

L'alunno con problemi comportamentali e aggressività

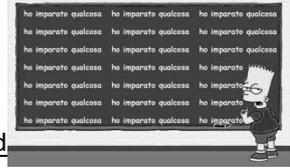
Prima parte: Riconoscere il problema



Mario Di Pietro
Istituto di Terapia Cognitiva e Comportamentale - Padova

Programma

Cercheremo di



- quando possiamo parlare di disturbi del comportamento
 - quali sono
 - cosa li determina
- come si manifestano
- cosa possiamo fare

Disturbi del comportamento

- Difficoltà di controllo e di gestione delle proprie emozioni
 - Compromessa capacità di conformare il proprio comportamento alle richieste dell'ambiente
- Scarsa capacità di prendere in considerazione il punto di vista altrui
- Bisogno impellente di soddisfazione delle proprie necessità con pretesa di priorità su tutto e su tutti
 - Rendimento scolastico al di sotto delle competenze intellettive
- Aggressività, rabbia, oppositività, provocazione, trasgressione delle norme sociali e morali

DISTURBI DEL COMPORAMENTO



Introduzione

- Il crescente interesse per il disturbo da deficit d'attenzione/iperattività è da ricercare in tre ordini di fattori:
 - l' elevata incidenza del disturbo,
 - la compresenza di numerosi altri disturbi (comorbidità)
 - la probabilità di prognosi infausta.
- Diventa molto importante valutare l' esatta natura dei sintomi e la presenza di eventuali diagnosi associate, soprattutto ai fini di una migliore pianificazione terapeutica.

Cos' è il deficit d' attenzione/iperattività?

Il termine disturbo da deficit d' attenzione/iperattività (ADHD) si riferisce ad una condizione che rende difficile per il bambino prestare attenzione e controllare il proprio comportamento.



Cos'è il deficit d'attenzione/iperattività?

Esordio prima dei 12 anni

I principali sintomi sono:

- **disattenzione**
- **iperattività**
- e **impulsività**



Cosa succede a scuola?

Riccardo è un bambino di 8 anni, la sua insegnante riferisce che è disorganizzato, spesso dimentica il quaderno dei compiti e il suo banco è costantemente in disordine. Quando l'insegnante dà istruzioni perde alcuni punti essenziali e il suo lavoro risulta poi incompleto. Spesso è occupato a fare cose che non hanno niente a che fare con l'attività in corso. Inoltre più volte nell'arco della mattinata si incanta a guardare fuori dalla finestra invece di impegnarsi sul lavoro assegnato. Mentre l'insegnante spiega si alza spesso dal proprio posto e disturba i compagni, un paio di volte si è perfino arrampicato sulla finestra.

False convinzioni sull'ADHD

- ◆ Il bambino ADHD è sempre distratto e agitato
- ◆ E' dispettoso e si oppone sempre a quanto gli viene proposto
- ◆ E' maleducato, pigro e poco motivato
- ◆ L'ADHD scompare con l'età
- ◆ E' un'invenzione di medici e psicologi
- ◆ Deriva da incapacità educativa dei genitori.

Disattenzione

- Non riesce a prestare attenzione o commette errori di distrazione nei compiti scolastici o in altre attività.
- Non riesce a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco.
- Non sembra ascoltare quando gli si parla.
- Non segue le istruzioni e non porta a termine le attività.
- Evita gli impegni che richiedono sforzo mentale protratto.
- Perde gli oggetti necessari per i compiti o le attività.
- È facilmente distratto da stimoli estranei.
- È sbadato nelle attività quotidiane.

Iperattività

- Muove con irrequietezza mani o piedi e si dimena sulla sedia.
- Lascia il suo posto a sedere.
- Scorrazza e salta dovunque in modo eccessivo.
- Ha difficoltà a giocare e a dedicarsi ad attività divertenti in modo tranquillo.
- È "sotto pressione" ed agisce come se avesse un motore interno.
- Parla molto.

Impulsività

- "Spara le risposte prima che le domande siano state completate".
- Ha difficoltà ad attendere il proprio turno.
- Interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti.

SINTOMI ESSENZIALI

- devono essere più gravi di quelli rilevati in altri bambini dello stesso livello di sviluppo
- devono essere presenti in diversi contesti
- (per es. famiglia, scuola)
- si modificano con l'età, ma possono durare per tutta la vita
- devono creare gravi problemi nella vita quotidiana



Quando si comincia a notare il deficit d'attenzione/iperattività?

Questa condizione appare evidente quando il bambino è alla scuola dell'infanzia o all'inizio della scuola primaria.

Si stima che tra i bambini abbia ADHD.



