

Handle with care

strategie per prevenire e non soccombere
ai disturbi del comportamento

Dr.ssa Emanuela Aiani, Pedagogista
Dr. Matteo Ghezzi, Psicologo clinico
Dr.ssa Sara Tassone, Educatrice Professionale



04 aprile 2017 Villa Santa Maria- Copyright- È vietata la
riproduzione anche parziale

1

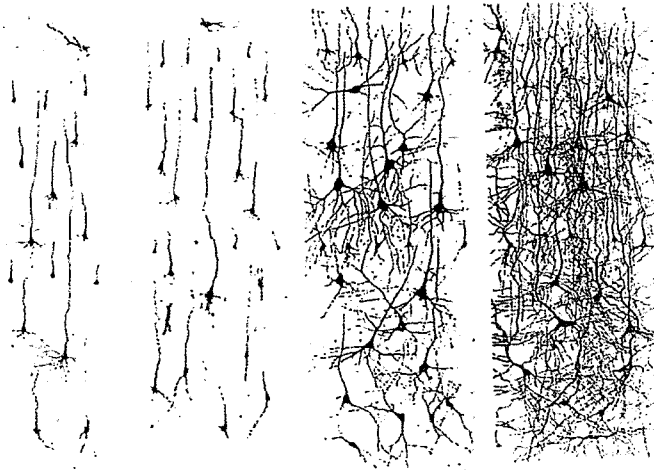
Esiste ormai un «consenso» mondiale per quanto riguarda l'importanza e l'efficacia di una diagnosi precoce dei disturbi dello sviluppo psicomotorio



04 aprile 2017 Villa Santa Maria- Copyright- È vietata la
riproduzione anche parziale

2

DIAGNOSI PRECOCE: A CHE ETA'?



Newborn

1 month

6 months

2 years



04 aprile 2017 Villa Santa Maria- Copyright- È vietata la riproduzione anche parziale

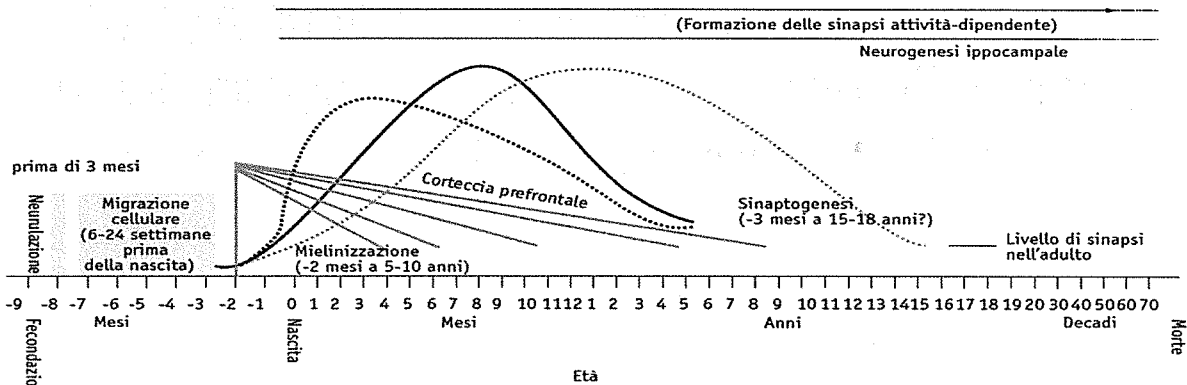
Sviluppo del cervello umano



Linguaggio ricettivo/linguaggio espressivo (giro angolare/area di Broca)

Funzioni cognitive superiori (corteccia prefrontale)

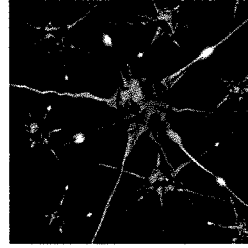
Vista/udito (corteccia visiva/corteccia uditiva)



04 aprile 2017 Villa Santa Maria- Copyright- È vietata la riproduzione anche parziale

