

CORSO DI FORMAZIONE

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO E DELLA RELAZIONE: DALL'OSSERVAZIONE NEL CONTESTO EDUCATIVO ALLE TECNICHE DI INTERVENTO

Ministero dell'istruzione, dell'università e della Ricerca Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto

DIREZIONE GENERALE Ufficio II –

Ordinamenti scolastici. Politiche formative e orientamento.

Rapporti con la Regione. Progetti europei. Esami di Stato.

SECONDO MODULO

Inquadramento dei disturbi internalizzanti: in particolar modo disturbi d'ansia e dell'umore.

Presentazione della scheda di osservazione

Esercitazioni su casi clinici in sessione e a domicilio

dr.ssa Silvia Zanato

Neuropsichiatra Infantile

I DISTURBI D'ANSIA

Ansia

- Stato di inquietudine, di attesa affannosa, di pericolo imminente ed indefinibile, si associa a sentimenti di incertezza ed impotenza. L'ansia è spesso priva di un oggetto scatenante o meglio questo non viene riconosciuto. Si associa a sintomi neurovegetativi, che si ripercuotono sul vissuto emozionale, esacerbandolo

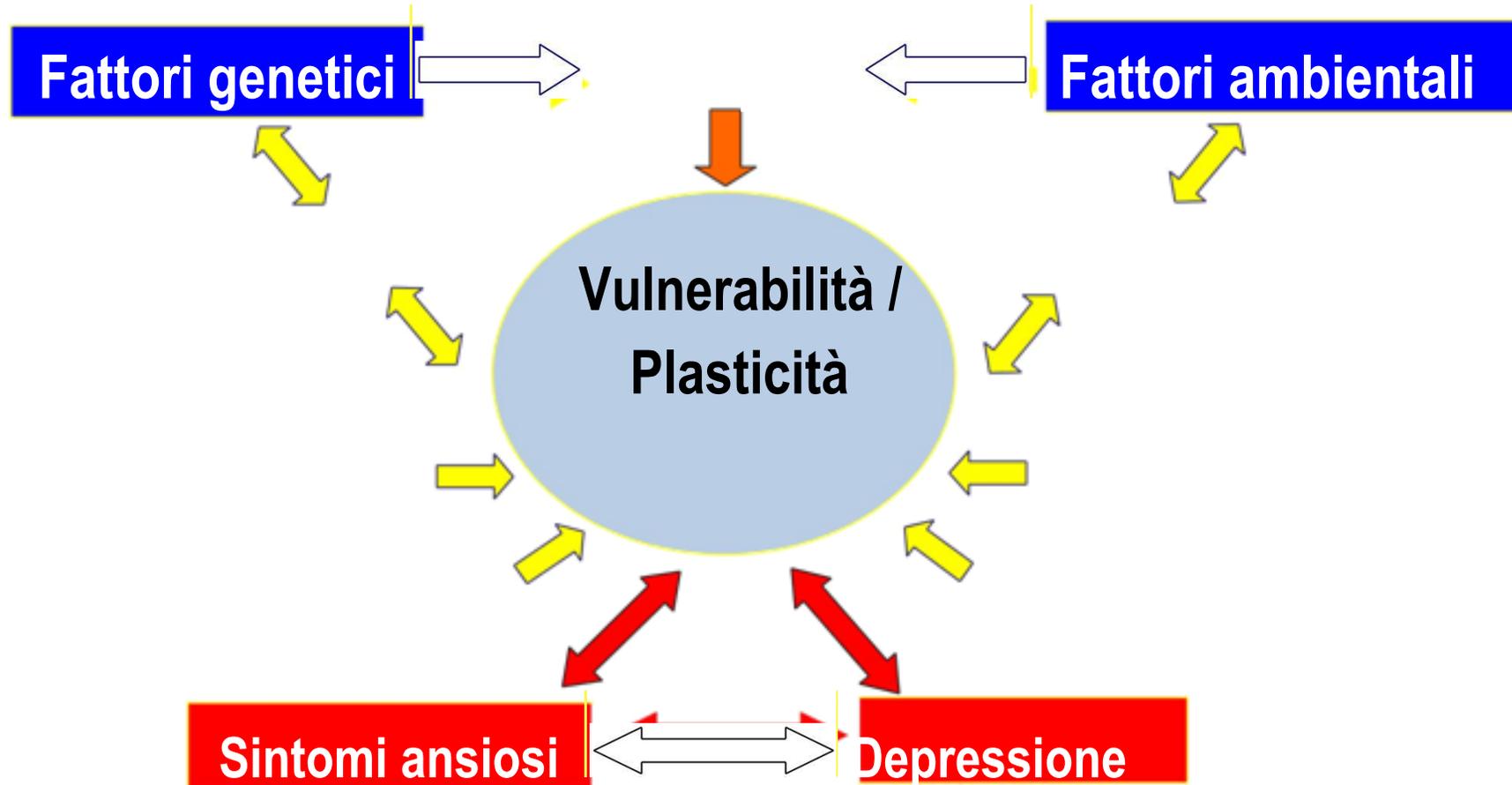
Ansia

- Ansia anticipatoria: sentimenti di allarme e di apprensione quando si prospetta l'eventualità di affrontare una situazione ansiogena
- Ansia generalizzata: stato duraturo di attesa apprensiva, eccessiva ed irrealistica, con preoccupazioni relative a svariate circostanze esistenziali ed anticipazione pessimistica di eventi negativi
- Panico: episodio a carattere critico di ansia e terrore ad insorgenza improvvisa e di durata limitata nel tempo con marcati fenomeni neurovegetativi ed associato ad un vissuto di tipo catastrofico

