



**Centro Territoriale di Supporto
Scuola polo - Livorno**

Nuove tecnologie e Disabilità

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO E GESTIONE DELLA RABBIA

Dr. ssa Annarita Milone

**Dirigente Neuropsichiatria Infantile IRCCS
Stella Maris Calambrone Pisa**

**mercoledì 13 maggio 15.00 – 17.00 PM
(docenti scuola infanzia – primaria)**

**Al fine di ottenere una gestione più efficace della piattaforma,
chiediamo ai partecipanti di tenere il microfono e fotocamera
spenti.**

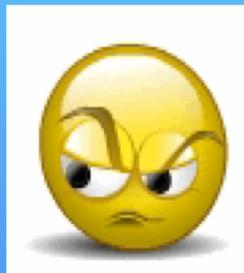
**Ogni richiesta di intervento sarà possibile tramite la chat
della piattaforma e gestito dal tutor d'aula**

I disturbi della comportamento

I disturbi del comportamento in età evolutiva: le tipologie di presentazione, le caratteristiche cognitive, relazionali e emozionali.

A quali patologie si possono associare:

- ADHD
- Disabilità cognitiva
- Disturbi dello spettro autistico



Irritabilità, crisi di rabbia e le condotte aggressive in età evolutiva:

- *dove, come, con chi, perché?*
- *Quali strategie in contesto scolastico?*



Partiamo dal teorema che.....



Irritabilità e aggressività in età evolutiva

Irritabilità: Spielberger 1995:

“è uno **stato psicobiologico** o una **condizione emotiva** che si caratterizza per una serie di emozioni/sensazioni che variano per intensità, dalla **moderata irritazione, al fastidio, al furore e alla rabbia intensa** con concomitante **attivazione comportamentale** e del sistema nervoso autonomo”



Irritabilità e aggressività in età evolutiva

Irritabilità: maggiore tendenza a **arrabbiarsi** e/o a mettere in atto condotte aggressive (etero/auto, vs adulti/coetanei) rispetto a quanto accade ai bambini/adol di **stessa età** e rispetto a ciò **che ci si aspetta per il livello di sviluppo.**

Irritabilità in bambino ancor più prescolare continuum tra stato fisiologico, segnale di disagio e possibile segnale psicopatologia

Irritabilità: molto comune in disturbi psicopatologici/ disturbi del neurosviluppo/ disabilità cognitiva



Irritabilità e aggressività in età evolutiva

Studi su popolazioni non cliniche hanno dimostrato che la **irritabilità fisiologica ha la sua massima espressione in età prescolare.**

Se irritabilità rimane come un tratto stabile in età seguenti costituisce un fattore di **rischio psicopatologico.**

Importante **fattore di rischio in età adolescenziale** che caratterizza disturbi gravi del comportamento e dell'umore.

Irritabilità come **interferenza in relazioni sociali** e in adattamento nei vari contesti di vita.

Importante interferenza su competenze adattive in ambito scolastico e **competenze di apprendimento**

Che cosa è importante distinguere:

- 1) Modalità espressiva prevalente e sua intensità:
 - a) **Rabbia** ma di intensità non elevata
 - b) **Crisi di rabbia** (*temper tantrums*) elevata intensità, poco contenibile, condotte etero e/o autoaggressive, pericolosa per se e per altri
 - c) **Trigger:** reattiva a frustrazione che può essere rilevante o banale (**temperamento oppositivo**)

Irritabilità e aggressività in età evolutiva

Che cosa è importante distinguere:

2) Aspetti temporali

- a) **Irritabilità cronica:** stato basale che contraddistingue quel bno/adol e che spesso è indipendente da stimoli ambientali
- b) **Irritabilità episodica:** cambiamento dello stato basale del bno/adol che reagisce ad uno stimolo per lui/lei scarsamente tollerabile

AGGRESSIVITA' NORMALE E PATOLOGICA



OUTCOME
AGGRESSIVITA'

Quale rapporto

AGGRESSIVITA' FISIOLÓGICA

AGGRESSIVITA' PATOLOGICA

Come si modifica l'aggressività nelle varie fasi della crescita?

Sino ai 3 anni nel **70%** dei bambini sono presenti comp conflittuali e episodica aggressività nei confronti di adulti e pari



Dalla scuola materna alla elementare si riducono le condotte aggr fisica e può persistere aggr verbale
EFFETTO REGOLATORE SCUOLA MATERNA



In scuola elementare e materna regolazione comp e confronto dialettico con pari e adulti. Emergenza di DOP con aggressività sia impulsiva che affettiva. Comparsa di condotte tipiche del bullismo



In scuola elementare diminuisce globalmente l'aggressività.
Si mantiene più elevata l'aggressività nascosta.
Compare l'aggressività legata alla dominanza nel gruppo



Irritabilità e aggressività in età evolutiva

Da scuola materna a elementare naturale declino aggressività :

- a) Aumento **competenze sociali e strategie di mediazione** nelle relazioni tra pari
- b) Maturazione della **regolazione emotiva** e del controllo risposte comportamentali
- c) La presenza di un **temperamento oppositorio** (*hard to menage*) e/o di un **ambiente di vita sfavorevole** (familiare, scolastico, sociale) sono fattori che possono **influenzare il declino della aggressività.**

Le Tempeste Affettive in età prescolare

TEMPER TANTRUMS

Tipiche del periodo 18mm -4 aa

Più frequenti in momenti stanchezza, alimentazione, riduzione dell'attenzione di adulto verso bambino, interruzione di attività piacevole per il bambino (es. gioco che si rompeo che non riesce)

Sono tipiche risposte ad un evento frustrante o strategia di evitamento di una attività poco piacevole per quel bambino

Durata media 5'

Urla, pianto, agitazione psicomotoria, condotte aggressive, sintomi neurovegetativi (sudore, scialorrea, vomito).

Segue stato di stanchezza e a volte sonno

Frequente in bambini con immaturità/ritardo delle competenze espressive verbali ma anche di bni che hanno imparato ad avere benefici secondari da questi comportamenti

SOPRAVVIVONO SOLO I COMPORTAMENTI A CUI CONSEGUONO BENEFICI



Quando aggressività diviene indice psicopatologico

MODULAZIONE

intensità: aggressività intensa e persistente nel tempo e non appropriata all'età

flessibilità: il comportamento è improvviso e poco sensibile ai messaggi di contenimento e ai limiti ambientali

organizzazione: manca uno spazio temporale definito, limitato e prevedibile

IMPREVEDIBILITA' IN UN CONTESTO

il comportamento aggressivo è **ripetuto, non è prevedibile e non è adeguato al contesto** scolastico

PERVASIVITA'

le condotte aggressive **si espandono** a macchia d'olio nei vari contesti

Aggressività affettiva

- **Segue** spesso un **evento stressor**
- Deriva da una **ipersensibilità personale** e **interpersonale** con **rappresentazione ostile dell'altro**
- **Non è pianificata**
- **E' manifesta e non ha obiettivi preordinati** (dominio, vendetta, minaccia)
- E' caratterizzata da **agiti eterolesivi** ma anche **autolesivi**
- Ha una **rapida escalation** e si accompagna ad **espressione somatiche ed emozionali**
- E' **seguita** da uno stato di **spossatezza e/o pianto**
- E' **seguita** spesso da **senso di colpa**



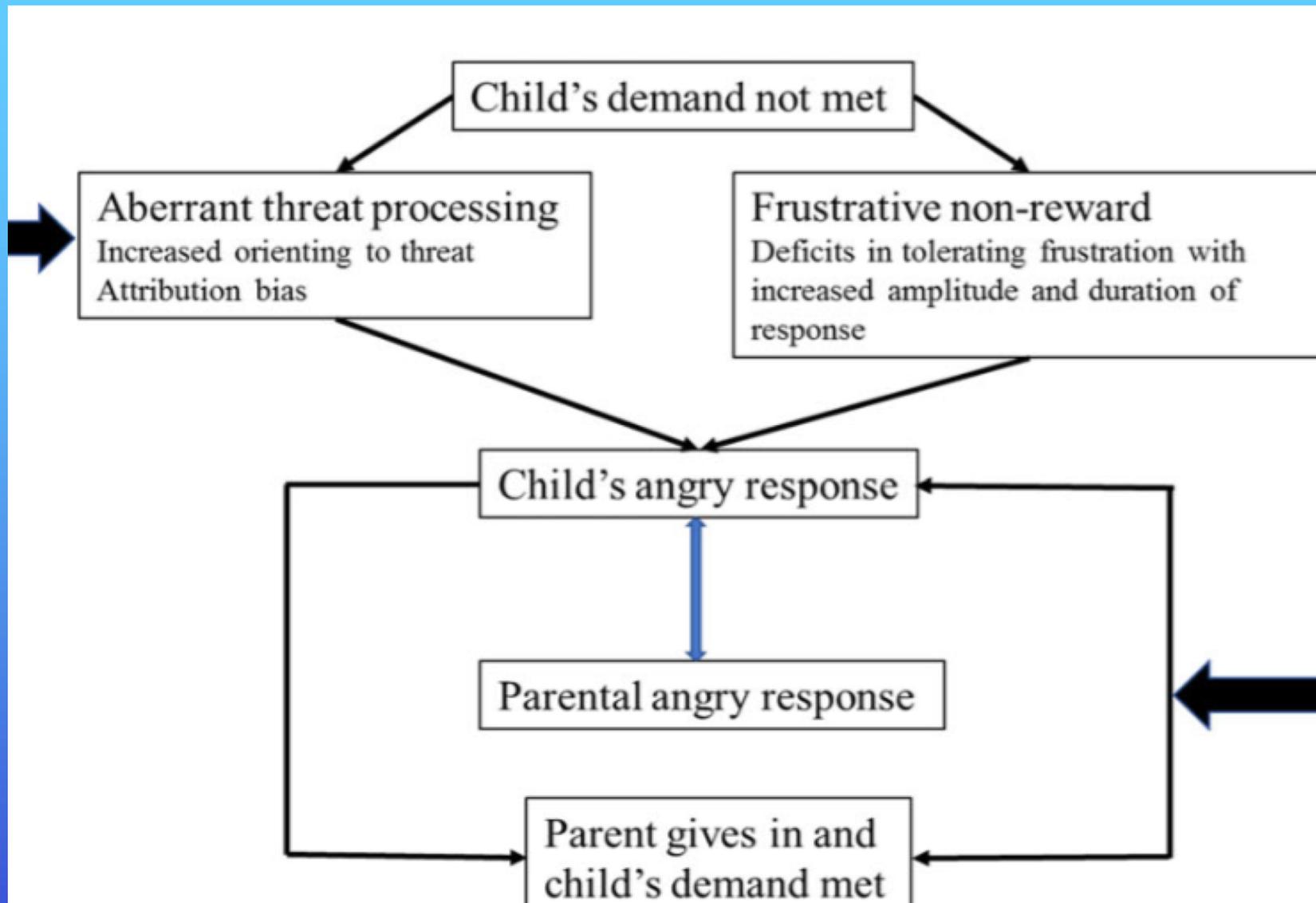


Irritabilità e aggressività in età evolutiva

Rabbia e aggressività reattiva risposta a stimoli/relazioni/provocazioni (*reali o presunte*)

