



C.T.I. -Centri Territoriali per l'Inclusione
di Belluno e Feltre e Cadore
(AREA DISABILITÀ/ DISAGIO)

I disturbi internalizzanti (disturbi d'ansia e dell'umore) ed esternalizzanti (ADHD, disturbo oppositivo provocatorio, disturbo della condotta) – caratteristiche cliniche ed intervento in ambito scolastico



22 marzo 2021

Dr.ssa Debora De Carlo
Neuropsichiatra Infantile

Introduzione

TEMA COMPLESSO

Limite a volte difficile fra «normalità» e «patologia»

Estrema variabilità intra e interpersonale

Contestualizzazione in un'età difficile quale l'adolescenza ... e in epoca «covid» ...

Fino agli Anni '80 si riteneva che le psicopatologie in età evolutiva fossero transitorie → al contrario più un problema emotivo ha un esordio precoce e i sintomi sono severi, più sono predittivi di psicopatologie persistenti e invalidanti ... se non si attua un trattamento precoce ed efficace



Adolescenza

E' il periodo finale di un continuum evolutivo e segna lo stabilirsi della persona in quanto unità distinta ed individuata rispetto all'altro.



L'adolescenza è una crisi evolutiva fisiologica che segna il passaggio dall'età infantile a quella adulta.

Adolescenza



Fase critica :

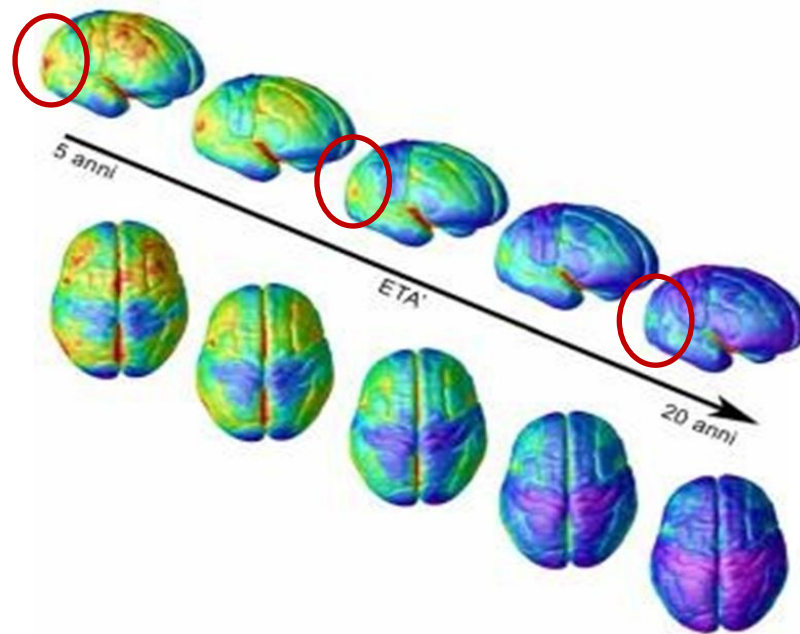
- sul piano psicologico: periodo di difficoltà emotive e comportamentali attraverso cui si realizzano delle scelte definitive per tutta la vita

Adolescenza

Fase critica :

- su quello neurobiologico: incompleto sviluppo di alcune aree cerebrali

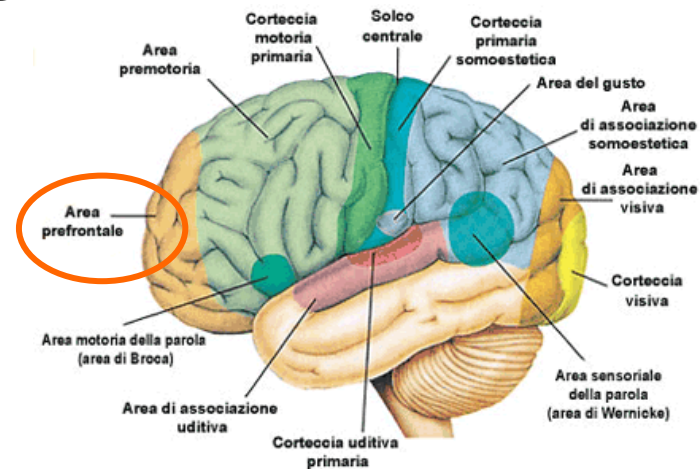
Le aree giallo, verde, arancione :
aree di immaturità cerebrale
particolarmente presenti nei
primi anni di vita che vanno via
via riducendosi col progredire
dell'età fino a raggiungere la
completa maturazione,
rappresentate dal colore blu-
viola dopo i 20 anni.



A cosa serve il lobo prefrontale

L'ultima parte del cervello che si sviluppa è la corteccia prefrontale, sede delle cosiddette "funzioni esecutive":

- ✓ pianificazione,
- ✓ definizione delle priorità,
- ✓ organizzazione dei pensieri,
- ✓ controllo degli impulsi,
- ✓ valutazione delle conseguenze delle proprie azioni.

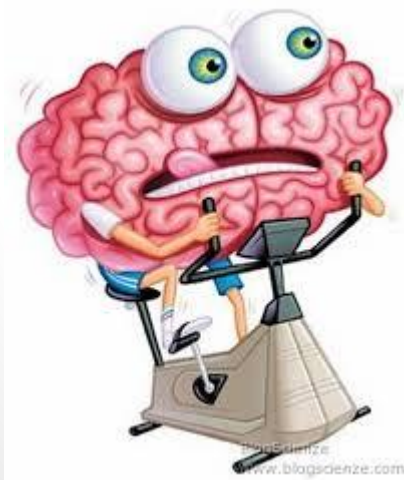


In altre parole, l'ultima parte del cervello a maturare è quella coinvolta nella capacità di prendere decisioni ponderate e responsabili.

Adolescenza

Ne consegue una maggiore vulnerabilità:

- psicopatologica: rischio di comportamenti non ancora sostenuti da processi decisionali maturi e stabili
- neurobiologica: incompleta maturazione del SNC soprattutto a livello del lobo frontale



Quali problematiche ...

ADHD

DOP
DC

Disturbo
esplosivo
intermittente

Spettro
autistico

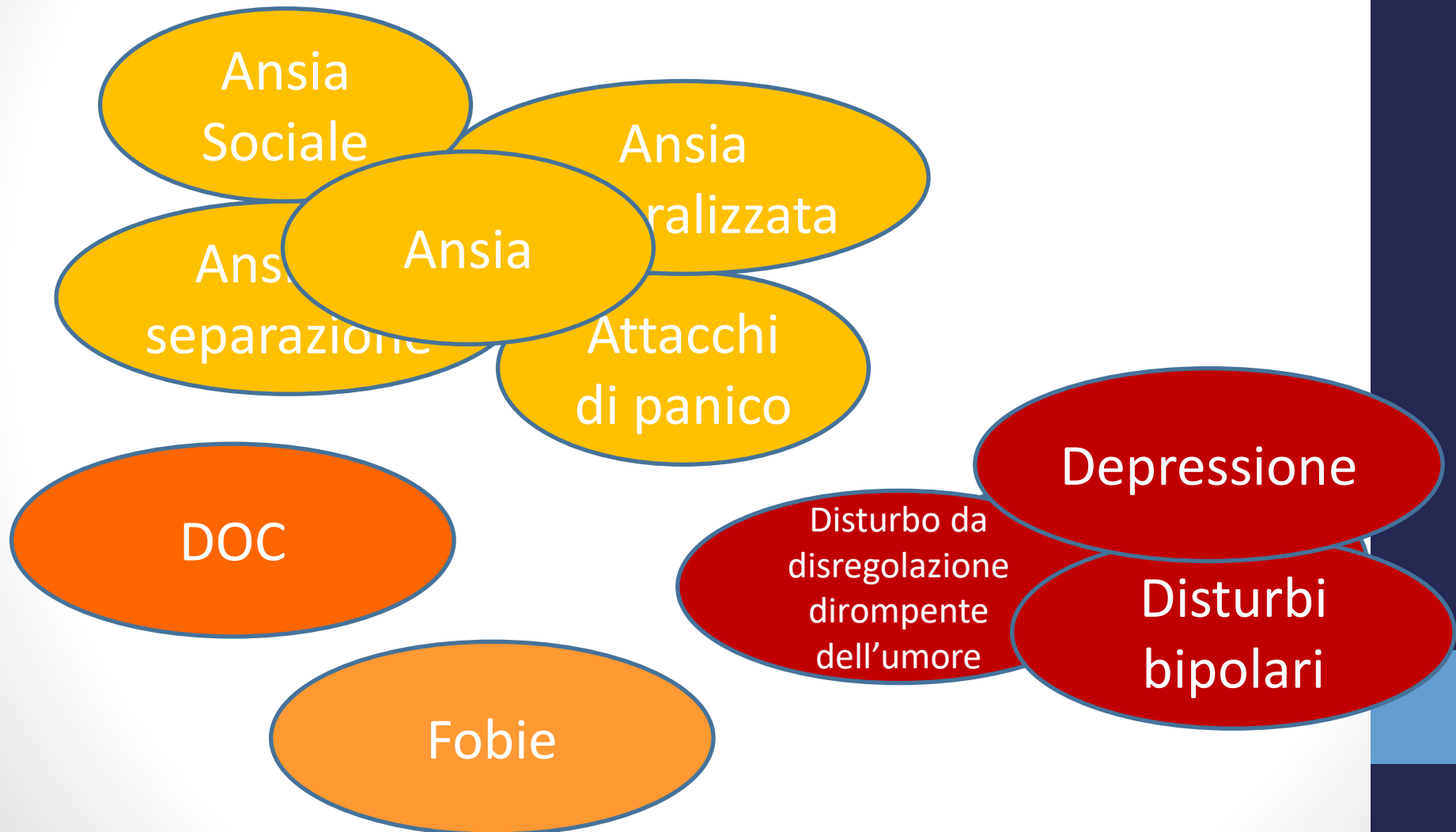
Ansia

Umore

Disturbi
della
personalità

Disabilità
Intellettiva
DSA

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 <i>Specificare se:</i> <i>animale</i> <i>ambiente naturale</i> <i>sangue-iniezioni-ferite</i> <i>paura del sangue</i> <i>paura delle iniezioni-trasfusioni</i> <i>paura di altre cure mediche</i> <i>paura delle ferite</i> <i>situazionale</i> <i>altro</i>	Fobia specifiche
Disturbo d'ansia sociale <i>Specificare se legato solo alla performance</i>	Fobia sociale
Disturbo di panico <i>Specificatore dell'attacco di panico</i>	Disturbo di panico
Agorafobia	Agorafobia
Disturbo d'ansia generalizzato	Disturbo d'ansia generalizzato
Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci <i>Specificare: con esordio durante l'intossicazione; con esordio durante l'astinenza; con esordio dopo l'uso di un farmaco.</i>	Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci <i>Specificare con disturbo da uso lieve, con disturbo da uso moderato o grave, senza disturbo da uso.</i>
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)

