

Quadro introduttivo su Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP), ADHD e DC

27 Ottobre 2015

Dott.ssa Gazzi Mara
Psicologa dell'Età Evolutiva e
della Psicopatologia dell'Apprendimento
Esperto in Neuropsicologia Clinica
ADHD Homework Tutor Avanzato
Polo Apprendimento Porto Viro

ICD 10

F90:

- **Sindromi ipercinetiche**

F91:

- **Disturbo della Condotta**
- **Disturbo Oppositorio- Provocatorio**

F92:

- **Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale**
- **Disturbo della condotta depressivo**

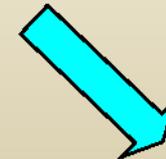
DSM-IV

Disturbo da Deficit di
Attenzione/Iperattività (ADHD)

Disturbo Oppositivo
Provocatorio (DOP)

**DISTURBI DA DEFICIT DI ATTENZIONE
E DA COMPORTAMENTO DIROMPENTE**

Disturbo della Condotta (DC)



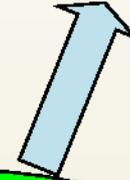
DSM-V

Disturbo da Deficit di
Attenzione/Iperattività (ADHD)

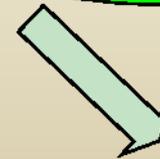


Disturbi del
Neurosviluppo

Disturbo Oppositivo
Provocatorio (DOP)

