesso da vari medici) e il <i>chemicalabuse</i> (un genitore è convinto che il figlio abbia bisogno di farmaci).
<p>Cosa si intende per Abuso</p>	<p>La forma di abuso è onnicomprensiva di tutte le pratiche sessuali manifeste o mascherate, a cui vengono sottoposti i minori, e comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abuso sessuale <i>intrafamiliare</i>: non riguarda solo quello comunemente considerato tra padri o conviventi e figlie femmine, ma anche quello tra madri o padri e figli maschi, nonché forme mascherate sotto inconsuete pratiche igieniche; è attuato da membri della famiglia nucleare (genitori, compresi quelli adottivi e affidatari, patrigni, conviventi, fratelli) o da membri della famiglia allargata

	<p>(nonni, zii, cugini, amici stretti della famiglia);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abuso sessuale <i>extrafamiliare</i>: interessa indifferentemente maschi e femmine e riconosce spesso una condizione di trascuratezza intrafamiliare che porta il bambino ad aderire alle attenzioni affettive che trova al di fuori della famiglia; è attuato, di solito, da persone conosciute dal minore (vicini di casa, conoscenti ecc.). <p>A questa classificazione si può aggiungere una distinzione ancora più ampia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abuso istituzionale: quando gli autori sono maestri, bidelli, educatori, assistenti di comunità, allenatori, medici, infermieri, religiosi, ecc., cioè tutti coloro ai quali i minori vengono affidati per ragioni di cura, custodia, educazione, gestione del tempo libero, all'interno delle diverse istituzioni e organizzazioni; • Abuso da parte di persone sconosciute, i cosiddetti "abusi di strada"; • Sfruttamento sessuale a fini di lucro da parte di singoli o di gruppi criminali organizzati, quali le organizzazioni per la produzione di materiale pornografico, per lo sfruttamento della prostituzione, agenzie per il turismo sessuale; • Violenza da parte di gruppi organizzati, sette, gruppi di pedofili, ecc. <p>Non è affatto infrequente che vengano attuate, da parte di più soggetti, forme plurime di abuso (ad esempio, abuso intrafamiliare e contemporaneo sfruttamento sessuale a fini di lucro; abuso da parte di adulti della famiglia e di conoscenti, ecc.).</p>
<p>Pattern comportamentali</p>	<p>Tali pattern vengono di seguito suddivisi per il maltrattamento, per la patologia della fornitura di cure e per l'abuso sessuale.</p>

Maltrattamento	Patologia della fornitura di cure	Abuso Sessuale
<p><i>Indicatori fisici:</i></p> <p>lesioni cutanee (echimosi, ematomi, abrasioni, lacerazioni); ustioni; morsi; fratture ossee; impronte cutanee di oggetti; segni di percosse che vengono spiegati dal bambino in modo strano e contraddittorio.</p> <p><i>Indicatori comportamentali:</i></p> <p>bambino passivo, lagnante o assillante; collerico; iperattivo; estremamente dipendente o rifiutante verso i genitori; ritardo o regressione nello sviluppo; enormi difficoltà nel rendimento scolastico</p> <p><i>Maltrattamento psicologico:</i></p> <p>scarsissima stima di sé o enorme e non realistica stima di sé; apparente maturità; comportamenti rigidi e controllati</p> <p>Impulsività e comportamenti di sfida</p>	<p><i>Indicatori fisici:</i></p> <p>ritardo nella crescita/denutrizione; scarsa igiene/infezioni; mancanza di cure mediche; stanchezza, sonnolenza.</p> <p><i>Indicatori comportamentali:</i></p> <p>ruba o chiede cose ai compagni; uso in età precoce di alcool, sigarette e droghe; richieste esagerata di affetto e di attenzioni verso persone esterne alla famiglia</p>	<p><i>Indicatori fisici:</i></p> <p>infezioni batteriche o perdite vaginali; dolore, prurito, ematomi, rossori nell' area genitale e/o anale; gravidanze precoci; biancheria intima sporca o strappata</p> <p><i>Indicatori comportamentali:</i></p> <p>caduta improvvisa nel rendimento scolastico; fantasie e curiosità sessuali strane e ripetitive; comportamenti sessuali precoci di provocazione o seduzione, di violenza o di esibizionismo; fughe da casa; condotte autolesionistiche; tentativo di suicidio; regressione; durante l' adolescenza compulsività o blocco della sessualità; disturbi del sonno; sintomi psiconevrotici (isterici, fobici, ipocondriaci) tra cui rituali ossessivi legati alla pulizia o disturbi psicosomatici del tratto gastroenterico; eccessiva remissività e passività isolamento dal gruppo dei pari peggioramento del rendimento scolastico.</p>

