

PRESENTAZIONE DI UN MODELLO DI TRATTAMENTO MULTIMODALE PER I DISTURBI DA COMPORTAMENTO DIROMPENTE.

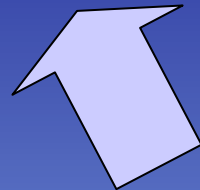


Ruglioni Laura, Manfredi Azzurra, Muratori Pietro, Paziente Antonella, Polidori Lisa, Milone Annarita.

IRCCS Fondazione Stella Maris



**Disturbo da Deficit di
Attenzione/Iperattività (ADHD)**

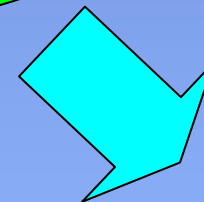


**Disturbo Oppositivo
Provocatorio (DOP)**



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

Disturbo della Condotta (DC)



Comorbidità tra ADHD e DOP/DC

- Lahey e Loeber : modello che descrive la relazione tra ADHD, DOP e DC: tra i bambini con ADHD solo quelli che mostrano una comorbidità con DOP svilupperanno un DC e un sottogruppo dei minori con DC evolverà poi in DPA.
- Letteratura internazionale: ADHD influenza sviluppo, decorso e gravità del DC: ragazzi con DC ed ADHD in comorbidità mostrano comportamenti distruttivi ad insorgenza più precoce, un'importante aggressività fisica ed un DC più persistente.

Caratteristiche del bambino con ADHD

difficoltà ad attendere il proprio turno

Ha difficoltà a giocare
in modo tranquillo

"spara" le risposte

**Iperattività/
Impulsività**



È in continuo movimento
e agisce come se avesse
"l'argento vivo" addosso

parla troppo,
interrompe gli altri
o è invadente
nei loro confronti

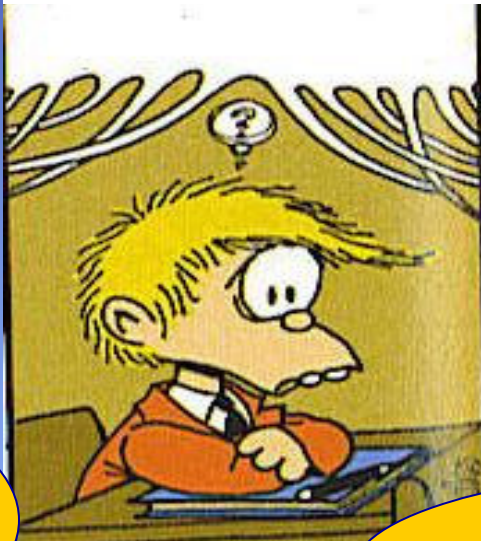
lascia il proprio posto a sedere
in classe o in altre situazioni
in cui ci si aspetta che resti seduto

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

non porta a termine le attività

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

Disattenzione



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

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

Caratteristiche del bambino con Disturbo Oppositivo Provocatorio

Dispettoso e vendicativo

Sfida attivamente
o rifiuta le richieste e le regole
degli adulti

Arrabbiato e rancoroso

Litiga con gli adulti

Suscettibile
o irritato dagli altri

Offende

Accusa gli altri
per i propri errori
o comportamenti



Caratteristiche del bambino con Disturbo della Condotta

fa il prepotente,
minaccia,
intimidisce gli altri

Marina la scuola

Dà inizio
a colluttazioni fisiche

Appicca il fuoco

Mente per ottenere vantaggi

Crudele con le persone
e/o con gli animali

Ruba o distrugge
proprietà altrui

Ha usato un'arma
che può causare seri danni fisici

Trascorre fuori
di casa la notte,
fugge di casa



DISTURBO DELLA CONDOTTA



- E' uno dei più comuni motivi di consultazione.
- Più precoce è l'insorgenza, più grave è l'*outcome*.
- È un disturbo grave longitudinalmente connesso con il disturbo antisociale.
- Comporta un alto costo sociale.
- Disturbo tipicamente resistente al trattamento.
- Gli interventi precoci possono interrompere il percorso verso un comportamento antisociale.

E P I D E M I O L O G I A

- Incidenza in aumento (M.: 6-16%; F.: 2-9%);
- Aumento dell'incidenza in adolescenza anche se l'età media di insorgenza è tra 8 e 10 anni;
- nei maschi il disturbo insorge più precocemente ed è 3-4 volte più frequente;
- Differenze clinica in base al sesso:
MASCHI: aggressività fisica, furto, vandalismo, problemi di disciplina scolastica.
FEMMINE: menzogne, assenze da scuola, fughe, uso di sostanze, condotte sessuali devianti.

