

unimc
UNIVERSITÀ DI MACERATA

DISTURBI EMOTIVI

Prof. Fabio Felici



Partiamo così...

"I nostri studenti che "vanno male" (studenti ritenuti senza avvenire) non vengono mai soli a scuola. In classe entra una cipolla: svariati strati di magone, paura, preoccupazione, rancore, rabbia, desideri insoddisfatti, rinunce furibonde accumulati su un substrato di passato disonorevole, di presente minaccioso, di futuro precluso. Guardateli, ecco che arrivano, il corpo in divenire e la famiglia nello zaino. La lezione può cominciare solo dopo che hanno posato il fardello e pelato la cipolla. Difficile spiegarlo, ma spesso basta solo uno sguardo, una frase benevola, la parola di un adulto, fiduciosa, chiara ed equilibrata per dissolvere quei magoni, alleviare quegli animi, collocarli in un presente rigorosamente indicativo. Naturalmente il beneficio sarà provvisorio, la cipolla si ricomporrà all'uscita e forse domani bisognerà ricominciare daccapo. Ma insegnare è proprio questo: ricominciare fino a scomparire come professori..."

Daniel Pennac

CONTENUTI



01

L'AUTOSTIMA

03

LA DEPRESSIONE

02

L'ANSIA

04

LA COLLERA



Il concetto di sé

Il concetto di sé è costituito dall'insieme di

- qualità fisiche
- qualità mentali
- valutazione delle stesse

Include l'immagine di sé (il bambino come vede se stesso) e il sé ideale (come il bambino ritiene dovrebbe essere).



L'autostima, la stima di noi stessi

L'autostima è la valutazione della discrepanza fra l'immagine di sé e il sé ideale.

Un aspetto fondamentale dell'autostima è la struttura gerarchica delle sue componenti:

- globale
- scolastica
- familiare
- sociale
- fisica

L'autostima è una dimensione emozionale importantissima in ambito scolastico.



LA VALUTAZIONE DELL'AUTOSTIMA

- L'OSSERVAZIONE INFORMALE
- IL FOGLIO DEL "IO SONO COME..." E IL FOGLIO DEL "IO COME VORREI ESSERE"



maggiore è la discrepanza tra i due elenchi, tanto più potrebbero essere ipotizzati problemi di autostima



- DISEGNARE SE STESSO COME GLI SEMBRA DI ESSERE E SUCCESSIVAMENTE COME VORREBBE ESSERE
- QUESTIONARI (es. Cosa penso di me)



PER ALUNNI AL DI SOPRA DEI 9 ANNI...

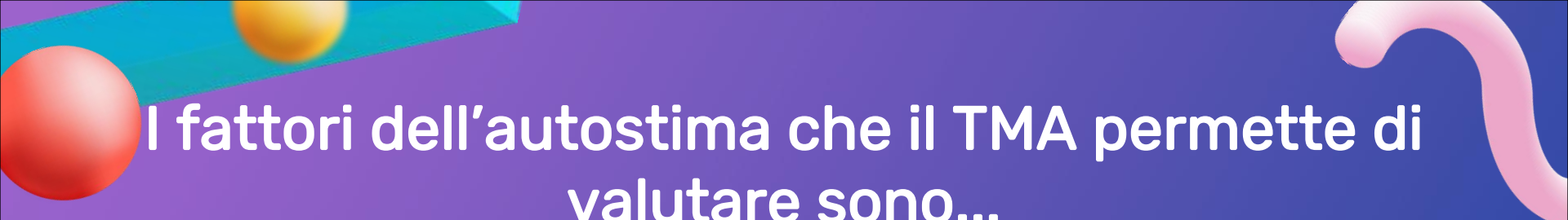
TMA/TEST MULTIDIMENSIONALE DELL'AUTOSTIMA (Bracken, 2003)

- Si tratta di uno strumento standardizzato.
- Il ragazzo deve rispondere valutando in che misura trova giuste per lui 150 affermazioni.

Le affermazioni sono del tipo: " Di solito con me ci si diverte molto", "Molte persone si burlano di me".

- Il ragazzo deve indicare se ognuna delle affermazioni è *assolutamente vera*, *vera*, *non vera*, *assolutamente non vera*.





I fattori dell'autostima che il TMA permette di valutare sono...

Le relazioni
interpersonali

La competenza di controllo
sull'ambiente
(misura in cui un ragazzo riesce
nei suoi tentativi di risolvere
problemi e raggiungere gli
obiettivi che si è posto).

L'emotività
(gestione emotiva)



Il successo scolastico

La vita familiare

Il vissuto corporeo
(l'immagine di sé
rispetto alla bellezza,
prestanza fisica,
all'abbigliamento,
all'altezza, al peso e
alla salute).

ANSIA



L'ansia è un'emozione che fa parte dell'esperienza umana ed è una risposta naturale e utile allo stress.

Non sempre è negativa: in certe situazioni, infatti, può aiutare l'organismo a reagire a situazioni difficili o potenzialmente pericolose.

L'ansia diventa però un problema, cioè patologica, quando interferisce in modo significativo con il benessere psicologico della persona, limitandone la capacità di adattarsi e funzionare nella vita quotidiana.



Ci sono due situazioni principali in cui l'ansia è considerata non naturale:

1. Quando è eccessiva e sproporzionata rispetto alla situazione che l'ha provocata.
2. Quando compare senza una causa precisa o riconoscibile.





Due tipi di ansia:

- Ansia adattiva (fisiologica): è utile, perché aiuta a prepararsi a situazioni difficili e può portare a una crescita personale.
- Ansia disfunzionale (patologica): è esagerata rispetto alla situazione, provoca grande sofferenza (di cui la persona è consapevole), dura nel tempo e può portare a comportamenti di evitamento che compromettono la vita quotidiana. In certi casi, può emergere anche senza una causa precisa, come negli attacchi di panico, o di fronte a situazioni in realtà innocue, come nelle fobie.

