

LE PRINCIPALI DIFFICOLTA' COMPORTAMENTALI NELLA SCUOLA DELL'INFANZIA

Dott.ssa Laura Bedin

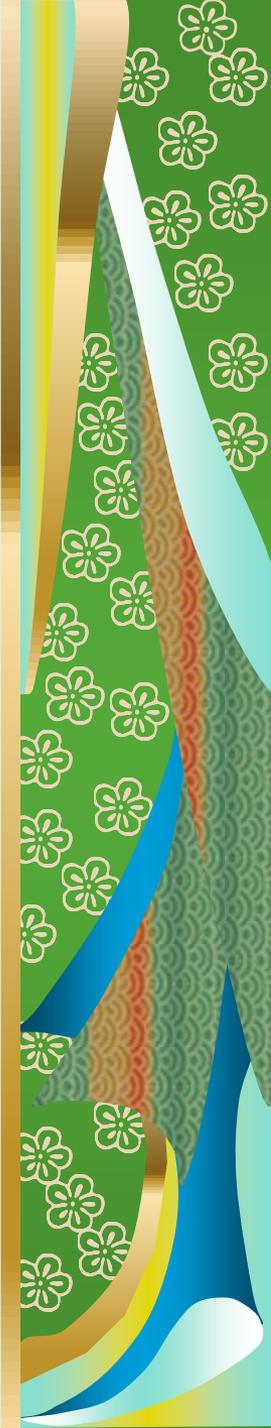
Psicologa e Psicoterapeuta

Presso

Studi Medici via Don Cesare Pellizzari, 150 Meolo (VE)

Cell: 327.7867906

Mail: lauratnt@libero.it



Sviluppo normotipico e campanelli di allarme per le difficoltà comportamentali

■ Durante il periodo di sviluppo prescolare i bambini acquisiscono abilità di socializzazione, imparano a rivolgersi all'insegnante in caso di necessità, a mantenere l'attenzione al compito per tempi ancora limitati ma sufficienti per completare un piccolo lavoro, un disegno etc

■ Imparano a disegnare, a riconoscere il proprio quaderno, ad orientarsi nello spazio e nel tempo.

■ Tutte queste sono importanti conquiste sul piano cognitivo-linguistico, motorio, prassico e sociale

■ Il bambino inizia ad acquisire una competenza regolativa autonoma cioè sa gestire i propri bisogni primari per approdare poi ad un'autoregolazione attiva ossia mantiene l'attenzione verso un'attività che non conosce e prova ad individuare come proseguire nell'azione, sperimenta procedure per prove ed errori...

■ Tra i 3 e i 5 anni il bambino è controllato dai comandi verbali dell'adulto che svolgono un'azione inibitori ed eccitatoria sul piano del comportamento.





Mano a mano tali comandi vengono interiorizzati ed il momento in cui egli inizia ad esprimere a voce alta quello che sta facendo, a volte lo anticipa, o commenta la propria azione.

Verso i 4 anni impara a rispettare alcune regole esplicite formulate per la classe, riconosce l'autorità, il linguaggio migliora nelle componenti lessicali e, soprattutto, nella comprensione da ascolto e nell'organizzazione della frase in produzione.

La regolazione autonoma prevede che il bambino riesca a controllare i propri impulsi ad agire, sappia attendere una gratificazione, sia in grado di comportarsi secondo le regole del contesto, riesca a controllare la propria attività motoria e verbale, accettando i cambiamenti nel contesto.

Con la seconda infanzia iniziano a manifestarsi alcuni comportamenti frutto dell'interazione con l'ambiente, ossia il bambino, aiutato dai genitori e dalle figure educative di riferimento, è in grado di modulare la propria azione in relazione al contesto....comincia ad usare alcune Funzioni Esecutive che sono un insieme di abilità che permettono di organizzare la propria azione nello spazio e nel tempo per raggiungere uno scopo, per il quale sono necessarie abilità sociali e consapevolezza delle proprie risorse.

- Esempi di Funzioni Esecutive sono la memoria di lavoro, la flessibilità cognitiva, l'attenzione sostenuta, l'uso di strategie adatte per raggiungere un obiettivo...
- Verso la conclusione della prima infanzia aumentano gli scambi comunicativi, un 35% formati da interazioni con connotazioni aggressive.