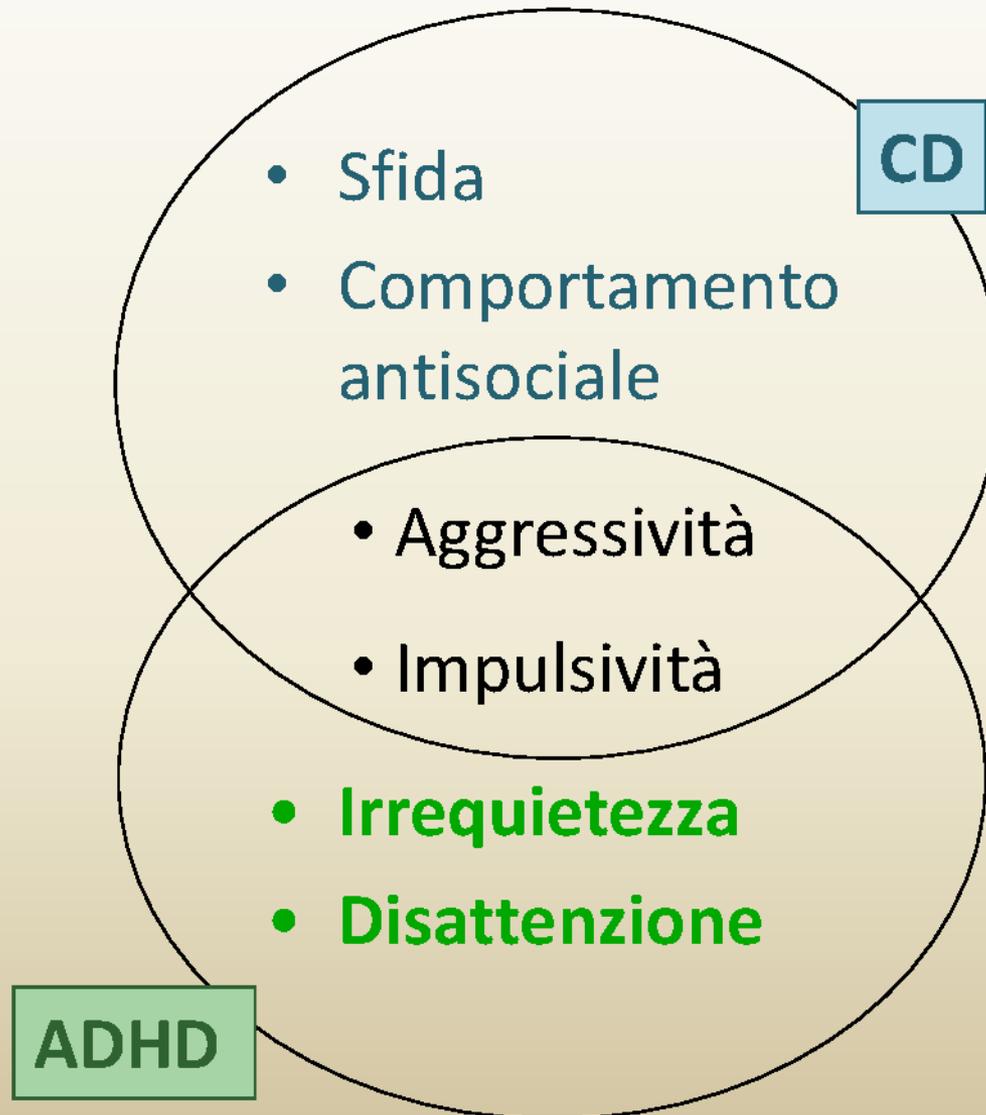


Disturbi dirompenti,
del controllo
degli impulsi
e della condotta



Disturbo della Condotta (DC)

SOVRAPPOSIZIONE TRA I SINTOMI DELL'ADHD E DEI DISTURBI DELLA CONDOTTA



Aggressività e sviluppo

- Il termine “aggressività” viene solitamente usato come sinonimo di distruttività, anche se dal latino la parola deriva da **ad-gradior** che significa invece andare verso (verso la vita, i genitori, la realtà).
- L’aggressività è energia, ed ogni bambino nasce corredato di un proprio “**quantum energetico**”, o temperamento, con il quale si approccia alla vita fin dall’inizio (questo si vede per esempio quando il bambino si alimenta al seno con più o meno voracità, più o meno lentezza e distrazione).
- Il potenziale aggressivo dei bambini, a seconda di come viene modulato dagli adulti, assume un valore positivo o negativo:
 - positivo se questa energia viene legittimata, accolta e gestita, portando il bambino ad avere fiducia di sé e delle sue capacità;
 - altrimenti tale potenziale assume un valore negativo, portando il bambino a credere che la sua aggressività distrugga sé stesso e gli altri.

Aggressività e sviluppo

Un'aggressività inibita porta il bambino ad essere **passivo, dipendente, imitativo**, a non sentirsi capace di farcela e quindi alla costante ricerca della presenza concreta dell'adulto, perché non ha potuto interiorizzarlo dentro di sé simbolicamente, per rassicurarsi tutte le volte che teme di non riuscire ad affrontare l'esperienza. Non potrà quindi separarsi e sviluppare la propria autonomia, non nutrirà il senso di sé e la dignità personale.

Allo stesso modo **un'aggressività incontenibile e distruttiva**, magari contraccambiata da altrettanta rabbia del genitore esasperato, impedisce comunque al bambino un'autentica separazione. Si parla di **dipendenza negativa**, un modo per prendere le distanze dai modelli genitoriali senza raggiungere in realtà un'autentica autonomia.

Aggressività e sviluppo

- I bambini che manifestano **aggressività distruttiva** pensano e si comportano in modo differente rispetto a coloro che non la presentano. Infatti spesso sono **convinti che gli altri agiscano in modo ostile verso di loro, interpretando in modo sbagliato il comportamento degli altri.**
- Lo sviluppo del comportamento aggressivo può coinvolgere fattori temperamentali o ambientali. Per molti bambini aggressivi, con o senza un temperamento difficile, l'ambiente rappresenta una causa influente: nei primi anni di vita possono avere avuto **esperienze di abuso, modelli adulti aggressivi con conseguente distacco emozionale precoce da queste persone.**
- I bambini sviluppano la convinzione che il mondo sia ostile e il comportamento aggressivo sia il modo migliore di affrontare i problemi.

Aggressività e sviluppo

In molte famiglie di bambini con problemi di comportamento dirompente esiste un “**clima familiare coercitivo**”. Questo clima si riscontra quando adulti e bambini imparano a usare **comportamenti negativi per controllarsi l'un l'altro**:

- Non è insolito per i genitori dare ordini violenti, urlare e criticare allo scopo di controllare il bambino;
- Analogamente, il bambino spesso si comporta in modo testardo, urla, incolpa, si arrabbia e critica allo scopo di controllare i genitori.

Di solito o il genitore o il bambino “ si arrende” all'altro, cosa che è rinforzante per entrambi.

I genitori tendono a dare **maggiore attenzione al figlio quando si comporta negativamente** piuttosto che positivamente

DIVERSI TIPI DI AGGRESSIVITA'

Predatoria: non impulsiva, finalizzata all'ottenimento di un vantaggio, programmata, spesso subdola e furtiva, frequentemente non associata ad uno stato affettivo significativo.

