La presa in carico di minori con disturbo del comportamento: organizzare un servizio dedicato.

Indice generale della rivista

Authors : ***Annarita Milone, *Azzurra Manfredi, *Pietro Muratori, *Lisa Polidori, *Laura Ruglioni.**

Affiliation: ***Servizio di trattamento per i Disturbi della Condotta "Al di là delle nuvole", IRCCS Stella Maris, Pisa.**

Corresponding author: Annarita Milone, IRCCS Stella Maris, Pisa, 050/886306, **amilone@inpe.unipi.it**

RIASSUNTO

I minori che presentano quadri clinici riferibili a Disturbi da Comportamento Dirompente, facendo riferimento al Disturbo della Condotta e al Disturbo Oppositivo Provocatorio, sono caratterizzati da elevati rischi evolutivi e da una compromissione rilevante e pervasiva del loro funzionamento adattivo, che spesso rende fallimentare il loro percorso sia in ambito scolastico che sociale. Negli ultimi 10 anni nel nostro paese si è assistito, oltre che all'aumento dell'incidenza di queste patologie, all'acuirsi delle caratteristiche di intensità della sintomatologia aggressiva e dissociale.

La diagnosi e il trattamento del Disturbi da Comportamento Dirompente è resa particolarmente complessa dalla frequente comorbidità psichiatrica e dalla scarsa capacità di aderenza dei minori e delle loro famiglie a percorsi terapeutici sia ad indirizzo psicoterapico che psicoeducativo. In questo lavoro verrà presentato, dopo una revisione dei principali indirizzi terapeutici specifici per queste patologie, il percorso di progettazione e le caratteristiche dell' intervento proposte in un servizio dedicato alla diagnosi e al trattamento dei Disturbi della Condotta e Oppositivo-Provocatori. Il servizio descritto, denominato "*Al di là delle nuvole*", utilizza attualmente un modello di intervento manualizzato, il Coping Power. Verranno, infine, descritti i risultati delle verifiche in follow-up dei minori trattati nel servizio, che hanno dimostrato un'efficacia del modello d'intervento proposto sia a breve che medio termine (12 e 24 mesi dalla dimissione).

Summary

Children and adolescents , who have clinical conditions related to Disruptive Behavior Disorder, such as Conduct Disorder and Oppositional and Defiant Disorder, with high risk of evolution and a significant and pervasive impairment of their adaptive functioning, often fail their developmental tasks both at school and social environment.

In the last 10 years, in our country, there has been a increasing incidence, intensity and severity of these diseases with particular reference to aggressive and antisocial behaviors.

The diagnosis and treatment of Conduct Disorder and Oppositional and Defiant Disorder is particularly complex because of the presence of frequent comorbidity and children and their families poor adherence to psychotherapy and psycho-educational treatments.

In this paper will be presented, after a review of the main treatment programs for Disruptive Behavior Disorder with evidence of effectiveness, the course design and the characteristics of proposed interventions in a service dedicated to the diagnosis and treatment of Conduct Disorder and Oppositional and Defiant Disorder. In this service, called "Beyond the clouds", is currently used a specific intervention program, Coping Power and in this paper we describe the good results of testing follow-up (12 and 24 months after discharge) of patients treated.

INTRODUZIONE

Nosografia e clinica dei Disturbi da Comportamento Dirompente

I Disturbi da Comportamento Dirompente (DCD), come denominati nel DSM-IV (APA, 2000), e più precisamente il Disturbo Oppositivo-Provocatorio (DOP) e il Disturbo della Condotta (DC), costituiscono, anche nel nostro paese, uno dei motivi più frequenti di richiesta di consultazione presso i servizi di salute mentale dell'infanzia e adolescenza. I minori che presentano quadri clinici riferibili a questa categoria diagnostica hanno elevati rischi evolutivi e una compromissione rilevante e pervasiva del loro funzionamento adattivo, che spesso rende fallimentare il loro percorso sia in ambito scolastico che sociale. Le loro problematiche comportamentali, frequentemente, influenzano negativamente il funzionamento del contesto familiare, scolastico e sociale in cui crescono o vengono inseriti nelle varie fasi del loro curriculum scolastico e le loro traiettorie evolutive verso l'età adulta possono portare allo sviluppo di varie patologie connesse con la marginalità sociale, come nel caso dello sviluppo di un Disturbo Antisociale di Personalità o di un Disturbo da Abuso o Dipendenza da Sostanze.

