



Corso di specializzazione sul sostegno didattico per alunni con disabilità

Neuropsichiatria infantile

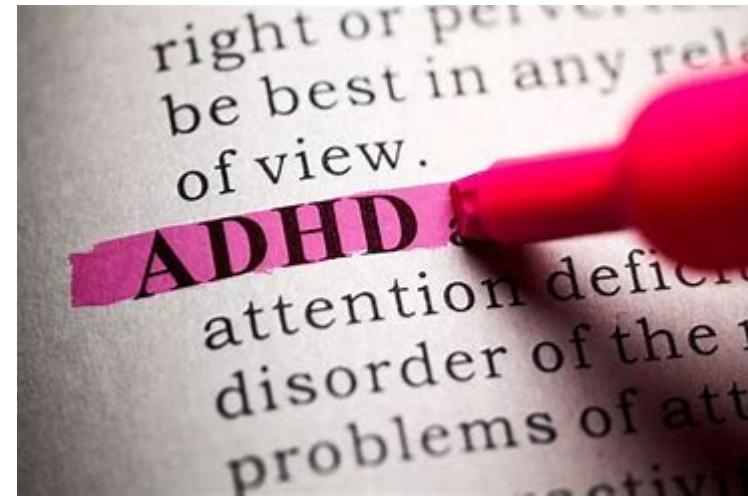
Prof. Lorenzo Breda

lbreda@unite.it

Di cosa parleremo?

Adhd

Disturbi del comportamento



Il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD, acronimo per l'inglese Attention Deficit Hyperactivity Disorder) è una neurodivergenza ad esordio in età evolutiva caratterizzata da deficit nella **sfera cognitiva (inattenzione) , emotiva (impulsività) e motoria (iperattività)**



Caratteristiche



ADHD_clinica

INATTENZIONE

Costantemente distratti (come se avessero altro per la mente); evitano di svolgere attività che richiedano attenzione per i particolari o abilità organizzative, perdono oggetti significativi o dimenticano attività importanti.



IPERATTIVITÀ

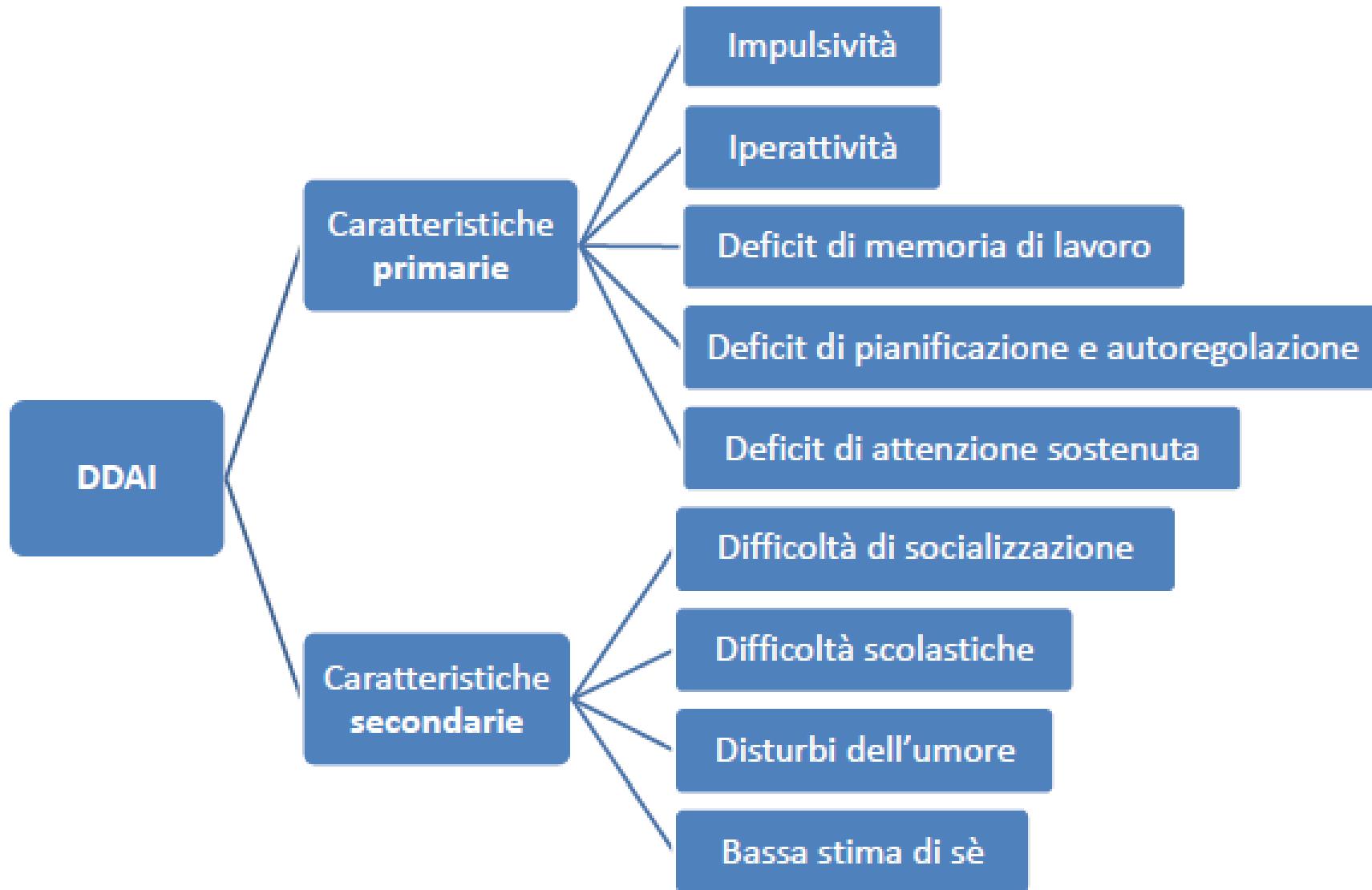
Eccessiva attività motoria, “mossi da un motorino”, non rispettano tempi e spazi, non restano seduti

IMPULSIVITÀ

Difficoltà ad organizzare azioni complesse, tendenza al cambiamento rapido da un’ attività ad un’ altra e difficoltà ad aspettare il proprio turno

Tutti i bambini presentano, per diversi gradi, aspetti di tutti e tre i sintomi cardine, il criterio diagnostico determinante è l’ attenta valutazione di ciò che costituisce un comportamento *improprio*, che porterà ad avere problemi nell’ ambiente sociale, scolastico, familiare e di lavoro

Caratteristiche



Deficit a carico delle funzioni esecutive

Risultano deficitarie le funzioni relative a memoria di lavoro, velocità di elaborazione, autocontrollo e attenzione

Autocontrollo emotivo

Organizzazione

Concentrazione

Flessibilità

Avvio delle attività

Gestione del tempo

Inibizione delle reazioni istintuali

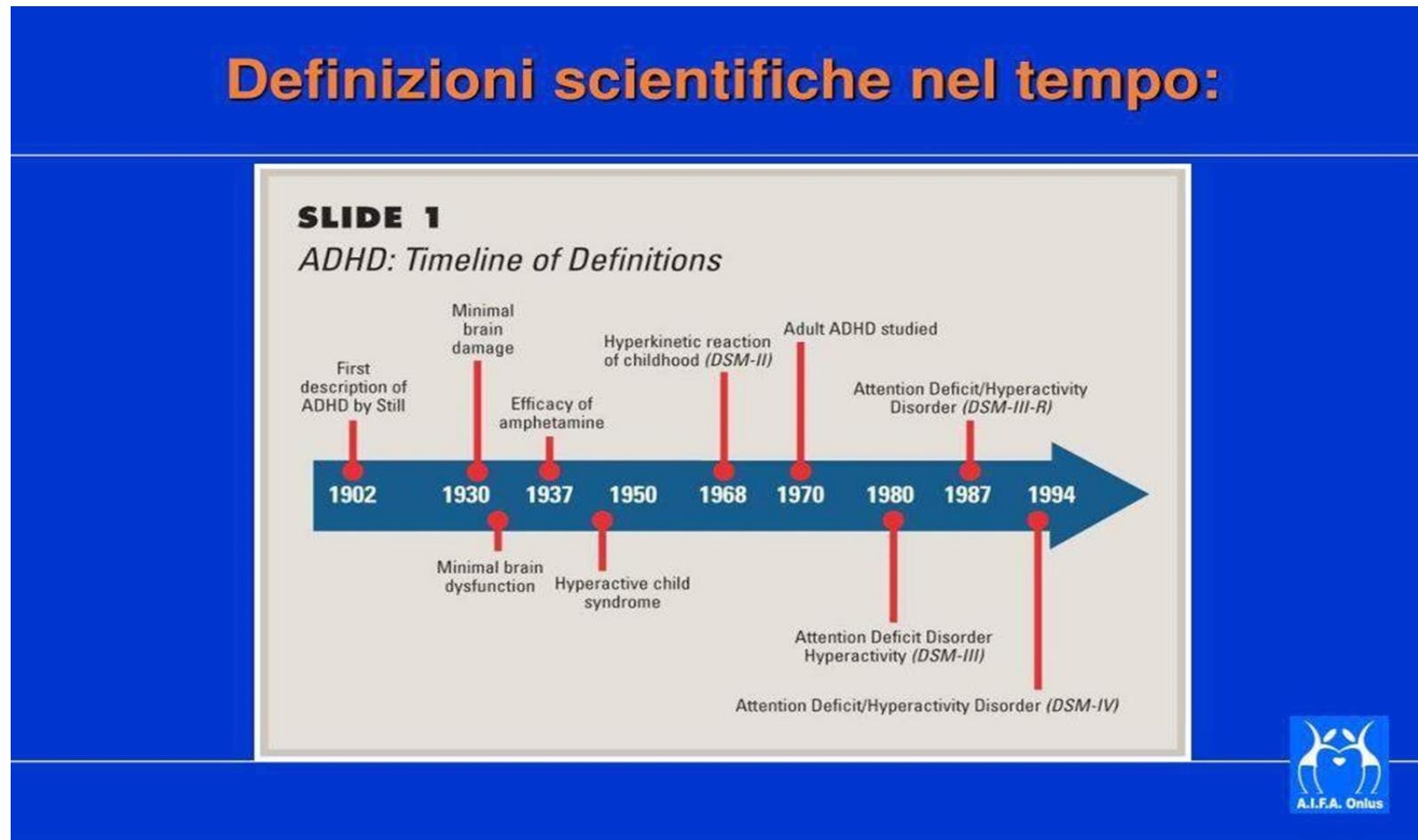
Memoria di lavoro

Completamento delle attività



L'ADHD non è una sindrome nuova: descritta per la prima volta agli inizi del secolo (Still 1902), nel corso degli anni ha ricevuto vari nomi quali **disfunzione cerebrale minima (1930)**, **sindrome ipercinetica (1968)**.

Le continue modifiche nelle definizioni e dei rispettivi criteri, hanno causato incertezze classificative con conseguenti differenze nazionali nell'epidemiologia del disturbo nella definizione delle strategie terapeutiche.