- **Frustrazioni**: metto in atto un comportamento o faccio richiesta per cui mi aspetto una ricompensa o una risposta positiva spesso immediata e invece ricevo negazione/limite/punizione)
- Situazioni o stimoli per quel **soggetto noiosi/perdita attenzione e motivazione**
- **prese in giro/esclusione/insulti** da parte dei pari
- Per alcuni bambini **cambi routine, avvenimenti anche positivi inaspettati, ambienti rumorosi, richieste prestazionali** vissute come eccessive o possibile fonte di fallimento

Recognition and treatment of irritability in young people

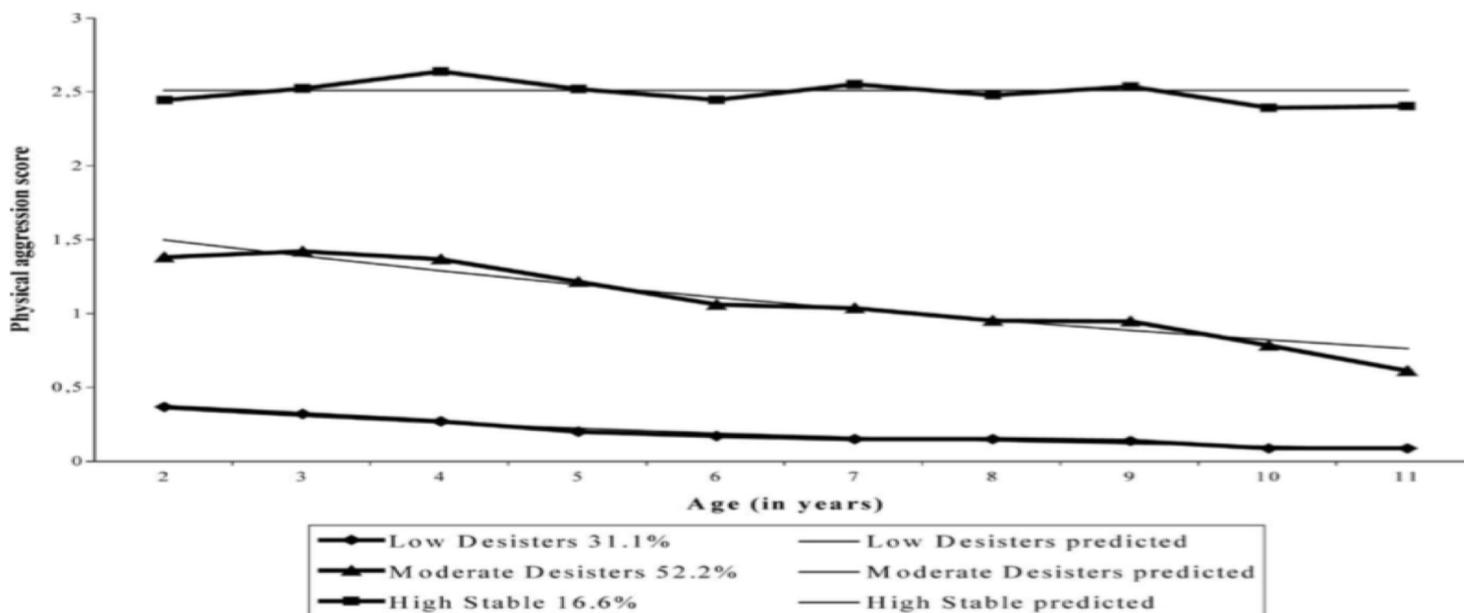


The Development of Physical Aggression from Toddlerhood to Pre-Adolescence: A Nation Wide Longitudinal Study of Canadian Children

Sylvana M. Côté,^{1,6} Tracy Vaillancourt,² John C. LeBlanc,³
Daniel S. Nagin,⁴ and Richard E. Tremblay⁵

Solo il 16% dei bambini nel periodo tra 2 e 11 anni presenta una traiettoria High Stable delle condotte aggressive. Sono prevalentemente maschi.

Trajectories of Physical Aggression



The Development of Physical Aggression from Toddlerhood to Pre-Adolescence: A Nation Wide Longitudinal Study of Canadian Children

Sylvana M. Côté,^{1,6} Tracy Vaillancourt,² John C. LeBlanc,³
Daniel S. Nagin,⁴ and Richard E. Tremblay⁵

Fattori socio ambientali sono correlati con traiettorie High Stable:
Basso stato socio-economico
Basso livello di istruzione nella madre
Stile educativo ostile e coercitivo

Trajectories of Physical Aggression

Table V. Predictors of High Physical Aggression Trajectory: Multivariate Logit Model

	Model 1			Model 2		
	Estimate (SD)	OR	95% CI ^a	Estimate (SD)	OR	95% CI ^a
Boys	0.51 (0.06)	1.67**	1.5–1.87	0.44 (0.07)	1.56**	1.37–1.77
Family characteristics						
Low income	0.37 (0.07)	1.45**	1.27–1.67	0.48 (0.08)	1.61**	1.36–1.90
Early childbearing	0.05 (0.07)	1.05	0.92–1.20	0.01 (0.08)	1.01	0.86–1.18
Low maternal education	0.19 (0.07)	1.20*	1.05–1.38	0.16 (0.08)	1.18*	1.00–1.38
Separated family	–0.04 (0.10)	0.96	0.79–1.17	–0.09 (0.11)	0.91	0.73–1.15
Family processes						
Positive interaction	—	—	—	–0.01 (0.01)	0.99	0.97–1.01
Hostile ineffective parenting	—	—	—	0.15 (0.01)	1.16**	1.14–1.18
Consistent parenting	—	—	—	0.02 (0.01)	1.02	1.00–1.04
Family functioning	—	—	—	0.01 (0.01)	1.01	0.99–1.03

Note. $n = 9635$ in model 1; $n = 7276$ in model 2.

^aCI indicates confidence interval.

* $p < 0.05$. ** $p < 0.001$.

LE CRISI DI RABBIA

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

80% dei prescolari ha
episodiche CR in un anno
scolastico
8% ha CR a frequenza
settimanale/giornaliera e di
una durata media superiore
ai **20-30 minuti**



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

LE CRISI DI RABBIA

Table 1. Parent-reported examples of normative versus problem indicators for disruptive behaviours in preschool children

Dimension	Normative misbehaviour	Problem indicator
Noncompliance	Says 'no' when told to do something	Misbehaves in ways that are dangerous (e.g., refuses to hold a parent's hand and instead runs into the street)
Aggression	Acts aggressively when frustrated, angry or upset	Acts aggressively to try to get something he or she wants
Temper loss	Loses temper or has a tantrum when tired, hungry or sick	Has daily temper tantrums; has tantrums that last >5 minutes*

Illice Charach MD^{1,2}, Stacey Ageranioti Bélanger MD¹,

LE CRISI DI RABBIA

Che cosa ci deve far pensare che CR **non è fisiologica**:

- a) permangono in qualità, intensità e frequenza **dopo i 4 aa**
- b) Sono presenti **condotte aggressive** verso gli altri e verso se stesso
- c) Durata maggiore di **5-10'**
- d) **Ce ne sono più di 5/die**
- e) Sono presenti in **più ambienti** di vita
- f) Presente **irritabilità e umore negativo** tra gli episodi
- G) TEMPI LUNGI DI RECUPERO**

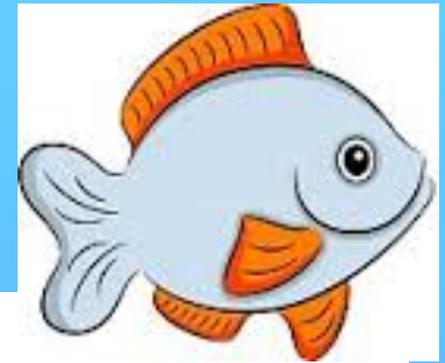
Che cosa dovremmo chiedere ai genitori per capire CR:

- a) Ci sono episodi in cui di arrabbia a casa
- b) Quando cominciati/finiti?
- c) Da che cosa sono provocati?
- d) Che comportamenti ha il bno a casa quando si arrabbia?
- e) Ci sono stati cambiamenti recenti in famiglia?
- f) Quali strategie il genitore adotta a casa per gestire CR?
- g) Altri comp che preoccupano?

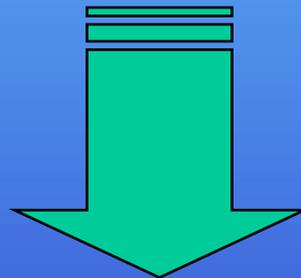
Le condotte aggressive sono particolarmente frequenti in bambini e adolescenti con patologie psichiatriche

- **Elevata sensibilità a emozioni negative** e scarsa tolleranza alle frustrazioni
- Presenza di **deficit in strategie di autocontrollo**
- Presenza di **distorsioni cognitive** che possono provocare una **erronea interpretazione** di contesti ambientali e relazionali, creando sensazioni di allarme che aumentano rischio di condotte aggressive
- Presenza di **elevati livelli di ansia di base** che aumentano rischio di agire aggressività come via di fuga da contesto percepito come stressogeno

Fattori di vulnerabilità individuale



- Disregolazione emotiva
- Scarsa capacità di perseveranza e tenacia
- Codice emotivo e linguaggio interno povero
- Immaturità delle capacità di inibizione e autocontrollo
- Sensation seeking, novelty seeking
- Diff. a valutare pericolo, accettazione situazioni nuove
- Scarsa tolleranza frustrazioni, regole, limiti
- Stile attaccamento patologico



**elevato rischio di disturbi
comportamentali e di SUD**

REAZIONI ALL'INSUCCESSO

✓ Che cosa avresti pensato se non fossi riuscito a risolvere il problema?

CHI SONO DURO

③ La tua abilità in quella materia, dopo l'insuccesso, è:

- a Uguale.
- b Ti senti più bravo.
- c Ti senti meno bravo.

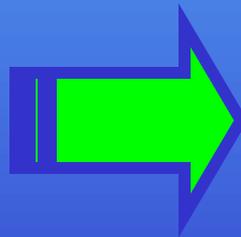
Perché?

MI DE HO RALIZZO



FATTORI ATTRIBUTIVI

(Internalità, stabilità,
non controllabilità e
globalità e attesa di
non contingenza)



LEARNED HELPLESSNESS: (IMPOTENZA APPRESA)

depressione come risultato di
situazioni stressanti che il soggetto
sente di non poter controllare o
modificare

Quale Parenting nei DOP/DC Caldi ed Impulsivi ?

Fattori che possono motivare e amplificare la disregolazione emotiva, aumentare l'abilità emotiva e facilitare l'insorgenza di disturbi eternalizzanti.

Contesto familiare in cui siano presenti dinamiche relazionali caratterizzate da affettività negativa espressa con elevata frequenza (rabbia, escalation aggressiva, espressioni verbali e mimiche durante scambi diadici).