AGGRESSIVITA'



STRUMENTALE

Rivolta per avere l'oggetto del desiderio

PERSONALE

atto fisico verso un interlocutore senza obiettivi evidenti, determinati da alterazioni emotive



- Verso i 3 anni si dovrebbe assistere ad una progressiva riduzione dei comportamenti aggressivi di tipo strumentale, TUTTAVIA vi sono bambini che presentano alterazioni temperamentali ed emotive caratterizzati da comportamenti inappropriati (fuga, ritiro, agitazione), difficoltà ad adattarsi ai cambiamenti ambientali, bassa soglia di reattività agli stimoli e difficoltà a recuperare un tono affettivo tranquillo.
- La non facile adattabilità di questi bambini alle situazioni di vita quotidiana, un umore irritabile, la presenza di disordini comportamentali frequenti, presenti in modo pervasivo e con adulti diversi (genitori, parenti, insegnanti...) costituiscono reazioni che determinano un rischio di cronicità e problemi di funzionamento nei diversi ambienti di vita, soprattutto predicono caratteristici segni di personalità in adolescenza ed età adulta.
- Le difficoltà principali comportamentali a scuola dell'infanzia possono confluire in segnali predittivi del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) che può poi associarsi a scuola primaria col Disturbo Oppositivo-Provocatorio (DOP), in adolescenza col Disturbo della Condotta.



 Le qualità temperamentali che possono condizionare lo sviluppo del bambino possono essere:

- mancanza di controllo, irrequietezza, difficoltà a modulare impulsi ed emozioni
- poca cautela, ricerca costante di nuovi stimoli
- tendenza alla passività, pigrizia, poca sensibilità ai comportamenti sociali.



COS'E' IL DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITA' (ADHD)?

L'ADHD è un disturbo evolutivo dell'autocontrollo di origine neurobiologica (l'ambiente può contenere o esacerbare il Disturbo) che interferisce con il normale svolgimento delle comuni attività quotidiane:

andare a scuola, giocare con i coetanei, convivere serenamente con i genitori e, in generale, inserirsi normalmente nella società.

DIMENSIONI SINTOMATOLOGICHE CARDINE DELL'ADHD



Deficit di
attenzione



Iperattività



Impulsività

DISATTENZIONE

- Spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro, o in altre attività;
- spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco;
- spesso non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente;
- spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le incombenze, o i doveri sul posto di lavoro (non a causa di comportamento oppositivo o di incapacità di capire le istruzioni);
- spesso ha difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle attività;
- spesso evita, prova avversione, o è riluttante ad impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto (come i compiti a scuola o a casa);
- spesso perde gli oggetti necessari per i compiti o le attività (per esempio, giocattoli, compiti di scuola, matite, libri o strumenti);
- spesso è facilmente distratto da stimoli estranei;
- spesso è sbadato nelle attività quotidiane.



IPERATTIVITA'

- Spesso muove con irrequietezza mani o piedi o si dimena sulla sedia ;
- spesso lascia il proprio posto a sedere in classe o in altre situazioni in cui ci si aspetta che resti seduto;
- spesso scorrazza e salta dovunque in modo eccessivo in situazioni in cui ciò è fuori luogo (negli adolescenti o negli adulti, ciò può limitarsi a sentimenti soggettivi di irrequietezza);
- spesso ha difficoltà a giocare o a dedicarsi a divertimenti in modo tranquillo;
- è spesso “sotto pressione” o agisce come se fosse “motorizzato”;
- spesso parla troppo.



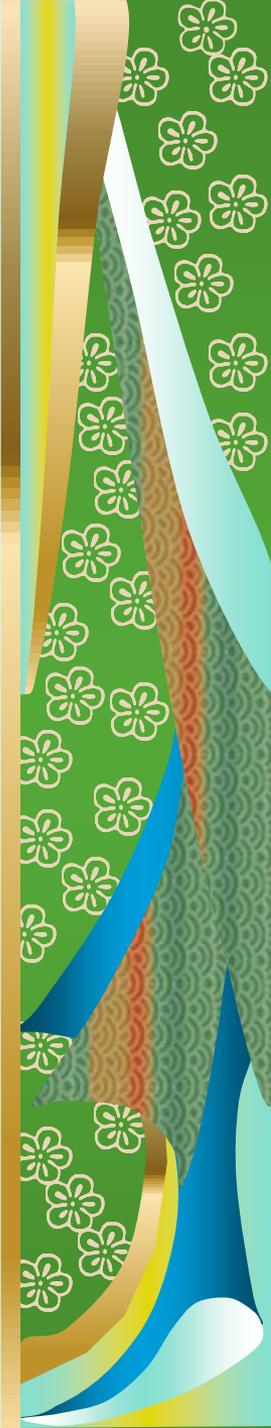
IMPULSIVITA'

- Spesso “spara” le risposte prima che le domande siano state completate;
- spesso ha difficoltà ad attendere il proprio turno;
- spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti.



