

IMPORTANZA DELL'OSSERVAZIONE E DELL'INTERVENTO NEL CONTESTO SCOLASTICO: STRUMENTI, PROCEDURE E TECNICHE

Cristiana Patrizi* e Lorenza Isola**

*insegnante elementare, specializzanda SPC. Equipe per l'Età Evolutiva SPC.

**A.S.T.I.A. Asl RME, didatta APC, SPC, SITCC. Equipe per l'Età Evolutiva SPC.

Riassunto

Questo lavoro ha l'obiettivo di analizzare limiti, risorse e potenzialità del rapporto di collaborazione terapeuta/scuola, nell'ambito della terapia cognitivo comportamentale in età evolutiva.

Vengono prese in considerazione le varie tecniche utili in fase di assessment: osservazioni, analisi funzionale ed uso di questionari ed interviste. Sono poi analizzati alcuni aspetti generali degli interventi da attuarsi a scuola, selezionando tra le patologie dell'età evolutiva, quelle che hanno ricadute dirette in ambiente scolastico e che possono trarre maggior giovamento da un intervento sinergico psicoterapeuta – famiglia – scuola.

Parole chiave: psicoterapia, scuola, assessment

RELEVANCE OF OBSERVATION AND INTERVENTION IN THE SCHOLASTIC ENVIRONMENT: TOOLS, PROCEDURE AND TECHNIQUE

Summary

The aim of this work is to analyze the qualities, the lacks of and potentialities of collaborative relation between therapist and school, in Cognitive – Behavioural developmental therapy area.

It has been taken into consideration some useful techniques during the phase of assessment, in particular: observation, functional analysis, questionnaire and interview. It has also been analyzed some general intervention to be realized in the school, selecting from child's psychopathologies, which have a direct influence on the scholastic environment, and therefore can benefit from synergic collaboration between the psychotherapist, the family and the school.

Key words: psychotherapy, school, assessment

Questo articolo prende spunto dalle esperienze maturate dalle autrici all'interno di un Servizio Materno Infantile di una ASL di Roma e dal lavoro svolto in collaborazione con la scuola. Ciò ha permesso di riflettere su limiti, risorse e potenzialità del non sempre facile rapporto psicoterapeuta - scuola del paziente, attraverso una doppia prospettiva, che tiene conto dei punti di vista sia del terapeuta che dell'insegnante.

1. Perché il terapeuta deve andare a scuola?

La scuola riveste nella vita quotidiana del bambino o del ragazzo una grande importanza: è qui che passa un terzo della sua giornata ed è qui che apprende, gioca, interagisce socialmente con i coetanei e con gli adulti. Ed è in tale ambiente che spesso si evidenziano con maggiore intensità i comportamenti problematici e le difficoltà del paziente.

Da ciò deriva che, nell'ambito di un intervento sui contesti, necessario nella clinica dell'età evolutiva, è utile uno scambio sistematico tra lo psicologo e gli insegnanti per favorire un modo integrato di operare.

Fin dalle fasi dell'assessment, in molti casi, è necessario entrare in contatto oltre che con la famiglia anche con la scuola, utilizzando procedure di osservazione in classe che permettano da una parte di strutturare un quadro più completo del comportamento problematico, e dall'altra rendano più facile prevedere possibili interventi in ambito scolastico in collaborazione con gli insegnanti e con le altre professionalità presenti nella scuola (psicopedagogisti, AEC, ecc.).

Ovviamente tutto questo necessita del consenso informato da parte dei genitori, che andrebbero sensibilizzati rispetto ai vantaggi che un lavoro sinergico psicoterapeuta/famiglia/scuola porterebbe al processo di crescita e di risoluzione dei problemi del bambino. Nel caso di pazienti preadolescenti ed adolescenti è opportuno concordare anche con loro la modalità di contatto con la scuola e con gli insegnanti.

Va notato che in molti casi è la scuola stessa, purtroppo molto spesso inascoltata, a farsi promotrice presso i genitori della necessità dell'intervento dello psicologo per affrontare situazioni di disagio o di rischio.

Bisogna però che il terapeuta si cali nella realtà scolastica sforzandosi di capirne le molteplici sfaccettature e potenzialità.

Riteniamo che per un valido approccio terapeutico bisogna partire dall'osservazione e dall'intervento su tutte le figure che interagiscono con il paziente. Non solo con gli insegnanti ma anche con altre professionalità come gli psicopedagogisti, gli AEC, i bidelli ecc. Tutte queste figure, se coinvolte in modo costruttivo e consapevole in parte del progetto terapeutico, possono divenire una validissima risorsa, mentre al contrario possono inconsapevolmente essere fonte del permanere del quadro problematico.