Thompson RA e Nelson CA. Am Psychol 2001;56:5-15

PLASTICITÀ CEREBRALE

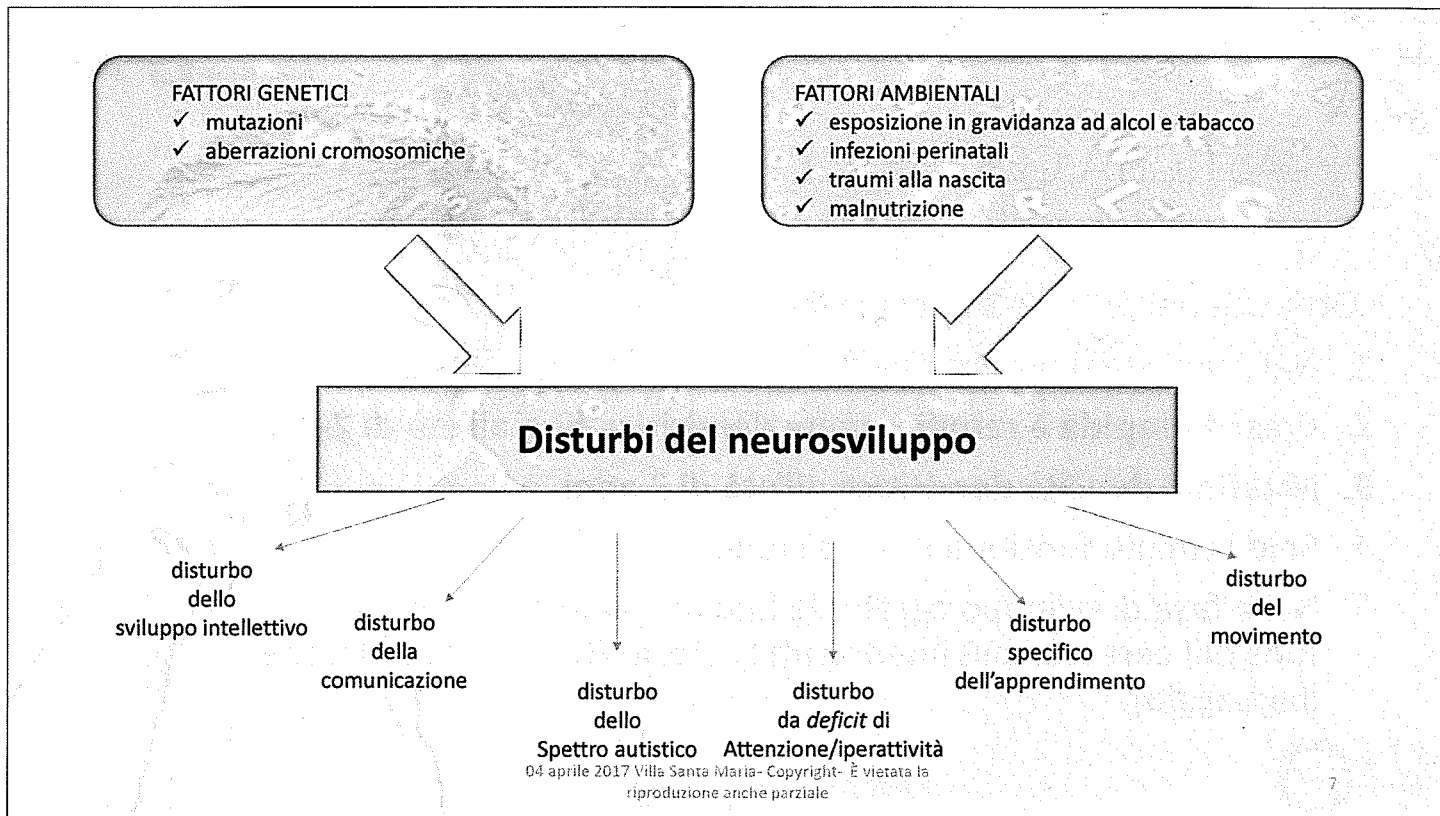


- Ottimale nei primi 2-3 anni di vita

 1. Nei primi stadi produzione rapida di assoni, dendriti, sinapsi
 2. **Crescita rapida e ramificazione dendritica fino all'età di 2-3 anni**
 3. **Massima densità dendritica all'età di 3 anni**
 4. Solo i circuiti funzionanti persistono
 5. Nella fase di sviluppo cerebrale fino ai 3 anni maturano alcune delle funzioni cerebrali più importanti (vista, udito, funzioni motorie, linguaggio)

FATTORI CHE INFLUISCONO SULLA PLASTICITA' CEREBRALE:

1. Deprivazione ambientale causa diminuzione dello sviluppo cerebrale
2. Zone con lesioni cerebrali sono più sensibili a riduzione di stimoli esterni
3. Il recupero funzionale dipende dal tipo di lesione e dall'età in cui avviene la lesione
4. Il recupero è presente in tutte le età ma diminuisce con l'età
5. La capacità di apprendere nuove nozioni è presente in tutte le età
6. La terapia riabilitativa **multidisciplinare** è la base per il recupero funzionale



Villa Santa Maria

Prevalenza di alcuni disturbi in età infantile e dell'adolescenza 1988

Sistema Sanitario Regione Lombardia

| Condition | Cases | |
|--------------------------------------|-------|----------|
| | N | per 1000 |
| All children with chronic conditions | 5332 | 307.6 |
| <i>Impairments</i> | | |
| Musculoskeletal impairments | 232 | 15.2 |
| Deafness and hearing loss | 241 | 15.3 |
| Blindness and vision impairments | 220 | 12.7 |
| Speech defects | 388 | 26.2 |
| Cerebral palsy | 34 | 1.8 |
| <i>Diseases</i> | | |
| Diabetes | 25 | 1.0 |
| Sickle cell disease | 26 | 1.2 |
| Anemia | 139 | 8.8 |
| Asthma | 747 | 42.5 |
| Respiratory allergies | 1746 | 96.8 |
| Eczema and skin allergies | 557 | 32.9 |
| Epilepsy and seizures | 34 | 2.4 |
| Arthritis | 79 | 4.6 |
| Heart disease | 272 | 15.2 |
| Frequent or repeated ear infections | 1480 | 83.4 |
| Frequent diarrhea/bowel trouble | 308 | 17.1 |
| Digestive allergies | 398 | 22.3 |
| Frequent or severe headaches | 419 | 25.3 |
| Other | 344 | 19.8 |

Source - Original tabulations of the 1988 National Health Interview Survey

04 aprile 2017 Villa Santa Maria- Copyright- È vietata la riproduzione anche parziale

Newacheck PW, et al. Am J Public Health 1992;82:364-371



Transcend DPB10 2016/07/22 11:42:49

04 aprile 2017 Villa Santa Maria- Copyright- È vietata la riproduzione anche parziale

25

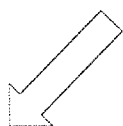


Sistema Sanitario  Regione Lombardia

Cosa fare a scuola?

OSSERVA

È importante individuare un comportamento problema alla volta e registrare



Cosa succede prima?



Cosa succede dopo?



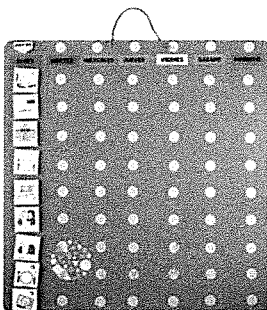
04 aprile 2017 Villa Santa Maria- Copyright- È vietata la riproduzione anche parziale

26

| Antecedent | Behaviour | Consequence |
|--|------------------------------------|------------------------|
| TUTTE LE VOLTE CHE LA MAESTRA ASSEGNA UN COMPITO NUOVO | MARCO SI ALZA E PIZZICA I COMPAGNI | LA MAESTRA LO RIPRENDE |

INDIVIDUARE LO SCOPO.. ELABORAZIONE DI UN PIANO

- Il comportamento ci sta comunicando qualcosa (bisogno di attenzione, disagio..)
- Il comportamento permette un' autoregolazione



AUTOREGOLAZIONE

- Creare routine, agende
- Dare informazioni
- Permettere momenti gratificanti, di ricarica

BISOGNO DI ATTENZIONI

- Coinvolgere il bambino nelle attività scolastiche
- Lodarlo nel momento in cui ottiene un risultato
- Supporto di sistema a punti, individuazione di rinforzi

BRAVO!
Well done!
Good Job

RINFORZARE E PREMIARE INVECE DI PUNIRE

La lode aumenta l'autostima e il desiderio di riprovare
rinforzare i comportamenti positivi (aspetta il tuo turno, resta seduto al tuo posto..)



