

«Non tutti i draghi vengono per nuocere»: I Disturbi del Comportamento in età evolutiva e la comorbidità con l'ADHD

Dott.ssa Alessia Fusari
Psicologa Psicoterapeuta

U.O. Psicologia Clinica – ASST Crema



I disturbi del comportamento in età evolutiva: un fenomeno recente?

Noi viviamo in un'epoca decadente.
I giovani non rispettano più i loro genitori;
sono sgarbati ed irrequieti.
Frequentano taverne e non hanno
sufficiente autostima.

Iscrizione su una tomba egizia, circa 3000 a.C.

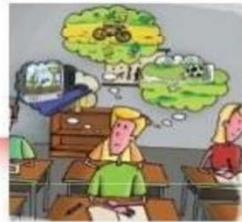
Filmato monelli



ADHD: disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività

etichetta diagnostica utilizzata per descrivere una popolazione eterogenea e vasta di bambini che presentano una serie di problemi, le cui manifestazioni più evidenti riguardano la difficoltà a mantenere l'attenzione e a controllare l'impulsività e il movimento (Cornoldi, De Meo, Offredi, Vio, 2012).

Sintomi cardine dell'ADHD



Deficit di
attenzione



Iperattività

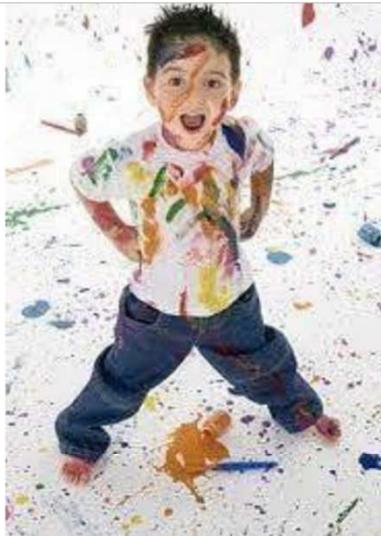


Impulsività



IPERATTIVITA'

- * Incapacità di stare fermi
- * Attività motoria incongrua e afinalistica
- * Gioco rumoroso e disorganizzato
- * Eccessive verbalizzazioni
- * Sensazione soggettiva di instabilità e tensione (adolescenti ed adulti)
- * **Limitate possibilità di inibizione motoria**



IMPULSIVITA'

- * Difficoltà di controllo comportamentale
- * Incapacità a differire la risposta automatica ad uno stimolo (es. una domanda)
- * Scarse capacità di riflessione
- * Difficoltà a rispettare il proprio turno
- * Tendenza ad interrompere gli altri
- * Tendenza ad esporsi a situazioni pericolose, con possibili danni fisici
- * ***Difficoltà nel valutare le conseguenze di un'azione***



INATTENZIONE

- * Disturbo di attenzione focale e sostenuta
- * Distrainibile da stimoli anche molto banali
- * Difficoltà nel seguire un discorso
- * Incapacità ad autoorganizzarsi
- * Interruzione di attività iniziate
- * Ruolo parziale della motivazione
- * Difficile esecuzione di compiti scolastici, attività quotidiane, gioco
- * **Evitamento di attività che richiedono sforzo cognitivo**



TEMPO COGNITIVO LENTO

(Barkley, J Child Adolesc Psychology, 2012)

Una parte dei soggetti con ADHD disattento (senza iperattività) presenta sintomi di inattenzione «pura»:

- * Sognano ad occhi aperti, restare incantati
- * Annebbiamento mentale, confusione
- * Letargia, apatia e sonnolenza
- * Rallentamento motorio
- * Ipoattività, pigrizia, indolenza
- * Trascuratezza, perdere oggetti facilmente
- * Lentezza esecutiva (processazione, reazione)
- * Non differenza tra maschi e femmine

Rispetto agli ADHD presentano:

- * Sono introspettivi e sognanti, si trascurano, poco motivati, mancano di energia in attività quotidiane
 - * Timidezza e lentezza possono essere interpretate come distacco o disinteresse
 - * Nei gruppi sono più ignorati che rifiutati (non sono intrusivi/aggressivi)
 - * Minore disturbo oppositivo-provocatorio o della condotta
 - * Ritiro sociale o passività sociale con i coetanei
 - * Disturbi di apprendimento (25-50%, soprattutto in matematica)
- Maggiori sintomi internalizzanti (ansia, depressione)

Da cosa è causato l'ADHD?

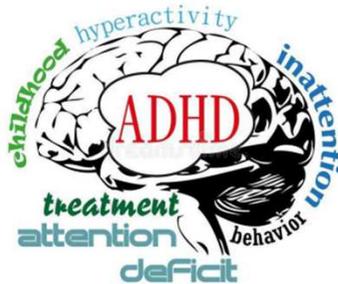
Origine NEUROBIOLOGICA



Fattori ambientali

Qual è la sua incidenza? → Dal 3 al 5% della popolazione scolastica

Si «guarisce» dall'Adhd? → L'ADHD non è una malattia, ma un funzionamento neuroevolutivo diverso....



