



Unione europea



MIUR



Regione Calabria



I.C. Statale Falcomatà-
Archi

Istituto Comprensivo Statale “Falcomatà-Archi”

PLESSI - SEC. I GRADO: Ibico/Pirandello-Klearchos – PRIMARIA: S. Caterina - S. Brunello - Archi Cep –

INFANZIA: S. Caterina - Archi Centro -

Via Montello n.7 – S. Caterina, **Tel. 0965 48679** - via Baglio Giunta - Archi **Tel 0965 48555**

e-mail: rcic80500x@istruzione.it - pec: rcic80500x@pec.istruzione.it - Sito web: <http://www.icfalcomatarchi.gov.it/>

C.F.: 92081760800 - C.M.: RCIC80500X

Prot.n°7701°/36 del 28.10.2017

VADEMECUM A SOSTEGNO DELL'INCLUSIONE DEGLI ALUNNI CON PROBLEMATICHE COMPORTAMENTALI

“PROTOCOLLO ALUNNI DOP / ADHD: MISURE DI ACCOMPAGNAMENTO PER DOCENTI E FAMIGLIE, FINALIZZATO ALL'INDIVIDUAZIONE PRECOCE DEI COMPORTAMENTI PATOLOGICI”

A cura della Coordinatrice Area 2 Ref. GLI

Ins. Ernesta T. Di Stefano

a.s. 2017-18

PREMESSA

COSA SONO I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO?

Ultimamente appaiono, in significativo aumento nella realtà scolastica, compresa quella relativa alla nostra Istituzione, i casi di alunni/e con disturbi del comportamento. Data la frequenza e la varietà delle situazioni da attenzionare emerge, con urgenza, la necessità di stringere, mutatis mutandis, un vero e proprio “patto di corresponsabilità” con le famiglie al fine di riconoscere e sistematizzare le

problematiche connesse al disturbo DOP, descrivendole ed affrontandole secondo strumenti e metodologie condivise ed adeguate . Questa la ratio sottesa al

“ Protocollo di Rete DOP” , documento articolato e composito che intende affrontare il disturbo attraverso tre filoni di indagine e ricerca e precisamente:

❖ **Descrizione di : Comportamento, personalità, disturbo, disturbi del comportamento**

(Scheda n°1);

❖ **DOP (Disturbo Oppositivo Provocatorio): Descrizione, caratteristiche distintive, eziologia, epidemiologia, fattori d’insorgenza/rischio/ cause, teorie, comorbilità e note indicative sul disturbo ADHD**

(Scheda n°2) ;

❖ **DOP : suggerimenti e metodologie d’intervento a casa ed a scuola; spunti di riflessione in merito alla teoria cognitivo-comportamentale**

(Scheda n°3).

SCHEDA N°1

Definizione di Comportamento

Il comportamento è il modo di agire e reagire di un individuo messo in relazione con altri o con l'ambiente

Ovvero

L'insieme delle manifestazioni esteriori di un individuo corrispondenti a determinate situazioni psicologiche (personalità)

Definizione di Personalità

La personalità è costituita da 2 componenti fondamentali: il temperamento ed il carattere.

- **Temperamento:** insieme delle tendenze innate, geneticamente determinate, dell'individuo a reagire agli stimoli ambientali con determinate modalità anziché altre
- **Carattere:** complesso unitario e organizzato di forme di vita psichica, che dà un'impronta particolare al comportamento dell'individuo. Come tale, il carattere è una struttura risultante da una costante interazione tra individuo e ambiente. Il carattere si riferisce alle differenze degli individui basate sull'apprendimento e la relazione tra sé e gli altri.
È ciò che noi facciamo di noi stessi intenzionalmente

DEFINIZIONE DI DISTURBO

- Un disturbo è una disfunzione dannosa
- è caratterizzato da deficit grave o mancanza di adattamento (meccanismi funzionali evolutivi)
- produce un danno all'individuo (maggiore mortalità o morbilità o deterioramento delle principali attività vitali)
- spesso ha un correlato neurobiologico

