

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

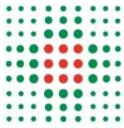
Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

«Disturbi del comportamento:
inquadramento diagnostico e strategie psicoeducative
in ambito scolastico»

18/04/2018

Dott.ssa Simona Chiodo
Dott.ssa Luana Fusaro



DISTURBO DEL COMPORTAMENTO O COMPORTAMENTO DISTURBANTE?

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

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

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

In letteratura, tenendo conto dell'origine complessa di tali disturbi, è indiscussa la maggior efficacia terapeutica di interventi multimodali che coinvolgono diversi livelli (individuale, familiare, scolastico, socio-ambientale), mentre l'ottica preventiva appare la più valida nell'ostacolare l'organizzazione in comportamenti aggressivi cronici. Emerge dunque la necessità di sviluppare programmi di intervento il più possibile accessibili e integrabili con istituzioni educative.

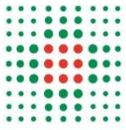
Nella vita professionale di un educatore una delle principali fonti di stress è costituita dai problemi di disciplina che insorgono quando nella classe sono presenti alunni con problemi di comportamento.

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

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

CONCETTO DI PATOMORFOSI (Levi e coll. 2003):

- Possibilità che nello stesso bambino una **patologia psichica compaia prima ad una certa età** (o fase di sviluppo), per poi scemare o scomparire e ripresentarsi in un tempo (o fase di sviluppo) successivo **sotto altra forma**.
- Ogni forma di disagio psichico produce una **predisposizione e vulnerabilità maggiori** rispetto a possibili altri problemi psichici in successivi momenti (o fasi) di sviluppo.



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

CONCETTO DI COMORBIDITA':

- Si definisce come la *contemporanea presenza in un quadro clinico di differenti aspetti* psicopatologici (ad esempio, disturbi comportamentali, disturbi emotivo - affettivi, disturbi di apprendimento);
- Esiste una comorbidità per ADHD e DOP in età prescolare e scolare con una frequenza che va dal 35 al 90% dei casi.

Psicopatologia dell'età evolutiva:

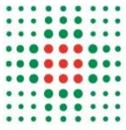
- Bambini che non riescono a stare al passo con gli altri compagni, che restano indietro e che finiscono per questo per apparire diversi e soffrire. In questa categoria rientrano:
 - Ritardo mentale;
 - Disturbi generalizzati dello sviluppo;
 - Disturbi specifici dell'apprendimento.
- Bambini che non riescono a stare adeguatamente con gli altri mostrando isolamento e un generale disinteresse:
 - Disturbi affettivi e della sfera emozionale.
- Bambini che non stanno alle regole della classe e manifestano comportamenti inadeguati:
 - Disturbo d'attenzione e iperattività;
 - Disturbi da comportamento dirompente.

Il bambino con problemi di comportamento:

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

E' utile distinguere tra:

- **Comportamento disturbante:** qualsiasi tipo di comportamento non adattivo rispetto alle richieste esterne



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

- **Disturbo del comportamento:** possibile sindrome clinica con criteri diagnostici specifici relativi al tipo di comportamento, la gravità, la durata e le conseguenze evolutive.

Disturbi del comportamento:

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

BASSA SPECIFICITA' DELLA SINTOMATOLOGIA NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

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

Per il disturbo della condotta, i criteri diagnostici sono delineati come **comportamenti non sintomi**. Sebbene questi comportamenti siano classificati come disturbo rimane aperta la questione se effettivamente sia stata o meno delineata una condizione clinica. Siccome la **diagnosi è basata su criteri comportamentali senza riferimenti all'eziologia**, gli individui che rispondono ai criteri per disturbo della condotta possono presentare psicopatologie sottostanti significativamente diverse.

Infatti i bambini e gli adolescenti con comportamento antisociale hanno psicopatologie varie: alcuni hanno una significativa depressione, altri possono avere una psicosi ed altri ADHD, altri possono non avere alcun disturbo psichiatrico.

Sindromi cliniche dei Disturbi di comportamento nella fanciullezza

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

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

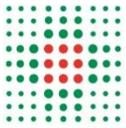
Tra queste patologie c'è comorbidità e possono portare a comportamenti più gravi tra i quali la devianza minorile, il bullismo e disturbi di relazione.

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

Il disturbo da deficit di attenzione con iperattività (ADHD o DDAI):

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

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



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

Eziologia multifattoriale dell' ADHD

- **Fattori biologici pre e peri natali:** Esposizione intrauterina all'alcool, al fumo di sigaretta, prematurità, basso peso alla nascita. Stress materno. Disturbi cerebrali precoci (encefaliti, traumi, ipossia);
- **Fattori genetici:** Ereditabilità: studi su gemelli dimostrano alta ereditabilità (tra 60%-90%), -Geni candidati: regolatori delle monoamine. Polimorfismi geni recettori (DRD 4 e DRD5) e trasportatori Dopamina (DAT1);
- **Alterazioni anatomiche:** Assottigliamento di lobi frontali, gangli base (striato e caudato) e cervelletto, dimostrate con RMN;
- **Modello funzioni esecutive:** Deficit della capacità di inibire le proprie risposte impulsive rispetto allo stimolo, deficit di pianificazione, deficit memoria di lavoro, flessibilità, attentiva, fluenza linguaggio;
- **Fattori ambientali/familiari:** Conflittualità genitori, basso livello socio-economico, disturbi mentali genitori → effetto biunivoco.

Diagnosi

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

Non esistono test diagnostici specifici. L'utilizzo di strumenti standardizzati permette di:

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

Comorbidità e diagnosi differenziale

Il 70% dei soggetti con ADHD ha almeno un altro disturbo psicopatologico associato;

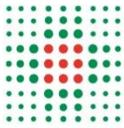
Gli stessi disturbi entrano in comorbidità e diagnosi differenziale (mascheramento diagnostico vs eccesso di diagnosi);

La specifica comorbidità influenza quadro clinico, evoluzione, prognosi, trattamento.

Associazioni specifiche individuano **specifici sottotipi**, diversi sul piano clinico, evolutivo e nella risposta ai trattamenti.