Caratteristiche neuropsicologiche di un ragazzo\la DDAI

Scarsa motivazione (ogni attività tende a perdere rapidamente di interesse)

Difficoltà nei tempi di attesa (posticipare una gratificazione)

Scarsa tolleranza alla frustrazione

Difficoltà nel rispetto delle regole

Scarsa autostima

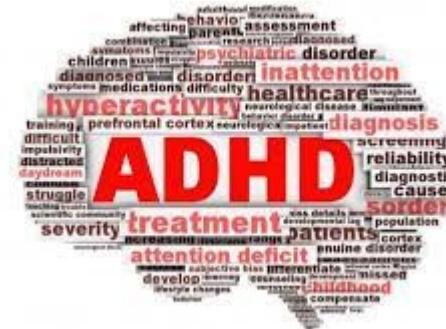


Epidemiologia

Nella popolazione infantile generale la sua frequenza è di circa il 4% (in pratica un bambino in ogni classe di 25 alunni), non dissimile dalle stime Nord Americane e Nord-Europee

L'ADHD è stato identificato dai ricercatori in tutte le nazioni e in tutte le culture studiate.

Il disturbo è maggiormente rappresentato nel sesso maschile secondo un rapporto che va da 3 a 9 maschi ogni femmina, a seconda delle ricerche, forse perché i maschi, secondo numerosi studiosi, sono geneticamente più soggetti alle malattie del sistema nervoso



Eziologia

EZIOLOGIA Modello integrato

L'ADHD è un **disturbo ad eziologia multifattoriale** e i fattori responsabili della sua manifestazione sono diversi: genetici, neuro-biologici, ambientali.



Eziologia

Le prime indicazioni sull'origine genetica dell'ADHD sono venute da ricerche condotte sulle famiglie dei bambini affetti dal disturbo.

Per esempio, si è osservato che i fratelli e le sorelle di bambini con ADHD hanno una probabilità di sviluppare la sindrome da 5 a 7 volte superiore a quella dei bambini appartenenti a famiglie non colpite.

E i figli di un genitore affetto da ADHD hanno fino a cinquanta probabilità su cento di sperimentare le stesse difficoltà.

La prova più importante del contributo genetico all'ADHD, però, viene dallo studio sui gemelli.

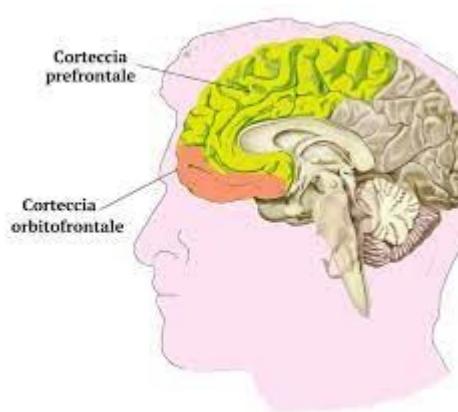


Eziologia

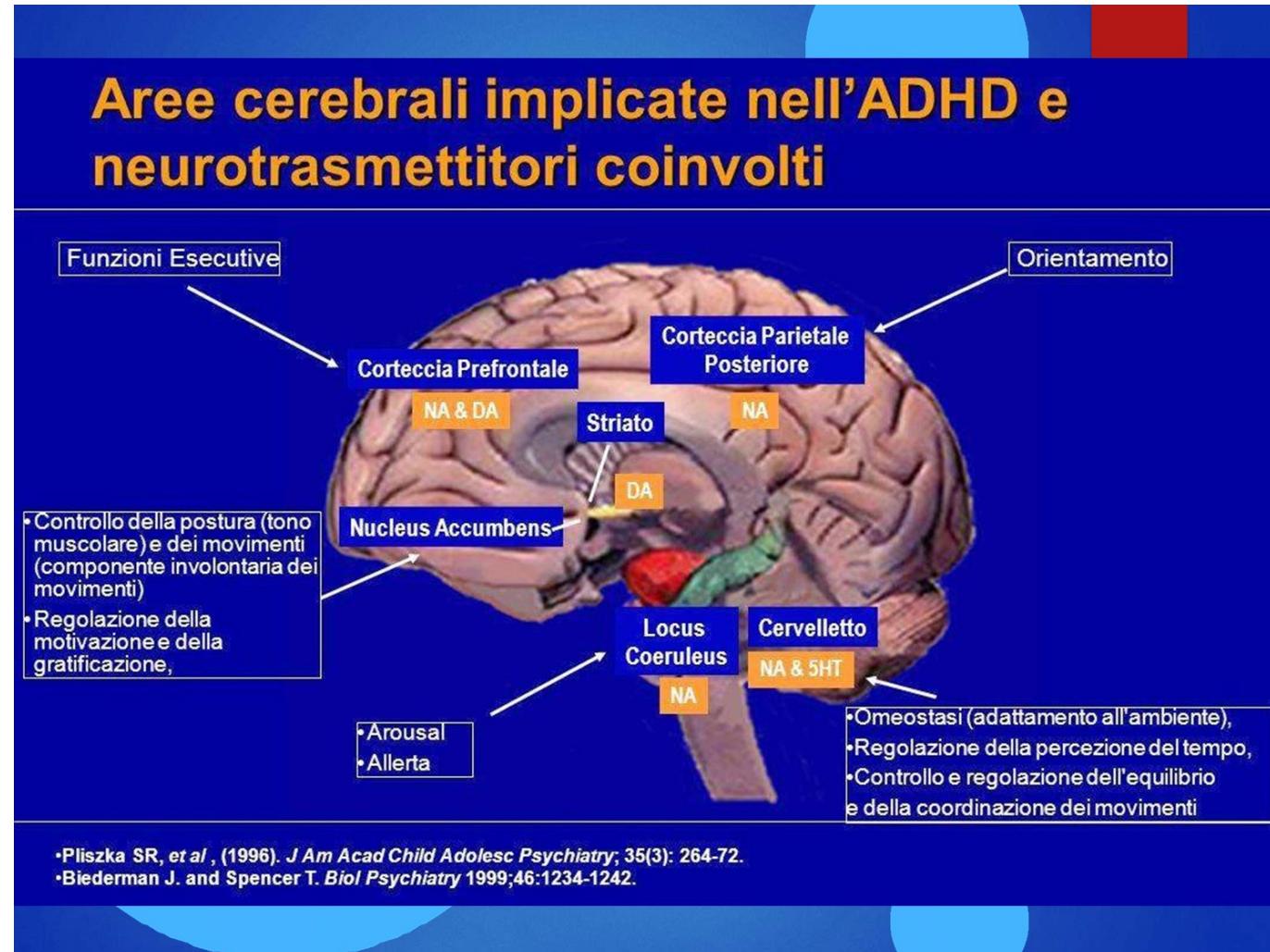
In uno studio del 1996, Castellanos e Rapoport e i loro colleghi del National Institute of Mental Health, hanno scoperto che la corteccia pre-frontale destra e due gangli basali, il nucleo caudato e il globo pallido, sono significativamente meno estesi del normale nei bambini affetti da ADHD.

Le informazioni fornite dalle immagini sono significative perché le aree cerebrali di dimensioni ridotte nei soggetti affetti da ADHD **sono proprio quelle che regolano l'attenzione**.

La corteccia pre-frontale destra, per esempio, è coinvolta nella programmazione del comportamento, nella resistenza alle distrazioni e nello sviluppo della consapevolezza di sé e del tempo.



Eziologia



Alcuni studi molto convincenti mettono in particolare evidenza il ruolo svolto dai geni che impartiscono le istruzioni per la produzione dei recettori e dei trasmettitori della dopamina: questi geni sono molto attivi nella corteccia pre-frontale

Ciò causa un'alterazione della funzione di blocco della reazione agli impulsi sensoriali e di selezione di questi in vista della scelta di adeguati pattern comportamentali (autocontrollo)

Eziologia

I fattori ambientali includono la nascita prematura, l'uso di alcool e tabacco da parte della madre, l'esposizione a elevate quantità di piombo nella prima infanzia e le lesioni cerebrali soprattutto quelle che coinvolgono la corteccia pre-frontale.

Presi insieme, tuttavia, questi fattori possono spiegare dal 20 al 30% dei casi di ADHD tra i maschi, e ancora di meno tra le femmine.

Contrariamente alla convinzione popolare, **non si è trovata alcuna significativa correlazione tra ADHD e metodi educativi o fattori dietetici, come la quantità di zucchero consumata dai bambini.**

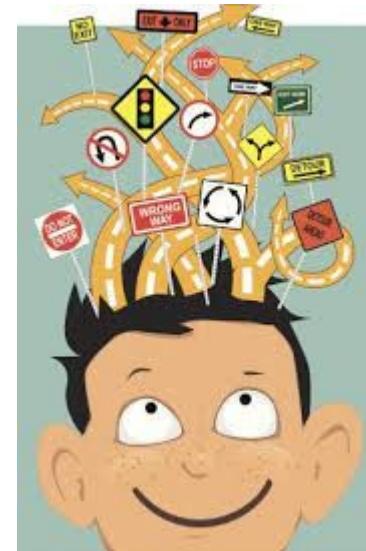


Decorso

L'ADHD non è un problema che si risolve con l'età. Contrariamente, infatti, a quanto si riteneva un tempo la condizione può persistere in età adulta.

La sua storia naturale, infatti, è caratterizzata da persistenza fino all'adolescenza in circa due terzi dei casi e fino all'età adulta in circa un terzo dei casi.

E molti di quelli che non rientrano più nella descrizione clinica dell'ADHD hanno ancora significativi problemi di adattamento nel lavoro, a scuola o in altri contesti sociali.



Decorso nella scuola secondaria

Difficoltà nella pianificazione e organizzazione

Inattenzione persistente

Riduzione dell'irrequietezza motoria

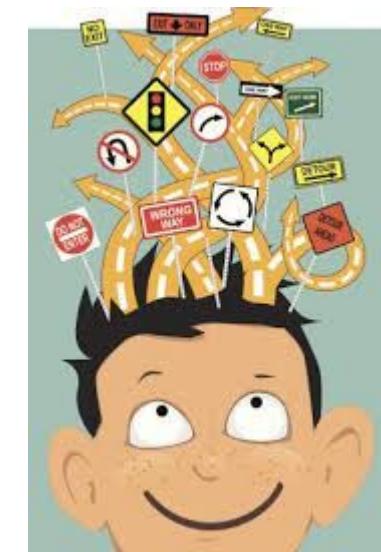
Comportamento aggressivo, antisociale e delinquenziale

Abuso di alcool e droghe

Problemi emotivi

Bassa autostima

Isolamento sociale (pochi amici)



Decorso del Disturbo complicazioni



Comorbilità

L'ADHD, infatti, significativamente si associa a disturbi dell'adattamento sociale (personalità antisociale, alcoolismo, criminalità), basso livello accademico ed occupazionale, problemi psichiatrici, fino ad essere considerato **uno dei migliori predittori, in età infantile, di cattivo adattamento psicosociale nell'età adulta.**

Un ampio studio epidemiologico sull'ADHD ha riportato che il 70% di un campione di soggetti con ADHD aveva almeno una diagnosi aggiuntiva.

il 40% del campione aveva anche il disturbo oppositivo provocatorio (DOP)

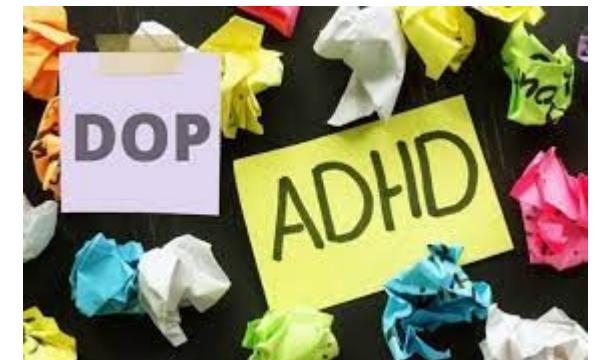
Il 14% dei bambini con ADHD aveva anche il disturbo della condotta

Quasi il 30% del campione con ADHD aveva un disturbo d'ansia

il 10% del campione con ADHD aveva un disturbo da tic

il 4% del campione con ADHD aveva un disturbo dell'umore

Le statistiche nazionali indicano che almeno un terzo di tutti i bambini con ADHD ha delle difficoltà nell'apprendimento.