Fattori individuali

(fattori biologici, temperamento, distorsioni ed errori cognitivi)

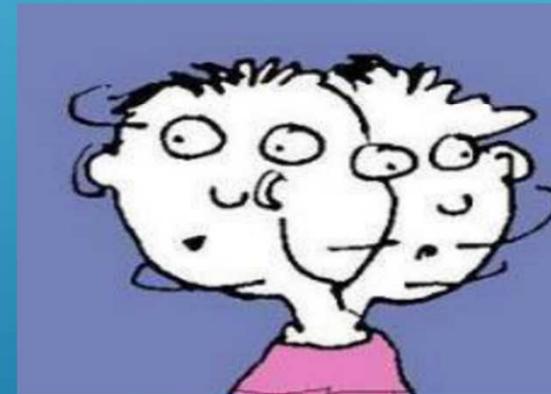
A livello neurobiologico:

la ricerca scientifica suggerisce che i bambini/ragazzi con ADHD, DOP hanno un deficit di funzione dopaminergica (striato) che può essere responsabile delle disfunzioni esecutive, e una disfunzione noradrenergica responsabile dell'estrema variabilità dei tempi di reazione

Ovviamente è tutto molto più complesso di così: il concetto chiave è che c'è un **funzionamento** dei **circuiti cerebrali** che è **diverso** rispetto allo sviluppo tipico, e questo funzionamento è la **causa principale** dei sintomi e dei segni dell'ADHD

ADHD

Difficoltà a controllare e a mantenere l'attenzione
Instabilità psicomotoria
Impulsività e iperattività motoria e verbale
Deficit delle funzioni esecutive
Difficoltà nel problem solving
Deficit motivazionale
Difficoltà ad aspettare il proprio turno
Difficoltà a rispettare le regole
Bassa tolleranza alla frustrazione
Difficoltà di autocontrollo emotivo-comportamentale





Disturbi del comportamento Dirompente, del Controllo, degli Impulsi e della Condotta



- Disturbo Oppositivo Provocatorio
- Disturbo Esplosivo Intermittente
- Disturbo della Condotta
- Disturbo Antisociale di Personalità
- Disturbo da Comportamento Dirompente, del Controllo degli Impulsi e della Condotta con altra specificazione
- Disturbo da Comportamento Dirompente, del Controllo degli Impulsi e della Condotta senza specificazione

Disturbi del comportamento Dirompente, del Controllo, degli Impulsi e della Condotta

Sono condizioni che comportano problemi relativi all'alterazione dell'autocontrollo, delle emozioni e dei comportamenti

Correlano con un comune spettro esternalizzante associato a:

- Disinibizione
- Emotività negativa
- Costrizione e accondiscendenza (comorbidità con uso di sostanze)

Fattori di Rischio

Fattori Temperamentali

- Problemi di regolazione emotiva (per es., alti livelli di reattività emozionale, scarsa tolleranza alla frustrazione)
- Temperamento infantile difficile e scarsamente controllato
- Capacità verbali inferiori alla media
- Traumi fisici ed emotivi durante i primi 20 anni di vita

Fattori di rischio

Fattori Ambientali

- Pratiche educative rigide, incoerenti o negligenti
- Avvicinarsi di diversi caregiver
- Rifiuto/trascuratezza da parte dei genitori
- Istituzionalizzazione
- Famiglia di grandi dimensioni
- Psicopatologia familiare
- Rifiuto dei coetanei
- Ambienti di deriva sociale, esposizione alla violenza
- Genitori migranti

Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta

DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO

- A. Un pattern di umore collerico/irritabile, comportamento polemico/provocatorio o vendicativo che dura da almeno 6 mesi evidenziato dalla presenza di almeno quattro sintomi di qualsiasi tra le seguenti categorie, e manifestato durante l'interazione con almeno un individuo diverso da un fratello.

Umore collerico/irritabile

1. Va spesso in collera
2. È spesso permaloso/a o facilmente contrariato/a
3. È spesso adirato/a e risentito/a

Comportamento polemico/provocatorio

4. Litiga spesso con figure che rappresentano l'autorità o, per i bambini e gli adolescenti, con gli adulti
5. Spesso sfida attivamente o si rifiuta di rispettare le richieste provenienti da figure che rappresentano l'autorità o le regole
6. Spesso irrita deliberatamente gli altri
7. Spesso accusa gli altri per i propri errori o il proprio cattivo comportamento

Vendicatività

8. È stato/a dispettoso/a o vendicativo/a almeno due volte negli ultimi 6 mesi

Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta

DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORI O

Nota: la persistenza e la frequenza di questi comportamenti dovrebbero essere usate per distinguere un comportamento che è entro i limiti della normalità da quello che rappresenta un sintomo. Per i bambini di età inferiore ai 5 anni, il comportamento dovrebbe verificarsi quasi tutti i giorni per un periodo di almeno 6 mesi, se non diversamente specificato (criterio A8). Per gli individui di 5 anni o maggiori, il comportamento dovrebbe verificarsi almeno una volta alla settimana per almeno 6 mesi, se non diversamente specificato (criterio A8). Mentre questi criteri forniscono indicazioni sul livello minimo di frequenza per definire i sintomi, anche altri fattori devono essere considerati, come per esempio se la frequenza e l'intensità sono al di fuori dei limiti considerati normali per il livello di sviluppo, il genere e la cultura dell'individuo.

Specificatori di gravità:

Lieve: i sintomi sono limitati ad un unico ambiente (per es. a casa, a scuola, al lavoro, con i coetanei)

Moderata: alcuni sintomi sono presenti in almeno due ambienti

Grave: alcuni sintomi sono presenti in tre o più ambienti

Fonte: DSM-5

Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta

DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORI O

Prevalenza:

1-11 % (stima media del 3,3%) popolazione generale

Sviluppo e decorso:

- Primi sintomi durante l'età prescolare
- Spesso precede il disturbo della condotta
- Maggiore rischio di sviluppare disturbi d'ansia e disturbo depressivo maggiore
- Maggiore rischio di problemi di adattamento, comportamento antisociale, problemi di controllo degli impulsi, uso di sostanze

Comorbidità:

- ADHD
- Disturbi d'ansia
- Disturbo depressivo maggiore
- Disturbi da uso di sostanze