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

- Difficoltà di controllo e di gestione delle proprie emozioni
- Incapacità di conformare il proprio comportamento alle richieste dell'ambiente

- Scarsa capacità di prendere in considerazione il punto di vista altrui
- Bisogno impellente di soddisfazione delle proprie necessità con pretesa di priorità su tutto e su tutti
- Rendimento scolastico al di sotto delle competenze intellettive
- Aggressività, rabbia, oppositività, provocazione, trasgressione delle norme sociali e morali

DISTURBI COMPORTAMENTO DIROMPENTE (DCD)

(DSM - IV)

- disturbo oppositivo-provocatorio (DOP)
- disturbo della condotta (DC)
- disturbo da deficit di attenzione con iperattività (ADHD)

DISTURBI DIROMPENTI, DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI E DELLA CONDOTTA (DSM - V):

- disturbo oppositivo-provocatorio (DOP)
- disturbo esplosivo intermittente
- disturbo della condotta (DC) (esordio: infanzia; adolescenza; non specificato)
- disturbo di personalità antisociale (DPA)
- piromania
- cleptomania
- altri specificati disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta
- altri non specificati disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta

DISTURBI DI SVILUPPO (DSM - V)

- disturbo da deficit di attenzione con iperattività (ADHD)

DISTURBI COMPORTAMENTO DIROMPENTE

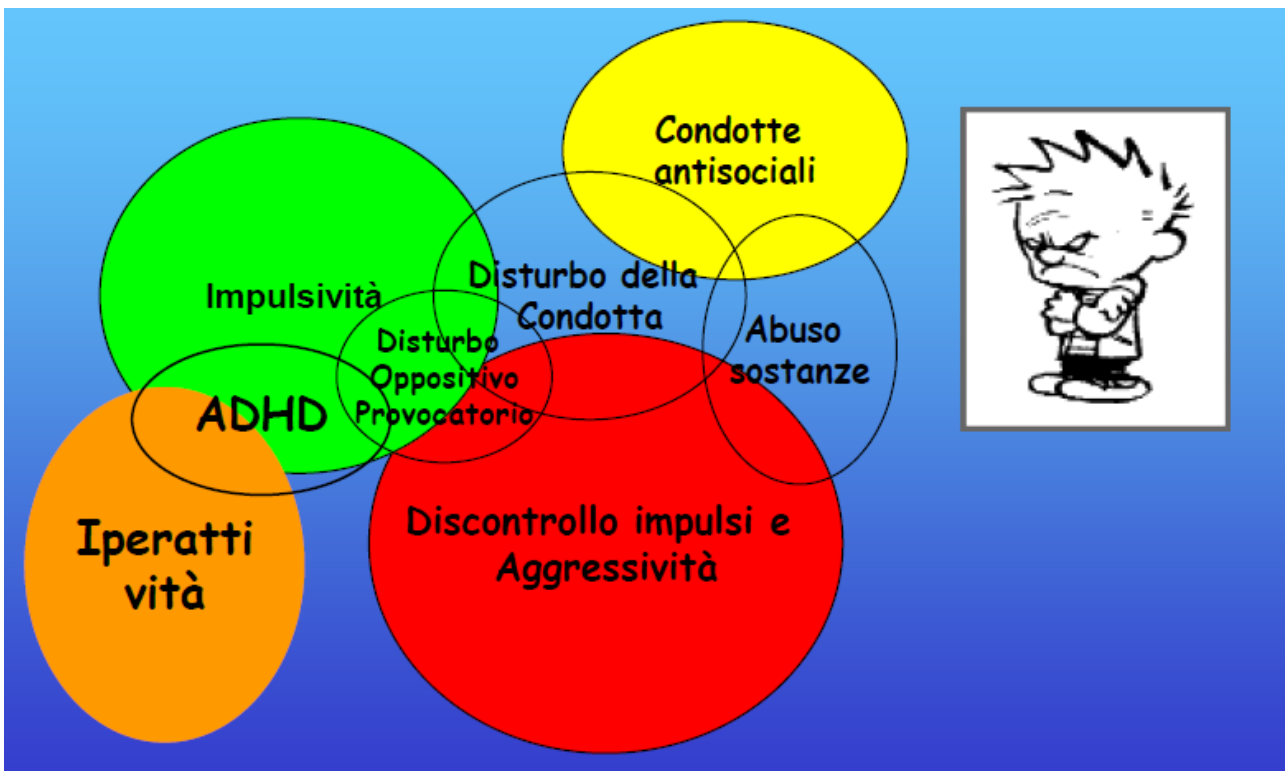
DOP

DC



Entrambi possono associarsi all'ADHD ed essere precursori del Disturbo Antisociale di Personalità (ASPD) (Loeber et al, 2000)

I disturbi del comportamento sono uno dei più frequenti motivi di richiesta di consultazione e di trattamento nei servizi di psichiatria dell'età evolutiva. Hanno un elevato costo sociale



DISTURBI DIROMPENTI, DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI E DELLA CONDOTTA (DSM - V)

- mancanza di controllo nel comportamento ed emozioni
- disturbi che violano i diritti degli altri e le norme sociali

Dopo questa premessa che evidenzia l'interconnessione tra differenti disturbi del comportamento ci occupiamo del disturbo DOP.

Scheda N°2

CHE COS'E' IL DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO (DOP)?

DESCRIZIONE