Collaborare, parlare un linguaggio condiviso, comprendere quello che realisticamente ci si può aspettare dal percorso psicoterapico, permetterà agli insegnanti e al terapeuta di condividere gli scopi e non favorirà quelle dinamiche rischiose di incomprensione, idealizzazione e sfiducia che tante volte caratterizzano il rapporto scuola/psicologo (Folgheraiter 1992).

2. Dalla parte degli insegnanti

Non vi è dubbio che gli insegnanti vivano con una certa ambivalenza il ruolo dello psicologo di un alunno in difficoltà. Da un lato attendono da esso risposte, soluzioni ai problemi del bambino e a quelli che crea in classe, dall'altro sono un po' diffidenti perché pensano che in classe, alla fine, ci sono loro e dall'esterno è facile dare consigli, specialmente da chi vede il bambino per poco tempo alla settimana ed in un rapporto uno ad uno. È utile che il terapeuta si avvicini al lavoro svolto dagli insegnanti comportandosi con sensibilità e rispetto ed illustri i suoi consigli, le strategie suggerite, con esempi concreti relativi ai singoli contesti di insegnamento.

Proponiamo ora una delle tante esperienze negative di mancata collaborazione tra famiglia, insegnanti e terapeuti, per trarne alcuni spunti di riflessione.

Quando iniziammo l'anno scolastico in una prima elementare a tempo pieno, la scuola materna al piano di sotto, da cui provenivano la maggior parte degli alunni, non ci segnalò nulla di particolare. Dopo i primi tempi però ci accorgemmo che Giovanni, 5 anni, presentava seri problemi legati ad un comportamento dirompente, spesso violento, encopresi frequente, estrema difficoltà a concentrarsi, problemi di socializzazione con adulti e pari. Dal colloquio con la madre emerse che sapeva dei problemi del figlio anche perché si erano evidenziati con forza fin dai tre anni, ma che questi erano stati comunque affrontati e curati negli anni precedenti presso un ospedale romano; chiedemmo allora di poter parlare con tale struttura, ma vi riuscimmo solo a fine anno scolastico. Dal colloquio con il neuropsichiatra emerse che la mamma aveva scambiato i numerosi incontri di valutazione condotti per un percorso psicoterapico che in realtà non era mai avvenuto! Comunque, il neuropsichiatra, si dichiarò disposto a collaborare con noi, ci parlò di un disturbo di tipo depressivo e consigliò alla mamma di far seguire al bambino una terapia presso di loro, accompagnata da una cura farmacologica. In seconda elementare i problemi in classe di Giovanni si presentarono ancora gravi; la mamma, interpellata, ci disse che il bambino aveva iniziato la psicoterapia ma che lei non era contenta e che avrebbe cambiato centro. Scoraggiate chiedemmo di parlare appena possibile con il nuovo terapeuta che venne dopo Natale e questi, ascoltate le nostre preoccupazioni e le nostre difficoltà, ci prospettò la presenza di un Disturbo Oppositivo Provocatorio, con probabile, ma ancora non accertata, comorbilità con un Disturbo di Attenzione ed Iperattività. Ci consigliò di lavorare sull'autostima del bambino, punto che ci trovava assolutamente d'accordo, ma il problema fu che quell'unico incontro di un ora, non poteva certo far chiarezza sulle tecniche, sulle modalità da adottare con il bambino nei vari contesti nei quali i comportamenti patologici si presentavano. Non incontrammo più il terapeuta nonostante i numerosi appelli alla madre. Intervenne anche lo psicologo del Servizio Materno Infantile di zona che fece assegnare alla classe un AEC e nove ore di sostegno, ma non ebbe modo di intervenire ulteriormente. Ci siamo trovati a lavorare noi insegnanti, l'AEC e le altre figure che sono intervenute durante l'anno, senza una diagnosi funzionale, in assenza di un quadro chiaro di aspettative e richieste rispetto a noi e al bambino.

