

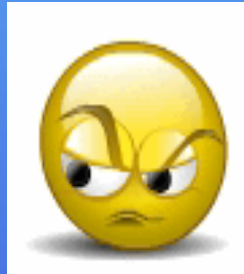
I Disturbi da Comprtamento in età evolutiva

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

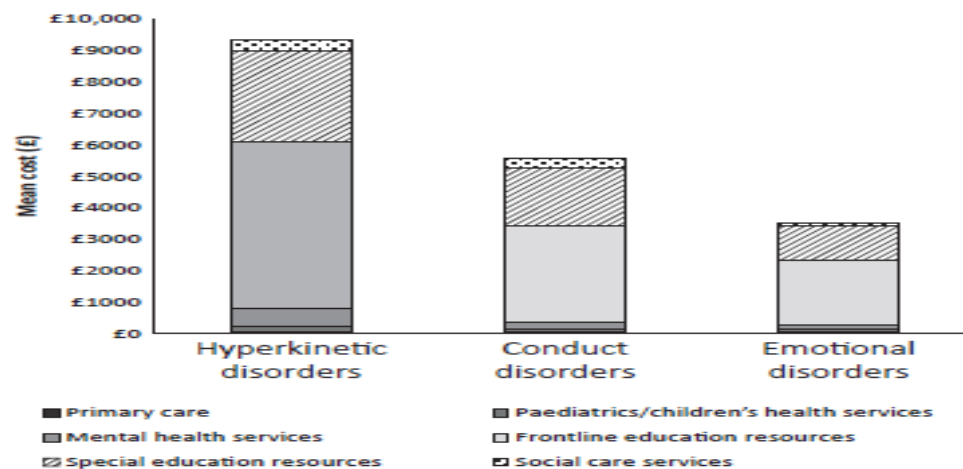
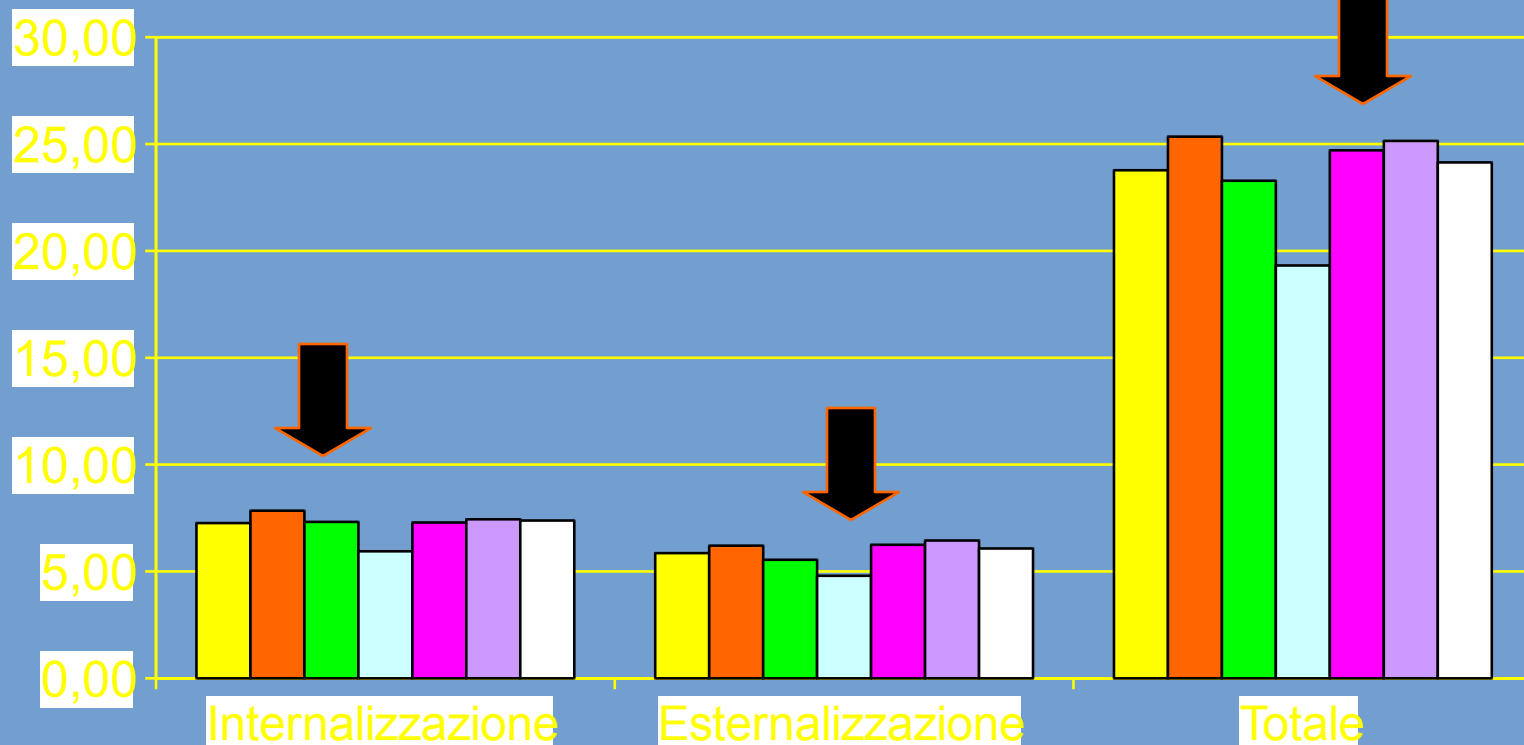


Figure 2 Health, social service and education resource use: mean cost over 3-year follow-up for all children/young people with a disorder

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

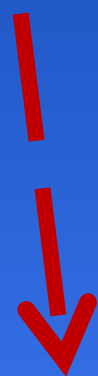
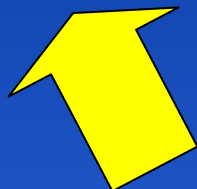
I DON'T WANT TO GO TO
SCHOOL! I HATE SCHOOL!
I'D RATHER DO ANYTHING
THAN GO TO SCHOOL!



