

IL TRATTAMENTO MULTI-MODALE DEI DISTURBI DA COMPORTAMENTO
DIROMPENTE IN BAMBINI DI ETÀ SCOLARE:
PRESENTAZIONE DI UNA ESPERIENZA

L. Ruglioni*, P. Muratori*, L. Polidori*, A. Milone*, A. Manfredi*, F. Lambruschi**

* IRCCS- Fondazione Stella Maris – Pisa

** Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva- Bologna

Riassunto

In questo contributo, dopo una breve introduzione sulle caratteristiche cliniche e le ipotesi etiopatogenetiche che delineano la complessità dei Disturbi da Comportamento Dirompente (DCD), verranno descritti gli interventi terapeutici che, al momento attuale, appaiono più efficaci nel trattamento di questi disturbi. Verrà descritto il Servizio per la diagnosi ed il trattamento dei DCD in età evolutiva, denominato “*Al di là delle nuvole*”, attivo dal settembre 2005 presso l’IRCCS Stella Maris, e verrà illustrato come all’interno di tale servizio sia stata inserita la sperimentazione di un modello di trattamento per bambini di età scolare che prevede un percorso di gruppo per i minori ed un percorso parallelo di parent-training per i loro genitori, sviluppato a partire dal modello del COPING POWER PROGRAM di J. Lochman (Università dell’Alabama).

Parole-chiave: Disturbi da Comportamento Dirompente (DCD), trattamento multimodale, parent training.

A MULTIMODAL TREATMENT FOR DISRUPTIVE BEHAVIOR DISEASE IN SCHOOL-AGE CHILDREN: PRESENTATION OF AN EXPERIENCE.

Abstract

In this paper, after a brief introduction on clinics characteristic and etiopatogenics hypotesis about Distruptive Behaviour Disorder (DBD) it will be describe therapeutic interventions, which appear to be the most efficacy in treatment of these disturbs. It will be describe service for diagnosis and treatment on DBD in child and adolescence, denomineted “*Al di là delle nuvole-beyond the clouds*”, started from September 2005 in IRCCS Stella Maris. Moreover, driven by the increased number of demands from primary school children, we want to experiment a treatment model that is more specific for this age-group: the treatment model of COPING POWER PROGRAM developed by J. Lochman (Alabama University). This treatment model includes children therapy groups and parallely parent’s training group.

Key words: Disruptive Behavior Desease, multimodal treatment, parent training.

Introduzione

I comportamenti aggressivi e i disturbi del comportamento sociale sono uno dei più frequenti motivi di consultazione nei servizi per l'età evolutiva (Speranza 2001). Tuttavia spesso la prima consultazione specialistica avviene tardivamente quando le problematiche comportamentali hanno già ampiamente compromesso il funzionamento adattivo del minore nei suoi vari contesti di vita. Si tratta, infatti, di disturbi che si associano ad un significativo peggioramento del funzionamento del bambino o dell'adolescente sia in ambito scolastico (scarso rendimento, deficit attentivo, fallimento scolastico, espulsione), familiare (conflittualità verbale, aggressività fisica, fughe) e sociale (emarginazione, abbandono scolastico, ingresso in gruppi dissociali). Essi sono pertanto considerati disturbi ad elevato costo sociale (Loeber et al. 2000). La prevalenza dei DCD è aumentata negli ultimi decenni ed è maggiore negli ambienti urbani rispetto a quelli rurali (Burke et al. 2002). La letteratura riporta tassi di prevalenza, sotto i 18 anni, che oscillano tra il 6 e il 16% nei maschi e tra il 2 e 9% nelle femmine (Loeber e Keenan 1994). Le percentuali, tuttavia, variano ampiamente a seconda della natura della popolazione campionata e dei metodi di valutazione (Bassarath 2001).

In particolare, non sempre facile in età scolare è la distinzione tra Disturbo della condotta (DC) e Disturbo Oppositivo-Provocatorio (DOP) (American Academy Child and Adolescence Psychiatry 1997) in quanto queste due distinte modalità espressive sintomatologiche, diversificate nelle due patologie per intensità e per la presenza nel DC di una componente francamente dissociale assente nel DOP, spesso costituiscono un continuum evolutivo e condividono fattori di rischio individuali e familiari. In entrambe le patologie è presente un significativo peggioramento del funzionamento del bambino o dell'adolescente sia in ambito scolastico che familiare; in particolare il DOP è considerato un precursore e un fattore predisponente all'insorgenza del DC (Biederman e Faraone 1996) e le due patologie hanno in comune molti fattori di rischio. Alcuni ricercatori sostengono che i due disturbi (DOP e DC) siano gerarchicamente correlati con la possibile evoluzione solo di una certa percentuale di DOP verso il DC. Ad esempio Cohen e Flory (Cohen e Flory 1998), utilizzando i dati longitudinali dell'Upper New York Study, hanno trovato che il rischio di insorgenza di DC era quattro volte più alto nei DOP rispetto ai soggetti che non avevano un precedente DOP. Con la crescita del bambino ci sono importanti modificazioni nelle manifestazioni del comportamento distruttivo riflettendo quindi una certa continuità piuttosto che stabilità. Il modello di sviluppo espresso nel DSM-IV sostiene che i disturbi del comportamento dirompente non siano transitori, ma stabili, e che il DOP potrebbe essere precursore per il DC, che a sua volta potrebbe precedere il Disturbo di Personalità Antisociale (DPA) in età adulta.

Alcune ricerche stabiliscono che il DOP sia un disturbo relativamente benigno con una buona prognosi (Loeber et al 2000), altri autori sottolineano come i due disturbi siano gerarchicamente correlati ma che solamente una porzione di DOP svilupperà in seguito DC.

