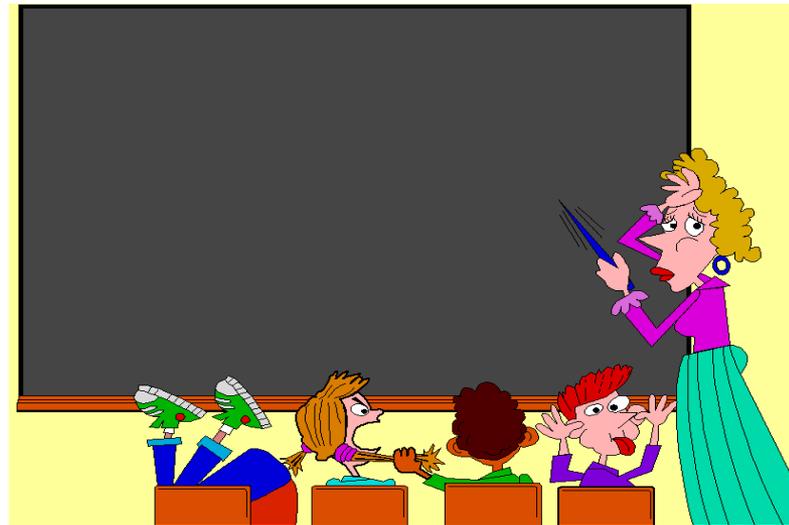


L'ALUNNO CON DISTURBI DA COMPORAMENTO DIROMPENTE



***DOTT.SSA AZZURRA MANFREDI,
NEUROPSICHIATRA INFANTILE***



CONOSCERE E GESTIRE LE PROBLEMATICHE COMPORTAMENTALI IN ETÀ EVOLUTIVA

TEACHER HELP !!!!!!!

Dr.ssa Azzurra Manfredi (neuropsichiatra infantile)

Disturbi da Comprtamento Dirompente (DCD)

Perchè parlarne "anche" a scuola?



Servizio Al di là delle nuvole



IRCCS Fondazione Stella Maris



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

- Comportano un alto costo sociale

- Sono disturbi relativamente

stabili, che si pongono in continuità con il Disturbo Antisociale di Personalità o altre patologie psichiatriche (abuso di sostanze, ...).

- In adolescenza sono tipicamente resistenti al trattamento.
- Gli interventi precoci possono interrompere il percorso verso un comportamento antisociale.





PREVALENZA DCD

ADHD: 5% dei bambini, 2,5% adulti

DOP: 3,3% (1-11%)

DC: 4% (2-10%) (incremento dall'infanzia all'adolescenza)



MONDO SCUOLA

**COME INTERVENIRE
«IMPORTANTE INTERVENIRE
SUI FATTORI DI RISCHIO
E SUI PRIMI SINTOMI»**

**DIECI CASI
SARANNO TRATTATI D
CASI TRA QUELLI PRO
DALLE VARIE SCUOLE**

IL PROBLEMA UN SEMINARIO RIVOLTO AGLI INSEGNANTI

Disturbi di comportamento I casi sono in aumento

L'esperta: «Intervenire subito, altrimenti peggiorano»

I DISTURBI di condotta nei ragazzi a scuola? Le statistiche degli ultimi studi rivelano che i disturbi di condotta sono in aumento nei soggetti in età evolutiva e se non sono trattati presentano una evoluzione peggiorativa con l'età. A spiegarlo Anna Rita Milone, neuropsichiatra infantile e dirigente medico coordinatore della sezione dei disturbi della condotta e personalità presso l'Irccs «Stella Maris» di Pisa, che ha partecipato il 16 gennaio scorso al seminario introduttivo del corso di formazione per gli insegnanti «La gestione dei disturbi di condotta, possibilità e limiti per un inter-



**OTTIMA
PARTECIPAZIONE** Nella sala Terzani della San Giorgio oltre cento insegnanti di diciotto istituti della provincia

LA PRESIDE

**Corretti (Leonardo da Vinci)
«Un tema molto sentito:
proviamo a dare risposte»**

vento educativo», che si è tenuta nella Sala Terzani alla biblioteca San Giorgio. Il corso è stato organizzato, nell'ambito del piano educativo zonale del comune di Pistoia, dall'Istituto comprensivo «Leonardo da Vinci», con il contributo scientifico appunto dell'équipe di Anna Rita Milone.

HANNO partecipato più di 100 docenti, rappresentanti di 18 istituti della provincia di ogni ordine scolastico. La preside del «Leonardo da Vinci», Anna Maria Corretti, introducendo il seminario,

ha sottolineato come l'argomento sia sentito nelle classi e come spesso siano i docenti che per primi rilevano certe problematiche legate al comportamento; questa serie di incontri prova a rispondere a tali esigenze individuando possibilità di intervento e soprattutto di confronto fra gli insegnanti, nella consapevolezza dei limiti oltre i quali la scuola non può andare. Milone ha illustrato nel suo intervento lo stato dell'arte sui disturbi del comportamento in età evolutiva in ambito clinico e riabilitativo. I disturbi di condotta, che le statistiche confermano essere in crescita, spesso si manifestano con aggressività, mancato rispetto delle regole e difficoltà a mantenere relazioni sociali adeguate. Fondamentale è la prevenzione primaria (sui fattori di rischio) e secondaria (intervenendo sui pri-

mi sintomi).

Secondo Milone la scuola non può sostituire un contesto terapeutico, ma può essere sicuramente un luogo dove è possibile ridurre lo stress di alunni e insegnanti e dove condividere le problematiche comuni.

IL CORSO si articola in due giornate seminariali, introduttiva e finale, e la trattazione di 10 casi scelti fra quelli presentati dalle scuole che si avvarranno di una consulenza specifica dell'équipe per l'osservazione e l'individuazione di strategie di contenimento dei comportamenti problematici. Il corso si concluderà il giorno 15 aprile con un seminario che prevede una restituzione dei dati e una discussione di approfondimento sulle tipologie del disturbo e sulle sue manifestazioni.

Disturbi da Comportamento Dirompente (DCD)

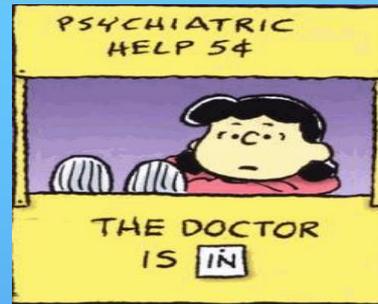
I DCD si caratterizzano per la presenza di importanti comportamenti disfunzionali (iperattività, scarso senso del pericolo, aggressività nei confronti di persone ed animali, distruzione di oggetti e di proprietà altrui, dire bugie, rubare, violazione di regole) che provocano un significativa compromissione del funzionamento del bambino o dell'adolescente sia in ambito familiare (conflittualità verbale, agiti eteroaggressivi nei confronti dei genitori e/o fratelli) che scolastico (scarso rendimento, fallimento ed abbandono scolastico, espulsione) che sociale (esclusione dal gruppo dei pari, frequentazione di gruppi dissociali)

Disturbi da Comportamento Dirompente (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 :

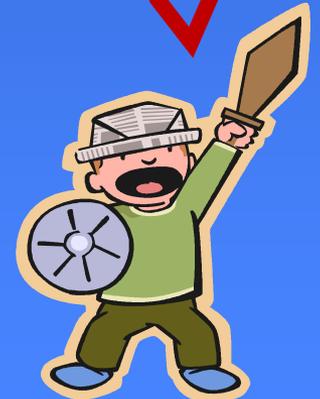
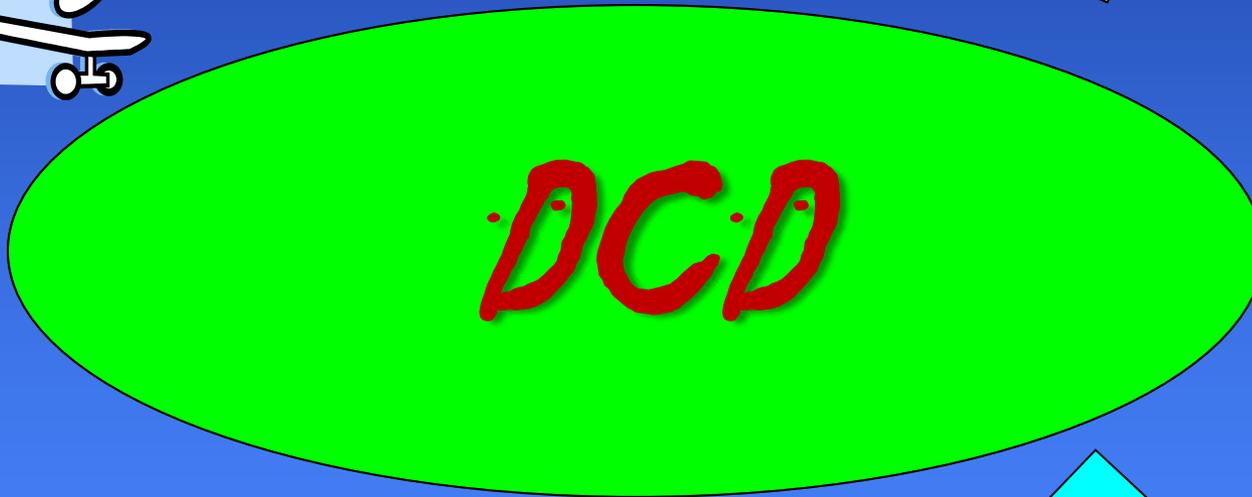
- sulla dispersione scolastica,
- l'insorgenza della devianza,
- sull'uso di sostanze
- l'insorgenza di disturbi psicopatologici gravi.