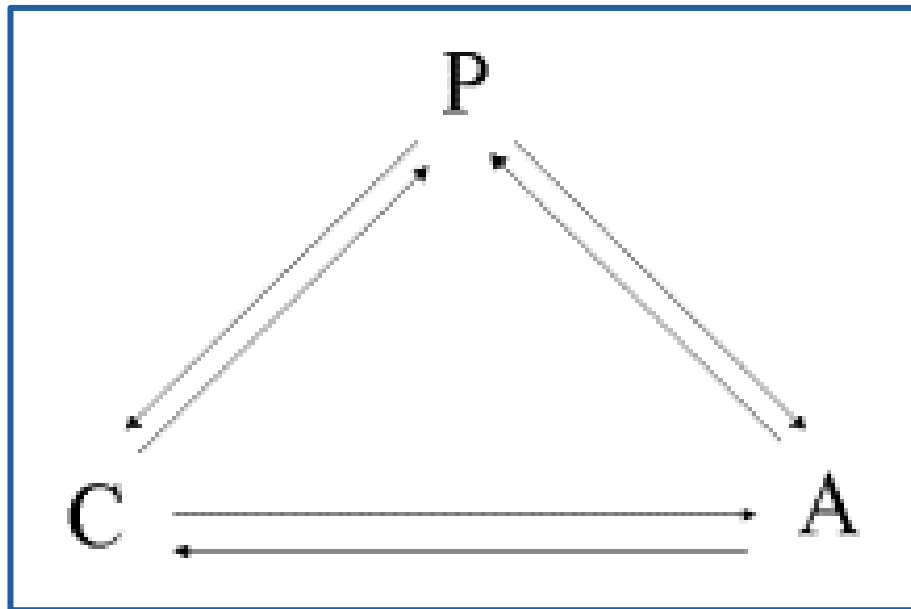
FATTORI AMBIENTALI/ STRESS/TRAUMI (separazioni traumatiche, lutti, abusi, malattia cronica o ospedalizzazione di un caro)

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

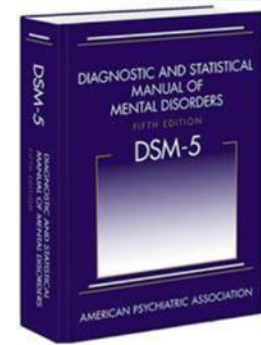
300.02 (F41.1)

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.

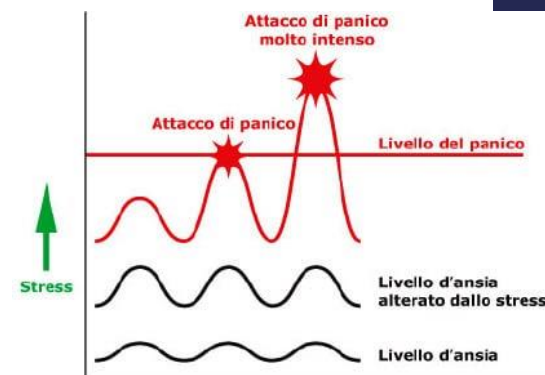
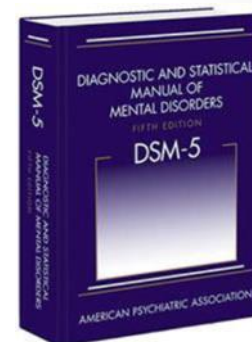
B. Almeno uno degli attacchi è stato seguito da un mese (o più) di uno o entrambi i seguenti sintomi:

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).

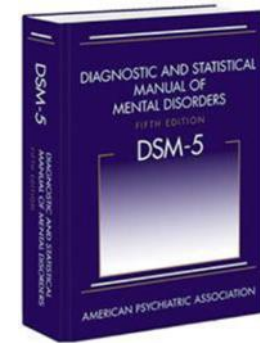
C. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga, un farmaco) o di una condizione medica (per es., ipertiroidismo, disturbi cardiopolmonari).

D. Gli attacchi di panico non sono dovuti a un disturbo mentale (per es., gli attacchi di panico possono essere dovuti a una situazione sociale temuta, a una situazione di pericolo o a una situazione di stress acuto, come nel caso della fobia 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
- * Visiuti di vergogna, inadeguatezza, umiliazione

FARO 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);
ansia sociale;
fobia specifica;
apatia/scarso interesse/disinvestimento
di una fase depressiva

RELAZIONI SOCIALI

Fondamentale mantenimento delle RELAZIONI FRA PARI in età adolescenziale



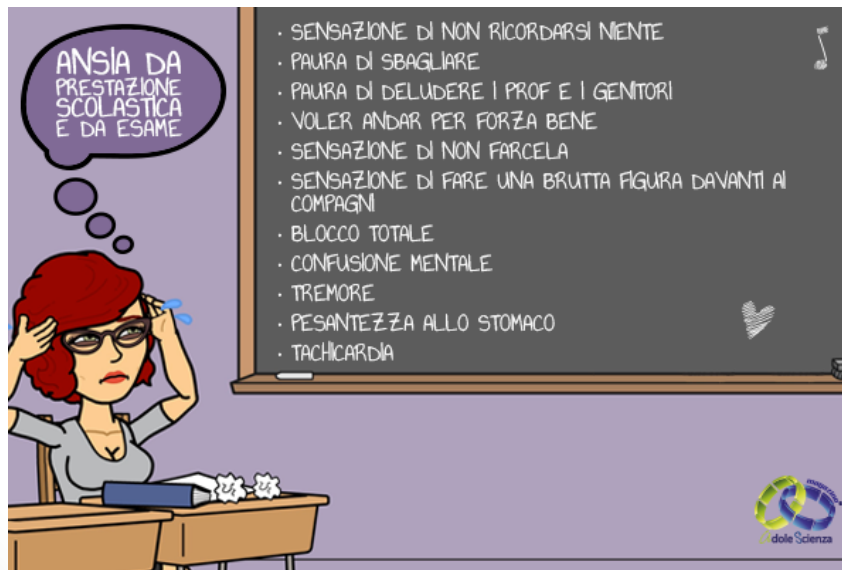
Stretta interconnessione

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)

RIPERCUSSIONI SCOLASTICHE

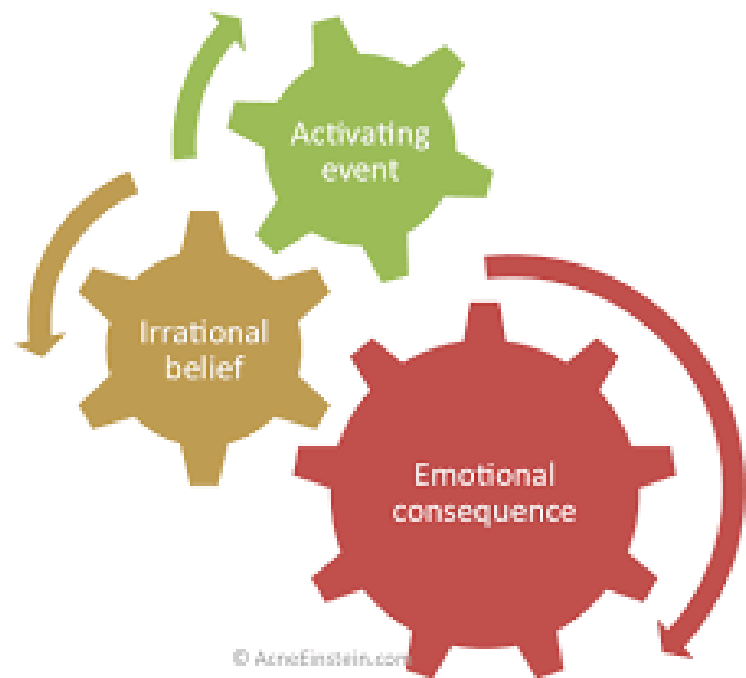
- **Ansia prestazionale**
- **Ansia sociale**
- **Fobie specifiche (in primis fobia scolare)**



REBT (Rational Emotive Behavior Therapy)

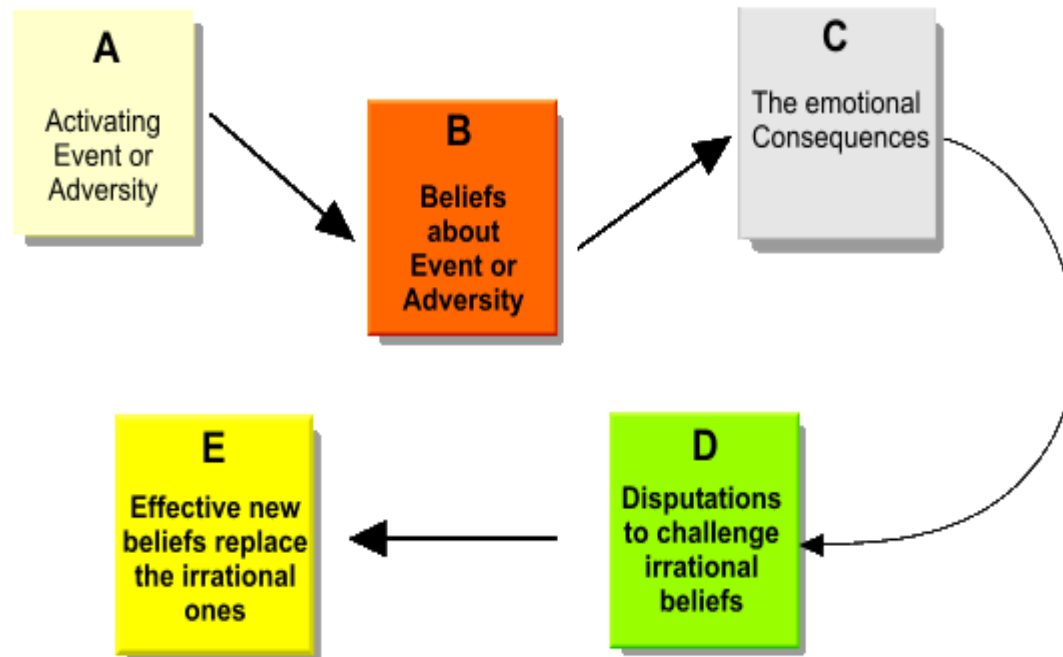
Educazione Razionale Emotiva

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

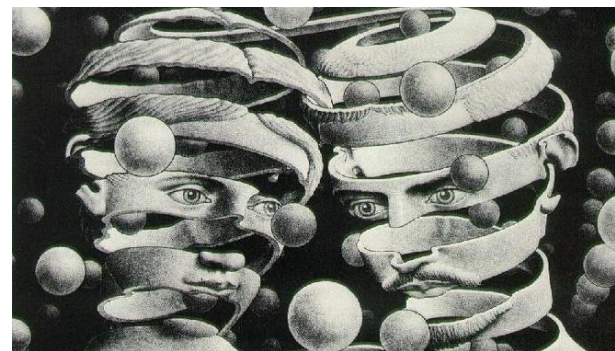
CATASTROFISMO

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

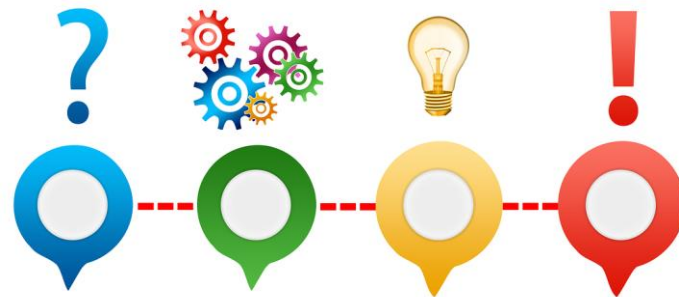
TECNICHE IMMAGINATIVE

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.

