

CRESCERE CHE

FATICA

Esperti di Psicologia,
Logopedia,
Psicomotricità,
Pedagogia, Educazione,
si raccontano e ci
raccontano lo stare
accanto ai nostri
bambini




Sabato 3 DICEMBRE 2016
dalle ore 15:00 alle ore 18:00
Presso "Sala Martini" – Biblioteca Comunale "A. Mondadori"
Piazza I° Maggio 3, Poggio Rusco MN

1° Convegno Equipe Sincronie Multidisciplinare
CRESCERE..CHE FATICA!
Quando è la relazione che cura

15.00-15.10 <i>Intraduzione e moderazione.</i> Dott. Maurizio Saravalli- Pedagogista Clinico	16.30- 16.50 <i>"No, no e poi no!" I disturbi della condotta: come creare un ponte tra scuola e famiglia</i> Dott. Davide Bertoni- Neuropsichiatra Infantile
15.10-16.10 <i>"Perché mio figlio fa fatica a scuola?" Esperienze che favoriscono l'autonomia nei bambini con Disturbi Specifici dell'Apprendimento.</i> Dott.ssa Caterina Pedrazzi- Logopedista Dott.ssa Giulia Barbi- Neuropsicologa Dott.ssa Silvia Modenese- Tutor DSA	16.50- 17.10 <i>"Il desiderio di controllo fa perdere il controllo". Adolescenza e Disturbi del Comportamento Alimentare</i> Dott.ssa Ilaria Rossi- Psicoterapeuta Familiare
16.10-16.30 <i>"Chi si ferma è perduto!" Il linguaggio corporeo e gli aspetti di contenimento nella Disattenzione e Iperattività</i> Dott.ssa Alessandra Boni- Psicomotricista	17.10- 17.30 <i>Quando la bilancia diventa un'ossessione: il ruolo della Dietista nel trattamento dei Disturbi Alimentari</i> Dott.ssa Giulia Benatti- Dietista

17.30-18.00
Dibattito e Chiusura dei lavori con aperitivo

CRESCERE ... CHE
FATICA
Quando è la relazione
che cura

Sommario

Introduzione al convegno	2
Moderatore	3
Relatori:	3
Dott. Maurizio Saravalli	4
Dott.ssa Caterina Pedrazzi	6
Dott.ssa Giulia Barbi	8
Dott.ssa Silvia Modenese	15
Dott. Maurizio Saravalli	19
Dott.ssa Alessandra Boni	22
Dott. Maurizio Saravalli	28
Dott. Davide Bertoni	31
Dott. Maurizio Saravalli	37
Dott.ssa Ilaria Rossi	38
Dott. Maurizio Saravalli	47
Dott.ssa Giulia Benatti	49
Dott. Maurizio Saravalli	55
Domanda dal pubblico	58

Introduzione al convegno

Sono tempi difficili, soprattutto per le nuove generazioni.

Il mondo cambia a velocità fino a poco tempo fa nemmeno immaginabili. Evoluzioni che creano nuove tipologie di problemi che, a loro volta, richiedono risposte complesse che prevedono la sinergia di più figure professionali atte ad accogliere in modo puntuale e preciso situazioni di disturbo, disagio, malessere, difficoltà e quant'altro affligga i nostri ragazzi.

Durante il convegno "Crescere ... che fatica" verranno illustrate alcune delle molteplici tipologie di richieste d'aiuto che, in modo diretto o indiretto, ci vengono rivolte dai nostri bambini/ragazzi, richieste alla quale alcuni professionisti del sistema sanitario ed educativo cercheranno di offrire delle risposte le più puntuali e specifiche possibile, tentando così di entrare in aiuto a quei genitori, insegnanti e figure adulte di riferimento in genere necessitanti di supporto.

Di seguito gli estratti del convegno:

"Crescere che fatica, quando è la relazione che cura".

Mi scuso anticipatamente di eventuali falli grammaticali e/o di sintassi che il lettore potrà trovare lungo il percorso, causati da errori di battitura o da errata interpretazione delle registrazioni non sempre presentanti un audio perfetto.

Dott. Maurizio Saravalli

Moderatore

Dott. Maurizio Saravalli

Pedagogista Clinico - Reflector®

Relatori:

Dott.ssa. Caterina Pedrazzi

Logopedista

Dott.ssa Giulia Barbi

Neuropsicologa

Dott.ssa Silvia Modenese

Tutor DSA

Dott.ssa Alessandra Boni

Psicomotricista

Dott.ssa Scienze e Tecniche Psicologiche

Dott. Davide Bertoni

Neuro Psichiatra infantile

Dott.ssa Ilaria Rossi

Psicologa, Psicoterapeuta

Dott.ssa Giulia Benatti

Dietista

Dott. Maurizio Saravalli
Pedagogista Clinico, Reflector®

Introduzione

Buon pomeriggio a tutti, il mio ruolo in questo convegno sarà quello di creare una specie di racconto che sia un filo conduttore tra i vari interventi, a volte anche piuttosto complessi, dei professionisti presenti oggi a questo evento.

Quella che oggi viviamo è un'epoca completamente diversa da tutte quelle che ci hanno preceduto.

Viviamo un mondo estremamente rapido e complesso, velocità dovuta soprattutto dal velocissimo progresso dei sistemi comunicativi e dall'evoluzione tecnico scientifica. Conseguentemente a ciò anche i nostri ragazzi vivono più celermente di quanto noi adulti, loro figure di riferimento, riusciamo a comprendere e interpretare queste evoluzioni, per poter continuare ad essere per loro una valida guida.

Questa nostra incapacità di comprendere un tale mondo ci porta spesso a non afferrare quali siano i problemi che devono affrontare i nostri ragazzi, a questo punto, l'aiuto proveniente da uno specialista esterno che posseda una propria visione indipendente della personale condizione di disagio vissuta, ci può permettere di "vedere" la situazione da una diversa prospettiva.

Facciamo a tal proposito un esempio diretto, ... negli ultimi anni si è parlato tantissimo di etica, molto di più di quanto se ne fosse parlato nei tempi antecedenti, perché? Perché l'evoluzione scientifica ci offre strumenti in grado di condizionare praticamente tutto, vedi la genetica con le sue ampie possibilità manipolatorie.

Tecnicamente è quasi tutto fattibile ma, ... eticamente è permessibile?

I nostri ragazzi crescono con una consapevolezza, ovvero per loro tutto è possibile, ma ... sino a dove è ammesso spingersi?

Chi, come la mia persona, ha già oltrepassato il mezzo secolo possiede un etica che ha interiorizzato in età prepuberale (prima dei

12/13 anni), inculcatagli dai propri genitori che, generalmente, sono nati prima del secondo conflitto mondiale, quindi persone che vivono un'etica che ha origini nei primi decenni del secolo scorso.

Altro esempio.

Nei soli ultimi dieci anni un banale oggetto in mano a tutti, lo smartphon, ha letteralmente cambiato la storia della comunicazione e dalla interrelazione sociale a livello mondiale. Se per noi adulti è un utile "congegno" di comunicazione, per i nostri ragazzi, i cosiddetti nativi digitali, mediante questo strumento posseggono quella che possiamo definire la "conoscenza globale", il problema sta nel fatto che noi adulti non siamo stati in grado di spiegare loro come cercare, in modo corretto e coerente, l'informazione o la risposta giusta per poter crescere, uso a tal proposito una parola ormai desueta, in modo "equilibrato".

Di seguito il primo intervento che dovrebbe essere sostenuto dalla Dott.sa Pedrazzi ma che, per cause di forza maggiore, non potendo essere oggi presente sarà tenuto dalla Dott.ssa Giulia Barbi e dalla Dott.ssa Silvia Modenese.

In questi interventi si parlerà di scuola, ... un mondo complesso, un luogo di apprendimento, un luogo ... ove scopriamo il sapere, un luogo di gioie ma anche foriero di ansia, stress e frustrazioni.

Prima che queste frustrazioni si trasformino in angosce occorre intervenire in modo tale che il futuro uomo o donna riesca a comprendere e sopportare un mondo che necessita, per tutta la lunghezza della nostra esistenza, di affrontare una formazione permanente.

*Non è mai stato facile **apprendere**, ma ancor più difficile è **comprendere come apprendere ad apprendere**, è questo un processo lungo e composito che vede molteplici ostacoli lungo il percorso di vita della persona che non deve mai rinunciare a "capire".*

Dott.ssa Caterina Pedrazzi

Logopedista

Perché mio figlio fa fatica a scuola?

Relatrice Dott.ssa Giulia Barbi per conto Dott.ssa Caterina Pedrazzi

“Come anticipato dal Dott. Saravalli spetta a noi il compito di descrivere l'intervento della Dott.ssa Pedrazzi oggi assente ma figura molto importante nell'equipe di intervento sul bambino evidenziando particolari esigenze.

La **Dott.ssa Pedrazzi** è una logopedista, ovvero un professionista che offre una terapia atta a migliorare tutti gli aspetti comunicativi e del linguaggio del bambino. Il logopedista potenzia tutte quelle che sono abilità linguistiche ma anche quelle di apprendimento scolastico. In oltre, come professionista riabilita le funzioni masticatorie, deglutitorie.

Lavorando con i bambini già dall'età dei due anni segue e sostiene le famiglie, spesso accorgendosi, spesso anticipatamente rispetto altri, di quelli che possono campanelli di allarme che indicano potenziali disturbi dell'apprendimento.

Le domande che spesso vengono poste da parte dei genitori riguardano proprio le paure riguardo alle capacità del figlio esempio:

- Mio figlio è molto pigro
- È difficile fargli fare i compiti
- Fa fatica a scuola
- Le maestre dicono che è lento, disordinato e che si stanca facilmente.

Le domande poste dai genitori diventano spesso delle “credenze”, che si cristallizzano sino quasi a far pensare che il bimbo non sia intelligente, o che al contrario non ne ha voglia e se ne approfitta.

Alcune risposte a queste “credenze” le possiamo già avere osservando la distinzione che vi è tra i termini “*difficoltà scolastica*” e “*disturbo specifico di apprendimento*”.

Due termini che non sono assolutamente sinonimi.

La “*difficoltà scolastica*”, non è di tipo innato, è molto influenzata dall’ambiente è modificabile nel tempo e, se debitamente aiutato, il bambino in difficoltà scolastica è in grado nel tempo di strutturare ed automatizzare strategie atte a fargli superare momenti difficili.

I “*disturbi specifici dell’apprendimento*” sono di tipo innato, sono parzialmente resistenti agli interventi ed all’automatizzazione.

Le domande più frequenti rivolte dai genitori riguardano il più delle volte una richiesta di delucidazioni in merito al significato non solo lessicale di termini quali DSA (Disturbo Specifico di Apprendimento), quali sono le caratteristiche, come si classificano, chi è deputato a fare una diagnosi e quando è necessario farla, ci sono campanelli d’allarme, quali sono, come intervenire.

DSA (Disturbo Specifico di Apprendimento) è un disturbo che ha una caratteristica di tipo neuropsicologico, rilevabile solo mediante dei test diagnostici, è specifico perché riguarda selettivamente alcune particolari abilità come lettura, scrittura, calcolo, ovvero di caratteristiche che sono alla base dell’apprendimento scolastico.

Come si classificano questi disturbi?

- Si parla di *Dislessia* quando il disturbo è a carico della lettura
- Si parla di *Disgrafia o Disortografia* quando il disturbo è a carico della scrittura
- Si parla di *Discalculia* quando il disturbo è a carico del sistema del calcolo

Ovviamente la classificazione ha un utilizzo diagnostico in quanto il soggetto evidenzia un problema puro, spesso le aree si sovrappongono e si sfumano presentando dei *quadri misti*.

La Dott.ssa. Pedrazzi lavorando nel campo del linguaggio già alla scuola materna è in grado di rilevare una serie di campanelli d’allarme che oggettivamente aiutano a capire quali siano quei bambini oggettivamente più fragili e che comunque possono presentare una serie di difficoltà nel primo anno di scuola. Ad

esempio potrebbero essere tutti quei bambini che hanno difficoltà nel dire correttamente le parole fanno fatica a denominare rapidamente gli oggetti, le azioni, presentano grosse difficoltà nel raccontare e nel conversare presentando una struttura delle frasi emesse è molto povera, hanno difficoltà ad organizzare con il linguaggio il gioco del *far finta*. Da un punto di vista prassico, della motricità fine sono bambini che si presentano goffi, fanno fatica a vestirsi, ad abbottonarsi, ad allacciare le scarpe. Sempre dal punto di vista linguistico fanno fatica a distinguere i suoni che compongono la parola, riconoscer e ricostruire le rime e quindi tutte quelle che sono le competenze metafonologiche. Dal punto di vista del calcolo possono avere delle difficoltà di comparazione di piccole quantità, un mancato raggiungimento della numerazione sino a 10 ecc.”

