

Una collaborazione possibile tra scuola e servizi

C. Vio

ASL San Donà di Piave (VE)

Vogliamo affrontare, dal punto di vista clinico, il problema di quei bambini che vengono descritti come poco attenti, che non ascoltano, che disturbano, che non rispettano le regole, che creano apprezzabili problemi nella gestione del comportamento nell'ambiente domestico ed a scuola; ma anche valutare possibili linee di intervento da parte dei genitori e degli insegnanti nel tentativo di porre rimedio a quelle problematiche che non consentono un buon adattamento del bambino sia in ambito familiare che sociale.

Da più parti viene rilevato un dato epidemiologico in aumento di persone che presentano problematiche, che ora definiamo genericamente, di tipo comportamentale: bambini e/o adolescenti incapaci di orientare la propria attenzione per un tempo sufficiente all'esecuzione o alla comprensione del compito, di procrastinare un proprio desiderio, talvolta aggressivi nei confronti di oggetti o compagni, incuranti del richiamo dell'adulto, in alcuni casi descritti con elevata autostima, in altri incerti e insicuri rispetto alle proprie capacità.

Già da queste prime osservazioni, si può osservare come i bambini che "disturbano" o che "non stanno attenti" o che "sono impulsivi" possano rappresentare dal punto di vista dell'interpretazione del problema tipologie differenti tra loro.

Le domande alle quali cercheremo di dar risposta sono:

- come vengono interpretati dal punto di vista clinico questi problemi?
- quali possono incontrare una evoluzione positiva nel corso dello sviluppo, quali invece preludono ad una franca patologia psicologico – comportamentale?
- quali trattamenti sono possibili?
- quale aiuto fornire alle istituzioni educative?

La situazione dal punto di vista dei Servizi sanitari: la clinica

La popolazione di bambini che presentano disturbi del comportamento sembra essere costituita in realtà da una tipologia alquanto differente di soggetti in ordine alle cause di questo disturbo.

Possiamo infatti distinguere: problematiche riconducibili ad un Disturbo di personalità (ad es. disturbo della condotta, disturbo narcisistico, disturbo border, ecc.), al Disturbo dell'Umore, al deficit attentivo/Iperattività, al Disturbo Pervasivo dello Sviluppo.

Nel mio intervento verranno analizzati brevemente i profili di queste diverse diagnosi.

Disturbi dell'Umore (DU)

Disturbo d'ansia (DAG)

Disturbo Oppositivo/Provocatorio (DOP)

Disturbi di Personalità Narcisistico (DPN)

Disturbo Border (DB)

Disturbo della Condotta (DC)

Disturbo da Deficit Attentivo/Iperattività (DDAI)

Come si può osservare numerose sono le situazioni cliniche che richiedono di analizzare comportamenti che tradiscono difficoltà di controllo degli impulsi, irrequietezza psicomotoria, instabilità attentiva. Non vengono qui affrontate le problematiche relative al Disturbo Generalizzato di Sviluppo di tipo autistico che rimandano a modalità educative e terapeutiche del tutto diverse da quelle richieste dalle diagnosi sopra richiamate. Per queste infatti è possibile individuare degli interventi comuni, nonostante la diversa causa del disturbo, anche se con accentuazioni diverse.

È indubbio che per il bambino DDAI, o DOP, o con Disordine della condotta o con Disturbo di personalità l'intervento educativo sia familiare che scolastico può consentire una maggiormente efficace operazione di contenimento o riduzione dei sintomi manifestati e, nei casi più fortunati, una loro remissione più o meno completa. Si tratta di bambini per i quali è necessario mettere in campo

un'azione di recupero impegnativa e spesso multimodale, che preveda cioè il coinvolgimento del bambino, della famiglia e della scuola .

Nello schema che segue si può osservare come nella gran parte delle problematiche elencate gli interventi non possono escludere un organico e sistematico coinvolgimento, laddove possibile, di famiglia e scuola.

Tabella 1. Indicazioni operative utili per l'intervento con bambini che presentano le problematiche sotto indicate.

| Problematiche riconducibili a | Intervento con il bambino | Intervento attraverso i genitori | Coinvolgimento della scuola |
|-------------------------------|---------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| DU | X | | |
| DAG | X | | |
| DOP | | X | X |
| DPN | | X | X |
| DB | X | X | ? |
| DC | | X | X |
| DDAI | X | X | X |

In particolare, è utile forse ricordare che bambini con Disturbo dell'umore vengono descritti da genitori ed insegnanti come "volubili" (a volte ascoltano, sono tranquilli, altre volte invece non si riesce a contenerli); che il Disturbo D'Ansia Generalizzata non pone particolari problemi nel controllo del comportamento, gli insegnanti lamentano per lo più prestazioni scadenti e/o incostanti; il Bambino con Disturbo Oppositivo Provocatorio diventa maggiormente in grado di seguire le attività scolastiche con la frequenza scolastica, in questo caso le preoccupazioni sono di altra natura e, cioè, che spesso in adolescenza un problema di questa natura può evolvere verso un Disordine della Condotta; il Disturbo narcisistico viene descritto dagli insegnanti come del tutto sovrapponibile al DDAI; le problematiche invece di tipo Border meritano un'attenzione particolare. Si tratta di bambini che sono difficili da gestire soprattutto nel contesto sociale, infatti a volte manifestano comportamenti di eccessiva disponibilità rispetto ad altre volte in cui l'adulto sente che è opportuno non fidarsi, inoltre spesso gli insegnanti sembrano non essere d'accordo sulle caratteristiche di questi bambini, sembrano disorientati nel descrivere la "personalità", il "carattere" di questi alunni.