Parenting coercitivo e punitivo
Parenting trascurante e con scarso

Stile genitoriale trascurante e scarsamente attento alla espressività emotiva

Contesti familiari e sociali ricchi di fattori stressogeni
Maltrattamento psicologico e/o fisico

Aggressività del bambino come meccanismo di fuga dal conflitto con l'altro e di arresto di uno stato di angoscia e di agitazione che il bambino descrive anche somaticamente

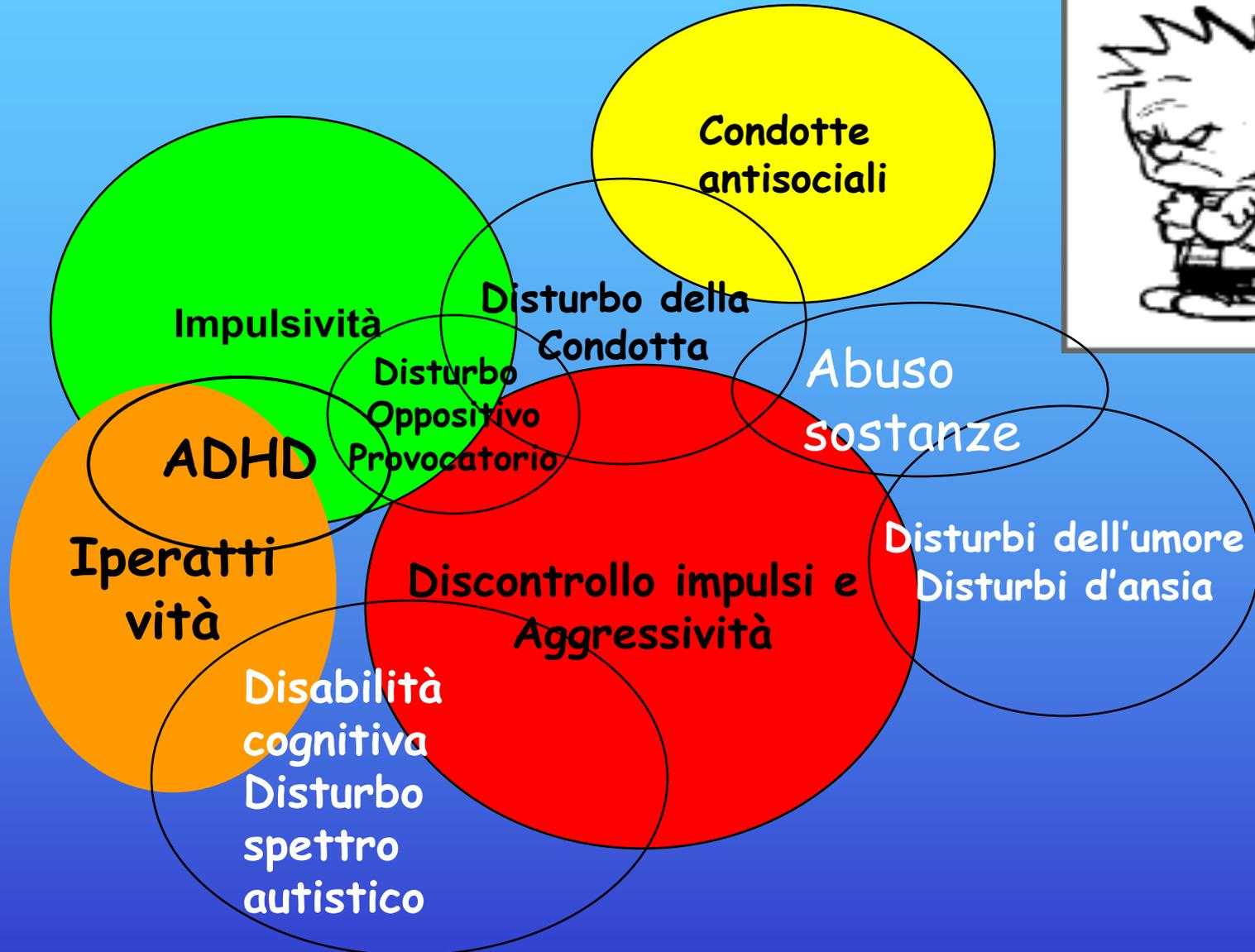


Relations of Parenting to Adolescent Externalizing
and Internalizing Distress Moderated by
Perception of Neighborhood Danger

Jonathan S. Goldner
Under the Rainbow, Mount Sinai Hospital, Chicago, Illinois



Irritabilità e Aggressività e disturbi del neurosviluppo

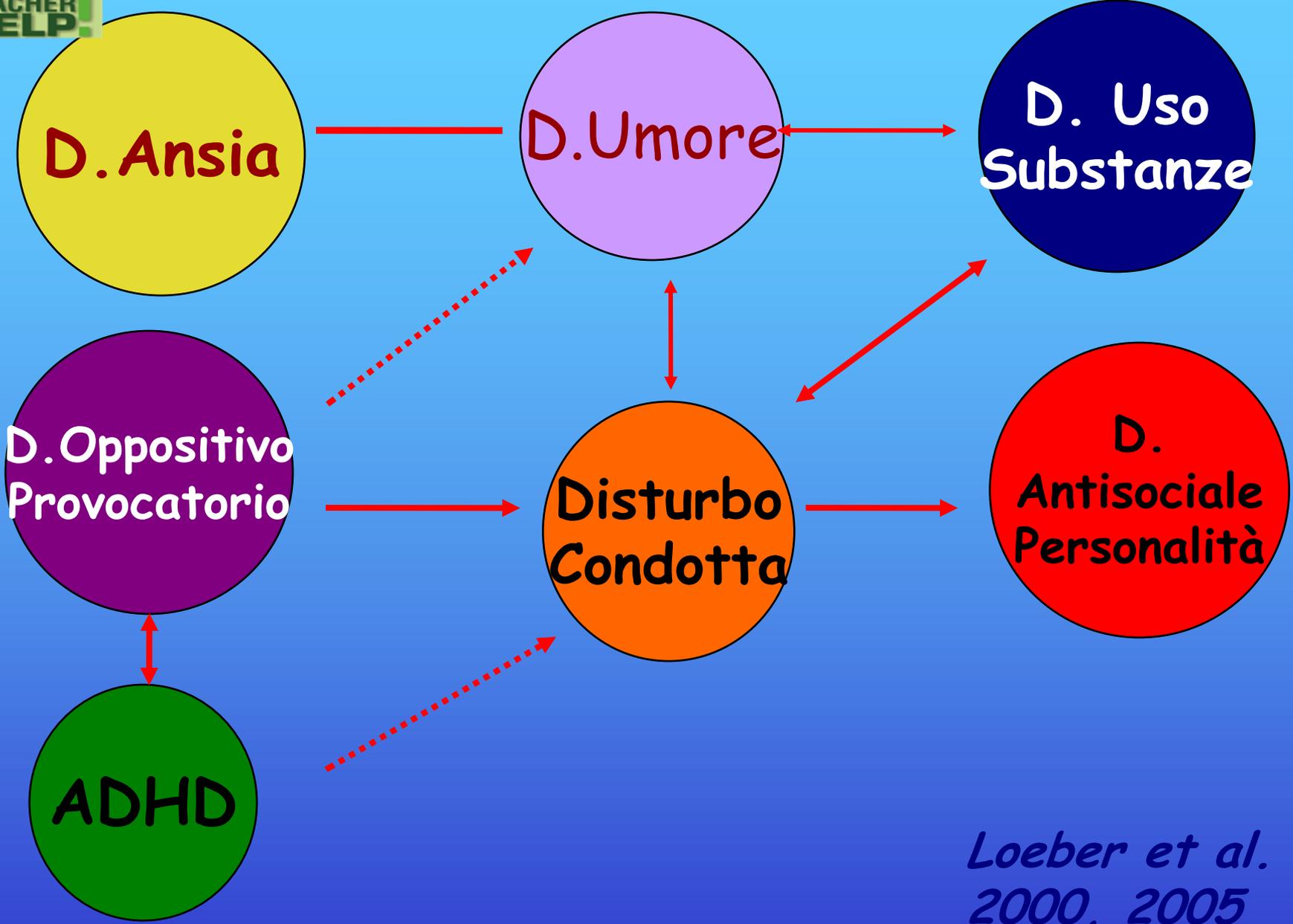




Infanzia

Adolescenza

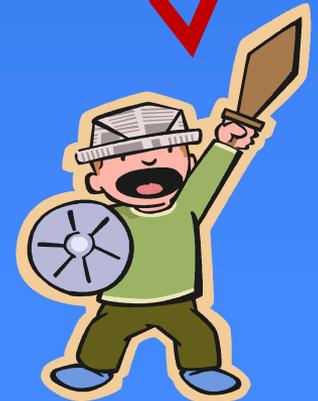
Età Adulta



*Loeber et al.
2000, 2005*

Disturbo da Deficit di
Attenzione/Iperattività
(ADHD)

Disturbo Oppositivo
Provocatorio (DOP)



Disturbo della Condotta (DC)

Disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta nel DSM-5

- La categoria include condizioni in cui vi sia un problema specifico di controllo delle emozioni e del comportamento
- Disturbi associati ad un comune spettro esternalizzante caratterizzato da una dimensione temperamentale denominata ***disinibizione*** e da una ***emozionalità negativa***. Questo tratto di personalità presenta elevata comorbidità con SUD e evoluzione possibile in Disturbo Antisociale di Personalità
- Facilitare la individuazione di indicatori di rischio evolutivo
- Forme paucisintomatiche di DC in età preadolescenziale o nelle femmine importante a fini terapeutici e prevenzione

Disturbo oppositivo-provocatorio in DSM-5

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

Arrabbiato/ Umore Irritabile

Spesso perde il controllo
Spesso è permaloso o facilmente si annoia
Spesso è arrabbiato e risentito

Polemico/ Provocatorio

1. Litiga spesso con adulti, bambini e adolescenti
2. Spesso si rifiuta o si oppone a soddisfare le richieste di figure Adulte
4. Spesso infastidisce gli altri
5. Spesso biasima gli altri per errori

Vendicativo

E' stato spietato o vendicativo almeno 2 volte negli ultimi 6 mesi

Caratteristiche del bambino con Disturbo della Condotta

fa il prepotente,
minaccia,
intimidisce gli altri

Marina la scuola

Dà inizio
a colluttazioni fisiche

Appicca il fuoco

Mente per ottenere vantaggi



Crudele con le persone
e/o con gli animali

Ruba o distrugge
proprietà altrui

Ha usato un'arma
che può causare seri danni fisici

Trascorre fuori
di casa la notte,
fugge di casa

Social cognition e aggressività

I bni/adol con DOP/DC aggressivi presentano alcune distorsioni cognitive:

- **Difficoltà** di decodifica delle **informazioni sociali**
- Scarsa capacità di **analisi degli eventi a contenuto sociale** e in particolare delle intenzioni presenti nella mente dell'altro
- Difficoltà a valutare **i segnali non ostili** di una situazione
- Necessità di assumere **una posizione di dominio** e di rivendicazione in contesti sociali
- Messa in atto prevalente di **soluzioni disadattive** e non mediate da canale verbale di fronte a situazioni problema
- **Sovrastima di conseguenze positive** dei loro comportamenti aggressivi
- **Aspettative di successo** a fronte di risposta aggressiva comportamentale

Quali sono i motivi che spingono a scegliere comportamenti sbagliati nei DCD ?