Perché è importante per noi parlare dei DCD
Assetto ecologico dell'intervento: uscire dal contesto clinico

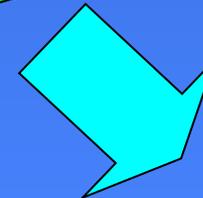


Disturbo da Deficit di
Attenzione/Iperattività
(ADHD)

Disturbo Oppositivo
Provocatorio (DOP)



Disturbo della Condotta (DC)



DECORSO ADHD → DOP → DC



**Solo
ADHD**

- Comportamento distruttivo
- Distruzione relazioni familiari

- Bassa autostima
- Scarse attitudini sociali
- Problemi di apprendimento

- **Disturbo oppositivo**
- Disturbo dell'umore
- Comportamento provocatorio

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

Età

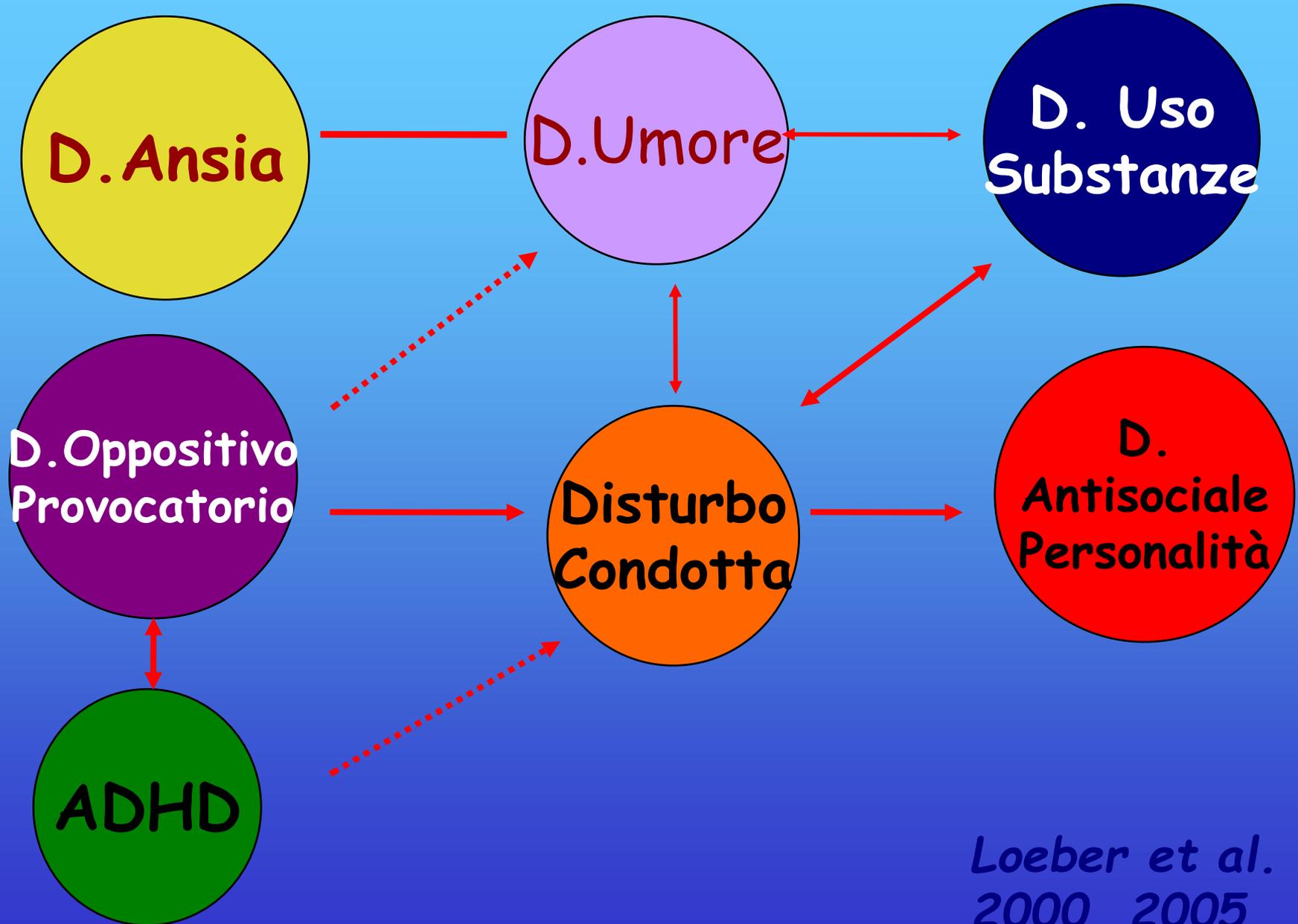


Vediamo pochi ADHD in età prescolare e in età scolare quadro clinico tende a complicarsi