<p>Pattern relazionali in famiglia</p>	<p>La tipologia di famiglie per quanto concerne il maltrattamento e la patologia nella fornitura di cure rientrano in una pluralità tale da non consentire una sintesi schematica, così come invece consentono la tipologia delle famiglie nell' area dell' abuso.</p> <p>Si distinguono:</p> <p><i>Famiglie patriarcali:</i> Padre aggressivo e autoritario, spesso violento o abusato durante la sua infanzia. Madre passiva e sottomessa, malata o disturbata psichicamente. Una figlia, di solito la maggiore, subentra al posto della madre inadeguata alla cura della casa e dei fratelli. Questi vivono sentimenti di rabbia, inadeguatezza, esclusione e fallimento.</p> <p><i>Famiglie moderne:</i> Madre attiva, aggressiva, molto impegnata nel lavoro e spesso assente. Padre insicuro, dipendente dalla moglie vista come una figura materna. Questo per la sua passività, è molto più vicino ai figli che alla moglie. La figlia abusata va progressivamente assumendo un ruolo di confidente o consolatrice del padre che viene percepito come incompreso, depresso e deluso.</p> <p><i>Famiglia incestuosa:</i> è chiusa in sé, si ritiene autosufficiente e circonda con il segreto ciò che avviene al suo interno.</p>
<p>Pattern relazionali in classe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • il bambino rifiuta totalmente di andare alla scuola dell' infanzia e mostra enorme paura di staccarsi dalla mamma e dai genitori • l' alunno a scuola fa assenze ripetute e non comprensibili • ha disprezzo di sé e del proprio lavoro scolastico, sfiducia nelle proprie possibilità • è isolato e non ha buone relazioni con i compagni • è passivo e/o partecipe • richiama l' attenzione provocando l' insegnante o aggredendo i compagni • ha gravi difficoltà nel rendimento scolastico o studia troppo ed è troppo preoccupato del rendimento scolastico
<p>Il docente</p>	<p>Non deve lasciare solo il bambino, deve aiutarlo a parlare, ad esprimere i suoi sentimenti di paura, incertezza e rabbia.</p>

	<p><u>Cosa fare:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • dare ascolto: dare al bambino la possibilità di parlare del suo problema, dimostrando disponibilità nei suoi confronti. • Non reagire ma agire: prima di prendere iniziative è preferibile pensare alla soluzione migliore per risolvere il problema del minore • Fare la segnalazione: nel momento in cui si verifica la presenza di un numero considerevole dei pattern sopra indicati, in modo da consentire ad un esperto di verificare o meno la presenza di maltrattamento e/o abuso. <p><u>Cosa non fare:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Non far finta di niente: non lasciare solo il bambino e non delegare agli altri il problema • Non pretendere di fare tutto da soli: se i problemi sono complicati occorrono diverse figure professionali per aiutare il bambino • Non sentirsi superiore come educatore: cercare di comprendere e non giudicare o colpevolizzare, in termini morali, i genitori.
<p>Contesti culturali</p>	<p>Tutti. Numerose ricerche sul fenomeno in esame hanno dimostrato che non è l'ambiente colto o ignorante né il reddito più o meno alto a favorire o scongiurare il fenomeno.</p>
<p>Fattori di rischio per l'Abuso</p>	<p><i>Inerenti al bambino:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Età inferiore ai 3 anni • Handicap fisici • Distorsioni comportamentali <p><i>Inerenti ai genitori:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Età inferiore ai 20 anni • Abuso o maltrattato da bambino • Handicap fisico • Patologia psichiatrica grave • Tossicodipendenza o alcoolismo cronico <p><i>Derivati da fattori sociali:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Disoccupazione • Isolamento e emarginazione sociale • Problematiche nella coppia genitoriale • Condizioni abitative inadeguate