QUALE TERAPIA PER DC

LINEE GUIDA PER JAACAP (1997, 2001):

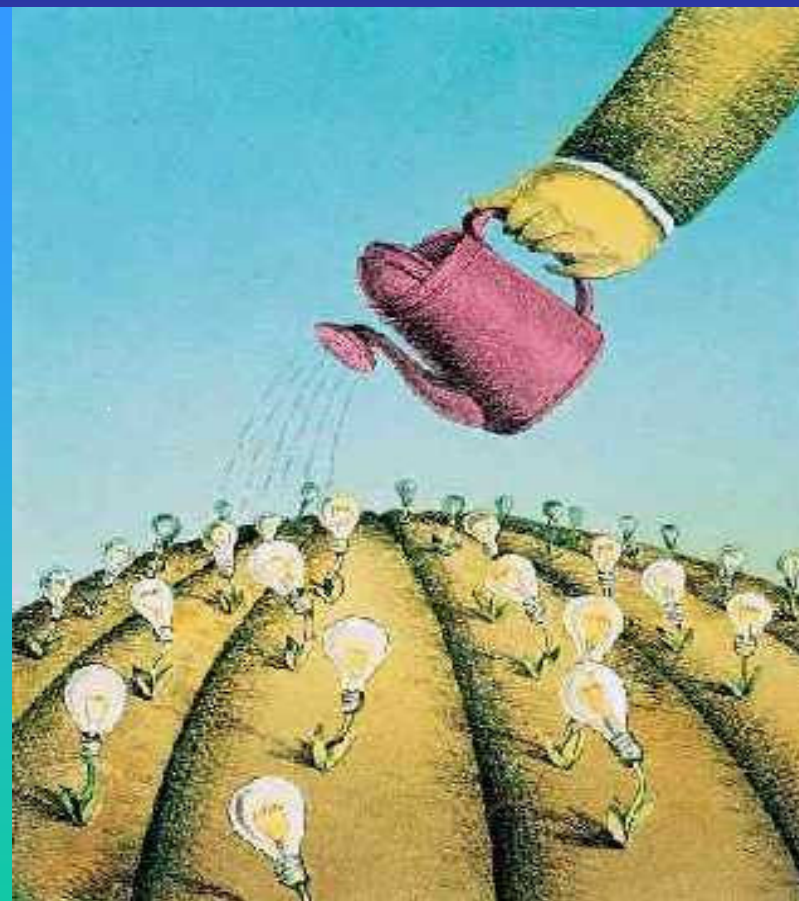
“ la **pervasività** dei sintomi esternalizzanti richiede una modalità terapeutica interpersonale e psicoeducativa. Data la sua frequente cronicità, il DC richiede un trattamento che sia estensivo e che venga monitorato con periodici controlli”

HENGGELER: 4 CARATTERISTICHE PRIMARIE

- 1) Diminuire i comportamenti disfunzionali individuando e modificando i **multipli fattori** che li determinano
- 2) Intervenire nei **vari contesti** di vita del minore (**individuale, familiare, scolastico, sociale, ambientale**)
- 3) **Modellarsi** sulle caratteristiche del singolo soggetto
- 4) Lavoro in equipe e continuo contatto con i contesti extraterapeutici (**assetto ecologico del trattamento**)

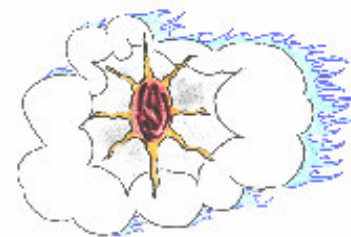
LA POSSIBILITÀ DI FAR CRESCERE UN'IDEA

- **Attivazione di un servizio di trattamento per minori con DC o grave DOP grazie al finanziamento concesso dalla Fondazione UMANA-MENTE**
- **utenza annuale: 30 minori**
- **età 8 -16 anni**
- **cicli di trattamento: 6 mesi**
- **frequenza: monosettimanale**
- **Équipe: 2 NPI , 3 psicologi, 1 assistente sociale, 1 terapeuta motorio**



UMANA  **MENTE**
FONDAZIONE A SOSTEGNO DELLA SOLIDARIETÀ SOCIALE

AL DI LÀ DELLE NUVOLE



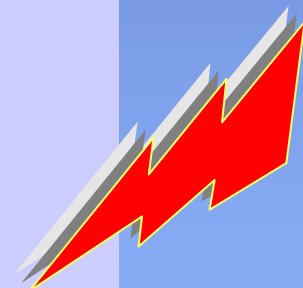
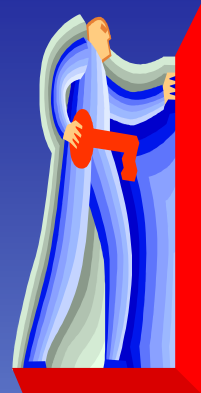
OBIETTIVI :