Il **Disturbo Oppositivo-Provocatorio (DOP)** è un disturbo del comportamento, riguarda cioè il modo in cui il bambino agisce, il suo modo di relazionarsi agli altri; la diagnosi di **Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP)** si applica, quindi, a bambini che esibiscono livelli di **rabbia** persistente ed evolutivamente inappropriata, irritabilità, comportamenti provocatori e oppositività, che causano *menomazioni nell'adattamento e nella funzionalità sociale*.

Un bambino al quale viene posta questa diagnosi, deve mostrare tali sintomi in maniera persistente per almeno 6 mesi e i sintomi devono causare menomazione nel funzionamento personale e sociale. Una storia precoce di DOP è spesso presente in bambini che vengono successivamente diagnosticati come Disturbo della Condotta (DC). Il **DOP** emerge solitamente in maniera più precoce (di solito intorno ai 6 anni) rispetto al DC (età di esordio intorno ai 9 anni). Ad ogni modo, molti bambini vengono diagnosticati come DOP in età preadolescenziale.

Il bambino con il DOP ha difficoltà ad interagire con gli altri, in particolar modo con gli adulti, ma anche con i coetanei. La sua tendenza è quella di sfidare i genitori o gli altri adulti che se ne occupano, spesso istigando e cercando il modo di generare irritazione. Non ama seguire le regole e rispettare le richieste che gli vengono fatte opponendosi verbalmente e con le azioni. Si innervosisce facilmente, è permaloso e si arrabbia di frequente anche per futili motivi, per arrivare spesso a litigare. Di fronte al rifiuto e al non accoglimento delle sue richieste, si mostra irritato e capriccioso, sbatte i piedi e piange, si rifiuta di accettare la decisione dell'adulto. Il bambino con DOP è spesso rancoroso e cerca di vendicarsi dei torti che crede di aver subito poiché ha spesso un atteggiamento vittimistico e pessimistico e la tendenza ad incolpare gli altri per i suoi errori e comportamenti sbagliati.

L'oppositività del bambino può essere diretta contro gli adulti (insegnanti) o verso i coetanei e viene espressa disturbando deliberatamente gli altri o con **AGGRESSIONI VERBALI** o, più raramente, **FISICHE** (in questo caso si configura il **DISTURBO DA COMPORTAMENTO DIROMPENTE A SCUOLA**).

Questo tipo di atteggiamenti, se non gestiti adeguatamente (da familiari di riferimento, docenti ecc.) possono giungere ad innescare quello che viene definito "**CICLO DISFUNZIONALE**", ossia quei cicli comunicativi in cui si entra in simmetria o competizione con il bambino aumentando aggressività o violenza.