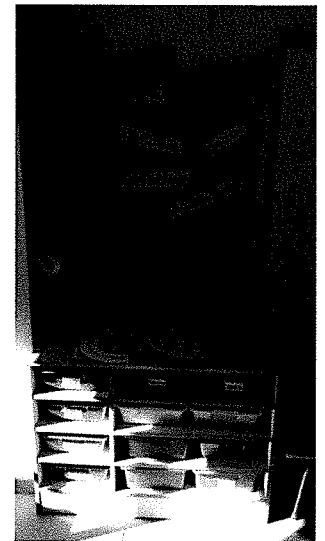
Prima di iniziare a lavorare...



- Quando vengono spiegate le lezioni o vengono date delle istruzioni per eseguire dei compiti, è importante che l'insegnante si accerti del livello di attenzione del bambino: spesso i bambini iperattivi sono fisicamente e mentalmente occupati a fare qualcos'altro (roteare penne, guardare o chiamare i compagni). In generale il contatto oculare è la tecnica più efficace per controllare l'attenzione del bambino.
- Le consegne devono contenere delle istruzioni semplici e brevi. E' fondamentale assicurarsi che il ragazzo abbia compreso le istruzioni di un compito; per essere sicuri di ciò si possono fare le consegne ("cosa devi fare?").
- Una volta dato un testo di un problema di aritmetica o un testo che contenga delle istruzioni, è opportuno aiutare il ragazzo disattento/iperattivo ad individuare (sottolineandole con diversi colori) le parti importanti del testo.

Anche l'organizzazione della classe può aiutare...

- È opportuno controllare le fonti di distrazione all'interno della classe:
 - non è indicato far sedere il ragazzo vicino alla finestra, al cestino, ad altri compagni rumorosi o ad altri oggetti molto interessanti, oppure vicini alla cattedra
 - Non è ugualmente produttivo collocare l'allievo in una zona completamente priva di stimolazioni in quanto egli diventa più iperattivo perché va alla ricerca di situazioni nuove e interessanti.
- Disporre i banchi in modo che l'insegnante possa passare frequentemente in mezzo ad essi, in modo da controllare che i più distratti abbiano capito il compito, stiano seguendo la lezione e stiano eseguendo il lavoro assegnato.



Alcuni suggerimenti per la gestione delle lezioni...

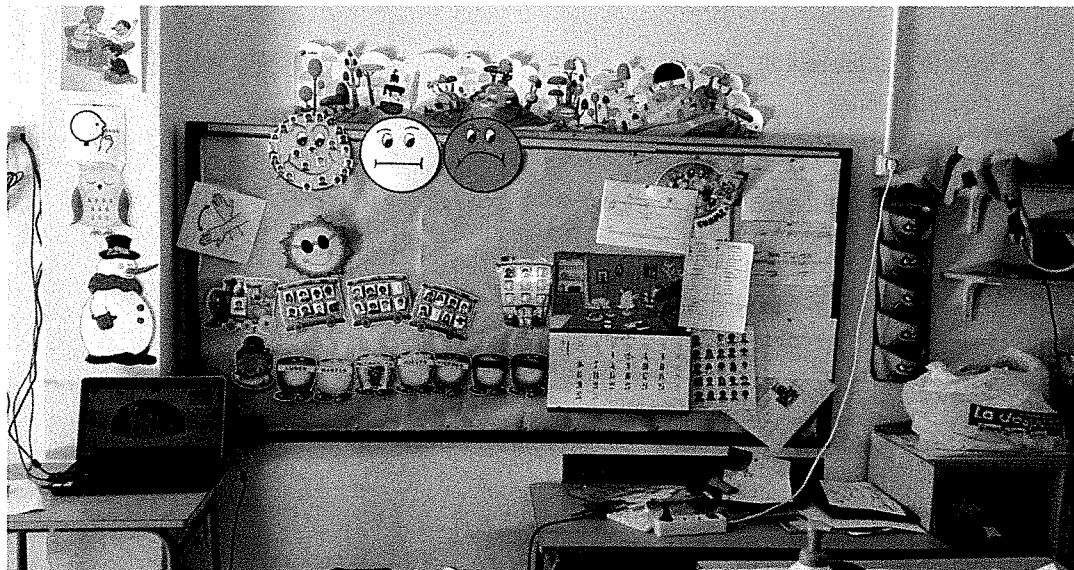
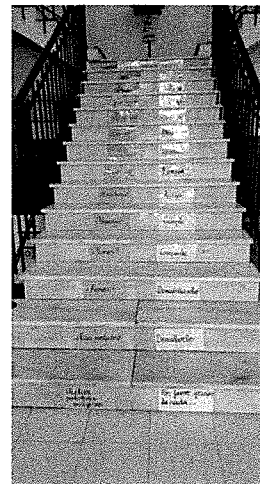
- Accorciare i tempi di lavoro. Fare brevi e frequenti pause soprattutto durante i compiti ripetitivi e noiosi.
- Rendere le lezioni stimolanti e ricche di novità: i bambini con DDAI hanno peggiori prestazioni quando i compiti sono noiosi e ripetitivi (ad esempio un brano di un libro viene compreso meglio se contiene delle figure. Anche il ritmo della voce dell'insegnante quando spiega può incidere sulla capacità attentiva degli studenti).
- Interagire frequentemente, verbalmente e fisicamente, con gli studenti.
- Fare in modo che gli allievi debbano rispondere frequentemente durante la lezione.



- Utilizzare il nome degli studenti distratti durante la spiegazione, coinvolgendoli per attirare la loro attenzione
- Costruire situazioni di gioco per favorire la comprensione delle spiegazioni.
- Utilizzare il gioco di ruoli per spiegare concetti storici, sociali in cui siano coinvolti vari personaggi.
- Abituare il ragazzo impulsivo a controllare il proprio lavoro svolto.

Anche l'ordine può aiutare...