Entriamo ora un po' più nello specifico.

Dott.ssa Giulia Barbi
Neuropsicologa

Mi presento, sono la **Dott.ssa Giulia Barbi** Psicologa, Psicoterapeuta, specializzata in neuropsicologia dell'età evolutiva.

La neuropsicologia dell'età evolutiva si occupa soprattutto di quelle che sono le abilità cognitive come la memoria, l'attenzione, il movimento ed anche l'apprendimento scolastico integrato a tutte quelle che sono le competenze emotivo relazionali.

Perché andare da uno psicologo? Questa è una delle domande che spesso ci pongono le persone. Riconoscere che il propri bambino ha un bisogno non è facile, affidarsi ad una persona estranea genera spesso timore nel genitore. Lo psicologo è un professionista in grado di fare ordine e chiarezza in un momento particolare in cui la famiglia nel caos non vede vie di uscita.

Ci tenevo a ricordare che tutti i bambini quando iniziano la prima elementare vengono esposti alla lingua scritta, orale, alla lettura, i classici errori del dislessico che arriva a affre anche dopo la seconda elementare, sono errori tipici presenti in tutti i bambini a sviluppo tipico, ovviamente per arrivare a sedimentare tutte queste competenze occorre sbagliare, quindi fare errori all'inizio della prima sappiamo che è assolutamente normale che accade a tutti i bambini, quando le insegnanti rilevano che effettivamente certe fragilità tendono a non evolvere si preoccupano di comunicarlo alla famiglia facendo partire tutto il circuito di cui parleremo a seguito.

Con il termine *dislessia* parliamo del disturbo specifico a carico della lettura che si manifesta con la difficoltà nella decodifica del testo. Sono bambini che hanno un tipo di lettura molto lenta, imprecisa, scorretta, sono presenti quindi tutte quelle difficoltà correlate come la comprensione del testo. Tra i disturbi dell'apprendimento è quella più frequente.

A seguito abbiamo la disortografia, che è la difficoltà a tradurre correttamente i suoni che compongono le parole in simboli grafici, questi sono bambini che compiono tantissimi errori di ortografia, studiano le regole come i loro compagni ma tendono a non automatizzarle. I loro quaderni tendono ad assomigliare a dei campi minati, pieni di errori, di cerchi, di correzioni, questo non aiuta sicuramente l'insegnante a trovare le strategie più idonee per lavorare sull'errore, che è fondamentale per crescere e sedimentare gli apprendimenti, ma cercare anche di non demotivare il bambino che si abbatte di fronte a tutti questi errori. Riassumendo la disortografia è una difficoltà specifica che interessa tutti quei processi di codifica, cioè la capacità di tradurre correttamente e velocemente i suoni che compongono una parola in simboli grafici.

La *discalculia* è un disturbo specifico che riguarda l'abilità nella gestione del numero e del calcolo e che si manifesta con una

difficoltà a comprendere ed operare con i numeri, sono bambini che fanno fatica ad operare con il calcolo anche entro il 10, è un disturbo della abilità del calcolo e anche della manipolazione dei numeri e dei segni, sono bambini che fanno fatica anche ad automatizzare le tabelline, e possono avere in futuro difficoltà con quello che viene chiamato “*problem solving*” ovvero nella soluzione dei problemi che vedano la necessità di valutare più richieste che vedono la necessità di effettuare più operazioni. Spesso in questi bambini, che hanno delle fragilità in quella che è definita la memoria di lavoro, ovvero quella nostra abilità trasversale che ci permette di utilizzare più regole contemporaneamente, sono bambini che spesso non sanno da che operazione partire, qual è il primo processo, non sanno coordinare tutte le regole che hanno appreso singolarmente.

Per quanto riguarda il disturbo più motorio prassico si parla di *disgrafia*, sono bambini che possono avere difficoltà nell’impugnatura della matita e della penna e che, a causa di questo, possono avere delle sofferenze. È un disturbo specifico della scrittura e di tutti quelli che sono i segni alfabetici, numerici e il disegno. Ovviamente la disgrafia va ad interfacciarsi con altre patologie riguardanti la coordinazione motoria, per tanto in sede di valutazione per certificazione occorre tener presente anche di questo onde capire se dal punto di vista quantitativo e qualitativo la scrittura è un problema per il bambino. Onde entrare in aiuto a questi bambini spesso viene consigliato l’utilizzo del computer per la videoscrittura che permette loro di vedere bene quello che scrivono, di poter rileggere, di avere una correzione automatica degli errori ortografici in oltre evitando la frustrazione di vedere dei quaderni intellegibili. Riassumendo la *disgrafia* si concretizza con una prestazione scadente dal punto di vista della grafia.

Chi è che fa la diagnosi di *disturbo specifico di apprendimento*? La diagnosi viene effettuata da una équipe multidisciplinare, ovvero di una serie di figure che si occupano della valutazione dei

bambini, è molto importante che siano figure che abbiano una formazione sui bambini e che siano formati specificatamente su queste tematiche, le figure sono:

- *Neuropsichiatra infantile*, che si occupa di fare la valutazione ma anche di escludere il danno organico,
- *Neuropsicologo*, ovvero uno psicologo che ha avuto una formazione su tutti quelli che sono gli apprendimenti, che si occupa di una valutazione neuropsicologica degli apprendimenti e degli aspetti riabilitativi.
- *Logopedista*, che si occupa della valutazione del linguaggio, degli apprendimenti ed eventualmente della riabilitazione. Vi chiederete cosa centri il logopedista, occorre tener presente che come il bambino parla al momento in cui entra nella scuola primaria è fondamentale per la scrittura e per il processo di lettura di conseguenza una riabilitazione del linguaggio diventa fondamentale.
- In cosa consiste la valutazione?
- Test di valutazione intellettiva e cognitiva.
- Test di valutazione neuropsicologici (memoria di lavoro, pianificazione, attenzione che può essere di tipo uditivo ma anche di tipo visivo).
- Test sugli apprendimenti (lettura, comprensione del testo, scrittura, abilità numeriche e di calcolo)

Quando si fa la valutazione?

Mai prima della seconda elementare, in quanto si dà al fanciullo la possibilità di stabilizzare tutto quello che apprende nell'ambiente scolastico ed ogni bambino ha il proprio ritmo. Per bambini che evidenziano delle fragilità in ambito prescolare, necessitano comunque di essere valutati anche precedentemente, per impostare dei trattamenti riabilitativi, anche perché la clinica ci suggerisce che più si inizia a lavorare con il bambino prima dell'inizio della scuola più il bambino, che ha una elevata plasticità neuronale, trattiene tutto quello che gli viene insegnato. Quindi per un *certificazione di dislessia* occorre

attendere sino alla fine della seconda elementare, ma i trattamenti prima si operano meglio è.

Alcuni campanelli d'allarme, alla fine della prima elementare, per quanto riguarda futuri problemi di lettura possono essere l'associazione fonema/grafema o grafema/fonema, piuttosto che il mancato raggiungimento del controllo sillabico di lettura e scrittura, l'eccessiva lentezza nella lettura e nella scrittura, non legge e non scrive ancora autonomamente. Per quanto riguarda la questione più prassica della scrittura, sono bambini che hanno una incapacità di stampare le lettere in stampato maiuscolo in modo riconoscibile, oppure hanno difficoltà a copiare alla lavagna oppure a organizzare, dal punto di vista spaziale un foglio bianco. Sono bambini , che per quanto riguarda la matematica, non riconoscono piccole quantità, la lettura e la scrittura dei numeri, il calcolo orale mentale veloce, anche entro la decina, se non hanno un supporto concreto come le dita, matite colorate, abaco. Poi c'è la difficoltà nella memorizzazione delle tabelline. Nella classe seconda troviamo difficoltà più o meno analoghe, aumenta la difficoltà di memorizzazione delle tabelline, riescono a volte ricordarle in serie ma se chieste random fanno fatica. Dal punto di vista grafico possiamo notare una pressione eccessiva sul foglio, presentare spazi non adeguati tra le parole, errata direzionalità della scrittura, velocità nella lettura e comprensione del testo sotto la media attesa rispetto l'età, presenza di molti errori ortografici nella scrittura. Per quanto concerne alcuni tipi di errori occorre non allarmarsi, ad esempio per valutare l'importanza dell'errore delle doppie occorre attendere oltre la classe seconda elementare.

L'intervento sia logopedico, sia neuropsicologico deve essere precoce, attuato subito nelle prime fasi di acquisizione della lettura e della scrittura, al primo insorgere delle difficoltà, per poter ottenere i maggiori benefici. È molto utile quindi individuare quanto prima le situazioni di difficoltà, tramite osservazioni cliniche condotte in modo sistematico, calibrate in termini temporali.

Quando io mi occupo di un bambino, la prima cosa che faccio è quella di ricordarmi che ho di fronte un bambino speciale a modo suo che parte da una base diversa da tutti gli altri, ma che come tutti e sempre in cambiamento e movimento nella sua traiettoria evolutiva, ed è questo l'unico modo per cercare abilità ed evocare competenze rispetto a tutti quegli input che gli proporrò, proprio perché terapia significa creare occasioni per creare funzioni.

È molto importante dosare il trattamento, non è molto significativo fare un incontro ogni quindici giorni, è meglio fare dei "cicli" intensivi di trattamenti. All'inizio del trattamento prendiamo una serie di dati e durante il trattamento stesso vediamo come si evolvono alla fine del trattamento, lasciamo a questo punto un periodo senza trattamento al bambino e vediamo se queste evoluzioni vengono trattenute o meno.

Il bambino non dovrà mai, nei nostri ambulatori, sperimentare la frustrazione dei suoi limiti ma piuttosto la gratificazione di sentirsi cresciuto nella riuscita di un compito.

Un'altra cosa importante del terapeuta è quella di creare una rete con la scuola e la famiglia per il benessere del bambino. Parlare con gli insegnanti anche e soprattutto delle credenze che gli insegnanti hanno nei confronti del bambino, parlare con la famiglia e creare un piano, una piattaforma di incontro per poter parlare con questo bambino tutti nella stessa direzione. È molto dannoso in queste situazioni quando ciascuno fa quello che vuole, in quanto il bambino fa poi fatica capire qual è la direzione da seguire.

La legge 170, che si occupa dei disturbi specifici di apprendimento, prevede che spesso sia la scuola ad individuare per prima tutti i casi sospetti, in molte scuole sono già attive le prove che vengono somministrate da professionisti nei vari periodi dell'anno e che valutano i vari aspetti di lettura, scrittura, calcolo. Spesso la scuola, di fronte a certe difficoltà, contatta la famiglia, quando vede che nonostante ci si lavori non ci sono evidenze di cambiamento, la famiglia tende ad accogliere le

informazioni e sceglie di fare una valutazione diagnostica presso un servizio pubblico o privato che fornisce le risposte di una serie di test a cui sottopone il bambino, risposte che la famiglia consegnerà alla scuola che, in consiglio di classe ed in accordo con la famiglia, redige il PDP (Piano Didattico Personalizzato), dove sono definiti tutti gli strumenti compensativi, dispensativi da applicare per il benessere de bambino. Importante è che la diagnosi sia fatta da specialisti che tengono conto, dell'utilizzo di tutti i test che sono stati decisi alla consensus conference, che è stato un momento della AID (Associazione Italiana Dislessia), dove i massimi esperti di questi argomenti si sono incontrati ed hanno selezionato le linee guida per questi disturbi, in modo tale da valutare le indicazioni su cosa inserire nel PDP.

A questo unto lascio la parola alla mia collega **Silvia Modenese** tutor DSA, che vi racconterà concretamente le esperienze che fanno gli educatori con i bambini che hanno specifici disturbi dell'apprendimento.

Dott.ssa Silvia Modenese

Tutor DSA

Buon giorno, sono Silvia Modenese educatrice della Cooperativa i Confini, sono Tutor DSA, l'intervento è rivolto a spiegare le esperienze che favoriscono l'autonomia dei bambini e dei ragazzi con disturbo dell'apprendimento.