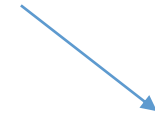
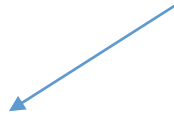
Cosa c'entra l'adolescenza con il processo di separazione/individuazione?

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

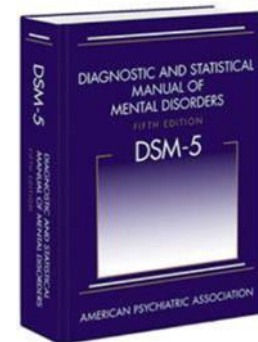
dall'ansia ... alla depressione

«la perdita degli oggetti d'amore causa la perdita della stima di sè»

BOWLBY

MAHLER imputa ciò proprio alla separazione/individuazione; se il processo di allontanamento non avviene in modo costante e stabile nella vita, l'impossibilità di affrontare queste perdite con serenità impedisce all'individuo di riconoscere in se stesso la forza di «essere individuo». Ciò non vuol dire minare l'autostima ma proprio impedire che si crei.

DISTURBI DELL'UMORE



Monopolari

- Disturbo depressivo maggiore
- Distimia (umore depresso per 2 anni)

Bipolari

- Disturbo bipolare I, II, NOS, ciclotimico
(Episodio maniacale, episodio ipomaniacale, episodio misto)

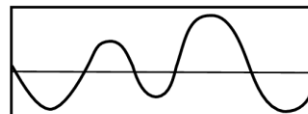
Disturbi dovuti a

- . Condizioni mediche generali
- . Sostanze
- . NAS

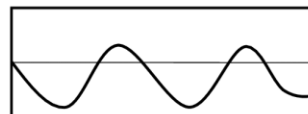
Fluttuazione dell'asse timico nei disturbi dell'umore



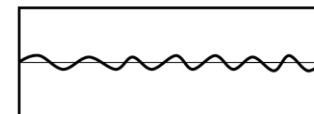
Depressione Maggiore Unipolare



Disturbo Bipolare I



Disturbo Bipolare II



Disturbo Ciclotimico



Disturbo Distimico

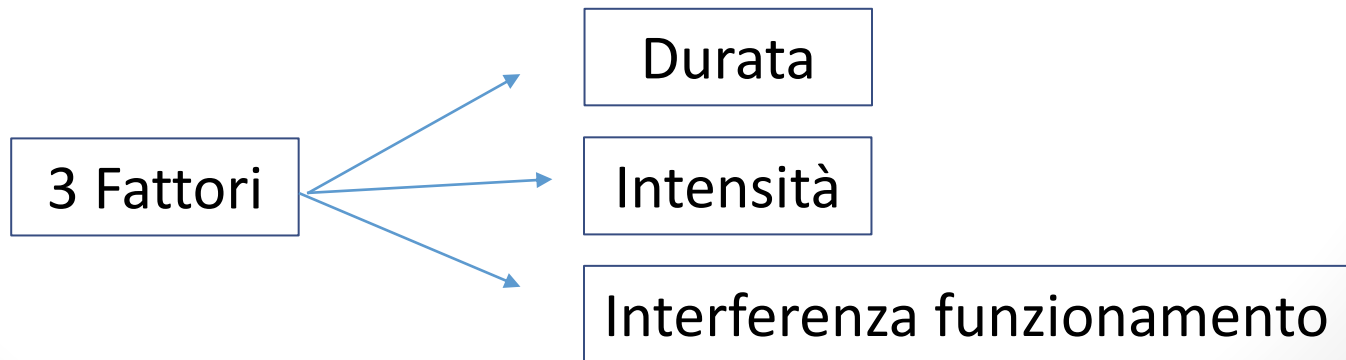
«Depressione» fisiologica o disturbo psichiatrico?

«normale»

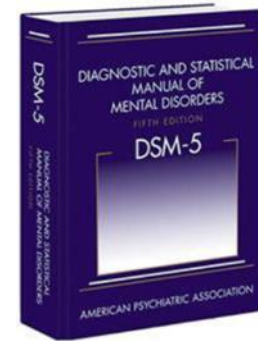
Parte dinamica affettiva dello sviluppo del soggetto, in particolare in adolescenza, generalmente transitoria e priva di significativa interferenza con la dinamica evolutiva

«patologica»

Disturbo psichiatrico che interferisce con il funzionamento sociale e accademico e che richiede una valutazione e un trattamento specifico



DEPRESSIONE



Episodi depressivi maggiori (almeno due settimane), con:

umore depresso o irritabile

ridotto interesse o piacere in attività prima interessanti

riduzione (aumento) **dell'appetito** e/o del peso corporeo

disturbo del **sonno** (riduzione, aumento, inversione, ecc.)

agitazione o rallentamento **psicomotorio** visibile

faticabilità, **perdita di energia**

sentimenti di indegnità o colpa

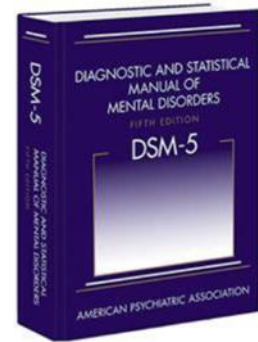
difficoltà di concentrazione, pensiero, decisione

pensieri di morte ricorrenti, ideazione suicidaria

- Compromissione funzionale significativa

DISTURBO DISTIMICO

(DISTURBO DEPRESSIVO PERSISTENTE)



Disturbo stabile della durata di almeno due anni (un anno nei bambini), caratterizzato da:

disturbo **dell'alimentazione**

disturbo del **sonno**

faticabilità, **scarsa energia**

bassa autostima

difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni

sentimento di disperazione

BASSA AUTOSTIMA

AUTOSTIMA si compone di due elementi:

- CONCETTO DI SE' (immagine globale che l'individuo ha di se stesso)
- VALUTAZIONE DELLE CARATTERISTICHE CHE RIENTRANO IN TALE IMMAGINE

La valutazione del concetto di sè avviene sulla base di modelli ideali di riferimento

Autosvalutazione patologica

- Ingigantire i propri punti deboli e minimizzare i propri punti di forza
- Porsi obiettivi irrealistici (scarsa flessibilità nella considerazione di poterli o meno raggiungere)

Nella DEPRESSIONE i ragazzi si sentono privi di valore, sottostimano le loro abilità, non colgono le occasioni per loro favorevoli in quanto la visione distorta che hanno loro stessi li fa considerare destinati al fallimento (NON si mettono in gioco)

DISTURBI INTERNALIZZANTI ⇔ BASSA AUTOSTIMA

Negli adolescenti:

- idee suicidarie/tentativi di suicidio
- disturbi psicotici (deliri, allucinazioni)
- maggiore compromissione psicosociale (condotte a rischio)

Studio di Seeley et 2002: 4-5% gli adolescenti che hanno presentato un episodio depressivo maggiore → 12% ne presentava un secondo nell'arco di un anno → 33% nell'arco dei successivi 4 anni

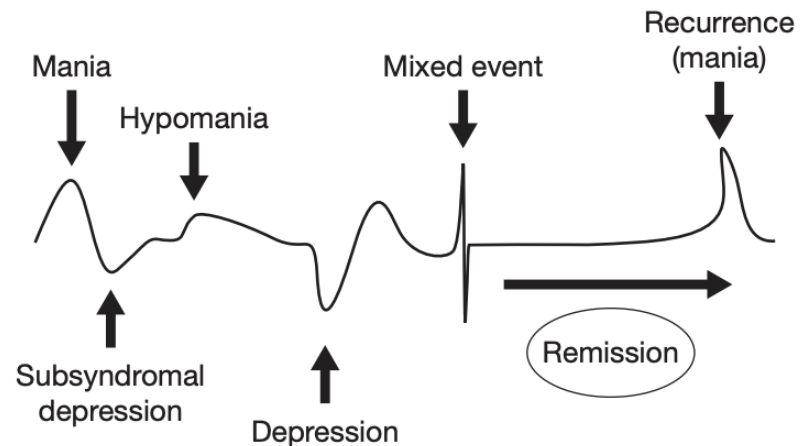
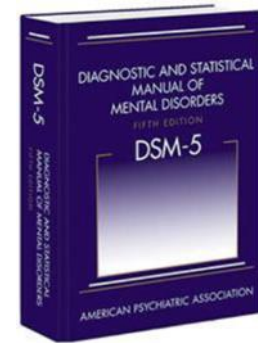
25-30% degli adolescenti con depressione sono riconosciuti e trattati

BIPOLARE

Disturbo bipolare I:
alternanza di episodi
depressivi e maniacali o
misti

Disturbo bipolare II:
episodi depressivi ed
ipomaniacali

Disturbo ciclotimico:
alternanza di episodi
ipomaniacali e
depressivi sottosoglia
(depressione minore)



EPISODIO MANIACALE

Umore persistentemente elevato o irritabile per almeno 1 settimana, con 3 (4 se umore irritabile):

- autostima ipertrofica o **grandiosità**
- ridotto bisogno di sonno
- **logorrea**
- **fuga delle idee**
- **distraibilità**
- **aumento della attività finalizzata**
- coinvolgimento in attività piacevoli ma **pericolose**

Marcata compromissione funzionale



DB IN ADOLESCENZA

Andamento più frequentemente episodico

Condotte a rischio

Dipendenza da sostanze d'abuso (stimolanti, alcol)

Elevato rischio suicidario

Frequenti sintomi psicotici

Vita caotica e tempestosa, fortemente instabile (BD II)

DEPRESSIONE:

COSA POSSIAMO FARE A SCUOLA

- Sviluppare una **RELAZIONE D'AIUTO**
- Sviluppare un buon livello di fiducia (**ASCOLTO ATTIVO**)
- Rinforzare la comunicazione esplicita di emozioni quali rabbia, disappunto, tristezza
- **ABC** e collegamento pensieri/umore
- Valutare i contenuti del soggetto che rafforzano la sua sensazione di inutilità e disperazione
- Strategie di dissuasione cognitiva per trasformare i pensieri disfunzionali che alimentano lo stato depressivo
- Esortare il ragazzo a formulare delle ipotesi che lo portino a mettere in atto delle azioni per soddisfare i propri bisogni (**incoraggiamento**)
- Incoraggiare il ragazzo alla partecipazione di **attività sociali e ricreative arricchenti**. Programmazione di **ATTIVITA' PIACEVOLI**.
- Supportarlo nella pianificazione/organizzazione dello studio

AUTOLESIONISMO

Comportamento Autolesivo : qualsiasi azione ad esito non fatale nella quale un individuo deliberatamente si procura una lesione

28-45% degli adolescenti nel corso della vita (aumento del 10% dal 2006 al 2016) → **PRIORITA' DI SALUTE GENERALE**

Grande variabilità

F>M con rapporto 1:6

Maggiore in classi socio economiche più svantaggiate

AUTOLESIONISMO

Motivazioni aumento:

- Disponibilità di farmaci
- Aumento consumo di alcol e droghe
- Contagio sociale
- Ipersensibilità interpersonale e ai fattori esterni
- Aumento incidenza di sintomi depressivi
- Bullismo (soprattutto cyber-bullismo)



Metodi

- Self cutting
- Ustioni da sigarette
- Assunzione inappropriata di farmaci
- Assunzione di comportamenti a rischio (autolesionismo indiretto)



AUTOLESIONISMO

Self cutting rappresenta il 55% del problema

Forte dipendenza del quadro con mantenimento nel tempo del 40-60%

Resistenza al trattamento

Fattori predittivi

- Disturbo dell'umore sottostante
- Contagio sociale
- Problemi di orientamento sessuale
- Anamnesi positiva ad abusi sessuali/traumi



AUTOLESIONISMO

Motivazioni:

- Intenti autopunitivi
- Strategia di regolazione dell'umore o di sollievo alla tensione
- Fuga da una situazione ritenuta intollerabile
- Metodo per far fronte a emozioni negative (rabbia, bassa autostima, paura)
- Intenti dimostrativi o emulativi

Solo in una minima percentuale franca intenzionalità suicidaria.