BIBLIOGRAFIA

Centro studi Hansel e Gretel, (a cura di), *Quaderni per l'infanzia*, Moncalieri Torino

Malacrea, Vassalli (a cura di), *Segreti di famiglia*, Raffaello Cortina

Montecchi, F. (a cura di) (1994), *Gli abusi all'infanzia. Dalla ricerca all'intervento clinico*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Pellai, A. (2008), *Le parole non dette. Come insegnanti e genitori possono aiutare i bambini a prevenire l'abuso sessuale*, FrancoAngeli, Milano.

Rialti, S., Petrone L. (2010), *Chi ha paura del lupo cattivo? Manuale di prevenzione degli abusi sessuali per genitori, insegnanti, operatori*, FrancoAngeli/Self-help, Milano.

Roccia, C. (1997), *Paura di parlare, paura di ascoltare: bambini ed insegnanti di fronte all'abuso sessuale*, In: "I bambini Invisibili", Centro studi Hansel e Gretel, Moncalieri, Torino.

Conclusioni

L'impegnativo lavoro, esposto finora, consente di mettere in luce la complessità della tematica che è oggetto di tale dissertazione; l'identificazione del disagio, all'interno della scuola, richiede non solo all'insegnante, ma a tutta l'istituzione scolastica di acquisire competenze ed abilità specifiche, per intervenire adeguatamente nelle svariate situazioni che si possono incontrare in classe.

Viene offerta al docente una lente di lettura nuova, per *riconoscere i messaggi lanciati dall'allievo*, viene *indicata l'utilità e la necessità di cooperare con altre figure competenti*, lo si *incoraggia a creare una relazione proficua con la famiglia e con i colleghi*: a tessere una rete fatta di più mani, che si intrecciano, per sostenere e spingere l'allievo verso l'evoluzione, piuttosto che attorcigliarsi ed imbrigliare in maglie strette e disfunzionali. L'insegnante ora sa che, quando dovesse trovarsi di fronte ad una situazione di difficoltà, può rivolgersi all'Osservatorio sul Disagio in infanzia e in adolescenza, organo preposto non solo a rilevare il disagio e a farne oggetto di ricerca continua, ma anche a fornire la sua collaborazione concreta, avvalendosi del partenariato con l'equipe dell'Istituto di Psicoterapia Relazionale di Napoli.

Il primo passo può essere compiuto compilando la scheda di seguito riportata e consegnandola all'Osservatorio che, oltre a dare avvio ad interventi mirati, sarà usata come strumento di ricerca.