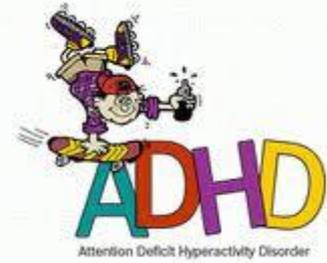
Infanzia

Adolescenza

Età Adulta



*Loeber et al.
2000, 2005*



DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ

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



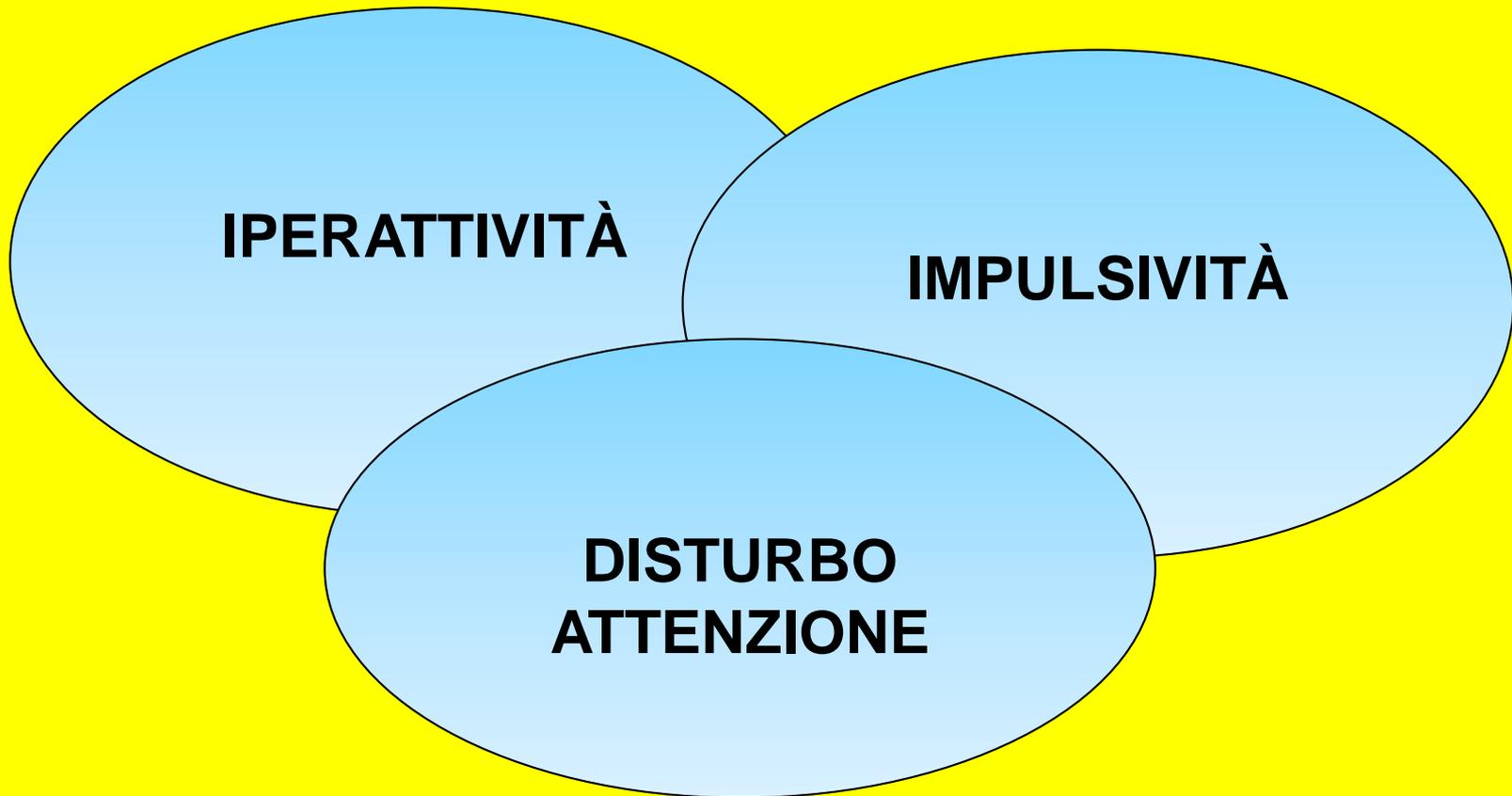
ADHD

I SINTOMI NUCLEARI

IPERATTIVITÀ

IMPULSIVITÀ

**DISTURBO
ATTENZIONE**



Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD)



Disturbi del
Neurosviluppo

- Esordio nelle prime fasi dello sviluppo, spesso prima che il bambino inizi la scuola elementare.
- Deficit dello sviluppo che causa una compromissione del funzionamento personale, sociale, scolastico o lavorativo.

L'ADHD può non essere osservabile

- In situazioni altamente strutturate
- In situazioni nuove
- Quando il paziente è impegnato in attività interessanti
- Quando il paziente viene seguito individualmente
- In un contesto controllato e sorvegliato
- Quando vengono elargite frequenti ricompense
- Riceve una consistente stimolazione esterna (es: giochi elettronici)

L'ADHD peggiora particolarmente

- In situazioni non strutturate
- Durante attività ripetitive
- In situazioni noiose
- In presenza di molte distrazioni
- Con sorveglianza minima
- Quando si richiede attenzione sostenuta o sforzo mentale
- Durante attività al proprio ritmo



ADHD: DSM 5

I segni del disturbo possono essere minimi o assenti quando l'individuo:

- Riceve frequenti ricompense per comportamento adeguato
- E' sotto stretta sorveglianza
- E' in un ambiente nuovo*
- E' impegnato in attività particolarmente interessanti
- Riceve una consistente stimolazione esterna (es attraverso schermi elettronici)
- Interagisce vis-à-vis con qualcun altro (es nello studio clinico)*

EZIOLOGIA

Fattori biologici acquisiti

- Esposizione intrauterina ad alcool o nicotina

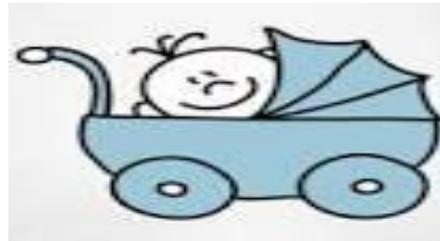
- SINDROME
- feto-alcolica



- Nascita pretermine e basso peso alla nascita (parto gemellare, FIVET.....)



ADHD in età prescolare



-Disturbo del sonno

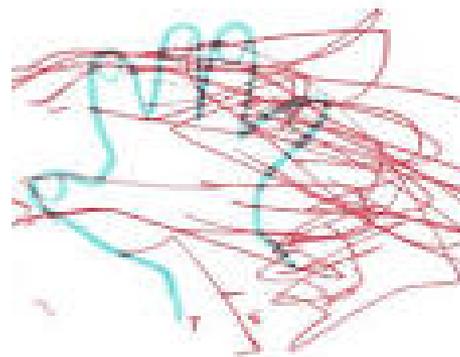
- Massimo grado di iperattività
- Litigiosità, provocatorietà
- Assenza di paura, tendenza a incidenti
- Comportamenti aggressivi

Molti bambini con iperattività nei primi anni di vita non svilupperanno un ADHD!

ADHD in età prescolare

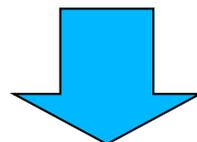
Massimo grado di iperattività

- Tendenza a passare rapidamente da una attività all'altra.
- Approccio frettoloso e superficiale al compito strutturato.
- Sequenze di gioco povere.
- Litigiosità, provocatorietà
- Assenza di paura, tendenza a incidenti
- Comportamenti aggressivi





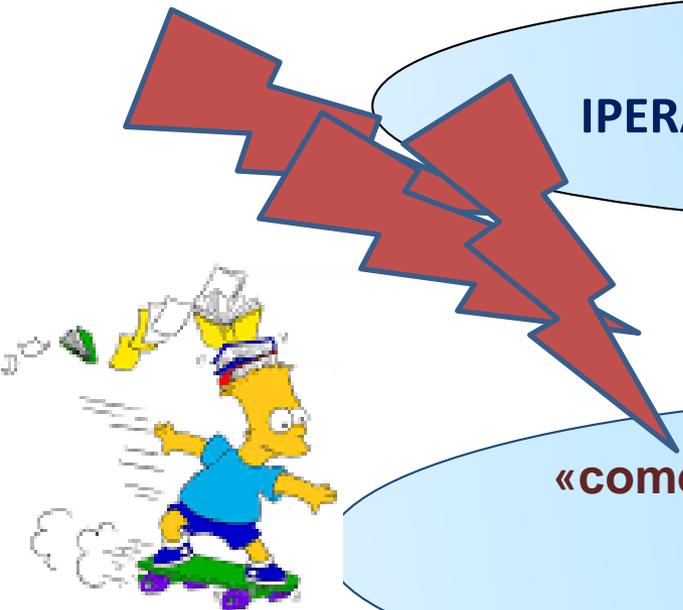
IPERATTIVITÀ: MASSIMO GRADO!!!!



«come mossi da un motorino»

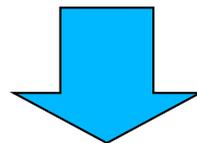


- difficoltà a rimanere seduti e/o fermi anche se seduti
- correre, arrampicarsi eccessivamente
- difficoltà a giocare tranquillo
- tendenza a passare da un gioco all'altro
- difficoltà a partecipare ai giochi/attività di gruppo
- spesso disturbano durante attività che dovrebbero comportare tranquillità e lo stare fermi (ad esempio a tavola)





IMPULSIVITÀ



difficoltà di procrastinare nel tempo la risposta ad uno stimolo esterno o interno



- scarso senso del pericolo: incidenti.
- la difficoltà a tenere a freno le proprie reazioni: aggressività.
- difficoltà ad attendere il proprio turno: litigiosità
- Disegno poco curato, »immaturo«



SCUOLA
PRIMARIA



ADHD in età scolare

Più frequente la prima diagnosi

- Comparsa di sintomi cognitivi
(disattenzione, impulsività)

- Difficoltà scolastiche

- Difficoltà comportamentali

- Difficoltà relazionali



"Thoughts fly lightning fast... Can you control them?"



IPERATTIVITA'

si alza dal banco senza permesso

**È in continuo movimento
e agisce come se avesse
“l'argento vivo” addosso**

Iperattività

**ha difficoltà a giocare
in modo tranquillo**



corre in corridoio, non sta in fila

**Fa cadere oggetti
dal banco**

parla troppo

**lascia il proprio posto a sedere
in classe o in altre situazioni
in cui ci si aspetta che resti seduto**

IMPULSIVITA'

difficoltà ad attendere il proprio turno
studio/gioco

Impulsività

Frequenti errori di distrazione

risponde all'insegnante
senza aver ottenuto il permesso



interrompe gli altri
o è invadente
nei loro confronti

"spara" le risposte

aggressività

DISATTENZIONE

**è sbadato,
si distrae facilmente,
perde gli oggetti**

**ha difficoltà ad organizzarsi,
a seguire le istruzioni,
a mantenere l'attenzione
nei compiti scolastici e
in altre attività**

non porta a termine le attività



**dimentica di scrivere
i compiti sul diario**

**riluttante ad impegnarsi
in compiti che richiedono
sforzo mentale protratto**



**sembra non ascoltare
quando gli si parla direttamente**

Marco, michele, luca, giovanni....