- **riduzione dei comportamenti disfunzionali**
- **ampliamento delle capacità di adattamento sociale**
- **valorizzazione dei "punti di forza"**
- **prevenzione del fallimento e/abbandono scolastico**
- **inserimento in attività extracurricolari**
- **indicazione di percorsi terapeutico-riabilitativi al termine del trattamento**
- **inserimento di terapia farmacologica solo se presente comorbidità psichiatrica**



OBIETTIVI TRATTAMENTO INDIVIDUALE

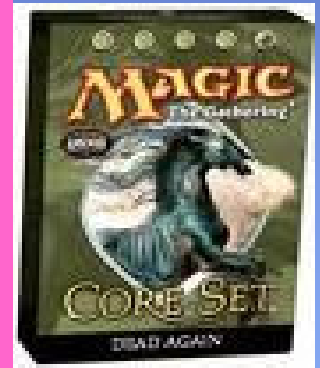
- **Stabilire una ALLEANZA TERAPEUTICA: mission impossible : il minore NON CHIEDE di essere aiutato e mantiene modalità oppositorie per lungo tempo.**
- **Contattare VISSUTI DEPRESSIVI fino a quel momento negati tramite le condotte agite: esperienza nuova per i pazienti, percepita come disorientante. Le sedute diventano un palcoscenico di atti provocatori che hanno la funzione di provare la solidità del legame e la stabilità del contenitore-terapia .**



•**EFFETTO DESERTO:** il ragazzo appare come “ un inconsapevole abitatore di un desolante cimitero” (Alvarez, 1997): nel contesto sociale è frequente trovare una desolazione di legami e di interessi significativi



•**Ricerca di un PUNTO BIANCO** a cui aggrapparsi: oggetti concreti che rappresentano una parte di sè su cui investire, credere, riparare, ripartire.



Gestione regole educative

Ricostruire e
Contestualizzare il
problema del bambino

Costruire un modo
nuovo di percepire il
comportamento del
figlio

Ricostruire la storia di
sviluppo del genitore

Obiettivi
Intervento con le
famiglie

```
graph TD; A([Obiettivi Intervento con le famiglie]) --> B[Gestione regole educative]; A --> C[Ricostruire e Contestualizzare il problema del bambino]; A --> D[Costruire un modo nuovo di percepire il comportamento del figlio]; A --> E[Ricostruire la storia di sviluppo del genitore];
```


Costruzione dell'alleanza

Genitore
Esperto della sua
storia e del
comportamento
del figlio

Consulente
Esperto in teorie
sullo sviluppo
di problemi
comportamentali

perturbazioni

Co-costruzione di nuovi
tentavi di soluzione e di
una nuova
teoria esplicativa



Difficoltà di applicazione

Alti livelli di stress reattivo e legato al proprio ruolo genitoriale

Scarse capacità di metacognizione e di attenzione al “mondo interno” del bambino

Bisogno di trovare un sollievo immediato e scarsa tolleranza alla frustrazione

Stile comunicativo incoerente e coercitivo

Obiettivi intervento psicoeducativo di gruppo

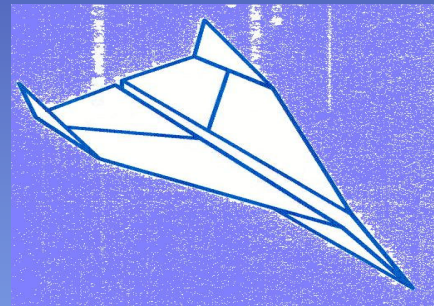
- Acquisizione delle abilità di autogestione
- Acquisizione delle abilità di cogliere in modo adeguato il punto di vista altrui
- Acquisizione delle abilità nel trovare soluzioni ai problemi di vita quotidiana

Perché utilizzare il gruppo

- Il rinforzo sociale prodotto dal gruppo dei pari risulta più efficace di quello promosso dall'adulto in una situazione diadica (Lambruschi 2004 , van Manen 2001)
- Il gruppo favorisce l'apprendimento dal vivo delle abilità relazionali interpersonali e delle competenze sociali (Lambruschi 2004 , van Manen 2001)
- Effetti maggiormente positivi con gruppi omogenei di ragazzi con problemi di comportamento rispetto a gruppi misti nei quali erano presenti sia ragazzi con problemi del comportamento sia senza tali problematiche (Mager et al. 2004)

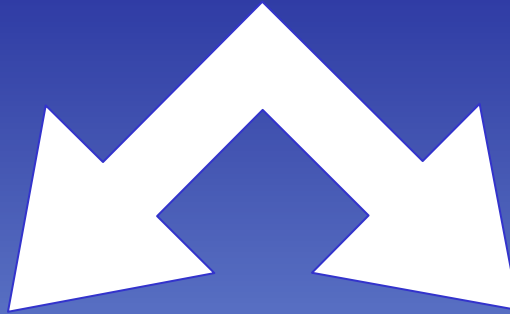
OSTACOLI

- Difficoltà ad accettare le proposte degli operatori
- Attacco/svalutazione dei compiti assegnati