3 SOTTOTIPI SECONDO IL DSM-V

- Disattento: prevalenza (6 su 9) di comportamenti disattenti.
- Iperattivo: prevalenza (6 su 9) di comportamenti impulsivi-iperattivi.
- Combinato: comportamenti disattenti e impulsivi-iperattivi in egual misura.



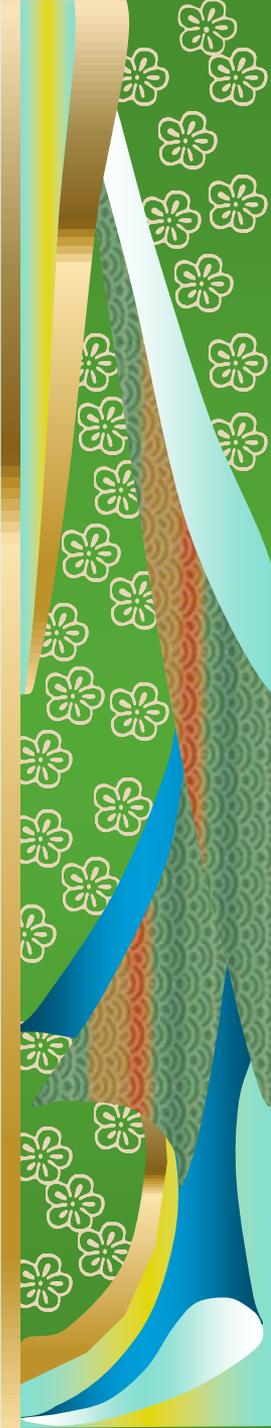
FALSE CREDENZE SULL'ADHD

- Il bambino-ragazzo ADHD non riesce a prestare attenzione a nulla.
- Il bambino-ragazzo ADHD è sempre distratto e iperattivo.
- Un bambino-ragazzo ADHD è dispettoso e si oppone sempre a quanto gli viene proposto.
- I bambini-ragazzi ADHD sono maleducati.
- L'ADHD scompare con l'età.



ALCUNE CONSIDERAZIONI SULL'ADHD...

- E' più frequente nei maschi che nelle femmine con una rapporto di 3:1.
- L'età di insorgenza è molto precoce. Si fa diagnosi dai 6 anni in poi, ma si possono avere evidenze della presenza del disturbo già dai 3 anni. Chiaro che, durante la scuola dell'infanzia, molte sono le variabili che concorrono allo sviluppo di un Disturbo futuro ed il rischio di interpretare come patologico un comportamento simbolo di una disfunzione limitata nel tempo è alto per questo **NON SI FA DIAGNOSI PRIMA DELL'ENTRATA ALLA SCUOLA PRIMARIA.**



ADHD in età prescolare

- Massimo grado di iperattività
- Ridotta quantità ed intensità del gioco
- Scarso controllo attentivo
- Comportamenti aggressivi di tipo personale soprattutto
- Rapporto disturbato genitore/bambino (stress parentale, relazioni coercitive)
- Crisi di rabbia
- Litigiosità, provocatorietà
- Scarsa tolleranza dell'attesa
- Bassa tolleranza alla frustrazione
- Difficoltà ad aderire alle regole
- Tendenza a disturbare i compagni
- Ritardata acquisizione dei prerequisiti scolastici
- Assenza di paura, condotte pericolose, incidenti
- Disturbo del sonno, soprattutto della regolarità sonno/veglia nel primo anno di vita



Se tali indicatori vengono mantenuti nel tempo, con elevata frequenza e severità ad ogni normale evento della vita, in diversi contesti ed interferiscono con l'acquisizione delle normali autonomie previste per età è chiaro che tali bambini svilupperanno un Disturbo, a differenza di quelli in cui tali segnali regrediscono con la crescita (falsi positivi).



Alcune osservazione degli insegnanti...