Come introdotto dalla **Dott.ssa Giulia Barbi** si parte da una determinata diagnosi ed è molto importante fare un lavoro di rete. Perché un bambino dovrebbe recarsi a studiare da un tutor DSA? Perché durante l'intervento con il Tutor è possibile creare un tipo di relazione che dà attenzione all'individualità. Il Tutor può diventare un punto di riferimento per docenti e le famiglie e può offrire la possibilità di lavorare sia singolarmente che in gruppi per imparare quello che è l'apprendimento cooperativo in quanto sappiamo che per la motivazione a volte è necessario il supporto di un compagno. Si ribadisce l'importanza di un lavoro di rete, anche il Tutor quindi deve essere informato sulla diagnosi, deve procedere con una adeguata osservazione, per poter anch'esso contribuire ad un progetto individualizzato sul singolo bambino, ricordiamo che ogni bambino è diverso e, prescindere dal tipo di analisi neuropsicologica che viene effettuata, l'osservazione è determinante anche per capire quali siano i punti di forza del bambino su cui lavorare, sono quindi necessari incontri di équipe, supervisione, incontri con i genitori, con i docenti e anche stilare un profilo di fine percorso per vedere quali sono stati i miglioramenti del bambino.

A seguito una breve testimonianza di un bambino a cui è stato chiesto cosa ne pensa del tutor, il bambino risponde: *"il tutor ci aiuta ad imparare mentre a scuola non ci aiuta mai nessuno"* ecco questo per sottolineare quanto sia importante la relazione che si viene ad instaurare con il tutor, che non è la stessa relazione che si instaura a scuola tra insegnante e allievo, ma è una relazione di tipo diverso

dove è necessario dare dei rinforzi positivi al bambino, di farlo sentire a suo agio il più possibile.

Con il fanciullo il Tutor ha un approccio metacognitivo per sensibilizzare l'allievo ad un apprendimento significativo.

Cosa si intende con approccio metacognitivo?

Cercare di rendere il bambino/ragazzo più consapevole possibile dei propri limiti e dei propri punti di forza, far sì che abbiano un apprendimento attivo piuttosto che passivo, essere maggiormente riflessivo in quanto l'apprendimento attivo favorisce l'empowerment quindi il senso di riuscita e la consapevolezza di se stessi. Tutte queste caratteristiche sono necessarie per poter apprendere e per poter individuare quali siano le strategie di apprendimento migliori.

Gli obiettivi dell'apprendimento sono proprio quelli di cercare di comprendere quale sia il proprio stile cognitivo per arrivare a ritagliare un metodo di studio che sia adatto al singolo bambino.

Conoscere i punti di forza e debolezza, cercare di arrivare ad essere i più autonomi possibile in una maniera flessibile, nel senso che in funzione del compito da svolgere verranno utilizzati determinati strumenti più o meno adatti, per questo si parla poi di strumenti compensativi e/o dispensativi che sono descritti in ogni singolo PDP (Piano Didattico personalizzato), che dovrebbe essere redatto in équipe con l'aiuto della psicologa e degli insegnanti.

Quali sono i diversi stili di apprendimento?

- Visivo verbale
- Visivo non verbale
- Uditivo
- Cinestetico cinestetico

Per quanto riguarda l'apprendimento "*visivo verbale*" consiste nella tradizionale letto scrittura. È un tipo di apprendimento che viene meno preferito dai bambini/ragazzi con disturbo dell'apprendimento, mentre sono più portati a preferire un tipo di apprendimento "*visivo non verbale*", ovvero per immagini, disegni,

fotografie, simboli, utilizzo di mappe concettuali, strategie quali l'utilizzo di parole chiave.

Per quanto riguarda lo stile "*uditivo*" è il canale che utilizza l'ascolto, inteso come ascolto in classe durante le lezioni, ma anche durante le discussioni in piccoli gruppi, quindi prestare attenzione, chiedere spiegazioni all'insegnante o la tutor, registrare le lezioni a scuola (più adatto per chi va alle scuole superiori), registrare la propria voce mentre si ripete ad alta voce, o utilizzare software di sintesi vocale, utilizzo degli audiolibri per i testi di narrativa oppure lavorare in coppia con un compagno per confrontarsi sul compito da svolgere.

Per quanto riguarda "*l'apprendimento cinestetico cinestesico*" si basa sulla pratica di attività concrete, come fare esperienza diretta di un problema e quindi cercare di vedere in modo concreto ciò che si sta cercando di apprendere, trasformare in pratica ciò che si deve studiare.

È importante anche suddividere in maniera chiara momenti di pausa dai momenti di lavoro, in modo da rispettare i tempi dei bambini.

Ecco quindi che il metodo di studio è il primo degli strumenti compensativi.

I bambini con DSA prediligono sicuramente gli stili di apprendimento visivo non verbale e cinestetico cinestetico. Gli strumenti compensativi in generale sono tutti quegli strumenti che rendono il percorso agevole per l'espressione delle proprie potenzialità. Nello specifico possono essere l'uso del Personal Computer, del sintetizzatore vocale, piuttosto che la calcolatrice, la tavola pitagorica, una tavola riassuntiva delle forme geometriche, la mappa concettuale o uno schema di sintesi delle regole grammaticali, ovvero tutto ciò che può aiutare il bambino a compensare le sue mancanze per raggiungere in modo maggiormente proficuo i propri obiettivi, superare i propri limiti.

Compito del tuto e degli insegnanti è anche quello di rinforzare e motivare di continuo il bambino, ovvero credere nell'alunno, sostenerlo nei suoi sforzi, rispettare la necessità di tempi più lunghi

e gratificarlo con obiettivi raggiungibili. A volte nelle sedute con il tutor è importante simulare delle interrogazioni o delle verifiche per dare al ragazzo l'idea di poter raggiungere i propri obiettivi ed incrementare il senso di riuscita.

Vorrei concludere questa parte sui DSA con una frase abbastanza conosciuta:

“Se non imparo nel modo in cui tu insegni insegna nel modo in cui io imparo”

Questo per sottolineare quanto sia importante creare dei percorsi individualizzati per il singolo bambino/ragazzo.

Dott. Maurizio Saravalli
Pedagogo Clinico, Reflector®
Moderatore



Prima di dare la parola al nostro secondo esperto vorrei offrire alcuni stimoli allacciandomi al manifesto che presenta questo convegno.

Un manifesto particolare che mi ha suggerito alcune riflessioni che sicuramente

ciascuno di voi elaborerà a proprio modo, in funzione della propria cultura, delle proprie esperienze di vita, ... del proprio modo di intendere la vita.

Il manifesto si presenta, al primo colpo d'occhio, come un grande e maestoso albero, un albero però particolare formato da molteplici mani.

Le mani ... l'unica cosa che ci contraddistingue da tutti gli altri esseri viventi.

Con le mani manipoliamo la materia grezza, realizziamo ciò che la nostra mente è in grado di creare.

Con le mani possiamo costruire, accarezzare, curare, .. uccidere.

Molte mani che si uniscono e che collaborano sono produttrici di grandi eventi ... positivi o negativi che siano.

Per le grandi opere occorrono tante mani che agiscono in modo sinergico, tutte collegate in una rete collaborativa.

Il bambino, soprattutto in questa nostra complessa società odierna, necessita di essere inserito in una rete formata da più mani, ovvero da molteplici competenze in grado di sostenerlo, aiutarlo, incoraggiarlo a diventare uomo o donna domani.

Ma perché necessità di tutto ciò?

Perché dobbiamo sostituirci a ciò che non ha più.

Fino a pochi decenni fa i nostri bambini vivevano e crescevano con modi e ritmi che potevamo definire, forse, più naturali. Negli improvvisati campetti di gioco oratoriali, in strada, nei cortili giocavano, litigavano, tornavano a giocare ... tutto questo, oggi, nel nostro industrializzato e civilizzato paese è una situazione che non esiste più. Ogni bambino è una monade a se, che vive e cresce in ambienti chiusi, quasi asettici, non allenato ad adattarsi alle varie situazioni sociali.

Situazioni che d'altro canto cambiano in continuazione in considerazione del melting pot culturale generatosi con l'immissione nel sistema sociale di un arcobaleno di soggetti provenienti dai più disparati luoghi del mondo.

Dobbiamo aiutare i nostri fanciulli a sostituire quello che abbiamo avuto noi e che non hanno mai avuto loro, anche se sappiamo che quanto noi possiamo offrire loro non compenserà mai le possibilità di "crearsi" un rapporto sociale diretto, fisico, empatico analogo a quello che i sistemi sociali meno complessi sono potenzialmente in grado di dare.

Noi, adulti referenti abbiamo il compito di mettere attorno a loro tante mani che costruiscano una rete relazionale formata da scuola, famiglia, strutture professionali, offerte sportive, culturali, oratoriali.

Dobbiamo offrire a loro stimolanti e positivi modelli di riferimento.

All'apertura di questo nostro momento di confronto accennavo al fatto che la nostra società si evolve a velocità incredibili ma che, al contempo, lascia ai nostri fanciulli sempre meno spazi di libertà,

minori possibilità di gioco libero e creativo, un mondo che inibisce la libera scoperta di ciò che è fondamentale nella vita della persona ovvero, la libera scoperta del Sé corporeo, di ciò che siamo, di come il nostro sé corporeo interagisce con tutti gli altri sé che lo circondano, ovvero di come noi persone comunichiamo con il sistema sociale che ci circonda dal punto di vista fisico ed emotivo relazionale.

I nostri bambini, vedono di molto ridotta anche la possibilità di poter scaricare le loro pulsioni emotive, di metabolizzare i loro vissuti in una commistione di altri vissuti di altri bambini. Bambini chiusi in ambienti controllati costretti a reprimere le loro necessità di scoperta, necessità che, a volte si esprimono in modi che noi adulti referenti non accettiamo e, per tanto, tendiamo ad reprimere aggiungendo repressione a repressione, cercando di ingabbiare il fanciullo in una rete di regole spesso a lui incomprensibili.

La psicomotricista, oggi presente a questo momento informativo e formativo, cercherà di farci comprendere come il corpo di un bambino sano, traboccante di voglia di vivere e scoprire il mondo, sia legato ad una psiche.

Una psiche che nutrita da una esperienza di se e del sé gli permette di mediare le esperienze che avrà con il mondo.

Dott.ssa Alessandra Boni
Psicomotricista
Dott.sa Scienze e Tecniche Psicologiche

Buon giorno a tutti, sono Alessandra Boni, Psicomotricista . Oggi vi parlerò di quelli che sono i linguaggi corporei correlati a ciò che chiamiamo “disattenzione e iperattività”, a partire dai bambini piccoli, dell’età di circa 18 mesi a crescere sino ad un’età di 12 anni. A seguire vi propongo alcuni spunti di riflessione ... ma partiamo da questa domanda: *“l’iperattività, la disattenzione”* che spesso i genitori descrivono con queste frasi:

- Difficoltà a prestare attenzione per un periodo prolungato ad un’attività.
- Eccessivo movimento a volte incontrollabile
- Incapacità di riflettere prima di dare delle risposte (impulsività)
- Non ascolta ciò che gli si dice
- Non termina le attività
- Passa velocemente tra diversi giochi senza giocare
- Evita attività richiedenti impegno mentale sostenuto (puzzle, giochi cognitivi, ecc.)
- Difficoltà di organizzazione
- Difficoltà a posticipare la gratificazione (vuole avere tutto e subito)
- Reazioni emotive sregolate

Tutto questo , è patologia?? ... O possiamo pensare che nel bambino, a partire dalla tenera età, ci siano dei bisogni che muovono di più i nostri bambini e quindi dobbiamo essere noi adulti pronti a sostenerli e a favorirli??
Ebbene, non è sempre patologia ...

Partiamo dal bambino di 18 mesi sino al bambino di 3 anni per capire, a livello della psiche cosa c’è che cambia e perché il corpo si muove così tanto. Innanzi tutto i bambini a questa età hanno un

bisogno immenso di esplorare, scoprire, conoscere. Ricercano delle eccitazioni sensoriali ed emotive, nel senso che qualunque stimolo noi gli proponiamo viene accolto come se fosse la cosa più bella di questo mondo perché non lo hanno mai visto, non lo hanno mai scoperto prima, quindi siamo noi adulti a favorire in loro questa esplorazione. Con i 3 anni si parla del periodo dell'acrobata, chi si ferma è perduto. Chi ha un bambino di questa età da accudire (genitori, maestre, nonni), sanno che a questa età il bambino non stima il pericolo, si lanciano, non si controllano, corrono da tutte le parti, non stanno fermi un secondo.