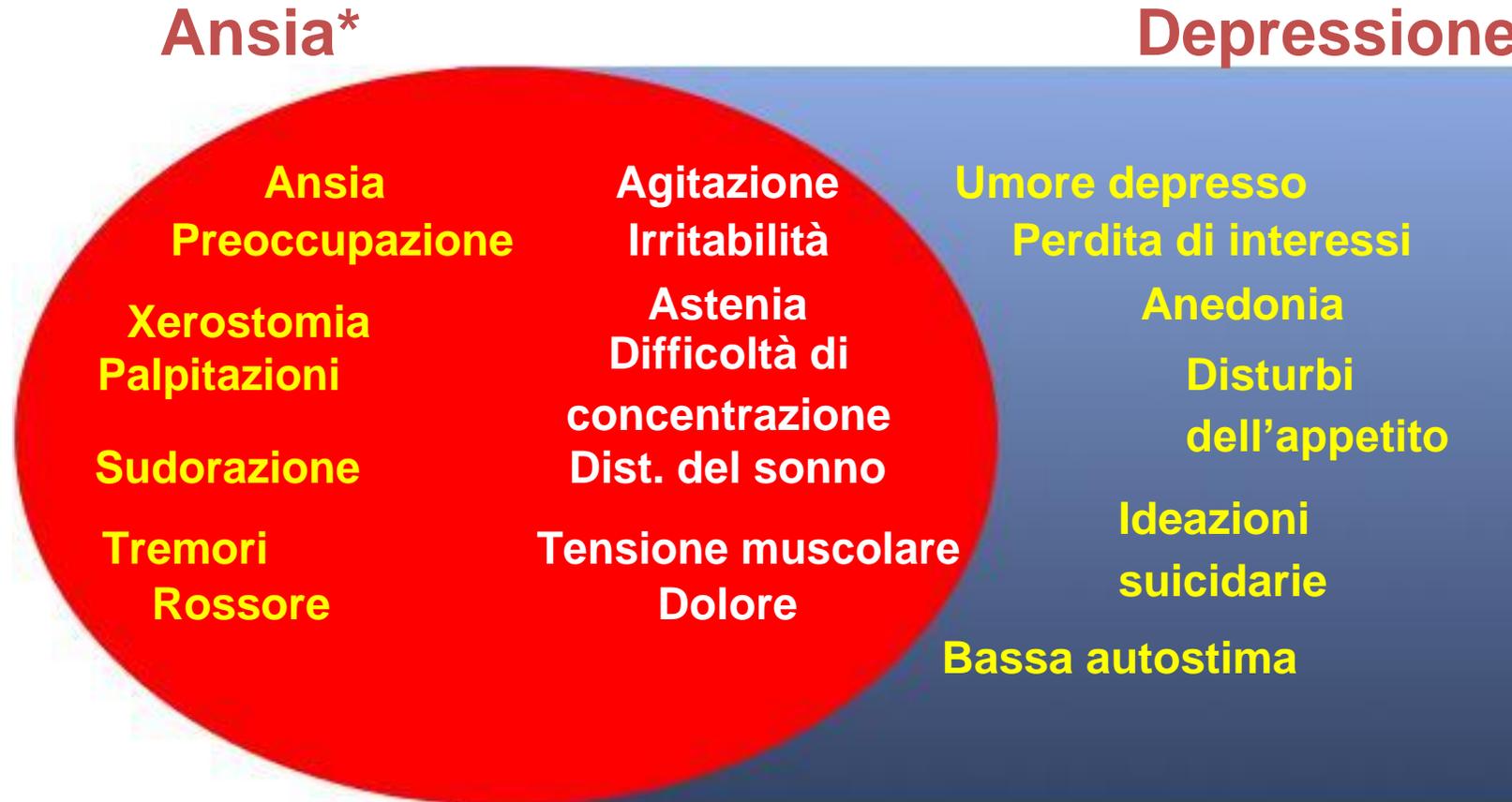
Ansia normale ed ansia patologica

- Frequenza, intensità; durata.
- Proporzione tra gravità della situazione oggettiva e risposta ansiosa del soggetto.
- Grado di sofferenza soggettiva determinato dall'ansia.
- Grado di compromissione della libertà e delle capacità di funzionamento psicosociale del soggetto.

Depressione e ansia: tra geni e ambiente



Sovrapposizione tra sintomi ansiosi e sintomi depressivi



Epidemiologia

- Il più comune disturbo psichiatrico nella popolazione pediatrica (Europa e Stati Uniti)
- Prevalenza: 6-18%
 - fobie specifiche e fobia sociale (10% - 7%);
 - disturbo d'ansia da separazione (2.8% - 8%);
 - agorafobia e attacchi di panico (in infanzia: 1%; in adolescenza: 2-3% attacchi di panico, 3-4% agorafobia)
- Frequente COMORBIDITA': >60% dei bambini affetti hanno 2 o più disturbi d'ansia
- Sesso: tutti, i disturbi d'ansia più frequenti in F>M;
differenza aumenta con l'età (rapporto 2:1 rapporto 3:1 in adolescenti)

L' Ansia nei bambini **in età prescolare**

SINTOMI:

disturbi dell'alimentazione e del sonno,
irritabilità-agitazione,
