

Disturbo Oppositivo

Provocatorio

*Una guida per gli
insegnanti*



- ASL NA3Sud DS 57, Servizio di Neuropsichiatria Infantile
- Dott.ssa Arabella Di Ruocco 4 settembre 2013

Linee Guida della Presentazione

1. Clinica

2. Trattamento

3. Intervento in classe

Clinica



Definizione di ODD



ODD (Disturbo Oppositivo Provocatorio):

- I bambini mostrano un pattern comportamentale di irritabilità, ostilità, oppositività e sfida, persistente e inappropriato all'età
- E' definito da due differenti ordini di problematiche: l'aggressività e la tendenza ad infastidire e irritare gli altri (Chandler)

ODD: Descrizione



- Sfidano apertamente o si rifiutano di seguire le indicazioni, le regole, le richieste degli adulti
- Perdonano ripetutamente le staffe
- Mettono alla prova le figure di autorità
- Non si assumono la responsabilità delle loro azioni, incolpando gli altri
- Si infastidiscono facilmente e ripetutamente infastidiscono gli altri
- Sono ostinati, spesso arrabbiati e risentiti
- Sono spesso rancorosi e vendicativi

Diagnostic Criteria

DSM IV

- ODD is a pattern of negativistic , hostile, and defiant behavior lasting at least six months during at which at least 4 of the following criteria are present:
 - Often loses temper
 - Often argues with adults
 - Often actively defies or refuses to comply with adults' requests or rules
 - Often deliberately annoys people
 - Often blames others for his or her mistakes or misbehavior
 - Its often touchy or easily annoyed by others
 - Is often angry and resentful
 - Is often spiteful or vindictive

Aspetti Clinici

- Interpretazione del comportamento dei pari come ostile
- Spesso ha scarsa capacità dialettica nella risoluzione verbale del conflitto
- “Locus of control esterno”: ha difficoltà nel percepirsi come autoregolato
- «Lui si è fatto picchiare»
- Difficoltà nel percepire la responsabilità delle proprie azioni

Statistica

- Studi dimostrano che l'ODD si presenta nel 5-15% dei bambini in età scolare (aacap.org)
- L'ODD ha una prevalenza nel sesso maschile doppia rispetto al sesso femminile nei bambini più piccoli; in quelli più grandi la prevalenza è identica.
- Il 50% dei bambini che hanno una diagnosi di ODD hanno anche una diagnosi di ADHD (Birmaher and Burke and Loeber 2002)
- Approssimativamente il 15-20% di bambini con ODD sono anche affetti da Disturbo d'Ansia e Disturbo Depressivo (Frank and Paget and Wilde 2005).

Teorie dell' ODD

Developmental Theory

- L'ODD è il risultato di uno "sviluppo incompleto"
- I bambini appaiono bloccati allo stadio del 2° - 3° anno di vita

Learning Theory

- L'ODD è il risultato di "interazioni negative"
- Lo stile genitoriale può causare il comportamento di cronica disobbedienza

Cause dell'ODD

Non sono state del tutto accertate

- Le problematiche di solito compaiono tra gli 1 e i 3 anni
- Molti comportamenti sono solitamente normali all'età di 2 anni, ma nell'ODD non scompaiono mai
- Fattori biologici:
 - familiarità per disturbi del comportamento, abuso di sostanze, d. umore
 - fattori esogeni: esposizione prenatale a tossine, alcool, denutrizione
 - anomalie corteccia prefrontale
 - Disequilibrio neurotrasmettitoriale nel cervello: serotonina, NoA, Dopamina
 - basso cortisolo
 - alto testosterone

Problematicità Familiare

Se un genitore è alcolista o ha avuto problemi con la legge, i bambini hanno una probabilità 3 volte maggiore di sviluppare un ODD.