Decorso e prognosi:

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



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

Fattore prognostico negativo : associazione con un disturbo della condotta.

Il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP)

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

Un pattern persistente di umore arrabbiato/irritabile, comportamenti polemic /sfidanti o vendicativi che durano almeno 6 mesi, periodo nel quale sono stati presenti almeno 4 sintomi tra quelli presenti nelle seguenti categorie e che sono stati osservati durante l'interazione con almeno un individuo che non è un fratello.

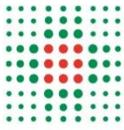
- Arrabbiato/ Umore irritabile
 1. Spesso si arrabbia
 2. Spesso è suscettibile o facilmente irritato dagli altri
 3. Spesso è arrabbiato e rancoroso
- Polemico/condotte di sfida
 4. Spesso litiga con le persone che rivestono ruoli di autorità o con gli adulti
 5. Spesso sfida attivamente o rifiuta di rispettare la/le richieste o le regole degli adulti
 6. Spesso irrita deliberatamente gli altri
 7. Spesso accusa gli altri per i suoi errori o il proprio cattivo comportamento
- Condotte vendicative
 - E' stato vendicativo o dispettoso almeno due volte negli ultimi 6 mesi.

Tali comportamenti iniziano tra il primo ed il terzo anno di vita. Molti di questi comportamenti sono normali all'età di due anni: la differenza consiste nel fatto che in chi ha questo disturbo non spariscono.

Esiste una familiarità per il DOP: i figli di un genitore alcolista che abbia avuto problemi con la legge hanno una probabilità 3 volte maggiore di sviluppare un DOP, rispetto al resto della popolazione.

L'incidenza del disturbo è alta: 5% in età evolutiva. In età prepuberale è più frequente nei maschi, ma in seguito, la percentuale di DOP nei due sessi si equivale.

Questo disturbo si associa frequentemente ad altri quadri psicopatologici in particolare l'ADHD



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

Il disturbo della condotta (DC)

*Modalità ripetitiva e persistente di **condotta antisociale, aggressiva o provocatoria** che porta a rilevanti violazioni delle aspettative sociali in rapporto all'età ed è perciò più grave delle comuni birichinate infantili o ribellioni dell'adolescente.*

Modalità persistente di **violazione dei diritti fondamentali degli altri, delle norme e delle regole sociali**. Questi comportamenti possono essere divisi in quattro categorie fondamentali:

- **AGGRESSIONI A PERSONE O ANIMALI;**
- **DISTRUZIONE DELLE PROPRIETÀ';**
- **FRODE O FURTO;**
- **GRAVI VIOLAZIONI DI REGOLE.**

La modalità di comportamento è di solito presente in **diversi contesti**. Si può trattare di atti apertamente aggressivi, come provocazioni o reazioni violente verso altri, comportamenti minacciosi ecc. Oppure si possono manifestare condotte che ledono diritti e regole senza scontri diretti con le vittime.

DISTINZIONE PER ETÀ DI INSORGENZA:

- **Infantile** ha prognosi peggiore, con maggiore comorbidità;
- **Adolescenziiale** ha prognosi migliore, ha decorso limitato e più trattabile.

DISTINZIONE PER TIPO DI AGGRESSIVITÀ:

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

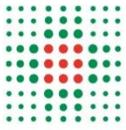
ESORDIO:

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

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

DECORSO:

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



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

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

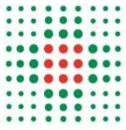
Sottotipi

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

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

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

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

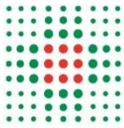


Il tratto Callous Unemotional

DSM V conferma i descrittori sintomatologici del DSM IV e aggiunge il criterio “con tratti **Callous-Unemotional**”. Per beneficiare di questo specifico indicatore, un soggetto deve aver mostrato almeno due delle seguenti caratteristiche che hanno avuto una persistenza per almeno 12 mesi e devono essersi manifestate in multipli contesti e relazioni. Accanto alle informazioni che il soggetto valutato può dare autonomamente, è necessario considerare anche le informazioni riportate da altri che hanno avuto conoscenza o contatti con il soggetto per periodi estesi (ad es. genitori, insegnanti, familiari, coetanei.)

- **Scarso rimorso o scarso senso di colpa:** non si sente cattivo o in colpa quando fa qualcosa di sbagliato (escludere il rimorso se espresso solamente quando il soggetto si sente scoperto e/o se sa di dover essere punito). Il soggetto mostra un globale deficit rispetto alla capacità di valutare le conseguenze delle sue azioni. Per esempio, il soggetto non prova rimorso dopo aver ferito qualcuno o non si preoccupa delle conseguenze relative al non aver rispettato le regole. Il soggetto raramente ammette di essersi sbagliato e in genere incolpa agli altri per le conseguenze delle sue azioni.
- **Freddezza, scarsa empatia:** ignora e non si occupa dei sentimenti degli altri. Il soggetto viene descritto come freddo e indifferente. Il soggetto appare maggiormente preoccupato per gli effetti del comportamento degli altri nei propri confronti, piuttosto che per gli effetti che le sue azioni hanno sugli altri, anche quando provoca gravi danni agli altri.
- **Non si preoccupa delle proprie prestazioni:** non si mostra preoccupato se presenta prestazioni scarse o comunque problematiche in ambito scolastico, lavorativo o in altre attività. Il soggetto non fa gli sforzi necessari per svolgere i suoi compiti in modo positivo, anche quando le richieste sono chiare e in genere dà agli altri la colpa dei suoi insuccessi e dei risultati scarsi.
- **Superficiale o anaffettivo:** non esprime o mostra i propri sentimenti agli altri, eccetto che in un modo superficiale o non sincero (ad esempio, le azioni contraddicono le emozioni mostrate, può passare rapidamente da emozioni on a emozioni off) o quando le espressioni emotive sono usate per ottenere un vantaggio (ad esempio, esprime emozioni per manipolare intimidire gli altri).

Un bambino con disturbo oppositivo provocatorio in infanzia può sviluppare un disturbo della condotta in adolescenza. Entrambi possono associarsi al Disturbo da Deficit di attenzione con iperattività (DDAI) ed essere precursori del Disturbo antisociale di Personalità (Loeber et al., 2000).