Prevalenza

- L'ADHD è uno dei disturbi comportamentali più comuni dell'età evolutiva.
- In Italia si calcola che **400.000** bambini siano affetti da questo disturbo altamente invalidante.
- I clinici stanno divenendo maggiormente consapevoli che l'ADHD nell'infanzia **non regredisce nel corso dello sviluppo** e che molti soggetti che presentano il disturbo nella fanciullezza continueranno a manifestare il disturbo in età adulta.
- Nella popolazione adulta il 2,5% ne è affetto
- Più frequente nei maschi (3:1)

Prevalenza dell'ADHD

- USA: 3%-7%
- Canada: 4%-9%
- Messico: 5%
- Cina: 6%-9%
- Giappone: 8%
- Australia: 3%
- Germania: 4%
- Regno Unito: 4%
- Italia: ???



Si tratta di ADHD? E' necessaria qualche altra informazione per giungere ad una conclusione?

La risposta a queste domande può esserci di aiuto:

- Qual è la storia del bambino? I comportamenti che mostra sono recenti o si verificano da anni?
- E' presente qualche grave menomazione che interferisce col normale funzionamento? Questo si verifica in ogni ambiente?
- Ci sono precedenti in famiglia di ADHD?
- C'è stata una crisi recente o qualche significativo cambiamento nella vita del bambino che può aver provocato tali comportamenti?

Ulteriori criteri diagnostici

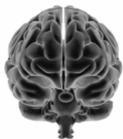


Durata	I sintomi devono durare da almeno 6 mesi
Età dell' esordio	Alcuni sintomi devono essere comparsi prima dei 12 anni di età
Pervasività	Un deficit funzionale dovuto a tali sintomi deve essere presente in almeno due diversi contesti (es. scuola, famiglia)

Ulteriori criteri diagnostici

Deficit funzionale	I sintomi devono causare una significativa compromissione (sociale, scolastica, lavorativa)
Discrepanza	I sintomi sono più intensi rispetto quanto è atteso in bambini della stessa età o QI
Esclusione	I sintomi non devono essere attribuibili esclusivamente ad altri disturbi mentali

Cosa provoca l' ADHD?

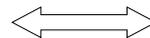


Le cause dell' ADHD rimangono sconosciute, ma la ricerca suggerisce che sia un disturbo di natura **neurobiologica** (alcune parti del cervello sono meno sviluppate in soggetti con ADHD) o genetica (l' ADHD tende a ricorrere all' interno della famiglia).



Sebbene fattori ambientali e sociali (come lo stile educativo) possano influenzare l' accentramento della sintomatologia, essi non **causano** il disturbo.

Cosa provoca l' ADHD?



MA... alcuni studi hanno dimostrato un rapporto tra l' uso di alcol e tabacco durante la gravidanza e il rischio di ADHD nel bambino.

Quindi il consumo andrebbe evitato durante la gravidanza!

Decorso del disturbo Psicopatologia dello sviluppo

Neonati/bambini di 1-3 anni

Variazioni temperamentali,

Disturbi della regolazione

Limitato adattamento sociale in associazione con l'interazione genitore/bambino

Possibile predittore dell' ADHD

ADHD in età prescolare

- Massimo grado di iperattività
- Crisi di rabbia ("tempeste affettive")
- Ridotta quantità ed intensità del gioco
- Litigiosità, provocatorietà
- Assenza di paura, tendenza a incidenti
- Comportamenti aggressivi
- Disturbo del sonno
- Molti bambini con iperattività nei primi anni di vita non svilupperanno un ADHD!

DECORSO DEL DISTURBO

Psicopatologia dello sviluppo

Bambini di scuola elementare (6-12 anni)

- Distraibilità
- Irrequietezza
- Comportamento impulsivo e dirompente
- Problemi associati ed implicazioni
 - Disturbi specifici di apprendimento
 - Bassa autonomia
 - Ripetizione di classi
 - Rifiuto da parte dei compagni-coetanei
 - Rapporti familiari difficili

DECORSO DEL DISTURBO

Psicopatologia dello sviluppo

ADOLESCENTI (13-17 anni)

- Difficoltà nella pianificazione e organizzazione
- Inattenzione persistente
- Riduzione dell'irrequietezza motoria
- Problemi associati
 - Comportamento aggressivo, antisociale e delinquenziali
 - Abuso di alcool e droghe
 - Problemi emotivi

ADHD in adolescenza

- 35%: superamento dei sintomi, prestazioni scolastiche talvolta inferiori ai controlli
- 45- 50%: permanenza della sindrome, attenuazione della componente iperattiva, disturbo attentivo (difficoltà scolastiche, di organizzazione della vita quotidiana), compromissione emotiva (depressivo-ansiosa) e sociale, instabilità nelle scelte scolastiche o relazionali, condotte pericolose.
- 15-20%: permanenza della sindrome, disturbi comportamentali e di adattamento sociale.