Questa esperienza, per alcuni versi non generalizzabile ma certamente significativa, ci serve a riflettere su alcuni aspetti del rapporto tra terapeuta e scuola:

- Frequenza: gli incontri con gli insegnanti dovrebbero essere abbastanza frequenti e regolari; ciò permetterebbe, da una parte una maggiore conoscenza delle problematiche e della loro evoluzione, e dall'altra darebbe modo agli insegnanti di modificare le eventuali idee erranee sui problemi del bambino ed adottare in classe modalità più costruttive rispetto ai problemi. Se il terapeuta spiega chiaramente gli obiettivi della terapia ed empatizza con le difficoltà che l'insegnante incontra nel rapporto quotidiano con il bambino, vi può essere una collaborazione senz'altro positiva. Il terapeuta, deve accogliere ed analizzare le idee, anche sbagliate o ingenuità dell'insegnante, per discuterle ed eventualmente correggerle; è utile prestare attenzione a quello che l'insegnante racconta: ciò gli permetterà di cogliere aspetti che il setting psicoterapeutico non permette di cogliere, quali ad esempio le dinamiche fra pari.
- Continuità: nel seguire un bambino negli anni, il terapeuta deve tener conto che purtroppo spesso, per problemi legati alla privacy, per mal funzionamento delle commissioni sulla continuità didattica, per una esplicita richiesta dei genitori ecc., non vi è condivisione di informazioni quando un bambino cambia insegnanti o passa da un ordine scolastico ad un altro. Sovente bisogna ricominciare da capo tutto il lavoro svolto con gli insegnanti precedenti.
- Genitori: far arrivare agli insegnanti le informazioni utili e selezionate sul percorso psicoterapico di un bambino attraverso il genitore può generare incomprensioni e omissioni più o meno inconsapevoli, per cui, quando è possibile, il terapeuta dovrebbe rivolgersi diret-

tamente agli insegnanti, cercando di comprendere se tale informazione è stata recepita da tutti gli operatori che sono in relazione con il bambino.

Di seguito analizzeremo l'utilità dell'analisi funzionale dei comportamenti problematici come strumento che permette all'insegnante di cogliere i vari aspetti del problema ma anche di vedere come la psicoterapia e gli interventi in classe portino a modifiche, magari piccole, in senso positivo dei comportamenti osservati. Ciò permette di legare a cambiamenti concreti e visibili il percorso dell'alunno e non ad un generico e vago concetto di guarigione completa che spesso non è di fatto un obiettivo raggiungibile.

3. Fase dell'assessment

3.1. Colloqui con gli insegnanti

In un primo incontro con gli insegnanti il terapeuta sarà utile che ottenga una descrizione più possibile completa del comportamento problematico del bambino e delle difficoltà che incontra nel lavoro scolastico. Vi sono un'importante serie di informazioni da registrare quali: la modalità, la frequenza, l'intensità e la durata dei comportamenti problematici. È essenziale conoscere come reagisce il resto della classe e soprattutto quali sono le risposte, le emozioni, le credenze che il team docente ha strutturato rispetto al problema. Vanno ascoltate le teorie elaborate rispetto alla sofferenza dell'alunno ed analizzate le strategie adottate, gli stili educativi, i tentativi di soluzione e gli eventuali risultati ottenuti. Va posta una particolare attenzione anche alla presenza di circoli viziosi di mantenimento del comportamento problematico in classe.

Infine è fondamentale che il terapeuta comprenda se si è innescato un processo di condivisione al progetto terapeutico.

3.1. L'osservazione fatta dal terapeuta

Per quanto riguarda l'aspetto più strettamente legato all'osservazione non strutturata condotta in classe, questa deve mirare a rilevare la presenza di eventuali difficoltà nell'area dei rapporti interpersonali del paziente con gli adulti e con i coetanei, difficoltà che riguardano più strettamente l'apprendimento, insieme ad aspetti più psicologici e comportamentali. È importante attraverso questa osservazione comprendere a quale area di difficoltà, a quale aspetto del problema dedicare l'intervento cercando di scoprire quei fattori, presenti nell'ambiente scolastico, che sembrano causarlo e/o mantenerlo.

Durante questa fase è utile cercare anche di identificare la presenza di limiti o di risorse di cui tenere conto. Vi sono fattori che influenzano in modo significativo le possibilità di intervento sia del terapeuta che degli insegnanti stessi; ci è capitato di fare osservazioni in classi con un numero di alunni assai elevato, fino a 26, magari con più di un alunno in difficoltà; oppure abbiamo trovato classi molto piccole dove i bambini dividevano spazi assai angusti. Un altro fattore importante è la presenza di numerosi supplenti temporanei che non possono magari garantire continuità all'intervento. Ma ci sono anche risorse positive nella scuola, come ad esempio validi psicopedagogisti che possono servire da ponte, da sostegno alla classe e al progetto terapeutico da avviare.