COSA **NON** E' L'AUTOLESIONISMO

L'AUTOLESIONISMO **NON** E' UN TENTATO SUICIDIO

NON E' UNA RICERCA DI ATTENZIONE

NON E' UNA MODA

AUTOFERIRSI **NON** VUOL DIRE ESSERE PAZZO

AUTOLESIONISMO

Accesso ai Servizi 1:8

Enorme diffusione nella popolazione

Scarso accesso alle cure

Ridotta attenzione da parte della società

NON TRASCURARE NESSUNA SEGNALAZIONE

NEPPURE SE FENOMENO ISOLATO

- **Tagli, ustioni o contusioni inspiegabili**; questi si verificano in genere su braccia, gambe e stomaco;
- **Possesso di rasoi, frammenti di vetro, coltelli, spille** o altri oggetti che gli adolescenti possono usare per autoferirsi (tenere presente che qualsiasi oggetto appuntito può essere usato per ferire; ad esempio graffette, estremità delle matite);
- Indossare continuamente **indumenti inappropriati per il tempo o la situazione** (ad es. indumenti ingombranti a maniche lunghe nelle giornate calde o in palestra);
- **Macchie di sangue sugli indumenti**;
- Cercare regolarmente di **isolarsi** e nascondersi quando emotivamente turbato o depresso;
- **Fare continui riferimenti all'autolesionismo nella scrittura creativa, nelle riviste o nei progetti artistici.**



COME APPROCCIARE LO STUDENTE

COSA FARE

- Comunicare con lo studente in **modo calmo e premuroso**.
- **Far sapere allo studente che ci sono persone che si prendono cura di lui / lei**, che non è solo e che anche ad altri giovani è capitato di ferirsi da soli.
- Ricordare che questo è un modo per far fronte al dolore che sta provando.
- **Usa lo stesso linguaggio dello studente** per comunicare con lui/lei (ad es, se uno studente lo chiama "taglio" usa quel termine nella discussione).
- **Ascolta** lo studente, al fine di comprendere meglio il suo comportamento.
- Usa un linguaggio e un comportamento **non giudicante**.

COSA NON FARE

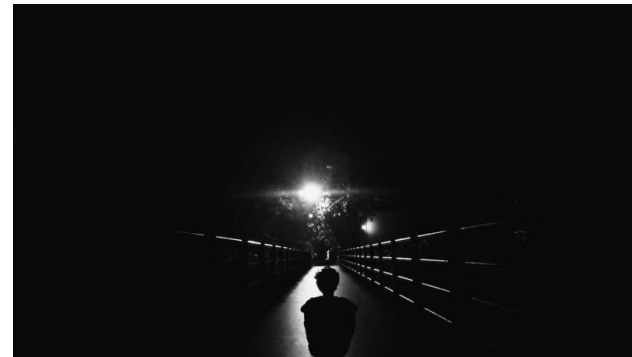
- **Essere eccessivamente reattivo**; rispondere con **panico, repulsione, shock o in modo distaccato**.
- **Cercare di fermare** il comportamento autolesionistico con minacce o ultimatum.
- **Mostrare eccessivo interesse per i dettagli** dell'autolesionismo dello studente; **consentire allo studente di rivivere o descrivere dettagliatamente l'esperienza dell'autolesionismo** in quanto ciò potrebbe innescare il desiderio di riprenderlo
- **Parlare del comportamento dello studente davanti alla classe o ai colleghi**.
- **Dire allo studente che non dirai a nessuno del suo autolesionismo**.

... QUALCHE ALTRO SUGGERIMENTO ...

- ✓ Ascolta gli studenti e cerca di non mostrar loro se sei arrabbiato, frustrato o sconvolto, il modo migliore per rispondere all'autolesionismo è mantenere un **ATTEGGIAMENTO MODERATO, SPASSIONATO E DI RISPETTOSA CURIOSITÀ** (Walsh, 2006).
- ✓ Mantenere in mente la differenza tra autolesionismo e suicidio.
- ✓ Se qualcuno vi dice che si è fatto male, significa che **SI FIDA** di te e sono disposti a condividere questo problema molto personale. Alcune persone vorranno solo essere ascoltate e comprese.
- ✓ Cerca di **NON PRESSARLI** troppo facendo domande che potrebbero metterli a disagio.
- ✓ Se vogliono parlare con i genitori del proprio autolesionismo, potrebbe essere d'aiuto per loro proporsi come **MEDIATORE**.
- ✓ L'autolesionismo non è l'unico modo per le persone di affrontare il disagio emotivo. Cerca di incoraggiare il giovane a **CERCARE STRATEGIE ALTERNATIVE E PIÙ COSTRUTTIVE** (anche solo proporre dei modi per distrarsi). Tuttavia, non aspettarti che siano in grado di smettere di ferirsi.

COMPORTAMENTO SUICIDARIO

Comportamento autolesivo con lo scopo di darsi la morte



Classificazione

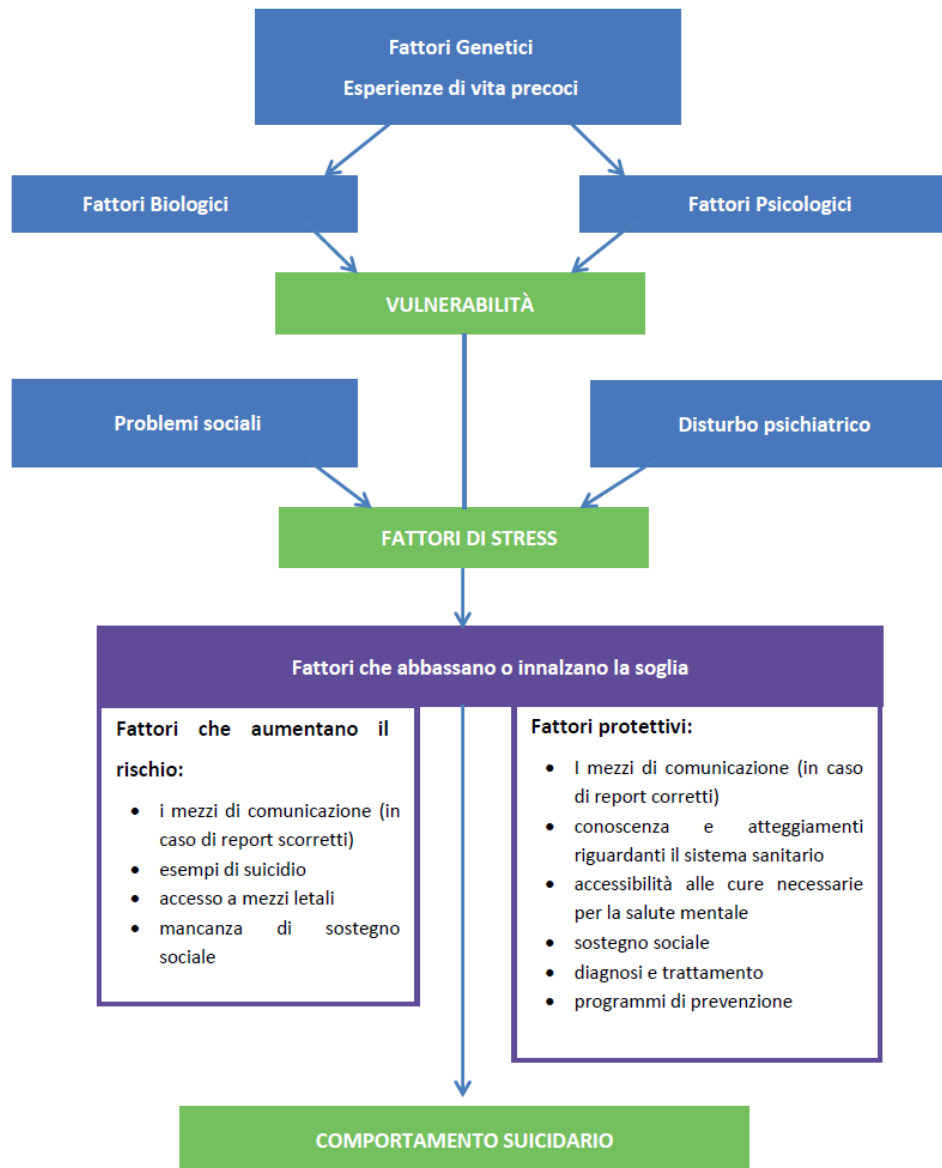
- **PENSIERI SUICIDARI** (con o senza pianificazione)
- **ATTI PREPARATORI FINALIZZATI AL SUICIDIO**
- **TENTIVO DI SUICIDIO**
 - INTERROTTO (dal soggetto o da altri)
 - REALIZZATO (SUICIDIO)

IDEAZIONE SUICIDARIA

Seconda-terza causa di morte tra 14 e 25 anni.

12% della mortalità in adolescenza in USA.

Ideazioni suicidarie possono coinvolgere fino al 20% della popolazione adolescenziale mentre il SUICIDE RATE in Italia è 4 su 100.000



- Riferire (o scrivere) di voler morire, volersi ferire o volersi uccidere.
- Riferire (o scrivere) di sentirsi senza speranza o di non avere motivi per continuare a vivere.
- Riferire (o scrivere) di sentirsi intrappolato o di provare un dolore insopportabile.
- Riferire (o scrivere) di sentirsi un peso per gli altri.
- Cercare modi per uccidersi, ad esempio ricercare su internet i metodi di suicidio o reperire armi da fuoco, pastiglie o altri mezzi per compiere un suicidio.

Segnali diretti



- Ritirarsi dalla famiglia, dagli amici e dalla società o sentirsi isolati.
- Peggioramento nel funzionamento lavorativo o sociale.
- Aumento nell'uso di alcool e droghe.
- Cambiamenti della personalità, dell'umore, del comportamento, come ad esempio drastiche oscillazioni dell'umore, agire in modo ansioso o agitato, o comportarsi in modo stressante. Questi segnali possono includere anche cambiamenti nell'alimentazione o nei ritmi del sonno.
- Mostrare rabbia incontrollata o riferire di cercare vendetta

Segnali indiretti



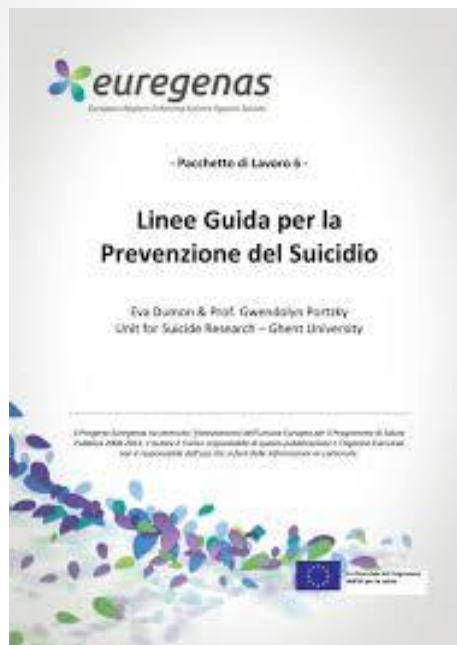
1. Mostra interesse



2. Indaga l'ideazione suicidaria



3. Aiuta



<http://www.euregenas.eu/>

Linee Guida per prevenzione del suicidio, intervento e post intervento.
Uno strumento per le scuole.

