Psicologia scolastica e dello sviluppo

Università degli studi di Macerata

Professoressa Del Savio Sonia,
psicologa e psicoterapeuta

ESSERCI
IL CENTRO DELLE TUE RELAZIONI

Disagio infantile, somatizzazione, fobia della scuola

SEGNI PRECOCI

→I bambini, nel corso dello sviluppo, cambiano comportamento, abitudini, modi di reagire e modi di relazionarsi con il prossimo.

→Questi cambiamenti nel comportamento del bambino possono essere segnali di allarme per la presenza di un **disagio psicologico da non ignorare.**

→ In base all'***età*** del bambino o del ragazzo la comunicazione del disagio potrebbe avvenire prevalentemente attraverso il *corpo* (soprattutto nei ***bambini*** più piccoli, ad esempio con alterazioni del ciclo sonno-veglia, enuresi, encopresi, persistenti e inspiegabili mal di pancia o testa, ecc.) o prevalentemente attraverso il *comportamento* (si traducono negli ***adolescenti***, ad esempio con disturbi del comportamento alimentare, disturbi del comportamento con caratteristiche di disattenzione, introversione, irrequietezza o aggressività).

→Tuttavia le modalità di espressione del disagio non si differenziano sempre così nettamente tra le diverse fasce di età: ci potranno ad esempio essere anche degli adolescenti che manifestano il disagio attraverso il corpo e bambini che invece lo manifestano attraverso un comportamento oppositivo e aggressivo

↓

Pertanto ogni situazione andrà valutata in modo specifico per poter poi offrire una risposta e una *soluzione* al disagio mirata ed *efficace*, fatta "su misura" per ogni singolo bambino o adolescente.

- Cambiamenti e sbalzi dell'*umore* (es. il tono dell'umore del bambino cambia, e si caratterizza ad esempio con una persistente tristezza e chiusura; oppure con iperattivazione e agitazione)
- Cambiamenti nella *condotta*: il bambino o ragazzo inizia a mettere in atto condotte aggressive, manifesta crescente iperattività, cambiamenti nella condotta alimentare

- Improvvisa **mancanza di fame**
- Selezione restrittiva degli alimenti *(ad esempio mangiare solo pasta al sugo, non mangiare cose verdi ecc…)*
- Fame persistente
- Abitudine nel **saltare i pasti**
- Episodi di abbuffate *(ingestione di cibo fuori dall'ordinario)*

- Disturbi *psicosomatici* e problematiche fisiche improvvise (es. mal di pancia ricorrente, mal di testa, senza che ci sia una apparente motivazione su base organica)
- Disturbi del *sonno* (es. difficoltà ad addormentarsi, risvegli notturni, incubi che iniziano a perturbare il normale periodo di sonno del bambino)

Difficoltà ad addormentarsi

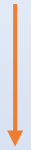
Risvegli notturni persistenti

Bisogno eccessivo di **sonno** (*non bastano le solite ore di sonno*)

Incubi notturni

- Manifestarsi di una eccessiva quota di agitazione e *ansia* (es. eccessiva ansia quando entrando a scuola deve separarsi dai genitori; ansia che interferisce nelle relazioni con gli altri sia nel tempo libero che nelle attività scolastiche; agitazione e ansia in classe, ecc.)

- Manifestarsi o acuirsi di *fobie* e paure (es. paura di animali, di stare da solo, di affrontare l'impegno scolastico o le relazioni con i compagni, paura di entrare in classe, paura di interagire con gli altri, ecc.)



- La **paura del buio** che gli impedisce di andare a dormire
- **Paura degli spazi chiusi** con comportamenti evitanti, come non andare in ascensore, non entrare in stanze piccole o senza finestre
- **Paura degli spazi aperti** che limita il coinvolgimento in gite o escursioni

- Difficoltà scolastiche e negli *apprendimenti* (es. calo del rendimento scolastico improvviso, nonostante l'impegno);

- Difficoltà nelle *relazioni* con gli altri (con i coetanei e/o con gli adulti, es. difficoltà a socializzare, isolamento, chiusura).