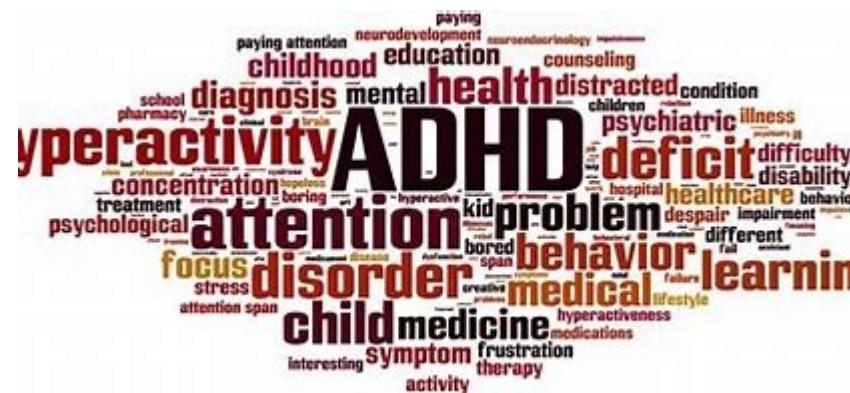
Decorso

25-35% Recupero completo in adolescenza Ritardo di sviluppo di specifiche funzioni;

40-50% Persistenza in adolescenza, talvolta in età adulta: in genere, sviluppo di strategie di compenso, ma: minore scolarizzazione, possibili difficoltà occupazionali e sociali

15-25% Evoluzione verso altra psicopatologia: Disturbo antisociale di personalità e/o da abuso di sostanze

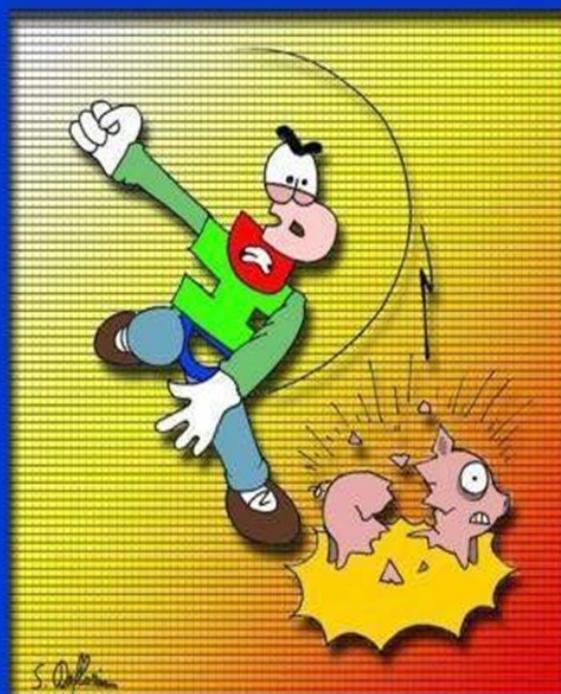
N.B. Il contesto familiare, sociale e scolastico sono fondamentale per un decorso favorevole



Sintomi nucleari dell'ADHD



Deficit di
attenzione



Impulsività



Iperattività

CRITERI DIAGNOSTICI

A. Pattern persistente di disattenzione e/o iperattività-impulsività che interferisce con il funzionamento o lo sviluppo.

1. Disattenzione: 6 (o più) dei seguenti sintomi sono persistiti per almeno 6 mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e che ha un impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche/lavorative:

- a. Spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione (scuola, lavoro, altro).
- b. Ha spesso difficoltà a mantenere l'attenzione sul compito o sulle attività di gioco.
- c. Spesso non sembra ascoltare quando gli/le si parla direttamente.
- d. Spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le incombenze o i doveri nei posti di lavoro.
- e. Ha spesso difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle attività (compiti sequenziali, tenere in ordine, gestire il tempo, rispettare le scadenze).
- f. Spesso evita, prova avversione o è riluttante a impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto.
- g. Perde spesso gli oggetti necessari per i compiti o le attività.
- h. Spesso è facilmente distratto/a da stimoli esterni (per i più grandi si intendono anche pensieri incongrui).
- i. È spesso sbadato/a nelle attività quotidiane.



2. Iperattività e impulsività: 6 (o più) dei seguenti sintomi persistono per almeno 6 mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e che ha un impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche/lavorative:

- a. Spesso agita o batte le mani e piedi o si dimena sulla sedia.
- b. Spesso lascia il proprio posto in situazioni in cui si dovrebbe rimanere seduti.
- c. Spesso scorrazza e salta in situazioni in cui farlo risulta inappropriato (negli adolescenti e negli adulti può essere limitato a sentirsi irrequieti).
- d. È spesso incapace di giocare o svolgere attività ricreative tranquillamente.
- e. È spesso “sotto pressione”, agendo come se fosse “azionato/a da un motore” (incapace di rimanere fermo, si sente incapace nel farlo, spesso descritto come una persona irrequieta con cui non è facile avere a che fare).
- f. Spesso parla troppo.
- g. Spesso “spara” le risposte prima che la domanda sia stata completata (per es. completa le frasi iniziate da altre persone, non attende il proprio turno nella conversazione).
- h. Ha spesso difficoltà nell'aspettare il proprio turno.
- i. Spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti.



- B. Diversi sintomi di disattenzione o di iperattività-impulsività erano presenti prima dei 12 anni.
- C. Diversi sintomi di disattenzione o di iperattività-impulsività presenti in 2 o più contesti.
- D. I sintomi interferiscono o riducono la qualità del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.
- E. I sintomi non si presentano esclusivamente durante il decorso della schizofrenia o di altro disturbo psicotico e non sono meglio spiegati da altro disturbo mentale.

I sintomi dell'ADHD non sono gli stessi per tutti

Tipo Inattento:

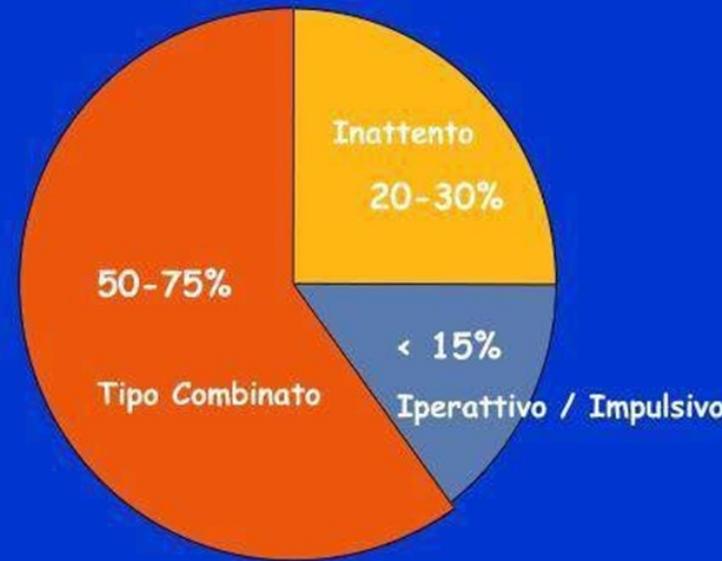
- Facilmente distraibile
- Ma non iperattivo / impulsivo

Tipo Iperattivo / Impulsivo:

- Estremamente Iperattivo / Impulsivo
- Non presenta severi sintomi di inattenzione

Tipo Combinato:

- Presenti tutte e tre i sintomi cardine
(Inattenzione, Iperattività/Impulsività)



Equivoci frequenti

Tutti i bambini sono vivaci

Il bambino DDAI non riesce a prestare attenzione a nulla.

Il bambino DDAI è sempre distratto e iperattivo.

Un bambino DDAI è dispettoso e si oppone sempre a quanto gli viene proposto.

I bambini DDAI sono maleducati.

Il DDAI scompare con l'età.

Un' orchestra senza direttore

<https://www.youtube.com/watch?v=cYHflpObKpc>



La diagnosi nell'ADHD

La diagnosi è basata sulla raccolta anamnestica, sull'osservazione del comportamento, sulla valutazione neuropsicologica, sulle interviste a insegnanti e genitori.

La sintomatologia:

Si riduce e può non essere osservabile:

- In setting altamente strutturati.
- In situazioni nuove.
- In attività interessanti.
- Quando il bambino è seguito individualmente.
- In contesti sorvegliati.
- Se frequentemente ricompensato durante attività brevi e rapide.

Peggiora particolarmente:

- In setting non strutturati.
- Durante attività ripetitive.
- In situazioni noiose.
- In presenza di molte distrazioni.
- Con scarsa sorveglianza.
- Durante attività che richiedono attenzione sostenuta o sforzo mentale.
- Durante attività lente e prolungate.

La diagnosi nell'ADHD

Area indagata	Strumenti
Ricerca visiva e attenzione sostenuta	<ul style="list-style-type: none">• Test delle Campane• Prova di attenzione sostenuta (Leiter-3)• Test CP (BIA)
Ricerca visiva e controllo dell'impulsività	<ul style="list-style-type: none">• Test MF-Matching Familiar Figure Test (BIA)
Prove di mantenimento dell'attenzione	<ul style="list-style-type: none">• Compiti di ricerca visiva di una ben precisa sequenza di lettere all'interno di un insieme di lettere
Prove di mantenimento dell'attenzione uditiva e controllo della risposta	<ul style="list-style-type: none">• Test delle Ranette (BIA)• Test di Attenzione Uditiva –TAU (BIA)
Controllo della risposta automatica	<ul style="list-style-type: none">• Test di Stroop-Colore e Stroop-Numeri (BIA)• Test di completamento alternativo di frasi-CAF (BIA)
Funzioni esecutive	<ul style="list-style-type: none">• Fluenza categoriale e fonemica (BVN 5-11)• Torre di Londra (BVN 5-11)
Memoria	<ul style="list-style-type: none">• Test di memoria strategico verbale-TMSV (BIA)

Test di Conners per genitori



C. Keith Conners

Adattamento italiano a cura di M. Nobile, B. Alberti e A. Zuddas

Nome del soggetto	Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Data di nascita <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Età <u> </u> Classe <u> </u>	Data odierna <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> giorno mese anno
Nome del genitore	

ISTRUZIONI. Di seguito viene riportata una serie di problemi comuni che bambini e adolescenti presentano. Rispondete a ogni affermazione a seconda del comportamento di vostro figlio nell'ultimo mese. Per ogni affermazione, chiedetevi "Quanto ha rappresentato un problema in quest'ultimo mese?" e fate un cerchietto attorno alla risposta che vi sembra più appropriata. Se quanto affermato non ha mai rappresentato un problema, o se lo è stato raramente o molto poco di frequente, fate un cerchietto attorno a 0. Se ha rappresentato un problema in misura notevole, o molto spesso o di frequente, fate un cerchietto attorno a 3. Fate un cerchietto attorno a 1 o 2 per le altre situazioni. Rispondete a tutte le affermazioni.