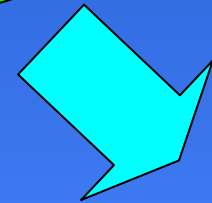
- In una scuola elementare di in una classe II di 25 alunni, c'è un bambino di 8 anni irrequieto e aggressivo, che ha la cattiva abitudine di percuotere i compagni, e ha già mandato all'ospedale due maestre.
- I genitori degli altri bambini si lamentano con l'Usl e il Provveditorato che a parte sospendere 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)

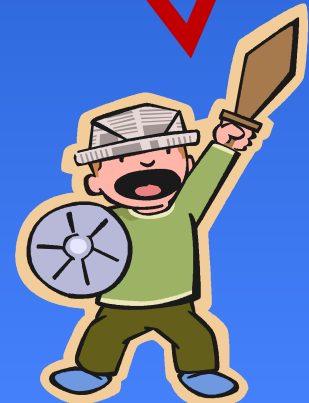
Disturbo Oppositivo
Provocatorio (DOP)



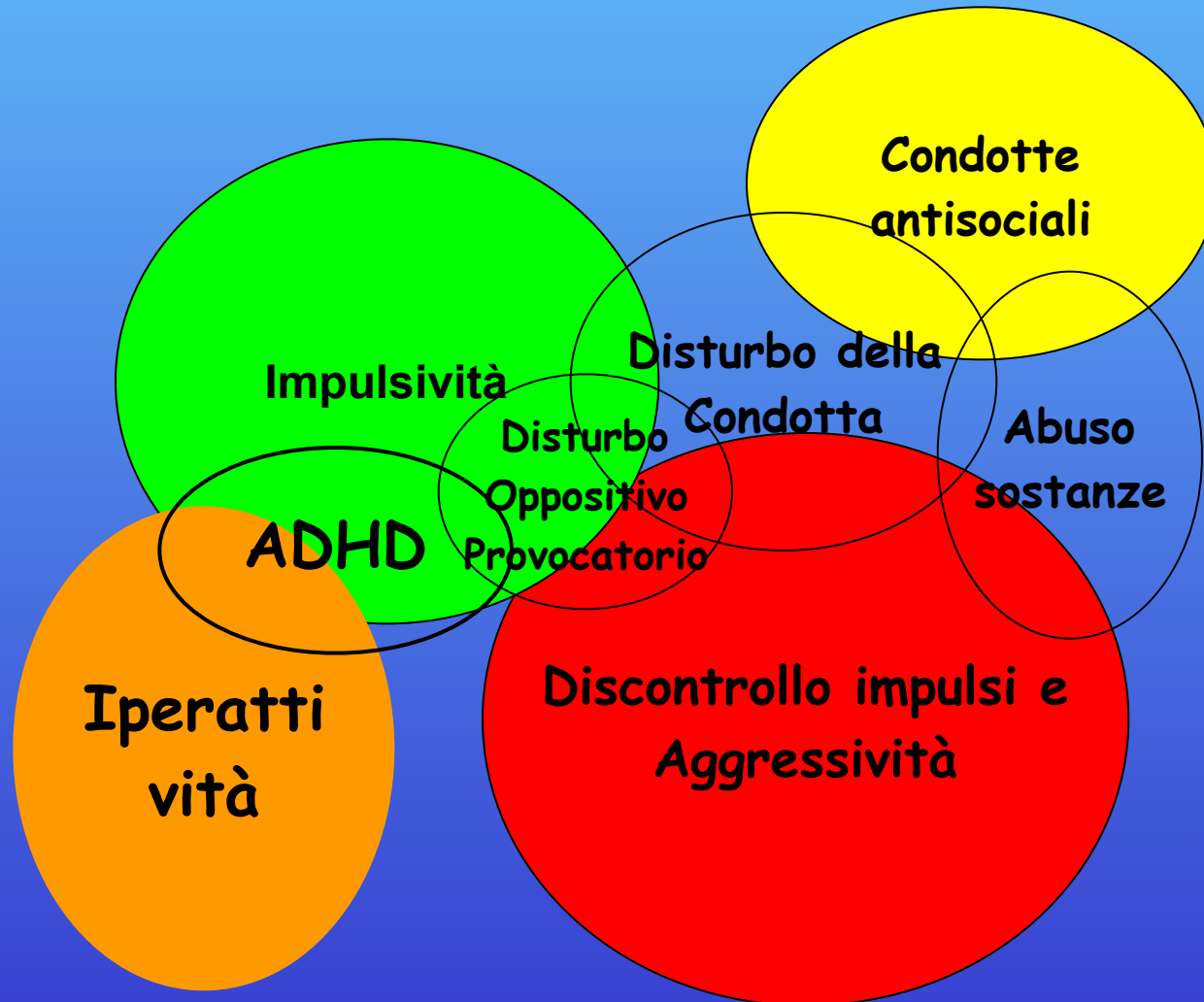
DCD



Disturbo della Condotta (DC)



