

*Gruppo di Supporto Provinciale per l'inclusione – UAT Belluno
Scuola Polo per la Formazione Ambito 11 – IIS «Della Lucia»*

I disturbi internalizzanti ed esternalizzanti: conoscere ed intervenire in contesto scolastico



15 novembre 2021
Dr.ssa Debora De Carlo
Neuropsichiatra Infantile

Programma corso

1° INCONTRO - Martedì 26 ottobre 2021, dalle ore 16.00 alle 18.00

Psicopatologia dell'adolescenza: inquadramento generale

2° INCONTRO – Lunedì 15 novembre 2021, dalle ore 15.00 alle 17.00

I disturbi d'ansia e il ritiro sociale

3° INCONTRO Lunedì 29 novembre 2021, dalle ore 15.00 alle 17.00

I disturbi dell'umore

4° INCONTRO Lunedì 13 dicembre 2021, dalle ore 15.00 alle 17.00

L'autolesionismo

5° INCONTRO Lunedì 20 dicembre 2021, dalle ore 15.00 alle 17.00

I disturbi esternalizzanti: ADHD e disturbi del comportamento

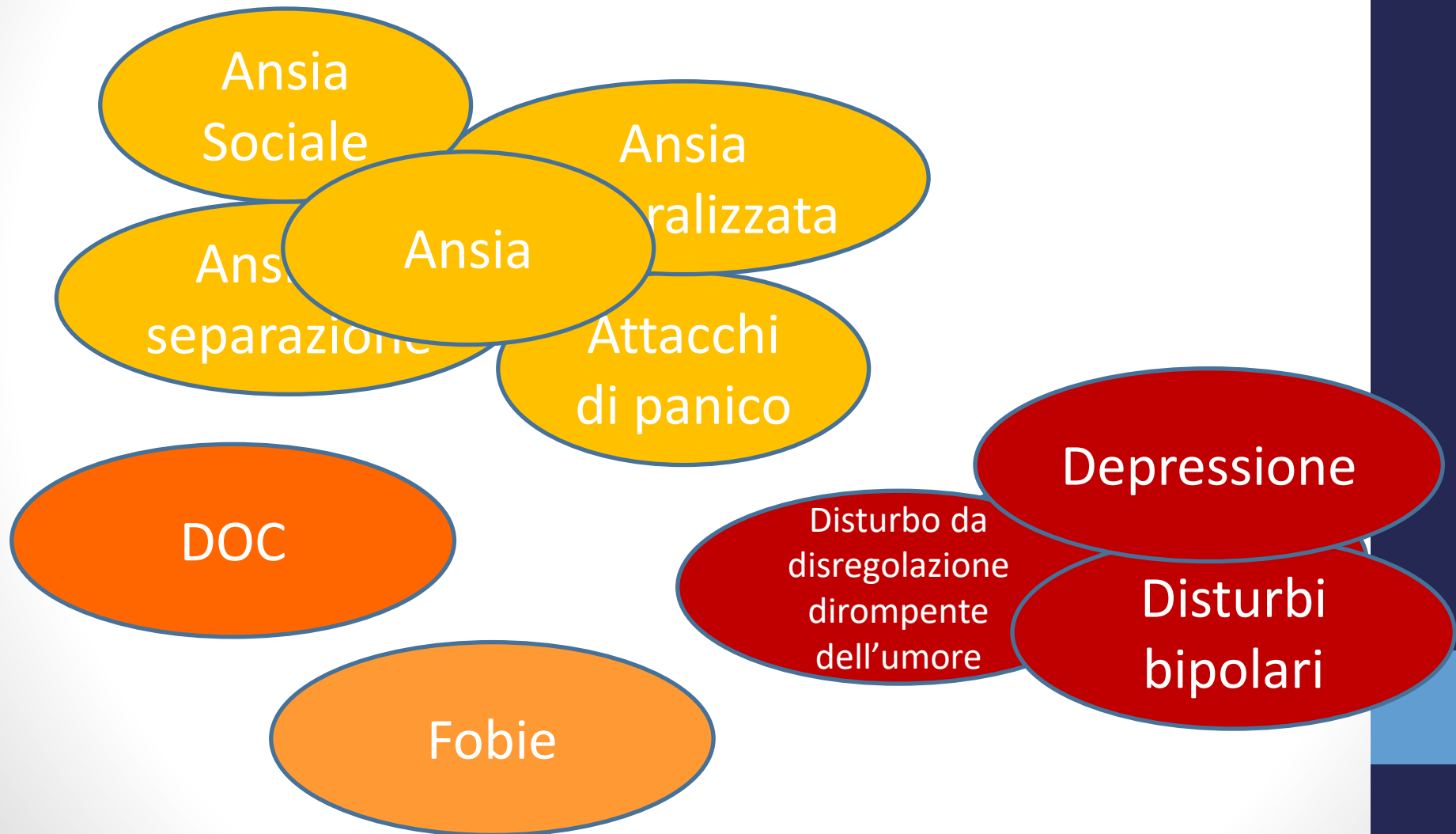
6° INCONTRO Lunedì 17 gennaio 2022, dalle ore 15.00 alle 17.00

La sindrome di Asperger e lo spettro autistico ad alto funzionamento

7° INCONTRO Lunedì 31 gennaio 2022, dalle ore 15.00 alle 17.00

I disturbi del comportamento alimentare

Problematiche internalizzanti



I DISTURBI D'ANSIA

DSM-5	ICD-10
Disturbo d'ansia da separazione	Disturbo d'ansia di separazione
Mutismo selettivo	Mutismo selettivo
Fobia specifica Specificare se: animale ambiente naturale sangue-iniezioni-ferite paura del sangue paura delle iniezioni-trasfusioni paura di altre cure mediche paura delle ferite situazionale altro	Fobia specifiche
Disturbo d'ansia sociale Specificare se legato solo alla performance	Fobia sociale
Disturbo di panico Specificatore dell'attacco di panico	Disturbo di panico
Agorafobia	Agorafobia
Disturbo d'ansia generalizzato	Disturbo d'ansia generalizzato
Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci Specificare: con esordio durante l'intossicazione; con esordio durante l'astinenza; con esordio dopo l'uso di un farmaco.	Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci Specificare con disturbo da uso lieve, con disturbo da uso moderato o grave, senza disturbo da uso.
Disturbo d'ansia dovuto ad altra condizione medica	Disturbo d'ansia dovuto ad altra condizione medica
Disturbo d'ansia con altra specificazione	Altra disturbi d'ansia specifici
Disturbo d'ansia senza specificazione	Disturbo d'ansia non specificato

EZIOLOGIA MULTIFATTORIALE

(che crea e/o mantiene un disturbo)

FATTORI BIOLOGICI (temperamento, sistema endocrino, neurotrasmettitori)