Tale scheda, attraverso pochi items, consente di segnalare al garante per l'infanzia e l'adolescenza, la rilevazione del disagio scolastico manifestato dall'alunno in classe al fine di attivare un intervento sinergico che vede coinvolti tutti gli esperti del settore. Come si può da subito notare, questa scheda richiede sia informazioni generali dell'alunno che un'attenta osservazione dei pattern relazionali e comportamentali dell'allievo in classe in relazione ai suoi sistemi interpersonali (famiglia, gruppo dei pari e adulti di riferimento). L'intento ed il fine ultimo di questo lavoro non è quello di 'etichettare' mettendo *nero su bianco* le difficoltà riscontrate in classe ma bensì sostenere le tappe evolutive attraversate dall'alunno, considerando la *diversità* e per questo l'*unicità* del singolo e favorendo una cultura dell'inclusione dove ciascuno possa trovare il proprio spazio per emergere e cooperare. L'insegnante che è arrivato alla fine di questo compendio e che si trova quotidianamente a lavorare nel campo della scuola, intuisce sicuramente che la lettura di un libro consente di raggiungere un primo livello di conoscenza. La delicatezza della tematica richiede che il docente venga accompagnato non solo a decifrare segnali, talvolta incomprensibili, ma anche a scoprire modalità relazionali più utili che migliorino la qualità dell'insegnamento.

La sensibile attenzione dell'Osservatorio non vuole limitarsi, quindi, alla redazione di uno scritto da donare all'insegnante, ma intende proseguire nell'offrire ai docenti una formazione specifica, all'interno delle istituzioni scolastiche, che abbia la finalità di raggiungere i seguenti obiettivi.

In primo luogo essa servirà a spiegare come usare la guida, inoltre ad offrire l'opportunità di far vivere all'insegnate un'esperienza completa, che arricchisca il suo *sapere*, ma che

miri soprattutto all'*essere* e al *fare* di quei docenti che ambiscono a divenire maggiormente consapevoli delle proprie capacità e dei propri limiti e che sono interessati a migliorarsi.

Un insegnante che si illude di poter fare tutto da solo, al pari di colui che sente ormai solo l'impotenza, non può essere un buon educatore.

Il bravo formatore sa che la base per un efficace apprendimento di saperi è la relazione tra docente e allievo, un rapporto che dovrebbe fondarsi sulla fiducia e sull'attenzione reciproca; ciascun docente prova ad agire spinto dai migliori propositi, ma la realtà quotidiana e le svariate forme di disagio rischiano di mettere a dura prova. Occuparsi dell'*essere* di un docente significa aiutarlo a comprendere che, se è davvero interessato ad incontrare l'altro, che sia l'allievo o un adulto con cui si trova a cooperare, è fondamentale che inizi a conoscere meglio se stesso e a prendersi maggiormente cura del proprio *benessere*.

Allenare il *fare* dell'insegnante, vuol dire aiutarlo ad agire con maggiore presenza ed intenzionalità nel rapporto educativo, dopo aver appreso come migliorare il proprio stile comunicativo ed educativo, anche e soprattutto in quelle situazioni di disagio.

In conclusione, la pubblicazione di questa guida, che non ha mai avuto la pretesa di essere una disamina esaustiva, porta, però, con sé l'ambizione di rappresentare un'apertura verso un nuovo modo di occuparsi del disagio in infanzia ed adolescenza.

Ci auguriamo anche che in futuro siano possibili ulteriori aggiornamenti al lavoro fatto fin qui e l'eventuale inserimento di allegati che possano andare a completare il quadro trattato in questa edizione.

La lente si allarga e si amplia la visione: per aiutare i più giovani a crescere, è necessario che in primis gli adulti, gli insegnanti e le famiglie, responsabili dell'evoluzione delle nuove generazioni, trovino risposte e riferimenti concreti a cui affidarsi e che sentano, finalmente, di *non essere più soli* nell'arduo compito educativo.