3.2. L'osservazione fatta dall'insegnante addestrato

L'insegnante opportunamente addestrato è una valida fonte di informazioni. Infatti la presenza di un "osservatore esterno" di fatto modifica il comportamento normalmente presente in classe; i bambini/ragazzi tendono cioè ad esserne influenzati specialmente se percepiscono di essere "sotto esame". Inoltre per fare una osservazione più strutturata e sistematica questa deve occupare un arco di tempo adeguato, è quindi meglio che sia fatta da chi ha più possibilità di stare lungamente a contatto con il bambino, ed in più situazioni.

Un tipo di osservazione più lunga e strutturata permette di raccogliere dati precisi quali per esempio: l'intensità, la durata e la frequenza di un certo comportamento, nonché le situazioni e gli eventi concomitanti ad esso. Ciò permette di comprenderne i meccanismi eziologici e di mantenimento (Folgheraiter 1992).

In pratica bisogna concordare con gli insegnanti dei momenti per una osservazione e una registrazione sistematica dei comportamenti problematici in classe. Essi devono riempire un protocollo in cui appaiano quattro colonne da compilare con dati sul: tempo, situazione antecedente, comportamento, situazione conseguente.

Tabella 1

TEMPO	SITUAZIONE ANTECEDENTE	COMPORAMENTO	SITUAZIONE CONSEQUENTE

Scheda tipo per l'analisi funzionale tratta da Folgheraiter (1992)

È importante sottolineare che vanno registrati e descritti gli antecedenti e conseguenti sia dei comportamenti problematici che di quelli opposti cioè adeguati; questi dati verranno poi in un secondo momento analizzati cercando di dare una interpretazione e un significato psicologico, oltre che comportamentale a quanto raccolto.

Il duplice vantaggio di questa tecnica sta nell'individuazione di quegli interventi degli educatori che funzionano da fattori di insorgenza e mantenimento dei comportamenti problematici a scuola. La presa di coscienza di questi meccanismi permette poi all'insegnante di modificare le sue modalità di interazione; imparerà a prestare attenzione e a rinforzare i comportamenti adeguati piuttosto che agire su quelli sbagliati; imparerà ad agire sia a livello degli antecedenti del comportamento che sulle sue conseguenze, cercando così di tenere sotto controllo i comportamenti disadattivi e sviluppare quelli positivi.

In questa fase il compito del terapeuta è quello di far comprendere l'uso dei rinforzi in

classe: questi devono far leva sulle potenzialità positive del bambino e non sulle caratteristiche negative proprie della patologia. L'analisi funzionale permette inoltre di far notare come molte punizioni prendono per il bambino connotazioni positive: "far perdere le staffe" all'insegnante, essere mandati fuori dall'aula e non fare il compito, l'attirare l'attenzione dell'insegnante e dei compagni, per alcuni bambini può essere visto come qualcosa di positivo, e quindi fattore di mantenimento del comportamento problematico piuttosto che di inibizione. Va sottolineato come l'insegnante deve cercare di basarsi su una relazione empatica, gratificante, piuttosto che sulle punizioni che nel tempo si possono associare nel bambino a frustrazione, abbassamento dell'autostima e demotivazione (Celi 2004).

3.3 Questionari ed interviste

Accanto agli strumenti da dare ai genitori e quelli per l'auto-valutazione del problema da parte del paziente, vi sono in letteratura una serie di questionari, scale ed interviste specifici per la registrazione delle problematiche che si evidenziano nel contesto scolastico e che quindi vanno compilate a cura degli insegnanti.

Nel caso del Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività ci sono: la scala SDA-I (Scala dei deficit attentivi per insegnanti, Cornoldi et al. 2001) o la SCOD-I (Scala di valutazione dei comportamenti dirompenti, Marzocchi et al. 2001).

Quando si voglia indagare anche sulla presenza concomitante di problemi di attenzione/iperattività e di comportamenti aggressivi, si può utilizzare il questionario CTRS (Scala di valutazione dei comportamenti problematici in classe di Conners 1969).

Gli studi sui disturbi di apprendimento, come sui disturbi specifici di linguaggio, dimostrano come sia importante, dopo aver valutato gli aspetti specifici di tali patologie, indagare sulle possibili implicazioni di esse sul piano cognitivo, relazionale e comportamentale. In tal senso viene consigliato di far compilare agli insegnanti il TRF (*Teacher Report Form* di Achenbach 1991). Tale modulo per il resoconto dell'insegnante, simile a quello dato ai genitori, permette di assegnare un punteggio in relazione ai fattori di internalizzazione ed esternalizzazione.