Intolleranza alle frustrazioni,
ansia di controllo,
difficoltà di separazione,
balbuzie,
fobie specifiche/ multiple,
inibizione,
sospesinata

GIOCO: difficoltà a separarsi dal caregiver, poco esplorativi,
direttivi e controllanti, giocano spesso per dovere

L' Ansia nei bambini in età di latenza

SINTOMI :

difficoltà di concentrazione,
irritabilità,
disturbi del sonno,
ansia da prestazione,
affaticabilità,
paure,
ansia di separazione,
ansia sociale,
preoccupazione del giudizio degli altri,
balbuzie,
perfezionismo,
rituali all'addormentamento,
comportamenti compulsivi,
lamentele somatiche

In età scolare aumentano i sentimenti depressivi che si mescolano al quadro ansioso e sono frequenti le difficoltà di apprendimento.

GIOCO : lunghe sequenze preparatorie, gioco ripetitivo, parlano più che agire, controllanti, sembrano divertirsi poco, meticolosi

L' Ansia in **adolescenza**

SINTOMI

attacchi di panico,

agorafobia,

aumenta l'ansia sociale e di prestazione,

difficoltà scolastiche,

lamentele somatiche,

aumentano sentimenti depressivi associati,

tic,

ossessioni,

compulsioni.