L'ANSIA

L'ansia è una condizione emotiva di apprensione, di timore, di aspettativa di un evento negativo, che si manifesta attraverso risposte...



fisiologiche

comportamentali

cognitive

emotive

Accade spesso che l'ansia abbia la caratteristica di anticipazione rispetto all'evento temuto
(ANSIA ANTICIPATORIA)



Alcuni tentativi di controllare l'ansia

COMPORTAMENTI DI FUGA

Rifiuto, opposizione, fuga

COMPORTAMENTI DI EVITAMENTO

L'espressione significa che un certo comportamento serve per evitare situazioni spiacevoli.

Es. Tutti i lunedì non vado a scuola per evitare i giudizi della maestra X.

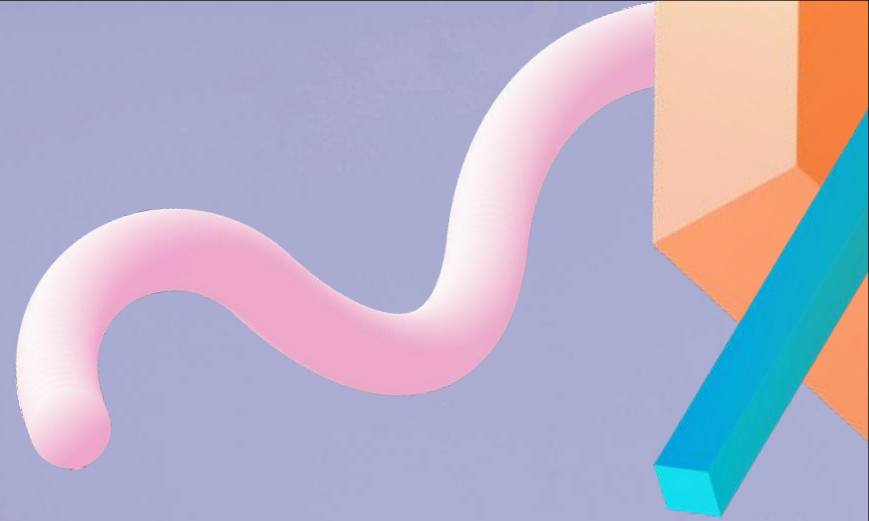
COMPORTAMENTI COGNITIVI

Pensieri, rimuginio...



MINACCE CHE POSSONO INDURRE ANSIA NEL BAMBINO





Ciò che è comune a molti disturbi d'ansia è la forte reazione emotiva conseguente al verificarsi di un evento traumatico e la conseguente tendenza a preoccuparsi continuamente per la possibilità che l'evento si ripeta.



IL RUOLO DELLO STRESS

EUSTRESS VS. DISTRESS

- *Eustress*: è lo stress positivo. È una forma di attivazione che stimola energia, motivazione e concentrazione. Aiuta a migliorare le prestazioni e a crescere di fronte alle sfide (es. prepararsi a un esame o a una gara).

- *Distress*: è lo stress negativo. Si verifica quando la pressione è percepita come eccessiva o ingestibile. Porta a ansia, calo di rendimento, stanchezza e possibili conseguenze psicofisiche (es. insonnia, irritabilità, esaurimento).

LA SCALA DEI CAMBIAMENTI DI VITA

SCALA DEI CAMBIAMENTI DI VITA

metodo per misurare lo stress del bambino



Conoscere per attuare strategie di supporto che possono ridurre il rischio di evoluzione psicopatologica



- **Punteggio inferiore a 150:** livello di stress nella norma;
- **Punteggio tra 150 e 300:** livello di stress sopra la media;
- **Punteggio superiore a 300:** livello molto alto con notevole probabilità che insorga un disturbo psichico e fisico.





Mal di testa, disturbi intestinali, tensione muscolare, difficoltà ad addormentarsi possono essere segnali che indicano le conseguenze psicofisiche dello stress.



Quando questi segnali vengono ignorati si può arrivare ad una condizione di ansia, talvolta ad un vero e proprio disturbo d'ansia.





DISTURBO D'ANSIA DI SEPARAZIONE

01

Cos'è

Consiste in una persistente, eccessiva e irrealistica preoccupazione circa la separazione dalla figura di attaccamento primario e i sintomi possono provocare un'intensa sofferenza, provocando un significativo deterioramento in una o più importanti aree del funzionamento del bambino.

02

Si presenta...

spesso in combinazione con la fobia scolastica o l'evitamento della scuola.



Disturbo d'Ansia da Separazione (adattamento DSM-5) – Bambini e Adolescenti

Durata:

Bambini/adolescenti $\geq$ 4 settimane

Adulti $\geq$ 6 mesi

Sintomi principali (almeno 3 presenti):

- Disagio marcato alla separazione da casa o figure di riferimento
- Preoccupazione costante per la sicurezza delle figure di attaccamento
- Paura di eventi che potrebbero causare la separazione
- Rifiuto di allontanarsi da casa o di frequentare luoghi esterni
- Timore di restare soli o lontano dalle figure di attaccamento
- Difficoltà a dormire lontano da casa
- Incubi sul tema della separazione
- Disturbi fisici (mal di testa, mal di pancia, nausea) legati alla separazione





MUTISMO SELETTIVO

01

Cos'è

Un disturbo d'ansia dell'infanzia caratterizzato da incapacità costante di parlare in specifiche situazioni sociali (in cui ci si aspetta che il bambino parli, es. scuola) nonostante l'abilità di parlare in altre situazioni (es. in famiglia).