Si alza dal banco, parla, risponde alla maestra
senza permesso,

disordinato, rumoroso,

Si distrae, guarda in giro

Preoccupato della quantità degli esercizi da
svolgere

Fatica a capire da dove cominciare

Commette molti errori....soprattutto a fine
lavoro/mattinata

Spesso non porta a termine il lavoro

Alcuni testi raccontano: 22/10/18
Ascolto con attenzione e ricorrenza con
parallela mia
La gallina dalle uova d'oro favola di

ESERCIZIO

Autovulutazione

- Sono riuscito a scrivere la storia?
- Sono riuscito a capire quanto riesce ad ascoltare?
- Cosa posso fare per POTENZIARE la mia CAPACITÀ di ascolto?

manca le recorde parte del lavoro.

(seconda parte
della mattina)

X CASA
Cura della salute

2011X / 2017

Scrivo io

Il primo giorno di scuola

(non volrs)

4

.....ma a volte....

Svolge bene i compiti,

fa pochi errori,

Rispetta i tempi di esecuzione

Variabilità di comportamento

ADHD



- Nome: Ettore nato il/../2007
- **Diagnosi: ADHD (Disturbo da Deficit dell'Attenzione ed Iperattività) di tipo combinato**



ADHD:



- Il bambino ha effettuato una valutazione per una sintomatologia caratterizzata da deficit attentivo, instabilità motoria ed iperattività, impulsività con interferenza significativa sul piano del rendimento scolastico e dell'adattamento scolastico e familiare.
- Dai risultati emersi nelle diverse prove somministrate si registrano **capacità cognitive nella norma** con buone abilità strumentali negli apprendimenti scolastici.

ADHD



- L'indagine delle abilità attentive, condotta con diversi tipi di prove ha rilevato delle difficoltà in quest'ambito. In una prova di ricerca visiva di stimoli bersaglio (TCM-Biancardi) Ettore ha ottenuto punteggi deficitari in accuratezza e in rapidità.
- In un'altra prova per la valutazione dell'attenzione visiva sostenuta (Test CP, Batteria BIA-Marzocchi et al) la prestazione risulta deficitaria, poichè caratterizzata da un numero elevato di omissioni nella ricerca degli stimoli bersaglio tra distrattori (<5° percentile).

Rapporto sessi: M:F=3-9:1 in campioni clinici,
4:1 in campioni epidemiologici.

Femmine ADHD non diagnosticate?
**Prevalenza delle forme inattentive nelle
femmine?**

Prevalenza delle forme iperattive ed
impulsive nei maschi?

Più frequente comorbidità con disturbi
esternalizzanti (DOP, DC) nei maschi?

Nei campioni clinici il sottotipo più frequente è
il combinato, in campioni epidemiologici è
l'inattentivo.



UNA BAMBINA....CON
LA TESTA FRA LE
NUVOLE.....

Sluggish Cognitive Tempo (SCT)

Forma di ADHD , non ancora inclusa nei sistemi categoriali tradizionali che potrebbe essere interpretata come «inattentiva pura»,

ADHD

- iperattivo
- estroverso
- intrusivo
- amante del rischio

SCT

- introspettivo
- sognante
- anergia
- lentezza esecutiva
- affaticabilità

il quadro clinico del SCT si caratterizza per aspetti comportamentali ANTITETICI rispetto alla descrizione ADHD



[J Clin Child Adolesc Psychol](#). 2013;42(2):161-73. doi: 10.1080/15374416.2012.734259. Epub 2012 Oct 24.

Distinguishing sluggish cognitive tempo from ADHD in children and adolescents: executive functioning, impairment, and comorbidity.

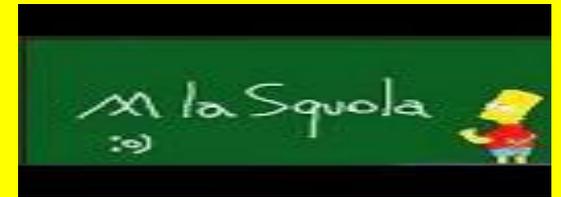
[Barkley RA](#)¹.

Difficoltà scolastiche

La scuola
fa male!



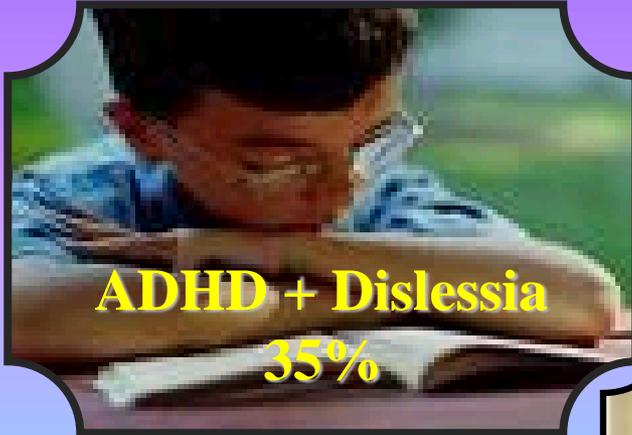
- Rendimento inferiore alle potenzialità per:
 - Disturbo attentivo
 - Stile cognitivo impulsivo
 - Deficit delle capacità metacognitive
 - Disturbo del comportamento
 - Comorbidity con disturbi specifici
- Effetto sul piano emotivo-affettivo





Frequente Associazione **ADHD** & **Disturbi dell'Apprendimento**

(Barkley 1981; Mayes 2000; McGrath 2011)



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)

Difficoltà relazionali



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

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 (....sono cattivo....)
- **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

ADHD in ADOLESCENZA

In adolescenza l' IPERATTIVITÀ , segno distintivo di ADHD, “svanisce”

- Difficoltà nella prima diagnosi
- Implicazioni nella valutazione della PERSISTENZA del disturbo

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. Spencer TJ; Biederman J: J of Pediatric Psychol 32(6) pp. 631-642,2007

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology

Thomas J. Spencer, MD, Joseph Biederman, MD, and Eric Mick, ScD
Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Boston, Mass.

Spencer, Biederman, and Mick

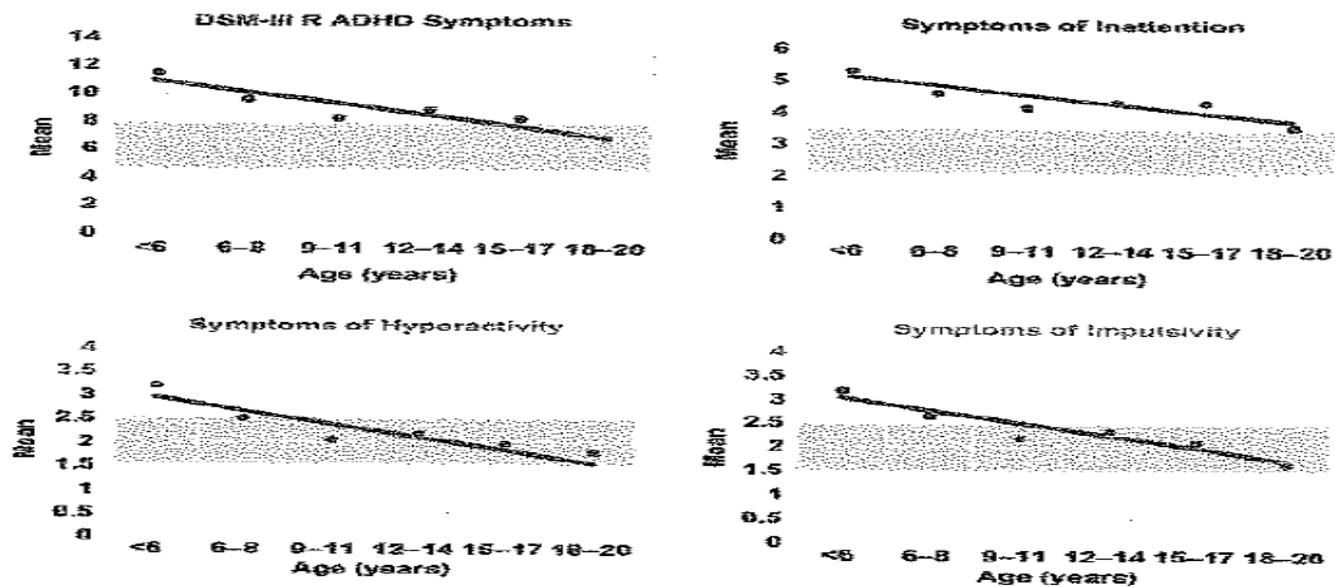
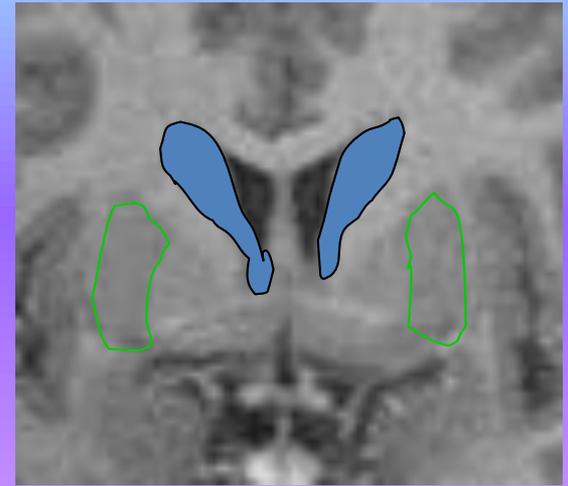