DECORSO DEL DISTURBO

Psicopatologia dello sviluppo

ADULTI (18 anni e più)

- Sintomi residui
- Problemi associati
 - Altri disturbi mentali
 - Comportamento antisociale/delinquenza
 - Scarso successo nella carriera scolastica e professionale

ADHD in età adulta

- Difficoltà di organizzazione nel lavoro
- Intolleranza di vita sedentaria
- Condotte rischiose
- Rischio di marginalità sociale
- Bassa autostima, tendenza all'isolamento sociale, vulnerabilità psicopatologica

Sintomi nucleari

- Inattenzione
- Iperattività
- Impulsività

+

comorbilità psichiatrica

Disturbi comportamentali (disturbo oppositivo-provocatorio, disturbo della condotta)
Disturbi d' ansia e dell' umore

Compromissione funzionale
Bassa autostima
Incidenti e traumi
Fumo/abuso di sostanze
Dissocialità Scuola/lavoro
Difficoltà scolastiche
Difficoltà lavorative
Stress familiare
Conflitti familiari
Relazioni sociali
Relazioni con coetanei
Deficit di socializzazione
Difficoltà relazionali

EZIOLOGIA Genetica comportamentale

Studi familiari

- Alta prevalenza di ADHD e di altri disturbi mentali nei parenti dei pazienti
- Familiarità (35%)

Studi sulle adozioni

- Maggiore prevalenza di ADHD nei genitori biologici rispetto ai genitori adottivi

Studi sui gemelli

- Concordanza dei sintomi ADHD: MZ > DZ
- Coefficienti di ereditarietà: 0,65-0,91

EZIOLOGIA Fattori biologici acquisiti

- Esposizione intrauterina ad alcool o nicotina
- Nascita pre-termine e basso peso alla nascita
- Disturbi cerebrali (encefaliti, traumi)
- Allergie alimentari (?)
- Epilessia (piccolo male)
- Esiti di traumi cranici
- Disturbi tiroidei
- Disturbi del sonno
- Afezioni dermatologiche
- Farmaci (barbiturici, BDZ, anti-istaminici)

EZIOLOGIA Fattori Psicosociali

Fattori modulanti il quadro clinico includono

- Grave instabilità familiare
- Grave conflitto fra i genitori
- Patologia psichiatrica dei genitori
- Inadeguatezza delle capacità educative
- Relazioni negative genitore-figlio
- Basso livello socio-economico

comorbidità

Molto frequenti (più del 50%)

- Disturbo oppositivo • Disturbi specifici dell'apprendimento

Frequenti (fino al 40%)

- Disturbi d'ansia • Disturbo evolutivo della coordinazione • Disturbi del sonno • Enuresi • Encopresi • Disturbo della condotta

Meno frequenti (fino al 20%)

- Tic • Depressione • Balbuzie

Rari

- Disturbi dello spettro autistico

Circa l' 80% dei pazienti presentano almeno una comorbidità e circa il 60% dei pazienti presenta almeno due comorbidità

Prognosi

- ADHD + comorbidità = Prognosi peggiore
- Ansia sociale = maggior rischio disturbi dell' Umore e dipendenza da sostanze
- Disturbo Oppositivo Provocatorio = maggior rischio Disturbo Antisociale

Diagnosi differenziale *

- disturbi dello spettro autistico
- disturbo bipolare
- ritardo mentale (lieve)
- normale vivacità o maleducazione
- risposte ad ambienti inadeguati o poco stimolanti

Disturbo Oppositivo Provocatorio

MODALITÀ DI COMPORTAMENTO ⇒ NEGATIVISTICO
⇒ OSTILE
⇒ PROVOCATORIO

dura da almeno 6 mesi

sono spesso presenti 4 (o più) dei seguenti comportamenti:

UMORE COLLERICO/ IRRITABILE

- va spesso in collera
- è spesso permaloso/ contrariato
- è spesso adirato e risentito

COMPORAMENTO POLEMICO/ PROVOCATORIO

- litiga con gli adulti
- sfida attivamente o si rifiuta di rispettare le richieste o regole degli adulti
- irrita deliberatamente le persone
- accusa gli altri per i propri errori o il proprio cattivo comportamento

VENDICATIVITA'

- è stato dispettoso o vendicativo almeno 2 volte negli ultimi 6 mesi

Prevalenza

Circa il 3,3% della popolazione (sono riferiti tassi che vanno dal 1 a 11%). In età prepuberale è più frequente nei maschi, ma quando crescono la percentuale dei due sessi si equivale.