- | | NON VERO
(rari, raramente) | IN PARTE VERO
(ogni tanto) | ABbastanza VERO
(spesso, di frequente) | MOLTO VERO (molto
spesso, molto frequente) |
|---|-------------------------------|-------------------------------|---|---|
| 1. È poco attento/a, si distrae facilmente | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. È arrabbiato/a e permalo/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Ha difficoltà a svolgere o a completare i compiti di casa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. È sempre in movimento o si comporta come se andasse "a motore" | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Ha un tempo di attenzione limitato | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Discute in modo polemico con gli adulti | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Giocherella con le mani o i piedi o si agita sulla sedia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Non riesce a portare a termine quanto gli/le viene assegnato | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. È difficile da controllare nei centri commerciali o quando si va a fare la spesa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. È disordinato/a o disorganizzato/a a casa o a scuola | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Perde la pazienza | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Ha bisogno che qualcuno lo/la segua attentamente per terminare quanto gli/le viene assegnato | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Si applica solo se qualcosa lo/la interessa veramente | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Corre di qua e di là o si arrampica in situazioni in cui non dovrebbe | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. È distratto/a o la capacità di mantenere l'attenzione costituisce un problema | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. È irritabile | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Evita, è riluttante o ha difficoltà a impegnarsi in compiti che comportano uno sforzo mentale continuato (come i compiti a scuola o a casa) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. È irrequieto/a nel senso che si agita | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Si distrae quando gli/le si impartiscono istruzioni su come fare qualcosa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Ha un atteggiamento di sfida nei confronti degli adulti o rifiuta di svolgere quanto richiesto | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Ha difficoltà a concentrarsi in classe | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Ha difficoltà ad aspettare in fila o ad attendere il proprio turno in giochi o attività di gruppo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Si allontana dal posto in classe o in altre situazioni in cui dovrebbe restare seduto/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Intenzionalmente fa cose che infastidiscono gli altri | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Non segue le istruzioni e non termina i compiti o i lavori assegnati o le incombenze sul posto di lavoro (non per atteggiamento oppositivo o incapacità di comprendere le istruzioni) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Ha difficoltà a giocare o ad impegnarsi in attività di gioco in modo tranquillo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Si sente facilmente frustrato/a nei suoi sforzi | 0 | 1 | 2 | 3 |

Test di Conners per insegnanti (fino ai 18 anni)



CTRS-R:L VERSIONE PER INSEGNANTI FORMA ESTESA

C. Keith Conners

Adattamento italiano a cura di M. Nobile, B. Alberti e A. Zuddas

Nome dell'alunno/a _____

Sesso: M F

Data di
nascita ____ / ____ / ____
giorno mese anno

Età ____ Classe ____

Nome dell'insegnante _____

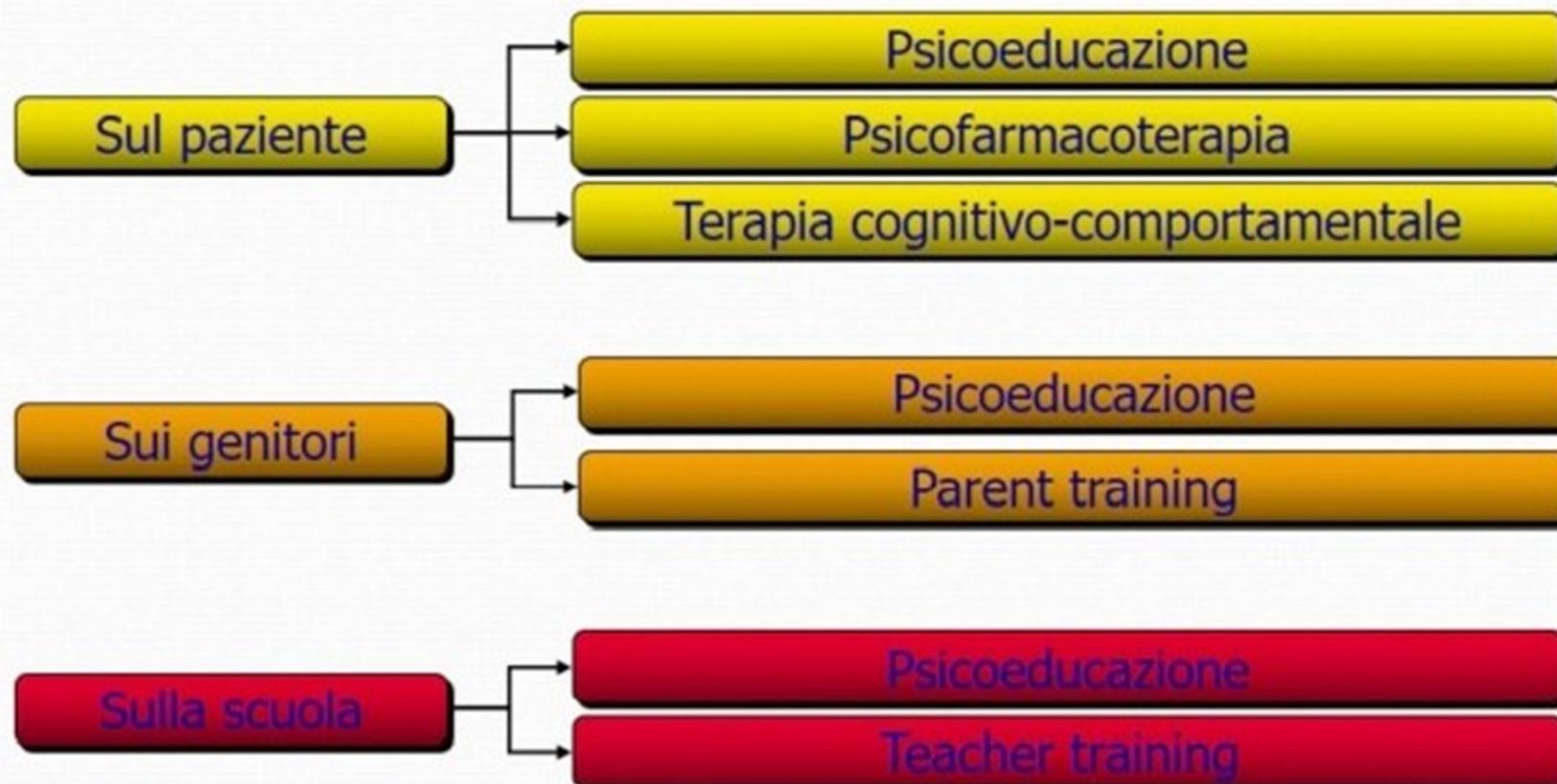
Data
odierna ____ / ____ / ____
giorno mese anno

ISTRUZIONI. Di seguito vengono riportati una serie di problemi comuni che bambini e adolescenti presentano a scuola. Rispondete a ogni affermazione a seconda di quanto abbia rappresentato un problema nell'ultimo mese. Per ogni affermazione, chiedetevi "Quanto ha rappresentato un problema in quest'ultimo mese?" e fate un cerchietto attorno alla risposta che vi sembra più appropriata. Se quanto affermato non ha mai rappresentato un problema, o se lo è stato raramente o molto poco di frequente, fate un cerchietto attorno a 0. Se ha rappresentato un problema in misura notevole, o molto spesso o di frequente, fate un cerchietto attorno a 3. Fate un cerchietto attorno a 1 o 2 per le altre situazioni. Rispondete a tutte le affermazioni.

- | | |
|---|------------------|
| 1. È insolente | 0 1 2 3 |
| 2. È irrequieto/a nel senso che si agita | 0 1 2 3 |
| 3. Dimentica quanto ha già imparato | 0 1 2 3 |
| 4. Sembra non essere accettato/a dal gruppo | 0 1 2 3 |
| 5. È facile ferirlo/a nei sentimenti | 0 1 2 3 |
| 6. È un/una perfezionista | 0 1 2 3 |
| 7. Ha accessi di collera; ha un comportamento esplosivo, imprevedibile | 0 1 2 3 |
| 8. È eccitabile, impulsivo/a | 0 1 2 3 |
| 9. Non presta attenzione ai dettagli o commette errori di distrazione a scuola, sul lavoro o in altre attività | 0 1 2 3 |
| 10. È impertinente | 0 1 2 3 |
| 11. È sempre in movimento o si comporta come se andasse "a motore" | 0 1 2 3 |
| 12. Evita, è riluttante o ha difficoltà a impegnarsi in compiti che comportano uno sforzo mentale continuato (come i compiti a scuola o a casa) | 0 1 2 3 |
| 13. È uno/a degli ultimi a essere scelto/a per formare una squadra o per giocare | 0 1 2 3 |
| 14. È un/una bambino/a emotivo/a | 0 1 2 3 |



ADHD_interventi



Terapie farmacologiche

Per decenni, soprattutto negli Stati Uniti, i farmaci sono stati utilizzati per trattare in modo specifico i sintomi dell'ADHD. In particolare un farmaco, appartenente alla categoria degli psicostimolanti, ha dimostrato la sua efficacia sia nei bambini e i ragazzi che negli adulti: **il metilfenidato (Ritalin)**

Sebbene i farmaci non determinino la correzione delle sottostanti alterazioni neurofisiologiche dei pazienti con disturbo da deficit di attenzione/iperattività, tuttavia sono efficaci nell'alleviarne la sintomatologia e permettono al paziente di partecipare ad attività e a compiti precedentemente impossibili a causa della scarsa attenzione ed impulsività.

I farmaci permettono di controllare i comportamenti anomali potenziando così gli interventi cognitivo-comportamentali, la motivazione e l'autostima.



La normativa

La normativa sull'ADHD dice che, **a seconda del grado di compromissione funzionale**, l'alunno con ADHD può avere diritto all'applicazione della L. 104/92 (disabilità), della L.170/2010 (nel caso di comorbidità con un DSA) o della Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012 sui BES (nel caso si presenti come disturbo a sé stante che non rientra nei casi previsti dalla L. 104/92).



Cosa può fare la scuola?