FATTORI FAMILIARI (anamnesi familiare, conflitti intrafamiliari, abilità genitoriali e relativi stili educativi, modalità di comunicazione e di risoluzione dei conflitti)

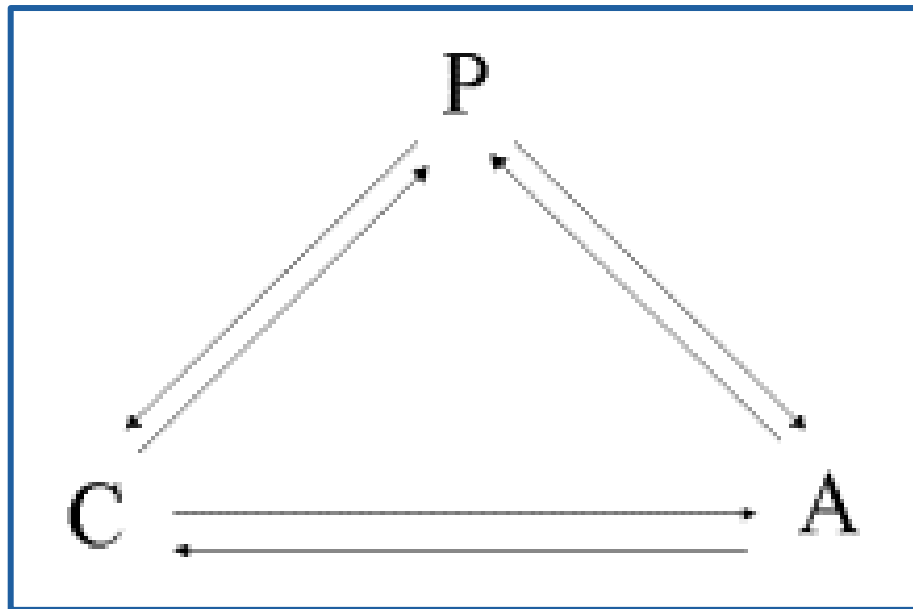
FATTORI AMBIENTALI/ STRESS/TRAUMI (separazioni traumatiche, lutti, abusi, malattia cronica o ospedalizzazione di un caro)

FATTORI COGNITIVI (triade cognitiva depressiva, impotenza appresa, altre distorsioni cognitive e idee disfunzionali)

FATTORI COMPORTAMENTALI (fughe o evitamenti, mancate occasioni di esercitare le abilità in cui si è/ci si sente carenti, scarso rinforzo sociale dovuto all'isolamento)

DETERMINISMO RECIPROCO

Molteplici influenze che determinano/influiscono sugli altri



Raramente si trova una causa specifica/primaria e altrettanto difficilmente si possono trovare queste interconnessioni dirette

Ansia normale e patologica

GAUSSIANA ANSIA/PRESTAZIONI SCOLASTICHE



Se il coinvolgimento emotivo è adeguato, ansia rappresenta la giusta motivazione per restare concentrato sul compito e raggiungere un livello di apprendimento ottimale → poi il rapporto non è lineare, se l'ansia va oltre un certo livello la performance decade, cala la concentrazione/capacità di memorizzazione → tilt/panico

DIFFERENZA FRA PAURA E FOBIA

PAURA:

la paura è reazione specifica a situazione specifica
(i.e. percezione di un pericolo immediato come un ragazzo con bassa autostima mentre si avvicina una coppia di bulli)



FOBIA:

anch'essa è una reazione a stimoli specifici ma più intensa, persistente e **NON** adattiva (esagerata o infondata)



Disturbi d'ansia

Tutti i disturbi d'ansia coinvolgono 3 tipologie di sintomi:

- **STATI D'ANIMO SOGGETTIVI** (disagio, paura, terrore)
- **COMPORTAMENTI MANIFESTI** (evitamenti, ritiri, fughe)
- **REAZIONI FISIOLOGICHE** (nausea, tremori, sudorazione)

Sintomi più comuni descritti:

- PENSIERI NEGATIVI E IRREALISTICI
- INTERPRETAZIONE ERRATA DI SINTOMI E/O EVENTI
- ATTACCHI DI PANICO
- OSSESSIONI E/O COMPORTAMENTI COMPULSIVI
- ATTIVAZIONE FISIOLOGICA (attivazione autonoma, somatizzazioni)
- IPERSENSIBILITA' A SEGNALI FISICI
- PAURA/FOBIE a specifiche eventi e/o situazioni
- PREOCCUPAZIONI ECCESSIVE O GENERALIZZATE

ANSIA GENERALIZZATA

Disturbo d'ansia generalizzata

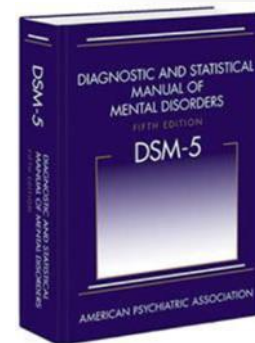
300.02 (F41.1)

Criteri diagnostici

- A. Ansia e preoccupazione (attesa apprensiva) eccessive, che si manifestano per la maggior parte dei giorni per almeno 6 mesi, relative a una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche).
- B. L'individuo ha difficoltà nel controllare la preoccupazione.
- C. L'ansia e la preoccupazione sono associate a tre (o più) dei sei seguenti sintomi (con almeno alcuni sintomi presenti per la maggior parte dei giorni negli ultimi 6 mesi).

Nota: Nei bambini è richiesto solo un item.

1. Irrequietezza, o sentirsi tesi/e, "con i nervi a fior di pelle".
 2. Facile affaticamento.
 3. Difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria.
 4. Irritabilità.
 5. Tensione muscolare.
 6. Alterazioni del sonno (difficoltà a addormentarsi o a mantenere il sonno, o sonno inquieto e insoddisfacente).
- D. L'ansia, la preoccupazione o i sintomi fisici causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
 - E. La condizione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga, un farmaco) o di un'altra condizione medica (per es., ipertiroidismo).



Criteri diagnostici

A. Ricorrenti attacchi di panico inaspettati. Un attacco di panico consiste nella comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti, periodo durante il quale si verificano quattro (o più) dei seguenti sintomi:

Nota: La comparsa improvvisa può verificarsi a partire da uno stato di quiete oppure da uno stato ansioso.

1. Palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia.
2. Sudorazione.
3. Tremori fini o a grandi scosse.
4. Dispnea o sensazione di soffocamento.
5. Sensazione di asfissia.
6. Dolore o fastidio al petto.
7. Nausea o disturbi addominali.
8. Sensazioni di vertigine, di instabilità, di "testa leggera" o di svenimento.
9. Brividi o vampate di calore.
10. Parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio).
11. Derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi).
12. Paura di perdere il controllo o di "impazzire".
13. Paura di morire.

Nota: Possono essere osservati sintomi specifici per cultura (per es., tinnito, dolore al collo, cefalea, urla o pianto incontrollato). Tali sintomi non dovrebbero essere considerati come uno dei quattro sintomi richiesti.