I DISTURBI D'ANSIA IN ETA' PRESCOLARE E SCOLARE SONO ORGANIZZATI RISPETTO A TRE POLI AFFETTIVI:

1. ANSIA DI SEPARAZIONE

2. ANSIA DI PRESTAZIONE

3. ANSIA DI CONTROLLO

Il bambino ansioso

Stile cognitivo: insicurezza nelle proprie capacità, indecisione nelle proprie scelte, incertezza nelle proprie valutazioni;

Stile relazionale: diffidenza o paura nei confronti degli altri, timore di essere abbandonato a se stesso, paura di rivelare e/o essere sopraffatto dalle proprie emozioni

Disturbo di Ansia Generalizzato

Ansia o preoccupazione eccessiva a riguardo di numerosi eventi o attività

Difficoltà nel controllare la preoccupazione

Sono presenti alcuni sintomi quali:

Irrequietezza

Facile affaticabilità

Irritabilità

Tensione muscolare

Alterazioni del sonno

Attacco di panico

Periodo breve di intensa paura durante il quale sono presenti almeno 4 dei seguenti sintomi:

- Palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia
- Sudorazione
- Tremori fini o a grandi scosse
- Dispnea o sensazione di soffocamento
- Sensazione di asfissia
- Dolore o fastidio al petto
- Nausea o disturbi addominali
- Sensazione di instabilità, testa leggera o svenimento
- Derealizzazione, depersonalizzazione
- Paura di perdere il controllo o di impazzire
- Paura di morire
- Parestesia
- Brividi o vampate di calore

Fasi degli Attacchi di Panico

Ansia anticipatoria: sensazione di nervosismo inspiegabile e senza causa apparente

Attacco di panico propriamente detto: si sviluppa improvvisamente con sintomi fisici (pallore, sudorazione, tremori, tachicardia..). Il soggetto è impaurito e crede di essere sul punto di morire o di perdere la ragione o il controllo di sé.

Evitamento: tendenza di evitare le future situazioni scatenanti

Fobia: quando/come si manifesta?

- Quando avviene il confronto con lo stimolo fobico;
- Il livello di ansia varia in funzione della vicinanza con lo stimolo fobico e della possibilità di allontanarsi dallo stesso;
- Intensità non sempre correlata in modo prevedibile con lo stimolo fobico.

Epidemiologia

- Prevalenza: 6-18%
 - fobie specifiche e fobia sociale (9%);
 - disturbo d'ansia da separazione (2.8% - 8%);
 - agorafobia e attacchi di panico (in infanzia: 1%; in adolescenza: 2-3% attacchi di panico, 3-4% agorafobia)
- Frequente COMORBIDITÀ (disturbo di panico con agorafobia)
- Sesso: tutte le sindromi fobiche più frequenti in F>M ;
differenza aumenta con alcuni sottotipi (animali, ambienti naturali, situazionale)

FOBIA SCOLARE

- Quando si parla di **rifiuto scolastico** si fa riferimento ad un disturbo in cui il livello di ansia e di paura ad andare e restare a scuola sono tali da compromettere in modo significativo una regolare frequenza scolastica e causare sequele a breve e lungo termine.

Le conseguenze possono riguardare lo **sviluppo emotivo**, sociale, le acquisizioni scolastiche, difficoltà nei rapporti con la famiglia. In seguito si possono avere difficoltà lavorative e può aumentare il rischio di un'importante compromissione della salute mentale della persona.

Sintomatologia

Il disturbo si caratterizza per i seguenti **comportamenti problematici e sintomi somatici**:

- elevata reazione di ansia nel momento in cui esce da casa o giunge davanti alla scuola, al punto da presentare sintomi da panico;
- manifestazione di un'ampia serie di sintomi somatici (vertigini, mal di testa, tremori, palpitazioni, dolori al torace, dolori addominali, nausea, vomito, diarrea, dolori alle spalle, dolori agli arti);
- il livello di angoscia può essere elevato fin dalla sera prima e il bambino può riposare male, il sonno può essere disturbato da incubi o risvegli notturni

Fobia scolare e ...

possono associarsi al rifiuto scolastico

- l'ansia da separazione,
- l'ansia generalizzata,
- la fobia sociale,
- la fobia specifica,
- gli attacchi di panico,
- il disturbo post traumatico da stress,
- la depressione,
- il disturbo della condotta,
- il disturbo oppositivo-provocatorio,
- il disturbo da deficit di attenzione-iperattività,
- i disturbi specifici dell'apprendimento.