A cosa dobbiamo stare attenti noi adulti, sapendo che tutto questo è fisiologico, normale, ed è giusto che sia così. Dobbiamo prestare attenzione alla quantità ed alla qualità della stimolazione, non rovesciamo tutti i giochi in una volta ai nostri bambini, non lasciamoli con ventimila stimoli di fronte, ma aiutiamoli a selezionarne qualcuno ed insieme a loro giochiamoci, facendogli vedere molti modi di giocare con lo stesso gioco, aiutiamolo quindi nell'esplorazione dei modi di utilizzo di un gioco. Non facciamo richieste sproporzionate, non pretendiamo che se il nostro bimbo ci accompagna al supermercato o al ristorante abbia i nostri tempi di attesa e di attenzione, dobbiamo essere noi a ricordarci che i nostri bimbi hanno delle necessità. I bambini corrono, hanno voglia di scoprire il mondo, adeguiamo le nostre richieste, cosa possiamo fare? ... offriamo loro la possibilità di scaricare fisiologicamente questa loro eccitazione, portiamoli in mezzo alla natura; se vogliamo uscire a pranzo portiamoli in un agriturismo in modo che tra una portata e l'altra possiamo offrire loro un po' di stimolazioni sane, favoriamo la manipolazione di oggetti, lasciamogli a disposizione materiali come acqua farina, qualcosa che possa favorire la creatività. L'investire nella creatività aiuta tantissimo. Ma soprattutto giochiamo con loro, meno tempo giochiamo con loro maggiore la loro eccitazione è da imputarsi a forme di richiamo verso di noi.

Anche solo mezz'ora al giorno in un rapporto ove anche noi ci divertiamo con loro, creiamo una solida "relazione", ricordate che questo convegno parla di relazioni che aiutano, ricordiamo altresì che, prima dei professionisti i genitori sono il primo sostegno dei loro bimbi.

Non rimproveriamoli in continuazione ma chiediamoci come mai in un dato momento sia così agitato, facciamoci sempre qualche domanda in più, siamo maggiormente accoglienti verso di loro e delle loro necessità.

Dai 3 ai 6 anni c'è un cambiamento psichico pazzesco.

A partire dai 3 anni i bambini iniziano a verbalizzare con un esplosione vera e propria del vocabolario, tantissime parole nuove per definire quello che vedono e che sentono, cosa che già di per sé disorienta. A questa età iniziano ad adeguarsi alle prime regole sociali, soprattutto se passano da un ambiente "casa", bello, ovattato, assecondante, ad un ambiente "scolastico" dove ci sono dei tempi, dei ritmi, dei rituali, delle regole che li aiutano tantissimo ad organizzarsi e strutturarsi ma che richiedono tempi di adeguamento...anche questo tende ad aumentare il disorientamento del bambino che lo esprime attraverso il corpo.

Verso i 4 anni abbiamo un cambiamento di relazione con i genitori, le bambine iniziano ad indentificarsi con la mamma e i bambini con i papà, questo comporta un cambiamento all'interno delle loro emozioni e dei loro affetti, del loro modo di vivere le relazioni con gli altri questo, sommato alle scoperte fatte in quest'età, agli stimoli che noi gli diamo, le attività extra famigliari che iniziano a praticare (ex sport), agita il bimbo.

Verso i 5 anni i bambini cambiano le modalità di apprendimento, negli asili le maestre iniziano, sempre più precocemente ad avviare i fanciulli alla letto scrittura, quindi presentano le prime letterine, i primi fonemi, quindi i giochi che stimolano l'apprendimento. Ma tutto ciò stimola, i bambini arrivano pronti alla scuola elementare, con la voglia di imparare e questa è la cosa importante. Nella fase

dei 5/6 anni dobbiamo stare attenti ad una cosa estremamente importante, molto spesso ragionano come fossero dei bambini già grandi di conseguenza da loro ci aspettiamo molto, dimenticandoci che hanno solo 5/6 anni e che sono appena usciti da una fase complessa della vita, ... quindi attenzione a non avere eccessive pretese, adeguiamole alle loro vere competenze possedute.

Attenzione ai vari campanelli d'allarme:

- Difficoltà a sostenere la frustrazione, non sempre il tutto e subito è funzionale (loro chiedono noi diamo), aiutiamoli a desiderare, ad aspettare, ricordiamo che siamo noi adulti di riferimento i primi a dare l'esempio in merito.
- Timore nello stringere nuove relazioni.
- Difficoltà a passare da un contesto all'altro, cerchiamo di essere di loro sostegno tenendo presente che ogni persona ha i suoi ritmi ed i suoi tempi, incoraggiamoli senza forzarli o buttarli allo sbaraglio. Gratifichiamoli per i risultati raggiunti, "perdiamo" un po' di tempo per osservare ciò che fanno e far vedere che li stiamo osservando ed apprezziamo ciò che fanno. Se richiediamo da loro maggiore tranquillità, mostriamo a loro maggiore tranquillità, se alzano la voce, abbassiamo la voce, cerchiamo di essere uno specchio che riflette in positivo ciò che loro fanno.

Dai 7 ai 12 anni comincia uno spartiacque maggiore su disattenzione e iperattività. Abbiamo una agitazione fisiologica maggiore, legata alle richieste scolastiche che aumentano. L'agitazione passa a volte attraverso l'aggressività verbale (parolacce e toni non idonei), o con mancanza di concentrazione con difficoltà d'apprendere, specie se sono bambini che tendono ad evitare o abbandonare di fronte alla difficoltà, in questo caso possono passare per bambini con problemi di apprendimento. Prestiamo attenzione in questa fase a ciò che ci dicono le insegnanti, che sono un grosso spartiacque tra ciò che è normale (la normale difficoltà che tutti possono evidenziare in un

certo momento) e il campanello d'allarme che può indicare problematiche più serie.

Portiamo attenzione a ciò che ci dice il bambino, chiediamogli di parlare di come si trova a scuola, di quali siano le difficoltà. Cerchiamo di capire se ci sono cose che lo preoccupano o se oggettivamente fa più fatica in qualcosa di specifico.

Cosa possiamo fare?

Più sono grandi e più abbiamo a disposizione strategie, che possano permettere loro di incanalare energie, lo sport ad esempio è molto importante per loro.

- Favoriamo più pause nella giornata durante i compiti.
- Favoriamo il lavoro di gruppo.
- Proponiamo attività piacevoli come incentivo (dai fai i compiti che poi andiamo ..., facciamo ...).
- Aiutiamoli ad organizzarsi, a crescere, rinforziamo positivamente i loro comportamenti con delle gratificazioni.
- Trasformiamo in gioco quello che preoccupa molto i bambini, come ad esempio la correzione dei compiti, cercando di sdrammatizzare la cosa e lasciando la parte dell'insegnamento all'insegnante.
- Favoriamo i loro racconti di quello che vivono e di quello che emotivamente sentono e rassicuriamoli.

Quando si parla di patologia?

Quando disattenzione, impulsività e iperattività sono presenti in ogni contesto di vita del bambino: casa, famiglia, scuola, amici, sport, ovunque. Quando provocano un calo dell'apprendimento scolastico.

Quando mettono in difficoltà il bambino nelle relazioni sociali, ecco l'importanza dell'allenarsi, noi adulti, ad ascoltarli. Quando sorgono queste problematiche loro lo dicono, i miei amici mi allontanano non mi vogliono perché disturbo troppo.

Due precisazioni al fatto che non vi ho mai parlato di ADHD (iperattività con disturbo dell'attenzione). Quanto detto fino ad ora tratta di bambini in normale fase di crescita, con problemi che prima o poi attanagliano tutti o quasi in alcune fasi evolutive, l'ADHD non è fisiologico ma patologico, non è da imputarsi ad una errata forma educativa da parte dei genitori o di chi di lui si occupa. Non riguarda neppure una potenziale cattiveria del bambino.

È un disturbo che c'è e rimane, può essere aiutato a contenerlo ma il problema rimane nel tempo, mentre l'iperattività, ma meglio dire la vivacità precedentemente accennata è fisiologica e tocca, in misure diverse tutti i bambini, è naturale ed è da sfruttare perché risponde a dei bisogni psichici che si esprimono attraverso il corpo.

Per chi è interessato a questi argomenti consiglio questo libro:

"No No e NO, capire e gestire le reazioni emotive dei bambini e le dinamiche familiari",

casa editrice RED, libro interessante in quanto offre dei suggerimenti pratici circa alcune modalità per aiutare i nostri bambini, come dare loro rinforzi positivi.

Grazie dell'ascolto

Dott. Maurizio Saravalli
Pedagogista Clinico, Reflector®
Introduzione



Riprendo una frase detta poco fa dalla Dottoressa Boni in merito all'aiutare il bambino a concentrarsi sul gioco, ad entrare in profondità del gioco stesso, cercare di comprendere in quanti modi diversi quel gioco può

essere usato, indagato, manipolato, plasmato. Cerchiamo di evitare una sovrabbondanza di giochi.

La sovrabbondanza di stimoli precostruiti e prefinalizzati impedisce loro di sforzare la funzione investigativa, il bambino rimane a livello superficiale, piuttosto di forzare la fantasia salta da un gioco all'altro, da uno stimolo all'altro, senza entrare in profondità, senza forzare se stesso a vedere e provare a manipolare il gioco per crearne di nuovi

Non molti decenni fa la disponibilità di oggetti ludici precostruiti per i bambini era molto più parca e, per alcuni non benestanti, la disponibilità di un nuovo gioco era quasi un lusso. La carenza di "giocattoli" costringe a giocare con l'unico gioco sempre a disposizione ... la propria mente.

La necessità di "costruire" un giocattolo, che fosse una fionda per non dire, un arco, un carrettino, una bambola, una casa per le bambole, obbligava il/la bambino/a a fare una "progettazione" della costruzione del nuovo gioco, a cui seguiva una ricerca del materiale

necessario alla sua produzione, a cui seguiva la manualizzazione del progetto, ovvero l'adattamento di quel materiale primario e grezzo in funzione delle varie necessità, a cui seguiva l'assemblaggio.

Tornando al volantino che pubblicizza questo evento voglio mettere in evidenza un'altra immagine altamente simbolica ... l'albero.

L'albero lo possiamo pensare come l'allegoria della vita umana. Ci sono alberi bonsai o enormi sequoie, alberi dalle foglie caduche e alberi sempreverdi, alberi dai frutti saporiti e nutrienti e alberi dai frutti venefici. Come gli alberi ognuno di noi è diverso, ognuno di noi si nutre in una terra diversa, in una cultura diversa, con un corpo e una psiche diversa.

Le radici rappresentano la nostra fonte culturale

- Le radici nutrono la pianta
 - o che, nel suo ciclo vitale darà dei frutti
 - che, nel caso del genere umano sono i nostri figli domani.

Compito, del mio ruolo di pedagogo, è di andare oltre la visione del bambino portatomi dal genitore per un potenziale aiuto, ma di vedere in esso un futuro uomo o donna, caratterizzato da requisiti positivi come affidabilità, coerenza, capacità di essere a sua volta soggetto capace di educare una prole, gestire un lavoro, essere marito/moglie dotato di equilibrio, ovvero essere soggetto sociale.

Il nostro mondo non vede chi è o cosa fa il fanciullo, stessa cosa dicasi per l'adulto, il mondo vede "come lo facciamo", ed è quel modo di fare le cose che socialmente ci caratterizza.

Non importa se il risultato è buono o non buono ma il "come" lo abbiamo fatto imprimerà negli altri un'idea, spesso indelebile, positiva o negativa di noi.

Ricordo un bambino in studio caratterizzato da una intensa ipercinesia, ogni attività che io gli proponessi veniva eseguita con movimenti frenetici, non controllati, anche di quelle parti del corpo

non interessate all'attività stessa, (costruzione, disegno, scrittura, ecc.), è l'unico bambino che io conosca in grado di giocare alla perfezione a shangai, il classico gioco fatto con sottili bastoncini da togliere senza muovere assolutamente quelli sottostanti o a fianco, muovendosi in continuazione attorno al tavolo con al contempo il controllo assoluto degli arti superiori. Aveva trovato un modo suo personale per incanalare la concentrazione necessaria a svolgere un compito mentre tutto il resto del corpo rimaneva in fibrillazione, ovviamente inserito in un ambiente classe quel bambino diventava immediatamente un soggetto problematico, anche se aveva dimostrato di essere in grado di gestire una parte di se.

Forse il compito più complesso, ma di maggior importanza, era proprio quello di aiutare il bambino, in tutte le situazioni di vita, familiari, scolastiche, ludiche, ecc., ad apprendere come gestire al meglio il proprio sistema comportamentale in funzione dell'esigenza sociale.

Il prossimo professionista, il Neuro psichiatra infantile Dott. Davide Bertoni ci parlerà proprio della situazione in cui dalla naturale vivacità si passa ad un deficit di controllo comportamentale patologico ed estremamente problematico.

Dott. Davide Bertoni
Neuropsichiatra infantile

Il mio intervento vuol essere una continuazione di quanto detto dalla Dott.ssa Alessandra Boni, Psicomotricista, ma da un punto di vista un po' più clinico, più medico.