La dimensione impulsività rappresenta, comunque, un elemento clinico cruciale dei DCD (Vitello e Stoff 1999): in particolare numerose ricerche segnalano come clinicamente significativa la distinzione tra aggressività impulsiva e non impulsiva (Vitello e Stoff 1997). L'aggressività impulsiva è associata ad uno stato affettivo instabile o rabbioso, è esplosiva e spesso reattiva ad uno stimolo che viene interpretato in termini ostili. Questo tipo di aggressività non è intenzionale o programmata in senso stretto anche se è indirizzata quantomeno alla salvaguardia di una condizione desiderabile per il soggetto. Al contrario, l'aggressività non impulsiva è pianificata, predatoria e finalizzata all'ottenimento di un vantaggio, è spesso mascherata e furtiva, ed è maggiormente correlata ad un comportamento antisociale stabile, quale il mentire, il rubare, il aggirare (Vitello e Stoff 1997). Questa caratterizzazione delle condotte aggressive può anche

essere utile per altri aspetti del trattamento. È stato, ad esempio, ipotizzato che i bambini con un tipo di aggressività non-impulsiva possano beneficiare di un approccio terapeutico di tipo cognitivo-comportamentale, soprattutto per il fatto che attraverso tale intervento riescono ad acquisire la capacità di usare l'aggressività non per danneggiare la vittima (Kazdin e Weisz 2003). In contrapposizione i bambini con un'aggressività di tipo impulsivo beneficiano maggiormente di suddetto trattamento nello sviluppare strategie di autocontrollo ad esempio di fronte alle frustrazioni (Dodge et al. 1995).

Ipotesi eziopatogenetiche

Sono presenti in letteratura numerose ipotesi etiopatogenetiche e spesso è necessaria una integrazione fra tali modelli per comprendere i peculiari processi cognitivi dei DCD (Krol et al. 2004). La psicopatologia dello sviluppo, com'è noto, sottolinea il concetto di multifattorialità nella determinazione delle problematiche comportamentali ed emotive di rilievo clinico, per cui sia lo sviluppo normale che psicopatologico non può costruirsi, ad esempio, solo a partire da un certo dato temperamentale, né da uno specifico deficit neuronale, né da un particolare pattern d'attaccamento, bensì dall'intreccio tra fattori di rischio, da un lato, e fattori protettivi, dall'altro, rintracciabili su diversi domini personali e sociali: caratteristiche proprie del bambino (funzioni neuro cognitive, vulnerabilità biologica, temperamento); qualità dei legami di attaccamento e stile educativo familiare; variabili ecologiche (avversità familiari, economiche, stress sociali, eventi critici che possono colpire il ciclo vitale familiare). Più domini di rischio sono implicati e si sovrappongono, più alta è la probabilità di psicopatologia: ad esempio, in bambini con diagnosi accertata di Disturbo Oppositivo-Provocatorio e di Disturbo della Condotta c'è una probabilità 34 volte superiore alla norma di trovare elementi di rischio in tutti e 4 i domini (Greenberg 1999). In questo lavoro verranno indicate le ipotesi di rischio più ampiamente documentate in letteratura per il Disturbo Oppositivo-Provocatorio e il Disturbo della Condotta fino ad arrivare agli aspetti sottolineati dal modello socio cognitivo di Crick e Dodge dalle cui basi prende origine il nostro intervento di trattamento.

Gli studi sulle funzioni neurocognitive indicano come in questa area psicopatologica vi sia spesso un difetto nel meccanismo di controllo dell'aggressività, mediato dalla funzionalità dell'amigdala, e del riconoscimento dei segnali di sottomissione dell'altro e questo porta ad una scarsa comprensione e espressione delle emozioni morali e di empatia (Blair 2000). Inoltre è stato ipotizzato (Moffit 1993) che anomalie nello sviluppo neuronale, in particolare nelle funzioni verbali ed esecutive (basso QI verbale, ridotta fluenza e immaturità delle strategie di apprendimento verbale), possano portare i DCD ad avere difficoltà a pianificare soluzioni alternative a problemi interpersonali e ad ipotizzare le conseguenze delle proprie azioni, ad usare il dialogo interno come mediatore dell'auto-controllo e ad avere difficoltà nell'etichettamento delle emozioni e dei loro comportamenti.

È oramai chiaro che anche il temperamento svolge un ruolo molto importante nello sviluppo di questi disturbi, sono stati però poco studiati i processi attraverso cui ciò avviene. Ad esempio, alcuni stili temperamentali (Lahey et al. 2003) potrebbero avere un ruolo centrale nel determinare le difficoltà di regolazione emozionale di questi bambini, inducendoli a mettere in atto azioni impulsive per le quali in seguito proveranno rimorso, ma che comunque avranno difficoltà a controllare, e rendendoli particolarmente inclini ad arrabbiarsi se provocati.

Un bambino con difficoltà temperamentali, da una parte, ed una madre la cui storia di vita e il cui attuale stato mentale impediscono di relazionarsi in maniera sintonica, dall'altra, si in-

fluenzano reciprocamente nel modello evolutivo bidirezionale dei disturbi della condotta proposto da Fonagy (Fonagy et al. 1993). Il comportamento incostantemente ed imprevedibilmente responsivo o addirittura intrusivo e spaventante della madre esacerba l'irritabilità di base del bambino, che a sua volta aumenta la difficoltà materna a prendersene cura. Si sviluppano in questo modo modalità di attaccamento insicure particolarmente intense.

Molti studi sottolineano come il pattern d'attaccamento disorganizzato risulti chiaramente correlato con elevati livelli di ostilità e di aggressività in età prescolare e quindi con la categoria dei disturbi della condotta (Lyons-Ruth et al. 1989; Shaw et al. 1994, Shaw et al. 1996, Shaw et al. 2000): questo fattore però costituisce un potente predittore se combinato insieme ad un temperamento difficile (i bambini con entrambi i fattori di rischio mostravano punteggi di aggressività al 99° percentile), mentre la presenza di uno solo di tali fattori correla con livelli di aggressività entro la norma.

I modelli primari di attaccamento disorganizzato, come sappiamo, tendono ad evolvere in età prescolare verso configurazioni cosiddette "controlling": più specificamente, possono assumere uno stile di tipo punitivo oppure di tipo caregiving nei confronti della figura d'attaccamento (Main e Cassidy 1988; Wartner et al. 1994), o in altri termini quelli che Crittenden (Crittenden 2008) chiama configurazioni coercitive o difese ad alto indice. Ovvero relazioni genitore-bambino in cui per i bambini che sviluppano uno stile di attaccamento compulsivamente genitoriale il controllo della figura materna viene dall'identificazione di ciò che ai genitori piace e dal farlo senza riguardo per i propri sentimenti; mentre negli stili punitivi il bambino usa la conoscenza dei desideri e delle preferenze genitoriali per costringere i genitori, ad esempio impegnandosi nel rifiutare sistematicamente le loro richieste. Possiamo immaginare così che gli esiti e l'espressività sintomatologica finiscano per assumere caratteristiche significativamente diverse entro stili relazionali così differenziati (Lambruschi e Fabbri 2004).