CONSAPEVOLEZZA DELLE DIFFICOLTÀ

ALLENAMENTO ALL'AUTOREGOLAZIONE

STRATEGIE PER PROBLEM SOLVING

RAFFORZARE ABILITÀ SOCIALI E COMPETENZE COGNITIVO-NEUROPSICOLOGICHE

MIGLIORARE LE RELAZIONI INTERPERSONALI

RIDUZIONE COMPORTAMENTI DIROMPENTI E INADEGUATI

AUMENTARE AUTOSTIMA E AUTONOMIA

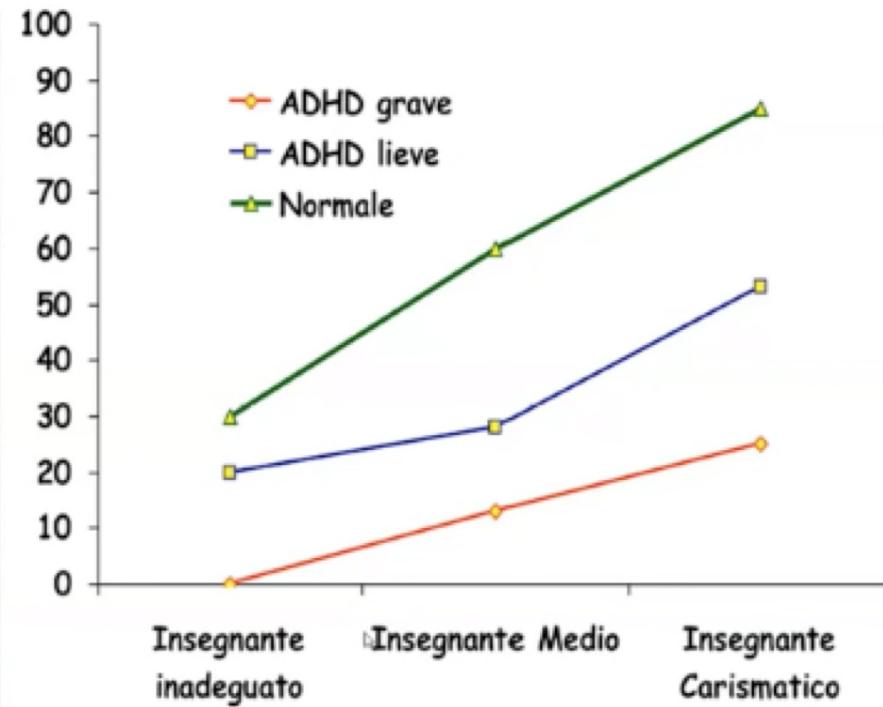
MIGLIORARE L'ACCETTABILITÀ SOCIALE DEL DISTURBO E LA QUALITÀ DI VITA DEL BAMBINO / ADOLESCENTE



Cosa può fare la scuola?



Livello di interesse



Cosa NON fare a scuola

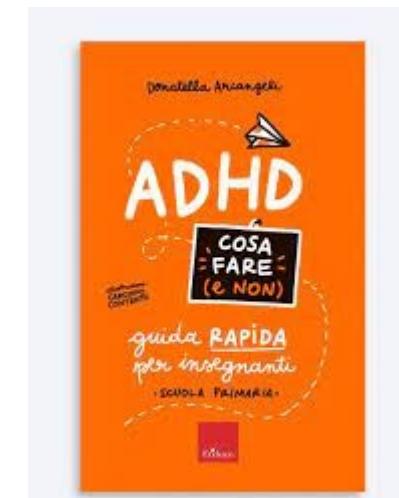
RIPETERE IN CONTINUAZIONE «STAI FERMO»

PRETENDERE CHE STIA SEMPRE SEDUTO QUANDO GLI ALTRI LO SONO

INTERVENIRE CON RIPETUTE PUNIZIONI, CASTIGHI, SOSPENSIONI: **LE RIPETUTE NOTE NEGATIVE AUMENTANO LA PROBABILITÀ DI CADUTE NEL LIVELLI DI AUTOSTIMA, SENZA EFFETTI SIGNIFICATIVI SUL COMPORTAMENTO**

COLLOCARE L' ALLIEVO IN UNA ZONA COMPLETAMENTE PRIVA DI STIMOLAZIONI IN QUANTO DIVENTA MAGGIORMENTE IPERATTIVO PERCHÉ VA ALLA RICERCA DI STIMOLAZIONI ATTRAVERSO SITUAZIONI CHE SIANO

NUOVE O COMUNQUE INTERESSANTI.

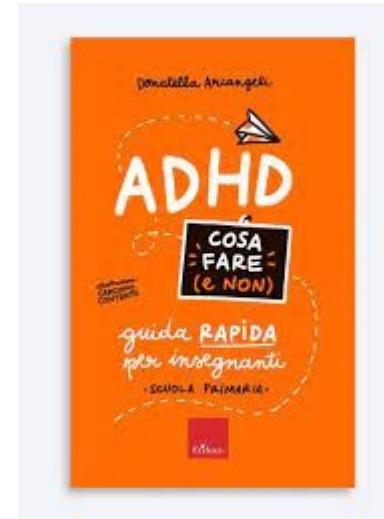


Cosa NON fare a scuola

RIPETERE IN CONTINUAZIONE «STAI ATTENTO»: **LA DISATTENZIONE DIFFICILMENTE POTRÀ ESSERE CONTROLLATA DALL'ALUNNO.** L'INCAPACITÀ DI RISONDERE ALL'INVITO DELL'INSEGNANTE POTREBBE INFLUENZARE LA MOTIVAZIONE AL LAVORO, IL SENSO DI AUTOSTIMA E LA RELAZIONE INSEGNANTE/ALUNNO

INSISTERE PERCHÉ UN COMPITO VENGA INTERAMENTE COMPLETATO SENZA INTERRUZIONI O PAUSE: IL B. CON ADHD PUÒ NECESSITARE DI PICCOLE PAUSE, È CONSIGLIATO DIVIDERE I COMPITI PIÙ COMPLESSI IN SOTTOCOMPITI

NON PROPORRE NOVITÀ PER PAURA CHE SI DISTRAGGA TROPPO: IN REALTÀ LE NOVITÀ SERVONO PER RICHIAMARE L'ATTENZIONE DEL BAMBINO



Strategie didattiche consigliate

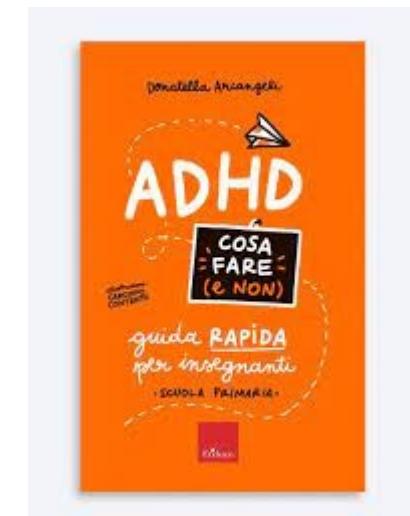
TOKEN ECONOMY PER RINFORZARE I COMPORTAMENTI POSITIVI

ORGANIZZAZIONE DEL CONTESTO (DISPOSIZIONE DEI POSTI IN AULA PER AUMENTARE L'ATTENZIONE)

ORGANIZZAZIONE DEL TEMPO, PREVEDERE BREVI MOMENTI DI RIPOSO TRA QUELLI DI LAVORO

USO DI FACILITATORI PROCEDURALI PER L'ESECUZIONE DEI COMPITI

PEER TUTORING IN CUI UNO STUDENTE PROVVEDE AD AIUTARE QUELLO IN DIFFICOLTÀ



Token economy

CONCORDARE INSIEME L'ELENCO DEI RINFORZI

GRATIFICARE RIFERENDOSI AL COMPORTAMENTO E NON GIUDICANDO L'ALUNNO

APPLICARE LA GRATIFICAZIONE SUBITO DOPO LA MANIFESTAZIONE DEL COMPORTAMENTO DA AUMENTARE

ESPLICITARE PERCHÉ HA RICEVUTO IL PREMIO E STARE ATTENTI A NON AGGIUNGERE UN MESSAGGIO NEGATIVO

NON OFFRIRE ENORMI RICOMPENSE PER GRANDI MIGLIORAMENTI

NON RINFORZARE UN COMPORTAMENTO PRIMA CHE SIA AVVENUTO (SATURAZIONE)

TOKEN ECONOMY

COME AIUTARE AD ASSUMERE COMPORTAMENTI CORRETTI?



Il ruolo delle routine

Stabilire delle routine come ad esempio:

routine di inizio lezione (ad esempio controllo della presenza di tutto il materiale utile per la lezione, verifica che tutti i ragazzi abbiano i materiali necessari);

presentazione delle attività previste per la giornata, comprensiva dei tempi di lavoro;

pause concordate, possibilmente sempre alla stessa ora;

attività durante la ricreazione o in palestra stabilite a priori (ad esempio vincolate al giorno della settimana: il lunedì si gioca a mosca cieca, il martedì a palla avvelenata, ecc.);

dettatura dei compiti a un orario stabilito, possibilmente non negli ultimi cinque minuti rimane tempo di verificare che le consegne siano state comprese e annotate per int

routine di saluto e di uscita a fine lezione.



Il peer to peer

La strategia della didattica effettuata in coppia con uno studente particolarmente brillante in una determinata materia è utilissima, poiché l'allievo con l'ADHD non si sentirà "assillato" dall'adulto (dato che vive con molta ansia la presenza dell'insegnante, anche in maniera "persecutoria", benchè senza motivo).

L'adulto infatti rappresenta la programmazione e la regolamentazione, su cui egli non ha controllo dentro di sé. Un suo pari, dunque, può aggirare quest'ostacolo.



Diversificare gli stimoli di input

Una delle problematiche maggiori che riscontrano i ragazzi con DDAI è dovuta all'ascolto della classica lezione frontale, perché non riescono ad ascoltare frasi per intero a causa della loro disattenzione.

Una tattica, in questo senso, può essere quella di proporre loro stimoli visivi o motori, piuttosto che uditivi.

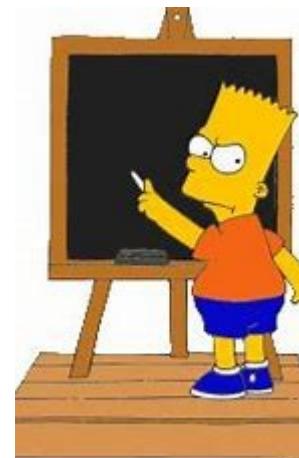
Utilizzo di schemi, mappe, software e strumentazione tecnologica



Concedere uno «sfogo» motorio mirato

L'iperattività li porta spesso ad alzarsi dal banco per vagabondare in classe, o semplicemente per sgranchirsi le gambe: se non è di troppo disturbo per la lezione, ogni tanto lasciate che lo facciano, che si muovano e/o che escano dalla classe, con un insegnante o un compagno, per una breve passeggiata.

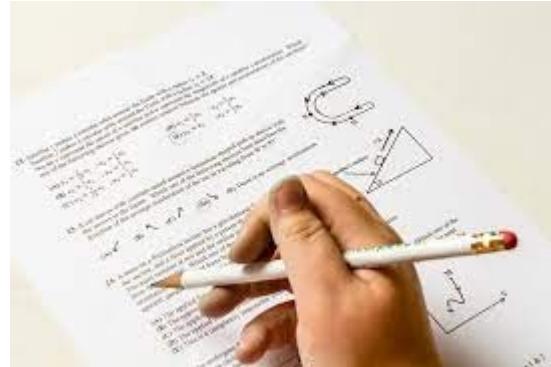
L'importante è che sia chiaro il fine: tornare poi in al banco e sforzarsi di lavorare. Servirà anche da incentivo.