- Difficoltà di instaurare una forma di collaborazione
- Iniziale alleanza tra i membri del gruppo nelle situazioni di crisi

INTERVENTO PER LE DIFFICOLTÀ SCOLASTICHE



**TRAINING
METACOGNITIVO**
sia individuale che
in piccolo gruppo



**INCONTRI
PERIODICI
CON GLI
INSEGNANTI**



IL TRAINING METACOGNITIVO:



OBIETTIVI:

1. potenziare le **capacità attentive**, di **controllo** e di **autoregolazione**
2. migliorare le **abilità e le conoscenze metacognitive** di **lettura**, incrementare la **capacità di comprensione** del testo, sviluppare **strategie di studio** funzionali
3. sostenere la **motivazione** e **prevenire l'insuccesso**

... E A SCUOLA?

- incontri periodici con gli insegnanti
- impostazione di **intervento "ad hoc"**, personalizzato e flessibile (Henggeler et al.1998)
- organizzazione della classe, di strutturazione delle lezioni e di gestione diretta degli agiti più aggressivi del ragazzo
- organizzazione di alcuni tipi di **rinforzo** e di **contratti comportamentali**
- registrazione e analisi funzionale del sintomo (antecedenti ed eventuali conseguenze rinforzanti)
- **mediazione** che favorisca la **collaborazione con la famiglia** e introduca e faciliti la **comprensione degli stati interni** dei bambini (Lambruschi et al, 2004)