Tipologie di Aggressività e DC

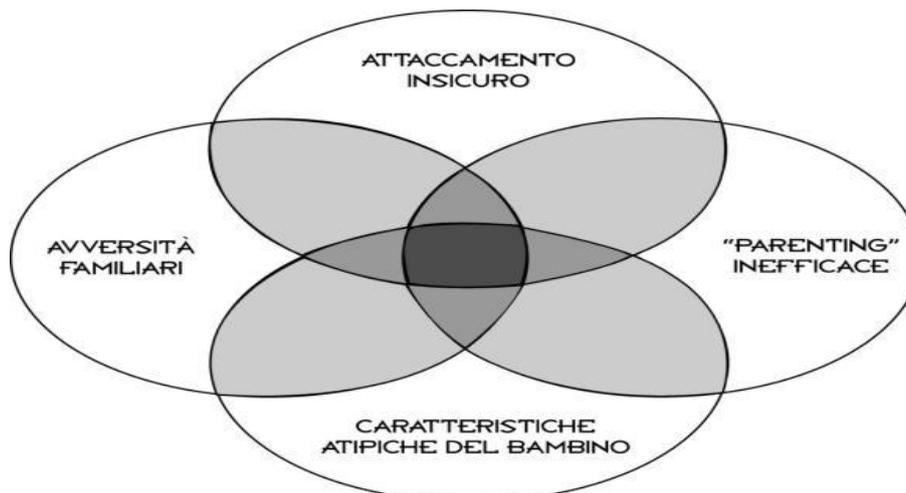
Aggressività affettiva (<i>RADI Reactive, affective, defensive or impulsive</i>)	Aggressività predatoria (<i>PIP Planned, instrumental or proactive</i>)
Ridotte abilità linguistiche	Normale performance cognitive
Deficit in funzioni esecutive	Adeguati livelli di attivazione corticale
Ridotta attivazione corticale di regioni frontali e prefrontali	Tratti callous-unemotional
Disregolazione del sistema serotoninergico e dopaminergico centrale	Alti livelli di introversione, impulsività, aggressività verbale e eterolesiva
Bias attribuzione ostile	Aspettative positive nei confronti degli agiti aggressivi
Sintomi ansioso/depressivi	Scarso rimorso e empatia
Abuso fisico subito in età infantile	Interazioni familiari, contesto sociale non specifici
Vittime di atti di bullismo	Frequente in popolazioni carcere minorile
Frequente disregolazione emotiva con ipersensibilità	Scarsa responsività a interventi riabilitativi e farmacologici
Migliore risposta a trattamenti riabilitativi e farmacologici	

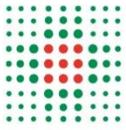
EZIOLOGIA

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

Lo sviluppo dei comportamenti dirompenti può essere influenzato da fattori predisponenti di tipo temperamentale, legati a elevati livelli di aggressività e impulsività, deficit dei meccanismi di regolazione emotiva, variabili di tipo familiare (regole educative di tipo punitivo), avversità familiari (avversità economiche, stress sociali), qualità dei legami di attaccamento, variabili ambientali (gruppo dei pari).

Secondo il filone della *Psicopatologia dello Sviluppo* (*Developmental Psychopathology*, Cicchetti, Cohen, 2006; De Klyen, Greenberg, 2008; Sameroff, 2010) esiste una multifattorialità nella determinazione delle problematiche comportamentali ed emotive di rilievo clinico.





Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

IL TEMPERAMENTO

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

Tali aspetti temperamentali sono associati a elevato rischio di disturbi del comportamento e di abuso di sostanze.

Parenting inefficace

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

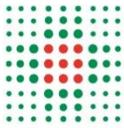
- Non è insolito per i genitori dare ordini violenti, urlare e criticare allo scopo di controllare il bambino;
- Analogamente, il bambino spesso si comporta in modo testardo, urla, incolpa, si arrabbia e critica allo scopo di controllare i genitori.

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

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

La gestione delle pratiche educative da parte dei genitori di bambini con DCD è caratterizzata, *anche in assenza di un disturbo psicopatologico* in uno dei genitori, da **scambi relazionali basati sulla coercizione**, cioè da un tipo di processo interpersonale **basato sul rinforzo negativo**:

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



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

Attaccamento insicuro

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

Spiegazione della condotta aggressiva

Social Information Processing
Step di analisi dei comportamenti degli altri:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- CODIFICA DEI SEGNALI SOCIALI- INTERPRETAZIONE DEI SEGNALI- CLASSIFICAZIONE DEGLI SCOPI- ESAME DELLE POSSIBILI RISPOSTE DA DARE- DECISIONE DELLA RISPOSTA DA DARE- MESSA IN ATTO DELLA RISPOSTA |
|---|

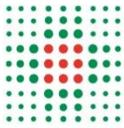
Disfunzioni in queste fasi possono generare diversi tipi di condotte aggressive.

Bambini impulsivi e con aggressività reattiva fanno fatica a usare strategie di problem solving efficaci, bambini con tratto calloso unemotional e che presentano aggressività predatoria hanno una teoria della mente negativa e interpretano come ostili segnali sociali neutri.

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

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

- **TEORIA DELLA MENTE NEGATIVA:** tendono a percepire e valutare i segnali sociali prevalentemente in modo OSTILE e a reagire in modo AGGRESSIVO.



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

- **Difficoltà di PROBLEM SOLVING INTERPERSONALE:**
 - < numero di soluzioni adattive di fronte a un problema
 - Aggressività come modalità per modulare le emozioni e strategia più efficace per regolare le relazioni interpersonali
- **IPERVIGILANZA** nel monitorare l'ambiente circostante focalizzandosi sui segnali interpersonali ostili in situazioni sociali ambigue.

LE CRISI DI RABBIA dipendono da:

Vulnerabilità temperamentale

base neurobiologica delle differenze individuali, degli stili di risposta alle difficoltà di vita, base dei tratti di personalità dell'individuo.



