

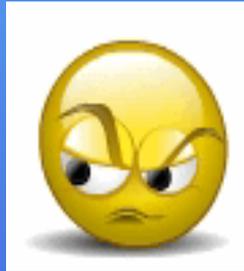
# I Disturbi da Comprtamento in età evolutiva

Aspetti clinici, psicologici strategie di intervento in età evolutiva



# La gestione dei disturbi della condotta

I disturbi del comportamento in età evolutiva: Le tipologie di presentazione, le caratteristiche cognitive, relazionali e emozionali. Fattori etiologici



Il contesto scolastico può essere un contesto di prevenzione?

I possibili modelli di intervento nel contesto scolastico

# Partiamo dal teorema che.....



# Stato dell'arte: DCD in letteratura internazionale

- DCD: patologia che rappresenta uno dei più frequenti motivi di richiesta di consultazione e di trattamento nei servizi di psichiatria dell'età evolutiva
- Elevato costo sociale
- Conduct disorder come "ombrello" che raccoglie patologie con cause, comorbidità, decorso, risposta al trattamento diverse
- Identificazione di fattori di rischio familiari e individuali
- Identificazione di trattamenti specifici ed efficaci
- Interventi di prevenzione primaria e secondaria

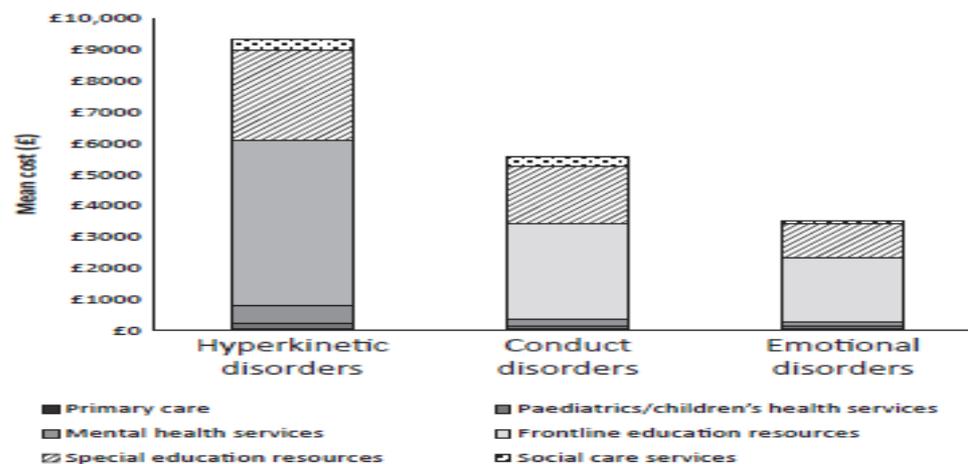
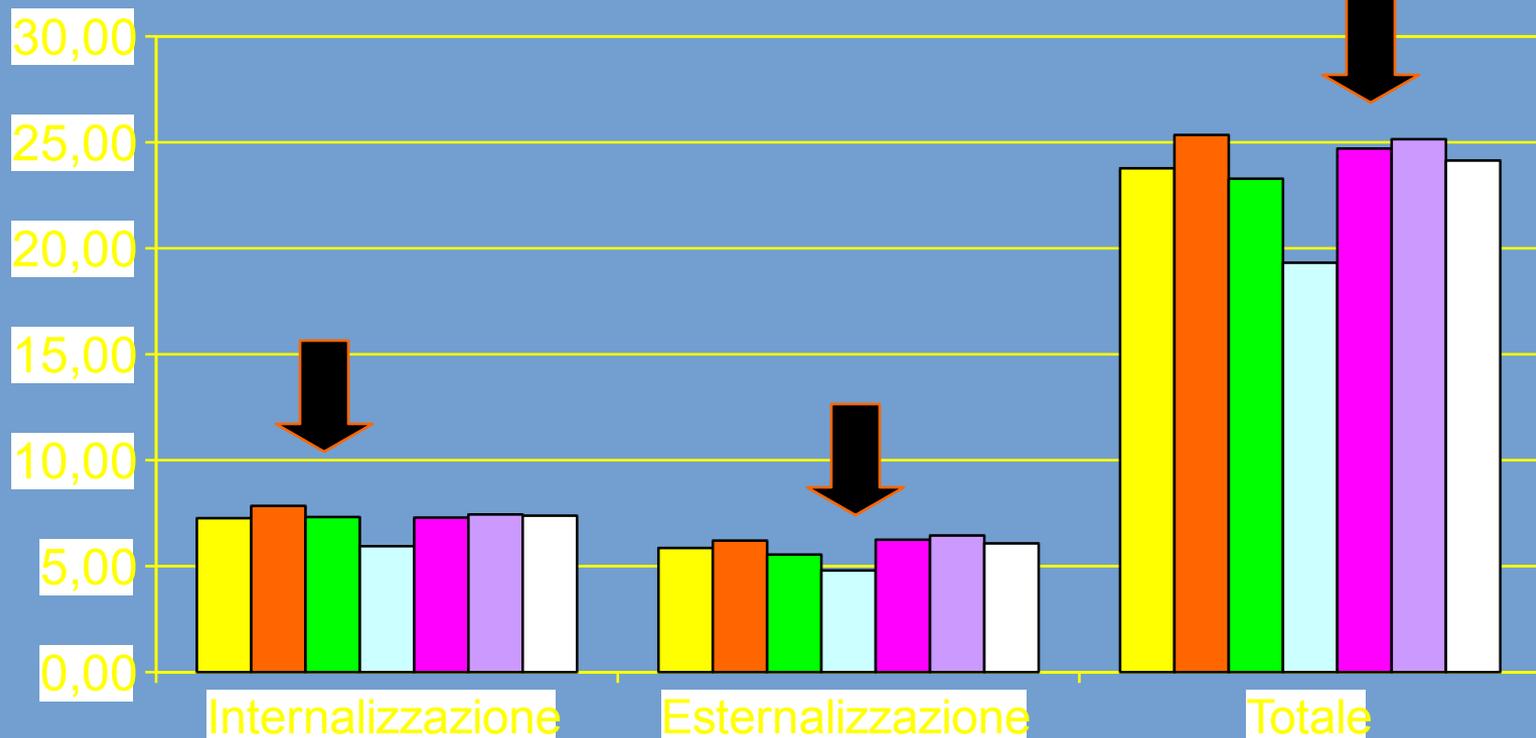


Figure 2 Health, social service and education resource use: mean cost over 3-year follow-up for all children/young people with a disorder

# Disturbi da Comportamento Disruptivo (DCD)

La letteratura internazionale sottolinea che l'individuazione precoce di tali disturbi può influenzarne la traiettoria evolutiva attraverso un intervento mirato e tempestivo che coinvolga tutti i contesti di vita del bambino /adolescente (famiglia, **SCUOLA**, contesto sociale) ed incidere in modo significativo sulla dispersione scolastica, l'insorgenza della devianza, sull'uso di sostanze e di disturbi psicopatologici gravi.

# Confronto tra i punteggi medi alle scale riassuntive nel campione diviso per area urbana



■ lecco   ■ conegliano   ■ milano   ■ pisa  
■ rimini   ■ roma   ■ caqliari

I DON'T WANT TO GO TO  
SCHOOL! I HATE SCHOOL!  
I'D RATHER DO ANYTHING  
THAN GO TO SCHOOL!



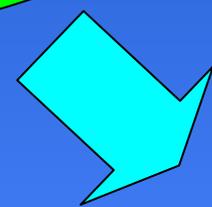
- In una scuola elementare di .... in una classe II di 25 alunni, c'è un bambino di 8 anni irrequieto e aggressivo, che ha la cattiva abitudine di percuotere i compagni, e ha già mandato all'ospedale due maestre.
- I genitori degli altri bambini si lamentano con l'Usl e il Provveditorato che a parte sospendere per 3 settimane l'alunno manesco, non ha trovato una soluzione valida al problema.
- Questo alunno richiama su di sé tutte le attenzioni e cautele da parte degli insegnanti, a tal punto che nella classe ci sono bambini che non sanno ancora leggere e che sanno contare solo fino a 40.
- Terminato il periodo di sospensione, l'alunno tornerà in classe.
- Essendo che l'alunno in questione non è certificato, non c'è la necessità di un insegnante di sostegno.
- Si era tentato di affiancare il bambino da un giovane in servizio civile.
- Il sindaco in completo accordo con i suoi concittadini genitori, e chiede l'allontanamento definitivo del bambino terribile.
- E intanto i genitori minacciano di non mandare i figli a scuola.
- Fonti:
- Il Gazzettino 05.11.2010

Disturbo da Deficit di  
Attenzione/Iperattività (ADHD)

Disturbo Oppositivo  
Provocatorio (DOP)