Fattori predisponenti

Tra i fattori che maggiormente incidono nel predisporre e scatenare un rifiuto della scuola troviamo i disturbi d'ansia e i disturbi specifici degli apprendimenti, ma anche quelli ambientali. I sintomi possono iniziare in seguito ad eventi di vita stressanti che si sono verificati a casa o a scuola, tra cui :

- la malattia propria o di un membro della famiglia,
- la separazione tra i genitori,
- la separazione transitoria da uno dei genitori,
- relazioni conflittuali nella famiglia,
- un legame disadattato con uno dei genitori,
- problemi con il gruppo dei pari o con un insegnante,
- il ritorno a scuola dopo una lunga interruzione o vacanza.

I DISTURBI DELL'UMORE IN INFANZIA ED ADOLESCENZA

- Alterazione dell'umore, come caratteristica principale, manifestata con stati d'umore eccessivamente elevati o ridotti che si verificano per una durata minima di tempo. (DSM-IV)
- Alterazione dell'affettività o del tono dell'umore nel senso della depressione (con o senza ansia associata) o dell'esaltazione (ICD10)

- ▶ Le **patologie psichiatriche** rappresentano oggi il **13% del “global burden of disease”** dell’intera popolazione (World Health Organization 2014).
- ▶ Secondo l’OMS la depressione si avvia ad essere nei prossimi 20 anni la seconda causa di burden dopo l’HIV per la salute delle popolazioni ; rappresenta quindi un’emergenza in termini di salute pubblica, anche se fino ad oggi, come sottolinea sempre l’OMS, i sistemi di salute mentale dei Paesi sia ad alto che a basso reddito hanno trascurato questo problema.

National Comorbidity Survey-Adolescent

10.123 adolescenti, 13-18 anni

(Avenevoli et al., 2015)

- Prevalenza disturbi depressivi: nel corso della vita 11.0%
- Prevalenza disturbi depressivi gravi: nel corso della vita 3.0%
- Compromissione funzionale 5 volte superiore nei gravi rispetto ai lievi-moderati.
- Prevalenza crescente in adolescenza (M:F=1:1 in età prepuberale; 1:2 in adolescenza)
(Fleming and Offord, 1990; Angold and Rutter, 1992)
- Maggior parte con grave comorbidità