Prognosi

Diviene di solito evidente prima degli 8 anni di età e di solito non più tardi dell'adolescenza.

I sintomi di opposizione spesso emergono nell'ambiente familiare ma col tempo possono comparire anche in altri contesti.

L'esordio è tipicamente graduale.

In una quantità significativa di casi, precede lo sviluppo del Disturbo della Condotta.

Disturbo della Condotta

Comportamento ripetitivo e persistente in cui vengono violati i diritti fondamentali degli altri oppure le principali norme o regole sociali appropriate all'età.

E' necessaria la presenza nei 12 mesi precedenti di almeno 3 dei seguenti criteri in qualsiasi delle categorie con almeno un criterio presente negli ultimi 6 mesi.

- Tipo con esordio nell'infanzia (prima dei 10 anni d'età almeno 1 sintomo caratteristico)

- Tipo a esordio nell'adolescenza (i sintomi insorgono dopo i 10 anni - di età)

Esordio tardivo rispetto agli altri Disturbi del Comportamento

Prevalenza: intorno al 4-10%

Comorbilità: con Ritardo Mentale, Disturbi dell' Apprendimento, Disturbi dell' Umore, Disturbo da uso di Sostanze

Criteri diagnostici del disturbo della condotta

Aggressioni a persone o animali

Spesso fa il prepotente, minaccia, o intimidisce gli altri

Spesso dà inizio a colluttazioni fisiche

Ha usato un'arma (per es., un bastone, un coltello)

E' stato fisicamente crudele con le persone e/o con animali

Ha rubato affrontando la vittima (per es., aggressione, scippo, estorsione)

Ha forzato qualcuno ad attività sessuali.

Distruzione della proprietà

Ha deliberatamente appiccato il fuoco con l'intenzione di causare seri danni

Ha deliberatamente distrutto proprietà altrui.

Frode o furto

E' penetrato in un edificio, un domicilio, o una automobile altrui

Spesso mente per ottenere vantaggi o favori o per evitare obblighi

Ha rubato articoli di valore (per es., furto nei negozi).

Gravi violazioni di regole

Spesso trascorre fuori la notte nonostante le proibizioni dei genitori

E' fuggito da casa di notte almeno due volte

Manca spesso la scuola, con inizio prima dei 13 anni di età.

Tipi di attenzione

- **Attenzione sostenuta:** sforzo attentivo prolungato nel tempo
- **Attenzione focalizzata:** concentrazione su ciò che è rilevante per un dato compito
- **Attenzione selettiva:** capacità di focalizzare le cose rilevanti ed ignorare i distrattori
- **Attenzione divisa:** mantenere un impegno attentivo di equal peso su due cose

Impatto dell' ADHD sul benessere del bambino/adolescente

- Bassa autostima
- Incidenti ed infortuni
- Fumo - inizio precoce
- Abuso di sostanze
- Gravidanze in adolescenza
- Malattie sessualmente trasmesse

Impatto dell' ADHD sulla funzionalità del bambino/adolescente in famiglia

- Riluttanza ad eseguire i compiti a casa
- Gioco distruttivo
- Ribellione agli ordini dei genitori
- Maggiore stress e conflittualità nei genitori

I genitori di bambini iperattivi sono più a rischio di conflittualità e vanno più frequentemente incontro a separazione e divorzio

"Una famiglia è un posto in cui le anime vengono a contatto tra loro. Se si amano a vicenda, la casa sarà bella come un giardino di fiori. Ma se le anime perdono l'armonia tra loro, sarà come se una tempesta avesse distrutto quel giardino."
Buddha.

Impatto dell' ADHD nell' ambito della scuola

- Difficoltà scolastiche
- Condotta inappropriata a scuola
- Possibili difficoltà di relazione coi compagni
- Maggiore livello di stress negli insegnanti

Punti di forza nei bambini con ADHD

- Creativi
- Pieni di energia
- Buon senso dell'humour
- Tenaci nel persistere
- Capaci di assumere rischi
- Aperti nell'esprimere i propri sentimenti
- Fiduciosi

- Il bambino con disturbo da deficit d' attenzione/ iperattività solitamente NON è un violento.
- Solo nel caso in cui il disturbo è associato a disturbo oppositivo provocatorio o a disturbo della condotta possono aversi manifestazioni di aggressività e violenza

Si può curare l' iperattività?
Sebbene non esista una cura per l' ADHD esistono tecniche comportamentali che possono essere di grande beneficio per il bambino e migliorare notevolmente la situazione in famiglia e a scuola



Devono essere certificati i bambini iperattivi?