A livello comportamentale si manifesta attraverso coercizione, furti, bullismo...

Impulsiva o reattiva: improvvisa, spesso associata ad uno stato affettivo intenso (rabbia, paura), non programmata né finalizzata, esplosiva ed esplicita; reazione eccessiva a percezione non realistica e persecutoria, distorsione cognitiva.

L'a. *predatoria* identifica soggetti più a rischio di **prognosi antisociale**; il più importante fattore predittivo di risposta sfavorevole all'intervento farmacologico, sia con antipsicotici atipici sia con litio (Masi et al., 2007; 2009)

DIVERSI TIPI DI AGGRESSIVITA':

- ✓ Lieve, media o grave.
 - ✓ Fisica o verbale.
- ✓ Le vittime sono oggetti, persone e/o se stessi.
 - ✓ L'espressività è esplosiva (aggressioni, crisi esplosive) o subdola, con finalità ostile (danneggiare una vittima) o strumentale (ottenere un vantaggio).

ADHD

Il disturbo da deficit di attenzione con iperattività (ADHD o DDAI) è un disturbo neuropsichiatrico ad insorgenza prima dei sette anni con prognosi variabile, caratterizzato da un livello di inattenzione e/o iperattività-impulsività non adeguato rispetto allo stadio di sviluppo.

FALSE CREDENZE

- ❑ Il bambino ADHD è un bambino cattivo e maleducato.
- ❑ Il bambino che presenta ADHD non riesce MAI a prestare attenzione.
 - ❑ È un bambino da insegnante di sostegno.
 - ❑ È un bambino che non potrà imparare nulla.
- ❑ Il bambino con ADHD non necessariamente presenta un comportamento oppositivo, che talora può invece essere una conseguenza di quadri non trattati.

Sintomi principali (“core”) del disturbo da deficit dell’attenzione con iperattività

Deficit di Attenzione

Iperattività

Impulsività

DIAGNOSI SECONDO DSM-IV (ADHD)

Inattenzione

+

Iperattività/impulsività

ADHD: tipo combinato

Solo inattenzione

ADHD: tipo prevalentemente inattentivo

Solo iperattività/impulsività

ADHD: tipo prevalentemente iperattivo/impulsivo

DIAGNOSI SECONDO ICD-10 (HKD)

Inattenzione

+

Iperattività

+

Impulsività

Disturbo ipercinetico

+

Disturbo della condotta

Disturbo ipercinetico della condotta

PREVALENZA

Secondo i criteri ICD-10: 1-2% dei bambini in età scolare
(Swanson 1998)

Secondo DSM IV: 2-5% popolazione pediatrica

Prevale sempre nel sesso maschile con rapporti M:F variabili
(da 3-6:1 a 10-12 :1)

Dipende da: criteri di classificazione (DSM vs ICD: ICD-10 ha criteri diagnostici più restrittivi!); approccio metodologico (campionamento, fonti, strumenti..)

ICD-10: D. Ipercinetico F90

- La diagnosi si basa sulla presenza di almeno 6 criteri di inattenzione, 3 iperattività, 1 impulsività
- Non sono permessi sottotipi, quindi **maggiore omogeneità** rispetto DSM
- Pervasività necessaria a **casa, scuola, in altro ambiente**
- Esordio sintomi prima dei 6 anni
- Non permette diagnosi multiple: sindromi ansiose e depressive hanno la precedenza su D. Ipercinetico, quando cioè irrequietezza, difficoltà di concentrazione rappresentano sintomi di un D.d'ansia severo o D. depressivo di tipo agitato.

Unica eccezione: D. ipercinetico della condotta (F90.1), quando coesistono DC e D. ipercinetico

DEFICIT DELL'ATTENZIONE: **almeno 6 dei seguenti sintomi per almeno 6 mesi**

- 1 - Spesso non riesce a prestare molta attenzione ai dettagli, o fa errori di negligenza nello svolgimento dei compiti scolastici, nel lavoro o in altre attività;
- 2 - spesso non riesce a mantenere l'attenzione nello svolgimento dei compiti o di attività ludiche;
- 3 - spesso sembra non ascoltare ciò che gli viene detto;
- 4 - spesso non segue le istruzioni o non completa i compiti scolastici, ecc.
- 5 - ha spesso difficoltà ad organizzare compiti ed attività;
- 6 - evita spesso o ha una forte avversione per compiti che richiedono un intenso sforzo mentale;
- 7 - perde spesso le cose che gli sono necessarie;
- 8 - è spesso facilmente distratto da stimoli esterni;
- 9 - spesso è negligente nello svolgimento delle attività