Figure 1. Age-dependent decline of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. Adapted from Biederman et al.²⁷

ADHD:Neuroanatomia

- Aree del SNC di dimensioni inferiori:
- Encefalo (~4%): lobo frontale destro (~8%)
- Gangli della base (~6%) → Normalizzazione (~18 anni)
- Cervelletto (12%) → Più evidente (~18 anni))
- Le differenze in volume:
 - Si manifestano presto (~ 6 anni)
 - Sono correlate alla gravità dell'ADHD
 - Non sono influenzate dal trattamento farmacologico
 - Non sono influenzate dalle comorbidità

Caudate Volumes in ADHD



Controls > ADHD $p < .05$

Interaction with age, $p < .05$

ADHD in adolescenza

- **35%**: superamento dei sintomi, prestazioni scolastiche inferiori ai controlli
- **50%**: attenuazione della iperattività, disturbo attentivo (difficoltà scolastiche, organizzazione della vita quotidiana), instabilità in scelte scolastiche o relazionali, condotte pericolose, ricerca di sensazioni, problemi emotivi (umore, ansia), isolamento
- **15%**: permanenza della sindrome, impulsività, disturbi comportamentali e di adattamento sociale, difficoltà familiari.

ADHD in età adulta

- *Borland e Heckman (1976)*: adulti ADHD VS fratelli non-ADHD: status socio-economico più basso, maggiori difficoltà lavorative, cambiamenti di lavoro più frequenti.

- *Morrison (1980)*: adulti ADHD VS adulti psichiatrici: minor anni di istruzione, minor tassi di occupazione per impieghi “qualificati”.

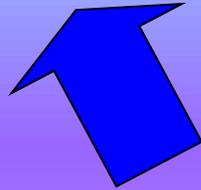
- *Murphy, Barkley (1996)*: adulti ADHD VS controlli: più frequenti: sospensione patente, inserimenti in classi protette, licenziamenti, matrimoni multipli, problemi con la legge..



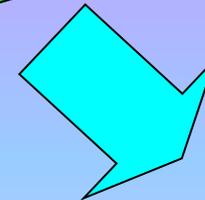
DSM-IV

Disturbo da Deficit di
Attenzione/Iperattività (ADHD)

Disturbo Oppositivo
Provocatorio (DOP)



**DISTURBI
DA DEFICIT DI ATTEZIONE
E DA
COMPORTAMENTO DIROMPENTE**



Disturbo della Condotta (DC)



DECORSO ADHD → DOP → DC



**Solo
ADHD**

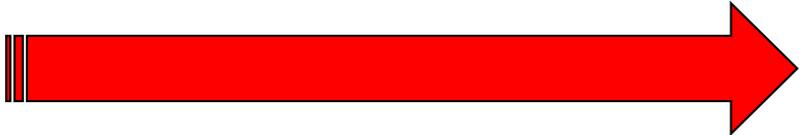
- Comp distruttivo
- Dist relazioni familiari

- Bassa autostima
- Scarse attitudini sociali
- Problemi di appr

- **Disturbo oppositivo**
- Disturbo dell'umore
- Comportamento provocatorio

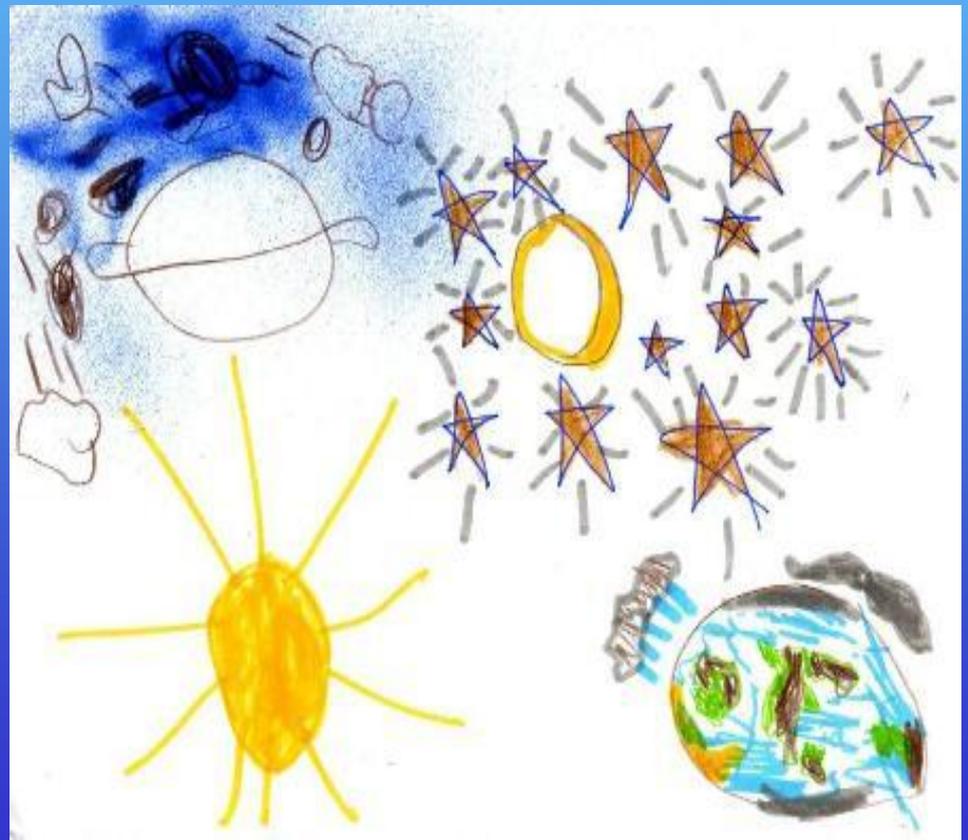
- **Comportamento antisociale**
- **Allontanamento dalla scuola**
- **Abuso di sostanze stupefacenti**
- **Disturbo di condotta**
- **Demotivazione**
- **Difficoltà di apprendimento**

Età



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)



Disturbo Oppositivo Provocatorio

La caratteristica essenziale del disturbo oppositivo provocatorio è

UN PATTERN FREQUENTE E PERSISTENTE

di

UMORE COLLERICO/IRRITABILE,

di

**COMPORAMENTO POLEMICO/PROVOCATORIO O
VENDICATIVO.**



Caratteristiche del bambino/adolescente con Disturbo Oppositivo Provocatorio

Dispettoso e vendicativo

**Sfida attivamente
o rifiuta le richieste e le regole
degli adulti**

Arrabbiato e rancoroso

Litiga con gli adulti

**Suscettibile
o irritato dagli altri**



**Accusa gli altri
per i propri errori
o comportamenti**

Offende

Quali sono i b. 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: 6-7 anni

Disturbo oppositivo-provocatorio in DSM-5

A. Un pattern persistente di umore arrabbiato/irritabile , comportamenti polemici /sfidanti o vendicativi che durano almeno 6 mesi, periodo nel quale sono stati presenti almeno 4 sintomi tra quelli presenti nelle seguenti categorie e che sono stati osservati durante l'interazione con almeno un individuo che non è

Arrabbiato/

Umore Irritabile

Spesso perde il controllo

Spesso è permaloso
o facilmente si annoia
Spesso è arrabbiato
e risentito

Polemico/

Provocatorio

1. Litiga spesso con adulti, bambini e adolescenti
2. Spesso si rifiuta o si oppone a soddisfare le richieste di figure Adulte
4. Spesso infastidisce gli altri
5. Spesso biasima gli altri per errori

Vendicativo

E' stato spietato o vendicativo almeno 2 volte negli ultimi 6 mesi

DSM 5: diagnosi differenziale con ADHD

Il DDAI è spesso in comorbidità con DOP.