“non sta mai fermo, bisogna sempre corrergli appresso”

“si alza in continuazione”

“non si riesce a finire un pasto perché lui è già altrove”

“tocca tutto quanto ha a disposizione”

“non rispetta mai le regole, anche se gliele ripetiamo cento volte”

“inizia cento cose e non ne conclude nessuna”

Non si concentra su un compito se gli costa fatica”

“è distratto continuamente da un sacco di cose”

“perde le cose in giro”

“fa finta di non ascoltarti quando gli dici quello che deve fare”

“si mette spesso in pericolo”

“se non gli dai subito quello che vuole reagisce con rabbia, urla, picchia, piange”

“non rispetta il suo turno nei giochi”

“risponde ancora prima che abbia terminato la domanda”

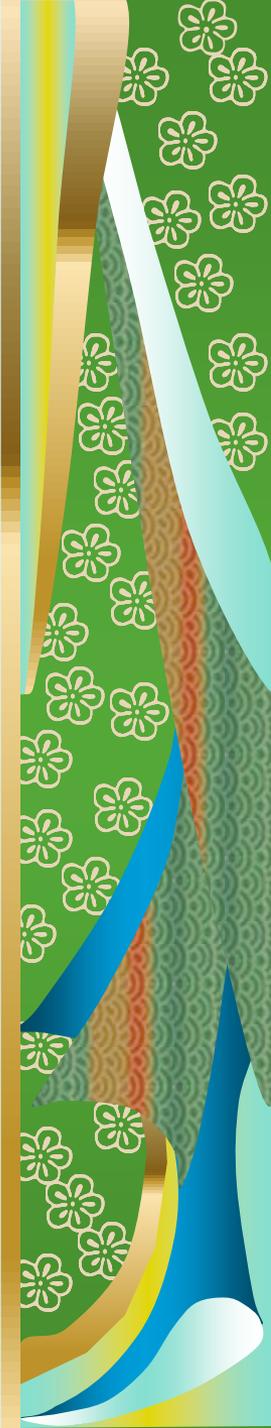
“vuole tutto e subito”

“se un gioco non gli riesce butta tutto all'aria”



Già nella scuola dell'infanzia dunque è importante indagare le componenti della memoria di lavoro, dell'inibizione della risposta e di altre componenti delle Funzioni Esecutive perché problematiche in questo ambito possono essere indicatori di successivi problemi di comportamento.

Importante sempre segnalare in caso di rilevazione di campanelli d'allarme.



TIPICO ADHD?