I bambini con disturbo del comportamento mostrano deficit nel processo di **DECISION MAKING**:

- NON valutano né prevedono le conseguenze del loro comportamento
- NON colgono o non considerano il punto di vista dell'altro
- NON riflettono sugli eventi negativi conseguenti al loro comportamento
- NON hanno adeguate aspettative rispetto al rinforzo o timore della punizione
- NON comprendono i segnali che predicano l'errore

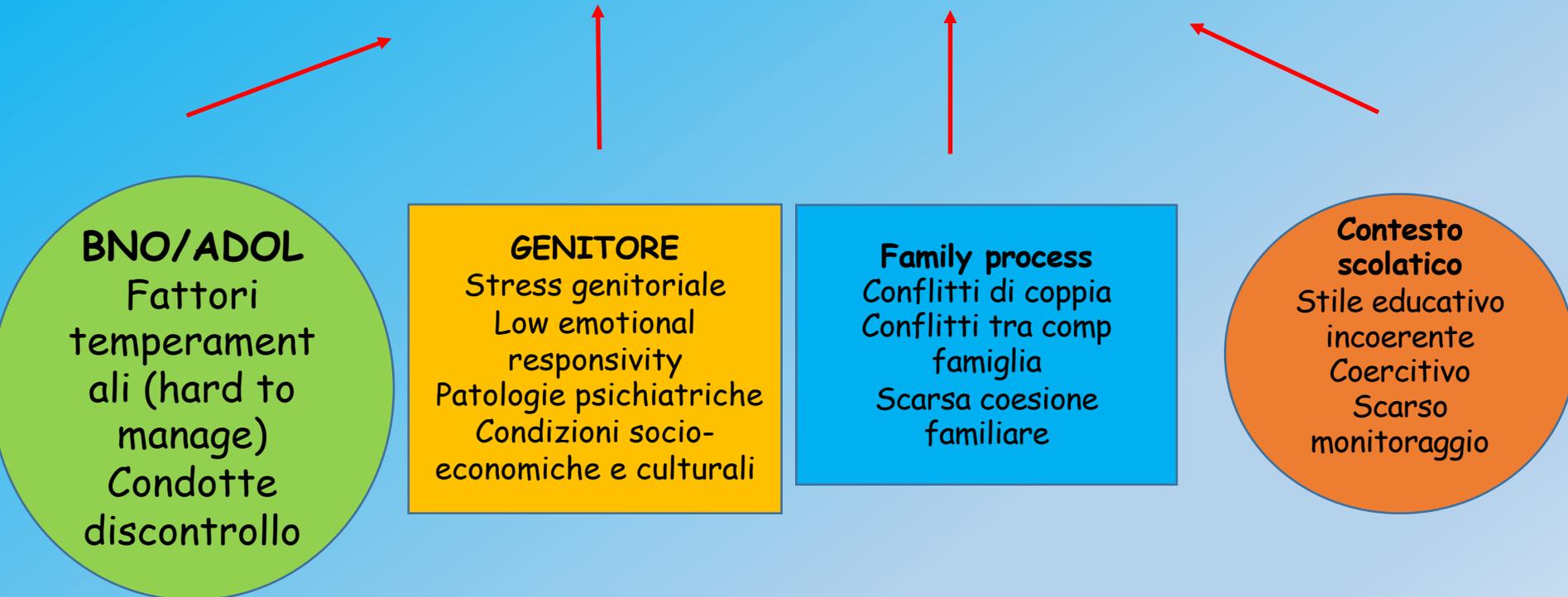
Ne consegue un deficit nelle strategie di problem solving in contesti relazionali e ancor più conflittuali

Biological, psychological and social processes in the conduct disorders

Jonathan Hill

Liverpool University, UK and Royal Liverpool Children's Hospital, UK

Lo stile educativo genitoriale e presente nei contesti sociali di vita del minore può essere un importante fattore di rischio e favorire l'insorgenza di problematiche comportamentali



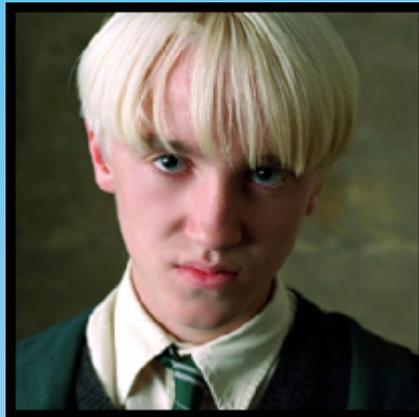
DOP e traiettorie evolutive



Irritabile/
emozionalità
negativa



Dannoso/
aggressivo
premeditato



Ostinato/
impulsivo



Disturbo Condotta DSM-5



Abuso e Dipendenza
Sostanze
Condotte antisociali
Fallimento adattivo
Instabilità affettiva

Disturbo della Condotta
(DC)

prognosi sfavorevole
condotte grav antisociali
tratti psicopatici

Elevata componente genetica
in eziologia
Ridotta reattività sistema
nervoso autonomo

Con emozionalità prosociale limitata

Scarso rimorso o scarso senso di colpa

Freddezza, scarsa empatia

Non si preoccupa delle proprie prestazioni

Superficiale o con scarsa affettività

Cos'è l'empatia



Empatia cognitiva
Rappresentazione
delle intenzioni
e
dei pensieri degli
altri (*teoria della mente*)

Empatia affettiva
Risposta affettiva
alle emozioni
verbalizzate o mostrate
dagli altri

PRESCHOOLER CON SCARSA EMPATIA PRESENTANO:

- ✓ Caratteristiche temperamentali evidenziabili già in età prescolare e correlate con DC in età successive
- ✓ Bassi livelli di ansia e paura (**unhhibited and fearless temperament**) anche di fronte a richiamo di adulto o punizione
- ✓ Ricerca di attività nuove e potenzialmente pericolose
- ✓ Ridotto arousal in situazioni relazionali nuove e non familiari
- ✓ Scarsa capacità di decodifica degli stimoli emotivi
- ✓ Scarsa attenzione ad aspetti salienti del volto dell'altro
- ✓ **Bisogno di possesso/dominio vs distress provocato dalla reazione emotiva dell'altro**

Annual Research Review: A developmental psychopathology approach to understanding callous-unemotional traits in children and adolescents with serious conduct problems

Paul J. Frick, James V. Ray, Laura C. Thornton, and Rachel E. Kahn
Department of Psychology, University of New Orleans, USA



Aggressività premeditata

- Comportamento **volontario, pianificato, diretto ad un obiettivo specifico** e all'ottenimento del soddisfacimento di un desiderio (concreto, vendetta, dominio, sessuale)
- **Normale performance cognitive**
- **Ridotta sensibilità alla sofferenza altrui**
- **Alti livelli di introversione, impulsività, aggressività verbale e eterolesiva**
- **Aspettative positive nei confronti degli agiti aggressivi, non autolesività**
- **Scarso rimorso e empatia**



Tipologie di Aggressività e DCD

Aggressività affettiva

(RADI Reactive, affective, defensive or impulsive)

Trigger: frustrazioni, percezioni ostili, prese in giro,

Reazioni intense, inadeguate al contesto, elevata impulsività

Deficit funzioni esecutive

Ridotta attivazione corticale

di regioni frontali e prefrontali

Disregolazione del sistema

serotoninergico e dopaminergico centrale

Bias attribuzione ostile

Frequente comorbidità psichiatrica

Abuso fisico subito in età infantile

Vittime di atti di bullismo

Frequente disregolazione emotiva con ipersensibilità

Migliore risposta a trattamenti riabilitativi e farmacologici

Aggressività predatoria

(PIP Planned, instrumental or proactive)

Comportamento volontario, diretto ad un obiettivo specifico e all'ottenimento del soddisfacimento di un desiderio (concreto, vendetta, dominio, sessuale)

Normale performance cognitive

Adeguati livelli di attivazione corticale

Tratti callous-unemotional

Ridotta sensibilità alla sofferenza altrui

Alti livelli di introversione, impulsività, aggressività verbale e eterolesiva

Aspettative positive nei confronti degli agiti aggressivi

Scarso rimorso e empatia

Coping strategie relazioni intrafamiliari

Frequente in popolazioni carcere minorile

Scarsa responsività a interventi riabilitativi e farmacologici



Il Disturbo della Condotta: deficit apprendimento emotivo e decision making

Ridotta risposta
al rinforzo emotivo
(espressioni)

Adolescenza
Fase di maggiore
sensibilità a
minaccia e
ricompensa

Giudizio morale
inappropriato

Deficit
Decision -making
e funzionamento
sociale DC

Scarsa capacità
di giudicare
conseguenze delle
proprie azioni

Scarsa risposta a
Rinforzo e/o punizione
Deficit nel valutare
costo azione (diff tra punizione
e gratificazione)

Pathological gambling, internet addiction e disregolazione emotiva

- Caratteristiche di adolescenti e giovani adulti con dipendenze comportamentali , internet addiction e gioco patologico:
- **Elevata Impulsività**
- **Difficoltà di gestione emozioni negative** (rabbia)
- Elevata **allessitimia** (difficoltà a identificare e descrivere emozioni e tendenza a minimizzare esperienze emotive)
- Frequente presenza di **tratti evitanti di personalità** e tendenza ad evitare situazioni in cui è presente "vicinanza" fisica o emotiva
- Tendenza a **minimizzare espressione distress**
- In storia precoce perdite affettive, life events traumatici
- **Intensa sfiducia nell'altro** , rappresentazione di sé come non bisognoso di legami affettivi

DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ

Soffro di disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività
Soffro di disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività



ADHD e il modello tripartito di Fedeli

Deficit di inibizione
cognitiva
Deficit di linguaggio
interno
Scarsa tolleranza a
frustrazioni
Rigidità cognitiva

Limitato orientamento
e persistenza nel
compito
Difficoltà memoria
lavoro
Ridotta pianificazione
Alterata percezione
del tempo

Deficit
di controllo motorio
Irrequietezza
motoria
Aggressività

ADHD e deficit di inibizione comportamentale

- **Deficit di memoria di lavoro:**

difficoltà a mantenere attive le informazioni rilevanti per un compito perché disturbati da altri stimoli. Provoca incapacità a seguire, mantenere una regola, una indicazione nel tempo.

- **Limiti nella capacità generativa:**

deficit nell'abilità di scomporre un'attività complessa in passi consecutivi e di generalizzare o applicare a contesti diversi un'esperienza appresa (strategie di problem solving). Porta a commettere ripetutamente lo stesso errore.