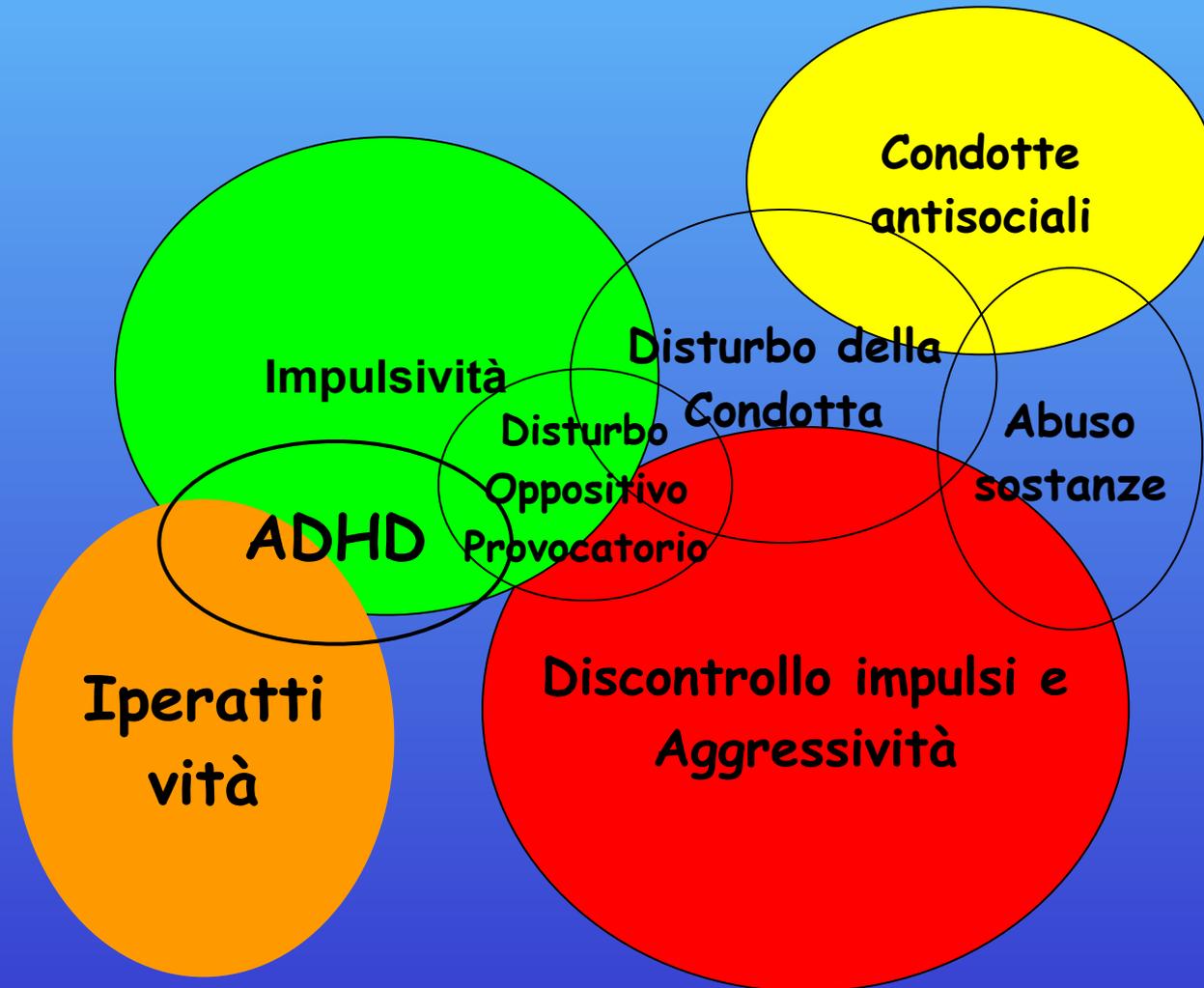
DCD



Disturbo della Condotta (DC)



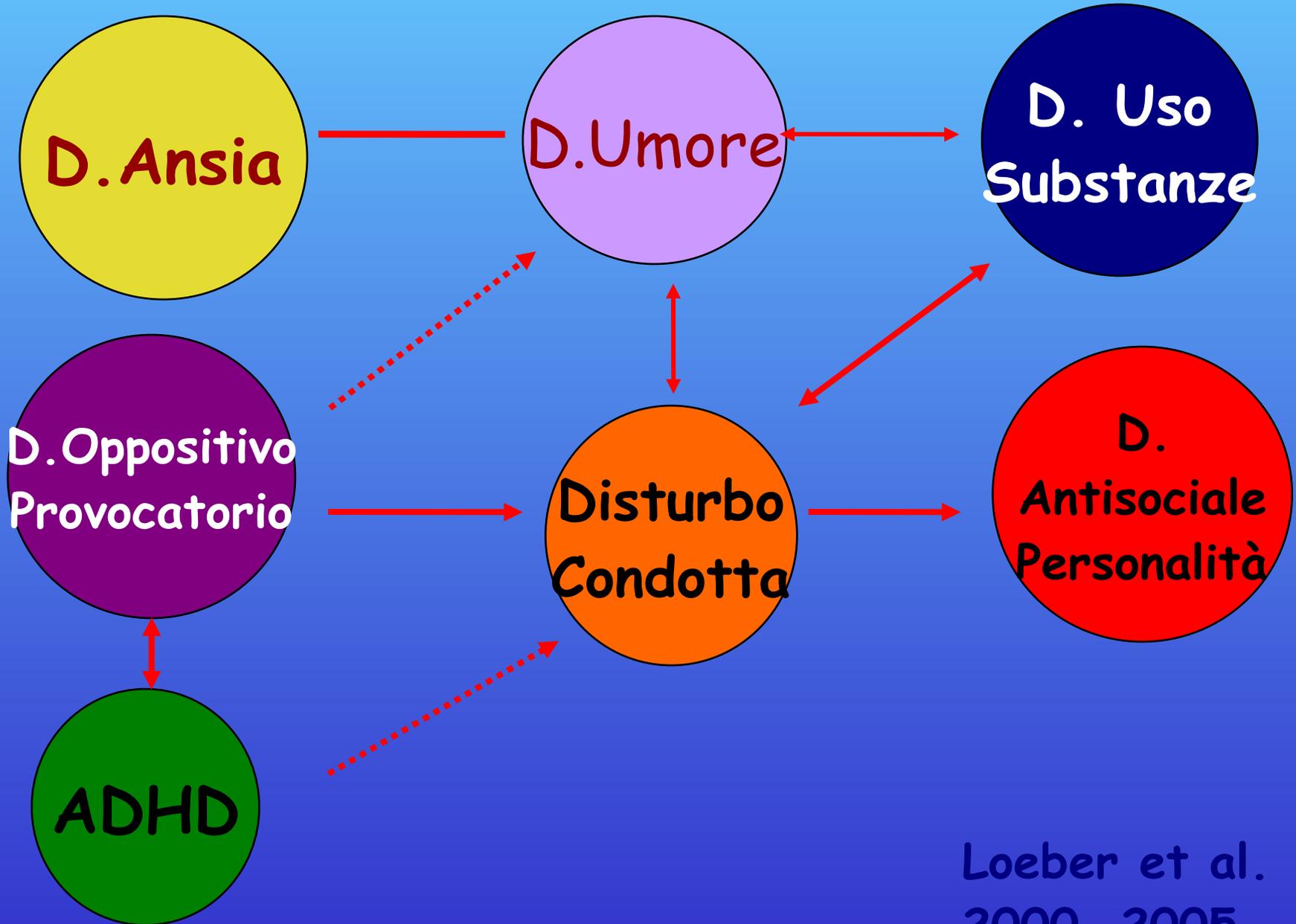
# Pattern sintomatologici in comune in DCD



Infanzia

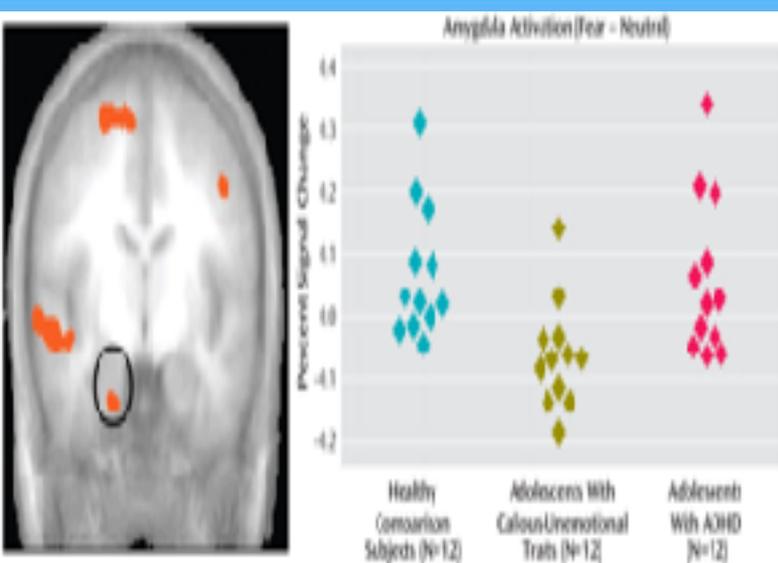
Adolescenza

Età Adulta



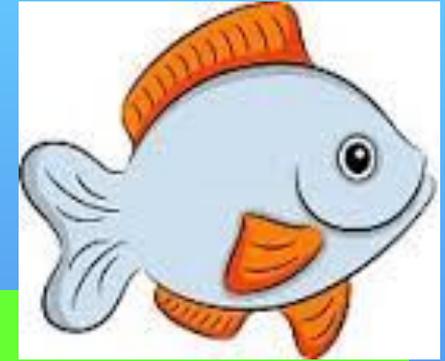
Loeber et al.  
2000, 2005

# Tra neurobiologia, genetica e relazioni



Una madre e un figlio... specchiarsi nell'altro

# Fattori di vulnerabilità individuale



Disregolazione emotiva

Scarsa capacità di perseveranza e tenacia

Codice emotivo e linguaggio interno povero

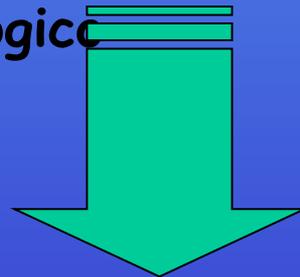
Immaturità delle capacità di inibizione e autocontrollo

Sensation seeking, novelty seeking

Diff. a valutare pericolo, accettazione situazioni nuove

Scarsa tolleranza frustrazioni, regole, limiti

Stile attaccamento patologico



**elevato rischio di disturbi  
comportamentali e di SUD**

# Social cognition e aggressività

I bni/adol aggressivi presentano alcune distorsioni cognitive:

Difficoltà di decodifica delle informazioni sociali

Scarsa capacità di analisi degli eventi a contenuto sociale e in particolare delle intenzioni presenti nella mente dell'altro

Difficoltà a valutare i segnali non ostili di una situazione

Necessità di assumere una posizione di dominio e di rivendicazione in contesti sociali

Messa in atto prevalente di soluzioni disadattive e non mediate da canale verbale di fronte a situazioni problema

Sovrastima di conseguenze positive dei loro comportamenti aggressivi

Aspettative di successo a fronte di risposta aggressiva comportamentale

## Quali sono i motivi che spingono a scegliere comportamenti sbagliati nei DCD ?

I bambini con disturbo del comportamento mostrano deficit nel processo di **DECISION MAKING**:

- NON valutano né prevedono le conseguenze del loro comportamento
- NON colgono o non considerano il punto di vista dell'altro
- NON riflettono sugli eventi negativi conseguenti al loro comportamento
- NON hanno adeguate aspettative rispetto al rinforzo o timore della punizione
- NON comprendono i segnali che predicano l'errore