La dottoressa parlava di una fase evolutiva, che anche se in apparenza a volte problematica è comunque sostanzialmente fisiologica ora, nel mio intervento parleremo di quelle problematiche che invece si evidenziano come una parte patologica del problema, cioè del disturbo.

Mi sentirete parlare di ADHD, di DAI, di DOM, ovvero di una serie di acronimi che identificano tutte dei "disturbi".

Con ADHD e DAI si identificano l'iperattività con disturbo dell'attenzione, è questo un disturbo evolutivo dell'autocontrollo, di origine neurobiologica che interferisce con il normale svolgimento delle comuni attività quotidiane, interferisce in modo significativo in tutti i contesti di vita del fanciullo, scuola, momenti ludici con i compagni, vita in famiglia, in generale inserirsi in modo equilibrato nella società. Il fatto che sia un disturbo di tipo neurobiologico viene attestato da evidenze genetiche e radiologiche, che mettono in evidenza come la massa cerebrale non funzioni in modo corretto, a livello della corteccia prefrontale ed a livello dei nuclei della base.

Non sempre quelli che pensiamo siano ADHD hanno un disturbo, ma il disturbo esiste e ha bisogno di un trattamento specifico.

L'ADHD si caratterizza per la presenza di tre gruppi fondamentali di sintomi:

- **Disattenzione**, ovvero l'incapacità di mantenere per un periodo sufficientemente prolungato l'attenzione su un compito (valutazione quantitativa e qualitativa).
- **Iperattività**, intesa come una eccessiva ed inadeguata attività motoria (valutazione quantitativa e qualitativa).

- **Impulsività**, intesa come incapacità a inibire dei comportamenti che in quel momento risultano non adeguati.

Ci sono degli equivoci abbastanza frequenti:

- Il bambino ADHD non riesce a prestare attenzione a nulla, non è vero, il bambino ADHD non riesce a prestare attenzione in molti contesti, la motivazione incide moltissimo sull'attenzione.
- Non è dispettoso, non è oppositivo tutte le volte che gli si propone qualcosa, ma è l'insorgere di una reazione dovuta ai sintomi precedentemente accennati.
- Non è maleducato, ovvero il suo comportamento non è dovuto all'educazione ricevuta.
- Non è vero che scompare con l'avanzare dell'età, ...si trasforma, si regola, si gestisce meglio, ma è difficile che un bambino ADHD possa diventare un adulto perfettamente posato, emotivamente gestibile in ogni situazione

Molti sono i fattori che possono influenzare le prestazioni:

- Il particolare momento della giornata, la fatica accumulata. Le maestre questo lo fanno molto bene, vi sono bambini che le prime ore della mattina lavorano benissimo, le ultime ore diventano ingestibili
- L'incremento della difficoltà del compito, più e necessario un rapporto attento, più il deficit di attenzione si fa sentire
- I vincoli posti al bambino, maggiori sono le regole imposte maggiore è la difficoltà di gestione comportamentale (ex rimanere seduto per ore in classe prestando attenzione a quanto proposto dall'insegnante).
- Il livello di stimolazione all'interno del setting.
- La presenza di rinforzi o punizioni associate al compito.
- La presenza di un supervisore, ovvero di un soggetto di supporto che riesce ad indirizzare/contenere l'attenzione nei confronti del compito.

Abbiamo detto che l'iperattività motoria, l'impulsività e l'attenzione è la triade che contraddistingue il bambino ragazzo affetto da ADHD, ma queste tre grosse difficoltà, a loro volta ne generano altre che sono decisamente più importanti e preoccupanti che sono:

1. Le difficoltà relazionali
 2. La bassa autostima
 3. Le difficoltà scolastiche
 4. Le comorbidità (*presenza contemporanea di altre situazioni patologiche aggiuntive*), le ricerche fatte sino ad oggi dicono che l'ADHD è in comorbidità con qualche altra patologia nel 90% dei casi
- **Difficoltà relazionali** si parla di emarginazione del soggetto affetto da ADHD da parte dei propri compagni, dopo un po' i coetanei di questi bambini/ragazzi li escludono non li vogliono più come compagni di giochi o di studio, in quanto incapaci di stare ai tempi della relazione, non riescono a rispettare i turni, a prestare attenzione ed ascolto per tempi adeguati, non riescono a partecipare ad un gioco strutturato, sono incapaci di cogliere indici sociali non verbali, ovvero la disattenzione e l'impulsività non permette questi bimbi di soffermarsi a quegli aspetti comunicativi che tendono ad esprimere senza parole degli stati emotivi per cui scarse amicizie, tendenza all'isolamento, rapporto con bambini più piccoli o più instabili.
 - **Scarsa autostima**, demoralizzazione scarsa fiducia in se stessi, solitudine, sensazione di abbandono, inadeguatezza per rimproveri, rifiuti sociali, insuccessi scolastici, sportivi con conseguenti rischi di disturbi depressivi, ansiosi e comportamentali. Sono questi bambini che durante la giornata ricevono decine di rimproveri, che spesso vanno incontro ad una carriera scolastica quanto meno problematica. Un altissimo numero di questi studenti necessita di un programma di sostegno, molti di questi ripetono almeno un anno scolastico

alcuni non riescono a completare la scuola superiore con percentuali piuttosto alte

- **Comorbidità**, come precedentemente accennato, un'altissima percentuale di Bambini affetti da ADHD presentano altri disturbi correlati come il disturbo oppositivo provocatorio, il disturbo della condotta, il disturbo d'ansia e il disturbo dell'umore (depressione). Di fronte ad un bambino che evidenzia un siffatto quadro clinico, possiamo avere un disturbo simile, ad esempio il disturbo da deficit dell'attenzione è molto simile, per alcuni aspetti, al disturbo oppositivo provocatorio o al disturbo della condotta, ma può essere un disturbo con dei sintomi simili. Nei bambini il disturbo d'ansia, disturbo da depressione, il disturbo da apprendimento possono manifestarsi con iperattività e disattenzione diventa quindi complesso fare una distinzione.
- **Disturbo oppositivo provocatorio**: caratterizzato da un comportamento provocatorio, negativista e ostile. Collera, litigiosità, sfida, provocazione ... è questo un bambino che si arrabbia spessissimo, litiga con gli adulti ponendosi alla pari, spesso sfida e non rispetta le regole, irrita deliberatamente le persone, accusa gli altri per i propri errori, è suscettibile, è irritato dagli altri, spesso è arrabbiato, dispettoso o vendicativo.
- **Disturbo della condotta**: sto parlando di una escalation, è caratterizzato da una tendenza stabile, alla violazione delle regole, dei diritti altrui, non più in forma di rabbia inespressa ma aggressione aperta a persone, animali, distruzione di proprietà, frode, furto. In generale si tende a considerare il disturbo della condotta come una evoluzione adulta e aggravata del disturbo oppositivo provocatorio.

Quanto detto sino ad ora identifica i sintomi generali che caratterizzano sia l'ADHD che il disturbo oppositivo provocatorio, sono sintomi che vanno valutati attentamente sia in termini di qualità che di quantità. Sono sintomi che devono essere presenti per tempi lunghi, in modo costante, essere parte integrante delle

caratteristiche del nostro paziente ed essere presenti in tutti i contesti di vita del nostro paziente.

- ***Disturbo antisociale di personalità***: evoluzione in età adulta del disturbo della condotta che si manifesta dopo i 15 anni e che vede le nostre carceri piuttosto ricche di queste personalità.

Se mediante un lavoro sinergico che comprendesse la collaborazione di professionisti, genitori, insegnanti e tutti gli adulti di riferimento si riuscisse ad alterare in qualche modo la progressione della ADHD prima che diventi un disturbo della condotta o diventi depressione poi probabilmente si riesce ad interrompere il circolo vizioso.

Come dicevo precedentemente l'ADHD cambia con l'età, i momenti importanti sono quelli di transizione sia per il disturbo oppositivo provocatorio sia per il disturbo della condotta, solitamente con l'entrata del bambino alle scuole elementari si assiste ad un'esplosione del problema, dovuto principalmente alle più pressanti richieste in merito a regole e prestazioni richieste in questa scuola rispetto alla precedente materna.

Con il passaggio dalle elementari alle medie si assiste, viceversa, spesso ad un miglioramento, in termini maturativi, probabilmente anche cerebrali, per cui i ragazzi riescono a modulare molto meglio l'iperattività e la disattenzione, l'impulsività rimane probabilmente alta ma in generale in prima media i bambini ADHD funzionano meglio soprattutto se c'è stato un trattamento prima. Diminuisce soprattutto l'iperattività ma iniziano i problemi emotivi, si abbassa il tono dell'umore, si abbassa l'autostima perché c'è una consapevolezza maggiore in merito alle proprie difficoltà.

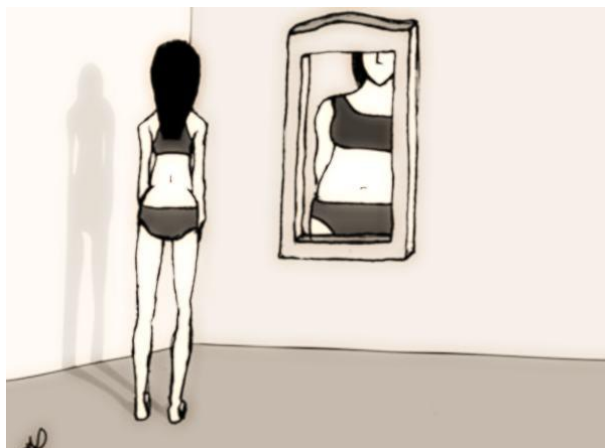
In età adulta permangono segni di difficoltà di organizzazione e pianificazione delle proprie attività.

Cosa possiamo fare:

i bambini con deficit di attenzione hanno principalmente la difficoltà a prevedere le conseguenze del loro comportamento, proprio a causa dell'impulsività, della difficoltà a concentrarsi a fermarsi a pensare e dare una conseguenza rispetto ad un'azione che sono intenzionati a fare o che stanno facendo, a tal riguardo genitori ed insegnanti possono intervenire aiutando in vari modi il bambino a prevedere le conseguenze e gli eventi di queste azioni.

Tanto più è organizzato e strutturato il contesto in cui lavora o vive il bambino, tanto più prevedibile diventa l'ambiente e quindi maggiore sarà la sua capacità di regolazione, non volgiamo dire che sarà più regolato lui diciamo che sarà *"un po' più"* regolato e sarà un po' più facile per lui regolarsi ed organizzarsi

Dott. Maurizio Saravalli
Pedagogista Clinico, Reflector®
Introduzione



Chi siamo, un
corpo o
un'anima?

Il nostro corpo
ci rappresenta
o ci presenta?

Quanti disagi ci
provoca questo
amato odiato
involucro che
trasporta una

mente pensante.

In un mondo ove l'abito fa il monaco il corpo non dice più chi siamo ma cosa siamo.

Su questa parte di noi che non comprendiamo trasferiamo le nostre ansie, le nostre tensioni, le nostre frustrazioni, le nostre aspettative di accettazione sociale.

Ragazzi e ragazze sempre più fragili che vivono il corpo come mediatore del mondo.

Con la Psicologa, Psicoterapeuta Dott.ssa Ilaria Rossi cercheremo di comprendere quanto possa essere difficile il convivere IN e CON questo CORPO, per una ragazza dei nostri giorni.

Dott.ssa Ilaria Rossi
Psicologa, Psicoterapeuta

"IL DESIDERIO DI CONTROLLO FA PERDERE IL CONTROLLO". ADOLESCENZA E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Buonasera, mi chiamo Ilaria Rossi e sono una Psicologa e Psicoterapeuta Familiare.

Nel mio lavoro mi trovo sempre più spesso ad occuparmi di Disturbi del Comportamento Alimentare che, più tipicamente, tendono ad esordire nella fascia d'età della preadolescenza ed adolescenza. Essendo una Terapeuta Familiare, individuo nei genitori ed in generale nei familiari significativi del bambino ed adolescente le risorse indispensabili per poter comprendere e produrre un cambiamento ed in queste situazioni trovo spesso genitori molto spaventati, a volte arrabbiati, praticamente sempre disorientati in merito a quanto e come occorra fare per aiutare il proprio figlio.

L'intento di questo mio breve intervento diviene quindi quello di fornire qualche informazione di base su cosa siano i Disturbi Alimentari (parlerò specificatamente, nell'ambito di questi, dell'Anoressia Restrittiva), su come "funzionino" in termini di substrato emotivo e di personalità dell'adolescente che ne è colpito ed infine su quali strategie relazionali sia bene adottare e quali atteggiamenti sarebbe invece opportuno evitare nell'approcciarsi ad un adolescente con Disturbo Alimentare.