DOP



COMPORTAMENTO DI SFIDA ALL'AUTORITÀ

- Comportamenti ostili
- Bassa tolleranza alla frustrazione
- Difficoltà ad accettare i limiti e a rispettare le regole
- Difficoltà di autoregolazione emotivo-comportamentale
- Comportamenti vendicativi

Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta

DISTURBO ESPLOSIVO INTERMITTENTE

- A. Accessi comportamentali ricorrenti che rappresentano l'incapacità di controllare gli impulsi aggressivi, come manifestato da uno dei seguenti:
 - 1. Aggressione verbale (per es. accessi di collera, invettive, discussioni o litigi verbali) o aggressione fisica verso proprietà, animali o altre persone, che si verificano, in media, due volte a settimana per un periodo di 3 mesi. L'aggressione fisica non comporta danneggiamento o distruzione di proprietà e non provoca lesioni ad animali o ad altre persone.
 - 2. Tre accessi comportamentali che implicano danneggiamento o distruzione di proprietà e/o aggressione fisica che provoca lesioni ad animali o ad altre persone, e che si verificano in un periodo di 12 mesi.
- B. Il grado di aggressività espresso durante gli accessi ricorrenti è grossolanamente esagerato rispetto alla provocazione o a qualsiasi fattore psicosociale stressante precipitante.
- C. Le ricorrenti esplosioni di aggressività non sono premeditate (cioè sono impulsive e/o generate dalla rabbia) e non hanno lo scopo di raggiungere qualche obiettivo concreto (per es. denaro, potere, intimidazione).

Sistema Socio Sanitario

Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta

DISTURBO ESPLOSIVO INTERMITTENTE

D. Le ricorrenti esplosioni di aggressività causano o un disagio marcato nell'individuo o la compromissione del suo funzionamento in ambito lavorativo o interpersonale, oppure sono associate a conseguenze finanziarie o legali.

E. L'età cronologica è di almeno 6 anni (o livello di sviluppo equivalente)

Nota: questa diagnosi può essere posta in aggiunta a quella di disturbo da deficit di attenzione/iperattività, disturbo della condotta, disturbo oppositivo provocatorio o disturbo dello spettro dell'autismo quando le ricorrenti e impulsive esplosioni di aggressività sono superiori a quelle che solitamente sono presenti in questi disturbi e giustificano un'attenzione clinica indipendente.

Prevalenza:

- 4,0% della popolazione generale
- Più diffuso negli individui più giovani (<35 anni)

Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta

DISTURBO ESPLOSIVO INTERMITTENTE

Sviluppo e decorso:

- Esordio tarda infanzia o adolescenza
- Il decorso può essere episodico
- Generalmente decorso cronico e persistente

Comorbidità:

- Disturbi depressivi
- Disturbi d'ansia
- DSPT
- Bulimia nervosa
- Binge eating
- Uso di sostanze
- Disturbo antisociale e borderline di personalità

Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta

DISTURBO DELLA CONDOTTA

- A. Un 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 3 dei seguenti 15 criteri in qualsiasi fra le categorie sotto indicate, con almeno un criterio presente negli ultimi 6 mesi.

Aggressione a persone e animali

1. Spesso fa il/la prepotente, minaccia o intimorisce gli altri
2. Spesso dà il via a colluttazioni
3. Ha usato un'arma che può causare seri danni fisici ad altri (per es., un bastone, un mattone, una bottiglia rotta, un coltello, una pistola)
4. È stato/a fisicamente crudele con le persone
5. È stato/a fisicamente crudele con gli animali
6. Ha rubato affrontando direttamente la vittima (per es., aggressione, scippo, estorsione, rapina a mano armata)
7. Ha costretto qualcuno ad attività sessuali

Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta

DISTURBO DELLA CONDOTTA

Distruzione della proprietà

- 8. Ha deliberatamente appiccato il fuoco con l'intenzione di causare seri danni
- 9. Ha deliberatamente distrutto proprietà altrui (in modo diverso dall'appicare il fuoco)

Frode o furto

- 10. È penetrato/a nell'abitazione, nel caseggiato o nell'automobile di qualcun altro
- 11. Spesso mente per ottenere vantaggi o favori o per evitare dei doveri (cioè raggira gli altri)
- 12. Ha rubato articoli di valore senza affrontare direttamente la vittima (per es., furto nei negozi, ma senza scasso, contraffazione)

Gravi violazioni di regole

- 13. Spesso, già prima dei 13 anni d'età, trascorre la notte fuori, nonostante le proibizioni dei genitori
- 14. Si è allontanato/a da casa di notte almeno due volte mentre viveva nella casa dei genitori o di chi ne faceva le veci, o una volta senza ritornare per un lungo periodo
- 15. Spesso, già prima dei 13 anni d'età, marina la scuola

Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta

DISTURBO DELLA CONDOTTA

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

C. Se l'individuo ha 18 anni o più, non sono soddisfatti i criteri di disturbo antisociale di personalità

Specificatori

Tipo con esordio nell'infanzia: gli individui presentano almeno un sintomo caratteristico del disturbo della condotta prima dei 10 anni d'età

Tipo con esordio in adolescenza: gli individui non mostrano alcun sintomo caratteristico del disturbo della condotta prima dei 10 anni d'età

Esordio non specificato: sono soddisfatti i criteri per la diagnosi di disturbo della condotta, ma non sono disponibili informazioni sufficienti per determinare se l'esordio del primo sintomo si è verificato prima o dopo i 10 anni d'età

Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta

DISTURBO DELLA CONDOTTA

Specificatori:

Con emozioni prosociali limitate: perché gli venga assegnato questo specificatore, un individuo deve aver mostrato in modo persistente, per almeno 12 mesi e in diversi tipi di relazione e ambienti, almeno due delle seguenti caratteristiche. Queste riflettono i tipici pattern di funzionamento interpersonale ed emotivo dell'individuo in un determinato periodo e non solo in eventi occasionali in alcune situazioni. Pertanto, per valutare i criteri dello specificatore sono necessarie più fonti di informazione. Oltre a ciò che riferisce l'individuo, è necessario prendere in considerazione le testimonianze di altre persone che sono state a contatto con lui per lunghi periodi di tempo (per es., genitori, insegnanti, colleghi, altri parenti, coetanei).