1. Ha difficoltà a prendere decisioni

ALTRO

2. Spara le risposte prima che le domande siano terminate

TIPICO

3. Ha difficoltà ad attendere il proprio turno

TIPICO

4. Fa il prepotente, minaccia, intimorisce gli altri

ALTRO

5. Ha difficoltà a sviluppare relazioni con i coetanei

ALTRO

6. Manifesta una grande stima di sé, enfatizzando spesso le sue capacità

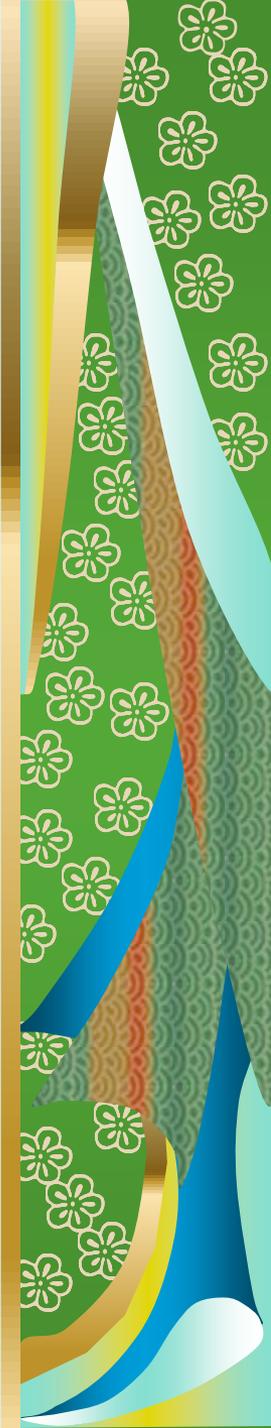
ALTRO

7. Interrompe gli altri mentre sono impegnati in attività o conversazioni

TIPICO

8. Non porta a termine quanto iniziato

TIPICO



9. Non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente

TIPICO

10. Ha difficoltà a giocare o a dedicarsi a divertimenti in modo tranquillo

TIPICO

11. E' vendicativo e porta rancore

ALTRO

12. Ha difficoltà ad attendere il proprio turno

TIPICO

13. Si nota la mancanza di ricerca spontanea della condivisione di gioie e interessi

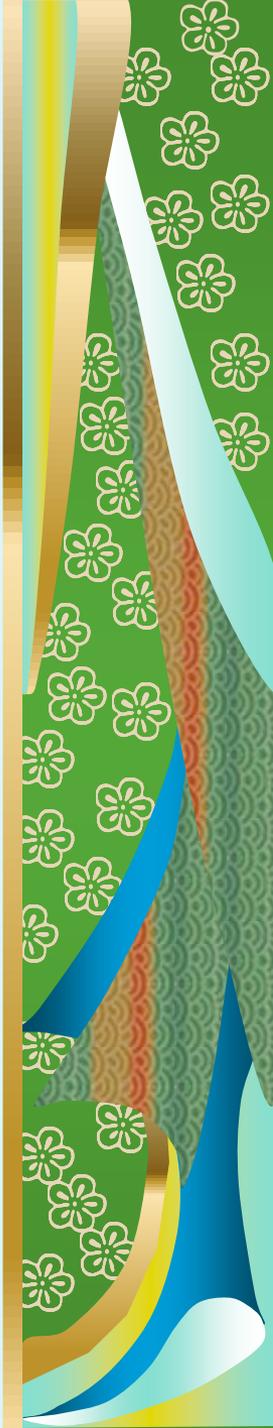
ALTRO

14. Muove con irrequietezza mani o piedi e si dimena sulla sedia

TIPICO

15. Ha difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti fino alla fine

TIPICO



16. Perde spesso gli oggetti

TIPICO

17. E' riluttante ad impegnarsi in compiti che richiedono sforzo protratto

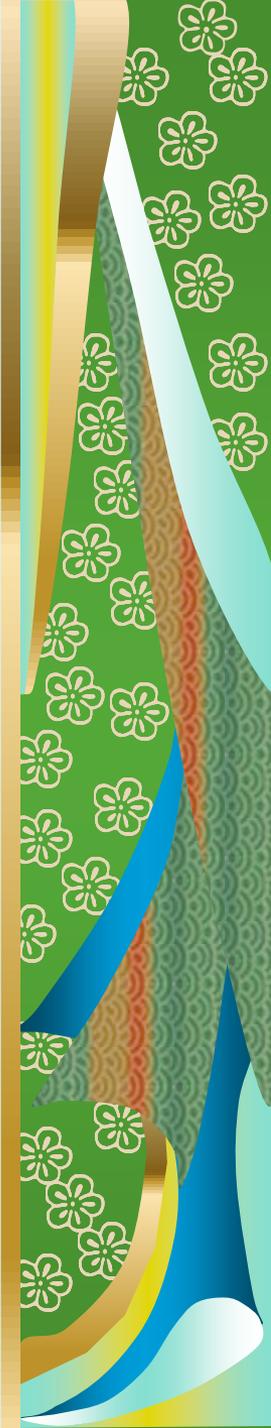
TIPICO

18. Passa da un gioco all'altro senza soffermarsi su nessuno

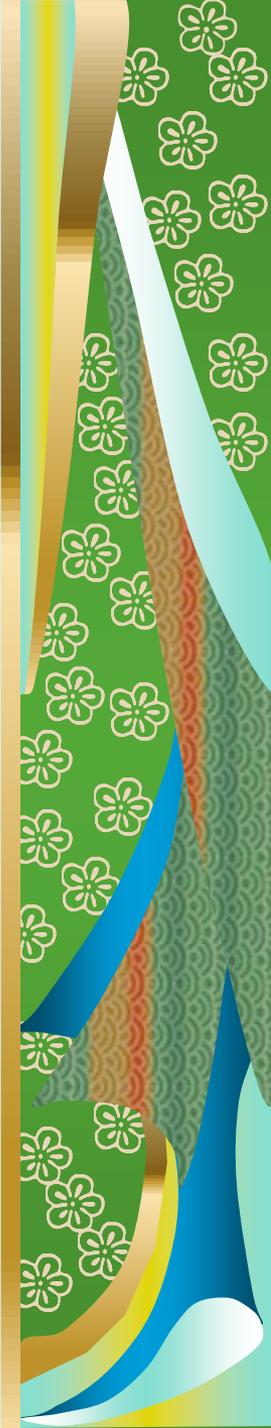
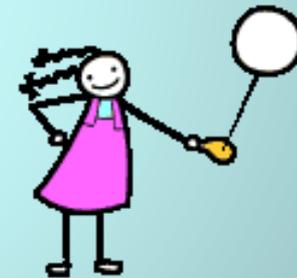
TIPICO

19. Sfida e irrita deliberatamente le persone

ALTRO



La valutazione diagnostica



Obiettivo della valutazione è, a questa età, individuare o meno la presenza dei campanelli d'allarme per lo sviluppo di un Disturbo futuro.

- Il colloquio con genitori e bambino.
- L'osservazione.
- La somministrazione di test e questionari (valutazione neuropsicologica, cognitiva).