**Ne consegue un Deficit nelle strategie di problem solving in contesti relazionali e ancor più conflittuali**

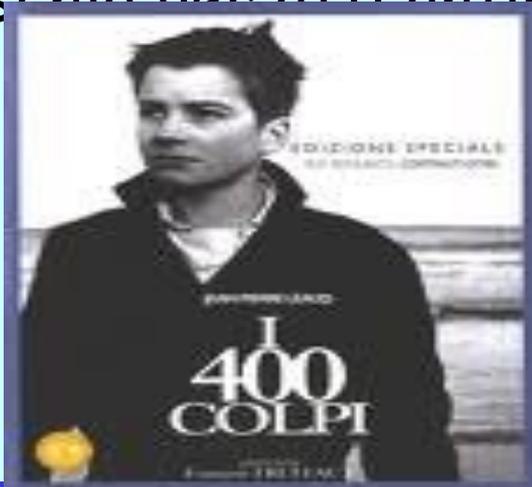
## Teoria della mente e DBD

- Possedere una adeguata teoria della mente significa sapere che il comportamento di ognuno di noi deve essere letto e interpretato sulla base di stati mentali, cioè desideri, emozioni credenze, sentimenti e pensieri che solitamente guidano la nostra condotta sociale.
- I bambini con DC in età scolare presentano una teoria della mente “negativa”
- I bambini in età prescolare che presentano importanti difficoltà di comportamento colgono, con maggiore rapidità dei coetanei controllo, le situazioni in cui vi sono azioni ingannevoli piuttosto che quelle in cui vi sono comportamenti positivi



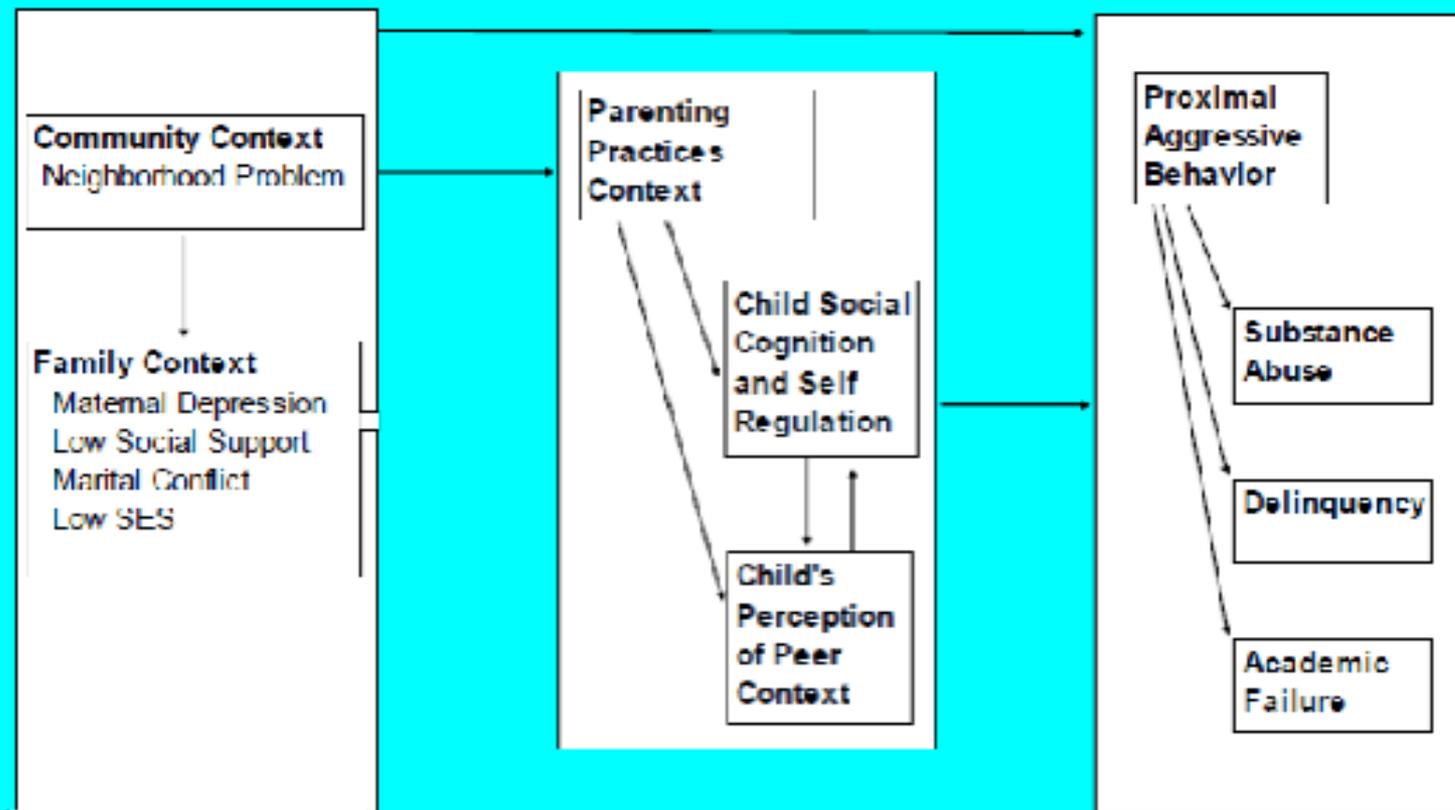
## Stile educativo e traiettorie evolutive

- Contesti familiari caratterizzati da bassi livelli di disciplina, scarso monitoraggio, scarsa coesione e condivisione sono costituiscono un fattore di rischio per antisocialità
- Contesti familiari rigidamente strutturati, con scarso calore affettivo e condivisione frequente fattore di rischio per atti antisociali gravi



# J. Lochman

## Contextual Social Cognitive Model

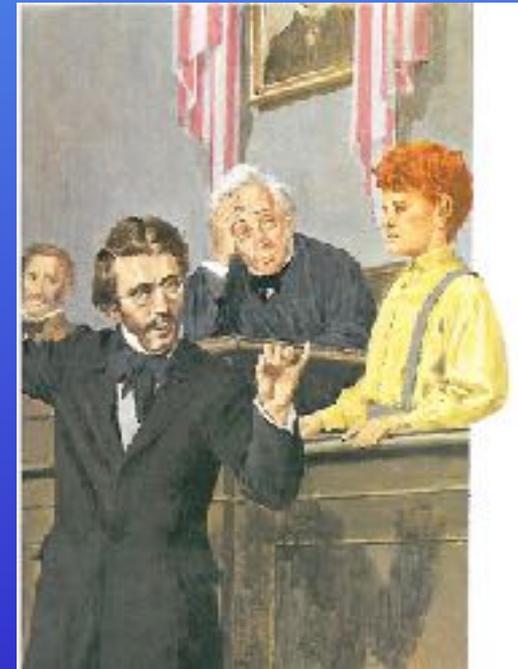
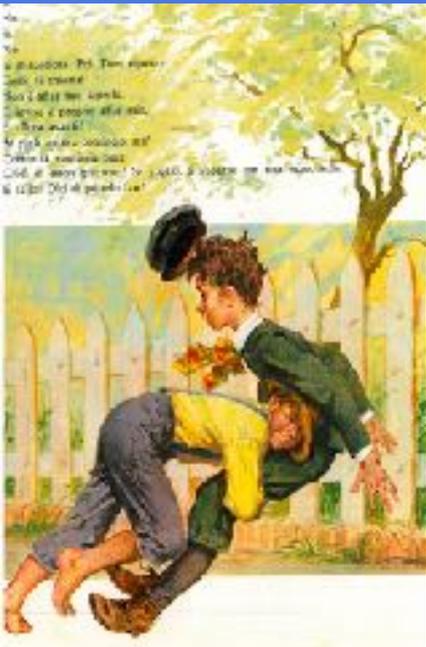
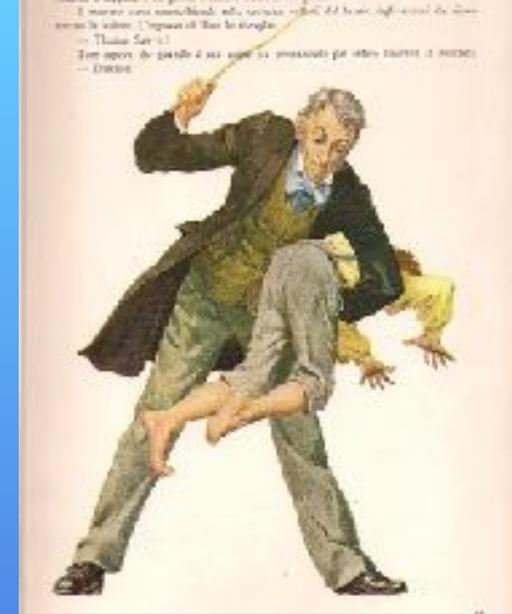




# FATTORI PROTETTIVI

- Sesso femminile
- Buona intelligenza
- Orientamento sociale positivo e impegno rispetto a valori sociali
- Temperamento resiliente
- Buona competenza in almeno una area di interesse e coinvolgimento in attività extracurricolari positive
- Ansia
- Stabilità nelle relazioni familiari
- **Relazioni calde e supportive con gli adulti**
- Programmi sociali di supporto

# Fattori di rischio e di resilienza nella genesi di Tom Sawyer



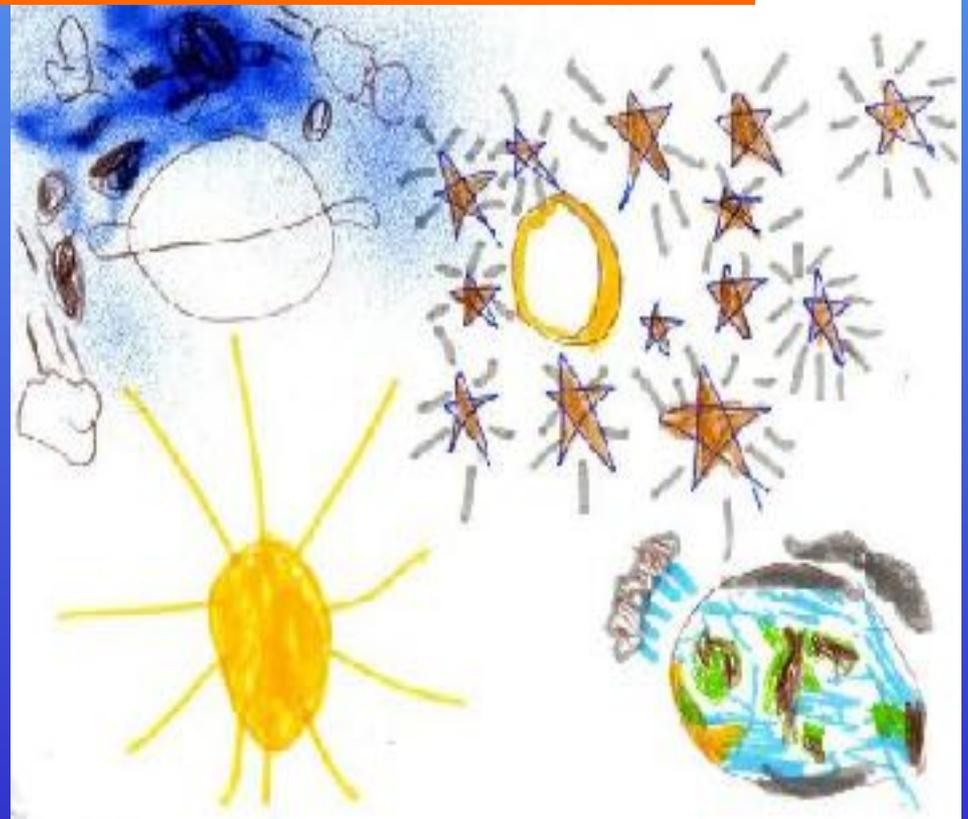


La frequente condizione di **emarginazione sociale** legata alla scarsa comprensione, da parte dei coetanei e adulti, di alcuni comportamenti problematici, rappresenta un **ulteriore fattore di rischio** per lo sviluppo di gravi quadri psicopatologici in età evolutiva .