Un altro importante fattore di rischio è rappresentato da un ambiente familiare caratterizzato da pratiche educative coercitive (Patterson 1986) o da prolungati abusi psicologici e fisici nonché deprivazione: tali caratteristiche portano spesso il bambino a sopravvalutare l'efficacia dell'aggressività come modalità di risposta, ad avere difficoltà a dare una corretta interpretazione alle motivazioni che spingono gli altri ad agire e ad un'iper-vigilanza verso i segnali di ostilità altrui (Dodge 1991).

Anche alcune caratteristiche dell'interazione genitore-bambino sono state delineate come fattori di rischio, ad esempio è largamente sostenuto (Patterson 1986) che un atteggiamento educativo punitivo e rigido, che spesso assume le caratteristiche di abuso fisico o psicologico risulta strettamente correlato (Kroll et al. 2004) all'insorgenza dei DCD con marcata componente aggressiva, mentre un atteggiamento inconsistente, incoerente e trascurante si correla maggiormente ai DCD a prevalente componente delinquenziale. È probabilmente nel tentativo di proteggersi da interazioni primarie con un ambiente sociale ostile che questi bambini si mantengono ipervigili nel monitorare l'ambiente circostante, focalizzandosi sui segnali interpersonali più immediati e soprattutto ostili, senza soffermarsi ad esaminare l'ambiente e a considerare inferenze più complesse circa il comportamento altrui, preferiscono quindi passare agli agiti, piuttosto che soffermarsi a comprendere le motivazioni e le intenzioni sottostanti al comportamento (Lochman e Dodge 1994). Possiamo quindi immaginare che nello sviluppo di tali quadri clinici una peculiare reattività temperamentale vada ad incontrarsi con un contesto di relazione particolarmente critico, sia sul piano delle funzioni educative sia riguardo alla qualità dei legami affettivi (Kroll et al. 2004).

Un'altra caratteristica peculiare dei genitori, riguarda senz'altro le convinzioni e le aspettative nutrite nei confronti di se stessi, del figlio e delle difficoltà di quest'ultimo. Nei genitori dei

bambini con problemi di condotta ed aggressività si riscontrano spesso credenze disfunzionali sul disturbo e sulle modalità di affrontarlo; essi infatti tendono a valutare le difficoltà del figlio come molto più gravi di quanto non siano in realtà e ad attribuirle a tratti disposizionali negativi, interni, stabili e a mancanza di impegno nel controllo da parte dello stesso (Capo 2007); di conseguenza ritengono che la causa e quindi la soluzione dei problemi riguardino esclusivamente il bambino e siano relativamente non modificabili o incontrollabili.

Modelli di trattamento

Sono stati fatti importanti passi avanti anche nella identificazione di trattamenti efficaci per cui questi disturbi non sono più definiti, come avveniva fino alla fine degli anni '90, come intrattabili ed a prognosi sfavorevole (Kazdin e Wassel 2000). Tuttavia la pervasività delle condotte disfunzionali caratteristiche dei DCD, la loro frequente evoluzione verso il disturbo antisociale di personalità, la difficoltà a stabilire con questi minori e con le loro famiglie alleanze terapeutiche stabili, hanno fatto assumere che tali disturbi presentino una prognosi negativa e con una scarsa risposta al trattamento.

Negli ultimi anni molti studi (Bourduin et al. 1995; Eyberg et al. 2008; Garland et al. 2008) hanno valutato l'efficacia di *trattamenti multi-modalità* in cui interventi psicosociali sul minore, interventi psicoterapeutici per i genitori ed interventi di counseling rivolti a tutti gli operatori che interagiscono con il minore nei vari contesti di vita (scolastico, sportivo, sociale), vengono integrati con l'obiettivo di raggiungere un assetto comprensivo ed ecologico dell'intervento terapeutico.

Hengeller (Hengeller e Lee 2003) ipotizza che il comportamento antisociale e aggressivo in età evolutiva abbia una etiopatogenesi multi-fattoriale associata a caratteristiche dell'individuo (prevalentemente temperamentali), della famiglia, del gruppo dei pari, della scuola e del contesto socio-ambientale. A partire da tale visione dei DCD sostiene che la persistenza e la pervasività dei DCD obbliga ad un approccio multi-dimensionale che ponga in atto interventi mirati ai vari contesti in cui il minore si trova a vivere (famiglia, scuola, ambito sociale). Il modello terapeutico deve quindi porsi l'obiettivo di ridurre i vari fattori di rischio e potenziare i fattori protettivi come mezzo per diminuire i comportamenti disfunzionali e prevenire la comparsa di comportamenti anti-sociali.

Partendo da tali considerazioni Hengeller ha sviluppato il Multi Systemic Treatment (MST) trattamento che ha dimostrato efficacia nel ridurre i comportamenti dissociati in particolar modo l'uso di sostanze e la carcerazione in adolescenti (13-17 anni) con grave disturbo della condotta. Tali studi si basano sul confronto con campioni controllo "treatment as usual" e sono stati replicati in numerosi stati statunitensi nonché in Norvegia (Hengeller e Lee 2003).

I trattamenti descritti in letteratura per bambini in età scolare mantengono un orientamento più classico in quanto applicabili in setting ambulatoriali e dove l'aspetto multisistemico è ridotto. Tutti questi trattamenti prevedono comunque un intervento anche con i genitori. Un altro contesto che sempre più spesso viene coinvolto nel percorso di trattamento per promuovere la generalizzazione delle abilità acquisite dai bambini, è rappresentato dalla scuola. Molto spesso infatti interventi rivolti unicamente ai bambini o ai genitori falliscono nel tentativo di generalizzare i miglioramenti ottenuti a contesti diversi da quello familiare, in particolare all'ambiente scolastico, dove fra l'altro i problemi di comportamento si manifestano in maniera importante e dove esperienze negative, sia per quanto riguarda i risultati accademici che le relazioni sociali, possono contribuire al mantenimento e all'aggravamento dei disturbi della condotta.