Mancanza di rimorso o senso di colpa: non prova rimorso o senso di colpa quando compie qualcosa di sbagliato (escludere il rimorso se questo viene espresso solo dall'individuo in arresto e/o messo di fronte a una punizione). L'individuo mostra una generale mancanza di preoccupazione per le conseguenze negative delle sue azioni. Per esempio, l'individuo non è pentito dopo aver ferito qualcuno o non si preoccupa delle conseguenze derivanti dall'infrangere le regole.

Sistema Socio Sanitario

Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta

DISTURBO DELLA CONDOTTA

Insensibilità-mancanza di empatia: disprezza gli altri ed è incurante dei loro sentimenti. L'individuo è descritto come freddo e indifferente. Appare preoccupato più per gli effetti che le sue azioni hanno su di lui che per quelli sugli altri, anche quando comportano un grave danno per gli altri.

Indifferenza per i risultati: non mostra preoccupazione per lo scarso/problematico rendimento a scuola, al lavoro o in altre attività importanti. L'individuo non mette l'impegno necessario per una buona riuscita, anche quando le aspettative sono chiare, e tipicamente incolpa gli altri per i suoi scarsi risultati.

Affettività superficiale o anaffettività: non esprime sentimenti né mostra emozioni verso gli altri, se non in modi che sembrano poco profondi, insinceri o superficiali (per es., le azioni contraddicono l'emozione mostrata; può «accendere» o «spegnere» in fretta le proprie emozioni) o usando espressioni emotive per il proprio vantaggio (per es., emozioni mostrate per manipolare o intimidire gli altri).

Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta

DISTURBO DELLA CONDOTTA

Prevalenza: 2-10% con una media del 4% nella popolazione generale. La prevalenza del disturbo della condotta negli adolescenti è più frequentemente associata a fattori di stress psicosociale (per es., essere membro di un gruppo etnico socialmente oppresso che subisce discriminazione)

Sviluppo e decorso:

- Primi sintomi significativi tra la media infanzia e la media adolescenza
- Disturbo oppositivo provocatorio come precursore
- Solitamente regredisce con l'età adulta

Comorbidità:

- Maggior rischio per pensieri suicidari, tentativi di suicidio e suicidio
- ADHD
- Disturbo oppositivo-provocatorio
- DSA
- Disturbi d'ansia
- Disturbo depressivo o bipolare
- Disturbi correlati a sostanze
- Disturbi della comunicazione

DC

COMPORTAMENTO MARCATAMENTE AGGRESSIVO

Trasgressione palese delle regole

Uso sistematico della menzogna, dell'inganno e della minaccia

Relazioni conflittuali con adulti e pari

Atti di bullismo

Atti distruttivi e di vandalismo

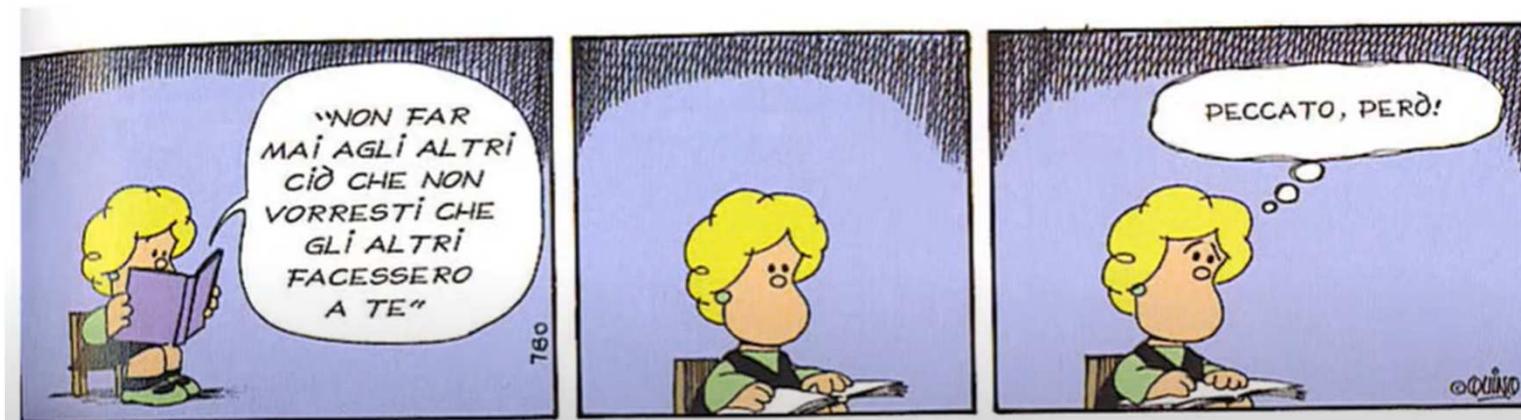
Possibile abuso sessuale

Possibili reati



CTS/CTI della provincia Varese

Disturbo della Condotta (DC)



DISTURBO DA AUTOLESIVITA' NON SUICIDARIA

Condizioni che necessitano di ulteriori studi

A. Nell'ultimo anno, in cinque o più giorni, l'individuo si è intenzionalmente inflitto danni di qualche tipo alla superficie corporea in grado di indurre sanguinamento, lividi o dolore (per es., tagliandosi, bruciandosi, accoltellandosi, colpendosi, strofinandosi eccessivamente), con l'aspettativa che la ferita porti a danni fisici soltanto lievi o moderati (non c'è intenzionalità suicidaria).