SCHEDA SEGNALAZIONE AL GARANTE PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA
AI FINI DELLA RACCOLTA INFORMAZIONI SULLE SEGNALAZIONI
(Compilare obbligatoriamente le aree con 1 asterisco, dove possibile anche quelle con 2 asterischi)

Data di segnalazione _____

Regione _____

<p>Nome del segnalante</p> <p>Indirizzo</p> <p>Tel./Cell.</p> <p>Email</p>	<p>Tipologia del segnalante (*)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ AG/FF.OO. ▫ Genitore (.....) ▫ Parente (.....) ▫ Minorenne ▫ Servizi socio-sanitari ▫ Scuola ▫ Privato sociale ▫ Cittadino ▫ Numeri pubblica utilità ▫ Altro Garante ▫ Tutore ▫ Altro
---	---

<p>Dall'osservazione dell'allievo in classe emerge:</p>	<p>Problematica (*)</p> <ul style="list-style-type: none">▫ familiare▫ sanitaria▫ socio-assistenziale▫ scolastica▫ giudiziaria▫ media e web▫ discriminazione▫ ludico/sportiva▫ maltrattamento/ violenza/abusi▫ altro (.....)
---	--

<p>In seguito alla lettura della Guida, in quale forma di disagio inserirebbe la problematica riscontrata?</p>	<ul style="list-style-type: none">▫ DSA▫ ADHD▫ Oppositivo-provocatorio▫ Sfera sessuale▫ Condotta sessuale▫ Controllo sfinterico▫ Psicosomatico▫ Agire e passaggio all'atto▫ Sonno▫ Ansia▫ Depressione▫ Abuso e maltrattamento▫ Anoressia/bulimia
<p>Quali sono i pattern comportamentali e relazionali che l'hanno spinto a fare la segnalazione?</p>	

<p>Nome del/i minorene/i oggetto della segnalazione (solo le iniziali)</p> <p>Data di nascita</p> <p>Residenza</p> <p>Cittadinanza</p>	<p>Condizione del minorene (**)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ figlio ◦ figlio non riconosciuto / non riconoscibile ◦ figlio adottato con adozione nazionale ◦ figlio adottato con adozione intern.ale ◦ orfano ◦ minorene non accompagnato 												
<p>Recapiti dell'attuale dimora del minorene</p>	<p>Responsabilità genitoriale (**)</p> <p>P M</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ in capo ai genitori ◦ limitata ◦ esclusiva ◦ sospesa ◦ decaduta ◦ incapacità ◦ interdizione ◦ a tutore <table border="1" data-bbox="1329 1061 1422 1435"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>												

	<p>Affidamento (**)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ condiviso ▫ al padre ▫ alla madre ▫ consensuale a parenti ▫ consensuale etero familiare ▫ giudiziale a parenti ▫ giudiziale ai servizi ▫ giudiziale etero familiare
	<p>Collocamento (**)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ entrambi i genitori ▫ madre ▫ padre ▫ famiglia affidataria ▫ comunità ▫ famiglia con affidamento pre-adottivo ▫ altro

Padre	Madre
Cognome e nome	Cognome e nome
Residenza	Residenza
Cittadinanza	Cittadinanza
Età	Età

Professione	Professione
Eventuali problematiche segnalate	Eventuali problematiche segnalate
Stato della coppia:	
N° di figli (specificare l'età e il sesso):	

<p>Stato della segnalazione (*)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ nuova segnalazione ricevuta nel semestre ▫ procedimento concluso di segnalazione ricevuta nel semestre ▫ segnalazione in corso ricevuta nei semestri precedenti
<p>Interventi in corso</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ richiesta di informazioni ai soggetti istituzionali competenti ▫ incontro con segnalante/i ▫ incontro con i soggetti istituzionali competenti ▫ altro
<p>Esito (*)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ trasmissione della segnalazione ad altro Garante ▫ facilitazione di azioni volte alla mediazione ▫ provvedimento di richiamo alle amministrazioni competenti ▫ provvedimento di segnalazione all'Autorità Giudiziaria ▫ nota di segnalazione alle Amministrazioni competenti ▫ invio al segnalante di informazioni e consulenze sulle modalità di tutela e di esercizio dei diritti ▫ istruttoria e non intervento del Garante (motivazione:) ▫ altro

Data presa in carico (**): _____

Data conclusione procedimento (**): _____

Operatore: _____

FIRMA