

Un caso di disturbo oppositivo-provocatorio

Monia Scoponi¹

¹Studio di Psicologia e Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, Rimini

Riassunto

Il lavoro espone e sintetizza l'intervento psicoterapeutico di un bambino con un disturbo oppositivo-provocatorio. Il lavoro con i genitori è stato pianificato in fase di osservazione e d'intervento secondo i parametri dell'Analisi Funzionale. Gli obiettivi terapeutici perseguiti con il bambino sono stati, invece, individuati seguendo il modello cognitivo-comportamentale della rabbia e del comportamento aggressivo proposto da Nelson e Finch (2000) e si sono focalizzati, almeno nella fase iniziale, sulla modificazione di specifiche distorsioni cognitive ("stile incolpatore lamentoso").

L'integrazione di strategie e tecniche cognitivo-comportamentali, all'interno di un setting multiplo, hanno permesso il raggiungimento di obiettivi in termini di riduzione della frequenza del comportamento aggressivo e provocatorio del bambino.

Summary

The present work describes a psychotherapeutic treatment of a children affected by oppositive-defiant disorder. The work with parents has been planned during the child observation and treatment, adopting Functional Analysis parameters.

Treatment goals have been identified adopting cognitive-behavioral model of anger and aggressive behavior conceptualized by Nelson and Finch (2000) and, for the first part of the intervention, the treatment has been focused on cognitive distortions modification ("plaintive accuser style").

The integration of cognitive-behavioral strategies and technics, in a context of multiple setting, allowed aggressive and defiant behavior reduction.

Problema presentato

M. è un bambino di 8 anni. Il suo nucleo familiare è composto dalla mamma, dal padre e da una sorella di 4 anni.

La coppia genitoriale chiede una consulenza per il persistere di alcuni comportamenti aggressivi di M. all'interno del contesto familiare.

M. manifesta intense crisi aggressive in casa caratterizzate dalla rottura di qualsiasi oggetto presente (bicchieri, vasi, telefono, vetri delle porte etc..) per poi passare all'aggressione fisica della mamma. Per poter contenere fisicamente il bambino a volte la signora si trovava costretta a chiamare il marito, affinché intervenisse in suo aiuto. Il bambino si calma solo quando, completamente disteso a terra, viene

immobilizzato. Passato il momento, M. riprende tranquillamente a giocare o a terminare ciò che stava facendo.

La sequenza comportamentale inizia sempre con delle richieste assurde di M.: volere stare in casa con tutte le luci spente, avere i panni riscaldati, non voler fare il bagno (dopo giorni senza lavarsi), fare un percorso in macchina per ritornare a casa da scuola (più lungo rispetto a quello abituale) o parcheggiare l'auto dove voleva lui (anche quando il parcheggio era occupato da altre macchine).

A volte i genitori assecondano le richieste "assurde" per evitare che M. agisca la propria rabbia, altre volte si rifiutano di farlo e si preparano a gestire i suoi acting out.

Queste crisi aggressive così intense sono iniziate in occasione dell'ennesimo controllo medico. Nell'occasione i genitori (la mamma) avevano parlato , per la prima volta in maniera esplicita, con M. del suo disturbo epilettico, spiegando in cosa consistevano le assenze semplici.

Il bambino apparentemente non aveva avuto particolari reazioni al momento della comunicazione e, come sempre, molto diligentemente si era sottoposto alla routine di controlli ed esami.

Ma proprio dopo questo controllo medico preceduto dalla comunicazione circa il suo disturbo, M. aveva intensificato la propria aggressività , aumentando progressivamente gli episodi di aggressività agita (da un paio a settimana fino alla messa in atto tutti i giorni).

[¹Studio di Psicologia e](#)

Informazioni anamnestiche

M. nasce senza difficoltà particolari. A 3 anni gli viene diagnosticato un tumore cerebrale per cui si decide per un intervento chirurgico: purtroppo i medici non possono asportare la massa tumorale. Alla famiglia viene prospettato solo la possibilità di monitorare l'evoluzione del quadro clinico e una terapia farmacologia per l'epilessia (assenze semplici).

M. è sottoposto a controlli ed esami medici con una frequenza mensile per i primi anni e gradualmente controlli annuali. La terapia farmacologia antiepilettica viene mantenuta, con continui cambiamenti di dosaggio e di tipo di farmaco, perché nessuna è mai riuscita a coprire le crisi epilettiche (attualmente l'unica soluzione definitiva proposta sembra essere un intervento chirurgico, altamente rischioso).