Programmare e spezzettare le verifiche

È importante, sempre per evitare di coglierli impreparati, pianificare un giorno in cui interrogarli: avranno così tempo, per studiare (anche se con molta probabilità si ridurranno al giorno prima).

Stessa cosa con le verifiche: dar loro più tempo non basta, perché si distrarrebbero a prescindere dall'orario di consegna. Meglio continuare la verifica un altro giorno.



Creare delle regole condivise

Perché siano efficaci, è necessario che le regole siano condivise: è perciò buona prassi discutere con i ragazzi le regole da ratificare, dando loro la possibilità di approvarle o di modificarle.

Se le regole sono genuinamente condivise, e non imposte dall'adulto, aumenta il grado di impegno che i ragazzi sono disposti a profondere cercando di rispettarle.

Alcuni consigli:

le regole devono essere proposizioni positive e non divieti;

le regole devono essere semplici, espresse chiaramente;

le regole devono descrivere le azioni in modo operativo (ad esempio evitando formulazioni tipo «stare buoni», «avere cura di...», che possono non risultare chiare perché troppo vaghe);

le regole dovrebbero utilizzare simboli pittorici colorati (che costituiscono un ottimo e immediato segnale del contenuto della proposizione);

le regole devono essere poche (al massimo 8-10) ed espresse sinteticamente.



Il contratto tipo A

Io sottoscritto, Marco Rossi, mi impegno a mantenere questi accordi presi con i miei insegnanti Andrea, Marina e Franca:

- 1) Chiedere di andare in bagno due volte all' ora;
- 2) Stare seduto per almeno 20 min;
- 3) Controllare che tutto il mio materiale sia nello zaino prima di uscire.

Per ogni giorno in cui riuscirò a rispettare questi 3 punti, potrò scegliere un premio fra:

- a) Giocare 15 min al computer (dopo la mensa)
- b) Fare un disegno libero negli ultimi 15 min di lezione

Firme



Il contratto tipo B

Ogni volta che riuscirò a mantenere gli accordi di questo contratto, riceverò 1 punto.

Quando raggiungerò 50 punti, vincerò una giornata al luna- park con la mia famiglia.

Guadagno un punto ogni volta che:

- 1) completo 2 schede di lavoro di Italiano;
- 2) faccio tutti i miei compiti a casa;
- 3) porto tutto il materiale ;
- 4) svolgo correttamente una pagina di operazioni.



I miei genitori saranno avvertiti con comunicazione scritta ogni volta che raggiungerò 10 punti.

Firme

Il contratto per i compiti a casa

Compiti a casa Quando, dove e come

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

Tempo _____

Luogo _____

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

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

- _____
- _____
- _____
- _____

- ✓ Chi e come controlla i compiti svolti?

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

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

Firma bambino _____

Firma genitore _____

Organizzazione di tempi e materiali

Tenere aggiornato il registro di classe elettronico o il diario dell'alunno con ADHD, così come verificare che abbia capito i compiti per la prossima lezione, chiedendo di ripeterli (ed evitando di assegnarli durante gli ultimi 5 minuti dell'ora) sono strategie fondamentali per non incorrere nelle tipiche scuse da "non sapevo ci fossero" oppure "non avevo capito" o ancora "non c'era scritto sull'agenda/diario/registro elettronico".

Evidenziare per iscritto o in forma visiva il materiale necessario in ogni lezione



La gestione dei comportamenti problema attraverso l'analisi funzionale ABC

È una valutazione strutturata che permette di identificare i comportamenti disfunzionali, i loro antecedenti, le loro conseguenze e la funzione che rivestono. La valutazione funzionale consiste nell'individuare gli eventi in modo da misurarli obiettivamente, al fine di comprendere la struttura e la funzione di un dato comportamento e insegnare al bambino alternative funzionali al raggiungimento dello scopo.

Scheda per l'analisi Antecedenti-Comportamento-Conseguenze

Studente.....

Data.....

Antecedenti	Comportamenti	Conseguenze

Scheda di analisi funzionale

Scheda di Registrazione ABC

Studente _____

Osservatore _____

Data: _____

Ora di inizio: _____

Orario termine osservazione: _____

ISTRUZIONI: Registrare l'antecedente (3 sec. prima) e la conseguenza (3 sec. dopo) del comportamento. Se ne possono segnare più di uno per ogni categoria.

ANTECEDENTE	COMPORTAMENTO	CONSEGUENZA
<input type="radio"/> Sembra stanco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Malessere fisico alleviato
<input type="radio"/> Attività preferita negata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Reindirizzamento verbale
<input type="radio"/> Viene effettuata una richiesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Interruzione/blocco della risposta
<input type="radio"/> Ambiente molto stimolante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Nessuna/ignorato
<input type="radio"/> Attenzione data ad altri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Attenzione sociale
<input type="radio"/> Non sono disponibili attività o materiali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Viene guidato fisicamente a collaborare
<input type="radio"/> Attività terminata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Il compito viene rimosso
<input type="radio"/> Altro _____ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Viene negato l'accesso a oggetti e attività
		<input type="radio"/> Time out (durata: _____)
		<input type="radio"/> Accesso ad oggetti/attività graditi
		<input type="radio"/> Altro _____

Caso clinico

Nome: R.

Età al momento della valutazione: 12 anni

sintesi Anamnestica

- Nucleo Familiare: 3 componenti, madre adottiva (55 anni, in abs), padre adottivo (56 anni, in abs), R. (np, adottato all'età di 31 mesi)
- Precedenti Neuropsichiatrici Infantili: non si hanno informazioni circa la storia clinica e le condizioni di salute dei genitori biologici
- Parto: TC a termine 39 W; peso alla nascita: 3150 gr
- Alimentazione: attualmente regolare e varia
- Ritmo sonno/veglia: regolare
- Tappe dello sviluppo psicomotorio: deambulazione autonoma dopo i 20 mesi; controllo sfinterico acquisito intorno ai 3 anni
- Patologie di rilievo: storia di otiti malcurate nei primi anni di vita; apnee notturne intorno ai 3 anni; adenoidectomia

Caso clinico

- Vaccinazioni: tutte secondo legge
- Scolarizzazione: inserimento a 30 mesi con discreta integrazione con i pari, con tratti di ipercinesia e mancato rispetto delle regole; attualmente frequenta la seconda classe della scuola secondaria di primo grado con insegnante di sostegno

Valutazione Effettuata

R. giunge ad osservazione per un approfondimento psicodiagnostico in data xxx. Nel corso dell'indagine vengono somministrati i seguenti test psicologici:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• VABS II• WISC IV• SPM• PROVE MT 3- CLINICHE• BVSCO-2• AC-MT 11-14• DDE-2• CRS-R• BRIEF 2 | <ul style="list-style-type: none">• BIA• NEPSY-II –funzioni esecutive• PSI• CBCL• MASC 2• SAFA |
|--|---|

Caso clinico

Apprendimenti Scolastici. Durante la somministrazione di queste prove R. è stato collaborativo sebbene abbia manifestato anche in questo caso difficoltà di attenzione sostenuta. La valutazione degli apprendimenti ha prodotto i seguenti risultati:

Lettura e Comprensione di Brano (MT-3-CLINICHE)

La lettura di brano evidenzia una prestazione sufficiente in termini di accuratezza, mentre si colloca in richiesta di attenzione il parametro rapidità. Si registra un errore di inversione e qualche errore di sostituzione e di omissione di lettere e sillabe.

Prova di Correttezza e Rapidità

	Totale	Fascia di Prestazione	Percentili
Errori	4,5	Prestazione Sufficiente	30°-40°
Sill.Sec.	3,22	Richiesta di Attenzione	10°-15°

Prova di Comprensione

	Totale Corrette	Fascia di Prestazione	Percentili
Brano A	4	Richiesta di Attenzione	5°
Brano B	7	Prestazione Sufficiente	15°
Brani A+B	11	Richiesta di Attenzione	5°

Caso clinico

Valutazione della Scrittura e delle Competenze Ortografiche (BVSCO-2)

Dettato			
	P. Grezzo	Percentile	Fascia di Prestazione
Totali Errori	0	70°-95°	Criterio Pienamente Raggiunto

Nel dettato di brano (BVSCO-2) R. rientra nella fascia di prestazione “criterio pienamente raggiunto”. La grafia nel complesso risulta chiara e leggibile nella forma corsiva, vi è un’inclinazione abbastanza coerente della scrittura, le lettere sono omogenee per grandezza, c’è una buona distanza tra le parole; non sempre vengono rispettati i margini del foglio.

Rappresentazione di numeri e calcolo (AC-MT)

	Totale	Punti Z	Fascia di Prestazione
Accuratezza	31	-1,34	Richiesta di Attenzione
Rapidità	313"	3,42	Richiesta Intervento Immediato

La valutazione della rappresentazione dei numeri e del calcolo evidenzia punteggi inferiori alla norma relativamente al parametro di accuratezza delle procedure e a quello della rapidità nell'esecuzione dei calcoli. R. riesce ad incolonnare abbastanza bene, presente qualche difficoltà nell'uso delle varie operazioni di calcolo a mente, calcolo scritto e calcolo automatizzato, con risposte spesso corrette ma non sempre immediate – maggiori problematiche soprattutto con le divisioni-.

Caso clinico

Conners-Versione Genitori. Le Conners indagano comportamenti psicopatologici o problematici di bambini e adolescenti, riferiti all'Adhd e a disturbi e/o difficoltà che possono verificarsi in comorbilità, come: problemi di condotta, di apprendimento, d'ansia, di depressione, familiari e sociali.

Tab. Conners

	Versione Genitori	
	P. Grezzo	Punti T
Oppositorità	5	47
Problemi Cognitivi/Disattenzione	9	53
Iperattività	1	40
Ansia-Timidezza	3	45
Perfezionismo	10	69
Problemi Sociali	1	49
Problemi Psicosomatici	0	42
Indice ADHD	11	56
CGI: Irrequietezza/Impulsività	3	45
CGI: Instabilità Emotiva	0	41
CGI: Totale	3	43
DSM-IV Disattenzione	8	44
DSM-IV Iperattività Impulsività	3	43
DSM-IV Totale	11	49

Caso clinico

BIA. La BIA (Batteria Italiana per l'ADHD) offre una gamma di strumenti utili per la comprensione dei problemi specifici presentati da bambini disattenti e iperattivi e/o con difficoltà nei processi esecutivi, nel controllo della risposta, dell'attenzione e della memoria. Dall'analisi dei punteggi emerge una prestazione lievemente al di sotto della norma nel Test delle Ranette -che valuta l'inibizione motoria e l'attenzione uditiva, in particolare quella selettiva e sostenuta- e inferiore alla norma nel test MF20 -che valuta l'impulsività e l'attenzione selettiva-. Nella scala Scala SDAG-Disattenzione e nella scala SDAI – sia l'area iperattività che quella disattenzione- emergono punteggi sotto la norma. Nelle restanti prove il paziente ha ottenuto prestazioni che si collocano in un range medio. Anche durante questa prova R. ha manifestato difficoltà di attenzione sostenuta e ha necessitato di pause.