- **Immaturità del linguaggio interno:** capacità essenziale per autoregolazione. Mi ripeto mentalmente le istruzioni, linguaggio interno che guida il comportamento se manca aumenta impulsività e disregolazine

- **Deficit motivazionale:** ridotta capacità di mantenere attivi nella memoria di lavoro gli obbiettivi da perseguire

ADHD ed evoluzione psicopatologica



**Solo
ADHD**

- Comp distruttivo
- Dist relazioni familiari

- Bassa autostima
- Scarse attitudini sociali
- Problemi di appr

- Disturbo oppositivo
- Disturbo dell'umore
- Comportamento provocatorio

- Comportamento antisociale
- Allontanamento dalla scuola
- Abuso di sostanze stupefacenti
- Disturbo di condotta
- Demotivazione
- Difficoltà di apprendimento

Età →

Vediamo pochi ADHD in età prescolare e in età scolare quadro clinico tende a complicarsi

Le difficoltà di regolazione emotiva e le condotte aggressive in età evolutiva

"L'emozione è una reazione soggettiva a un evento saliente, caratterizzata da cambiamenti fisiologici, esperienziali e comportamentali" (Alan Sroufe, 1996)

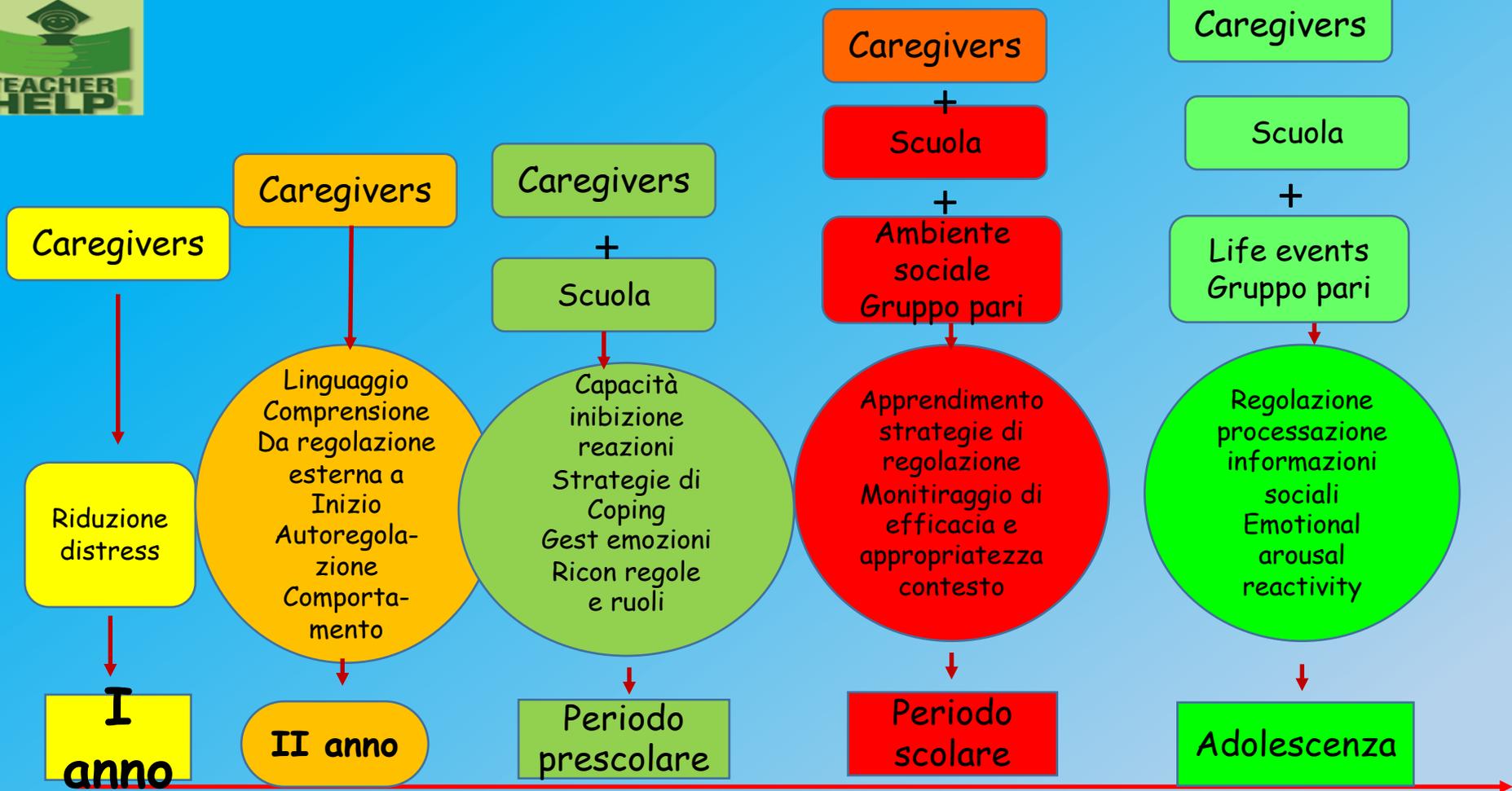
Regolazione emotiva: complesso di processi mentali che rendono possibile l'analisi, il monitoraggio e la eventuale modificazione delle reazioni emotive (intensità, tempistica, espressione comportamentale) e che portano al raggiungimento di un obiettivo adattivo (Thompson, 1990)

Al termine dell'età prescolare il bambino dovrebbe aver acquisito sufficienti strategie di autoregolazione emotiva



Task dello sviluppo emotivo nei primi 7 anni di vita:

- 1) Tolleranza alle frustrazioni
- 2) Capacità di relazionarsi con gli altri e provare piacere nelle relazioni,
- 3) Riconoscere il pericolo e gestire la paura e l'ansia
- 4) Difendere se stesso e i propri oggetti con comportamenti di difesa e adattivi
- 5) Riuscire a stare da soli per spazi di tempo adeguati all'età
- 6) Avere un interesse e una motivazione
- 7) Sviluppare relazioni amicali significative



Scarsa regolazione emotiva e problematiche comportamentali

Una serie di ricerche evidenziano come una inadeguata regolazione delle emozioni di rabbia ed eccitazione si associ a problemi del comportamento sia nel **contesto scolastico che familiare**, mentre una scarsa regolazione delle emozioni di paura e tristezza è correlata a **problemi emozionali e ansia sociale**



Disregolazione emotiva ed ansia

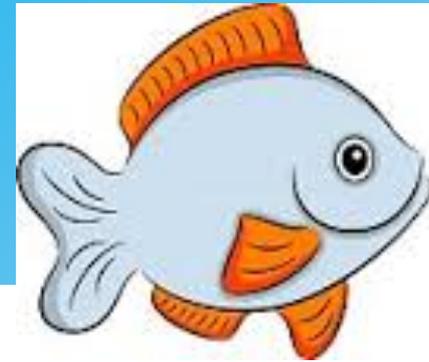
Di fronte a situazioni stressogene, il minore non riesce a gestire con successo l'aumento delle sensazioni di ansia e di disagio e può quindi **scegliere strategie (evitamento, aggressività, chiusura, somatizzazione acuta) per ridurre immediatamente lo stato di attivazione ansiosa (arousal).**

Queste strategie sono comunque inadeguate e comportano **una nuova escalation dello stato d'ansia** che tende così ad autoalimentarsi.

Strategie adattive nella gestione dell'attivazione ansiosa (analisi della situazione, razionalizzazione, focalizzazione su altri pensieri, ricerca di supporto) **non sono nel background personale e familiare del bambino con disturbi comportamentali**



Fattori di vulnerabilità individuale



Temperamento **fobico-ansioso**

Stile attaccamento patologico

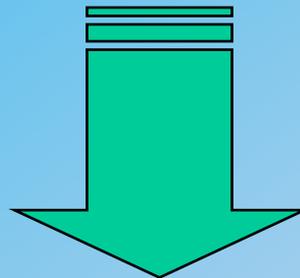
Codice emotivo povero

Disregolazione emotiva

Difficoltà **relazionali** e di **adattamento**

Ripetute ospedalizzazioni e presenza di malattie croniche

Sovrastima del pericolo , paura delle situazioni nuove



**elevato rischio di disturbi emotivo-
comportamentali**

Quando l'ansia motiva la paura, l'evitamento o la rabbia



Irritabilità e aggressività affettiva in età evolutiva

In età evolutiva l'irritabilità, l'ipersensibilità agli stimoli ambientali negativi (o presunti tali) è spesso un sintomo di una **labilità emotiva e di una patologia di tipo depressivo**.

Sono bambini che appaiono **facilmente infastiditi, eccessivamente suscettibili e permalosi, con evidenti stati negativi dell'umore presenti già all'arrivo a scuola**

La loro **attenzione è discontinua** come le loro prestazioni (sia in motivazione che rendimento).

La relazione con i pari è spesso **fonte di vissuti negativi** (non commisurati al reale scambio relazionale).

Fenomeno di iperauscolazione, ipersensibilità ai rumori, difficoltà di attenzione, instabile motivazione, tratti di apatia e scarsa iniziativa.

Fobia scolare

Il livello di ansia, paura e angoscia nel recarsi a scuola e restarvi sono tali da compromettere in modo significativo una regolare frequenza scolastica, con assenze ripetute croniche che infine possono condurre a un blocco della frequenza.

Al momento di andare a scuola manifestano cefalea, dolori addominali, stanchezza, sonnolenza, dolori muscolari, vomito, nausea e diarrea

Associato o meno ad ansia di separazione





Self-injury, aggression and destruction in children with severe intellectual disability: Incidence, persistence and novel, predictive behavioural risk markers



L.E. Davies ^{a,1}, C. Oliver ^{b,*}

- In paz con disabilità cognitiva frequenza di problematiche aggressive di elevata entità supera il 45% dei casi
- Problematiche comportamentali (CP) presenti sin da età precoci nei pazienti più gravi.
- Nella maggior parte dei casi il periodo adolescenziale è la più frequente età insorgenza dei CP.
- Alta stabilità nel tempo con elevato disadattamento in contesti di vita e importante costo sociale.
- Condotte eteroaggressive e autolesive molto frequentemente associate aumentano la problematica gestionale.

Quali fattori possono aumentare in Dis Cogn condotte aggressive

- Grado di disabilità cognitiva
- Gravità delle condotte aggressive
- Precocità di insorgenza eteroaggressività e autolesionismo
- Presenza di impulsività
- ASD
- ADHD
- Presenza di stereotipie motorie, comportamenti compulsivi
- Competenze comunicative non raggiunte

Autolesioni
smo

Fattori di
rischio

Eteroaggressi
vità



Disturbi del comportamento e Crisi di Rabbia e strategie di gestione

Esiste una rabbia che ha niente
a che vedere con la cattiveria
Ma è il ruggito di chi cerca di
proteggere
le proprie fragilità

I problemi di comportamento nella scuola

Interferiscono con
il contesto di
apprendimento e
con il rendimento
scolastico della
classe

Influenzano il
benessere emotivo e
sociale della classe,
difficilmente gestibili
dai docenti

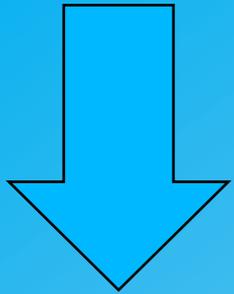
Limitano la
capacità degli
alunni di
raggiungere il
loro pieno
potenziale

I problemi di aggressività
e condotta si manifestano
in modo importante a
scuola

Difficoltà nel Comportamento

COSA TI FA ESSERE TRISTE ?

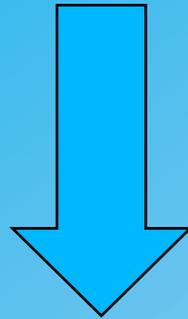
LA SCUOLA
SCELZIONE PER CASA



Difficoltà relazionali

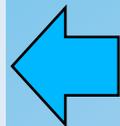
Irritabilità e
elevata
conflittualità coi
compagni e/adulti

Autoregolazione
e affettiva



Difficoltà nel
rispetto delle
NORME che regolano
la vita scolastica.

Autoregolazione
cognitiva



Stare seduti,
Stare attenti,
Stare in silenzio,
Finire il compito...





Impulsività come fattore di rischio

- tendenza ad **agire senza riflettere**
- ridotta sensibilità alle conseguenze negative del proprio comportamento
- **reazione rapida e non pianificata** ad uno stimolo prima della completa processazione delle informazioni
- **scarsa considerazione delle conseguenze** a breve e a lungo termine del proprio comportamento
- In DCD sono stati misurati alti livelli di impulsività sia in ambito di mantenimento attentivo/ distraibilità che comportamentale.

Che cosa sarebbe importante sapere

➤ Comportamento disfunzionale è nella storia personale e/o scolastica di quel bambino?

Importante avere notizie del comportamento in contesti scolastici precedenti ma anche dai genitori.