02

NON è

UN DISTURBO LINGUISTICO!



Mutismo Selettivo (adattamento DSM-5) – Bambini e Adolescenti

Durata:

≥ 1 mese (non limitata al primo mese di scuola)

Criteri principali:

- Incapacità costante di parlare in specifiche situazioni sociali, pur parlando normalmente in altre.
- Interferenza significativa con rendimento scolastico, lavorativo o comunicazione sociale.
- Non dovuta a mancanza di conoscenza o competenza nella lingua parlata.
- Non meglio spiegata da disturbi della comunicazione, disturbi dello spettro autistico, schizofrenia o altri disturbi psicotici.





IL DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATA

01

Cos'è

(Generalized Anxiety Disorder – GAD)

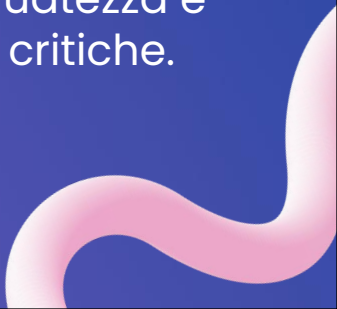
È caratterizzato da ansia e preoccupazione eccessive e incontrollabili riguardo a diversi eventi o attività presenti per la maggior parte dei giorni, per almeno 6 mesi.

Nel bambino è caratterizzato da una preoccupazione irrealistica circa gli eventi futuri e imminenti, un esagerato rimore di non riuscire ad agire in modo competente e un'eccessiva auto-coscienza.

02

SPESSO

senso di inadeguatezza e sensibilità alle critiche.



Disturbo d'Ansia Generalizzata (GAD) – adattamento DSM-5

Durata:

Ansia e preoccupazione presenti la maggior parte dei giorni per ≥ 6 mesi

Criteri principali:

- Difficoltà a controllare la preoccupazione e l'ansia.
- Ansia associata ad almeno 3 sintomi negli adulti (nei bambini basta 1):
 - a. Irrequietezza o tensione
 - b. Affaticabilità facile
 - c. Difficoltà di concentrazione o vuoti di memoria
 - d. Irritabilità
 - e. Tensione muscolare
- Disturbi del sonno: difficoltà ad addormentarsi, sonno non ristoratore o agitato
- Ansia e sintomi fisici causano disagio significativo o compromissione di funzionamento sociale/lavorativo
- Non attribuibile a sostanze o condizioni mediche
- Non meglio spiegata da altri disturbi mentali (es. fobie, disturbo ossessivo-compulsivo, PTSD, ansia da separazione)



FOBIA SPECIFICA

01

Cos'è

È un'eccessiva o persistente paura scatenata dall'esposizione o dall'attesa esposizione a uno specifico oggetto o situazione, come il buio, l'altezza, certi animali, i tuoni...

02

La presenza della situazione fobica può manifestarsi come

attacco di panico, pianto, collera, l'immobilizzarsi o avvinghiarsi a qualcuno





Fobia Specifica (adattamento DSM-5)

Durata:

Generalmente ≥ 6 mesi

Criteri principali:

- Paura o ansia marcata verso un oggetto o situazione specifica (es. volare, animali, altezze, sangue)
 - La situazione fobica provoca quasi sempre paura o ansia immediata
 - L'oggetto/situazione viene evitato o affrontato con intensa ansia
 - La paura/ansia è sproporzionata rispetto al reale pericolo e al contesto socioculturale
 - Causa disagio clinicamente significativo o compromissione sociale/lavorativa
 - Non meglio spiegata da altri disturbi (es. agorafobia, ansia sociale, disturbo ossessivo-compulsivo, PTSD)
- 



FOBIA SOCIALE

01

Cos'è

È un disturbo d'ansia caratterizzato da paura o ansia marcata in una o più situazioni sociali in cui l'individuo è esposto al possibile giudizio degli altri (es. parlare in pubblico, mangiare davanti ad altri, interazioni sociali).

Il bambino con FOBIA SOCIALE ha paura di agire in un modo che possa risultare imbarazzante, umiliante.

Le paure più comuni tra i bambini con Fobia Sociale sono le valutazioni scolastiche e il parlare davanti ad altre persone.

02

SPESSO

Il bambino non è consapevole della natura irrazionale della paura.



Fobia Sociale (adattamento DSM-5)

Durata:

Generalmente ≥ 6 mesi

Criteri principali:

- Paura o ansia marcata in situazioni sociali con possibile giudizio altrui (es. interazioni, essere osservati, esibirsi)
- Timore di comportarsi in modo imbarazzante o di mostrare sintomi d'ansia giudicati negativamente
- Le situazioni sociali provocano quasi sempre paura o ansia
- Le situazioni vengono evitate o affrontate con intensa ansia
- Paura/ansia sproporzionata rispetto al reale pericolo e al contesto socioculturale
- Causa disagio clinicamente significativo o compromissione sociale/lavorativa
- Non attribuibile a sostanze, condizioni mediche o altri disturbi mentali (es. autismo, disturbo di panico)



DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO



01

Cos'è

È un disturbo che può insorgere dopo l'esposizione a un evento traumatico (morte reale o minacciata, gravi lesioni, violenza sessuale), con successivo sviluppo di sintomi intrusivi, evitamento, alterazioni cognitive ed emotive, e iperattivazione.

02

SPESSO

Il bambino non è consapevole della natura irrazionale della paura.



Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) – adattamento DSM-5

A. Esposizione a evento traumatico (almeno 1 modalità):

Esperienza diretta dell'evento

Testimonianza diretta mentre l'evento accade ad altri

Apprendere che l'evento è accaduto a familiare stretto o amico

Esposizione ripetuta/estrema a dettagli del trauma (es. soccorritori)

B. Sintomi intrusivi (≥ 1):

Ricordi involontari e ricorrenti del trauma

Sogni angoscianti ricorrenti

Flashback / reazioni dissociative

Sofferenza intensa a segnali legati al trauma

Reazioni fisiologiche marcate a segnali interni o esterni





C. Evitamento persistente (≥ 1):

Evitamento di ricordi, pensieri o emozioni legati al trauma.

Evitamento di persone, luoghi, attività, oggetti, situazioni che richiamano il trauma.

D. Alterazioni negative di cognizioni ed emozioni (≥ 2):

Amnesia dissociativa relativa ad aspetti dell'evento.

Credenze o aspettative negative persistenti (es. "non ci si può fidare di nessuno").

Pensieri distorti su colpa di sé o degli altri.

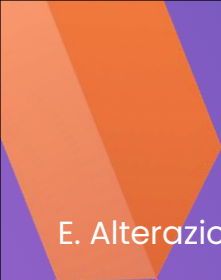
Stato emotivo negativo persistente (paura, rabbia, vergogna).

Riduzione marcata dell'interesse per attività significative.

Distanziamento o estraneità verso gli altri.

Incapacità persistente di provare emozioni positive.





E. Alterazioni dell'arousal e della reattività (≥ 2):

Irritabilità o scoppi di rabbia.

Comportamento spericolato o autodistruttivo.

Ipervigilanza.

Esagerata risposta di allarme.

Problemi di concentrazione.

Disturbi del sonno.

F. Durata: i sintomi persistono per più di 1 mese.

G. Compromissione: causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o altre aree importanti.

H. Non attribuibile a sostanze o condizioni mediche.





DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

01

Cos'è

È caratterizzato dalla presenza di ossessioni, compulsioni o entrambe.

I pensieri intrusivi prendono il nome di OSSESSIONI, mentre i comportamenti di controllo dell'ansia si chiamano comportamenti compulsivi o compulsioni.

02

ASPETTO IMPORTANTE

La mancanza di controllo circa i pensieri ossessivi o i comportamenti compulsivi.



DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

Adattamento DSM 5



Ossessioni (1 e 2):

Pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti, vissuti come intrusivi e indesiderati, che causano ansia o disagio marcato.

L'individuo tenta di ignorarli, sopprimerli o neutralizzarli con altri pensieri o comportamenti (compulsioni).

Compulsioni (1 e 2):

Comportamenti ripetitivi (es. lavarsi le mani, controllare, ordinare) o azioni mentali (es. pregare, contare, ripetere parole) che la persona si sente spinta a mettere in atto in risposta a un'ossessione o secondo regole rigide.

I comportamenti/azioni mentali mirano a prevenire o ridurre l'ansia o prevenire eventi temuti, ma non sono collegati realisticamente a ciò che devono prevenire, oppure sono chiaramente eccessivi.

ALTRI CRITERI

Le ossessioni o compulsioni occupano più di 1 ora al giorno oppure causano disagio/compromissione significativi in ambito sociale, lavorativo o altre aree importanti.

Non sono attribuibili agli effetti di sostanze o condizioni mediche.

Non sono meglio spiegati da altri disturbi mentali (es. preoccupazioni dell'ansia generalizzata, rituali nell'autismo, pensieri intrusivi nel disturbo depressivo maggiore)





DISTURBO DI PANICO

01

Cos'è

È caratterizzato dal ripetersi di episodi di ansia intensa o attacchi di panico inaspettati e ricorrenti, accompagnati da preoccupazione persistente per ulteriori attacchi o dalle loro conseguenze, con conseguente cambiamento significativo del comportamento.

02

SPESSO

I bambini che sperimentano attacchi di panico iniziano a evitare situazioni in cui si aspettano possano verificarsi altri attacchi (AGORAFOBIA).



DISTURBO DI PANICO

Adattamento DSM 5:

A. Attacchi di panico ricorrenti e inaspettati

Un attacco di panico è un'improvvisa comparsa di intensa paura o disagio che raggiunge il picco in pochi minuti, durante il quale si manifestano almeno 4 (o più) dei seguenti sintomi:

Palpitazioni, cardiopalmo, tachicardia.

Sudorazione.

Tremori o scuotimenti.

Dispnea o sensazione di soffocamento.

Sensazione di asfissia.

Dolore o fastidio al petto.

Nausea o disturbi addominali.

Sensazioni di vertigine, instabilità, testa leggera o svenimento.

Brividi o vampate di calore.

Parestesie (intorpidimento o formicolii).

Derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da sé stessi).

Paura di perdere il controllo o "impazzire".

Paura di morire.



DISTURBO DI PANICO



B. Almeno uno degli attacchi è seguito, per 1 mese o più, da uno o entrambi:

Preoccupazione persistente o ansiosa riguardo ad altri attacchi di panico o alle loro conseguenze (es. paura di avere un infarto, di perdere il controllo).

Significativo cambiamento disadattivo del comportamento correlato agli attacchi (es. evitamento di esercizio fisico o luoghi in cui si sono verificati gli attacchi).

C. Il disturbo non è attribuibile a sostanze, condizioni mediche o ad altri disturbi mentali (es. fobie, ansia sociale, PTSD).



ANSIA ASSOCIATA A CONDIZIONI MEDICHE



Cos'è

Può svilupparsi in associazione a gravi situazioni mediche o a malattie.

I sintomi possono includere attacchi di panico, ossessioni o compulsioni, fobie, o uno stato di eccessiva preoccupazione.

IN SINTESI

in questo disturbo l'ansia non è primaria, ma è direttamente causata da una condizione medica sottostante.