Al contrario, la **condivisione delle proprie difficoltà** di autocontrollo e autoregolazione con altre persone e la sperimentazione di **comportamenti alternativi socialmente accettabili** può agire invece nella direzione opposta, favorendo l'**integrazione** e aumentando le capacità di socializzazione e di adattamento di questi bambini

# Il Disturbo Oppositivo- Provocatorio

A scuola mi arrabbio e poi picchio ... non so perchè  
....la maestra mi ha detto di disegnare quando ero  
arrabbiato ... ho fatto Saturno ed i meteoriti che arrivano  
sulla terra..... ieri ho disegnato le Bermuda e poi mi sono  
calmato (Iory, 6 aa)



# AGGRESSIVITA' NORMALE E PATOLOGICA



**OUTCOME  
AGGRESSIVITA'**

**Quale rapporto**

**AGGRESSIVITA' FISIOLOGICA**

**AGGRESSIVITA' PATOLOGICA**

# Come si modifica l'aggressività nelle varie fasi della crescita?

Sino ai 3 anni nel 70% dei bambini sono presenti comp conflittuali e aggr nei confronti di adulti e pari



Dalla scuola materna alla elementare si riducono le condotte aggr fisica e aumenta agg. verbale



In scuola elementare regolazione comp e confronto dialettico con pari e adulti. Emergenza di DOP con prev agg sia impulsiva che affettiva. Comparsa di condotte tipiche del bullismo



Diminuisce globalmente l'aggressività. Si mantiene più elevata l'aggressività nascosta. Compare l'aggressività legata alla dominanza nel gruppo

# Quando aggressività diviene indice psicopatologico

## MODULAZIONE

**intensità:** aggressività intensa e persistente nel tempo e non appropriata all'età

**flessibilità:** il comportamento è improvviso e poco sensibile ai messaggi di contenimento e ai limiti ambientali

**organizzazione:** manca uno spazio temporale definito, limitato e prevedibile

## IMPREVEDIBILITA' IN UN CONTESTO

il comportamento aggressivo e ripetuto non è prevedibile e non è adeguato al contesto scolastico

## PERVASIVITA'

le condotte aggressive si espandono a macchia d'olio nei vari contesti

# Aggressività affettiva

- Segue spesso un evento stressor
- Deriva da una ipersensibilità personale e interpersonale con bias ostile
- Non è pianificata
- E' manifesta e non ha obiettivi preordinati (dominio, vendetta, minaccia)
- E' caratterizzata da agiti eterolesivi ma anche autolesivi
- Ha una rapida escalation e si accompagna ad espressione somatiche ed emozionali
- E' seguita da uno stato di spossatezza e/o pianto



# REAZIONI ALL'INSUCCESSO

✓ Che cosa avresti pensato se non fossi riuscito a risolvere il problema?

CHÉ SONO DURO

● La tua abilità in quella materia, dopo l'insuccesso, è:

- a Uguale.
- b Ti senti più bravo.
- c Ti senti meno bravo.

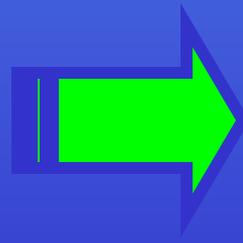
Perché?

Mi DE HO RALIZZO



## FATTORI ATTRIBUTIVI

(Internalità, stabilità,  
non controllabilità e  
globalità e attesa di  
non contingenza)



## LEARNED HELPLESSNESS: (IMPOTENZA APPRESA)

depressione come risultato di  
situazioni stressanti che il soggetto  
sente di non poter controllare o  
modificare

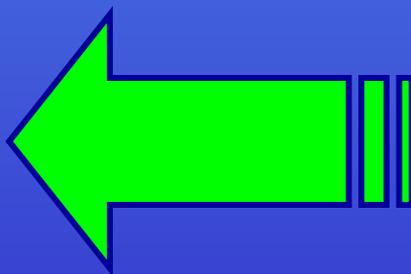
# Quali sono i bambini a cui si fa questa diagnosi?

- B. che presentano
- livelli di rabbia persistente ed evolutivamente inappropriata,
- irritabilità come stato basale
- comportamenti provocatori e oppositori spesso acontestuali e senza un manifesto scopo
- presentano importanti menomazioni dell'adattamento e del funzionamento sociale
- età di esordio prevalente: 6-8 anni

# LE CRISI DI RABBIA

## DOP

minacce verbali,  
agiti contro gli oggetti o pantoclastici,  
aggressività diretta verso familiari,  
coetanei, adulti di riferimento.



- difetti nella elaborazione delle informazioni sociali,
- intolleranza alle frustrazioni, limiti e/o regole,
- scarsa consapevolezza delle conseguenze
- scarso senso di colpa

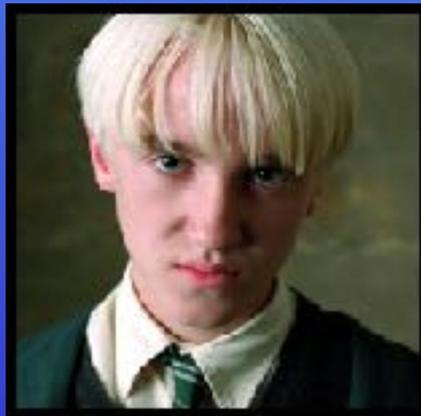
# ODD e traiettorie evolutive



Irritabile/  
emozionalità  
negativa



Dannoso/ aggressivo  
premeditato



Ostinato/  
impulsivo



# Il ruolo centrale del rifiuto dei pari





# Caratteristiche del bambino con Disturbo della Condotta

fa il prepotente,  
minaccia,  
intimidisce gli altri

Crudele con le persone  
e/o con gli animali

Marina la scuola

Ruba o distrugge  
proprietà altrui

Dà inizio  
a colluttazioni fisiche

Ha usato un'arma  
che può causare seri danni fisici

Appicca il fuoco

Trascorre fuori  
di casa la notte,  
fugge di casa

Mente per ottenere vantaggi

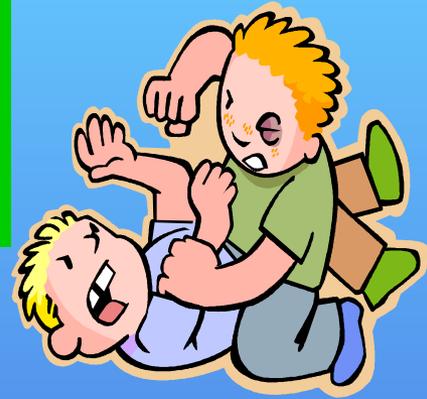


# Aggressività predatoria

- Comportamento volontario, pianificato, diretto ad un obiettivo specifico e all'ottenimento del soddisfacimento di un desiderio (concreto, vendetta, dominio, sessuale)
- Normale performance cognitive
- Ridotta sensibilità alla sofferenza altrui
- Alti livelli di introversione, impulsività, aggressività verbale e eterolesiva
- Aspettative positive nei confronti degli agiti aggressivi, non autolesività
- Scarso rimorso e empatia



# TIPOLOGIE DEI DISTURBI DELLA CONDOTTA



## DISTINZIONE PER ETÀ DI INSORGENZA:

- infantile a prognosi peggiore, con maggiore comorbidità
- adolescenziale a prognosi migliore, a decorso limitato e più trattabile

## DISTINZIONE PER TIPO DI AGGRESSIVITÀ:

- Cover/overt
- Proactive/reative
- Predatoria/affettiva

# L'adolescente con DC

**Focalizzazione su interessi alternativi o fascino per esperienze nuove, pericolose, dissociali (*sensation seeking*)**

**Frequente senso di vuoto, noia, elementi persecutori**

**Agiti di fuga**

**Scarsa capacità di infuturazione**

**Polarizzazione su sessualità**

**Idee onnipotenti, megalomane, perdita di parametri morali**

**Bassa autostima**

**Senso di solitudine**

**Difficoltà nella definizione identità**

**Aspetti persecutori**

# Il Disturbo della Condotta:

## deficit apprendimento emotivo e decision making



# IMPULSIVITÀ E CONDOTTE A RISCHIO

Elevato rischio di abuso di sostanze:

- uso/abuso sostanze in 50% dei casi di DC persistenti dopo i 15 anni,
  - fattori di rischio sono presenti in temperamento dei DC e in familiarità
  - rischio più elevato in casi di comorbidità DC + DB
- importante valutare gruppo di riferimento

# CD e SUD fattori comuni

**Temperamentali:** sensation seeking,  
novelty seeking,  
risk taking  
disinibizione

scarsa risposta a rinforzo e punizione

**Neuropsicologici:** impulsività  
deficit decision making  
deficit di inibizione risposta

# DC e SUD: i molteplici rischi

I minori con DC hanno un rischio 8,4 magg di sviluppare SU o SUD

DC + SUD comporta un maggior rischio di:

- Reati penali e detenzione
- Gravidanza in giovane età
- HIV
- TS
- Scarsa risposta ai trattamenti
- Emergenza psichiatrica
- Morte per incidenti

Krueger, 2012 "externalizing behavior spectrum"

Crowley , 2010: "antisocial substance dependence"

## COMPORAMENTI A RISCHIO E STILI DI VITA DEI GIOVANI TOSCANI

I risultati delle indagini EDIT  
2005 - 2008 - 2011

Documenti dell'Agenzia Regionale  
di Sanità della Toscana

### IL DISAGIO PSICOLOGICO IN SINTESI

- Il 17,5% degli adolescenti intervistati dichiara di soffrire di un elevato grado di distress psicologico

#### Tra coloro che soffrono di un elevato grado di distress psicologico:

- Le femmine sono maggiormente interessate dal distress psicologico (24,8% vs. 10,4%)
- il 41,1% si sente nervoso, il 37,4% irrequieto e agitato e il 30% depresso
- il 26% mette in atto comportamenti da bullo
- il 34,8% utilizza sostanze stupefacenti
- il 43,1% dichiara episodi di *binge drinking*
- il 34% fa uso di tabacco

Rispetto al triennio precedente abbiamo assistito a un peggioramento nello stato emotivo dei ragazzi riguardo, non solo al punteggio complessivo del livello di distress, ma soprattutto all'associazione con gli altri comportamenti a rischio che risultano sensibilmente aumentati.