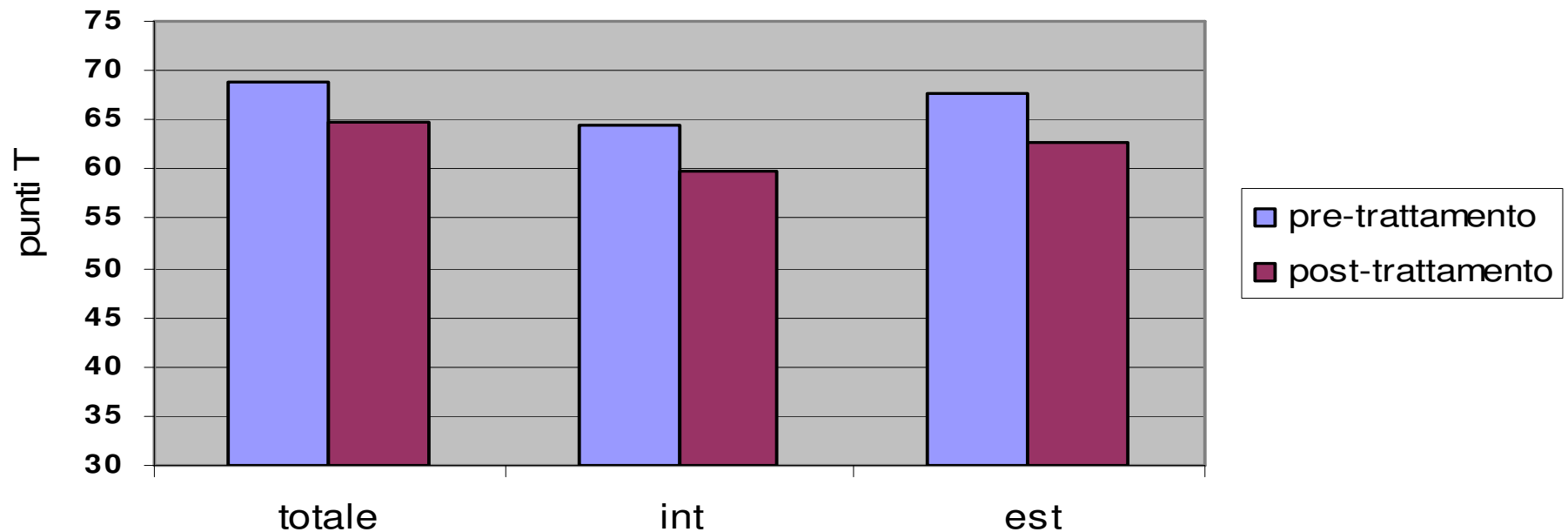






RISULTATI CAMPIONE TOTALE DOPO SEI MESI DI TRATTAMENTO

CBCCL scale principali



sig

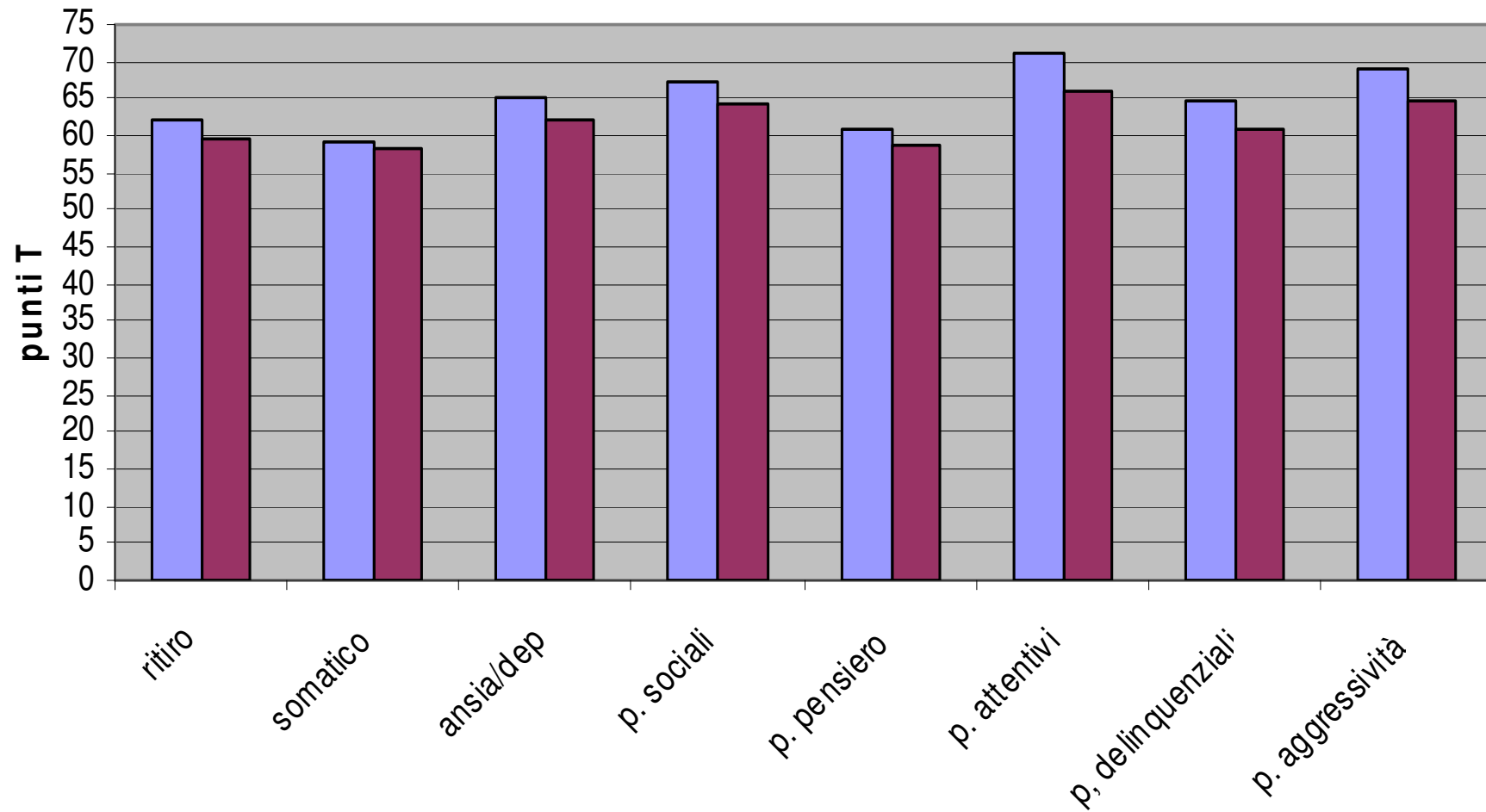
0,001**

0,039*

0,011*