L' Osservazione

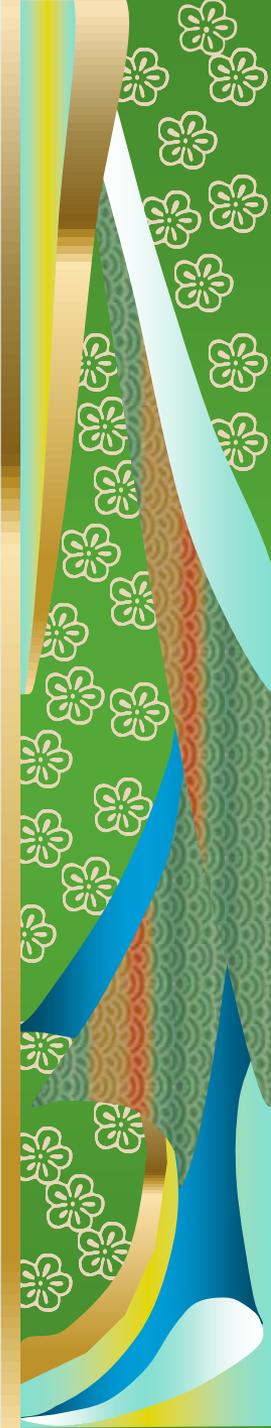
■ L'osservazione a casa (i genitori)

■ L'osservazione a scuola (insegnanti e/o psicologo)

■ Il contesto strutturato del rapporto "uno a uno"

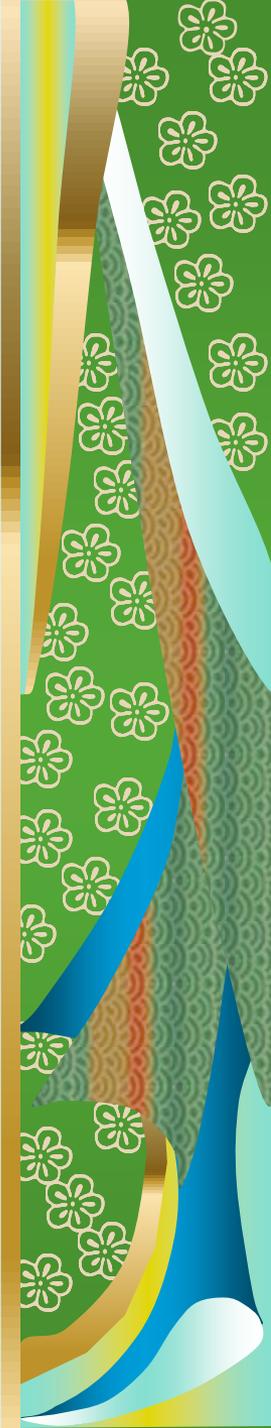


Le scale di valutazione

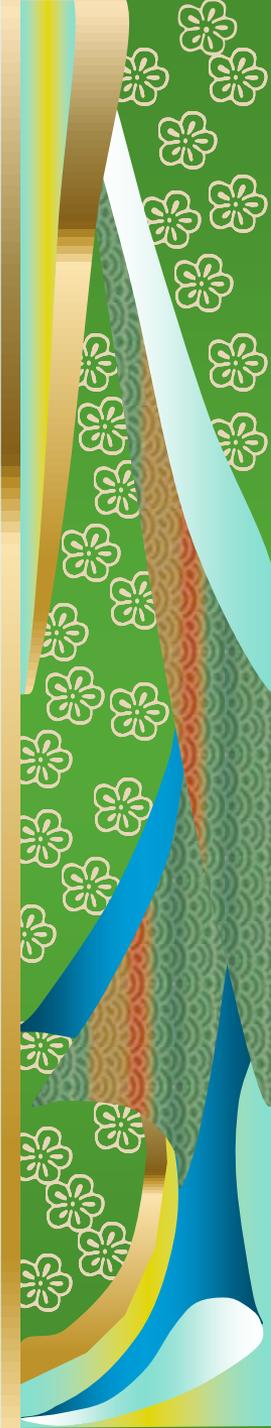


 SCALA IPDAI ed IPDAG, individua la presenza di predittori per Disturbi Specifici dell'Apprendimento e comportamentali.

Si usa appositamente per la scuola dell'infanzia.



Una volta rilevati eventuali campanelli dall'allarme l'intervento a questa età consiste nel parent training e teacher training.