- E' importante stabilire delle attività programmate e routinarie in modo che il ragazzo impari a prevedere quali comportamenti deve produrre in determinati momenti della giornata.
- E' importante definire con chiarezza i tempi necessari per svolgere le attività giornaliere, rispettando i tempi dello studente (questo lo aiuta anche ad orientarsi meglio nel tempo).
- Aiutare l'allievo iperattivo a gestire meglio il proprio materiale: l'insegnante dovrebbe dimostrare che dà importanza all'organizzazione lasciando 5' al giorno per ordinare il proprio materiale.



...per la scuola dell'infanzia

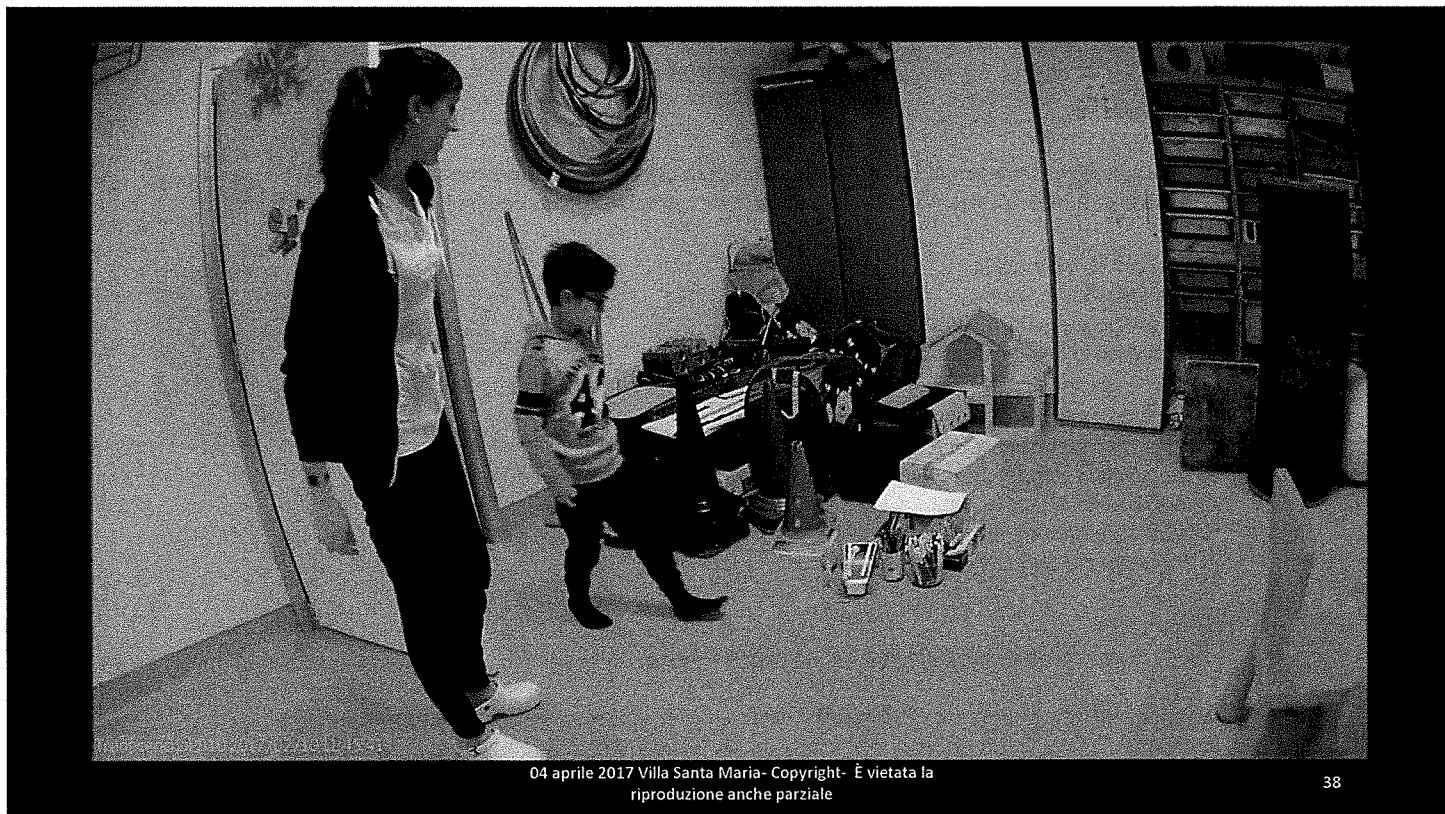
L'ambiente preparato

La classe deve essere accuratamente organizzata, sia dal punto di vista fisico (in termini di disposizione) sia dal punto di vista concettuale (in termini di uso progressivo dei materiali) e ordinata, per permettere al bambino di introiettare l'ordine esterno.

Lo spazio, ampio ed accogliente, deve essere luminoso, dall'aspetto altamente gradevole e curato nei minimi particolari

L'insegnante:

- prepara, cura e tiene in perfetto ordine l'ambiente
- prepara le attività per il lavoro auto-educativo del bambino
- rispetta le sue libere scelte all'interno del contesto organizzato
- rispetta tempi e ritmi di apprendimento individuale del singolo bambino
- osserva attentamente i bambini e le loro interazioni con gli altri e con l'ambiente
- limita l'intervento diretto al necessario e all'essenziale



DISTURBI DA COMPORTAMENTO DIROMPENDE, DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI E DELLA CONDOTTA

Comprendono condizioni che comportano problemi di autocontrollo delle emozioni e dei comportamenti.



È possibile osservare:

- Violazione dei diritti altrui (aggressione, distruzione di proprietà)
- Infrazione di norme sociali
- Atteggiamenti di sfida verso l'autorità

Questi disturbi tendono:

- a essere più comuni nei maschi che nelle femmine;
- a manifestarsi per la prima volta durante l'infanzia.

DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO

Secondo il DSM-5...

- A. Un pattern di umore collerico/irritabile, comportamento polemico/provocatorio o vendicativo che dura almeno 6 mesi evidenziato dalla presenza di almeno 4 sintomi tra le seguenti categorie.

Umore collerico/irritabile

1. Va spesso in collera;
2. È spesso permaloso e facilmente contrariato;
3. È spesso adirato e risentito.



Comportamento polemico provocatorio

4. Litiga spesso con figure che rappresentano l'autorità;
5. Spesso sfida attivamente o si rifiuta di rispettare le richieste provenienti da figure che rappresentano le regole;
6. Irrita deliberatamente gli altri;
7. Accusa gli altri per i propri errori.