Il DSM-IV (APA, 2000), e questo modello verrà mantenuto anche nel DSM-V di prossima pubblicazione (APA, 2012; Burke et al., 2010, Moffit et al., 2008; Frick et al, 2010), nei parametri diagnostici del DC identifica 4 categorie di criteri sintomatologici essenziali: la presenza di aggressività nei confronti di persone e/o animali, la distruzione di proprietà, comportamenti di inganno e furto, grave violazione di regole sociali. Vengono nel manuale distinte due sottocategorie di DC in base all'età di insorgenza: il tipo ad esordio nella fanciullezza, in cui almeno uno dei criteri caratteristici della patologia deve essere comparso prima dei 10 anni, ed il tipo ad esordio nell'adolescenza, in cui devono essere assenti i criteri caratteristici della patologia prima dei 10 anni. Il primo sottotipo è presente prevalentemente in soggetti maschi, che hanno condotte frequenti di tipo eteroaggressivo verbali e/o fisiche, hanno importanti difficoltà relazioni nei confronti dei pari, possono aver avuto un DOP o un ADHD già in età prescolare o inizio scolare e di solito hanno sintomi che soddisfano pienamente i criteri per il DC prima della pubertà, anche se spesso permangono nel corredo sintomatologico elementi caratteristici dei quadri clinici precedenti. L'esordio precoce del DC tende ad essere predittivo di una prognosi peggiore e di un aumentato rischio di sviluppare in età adulta un Disturbo Antisociale di Personalità (DPA) e disturbi correlati ad uso di sostanze in età adulta (6, 7). I pazienti del secondo tipo hanno meno probabilità di manifestare comportamenti aggressivi e tendono ad avere relazioni con i compagni più adeguate, sebbene il tipo di gruppo dei coetanei frequentato possa essere un fattore centrale nell'insorgenza di questa forma di DC. La probabilità di avere un DC persistente o di sviluppare un disturbo antisociale è minore e non vi è una così netta prevalenza del sesso maschile come nel primo tipo (Copeland et al., 2010; Shivram et al., 2009).

Nel DSM-IV (APA, 2000), il DOP viene descritto come un disturbo caratterizzato da un comportamento sistematicamente provocatorio, negativista ed ostile. Per poter essere diagnosticato, la sintomatologia deve persistere per almeno 6 mesi ed i comportamenti disfunzionali manifestarsi più frequentemente rispetto a quanto avviene in soggetti di pari età. Il DOP diviene di solito evidente prima degli 8 anni di età e non è diagnosticabile dopo l'adolescenza; i sintomi di opposizione spesso emergono inizialmente nell'ambiente familiare ma col tempo possono estendersi ad altri contesti; l'esordio è tipicamente graduale e una quantità significativa di casi precede la comparsa di un DC. La distinzione tra DOP e DC è essenzialmente basata sulla presenza nel DC di una componente francamente dissociale che è assente nel DOP. Tuttavia la presenza di un continuum evolutivo e il fatto che condividono fattori di rischio individuali e familiari rende la distinzione tra DOP e DC non sempre facile.

La dimensione aggressività rappresenta l'elemento clinico centrale dei DCD: nonostante l'assenza di una sottotipizzazione nosologica formalmente approvata, numerose ricerche segnalano come clinicamente significativa la distinzione tra aggressività impulsiva e non impulsiva. L'aggressività impulsiva o affettiva è associata a uno stato affettivo instabile o rabbioso, non è programmata né finalizzata all'ottenimento di un vantaggio specifico, quanto piuttosto esplosiva ed esplicita, reattiva, anche se non proporzionata, ad uno stimolo interpretato in termini ostili, non comporta necessariamente una tendenza antisociale. L'aggressività non impulsiva è generalmente pianificata, predatoria e finalizzata all'ottenimento di un vantaggio, è spesso subdola e furtiva, generalmente non è associata ad uno stato affettivo significativo, né ad uno specifico stimolo esterno, ed è maggiormente correlata ad un comportamento antisociale stabile (Kempes et al., 2005) .