CARATTERISTICHE DISTINTIVE DEL DOP

PER FARE UNA DIAGNOSI DI DISTURBO OPPOSITIVO-PROVOCATORIO È NECESSARIO CHE IL MODO DI COMPORTARSI CHE ABBIAMO DESCRITTO SIA PRESENTE NEGLI ULTIMI SEI MESI CON UNA FREQUENZA SUPERIORE A QUANTO CI SI ASPETTI DA UN BAMBINO DELLA STESSA ETÀ E GRADO DI SVILUPPO E CHE TALI COMPORTAMENTI CREINO DISAGI E DIFFICOLTÀ IN AMBITO FAMILIARE, SCOLASTICO O SOCIALE.

In sintesi:

- i bambini con DOP mostrano un pattern comportamentale di irritabilità, ostilità, oppositività e sfida, persistente e inappropriato all'età ;
- è definito da due differenti ordini di problematiche: l'aggressività e la tendenza ad infastidire/irritare gli altri .

EPIDEMIOLOGIA

Studi recenti dimostrano che il DOP si presenta nel 5-15% dei bambini in età scolare

- Il DOP 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

TEORIE

DEVELOPMENTAL THEORY:

- Il DOP è il risultato di uno "sviluppo incompleto"
- I bambini appaiono bloccati allo stadio del 2°-3°anno di vita

LEARNING THEORY:

- Il DOP è il risultato di “interazioni negative”
- Lo stile genitoriale può causare il comportamento di cronica disobbedienza

EZIOLOGIA

Il disturbo oppositivo-provocatorio è il risultato di una combinazione tra fattori individuali (temperamento, fattori biologici, distorsioni ed errori cognitivi) e fattori contestuali (stile educativo, caratteristiche familiari).

A livello temperamentale è possibile che si verifichi un' inadeguata interazione tra il temperamento del bambino e il temperamento del genitore. Per esempio, l'eccessiva rigidità del genitore rispetto alle regole e alla disciplina, al “modo in cui si fanno le cose”, potrebbe cozzare con l'eventuale curiosità e la voglia del bambino di sperimentare e di esplorare, con la sua necessità di trovare sempre nuovi stimoli. **A livello biologico**, sembrerebbe che i bambini con disturbo oppositivo-provocatorio abbiano un deficit nel sistema che controlla l'inibizione dei comportamenti aggressivi a causa anche di un basso livello di serotonina (un neurotrasmettitore implicato nella regolazione dell'umore) e di cortisolo (definito come l'ormone dello stress). **Da un punto di vista cognitivo** giocano un ruolo anche le cosiddette distorsioni cognitive, cioè i pensieri che facciamo rispetto a ciò che ci accade e quindi il modo in cui interpretiamo le situazioni. In particolare sia i bambini con disturbo oppositivo-provocatorio che i loro genitori tendono ad avere un *locus of control esterno*, attribuiscono cioè i comportamenti problematici a cause e motivi non dipendenti da sé stessi. I genitori considerano questi comportamenti come tratti intenzionali, stabili e volutamente non controllati; i bambini hanno difficoltà nel valutare in maniera corretta le situazioni, nello scegliere una soluzione adeguata per risolvere i conflitti, e quindi valutare l'efficacia della propria strategia. **Il sistema educativo** si alterna spesso tra disciplina inconsistente e incoerente ed eccessiva rigidità e coercizione . Il punto centrale è che, dando attenzione ai comportamenti problematici, si stimola e si aumenta la probabilità che vengano ripetuti mentre i comportamenti positivi, essendo trascurati, tendono a verificarsi con minor frequenza. Questo circolo vizioso negativo rimanda al bambino un'immagine negativa di sé e delle proprie scarse capacità, spingendolo a non cercare di migliorare. Anche **nella scuola** i bambini con DOP accumulano esperienze negative. I continui rimproveri degli insegnanti e le reazioni dei compagni, i quali tenderanno ad isolarli, contribuiscono ad acuire problemi nell'apprendimento e nelle relazioni. Il bambino che sperimenta l'altro come ostile e giudicante, si creerà la convinzione che gli altri sono pericolosi e che quindi bisogna difendersi. Dal canto loro **i genitori** avranno una percezione distorta delle proprie capacità genitoriali, innalzeranno il loro livello di stress e di frustrazione che li porterà ad abbassare sempre di più il limite di tolleranza. Nel contesto familiare anche la gestione delle dinamiche in maniera aggressiva (per esempio i litigi tra i genitori, le botte, alzare la voce) spesso modella i comportamenti dei bambini che riflettono e ripropongono gli stessi atteggiamenti dei genitori(Modeling). I bambini che vivono in contesti socio-culturali svantaggiati hanno infatti una maggiore probabilità di sviluppare un disturbo del comportamento.