MUTISMO SELETTIVO

Cos'è il Mutismo Selettivo?

- È una bambina di 4 anni che adora parlare alle sue bambole, ma che non può dire una parola fuori casa.
- È un adorabile bambino di 6 anni, pieno di vita, che corre e gioca rumorosamente nel suo giardino, ma che 'irrigidisce e perde ogni espressività entrando nella sua classe.
- È una ragazzina di 11 anni che canta e scrive magnifiche canzoni a casa, ma non riesce a dire una sola parola alle sue maestre e ai suoi compagni di classe.
- È un'altra bambina di 5 anni, sensibile e perspicace, che racconta ai suoi genitori le cose eccitanti che vuole organizzare per il suo compleanno, ma che non ha mai detto una sola parola a nessuno fuori casa.
- È una simpatica bambina di 6 anni che balla e canta nel suo salone sotto lo sguardo ammirato della sua famiglia, ma che s'irrigidisce e perde la voce quando la classe ripete lo spettacolo musi-cale di fine d'anno.

→ Il **Mutismo Selettivo** è un disturbo complesso legato all'ansia, caratterizzato dall'impossibilità per un bambino di esprimersi e comunicare in modo rilassato in alcuni contesti sociali, in particolar modo nella **scuola**.

→D'altra parte però, questi bambini sono capaci di parlare normalmente in situazioni in cui si sentono a loro agio, sereni.

→Poiché più del 95% di questi bambini soffre anche di ansia sociale, l'ambiente scolastico provoca un livello d'ansia molto alto. Infatti la **scuola** è il luogo principale in cui vengono rivolte richieste prestazionali al bambino. Da quando varca la porta della scuola, ci si aspetta da lui un certo numero di comportamenti e prestazioni spesso legati alla comunicazione verbale.

VALUTARE LA CAPACITÀ DI COMUNICAZIONE DEL BAMBINO: LA SCALA DI COMUNICAZIONE SM-SCCS

SELECTIVE MUTISM STAGES OF COMMUNICATION COMFORT SCALE© SM-SCCS

Livello 0
Assenza di comunicazione (verbale e non verbale) del bambino:

- non reagisce, non prende iniziative;
- resta immobile, senza espressione, irrigidito.

Livello 1
Comunicazione non verbale del bambino:

1A
- risponde indicando con il dito, o annuendo con la testa, con gesti o scrivendo;

1B
- prende l'iniziativa (attira l'attenzione di un'altra persona puntando, indicando, alzando la mano, picchiettando sulla spalla di qualcuno, o porgendo una nota scritta, ecc.).

Per passare dal livello 1 al livello 2 è necessario un intermediario (mediatore) verbale.

Livello 2
Comunicazione verbale del bambino:

2A
- reagisce producendo dei suoni come mugugni, linguaggio di bambini piccoli, versi di animali, gemiti, sussurri, parole;

2B
- inizia lo scambio attirando l'attenzione di un'altra persona producendo un suono qualsiasi.