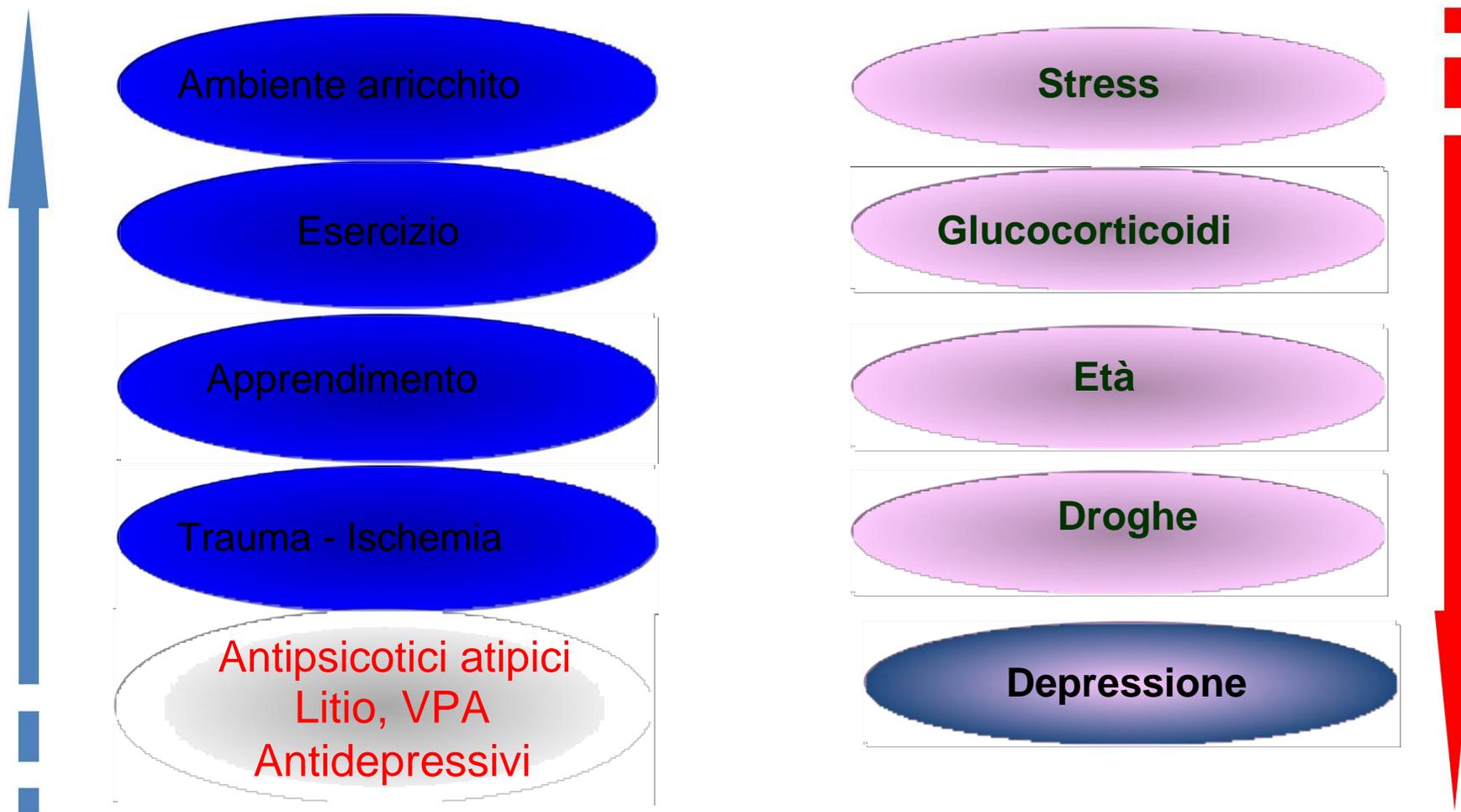
Comorbidità

- ADHD: nel il 30% dei bambini e nel 15% degli adolescenti
- Disturbi del comportamento (disturbo oppositivo-provocatorio, disturbo della condotta): nel 20-30% di adolescenti depressi, anche dopo il miglioramento di depressione
- Disturbo Depressivo Persistente: in circa 15% di DDM; il 50 % svilupperà un DDM durante la fase cronica
- Disturbo bipolare: in 20-25% dei depressi, sopra[u]o nelle forme_ad esordio più precoce

Suicidio e TS

- ✓ conseguenza devastante del disturbo depressivo (Lewinsohn et al., 1993; Rao et al., 1993; Brent, 1995; Mancinelli et al., 2001; Birmaher et al., 2002; Pelkonen and Martunen, 2003)
- ✓ decima più comune causa di morte a tutte le età, **seconda** nei giovani (dopo incidenti stradali) (CDC, 2009), terza in adolescenza negli USA (Evans et al., 2005)
- ✓ frequenza TS quadruplicata negli ultimi 50 anni (Lewinsohn et al., 1993; Birmaher et al., 2002)
- ✓ in Italia (da ISTAT; Pompili et al., 2012): tasso di suicidio medio (n. medio suicidi /a), tra 2006-2008, dello 0,91 su 100,000 abitanti (4,7% delle morti per tutte le cause in età evolutiva), in aumento dagli anni '80-'90, nonostante una globale riduzione della mortalità per tutte le altre cause
- ✓ tasso M>F; inferiore nel centro Italia
- ✓ depressi in età evolutiva (Ohberg et al., 1998; Carlsten et al., 2001; Fombonne et al., 2001; Gray et al., 2003; Olfson et al., 2003; Grunbaum et al., 2003; FDA, 2004; Hallfors et al., 2004)
 - ✓ pensieri suicidari nel 40-80%
 - ✓ TS nel 35%
 - ✓ suicidi completamente rari
- ✓ TS +++ E adolescenti suicidi completa +++ M (Hawton et al., 2012; Pandey, 2013)