**COMPORAMENTI A RISCHIO  
E STILI DI VITA  
DEI GIOVANI TOSCANI****I risultati delle indagini EDIT  
2005 - 2008 - 2011**Documenti dell'Agenzia Regionale  
di Sanità della Toscana**IL FENOMENO DEL BULLISMO IN SINTESI**

- Il 19,2% dei ragazzi intervistati ha dichiarato di aver subito prepotenze nel corso dell'ultimo anno
- Le prepotenze più frequenti continuano ad essere le prese in giro, le offese e gli scherzi pesanti che vengono fatti soprattutto all'interno della scuola
- Ad agire prepotenze sono soprattutto i maschi, il 24,9% rispetto all'12,5% delle femmine
- Nel 15,9% dei casi le ritengono un comportamento in grado di risolvere efficacemente le cose
- Un numero sempre minore di ragazzi interviene in difesa dei compagni, mentre aumentano le risposte "altro" e "non so"

Questi ragazzi, in misura nettamente superiore rispetto agli altri, mettono in atto altre tipologie di comportamenti a rischio che li rendono maggiormente esposti a problematiche inerenti allo stato di salute.

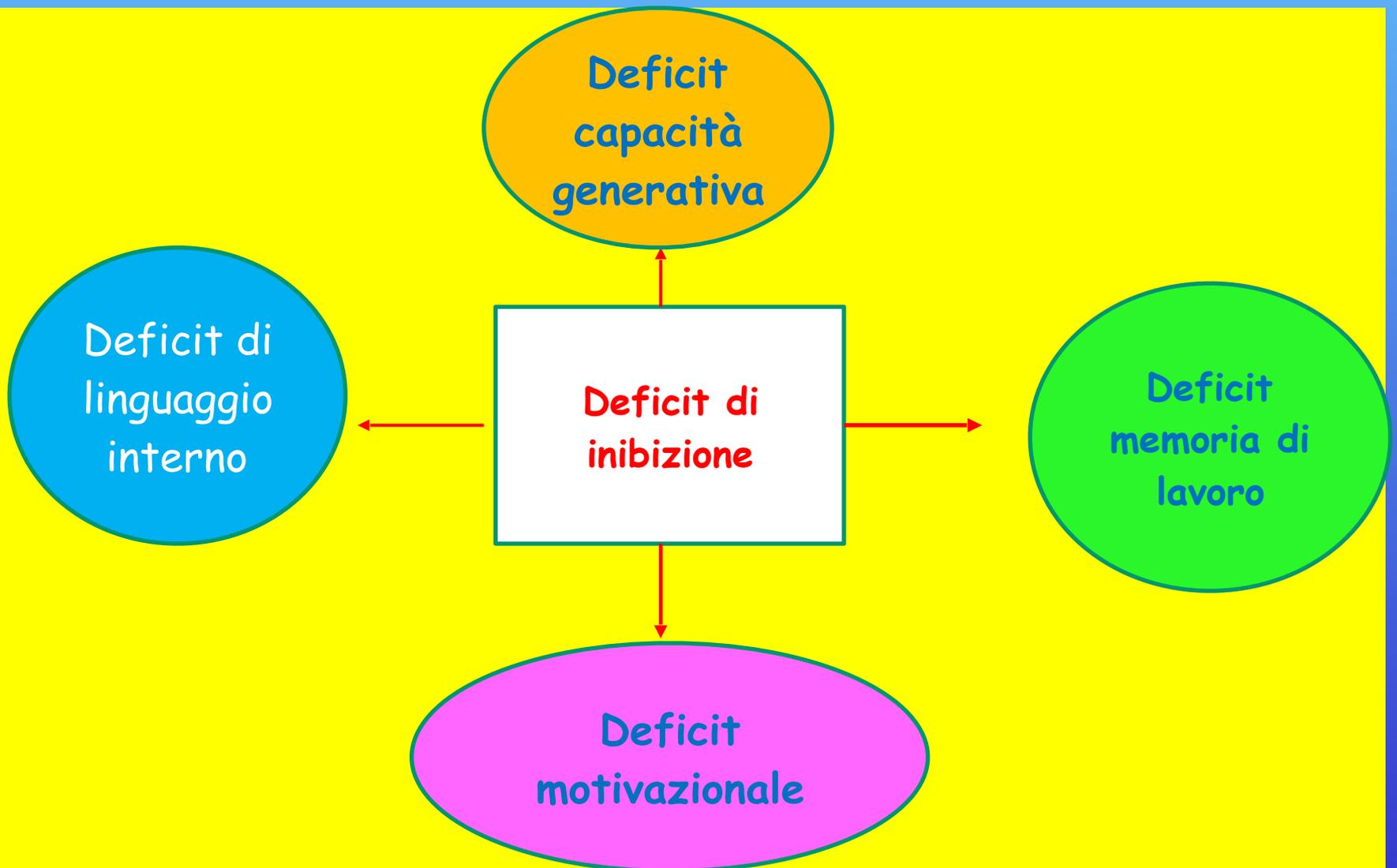


# DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ

Soffro di disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività  
Soffro di disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività



# ADHD e deficit di inibizione comportamentale



# ADHD e deficit di inibizione comportamentale

- Deficit di memoria di lavoro:

difficoltà a mantenere attive le informazioni rilevanti per un compito perché disturbati da altri stimoli. Provoca incapacità a seguire, mantenere una regola, una indicazione nel tempo.

- Limiti nella capacità generativa:

deficit nell'abilità di scomporre un'attività complessa in passi consecutivi e di generalizzare o applicare a contesti diversi un'esperienza appresa (strategie di problem solving). Porta a commettere ripetutamente lo stesso errore.

# ADHD e deficit di inibizione comportamentale

- Assenza di linguaggio interno: capacità essenziale per autoregolazione. Mi ripeto mentalmente le istruzioni, linguaggio interno che guida il comportamento se manca aumenta impulsività e disregolazione
- Deficit motivazionale: ridotta capacità di mantenere attivi nella memoria di lavoro gli obiettivi da perseguire

# ADHD e il modello tripartito di Fedeli

Deficit di inibizione  
cognitiva  
Deficit di linguaggio  
interno  
Scarsa tolleranza a  
frustrazioni  
Rigidità cognitiva

Limitato orientamento  
e persistenza nel  
compito  
Difficoltà memoria  
lavoro  
Ridotta pianificazione  
Alterata percezione  
del tempo

Deficit  
di controllo motorio  
Irrequietezza motoria  
Aggressività

# ADHD e deficit di inibizione comportamentale

- L'inibizione comportamentale è l'abilità di fermare una risposta impulsiva e mettere in atto un comportamento mirato ad un obiettivo preciso
- Nei minori ADHD sono presenti importanti deficit nella inibizione e autoregolazione comportamentale
- Nei minori ADHD sono presenti importanti deficit si autoregolazione emotiva, motivazionale e relazionale
- Nei minori con ADHD è presente una ipersensibilità agli stimoli ambientali, un elevato arousal che può motivare reazioni comportamentali eccessive e poco controllate

# ADHD ed evoluzione psicopatologica



**Solo  
ADHD**

- **Comp distruttivo**
- **Dist relazioni familiari**

- **Bassa autostima**
- **Scarse attitudini sociali**
- **Problemi di appr**

- **Disturbo oppositivo**
- **Disturbo dell'umore**
- **Comportament o provocatorio**

- **Comportamento antisociale**
- **Allontanamento dalla scuola**
- **Abuso di sostanze stupefacenti**
- **Disturbo di condotta**
- **Demotivazione**
- **Difficoltà di apprendimento**

Età →

Vediamo pochi ADHD in età prescolare e in età scolare  
quadro clinico tende a

complicarsi

# Difficoltà relazionali

- Emarginazione da parte dei coetanei
- Scarse amicizie durature
- Tendenza all'isolamento
- Rapporti con bambini più piccoli o più instabili

# Difficoltà scolastiche

- Rendimento inferiore alle potenzialità per:
  - Disturbo attentivo
  - Stile cognitivo impulsivo
  - Deficit delle capacità metacognitive
  - Disturbo del comportamento
  - Comorbidità con disturbi specifici
- Effetto sul piano emotivo-affettivo

# Bassa autostima

- Difficoltà di rendimento scolastico
- Rimproveri da genitori ed insegnanti
- Emarginazione da parte dei coetanei
- Rapporti con bambini piccoli o instabili
- Bassa autostima, inadeguatezza
- Solitudine, sentimenti abbandonici
- Senso di colpa
- **Rischio di un disturbo depressivo**

# DECORSO DEL DISTURBO

## Deficit psicosociali

### Sintomi nucleari

- Inattenzione
- Iperattività
- Impulsività

ADHD

ADOLESCENZA

### Deficit funzionali

#### Sé

- Bassa autostima
- Incidenti e danni fisici
- Fumo / abuso di sostanze
- Delinquenza

#### Scuola/ lavoro

- Difficoltà accademiche/ risultati insoddisfacenti
- Difficoltà lavorative

#### Casa

- Stress familiare
- Difficoltà come genitori

#### Società

- Scarse relazioni interpersonali
- Deficit di socializzazione
- Difficoltà relazionali

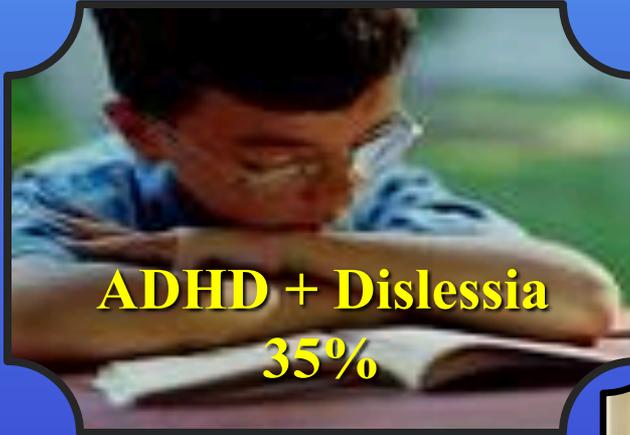
## ADOLESCENTI (13-17 anni)

- 35%: sintomi sottosoglia, spesso prestazioni scolastiche inferiori
- 50%: attenuazione di iperattività, disturbo attentivo (difficoltà scolastiche, pianificazione ed organizzazione), instabilità in scelte scolastiche o relazionali, condotte pericolose, ricerca di sensazioni, problemi emotivi;  
comorbidità
- 15%: permanenza della sindrome, impulsività, disadattamento sociale, difficoltà familiari.