- Se il bambino si presenta **SOLO** iperattivo senza comorbidità con altri disturbi, **NON** andrebbe certificato (non rientra in quanto prevede la legge 104 per i criteri di disabilità)
- Se il quadro psicopatologico risulta complicato dalla comorbidità con altri disturbi (DSA e/o DOP o DC) allora può essere presa in considerazione la certificazione

Interventi evidenced-based per l' ADHD

"BUONE PRASSI" Trattamenti di efficacia dimostrata:

- Farmaci stimolanti
- Parent Training
- Interventi comportamentali in classe

"INTERVENTI PROMETTENTI" Trattamenti probabilmente efficaci:

- Training di abilità sociali con applicazione per la generalizzazione
- Biofeedback



Interventi di scarsa o nulla efficacia

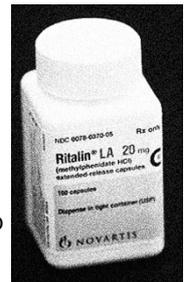
- **Psicanalisi (approcci psicodinamici)**
- **Diete**
- **Psicomotricità**
- **Chiropratica**



Intervento farmacologico

- **75%** dei bambini con ADHD rispondono al Metilfenidato (Ritalin)

Altro farmaco utilizzato in Italia è lo Strattera (atomoxetina):
inibitore selettivo del meccanismo di trasporto pre-sinaptico della noradrenalina



Stimolanti

- **Benefici**
 - Miglioramento dell' attenzione (Risultati scolastici migliori)
 - Qualche altro beneficio secondario
- **Problemi**
 - Disinformazione, Aspettative irrealistiche
 - Somministrazione controllata
 - **Effetti negativi**
 - Disturbi del sonno
 - Calo dell' appetito
 - Tic
 - Anemia (raro)

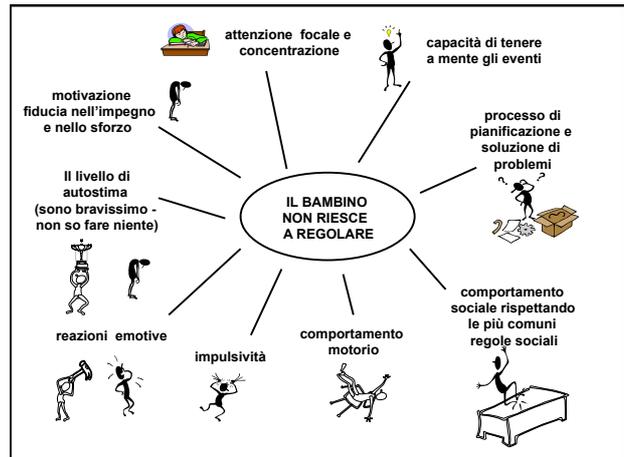
Il fatto che esistano cause biologiche per l' ADHD, non implica che il bambino non possa essere trattato efficacemente con metodi non biologici





Ciò che il farmaco non può fare

- ⇒ Insegnare abilità sociali
- ⇒ Cambiare modalità di pensiero disfunzionali
- ⇒ Innalzare la motivazione
- ⇒ Migliorare il senso di autoefficacia



COSA UNO PSICOLOGO DEVE ESSERE IN GRADO DI DARE ALLA SCUOLA (Buone prassi)

- **Strumenti di valutazione e osservazione dell'alunno**
- **Informazioni sul tipo di disturbo**
- **Indicazioni per migliorare la relazione con l'alunno**
- **Spiegazioni su come applicare tecniche di modificazione del comportamento**
- **Indicazioni sulla strutturazione adeguata dell'ambiente**
- **Consigli per migliorare la relazione tra l'alunno e i compagni**

DI COSA UN INSEGNANTE NON HA BISOGNO

- **Di ascoltare discorsi vaghi e fumosi senza ricevere indicazioni chiare**
- **Di sentirsi rivolgere solo domande senza ricevere nessuna risposta**
- **Di essere colpevolizzato per le difficoltà incontrate nella gestione dell'alunno**
- **Di perdere tempo partecipando a riunioni che non conducono a niente**

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Di Pietro M., Bassi E., Filoramo G., **L'alunno iperattivo in classe**, Edizioni Erickson.

Di Pietro M., **L'ABC delle mie emozioni**, Edizioni Erickson.

Di Pietro M., Dacomo M. **Largo arrivo io!** Edizioni Erickson.

www.educazione-emotiva.it