Altre situazioni problematiche: instabilità, difficoltà economiche, disturbi psichiatrici, comportamenti duramente punitivi, parenting inconsistente, traslochi continui



ODD e Comorbidità

- Raramente l'ODD si manifesta come disturbo singolo
- Il 50-65% di questi bambini hanno anche un ADHD
- Il 35% di questi bambini sviluppano una qualche forma di Disturbo dell'Affettività (Depressione e Ansia)
- Il 20% ha una forma di Disturbo dell'Umore come il Disturbo Bipolare
- Il 15% sviluppa un Disturbo di Personalità
- Molti di questi bambini hanno un Disturbo dell'Apprendimento

ODD e traiettorie evolutive



Irritabile/
emozionalità
negativa



Dannoso/
aggressivo
premeditato



Ostinato/
impulsivo



Prognosi dell'ODD



Ci sono 4 direzioni possibili per l'ODD

- Alcuni lo svilupperanno

- In bambini a partire dall'età di 8 anni si può assistere ad uno sviluppo dell'ODD, spesso a partire da un ADHD
- Il 75% dei bambini più grandi soddisferà appieno i criteri diagnostici in età adolescenziale e adulta

– Può trasformarsi in qualcos'altro

- Il 5-10% dei bambini ODD in età prescolare subirà una modificazione della diagnosi in ADHD
- Nel 25% dei bambini con ODD il comportamento sfidante peggiora e questi ragazzi ricevono una diagnosi di CD.

– Il bambino continua ad avere l'ODD senza altri disturbi

- E' infrequente
- Se insorge in età prescolare, all'età di 8 anni solo il 5% dei bambini ha un ODD e nient'altro

– Il bambino sviluppa un altro disturbo

- Tale evenienza è molto comune

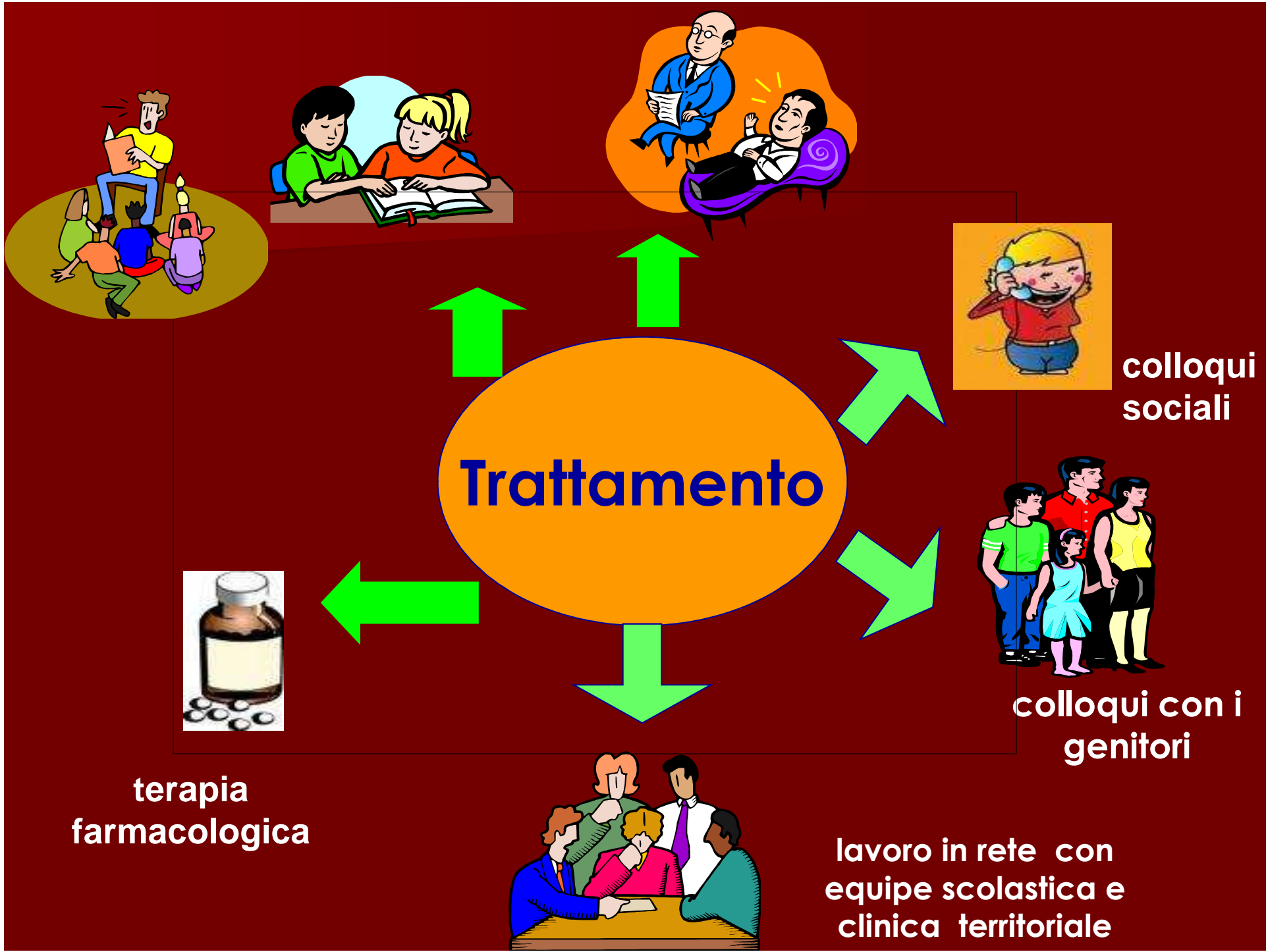
Perché la diagnosi è difficile?