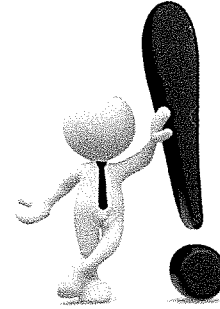
Vendicatività

8. È dispettoso e vendicativo almeno 2 volte negli ultimi 6 mesi.

- B. l'anomalia del comportamento è associata a disagio dell'individuo nel contesto sociale, oppure ha in impatto negativo sul funzionamento in ambito sociale, educativo, lavorativo.

IMPORTANTE VALUTARE:

- Intensità
- Frequenza
- Durata



Prevalenza

Varia da 1 a 11%, con una stima media del 3,3%.

Prima dell'adolescenza, il disturbo sembra essere leggermente più frequente nei maschi che nelle femmine (1,4:1).

Come si sviluppa?

I primi sintomi appaiono solitamente durante l'età prescolare e raramente oltre la prima adolescenza.

Il Disturbo oppositivo provocatorio spesso precede lo sviluppo del disturbo della condotta.

I sintomi di provocatorietà, polemica e vendicatività comportano per lo più il rischio di disturbo della condotta, mentre quelli riguardanti l'umore collerico/irritabile comportano per lo più il rischio di disturbi emotivi.

Le manifestazioni del disturbo durante lo sviluppo appaiono coerenti: bambini e adolescenti con Disturbo oppositivo provocatorio sono a maggior rischio di avere, da adulti, problemi di adattamento tra cui comportamento antisociale, problemi di controllo degli impulsi, abuso di sostanze, ansia e depressione.

Fattori di rischio

Fattori temperamentale, legati a problemi di regolazione emotiva (reattività emozionale, scarsa soglia di tolleranza alla frustrazione).

Fattori ambientali, legati a pratiche educative.

Fattori genetici e fisiologici, marker neurobiologici tra cui bassa frequenza cardiaca e reattività di conduttanza cutanea, anomalie della corteccia prefrontale e nell'amigdala.

Conseguenze funzionali del disturbo oppositivo provocatorio

Quando il disturbo persiste durante lo sviluppo, gli individui sperimentano frequenti conflitti con genitori, insegnanti, coetanei e partner affettivi. Questi problemi spesso sfociano in danni significativi nell'adattamento emotivo, sociale, scolastico e lavorativo dell'individuo.

La storia di Claudio

Claudio è un bambino di 9 anni, figlio unico, che frequenta la quarta elementare. I genitori si rivolgono al dirigente perché riferiscono di essere continuamente chiamati dalla scuola a causa dei comportamenti di loro figlio. Secondo le insegnanti, il bambino in classe è irrequieto e dispettoso nei confronti dei compagni e delle maestre, in particolare dell'insegnante di italiano che trascorre molte ore in aula. Claudio non segue le regole scolastiche e influenza pertanto le attività dell'intera classe. I genitori sostengono che il bambino racconta di essere provocato dai suoi compagni.

Quando torna da scuola è molto arrabbiato e, prima ancora di appoggiare lo zaino all'ingresso, comincia ad urlare contro la madre. Non vuole che gli si facciano domande sulla scuola. Questo tuttavia, è solo il momento della giornata in cui la rabbia di Claudio raggiunge il suo picco, ma di solito è sempre scontroso e di malumore. I genitori riferiscono di essere molto stanchi perché si sentono continuamente sfidati da Claudio che si oppone a tutto ciò che loro gli propongono.

Claudio:

- Bambino di 9 anni;
- 4^ elementare;
- Irrequieto e dispettoso;
- Non segue le regole;
- Scontroso e di malumore;
- Non vuole essere rimproverato;
- Litiga con i compagni di squadra.

Raccolta di informazioni con le insegnanti

Dal colloquio con le maestre emerge che a scuola Claudio è irrequieto e indisponente. La sua presenza in aula crea scompiglio perché scatena risate generali con i suoi comportamenti. Non rispetta le regole: tenta spesso di anticipare l'orario della merenda e di prolungarne la durata, spesso si sbottona il grembiule, si rifiuta di fare i compiti che secondo lui sono noiosi e di scrivere durante il dettato. È piuttosto tranquillo solo nelle ore delle materie che gli interessano, come matematica e scienze.

Inoltre, spesso innervosisce i compagni, spostando le loro sedie, adottando una sorta di resistenza verbale e cercando di attirare la loro attenzione facendo commenti o imitando i gesti degli altri. Spesso, quando si parla con lui, fa smorfie e guarda in un'altra direzione. Se viene rimproverato, fa finta di niente oppure finge di ascoltare e poi scoppia a ridere in segno di scherno.

DISTURBO DELLA CONDOTTA

- A. Pattern di comportamento ripetitivo e persistente in cui vengono violati i diritti fondamentali degli altri oppure le principali norme o regole sociali appropriate all'età, che si manifesta con la presenza nei 12 mesi precedenti di almeno tre dei seguenti criteri nelle categorie sotto elencate.

Aggressione a persone e animali.

1. Spesso fa il prepotente, minaccia o intimorisce gli altri;
2. Spesso dà il via a colluttazioni;
3. Ha usato un'arma che può causare seri danni fisici;
4. È stato fisicamente crudele con altre persone o animali;
5. Ha rubato affrontando direttamente la vittima;
6. Ha costretto qualcuno ad attività sessuali.



Distruzione della proprietà

7. Ha deliberatamente appiccato il fuoco con l'intenzione di recare seri danni;
8. Ha deliberatamente distrutto proprietà altrui.

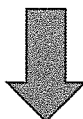
Frode o furto

9. È penetrato nell'abitazione di qualcun altro;
10. Mente per ottenere vantaggi;
11. Ha rubato articoli di valore (furti nei negozi, contraffazione).