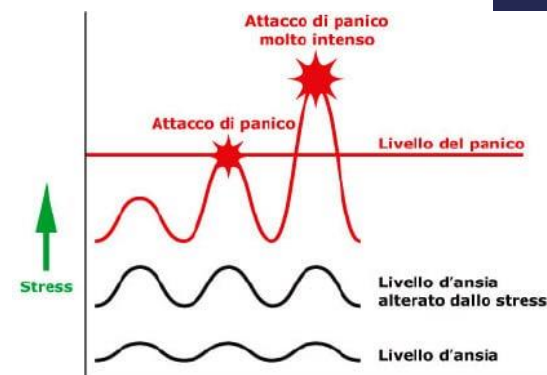
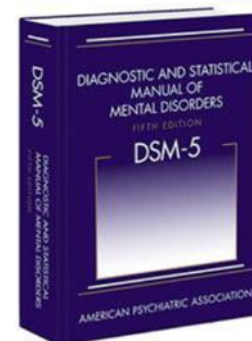
B. Almeno uno degli attacchi è stato seguito da un mese (o più) di uno o entrambi i seguenti sintomi:

1. Preoccupazione persistente per l'insorgere di altri attacchi o per le loro conseguenze (per es., perdere il controllo, avere un attacco cardiaco, "impazzire").
2. Significativa alterazione disadattiva del comportamento correlata agli attacchi (per es., comportamenti pianificati al fine di evitare di avere attacchi di panico, come l'evitamento dell'esercizio fisico oppure di situazioni non familiari).

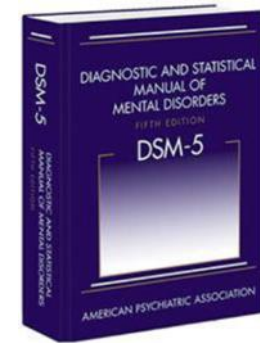
C. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga, un farmaco) o di una condizione medica (per es., ipertiroidismo, disturbi cardiopolmonari).

D. Gli attacchi non sono dovuti a un disturbo mentale (per es., gli attacchi di panico dovuti a una situazione sociale temuta, a un trauma recente o a una situazione fobica circoscritta), a ossessioni, come nel disturbo ossessivo-compulsivo, o al ricordo di un evento traumatico, come nel disturbo da stress post-traumatico; oppure in risposta alla separazione dalle figure di attaccamento, come nel disturbo d'ansia di separazione).

ANSIA
ANTICIPATORIA e/o
EVITAMENTO



ANSIA SOCIALE



... ANSIA SOCIALE ...

PENSIERI NEGATIVI RINFORZATI

PRIMA

degli EVENTI SOCIALI

· ansia anticipatoria ·

- * Paura di trovarsi in situazioni sociali
- * Timore del giudizio degli altri
- * Previsione di fallimento
- * Vivuti di vergogna, inadeguatezza, umiliazione

FAO UNA GRAN FIGURACCIA!

· sintomi somatici ·

Tachicardia — (♥♥)

Sudorazione

· tentativi di evitamento delle situazioni sociali ·

NON POSSO FARLO!

DURANTE

gli EVENTI SOCIALI

· aumento dell'ansia ·

- * Pensieri focalizzati sui propri stati emotivi
- * Distrarsi da ciò che avviene intorno a sé
- * Paura di mostrare ansia in modo umiliante
- * Imbarazzarsi della propria vergogna

SEMBRO UNO STUPIDO! ECCO, ORA DIVENTERO ROSSO! TUTTI MI GUARDANO!

· amplificazione dei sintomi somatici ·

Rossore —

Tremore

Battito accelerato — (♥♥)

Stato confusionale

NON SOSTENGO LA SITUAZIONE!

· comportamenti di evitamento ·

- * Distogliere lo sguardo
- * Allontanarsi dalla situazione

DOPO

gli EVENTI SOCIALI

· ansia a posteriori ·

- * Valutazione negativa su ciò che è avvenuto
- * Ruminazione
- * Giudizi negativi su di sé
- * Convinzione di aver attirato l'attenzione su di sé in termini negativi

SONO STATO IMPACCIATO! NON SONO STATO ALL'ALTEZZA! HO FATTO UNA FIGURACCIA! COSA PENSERANNO?



Graphic by Georgia Preadati

Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale)

300.23 (F40.10)

Criteri diagnostici

A. Paura o ansia marcate relative a una o più situazioni sociali nelle quali l'individuo è esposto al possibile esame degli altri. Gli esempi comprendono interazioni sociali (per es., avere una conversazione, incontrare persone sconosciute), essere osservati (per es., mentre si mangia o si beve) ed eseguire una prestazione di fronte ad altri (per es., fare un discorso).

Nota: Nei bambini, l'ansia deve manifestarsi in contesti in cui vi sono coetanei e non solo nell'interazione con gli adulti.

B. L'individuo teme che agirà in modo tale o manifesterà sintomi di ansia che saranno valutati negativamente (cioè saranno umilianti o imbarazzanti; porteranno al rifiuto o risulteranno offensivi per altri).

C. Le situazioni sociali temute provocano quasi invariabilmente paura o ansia.

Nota: Nei bambini, la paura o l'ansia possono essere espresse piangendo, con scoppi di collera, con immobilizzazione (*freezing*), aggrappamento (*clinging*), ritiro (*shrinking*), oppure non riuscendo a parlare durante le interazioni sociali.

D. Le situazioni sociali temute sono evitate oppure sopportate con paura o ansia intense.

E. La paura o l'ansia sono sproporzionate rispetto alla reale minaccia posta dalla situazione sociale e al contesto socioculturale.

F. La paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti e durano tipicamente 6 mesi o più.

G. La paura, l'ansia o l'evitamento causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

H. La paura, l'ansia o l'evitamento non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga, un farmaco) o a un'altra condizione medica.

I. La paura, l'ansia o l'evitamento non sono meglio spiegati dai sintomi di un altro disturbo mentale, come disturbo di panico, disturbo di dismorfismo corporeo o disturbo dello spettro dell'autismo.