Il comportamento sfidante è tipico nel normale sviluppo di un bambino e può inoltre essere espressione di rabbia, stanchezza o di un turbamento di qualche natura...

Come fare la Diagnosi

- Interviste con i genitori e il bambino, sia insieme che separatamente, sono indispensabili per analizzare la storia dei comportamenti e valutare tutte le possibili condizioni in comorbidità
- Intervista agli insegnanti
- Esaminare i quaderni scolastici per valutare eventuali disturbi dell'apprendimento associati
- Visita neurologica
- Storia psico-sociale del nucleo familiare
- Assessment delle abilità di comportamento, intellettive ed emotive

Trattamento



Cosa funziona nell'ODD?

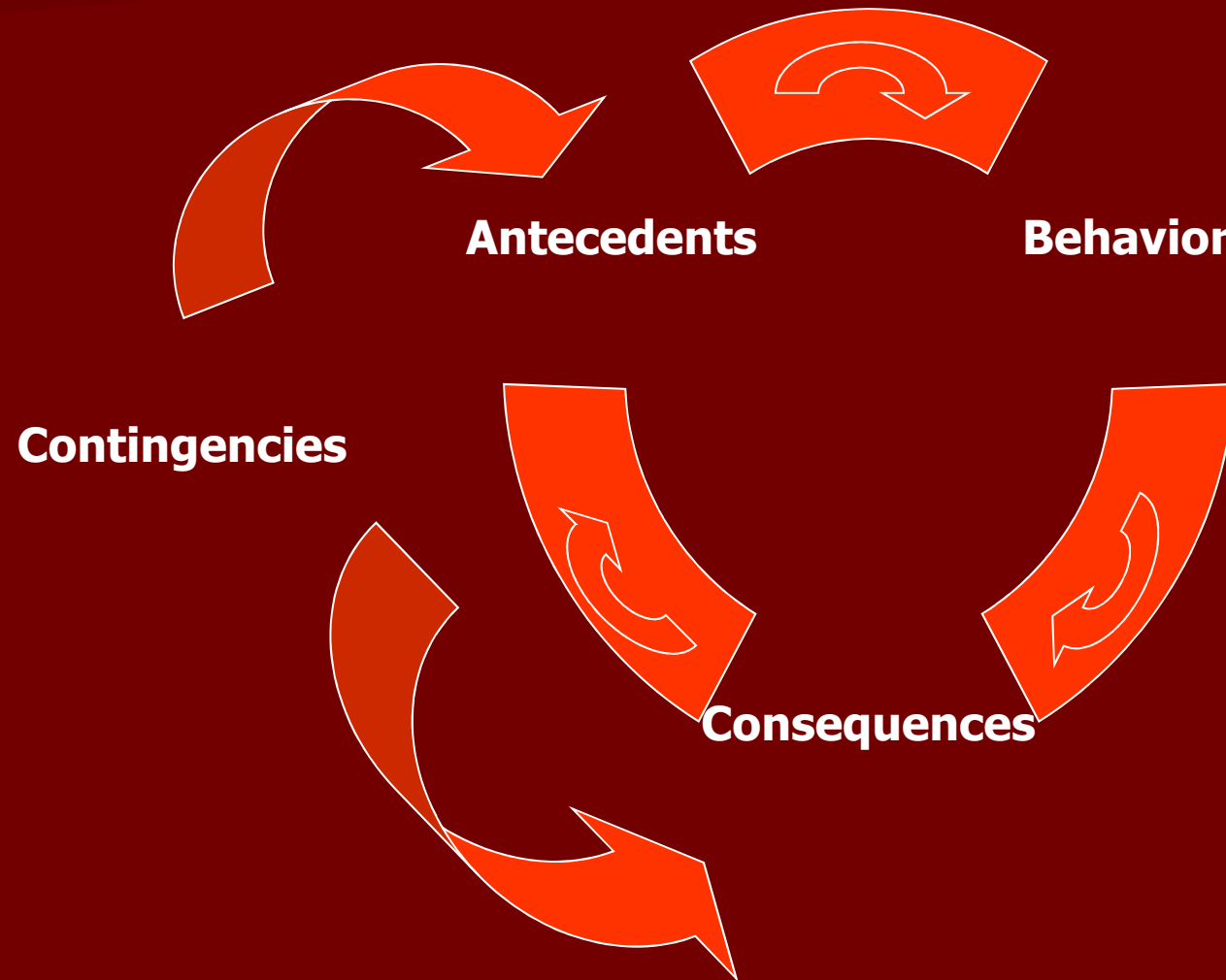
- **Terapia Comportamentale**
- **Tecniche di Problem-solving**