**Prevalenza (%) di alcuni disturbi in età infantile e dell'adolescenza
2008**

| Health concern | 5-12 years | | 13-18 years | |
|---------------------------|------------|--------|-------------|--------|
| | Male | Female | Male | Female |
| Anxiety | 8.2 | 7.3 | 10.8 | 10.4 |
| Attention | 13.8 | 6.2 | 12.5 | 5.1 |
| Behaviour | 12.0 | 5.7 | 10.5 | 6.1 |
| Learning problems | 9.9 | 4.5 | 6.5 | 4.5 |
| Depression | 2.6 | 1.7 | 4.6 | 5.8 |
| Developmental delay or ID | 2.1 | 0.9 | 1.1 | 1.0 |
| Asthma | 23.2 | 17.9 | 22.6 | 20.4 |
| Chronic respiratory | 1.4 | 1.3 | 2.1 | 2.4 |
| Chronic allergies | 9.2 | 8.8 | 13.9 | 12.8 |
| Chronic orthopaedic | 3.4 | 3.6 | 10.5 | 8.8 |
| Chronic rheumatic | 0.1 | 0.1 | 0.2 | 0.1 |
| Dental | 11.9 | 14.2 | 16.2 | 22.7 |
| Diabetes | 0.3 | 0.2 | 0.3 | 0.3 |
| Epilepsy | 0.3 | 0.3 | 0.6 | 0.6 |
| Hearing impairment | 2.6 | 1.8 | 1.2 | 2.0 |
| Sleep disturbance | 4.8 | 3.1 | 6.6 | 6.7 |
| Speech problems | 5.8 | 2.1 | 1.9 | 1.5 |
| Vision problems | 7.2 | 7.8 | 9.9 | 14.7 |

Riconoscere precocemente, fin dalla scuola materna, i segnali che possono indicare una forma di disturbo dello sviluppo può essere difficile, eppure sarebbe di grande importanza per correggere eventuali difficoltà dello sviluppo relazionale e cognitivo. In giovanissima età si possono infatti manifestare sintomi di comportamenti destinati ad aggravarsi senza un opportuno intervento. Già al di sotto dei 5 anni, per esempio, si osservano forme di aggressività, iperattività e scarsa capacità di controllare le emozioni.



cautela nell'uso del termine disturbo

Disturbi del neurosviluppo

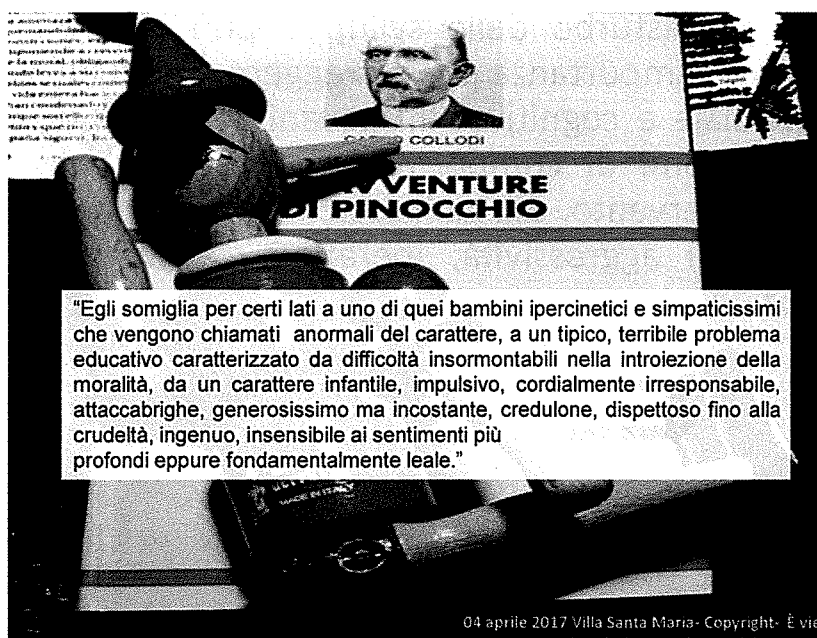
Gruppo di condizioni con esordio nel periodo di sviluppo. Si manifestano tipicamente nelle prime fasi dello sviluppo, spesso prima che il bambino inizi la scuola elementare, e sono caratterizzati da deficit dello sviluppo che causa una compromissione del funzionamento personale, sociale, scolastico o lavorativo. Si presentano frequentemente in concomitanza.

- Disabilità intellettiva
- Disturbi della comunicazione
- Disturbo dello spettro dell'autismo (ASD)
- Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD)
- Disturbo specifico dell'apprendimento
- Disturbi del movimento



ADHD

1-2:100



"Egli somiglia per certi lati a uno di quei bambini ipercinetici e simpaticissimi che vengono chiamati anormali del carattere, a un tipico, terribile problema educativo caratterizzato da difficoltà insormontabili nella interiorizzazione della moralità, da un carattere infantile, impulsivo, cordialmente irresponsabile, attaccabrighe, generosissimo ma incostante, credulone, dispettoso fino alla crudeltà, ingenuo, insensibile ai sentimenti più profondi eppure fondamentalmente leale."

Carlo Collodi
LE AVVENTURE DI PINOCCHIO
Storia di un burattino

Prefazione di Giovanni Jervis
Con sedici tavole fuori testo

Giulio Einaudi editore 1982

L'ADHD è un disturbo del neurosviluppo caratterizzato da:

- livelli invalidanti di disattenzione;
- disorganizzazione;
- e/o iperattività-impulsività.



La disattenzione e la disorganizzazione comportano l'incapacità di mantenere l'attenzione su un compito, l'apparente mancanza di ascolto e la perdita di oggetti, a livelli inadeguati all'età.

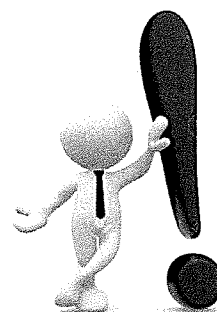


L'iperattività-impulsività comporta un livello di attività eccessivo, agitazione, incapacità di stare seduti, intromissione nelle attività altrui e incapacità di aspettare – sintomi eccessivi per l'età o sviluppo puberale.

- A. Presenza persistente per almeno 6 mesi di 6 (o più) sintomi al punto 1 o 2 o in entrambi:
1. Disattenzione;
 2. Iperattività – Impulsività.
- B. Alcuni dei sintomi di iperattività-impulsività o di disattenzione che causano compromissione erano presenti prima dei 7 anni di età (esordio precoce).
- C. Una certa menomazione a seguito dei sintomi è presente in due o più contesti della vita del bambino.
- D. Deve esserci una evidente compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.
- E. I sintomi non si manifestano esclusivamente durante il decorso di un disturbo generalizzato dello sviluppo, di schizofrenia o di un altro disturbo psicotico, e non risultano meglio attribuibili a un altro disturbo mentale.