M. sebbene ha diverse crisi epilettiche alla settimana, riesce a condurre una quotidianità assolutamente normale. L'inserimento alla scuola materna ed elementare è stato sempre molto buono. M. negli apprendimenti è stato sempre molto precoce (a 5 anni sapeva già leggere), ma ha avuto sempre delle difficoltà di socializzazione. Preferisce sempre star da solo e con fatica si avvicina a i coetanei. Se sono gli altri ad avvicinarlo, non sempre è disponibile alla relazione.

Alle domande. M. risponde senza difficoltà al momento, ma poi tende ad isolarsi.

A scuola il bambino è prevalentemente oppositivo. Non rispetta nessuna regola: non rispetta l'orario della merenda, non indossa il grembiule, si rifiuta di fare i compiti e di scrivere (o fa il riassunto di quanto dettato dall'insegnante o rappresenta il contenuto attraverso disegni), non esegue i compiti in classe.. Se le insegnanti si oppongono ai suoi comportamenti, M. diventa provocatorio: inizia a stendersi per terra e a disegnare per fatti suoi, si rinchioda in uno stanzino e da lì segue la lezione etc..Non ha mai agito la sua aggressività ne verso gli oggetti ne verso i coetanei e/o insegnanti. Questo comportamento a scuola è iniziato all'inizio della terza elementare, nei primi due anni di scuola M. ha sempre avuto un comportamento congruo. Le insegnanti, pur lamentandosi, accettano il tutto, perché comunque M. alle interrogazioni (verbali) dimostra di apprendere.

Rispetto alla sua malattia (l'epilessia, perché M. non sa di essere affetto anche da un tumore cerebrale) M. attualmente ha iniziato a rifiutare di prendere i farmaci negli orari prestabiliti (fa finta di prenderli), mentre fino a questo momento aveva accettato senza problemi il tutto. Non chiede mai esplicitamente delle sue condizioni di salute, ma la mamma riferisce che spesso lo trova a leggere (nell'enciclopedia o su Internet) argomenti inerenti il funzionamento del cervello, la definizione di epilessia. Se la mamma tenta di affrontare direttamente l'argomento M. devia il discorso o prende e se ne va.

Trattamento psicoterapico

L'ipotesi diagnostica formulata è stata di disturbo oppositivo-provocatorio (DSMIV).

Si stabilisce con la famiglia il seguente contratto terapeutico: un incontro alla settimana per la coppia genitoriale e 2 incontri mensili con il bambino. Si concorda di modificare la frequenza degli incontri con i genitori, mano a mano che la gestione del comportamento- problema del bambino fosse stata possibile.

Fase di assesment

Con i genitori si effettuano 6 incontri di raccolta informazioni. Al termine dei quali si condivide la comprensione del comportamento-problema secondo i parametri dell'Analisi Funzionale (vedi figura 1).

Sd	C	S+
?	rottura di oggetti e aggressione fisica alla mamma	assecondare le pretese del b. contenimento fisico

Figura 1. Ricostruzione del comportamento problema

In questa prima fase non è stato possibile individuare gli antecedenti, ovvero si individuavano molteplici richieste assurde del bambino utilizzate come pretesti per attivare la sequenza comportamentale descritta, ma nessun significato comune o funzionale era stato individuato.

In seguito a ciò, ho proposto ai genitori un intervento sulla relazione funzionale $C \Rightarrow S+$, con lo scopo di estinguere il comportamento problema (o di ridurlo) sottraendo i rinforzi.

Con il bambino sono stati effettuati 4 incontri (con cadenza settimanale), nei quali è stato impossibile effettuare una valutazione testistica per l’esplicito rifiuto del bambino. M. veniva volentieri agli incontri, ma voleva decidere lui cosa fare (sceglieva di costruire con vario materiale mostri). A proposito dei suoi comportamenti, riferiva che era lui a comandare (“*sono più forte dei miei genitori!*”) e che non aveva paura di nulla e di nessuno.

Concordo con il bambino di continuare a incontrarci per “conoscerci meglio”, allo scopo di instaurare una relazione significativa funzionale alla comprensione del disagio del bambino, definendo però il seguente setting: una attività in seduta la sceglieva lui, un’altra io. M. accetta.