Tabella 1. Elementi comuni ai trattamenti “evidence-based” per bambini con problemi di comportamento distruttivo e per le loro famiglie.

	INTERVENTI PER I GENITORI	INTERVENTI PER I BAMBINI
CONTENUTO TERAPEUTICO	-Principi di rinforzo positivo. -Principi per un efficace uso della punizione. -Costruzione della relazione genitore-figlio. -Abilità di problem-solving. -Gestione della rabbia.	-Principi per un efficace uso della punizione. -Abilità di problem-solving. -Gestione della rabbia. -Anticipazione di ostacoli, prevenzione delle ricadute.
TECNICHE DI TRATTAMENTO	-Psicoeducazione. -Assegnazione e revisione di compiti per casa. -Role-playing. -Modelling. -Fornire materiali dalla letteratura, videotape. -Verifica degli obiettivi e dei progressi.	-Distribuzione di rinforzi positivi. -Distribuzione di punizioni. -Psicoeducazione. -Assegnazione e revisione di compiti per casa. -Role-playing. -Modelling. -Fornire materiali dalla letteratura, videotape. -Verifica degli obiettivi e dei progressi.
ALLEANZA TERAPEUTICA	-Porre obiettivi condivisi. -Costruzione di una relazione basata su un legame affettivo.	
REQUISITI DEL TRATTAMENTO	-Almeno 12 sedute. -Approssimativamente 1 ora a seduta. -Frequenza almeno settimanale. -Partecipazione sia del bambino che del genitore.	

In generale questi modelli terapeutici (Brinkmeyer e Eyberg 2003; Kazdin e Whitley 2003, Eyberg et al. 2008) prevedono sessioni parallele per i genitori e per i loro figli e ha come obiettivo quello di ridurre i comportamenti aggressivi dei bambini anche attraverso un aumento delle competenze socio-relazionali dei genitori. Alcuni programmi (Webster-Stratton 1992) sono pensati per bambini in età pre-scolare e scolare prevedono l’uso di brevi video-tape che ritraggono possibili situazioni di conflitto familiare a cui i bambini, attraverso il gioco, e i genitori, attraverso la discussione di gruppo, devono trovare soluzioni più adattative. Nei modelli esclusivamente per i bambini di età scolare, invece, sono comunque sempre previste sessioni per i genitori in cui si aiuta a trovare soluzioni ad episodi di conflitto basate su alcune tecniche educative ritenute efficaci e spiegate precedentemente all’interno del gruppo: ad esempio uso dei premi, token economy, dialogo basato sulla spiegazione delle conseguenze dei comportamenti, time-

out, dare istruzioni chiare e far seguire i comportamenti positivi da premi o frasi connotate da affettivi positivi. Questi esercizi in una prima fase vengono svolti proponendo situazioni standard per poi proseguire discutendo episodi verificatesi nella quotidianità. Tutti i percorsi terapeutici per genitori risultati efficaci sono legati all'adozione di un approccio orientato al problema e alla ricerca, fin dall'inizio degli incontri, di assegnare agli stessi genitori il ruolo di sperimentatori attivi delle tecniche e dei suggerimenti affrontati nelle sedute. È sempre necessario tenere presente che, in termini generali, l'esito del parent-training è mediato (Reyno e Mcgrath 2006) dalla condizione socio-economica della famiglia e dalla psicopatologia dei genitori.

La componente per i bambini dei suddetti modelli di trattamento multi-modali prevede che il terapeuta attraverso l'uso di tecniche ed esercizi di modelling, giochi di ruolo e usando programmi di rinforzo strutturato anche con token-economy cerchi di aumentare nel minore l'abilità di identificare una situazione per lui problematica, di generare diversi tipi di soluzioni e di valutare le conseguenze positive e negative per ognuna delle possibili soluzioni ipotizzate per poi passare a prendere una decisione definitiva e valutarne le conseguenze.

D'altra parte in psicoterapia è sempre più comune soffermarsi sugli elementi (tecniche, parametri e metodologie, impostazioni di alleanza terapeutica) che diversi tipi di trattamento hanno in comune. Garland (Garland et al. 2008) ha identificato nei trattamenti risultati efficaci, per minori dai 4 ai 13 anni, con diagnosi di DCD, alcuni elementi comuni riferibili o al contenuto del trattamento o ad aspetti tecnici specifici (Tab.1).

Come si vede alcuni di questi elementi intervengono direttamente sui processi cognitivi e sulle reazioni emotive del bambino, mentre altri intervengono sul minore attraverso il cambiamento degli approcci educativi del genitore. Gli autori ritengono che concentrarsi su questi elementi terapeutici, che superano la rigidità di singole posizioni teoriche ed applicative, oltre ad essere efficace possa contribuire a ridurre la distanza fra l'ambito della ricerca e l'ambito clinico favorendo la comprensione di quale variabile specifica interviene nel produrre un certo tipo di esito con un particolare paziente.

Infine sottolineiamo come non sia ancora chiaro se, e in presenza di quali caratteristiche, in età evolutiva un minore possa beneficiare maggiormente di un trattamento di gruppo o individuale. Van Manen (Van Manen et al. 2004) ha dimostrato come un percorso di gruppo sia più efficace nel diminuire la presenza di comportamenti aggressivi rispetto ad un trattamento individuale. Certamente le attività possibili in gruppo come quelle che prevedono la provocazione, attraverso attività strutturate, di stati di attivazione della rabbia, rendono possibile da parte del terapeuta un intervento in vivo per insegnare ai pazienti tecniche e strategie per modulare questa emozione che è spesso alla base dei loro problemi comportamentali. D'altra parte tali attivazioni emotive, per quanto inserite all'interno di attività organizzate, possono risultare incontrollabili e mettere il bambino in una situazione di ulteriore frustrazione per l'incapacità provata a controllarsi anche in questo nuovo contesto di gruppo. Inoltre bisogna tenere presente, nel momento in cui si sceglie di strutturare un percorso di gruppo, il rischio possibile che si verifichi un apprendimento, fra i membri del gruppo, anche di strategie e comportamenti disadattativi (Dishion e Mcord 1999).