Nota: l'assenza di intenzionalità suicidaria è stata affermata dal soggetto oppure può essere dedotta dal fatto che il soggetto ha ripetutamente messo in atto un comportamento essendo consapevole, o avendo appreso, che non è probabile che conduca alla morte.

B. L'individuo è coinvolto in attività autolesionistiche con una o più delle seguenti aspettative:

1. Ottenere sollievo da una sensazione o uno stato cognitivo negativi.
2. Risolvere una difficoltà interpersonale.
3. Indurre una sensazione positiva.

DISTURBO DA AUTOLESIVITA' NON SUICIDARIA

Condizioni che necessitano di ulteriori studi

C. L'autolesività intenzionale è associata ad almeno uno dei seguenti sintomi:

1. Difficoltà interpersonali o sensazioni o pensieri negativi, come depressione, ansia, tensione, rabbia, disagio generalizzato, autocritica, che si verificano nel periodo immediatamente precedente al gesto autolesivo.

2. Prima di compiere il gesto, presenza di un periodo di preoccupazione difficilmente controllabile riguardo al gesto che l'individuo ha intenzione di commettere.

3. Pensieri di autolesività presenti frequentemente, anche quando il comportamento non viene messo in atto.

D. Il comportamento non è sancito socialmente (per es., body piercing, tatuaggi, rituali religiosi o culturali) e non è limitato all'indursi di lesioni da grattamento o al mangiarsi le unghie.

E. Il comportamento o le sue conseguenze causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico, lavorativo o in altre aree importanti.

F. Il comportamento non avviene esclusivamente durante episodi psicotici, delirio, intossicazione o astinenza da sostanze. Negli individui con disturbo del neurosviluppo, il comportamento non è parte di un pattern di stereotipie ripetitive. Il comportamento non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale o condizione medica (per es., disturbo psicotico, disturbo dello spettro dell'autismo, disabilità intellettiva, sindrome di Lesch-Nyhan, disturbo stereotipato del movimento con autolesività, tricotillomania [disturbo da

DISTURBO DA AUTOLESIVITA' NON SUICIDARIA

Condizioni che necessitano di ulteriori studi

La **prevalenza** stimata dell'autolesività non suicidaria nella popolazione generale è del **7-8% per la fascia d'età dai 7 ai 13 anni, tra il 17 e il 23% in adolescenza e tra il 17 e il 40% nei giovani adulti**, con una distribuzione pressoché equivalente tra maschi e femmine (Barrocas, Hankin, Young, & Abela, 2012; Giletta, Scholte, Engels, Ciairano, & Prinstein, 2012; Hasking, Momeni, Swannell, & Chia, 2008; Plener, Libal, Keller, Fegert, & Muehlenkamp, 2009).

Nel DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), l'autolesività non suicidaria compariva unicamente come un sintomo del Disturbo Borderline di personalità; numerosi studi successivi (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006; Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003; Lofthouse, Muehlenkamp, & Adler, 2009) hanno però mostrato come **una buona parte di persone che mettono in atto un comportamento autolesivo non suicidario presenti sintomi che soddisfano criteri per altri disturbi o per nessuna diagnosi psichiatrica**. Nell'ultimo ventennio, inoltre, l'aumentato interesse non solo da parte dei professionisti della salute mentale, ma anche dal grande pubblico (prima negli USA e in seguito anche in Europa), ha provocato un aumento di studi su tale condizione, fino alla proposta di considerarla una sindrome indipendente (Klonsky, Muehlenkamp, Lewis, & Walsh, 2011).

 Ospedale  Regione

 Ospedale
Maggiore  Regione
Lombardia
ASST Crema

DISTURBO DA AUTOLESIVITA' NON SUICIDARIA

Condizioni che necessitano di ulteriori studi

Gli studi longitudinali hanno identificato quali fattori principali correlati allo sviluppo e al mantenimento di NSSI **l'abuso nell'infanzia, difficoltà di linguaggio e comunicative, Alessitimia e sintomi depressivi** (Barrocas, Giletta, Hankin, Prinstein, & Abela, 2015; Cipriano, Cella, & Cotrufo, 2017; Gatta, Dal Santo, Rago, Spoto, & Battistella, 2016).

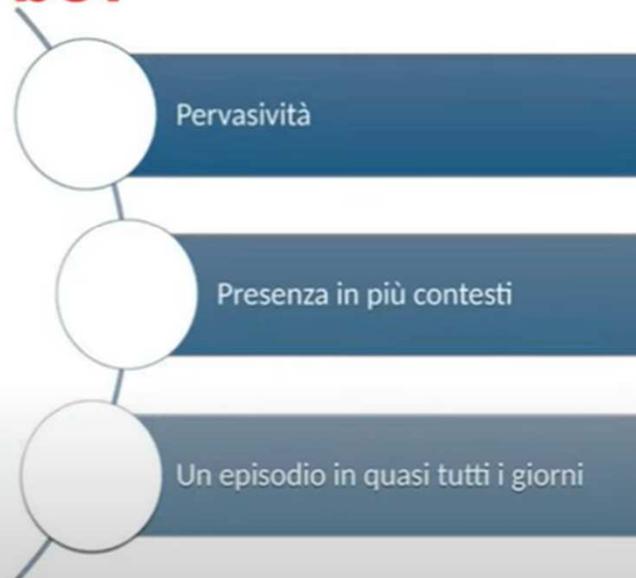
Sviluppo e decorso:

- Prima-media adolescenza con età d'esordio precoci associate a manifestazioni più gravi
- Picco intorno ai 20 anni, declino nell'età adulta
- Gli individui spesso apprendono il comportamento attraverso il suggerimento o l'osservazione di qualcun altro, attraverso i media e i social media

Aumento del rischio suicidario: tipicamente l'autolesività non suicidaria precede di 1-2 anni i tentativi di suicidio



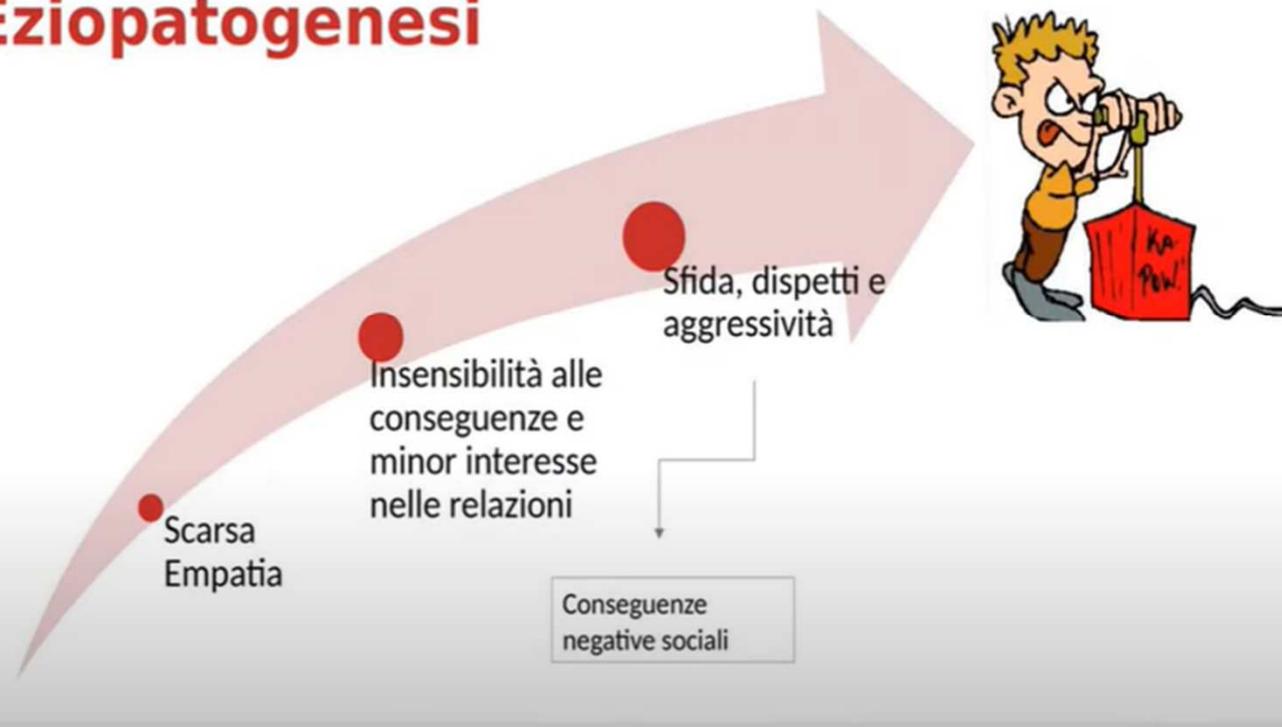
Come distinguere una difficoltà da un disturbo?



Eziopatogenesi



Eziopatogenesi



Sono spesso presenti i deficit delle **funzioni esecutive**, ovvero difficoltà nella pianificazione e nell'organizzazione del comportamento:

- assenza di piani o piani troppo rigidi
- difficoltà all'inibizione di risposte preponderanti
- mancanza di flessibilità cognitiva (difficoltà a modificare il proprio comportamento in base alle circostanze)
- possibili anche difficoltà sul piano attentivo (attenzione breve o iperattenzione sul dettaglio)

Funzioni esecutive



Talamo
Nuclei della base
Corteccia prefrontale

Meccanismo di facilitazione delle decisioni basato su

Inibizione delle informazioni irrilevanti

Mantenimento e manipolazione delle informazioni utili
Al successo del mio comportamento