Anche se è un aspetto non specificamente trattato in questo articolo, ci sembra interessante accennare agli strumenti che l'insegnante può usare per valutare se ci sono in classe alunni con problemi di apprendimento: le prove del QI elementari e per la scuola media inferiore di De Beni e Gruppo MT (1995), i Questionari IPDA in Terreni et al. (2002). Questi strumenti permettono all'insegnante di comprendere se è il caso di orientare i genitori alla necessaria consulenza per la definizione diagnostica del disturbo.

4. Riflessioni e cenni su alcune patologie

Anche se ogni disturbo psicopatologico dell'età evolutiva è in qualche modo connesso con la vita scolastica del bambino, vi sono certamente disturbi che rivestono una maggiore rilevanza per le ricadute dirette che hanno sui processi di apprendimento e sul comportamento in classe. Abbiamo passato qui in rassegna quelle patologie che abbiamo incontrato con maggior frequenza nel nostro lavoro.

4.1. Disturbo di Attenzione ed Iperattività.

Per effettuare una corretta diagnosi di Disturbo di Attenzione ed Iperattività (DDAI), i problemi del paziente si devono evidenziare in almeno due contesti; ciò comporta che spesso non si possa prescindere dall'osservare, almeno in modo indiretto, il comportamento del bambino/ragazzo in ambiente scolastico.

Quanto rilevato nei paragrafi precedenti circa l'osservazione in classe e l'analisi funzionale dei comportamenti, si adatta particolarmente bene al percorso diagnostico prima e terapeutico poi, del bambino affetto da DDAI. Partendo dalle riflessioni tratte con il terapeuta dall'analisi funzionale, gli insegnanti potranno modificare il comportamento del bambino agendo sugli stimoli antecedenti che presumibilmente lo generano e sulle conseguenze che lo mantengono. L'insegnante deve cercare di cogliere quali stimoli aiutano a mantenere l'attenzione del bambino e quali invece lo distraggono dal compito. L'analisi funzionale permetterà inoltre di riflettere su quei comportamenti che involontariamente tendono a rinforzare la disattenzione ed l'iperattività (dare attenzione, avvicinarsi ecc.) e a far estinguere il comportamento adeguato se non convenientemente rinforzato (Celi 2004).

La comprensione e il coinvolgimento degli insegnanti in alcuni aspetti dell'intervento terapeutico permetterà di modificarne l'atteggiamento verso il bambino disattento/iperattivo, quindi le reazioni al suo comportamento e la relazione con esso. Infatti l'intensità e la persistenza dei comportamenti risentono notevolmente delle variabili ambientali e di come il bambino si sente accettato e aiutato di fronte alle difficoltà.

L'insegnante può avvalersi anche di consigli pratici su come organizzare, la dove sia possibile, l'aula, come attrarre l'attenzione del bambino durante la lezione e come aiutarlo a pianificare efficacemente le sue attività e stabilire e condividere con lui, e con il resto della classe, chiare e semplici regole che permettano un più proficuo svolgimento del lavoro in classe.

4.2. Disturbo Oppositivo Provocatorio e della Condotta

Le manifestazioni in ambito scolastico di tali disturbi dipendono dall'età del paziente: quando il bambino frequenta la scuola materna può manifestare rabbia, oppositività, e comportamenti provocatori ed aggressivi. Durante il primo ciclo della scuola elementare aumenta l'aggressività sia aperta che mascherata, spesso si instaura un rapporto coercitivo con le insegnanti. Ad aggravare il quadro c'è il problema delle reazioni dell'ambiente circostante che porta il bambino a vivere esperienze di rifiuto sociale da parte dei compagni e del contesto scolastico allargato (le insegnanti di altre classi, i bidelli, i genitori dei compagni, ecc). Sono frequenti anche esperienze di fallimento e disinvestimento scolastico, specialmente nei casi nei quali il disturbo si presenti in comorbilità con altri disturbi come il DDAI. Negli anni che vanno dalle ultime classi elementari alle scuole medie, vi è generalmente una diminuzione degli episodi di aggressività aperta, mentre aumentano quelli di tipo coperto come atti vandalici, assenze ingiustificate da scuola, incendi, abuso di sostanze. Questi ragazzi tendono ad unirsi a gruppi sociali di coetanei di tipo deviante ed a instaurare condotte estremamente coercitive nei confronti degli insegnanti; sono frequenti fra questi pazienti i casi di *drop-out scolastico* (Capo 2003).