Partiamo da una breve definizione presa dal DSM5, il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali.

"I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale"

Nei paesi industrializzati come l'Italia, 8-10 ragazze su 100 tra i 12 e i 25 anni di età soffrono di disturbi del comportamento alimentare, di queste 1-2 nelle forme più gravi. In Italia fanno tre milioni di persone, e nel 90% dei casi si tratta di donne. L'anoressia oggi colpisce anche i bambini a partire dagli otto anni di età. Una ventina di anni fa questo tipo di disturbi si identificavano con certe classi sociali, quelle medio-alte con buon livello culturale. Attualmente non è più così, il **problema è trasversale**. E anche i pazienti maschi, se prima erano un'assoluta rarità, oggi sono 1 caso su 10.

Proviamo a fare una lettura di alcuni dei molteplici fattori psicologici/sociali e culturali che possono permettere di meglio comprendere come mai questi Disturbi esordiscano tipicamente nel corso dell'Adolescenza.

Per l'adolescente è difficile accettare il proprio corpo che cambia, un corpo che cambia in modi e tempi non previsti, per cui l'adolescente arriva a sentirsi disorientato e "mai a posto" con il proprio corpo. Quindi l'iniziare una dieta, vedendo che il corpo in un qualche modo chiaramente "risponde" (si perde peso), fa sì che l'adolescente viva l'illusione di avere il controllo del proprio corpo, di poterlo in qualche modo padroneggiare e governare.

L'adolescente si confronta con la difficoltà ad affrontare nuove sfide e richieste legate ai più importanti cambiamenti come ad esempio il passaggio dalle scuole medie alle scuole superiori. Questo passaggio, specie per ragazze adolescenti abituate ad avere prestazioni scolastiche molto elevate, espone alcune di esse al vissuto di trovarsi in ambienti eccessivamente richiedenti e competitivi. Il passaggio alle scuole superiori segna spesso una frattura nel generare ansia prestazionale, grande fatica emotiva nell'affrontare le richieste scolastiche e un timore pressoché costante di non riuscire a corrispondere alle altrui aspettative.

Nel corso dell'adolescenza si avvia una presa di distanza dall'ambiente familiare, che viene fortemente criticato e attaccato, passaggio emotivo questo in un certo senso necessario all'adolescente per avviarsi ad un completamento di quel processo

psicologico di separazione-individuazione che gli permetterà di percepirsi fino in fondo come altro dai genitori, quindi un individuo con una propria identità separata e definita. Si tratta tuttavia di un processo estremamente faticoso emotivamente, non solo per i genitori che si confrontano con la progressiva chiusura e reattività del figlio, ma anche per l'adolescente stesso che vive con grande ambivalenza questo passaggio, da un lato rivendicano la propria esigenza di libertà ed autonomia, dall'altro essendone tuttavia molto spaventato, con momenti di grande solitudine emotiva. L'adolescente non si sente "ne carne ne pesce", cerca un'affiliazione totale nel gruppo dei pari che però non sempre risponde positivamente per cui, specie nei momenti di tensione e crisi nelle amicizie o nell'amore, dopo aver già magari da tempo preso le distanze dai genitori, l'adolescente arriva a sentirsi estremamente solo e non sa da che parte volgersi.

Il confronto con gli altri e con quello che sta al di fuori dell'ambito familiare e che assume dimensioni sempre più consistenti in questa fascia di età (tramite Internet, i Social Network, i mezzi di comunicazione di massa..) porta al confronto con stereotipi che associano la bellezza alla magrezza. Modelli culturali che rinforzano quindi l'immagine di un corpo ideale, molto magro e scattante. Le ragazze che magari sono solo leggermente sovrappeso e che fino a quel momento avevano avuto un rapporto prevalentemente sano e positivo con il cibo e con il proprio corpo.. arrivano a non piacersi e, specie se vittime di commenti sul proprio aspetto o di confronti , possono arrivare a sviluppare gradualmente una grande preoccupazione per il proprio peso ed il proprio fisico.

Dal punto di vista medico è caratterizzata da una perdita di almeno il 15-20% del peso standard, conservando la percezione di "essere grassi". Per cui si afferma che la ragazza con anoressia nervosa soffre di una dispercezione dell'immagine corporea, percepita in modo errato.

Vi sono poi importanti conseguenze sul versante medico/organico, una delle più significative delle quali è l'amenorrea ovvero la scomparsa del ciclo mestruale. Altre conseguenze sulla salute sono:

disidratazione, dolori e gonfiore alla pancia, danni ai denti e alla pelle, anemia, stanchezza cronica, grande difficoltà a concentrarsi. La maggior parte dei pensieri ruotano ossessivamente e continuamente intorno al cibo, al controllo delle calorie, al come bruciarle e al controllo del peso, tanto che chi soffre di questo disturbo arriva a pesarsi più e più volte durante il giorno, con un conteggio continuo delle calorie assunte e consumate.

Cerchiamo di capire.. Perché la mente fa questo?

Un Disturbo del Comportamento Alimentare si sviluppa quando, in una condizione di vulnerabilità e fragilità preesistente a livello individuale e/o familiare, intervengono eventi di fronte ai quali la persona non si sente adeguatamente equipaggiata e sente di non possedere adeguate risorse personali e relazionali. Gli eventi che possono segnare l'esordio della malattia possono essere traumatici come lutti, malattie a carico delle persone più significative, maltrattamenti o gravi crisi familiari ma molto più spesso sono eventi comuni come delusioni sentimentali, difficoltà scolastiche o nel rapporto con i compagni di scuola, vissuti tuttavia come traumatici e con una notevole quota di sofferenza e disagio negli adolescenti con questo tratto preesistente di grande fragilità e sensibilità. L'impreparazione a fronteggiare le situazioni problematiche genera, in chi ha questa vulnerabilità, sentimenti di impotenza, inadeguatezza, scarso valore personale, paura di perdere il controllo. Alla domanda martellante: "Che cosa c'è in me che non va?" viene data una risposta chiara e precisa che, spazzando via ogni residuo di critica, ogni obiezione, prende possesso del sé: "Ciò che non va in me è il mio corpo". La dieta e la perdita di peso generano nella fase iniziale risposte sociali positive, nonché un senso di autoefficacia, di controllo, di autonomia e di padronanza mai provato prima. Il pensiero si distoglie dalle situazioni realmente problematiche e si concentra sul peso e sul corpo, fino alla convinzione che il proprio valore e la propria stessa identità personale possano essere sanciti dalla bilancia, dalla taglia degli indumenti o comunque dalla qualità della propria immagine corporea e dalla propria capacità di autocontrollarsi.

L'adolescente sente che il corpo si lascia sottomettere alla propria volontà, e si lascia quindi controllare, come invece non gli è possibile fare con le proprie emozioni, che sfuggono dal suo controllo, così come le relazioni con gli altri per lui significativi.

L'adolescente compie un ulteriore tentativo, che poi sfugge al proprio controllo, per cercare di piacere e di farsi accettare, arrivando poi in realtà a sperimentare una situazione opposta ovvero di isolamento e di ritiro sociale in quanto ripiegato su se stesso e sulla propria ossessione sul cibo, il peso ed il corpo.

Inoltre, pensare al corpo, alle calorie ingerite, al come bruciarle può anche rappresentare il tentativo di distrarsi da pensieri molto più angosciosi.

Vi sono poi tutta una serie di "vantaggi secondari" che tendono a mantenere poi il sintomo e a rafforzarlo, senza che vi sia una consapevolezza al riguardo. Alcuni esempi di vantaggi relazionali secondari all'instaurarsi di un Disturbo Alimentare sono il recuperare, tramite una preoccupazione, una centralità e l'interesse da parte dei genitori e famigliari vissuti come distanti, richiamare un genitore "periferico" (più spesso il padre), permettere ad una coppia genitoriale conflittuale e che magari sta valutando di separarsi di "deporre" le armi per cooperare al fine di aiutare il figlio che quindi avrà meno paura di un divorzio dei genitori, ecc.

Rispetto al funzionamento personale, Sono ragazze iper-diligenti, iper-adequate e perfezioniste. Tendono a conformarsi alle aspettative che gli altri hanno nei loro confronti (spesso non ascoltando i propri bisogni per paura di deludere!). Temono il giudizio.

La matrice del perfezionismo cela un profondo senso di insicurezza e disistima. I risultati eccellenti (nella scuola, nello sport, ecc.) diventano per queste ragazze fondamentali e ci si "giocano la testa". Spesso non accettano di essere "fallibili" e mediocri proprio perché si sentono estremamente difettose e la prestazione eccellente contiene la loro ansia e tampona il loro senso profondo di disvalore.

Si tratta di un modo di "essere nel Mondo e nelle relazioni con l'Altro" estremamente faticoso e se i fattori di stress (emotivi, in termini di richieste poste, ecc.) diventano troppi, il Mondo diventa

qualcosa di spaventoso e angosciante che sfugge al proprio bisogno di iper controllo.

La dieta quindi, come già detto, quindi lo spostamento del perfezionismo su un obiettivo molto concreto e circoscritto, ed i conseguenti risultati raggiunti, hanno un immediato effetto di contenimento della depressione e dell'ansia associate a questo "sentire un difetto in sè stesse" che si cela sempre dietro l'insorgenza di un Disturbo Alimentare.

Mara Selvini Palazzoli, una delle fondatrici della Terapia Familiare in Italia, ha usato il termine "artiglio stenico" per parlare della estrema forza e oppositività con cui le ragazze anoressiche si aggrappano al proprio sintomo, proprio in quanto vissuto da loro come unico elemento di forza, resistenza, controllo a fronte di questo senso profondo di disistima e disvalore.

Proprio per questo motivo, ogni volta queste ragazze individuano un obiettivo di peso che credono che farà sì che loro finalmente potranno piacersi e stare bene con gli altri. Essendo però in realtà interno il nucleo di insicurezza, è un obiettivo di peso che non basta mai e che viene sempre rigiocato al ribasso, con conseguenze sempre più gravi sia sul piano fisico che emotivo. Queste ragazze, che speravano di poter arrivare a sentirsi più sicure di loro stesse e più forti, si ritrovano ad essere sempre più stremate, depresse, sole e ritirate dalla vita reale. La necessità di controllo diventa discontrollo.

Di seguito vi leggo lo stralcio di un libro, scritto da una ragazza che per quattordici anni ha sofferto prima di anoressia restrittiva e poi bulimia nervosa, che è un altro disturbo alimentare caratterizzato da abbuffate seguite da condotte compensative (principalmente vomito). La ragazza ha descritto molto bene il vissuto interno che si cela dietro alla difesa anoressica:

“è proprio dalla paura che nasce il bisogno di controllo, da un profondo senso di insicurezza che ci fa temere di non essere all'altezza delle situazioni e di potere improvvisamente perdere l'altro. Il controllo ossessivo sul cibo, sul corpo e poi su tutto il proprio ambiente circostante fisico e mentale è un meccanismo di difesa che si instaura col tempo, inconsapevolmente, come se fosse

una corazza fatta di schemi e rigidità utile a tenere sotto controllo l'ansia scatenata inevitabilmente da tutte quelle emozioni che ognuno di noi vive come pericolose, in realtà quelle che noi riteniamo pericoloso e spaventoso è ciò che non possiamo controllare. A me serviva almeno illudermi di poter controllare almeno il cibo, era importante pensare di avere il potere almeno su un panino, una brioches o un gelato, sentirmi forte, più forte di loro, perché resistevo alla voglia di mangiarli. Nonostante l'enorme sofferenza che tutto questo mi provocava era meno spaventoso di dover affrontare le mie reali paure. Ma poi, quella che sembrava essere una corazza utile e protettiva diventa una gabbia soffocante dalla quale abbiamo paura di uscire.”

Che cosa fare?

Alcune indicazioni di massima.

- Considerare che il sintomo, per quanto disfunzionale e patologico, rappresenta comunque una strategia difensiva. Per cui, entrare come si suol dire, a gamba tesa sul sintomo, con imposizioni sul cibo, con controlli pressanti con la bilancia non può che far sì che le difese emotive della ragazza aumentino maggiormente, ovvero che la ragazza si barrichi ancor di più in se stessa.
- Non liquidare le richieste di una dieta, se c'è un adolescente che non si piace e non accetta il proprio corpo, tenere presente che liquidare velocemente la richiesta di una dieta può rappresentare un errore perché questo adolescente potrebbe scegliere, come spesso succede, una modalità autogestita di selezione e gestione degli alimenti, quindi molto più facilmente potrebbe sfuggirle il controllo, soprattutto se si confronta con altre ragazze che stanno facendo la stessa cosa. Chiaramente è una richiesta che va discussa, analizzata, approfondita in collaborazione con il pediatra se non il medico di fiducia, dietista, ecc. Però liquidarla, senza nemmeno ascoltare cosa ci sta dietro una simile richiesta, in termini di insicurezza, può rappresentare un errore.
- Come dicevamo attaccare il sintomo con imposizioni sul cibo, considerando che il nucleo centrale di questi disturbi è un nucleo

di controllo, pensando di battere la ragazza in una partita sul controllo, è una battaglia persa in partenza. Si può iniziare ad entrare con delle contrattazioni ma mai con delle imposizioni.