Verificare se è presente un quadro clinico con diagnosi e se ci sono specialisti di riferimento

➤ E' il primo episodio a scuola? Non è un suo comportamento usuale

Più probabile la natura reattiva e quindi importante individuare fattori scatenanti (in contesto singolo) se intra o extrascolastici, relazionali (Autismo, bullismo), insuccessi (DSA/ADHD).

➤ Che conseguenze per l'immagine di sé e nella relazione con i pari?

Importante che non costituisca un motivo di disistima personale e/o di distanziamento da parte dei pari

Cosa è importante premettere

- Sopravvivono i comportamenti che a breve e a lungo termine costituiscono un beneficio secondario (ottengo/evito)
- Il bno/adol durante la crisi di rabbia non è **totalmente consapevole** delle sue azioni e delle loro conseguenze
- **LE CRISI DI RABBIA POSSONO ESSERE PREVENUTE/GESTITE ed essere spazio di ACQUISIZIONE DI NUOVE MODALITA' DI PROBLEM SOLVING**
- **GESTIRE versus SUBIRE**
- Co-gestione dell'equipe e della classe versus contrapposizione tra adulti e stigmatizzazione da parte dei pari



Cosa è importante premettere

- Il compito di gestione è dell'adulto di riferimento sempre meglio non coinvolgere gli altri alunni
- In alcuni protocolli di gestione CR è delineata figura di case manager e sono inserite alcune istruzioni per gli alunni della classe

Case manager: coordina la gestione della CR ed è il riferimento dell'equipe scolastica, del bambino in crisi ma anche degli altri alunni.

Istruzioni per gli altri bambini: pensiamo ad un protocollo di gestione di un incendio. Ognuno può aiutare a non aumentare i trigger, la confusione e anche a portare un po' di acqua.

- **CR come momento di condivisione con la classe di strategie di regolazione comportamentale e emozionale**

Cosa è importante premettere

- Sarebbe importante tenere un **diario di bordo** per la descrizione delle CR (trigger, decorso, uscita dalla crisi)
- Importante osservazione della CR da **più punti di vista**
- **La ricostruzione dell'avvenuto con la famiglia**
- Valutare quali strategie di contenimento adottare e descriverle per come sono state adottate e le conseguenze che hanno avuto.

Strategie di contenimento

a) **Contenimento emotivo**

b) **Contenimento ambientale**

c) **Contenimento fisico** che è possibile soltanto:

- quando ogni altra tecnica di contenimento sia fallita
- quando vi siano degli evidenti rischi per l'incolumità dell'alunno stesso, degli altri alunni e del il personale scolastico

Insegnante: errori di interpretazione

➤ Comportamento disfunzionale è volontario

Non vuole comportarsi in modo adeguato versus non può/non riesce a comportarsi in modo adeguato.

Valutare effettivi livello di sviluppo (capacità di comprensione, astrazione, analisi della relazione e del contesto)

➤ Intensificare una strategia che non funziona perché funzioni meglio

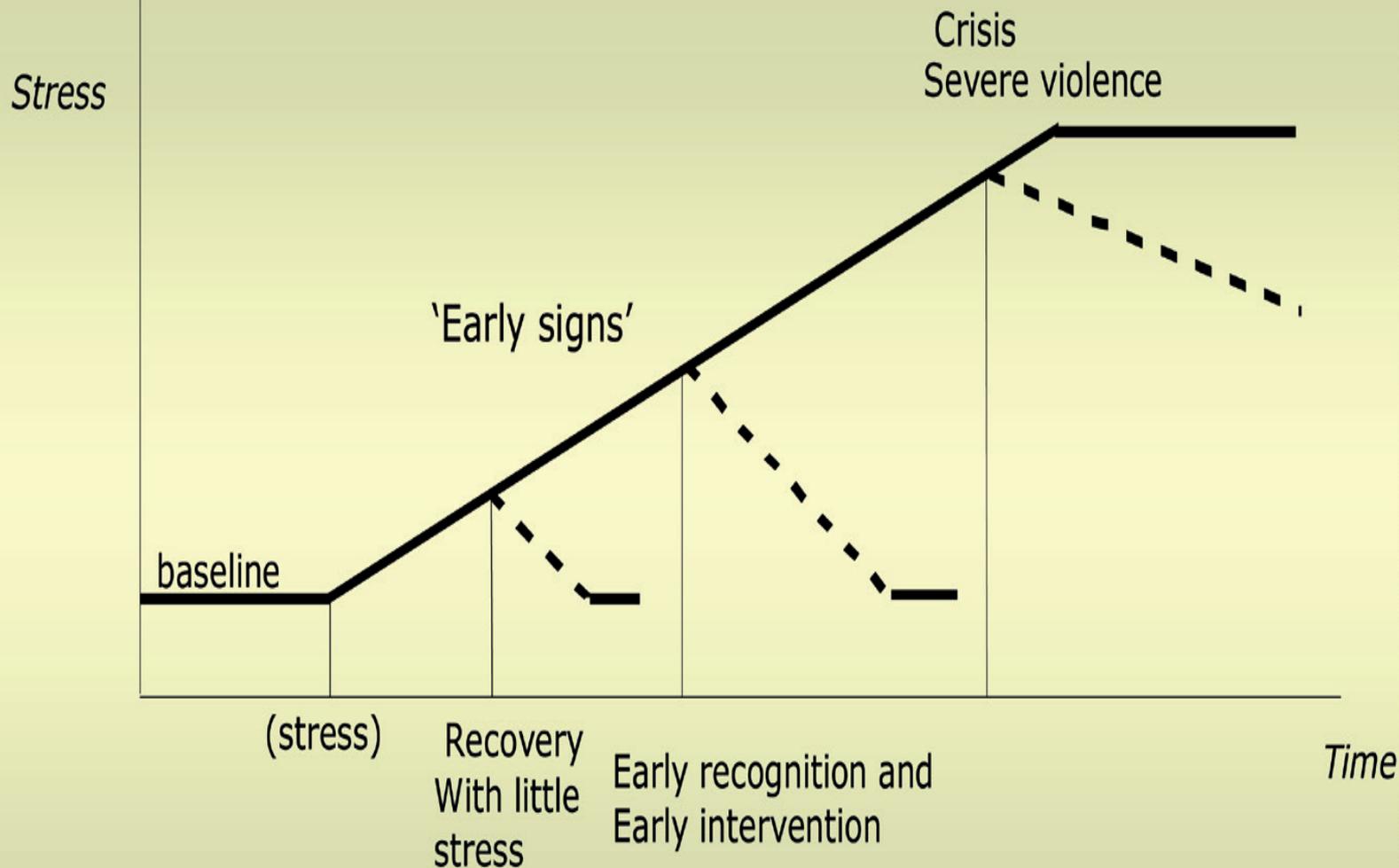
Alzare più la voce/ aumentare punizione/intensificare i richiami

➤ Utilizzare comandi e regole con espressioni verbali lunghe e circostanziate.

Ricordare che in questi casi è frequente disturbo attenzione

➤ Fare domande sulle motivazioni del comportamento durante la CR

IL PROCESSO DI DETERIORAMENTO COMPORTAMENTALE



Che cosa dovremmo imparare a identificare

- Gli antecedenti e i TRIGGER
- Le situazione predisponenti/facilitanti

Es i contesti poco strutturati, i momenti post attività che necessitano impegno cognitivo/attentivo, i passaggi di figura di riferimento, inizio/fine mattina, situazioni ricche di stimoli acustici, i contesti competitivi

- Le relazioni «pericolose»
- I segnali che possono precedere la «tempesta»

Fase di agitazione

- Stato transnosografico, con eccitazione psicomotoria afinalistica e disorganizzata:
 1. . **componente fisica non aggressiva (instabilità)**
 2. . **componente verbale non aggressiva (questioning)**
- Il bambino/adolescente agitato può:
 - a) **non essere in grado di essere coinvolto in una conversazione o essere in una fase acuta**
 - b) Avere comportamenti **motori ripetitivi** e scarsamente finalistici
 - c) Produrre verbalizzazioni ripetitive e spesso **aggressive**
 - d) **Essere molto irritabile (ma non necessariamente aggressivo), impulsivo e ipersensibile allo stress ambientale**



Da agitazione a crisi di rabbia

Passaggio da agitazione a condotte aggressive

2 forme:

a) Il bambino/adolescente sente violati i suoi confini o i suoi livelli di tolleranza.

Può sentirsi **eccessivamente criticato**, umiliato o colpito emotivamente

Può essere molto arrabbiato e ha l'impressione di stare facendo uno **sforzo elevato per autocontrollarsi** e necessita di **sentirsi riconosciuto (VALIDAZIONE)** in questo sforzo.

In questi casi può raccontare perchè è arrabbiato.

b) Il bambino/adolescente è spesso arrabbiato e sta cercando una scusa per "esplodere".

L'ambiente può dargli la motivazione per accendere la miccia.

Non sa dare le motivazioni della propria rabbia e **si sente costantemente sotto pressione** da parte dell'ambiente.

Fa **richieste impossibili** e ripetitive e utilizza l'assenza di risposta positiva alle sue richieste come motivo per aggredire gli altri.

Ha piacere a creare paura e confusione nell'ambiente e a intimidire gli altri

Non reagisce impulsivamente o in modo difensivo e aumenta intensità agiti proporzionalmente al numero di spettatori

Il ciclo della crisi aggressiva

Fase del fattore scatenante (trigger)

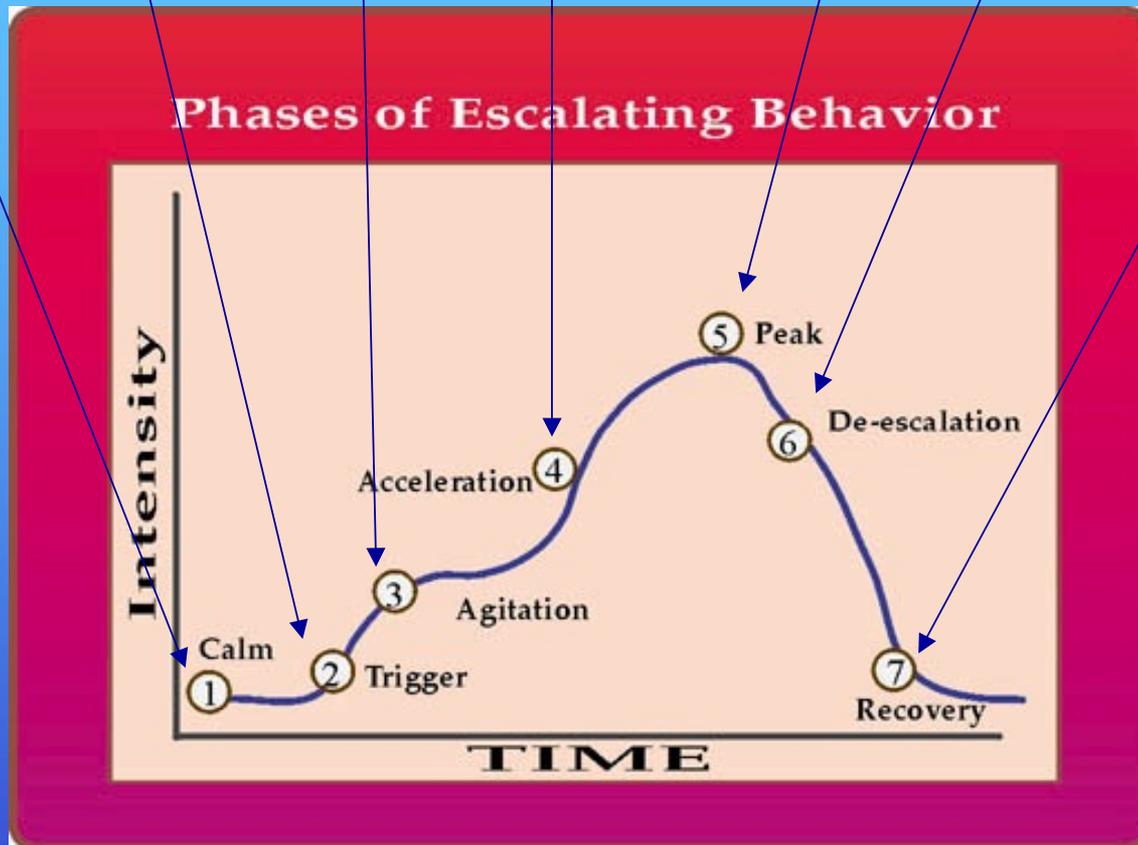
Fase dell'escalation

Fase critica

Fase del recupero

Fase post-critica

quiescenza stimolazione *escalation* accelerazione picco *descalation* risoluzione



«C'è un problema da risolvere!»