I processi di apprendimento risentono molto dei comportamenti distruttivi e di disattenzione che l'alunno presenta in classe (Moffit 1993); inoltre le sue modalità aggressive e distruttive stimolano negli insegnanti risposte avverse, fortemente condizionate dalle reazioni emotive elicitate da tali comportamenti; l'alunno con un Disturbo Oppositivo Provocatorio finisce per essere visto come un bambino pericoloso o addirittura cattivo. Tutto ciò concorre a produrre una

esperienza scolastica molto negativa.

Per il corretto assessment del Disturbo Oppositivo Provocatorio e della Condotta è importante che l'insegnante faccia una attenta analisi funzionale, fornendo informazioni sui comportamenti dell'alunno, sugli eventi che li hanno causati e sulle conseguenze che seguono tali comportamenti patologici.

In un secondo momento è importante lavorare sulla cognizione del problema da parte degli insegnanti; magari coinvolgendoli più o meno direttamente in alcuni degli obiettivi educativi pianificati con i genitori e con il paziente, ad essi può essere dato il compito di monitorare la frequenza e la qualità di certi comportamenti, sempre definiti in senso positivo e specifico.

Ma come ricordato in precedenza per attuare qualsiasi intervento un importante fattore di criticità è che vi sia un buon accordo tra il genitore e la scuola, questo è un aspetto purtroppo tutt'altro che ovvio. Infatti i genitori tendono spesso ad attribuire le cause del disagio del figlio all'ambiente scolastico e al contesto sociale, questo perché di sovente condividono con lui un deficit metacognitivo che li porta a non comprendere i comportamenti propri ed altrui alla luce degli stati interni, delle emozioni, delle rappresentazioni e dei pensieri (Lambruschi e Fabbri 2004).

Ma, di contro, è proprio a scuola, che il bambino può trovare i giusti stimoli per lo sviluppo delle competenze metacognitive di decentramento e comprensione della mente altrui, di superare cioè i suoi problemi nella relazione con l'altro.

Dal punto di vista pratico, gli insegnanti vanno affiancati nell'organizzazione della classe e del lavoro, nella gestione degli agiti aggressivi del paziente, ma come detto in precedenza questo passa da una attenta analisi funzionale degli antecedenti e delle conseguenze che sembrano rinforzare i comportamenti del bambino, questo permette fra l'altro, di cogliere, da parte dell'insegnante, il proprio ruolo rispetto a queste dinamiche.

4.3. Disturbo Specifico di Apprendimento

Va osservato che negli ultimi anni vi è un grande fermento nella scuola circa i Disturbi Specifici di Apprendimento: vengono organizzati incontri formativi fra esperti e corpo docente, vi sono progetti del Miur per la diagnosi precoce, coscienti che l'identificazione nel bambino piccolo del disturbo (già dalle ultime classi della materna, e durante il primo ciclo elementare), permette di avviare interventi rieducativi più efficaci. Si può quindi ragionevolmente auspicare per il futuro una maggiore competenza e sensibilità degli insegnanti rispetto al passato.

Tanto più che il bambino con DSA è un problema da affrontare principalmente a scuola; ciò richiede un aumento di competenza da parte degli insegnanti, una certa flessibilità mentale ed organizzativa, ma anche una collaborazione più stabile e costruttiva da parte degli operatori sanitari.

Bisogna far comprendere agli insegnanti che le difficoltà di lettura, di scrittura e di calcolo in questi bambini tendono a permanere per cui l'obiettivo non è di eliminare gli esiti del deficit, ma quello di cercare di arrivare alla miglior prestazione possibile.

L'insegnante deve aiutarli a raggiungere una certa competenza, con il loro tempi e modalità, non pretendendo che il bambino si adegui all'andamento del resto della classe, anche per non ingenerare il lui pericolosi vissuti di inadeguatezza e frustrazione.

L'insegnante deve trovare, con l'aiuto del terapeuta e del logopedista, strategie alternative per supplire alla disabilità, il che non significa rinunciare ad insegnare certe competenze, quanto ad esempio adottare misure compensative cioè utilizzare strumenti che permettano di ovviare alle debolezze funzionali derivanti dal disturbo. Le principali sono: per quanto riguarda la scrittura, i

programmi informatici di videoscrittura, sia quelli standard sia quelli con caratteristiche particolari, che consentono al bambino di semplificare le revisioni del testo da lui stesso prodotto; per la matematica l'uso della tavola pitagorica e successivamente quello della calcolatrice meritano senz'altro di essere citati (Beretta e Iozzino).