BDNF e Neurogenesi



Prognosi

- Durata: 6-9 mesi (50% 12 mesi; 20% 24 mesi)
- Guarigione: 70-90% entro 2 anni
- Cronicizzazione: 10% (20% dura 2 anni)
- Recidive: 40-50% a 5 anni
- Depressione doppia: depressione cronica più lieve con periodiche acutizzazioni
- Disturbo bipolare: 20 %

Disturbo Depressivo Maggiore (DDM)

Manifestazioni cliniche

- Costante:
 - **umore depresso** (o irritabile nei bambini e adolescenti), -
marcata diminuzione di interesse o piacere per attività

Altri sintomi associati:

- significativa perdita (o aumento) di peso
- disturbi del sonno
- agitazione o rallentamento psicomotorio
- faticabilità o astenia
- sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi
- ridotta capacità di pensare e/o concentrarsi
- Pensieri ricorrenti di morte, ideazioni suicidarie, TS

DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE

in età scolare

- **importante irritabilità (oppositivo-provocatorio)**
- **tristezza**
- **Apatia (mancanza di interesse verso le attività), ritiro sociale**
- **calo del rendimento scolastico con difficoltà di concentrazione**
- **sintomi neurovegetativi (cefalea, dolori addominali, ecc.)**
- **sintomatologia ansiosa**

DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE in adolescenza

- Più vicine a quadro di adulto
- importante calo di rendimento
- frequenti pensieri di morte e di autolesionismo (equivalenti suicidari)
- abuso di sostanze
- comportamento antisociale
- ritiro sociale
- sintomi psicotici

Decorso

- Durata media di episodio 7-9 mesi
- Guarigione a 1 anno 74%, a 2 anni 92%
- 5-10% decorso cronico
- In età evolutiva frequenti ricadute: 40% nuovo episodio prima dei 2 anni e 70% prima di 5 anni
- In età adulta 45% di adolescenti con DDM sviluppano un nuovo episodio, circa 7% sviluppa in età adulta un disturbo psichiatrico non dell'umore (dist. Ansia, dist. Personalità, dist. Condotta).

Disturbo Bipolare (DB)

- Caratterizzato da episodi maniacali o ipomaniacali

Episodio maniacale: periodo definito di umore anormalmente elevato (euforico), o irritabile di almeno 1 settimana con 3 o più di questi sintomi:
grandiosità, diminuito bisogno di sonno, logorrea, ideorrea o fuga di idee, distraibilità, iperattività o agitazione psicomotoria, eccessivo coinvolgimento in attività ludiche pericolose.

Il Disturbo Bipolare in età evolutiva

— 20-30% DDM in età evolutiva sviluppano un episodio maniacale. — L'insorgenza del DB è in genere dopo i 12 anni

In età evolutiva i sintomi maniacali sono più frequentemente: irritabilità, aggressività, sintomi misti depressivi e maniacali e sintomi caratteristici del Disturbo della Condotta

Frequente è in comorbidità con Disturbo della condotta e ADHD.

In anamnesi pregressa frequenti problemi comportamentali (ADHD, DC) e ed emozionali (Disturbo d'Ansia , Disturbo Depressivo)

- QUADRO CLINICO
- ADOLESCENZA
- In adolescenza i sintomi affettivi maniacali possono essere più espliciti, nelle forme meno gravi progetti megalomaniaci, accelerazione del pensiero e del linguaggio, disturbo del sonno ed attività rischiose, volte a procurarsi piacere. Comportamenti rischiosi (ad es. con veicoli) ed abuso di sostanze possono mettere a rischio l'incolumità personale, così come relazioni sessuali disorganizzate, promiscue ed a rischio. Nelle forme gravi i sintomi psicotici sono frequenti (pensiero o comportamento disorganizzato, deliri o allucinazioni, spesso congrui con l'umore, diagnosi differenziale con un disturbo psicotico)

Adolescenza

Adolescenza: emozioni che attraversano il corpo che cambia, corpo carico di promesse e potenzialità attese e fantasticate

«Il primo compito che l'adolescente deve affrontare è la **costruzione dell'immagine mentale del proprio corpo**. Le trasformazioni devono essere registrate e alle nuove funzioni deve essere dato un significato narcisistico e relazionale, etico ed affettivo...» (P. Charmet, 2004)