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

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



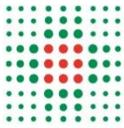
Aggressività

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

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

FATTORI PROTETTIVI

- *Sesso femminile;*
- *Buona intelligenza;*
- *Orientamento sociale positivo e impegno rispetto a valori sociali;*
- *Temperamento resiliente;*
- *Buona competenza in almeno una area di interesse e coinvolgimento in attività extracurricolari positive;*



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

- *Ansia;*
- *Stabilità nelle relazioni familiari;*
- *Relazioni calde e supportive con gli adulti;*
- *Programmi sociali di supporto.*

Terapia multimodale

Con il bambino

- Psicofarmacologia
- Terapia cognitivo-comportamentale
- Psicoeducazionale

Con i genitori

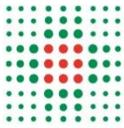
- Parent training
- Psicoeducazione

Con la scuola

- Interventi comportamentali
- Psicoeducazione

Al di là della diagnosi

Tentare di acquisire una visione positiva circa le caratteristiche del bambino, cercando di considerarlo non solo iperattivo, ma anche **pieno di vitalità**; non semplicemente impulsivo, ma anche **spontaneo**; non esclusivamente disattento, ma anche **creativo**; non solo oppositivo, ma anche **determinato**; non necessariamente irritabile, ma anche **sensibile**.



Strategie di intervento in ambito scolastico

Attivare la risorsa compagni di classe/scuola

- Sostegno alla prosocialità e alla solidarietà tra alunni (Stainback e Stainback, 1993; 1996)
- L'ambiente interpersonale in classe ha un'influenza importante sugli atteggiamenti dell'alunno (interessi, impegno, rendimento, prosocialità) (Walberg e Greenberg, 1997)
- Scuole dove manca il senso di comunità e di forte appartenenza a un gruppo ci sono problemi di rendimento e abbandono scolastico, emarginazione degli alunni con disabilità, bullismo (Menesini, 2003; Lines, 2008)

Strumenti: gruppi cooperativi, tutoring, metacognizione...

PRIMO PASSO: Creazione di ambienti facilitanti

FUNZIONI DELLE REGOLE IN CLASSE

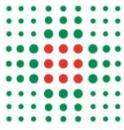
- COMUNICANO LE ASPETTATIVE
- INCONRAGGIANO I BAMBINI A CONSOLIDARE IL COMPORTAMENTO ADEGUATO
- AIUTANO A STABILIRE UN CLIMA DI GIUSTIZIA E EQUITA' NELLA CLASSE
- SERVONO COME SEGNALE AL DOCENTE PERCHE' POSSA RISPONDERE IN MODO OPPORTUNO AI DIVERSI COMPORTAMENTI

Le regole

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

PER ESSERE EFFICACI DEVONO ESSERE CONDIVISE!!!

- Lavoro di partecipazione e condivisione con i bambini
- Il numero di regole deve essere tenuto al minimo (6-7 max)
- Formulate in modo *SEMPLICE*, *SPECIFICA* e *POSITIVO*
- Specifiche per le diverse situazioni
- Devono descrivere le azioni in modo operativo (sbagliato: stare buoni, avere cura di..etc)
- Esposte *PUBBLICAMENTE* (cartellone)



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

...esempio

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

Ai più piccoli, potresti proporre di realizzare un disegno dal titolo «vorrei che la mia classe fosse così» o, ancora, potrai invitarli a scrivere un tema sull'argomento.

Primo passo: coinvolgere e non imporre

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

- **Secondo passo: tradurre in comportamenti concreti**

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

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

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

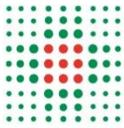
- **Realizzare una carta T**

Un modo molto utile, suggerito dagli autori che si sono occupati di Apprendimento cooperativo, è quello di realizzare una carta T o T chart (Comoglio & Cardoso, 1996).

La T chart si chiama così perché consiste nel disegnare su un foglio, alla lavagna, o su un cartellone, una grande T.

- **Realizzare una carta T**

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



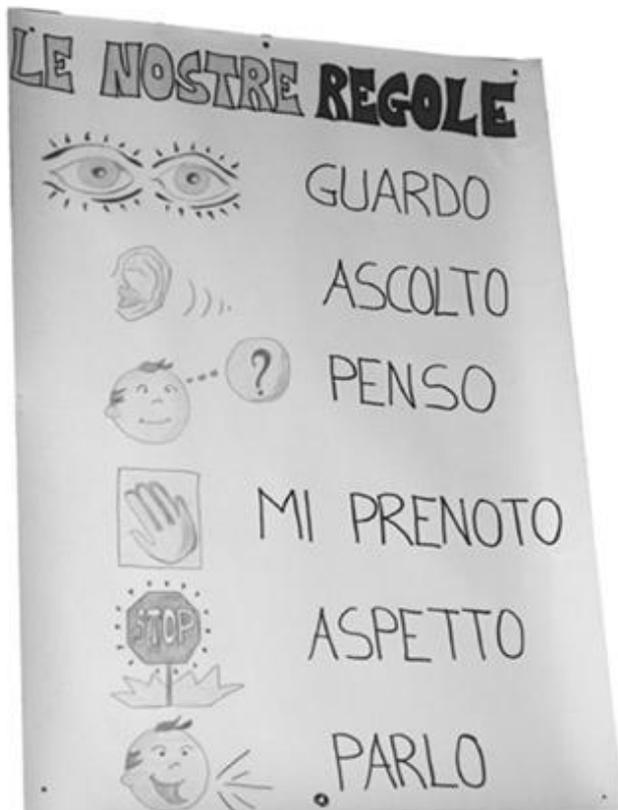
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

Saper ascoltare

Comp. verbali	Comp. Non verbali
---------------	-------------------

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

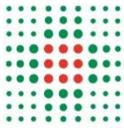
Esempi di cartelloni



- **Far rispettare le regole**

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

- **Utilizzare una procedura chiara, esplicita e concordata per la violazione delle regole**
- **Stabilire conseguenze positive per chi aderisce alle regole**



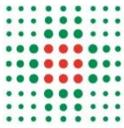
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