4.4. Disturbi Specifici di Linguaggio

Per questo tipo di disturbo, come per i precedenti, è assolutamente fondamentale sensibilizzare e spiegare agli insegnanti le difficoltà che l'alunno incontra sul piano didattico, fornendo quindi le indicazioni tecniche su come strutturare il lavoro.

Far inoltre comprendere come vi sia il rischio che il bambino in difficoltà sviluppi problematiche legate all'ansia, e alle difficoltà di relazioni con gli altri.

4.5. Ritardo mentale

a) Ritardo mentale lieve. È difficile sia per i genitori che per gli insegnanti inquadrare tale disturbo. L'insegnante si sente confuso rispetto alle difficoltà dell'alunno non riuscendole a definire, spiazzato dalla non omogeneità e dalla discontinuità degli apprendimenti. Ha la sensazione che nessuno degli insuccessi sia talmente grave da giustificare la definizione di ritardo mentale, ma percepisce il bambino disorientato e disorientante; non sa se in lui prevalga l'incapacità o la cattiva volontà.

Da ciò deriva che compito prioritario del terapeuta è fare chiarezza, superando i tabù che si celano dietro questa diagnosi. Andando più nel dettaglio, nel primo ciclo delle elementari bisogna far comprendere agli insegnanti che le difficoltà nella lettura e nella scrittura sono da mettere in correlazione con il disturbo cognitivo, spiegando che non tutti i traguardi di apprendimento sono immediatamente raggiungibili. Nel secondo ciclo bisogna lavorare sull'incapacità dell'alunno ad utilizzare spontaneamente le proprie conoscenze, cioè al non accedere alla rete di significati più profondi. Durante la scuola media è prioritario dare significato sociale ad ogni acquisizione ad ogni comportamento, comprendendo che il ritardo influenza sia l'organizzazione cognitiva che la regolazione affettiva; bisogna porre particolare attenzione al comportamento sociale, al ruolo che il ragazzo sta assumendo in classe. Vanno cioè collocati in rapporto alla fascia di età di sviluppo anche gli aspetti emotivi e relazionali. Bisogna lavorare con le insegnanti per aiutare il bambino/ragazzo nel percorso verso la costruzione di un'immagine di sé nella scuola, condividendone consapevolmente la strada pur nel riconoscimento delle disabilità (Mazzoncini e Musatti 1993).

La collaborazione attiva dell'insegnante, agli interventi terapeutici dovrebbero favorire nell'alunno la consapevolezza, la sensibilità metacognitiva, la generalizzazione e il mantenimento dei risultati ottenuti, ed una maggiore autonomia.

b) Ritardo mentale medio. Il bambino entra nella scuola elementare con un disturbo già individuato dalla famiglia e condiviso dalle istituzioni. In questo caso serve la collaborazione attiva dell'insegnante per attuare interventi che saranno di tipo più strettamente comportamentale specialmente con i casi di ritardo più grave. Va comunque evitato il rischio che vengano sottovalutate le potenzialità residue dell'alunno lavorando con esso sia sul contenimento che sul coinvolgimento.

4.6. Disturbo d'ansia da separazione

Quando tale patologia presenta fra i sintomi un persistente rifiuto ad andare a scuola per timore della separazione dalle figure parentali o quando, è stato individuato fra i fattori precipitanti proprio l'ingresso nella scuola dell'infanzia o il cambiamento di ordine di scuola, allora è indispensabile contattare gli insegnanti per effettuare una osservazione preliminare. Negli incontri successivi si cercherà, lì dove necessario di far comprendere e far dare un giusto significato al comportamento dell'alunno, consigliando alcune strategie di interazione con il bambino. Si può concordare con la scuola, e con i genitori una gerarchia di situazioni di separazione ordinate in modo crescente di difficoltà che il bambino verrà stimolato ad affrontare per arrivare a riprendere la normale frequenza scolastica.

4.7. Fobia scolastica

Sono pazienti che presentano un rifiuto ad andare a scuola o a rimanervi per l'intero orario, anche in questo caso, come in precedenza, un'analisi funzionale del comportamento a scuola può essere di aiuto per l'assessment.