RITIRO SOCIALE

**RAGAZZI CHE EVITANO LA COMPAGNIA ALTRUI con SCARSA
RESPONSIVITÀ ALLE INIZIATIVE SOCIALI DEI PARI**

**Non è un problema con una classificazione a se stante (comorbidità
di diversi disturbi) anche se ci sono degli studi che lo considerano un
cluster specifico dei problemi internalizzati**

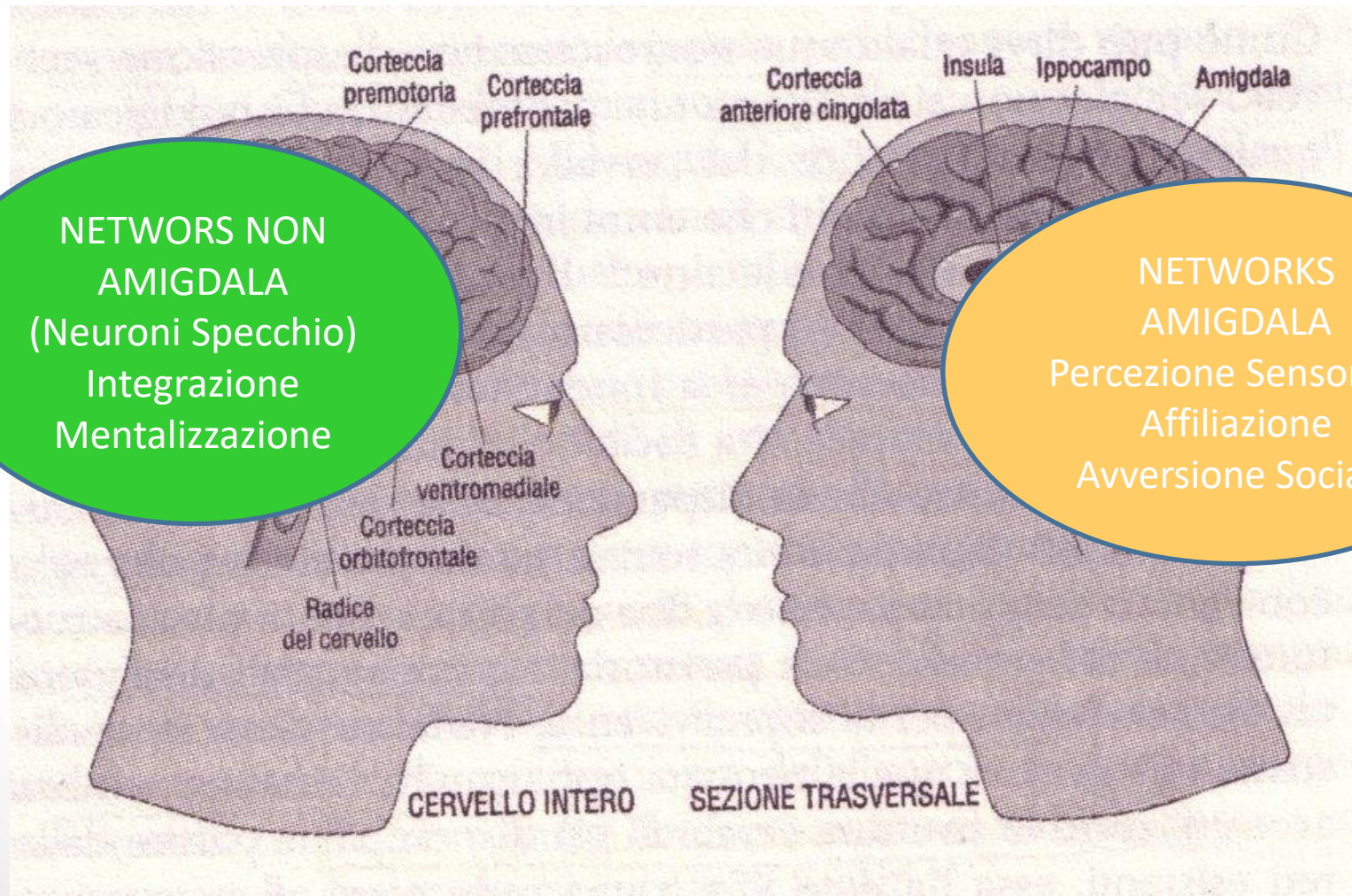
STABILE

schema di evitamento sociale per
eccessiva timidezza
temperamentale;
immaturità emotivo relazionale;
deficit delle abilità sociale in
primis sindrome di Asperger o
altri disturbi dello spettro
autistico

TRANSITORIO

disturbo d'ansia generalizzata che lo
porta ad avere una visione irrealistica
negativa delle proprie abilità sociali
(autosvalutazione irrealistica delle
performance sociali);
disturbo d'ansia sociale;
fobia specifica;
apatia/scarso interesse/disinvestimento
di una fase depressiva

Neuroanatomia del CERVELLO SOCIALE



RITIRO SOCIALE

TIMIDEZZA : tratto temperamentale caratterizzato da diffidenza e disagio eccessivi di fronte alle situazioni sociali nuove e alla valutazione sociale percepita

Conflitto fra APPROCCIO e EVITAMENTO, per cui sul desiderio di interagire con gli altri spesso prevale la paura sociale e l'imbarazzo

EVITAMENTO SOCIALE: combinazione fra uno scarso approccio sociale e una forte motivazione all'evitamento sociale con un desiderio primario di solitudine

ASOCIALITA': mancanza di interesse per l'interazione sociale (bassa motivazione all'approccio sociale) ma non da un disagio quando si è con i pari. Forma relativamente BENIGNA di ritiro sociale.

RITIRO SOCIALE

DILEMMA DEL PORCOSPINO

In una fredda giornata d'inverno un gruppo di porcospini si rifugia in una grotta e per proteggersi dal freddo si stringono vicini.

Ben presto però sentono le spine reciproche e il dolore li costringe ad allontanarsi l'uno dall'altro.

Quando poi il bisogno di riscaldarsi li porta di nuovo ad avvicinarsi si pungono di nuovo. Ripetono più volte questi tentativi, sballottati avanti e indietro tra due mali, finché non trovano quella moderata distanza reciproca che rappresenta la migliore posizione, quella giusta distanza che consente di scaldarsi e nello stesso tempo di non farsi male reciprocamente.

Schopenhauer



Una DISTANZA DI SICUREZZA può evitare di essere feriti ma preclude un adeguato soddisfacimento dei bisogni emotivi.

Stabilire la giusta distanza fra il bisogno di starci vicini per RISCALDARCI reciprocamente con l'interazione sociale e l'inevitabile fastidio che ci provochiamo vicendevolmente nell'intimità

RELAZIONI SOCIALI

Fondamentale mantenimento delle RELAZIONI FRA PARI in età adolescenziale



Stretta interconnessione

fra sfera relazionale e disturbi internalizzanti

(ad esempio è noto che il mancato rinforzo sociale ai problemi di relazione fra pari è un precursore della depressione $\Leftrightarrow$ depressione crea dei problemi interpersonali in ragazzi che prima non ne avevano)

RITIRO SOCIALE nei DISTURBI DELL'UMORE

CAUSE DI RITIRO SOCIALE nella DEPRESSIONE:

- CONSEGUENZA DI UNA SOCIALITA' PERCEPITA COME INUTILE O NON PIACEVOLE
 - MEZZO PER EVITARE LA PERDITA DEFINITIVA
- - TIMORE DEL RIFIUTO DA PARTE DEGLI ALTRI PER IL PROPRIO MALFUNZIONAMENTO NELLE COMPETENZE SOCIALI
 - SENSO DI INDEGNITA' NEL FAR PARTE DI UN GRUPPO