Fattori ritenuti responsabili del disturbo DOP:

Fattori biologici

Tra i fattori biologici , quelli rilevati interessano essenzialmente:

LOBI FRONTALI:

il sistema di attivazione di comportamento più attivo della norma e sistema di inibizione del comportamento meno attivo della norma che porterebbe a una scarsa capacità di controllo e regolazione delle azioni correlate.

BASSO LIVELLO DI SEROTONINA ed ALTO LIVELLO DI TESTOSTERONE.

Aumenterebbero lo stato di irrequietezza ed aggressività.

I fattori biologici su descritti accrescono il rischio di vulnerabilità, ma i fattori di rischio ambientali e gli eventi stressanti incrementano la possibilità di comparsa dei problemi

Fattori familiari

I fattori familiari che hanno incidenza sulla comparsa possono essere:

DEPRESSIONE MATERNA associata A COMPORTAMENTI COERCITIVI e RIDOTTE INTERAZIONI POSITIVE (CALORE/AFFETTO)

ABUSO DI SOSTANZE E COMPORTAMENTI ANTISOCIALI (SOPRATTUTTO PADRE)

GENITORI OSCILLANTI IN MODO INCOERENTE, IMPREVEDIBILE E CAOTICO TRA AFFETTO SENZA FRENI E INDIFFERENZA GLACIALE

PER QUANTO RIGUARDA L'ATTACCAMENTO CHE FAVORIREBBE L'EMERSIONE DI QUESTO TIPO DI DISTURBO , SAREBBE STATO INDIVIDUATO IN QUELLO :

INSICURO AMBIVALENTE/RESISTENTE, DUNQUE UNO STILE RELAZIONALE COERCITIVO.

Fattori ambientali

SVANTAGGIO SOCIO-ECONOMICO

MODELLI AGGRESSIVI TRASMESSI DAGLI ADULTI

I fattori sopra elencati non necessariamente possono presentarsi tutti contemporaneamente: alcuni di essi possono essere presenti più marcatamente degli altri.

Fattori di rischio

I fattori di rischio che favoriscono l'insorgenza del DOP:

- Essere abusato o trascurato
- Disciplina particolarmente severa o inconsistente.
- La mancanza di supervisione
- Genitori con una storia di ADHD, disturbo oppositivo provocatorio o problemi di comportamento.
- Instabilità familiare.
- Cambiamenti stressanti che inficiano il senso di coerenza di un bambino aumentano il rischio di comportamento dirompente.

CONSIDERAZIONI

I comportamenti aggressivi e disturbanti sono basati su difficoltà metacognitive e di mentalizzazione presenti in questi bambini: in sostanza, i deficit non consentirebbero loro di sviluppare un'adeguata **consapevolezza degli stati mentali altrui** e, quindi, un'appropriata considerazione dei loro bisogni e sentimenti.