Corpo esaltato ed esibito
Corpo nascosto e punito



Comportamento autolesionistico: definizione

Tutti i comportamenti che siano attuati in modo intenzionale e con la consapevolezza che potranno o risulteranno in qualche modo esitare in una lesione fisica o psicologica a se stessi



AUTOLESIONISMO

Nonsuicidal self-injury disorder

- DIRETTO (procurarsi tagli, percosse, morsi, bruciature, strofinarsi eccessivamente, abrasioni, inserimento di corpi estranei, ingestione o inalazione, costrizioni, tatuaggi)
- INDIRETTO (coinvolgimento in relazioni abusanti, abuso di sostanze, comportamenti a rischio o spericolati, comportamenti alimentari disordinati)

SELF CUTTING

- ✓ in adolescenza sono frequenti i comportamenti autolesionistici (prevalenza del 13-45% sec. Nock, 2010; circa il 20% in Italia sec. Brunner et al, 2013)
- ✓ trend in aumento dal 2006 (Madge et al, 2008)
- ✓ globalmente, i comportamenti autolesivi sono tra le principali cause di lesione e morte in tutto il mondo (Nock et al., 2008)
- ✓ il self-cutting (skin-cutting e scratching severo) risulta tra i più frequenti metodi NSSI (25% degli autolesionismi tra 2-24 anni sec. Olfson et al., 2005) ed è un importante ed indipendente predittore di suicidalità
(Hawton et al, 2012) (x7 sec. Guan et al, 2006)



[http://www.raiscuola.rai.it/ar2coli/una-storia-sbagliata/22962/
Disordini](http://www.raiscuola.rai.it/ar2coli/una-storia-sbagliata/22962/Disordini)

3:40''-8'

13'-17'

21'-24:30''

26:35'' – 27:20''

Perde il controllo emotivo di fronte ai propri errori, ad un rifiuto da parte dell'adulto		
Accusa compagni e insegnanti quando commette un errore oppure non riesce bene in una attività		
Cerca l'attenzione dell'adulto e ha reazioni inappropriate se non riesce ad ottenerlo		
Frequente commento negativo sulla propria persona		
Frequente commento di sovrastima sulla propria persona		
Alternanza rapida e inspiegabile di emozioni diverse (passa rapidamente da felicità a rabbia)		
Si mette in mostra e fa il pagliaccio		
Spesso stanco con lamenti somatici		
Deve sempre eseguire i compiti in maniera precisa e puntuale		
Non partecipa volentieri alle proiezioni di video per il timore che siano "paurosi"		
Gioca troppo con le sue paragoni genitoli		
Si isola anche in situazioni di gruppo		
Il cambiamento genera timore, inibizione e aumento delle richieste di conferma		

STELLE SULLA TERRA

- <https://www.bing.com/videos/search?q=stelle+sulla+terra+youtube&view=detail&mid=9D895DBD86B17486B5E39D895DBD86B17486B5E3&FORM=VIRE>
- [Da 38:38'' a 41:05''](#)
- <https://www.bing.com/videos/search?q=stelle+sulla+terra+youtube&view=detail&mid=569BABF0AC3B0DD7606B569BABF0AC3B0DD7606B&FORM=VIRE>
- Fino 3:35'' (video successivo)



Durante le attività si mostra arrabbiato rancoroso verso gli altri

Perde il controllo emotivo di fronte ai propri errori, ad un rifiuto da parte dell'adulto

Accusa compagni e insegnante quando commette un errore oppure non riesce bene in una attività

Cerca l'attenzione dell'adulto e ha reazioni inappropriate se non riesce ad ottenerlo

Frequente commento negativo sulla propria persona

Frequente commento di sovrastima sulla propria persona

Alternanza rapida e inspiegabile di emozioni diverse (passa rapidamente da felicità a rabbia)

Si mette in mostra e fa il pagliaccio

Spesso stanco con lamenti somatici

Deve sempre eseguire tutti i compiti in maniera precisa e puntuale

Non partecipa volentieri alle proiezioni di video per il timore che siano "paurosi"

Gioca troppo con le sue parti genitali

Si isola anche in situazioni di gruppo

Il cambiamento genera timore, inibizione e aumento delle richieste di conferma