DISTURBO MISTO D'ANSIA

Mixed Anxiety Disorder

COSA SONO?

È caratterizzato da sintomi ansiosi che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento, ma che non soddisfano pienamente i criteri di nessuno dei disturbi d'ansia specifici (es. GAD, fobia sociale, fobia specifica, disturbo di panico).

Nel DSM-5, questo quadro viene classificato come Disturbo d'Ansia Non Altrimenti Specificato (Other Specified Anxiety Disorder) con specificazione del motivo per cui non soddisfa un disturbo pieno.





**I BAMBINI CON DISTURBI D'ANSIA SONO
SPESSO A RISCHIO DI SVILUPPARE ANCHE
PROBLEMI DEPRESSIVI!**



ALTRI DISTURBI ASSOCIATI ALL'ANSIA: LA SINDROME DI TOURETTE

Caratteristiche principali:

Tic motorii: movimenti rapidi, improvvisi e ripetitivi (es. battito di palpebre, scuotimento testa).

Tic vocali: suoni involontari, parole o frasi.

Fluttuazione nel tempo: intensità e frequenza cambiano.

Associazione con ansia:

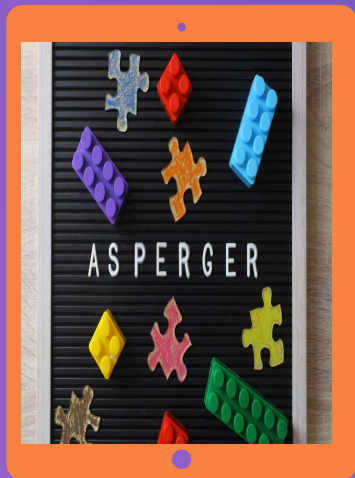
Spesso ansia sociale, fobie, DOC o disturbo d'ansia generalizzato.

L'ansia può aumentare la frequenza dei tic.





ALTRI DISTURBI ASSOCIATI ALL'ANSIA: LA SINDROME DI ASPERGER



Forma di autismo ad alto funzionamento, con deficit nella comunicazione sociale e comportamenti ristretti e ripetitivi, senza ritardo significativo del linguaggio o cognitivo.

Caratteristiche principali:

Difficoltà nelle interazioni sociali: lettura delle emozioni altrui, gestione delle relazioni.

Interesse ristretto e comportamenti ripetitivi.

Linguaggio normale o avanzato, ma uso sociale atipico.

Associazione con ansia:

Ansia sociale molto frequente.

Disturbi ossessivo-compulsivi e fobie comuni.

Ansia può derivare dalla difficoltà di adattamento sociale o dal bisogno di routine.



LA VALUTAZIONE DELL'ANSIA

- OSSERVAZIONE DELL'ALUNNO: reazioni fisiologiche e comportamentali;
- INDAGINE SUI PENSIERI IRRAZIONALI:
 - DOVERIZZAZIONI ASSOLUTE;
 - INSOPPORTABILITA';
 - PENSIERI CATASTROFIZZANTI;
 - BISOGNI ASSOLUTI;
 - VALUTAZIONI GLOBALI.

LA VALUTAZIONE DELL'ANSIA

- TEST STANDARDIZZATO PER LA VALUTAZIONE DELL'ANSIA IN ETA' EVOLUTIVA DI BUSNELLI, DALL'AGLIO E FAINA (1974);
- STRUMENTO UTILE PER L'INSEGNANTE: SCALA DI VALUTAZIONE DELL'ANSIA DELL'ALUNNO (2009) DI IANES E CRAMEROTTI.



Per la valutazione del punteggio si assegna 1 alle risposte "QUASI MAI", 2 alle risposte "QUALCHE VOLTA", 3 a "ABBASTANZA SPESSO", 4 alle risposte "MOLTO SPESSO".

Un punteggio totale superiore a 25 indica un livello significativo di ansia.

LA DEPRESSIONE

- La depressione è un termine generico che si riferisce sia a un grave abbassamento del tono dell'umore sia a lievi turbamenti della sfera emotiva.
- Patologia che investe l'intero organismo ed influenza la vita psichica, le emozioni e i pensieri, interferendo sul normale funzionamento della persona, sui suoi comportamenti, sui suoi rapporti con la famiglia e gli amici.



Ricerche recenti hanno dimostrato che i primi sintomi della patologia depressiva si osservano già al di sotto dei 10 anni di età e che la soglia d'età di insorgenza di questo disturbo si sta abbassando in modo allarmante.

- Viene spesso considerata la reazione a qualche evento traumatico, a una forte delusione o a qualche stress particolarmente intenso..
- Vari studi hanno dimostrato un'importante continuità tra la depressione in età infantile e quella in età adulta.



IMPORTANZA DI UNA DIAGNOSI PRECOCE



In età evolutiva ci sono due disturbi dell'umore rilevanti

**DISTURBO DEPRESSIVO
MAGGIORE**

**DISTURBO DEPRESSIVO
PERSISTENTE**

entrambi caratterizzati da un abbassamento clinicamente importante del tono dell'umore: il bambino appare triste, svogliato, demotivato, sempre stanco, spento, disinteressato a tutto; persino il sonno e l'appetito sono disturbati.





è più grave, ma tende ad essere acuto e ad avere una durata limitata nel tempo, anche se si possono verificare purtroppo molti episodi depressivi anche gravi uno dopo l'altro

DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE



DISTURBO DEPRESSIVO PERSISTENTE

è meno grave ma cronico, rappresenta cioè una condizione relativamente stabile di tristezza patologica.