deficit nelle funzioni esecutive

*Inibizione della risposta

Difficoltà di autoregolazione

motoria

emotiva

*Memoria di lavoro

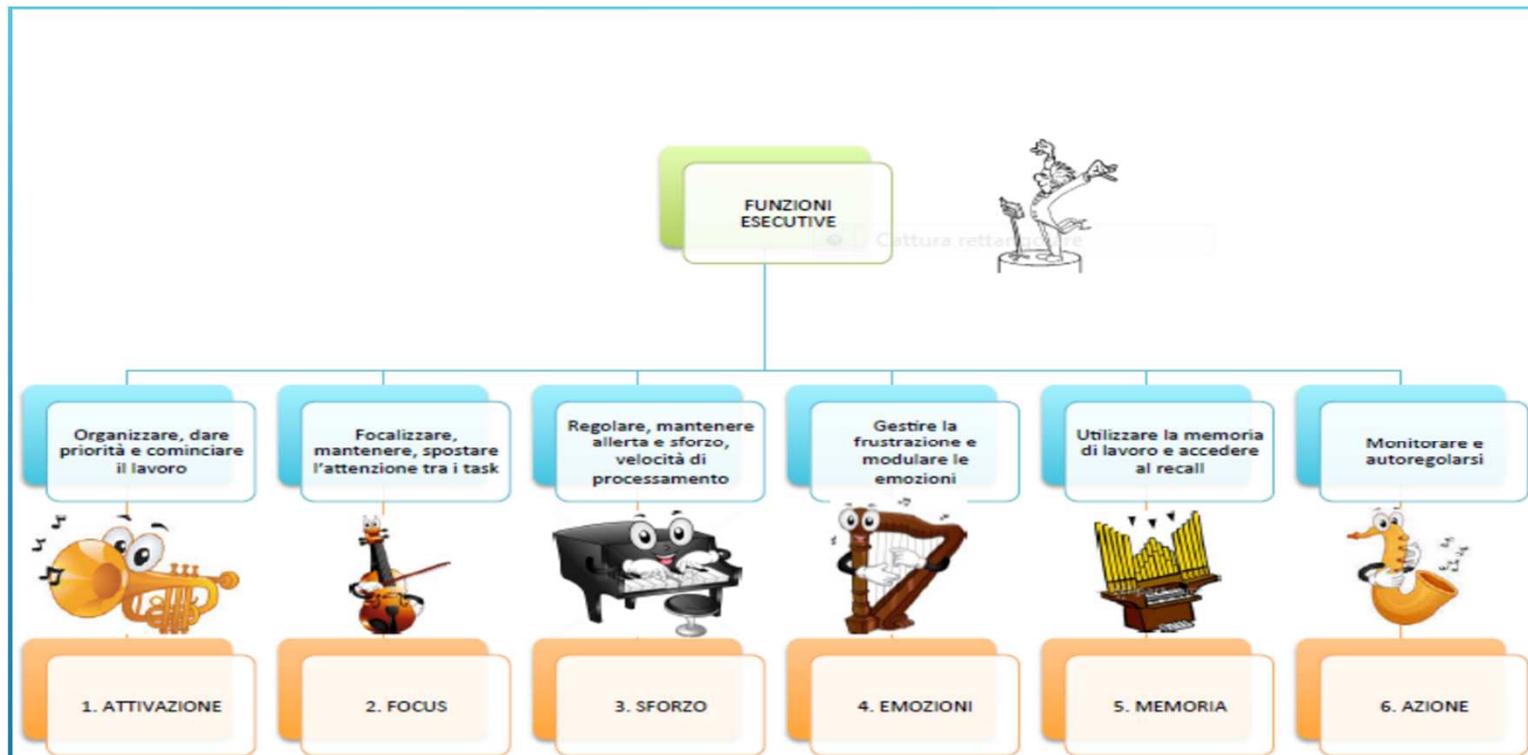
verbale

Visuo-spaziale

*Flessibilità

*Vigilanza

*Pianificazione e controllo dell'interferenza



Schema basato sul modello di Brown, 2013

Che significato ha la diagnosi di «Disturbo del comportamento»?

I nostri ragazzi hanno difficoltà a:

Selezionare e focalizzarsi su stimoli rilevanti nell'ambiente:

- * Procrastinano i compiti e i lavori noiosi
- * Faticano a focalizzarsi sulle scelte.....
- * Emotivamente sovraccarichi...
- * Difficilmente portano a termine qualcosa
- * Difficoltà in tutti i compiti che dal loro punto di vista non sono interessanti e/o richiedono di fronteggiare un complesso ordine di stimoli mentali

Mantenere la concentrazione e resistere alla tentazione:

* Iniziano un compito «noioso»...e lungo la strada si focalizzano su altro, lasciando il compito incompleto o lo completano successivamente in modo non adeguato

* Spesso stimoli visivi, uditivi e cinestetici competono per raggiungere attenzione dell'adolescente: attività che richiederebbero un tempo limitato di esecuzione diventano molto più lunghe...

Tendenza ad annoiarsi molto facilmente (difficoltà a mantenere lo sforzo attentivo in coerenza con il compito)

- * Si annoiano facilmente con attività ripetitive o poco stimolanti, specie in compiti lunghi e noiosi
 - * Spesso vanno alla ricerca di esperienze nuove ed eccitanti per mantenere vivo il loro interesse
 - * Comportamenti a rischio

Difficoltà di organizzazione e di recupero delle informazioni apprese

- * Difficoltà a programmare le priorità
 - * Percezione distorta del tempo che passa

Difficoltà di passaggio da un'attività all'altra

- * Eccessiva focalizzazione su un solo dettaglio della situazione
- * rigidità

IMPULSIVITA'

- * Bassa capacità di controllo degli impulsi
- * Difficoltà ad attivare risposte inibitorie

Difficoltà a dilazionare la ricompensa

- * Sceglie il piacere immediato anziché la soddisfazione futura
- * Non riflette sulle conseguenze delle proprie azioni
 - * Grossa difficoltà ad adeguare il comportamento a regole esterne

Impulsività cognitiva

- * Difficoltà ad essere precisi nell'esecuzione di un compito

Dal punto di vista emotivo

* frustrazione

* Bassa autostima

* agitazione

*Malumore e/o sovraeccitazione

* collera

* Improvvisi scatti di rabbia o violenza con risposte aggressive fisiche e verbali (verso sé stessi e verso gli altri)



Fattori di rischio:

- *Presenza di familiari con le stesse fragilità 
 - genetica
 - ambiente
- *Comorbilità con altri disturbi
- *QI nella fascia bassa della norma
- *Relazioni familiari disorganizzate

*MANCATA ACCETTAZIONE DEL PROBLEMA da parte di
genitori e insegnanti*

Fattori Di Miglioramento

*Buon funzionamento cognitivo

*Assenza di altri disturbi

***Comprensione** del problema da parte di genitori e insegnanti

*Accettazione delle caratteristiche del bambino/ragazzo

*Presenza di poche regole comprese, condivise e non arbitrarie

*Atteggiamento riflessivo di chi circonda il bambino

*Valorizzazione dell'accuratezza (non della velocità)