**IDENTIFICAZIONE
DEL PROBLEMA**

**SCELTA
DELLE
SOLUZIONI**

**VALUTAZIONE
DELLE
CONSEGUENZE**

Probabili fonti di irritabilità

FRUSTRAZIONI- ANSIE- ANGOSCE



DA DOVE DERIVANO??

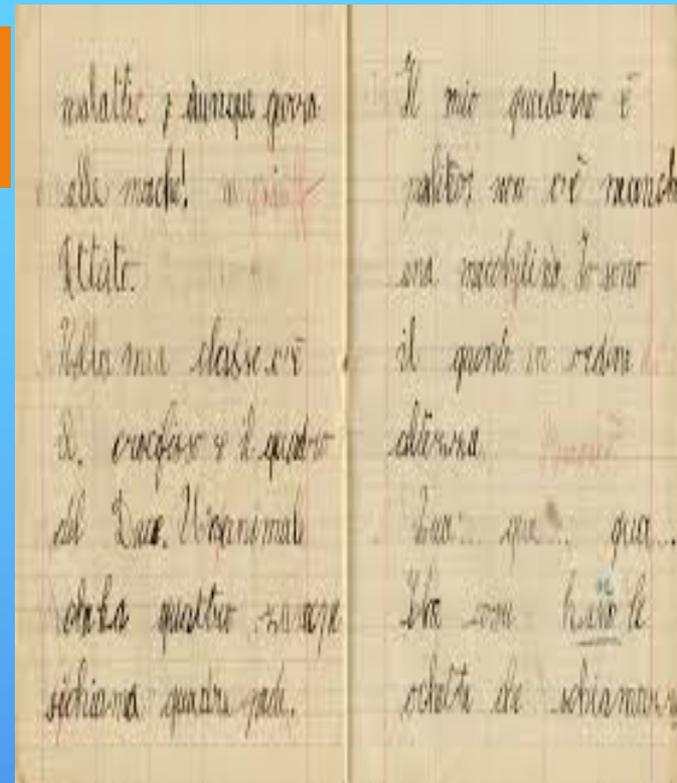
I° LIVELLO DI ANALISI

- Dal compito ? Problema di apprend./attenzione?
- Dalla relazione con l'altro/ altre....?



Problemi sul compito

- Spesso problemi di comportamento associati a DSA o ADHD
- Se il bambino non ha una diagnosi mi devo comunque chiedere: avrà qualche difficoltà nell'apprendimento o di attenzione? Posso iniziare a osservare specifiche variabili e cercare di mandare i genitori dallo specialista



SEGNALI SPIA

- Non porta a termine i compiti
- **Sembra perso nel vuoto**
- **Giocherella col materiale didattico**
- **Non riesce a stare seduto composto**
- **Fa molti errori ortografici**
- **Scambia spesso alcuni grafemi: m/n, p/b, s/z....**
- **La lettura è piuttosto lenta e sillabica**
- **Non memorizza verbi e tabelline**
- **Appare svogliato e pigro**
- **Difficoltà a copiare alla lavagna**



Analizziamo insieme un episodio di discontrollo comportamentale

Dove si è verificato il comportamento problema?

In quale momento della giornata scolastica?

Chi era presente?

Che cosa era accaduto prima dell'episodio?

Quale era il clima prevalente nel contesto ambientale ?

In che cosa è consistito il comportamento problematico (azioni, verbalizzazioni) ?

Che intensità lo ha caratterizzato?

Quanto è durato?

Quali sono le emozioni che lo hanno motivato o sostenuto?

Chi è intervenuto?

Che cosa hanno fatto le insegnanti?

Che cosa hanno fatto i compagni?

Quali strategie di contenimento verbale sono state adottate?

Quali strategie adottate non sono state efficaci? Quali hanno avuto risultati positivi?

Come si è risolta la situazione? Che cosa potrebbe essere utile modificare?

Si è cercato di analizzare gli avvenimenti con l'alunno ?

Quali conseguenze per l'alunno e per la classe?



Analizziamo insieme quali possono essere le possibili fonti di irritabilità

Stimoli stressogeni, ansiogeni:

Eventi fonte di frustrazioni

Difficoltà di apprendimento

Difficoltà attentive

Difficoltà relazionali





Quali problemi ha l'alunno nella relazione con l'altro?

Percezione dell'altro come ostile

Difficoltà a accettare che l'altro può avere un altro punto di vista

Difficoltà a distanziarsi dal proprio punto di vista e cercare una mediazione con punto di vista dell'altro

Scarsa flessibilità cognitiva

Difficoltà di negoziazione

Elevata o scarsa autostima

Difficoltà nelle fasi del problem solving relazionale

Quando la crisi prosegue attivare la De-escalation

La De-Escalation prevede la **Deviazione dal percorso comportamentale che induce all'aggressività.**

E' questa la fase in cui si prevede l'utilizzo del cosiddetto **talk down** volto a trasmettere la disponibilità a collaborare per la soluzione dei problemi

L'obiettivo, durante questa fase è quello di favorire un progressivo trasferimento dei contenuti di aggressività e di minaccia in espressioni dialettiche che possono essere negoziate cercando di **deviare il percorso comportamentale.**

TALK DOWN



Approccio verbale mirato al contenimento progressivo dell'aggressore tramite il **riconoscimento positivo e affermativo delle sue difficoltà/necessità/motivazioni** e l'avvio di una **procedura di negoziazione** che recepisca il contenuto emotivo e razionale della crisi ma ne devii il percorso comportamentale



Riconoscere trigger e attivare De-escalation

La **De-Escalation** prevede il **Riconoscimento del fattore scatenante** e il tentativo della sua **rimozione**, bisogna pertanto essere in grado/provare a cogliere anche minime iniziali variazioni comportamentali ed espressive utilizzando un **ambiente neutro, con bassi stimoli, giusto numero di personale coinvolte, allontanamento di spettatori potenzianti**, evitamento di oggetti-spazi e contesti non sicuri o di per sé attivanti il livello di agitazione/eccitazione/aggressività



Riconoscere trigger e attivare De-Escalation

Ci sono evidenze cliniche e dati scientifici che dimostrano come in una percentuale rilevante di casi tecniche verbali hanno successo.

Quando si è di fronte a un bno/adol agitato/aggressivo dobbiamo avere 4 obbiettivi prinvipali:

- 1) Assicurare la sicurezza del bambino in difficoltà e degli altri pbambini**
- (2) Aiutare il bambino a gestire le proprie emozioni e lo stress e a mantenere un maggior controllo comportamentale;**
- (3) Evitare l'uso del contenimento fisico quando possibile;**
- (4) Evitare gli interventi coercitivi che possono aumentare la escalation comportamentale**

De Escalation - Linee Guida

- **Spazio fisico** dovrebbe assicurare parametri di sicurezza
- Equipe scolastica dovrebbe essere **adeguatamente preparato** a gestire le situazioni acute e improvvise:
 - **flessibilità cognitiva** (rapido cambiamento priorità)
 - **tolleranza** (alla provocazione, attacco alla vulnerabilità)
 - **attenzione** ad aspetti contro-transferali
 - **consapevolezza personale** e decodifica propri movimenti psichici (bisogno di rivalsa, controllo, difesa con agiti)
 - **riconoscimento di limiti personali** di sopportazione e necessità di chiedere aiuto
 - mantenere costante la consapevolezza che agitazione/aggressività del paziente sono **un derivato della propria patologia mentale e non di una consapevole volontà distruttiva**;
 - mantenere un approccio **empatico**
 - valutare le **capacità cognitive** del bambino



Indicazioni operative del talk down

1. Non fastidire, non minacciare, non iperstimolare e non assumere un atteggiamento negativo verso il bambino
2. Non invadere lo spazio occupato dal bambino e mantenere una distanza utile
3. Non utilizzare uno sguardo di sfida
4. Non voltare le spalle al bambino
5. Non toccare il bambino senza il suo permesso
6. Stabilire un contatto verbale
7. Usare frasi brevi e dal contenuto chiaro
8. Servirsi di un tono di voce caldo e rassicurante
9. Rivolgersi al bambino usando il suo nome personale
10. Sottolineare al bambino di essere in ascolto e di valutare il suo punto di vista
11. Utilizzare modalità non pressanti cercando di negoziare
12. Non polemizzare, criticare e contrastare apertamente
13. Continuare a dichiararsi in ascolto (accordo) rispetto a i contenuti espressi dal bambino e fare presenti le proprie prescrizioni
14. Non assecondare idee bizzarre o aspettative irreali
15. Non essere eccessivamente né agire in modo contro-aggressivo
16. Porre il bambino di fronte a scelte alternative in modo da impegnare l'attenzione e distrarlo dall'originario programma
17. Quando l'agitazione comportamentale si è ridotta porre crescenti e molto graduali limiti fino al ristabilirsi del controllo e quindi della sicurezza



1. Rispetto dello spazio personale

Mantenersi in vicinanza, non dare impressione di voler bloccare vie di uscita. Molto importante in minori con esperienze traumatiche e/o di abuso

2. Non essere provocatorii

Importante linguaggio del corpo, congruenza tra contenuti espressi e mimica e gestualità. Evitare che altri presenti utilizzino modalità verbali o mimiche provocatorie.

3. Stabilire un contatto verbale

In ogni equipe ci dovrebbe essere un elemento designato alla de-escalation, evitare troppe persone dello staff coinvolte, troppe voci aumentano caos comunicativo e potenziale aumento della irritabilità

4. Essere concisi

Valutare le capacità di comprensione e di processamento verbale, lasciare tempo tra comunicazioni e ripetere concetti rassicuranti



5. Identificare bisogni e emozioni

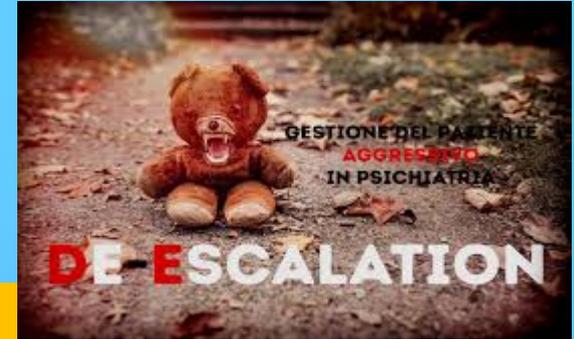
Importante essere «ascoltatori empatici»

6. Ascoltare attentamente ciò che il bambino sta dicendo

7. Esprimere accordo o disaccordo chiaramente con il bambino

Dare ragione con 3 possibili modalità:

- accordo di base,
- di principio,
- di probabilità



8. Stabilire le regole chiaramente

Dare al bambino limiti invalicabili «ferire gli altri è inaccettabile».