Test BIA	Punteggi grezzi	Percentili	Punti Z
MF-Errori	12	5-10	1,69
MF- Tempo	8,25	<5	-1,49
Ranette	15	20 – 30	-0,4
Stroop Errori	0	60-90	-0,7
Stroop Tempo Interferenza	0,12	>10	/
CAF	15	30	0,42
CP – Omissioni	1	70-80	/
Scala SDAG-Disattenzione	14	10-20	1,29
Scala SDAG-Iperattività	7	30	0,2
Scala SDAI- Disattenzione	13	10-20	1,2
Scala SDAI- Iperattività	9	10-20	1,18

Caso clinico

Tabella MASC 2 – versione genitori

Scale	Grezzi	Punti T	Classificazione
MASC 2 Totale	36	51	Medio
Ansia da Separazione/Fobie	6	50	Medio
GAD	12	63	Leggermente Elevato
Ansia Sociale Totale	13	64	Leggermente Elevato
Umiliazione/Rifiuto	7	61	Leggermente Elevato
Paure di Performance	6	62	Leggermente Elevato
Ossessioni e Compulsioni	2	41	Medio
Sintomi Fisici Totale	7	56	Medio-Alto
Panico	4	59	Medio-Alto
Tensione/Irrequietezza	3	51	Medio
Evitamento del Pericolo	11	49	Medio

Caso clinico

Conclusioni e Indicazioni di trattamento.

All'attuale osservazione si conclude per **Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività manifestazione con disattenzione predominante [314.00 (F90.0)] di grado lieve associato a difficoltà nel calcolo aritmetico e manifestazioni di carattere ansioso.**

Si consiglia:

- psicoterapia individuale finalizzata a implementare, tramite tecniche comportamentali e cognitive, la capacità di autoregolazione del comportamento, la consapevolezza e modulazione delle emozioni, potenziare le strategie di pianificazione e organizzazione oltre che incrementare l'attenzione, in particolare quella sostenuta
- supporto didattico pomeridiano volto a sostenere gli apprendimenti scolastici, in particolare la matematica, ma anche a migliorare le capacità di autogestione delle attività di apprendimento
- in ambito scolastico attivazione di Piano Didattico Personalizzato (PDP) per ragazzi con Bisogni Educativi Speciali
- supporto psicoeducativo rivolto alla coppia genitoriale per informazione, guida e sostegno nelle scelte pedagogiche
- inserimento del paziente in attività ludico-sportive in un contesto regolamentato di pari al fine di favorire l'interazione sociale.

Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta

Categoria diagnostica introdotta dal DSM 5

Disturbo oppositivo provocatorio

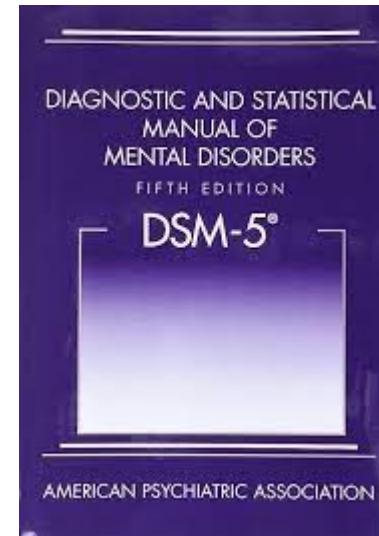
Disturbo esplosivo intermittente

Disturbo della condotta

Disturbo antisociale di personalità

Piromania

Cleptomania



Caratterizzati da forte difficoltà nel gestire la rabbia e comportamenti disadattivi

Disturbo oppositivo provocatorio

Modalità di comportamento negativistico, ostile e provocatorio che dura da **almeno 6 mesi**, durante i quali sono stati **presenti 4 o più dei seguenti comportamenti**:

- spesso va in collera
- spesso litiga con gli adulti
- spesso sfida attivamente o rifiuta di rispettare le richieste o regole degli adulti
- spesso irrita deliberatamente le persone
- spesso accusa gli altri per i propri errori o il proprio cattivo comportamento
- è spesso suscettibile o facilmente irritato dagli altri
- è spesso arrabbiato o rancoroso
- è dispettoso e vendicativo



Disturbo oppositivo provocatorio

il DOP si presenta nel 5-15% dei bambini in età scolare

ha una **prevalenza nel sesso maschile** doppia rispetto al sesso femminile nei bambini più piccoli; in quelli più grandi la prevalenza è identica

Il 50% dei bambini che hanno una diagnosi di DOP hanno anche una diagnosi di ADHD

Approssimativamente il 15-20% di bambini con DOP sono anche affetti da Disturbo d'Ansia e Disturbo Depressivo



Disturbo della condotta

DISTURBO DELLA CONDOTTA

Temperamento poco inibito

bassa frequenza cardiaca, bassi livelli di cortisolo, ridotti livelli di ansia, basso arousal

Ipofrontalità'

disfunzionamento esecutivo

Social Learning carente

codifica degli stimoli sociali, interpretazione degli stimoli, ricerca delle risposte appropriate, scelta della risposta appropriata

Mancanza di empatia e senso di colpa

con appiattimento affettivo (callous-unemotional traits)

Mancanza del senso di colpa e di rimorso

- Bassa autostima
- Scarsa capacità di socializzazione
- Scarso controllo degli impulsi
- Performance accademiche ridotte
- Comportamenti sessuali impulsivi
- Abuso di sostanze



Comportamento caratterizzato da un alto grado di aggressività verso persone\ cose

Disturbo della condotta

Alla base di questi disturbi ci sono delle **disfunzioni neurocognitive** che comportano:

- Una compromissione nel fare associazioni tra comportamento e conseguenze con una bassa sensibilità alle punizioni
- Aggressività alterata, scarsa gestione della rabbia e della collera (generalmente determinata da intolleranza alla frustrazione) e difficoltà ad interpretare segnali relativi allo stato emotivo (soprattutto per la rabbia)

Una decorso negativo posta al **disturbo antisociale di personalità**



Ruolo dei fattori ambientali

utilizzo di droghe\alcool nei genitori

educazione dura o inconsistente;

richieste confuse\attaccamento disorganizzato (Bowlby)

mancanza di calore e coinvolgimento

scarsa supervisione e monitoraggio in adolescenza

modelli aggressivi



Il ruolo dell'insegnante

L'adulto è SEMPRE una figura SIGNIFICATIVA per il bambino/ragazzo.

Bisogna farsi carico di questa responsabilità, che sia i bambini, sia i ragazzi ricercano ed accettano, purchè sia interpretata con

- Assertività
- Rispetto
- Comprensione
- Empatia
- Autorevolezza
- Responsabilità
- Affetto



Il ruolo dell'insegnante

ACCETTAZIONE INCONDIZIONATA: **la persona non è il problema.** La persona è ciò che è, sente, pensa, crede, con tutti il diritto di essere rispettato (attenzione a non confonderlo con il NON rispetto deliberato delle regole)

EMPATIA: **ti comprendo, intuisco i tuoi sentimenti, ti faccio capire che ti sto ascoltando** con attenzione. So mettermi nei tuoi panni e ti comunico la mia sensazione dell'esperienza.

AUTENTICITA' E CONGRUENZA: antepongo la sincerità, l'onestà e la genuinità all'assunzione di ruolo. Bisogna fare decadere l'assolutezza del proprio Io. Attenzione che anche questa posizione non è in contrasto con l'essere una guida adulta e responsabile!

ASCOLTO PASSIVO (fase iniziale). **L'ascoltatore è in silenzio e non interrompe; in questo modo fa sapere all'interlocutore che si è interessati all'argomento e predisposti per l'ascolto.**

MESSAGGI DI ACCOGLIMENTO VERBALI E NON VERBALI. "Sto cercando di capire" o "Ti ascolto" sono frasi importanti da utilizzare



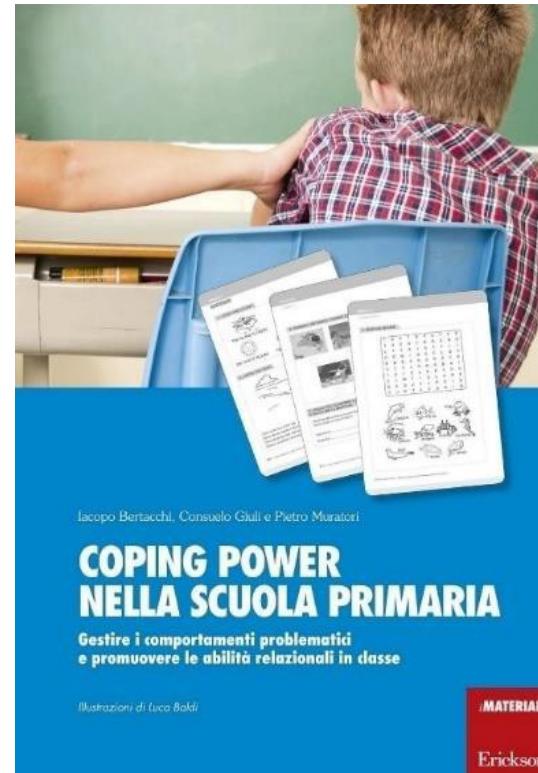
Il ruolo dell'insegnante

INVITI ALL'APPROFONDIMENTO. Si tratta di messaggi verbali che incoraggiano chi parla ad approfondire l'argomento senza che l'ascoltatore giudichi o commenti quel che è stato detto. **“Spiegami meglio” o “Dimmi”.**

ASCOLTO ATTIVO è l'ultimo step. Chi ascolta ripropone il contenuto del messaggio condiviso dall'altro con parole diverse. In questa fase però non entrano in gioco solo le parole, ma anche le emozioni ed i sentimenti.