Terapia Comportamentale

Meccanismo: I bambini con ODD hanno difficoltà a capire le conseguenze delle loro azioni

Approccio: Applicare i principi della "Teoria del Social Learning" per modificare il comportamento del bambino attraverso training per insegnanti e genitori, volto a "manipolare" gli antecedenti, le conseguenze e le contingenze dell'ambiente.

The ABC Model



“Parent Training in behavior management has the clearest support for its efficacy, having been evaluated in 24 controlled tests...”

Che cos'è il Parent Training?

- Capire perchè i bambini "si comportano male"
– correggere le percezioni genitoriali sbagliate
- Prestare attenzione e rinforzare il buon comportamento del bambino (migliorando la relazione emotiva con lui)
- Impartire ordini efficaci (compliance training)
- Usare il time-out
- Sistema del rinforzamento e del costo della risposta (token economy) per comportamenti appropriati e inappropriati

Intervento in classe



E' insensato dire a un bambino con una diagnosi medica di "essere bravo" !!

Pensate al vostro dottore se, quando state male, vi dicesse "Migliorate!"



*sgridare, scrivere il nome o una nota
sono efficaci per reprimere
nell'immediato il comportamento
scorretto ma **alla lunga provocano
disastri !***

Cosa pensa uno studente con ODD?

(Frank et al.)

- Nessuno ha il diritto di dirmi ciò che devo fare.
- Sì, a volte mi comporto male, ma comunque è sempre colpa tua!
- Quando mi punisci o mi ricompensi, sento che tenti di controllarmi e manipolarmi.
- Poichè so che tu vuoi che io cambi, sarò molto ostinato nel non modificare i miei comportamenti! Se cambio sarà con i miei tempi e per me!
- Sento che ho un grande potere di controllare come faccio sentire gli altri.

Cosa sente/come si vive uno studente con ODD?

- ❑ non ce la fanno, non riescono
- ❑ hanno un basso concetto di sé in relazione alla scuola
- ❑ hanno poca o nessuna speranza di trovare successo a scuola
- ❑ fanno gruppo con, e sono rinforzati da, studenti simili a loro
- ❑ si vedono come perdenti e hanno smesso di guadagnare accettazione in maniere normali (*meglio essere riconosciuti come coloro che creano problemi piuttosto che essere visti come stupidi !*)

Strategie per gli insegnanti

Primo Step:

- Cambiare atteggiamento mentale:
 - Non pensare a “problemi di comportamento” o “cattivi comportamenti”....
 - Quando si pronunciano queste parole si forma nella mente una determinata percezione del bambino:
BAMBINO CATTIVO – BAMBINO PROBLEMATICICO
 - Il bambino è OK. E' solo il suo comportamento che si desidera cambiare. Quindi esso è il bersaglio!
 - Liberarsi di alcune espressioni verbali:
Non..... No! Smetti di.... Basta.....