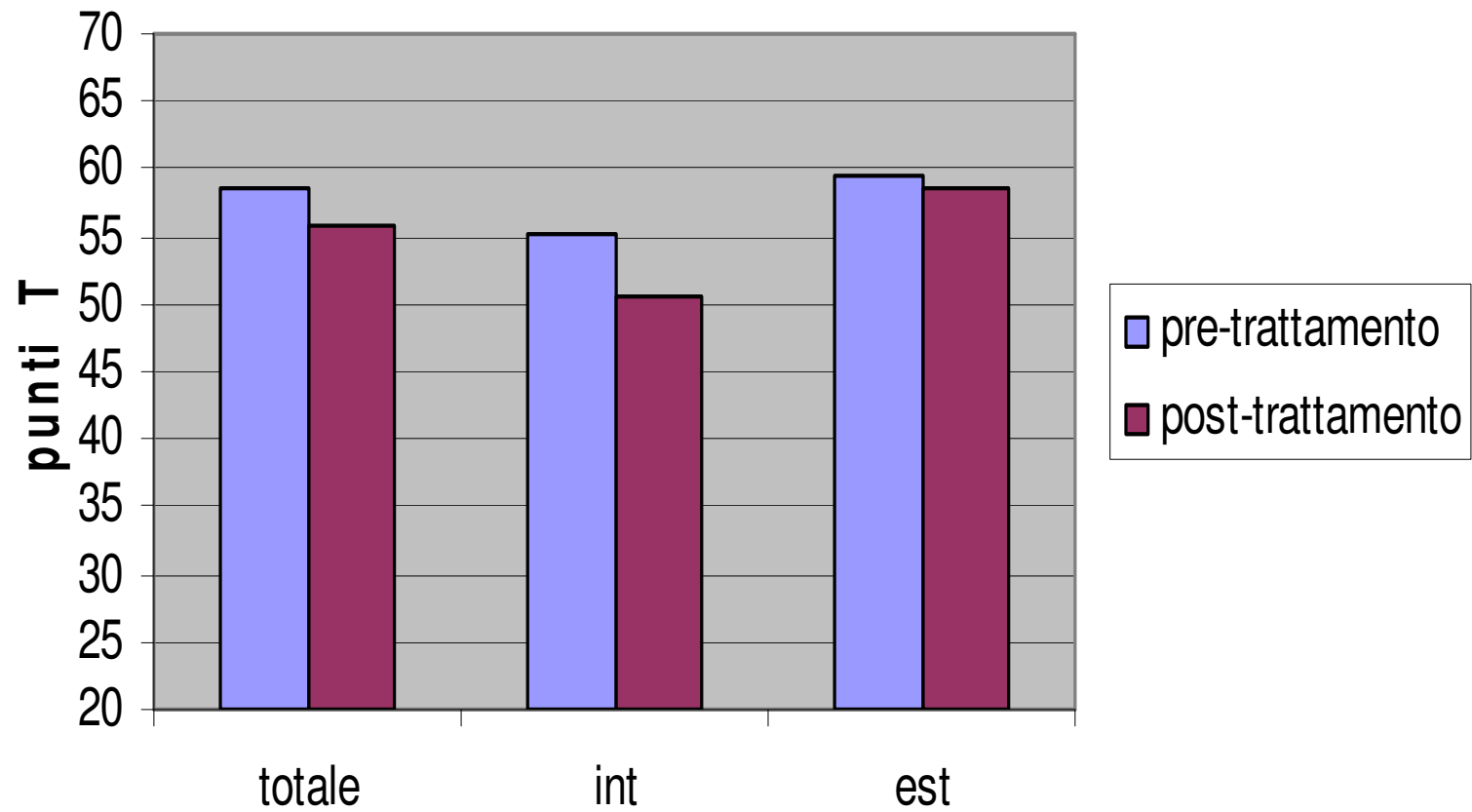
CBCL scale secondarie

pre-trattamento
post-trattamento



0,051ns	0,426ns	0,045*	0,012*	0,102ns	0,001**	0,003**	0,007**
---------	---------	--------	--------	---------	---------	---------	---------