- Evitare di sgridare e punire, evitare di parlare di delusione, tenere sempre presente che si tratta di un disturbo mentale rispetto al quale l'adolescente in quel momento non riesce a fare altrimenti.

Personalmente uso spesso questa metafora: *pensate a queste ragazze come se si trovassero in un oceano senza saper nuotare*. Qualcosa che noi vediamo come solamente distruttivo, il sintomo, per loro rappresenta una sorta di salvagente. Il salvagente non le porterà a riva, non insegnerà a loro a nuotare, non le salverà ... anzi, ma se noi pensiamo di andare lì e di strappare con forza e con rabbia il salvagente loro ci si attaccheranno con ancora più forza e determinazione, quindi vanno accompagnate in un processo di guarigione ove, prima di tutto devono sentire che la relazione con i propri famigliari è al sicuro, che l'affetto nei loro confronti non cambia. Questo significa che dobbiamo comunque cercare di farle stare a quelle che sono le indicazioni del medico, però non associando mai questo alla possibilità che loro possano sentire che quello che rischia di saltare è la relazione che abbiamo con loro perché siamo troppo arrabbiati o, peggio ancora, delusi.

- Non parlare solo di cibo, corpo e peso, portare la discussione anche e soprattutto su altri contenuti: com'è andata a scuola, come stanno le cose con i tuoi amici, cosa guardiamo per TV, altrimenti se con il genitore si parla continuamente di cosa mangi, di come mangi, di quanto sei dimagrito, non si fa che alimentare il potere del sintomo in quanto centra anch'esso tutta la relazione su queste tematiche.

Chiaramente è fondamentale rivolgersi ad uno specialista quando si avvertono segnali di gravità come rigidità e drasticità nel cambio di regime alimentare, condotte compensatorie come ad esempio un aumento eccessivo dell'attività fisica, piuttosto che vomito

autoindotto, eccessiva fissazione su corpo e peso, ritiro sociale, cambio dell'umore (spesso si notano comorbilità con stati depressivi), conseguenze mediche importanti come la scomparsa del ciclo mestruale.

A seguito vi do l'indicazione di alcune letture utili ad approfondire l'argomento:

- La paura di essere brutti
- Sos anoressia
- Chiara Sole "anoressia e bulimia esperienza di vita e di morte"

Dott. Maurizio Saravalli
Pedagogista Clinico, Reflector®
Introduzione

Una riflessione prima di introdurre il prossimo professionista.
A seguito dell'intervento della Dott.ssa Ilaria Rossi mi sovviene una domanda,

“ma noi ci alimentiamo o ci nutriamo?”

L'oggetto che tengo ora nelle mie mani è un piccolo gioiello della tecnica moderna, un registratore digitale, l'alimentazione se ne è andata, purtroppo le pile sono scariche, dobbiamo trovare un altro modo per alimentarlo.

Quando noi ci nutriamo non operiamo solo una “alimentazione” del nostro corpo, ovvero una semplice fornitura di sostanze atte al mantenimento in vita del nostro sistema biologico.

La Dott.ssa Rossi ha precedentemente accennato allo stato di disagio che molte ragazze percepiscono nel vivere in un corpo esteticamente non accettato, soprattutto a se stesse, in un mondo ove i canoni di bellezza sembrano codificati da mass media e social network ma, quello della alimentazione è un problema che va oltre i canoni della bellezza estetica, permeano ogni poro della nostra cultura sociale. Altro ambito ove l'alimentazione mette in evidenza tutti i suoi risvolti problematici è quello sportivo, il luogo ove il cibo si trasforma in prestazione e dove la prestazione “è” l'immagine di se e del Sè.

In tre lustri di pratica ed insegnamento di attività tecnico motorie ho assistito alle più svariate pratiche alimentari. Diete improbabili, fantasiose, spesso altamente nocive, tutto per il raggiungimento di una qualifica agonistica o, semplicemente, come nel caso di ragazze e ragazzi con una fragile percezione di se, per l'acquisizione di qualche centimetro in più di “estetica” massa muscolare.

Si tenga presente che il mondo dello sport è costituito da un 0.1% di atleti professionisti appartenenti a società sportive professionistiche che, al loro interno, hanno la possibilità di consulenze

personalizzate da parte di varie figure professionali (medici, dietisti, psicologi, fisioterapisti, ecc.) e da un 99,9% di sportivi di livello amatoriale, anche se agonistico, che non hanno alcun sostegno professionale e che, il più delle volte, agiscono sulla salute della propria persona con una più o meno valida cultura formata da autodidatta, ... con tutti i rischi che ne conseguono.

Alimentarsi è una cosa, nutrirsi è un'altra.

Ci si nutre a tavola, tutti assieme, parlando commentando e, perché no, a volte brontolando.

È a tavola dove avvengono i più profondi scambi emotivi, dove dovremmo fare quanto precedentemente raccomandato dai colleghi, ovvero ci rapportarci con i nostri figli.

È durante il pasto che il genitore accorto si accorge, tra un mugugno e una risposta monosillabica, se qualcosa non va nella vita del figlio. Se noi non **“viviamo”** assieme, non possiamo accorgerci quando qualcosa differisce dal normale, dal quotidiano.

Purtroppo oggi è sempre meno facile riuscire ad avere durante la giornata questi tre importanti momenti di convivialità, colazione, pranzo e cena, di conseguenza si è perso il nutrimento ed è rimasta l'alimentazione, se a questo sommiamo il fatto che oggi la cosa più importante è il come ci presentiamo e non il cosa siamo, ancor meglio il chi siamo, possiamo comprendere come insidioso sia il futuro dei nostri figli, sempre più fragili, sempre più in balia del momento.

Prima di presentare l'ultimo intervento vorrei proporre al pubblico un libro, di facile lettura ma, a mio avviso, pregno di significati educativi:

- *Avere o Essere* (E. Fromm)

Un libro che ci spiega la differenza tra *avere* una qualifica, un diploma, una ricchezza, una carica o un incarico e *essere* persona, con i nostri sogni, i nostri progetti, le nostre emozioni.

La collega che segue, La Dott.ssa Giulia Benatti ci parlerà di nutrimento ovvero di cibo che non solo alimenta il corpo ma nutre la persona intesa come corpo emotivo

Dott.ssa Giulia Benatti

Dietista

Buona pomeriggio il mio compito è quello di far comprendere alla platea come il lavoro di dietista si inserisca in un percorso di crescita della persona dall'infanzia sino all'adolescenza. Non parleremo semplicemente di calorie, dieta e bilancia ma di qualcosina in più.

Le principali motivazioni per le quali ci si rivolge ad una dietista in un percorso di crescita sono per il sovrappeso, obesità disturbi del comportamento alimentare (principalmente anoressia e bulimia), problemi di sottopeso, allergie, alimentazione selettiva.

Il ruolo della dietista riguardo al paziente che sia bambino, adolescente o adulto principalmente riguarda le sue potenzialità quindi, al di là della sua figura, al di là del suo peso deve individuare le sue potenzialità, deve orientarle, sostenerle e cercare di svilupparle. Deve promuovere degli atteggiamenti attivi, propositivi e deve soprattutto stimolare la sua capacità di scelta, è quindi necessario che si venga ad instaurare una relazione di collaborazione e di fiducia.

La dietista non deve essere giudicante, insisto su questo termine in quanto spesso l'inizio di un percorso con una dietista mette un po' paura perché si crede che sia tutto incentrato sul peso e sul risultato inteso come riduzione di Kilogrammi, in realtà è un rapporto che va oltre a questo.

La dietista deve avere un interesse genuino ed accogliere le ansie, le ossessioni e le mis-interpretazioni. Per mis-interpretazioni si intendono solitamente quelle sul risultato, l'esempio ce lo ha proposto la Dott.ssa Rossi prima quando accennava alla ragazza adolescente che pensa che con una riduzione di peso porterà il ragazzo ad avere un atteggiamento diverso nei suoi confronti, quindi per mis-interpretazioni si intendono tutte quelle aspettative che in pratica non sono reali.

La dietista deve essere curiosa, interessata ed empatica, deve stimolare il paziente a raccontare la propria storia e ad esporre i

propri pensieri e i propri sentimenti, perché quella che è la storia di un paziente ci da degli elementi utili che serviranno poi in una prospettiva di cambiamento.

La dietista deve esser convincente sulla guarigione e dare sicurezza sul miglioramento come conseguenza diretta di quello che è il percorso fatto assieme, quindi il paziente non è un portatore di problemi ma è un portatore d'origine delle soluzioni.

Brevemente andremo ad analizzare quello che è il ruolo della dietista, nell'anoressia, nella bulimia e nell'obesità.

Nell'**anoressia**, di cui ha fatto accenni la Dott.ssa Rossi, due sono gli obiettivi specifici della dietista:

- Il primo è la riabilitazione nutrizionale per ristabilire il peso desiderabile, questo non con una dieta imposta ma con un piano alimentare concordato con la paziente. Il piano alimentare che si andrà a concordare non sarà programmato solo in relazione a quanto è il peso della paziente quindi alla sua condizione fisica, ma anche a quella emotiva. È chiaro che una dieta di 3000 calorie permetterebbe ad una qualsiasi ragazza sottopeso di recuperare, magari anche velocemente, quello che è un peso che le permetterebbe di ritornare ad una condizione di salute normale. Ma non funziona così, quindi se la ragazza presenta un regime alimentare di 200 calorie mi dovrò accontentare di arrivare a 250 e per inserire queste 50 calorie in più sicuramente farà una fatica enorme sia la dietista a convincere la paziente sia la ragazza ad accettarle, d'altronde occorre lavorare per piccoli passi.
- Al di là dell'alimentazione poi si lavorerà su quelli che sono i comportamenti sempre legati al cibo ma in modo meno diretto, come ad esempio la riduzione graduale dei cibi fobici. Per cibi fobici si intendono qualcosa di specifico, potrebbe essere la pizza come le patatine o i dolci, ovvero elementi individuati come pericolosi dalla paziente che li associa ad un aumento di peso anche se in realtà non è così ma non possono essere imposti, quindi una introduzione graduale significa: ok, non vuoi

mangiare una pizza, fa lo stesso, quando in famiglia si mangerà la pizza tu mangerai l'insalata ma al contempo tentiamo di inserirne almeno una fetta al posto del pane così ti accorgerai che questa non provoca un aumento del peso.

Il pesare gli alimenti può essere utile come potrebbe non esserlo. Se una ragazza si sente al sicuro pesando tutto quello che mangia, deve essere concesso, non è corretto, però non si può imporre di evitarlo completamente. Il controllo del peso assolutamente deve essere una pratica da evitare, quindi limitato all'interno del controllo con la dietista e/o con la psicologa, ma non necessariamente. Più si riesce ad evitare il controllo del peso, meglio è.

Nello specifico, rispetto al peso, cosa avviene durante una visita, per prima cosa si valuta un insieme di obiettivi, come l'obiettivo di peso che ha il/la paziente e si cerca di ridimensionarlo cercando sempre un compromesso. Nel momento iniziale della visita, la prima domanda che io pongo è:

- come è andata;

la seconda è:

- quanto pesi.

quindi l'aspettativa che si fa la paziente nei riguardi del proprio peso è in relazione a due cose:

- ai comportamenti precedenti alla visita, ovvero quanto ha mangiato, quanto è riuscita a contenere l'alimentazione, a quante perdite di controllo ci sono state;
- e in relazione alla percezione corporea.

Successivamente, in base agli elementi raccolti con queste domande si decide se pesare la paziente oppure no. Se la preoccupazione che emerge nei confronti del peso è troppo alta, o se ci si accorge che le aspettative che la paziente ha nei confronti del peso possono essere disattese dalla pesata si cerca di evitare. Nel caso in cui invece la pesata diventi necessaria onde controllare che non ci sia stato un eccessivo calo, quello che avverrà successivamente sarà un

contenimento delle emozioni, che spesso sono molto forti con scoppi di rabbia, delusione, pianto, che devono essere accolte. Questo per quanto riguarda l'anoressia.