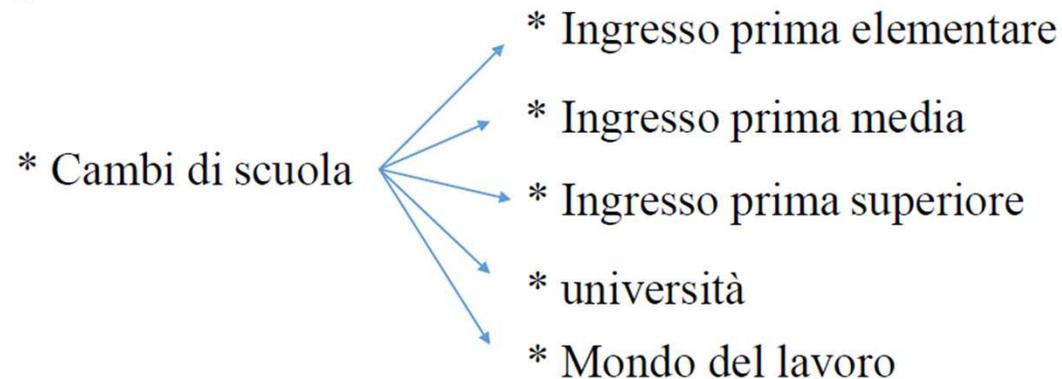
*Supporto di professionisti specializzati per supportare il ragazzo e la famiglia

Passaggi critici

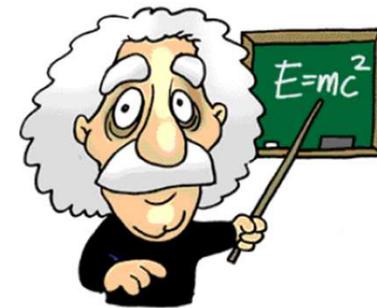
* diagnosi: **comprensione e accettazione**



* Pianificare interventi «**life span**», che accompagnino il bambino all'ingresso della vita adulta



Quali sono gli esiti dei disturbi non trattati? (Barkley, febbraio 2018)



Nel settore educazione

Più bocciature (20-45%)

Tassi di espulsione più elevati

Percentuali di abbandono più alte

Media scolastica più bassa (anche a fronte di quozienti intellettivi elevati)

Problemi nel settore lavoro

Entrata nel mondo del lavoro a livello non/semi qualificato

Maggiori probabilità di disoccupazione

Più probabilità di essere licenziato

Cambio di lavoro più frequente

Più sintomi di ADHD/DOP sul posto di lavoro

Rischi per la guida

- * Sterzata più lenta, minor tempo di reazione nella frenata
 - * Minore applicazione delle abitudini di guida sicura
 - * Maggiore probabilità di guidare prima di avere la patente
 - * Più rischi, infrazioni e distrazione alla guida
 - * Più sonnolenza eccessiva durante la guida
 - * Più incidenti con colpa
 - * Più sospensioni/ritiri patente

Esiti sociali

- * Meno amici
- * Durata minore delle relazioni
 - * Bassi livelli di soddisfazione coniugale
 - * Maggiore rischio di relazioni extraconiugali
 - * Maggiore rischio di dipendenza da internet e videogiochi
 - * Problemi sostanziali nella gestione del denaro e del credito

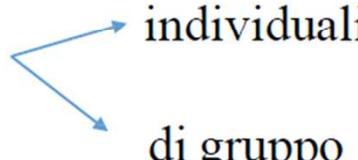
Sessualità e rischi per la salute riproduttiva

- * Inizio precoce dell'attività sessuale
 - * Maggior numero di partner nell'arco della vita
 - * Più sesso occasionale (al di fuori di relazioni stabili)
 - * Minore probabilità di usare contraccettivi
 - * Più gravidanze adolescenziali
 - * Maggiore rischio di malattie sessualmente trasmissibili
 - * Comportamenti sessuali più a rischio

Che tipo di intervento può essere attuato?

*Interventi educativi (a partire dalla consapevolezza nella scuola)

*Gli interventi sociali (famiglia – con il parent training-, contesto di vita, sport, gruppo dei pari)

* Interventi psicologici con bambino/ragazzo 
individuali
di gruppo

* Intervento farmacologicoche permette agli altri interventi di poter essere messi in atto

E NEL LINGUAGGIO DEGLI INSEGNANTI...

- ▶ Difficoltà di gestione in classe
- ▶ Producono frustrazione per mancanza di risultati
- ▶ Manifestano comportamenti problematici
- ▶ Necessitano di continua assistenza in un rapporto uno a uno
- ▶ Comportano l'impossibilità di progettare percorsi condivisi con gli altri alunni
- ▶ In generale, richiedono una notevole capacità di progettazione
- ▶ Gli interventi sul piano della didattica sono molto ridotti
- ▶ Presentano una mancanza di autonomia fisica e/o psichica
- ▶ Necessitano di una riduzione dell'orario di frequenza
- ▶ Sono gestibili prevalentemente fuori dalla classe
- ▶

Talvolta la gravità si accentua nel passaggio ai gradi scolastici successivi



“Il comportamento umano, persino il più grave comportamento problematico manifestato da chi presenta disabilità dello sviluppo, non è il risultato di qualche processo accidentale. Il comportamento si verifica in quanto tipicamente **serve ad uno scopo** per l'individuo che lo manifesta; questo è il motivo per cui i problemi di comportamento si verificano così frequentemente, e per il quale è spesso tanto difficile trattarli” (Carr).

Come possiamo aiutare i nostri ragazzi?

Per **INCLUDERE**
bisogna prima
COMPRENDERE