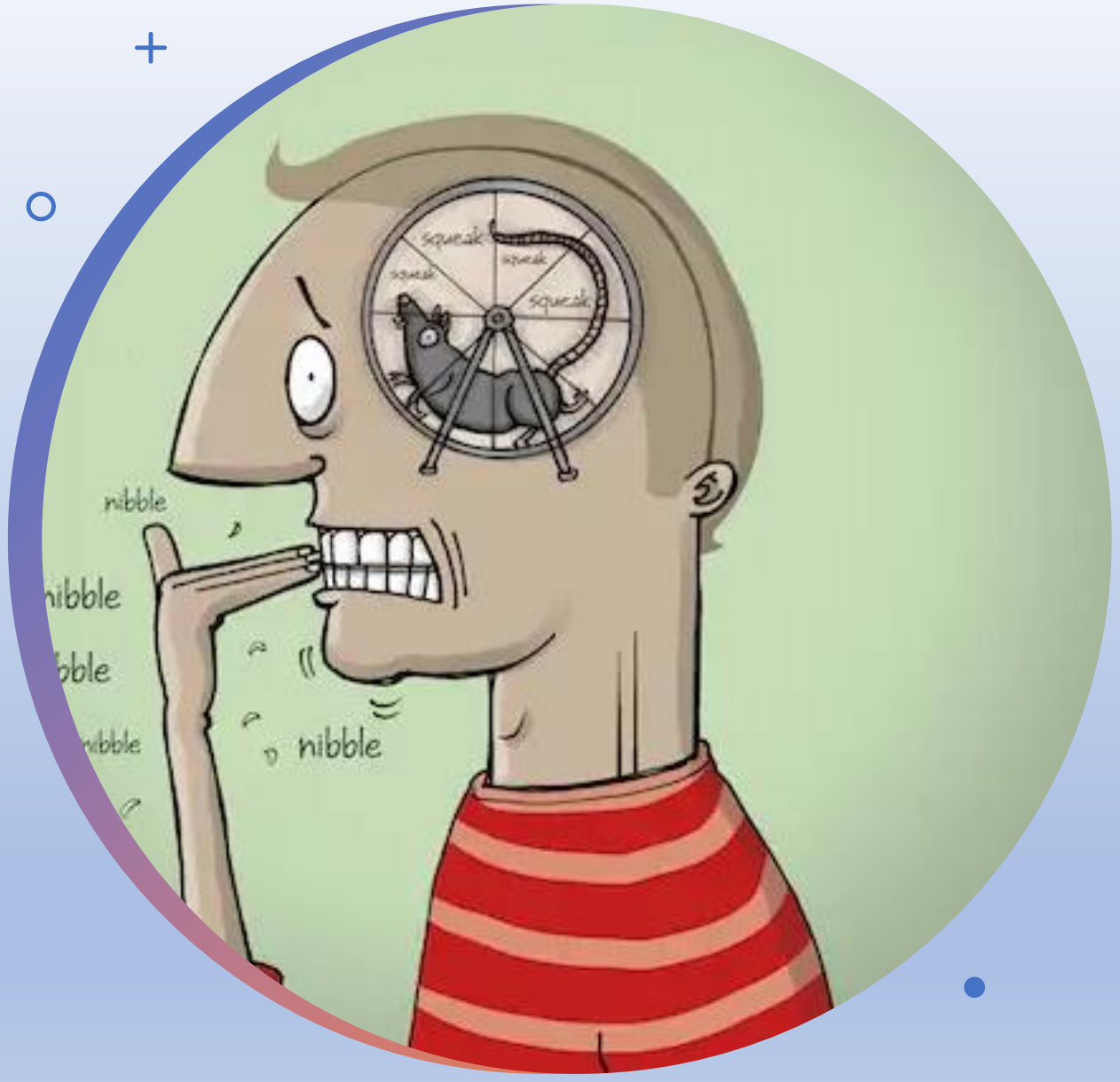
N.B.: L'intermediario verbale (che sia un oggetto o una persona) permette di trasferire la parola del bambino in un nuovo ambiente. La capacità del bambino a rispondere o a prendere iniziative è determinata dal suo livello di tranquillità in una data situazione. La comunicazione può quindi variare secondo le circostanze e il luogo.

Il Mutismo Selettivo è senza ombra di dubbio una forma di ansia da comunicazione. Tenendo presente questo concetto, bisogna comprendere che il bambino con Mutismo Selettivo tipico, non può passare facilmente dal mutismo (ansia da comunicazione grave) alla parola (ansia da comunicazione notevolmente ridotta).

Occorre determinare il **grado di ansia** nella comunicazione in differenti luoghi (il bambino può comunicare in modo non verbale o verbale, o non avere reazioni quando viene interpellato), e anche l'intensità dell'ansia che compare in un luogo o in un altro (in quali luoghi è silenzioso? In quali situazioni può comunicare in modo verbale con altri bambini/adulti?).