IMPORTANTE VALUTARE:

- Intensità
- Frequenza
- Durata



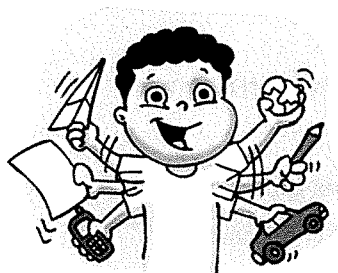
Cos'è la disattenzione?

- non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione;
- ha difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco;
- non sembra ascoltare;
- non segue le istruzioni;
- ha difficoltà a organizzarsi;
- è riluttante ad impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto;
- perde gli oggetti necessari per i compiti o le attività;
- è facilmente distratto da stimoli estranei;
- è sbadato nelle attività quotidiane.



Iperattività:

- muove con irrequietezza mani o piedi;
- lascia il proprio posto a sedere in classe;
- scorrazza e salta dovunque;
- ha difficoltà a giocare in modo tranquillo;
- è spesso "sotto pressione";
- parla troppo.



Impulsività:

- "spara" le risposte prima che le domande siano state completate;
- ha difficoltà ad attendere il proprio turno;
- interrompe gli altri o è invadente.

Sviluppo e decorso

- Molti genitori osservano inizialmente un'eccessiva attività motoria nei primi anni di vita del bambino, ma prima dei 4 anni i sintomi sono difficilmente distinguibili dai comportamenti normali altamente variabili.
- Il disturbo è molto spesso identificato durante gli anni della scuola elementare, e la disattenzione diventa più preminente e invalidante.
- Il disturbo è relativamente stabile durante la prima adolescenza.
- In molti individui, i sintomi dell'iperattività motoria diventano meno evidenti nell'adolescenza e nell'età adulta, ma persistono difficoltà legate a irrequietezza, disattenzione, scarsa pianificazione e impulsività.

Aspetti diagnostici correlati al genere

- Tra la popolazione generale, l'ADHD è più frequente nei maschi che nelle femmine, con un rapporto di 2:1 nei bambini.
- Le femmine tendono più dei maschi a manifestare primariamente caratteristiche di disattenzione.

Conseguenze funzionali del disturbo

- Prestazioni e risultati scolastici ridotti
- rifiuto sociale
- prestazioni lavorative scarse

La storia di Lorenzo

“Fino a tre anni è stato benissimo, però non dormiva mai. Già a quell’epoca il pediatra diceva che era un bambino iperattivo”.

Lorenzo fu segnalato dalle maestre della scuola dell’infanzia in quanto era un bambino molto difficile, continuamente agitato, spesso aggressivo con i compagni, disinteressato a qualsiasi attività proposta, incapace persino di stare qualche minuto ad ascoltare una favola che maestra leggeva, imprevedibile e bizzarro, altre volte pericoloso. I genitori avevano sempre rifiutato di parlare con uno specialista, negando i problemi del figlio ma poi decisero di mettersi in contatto con lui, su sollecitazione delle maestre; per la mamma però, Lorenzo era sì un po’ agitato ma aveva solo cinque anni e andare da uno psicologo le sembrava un’esagerazione.

Lorenzo:

- Continuamente agitato;
- aggressivo;
- disinteressato;
- imprevedibile.

I guai sono iniziati con la scuola dell'infanzia:

- vivacissimo;
- aggressivo;
- non sta mai fermo;
- non sa giocare in modo tranquillo;
- tempi d'attenzione brevissimi;
- difficoltà a rispettare le regole;
- pessima relazione con i compagni;
- facile eccitabilità.

Che tipo di inquadramento diagnostico?

Lorenzo presenta gravi carenze attentive:

- non riuscire a prestare attenzione o commettere errori di distrazione in compiti scolastici e nel gioco;
- dare a volte l'impressione di non ascoltare mentre gli altri parlano, non seguire le istruzioni e non portare a termine le attività;
- evitare impegni che richiedono uno sforzo mentale, perdere oggetti, essere facilmente distratti da stimoli estranei, essere sbadati.

Presenta, inoltre, una grave forma di iperattività:

- muovere con irrequietezza mani e piedi e dimenarsi sulla sedia;
- lasciare spesso il proprio posto a sedere, scorrazzare e saltare ovunque in modo eccessivo, mostrare difficoltà nel giocare in modo tranquillo, parlare troppo.

Infine, presenta una forte componente di impulsività:

- tendenza ad agire prima di pensare, sparare risposte prima ancora che le domande siano state completate;
- non aspettare il proprio turno interrompendo gli altri in modo invadente e non controllato.

Gravi violazioni di regole

12. Spesso, già prima dei tredici anni, trascorre la notte fuori, nonostante le proibizioni;
13. Spesso, già prima dei tredici anni, marina la scuola.

B. L'anomalia del comportamento causa una compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico e lavorativo.

Nel disturbo con esordio nell'infanzia, gli individui sono di solito maschi, mostrano frequentemente aggressioni fisiche, hanno relazioni disturbate con i coetanei, nella prima infanzia possono avere avuto un disturbo oppositivo provocatorio.

Molti bambini con questo sottotipo hanno anche un concomitante disturbo da deficit di attenzione/iperattività.
Gli individui con esordio nell'infanzia hanno maggiori probabilità di avere un disturbo della condotta che persiste nell'età adulta.

Quali caratteristiche diagnostiche?

- I soggetti tendono a non provare rimorso o senso di colpa quando compiono tali agiti, mostrando una generale mancanza di preoccupazione per le conseguenze delle azioni (non si pente dopo aver ferito qualcuno o non si preoccupa delle conseguenze derivanti dall'infrangere le regole).
- L'individuo disprezza ed è incurante dei sentimenti degli altri, mostrandosi freddo.
- Non mostra preoccupazione per lo scarso rendimento a scuola, al lavoro o in altre attività. Non mette l'impegno necessario per una buona riuscita e tipicamente incolpa gli altri per i suoi scarsi risultati.
- Non esprime sentimenti né mostra emozioni verso gli altri, se non in modi che sembrano poco profondi, insinceri o superficiali.