Per porre una diagnosi aggiuntiva di DOP è importante determinare che la mancanza da parte dell'individuo nel conformarsi alle richieste dell'altro **NON AVVIENE SOLO IN SITUAZIONI CHE IMPONGONO**

- **UN PROLUNGATO SFORZO ATTENTIVO**
- **O LA DOMANDA DI RIMANERE FERMI**

Temper tantrums

Episodi comportamentali di estrema rabbia e frustrazione caratterizzati da:

- *pianto, urla*
- *movimenti del corpo scomposti e “violenti”*
- *tirare oggetti*
- *cadute a terra*
- *comportamenti autolesivi: battere la testa, dare pugni, calci al muro o pavimento e comportamenti eterolesivi (rari)*
- *a volte la crisi ha al suo acme vomito, accelerazione e poi sospensione del respiro*



Epoca di insorgenza: 15 mesi - 4 anni

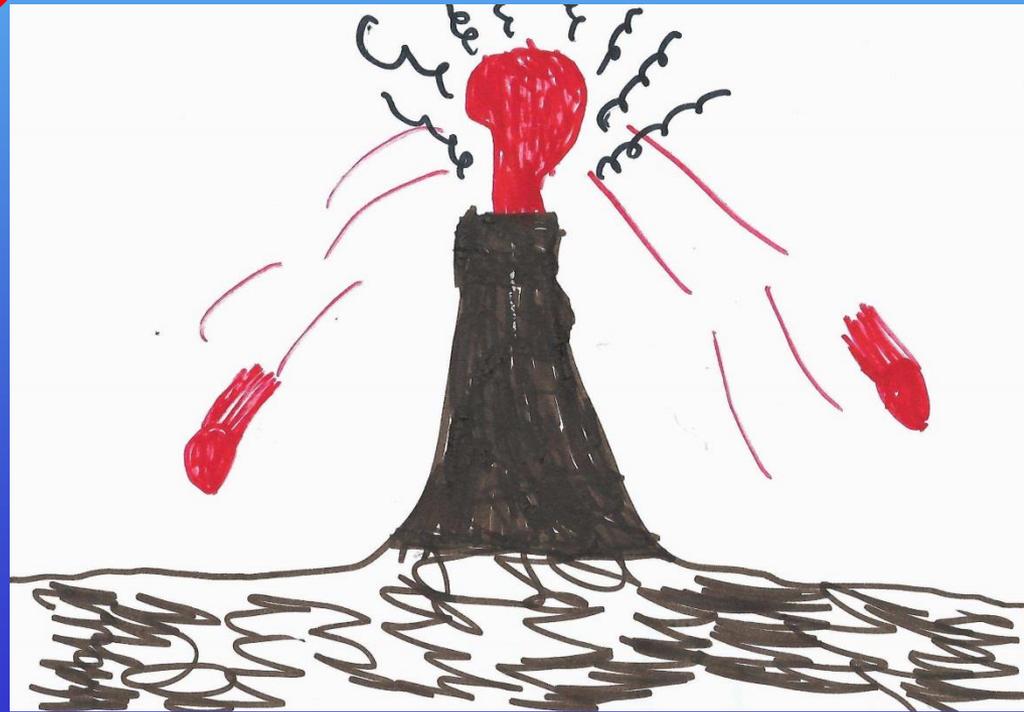
Trigger: frustrazioni, perdita di controllo su ambiente, estrema richiesta di interesse, tentativo manipolativo

Luoghi caratteristici: luoghi pubblici, molti spettatori, sempre con adulti significativi

LE CRISI DI RABBIA

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

tempeste affettive
(ipereattività
a stimoli
ambientali o relazionali)



LE CRISI DI RABBIA

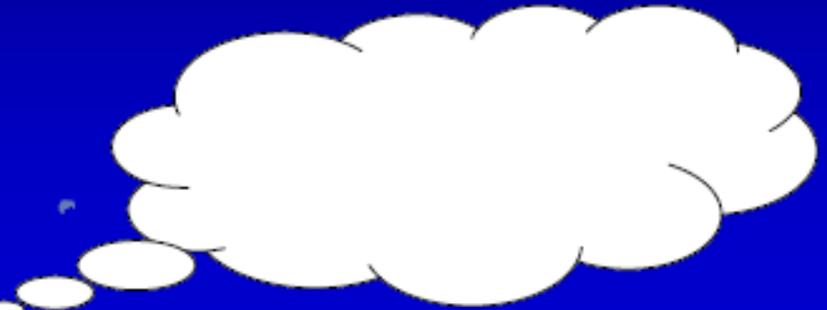
- **difetti nella elaborazione delle informazioni sociali:** la reazione è spesso legata alla **percezione non realistica e persecutoria di una minaccia esterna**, della quale il soggetto è del tutto convinto (distorsione cognitiva), per cui egli tende a reagire con aggressività eccessiva.
- **intolleranza alle frustrazioni, limiti e/o regole,**
- **scarsa consapevolezza delle conseguenze**

La nuvola dei pensieri

Situazione

Pensiero

NON VOGLIO CHE
TI SIEDI
VICINO A ME



Cosa potrebbe pensare Marco?

Tipologie di Aggressività

Predatoria

- Nasconde gli atti aggressivi
- Può controllare la propria condotta aggressiva
- Sta molto attento a proteggere sé stesso quando è aggressivo
- Pianifica le azioni aggressive
- Ruba



Affettiva

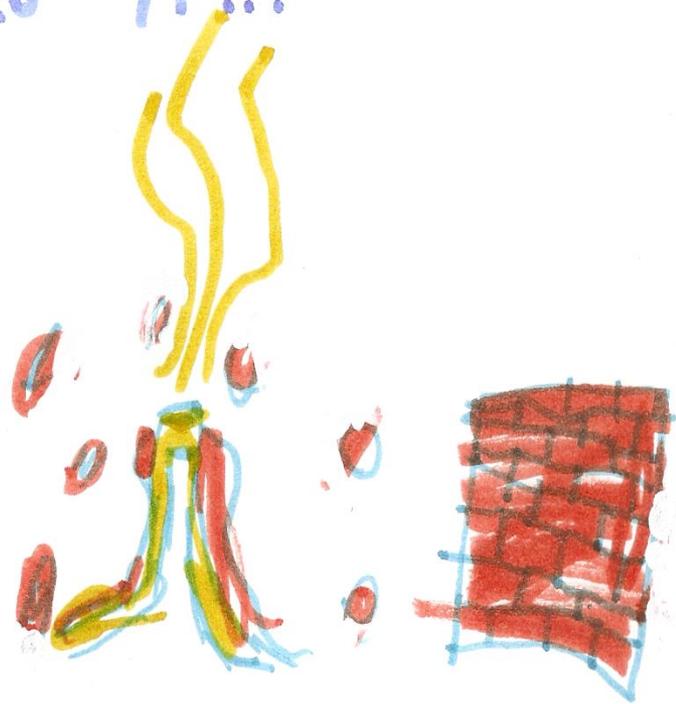
- Danneggia le proprietà senza trarne profitto
- Si espone a danni fisici durante gli atti aggressivi
- E' aggressivo senza scopo
- L'atto aggressivo è improvviso, non pianificato
- Perde completamente il controllo quando è aggressivo

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
- E' seguita spesso da senso di colpa



QUANDO MI ARRABBO ASSICURIO A...



UNA BOTTA PERCHÉ DISTROGGO TUTTO

UN TERREMOTO PERCHÉ SPAVENTO TUTTI

UN VULCANO PERCHÉ QUANDO MI ARRABBO MI VIENE VOGLIA D.

UN TURO PERCHÉ ACCENDERE GLI ACCENDINI
NÈ LEMP DURO

APPRESENTA CON UN DISEGNO COME TI SENTI :

PRIMA DI ARRABBIARSI

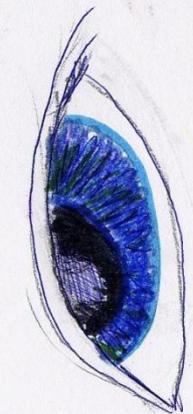


31/02/02

DURANTE IL MOMENTO DI RABBIA



DOPO ...