IL BAMBINO NON SI COMPORTA COSI' INTENZIONALMENTE, CIOE' CON COGNIZIONE DI CAUSA, E NON E' RESPONSABILE DEI SUOI COMPORTAMENTI

LA PERSISTENZA E LA FREQUENZA DELLA SINTOMATOLOGIA SI UTILIZZANO PER DISTINGUERE IL DISTURBO DAL COMPORTAMENTO AI LIMITI DELLA NORMA IN RELAZIONE ALLE TAPPE DI SVILUPPO, GENERE E CULTURA

COMORBILITA'

- RARAMENTE IL DOP SI MANIFESTA COME DISTURBO SINGOLO
- IL 50-65% DI QUESTI BAMBINI HANNO ANCHE UN ADHD
- IL 35% DI QUESTI BAMBINI SVILUPPANO UNA QUALCHE FORMA DI DISTURBO DELL'AFFETTIVITÀ (DEPRESSIONE E ANSIA)
- IL 20% HA UNA FORMA DI DISTURBO DELL'UMORE COME IL DISTURBO BIPOLARE
- IL 15% SVILUPPA UN DISTURBO DI PERSONALITÀ
- MOLTI DI QUESTI BAMBINI HANNO UN DISTURBO DELL'APPRENDIMENTO

A PROPOSITO DI ADHD

DESCRIZIONE

L' ADHD, acronimo di Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, è un disturbo dello sviluppo dell'infanzia caratterizzato da un modello persistente di disattenzione e/o iperattività-impulsività che è più frequente e grave di quanto si osserva tipicamente in soggetti ad un livello di sviluppo paragonabile.¹ In italiano viene chiamato anche Disturbo da Deficit dell'Attenzione ed Iperattività, DDAI.

Viene definito come «un disturbo evolutivo dell'autocontrollo di origine neurobiologica che interferisce con il normale sviluppo psicologico del bambino e ostacola lo svolgimento delle comuni attività quotidiane:

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

Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività riguarda l'autocontrollo, in quanto il bambino molto spesso non riesce ad orientare i propri comportamenti rispetto a quanto atteso dall'ambiente esterno, ovvero non è in grado di utilizzare i “comandi interiori” per eseguire quelle azioni adeguate che l'ambiente si aspetterebbe da lui . E' importante precisare che questo disturbo non è una fase di sviluppo che tutti i bambini attraversano, non è imputabile ad una scorretta disciplina educativa e tanto meno è da considerarsi come un comportamento provocatorio da parte del bambino.

CARATTERISTICHE DELL'ADHD

Secondo i criteri del DSM-IV la caratteristica fondamentale del Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività è la presenza in forma assai maggiore rispetto ai coetanei con un livello di sviluppo paragonabile, di due gruppi di sintomi o dimensioni psicopatologiche definibili come disattenzione e iperattività-impulsività.

L'inattenzione è un disturbo che si manifesta in tutti i contesti di vita del soggetto: a casa, a scuola, al lavoro o nelle situazioni sociali.

A scuola, i bambini con ADHD, appaiono distratti e poco concentrati, passano da un'attività ad un'altra senza completarne alcuna e senza riuscire ad organizzarne il lavoro, non portano a termine i compiti assegnati, perdono il materiale didattico ed in genere tendono a non

soddisfare le richieste degli insegnanti. I compiti che richiedono uno sforzo mentale prolungato, particolare concentrazione o capacità organizzative vengono avvertiti dai bambini come dagli adulti affetti da questo disturbo come spiacevoli e avversi e vengono così il più possibile evitati. Questo comportamento è dovuto alle difficoltà del soggetto relative all'attenzione e non ad una sua propensione oppositiva. Come afferma Marzocchi i bambini affetti da deficit attentivo manifestano quindi le loro difficoltà soprattutto in «quelle attività in cui è necessario prestare uno sforzo mentale prolungato, un ascolto costante e una cura anche per i dettagli».

Nei contesti sociali la disattenzione viene espressa dal fatto che il soggetto cambia spesso argomento nella conversazione, non ascolta gli altri, non presta molta attenzione alla conversazione e non segue o fatica a seguire le regole di giochi o attività. L'iperattività provoca un «eccessivo e inadeguato livello di attività motoria che si manifesta con una continua irrequietezza». I bambini di età prescolare che presentano questo disturbo differiscono dai loro coetanei con attività normale in quanto hanno maggiore difficoltà rispetto a loro a partecipare ad attività sedentarie .