In fase di trattamento è utile sensibilizzare al problema gli operatori scolastici specialmente in vista di una terapia che preveda un ritorno graduale a scuola; bisogna prendere accordi con gli insegnanti sulla modalità di ripresa scolastica, sul rientro graduale e il ripristino della frequenza, la scuola deve mostrarsi flessibile nel pianificare con il terapeuta: la durata dei primi reinserimenti, la presenza di persone tranquillizzanti a scuola, la scelta della materie e del giorno da cui ricominciare ecc.

4.8. Mutismo selettivo

Tale disturbo si presenta di sovente a scuola, e tende a disorientare gli insegnanti che si trovano ad interagire con un alunno che pur non presentando altri problemi si rifiuta di parlare, né spontaneamente né su richiesta, anche se può capitare che parli con un piccolo gruppo di coetanei. Ovviamente in fase di assessment è importante andare a scuola per inquadrare il problema, facendo osservazioni sul comportamento, sulle reazioni degli insegnanti e del gruppo classe rispetto ad esso. Bisogna valutare che tipo di strategie sono state messe in atto e valutarne gli effetti. In fase di intervento invece è opportuno stimolare gli insegnanti a tenere un atteggiamento neutrale rispetto al non parlare, non evidenziando cioè gli atteggiamenti dell'alunno, ma al contrario accettando forme di comunicazioni che utilizzino canali non verbali ed alternativi (scrittura, foto, disegni ecc.), strutturando le attività in classe in modo che favoriscano la relazione tra pari.

5. Conclusione

Per una presa in carico globale del bambino è utile strutturare interventi diversificati che prendano in considerazione i diversi contesti. Si procederà dunque utilizzando setting multipli ed integrati tra loro (Isola 2005). In tale ambito il terapeuta deve svolgere una funzione di coordinatore, cercando di affiancare al lavoro svolto durante la terapia individuale, ed eventualmente a

quella con la famiglia, una positiva relazione di collaborazione con la scuola, questo gli permetterà di intervenire sia sui fattori scatenanti che di mantenimento delle problematiche, sia di attuare un intervento di sensibilizzazione e conoscenza della patologia del paziente; la scuola sarà messa quindi in condizione di adottare modalità di sostegno più adeguate.

Bibliografia

- Achenbach TM (1991). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile*. Burlington, VT University of Vermont.
- Beretta M, Iozzino R, *Dislessia. Valutazione e trattamento*. Materiale informativo dell'ARIEE – Associazione Ricerca e Intervento in Età Evolutiva.
- Celi F (2004), in F Lambruschi (a cura di). *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*. Bollati Boringhieri.
- Conners C K (1969). A teacher rating scale for use in drug studies with children. *American Journal of Psychiatry* 126, 885-888.
- Cornoldi C, De Meo T, Offredi F e Vio C (2001). *Iperattività e autoregolazione cognitiva*. Erickson, Trento.
- De Beni R, Gruppo MT (1995). *Prove per la valutazione delle abilità di base nella scuola elementare (QI)*. Firenze, Organizzazioni Speciali.
- Folgheraiter F (a cura di), (1992). *Problemi di comportamento e relazione di aiuto nella scuola*. Erickson, Trento.
- Isola L, Mancini F (a cura di), (2003). *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*. Franco Angeli, Milano.
- Isola L (2005) Comunicazione personale “Utilizzazione di setting multipli in età evolutiva”. Congresso S.P.R. San Benedetto del Tronto
- Lambruschi F, Fabbri D (2004). *Disturbi della Condotta e Disturbo Oppositivo Provocatorio*, in F Lambruschi (a cura di). *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*. Bollati Boringhieri.
- Marzocchi G M, Oosterlaan J, De Meo T, Di Pietro M, Pizzica S, Cavolina P, Sergeant JE e Zuddas A (2001). Scala di valutazione dei comportamenti dirompenti per insegnanti (SCOD-I). *G Neuropsichiat Età evol* 21, 378-93.
- Mazzoncini B, Musatti L (1993). *La strada maestra*. La Nuova Italia Scientifica
- Moffit T E (1993). Adolescence limited and life course persistent antisocial behaviour: a developmental taxonomy. *Psychological Review* 100, pp. 674-710.
- Terreni A, Tretti M I, Corcella PR, Cornoldi C Tressoldi P E (2002). *IPDA. Questionario osservativo per l'identificazione precoce delle difficoltà di apprendimento*. Erickson, Trento.