Per i bambini DDAI, invece, il clima degli incontri con gli insegnanti è fortemente teso e preoccupato nei primi due anni di scuola elementare, anche se gli alunni vengono descritti talvolta come persone affettuose, per poi riconoscere che con l'aumentare della scolarizzazione, spesso, l'iperattività viene a ridursi per lasciar spazio a maggiori problemi inerenti il mantenimento dell'attenzione.

Quale collaborazione tra scuola e Servizi sanitari

Viene da più parti rilevato un lento ma inesorabile arretramento dal mondo della scuola da parte dei servizi dell'Azienda Sanitaria (Ianes, 1999). Credo al contrario che come nei disturbi Specifici di Apprendimento sia necessaria la collaborazione tra questi istituti (Biancardi e Stella, 1999) anche in questo ambito via via sia la necessità di costruire una efficace modalità di aiuto al bambino. Rispetto ad alcune tipologie di disturbo, maggiormente studiate come ad esempio il "Disturbo della Condotta", vi sono numerose sperimentazioni che hanno potuto dimostrare la validità di un approccio "ecologico" al problema. In altre, come nel DDAI, vi sono alcune proposte sperimentate che sembrano essere efficaci (per i genitori, Vio, Marzocchi e Offredi, 1999; per gli insegnanti, Stormont-Spurgin, 1999; Marzocchi, Poli e Molin, 2000).

Dal punto di vista dei servizi sanitari sarebbe opportuno, a mio avviso, evitare i seguenti rischi:

- di non prendere in considerazione le particolari difficoltà di controllo del comportamento/dell'attenzione che questi bambini incontrano nella vita sociale piuttosto che nel rapporto privilegiati con l'adulto;
- di limitarsi a prendere in considerazione solo quei bambini che presentano una chiara patologia sotto il profilo dell'organizzazione della personalità (es. Disturbo generalizzato dello Sviluppo, Disturbi di personalità) e trascurare gli altri (es. DDAI, DOP, ecc.)
- di non approfondire la presenza di altri disturbi, in particolare quelli specifici d'apprendimento;
- di mantenere l'interesse terapeutico esclusivamente al paziente senza considerare il contesto nel quale il bambino è inserito.

Analogamente, gli insegnanti devono tenere presente:

- che la richiesta di insegnante di sostegno non può essere sempre condivisibile e trovare i requisiti richiesti per legge;
- che la famiglia ha bisogno di tempo per accettare che il loro figlio incontri i criteri per un Disturbo (es. DOP, DDAI, dell'Umore) di cui poco si conosce sulle cause, che spesso si modifica nel tempo e che, in ogni caso fino all'ingresso alla scuola dell'obbligo, non ha messo i genitori nella condizione di constatare che "c'è qualcosa che non va" nel loro bambino;
- che tra i 6/8 anni vi sono in quasi tutti i disturbi citati dei cambiamenti significativi nella frequenza e nella tipologia dei sintomi espressi dal bambino.

Allo stesso tempo però famiglia e scuola devono partecipare a pieno titolo ad un programma di intervento che preveda delle verifiche periodiche sull'andamento del caso. Infatti, anche un intervento psicoterapico ad indirizzo psicodinamico può beneficiare di un ambiente che condivide obiettivi educativi e metodo per raggiungerli.

La definizione del programma ovviamente è difficile da definire in dettaglio: questo può dipendere dalle scelte che gli operatori dei servizi ULS fanno, come anche dalle reali disponibilità degli insegnanti (organizzazione del lavoro, numerosità della classe, presenza di uno o più alunni in difficoltà).

La nostra esperienza professionale ci spinge formulare la seguente prassi operativa:

- definizione diagnostica delle problematiche evidenziate dal bambino; in questa fase può essere utile avvalersi anche di dettagliate descrizioni del comportamento del bambino a casa e a scuola;
- comunicazione ai genitori dell'esito della valutazione psicologico - clinica con indicazione della prognosi di sviluppo;
- definizione delle modalità di intervento che dovrebbe innanzi tutto fornire ai genitori migliori strumenti di interpretazione delle difficoltà del figlio e la possibilità di verificare tecniche educative efficaci.
- La scuola dovrebbe poter disporre di una consulenza che favorisca l'individuazione di modalità operative di volta in volta efficaci con questi bambini.

Bibliografia

- Biancardi, A. e Stella, G. (1999). "La necessità di collaborazione fra scuola e servizi specialistici: il caso della dislessia". In D. Ianes e M. Tortello (a cura di), "La Qualità dell'Integrazione Scolastica". Trento: Edizioni Erickson.
- Ianes, D. (1999). Strategie prioritarie per dare Qualità all'integrazione scolastica. "Difficoltà di Apprendimento", 5, 2, 161-170.
- Stormont-Spurgin, M. (1999). Strategie per le abilità di organizzazione degli alunni con disturbo da deficit di attenzione e iperattività. "Difficoltà di Apprendimento", 5, 2, 185-194.

Molin, A., Marzocchi, G.M. & Poli S. (2000). *Attenzione e metacognizione*. Trento: Edizioni Erickson.

Vio C, Marzocchi G.M. & Offredi F. (1999). “Il disturbo da deficit attentivo/iperattività. Diagnosi psicologica e lavoro con i genitori”. Trento: Erickson.