YSR scale principali

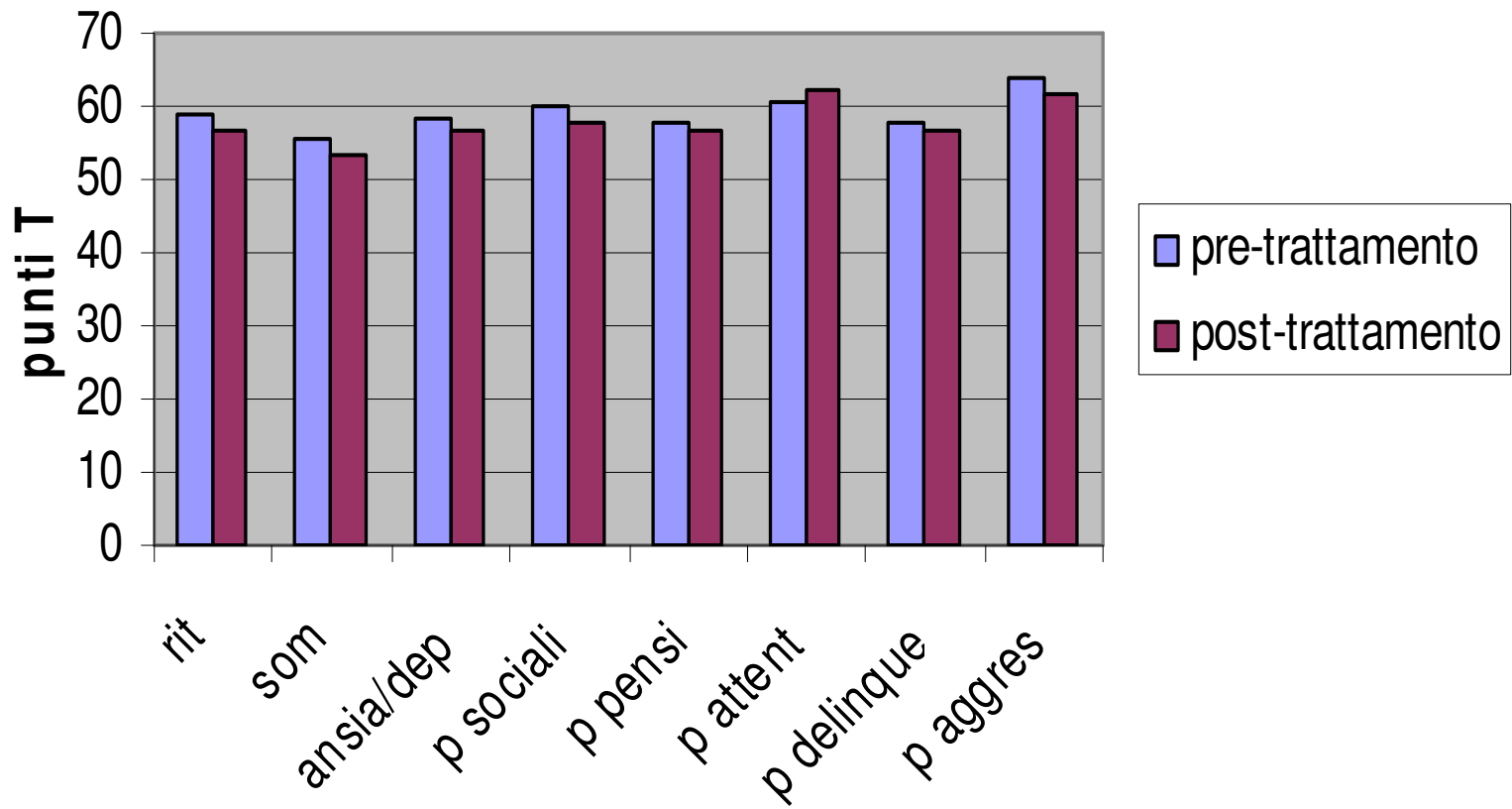


0,129ns

0,015*

0,525ns

YSR scale secondarie



0,085ns

0,055ns

0,32ns

0,113ns

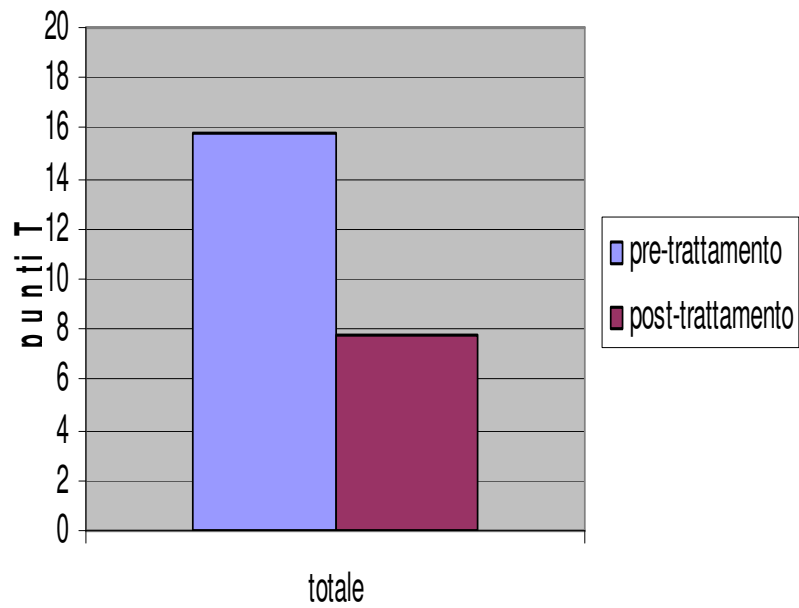
0,536ns

0,448ns

0,282ns

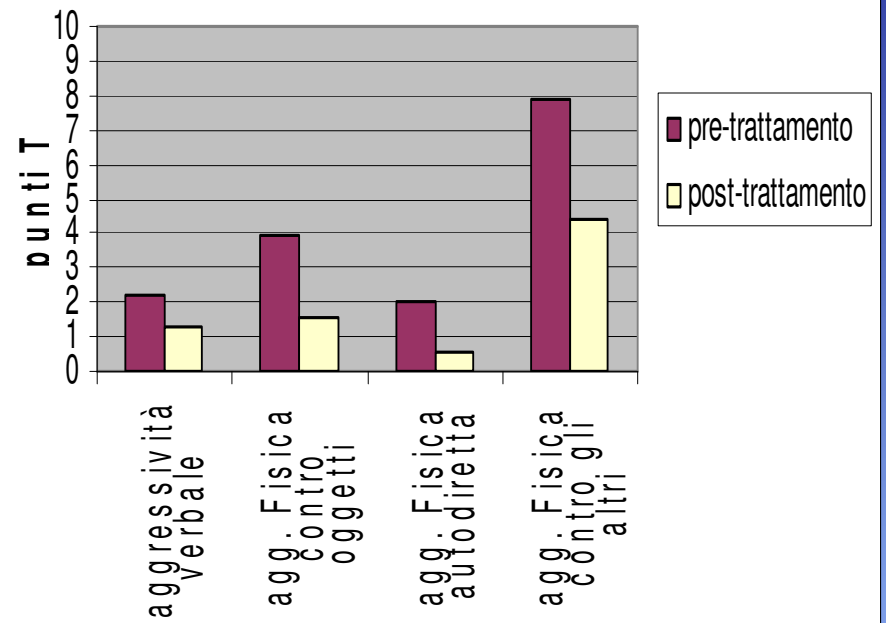