RITIRO SOCIALE e NUOVE TECNOLOGIE

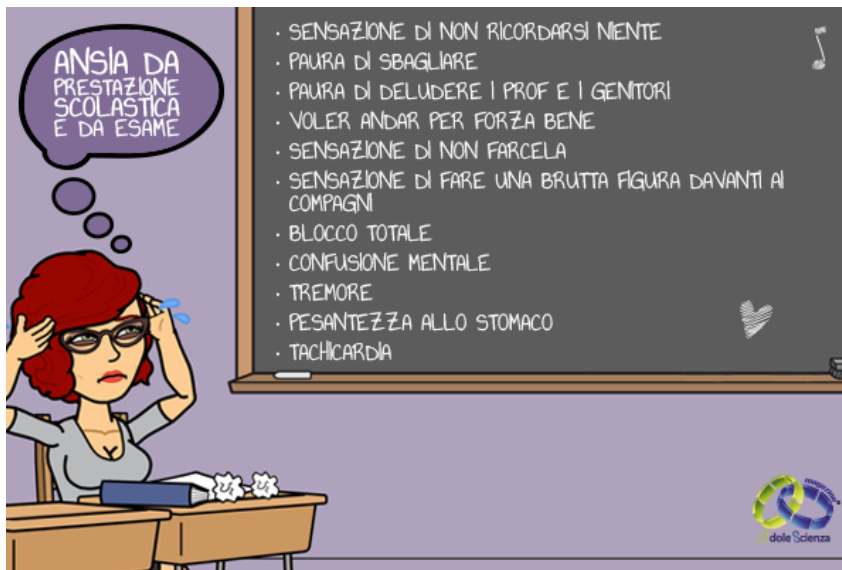
ISOLAMENTO DIGITALE

OPPORTUNITA' O SVANTAGGIO?



RIPERCUSSIONI SCOLASTICHE

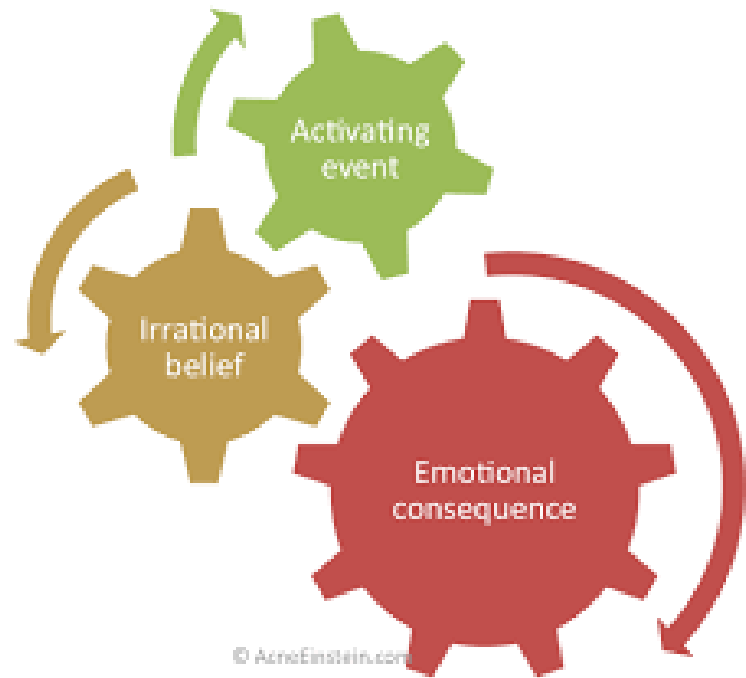
- **Ansia prestazionale**
- **Ansia sociale**
- **Fobie specifiche (in primis fobia scolare)**



REBT (Rational Emotive Behavior Therapy)

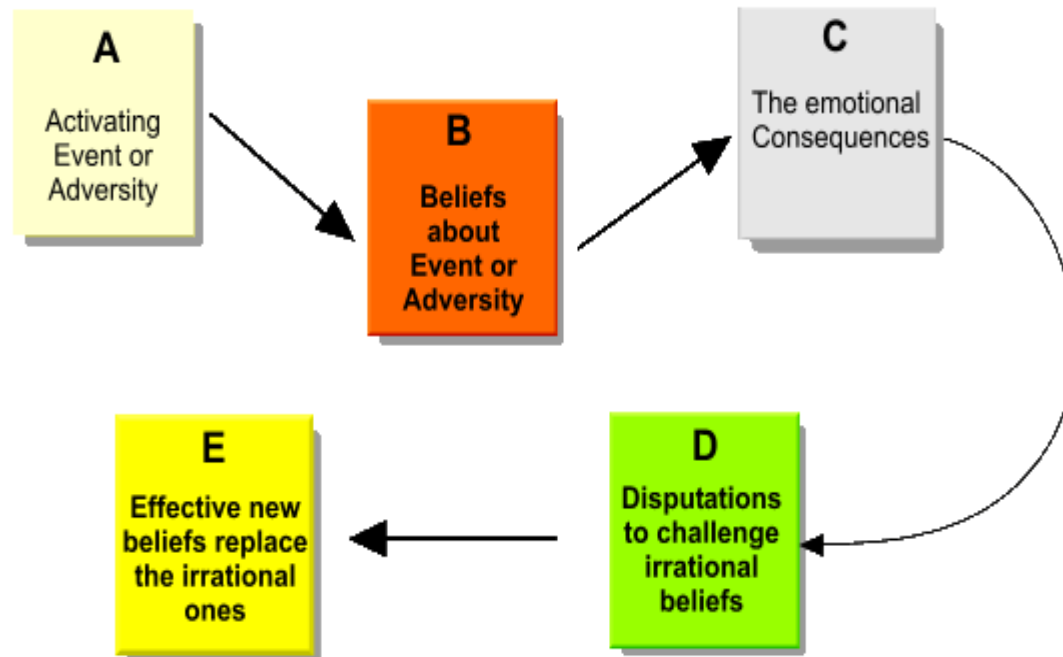
Educazione Razionale Emotiva

Intervento cognitivo
comportamentale
(ABC)



Tecnica di ristrutturazione cognitiva più nota:

MESSA IN DISCUSSIONE/CONFUTAZIONE delle convinzioni irrazionali (trasformazione delle modalità irrazionali di pensiero consentendo di giungere a conseguenze emotive, cognitive e comportamentali alternative e più funzionali)



IDEE IRRAZIONALI riconoscibili all'origine dalla maggior parte dei problemi emotivi/comportamentali

PRETESE ASSOLUTE

BASSA TOLLERANZA ALLA FRUSTRAZIONE

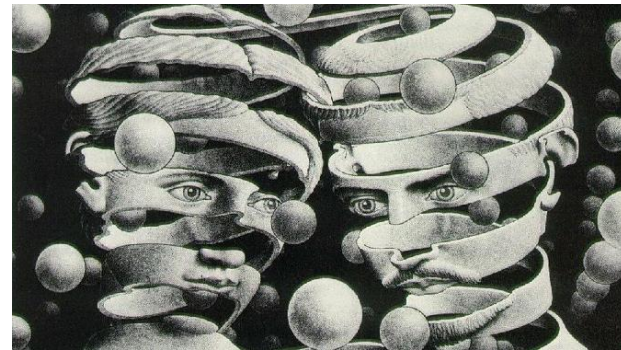
CATASTROFISMO

GIUDIZI GLOBALI

DOVERIZZAZIONE SU SE STESSI

SUGLI ALTRI

SULLE CONDIZIONI DI VITA



Esempi

«il compito deve andare bene» → «il compito potrebbe andare bene ma...» oppure «sarebbe bello se andasse bene» oppure «è meglio se...»