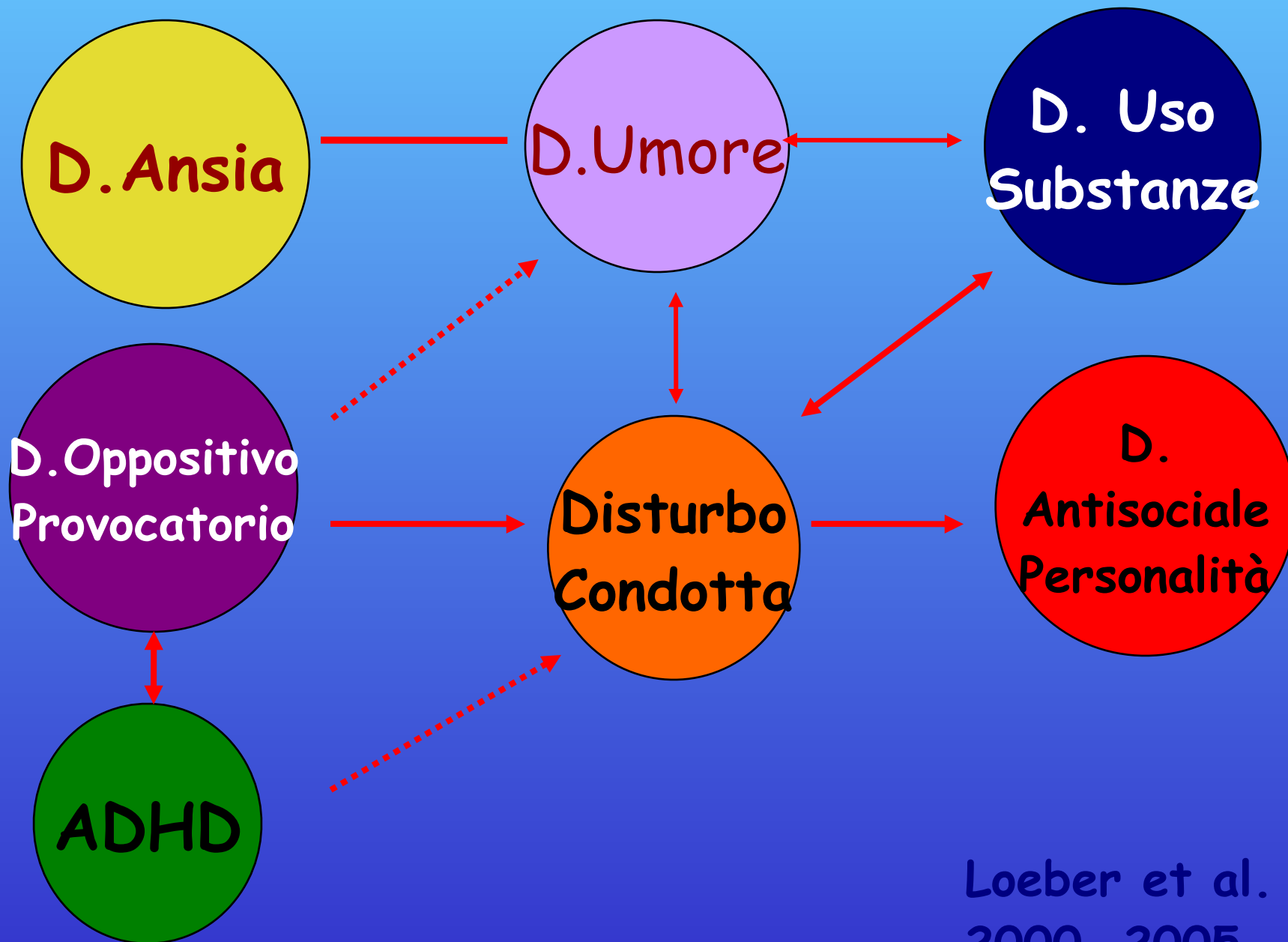
Pattern sintomatologici in comune in DCD



Infanzia

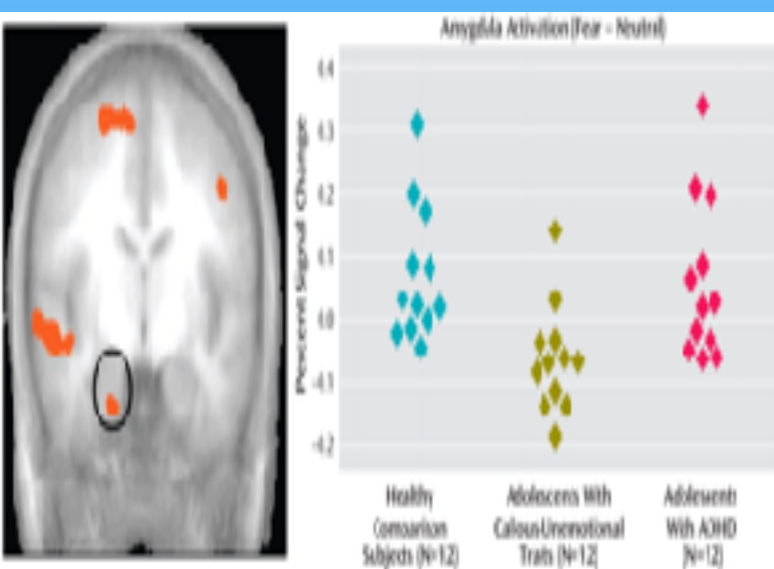
Adolescenza

Età Adulta



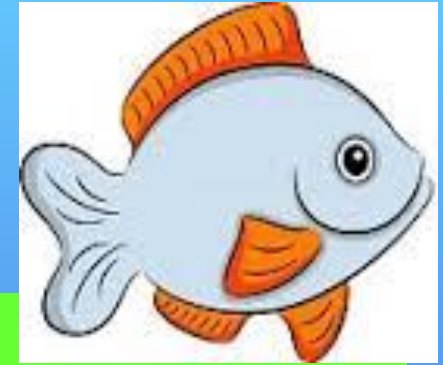
Loeber et al.
2000, 2005

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

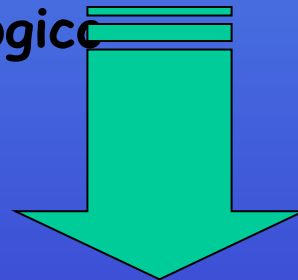
Immaturità delle capacità di inibizione e autocontrollo