Strategie per gli insegnanti

Secondo Step:

- Programma Multimodale
 - ❖ Modificazione degli antecedenti
 - ❖ Attenzione a:
 - Ora del giorno
 - Giorno della settimana
 - Contesto, ambiente, materia, certi coetanei attorno, certi adulti attorno etc.

❖ Insegnare comportamenti sostitutivi:

- Il bambino ha bisogno che gli sia insegnato ad esprimere la rabbia e la frustrazione in maniera socialmente appropriata
- Non possiamo solo dir loro di essere “bravi”, dobbiamo fornir loro tecniche che li aiutino a comportarsi in maniera differente

“Discipline
without a
relationship leads
to rebellion”

Valutazione comportamentale



Tecnica comportamentale



Suggerimenti per gli insegnanti

(Barkley and Benton 1998) (Wenning 1999)

- Tenere a mente le battaglie che uno studente con ODD porta avanti ogni giorno e permettersi di ignorare alcuni dei comportamenti meno severi.
- Non reagire, ma agire. Se si reagisce si darà all'alunno esattamente ciò che desidera.
- Agire, non discutere. Azioni tempestive funzionano meglio che tentare di ragionare con uno studente con ODD. Può facilmente divenire polemico.
- Fare affermazioni non domande. Se si chiede a uno studente con ODD di fare qualcosa probabilmente non lo farà.
- Porre chiare regole ed appropriate conseguenze.

■ Interventi moderati

- Lavorare assieme alla famiglia per aiutare il bambino
- Aiutare lo studente a fissarsi un obiettivo ogni giorno e a monitorarne il successo.
- Utilizza comportamenti che diminuiscono le lotte di potere (privato, ascolto, semplici direttive, brevità, etc...)
- Prendersi del tempo per stemperare le emozioni quando l'atmosfera si scalda, con frasi del tipo "Ho bisogno di un pò di tempo per pensare al tuo punto di vista"
- Trovare un'area di interesse dello studente o in cui è esperto e chiedergli aiuto in essa.
- Mandare lo studente a fare una commissione se si anticipa un comportamento resistente.
- Empatizzare con il vissuto dello studente. Es. "vedo che questa cosa è molto importante per te"
- Permettersi di usare a volte un approccio di "No-Confidence", con frasi del tipo: "Penso che non sei ancora pronto per fare questo". Probabilmente lo studente con ODD cercherà di provarvi il contrario.

■ Interventi più intensivi

- Infuturazione (proiettarsi nel futuro): lo studente prova ad immaginare nel futuro un momento in cui potrebbe trovarsi in difficoltà.
- Permettere allo studente di porsi la domanda: “Che conseguenze ha avuto la mia rabbia?”
- “Calendario del Vulcano”: usare delle illustrazioni per aiutare lo studente a monitorare la frequenza e intensità dei suoi attacchi di rabbia
- Creare distrazioni: pensare a momenti felici o divertenti e farli ricordare allo studente.
- Avere abbastanza fiducia nello studente per chiedere il suo aiuto con alcuni compagni.

Ricapitolando

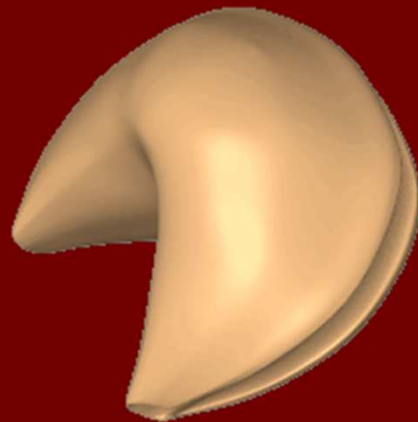
- Ricordarsi che un bambino con ODD ha bisogni identici a quelli degli altri studenti.
- Ricordarsi di rimanere calmi e non arrabbiarsi con il bambino ODD
- Ricordarsi di non “prenderla sul personale”
- Ricordarsi che piccoli successi sono qualcosa di cui andare molto orgogliosi.
- Ricordarsi che nel bambino con ODD ci sono cose che funzionano, e che si ha solo bisogno di tempo per farle emergere.