TRAINING EMOTIVI

COPING POWER

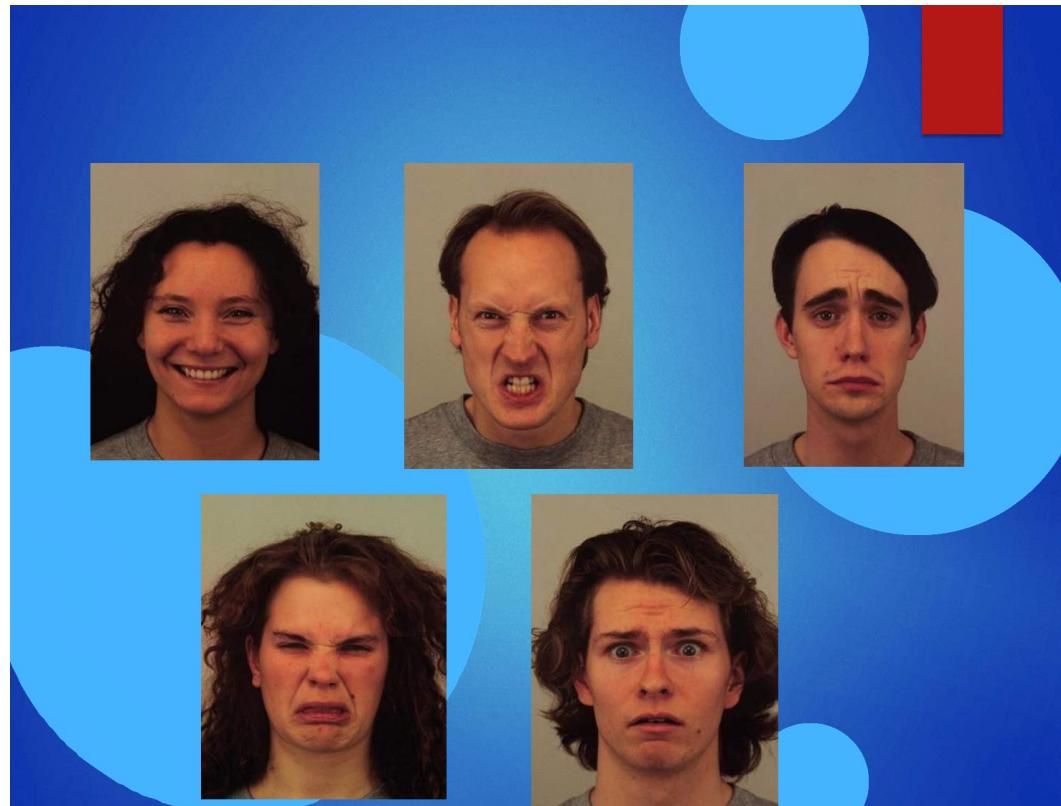


Esercizi di consapevolezza emotiva

Far riconoscere le diverse emozioni e chiedere ai ragazzi come fanno a capire quando loro stessi provano quelle emozioni.

L'obiettivo è di imparare a identificare i diversi segnali fisiologici e fisici che si associano alle emozioni e capire che qualsiasi sentimento stiano provando è sempre accettabile.

TUTTI I SENTIMENTI SONO ACCETTABILI MENTRE ALCUNI COMPORTAMENTI NON LO SONO.



Autoriflessione sugli stati emotivi

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?

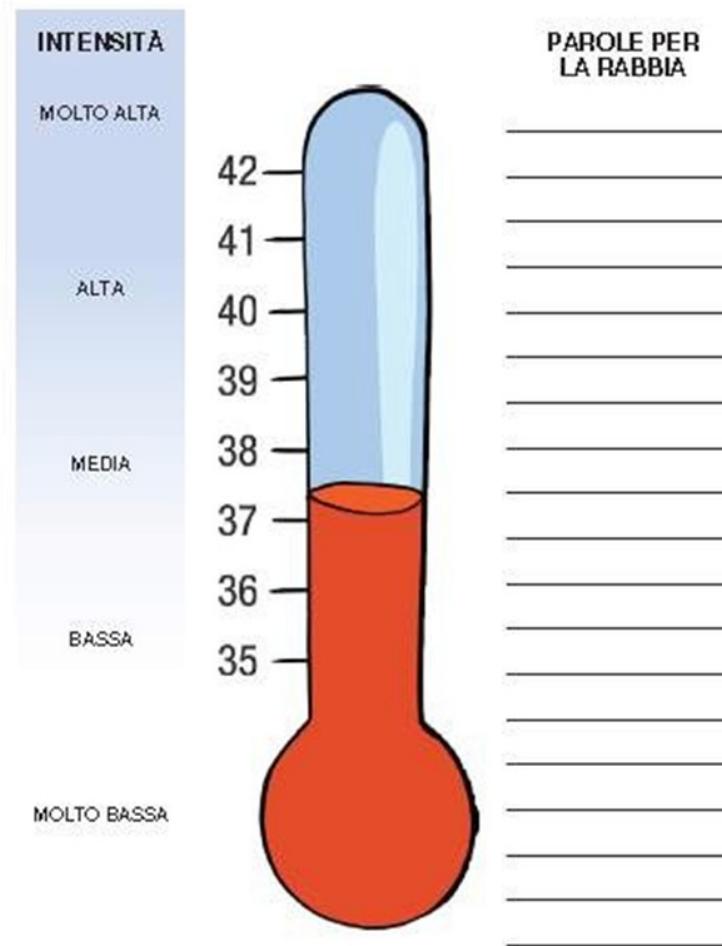


Esercizi di consapevolezza emotiva

Role playing e giochi di immedesimazione

SESSION 6

Termometro della rabbia



Bottiglia delle emozioni

Banca le varie emozioni che hai provato. Cerchia le emozioni che sono state facili per te da esprimere e fa un quadrato intorno a quelle che riesci a esprimere con più difficoltà, quelle emozioni, cioè, che hai "imbottigliate" dentro.



Strategie di problem solving

SESSIONE 17

Risolvere un problema 1

Il mio problema è: _____



Scribo tutte le soluzioni possibili:	Penso alle conseguenze delle soluzioni:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

La soluzione che ho scelto: _____

Le conseguenze della mia soluzione sono state: _____

Strategie di coping

Frasi della calma

Cose che posso dirmi per stare calmo

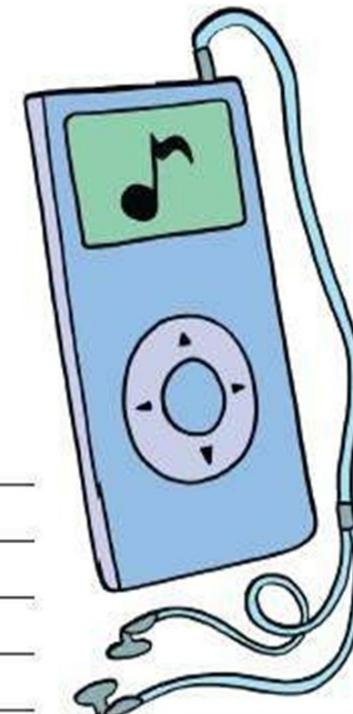
1. Devo cercare di non arrabbiarmi.
2. Non voglio che diventi una tragedia.
3. Non voglio che questa cosa mi coinvolga.
4. Non voglio che siano sempre gli altri a trovare la soluzione. Voglio provare a trovarla io.
5. Posso usare il mio senso dell'umorismo e fare una battuta.
6. A lui piacerebbe che io mi arrabbiassi, ma io gli voglio fare un dispetto rimanendo calmo.
7. Non devo dimostrare niente a nessuno.
8. Più cerco di stare calmo più posso mantenere il controllo della situazione.
9. Mi comporterò da adulto, non scopriero.
10. Non voglio finire in una rissa.
11. Non farò lo sciocco. Rimarrò calmo.
12. Perdendo la calma mi metterò nei guai, perché...
13. Rimani calmo. Rilassati.
14. Non andare fuori dai gangheri.
15. Resisti.
16. Pensa a quello che vuoi per uscire da questa situazione.
17. Non ha senso arrabbiarsi.
18. Pensa positivo.
19. Ciò che dice non ha importanza.
20. I miei muscoli sono tesi. Rilassati.
21. Aspetta che il problema si risolva. Finirà.
22. Sono sotto controllo. Posso gestire la situazione.
23. Ho ragione ad arrabbiarmi, ma proviamo a ragionarci.
24. Rallenta. Respira profondo...
25. Bisogna avere rispetto per le persone.
26. È brutto come si sta comportando.
27. Si dovrebbe vergognare a fare così.
28. Deve essere veramente infelice se è così irritabile.
29. Non posso aspettarmi che gli altri facciano tutto quello che voglio.
30. Gli piacerebbe farmi andare su tutte le furie. Bene, rimarrà deluso.
31. Non mi lascerò comandare a bacchetta, non lo farò.

Prova a usare qualcuna di queste affermazioni la prossima volta che comincerai a sentirti arrabbiato.

SESSIONE 11

Cose che posso fare per calmarmi...

- ✓ Fare sport
- ✓ Parlaie con un amico
- ✓ Disegnare
- ✓ Ascoltare musica
- ✓ Fare una passeggiata
- ✓ Fare qualche esercizio
- ✓ Fare un gioco
- ✓ Giocare con un animale
- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____



Disturbo da tic

I **disturbi da tic** comprendono secondo il nuovo orientamento diagnostico DSM-5 (2013) quattro categorie diagnostiche:

Disturbo di Tourette

Disturbo persistente da tic motori o vocali

Disturbo transitorio da tic

Disturbo da tic con altra specificazione o senza specificazione.



I tic sono movimenti o vocalizzazioni improvvisi, rapidi, ricorrenti, motori non ritmici. La diagnosi si basa sulla presenza di tic motori e/o vocali, sulla durata dei sintomi, sull'età di esordio e sull'assenza di una qualsiasi causa nota come altra condizione medica o di uso di sostanze. Un individuo può avere diversi sintomi nel corso del tempo, ma in qualunque momento il repertorio si ripresenta in modo caratteristico. I tic motori semplici sono di breve durata. Quelli motori complessi sono di più lunga durata.

Nel disturbo di Tourette devono essere presenti sia quelli motori che quelli vocali. Nel disturbo persistente sono presenti solo quelli motori o solo vocali. Per quanto riguarda il disturbo transitorio, possono essere presenti motori e/o vocali.

Disturbi da tic

L'esordio deve verificarsi prima dei 18 anni di età.



Il disturbo di Tourette colpisce tra lo 0,3 e l'1% della popolazione totale, la prevalenza è maschile ma non vi sono differenze di genere nel tipo di tic e l'età media di esordio è attorno ai 5 anni (Chat et al., 2011).

I sintomi sono peggiorati dalla presenza di ansia, eccitazione e stanchezza e migliorano nei momenti di calma o quando gli individui sono impegnati in compiti scolastici o lavorativi o quando si rilassano a casa dopo a scuola o di sera.

Il trattamento si basa sulla farmacoterapia, sulla psicoterapia a orientamento cognitivo-comportamentale, che si focalizza sui tic e sulla loro gestione, e sull'intervento familiare, con attenzione al contesto scolastico e sociale.

Il percorso psicologico va adattato alle caratteristiche del paziente in base all'età, alle risorse cognitive, familiari, scolastiche e sociali. Con i genitori viene definito un percorso di psicoeducazione e con gli insegnanti può essere portato avanti un intervento psicoeducativo sulla sindrome, rivolto ai docenti e alla classe coinvolta, volto a favorire l'integrazione sociale del bambino e strategie educative appropriate.

Ho la sindrome di Tourette,

e questo significa che...



Il cinque per cento dei bambini inizia ad avere dei tic ad un certo punto della loro esistenza.



I ragazzi hanno dei tic con una frequenza tre-quattro volte superiore rispetto alle ragazze.



I tic non sono delle brutte abitudini che possono essere interrotte volontariamente.



I tic non sono causati da ansia, stress, conflitti mentali o comportamenti familiari sbagliati.



Chiedere a un bambino o a un adolescente di smettere di avere dei tic, sarebbe come chiedere a un adulto che soffre di rinite allergica di smettere di starnutire.

upbility

Editore di risorse terapeutiche



© copyright www.upbility.it

Ciò che ti chiedo di fare è:

- Smetti di sgridarmi, non lo faccio apposta
- Non dirmi che devo smettere di avere questi tic; mi mette maggiore ansia
- Ignora i miei tic e guarda nel profondo del mio cuore
- Liberami da ogni sensazione di vergogna
- Spiegami cosa c'è che non va in me
- Insegnami tecniche di rilassamento