Al di là delle nuvole

Un modello che ci sembra integrare in maniera adeguata le principali ipotesi eziopatogeniche e le relative proposte di trattamento è il modello socio cognitivo di elaborazione dell'informazione di Dodge (Crick e Dodge 1994). Secondo tale modello i bambini con problemi di aggres-

Fig 1. “Il Foglio del Traguardo”

IL MIO TRAGUARDO

NOME _____

DATA _____

NUMERO DI TRAGUARDO _____





IL TRAGUARDO È QUELLO CHE IO VOGLIO RAGGIUNGERE O CHE VOGLIO CHE ACCADA, ED IO MI IMPEGNERÒ A LAVORARE PER CONQUISTARLO

IL MIO TRAGUARDO È:

FIRMA BAMBINO _____ FIRMA CAPO-GRUPPO _____

Il mio insegnante scriverà "SI" e la sua firma se raggiungerò il traguardo per quel giorno e "NO" se non l'ho raggiunto.

	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ
FIRMA INSEGNANTE	SI 	SI 	SI 	SI 	SI 	SI 
	UN PO' 	UN PO' 	UN PO' 	UN PO' 	UN PO' 	UN PO' 
	NO 	NO 	NO 	NO 	NO 	NO 

sività hanno sviluppato, nel corso della loro storia di sviluppo e all'interno delle loro relazioni primarie, una modalità di codifica dei segnali sociali differente rispetto ai bambini non aggressivi; i bambini aggressivi tendono infatti ad interpretarli prevalentemente in maniera ostile e a reagire in modo aggressivo (Lochman e Dodge, 1994). Essi presentano deficit anche relativamente al problem solving interpersonale: sono infatti meno efficaci degli altri bambini nel generare un numero sufficiente di soluzioni adattative al problema percepito e considerano l'aggressività come una modalità per modulare le emozioni e come la strategia più efficace per regolare le relazioni interpersonali (Lochman e Lenhart 1993; Lochman e Wells 2003). Orobio de Castro (Orobio de Castro et al. 2005) ha trovato che, in un gruppo di giovani dai 7 ai 13 anni, i ragazzi con problemi di aggressività, di fronte a racconti in cui un personaggio veniva provocato da un compagno, riportavano più rabbia, rispetto ai giovani non aggressivi, e ricorrevano a strategie di regolazione emozionale meno funzionali al contesto. Infatti molto spesso dicevano di non conoscere una strategia per regolare le loro emozioni e più della metà del gruppo di ragazzi aggressivi, rispetto ad un quarto dell'altro gruppo, hanno menzionato almeno una volta l'aggressività come la reazione emotiva di fronte ad una situazione di conflitto.

In base a tali assunti e alle teorie che sostengono l'importanza di considerare tutti i fattori di rischio coinvolti nella costituzione di una psicopatologia, è stato strutturato nel settembre 2005 l'intervento "*Al di là delle nuvole*", un trattamento che ha come obiettivo quello di intervenire sui deficit sociocognitivi e su tutti quei fattori di rischio ampiamente riportati dalla letteratura.

In tale intervento i minori sono inseriti in gruppi di massimo sei/sette coetanei e frequentano il trattamento una volta alla settimana per circa quattro ore pomeridiane. All'interno dello stesso pomeriggio sono svolte attività di gruppo psicoeducative e di rinforzo alle strategie di apprendimento, inoltre sia il minore che i genitori usufruiscono di colloqui individuali. Sono previsti, inoltre, incontri stabili tra equipe terapeutica e insegnanti, operatori sociali e clinici territoriali, con i quali viene concordata la fine del ciclo di trattamento e le modalità di trattamento successive. Il lavoro in rete con le equipe territoriali e scolastiche prevede per ogni minore due incontri a semestre.

L'attività psicoeducativa si suddivide in due parti: la prima consiste in un intervento metacognitivo, individuale, che ha come obiettivo quello di fornire strategie che permettano un atteggiamento più funzionale nei confronti dello studio e degli apprendimenti. L'intervento prevede infatti l'utilizzo di strumenti che, da una parte implementino le capacità di pianificazione, monitoraggio ed autocorrezione nei compiti scolastici e dall'altra promuovano l'autoefficacia e quegli stati emotivi in grado di sostenere positivamente l'apprendimento.

L'intervento psicoterapeutico individuale con il minore ha l'obiettivo di modificare le capacità di mind-reading, i sistemi di attribuzione motivazionale, le abilità di problem-solving in situazioni interpersonali e/o di compito individuale, le capacità di autocontrollo e di modulazione affettiva. In particolare per i pazienti di età compresa tra gli 8 ed i 12 anni viene proposto un intervento centrato sul potenziamento delle capacità di problem-solving in situazioni interpersonali o di compito individuale.

I colloqui settimanali con la coppia genitoriale sono tesi, inizialmente, a favorire l'applicazione di una nuova gestione familiare delle regole educative (contratti comportamentali, uso del rinforzo, fornire istruzioni comportamentali chiare e concise, insegnamento preventivo, token economy). In seguito queste procedure educative e relazionali devono essere applicate e poi verificate dai genitori stessi nelle interazioni quotidiane con i loro figli. Tutto il percorso di trattamento si basa sull'analisi in seduta, anche attraverso schede da completare a casa da parte del genitore, della gestione dei conflitti che avvengono fra genitori e figli giorno per giorno, evidenziando quali reazioni emotive, comportamentali ed educative dei genitori possono influire

re sul mantenimento o sulla risoluzione del comportamento problematico del figlio. Infine, anche se non sempre le caratteristiche psicopatologiche del genitore lo permettono, si cerca di ricostruire, attraverso tecniche particolari (osservazione di materiale fotografico o video familiare), lo sviluppo della funzione genitoriale per capire come questa abbia portato alla formazione di particolari credenze e schemi attributivi che sottendono e giustificano particolari stili educativi con i figli.