**Ma...facciamo un passo indietro....
come comunicare alla famiglia
eventuali difficoltà emerse?**



Distinguiamo due situazioni di colloquio scuola-famiglia



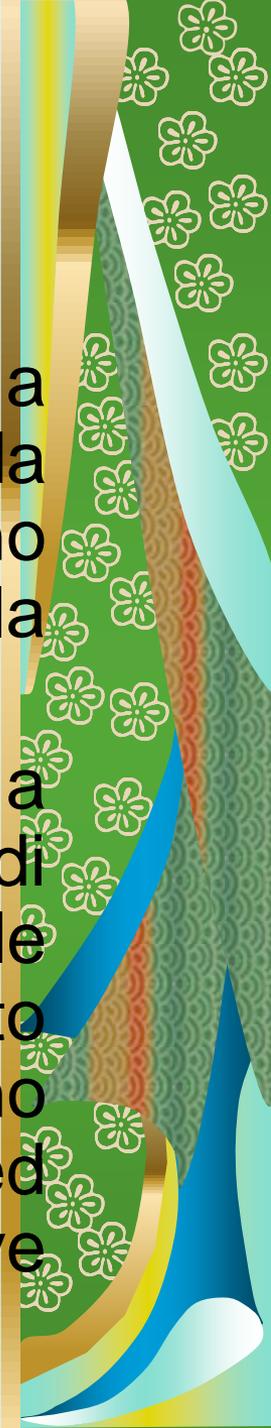
Colloquio per segnalare difficoltà del bambino

Colloquio post valutazione

Colloquio per segnalare difficoltà del bambino

Il più delle volte la convocazione dei genitori a scuola è vissuta con una certa esasperazione da questi (di solito già in difficoltà a gestire il bambino a casa) che si presentano al colloquio “sulla difensiva”.

Molto spesso le insegnanti si mostrano disponibili a parole....ma passano poi ad un lungo elenco di tutto ciò che non fa o che combina il bambino; tale atteggiamento crea nei genitori un atteggiamento difensivo verso il proprio figlio che giudicano “vivace, ma non così tremendo a casa” ed etichettando le insegnanti come troppo richiestive per un bambino di questa età.



CIRCOLO VIZIOSO DI DISAGI



I genitori si sentono attaccati dalla scuola e si difendono pensando che siano gli insegnanti inadeguati, non sapendo gestire il loro figlio e, dal canto loro, gli insegnanti spesso sono propensi a credere che all'origine del comportamento del bambino vi sia qualche problema familiare, una certa trascuratezza...dei genitori che né affrontano e né riconoscono i comportamenti inadeguati del bambino così.....aumentano le note e le comunicazioni a casa che mettono i genitori in una situazione di impotenza e difficoltà.

L'unica cosa che possono fare è punirlo continuamente, molto spesso in tal modo il comportamento non cambia a scuola e l'insegnante ritiene frequentemente così che il genitore non abbia fatto la sua parte e la disponibilità a comprendere la natura delle difficoltà del bambino si riduce ulteriormente.

Che fare?

1. Il compito dell'insegnante è di segnalare sempre e comunque le difficoltà di un bambino, il più precocemente possibile
2. L'insegnante deve descrivere obiettivamente i comportamenti disfunzionali del bambino e **NON** fare una diagnosi che spetta esclusivamente al clinico
3. Accanto ai punti di debolezza vanno sempre elencati i punti di forza del bambino affinché si abbia un quadro obiettivo ed equilibrato, mostrando così una volontà di collaborazione con i genitori. Se la famiglia percepisce attenzione verso le difficoltà del bambino da parte degli insegnanti e non un atteggiamento di giudizio, ciò favorisce disponibilità all'ascolto e al dialogo.



4. Dopo essersi conquistata la fiducia dei genitori, la proposta di una consulenza presso i servizi territoriali o professionisti privati può essere fatta nell'ottica di reperire maggiori informazioni sul comportamento del bambino, sottolineando di aver bisogno di indicazioni per aiutare al meglio il bambino nell'ambito scolastico (e non far pensare che solo i genitori hanno bisogno di aiuto per gestirlo!). Ricordiamo che tutti gli ambiti di vita del bambino sono coinvolti per migliorare il suo comportamento.
 5. Affinchè i genitori percepiscano veramente la volontà degli insegnanti di avere un quadro equilibrato del proprio figlio, sarebbe bene proporre ai genitori di voler rendicontare il comportamento del bambino attraverso delle schede che rimandano oggettivamente cosa è accaduto.
- 