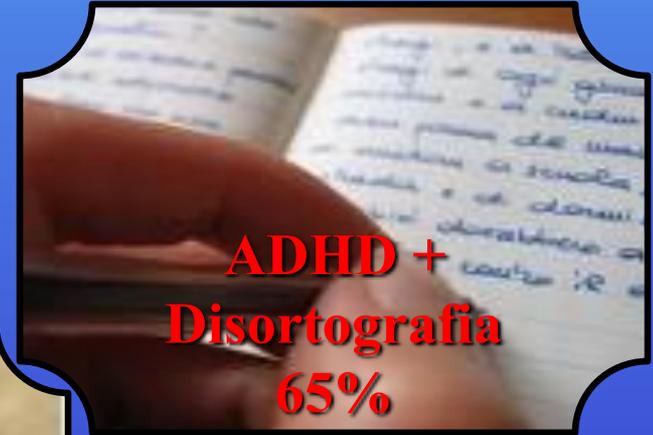




# Frequente Associazione **ADHD** & **Disturbi dell'Apprendimento** (Barkley 1981; Mayes 2000; McGrath 2011)



**ADHD + Dislessia**  
**35%**



**ADHD +  
Disortografia**  
**65%**



**ADHD +  
Discalculia**  
**6-11%**

# COMORBIDITA'



In letteratura:

ADHD+Dislessia= 15-35%

(Willcutt et al 2005, Germanò et al 2010)

ADHD+Disortografia=10-65%

(Mayes et al 2000)

ADHD+Discalculia= 6-29%

(Capano et al 2008, Mayes et al 2007)

# Quando dietro al disturbo del comportamento ci sono problematiche depressivo-ansiose



(Am J Psychiatry 2014; 171:276–293)

Reviews and Overviews

*Mechanisms of Psychiatric Illness*

Emotion Dysregulation in Attention Deficit  
Hyperactivity Disorder

Philip Shaw, M.B.B.Ch

Argyris Stringaris, M.D

Joel Nigg, Ph.D.

Ellen Leibenluft, M.D.

**“L'emozione è una reazione soggettiva a un evento saliente, caratterizzata da cambiamenti fisiologici, esperenziali e comportamentali” (Alan Sroufe, 1996)**

**Regolazione emotiva:** complesso di processi mentali che rendono possibile l'analisi, il monitoraggio e la eventuale modificazione delle reazioni emotive (intensità, tempistica, espressione comportamentale) e che portano al raggiungimento di un obiettivo adattivo.

Al termine dell'età prescolare il bambino dovrebbe aver acquisito sufficienti strategie di autoregolazione emotiva



# Emotional Dysregulation in children

In children and adolescents, emotion dysregulation can be considered a negative outcome of a maladaptive emotional response to a stimulus combined with the child's or adolescent's ability to successfully modulate the response



# Regolazione emotiva e adattamento sociale



La regolazione emotiva può essere definita come l'insieme dei processi endogeni e modulati dall'ambiente che permettono all'individuo di valutare, monitorare e modulare la risposta emotiva ad uno stimolo.

La regolazione emotiva permette quindi al soggetto di scegliere il timing, la valenza e l'intensità della propria espressione emotiva adattandola al contesto e ad un obiettivo relazionale.

Una serie di ricerche evidenziano come una inadeguata regolazione delle emozioni di rabbia ed eccitazione si associ a problemi esternalizzanti del comportamento sia nel contesto scolastico che familiare,

mentre una scarsa regolazione delle emozioni di paura e tristezza è correlata a problemi internalizzanti e ansia sociale

Reviews and Overviews

(Am J Psychiatry 2014; 171:276–293) *Journal of Psychiatric Illness*

Emotion Dysregulation in Attention Deficit  
Hyperactivity Disorder

Philip Shaw, M.B.B.Ch

Argyris Stringaris, M.D

Joel Nigg, Ph.D.

Ellen Leibenluft, M.D.



**Disregolazione emotiva (DE)** : è espressione di un deficit della regolazione adattiva

1)Espressione delle emozioni è eccessiva rispetto alle norme sociali e inappropriata rispetto al contesto

2)Sono presenti cambiamenti emotivi rapidi e scarsamente controllabili (LABILITY)

3)E' presente una ipersensibilità o un'eccessiva focalizzazione attentiva su alcuni stimoli

L'espressione clinica DE è un frequente stato di irritabilità accompagnato da un'aggressività di tipo reattivo e da frequenti crisi di rabbia

# Emotional Dysregulation Model of Anxiety

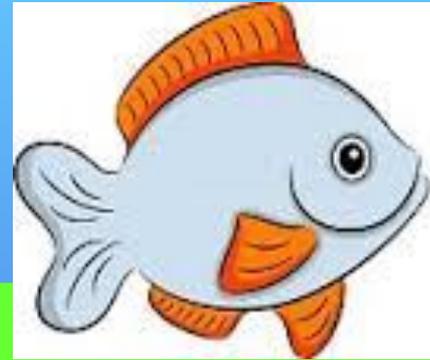
Di fronte a situazioni stressogene, il minore non riesce a gestire con successo l'aumento delle sensazioni di ansia e di disagio e può quindi scegliere strategie (evitamento, aggressività, chiusura, somatizzazione acuta) per ridurre immediatamente lo stato di attivazione ansiosa (arousal).

Queste strategie sono comunque inadeguate e comportano una nuova escalation dello stato d'ansia che tende così ad autoalimentarsi.

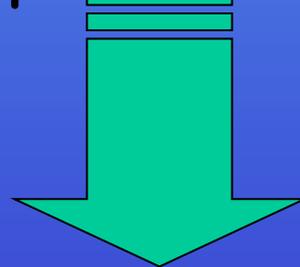
Strategie adattive nella gestione dell'attivazione ansiosa (analisi della situazione, razionalizzazione, focalizzazione su altri pensieri, ricerca di supporto) non sono nel background personale e familiare del bambino



## Fattori di vulnerabilità individuale



Temperamento fobico-ansioso  
Stile attaccamento patologico  
Codice emotivo povero  
Disregolazione emotiva  
Difficoltà relazionali e di adattamento  
Ripetute ospedalizzazioni e presenza di malattie croniche  
Sovrastima del pericolo , paura delle situazioni nuove



**elevato rischio di disturbi emotivo-  
comportamentali**

# Disturbo oppositivo e disregolazione emotiva

## Aggressività affettiva

- Segue spesso un evento stressor
- Deriva da una ipersensibilità personale e interpersonale con bias ostile
- Non è pianificata
- E' manifesta e non ha obiettivi preordinati (dominio, vendetta, minaccia)
- E' caratterizzata da agiti eterolesivi ma anche autolesivi
- Ha una rapida escalation e si accompagna ad espressione somatiche ed emozionali
- E' seguita da uno stato di spossatezza e/o pianto





## Il fattore famiglia nature and nurture

Ambiente familiare connotato:

Life events negativi (lutti, ospedalizzazioni, conflitti, prob. economiche, ecc. )

frequenti difficoltà relazioni intrafamiliari ed extrafamiliari  
scarsa espressione di affetti ed emozioni,  
modelli di riferimento spesso pessimistici,  
convinzione di non avere alcun controllo su eventi negativi  
iperprotettività.

# Irritabilità e aggressività affettiva in età evolutiva

J Child Adolesc Psychiatry (2011) 50:11–20  
DOI 10.1007/s10804-010-9120-4

REVIEW

Irritability in children and adolescents: a challenge for DSM-5

Angelo Stefanini

In età evolutiva l'irritabilità, l'ipersensibilità agli stimoli ambientali negativi (o presunti tali) è spesso un sintomo di una labilità emotiva e di una patologia di tipo depressivo.

Sono bambini che appaiono facilmente infastiditi, eccessivamente suscettibili e permalososi, con evidenti stati negativi dell'umore presenti già all'arrivo a scuola

La loro attenzione è discontinua come le loro prestazioni (sia in motivazione che rendimento).

La relazione con i pari è spesso fonte di vissuti negativi (non commisurati al reale scambio relazionale ).

Fenomeno di **ipearausal**, ipersensibilità ai rumori, difficoltà di attenzione,

# Quando l'ansia motiva la rabbia



## Co-occurring Anxiety and Disruptive Behavior Disorders: The Roles of Anxious Symptoms, Reactive Aggression, and Shared Risk Processes

Jennifer L. Bubier<sup>a,b</sup> and Deborah A.G. Drabick<sup>a,c</sup>

Pochi lavori in letteratura ma non rara associazione in clinica

Cleckley, 1982: non vi può essere comorbidità tra DOP/DC e D Ansia per motivi etiopatogenetici e di incompatibilità sintomatologica

Lavori su presenza di comorbidità tra DOP e ADHD e disturbo d'ansia di separazione indicano una comorbidità 9% per DOP e 15% in campioni di pazienti con disturbo d'ansia

Casistiche di DAG mostrano percentuali di comorbidità molto maggiori con DOP tra 20-63% (es Masi et al,2003)

DC si associa solo a DAG

Questa tipologia di comorbidità più frequente in età prescolare e scolare e tende a decrescere in età seguenti

In questa comorbidità presenza di aggressività di tipo reattivo in modo

# Frustration-aggression model

Se un bambino con DAG viene provocato da altro bambino può sperimentare alti livelli di emozioni negative che ha difficoltà a regolare. Dato che il bno ansioso può temere di non riuscire ad uscire da questo contesto, ad es perché il provocatore blocca la sua strada , può agire condotte di aggressività reattiva per ottenere una via di fuga.

I genitori di bni ansiosi e di bni DOP mostrano scarse capacità di valutare positivamente le conseguenze di una situazione.