Uno studio compiuto (Milone et al. 2007) mostra come tale modello di intervento possa essere considerato globalmente efficace nel ridurre i problemi comportamentali nei minori con DOP o DC, ed in modo specifico nel ridurre l'aggressività che rappresenta spesso il comportamento più problematico. Inoltre i risultati fin qui esaminati mostrano anche come i benefici ottenuti dai minori afferenti al servizio ambulatoriale "Al di là delle nuvole" abbiano una buona tenuta anche a 10 mesi dalla dimissione.

In base all'esperienza maturata e ad una serie di osservazioni, primo fra tutti l'abbassarsi dell'età di richiesta di intervento e, nello stesso tempo, un alto numero di drop out proprio nella fascia di età della scuola primaria, si è reso necessario rendere più strutturato l'intervento di gruppo per questi bambini. Per questo motivo, da Aprile 2008, è in via di sperimentazione, all'interno degli interventi del Servizio Al di là delle nuvole, un intervento di gruppo strutturato per i bambini della fascia di età 8-10 anni, ispirato al modello del Coping Power Program di J.Lochman e collaboratori. La sperimentazione in atto presso il nostro Istituto coinvolge cinque gruppi di quattro bambini di età compresa tra 8 e 10 anni ed i loro genitori. Tre dei cinque gruppi non hanno ancora terminato il trattamento ma i risultati preliminari, che speriamo di pubblicare al più presto, evidenziano significative diminuzioni in diverse sottoscale degli strumenti utilizzati (CBCL e MOAS), che fanno ben sperare nell'efficacia del programma nella riduzione dei comportamenti disfunzionali dei bambini con DC o DOP.

Il Coping Power Program (Lochman e Wells 2002) è un programma multimodale per la gestione e il controllo della rabbia per i bambini dell'ultimo ciclo della scuola elementare e dei primi anni della scuola media. Originariamente previsto per l'applicazione nel contesto scolastico, può essere utilizzato anche in contesti clinici ed ha una durata di circa 15-18 mesi, sebbene sia stata sviluppata una versione abbreviata della durata di un anno accademico circa.

Tale programma si basa sugli interventi cognitivo-comportamentali già esistenti e sul modello socio cognitivo di Dodge (Crick e Dodge 1994). A partire dagli assunti del modello socio cognitivo, precedentemente illustrato, Lochman e Wells hanno sviluppato un intervento denominato inizialmente Anger Coping Program, che prevedeva sessioni di gruppo solo per i bambini, e che è stato successivamente ampliato e modificato nel Coping Power Program, che, oltre al lavoro con i bambini, prevede delle sessioni di parent training di gruppo per i loro genitori (Lochman e Wells 2002).

Il Coping Power Program, nella componente per i bambini, prevede l'utilizzo di tecniche cognitive comportamentali ed attività volte al potenziamento di diverse abilità quali intraprendere obiettivi a breve e a lungo termine, organizzare efficacemente lo studio, riconoscere e modulare i segnali fisiologici della rabbia, riconoscere il punto di vista altrui (perspective taking), risolvere adeguatamente le situazioni conflittuali, resistere alle pressioni dei pari ed entrare in contatto con gruppi sociali positivi. Il role-playing e l'interazione con i pari sono i principali strumenti utilizzati dal programma allo scopo di incrementare la generalizzazione delle competenze acquisite al di fuori del setting terapeutico. La scelta del lavoro in gruppo permette ai bambini di fare esperienza "in vivo" di apprendimento di abilità interpersonali e competenze sociali, inoltre il rinforzo sociale del gruppo dei pari è in larga misura più efficace di quello dell'adulto in situazione diadica (Lochman e Lenhart 1993).

L'intervento si articola in 24 sessioni ciascuna con un tema e degli obiettivi specifici della durata di circa un'ora. Inoltre, di sessione in sessione, il bambino deve raggiungere degli obiettivi minimi a scuola o nel contesto familiare, che di settimana in settimana vengono verificati dal trainer del gruppo attraverso la verifica del "Foglio dei traguardi" (vedi Fig.2), un semplice contratto comportamentale la cui novità è che è il bambino stesso, nel contesto di gruppo, a proporre il tema sul quale vuole impegnarsi. Questo tema, con l'aiuto del trainer, viene operazionalizzato in uno o più obiettivi comportamentali che vengono definiti per la settimana successiva. Il raggiungimento di queste piccole mete permetterà al bambino di accedere ad un sistema a premi presentato all'inizio del percorso.

Lo schema generale di ciascuna sessione prevede quindi:

- 1) Verifica degli obiettivi conseguiti a scuola o a casa
- 2) Introduzione al tema specifico che verrà affrontato durante l'incontro
- 3) Attività specifiche, di volta in volta diverse, riguardanti il tema affrontato
- 4) Assegnazione dei punti in base agli obiettivi raggiunti e all'impegno profuso nell'attività di gruppo
- 5) Momento di gioco libero