- Il pattern di comportamento è di solito presente in diversi ambienti. Mettono in atto agiti aggressivi e reagiscono aggressivamente nei confronti degli altri. Possono mostrare un comportamento prepotente, minaccioso o intimidatorio, dare frequentemente inizio a colluttazioni.
- La violenza fisica può spingersi fino ad assumere la forma di stupro, aggressione.
- Gli atti disonesti possono comprendere la penetrazione in casa, menzogne per ottenere vantaggi o per evitare doveri.
- Spesso commettono anche gravi violazioni di regole (scolastiche, lavorative, dei genitori): stanno fuori fino a tarda notte nonostante le proibizioni.

Prevalenza

Le stime nella popolazione vanno dal 2 a oltre il 10%, con una media del 4%.

La prevalenza del disturbo della condotta sembra essere abbastanza coerente tra i vari Paesi che si differenziano per razza ed etnia.

Le percentuali di prevalenza aumentano dall'infanzia all'adolescenza e sono più elevati tra i maschi che tra le femmine.

Sviluppo e decorso

L'esordio del disturbo della condotta può verificarsi anche in età prescolare, ma i primi sintomi significativi emergono di solito nel periodo tra la media infanzia e la media adolescenza.

Il disturbo oppositivo provocatorio è un comune precursore del disturbo della condotta; questo disturbo può tuttavia essere diagnosticato nell'età adulta.

Dopo l'esordio, il decorso è variabile: nella maggior parte dei casi, il disturbo regredisce con l'età adulta. Molti individui con disturbo della condotta (in particolare quelli con tipo con esordio nell'adolescenza e quelli con sintomi scarsi e lievi), da adulti raggiungono un adeguato trattamento sociale e lavorativo.

Conseguenze funzionali del disturbo della condotta

- Sospensione o espulsione dalla scuola;
 - problemi nell'adattamento lavorativo;
 - difficoltà legali;
 - malattie a trasmissione sessuale;
 - gravidanze indesiderate;
 - lesioni fisiche da incidenti o da colluttazioni.
- Questi problemi possono precludere la frequenza di scuole normali o la convivenza con i genitori.

Il disturbo della condotta è spesso associato a un inizio precoce dell'attività sessuale, dell'uso di alcool, fumo, uso di sostanze e comportamenti rischiosi. La percentuale di incidenti sembra essere più elevata tra gli individui con disturbo della condotta da quelli senza il disturbo.

Queste conseguenze funzionali possono poi predire problemi di salute quando il soggetto raggiunge la mezza età. Non è raro che gli individui con disturbo della condotta entrino in contatto con il sistema di giustizia penale.

William, di 12 anni, viene sospeso dalla scuola di una piccola città ed inviato per un trattamento psichiatrico dal suo preside.

Lo accompagna la nota seguente:

Questo ragazzo è stato un problema continuo da quando è venuto nella nostra scuola. Non va in cortile perché è cattivo con gli altri bambini. Trasgredisce le regole della scuola, prende in giro i bambini che fanno la sorveglianza, ruba agli altri bambini, e sfida tutte le autorità. William fa la lotta con gli altri bambini sull'autobus.

Gli è stato sospeso il diritto di usufruire della mensa diverse volte per avere provocato scontri, dato calci e spintoni. Dopo essersi comportato male un giorno in mensa, l'insegnante gli ha detto di salire nel suo ufficio per incontrarmi. Si è categoricamente rifiutato, si è sdraiato sul pavimento, e ha fatto le bizze, dando calci ed urlando.

Spesso racconta bugie. Quando viene sorpreso in flagrante, nega ogni cosa, ed assume un'aria di innocenza ferita. Crede che ce l'abbiamo con lui. Il suo atteggiamento è scontroso quando gli viene rifiutata qualunque cosa. Mette il broncio e quando gli si chiede perché faccia queste cose, indica la testa e dice "Perché io non sto bene quassù".

Questo ragazzo ha assolutamente bisogno di aiuto. Non sembra avere amici. Il suo comportamento aggressivo li tiene lontani da lui. Lo psicologo della scuola lo ha valutato, ed i risultati indicano un'intelligenza media, ma il suo risultato a scuola è solo a livello di una terza, quarta classe.

Dalla descrizione del caso all'inquadramento diagnostico

Il comportamento antisociale di William si è manifestato:

- con l'inizio della scuola
- caratterizzato da liti, bugie e furti.

- Questi sintomi, che durano da più di sei mesi, giustificano la diagnosi di Disturbo della condotta.

E per gestire il comportamento a scuola cosa si può fare...

- Innanzitutto è opportuno definire e mantenere chiare e semplici regole all'interno della classe (è importante ottenere un consenso unanime su queste regole).
- Rivedere e correggere le regole della classe, quando se ne ravvede la necessità.
- Spesso, è necessario spiegare chiaramente agli alunni disattenti/iperattivi quali sono i comportamenti adeguati e quali sono quelli inappropriati.
- E' molto importante fare capire agli allievi impulsivi quali sono le conseguenze dei loro comportamenti positivi e quali sono quelle che derivano da quelli negativi.
- E' più utile rinforzare e premiare i comportamenti positivi (stabiliti precedentemente), piuttosto che punire quelli negativi.

- Avere la possibilità di cambiare i rinforzi quando questi perdono di efficacia.
- Si raccomanda di non punire il ragazzo togliendo l'intervallo, perché il ragazzo iperattivo necessita di scaricare la tensione e di socializzare con i compagni.
- Le punizioni severe, note scritte o sospensioni, non modificano il comportamento del bambino.
- E' importante stabilire giornalmente o settimanalmente semplici obiettivi da raggiungere.
- E' utile informare frequentemente il ragazzo su come sta lavorando e come si sta comportando soprattutto rispetto agli obiettivi da raggiungere.

Non dimentichiamo che è opportuno...

- Non creare situazioni di competizione durante lo svolgimento dei compiti con altri compagni.
- Non focalizzarsi sul tempo di esecuzione dei compiti, ma sulla qualità del lavoro svolto (anche se questo può risultare inferiore a quello dei compagni).