A scuola mi arrabbio perché ci sono troppi rumorini...
i bambini parlano e mi distraigo... rimango indietro e gli altri parlano e
mi riprende la rabbia
nel pomeriggio mi arrabbio di più perché dentro di me c'è più rabbia... se
mi arrabbio butto tutto in terra
Stiamo tentando di fare andare via la rabbia ma non ci riesco...
In classe sono uno dei rabbiosi... noi si mangia con il secondo
turno...aspetto e mi arrabbio

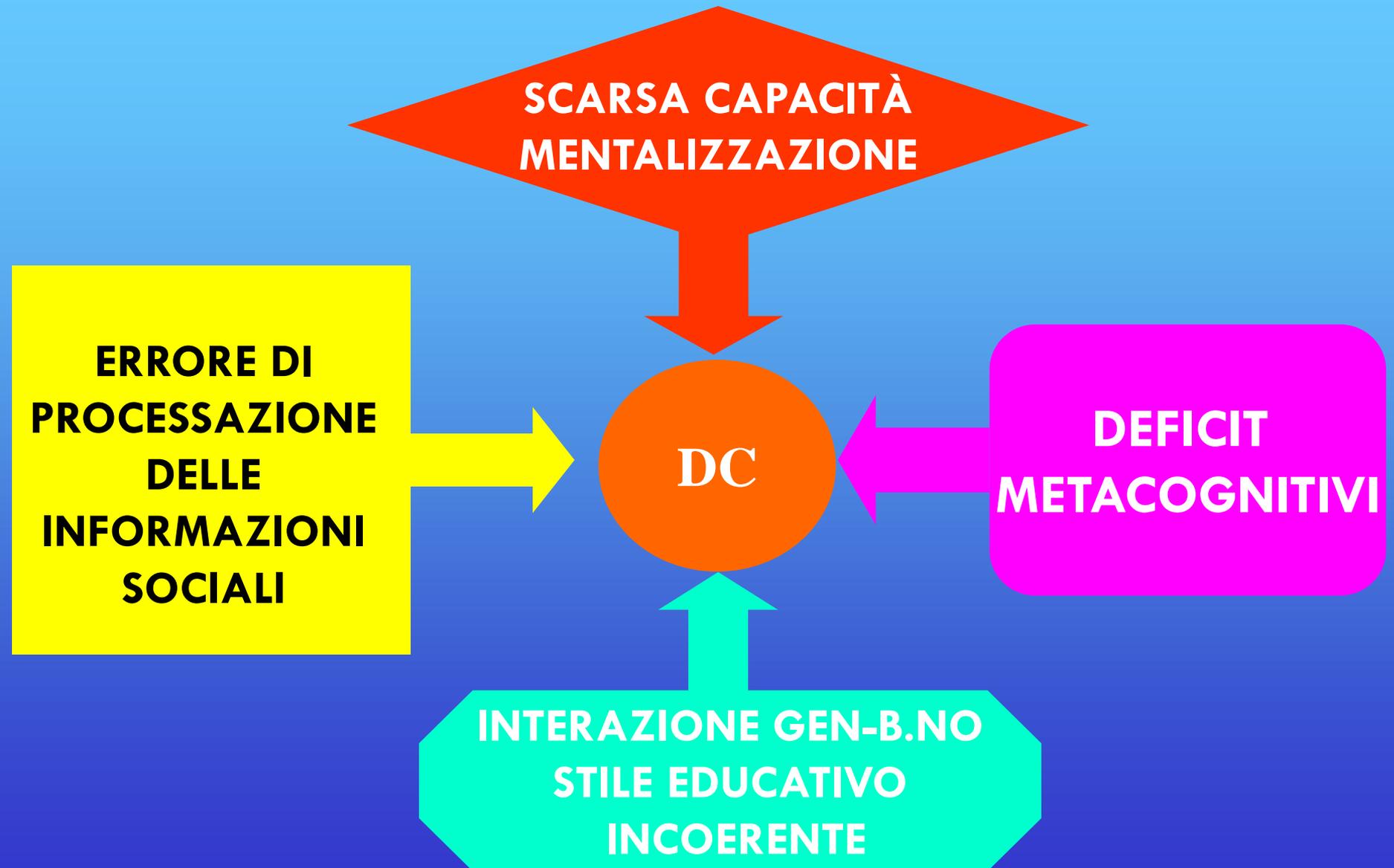


Aggressività predatoria

- 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



UN MODELLO CAUSALE DEI DC





IPOTESI EZIOPATOGENETICHE

Approccio psicobiologico:

“disfunzione” delle aree cerebrali coinvolte nella regolazione ed espressione dell’aggressività

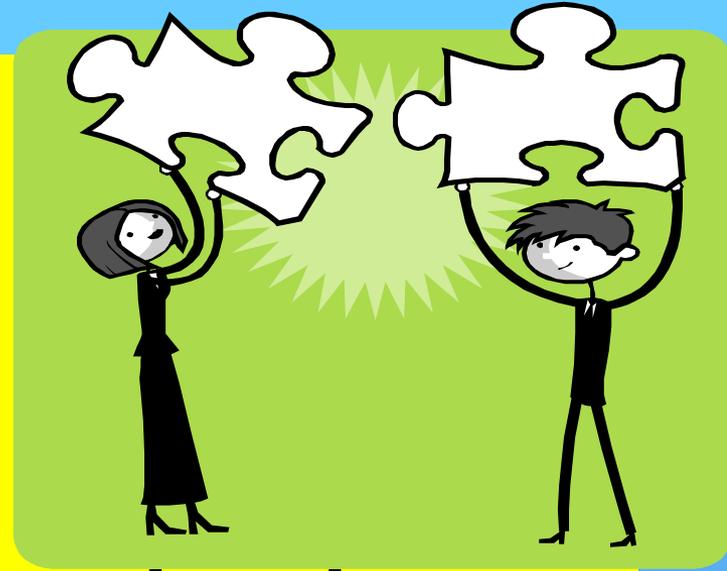
Immaturità delle funzioni esecutive



Modello socio-cognitivo:

-deficit nelle abilità che presiedono
al processo di elaborazione
dell'informazione sociale

- minore abilità a interpretare il contesto e a valutare le conseguenze delle proprie azioni,
- attribuzione di ostilità a situazioni o azioni ambigue di altri,
- sovrastima di vantaggi di azione aggressiva,
- presenza di idee preconcrete

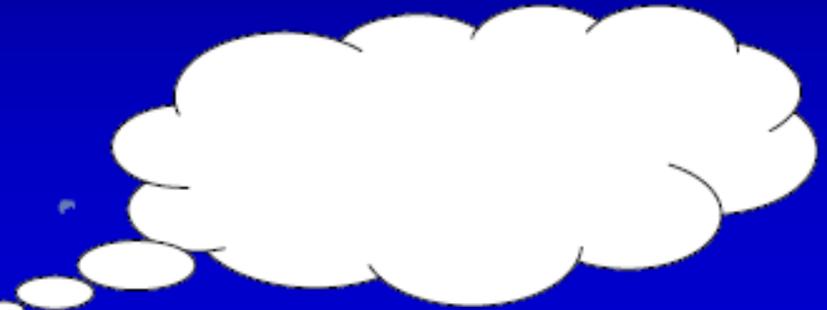


La nuvola dei pensieri

Situazione

Pensiero

NON VOGLIO CHE
TI SIEDI
VICINO A ME



Cosa potrebbe pensare Marco?



Interazione genitori-bambino:

- scambi poveri, scarsamente empatici,
- disciplina eccessivamente rigida (punizioni corporali) ed incoerente,
- importante difficoltà in comunicazione intrafamiliare.



4/11/06

SCRIVI TUTTE LE COSE CHE VORRETI DIRE A TUO PADRE
MA CHE NON DICI X PAURA O VERGOGNA.

«SEI CATTIVO, EGOISTA,

PER NON DIR MENE FREGHISTA,

SEI CATTIVO ~~SEI~~ CON MIA MAMMA,

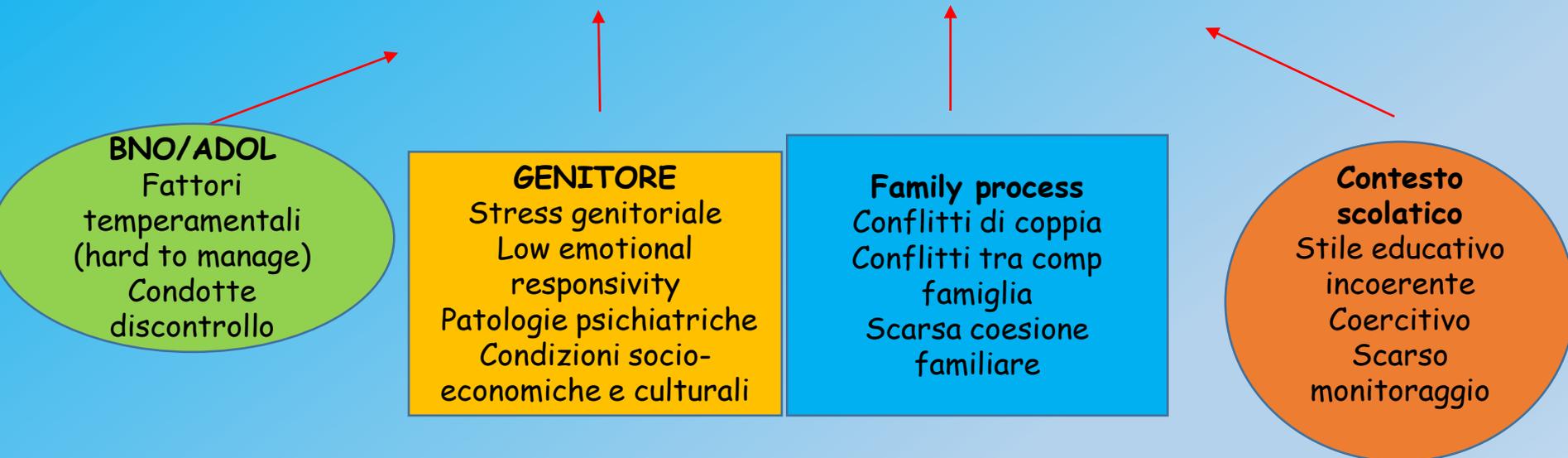
E IO SARO' CATTIVO CON TE»