All'asilo: sono sempre in movimento, saltano, si arrampicano ovunque e corrono ovunque. In età scolare i comportamenti sono simili ma meno frequenti e meno intensi: hanno difficoltà a restare seduti, si dimenano sulla propria sedia o si alzano spesso, agitano mani e piedi o giocherellano in continuazione, durante i pasti o guardando la televisione si alzano spesso, parlano tanto e fanno rumore durante attività che invece richiederebbero calma. Durante l'adolescenza e l'età adulta l'iperattività si manifesta con sensazioni di irrequietezza e di difficoltà a dedicarsi ad attività tranquille.

L'impulsività viene definita come «un'incapacità ad aspettare o ad inibire risposte o comportamenti che in quel momento risultano inadeguati» che porta ad avere difficoltà di controllo comportamentale, incapacità ad inibire le risposte automatiche, scarsa capacità di riflessione, difficoltà a rispettare il proprio turno, tendenza ad interrompere gli altri, incapacità di prevedere le conseguenze di una azione e una mancata capacità ad evitare situazioni pericolose.

I bambini con ADHD appaiono frettolosi, eccessivamente impazienti, hanno grandi difficoltà nel controllare le loro reazioni e nel rapporto con l'altro hanno difficoltà a rispettare i turni di dialogo. L'impulsività è dunque il contrario della riflessività, ed è dovuta ad un deficit di inibizione.

Epidemiologia

Dalle ricerche effettuate è stata stimata una frequenza di ADHD del 4%, ovvero un bambino su 25 affetto da questo disturbo.

Scheda n°3

COSA FARE?

SUGGERIMENTI PER GLI INSEGNANTI E PER LE FAMIGLIE

E' fondamentale, nell'interazione con un bambino/a - alunno/a con DOP , tenere presente quanto segue :

- Non rispondere alle provocazioni del bambino usando la stessa modalità comunicativa;
- Formulare proposte sempre in positivo , senza negazione, mantenendo la richiesta o il comando finché non verranno eseguiti;
- Stabilire priorità' nei comportamenti da correggere (se ne presenterà una gamma variegata) attraverso una scala di valori cui far riferimento: ad. es. : etero ed autolesionismo sono precedenti al comportamento consistente nel far dispetti ai compagni e vanno individuati sulla base di 3 parametri : frequenza, durata ed intensità. non è possibile intervenire contemporaneamente su tutti, ma su categorie: intervenendo su quelli più problematici, si interverrà trasversalmente anche su quelli meno gravi;
- Evitare castighi ferrei e/o umilianti che provocano solo risentimento o frustrazione nel bambino e , quindi, un peggioramento della situazione.

Occorre, quindi:

1. **Costruire un rapporto** : è indispensabile , di fronte ad un bambino con DOP, costruire al più presto un rapporto significativo ; essere freddi o distaccati indurrà il bambino a vedere gli altri come estranei o, peggio, antagonisti quindi, quanto gli si proporrà verrà visto come ostile ; invece occorre facilitare il compito proposto e privilegiare attività a lui gradite (può essere utile la strategia del il Role Playing che permette di imparare anche regole e valori) ovvero situazioni simulate che facciano comprendere al bambino come i suoi comportamenti e le sue decisioni possono influenzare una situazione reale
2. **Privilegiare i premi rispetto alle punizioni:** premiare i comportamenti positivi è più efficace che dare punizioni. Si possono anche premiare i comportamenti che più si avvicinano al target prescelto
3. **Punire solo i comportamenti che si ritengono più gravi e farlo non pubblicamente** per non umiliare in bambino e concentriamo sempre la punizione sul comportamento e non sul bambino.