Focus on Strengths



Love Notes

- Children with ODD will do the opposite of what you want if you tell the world they are doing a “good job”. Give them love notes privately telling them what they did well.



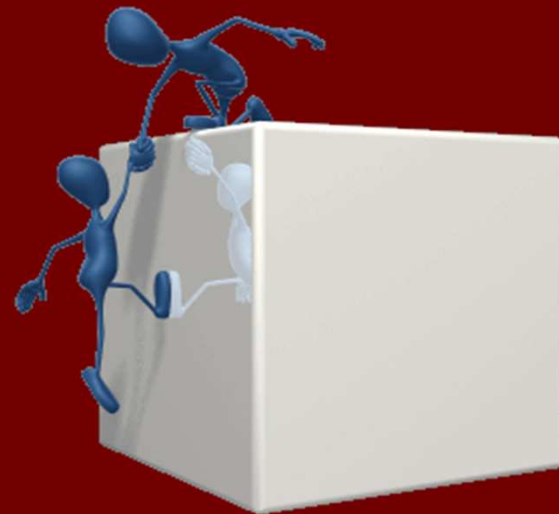
Safe place

- Have a place for the child to go if they absolutely need to - do not use it as a punishment
- Example: “The igloo room” – the students could go there to de-puff when they were ready to explode.



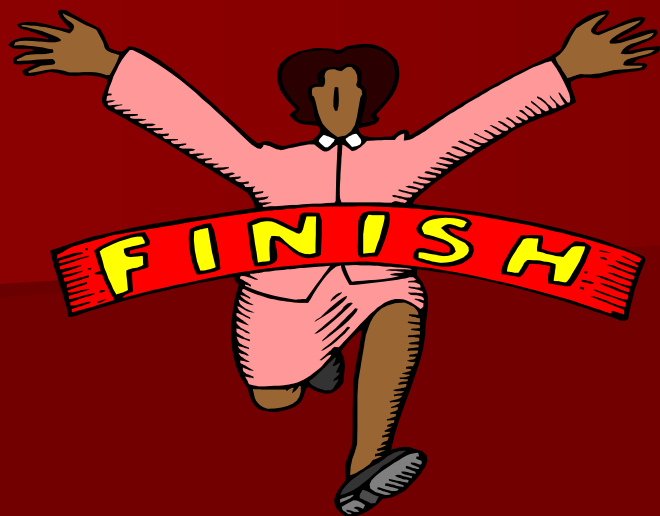
Philanthropy

- You will be surprised that these students are generally great working with younger students or students with disabilities.
 - Their behavior is typically more appropriate with younger and less able students.



Bibliografia

- Asuni, F., De Meo, T. e Vio, C. (2003). Il **Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività. Il caso di un bambino di quarta elementare**. *Psicologia e Scuola*, 113, 16-27.
- Cornoldi C., Gardinale M., Masi A. & Pettenò L. (1996), **Impulsività e autocontrollo**. Trento: Erickson.
- Fiorenza, Andrea, Nardone, Giorgio, 1995, **L'intervento strategico nei contesti educativi**, Giuffrè, Milano.
- Cornoldi C., De Meo T., Offredi F. & Vio C. (2001). **Iperattività e autoregolazione cognitiva**. Trento: Erickson.
- Vio C., Marzocchi G.M. & Offredi F. (1999). **Il bambino con deficit di attenzione/iperattività**. Trento: Erickson.
- Di Pietro M., Bassi E. & Filoramo G. (2001). **L'alunno iperattivo in classe**. Trento: Erickson.
- Barkley, (ed. it. Chiarenza) **Bambini provocatori, Manuale clinico per valutazione e parent training**. Ars Medica editore 2007
- Zuddas A., Ancilletta B., Cavolina P. **Che cos'è l'ADHD? Manuale minimo per genitori ed insegnanti**. Arti Grafiche Pisano, Cagliari 2000



**ARRIVEDERCI E GRAZIE
PER L'ATTENZIONE!**

Per contatti:

Dott.ssa Arabella Di Ruocco

NPJA – ASL NA3Sud DS57

081 8490577

arabelladr@virgilio.it