La diagnosi ed il trattamento del DCD sono resi particolarmente complessi dalla frequente comorbidità psichiatrica. Numerosi studi indicano che il DC è associato ad un aumentato rischio di sviluppare altri disturbi nell'infanzia e nell'adolescenza e, con elevata frequenza, le manifestazioni comportamentali aggressive e/o antisociali possono essere associate anche ad altre problematiche psicopatologiche. Ampiamente riconosciuta è la comorbilità con il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (Biederman et al, 2008): i bambini che presentano tali caratteristiche hanno maggiori problemi di apprendimento, deficit neuropsicologici e sono maggiormente a rischio per lo sviluppo di un quadro sintomatologico maggiormente grave caratterizzato da condotte gravemente antisociali e/o abuso di sostanze, con un'evoluzione sfavorevole. Ampiamente documentata è l'associazione tra DC e Disturbi dell'Umore (Liebenluft, 2008; Liebenluft, 2011) quali depressione, distimia e disturbo bipolare. L'alto tasso di comorbidità tra questi disturbi trova motivo nella condivisione di identici fattori di rischio e nella influenza facilitante bidirezionale di ognuna di queste patologie. In alcuni casi sembra che il DC sia un precursore rispetto al disturbo depressivo, ma si tratta più spesso di una concomitanza di disturbi. La combinazione di DC e depressione non sembra avere un effetto negativo sul decorso del DC e questa tipologia di pazienti non è più frequentemente di altri colpita da depressione maggiore in età adulta, mentre è una comorbidità che aumenta il rischio di suicidio, di abuso di alcool o di sostanze stupefacenti. Alcuni hanno addirittura proposto l'utilizzo della categoria diagnostica aggiuntiva "disturbo della condotta depressivo", così come altri hanno suggerito che alcune forme di DC non aggressivo a tardiva insorgenza fossero secondarie ad un disturbo depressivo. Molto frequente è l'associazione tra DC e Disturbo Bipolare (DB): stime recenti valutano l'associazione tra DC e DB intorno al 30-40%, nel senso che 1/3 dei soggetti con DC hanno un DB e più di 1/3 dei soggetti con DB ha un DC. La comorbidità tra DC e DB influenza notevolmente la gravità del quadro clinico: i soggetti con DC e DB presentano più frequentemente ospedalizzazioni, maggiore incidenza di abuso di sostanze e di alcool, maggiore frequenza di episodi di aggressività disorganizzata e sono più spesso caratterizzati da una maggiore resistenza ai trattamenti farmacologici (Gagan et al., 2009).

Aspetti etiologici

Diverse sono le variabili che contribuiscono allo sviluppo e al mantenimento dei disturbi del comportamento (Tremblay, 2010) e in letteratura esistono vari modelli sia neurobiologici che socio ambientali. In particolare, proprio in riferimento ai vari modelli terapeutici, ci interessa focalizzare la nostra attenzione su modelli etiologici che mettono alla base dei DCD la qualità dei legami di attaccamento, lo stile educativo familiare, la presenza di life events ambientali (avversità familiari, economiche, stress sociali, eventi critici che possono colpire il ciclo vitale familiare) e le caratteristiche individuali del bambino (temperamento, vulnerabilità biologica, funzioni neurocognitive) (Rydell, 2010; Krol et al, 2004; Lochman et al., 2002). Scarse competenze educative dei genitori e caratteristiche dell'interazione genitore-bambino quali scarso coinvolgimento affettivo, espressioni di ostilità e scarso interesse dei genitori per le esperienze scolastiche ed extrafamiliari dei figli sono altamente correlati all'insorgenza di problematiche comportamentali e condotte aggressive disfunzionali (Kochanska et al, 2009). Anche le relazioni con i pari possono influenzarsi reciprocamente: i bambini aggressivi tendono ad essere rifiutati dai loro coetanei e questo sostiene l'incremento della frequenza dei loro comportamenti aggressivi e spinge i minori con DCD a avvicinarsi a gruppi di coetanei con condotte antisociali. Anche la presenza di un ambiente scolastico scarsamente contenitivo, in cui sia presente una discontinuità educativa, e una gestione delle problematiche di adattamento caratterizzata in senso coercitivo e repressivo può ampliare le condotte aggressive e il disinvestimento dell'apprendimento, con conseguente aumentato rischio di fallimento scolastico (Steiner, 1997).