↓

SCALA SM-SCCS



- Poiché il Mutismo Selettivo è un disturbo legato all'ansia, è quest'ansia che deve essere presa inconsiderazione in maniera prioritaria. Affinché il bambino riesca a superare con successo il suo mutismo, occorre che siano messi in atto, in classe, alcuni parametri che gli permetteranno di progredire nella Scala di Comunicazione, fino a raggiungere la comunicazione verbale nel luogo scuola.

→ Questo implica:

- diminuire l'ansia del bambino;
- rinforzare l'autostima;
- aumentare la sua fiducia e la sua capacità di comunicare.

https://www.youtube.com/watch?v=lR1fCsW6Zlg

Un insegnante comprensivo e disponibile

→Prova di apertura mentale ⟶ permettere al bambino di comunicare in modo non verbale

→**Comunicazione non verbale**: alleggerisce la pressione sul bambino e lo rende consapevole di essere capito.

→Alcuni esempi di metodi semplici da mettere in atto:

- uso di gesti convenzionali, come il pollice in alto(si), il pollice in basso (no), il segno OK, ecc.;
- utilizzo di oggetti presenti in classe. Per esempio, se il bambino ha bisogno di andare in bagno, se vuol mangiare qualcosa o se deve dire anche solo "Ciao!« si può usare un foglio già scritto o illustrato;
- utilizzo di fogli sui quali il bambino avrà già scritto dei messaggi;
- utilizzo di piccoli quaderni con delle parole o messaggi già scritti. Il bambino può girare le pagine per mostrare parole diverse, quando ha bisogno di comunicare;

Attenzione!

Non bisogna fraintendere ciò che si sta dicendo! Lo scopo non è rafforzare il mutismo del bambino, ma semplicemente permettergli di comunicare in modo non verbale, come mezzo per aumentare la sua tranquillità e stabilità.

I messaggi non verbali costituiscono spesso la prima fase di sviluppo di una partecipazione attiva nella comunicazione e dovrebbero essere considerati una tappa positiva, non negativa.

Un ambiente confortante e gratificante

→È fondamentale che il bambino riesca a sentirsi a suo agio in classe. Questo può essere ottenuto con diversi sistemi.

1. Il personale scolastico dovrebbe avere un atteggiamento flessibile con i genitori e permettere loro di entrare a scuola prima e dopo le lezioni.
2. Un ottimo metodo che permette di approfondire la conoscenza tra bambino e insegnante, è quello di passare qualche momento con la maestra, senza la presenza dei compagni. L'insegnante può occuparsi di altre cose, lasciando il bambino libero di esplorare la classe
3. Apprezzare il lavoro del bambino e mettere in evidenza le sue qualità.

Le differenti strategie per insegnare ad un bambino con Mutismo Selettivo

Durante tutto il percorso scolastico deve essere concesso più tempo e pazienza

Supporti visivi e oggetti (esperienze concrete)

Concedere tempo per le risposte verbali e non

Dare importanza alla creatività, all'immaginazione e all'espressione artistica

Organizzare attività in piccoli gruppi piuttosto che discussioni che coinvolgano tutta la classe

Permettere ai bambini di costruire, disegnare, scrivere o essere creativi quando devono risolvere un problema

Utilizzare il computer quando è possibile affinché il materiale sia presentato in modo visivo

Quando bisogna spostarsi per andare alla mensa scolastica o uscire nel cortile se il bambino dà segni evidenti di ansia o insicurezza si può utilizzare il sistema del binomio

Con l'assistenza di un terapeuta individuare un sistema di obiettivi da raggiungere utilizzando le sensazioni personali del bambino

Un ambiente di lavoro disteso in piccoli gruppi → la migliore soluzione!!!

- Alleggerisce il livello di ansia e per comunicare in modo rilassato.
- In situazione come:

1. Per andare in bagno, alla ricreazione, nell'aula attività;
2. Nel momento della merenda
3. Gite scolastiche ed escursioni

Possibili dilemmi...