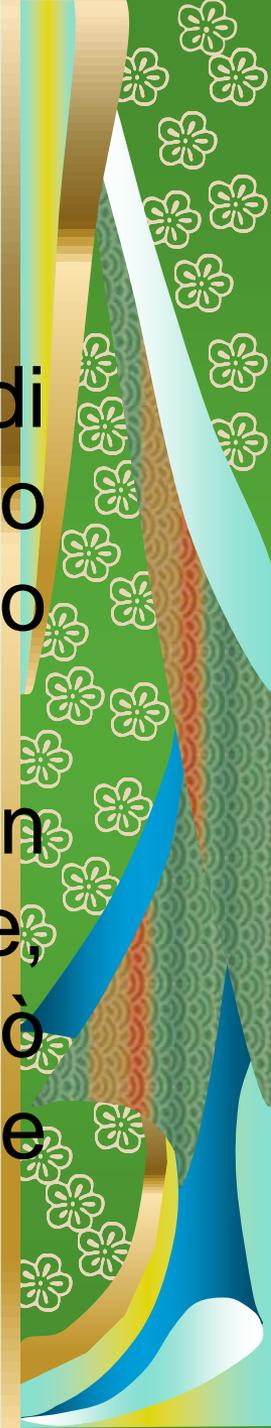
6. Tutte queste cose vanno comunicate seguendo i principi dell'assertività (voce: ferma ed espressiva, tono intermedio; eloquio: fluente, costante; mimica facciale: pronta al sorriso per eventi positivi, rilassata; contatto visivo: fermo; movimenti del corpo: postura rilassata, movimenti aperti ed accoglienti; capacità di cogliere una critica mosca dai genitori non prendendola sul personale ma invitando a spiegare quali aspetti della critica siano fondati o meno cercando un compromesso...)



Colloquio post valutazione

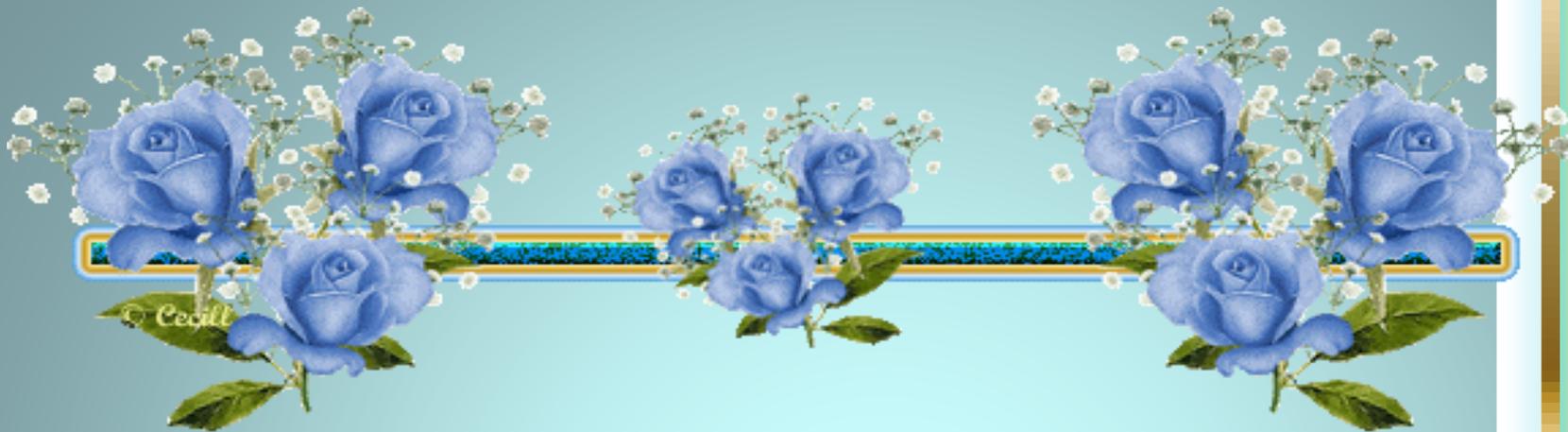
La valutazione deve essere un punto di partenza per la costruzione di un percorso multimodale col bambino e non un punto di arrivo!

Dopo la valutazione sarebbe necessario un colloquio con i genitori e, sarebbe bene, con il clinico di riferimento che esplicita ciò che è stato osservato. Potrebbe consegnare anche una relazione clinica.



Il colloquio con i genitori dovrà essere un momento d'incontro per condividere eventuali strategie che il clinico ha suggerito (magari anche telefonicamente se impossibilitato a venire al colloquio) sia in ambito familiare che scolastico. Altra cosa da non dimenticare è che l'insegnante per qualsiasi dubbio deve rivolgersi al clinico di riferimento....non siete soli!!!





Grazie per l'attenzione