Uno degli aspetti caratteristici e unici di questo tipo di intervento è l'inclusione di attività che prevedono l'induzione di un certo grado di attivazione affettiva; il bambino quindi può apprendere tecniche di controllo della rabbia proprio mentre è emotivamente attivato. Come infatti è stato sottolineato precedentemente, le difficoltà di problem solving dei bambini aggressivi tendono ad essere più marcate proprio quando i bambini si trovano in uno stato di attivazione emotiva. Per questo motivo vengono proposti degli esercizi di role playing in risposta ad una provocazione che offrono al bambino la possibilità di modulare la rabbia proprio mentre sono affettivamente coinvolti, questo dovrebbe incrementare la generalizzazione degli effetti del trattamento. Tra gli esercizi più interessanti in questo senso il Coping Power Program prevede un'attività in cui un bambino del gruppo viene deriso dal resto del gruppo: mentre i bambini lo prendono in giro il bambino può muoversi su un tappeto su cui è disegnato un grande "termometro della rabbia" allo scopo di graduare il livello di emozione esperita. Inoltre, con l'aiuto del terapeuta, cerca di mettere in pratica opportune strategie e autoistruzioni che lo aiutino a fronteggiare la rabbia in maniera adattativa. Un'altra interessante attività focalizzata sul problem solving in situazioni sociali comporta un'attività di role playing di situazioni conflittuali, anche mediati dall'esperienza di vita dei bambini stessi, in cui si aiuta il bambino ad identificare e a sperimentare le diverse soluzioni alla situazione. Questa attività può essere eventualmente videoripresa in modo da valutare insieme al gruppo le alternative emerse nel corso del role playing ed eventualmente suggerirne di nuove. Successivamente viene proposto ai bambini di valutare le conseguenze positive e negative alla situazione presentata. I bambini sono inoltre inviati a riconoscere come la stessa situazione può essere interpretata in modi diversi chiedendo ai bambini di identificare le diverse ragioni del comportamento di una persona. L'obiettivo ultimo di questi esercizi, non è tanto quello del "cosa" fare in diverse situazioni, piuttosto quello di promuovere la loro capacità di autoriflessione, di "come" pensare in situazioni difficili. In questo senso essi possono assumere un valore straordinario nel promuovere la capacità di mentalizzazione dei bambini con problemi di comportamento, perché offrono loro la possibilità di esplorare, in forma di gioco, il rapporto tra i loro pensieri, i loro sentimenti ed i loro comportamenti, di capire quali cose possono dire a se stessi per modulare la propria esperienza emotiva, fornendo inoltre materiale prezioso che può essere ripreso nei colloqui individuali.

La componente per i genitori del Coping Power Program è strutturata in 16 sessioni di gruppo con l'obiettivo di sviluppare e potenziare le abilità genitoriali relative a diverse aree quali la promozione dell'organizzazione e delle abilità di studio, l'utilizzo di appropriate pratiche educative, l'incremento della comunicazione familiare ed un continuo aggiornamento sulle attività che i bambini svolgono all'interno del gruppo in modo che i genitori possano sostenere le abilità di problem-solving che i loro figli stanno acquisendo. Come la maggior parte dei programmi di parent training l'intervento prevede l'utilizzo di homework in cui tra l'altro si invita il genitore ad osservare in maniera sistematica alcuni aspetti del comportamento del figlio e a registrare le proprie reazioni in base al tema sviluppato nella sessione di gruppo. L'obiettivo di tali attività è aiutare i genitori a stabilire regole chiare, gratificare i comportamenti positivi, ignorare i comportamenti oppositori di minor entità, utilizzare le punizioni in maniera adeguata, fornire attenzione positiva. Oltre ai più espliciti scopi educativi con queste attività ci si propone di suscitare nei genitori una diversa visione del proprio figlio e del suo comportamento e di favorire l'instaurarsi di momenti relazionali positivi tra il bambino ed il genitore. Il programma prevede anche due sessioni dedicate alla modulazione dello stress genitoriale che prevedono un momento di riflessione comune su quanto lo stress possa influire negativamente sulle proprie abilità genitoriali ed una seduta collettiva di rilassamento. Viene richiesto inoltre ai genitori di progettare concretamente momenti per la cura di sé all'interno della settimana sollecitando l'attivazione della rete sociale sulla quale il genitore o la famiglia può contare.

Gli studi sul Coping Power Program (Lochmann e Wells 2003b; Lochmann et al. 2007; Van de Wiel et al. 2007) mostrano che è efficace nel ridurre i comportamenti aggressivi dei bambini sia a casa che a scuola e nel prevenire l'abuso di sostanze alla fine dell'intervento e ad un follow-up di un anno. I maggiori benefici del Programma includono un miglior funzionamento sia a scuola che a casa, il miglioramento delle competenze sociali e dell'analisi delle informazioni sociali, l'incremento delle abilità di problem solving ed un aumento del coinvolgimento dei genitori con l'utilizzo di modalità educative più consistenti.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2004). *DSM IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text Revision*. Masson, Milano
- American Academy Child and Adolescence Psychiatry (1997). Practice parameter for the assessment of Conduct Disorders. *Journal of American Academy Child Adolescence*. 36, 85s-121s
- Bassarath L(2001). Conduct disorder: a biopsychosocial review. *Canadian Journal Psychiatry*. 46, 609-616
- Biederman J, Faraone S(1996). Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? *Journal. American Academy Child and Adolescence Psychiatry*. 35, 1193-1204.
- Borduin CM, Mann BJ, Cone LT, Henggeler SW, Fucci BR, Blaske DM, Williams RA (1995). Multisystemic Treatment of Serious Juvenile Offenders: Long-term Prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 63, 569-578
- Brinkmeyer MY e Eyberg SM (2003). *Parent – child interaction therapy for oppositional children*. In A.E.Kazdin e J.R. Weisz (2003) *Evidence-based Psychotherapies for children and adolescents* Guilford Press New-york
- Burke JD, Loeber R, Birmaher B(2002). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *Journal American Academy Child and Adolescence Psychiatry*. 41(11), 1275-1293