Andare alla toilette: avviene che spesso i bambini siano incapaci di far capire la loro esigenza (permettere al bambino di andare in bagno con un compagno, o dare un oggetto che rappresenti il bisogno).

Mangiare a scuola: è il risultato dei disturbi d'ansia (incoraggiare la formazione di piccoli gruppi a mensa, o permettere al bambino di mangiare con 1 o 2 compagni con cui si sente a suo agio).

Essere in ricreazione: è un momento temuto che gli procura tutta una serie di sensazioni ansiose.

Farsi degli amici: è necessario che un bambino estroverso cominci a giocare con il bambino con mutismo, affinchè anche lui si metta a giocare. Si possono aiutare prendendo loro la mano dolcemente aiutandoli ad interagire con gli altri.

La fobia della scuola

Quando si parla di **fobia scolare** (rifiuto scolare) si fa riferimento ad un disturbo in cui il livello di ansia e di paura ad andare e restare a scuola sono tali da compromettere in modo significativo una regolare frequenza scolastica e causare sequele a breve e lungo termine.

Le conseguenze possono riguardare lo **sviluppo emotivo**, sociale, le acquisizioni scolastiche, difficoltà nei rapporti con la famiglia. In seguito si possono avere difficoltà lavorative e può aumentare il rischio di un'importante compromissione della salute mentale della persona.

Attenzione!

La **fobia scolare** non va confusa con l'assenza ingiustificata da scuola, quest'ultimo è un comportamento in cui è assente l'ansia e la paura eccessiva di frequentare la scuola e spesso è associato a comportamenti antisociali e alla mancanza di interesse per la propria formazione scolastica. Il ragazzo che soffre di rifiuto scolastico può assentarsi dalla scuola fin dall'inizio della giornata, o può recarsi a scuola e poi, dopo poche ore, chiedere di tornare a casa.

- Il disturbo si caratterizza per i seguenti **comportamenti problematici e sintomi somatici**:

1. **elevata reazione di ansia nel momento in cui esce da casa o giunge davanti alla scuola, al punto da presentare sintomi da panico**; manifestazione di un ampia serie di sintomi somatici (vertigini, mal di testa, tremori, palpitazioni, dolori al torace, dolori addominali, nausea, vomito, diarrea, dolori alle spalle, dolori agli arti);
2. il **livello di angoscia può essere elevato fin dalla sera prima** e il bambino può riposare male, il sonno può essere disturbato da incubi o risvegli notturni

- **Altri disturbi che possono associarsi alla fobia scolare** sono:
- *l'ansia da separazione;*
- *l'ansia generalizzata;*
- *la fobia sociale;*
- *la fobia specifica;*
- *gli attacchi di panico;*
- *la depressione;*
- *il disturbo della condotta;*
- *il disturbo da deficit di attenzione-iperattività;*
- *i disturbi specifici dell'apprendimento.*

Fattori della fobia scolare

- Tra i fattori che maggiormente incidono nel predisporre e scatenare un rifiuto della scuola troviamo quelli **ambientali**. I sintomi possono iniziare in seguito ad **eventi di vita stressanti che si sono verificati a casa o a scuola**, tra cui:
- *la propria malattia o di un membro della famiglia;*
- *la separazione tra i genitori;*
- *la separazione transitoria da uno dei genitori;*
- *relazioni conflittuali nella famiglia;*
- *un legame disadattivo con uno dei genitori;*
- *problemi con il gruppo dei pari o con un insegnante;*

I dati disponibili in letteratura rispetto a fattori biologici, derivati dagli studi sulla famiglia e i gemelli, suggeriscono che ci potrebbe essere una **vulnerabilità biologica per lo sviluppo di problemi emotivi**, tra cui il rifiuto scolastico.
I **fattori scatenanti** possono essere molteplici ma ciò che maggiormente interessa dal punto di vista terapeutico è **correggere i fattori di mantenimento del disturbo**.

- In letteratura molta attenzione viene data al profilo di funzionamento del bambino per le implicazioni cliniche e terapeutiche che hanno le variabili di mantenimento.