Biological, psychological and social processes in the conduct disorders

Jonathan Hill

Liverpool University, UK and Royal Liverpool Children's Hospital, UK

Lo stile educativo genitoriale e presente nei contesti sociali di vita del minore può essere un importante fattore di rischio e favorire l'insorgenza di problematiche comportamentali



Family Relationships and Parental Monitoring During Middle School as Predictors of Early Adolescent Problem Behavior

Gregory M. Fosco, Elizabeth a. Stormshak, Thomas J. Dishion, and Charlotte Winter
Child and Family Center, University of Oregon



Premature autonomy
Scarso monitoraggio genitoriale
Parent-youth connectedness
Sottosistema fratelli
Intact vs non intact family

Relazione con gruppo deviante di pari
Dipendenza affettiva dal gruppo dei pari
Gruppo con uso sostanze

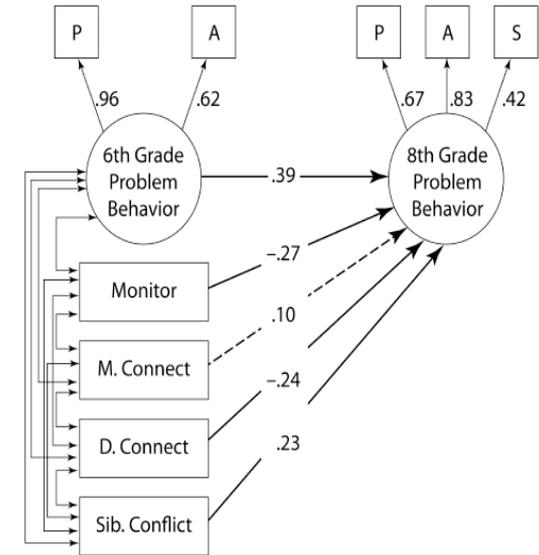
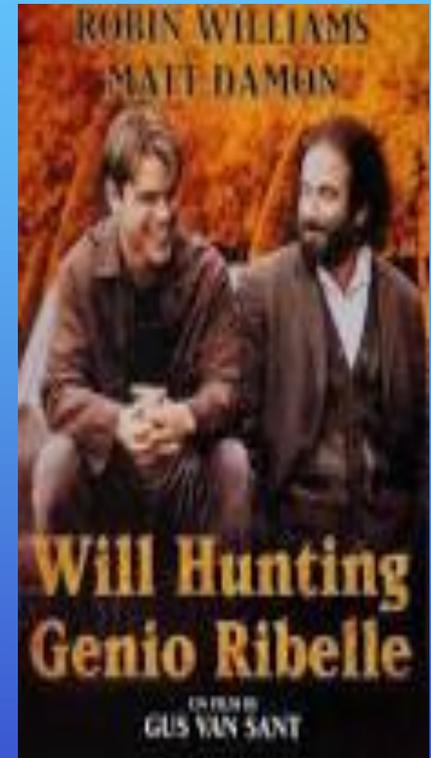


Figure 2.
Note. $\chi^2(17) = 22.971, p = .15; CFI = .98; TLI = .94; RMSEA = .044$
8th Grade Problem Behavior $R^2 = .44$
A = Antisocial Behavior, S = Substance Use, P = Deviant Peer Affiliation, Monitor = Parental Monitoring, M. Connect = Mother Connectedness, D. Connect = Father Connectedness

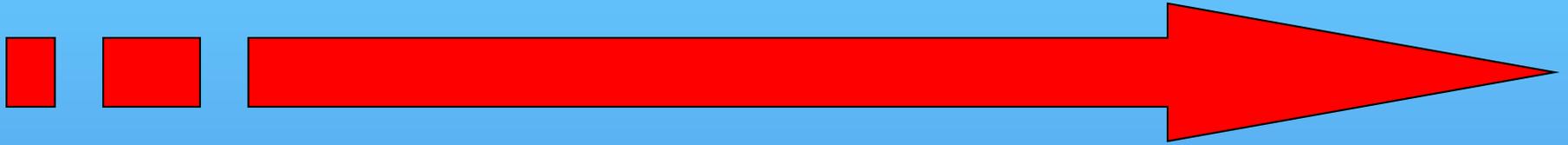


FATTORI PROTETTIVI

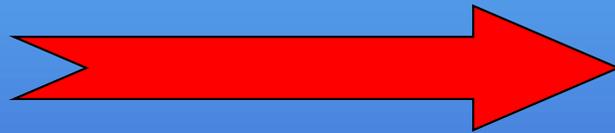
- Sesso femminile
- Buona intelligenza
- Orientamento sociale positivo e impegno rispetto a valori sociali
- Temperamento resiliente
- Buona competenza in almeno una area di interesse e coinvolgimento in attività extracurricolari positive
- Ansia
- Stabilità nelle relazioni familiari
- **Relazioni calde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



DCD: EVOLUZIONE



DOP



DC



ADHD



Criteria DC almeno 3 in ultimi 12 mm

**fa il prepotente, il bullo,
minaccia,
intimidisce gli altri**

**Dà inizio
a colluttazioni fisiche**

**Ha usato un'arma
che può causare seri danni fisici**

**Crudele con le persone
e/o con gli animali**

Ruba o confrontandosi con la vittima



Appicca il fuoco

Distrugge proprietà altrui

**Ruba senza confronto
Con vittima**

Marina la scuola

Mente per ottenere vantaggi

**Trascorre fuori
di casa la notte,
fugge di casa**

LE CONDOTTE IMPULSIVE



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

Quando sono in botta



Quando l'ansia motiva la rabbia



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

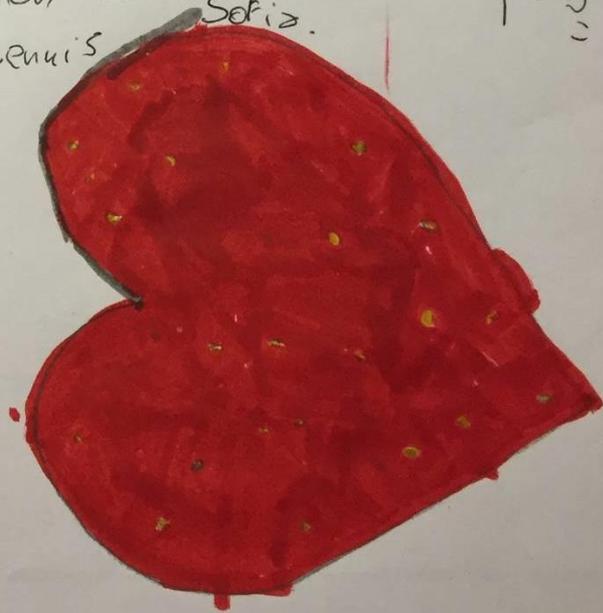
Anche il b.no ansioso ha bias cognitivi di interpretazione delle situazioni ambigue sovrastimando aspetti persecutori.

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 tratti e i miei compagni mi prendano in giro. Sono triste se penso che ogni tanto ho detto una bugia e poi non so come fare se mi scoprono.

Felicità

Perché la parola felicità vuol dire pensare alle mie passioni cioè il mio pony Sharon e la mia compagna di tennis Sofia.



Una Possibile Via di Uscita

RABBIA



TRISTEZZA



ANGOSCIA



PAURA



AMICIZIA



SERENITÀ



Grazie per l'attenzione