Disturbi dell'umore caratterizzati da un innalzamento eccessivo o oscillazioni anomale tra toni alti e bassi

- DISTURBI BIPOLARI



ASSOCIATI CON UNA CERTA FREQUENZA
AI DISTURBI DA DEFICIT DELL'ATTENZIONE/IPERATTIVITA'



E I DISTURBI DELL'ADATTAMENTO?

- La sofferenza non dipende tanto da una specifica "malattia" quanto dalle difficoltà che l'ambiente pone.
 - Esistono diversi tipi di disturbi dell'adattamento: disturbo dell'adattamento con umore depresso, ma ci sono forme legate all'ansia e ai problemi comportamentali.
- 
- 

A SCUOLA...

La depressione può essere identificata attraverso diversi strumenti:

- la valutazione psicologica;
- i discorsi degli studenti, degli insegnanti e dei genitori;
- le osservazioni.

LA VALUTAZIONE DEI DISTURBI EMOZIONALI DI TIPO DEPRESSIVO

- SONDARE LE MODALITA' DI PENSIERO;
- OSSERVAZIONE DELLE DISTORSIONI COGNITIVE, modi errati o inadeguati di interpretare la realtà;
- OSSERVARE LE MANIFESTAZIONI DI TIPO DEPRESSIVO:

1. Frequenti comportamenti di fuga e di evitamento da situazioni problematiche, difficili, potenzialmente ansiogene, o anche situazioni "normali";

2. Incapacità di affrontare le situazioni spiacevoli che possono verificarsi;

3. Visione negativa di se stessi;

LA VALUTAZIONE DEI DISTURBI EMOZIONALI DI TIPO DEPRESSIVO

- 4. Visione negativa delle proprie attuali esperienze;
- 5. Visione negativa del futuro.

ALTRI ASPETTI DISFUNZIONALI NEL MODO DI PENSARE VANNO RICERCATE IN CIO' CHE COSTITUISCE LO STILE ESPLICATIVO DEL BAMBINO (M. Seligman).



il modo in cui gli individui danno significato agli eventi, positivi e negativi, in cui si imbattono.



Tre dimensioni dello stile esplicativo secondo Seligman

PERMANENZA

Un evento può essere considerato stabile e immutabile oppure, al contrario, qualcosa di transitorio e modificabile.

PERVASIVITA'

L'esito positivo o negativo di un evento viene esteso a tutti gli altri eventi.

PERSONALIZZAZIONE

Riguarda il modo in cui gli individui si spiegano la causa di un evento.

Può essere:

- INTERNA;
- ESTERNA.

Lo stile esplicativo pessimistico vede i problemi come permanenti, pervasivi e personali, mentre lo stile ottimistico li considera temporanei, limitati e non sempre legati al proprio valore personale.





PERMANENZA

(quanto durerà?)

Pessimista: "Sarà sempre così, non cambierà mai."

Ottimista: "È solo per ora, passerà."



In sintesi...

PERVASIVITA'

(quanto si estende?)

Pessimista: "Se va male qui, andrà male in tutto."

Ottimista: "È solo in questa cosa, non in tutte le altre."