Intervento con i genitori: scopi e strategia

Lo scopo dell’intervento con i genitori è stato quello di eliminare S+ (rinforzo), perché sembrava chiaro dalle sequenze descritte dai genitori che M. faceva del tutto per arrivare al contenimento fisico o all’assecondamento delle proprie richieste e che dopo di questo la crisi si placava.

M. ha risposto al cambiamento di risposta ai suoi soliti comportamenti con un aumento significativo dei suoi comportamenti aggressivi (arrivando ad impugnare coltelli e a minacciare la mamma). Pur avvertiti e messi al corrente che questa sarebbe stata la conseguenza immediata del cambiamento messo in atto, i genitori hanno espresso la loro difficoltà a continuare il lavoro proposto perche timorosi che M. nella sua escalation potesse realmente mettersi in pericolo o mettere in pericolo l’incolumità anche della sorellina più piccola.

In seguito a ciò, preso atto delle difficoltà dei genitori e dei rischi ipotetici, con i genitori ho reimpostato il lavoro cercando allora di andare a modificare la relazione funzionale $Sd \iff C$. Dopo un lungo periodo di osservazione del comportamenti del bambino (attraverso una scheda di registrazione e un diario giornaliero), cercando di individuare cosa era in relazione alle richieste assurde, ho individuato la seguente sequenza comportamentale descritta nella figura 2.

Sd	Sdc	C	S+
Qualunque evento o pensiero che determinava un’emozione negativa (paura, frustrazione)	Pretesti o richieste assurde	Acting out	Contenimento fisico

Figura 1. Sequenza comportamentale

Concordo con i genitori di verbalizzare loro al posto del bambino le emozioni o i pensieri del momento, appena M. iniziava a fare richieste assurde con il pretesto di attivare la sequenza comportamentale abituale.

Come esempio si riporta una sequenza tipica:

- **M:** (inizia a fare una richiesta assurda appena rientra da scuola) Perché il volume della televisione è alto?!...non voglio sentire rumori!!!

- **Madre M.** stai cercando dei pretesti per litigare, non è che per caso è successo qualcosa a scuola che ti ha fatto arrabbiare? / **M.** che per caso ti è venuto il dubbio che oggi a scuola hai avuto un'assenza (crisi epilettica) e che i tuoi compagni se ne sono accorti e tu no ? / **M.** non è che per caso sei preoccupato perché tra una settimana dobbiamo andare a fare una RM all'ospedale?

- **M:**(ascoltava e poi se ne andava).

Successivamente **M.** ha iniziato a rispondere alla mamma, descrivendo cosa era successo o cosa aveva pensato in quel momento.

I comportamenti aggressivi del bambino sono gradualmente diminuiti: prima nell'intensità e durata (**M** iniziava a rompere gli oggetti, ma gradualmente si calmava) non necessitando più del contenimento fisico dei genitori. Successivamente il bambino non attivava nessuna forma di acting out, limitandosi a fare una richiesta assurda.

Questo tipo di intervento, sistematicamente applicato dalla mamma (che in funzione di ciò aveva deciso di prendere un mese di aspettativa dal lavoro) nel mese di applicazione aveva portato ad una riduzione delle crisi, quantificabile: al massimo due volte alla settimana.

Nell'arco di tempo di 3 mesi tali crisi si ripresentavano in media 2/3 volte al mese.

L'esito di questo lavoro aveva prodotto i seguenti risultati:

- diminuzione significativa del comportamento aggressivo (le crisi aggressive avevano una frequenza non più giornaliera o settimanale, ma mensile, con lunghi periodi di completa assenza, soprattutto durante il periodo estivo);
- diminuzione dei comportamenti "strani" del bambino: abbigliamento adeguato alla stagione, non richiesta di riscaldare i panni prima di essere indossati, non mangiare più direttamente dalla pentola, non rifiuto di lavarsi;
- la possibilità della famiglia di fare una vita sociale più stimolante (andare spesso a cena al ristorante, andare in vacanza) e comunque "normale" anche per la sorellina più piccola che poteva così uscire più spesso;
- la possibilità di **M.** di frequentare alcune attività extra-scolastiche (ginnastica artistica, campus estivo);
- maggior desiderio del bambino di socializzare;
- andare al mare in costume (il bambino negli ultimi 2 anni non era più andato al mare).