Uso corretto del rinforzo

RINFORZO TUTTO/NIENTE → POCHE POSSIBILITA' DI MIGLIORAMENTO → PROFEZIA CHE SI AUTOAVVERA

RINFORZO GRADUALE → MIGLIORAMENTO DI ASPETTI DEL COMPORTAMENTO CHE SI AVVICINANO ALL'OBIETTIVO → AUMENTO AUTOSTIMA E AUTOEFFICACIA

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



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

INTERVENTI BASATI SULLE CONSEGUENZE NEGATIVE

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

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

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

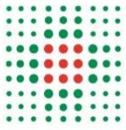
Esempi di conseguenze negative:

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

Rimproveri Efficaci

- ✓ Descrizione del comportamento indesiderabile, in modo obiettivo e astenendosi da qualsiasi giudizio. *"Giacomo, hai dato una spinta a Francesco"*.
- ✓ Spiegazione del perché tale comportamento è indesiderabile. *"Avresti potuto farlo cadere e si sarebbe fatto male"*.
- ✓ *Suggerimento di un comportamento alternativo. Ad es. "Quando si esce dall'aula si passa una alla volta"*.
- ✓ *Indicazione del vantaggio che deriva dall'uso del comportamento adeguato. "Così facendo eviterai di far male a qualcuno e i tuoi compagni staranno più volentieri con te"*.

**Devono essere espressi in privato.
Devono essere centrati sul comportamento.**



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

Per prevenire crisi comportamentali in classe si può lavorare su:

- Promuovere lo sviluppo di nuovi comportamenti
- Promuovere una maggiore consapevolezza delle emozioni ed autoregolazione emotiva
- Promuovere capacità di gestione dei conflitti in termini di:
 - Riconoscere il punto di vista dell'altro
 - Promuovere competenze di problem solving interpersonale

Promuovere lo sviluppo di nuovi comportamenti

Dal Coping Power Scuola Token Economy cooperativa associata al concetto di traguardo a breve e lungo termine

Sistema di traguardi costituito da un semplice contratto comportamentale nel quale è il bambino stesso, nel contesto di gruppo, a proporre il tema sul quale vuole impegnarsi. Questo tema, con l'aiuto del docente, viene operazionalizzato in più obiettivi comportamentali (traguardi a breve termine) che vengono definiti per la durata di ciascun modulo.

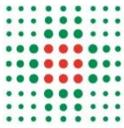
Il raggiungimento di queste piccole mete permetterà al bambino di contribuire al raggiungimento del traguardo di classe e al relativo premio di classe.

Caratteristiche del contratto educativo

1. OBIETTIVI ESPRESSI IN MODO CHIARO E COMPRENSIBILE;
2. SIA OBIETTIVI A BREVE CHE A LUNGO TERMINE;
3. AUTOMONITORAGGIO QUOTIDIANO DEI RISULTATI;
4. INDICAZIONI SU CONSEGUENZE POSITIVE E NEGATIVE DEI COMPORTAMENTI;
5. FIRMATO DA ALUNNI E DOCENTI.

I fondamenti

- Tutti ci poniamo in ogni momento dei traguardi e cerchiamo di raggiungerli;
- I traguardi possono riguardare tutte le **attività** che facciamo: la scuola, lo sport, il tempo libero. Ma anche per migliorare **aspetti di sé**: imparare a essere meno timido, ad autocontrollarsi, a non reagire alle provocazioni, ad esprimere il dissenso, etc;
- Per raggiungere un traguardo c'è bisogno di impegno, lavoro, allenamento;



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

- Per raggiungere un traguardo dobbiamo vedere il nostro punto di partenza e di arrivo: nel mezzo ci sono tutti i passi che facciamo per avvicinarci al traguardo;
- Saper porsi dei traguardi e cercare di raggiungerli è importante per migliorare molti aspetti di sé, del proprio carattere, per stare meglio con gli altri e con se stessi.

Concetto di traguardo e allenamento

A PARTIRE DA UNA STORIA...

INIZIO: chi è il protagonista, quale traguardo sceglie, perché ?

SVOLGIMENTO: come si allena, come si sente, chi lo aiuta?

CONCLUSIONE: ha raggiunto il traguardo? Come si sente il protagonista?

SCEGLIERE UN TRAGUARDO PERSONALE

PAROLA CHIAVE: DIVERSITA'

- Lista qualità/aspetti di sé da migliorare;
- Concentrarsi su aspetti da migliorare;
- Evidenziare i comportamenti che più necessitano di essere migliorati in ambito scolastico.

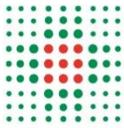
Come valutare i comportamenti

Messa in atto di comportamenti adeguati: traguardo personale – regole di classe – comp. prosociale – partecipazione:

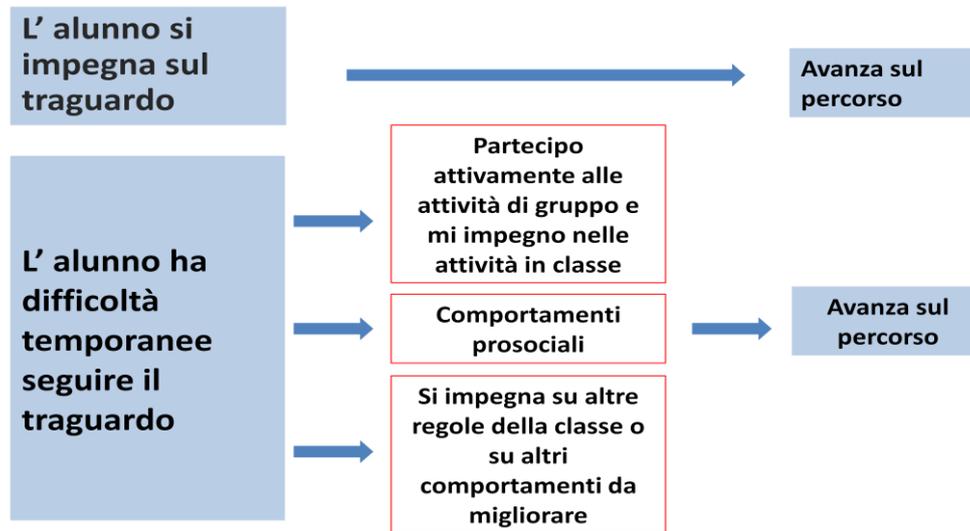
- Segnalazione verbale del docente
- Avanzamento sul percorso

Messa in atto di comportamenti inadeguati: traguardo personale – regole di classe – comp. prosociale – partecipazione:

- Segnalazione verbale del docente
- NON avanzamento sul percorso



Modalità di valutazione delle condotte: condivisa da tutti i docenti



Quando si valuta il traguardo?