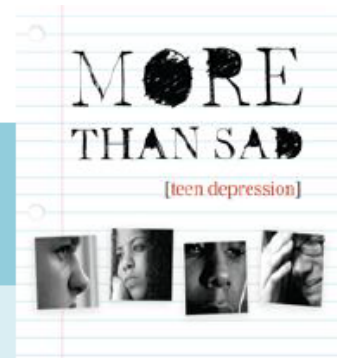
ESEMPIO

"More Than Sad"



OBIETTIVI ED ELEMENTI COSTITUTIVI

'More Than Sad: Suicide Prevention Education for Teachers and Other School Personnel' ("Più che triste: formazione alla prevenzione del suicidio rivolta a insegnanti e personale scolastico") è stato sviluppato dalla *American Foundation for Suicide Prevention* (i.e., la Fondazione Americana per la Prevenzione del Suicidio) con lo scopo di aiutare gli educatori a comprendere meglio il comportamento suicidario negli adolescenti, le sue cause, i possibili trattamenti e le strategie di prevenzione. Il programma è composto da due DVD della durata di 25 minuti ciascuno (*"More Than*



Sources of Strenght («Punti di Forza»)

ESEMPIO

"Sources of Strength"



OBIETTIVI ED ELEMENTI COSTITUTIVI

Sources of Strength ("Fonti di Forza") è una buona pratica per la prevenzione del suicidio nei giovani che utilizza la forza delle reti sociali tra pari per prevenire il suicidio, il bullismo e l'uso di sostanze stupefacenti. E' rivolto a studenti dai 13 ai 25 anni. Gli studenti *leader*, selezionati dal personale scolastico, vengono formati per incoraggiare i propri compagni sia ad identificare che a rivolgersi ad un adulto di fiducia, e ad usare validi modelli di *coping*. *Sources of Strength* è un programma universale creato per:

- promuovere i legami tra giovani e adulti, promuovere la ricerca di aiuto in adulti di fiducia così come le segnalazioni di studenti in difficoltà a figure adulte di supporto;
- promuovere le capacità di *coping* e la salute mentale;
- aumentare le conoscenze degli studenti *leader* in merito alla prevenzione del suicidio e alle possibilità di supporto ai propri compagni.

Allo stesso tempo il programma ha come obiettivo quello di diminuire lo stigma associato al suicidio e alle malattie mentali, l'isolamento e la carenza di fiducia negli adulti, l'uso di sostanze stupefacenti e il ricorso alla violenza. *Sources of Strength* assume un approccio diverso nella prevenzione del suicidio giovanile, non limitandosi a trattare esclusivamente i fattori di rischio ma costruendo fonti di supporto multiple intorno ai giovani, in modo tale che questi possano avere dei punti di riferimento su cui fare affidamento nelle situazioni difficili.

LE RICERCHE

Le ricerche hanno dimostrato che, rispetto ad un gruppo di controllo, gli studenti *leader* formati sono 4 volte più propensi a rivolgersi ad un adulto nel caso in cui un amico manifesti pensieri suicidari, probabilmente grazie alla percezione di un maggior sostegno da parte degli adulti e al fatto che considerano accettabile il chiedere aiuto (Wyman et al., 2010). *Sources of Strength* dà agli studenti l'opportunità di influenzare positivamente i compagni a rischio, consentendo, inoltre, di aumentare il numero di studenti che percepiscono l'adulto come fonte di aiuto.

APPLICAZIONE

Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito:

<http://sourcesofstrength.org/>

COVID

Con più o meno consapevolezza e certo non tutti allo stesso modo, stiamo affrontando un'esperienza collettiva con caratteristiche traumatiche

Ritmo delle giornate è cambiato
Paure e incertezze hanno messo le radici

«**The Lancet**» ha pubblicato uno studio che mette in dubbio la chiusura delle scuole

Studio italiano (Gaslini 2020): aumento dei disturbi **d'ansia** (soprattutto disturbi della somatizzazione) e i disturbi del **sonno** (tendenza al «ritardo di fase» come una sorta di «jet lag domestico»)

Studio Barari (2020): aumento **angosce** legate a ospedalizzazioni, **ansia anticipatoria, ansia da separazione**, aumento **irritabilità**, difficoltà di **concentrazione**, problematiche legate al **sonno**

COVID ... Come aiutarli:

- Promuovere **L'ESPRESSIONE** emotiva
- Cercare di mantenere le **ROUTINE**
- Spiegare quello che sta succedendo (**CONSAPEVOLEZZA**)
- Ricordarsi che i ragazzi assorbono le emozioni degli adulti di riferimento quindi lavorare su noi stessi
- Coltivare la **RESILIENZA** (capacità di fare fronte in maniera positiva ad eventi traumatici, di riorganizzare positivamente la propria vita dinanzi alle difficoltà, di ricostruirsi restando sensibili alle opportunità positive che la vita offre, senza alienare la propria identità)
- Promuovere le **AUTONOMIE, LE ABILITA' DI PROBLEM SOLVING, UNA COSCIENZA CRITICA**

COVID ... Come aiutarli:

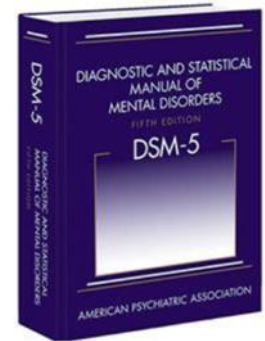
DIDATTICA A DISTANZA O DIDATTICA DI VICINANZA?

«Emotion Revolution: emozioni e Didattica a distanza durante l'emergenza Covid» (Microsoft 2020)

La didattica è fatta di individui, insegnanti e studenti, in relazione e connessi fra loro → attenzione alla **RELAZIONE**

Perchè la didattica sia di VICINANZA (a DISTANZA) è fondamentale prestare attenzione a chi è al di là dello schermo. Lo **SGUARDO** e la **VOCE** sono degli interruttori importantissimi per sostenere la relazione.

DISTURBI DA DISREGOLAZIONE DIROMPENTE DELL'UMORE



Criteri diagnostici Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente (NUOVO)

- A.** Gravi e ricorrenti scoppi di collera manifestati verbalmente e/o in modo comportamentale che sono grossolanamente sproporzionati nell'intensità o nella durata alla situazione o alla provocazione
- B.** Gli scoppi di collera non sono coerenti con lo stadio di sviluppo
- C.** Gli scoppi di collera si verificano, in media, tre o più volte la settimana
- D.** L'umore tra uno scoppio di collera e l'altro è persistentemente irritabile o arrabbiato per la maggior parte della giornata, quasi tutti i giorni, ed è osservabile da parte di altri
- E.** I criteri A-D sono stati presenti per 12 mesi o più. Durante tale periodo, l'individuo non ha avuto un periodo della durata di 3 mesi o più consecutivi senza tutti i sintomi dei criteri A-D
- F.** I criteri A e D sono presenti in almeno due contesti (casa, scuola, coetanei) e sono gravi in almeno uno di questi
- G.** La diagnosi non dovrebbe essere posta per la prima volta prima dei 6 anni o dopo i 18 anni di età
- H.** Dall'anamnesi o dall'osservazione, l'età di esordio dei criteri A-E è prima dei 10 anni
- I.** Non vi è mai stato un periodo distinto della durata di più di un giorno durante il quale sono stati soddisfatti i criteri sintomatologici completi, a eccezione della durata, per un episodio maniaco o ipomaniaco
- J.** Esclusione DDM e altri disturbi mentali
- K.** Esclusione sostanze e condizione medica generale

Disturbi esternalizzati

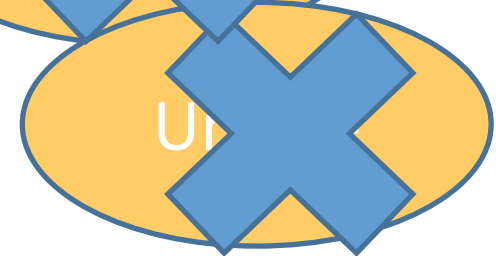
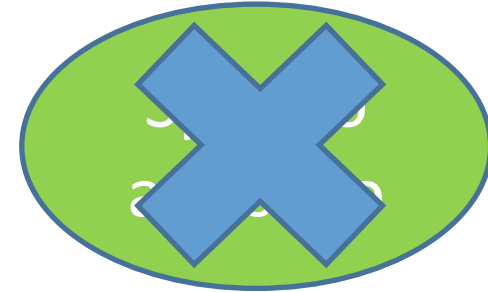
ADHD

DOP
DC

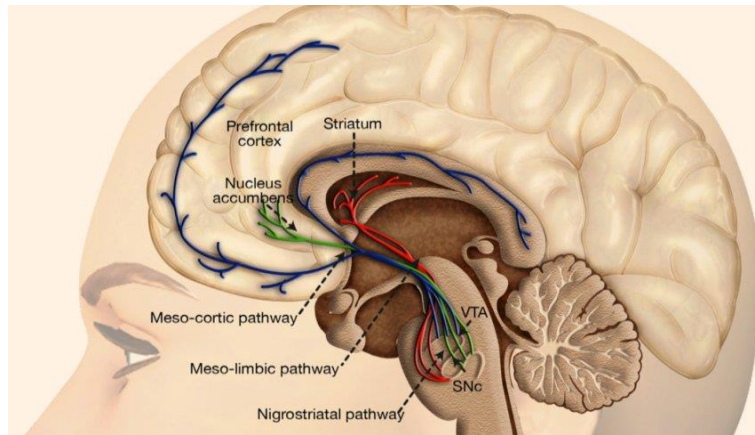
Disturbo
esplosivo
intermittente

Disturbi
personali

Disturbi
Intelligenza



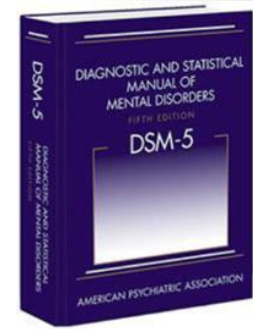
Basi neurobiologiche: circuiti dopamina e impulsività/iper razionalità



Nell'adolescenza c'è un'intensificazione dell'attività dei circuiti cerebrali che utilizzano la **DOPAMINA**, un neurotrasmettitore che ha un ruolo fondamentale nel creare la spinta a cercare gratificazioni. Quest'aumento porta i ragazzi a essere particolarmente attratti da esperienze elettrizzanti capaci di dare sensazioni di euforia.

L'IPER-RAZIONALITÀ che è un modo di pensare in termini concreti, è un esaminare le cose "alla lettera": si analizzano soltanto i singoli dati di fatto di una situazione, senza considerarla nel suo complesso, perdendo di vista il contesto generale. Con un pensiero letterale di questo tipo, da adolescenti si dà più importanza ai vantaggi calcolati di un comportamento che non ai suoi potenziali rischi. La ricerca scientifica ha evidenziato come durante l'adolescenza si è pienamente consapevoli dei rischi, e addirittura capaci di sovrastimare la possibilità di eventi negativi, il fatto è che si dà più peso agli eccitanti benefici delle proprie azioni.