→ Secondo "*il modello funzionale*" il rifiuto di andare a scuola assume un significato funzionale per il bambino.

A seconda dello scopo perseguito, sono quattro profili funzionali che si possono rilevare:

- i bambini che evitano oggetti o situazioni che provocano ansia generale o un senso generale di affettività negativa;
- i bambini che non vanno a scuola per fuggire da situazioni sociali avversive o situazioni di valutazione;
- i bambini che rifiutano la scuola per ottenere attenzione dalle figure significative;
- infine i bambini che ricercano rinforzi positivi tangibili fuori dalla scuola.

FOBIA SCOLASTICA
LA STORIA DI GIOVANNI

Come si cura la fobia scolastica?

È indispensabile **curare la fobia scolastica** dal momento stesso in cui si manifesta, per evitare che si cristallizzi durevolmente e che possa avere **effetti deleteri sulla salute del bambino o dell'adolescente** e sul suo avvenire professionale e personale.

Una **terapia comportamentale,** in genere, è la soluzione da adottare per permettere al bambino-adolescente di fronteggiare e superare la fobia scolastica. Il terapeuta o lo psicologo potranno preconizzare una **teoria famigliare,** per *smuovere* l'equilibrio del nucleo per il bene del bambino e per facilitare la sua guarigione.

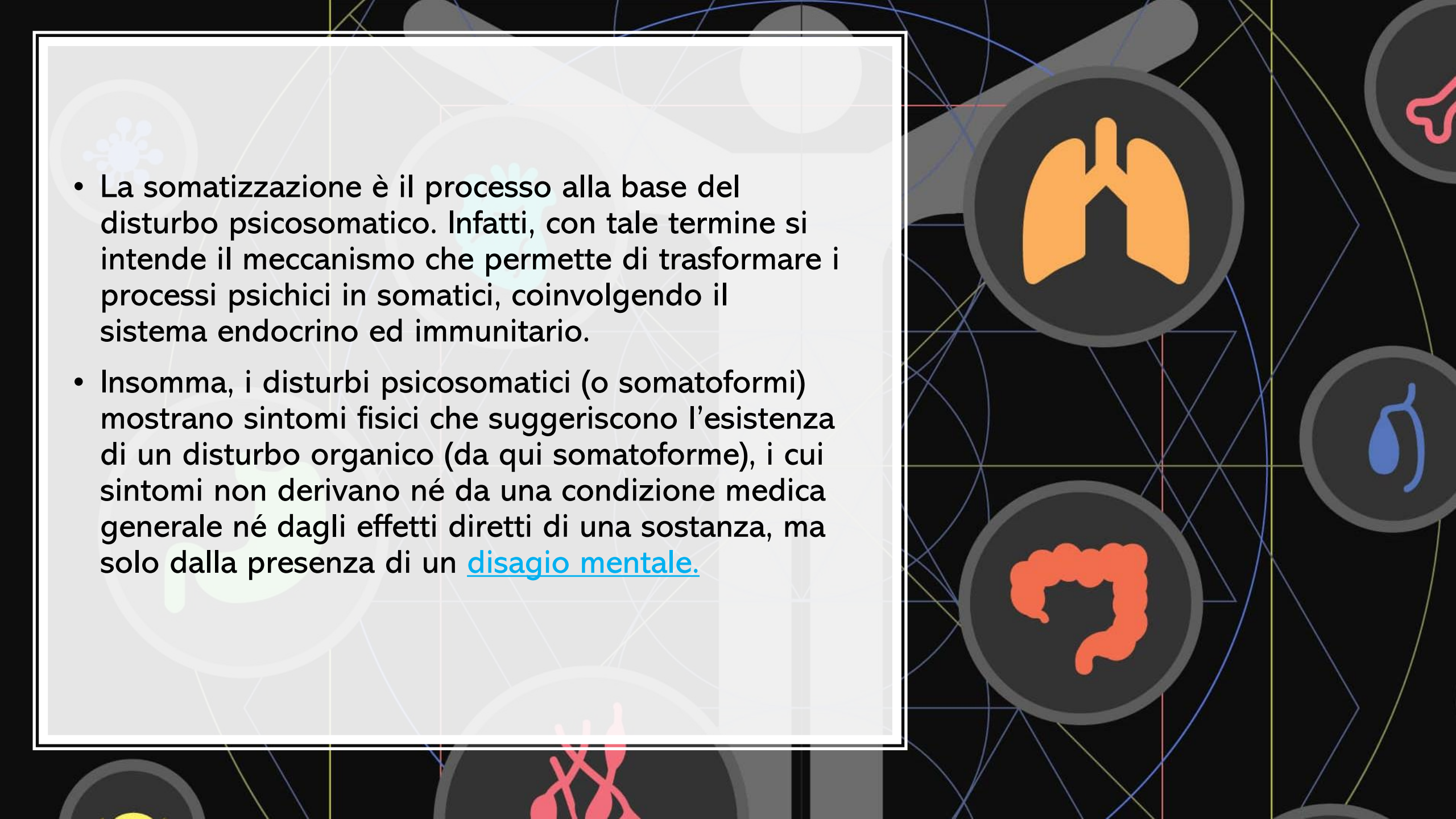
→ **Protocollo di accoglienza per bambini e ragazzi con fobia scolastica,** un progetto individualizzato per organizzare al meglio la gestione dei tempi e degli spazi dello studente a scuola, finalizzato alla **ripresa progressiva della normale frequenza scolastica.**