QUOTIDIANAMENTE:

- Valutazione continua e immediata dopo l'emissione dei comportamenti;
- Valutazione più efficace se contingente alla messa in atto dei comportamenti;
- Maggiore frequenza e a "piccoli passi" per i bambini più problematici;

SETTIMANALMENTE:

- Al termine della settimana, autovalutazione e monitoraggio dei progressi effettuati;
- Discussione su difficoltà trovate e come superarle settimanalmente.

Monitoraggio settimanale dei traguardi

- L'insegnante chiede ad ogni alunno di autovalutarsi rispetto al proprio traguardo durante la settimana
- Stimolare la metacognizione e autoriflessione sui propri comportamenti e quelli degli altri: focus non solo su quanto si sposta il pesciolino, ma soprattutto sul perché si è spostato
- Si discute con l'alunno sulle eventuali difficoltà incontrate nel raggiungere il traguardo e su come superarle, coinvolgendo anche il resto della classe
- Viene stimolato il tutoraggio tra pari per far collaborare i bambini e aiutarsi tra di loro.



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

Traguardo di classe

Docente: stimola le condotte prosociali, di aiuto e tutoraggio per far arrivare in fondo tutti gli alunni al termine del modulo

COME SI SCEGLIE:

- Concordato a inizio mese da alunni e docenti
- Può essere: visione di un film, festa in classe, una ricreazione più lunga, breve uscita ecc

COME SI VALUTA:

- raggiungimento di tutti i passi da parte di tutti i pesciolini (alunni)
- Monitoraggio costante durante la settimana

SPECIFICITA' PER LA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO E SECONDO GRADO

Ogni due settimane la valutazione: se c'è stato impegno sui traguardi personali o su altri comportamenti positivi si colora uno spazio.

Ogni modulo ha due valutazioni: quella intermedia e quella finale

COME SI VALUTANO I COMPORAMENTI:

è il coordinatore di classe che assegna il punteggio a partire da:

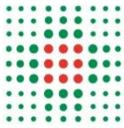
- confronto con gli altri docenti,
- osservazione del ragazzo in classe
- autovalutazione del ragazzo,
- parere de i compagni.

Scheda di autovalutazione sul traguardo:

- Come è andato questo mese?
- Sono riuscito a seguire i miei traguardi?
- Qual è il comportamento/i sul quale sono riuscito ad impegnarmi maggiormente?
- Quale quello su cui ho ancora difficoltà?
- Perché? Quali sono le difficoltà che incontro?
- Quale soluzione potrei provare? Cosa altro potrei fare per cercare di raggiungere quell'obiettivo?
- I compagni potrebbero aiutarmi in questo?
- In che modo?
- Ci sono altri comportamenti che ancora devo migliorare?

Il sistema dei traguardi funziona perché...

- Non crea rivalità tra i compagni;
- Ognuno è valutato per i progressi fatti dal proprio punto di partenza;



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

- Tutti abbiamo aspetti positivi e negati.

→ OTTICA INCLUSIVA - UGUAGLIANZA DELLE OPPORTUNITA'

Promuovere una maggiore consapevolezza delle emozioni ed autoregolazione emotiva

Obiettivi

- Recuperare il deficit nelle abilità sociali, emotive e cognitive;
- Insegnare modalità di gestione della propria aggressività;
- Imparare ad identificare le emozioni fondamentali ed i diversi segnali fisici associati (le espressioni facciali, posture corporee, tono di voce);
- Imparare ad identificare la componente comportamentale (“cosa vedono gli altri”) cognitiva (“i pensieri dentro la tua testa”) e fisiologica (cosa senti dentro il tuo corpo) di ogni emozione.
- Le emozioni possono essere sperimentate a vari livelli di intensità, da un livello minimo ad un livello massimo (termometro delle emozioni). A ciascun livello corrispondono determinati segnali fisiologici, cognitivi e comportamentali;
- Esistono situazioni che come “molle” ci fanno scattare emozioni diverse.

Fondamenti

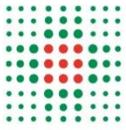
- Tutti proviamo emozioni, bambini, ragazzi e adulti. In ogni istante proviamo emozioni, è una cosa normale, anche se non ne siamo consapevoli. Possiamo dargli un nome e parlarne.
- Tutte le emozioni che proviamo sono accettabili, mentre alcuni comportamenti non lo sono. Sono dunque i comportamenti che devono essere modificati e non le emozioni stesse.
- I nostri sentimenti cambiano costantemente e può essere d'aiuto monitorarli in tempi diversi per diventare maggiormente consapevoli di come ci sentiamo.
-

esprimere le sue emozioni.

Insegnare come riconoscere e gestire le emozioni.

Bash e Camp (1986) hanno previsto 10 passi sequenziali:

- Far capire la necessità di riconoscere un'emozione particolare;



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

- Mostrare le espressioni facciali che la caratterizzano;
- Darle un nome;
- Definirne le caratteristiche;
- Presentare un esempio personale;
- Ripetere la definizione;
- Mostrare una figura. Cosa potrebbe aver provocato quell'emozione?
- Mostrare un'altra figura. Cosa potrebbe aver provocato quell'emozione?
- Che cosa si potrebbe dire o fare per diminuire o intensificare quell'emozione?
- Mantenimento.