«sono stupido o incapace» → «ho sbagliato in questo comportamento ma vediamo come posso rimediare»

«si è comportato così perchè ce l'ha con me» → «non mi piace come si è comportato con me ma cerchiamo di capire perchè»

«sempre, mai, tutti, nessuno» → «spesso, raramente, ogni tanto»

TECNICHE D'INTERVENTO

CORREZIONE DI MODALITA' DI PENSIERO DISFUNZIONALI

RILASSAMENTO

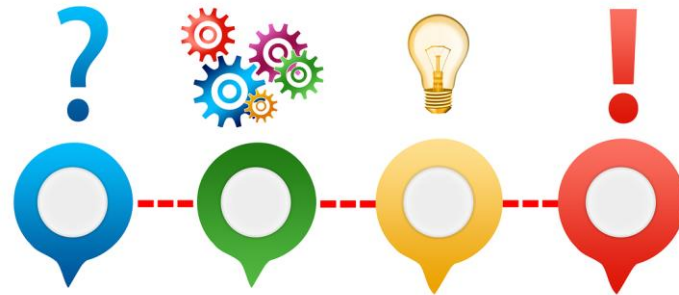
TECNICHE IMMAGINATIVE

PROBLEM SOLVING

GESTIONE DELLE RICOMPENSE (rinforzo positivo, shaping, generalizzazione, estinzione)

MODELING

ROLE PLAYING



ANSIA GENERALIZZATA

- Sviluppare una **RELAZIONE D'AIUTO**
- Atteggiamento NON GIUDICANTE pur evidenziando errori/fallimenti
- Sviluppare un buon livello di fiducia (**ASCOLTO ATTIVO**)
- Supportare il ragazzo a sviluppare **AUTOAFFERMAZIONI POSITIVE** che aumentino la sua autostima
- Aiutare il ragazzo a **sviluppare un DIALOGO INTERNO** come mezzo per gestire l'ansia
- Supportare il ragazzo a non valutare se stesso in termini negativi e a separare il giudizio sulle sue azioni dal giudizio sul proprio valore (**AUTOACCETTAZIONE**)
- Sviluppare strategie di **COPING** per l'ansia (aumentare il contatto con i pari, coinvolgimento sociale, attività extrascolastiche)

Suggerimenti per PERFEZIONISMO

- **Incoraggiarlo/a a darsi il permesso di fare errori.**
- Renderlo **CONSAPEVOLE** del suo perfezionismo (dei costi dell'ansia che ne deriva e degli sforzi eccessivi che esso comporta)
- Consentirgli di individuare le sue aree di debolezza e convincerlo a cimentarsi in attività che rientrano in tali aree.
- **Fare esempi di persone famose** (ad esempio, sportivi) che, nel loro percorso verso il successo hanno proceduto per tentativi commettendo errori prima di raggiungere l'obiettivo, sottolineandone il rischio
- Risultati rappresentabili a diversi **livelli di adeguatezza** piuttosto che come categorie estreme reciprocamente escludentisi, «tutto» o «niente», «perfetto» o «sbagliato».
- Proporgli di fare qualcosa su cui non è del tutto chiaro come procedere per cui esiste un certo livello di incertezza riguardo all'esito.
- Far vedere il **NOSTRO NON PERFEZIONISMO**

ANSIA SOCIALE

- Incoraggiare e supportare il ragazzo a **ESPRIMERE** verbalmente e chiarire i propri stati d'animo (precedenti esperienze a possibile valenza traumatica, criticismo autosvalutativo)
- **COMPRENDERE** quello che un ragazzo vuole fare o può fare
- Programmare **UN'ESPOSIZIONE GRADUALE**
- Lodare e rinforzare ogni comportamento sociale positivo emergente (**RINFORZO POSITIVO**)
- Tecniche di **rilassamento**/immaginazione emotiva guidata
- Promuovere un **dialogo interno positivo**
- Valutazione del gruppo classe (affiancamento di un compagno disinvolto ma empatico; attività in piccolo gruppo)
- Valutare se ci sono situazioni o caregivers iperprotettive che rinforzano la dipendenza e quindi l'ansia sociale

FOBIE



- **CALMA E PAZIENZA!!!**
- Rispetto dei tempi del ragazzo
- **ESPOSIZIONE GRADUALE**
- Tenere il ragazzo facilmente impressionabile lontano da adulti o da altri compagni eccessivamente paurosi.
- Adulto di riferimento deve modulare il proprio temperamento
- A coloro che possono ragionevolmente spaventati per eventi esterni, si dovrebbe parlare apertamente di tali paure fornendo spiegazioni razionali
- Ricorrere al senso **dell'umorismo** per far sorridere il ragazzo delle proprie ed altrui paure può essere utile se le battute sono dirette alle reazioni di paura e non alla persona che le prova

Disturbo d'ansia di separazione

309.21 (F93.0)

Criteri diagnostici

- A. Paura o ansia eccessiva e inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo che riguarda la separazione da coloro a cui l'individuo è attaccato, come evidenziato da tre (o più) dei seguenti criteri:
1. Ricorrente ed eccessivo disagio quando si prevede o si sperimenta la separazione da casa o dalle principali figure di attaccamento.
 2. Persistente ed eccessiva preoccupazione riguardo alla perdita delle figure di attaccamento, o alla possibilità che accada loro qualcosa di dannoso, come malattie, ferite, catastrofi o morte.
 3. Persistente ed eccessiva preoccupazione riguardo al fatto che un evento imprevisto comporti separazione dalla principale figura di attaccamento (per es., perdersi, essere rapito/a, avere un incidente, ammalarsi).
 4. Persistente riluttanza o rifiuto di uscire di casa per andare a scuola, al lavoro o altrove per paura della separazione.
 5. Persistente ed eccessiva paura di, o riluttanza a, stare da soli o senza le principali figure di attaccamento a casa o in altri ambienti.
 6. Persistente riluttanza o rifiuto di dormire fuori casa o di andare a dormire senza avere vicino una delle principali figure di attaccamento.
 7. Ripetuti incubi che implicano il tema della separazione.
 8. Ripetute lamentele di sintomi fisici (per es., mal di testa, dolori di stomaco, nausea, vomito) quando si verifica o si prevede la separazione dalle principali figure di attaccamento.
- B. La paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti, con una durata di almeno 4 settimane nei bambini e adolescenti, e tipicamente 6 mesi o più negli adulti.
- C. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

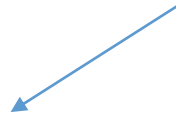
Cosa c'entra l'adolescenza con il processo di separazione/individuazione?