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

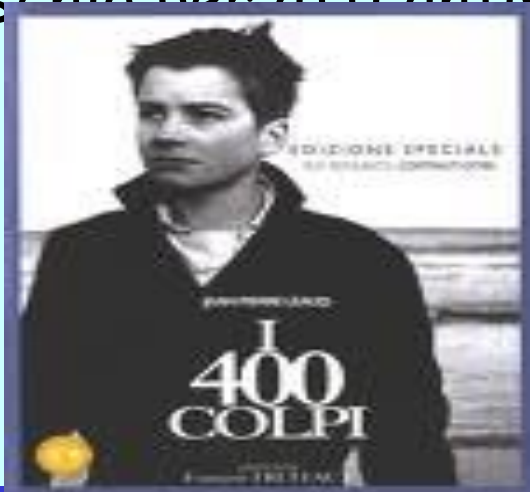
Teoria della mente e DBD

- 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



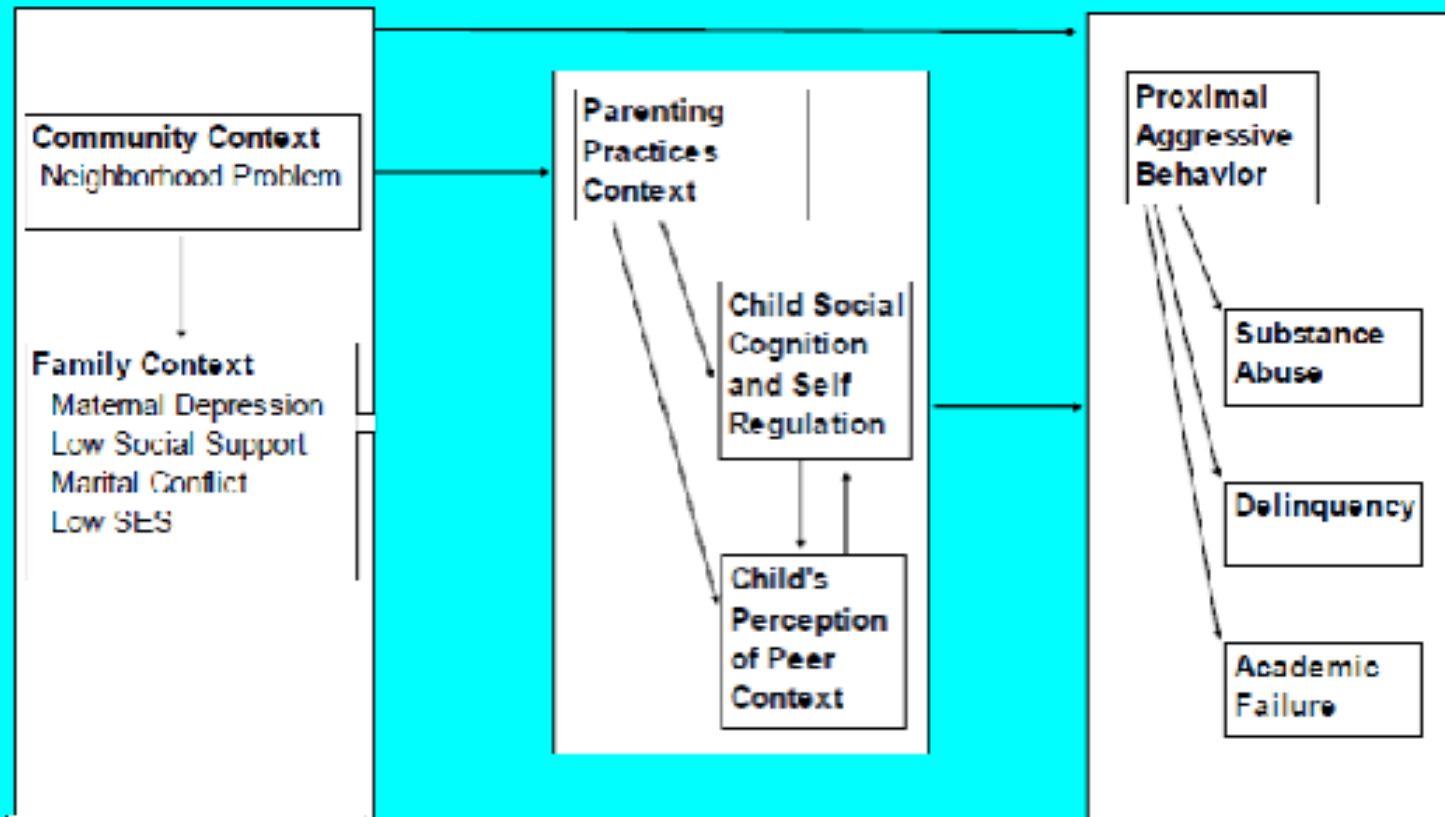
Stile educativo e traiettorie evolutive

- 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

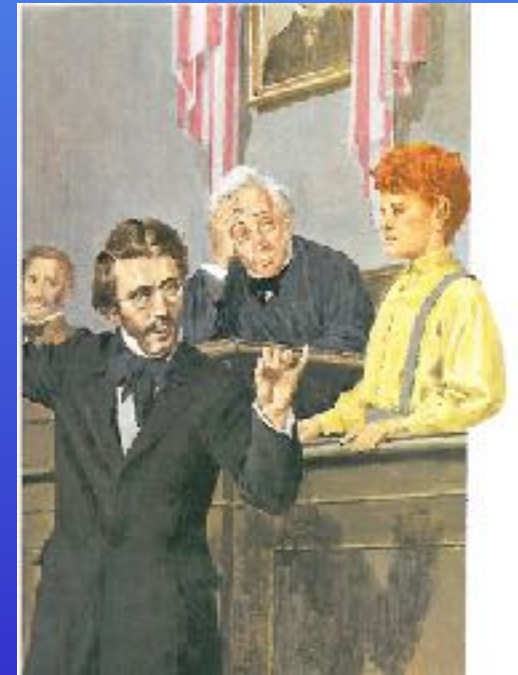
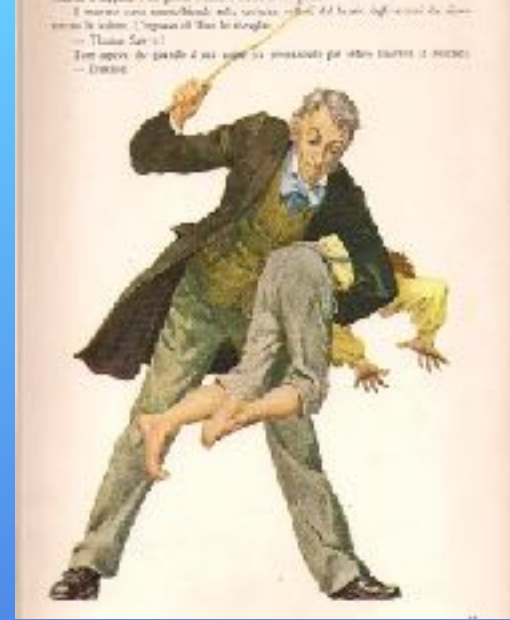