Intervento svolto con il bambino

Con il bambino gli incontri avevano lo scopo di instaurare una relazione significativa con un triplice obbiettivo:

1. far rispettare a M. il setting terapeutico
2. aiutare il bambino a prendere consapevolezza della sua focalizzazione e attenzione ai segnali ostili provenienti dagli altri, adulti o coetanei, che lo portava a percepire continue ingiustizie e ostilità nei suoi confronti, che giustificavano il suo rancore o rabbia o rifiuto ad ubbidire. M. riferiva che erano i genitori che lo sgridavano o “gli salivano sopra “ facendogli male, che erano i compagni che lo infastidiva, che erano le insegnanti che ingiustamente lo obbligavano a fare delle cose “noiose.
3. poter lavorare con il bambino sulle emozioni/paure relative al suo stato di salute (per quanto riguarda l’epilessia), facendo in modo che esse potessero trovare un canale di espressione diretto, attraverso la verbalizzazione e non solo attraverso i comportamenti agiti. Inoltre questo era funzionale ad aumentare le competenze di mentalizzazione del bambino con lo scopo di sostituire a C (acting out) C' (differenziazione emotiva).

Con il bambino è stato possibile solo poter condividere alcuni stati d’animo riferiti alla sua malattia, che brevemente riporto qui di seguito.

- timore delle assenze semplici (*“tutti se ne possono accorgere meno che io..cosa mi può succedere?”*)
- timore di essere portato in giro dai compagni perché prende i farmaci per l’epilessia
- vergogna per avere l’epilessia (rispetto ai coetanei)
- paura per il suo futuro (*“perché continuo a prendere i farmaci e non guarisco? Fino a quando li devo prendere ?”*).

Ogni tentativo diretto o indiretto (attraverso storie, fumetti, gioco..) di lavorare su quanto inizialmente deciso è stato rifiutato dal bambino. M. pur ascoltando le mie proposte (per esempio lasciandomi raccontare una storia) poi rimaneva in silenzio.

Interventi su altri setting

Il lavoro su questo caso clinico ha previsto oltre che un lavoro terapeutico con la famiglia (genitori e bambino), anche l’attivazione di più risorse :

1. colloqui con le insegnanti, per condividere la strategia comune di gestione delle provocazioni e comportamenti oppositivi del bambino nel contesto classe
2. richiesta di consulenza specialistica (neurologo) per i genitori, per avere informazioni sui possibili effetti collaterali del tumore . E’ emerso che è ipotizzabile una componente organica per il comportamento impulsivo del bambino.
3. Richiesta ai genitori di effettuare una consulenza specialistica (Centro per l’Epilessia) per conoscere gli effetti collaterali della cura farmacologica , per discriminare quanto le difficoltà scolastiche del bambino fossero imputabili alle variabili comportamentali e quanto imputabili alla

cura farmacologia. E' stato confermato che la terapia farmacologia ha di per se come effetto collaterale difficoltà di attenzione, maggiore affaticabilità ecc., ma che nel caso di M. i danni maggiori sono imputabili alla discontinuità con cui il bambino assume i farmaci.

4. Richiesta al pediatra di fare diversi incontri con il bambino per informarlo della necessità di prendere i farmaci (questo è stato fatto durante il periodo in cui M. rifiutava la terapia farmacologia)
5. Richiesta ai genitori di attivare il Servizio del Centro per l'Epilessia affinché prevedessero colloqui con il bambino per spiegargli in cosa consisteva l'Epilessia e le assenze semplici (questo è stato fatto per evitare che tutte le informazioni sulla malattia il bambino le ricercasse per proprio conto o che venissero date esclusivamente dalla mamma)
6. Richiesta al personale medico del reparto di Risonanza Magnetica di poter spiegare al bambino l'esito dei suoi esami. (questo è stato fatto per ridurre l'ansia del bambino circa il suo stato di salute), visto che il dato clinico attualmente è positivo (ipotetica riduzione della massa tumorale).
7. Attivare la famiglia affinché il bambino fosse seguito nei compiti da una insegnante esterna. Ciò è stato richiesto sia per permettere al bambino di recuperare difficoltà specifiche, sia per evitare che il momento dei compiti si trasformasse in continui pretesti per attivare la sequenza comportamentale problematica (perché il bambino faceva sempre i compiti con la mamma). E' stato fatto un incontro con l'educatrice per condividere la strategia comune di gestione dei comportamenti provocatori del bambino.

Dott.ssa Monia Scoponi

**Studio di Psicologia e Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, Rimini
Specializzato SPC Ancona, Training C. Conti, R. Mosticoni, C. Perdighe
e – mail: scoponi.monia@libero.it**