L'adolescenza è a tutti gli effetti un processo di ristrutturazione psicologica dell'individuo che deve abbandonare l'infanzia alla ricerca della sua identità.



La creazione del suo Sè comporta un nuovo confronto con le figure di riferimento che durante l'infanzia sono state accettate come diverse da sè ma da cui comunque si dipende; inizialmente la separazione/individuazione era da concepire/accettare a livello fisico (es distacco visivo dalla madre), adesso viene rivissuto ad un livello molto più profondo quindi anche le ripercussioni profonde sul modo in cui l'adolescente affronterà questa sfida

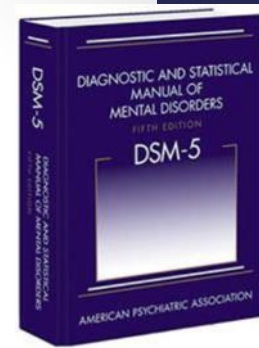
Il ruolo della separazione è fondamentale in adolescenza in quanto aver interiorizzato efficacemente i modelli genitoriali permette di creare delle basi solide per la propria identità
(adolescenti con un processo di separazione facilitato)



ECCESSIVA ACCETTAZIONE dei modelli genitoriali e quindi una loro **PASSIVA IMITAZIONE** è un segnale di difficoltà nella reale espressione del proprio sé (in genere difficoltà di abbandono del «nido» familiare a scapito della propria indipendenza)

RIBELLIONE TOTALE (a volte anche violenta) all'ambito familiare sarebbe la manifestazione di esterna della paura/angoscia che l'adolescente ha di lasciare il proprio mondo infantile

DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO



OSSESSIONI

PENSIERI, IMPULSI, IMMAGINI RICORRENTI O PERSISTENTI, vissuti come **INTRUSIVI O INAPPROPRIATI** e causano **ANSIA/DISAGIO MARCATI**

NON sono semplicemente eccessive preoccupazioni

La persona **TENTA DI IGNORARE O SOPPRIMERE** tali pensieri/impulsi o di neutralizzarli con altri pensieri/azioni

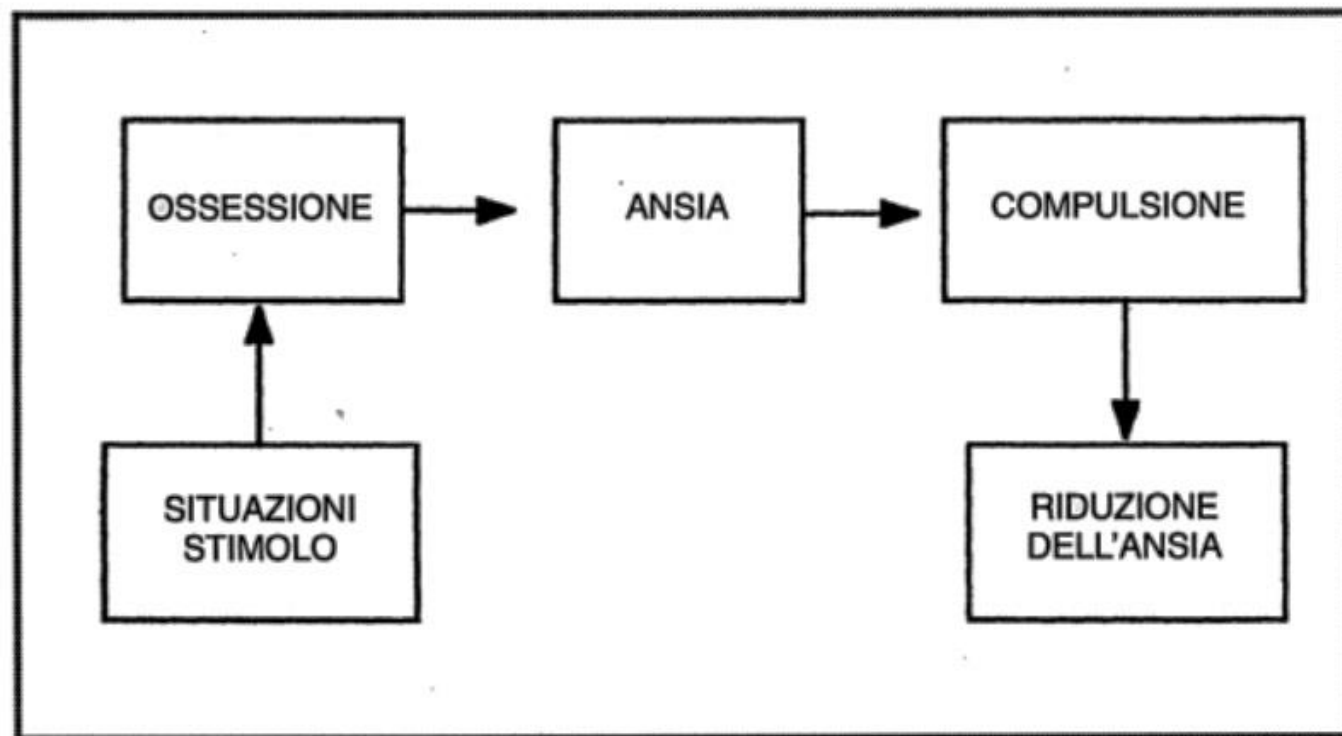
La persona **RICONOSCE** che pensieri, impulsi o immagini sono un prodotto della propria mente

COMPULSIONI

COMPORTAMENTI RIPETITIVI O AZIONI MENTALI che la persona si sente obbligata a mettere in atto in risposta ad un'ossessione e secondo regole che devono essere applicate rigidamente

Comportamenti/azioni mentali sono **VOLTI A PREVENIRE O RIDURRE IL DISAGIO** o a prevenire eventi temuti

Azioni **NON** sono correlate in modo realistico con ciò che sono designati a neutralizzare