Somatizzazione

Il disturbo da sintomi somatici è caratterizzato da molteplici disturbi fisici persistenti che sono associati a pensieri eccessivi o disadattivi, sentimenti e comportamenti in risposta a questi sintomi. I sintomi non sono prodotti intenzionalmente o simulati e possono accompagnare o meno una malattia medica nota. Il trattamento mira a stabilire una relazione medico-paziente costante e di supporto, che eviti di esporre il paziente a test diagnostici e terapie non necessari.

Per somatizzazione si intende il meccanismo che permette di trasformare i processi psichici in somatici, coinvolgendo il sistema endocrino e immunitario

- La somatizzazione è il processo alla base del disturbo psicosomatico. Infatti, con tale termine si intende il meccanismo che permette di trasformare i processi psichici in somatici, coinvolgendo il sistema endocrino ed immunitario.
- Insomma, i disturbi psicosomatici (o somatoformi) mostrano sintomi fisici che suggeriscono l'esistenza di un disturbo organico (da qui somatoforme), i cui sintomi non derivano né da una condizione medica generale né dagli effetti diretti di una sostanza, ma solo dalla presenza di un disagio mentale.



- Solitamente il processo di **somatizzazione** è determinato dalla presenza di forte stress, da ansia patologica, da paura costante o a un forte disagio. Si attiva, così, il sistema nervoso autonomo, che a sua volta risponde con reazioni vegetative che portano alla manifestazione di problemi fisici, come:
- disturbi dell'apparato gastrointestinale: quali nausea, meteorismo, vomito, diarrea, colite, ulcera, gastrite, intolleranza a cibi diversi;
- disturbi dell'alimentazione: quali anoressia, bulimia.
- disturbi dell'apparato cardiocircolatorio: quali aritmia, ipertensione, tachicardia;
- disturbi dell'apparato urogenitale: quali dolori e/o irregolarità mestruali, disfunzioni dell'erezione e/o dell'eiaculazione, anorgasmia, enuresi;
- disturbi dell'apparato muscolare: quali cefalea, crampi, torcicollo, mialgia, artrite;
- disturbi della pelle: quali acne, psoriasi, dermatite, prurito, orticaria, secchezza cutanea e delle mucose, sudorazione eccessiva;
- disturbi pseudo-neurologici: quali sintomi da conversione come alterazioni della coordinazione e/o dell'equilibrio, paralisi o ipostenie localizzate, difficoltà a deglutire, afonia, cecità, sordità, amnesie;