La **bulimia** è un altro disturbo alimentare caratterizzato da abbuffate, ovvero l'ingestione di enormi quantità di cibo in un periodo di tempo relativamente ristretto, sempre seguite da condotte compensatorie, come vomito autoindotto, eccessiva attività fisica, digiuno o utilizzo di lassativi. Nel trattamento della bulimia nervosa, come nell'anoressia, è importantissimo il trattamento multidisciplinare, quindi la dietista da sola sia nell'anoressia che nella bulimia non può fare assolutamente nulla. L'obiettivo primario è quello della riduzione della perdita di controllo e, conseguentemente dei comportamenti compensatori. Si lavorerà sull'elaborazione di un piano alimentare composto dai tre pasti principali e dagli spuntini, non necessariamente corretto dal punto di vista delle percentuali di carboidrati, proteine grassi, in questi casi si lavora soprattutto su un piano che possa essere accettato in sicurezza, in più si valuteranno le sensazioni di fame e sazietà, sull'orario dei pasti, sull'ambiente nel quale si consuma il cibo, nel caso di ragazzi in età scolare che sia una mensa, bar o con gli amici. Si lavorerà sugli episodi della perdita di controllo e sui pensieri e le emozioni associate al cibo. Importante quello che propongo sempre è il diario alimentare, ovvero la registrazione di quello che viene mangiato e delle emozioni legate ai pasti poi nel frattempo ci sarà un'analisi delle registrazioni e una valutazione del peso proprio in base a ciò che nel frattempo è successo.

Nell'**obesità** l'intervento della dietista sembra scontato, la dietista consegna una dieta specifica, al consegna ed a ogni visita di controllo si valutano i progressi fatti dal paziente ... in realtà non è così. La base del trattamento è sicuramente la modifica dello stile di vita legato all'alimentazione ed all'attività fisica, ma l'approccio bidimensionale rivolto solo alla riduzione dell'introduzione calorica

o all'aumento della spesa energetica è altamente inefficace. Si lavora su obiettivi rilevanti e su caratteristiche personali, quindi non solo peso ma anche caratteristiche personali interne. Gli obiettivi su cui si lavora in caso di obesità sono:

- la formulazione di un peso ragionevole, quindi l'obiettivo di un peso ragionevole. Esempio, se una paziente di 150 Kg arriva dicendo che entro una, due stagioni vuole pesare 80 Kg, è chiaro che l'obiettivo non è ragionevole, quindi insieme dobbiamo formulare un obiettivo che sia realmente raggiungibile;
- prevenzione dell'aumento di peso legato all'ambiente tossico. Per ambiente tossico si intende l'ambiente che può essere quello di lavoro come quello di cuochi e pasticceri che favoriscono l'aumento di peso, in questo caso già il mantenere il peso è un risultato enorme, la perdita di peso, solo se necessaria è un obiettivo.
- La prevenzione delle ricadute, ovvero dopo un calo di peso evitare di tornare ad avere un aumento a distanza di tempo operando da subito su quelle che sono le difficoltà che si incontreranno nel futuro
- L'accettazione del sovrappeso o obesità quando non è possibile la perdita di peso che è la cosa più difficile. Se non si riesce ad operare una perdita di peso un risultato già enorme potrebbe essere la stabilizzazione che eviti un ulteriore aumento

Le caratteristiche personali sulle quali il dietista lavora sono:

- L'autostima
- La propria immagine corporea, che spesso non corrisponde alla realtà
- L'autoefficacia ovvero la percezione che la persona ha nei confronti di se stesso sulle reali capacità di modificare i propri comportamenti
- La motivazione

- La gestione dello stress legato al seguire un protocollo, ma anche allo stress generale esterno vissuto dalla persona
- L'assertività, ovvero la capacità di esprimere in modo chiaro le proprie emozioni
- Problem solving e decision making sono due parole che indicano la prima l'analisi di una situazione problematica allo scopo di individuare quella che è la soluzione migliore e la seconda indica il processo che porta ad intraprendere una azione fra le varie alternative considerate

In conclusione si ribadisce il fatto che, non si lavora in esclusione sul piano del peso, si ribadisce altresì che il lavoro fatto in team con altri professionisti risulta maggiormente efficace, ad esempio lo psicologo affiancato alla figura del dietista nel caso dell'obesità può essere utili mentre nel trattare anoressia e bulimia risulta indispensabile.

La visita con la dietista non è la registrazione a cadenza mensile del peso ma è un percorso che ha l'obbiettivo di rendere il paziente autonomo nella gestione della propria alimentazione.

Riguardo alla bilancia, se il peso segnata da questo strumento fa paura, la bilancia non deve essere utilizzata, ma sostituita con degli altri parametri per valutare i risultati raggiunti, come la percezione che una persona ha del proprio fisico, l'umore, il benessere e la propria autostima. Mi capita spesso di sentire pazienti che con un iniziale calo di pochi chilogrammi confessano di sentirsi meglio, mi vesto più volentieri, anche se è ancora lontano dall'obbiettivo ... va benissimo, fa lo stesso, anche se non è ancora nel peso ideale, anche se il BMI¹ è ancora alto ... questo del benessere percepito è un concetto molto importante che voglio far passare.

¹ BMI indice di massa corporea

Dott. Maurizio Saravalli Chiusura

Sabato 3 DICEMBRE 2016
dalle ore 15:00 alle ore 18:00
Presso "Sala Martini" – Biblioteca Comunale "A. Mondadori"
Piazza 1° Maggio 3, Poggio Rusco MN

1° Convegno Equipe Sincronie Multidisciplinare
CRESCERE..CHE FATICA!
Quando è la relazione che cura

15.00-15.10
Introduzione e moderazione.
Dott. Maurizio Saravalli- Pedagogista
Clinico

15.10-16.10
"Perché mio figlio fa fatica a scuola?"
Esperienze che favoriscono
l'autonomia nei bambini con Disturbi
Specifici dell'Apprendimento.
Dott.ssa Caterina Pedrazzi-
Logopedista
Dott.ssa Giulia Barbi- Neuropsicologa
Dott.ssa Silvia Modenese- Tutor DSA

16.10-16.30
"Chi si ferma è perduto" Il linguaggio
corporeo e gli aspetti di contenimento
nella Disattenzione e Iperattività
Dott.ssa Alessandra Boni-
Psicomotricista

16.30-16.50
"No, no e poi no!" I disturbi della
condotta: come creare un ponte tra
scuola e famiglia
Dott. Davide Bertoni- Neuropsichiatra
Infantile

16.50-17.10
"Il desiderio di controllo fa perdere il
controllo". Adolescenza e Disturbi del
Comportamento Alimentare
Dott.ssa Ilaria Rossi- Psicoterapeuta
Familiare

17.10-17.30
Quando la bilancia diventa
un'ossessione: il ruolo della Dietista
nel trattamento dei Disturbi
Alimentari
Dott.ssa Giulia Benatti- Dietista

17.30-18.00
Dibattito e Chiusura dei lavori con aperitivo

Guardiamo nuovamente il manifesto che pubblicizzava questo evento.

Vediamo un albero formato da tante mani. Mani che vogliono dire rete, le mani di tante persone. Persone che vogliono dire sistema sociale. Dell'albero possiamo notare anche delle importanti e affioranti radici.

Queste radici siamo noi.

Questo albero ha le sue radici in un contesto, in un luogo, un contesto che è il nostro contesto il luogo ove noi viviamo.

Ogni albero vive in un suo contesto, ogni individuo vive in un suo contesto, ognuno di

noi in questo momento rappresenta un albero, che assieme agli altri forma una foresta.

- Ognuno è un albero
- Ognuno vive un contesto/foresta
- Le mani di tutti creano le varie reti che all'uopo diventano sostegni.

Ma sostegni di chi e per chi?

Quest'oggi abbiamo parlato soprattutto di bambini, in presenza di una platea che rappresentata, a mio avviso, da genitori, nonni, comunque sia da persone adulte, che nella vita hanno fatto scelte, si sono strutturate per adeguarsi ad un contesto o a dei contesti. Il

compito morale... etico volendo usare una parola ormai desueta, di noi tutti adulti, è quello di offrire ai nostri ragazzi delle possibilità per diventare ... semplicemente ... adulti responsabili, sociali, affidabili, in grado di gestire la propria persona, un lavoro, una famiglia, educare dei figli. In questo elenco non utilizzo appositamente una frase che, a mio personale parere, non vuol dire assolutamente nulla ovvero ... “voglio che mio figlio da grande sia felice”, perché la felicità è formata da frammenti di sereno in un clima perennemente tempestoso.

Vorrei, meglio ancora ... desidererei semplicemente ... che mio figlio fosse in grado di gestire tutto quello che il mondo gli pone d’innanzi come ostacolo nella maniera più opportuna e socialmente accettabile. Vorrei che diventasse un adulto affidabile, in grado di gestire la propria persona in autosufficienza, essere un buon marito e un buon padre in grado di insegnare ai propri figli come apprendere a superare gli ostacoli della vita.

Riassumendo, desidererei che mio figlio diventasse in grado, nella sua completezza di uomo, di vivere una vita normale.

Oggi la parola normalità fa paura. Essere “normale” vuol dire essere indistinguibile dalla massa, una goccia nel mare, un granello di sabbia nel deserto. Il “normale” non ha valore

Obbisticamente parlando vivo da oltre tre decadi il mondo dello sport, un mondo che esalta il campione, che idolatra colui che sale sul podio, sulla vetta più alta della classifica, gli altri non contano nulla ... la massa dei Decubertiani partecipanti non esiste.

Tra chi sale sul podio esiste il 1°, il campione, l’idolo ... chi è arrivato 2° o 3° che, nel pensiero comune, hanno mancato il 1° posto.

Il 4° in classifica si caratterizza per aver vinto la cosiddetta medaglia di legno ovvero, aver mancato di un soffio il podio, quindi il primo dell’inesistente massa di partecipanti.

Il sistema sociale che viviamo e che offriamo ai nostri ragazzi ci vuol convincere che questo mondo è dei primi arrivati, dei campioni, degli idoli.

Io dissento, vorrei che mio figlio comprendesse che questo mondo è di chi sa gestirlo, cavalcarlo, assecondarlo.

Noi tutti dobbiamo insegnare ai nostri figli ad imparare ad apprendere ... imparando a gestire un contesto.

Scopo di questo convegno è far sì che voi tutti non usciate con delle certezze ma, se possibile, con ulteriori dubbi perché solo i dubbi portano la persona ad investire per cercare nuove risposte.

Domanda dal pubblico

Vorrei sapere se si conoscono le cause che portano alla dislessia e ai disturbi dell'attenzione?

Non potrebbero essere queste delle risposte personalizzate del bambino che si adatta all'ambiente?

R. Dott. Davide Bertoni

Il bambino con ipercinetività e disturbo dell'attenzione (ADHD) ci nasce, non ci diventa è un disturbo neurobiologico che non scompare col tempo, in funzione del suo grado di gravità può bastare un sostegno psicologico ed educativo oppure può necessitare anche di appositi sostegni farmacologici. È vero comunque che il contesto, l'ambiente e le richieste incidono più o meno favorevolmente enfatizzando o aiutando a regolarizzare il disturbo.

R. Dott.ssa Giulia Barbi

Questo vale anche per quanto concerne i disturbi dell'apprendimento (DSA). Ci sono, a tal proposito degli studi sui sistemi neurologici ove si vede che la persona dislessica, se confrontata con una persona con normo capacità, presenta aree corticali che non si attivano rispetto al soggetto di controllo. Una diversità da rintracciarsi anche a livello genetico, che gli aspetti ambientali possono peggiorare o migliorare la situazione di disturbo.

R. Dott. Maurizio Saravalli.

Per dare una risposta maggiormente esaustiva alla domanda direi che vi è una sostanziale differenza tra le risposte, anche non efficaci ed efficienti, che il bambino offre agli stimoli ambientali ma che, con adeguate attività di sostegno e aiuto possono essere recuperate in toto ... queste sono quelle difficoltà che caratterizzano quello che oggi viene definito BES ovvero un bambino che presenta Bisogni

Educativi Speciali (anche un adulto in un certo momento della vita potrebbe necessitare di momentanei aiuti particolari), rispetto ai “disturbi” veri e propri come DSA e ADHD che sono di natura neurologica, che mediante opportuni interventi possono essere meglio gestiti ma che non comportano una “guarigione” del soggetto.

Si insegna una piccolissima frazione di ciò che si apprende
Si interiorizza una piccola frazione di quanto si apprende
Sempre

Dott. Maurizio Saravalli