- Capo R (2007). *Problemi di aggressività e di condotta: il disturbo oppositivo provocatorio e il disturbo della condotta*. In L. Isola e F. Mancini (a cura di), *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*. Franco Angeli, Milano.
- Caspi A, Elder JMH, Herbener ES (1990). *Childhood personality and prediction of life course patterns*. In Straight and Devious Pathways from childhood to adulthood (eds. L. Robins and M. Rutter) Cambridge University Press
- Cohen P, Flory M (1998). *Issues in the disruptive behavior disorders: attention deficit disorder without hyperactivity and the differential validity of oppositional defiant and conduct disorder*. In DSM-IV Sourcebook. Vol 4, Widiger T, eds. American Psychiatric Press Washington.
- Crick NR e Dodge KA (1994). A review and reformulation of social information processing mechanism in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- Crittenden PM (2008). *Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento*. Libreria Cortina, Milano
- De Castro O, Merk B, Koops W, Veerman W, Bosch JW (2005). Emotions in Social Information Processing and Their Relations With Reactive and Proactive Aggression in Referred Aggressive Boys. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 34 (1), 105-116
- Dishion T, McCord J (1999). When interventions harm: peer group and problem behaviour. *American Psychological*. 54, 755-764
- Dodge KA, Pettit GS, Bates JE, Valente E (1995). Social information processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse and later conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*. 104, 632-643
- Eyberg SM, Nelson MM, Boggs SR (2008). Evidence-based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents with Disruptive Behaviour *Journal Clinical child & Adolescents Psychology*. 37(1), 215-237
- Fonagy P, Moran G e Target M (1993). Aggression and the psychological self. *International Journal of Psycho-Analysis*. 74, 471-485.
- Garland AF, Hawley KM, Hurlburt MS (2008). Identifying Common Elements of Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children's Disruptive Behaviour Problems. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*. 47, 5-15.
- Greenberg M (1999). *Attachment and psychopathology in childhood*. In: Cassidy J. e Shaver P.R., eds., *Handbook of Attachment. Theory, research and clinical applications*. Guilford Press, New York.
- Henggeler SW, Lee T (2003). *Multisystemic treatment of serious clinical problems*. In AE Kazdin e JR Weisz (2003) *Evidence-based Psychotherapies for children and adolescents*. Guilford Press, New York.
- Kazdin AE e Whitley MK (2003). Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive behaviour. *Journal of Consulting Clinical Psychology*. 71 (3), 504-515
- Kazdin AE, Wassel G (2000). Therapeutic changes in children, parents and families resulting from treatment of children with conduct problems. *Journal American Academy Child Adolescents Psychiatry*. 39: 414-420
- Krol N, Morton J, De Bruyn E (2004) Theories of conduct disorder: a casual modelling analysis. *Journal Child Psychology and Psychiatry*. 45 (4) 727-742.
- Lahey BB, Moffitt TE, Caspi A (2003) *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency*. Guilford press London
- Lambruschi F, Fabbri D (2004). I disturbi della condotta. In Lambruschi F. (a cura di) *Manuale di psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*. Bollati Boringhieri Milano
- Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M (2000) *Oppositional defiant and conduct disorder : a*

- review of the past 10 years, Part I. *Journal American Academy Child Adolescents Psychiatry*. 39,1468-84
- Loeber R, Keenan K (1994). The interaction between conduct disorder and its comorbid condition: effects of age and gender. *Clinical Psychology Review*. 14, 497-523
- Lochman JE, Boxmeyer C, Powell N, Wojnaroski M, Yaros A (2007). The use of the coping power program to treat a 10-year-old girl with disruptive behaviors. *Journal Clinical Child Adolescents Psychology*. 36, 677-87
- Lochman JE, Dodge KA (1994). Social cognitive processis of severely violent, moderately, aggressive and non aggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 62, 366-374.
- Lochman JE, Lenhart LA (1993). Anger Coping intervention for aggressive children: conceptual models and outcome effects. *Clinical Psychology Review*. 13, 785-805.
- Lochman JE, Wells KC (2002). The Coping Power Program at the middle school transition: Universal and indicated prevention effects. *Psychology of Addictive Behaviors*. 16, 40-54.
- Lochman JE, Wells KC (2003). Effectiveness of the Coping Power Program and of classroom intervention with aggressive children: Outcomes at a one-year follow-up. *Behavior Therapy*. 34, 493-515.
- Lyons-Ruth K, Zoll D, Connel D, Grunebaum HU (1989). Family deviance and family disruption in childhood: Associations with maternal behavior and infant maltreatment during the first years of life. *Development and Psychopathology*. 1, 219-236.
- Main M, Cassidy J (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predicted from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*. 24, 415-426.
- Moffit T (1993). The neuropsychology of conduct disorder. *Development and Psychopathology*. 5: 135-151
- Milone A, Donato G, Manfredi A, Muratori P, Nista G, Paziente A, Polidori L, Ruglioni L, Muratori F (2007). Il trattamento multisistemico per i Disturbi da Comportamento Dirompente: uno studio di efficacia. *Giornale di neuropsichiatria dell'età evolutiva*.
- Patterson GR (1986). Performance Models for Antisocial Boys. *American Psychologist*. 41 (4), 432-444.
- Reyno SM, McGrath PJ (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems. A meta- analytic review. *Journal Child Psychology and Psychiatry* . 47(1),99-111
- Shaw DS, Gilliom M, Giovannelli J (2000). Aggressive behavior disorders. In: Zeanah C.H. (a cura di) Handbook of infant mental health. (pp397-411) Guilford Press, New York.
- Shaw DS, Keenan KE, Vondra JI (1994). Developmental precursors of externalizing behavior: Ages 1 to 3. *Developmental Psychology*. 30, 355-364.
- Shaw DS, Owens EB, Vondra JI, Keenan K, Winslow EL (1996). Early risk factors and pathways in the development of early, disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*. 8, 679-699.
- Speranza AM (2001). *Disturbi da deficit di Attenzione/Iperattività e Disturbi della Condotta*. In Ammanniti M. *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Cortina, Milano.
- Van de Wiel NM, Matthys W, Cohen-Kettenis PT, Maassen GH, Lochman JE, Van Engeland H (2007). The effectiveness of an experimental treatment when compared to care as usual depends on the type of care as usual. *Behavioral Modification*. 31(3),298-312.
- Van Manen T, Pier JM, Emmelkamp MG (2004). Reducing aggressive behaviour in boys with social group treatment. *Journal American Academy Child Adolescence Psychiatry* 43,12-20
- Vitiello B, Stoff D (1999). *Neurotransmitters and psychopharmacology of impulsive aggression in children*. Chichester, UK.
- Vitiello B, Stoff D (1997). Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. *Journal American Academy Child Adolescence Psychiatry* 36,307-315
- Wartner UG, Grossmann K, Fremmen-Bombik E, Suess G (1994). Attachment patterns at age six in south Germany: Predictability from infancy and implications for preeschool behavior. *Child Development*.

L. Ruglioni et al.

65, 1014-1027.

Webster-Stratton C (1992). *The Incredible Years: A Trouble-Shooting Guide for Parents of Children Age 3-8 years*. Umbrella Press, Toronto.

Autore per la corrispondenza: Dr.ssa Laura Ruglioni, IRCCS Stella Maris, Istituto per la Neuropsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza. Viale del Tirreno 331, Calambrone, Pisa.
Indirizzo e-mail: laura.ruglioni@inpe.unipi.it