FATTORI PROTETTIVI

- 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



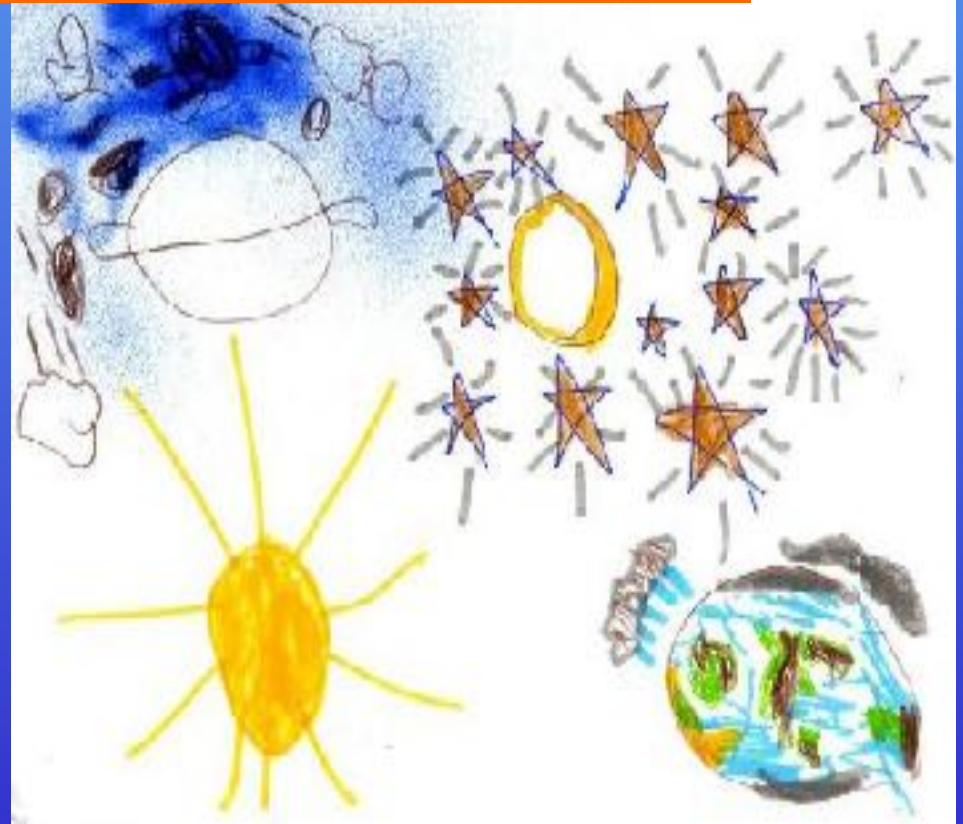


La frequente condizione di **emarginazione sociale** legata alla scarsa comprensione, da parte dei coetanei e adulti, di alcuni comportamenti problematici, rappresenta un **ulteriore fattore di rischio** per lo sviluppo di gravi quadri psicopatologici in età evolutiva .

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.

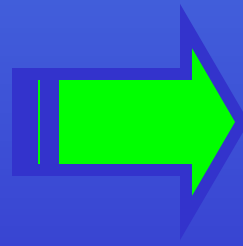
Perché?

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

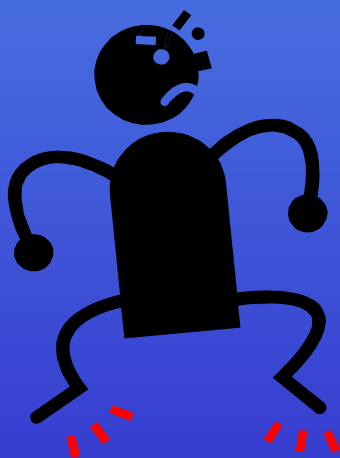
Quali sono i bambini a cui si fa questa diagnosi?

- 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



Il disturbo della condotta



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

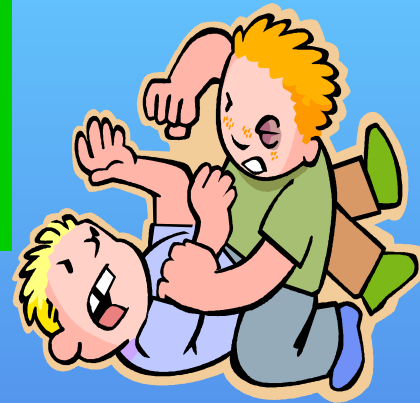


Aggressività predatoria

- 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

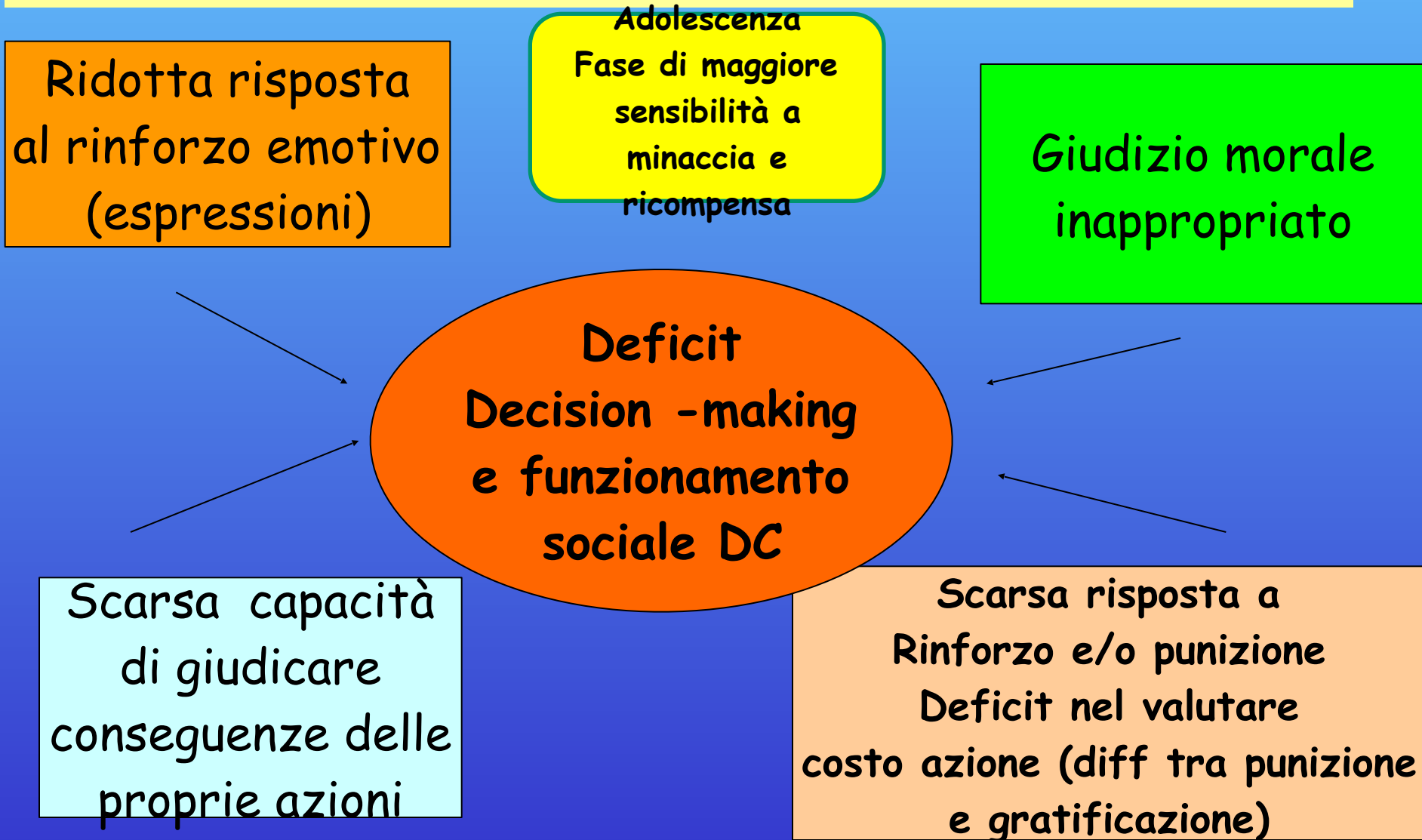
Senso di solitudine

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.