Aiutare il bambino è l'obiettivo, venire maltrattati/aggrediti è un limite invalicabile.

Segnalare al bambino quanto sta diventando minaccioso o irrispettoso.

Esplicitare che la violazione del limite porta ad una conseguenza correlata,

9. Offrire scelte alternative e ottimismo

Interventi di debriefing

- Dopo intervento di de-escalation è importante **recuperare** gli effetti dell'evento aggressivo, **ristabilire un'alleanza** con il bambino.
- Fase che vede coinvolti tutti gli attori di quel processo, allo scopo di riflettere su ciò che è accaduto e di trarne insegnamento
- Dare spazio ad attività creative, di relax, di gioco
- Dare tempo alla riduzione dello stato di tensione (esercizi di mindfulness)
- Riparare la leghe di legami nella classe, ristabilire relazioni spontanee, rielaborare gli eventi anche dal punto di vista degli altri bambini

Interventi di debriefing

Lasciare che il bambino spieghi l'evento secondo la sua prospettiva

Valutare con il bambino alternative di gestione efficace delle proprie emozioni e dell'aggressività

Dare indicazioni al bambino su **come chiedere time out o esprimere la propria rabbia** in modo più adeguato.

Importante che gli elementi di una equipe scolastica possano esprimere **ciò che a loro parere ha funzionato o non ha funzionato** durante episodio e discutere come affrontare in modo migliore il prossimo episodio.

Importante è riesaminare con il bambino
Perché è successo?



Problemi nella relazione con l'altro

Rimani calmo. Rilassati.
Rallenta. Respira profondo...
Non ha senso arrabbiarsi.

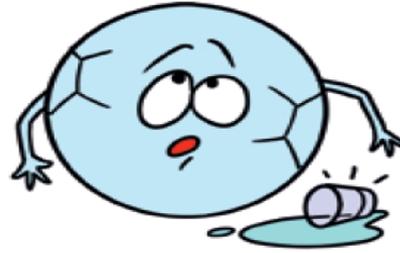
Devo cercare di non arrabbiarmi.
Mi comporterò da adulto, non
scoppierò.
Resisti



Che cosa è successo?

Ops, è stato un incidente

ACCIDENTALE



Vogliono proprio farmi arrabbiare!

INTENZIONALE



Hey, stanno cercando di aiutarmi!

PROSOCIALE



Hmm, non so cosa è successo...

AMBIGUO



- Attività con immagini
- Le ragioni
- Le intenzioni



Quali sono state le ripercussioni dell'episodio sull'insegnante ?

Che cosa penso sia successo all'allievo e alla classe?

Che cosa ho pensato mentre accadeva quell'episodio?

Come mi sono sentita?

Quali conseguenze questo episodio ha avuto per quell'alunno?

Quali conseguenze per la relazione tra bambino ed insegnante/i?

Quali conseguenze nella relazione con i compagni?



Insegnante: variabili individuali

Stile educativo



Lo stress professionale



Le difficoltà di comunicazione



Variabili
personologiche e
dell'esperienza
professionale



Insegnante: il contesto di equipe e il contesto di classe

Le classi
multiproblematiche



Le dinamiche tra
alunni



Le equipe
cooperative



L'insegnante di sostegno
tra fantasia e realtà



Quali fattori inerenti il professionista possono influenzare la gestione del comportamento aggressivo

Diversi fattori condizionano il professionista nella gestione dell'aggressività:

- Il livello di stress psicofisico
- **Il clima emotivo del gruppo di lavoro**
- **Il rapporto personale con l'aggressività**
- Il rapporto personale con le proprie emozioni
- Il possesso di risorse e **strategie di scarico dello stress** e della propria aggressività

Fattori che rischiano di facilitare le **dinamiche di simmetria** con il comportamento del paziente



Dopo la prima crisi ci sono strategie utili da attivare

❖ Si potrebbe organizzare meglio il contesto?

- Creare routine che rendano prevedibile la giornata e che strutturino le fasi più destrutturate
- Fare uno schema anche grafico della giornata e preannunciare cambiamenti o momenti di transizione
- Strutturare delle pause prestabilite che è l'adulto a scandire e non dettate dal comportamento del bambino
- Scegliere una posizione del bambino che lo renda visibile/facilmente raggiungibile dall'insegnante ma non escluso da contesto dei pari
- Aiutare il bambino a disporre il suo materiale in modo strategico al mattino
- Assicure un costante passaggio di consegne, annotazioni, segnali di allarme tra colleghi



Dopo la prima crisi ci sono strategie utili da attivare

❖ Si potrebbe organizzare meglio le attività di apprendimento?

In ADHD, DCD ma anche un DSA e DAS è importante predisporre:

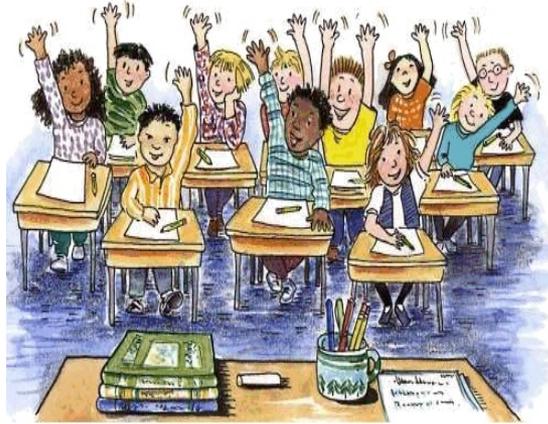
- un frazionamento delle attività,
- pause ben strutturate e monitorate temporalmente
- Stabilire intervallo di tempo tra attività e inserimento in attività che riducano arousal
- Usare Validazione e Rinforzi positivi



Dopo la prima crisi ci sono strategie utili da attivare

❖ Si potrebbe gestire le contingenze

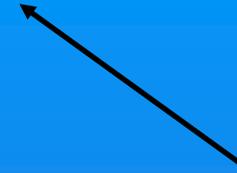
- Validare immediatamente in comportamenti positivi
- Valutare che ci sono comp non adattivi che i possono ignorare
- Programmare anche sanzioni ma sempre meglio dare loro un significato di rinforzo
- La strategia dei piccoli passi
- Dare regole, poche, chiare, inizialmente facili da rispettare
- Dare obiettivi poche, chiare, inizialmente facili da rispettare



Quali sono i punti di forza della classe ?



Rapporto scuola - famiglia



- **Analisi del contesto familiare**
- **Analisi delle difficoltà comunicative**
- **Comprendere insieme le difficoltà dell'alunno**
- **La realtà scolastica e la realtà familiare**
- **Punti di forza del minore e sue fragilità**
- **Comunicare che è necessaria una valutazione specialistica**
- **Cooperazione possibile?**

Lo specialista in aiuto
Suggerimenti e strategie da condividere
Gratificazione e sospensioni di privilegi
L'importanza dell'inserimento nel gruppo classe
Quando il bambino fa a scuola cose positive che il genitore non si aspetta
Insieme è possibile !



I punti di forza e di debolezza nella
collaborazione/ comunicazione tra
scuola e famiglia

La scuola può essere un contesto di rischio o di resilienza?



“school involvement would seem to be a strategic strategy for improving young children’s school readiness, leading to later academic success and prevention of the development of conduct disorders.”

Carolyn Webster-Stratton, 2008

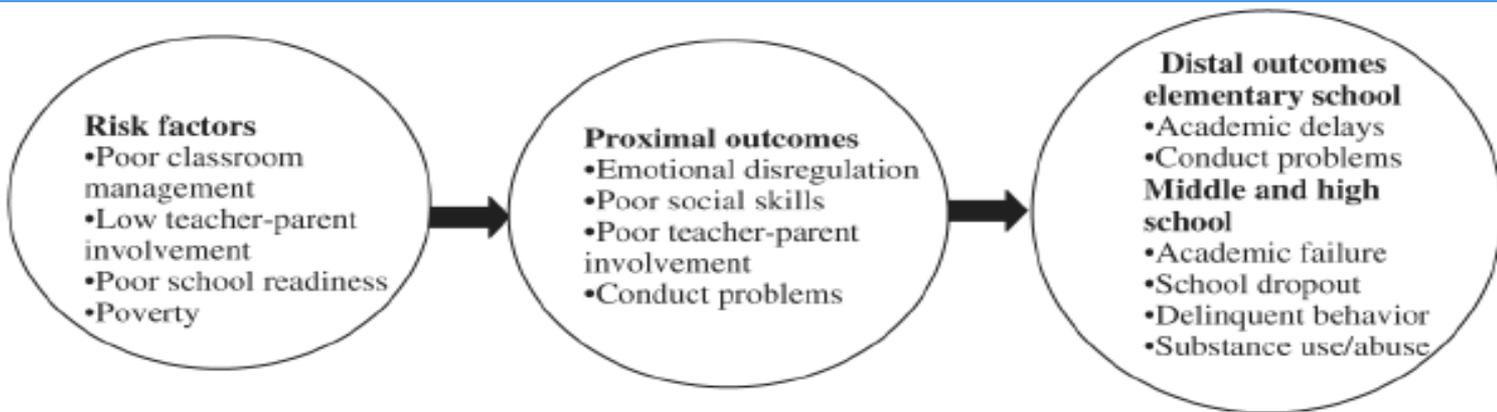


Figure 1.
Cascading risk factors

Interventi con obiettivi di:

- potenziamento delle competenze emotive e delle capacità empatiche
- Ampliamento delle capacità di riconoscimento delle emozioni e di discriminazione dei propri vissuti emotivi;
- favorire la comprensione del punto di vista dell'altro e del legame tra emozione e comportamento
- Ampliamento delle capacità di prevedere le ripercussioni emotive e cognitive che l'azione di ognuno ha sull'altro
- Mediazione del conflitto tra pari





L'importanza di pensare ad un programma preventivo applicabile a scuola

Per il bambino a rischio

l'aggressività in età evolutiva non trattata può seguire traiettorie evolutive quali abbandono scolastico, abuso di sostanze, comportamenti delinquenti/antisociali in età adulta, costi sociali elevati per la comunità
Lynch, Kistner, & Allan, 2014

Per le ricadute sull'intera classe

I bambini che presentano elevati livelli di aggressività e problemi di comportamento creano problemi alla gestione della classe e di tutto il suo assetto

Questi bambini interferiscono sulla qualità dell'apprendimento di tutto il gruppo classe

Interferenza sull'adattamento scolastico di tutto il gruppo

Interferenza sull'adattamento dell'Insegnante

Non tutti i bambini con difficoltà comportamentali giungono al percorso di trattamento !!



L'importanza di pensare ad un programma preventivo applicabile a scuola

Intervento di prevenzione primaria

Coping Power Scuola

Intervento di prevenzione secondaria:

Il Modello di intervento TEACHERHELP (TH)