Attraverso la didattica metacognitiva (utilizzo dei gruppi cooperativi):

Partire da una storia/illustrazione evocativa delle diverse emozioni;

- Conoscenza e approfondimento delle 4 emozioni fondamentali (Felicità, Tristezza, Paura e Rabbia) e delle loro componenti (comportamentali, fisiologiche e cognitive) in riferimento ai personaggi della storia;
- Livelli di intensità delle emozioni: costruzione del termometro e inserimento "parole delle emozioni".

Insegnare come riconoscere e gestire le emozioni (esempio di attività)

STEP 1

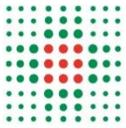
- ✓ Individuare un'emozione nel testo provata dal protagonista;
- ✓ Mimo dell'emozione davanti agli altri componenti del gruppo;
- ✓ Individuare le 3 componenti fondamentali (fisiologica, comportamentale e cognitiva) e le motivazioni;
- ✓ Realizzazione di un fumetto da presentare al resto della classe.

STEP 2

- ✓ Esempi di emozioni provate a diversi livelli;
- ✓ Si inseriscono le parole dei diversi livelli delle emozioni nel termometro.

Le parole delle emozioni

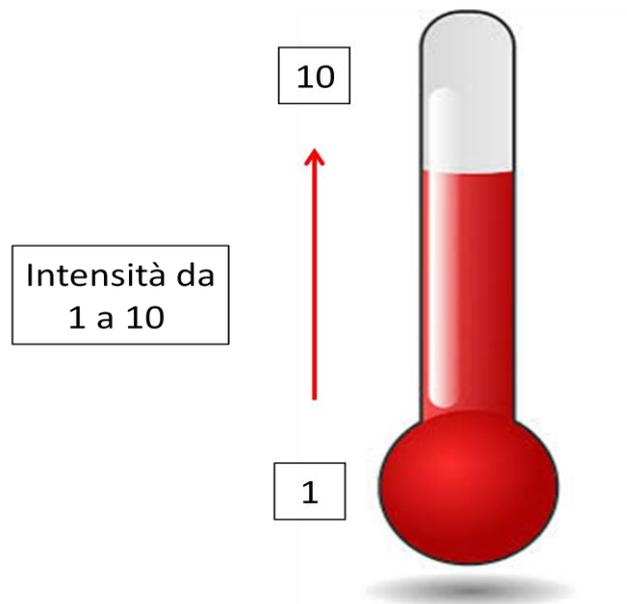
È possibile sperimentare le emozioni con diversi livelli di intensità o con sfumature diverse.

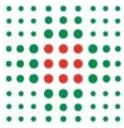


Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

<u>FELICITA'</u> Gioioso Spensierato In estasi Euforico Lieto Emozionato Contento Allegro Eccitato Soddisfatto Pazzo di gioia Gaio Felicissimo	<u>TRISTEZZA:</u> Deluso Depresso Dispiaciuto Infelice Senza speranza Cupo Appesantito Giù Malinconico Sconfitto Affranto Triste Abbattuto	<u>RABBIA:</u> Sdegnato Arrabbiato Disturbato Annoiato Agitato Seccato Furibondo Irritato Furioso Frustrato Indignato Infastidito Adirato
--	--	---

Costruzione del **termometro delle emozioni**





Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

Sviluppo dell'autocontrollo comportamentale

Obiettivi

- Apprendere strategie per fronteggiare le emozioni a seconda della sua intensità;
- Sviluppare l'autocontrollo attraverso il dialogo interno (autoistruzioni, frasi per rimanere calmi, tecniche di distrazione);
- Imparare l'autocontrollo attraverso il rilassamento e la respirazione profonda/diaframmatica;
- Evitare il conflitto (per la rabbia) e altre attività per calmarsi e ridurre l'attivazione fisiologica.

Fondamenti

- Tutti possono provare a volte emozioni in modo molto intenso che fanno stare male (rabbia, paura, tristezza);
- E' importante imparare dei modi per calmarsi prima di perdere il controllo: possiamo abbassare il livello del termometro delle emozioni ed evitare che arrivi ai valori massimi;
- Se riusciamo a calmarci e a non agire, possiamo fare scelte migliori e maggiormente ponderate per affrontare quella situazione;
-

Attraverso la didattica metacognitiva

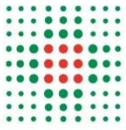
- Che cosa potete fare per calmarvi quando siete arrabbiati solo un po'?
- Quali strategie utilizzate quando siete molto arrabbiati?
- Che differenza c'è tra il vostro modo di affrontare la rabbia a seconda della sua intensità?
- È più facile affrontare la rabbia quando si è poco arrabbiati o quando si è molto arrabbiati?

Gestire le emozioni con l'Autocontrollo

A partire da una storia e usando i gruppi cooperativi...

STEP 1 – IMMAGINARE LE MODALITA' DI AUTOCONTROLLO DEI PERSONAGGI

- ✓ Individuare l'emozione del personaggio e il suo livello sul termometro;
- ✓ Brainstorming su cosa poi farà per autocontrollarsi e come cambierà il suo termometro.



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

STEP 2 – IL TERMOMETRONE

- ✓ Il bambino racconta un episodio in cui si arrabbiato, lo scrive o lo disegna e sale sul termometro al livello che ha provato;
- ✓ In base alle strategie messe in atto, proposte da lui stesso o dai compagni, si sposta sul termometro se la rabbia diminuisce o aumenta.

STEP 3: Altri modi per autocontrollarsi: rilassamento, abbandonare il conflitto, distrazione

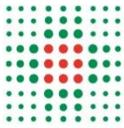
- ✓ Esercizi di rilassamento e respirazione diaframmatica...
- ✓ Quando non riesco ad autocontrollarmi: abbandonare il conflitto, strategie di distrazione;
- ✓ Le frasi della calma.

Gestione dei conflitti

Riconoscere il punto di vista dell'altro

Fondamenti

- Le situazioni possono essere viste da diversi punti di vista. Diverse persone possono vedere la stessa cosa o situazione in modo diverso. Ciascun punto di vista ha un suo valore.
- Ciascuno di noi ha un solo punto di vista sulle cose, (visione limitata) necessità di considerare la prospettiva degli altri per avere una visione completa delle situazioni e risolvere i conflitti
- E' difficile conoscere le intenzioni e motivazioni di un'altra persona, ma è importante sviluppare questa abilità (chiedersi il perché) perché i nostri pensieri sulle motivazioni e intenzioni di una persona influenzano ciò che sentiamo, pensiamo e come reagiamo verso quella persona



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

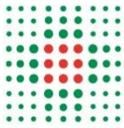
A partire da immagini ambigue...