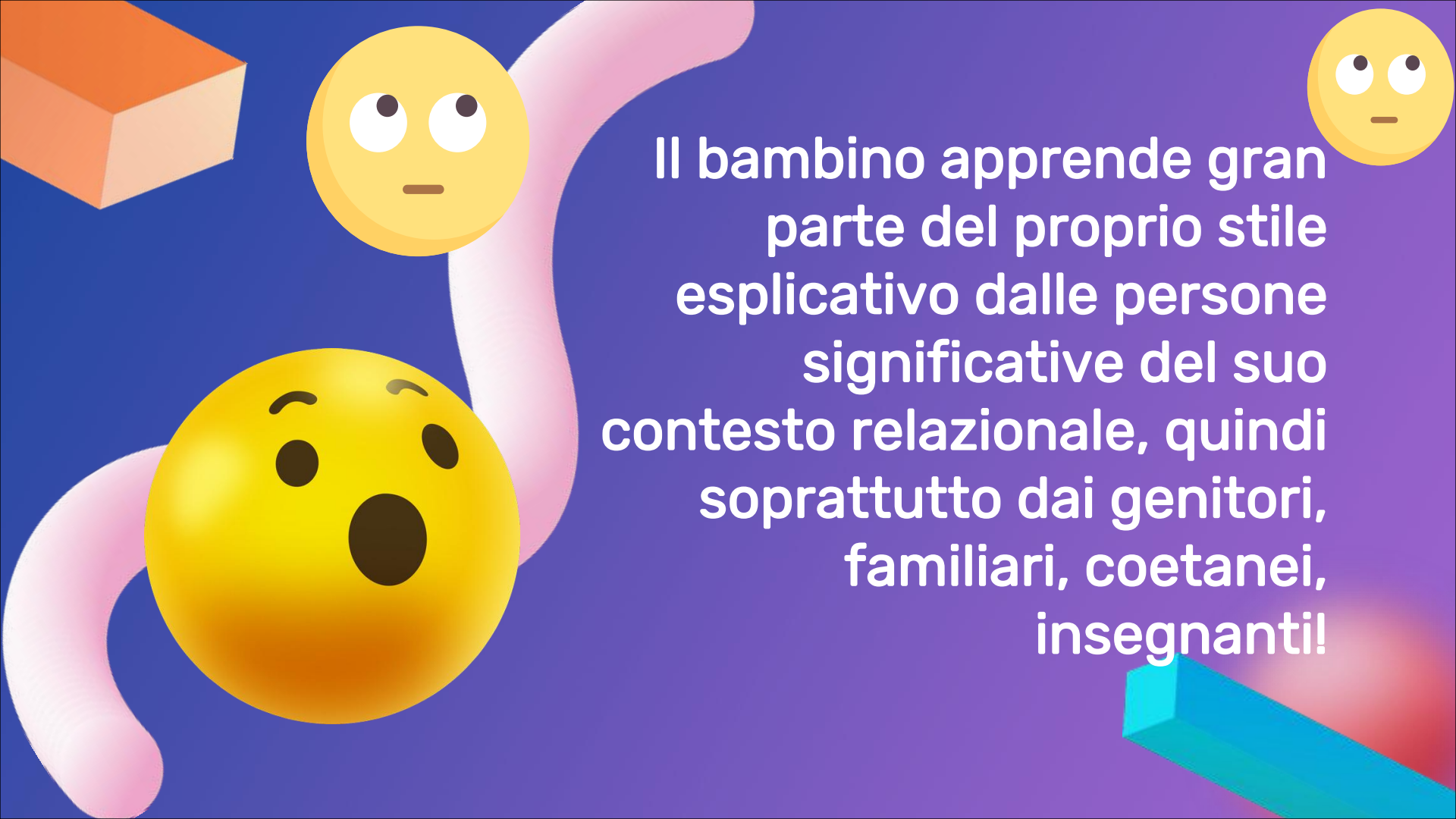
PERSONALIZZAZIONE

(di chi è la responsabilità?)

Pessimista: "È tutta colpa mia."

Ottimista: "Non dipende solo da me, ci sono anche altri fattori."





Il bambino apprende gran
parte del proprio stile
esplicativo dalle persone
significative del suo
contesto relazionale, quindi
soprattutto dai genitori,
familiari, coetanei,
insegnanti!

POSSIBILI MANIFESTAZIONI DI DEPRESSIONE IN CLASSE (PAG. 127 del libro adottato)

POSSIBILI MANIFESTAZIONI DI DEPRESSIONE IN CLASSE

Indicatori scolastici

- Inspiegabile abbassamento del rendimento scolastico
- Perdita di interesse nelle materie scolastiche
- Diminuzione dell'impegno
- I compiti sono disordinati o hanno un aspetto che suggerisce che il bambino non si preoccupa di come possano apparire
- Il bambino rinuncia con facilità
- Il bambino smette di fare i compiti assegnati per casa
- Si lamenta di non avere abbastanza energia per eseguire i compiti

Indicatori comportamentali

- Agitazione/iperattività
- Aumentata dipendenza
- Regressione (ad esempio, giocare con bambini più piccoli)
- Comportamento asociale (mentire, rubare, ecc.)
- Rimostre su ogni cosa
- Comportamento disturbante in classe
- Fobie
- Si addormenta durante la lezione
- Appare stanco e si muove a rilento

- Si aliena la simpatia dei compagni
- Non è amato dagli altri bambini
- Rifugge il contatto sociale

Indicatori cognitivi

- Indecisione
- Difficoltà di concentrazione
- Espressione di intenti suicidari
- Aspettative di errori/fallimenti
- Pensieri di morte

Indicatori emozionali

- Bassa autostima
- Irritabilità
- Lamentazioni eccessive
- Disforia
- Senso di colpa

Indicatori fisici

- Disturbi del sonno
- Eccessiva perdita o aumento di peso
- Mutamenti di appetito
- Senso di pesantezza
- Problemi psicomotori
- Manifestazioni anche verbali di stanchezza

Fig. 3.3 Possibili manifestazioni della depressione infantile (Stark, 1995).

Necessità di una diagnosi precoce e di un intervento adeguato!

- TAD/Test dell'ansia e depressione nell'infanzia e adolescenza (Newcomer, Barenbaum e Bryant, 1995) per identificare ansia e depressione nei bambini e negli adolescenti.
- Il test è multidimensionale, articolato su tre fonti di informazione complementari:
 - Scala A (self-report dello studente)
 - Scala I (osservazione/dati forniti dall'insegnante o sostituto)
 - Scala G (valutazione da parte dei genitori o chi ne fa le veci)

Queste tre prospettive permettono una visione ampia del benessere emotivo del minore nella scuola e in famiglia.

Necessità di una diagnosi precoce e di un intervento adeguato!

- OSSERVAZIONE DEI COMPORTAMENTI;
- ANALISI DEGLI STILI DI ATTRIBUZIONE (è il modo abituale con cui una persona spiega a sé stessa le cause degli eventi) E DEI PENSIERI IRRAZIONALI;
- STRUMENTI STANDARDIZZATI E QUESTIONARI PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTRIBUZIONE.

QUESTIONARIO DI ATTRIBUZIONE DEL SUCCESSO E DELL'INSUCCESSO di De Beni e Moè (1995).

- Può essere somministrato dagli insegnanti a studenti dagli 11 anni.
- Composto da 24 item che descrivono situazioni ipotetiche in cui lo studente può trovarsi.
- A ciascuna situazione sono associate 5 possibili cause secondo la teoria attribuzionista:

Impegno personale

Abilità personale

Facilità o difficoltà del compito

Fortuna/caso

Aiuto altrui

CDI/Children's Depression Inventory (Kovacs, 1998)

Si tratta di un questionario self-report di 27 item progettato per valutare la gravità dei sintomi depressivi in bambini e adolescenti tra i 8 e i 16 anni

BDI-II/Beck Depression Inventory (Beck, Steer e Brown, 2006)

Il Beck Depression Inventory-II è un questionario self-report usato per valutare la gravità dei sintomi depressivi negli individui dai 13 anni in su.

Raccoglie informazioni su due gruppi di manifestazioni classiche della depressione:

- aspetti somatico- affettivi: perdita di interessi, perdita di energie, modificazione del sonno e nell'appetito...
- aspetti cognitivi: pessimismo, senso di colpa, autostima...