Disturbi esternalizzanti



ADHD (Sindrome da disattenzione e iperattività/impulsività)

IPERATTIVITA'

- Irrequieto, non riesce a star fermo
- ...una ...
- ... che
- ... seduto
- Corre o ... quando non
- ...
- ...
- ... come "attivato da un motorino"
- Parla eccessivamente

IMPULSIVITA'

- Risponde prima che la domanda sia completata
- Scarsa capacità di riflessione
- Ha difficoltà ad aspettare il proprio turno
- Interrompe o si intromette nelle attività /conversazioni di coetanei o adulti
- Incapacità a prevedere le conseguenze delle proprie azioni
- Scarsa percezione del pericolo

Disturbi esternalizzanti

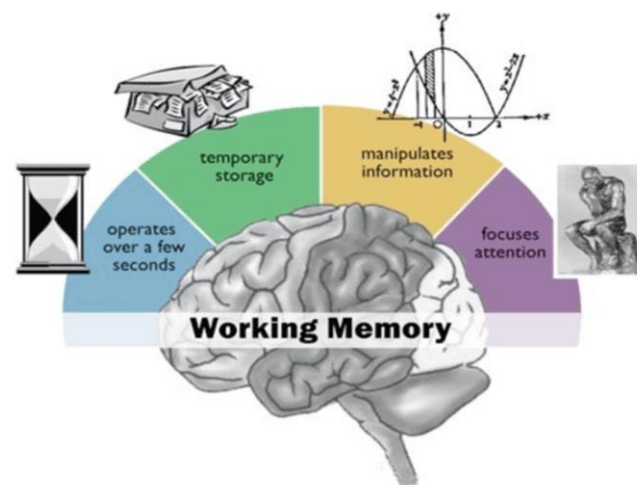
ADHD (Sindrome da disattenzione e iperattività/impulsività)

DISATTENZIONE

- Scarsa cura per i dettagli, errori di distrazione
 - Labilità attentiva
- Sembra non ascoltare quando si parla con lui/lei
- Non segue le istruzioni, non porta a termine le attività
 - Ha difficoltà a organizzarsi
- Evita le attività che richiedano attenzione prolungata, come i compiti ecc.
 - Perde gli oggetti
 - È facilmente distraibile da stimoli esterni
 - Si dimentica facilmente cose abituali

ADHD e scuola: quali difficoltà

1. Difficoltà a ricordare e rispettare le regole
2. Tendenza a distrarsi e a non persistere nello sforzo
3. Lentezza nel processamento dell'informazione
4. Tendenza alla noia e ricerca di stimolazioni
5. Difficoltà a tollerare la frustrazione
6. Reazioni aggressive e instabilità emotiva
7. Goffaggine e difficoltà di programmazione motoria; difficoltà a sincronizzarsi coi compagni e col gioco; rischio elevato di incidenti fisici e di traumi



ADHD : epidemiologia

3.4% dei bambini/adolescenti

M:F=4:1

Ereditarietà multifattoriale (elevata familiarità)



Difficoltà di apprendimento

La difficoltà più grande per un ragazzo con ADHD consiste nel finire i compiti e consegnarli in tempo a causa non solo di un sovraccarico cognitivo delle **abilità attentive, organizzative ed esecutive**, ma anche per i frequenti **disturbi specifici dell'apprendimento associati (10-40%)**.

Gli studenti con ADHD e con quoziente intellettivo sopra la media possono spesso superare le elementari senza troppo sforzo; tuttavia, non possono sperare di essere altrettanto brillanti alle superiori (diagnosi in adolescenza o età giovane adulta)

Difficoltà di comportamento

Spesso gli adolescenti ADHD mettono in atto **strategie comportamentali di “non compliance”** nei confronti delle richieste di genitori e insegnanti (ostinazione, testardaggine, atteggiamento polemico e replicativo, ribellione, facile irritazione e provocazione) al fine di **aggirare completamente attività che richiedono notevole sforzo** e concentrazione come i compiti a casa o le faccende domestiche.

Comorbidità con altri disturbi del comportamento (DOP/DC) nel 30-80% dei casi

COMORBIDITA'

- 80% degli affetti da ADHD ha un altro disturbo associato
- 43% può avere 2 o + disturbi

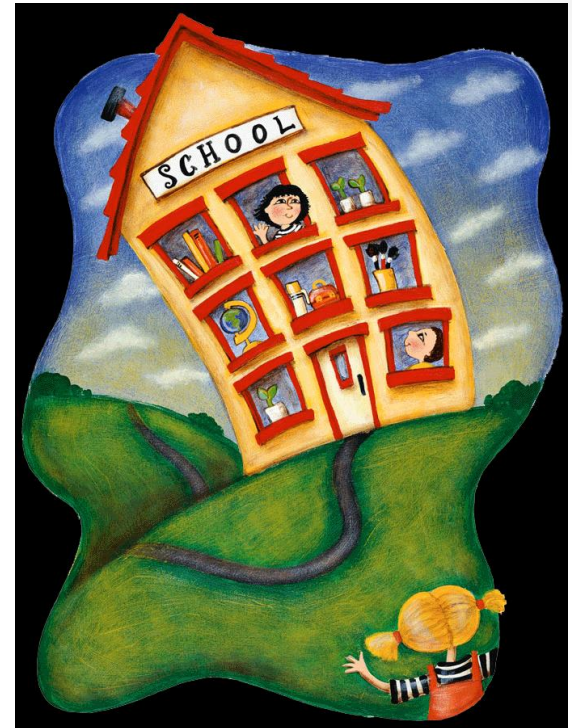
30-80% ha una comorbidità con DOP (Disturbo Oppositivo Provocatorio) o DC (Disturbo della Condotta)

10-40% comorbidità con disturbi internalizzanti
(soprattutto Disregolazione dell'Umore, Irritabilità)



Casi più gravi: DMDD (Disturbo Dirompente da Disregolazione del Tono dell'Umore)

Gli interventi comportamentali nella scuola sono efficaci nel ridurre il comportamento iperattivo, nel supportare le difficoltà attentive e nel promuovere l'adattamento sociale



DuPaul G J, Eckert TL (1997) The effects of school-based interventions for ADHD, A meta-analysis. School Psychol Rev 23: 5–27

European Clinical guidelines for hyperkinetic disorder , 2004

Elevata attendibilità insegnanti nella valutazione dei sintomi dell'ADHD

(Conners et al, 1998)



Insegnanti più attendibili dei genitori per i sintomi internalizzanti, i problemi sociali e accademici

(Mesman et al, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000)

Psicopatologia rilevata nei primi anni di scuola correlata all'outcome

(Mannuzza et al, J Abnorm Child Psychol 2002)

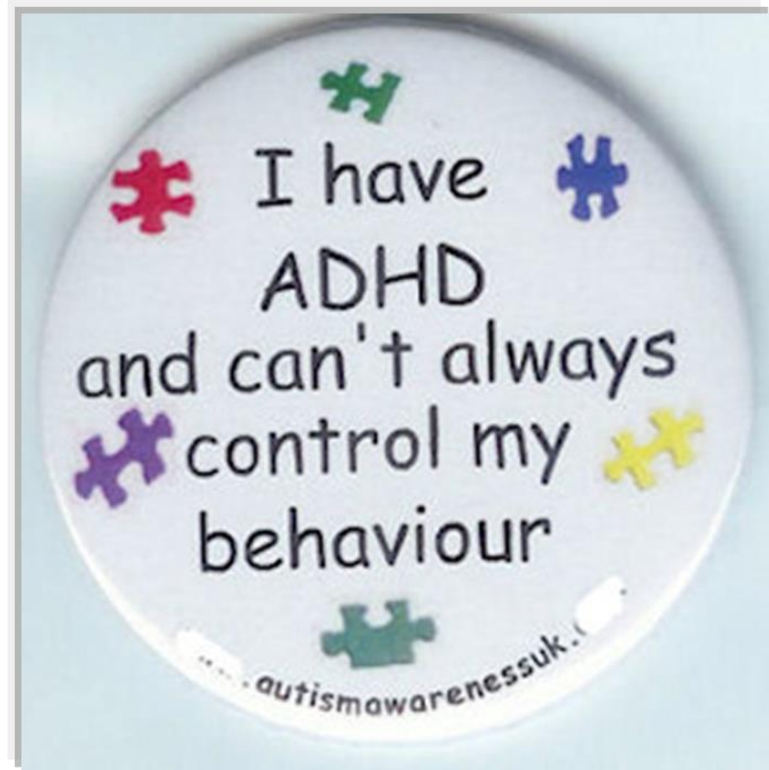
Prevalenza dell'ADHD sottostimata senza le informazioni degli insegnanti

(Ford et al., J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42:1203–11)

Cosa si potrebbe fare

Primo passo:
CONSAPEVOLEZZA

... poi
ACCETTAZIONE



PSICOEDUCAZIONE

Costruire un'epistemologia che consenta agli insegnanti di interpretare correttamente del ragazzo....

DALLA LOGICA del:

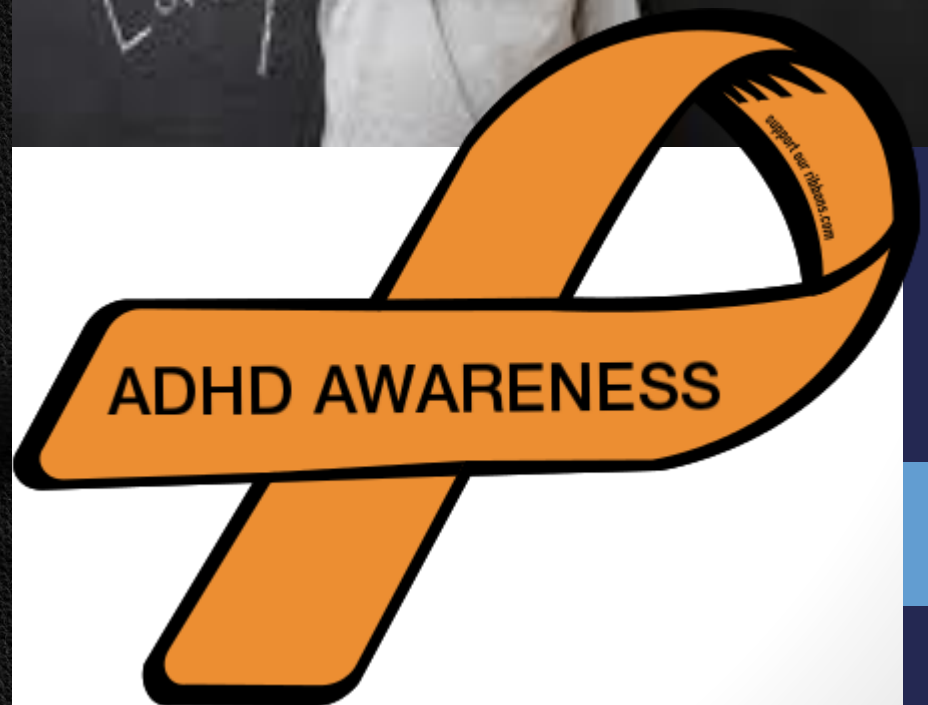


ALLA LOGICA del.....