CAMBIARE ATTEGGIAMENTO MENTALE:

- non pensare a problemi di comportamento o cattivi comportamenti. Quando si pronunciano queste parole si forma nella mente una determinata percezione del bambino: **BAMBINO CATTIVO – BAMBINO PROBLEMATICO**
- il bambino è OK. E' solo il suo comportamento che si desidera cambiare. Quindi esso è il bersaglio!
- liberarsi di alcune espressioni verbali: Non..... No! Smetti di.... Basta.....
- tenere a mente le battaglie che uno studente con disturbo del comportamento porta avanti ogni giorno e permettersi di ignorare alcuni dei comportamenti meno severi.
- non reagire, ma agire. Se si reagisce si darà all'alunno esattamente ciò che desidera.
- agire, non discutere. Azioni tempestive funzionano meglio che tentare di ragionare con uno studente. Può facilmente divenire polemico.
- fare affermazioni non domande. Se si chiede a uno studente con disturbo del comportamento di fare qualcosa probabilmente non lo farà.
- porre chiare regole ed appropriate conseguenze.

INTERVENTI MODERATI:

- Aiutare lo studente a fissarsi un obiettivo ogni giorno e a monitorarne il successo.
- Prendersi del tempo per stemperare le emozioni quando l'atmosfera si scalda
- Trovare un'area di interesse dello studente in cui è esperto e chiedergli aiuto
- Empatizzare con il vissuto dello studente. Es. "vedo che questa cosa è molto importante per te"
- Permettersi di usare a volte un approccio di "No-Confidence": "Penso che non sei ancora pronto per fare questo". Probabilmente lo studente con disturbo del comportamento cercherà di provarvi il contrario.

INTERVENTI PIÙ INTENSIVI:

- Infuturazione (proiettarsi nel futuro): lo studente prova ad immaginare nel futuro un momento in cui potrebbe trovarsi in difficoltà.
- Permettere allo studente di porsi la domanda: "Che conseguenze ha avuto la mia rabbia?"
- Creare distrazioni: pensare a momenti felici o divertenti e farli ricordare allo studente.
- Avere abbastanza fiducia nello studente per chiedere il suo aiuto con alcuni compagni

CHE COS'È LA

TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE ?

La **Terapia Cognitivo Comportamentale** si focalizza su come il bambino con DOP si relaziona alle situazioni che percepisce come frustranti e pericolose, quindi sui pensieri e sulle emozioni, in particolare la rabbia, che ne derivano e punta ad insegnargli delle tecniche per imparare a gestirle. Il lavoro terapeutico con il bambino si svolge attraverso varie fasi:

- Fase psico-educativa: il bambino imparerà a riconoscere i meccanismi che gli scatenano la rabbia e la relazione che c'è tra situazioni/emozioni/comportamenti.
- Acquisizione delle abilità: il bambino imparerà delle strategie, sia cognitive che comportamentali, che userà per gestire le situazioni che gli generano rabbia. Imparerà a parlare a se stesso (Auto-dialogo) in maniera positiva; ad esprimere in maniera corretta le proprie emozioni e le proprie richieste (training per l'assertività); a trovare delle soluzioni più funzionali per risolvere le situazioni problematiche (problem-solving). In pratica avrà la consapevolezza che può gestire i suoi comportamenti perchè dipendono da lui.
- Compiti a casa: le abilità apprese in seduta, saranno poi messe in pratica anche a casa perchè diventino, col tempo e con l'esercizio, delle consuetudini.

Tali modalità d'intervento dovranno essere **condivise con le famiglie** ed attuate in modo sinergico. La scuola non può, da sola, intervenire in modo esaustivo.

Anche **per i genitori**, inoltre, è prevista una fase psico - educativa, in cui potranno capire bene il disturbo e il meccanismo sul quale esso si mantiene. Con l'aiuto del terapeuta, impareranno a:

- focalizzare la loro attenzione sui comportamenti positivi dei bambini, in modo da incentivare la frequenza con cui si presentano e limitare il verificarsi di comportamenti indesiderati (ad esempio attraverso il rinforzo positivo, la token economy, il costo della risposta);
- a riconoscere ed interrompere i circoli viziosi che portano alla cronicizzazione del problema;
- ad avere una visione più realistica e dei pensieri più funzionali rispetto a se stessi e alle proprie capacità genitoriali.

Il terapeuta fornirà, infine, degli tecniche comportamentali che aiuteranno i genitori a creare un ambiente familiare affettivamente stabile e coerente.