Capire il punto di vista dell'altro (lavoro in piccolo gruppo):

- Immagine con situazione conflittuale ambigua che coinvolge vari personaggi
- Interpretare la situazione (cosa succede, cosa fanno i personaggi, perché, come si sentono)
- Scrivere un breve testo con l'interpretazione della situazione
- Esporre il lavoro al resto della classe e confrontarsi con i vari gruppi
- Role playing sul testo prodotto, fermo immagine; docente Reporter TV

→ SLOGAN FINALE



Gestione dei conflitti

Problem solving interpersonale

Problem Solving - Obiettivi

- Imparare ad identificare un problema
- Imparare a generare più soluzioni di fronte ad un problema
- Imparare a individuare le conseguenze delle varie soluzioni e scegliere la soluzione che si avvicina al mio obiettivo
- Imparare a collaborare per risolvere un problema

Fondamenti

- A tutti può capitare di avere dei problemi, delle difficoltà con i propri amici, insegnanti o genitori. Si può imparare ad affrontare i problemi.
- E' importante innanzitutto imparare ad identificare un problema e che ci sono molti modi per risolverlo
- Ogni comportamento/azione ha delle conseguenze, per questo è importante pensare a tutte le conseguenze prima di scegliere la soluzione più appropriata
- I problemi si risolvono più facilmente se impariamo a collaborare con gli altri (i compagni ci possono aiutare a trovare soluzioni che da soli non troviamo)

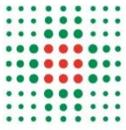
Fasi del Problem Solving

1. Definizione del compito
2. Individuazione dei vari modi di risolvere il compito
3. Scelta ed applicazione della strategia
4. Automonitoraggio dei progressi verso la soluzione
5. Autovalutazione ed autorinforzo
6. Scelta di un approccio alternativo in caso di successo

1. **Spezzettare il problema in tanti piccoli problemi.**

Chiediti:

- Quante volte è successo?



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

- in quali situazioni è successo?
- Cosa è successo poco prima che si presentasse il problema

Quando hai un problema con un'altra persona prova a pensare al suo punto di vista.
Chiediti:

- Qual è il suo obiettivo?
- Qual è il tuo obiettivo?

ESEMPIO:

Ho un problema, mi chiamo Roberto e ho un amico che si chiama Tommaso. Oggi Tommaso non ha voluto giocare con me. Ho visto Tommaso che camminava davanti casa mia e sono corso fuori per chiedergli se voleva giocare. Lui mi ha risposto di no ed è corso via. Potete aiutarmi a capire perché Tommaso mi ha risposto così? Quali domande dovrei farmi per capire meglio perché mi può aver risposto così?"

Fare la lista delle possibili cose da chiedersi per poter capire il comportamento di Tommaso:

- che ore erano (cena)?
- cosa stava facendo?
- c'erano altre persone?
- con che tono di voce gli hai chiesto di giocare con te?
- etc....

2. **Pensa alle soluzioni**

- Prova a fare un elenco di tutte le soluzioni che ti vengono in mente per risolvere il problema
- non pensare a quali potrebbero essere migliori o peggiori, fai la lista più lunga possibile

ESEMPIO:

In 5 minuti dovete trovare 10 possibili soluzioni al seguente problema:



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

“immaginate che ci siano 3 bambini, 2 si stanno picchiando e quello nel mezzo si sta chiedendo che cosa fare in questa situazione. Immaginate che siete voi a essere nel mezzo, che gli altri due ragazzi si chiamano Daniele e Tommaso e che Daniele sia il vostro migliore amico.

Proponete tutte le soluzioni che vi vengono in mente senza pensare per ora alle conseguenze di quelle che proponete”

DIVIDERE PER CATEGORIE LE PROPOSTE SCRITTE:

- Chiedere aiuto;
- Parlare;
- Azioni dirette;
- Aggressione fisica;
- Aggressione verbale;
- Compromesso;
- Evitamento.

3. Pensa alle conseguenze

- Pensa a quali conseguenze ha ciascuna soluzione della tua lista
- Devi pensare tutte le conseguenze sia positive che negative

ESEMPIO:

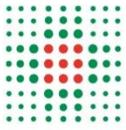
Per ognuna delle soluzioni proposte al problema precedente identificate le conseguenze, cioè cosa potrebbe succedere dopo che avete scelto quella soluzione.

In base a cosa potete dire che una conseguenza è positiva per voi?

Una conseguenza è buona se permette di raggiungere un obiettivo importante!

4. Scegli la soluzione migliore

- dall'elenco delle soluzioni scegli quella migliore
- Considera le conseguenze di ciascuna soluzione e scegli e scegli quella che ha conseguenze meno negative



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

- Se la soluzione che hai scelto non funziona, scegli una nuova dalla tua lista, sempre cercando tra quelle che hanno le conseguenze meno negative
- prova la soluzione

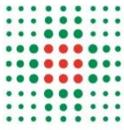
ESEMPIO:

Gruppi cooperativi: attività *“cerchiamo le soluzioni!”- immedesimarsi nei personaggi della storia per trovare soluzioni al problema*

Discussione sulle soluzioni trovate dai personaggi della storia

Produzione di una storia con situazione conflittuale, ricerca soluzioni e conseguenze

Role-playing dell'episodio con videoregistrazione



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

Bibliografia

Bertacch I.i, Giuli C., Muratori P., "Coping Power nella scuola primaria. Gestire i comportamenti problematici e promuovere le abilità relazionali in classe". Ed. Erikson, 2016

Lambrusch F., Muratori P., "Psicopatologia e psicoterapia dei disturbi della condotta". Carocci Editore.

Marzocchi G. e Centro per l'Età Evolutiva, "La presa in carico dei bambini con ADHD e DSA", Ed. Erickson, 2011