- **“non vuole stare attento!”**
- **“mi crea un sacco di problemi”**
- **“non riesce a stare attento!”**
- **“lui ha un problema ...”**

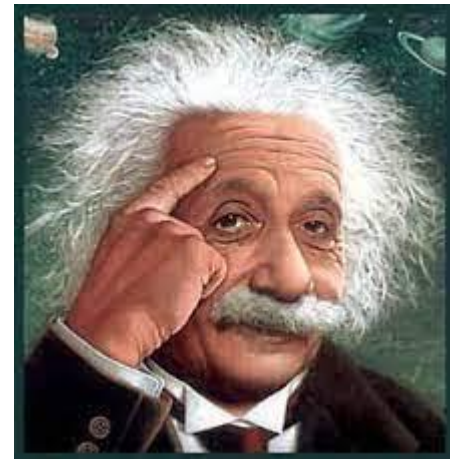


He's not
Naughty
He's got
ADHD



“ è cosa folle continuare a fare sempre le stesse cose aspettandosi risultati diversi”

A. Einstein



Analisi funzionale

TIPO DI COMPORTAMENTO PROBLEMA	ANTECEDENTI	COMPORTAMENTO	CONSEGUENZE
	Quali erano gli eventi precedenti che hanno innescato il comportamento? Descrivete le azioni di genitori e figli.	Descrivete precisamente quale cosa ha fatto il figlio che sia un problema per lui o per i genitori.	Descrivete cosa è successo dopo il comportamento e come genitori e il bambino hanno reagito.
Si alza dalla sedia, mentre fa i compiti			

Cosa si può fare

- Circolari Ministeriali del 15.6.2010 N°4089, 20.03.2012 N° 1393, 04.12.2009 N° 6013, e 19.04.2012 N° 2213 relative alle problematiche correlate alla presenza nelle classi di alunni affetti da Sindrome ADHD,
- Le indicazioni operative sugli Strumenti educativi per alunni con Bisogni Educativi Speciali della Direttiva Ministeriale del 27.12.2012 e successiva Circolare Ministeriale n 8 del 6.03.2013.

Cosa si potrebbe fare

ASSICURARE UNA **SURVISIONE STRETTA E CONTINUA**

- Avere l'alunno all'interno della propria visuale (il più possibile nelle prime file o vicino alla cattedra) al fine di controllarne il lavoro, aiutarne l'organizzazione e supportarlo da punto di vista attentivo ed emotivo;
- Valutare i compagni vicini di banco (avere vicino ragazzi tranquilli e attenti in modo che possa prenderli da modello positivo); verificare che la sua posizione non abbia troppe distrazioni compreso il movimento dei compagni;
- Di tanto in tanto stabilire il contatto visivo o fisico con lui per richiamarne l'attenzione, con frasi impersonali (*siamo a questo punto, sin qui si è detto che, ora faremo ...*)
- Proporre se possibili **ATTIVITÀ BREVI E VARIATE**; la brevità e la varietà sono due principi base da tenere in considerazione quando ci sono delle problematiche attentive;

Cosa si potrebbe fare

- Segnalare l'errore senza che ciò influisca nella valutazione finale dando maggior peso ai contenuti;
- Promuovere **L'AUTOCORREZIONE** dell'errore

FORNIRE UNA **STRUTTURA E ROUTINE, CON POCHE E SEMPLICI REGOLE**

- Attirare preventivamente l'attenzione del ragazzo sulla dettatura dei compiti per casa e farlo sempre, se possibile, nello stesso momento della lezione per creare una routine che darà prevedibilità;
- Supportare il metodo di studio con l'utilizzo di supporti iconici/mappe concettuali (favorire la pianificazione delle attività, facilitandone così anche la comprensione concreta della sequenza temporale da utilizzare);

Cosa si potrebbe fare

- Tenere alta l'attenzione (EVITARE ATTESE LUNGHE O TEMPI MORTI) proponendo lo stesso argomento con più modalità (spiegazioni uditive, simboli, schemi, mappe visive, esercitazioni pratiche) in associazione alla scomposizione di un compito lungo;
- Tenere in considerazione che il ragazzo potrebbe presentare una prima risposta assolutamente impulsiva, pur conoscendo esattamente quella più adeguata: è importante a tal proposito rimandare un feed back rassicurante e contenitivo (*quasi, proviamo a riformulare, prenditi un po' di tempo ...*)
- Dare feedback frequenti passando spesso a controllare: se sta sbagliando e deve rifare il lavoro, sarà più propenso a farlo se glielo dico a metà piuttosto che alla fine del lavoro (RINFORZI FREQUENTI E CONTINGENTI).

Cos'altro si potrebbe fare ...

- Ignorare i piccoli comportamenti disturbanti
- Enfatizzare i punti di forza del ragazzo, anche nei rapporti con i pari
- Organizzare attività in gruppi piccoli → potenziare il lavoro di gruppo tra i compagni di classe con l'obiettivo di sviluppare caratteristiche pro-sociali nell'atteggiamento relazionale

ADHD (Sindrome da disattenzione e iperattività)

COSA E COME FARE

STRUTTURARE SPAZI/TEMPI (INCAPACITA' DI AUTOREGOLAZIONE)

più routine si realizzano meno instabile sarà il comportamento

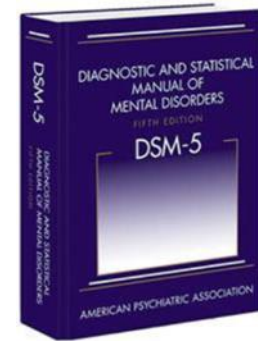
POCHE REGOLE/CHIARE/SEMPLICI (FIGURATE)

ORDINI IN POSITIVO (proposte NON divieti) E RINFORZI POSITIVI

Proposte e non divieti

- Vietato alzarsi dal posto prima del suono della campana
- Vietato parlare senza avere alzato al mano
- Alzarsi dal posto appena la campana suona
- Tenere alzata la mano per 5 secondi per chiedere la parola

Disturbi esternalizzanti



DOP (disturbo oppositivo provocatorio)

- **UMORE COLLERICO/IRRITABILE**
- **COMPORTAMENTO POLEMICO/PROVOCATORIO**
- Litiga spesso con figure che rappresentano l'autorità
- **SFIDA** attivamente o si rifiuta di rispettare le richieste provenienti da figure che rappresentano l'autorità
 - Irrita deliberatamente gli altri
 - Accusa gli altri dei propri errori
 - **CONDOTTE VENDICATIVE**

Prevalenza 1-11%

M:F=3.2:1.8

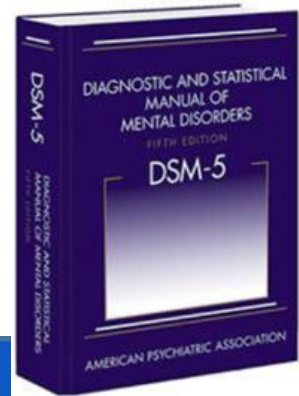


Tassi più alti del genere maschile prima dell'adolescenza che diventano meno evidenti dopo la pubertà

Spesso il DOP è predittore del DC (o di un disturbo della personalità)



Disturbo della Condotta



Modalità di comportamento ripetitiva e persistente in cui i diritti fondamentali degli altri o le principali norme o regole sociali in riferimento all'età, vengono violati, che si manifesta con la presenza nei 12 mesi precedenti di almeno 3 dei seguenti 15 criteri in qualsiasi delle categorie sotto indicate, con almeno un criterio presente negli ultimi 6 mesi:

Aggressione ad Persone o animali

1. È prepotente, minaccia o intimorisce gli altri
2. Dà inizio a colluttazioni fisiche
3. Usa un'arma che può causare danni fisici ad altri (bastone, barra, bottiglia rotta, coltello, pistola)
4. È fisicamente crudele con le persone
5. È fisicamente crudele con gli animali
6. Ruba affrontando la vittima (aggressione, scippo, estorsione, rapina a mano armata)
7. Forza qualcuno ad attività sessuali

Distruzione di proprietà

8. Appicca il fuoco con l'intenzione di causare seri danni
9. Distrugge deliberatamente proprietà altrui

Frode o Furto

10. Entra in edificio, domicilio o automobile altrui
11. Spesso mente per ottenere vantaggi o favori o per evitare dei doveri ("raggira gli altri")
12. Ruba oggetti di valore senza affrontare la vittima (furto nei negozi ma senza scasso, falsificazioni)

Gravi violazioni delle regole

13. Trascorre fuori casa la notte nonostante la proibizione dei genitori, con inizio prima dei 13 anni d'età
14. Fugge da casa almeno 2 volte mentre vive a casa dei genitori o di chi ne fa le veci, o una volta senza ritornare per un lungo periodo
15. Marina spesso la scuola, con inizio prima dei 13 anni.

L'anomalia del comportamento causa compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo

Se il soggetto ha 18 anni o più, non sono soddisfatti i criteri per il Disturbo Antisociale di Personalità

Specificatori di esordio:

- 312.81 Tipo con **Esordio** nell'infanzia (almeno 1 sintomo < 10 anni)
- 312.82 Tipo con **Esordio** nell'adolescenza (> 10 anni)
- 312.89 **Esordio NON Specificato** (i criteri per la diagnosi sono soddisfatti ma non ci sono sufficienti informazioni disponibili per determinare se l'esordio è stato prima o dopo i 10 anni)

Specificatori di gravità:

- Lieve
- Moderato
- Grave

Specificare SE

- Con Emozioni Prosociali Limitate
- Mancanza di Rimorso o Senso di Colpa :
- Insensibilità-mancanza di empatia
- Disinteresse sulle Performance
- Affettività Superficiale o Inaffettività

- AGGRESSIVITA'
- DISRUZIONE DI PROPRIETA'
- FRODE/FURTO
- GRAVI VIOLAZIONI DELLE REGOLE

Classificazione

EARLY ONSET, LIFE-COURSE PERSISTANT (LCP)

Esordio nell'infanzia

- Alti e stabili livelli di aggressività
- Comportamenti antisociale grave

Deficit Neuropsicologici (capacità di controllo inibitorio, scarse capacità verbali, cadute funzioni esecutive)
→ disregolazione emotiva e di autoregolazione

Disturbo del Neurosviluppo «vero»

ADOLESCENCE-LIMITED (AL)

Esordio in adolescenza

Con lo sviluppo riescono a sviluppare ruoli progressivamente prosociali

Maturazione di adeguati processi decisionali

NON deficit neuropsicologici

«MIMETISMO SOCIALE» con coetanei devianti

Tratti «CALLOSO ANEMOZIONALI»

- | |
|---|
| 1. Mancanza di rimorso e senso di colpa |
| 2. Mancanza di empatia («Callosità») |
| 3. Non si preoccupa delle sue performance |
| 4. Appiattimento affettivo |

Precocità e maggiore gravità

Minor risposta agli interventi

Prognosi peggiore (cruciali per lo sviluppo di «psicopatia»)

con **PERSISTENZA** della gravità dei sintomi

Aggressività premeditata, predatoria e strumentale

Tipologie di aggressività

AGGRESSIVITA' «PROATTIVA» O «PREDATORIA» (FREDDA)

Comportamenti intenzionali,
premeditati, strumentali

Significativamente associata
con iperattività

Costante delinquenza

Scarsa motivazione per la
frequenza scolastica

Scarse relazioni con coetanei

Avversità psicosociali

Associata a tratti calloso
anemozionali

AGGRESSIVITA' «REATTIVA» O «IMPULSIVA» (CALDA)