Fattore di rischio comune tra DAG e DOP è vivere in contesto in cui si verificano improvvisamente situazioni cariche di aggressività che possono creare nel DOP una reazione di coping e nel DAG una reazione di paura

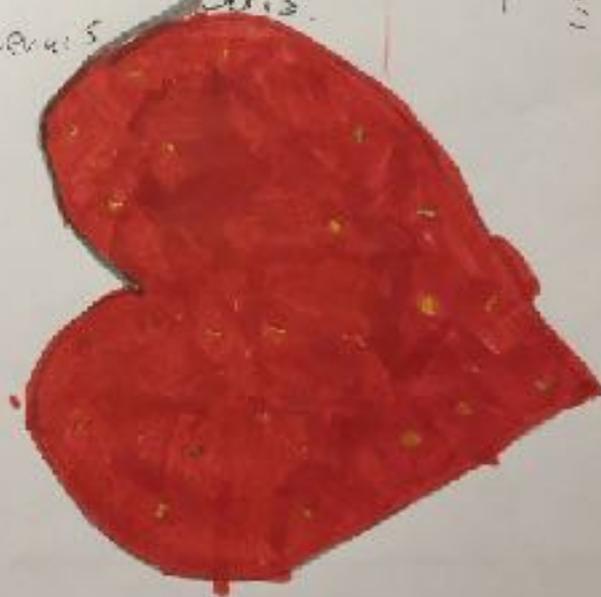
Anche il b.no ansioso ha bias cognitivi di interpretazione delle

## Tristezza

Sono triste se penso che o un  
po' di paura ad esempio quando  
faccio le gare e quando ci sono  
le verifiche di matematica. Perché  
ho paura di sbagliare e che la  
maestra mi prenda e i miei  
compagni mi prendano in giro.  
Sono triste se penso alla ogni  
tanto ho detto una bugia e per  
non so come fare se mi scoprono

## Felicità

Perché la parola felicità  
vuol dire pensare alle mie  
passioni cioè il mio pony  
Spartan e la mia colla pasticcina  
di Louis.



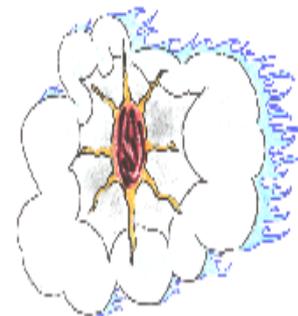


**UMANA MENTE**  
FONDAZIONE A SOSTEGNO DELLA SOLIDARIETÀ SOCMAR

**Settembre 2005**

Al di là delle nuvole

Progetto per il trattamento dei Disturbi del Comportamento in età evolutiva



**Settembre 2011**

Servizio Al di là delle nuvole

40 minori (7-16 aa) ogni anno

Equipe: 1+1 NPI , 3 Psicologi,

1 Ass. Sociale

**Intervento familiare**  
(parent training)

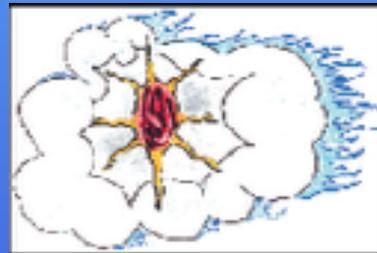
**Intervento  
individuale**  
(Intervento  
cognitivo-comportam,  
farmacologico)

**MST**

**Intervento extrafamiliare**  
(scuola, contesto dei pari, sociale)



# Assetto ecologico dell'intervento: uscire dal contesto clinico

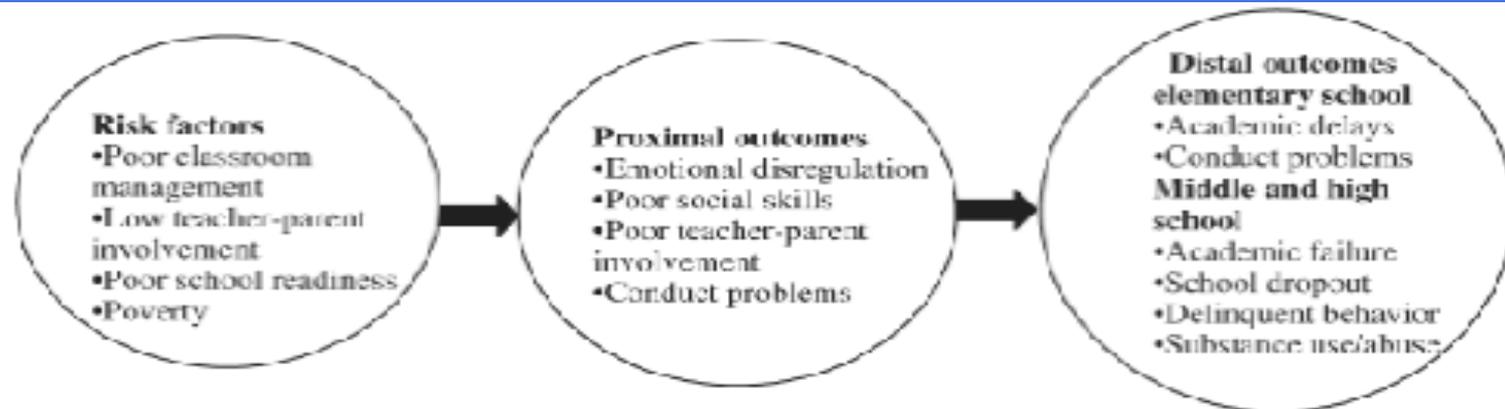


# La scuola può essere un contesto terapeutico?



“school involvement would seem to be a strategic strategy for improving young children’s school readiness, leading to later academic success and prevention of the development of conduct disorders.”

*Carolyn Webster-Stratton, 2008*



**Figure 1.**  
Cascading risk factors

# Al di là delle nuvole a scuola

**I Fase : Seminari di lancio**

**II Fase: Insieme per osservare e costruire**

**Stress e insegnamento: incrementare la consapevolezza e diminuire il senso di impotenza**

**Analisi funzionale lettura dell'episodio e strumento per comprendere il punto di vista del b.no/ adol**

**Quali punti di forza del b.no/ adol**

**Come lavorare con il singolo attraverso contratti e gratificazioni.**

**Come utilizzare una token economy di classe**

**Come intervenire nei momenti di crisi**

**Come coinvolgere la famiglia**



# Quali interventi da favorire in ambito scolastico

Interventi con obiettivi di:

- potenziamento delle competenze emotive e delle capacità empatiche
- Ampliamento delle capacità di riconoscimento delle emozioni e di discriminazione dei propri vissuti emotivi;
- favorire la comprensione del punto di vista dell'altro e del legame tra emozione e comportamento
- Ampliamento delle capacità di prevedere le ripercussioni emotive e cognitive che l'azione di ognuno ha sull'altro
- Mediazione del conflitto tra pari



# L'importanza di pensare ad un programma preventivo applicabile a scuola

## Per il bambino a rischio

l'aggressività in età evolutiva non trattata può seguire traiettorie evolutive quali abbandono scolastico, abuso di sostanze, comportamenti delinquenti/antisociali in età adulta, costi sociali elevati per la comunità

## Per le ricadute sull'intera classe

I bambini che presentano elevati livelli di aggressività e problemi di comportamento creano problemi alla gestione della classe e di tutto il suo assetto

Questi bambini interferiscono sulla qualità dell'apprendimento di tutto il gruppo classe

Interferenza sull'adattamento scolastico di tutto il gruppo

Interferenza sull'adattamento dell'Insegnante

Non tutti i bambini con difficoltà comportamentali

Un intervento di prevenzione primaria

*Coping  
Power  
Scuola*

Si ringrazia  
Dr.ssa Laura Ruglioni

# Il Coping Power Scuola



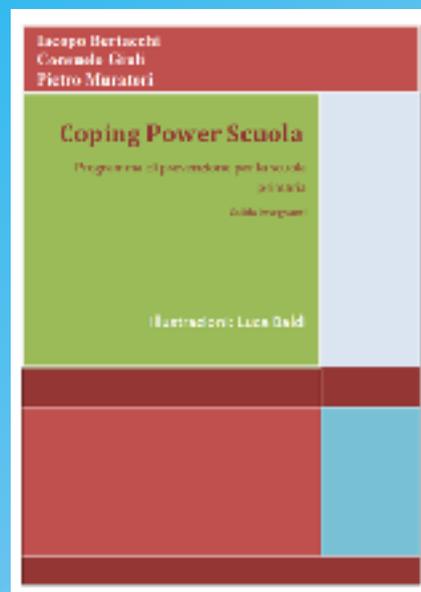
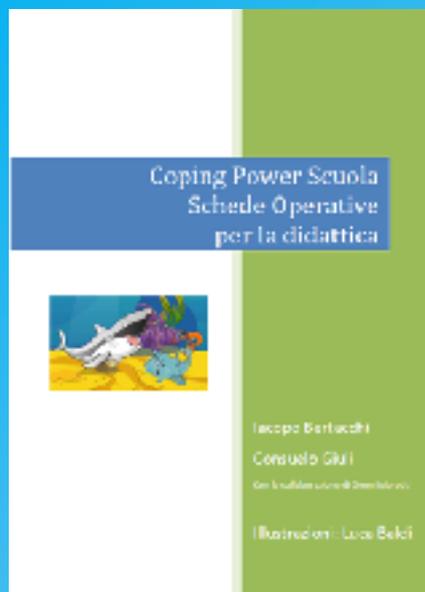
- Dal 2009:  
Protocollo ideato  
dai responsabili del  
progetto

- Collaborazione con  
il Servizio AI di là  
delle nuvole –  
IRCCS Stella Maris

- Supervisione Prof  
J. Lochman,  
Università  
dell'Alabama

**Partner progetto:** scuole di  
Coesistenza Psicoterapia  
clinici e di formazione  
Istituti scolastici e  
comuni Provincia di Lucca





# Docente: conduttore del programma

## Insegnante: ruolo centrale

Esperto della classe

E' in grado di svolgere  
il programma

## Generalizzazione delle competenze

Il docente può favorire  
la generalizzazione  
delle acquisizioni a  
tutte le attività  
scolastiche

Le competenze  
vengono acquisite e  
sperimentate nel  
contesto di vita reale  
dei bambini

## Sostenibilità del progetto

Riduzione dei costi: più  
docenti coinvolti

Funzionale all'Istituto  
scolastico: docenti che  
possono applicare il  
CPP su più classi

**Dalla prevenzione primaria a secondaria:**

**Il lavoro sul singolo alunno con difficoltà comportamentali può continuare attraverso IL TEACHER HELP (TH)**

**Chi lavora al TH**

**Annarita Milone**

**Laura Ruglioni**

**Azzurra Manfredi**

**Cinzia Fratoni**



*Fasi del TH/ Di cosa discutiamo con le singole  
equipe di docenti durante gli incontri teacher  
help ?*

**1° incontro con l'equipe: a partire dalla Scheda di Segnalazione i docenti ci presentano le difficoltà nel dettaglio e discutiamo probabili fattori causali/mantenimento problema e strategie per ridurlo**

**.....I docenti provano ad applicare strategie per 2-3 mesi.....**

**2° incontro con l'equipe: riceviamo Feed Back su cosa ha funzionato e perché, cosa non ha funzionato e perché, come proseguire**



# SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEL BAMBINO

Classe frequentata

Notizie sulla famiglia

Qualità dell'interazione coi compagni

Qualità dell'interazione con le insegnanti

Quando sono comparsi i problemi comportamentali

Profitto scolastico

Quali sono i comportamenti disturbanti  
più frequenti

Cosa vi preoccupa di più del bambino

Quali sono gli aspetti migliori che vedete in lui

# ANTECEDENTI SITUAZIONALI

DOVE? (in classe, in palestra, nel corridoio, ecc...)