0,147ns

MOAS totale



0,000 **

Moas sottoscale



0,001**

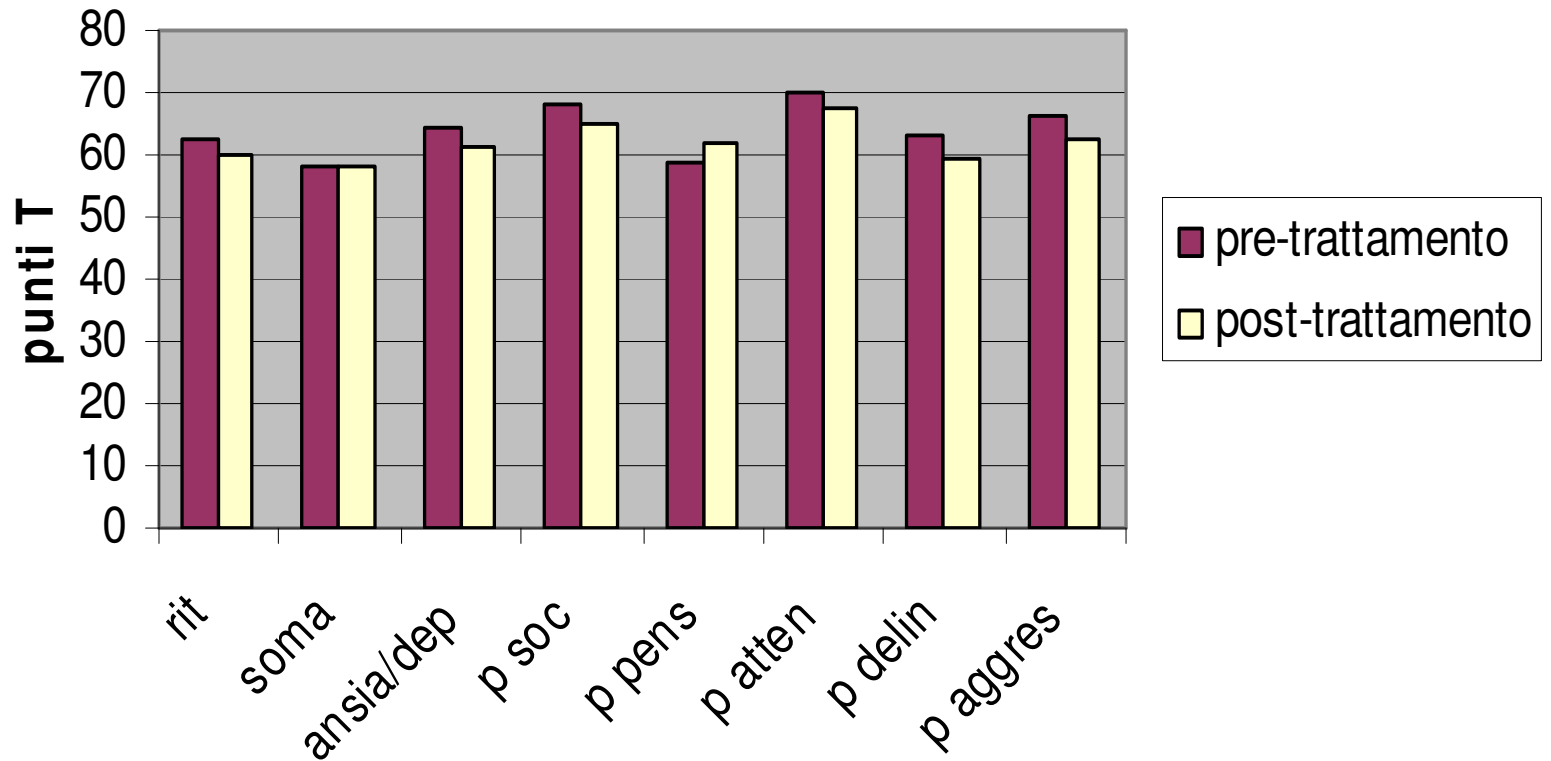
0,000**

0,006**

0,000**



CBCCL scale secondarie



0,419ns

0,899ns

0,074ns

0,344ns

0,328ns

0,439ns

0,122ns

0,056ns