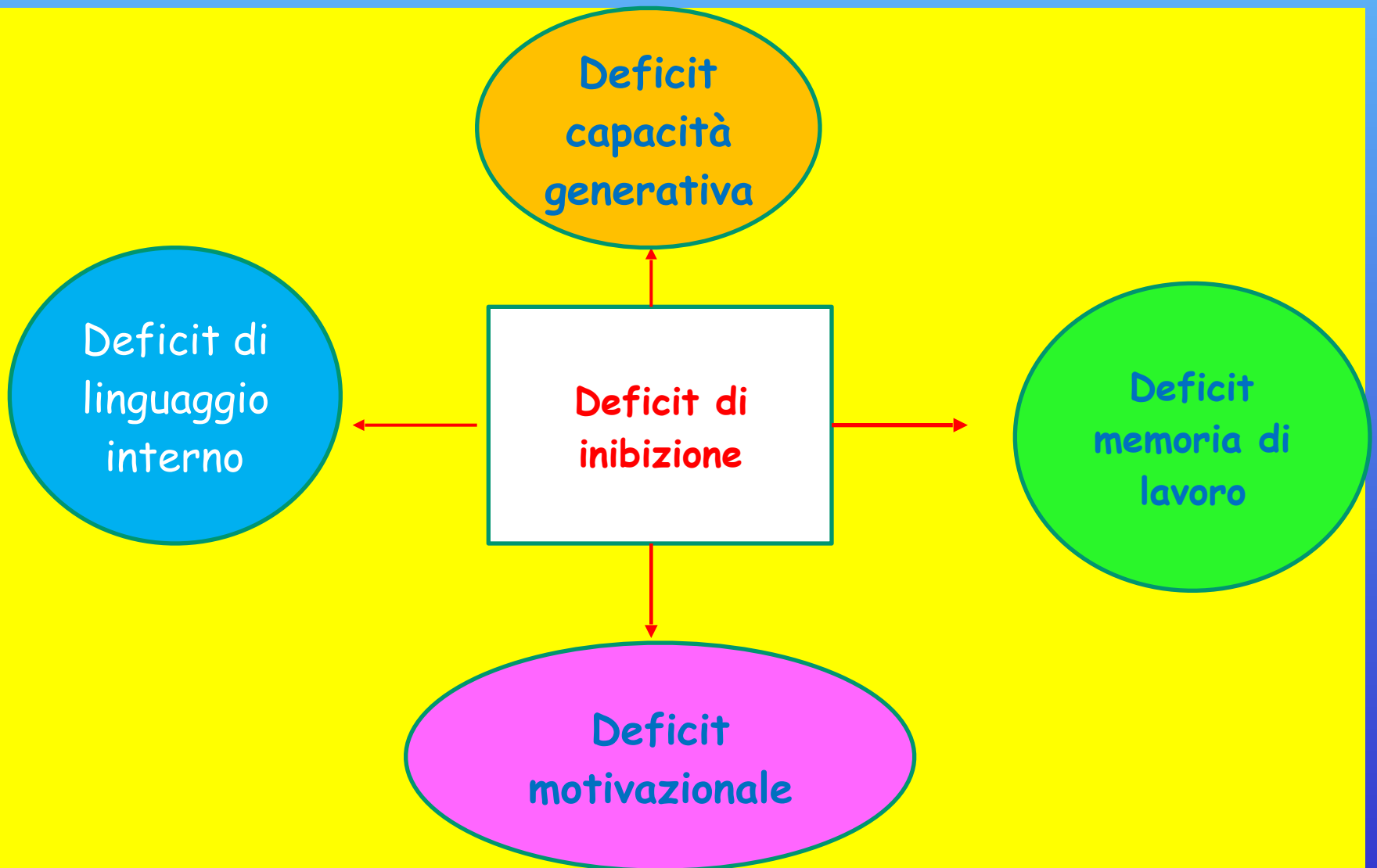


DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ

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

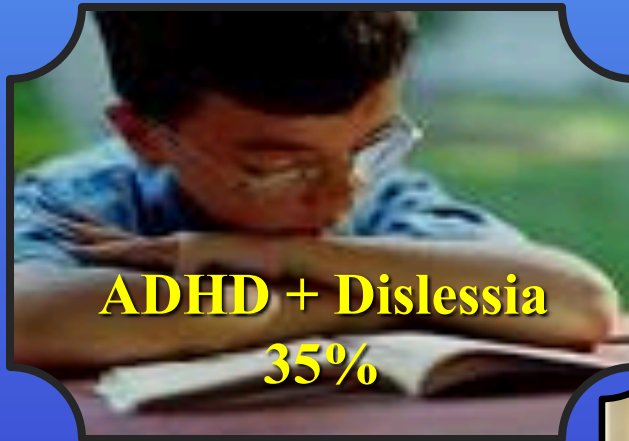
ADOLESCENTI (13-17 anni)

- 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

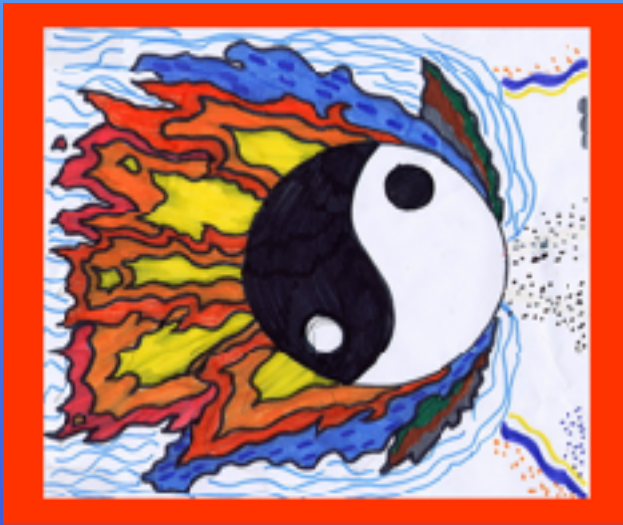


Emotional Dysregulation in children

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

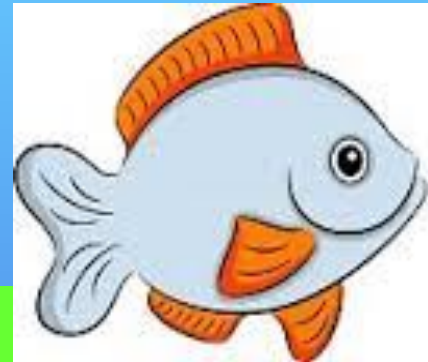
Di fronte a situazioni stressogene, il minore non riesce a gestire con successo l'aumento delle sensazioni di ansia e di disagio e può quindi scegliere strategie (evitamento, aggressività, chiusura, somatizzazione acuta) per ridurre immediatamente lo stato di attivazione ansiosa (arousal).