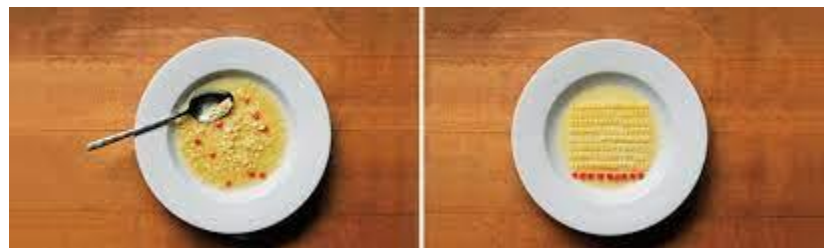
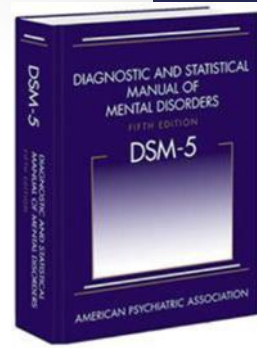


<http://www.psicologo-taranto.com>

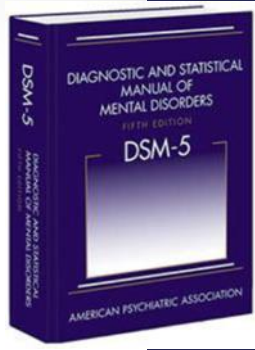
(da: Pancheri, 1992)

Fig. 2. *Modello comportamentale del disturbo ossessivo-compulsivo.*

OSSESSIONI



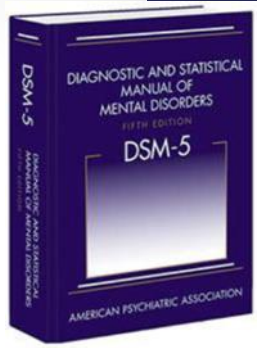
DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO



Tipi di ossessione

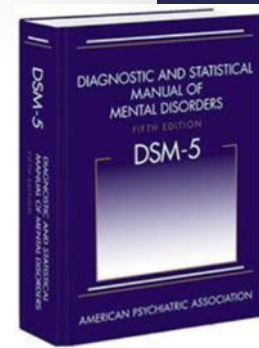
- **Rupofobia** (ossessioni di sporcizia; ossessioni di contaminazione con sostanze infette liquidi biologici, sostanza radioattive; ossessioni di ammalarsi o far ammalare)
- **Ossessioni dubitative** (aver chiuso correttamente serrature/rubinetti/interruttori; aver ommesso qualcosa di importante)
- **Ossessioni a contenuto auto/eteroaggressivo** (sia verbali che fisiche; essere responsabili di incidenti o calamità naturali)
- **Ossessioni sessuali** (proposte sessuali, impulsi parafilici, omosessualità, fantasie di stupro)
- **Ossessioni numeriche** (relative a calcoli più o meno complessi, numeri fortunati o sfortunati)
- **Ossessioni di collezione/accumulo** (di oggetti o denaro)
- **Ossessioni religiose** (idee di commettere peccato, impulso a bestemmiare)
- **Ossessioni esistenziali** (ruminazioni o dubbi sull'essenza e il perché del mondo, della vita e di Dio)

COMPULSIONI



DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO

CRITERI DIAGNOSTICI



Sono eccessive o irragionevoli → causano DISAGIO MARCATO, fanno CONSUMARE TEMPO o INTERFERISCONO SIGNIFICATIVAMENTE con le normali abitudini della persona, con il funzionamento scolastico o con le attività/relazioni sociali usuali

VARIANTE CON SCARSO INSIGHT: quando la persona fatica a riconoscere per la maggior parte del tempo che le ossessioni/compulsioni NON sono eccessive o irragionevoli

SINTOMI OSSESSIVO COMPULSIVI IN ETÀ EVOLUTIVA

- ✓ **eccessiva meticolosità nella esecuzione dei compiti**
- ✓ **leggere ripetutamente brani scolastici**
- ✓ **cancellare ogni piccola imperfezione**
- ✓ **ripassare con la penna le lettere appena scritte**
- ✓ paura di sporcarsi
- ✓ dubbi o ruminazioni esistenziali
- ✓ patofobia/ipocondria
- ✓ rituali sulle funzioni escretorie o sull'addormentamento
- ✓ richieste ai familiari di ripetere parole o frasi
- ✓ collezioni bizzarre



Ambito
scolastico

DOC in ambito scolastico



- ✓ Eccessive cancellazioni sui quaderni fino a strappature di fogli
- ✓ Necessità di controllare materiale scolastico
- ✓ Rituali mentali (quando non possono fare la compulsione, la mentalizzano) → lentezza
- ✓ Richieste continue di rassicurazioni o spiegazioni
- ✓ Rifiuto di toccare/prestare materiale ai compagni
- ✓ Nella scrittura: perfezionismo o cancellature
- ✓ Nella lettura: ecolalie/palialia

COSA FARE in DOC

RICONOSCERE

STILE COLLUSIVO (accondiscendenza, partecipazione, coinvolgimento) Vs
STILE COLLISIVO (opposizione, critica, impedimento)

NON aderire ai rituali e NON bloccare i rituali

Consentire al ragazzo di esporsi alle situazioni temute e reggere l'ansia

- ✓ Diminuire il carico (focalizzarsi sulla qualità)
- ✓ Interrogazioni programmate
- ✓ Spostare il focus della prestazione scolastica

COSA FARE in DOC

Tenere in considerazione che a volte partecipare al rituale può essere utile nel breve termine (in quanto diminuisce l'ansia di quel momento) e quindi si pensa che possa essere la soluzione ma poi nel lungo termine si promuove il rinforzo e il mantenimento delle compulsioni

Delle risposte correttamente rassicuranti potrebbero essere

- *“lo sai che non ha senso che ti rassicuri, perché non starei parlando con te ma con il tuo disturbo”*
- *“non ha senso che io ti rassicuri, tu in realtà sai già la risposta”*

Allo stesso tempo, se ci richiede di partecipare ad un rituale rispondere:

- *“fai pure ma non chiedermi di partecipare, lo sai che ti sono vicino e hai la mia comprensione”*

COSA FARE in DOC

Fare degli interventi che siano stati prima DISCUSSI, NEGOZIATI ed ACCETTATI dal ragazzo (CONSENSO)

CREARE UN AMBIENTE DI SOSTEGNO con comunicazioni chiare e semplici

Evitare confronti fra un giorno e l'altro e riconoscere ogni piccolo miglioramento

Porre dei limiti ma con elasticità

Usare un po' di ironia

TAKE HOME MESSAGE

ABCDE e ANALISI METACOGNITIVA

ASCOLTO ATTIVO

ESPOSIZIONE PROGRESSIVA

COPING, MODELING E RINFORZO POSITIVO





Grazie per l'attenzione

**LA SEDIA
GIALLA**
I PROFESSIONISTI DELLA CRESCITA

Dr.ssa De Carlo Debora
Neuropsichiatra Infantile
d.decarlo@lasediagialla.it
Tel 3400644457
www.lasediagialla.it