QUANDO? (alla 1° ora, nell'intervallo, ecc...)

CON CHI? (con l'insegnante di matematica, italiano, ecc...)

CHE COSA ACCADE IN CLASSE? (tutti parlano o fanno confusione o...)

Che cosa accade in classe prima del comportamento problematico?



# COMPORAMENTO PROBLEMATICO DEL BAMBINO

- Che cosa ha fatto esattamente il bambino?
- Che cosa ha detto esattamente il bambino?



# CONSEGUENZE



Come hanno reagito gli altri al comportamento problematico?

# UN AIUTO ALL'ANALISI DEL COMPORTAMENTO PROBLEMATICO: ANALISI FUNZIONALE

<b>Giorno:</b>	Comportamento problematico.	Cosa accade dopo?
<b>Comportamento Problematico.</b>	Cosa ha fatto e detto? Con quale intensità? Quanto è durato?	Cosa hanno fatto le insegn. ? Cosa hanno fatto i compagni? Sono state coinvolte persone fuori dalla classe?
<b>Dove si verifica il comportamento problema?</b>		Come si è risolta la situazione?
<b>In classe, in palestra...?</b>		
<b>In quale momento (quale materia e quale ora, la prima....)</b>		
<b>Con i bambini o le insegnanti? Quali?</b>		
<b>A ricreazione il bambino si trova in classe con altri compagni e un</b>		
	Il bambino lo accusa violentemente urlando, si incupisce, si tappa le orecchie, diventa rosso e dice	La maestra si avvicina e cerca di

# I contratti comportamentali

Token Economy di classe su traguardi individuali  
(Scuola primaria)



Contratto individuale (Scuola Secondaria)



**La comunicazione con le famiglie:  
evoluzione del rapporto scuola-  
famiglia**

## Che cosa rende ancora più difficile l'alleanza scuola - genitori in situazioni multiproblematiche?

### • Genitore

- Aspetti individuali
- Aspetti relazionali
- Comprensione del problema del minore
- Sostegno
- Evoluzione

### • Insegnante/i

- Aspetti individuali
- Il contesto di equipe
- Il contesto classe
- Le risorse della scuola
- Il rapporto con gli specialisti
- Evoluzione

# Genitore: variabili individuali

Stile educativo



Problematiche  
psicologiche o di  
salute

Provenire da  
culture diverse



Variabili  
personologiche e  
dell'esperienza  
genitoriale



# Genitore: variabili relazionali

Genitore single



La coppia



La relazione con  
gli altri genitori



Essere genitori e  
variabili del  
funzionamento  
genitoriale



# Genitore: comprensione del problema del minore

Completa comprensione e  
accettazione

Rifiuto e  
negazione



Dolore  
e  
Delusione

Ricerca di aiuto  
Accoglienza dei  
suggerimenti  
Alleanza con le  
figure di aiuto

Sfiducia  
Sospetto  
Ritiro  
Esclusione

# Genitore: Sostegno e Evoluzione



# Insegnante: variabili individuali

Stile educativo



Lo stress professionale



Le difficoltà di comunicazione



Variabili  
personologiche e  
dell'esperienza  
professionale



# Insegnante: il contesto di equipe e il contesto di classe

Le classi  
multiproblematiche



Le dinamiche tra  
alunni



Le equipe cooperative

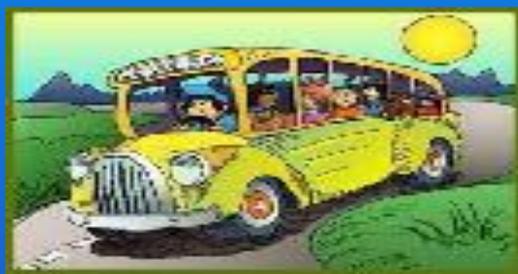


L'insegnante di sostegno  
tra fantasia e realtà



# Insegnante: Le risorse della scuola e il rapporto con gli specialisti

Cercare insieme spazi e attività

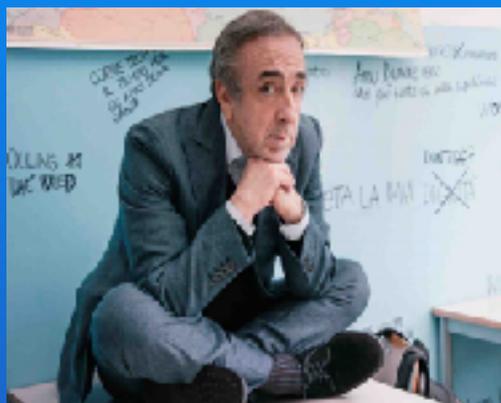


Il rapporto con gli specialisti



D OMANI  
S AREMO  
A UTONOMI

# Insegnante: Evoluzione



# Rapporto scuola - famiglia



- **Analisi del contesto familiare**
- **Analisi delle difficoltà comunicative**
- **Comprendere insieme le difficoltà dell'alunno**
- **La realtà scolastica e la realtà familiare**
- **Punti di forza del minore e sue fragilità**
- **Comunicare che è necessaria una valutazione specialistica**

**Lo specialista in aiuto**  
**Suggerimenti e strategie da condividere**  
**Gratificazione e sospensioni di privilegi**  
**L'importanza dell'inserimento nel gruppo classe**  
**Quando il bambino fa a scuola cose positive che il genitore non si aspetta**  
**Insieme è possibile!**

# L'ora di lezione

Massimo Recalcati

- La forza dell'educazione non è recuperarla a un'ideale standard di normalità, ma potenziarla, difenderla, amarla.
- Ecco una buona definizione dell'educazione: amare la stortura delle vite. E' il compito che attende per primi i genitori e che in un secondo tempo investe la scuola.

# COMPENDIO DI EDUCAZIONE DEI FANCIULLI



© A cura di Guglielmo Arrighi  
© Il testo e le illustrazioni stilografiche provengono da una  
Cultura della Famiglia del 1885

LIBRERIA EDITRICE FIORENTINA

# Terapia e educazione



## Capricci - Piagnistei

Il bambino vuole ottenere una cosa, e perciò grida e piange; è la sua prima maniera d'esprimere la propria volontà; in generale, si è solleciti ad appagarlo; il suo istinto (giacché in lui non opera allora che l'istinto), s'impadronisce di questo mezzo e ne usa ed abusa. Quando un fanciullo riesce impertuno con esigenze insistenti e imperative, non si deve soddisfare alle sue grida per toglierne la noia; ma invece cercar con le buone di distrarlo dall'oggetto delle sue lagrime, parlargli d'altra cosa che pure lo interessi e non mai infuriarsi. Infuriarsi, battere le natiche a bambini che non hanno ancora la ragione, è come voler cominciare l'educazione col bastone.

Un fanciullino alla maniera contrarietista aveva accesi di collera di tale violenza, che si dimenava furiosamente, facendosi in volto di color violaceo, come persona sorpresa dalle convulsioni; tutti i mezzi posti in opera per signoreggiare questa mala disposizione erano tornati infruttuosi. Fu domandato consiglio ad un celebre medico, ed ecco cosa

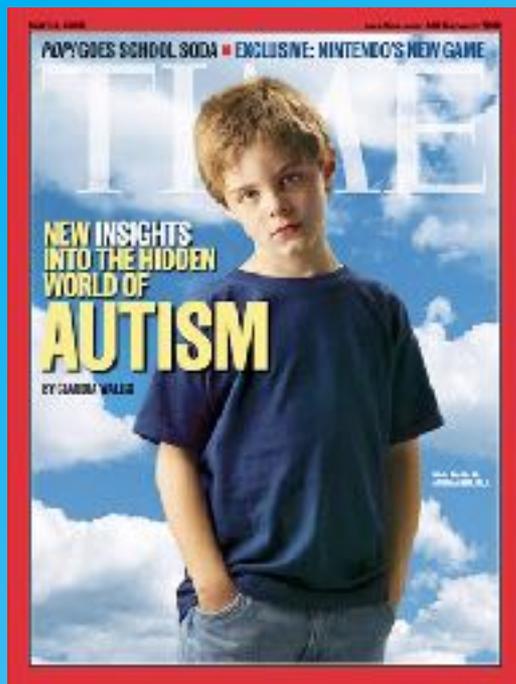
si convenne di fare: alla prima crisi che si ripeté si guardarono bene dal dirgli una sola parola; sua madre lo prese con calma tra le braccia, e lo depose sovra un tappeto in una stanza vicina; indi vi si chiuse insieme con lui, fingendo di leggere nella quiete più perfetta. Dopo alcuni minuti, le grida cessarono; allora ella chiamò la fante: le disse che il fanciullo era ammalato, lo fece portare nel suo lettuccio graziosamente, e mandò pel dottore, che aveva prevenuto in anticipazione, e che, prestandosi a questa commediola, dichiarò, che era una crisi nervosa delle più violente. Il letto, la dieta ed una bevanda rinfrescante furono prescritti; ma il bambino probabilmente non trovò il trattamento di suo gusto, e le collere non ricomparvero più.

## Castighi

Un fanciullo che schiamazza fuori di tempo, che inquieta i fratelli e le sorelle, impadronendosi dei loro giocattoli, rompendoli, che è senza pietà pei piccini deve essere castigato in qualche modo.

Si può privare il fanciullo d'un giocattolo, d'un piacere, del leggere un libro favorito, ricusar di baciarlo, e fargli conoscere come si renda disagiatavole a suoi genitori; mostratevi in collera col fanciullo, mostratevi mesta e quasi lagrimsa; il dispiacere di avervi offesa deve essere il maggior castigo per lui. Non è ben fatto, secondo noi, di castigare il fanciullo privandolo della colazione e delle pietanze a pranzo. Ciò lo abitua alla ghiottoceria; privatelo piuttosto d'un divertimento, d'una passeggiata, privatelo nel momento della vostra confidenza; questa dev'essere la più gran pena. Si dice che l'infemo pei peccatori altro non è che la privazione della vista del Signore!... Imparate dunque

# Quali cambiamenti culturali sono necessari





Grazie per l'attenzione