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

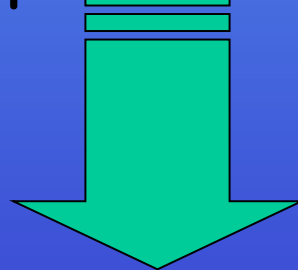
Strategie adattive nella gestione dell'attivazione ansiosa (analisi della situazione, razionalizzazione, focalizzazione su altri pensieri, ricerca di supporto) non sono nel background personale e familiare del bambino



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; 50:1-96
DOI 10.1007/s10804-010-9150-4

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^{a,b} and Deborah A.G. Drabick^{a,c}

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

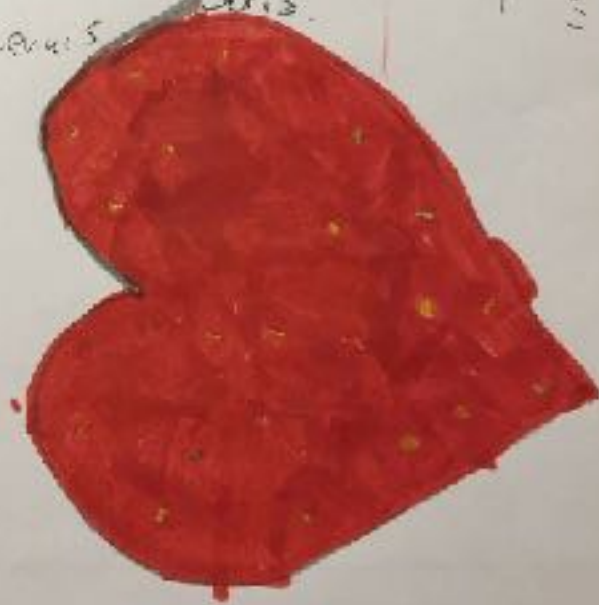
Anche il b.no ansioso ha bias cognitivi di interpretazione delle

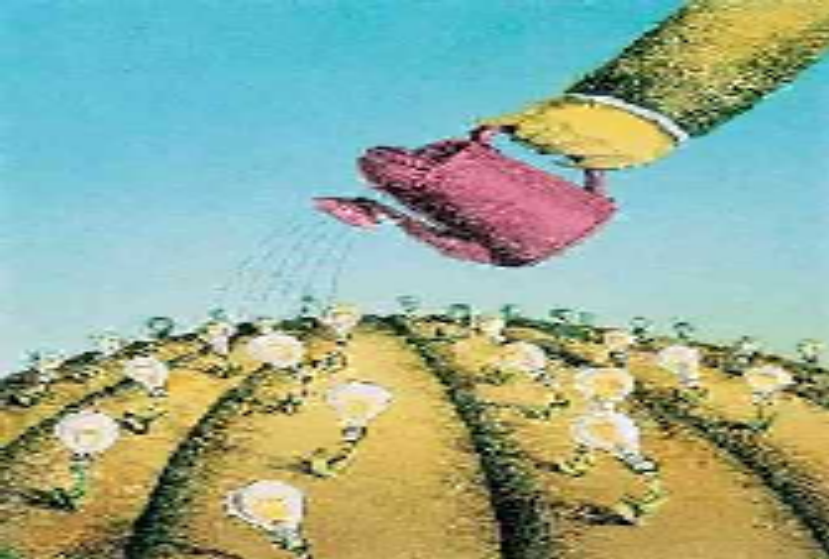
Tristezza

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 collana
di Louis.





UMANA MENTE
FONDAZIONE A SOSTEGNO DELLA SOLIDARIETÀ SOCMAS

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)

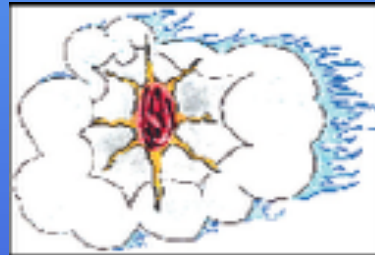
**Intervento
individuale**
(Intervento
cognitivo-comportam,
farmacologico)