Verso la costruzione di un servizio dedicato al trattamento dei DCD

Nei servizi di Salute Mentale Infanzia e Adolescenza territoriali, così come accade oramai da anni nei centri di III livello quale l'IRCCS Stella Maris di Pisa, si è assistito oltre che all'aumento dell'incidenza di queste patologie, all'acuirsi delle caratteristiche di intensità e acuzie della sintomatologia aggressiva e dissociale. In particolare nell'esperienza della nostra struttura, al cui interno è presente un reparto con 3 posti letto dedicati all'urgenza psichiatrica, spesso la presenza di un grave DC motiva il ricovero in un contesto di alta specialità. In questi casi, ma anche in situazioni caratterizzate da un DC o da un DOP che non richiedono un ricovero di urgenza, l'anamnesi del minore fa rilevare traiettorie evolutive che prendono origine da quadri precoci di DOP o da un Disturbo da Deficit dell'Attenzione con Iperattività (ADHD). Analizzando l'anamnesi familiare e il contesto socio-ambientale di questi pazienti, inoltre, emergono complessi scenari etiopatologici in cui i fattori di rischio genetici e ambientali si intrecciano e si potenziano ampiamente. Infine, spesso il minore e la sua famiglia descrivono percorsi di "nomadismo scolastico e sanitario", caratterizzati da frequenti trasferimenti scolastici decisi sulla base di uno stile attributivo esterno tipico di questi nuclei familiari; vi è spesso, infatti, la ricerca di una causa esterna alla famiglia, attribuita al malfunzionamento del contesto scolastico o alla scarsa competenza degli insegnanti o alle dinamiche provocatorie o espulsive messe in campo da coetanei vissuti persecutoriamente. Il rapporto con le strutture sanitarie e/o i servizi sociali territoriali, cui il minore con DCD e la sua famiglia arrivano spesso su indicazione dell'equipe scolastica, è anch'esso spesso caratterizzato da interruzioni, volontari allontanamenti, rifiuti di interventi proposti e ritorni "di fuoco" sull'onda di nuove condotte disadattive, circoli riverberanti in cui il genitore ed il bambino/adolescente non riescono a costruire un'alleanza terapeutica e ancor meno una chance evolutiva positiva.

L'intervento terapeutico nei DCD, in sede ambulatoriale, è spesso considerato come una "mission impossible", sia per la scarsa capacità del minore di riconoscere le proprie difficoltà comportamentali e quindi di aderire ad un progetto che metta in discussione le proprie strategie comportamentali e relazionali, che per la difficoltà dei genitori a seguire in modo costante un progetto terapeutico che abbia una cornice definita e metta in discussione le modalità educative e faccia luce sulle dinamiche intrafamiliari e socio-ambientali disfunzionali.

Nell'esperienza della nostra struttura, molti dei minori con DC o DOP hanno beneficiato di un contenitore ospedaliero, in particolare della formula del DH ospedaliero. Presso l'IRCCS Stella Maris, è attiva dal 1997 una sezione dedicata alla valutazione ed al trattamento dei minori che presentano un DCD. Negli anni, il protocollo di assessment si è andato sempre più definendo mentre si è meglio delineato un modello di intervento con caratteristiche di specificità e di validità per i minori con DC o DOP e quindi ad alto rischio evolutivo. La formula del DH terapeutico, adottata sin dai primi anni di lavoro nella sezione dedicata ai DCD, forniva a questi minori e alle loro famiglie la possibilità di un ampio contenitore con più figure di riferimento simultaneamente presenti (gli elementi della nostra equipe multidisciplinare: neuropsichiatra infantile, educatore, psicologo, assistente sociale), e un'elevata intensità di cura (frequenza plurisettimanale) con ridotto rischio di drop-out e possibilità di trattamento con presidi farmacologici, psicoeducativi e psicoterapeutici integrati. Questa formula, però, seppur a nostro parere efficace, interferiva con la regolare frequenza scolastica, svolgendosi prevalentemente in orario mattutino, e rendeva comunque difficile quell'assetto ecologico dell'intervento (Henggeler, 2003) che viene descritto da molti AA come nodale nella presa in carico di questi minori. Con il termine "ecologico" si intende un approccio terapeutico integrato in cui la presa in carico terapeutica coinvolge tutti i contesti di vita del minore (la famiglia, la scuola, il contesto sociale allargato, il contesto sportivo), favorendo un reinserimento adattivo e una ripresa di circoli relazionali positivi. Inoltre, al termine del percorso di presa in carico ospedaliera risultava spesso difficile il passaggio ad una presa in carico territoriale e quindi si ampliava il rischio di un eccessivo prolungamento di una cornice medicalizzata.

Esistono interventi terapeutici specifici per i DCD?

Sulla base delle riflessioni descritte nel paragrafo precedente, si è passati alla valutazione di un nuovo modello di presa in carico su cui basare la pianificazione dell'organizzazione di un servizio di trattamento dedicato ai DCD, sempre all'interno dell'IRCCS Stella Maris. In questo processo di pianificazione, si è partiti da un'ampia disamina della letteratura internazionale. In quest'area, tra l'altro, sono stati fatti importanti passi in avanti negli ultimi 15 anni, con l'identificazione di trattamenti efficaci per una categoria di disturbi che fino alla fine degli anni '90 erano definiti come intrattabile ed a prognosi altamente infausta. In particolare, sono oggi disponibili molti dati