QUESTIONARIO PER RILEVARE UN UMORE DEPRESSO di Di Pietro, Roberts (2004)

- 15 domande iniziali, seguite da 5 aggiuntive (totale di 20 item).
- Formula: "Durante la scorsa settimana..."
- Risposte su scala a 4 punti:
Per niente (0)
Un po' (1)
Abbastanza (2)
Molto (3)

ESEMPI DI DOMANDE

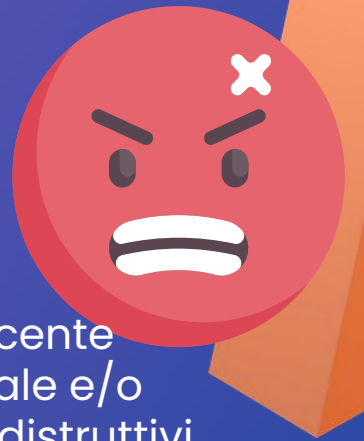
Mi sono annoiato per gran parte del tempo.

Ho avuto poca voglia di mangiare.

Mi sono sentito infelice anche quando gli altri cercavano di aiutarmi.

Mi sono sentito bene come gli altri.

LA COLLERA



La collera è uno stato emotivo caratterizzato da una crescente attivazione neurovegetativa che si manifesta a livello verbale e/o motorio e che può culminare in comportamenti aggressivi e distruttivi nei confronti di oggetti, di persone o anche di se stessi.

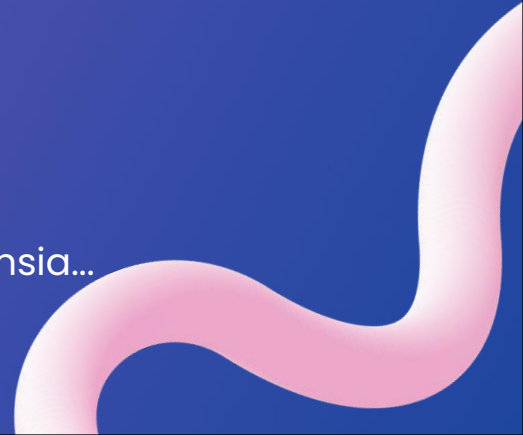
DISTURBO ESTERNALIZZATO vs. DISTURBO INTERNALIZZATO



collera, aggressività fisica e verbale



tristezza, ansia...



Secondo la prospettiva razionale-emotiva



La frustrazione non porta automaticamente all'aggressività, ma è l'intolleranza verso la frustrazione a determinare comportamenti aggressivi.

In altri termini, l'aggressività che segue una frustrazione viene scatenata in seguito a una rielaborazione cognitiva dell'avvenimento, che viene giudicato "insopportabile", qualcosa che "non doveva assolutamente succedere", per cui se è successo "qualcuno la deve pagare".

SCHEMA COGNITIVO CHE SOTTINTENDE LE MANIFESTAZIONI DI COLLERA CHE INCLUDE 3 MODALITA' DI PENSIERO



1. ASSUNZIONE DI UNA REGOLA IN MODO ASSOLUTISTICO

"Gli insegnanti devono comportarsi bene"

2. PERCEZIONE DI UNA INFRAZIONE

"La mia insegnante mi ha sgridato ingiustamente."

3. DEMONIZZAZIONE E CONDANNA DI CHI HA INFRANTO LA REGOLA

"La deve pagare"

LA VALUTAZIONE DELL'EVENTO
DETERMINA LA REAZIONE
EMOTIVA



FASI ATTRAVERSO CUI PUO' EVOLVERE L'AGGRESSIVITA'

(tratto da "I problemi emotivo e comportamentali degli alunni",
DI Pietro, 2005)



STADI COLLEGATI ALLA CRESCITA	COMPORTAMENTO
1	Il bambino esige attenzione, polemizza, fa lo sbruffone, disobbedisce a casa.
2	Include i comportamenti dello stadio 1, in aggiunta è crudele, disobbedisce a scuola, ha difficoltà con i compagni, è combattivo, scontroso, dice le parolacce, mente, imbroglia.
3	Include i comportamenti dello stadio 1 e 2, in aggiunta è distruttivo, rivolge minacce, aggredisce, ha amicizie negative, ruba in casa propria.
4	Include i comportamenti dei precedenti tre stadi, in aggiunta commette atti vandalici di una certa gravità, fugge da casa, marina la scuola, usa alcol o droghe, commette furti fuori da casa.



GRAZIE PER L'ATTENZIONE

Prof. Fabio Felici



BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington, DC: APA.

Di Pietro, M. (2016). L'educazione razionale-emotiva. Per la prevenzione e il superamento del disagio psicologico dei bambini. Trento: Erickson.

Giuli, C., Bertacchi, I., & Muratori, P. (2017). Coping Power nella scuola dell'infanzia: gestire le emozioni e promuovere i comportamenti prosociali. Trento: Erickson.

Giuli, C., Bertacchi, I., & Muratori, P. (2016). Coping Power nella scuola primaria: gestire i comportamenti problematici e promuovere le abilità relazionali in classe. Trento: Erickson.

Di Pietro, M. (2020). L'ABC delle mie emozioni (4-7 anni). Trento: Erickson.

Di Pietro, M. (2014). L'ABC delle mie emozioni (8-13 anni). Programma di alfabetizzazione socio-affettiva secondo il metodo REBT. Trento: Erickson.

Sunderland, M. (2005). Aiutare i bambini... a esprimere le emozioni. Attività psicoeducative con il supporto di una favola. Trento: Erickson.

Turrini, M. (a cura di). (2017). Disturbi emotivi a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti. Trento: Erickson.