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

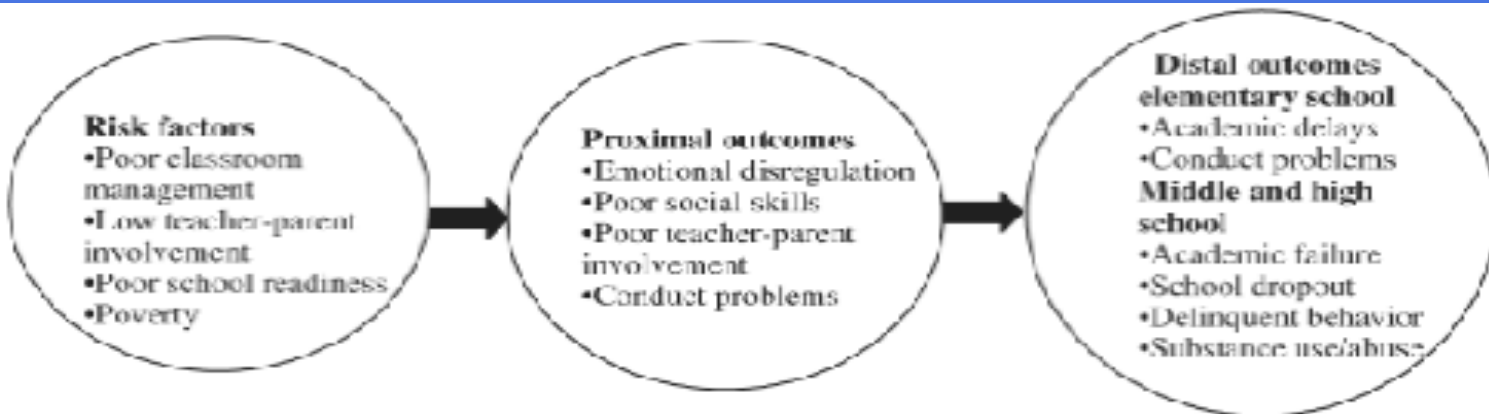


Figure 1.
Cascading risk factors

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

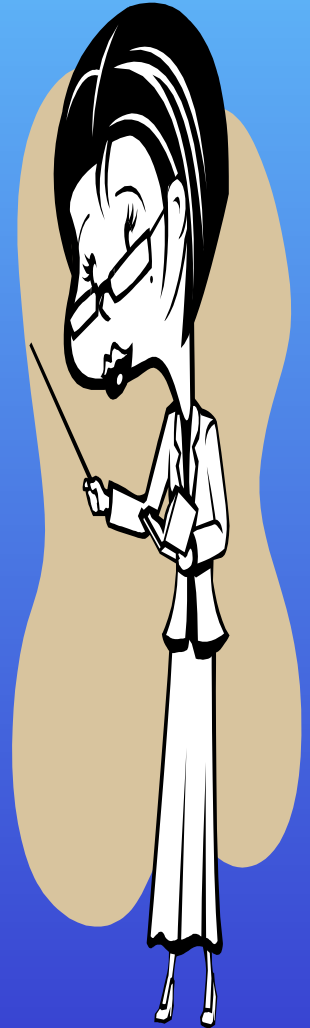
Quali punti di forza del b.no/ adol

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

Si ringrazia
Dr.ssa Laura Ruglioni

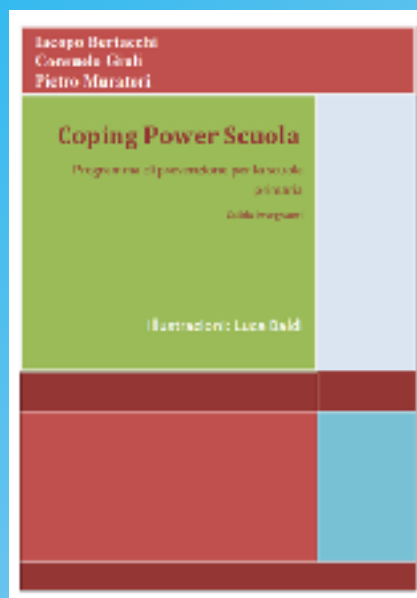
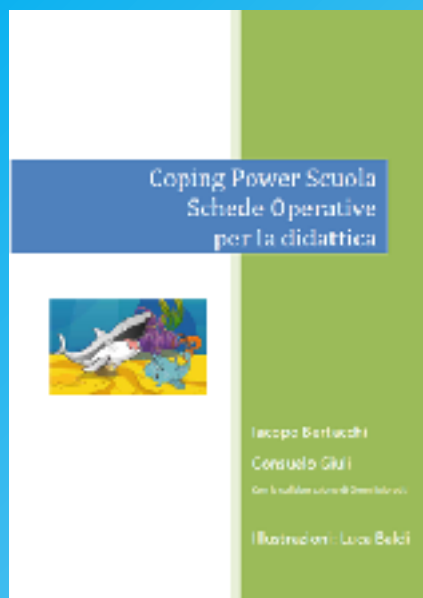
*Coping
Power
Scuola*

Il Coping Power Scuola



Partner progetto: scuole di
Specializzazione 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

| | | |
|--|--|---|
| Giorno: | Comportamento problematico. | Cosa accade dopo? |
| Comportamento Problematico. | 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? |
| Dove si verifica il comportamento problema? | | Come si è risolta la situazione? |
| In classe, in palestra...? | | |
| In quale momento (quale materia e quale ora, la prima....) | | |
| Con i bambini o le insegnanti? Quali? | | |
| A ricreazione il bambino si trova in classe con altri compagni e un |  | |
| | 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.

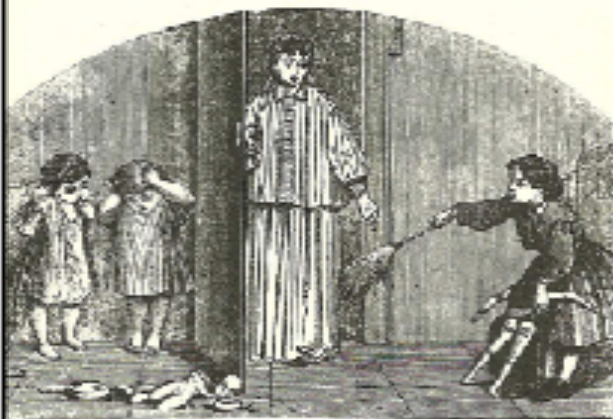
COMPENDIO DI EDUCAZIONE DEI FANCIULLI



© 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 contraria 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

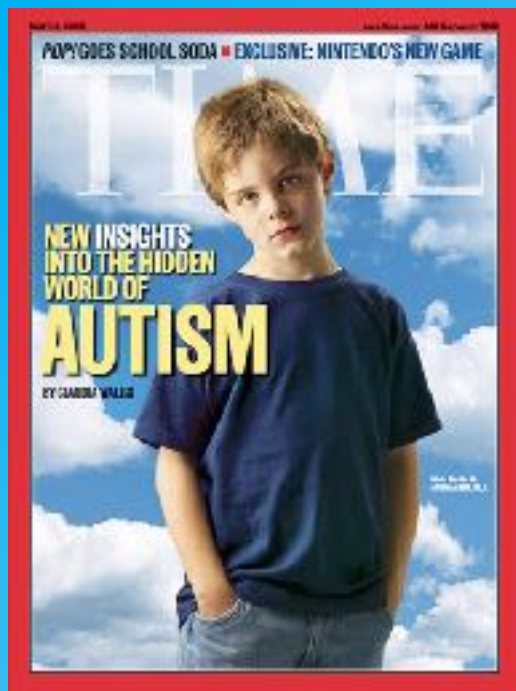
si convenne di fare: alla prima crisi che si ripeté si guardavano bene dal dirgli una sola parola; sua madre lo prese con calma tra le braccia, e lo depose sovra un tappeto in una stanza vicina; indi vi si chiuse insieme con lui, fingendo di leggere nella quiete più perfetta. Dopo alcuni minuti, le grida 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 lagrimosa; 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