Più frequente in ADOLESCENZA

Significativamente associata
a impulsività

Ostilità

Ansia sociale

Problemi di identificazione
e/o interpretazione degli
stimoli sociali (risposte a
offese reali o percepite)

Atteggiamento
«gregario»/vittima di
bullismo

DOP e DC : COSA E COME FARE

DISCIPLINA SENSIBILE

(equilibrio fra componente educativa e affettiva)

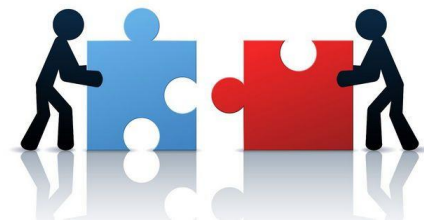
CERCARE DI NON ESSERE VISSUTI COME UNA MINACCIA

PRESTARE ATTENZIONE AL COMPORAMENTO CORRETTO

REGOLE EFFICACI E SE POSSIBILE IN POSITIVO

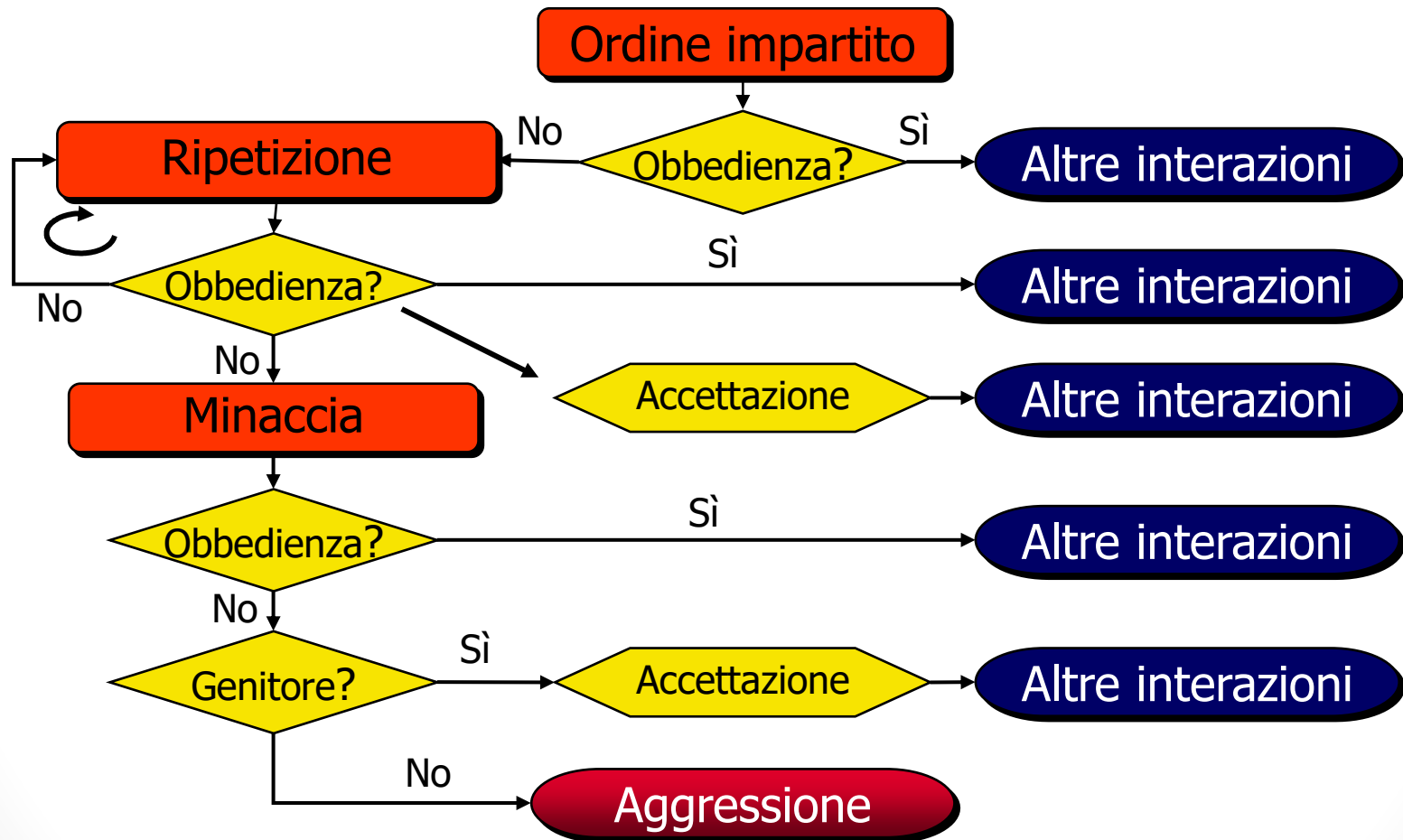
Comportamento può essere migliorato con

- COINVOLGIMENTO degli insegnanti/COLLABORAZIONE con professionisti dell'area socio-sanitaria in modo da consentire una RISPOSTA COERENTE fra contesto terapeutico, familiare e scolastico



- ADESIONE alla REGOLA
- Migliorare le capacità di PROBLEM SOLVING
- PREVENZIONE di comportamento problema
- Limitare l'ESCALATION

tipiche interazioni NON collaborative (ESCALATION)



Saper ascoltare in sé e nell'altro i tempi e i modi giusti per intervenire

Alcune idee di intervento:

- Ignorare «oculatamente»
- Segnalare il comportamento per aumentare la consapevolezza
- Il controllo con la vicinanza e il contatto
- Coinvolgimento in un rapporto basato sull'interessamento
- Umore
- Supporto a superare un'eventuale limite/ostacolo
- Ricomposizione del gruppo
- Espulsione «antisettica» (quando non ci sono altre alternative)

Take home message

CONOSCENZA DELLE PROBLEMATICHE

ASCOLTO ATTIVO

CREARE UNA RELAZIONE DI AIUTO (FIDUCIA)

IMPORTANZA DELLE RELAZIONI

COMPRENSIONE E AUTOCONSAPEVOLEZZA

DISCIPLINA SENSIBILE

COLLABORAZIONE E COERENZA TERAPUTI/FAMIGLIA/SCUOLA





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

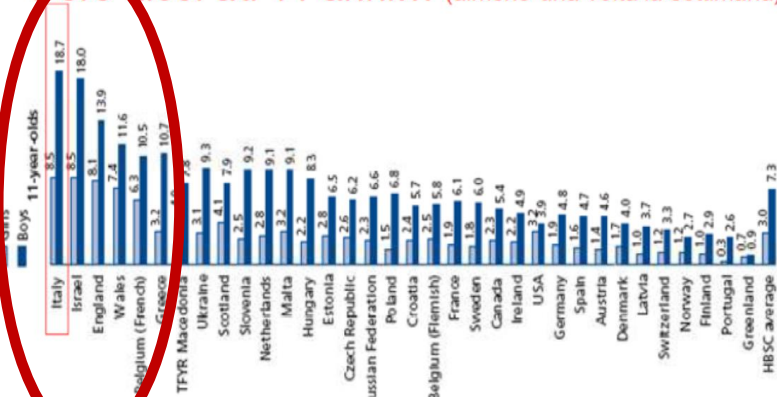


ABUSO ALCOLICO

Un giovane su quattro tra i 15 e i 29 anni, in Europa e in USA,
muore a causa dell'alcol,
primo fattore di rischio di invalidità, mortalità prematura e malattia
cronica nei giovani

(Organizzazione Mondiale Sanità, 2010)

Bere alcol ad 11 anni... (almeno una volta la settimana)



Primi fra tutti i paesi industrializzati!

Maschi: 18.7%

Femmine: 8.5%

Dati WHO, HBSC study, 2001/2 report

Regioni	Consumo giornaliero	Regioni	Consumo giornaliero
Veneto	76,2	Marche	38,2
Trentino-Alto Adige	75,4	Liguria	36,8
Emilia-Romagna	74,2	Toscana	36,1
Friuli-Venezia Giulia	73,7	Molise	36,1
Valle d'Aosta	73,1	Emilia-Romagna	34,7
Lombardia	72,6	Veneto	34,7
Piemonte	72,5	Basilicata	34,7
Toscana	72,4	Umbria	34,3
Marche	72,3	Puglia	33,9
Umbria	70,3	Valle d'Aosta	33,7
Liguria	69,8	Piemonte	33,6
ITALIA	69,7	Friuli-Venezia Giulia	33,4
Abruzzo	68,1	Abruzzo	31,4
Basilicata	67,0	Lombardia	31,4
Puglia	66,8	ITALIA	31,0
Lazio	66,6	Lazio	28,4
Calabria	66,6	Sardegna	27,0
Campania	65,3	Campania	26,8
Molise	64,7	Trentino-Alto Adige	26,3

BINGE DRINKING

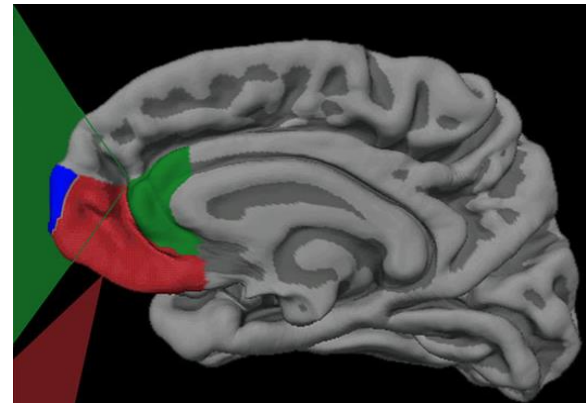


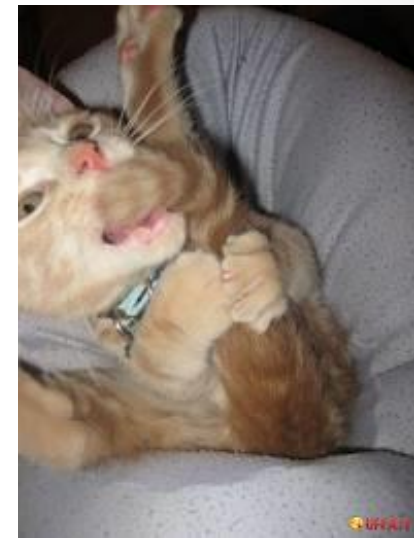
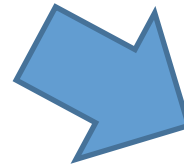
Definizione:

consumo di numerose unità alcoliche (5 o più bicchieri di bevande alcoliche) in un breve arco di tempo

Negli ultimi anni il binge drinking è aumentato tra i giovani e giovanissimi (14-17 anni) **dal 14,5% al 16,9%.**

Scansioni ad alta risoluzione del cervello di giovani binge drinkers (18-25 anni) del fine settimana hanno dimostrato lesioni a livello della corteccia prefrontale.





lesioni a livello della
corteccia prefrontale



Questa sezione del cervello è legata
alle funzioni esecutive quali
l'attenzione, la capacità di pianificare,
di prendere decisioni, di elaborare le
emozioni e di controllare gli impulsi,
conseguentemente la sua lesione può
determinare la comparsa di
comportamenti impulsivi e
irrazionali.

Risonanza Magnetica Encefalica