IPERATTIVITA':

almeno 3 dei seguenti sintomi per almeno 6 mesi

- 1 - ha frequenti movimenti nervosi delle mani dei piedi e si dimena sulla sedia;
- 2 - si alza spesso dalla sedia in classe o in altre situazioni in cui è il caso di stare seduti;
- 3 - spesso corre si arrampica in situazioni inappropriate;
- 4 - è spesso eccessivamente rumoroso nelle attività ludiche o ha difficoltà a svolgere silenziosamente attività piacevoli;
- 5 - presenta un persistente comportamento caratterizzato da eccessiva attività motoria non modificabile.

IMPULSIVITA':

almeno 1 dei seguenti sintomi da almeno 6 mesi

- 1 - spesso risponde in maniera sconsiderata a domande non ancora completate;
- 2 - non riesce spesso a stare in fila o ad aspettare il proprio turno nel gruppo;
- 3 - spesso interrompe o si intromette nelle attività altrui;
- 4 - spesso parla eccessivamente senza adeguata adesione alle regole sociali.

ADHD e DSM

DSM IV

- Presenza di almeno 6 sintomi (inattenzione e iperattività/impulsività);
- I sintomi devono comparire entro i 7 anni;

DSM V

- Per b/ni uguale; gli adolescenti e gli adulti (di età superiore ai 17 anni) ne devono presentare 5;
- I sintomi devono comparire prima dei **12 anni** ;

È importante osservare il comportamento del bambino in ambiti differenti perchè il disturbo di ADHD potrebbe non essere rilevabile in un singolo contesto, come ad esempio in una situazione di novità, quando il bambino è impegnato in attività nuove e interessanti, o in una condizione di controllato e sorveglianza.

L'ADHD

può non essere osservabile

- In situazioni altamente strutturate
- In situazioni nuove
- Quando il b.no è impegnato in attività interessanti
- Quando il b.no viene seguito individualmente
- In un contesto controllato e sorvegliato
- Quando vengono elargite frequenti ricompense

L'ADHD

peggiora particolarmente

- In situazioni non strutturate
- Durante attività ripetitive
- In situazioni noiose
- In presenza di molte distrazioni
- Con sorveglianza minima
- Quando si richiede attenzione sostenuta o sforzo mentale
- Durante attività al proprio ritmo

Eziologia

Eziologia multifattoriale dell' ADHD

Fattori biologici pre-peri-natali:

Esposizione intrauterina all'alcool, al fumo di sigaretta, basso peso alla nascita.
Disturbi cerebrali precoci (encefaliti, traumi, ipossia)

Modello funzioni esecutive:

Deficit della capacità di inibire le proprie risposte impulsive rispetto allo stimolo

ADHD

Fattori genetici:

-Ereditabilità: 24% dei genitori hanno disturbi mentali; concordanza del 51% nei gemelli omozigoti

-Geni candidati: regolatori delle monoamine. Polimorfismi geni recettori e trasportatori Dopamina (DAT1*10; DRD4*7)

Alterazioni anatomiche:

Riduzioni volumetriche cerebrali, lobi frontali, gangli base e cervelletto, dimostrate con RMN

Fattori ambientali/familiari:

Conflittualità genitori, basso livello socio-economico, disturbi mentali genitori

↑
effetto biunivoco

Processi psicologici implicati

Ipotesi a tre vie

Alterato loop
cortico-striato



Alterato segnale
relativo alla posticipazione
della gratificazione



Avversione per l'attesa



IMPULSIVITA'

Alterato loop
cortico-striato



Deficit d'inibizione



Deficit f. esecutive



DISATTENZIONE

Alterato loop
cortico-cerebellare



Deficit d'integrazione
senso-motorio



Difficoltà nel controllo
motorio



IPERATTIVITA'

ADHD

PROCESSI PSICOLOGICI IMPLICATI

In una rassegna, Sandberg (1996) ha descritto le 4 teorie, maggiormente accreditate, che tentano di spiegare il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività:

PROCESSI PSICOLOGICI IMPLICATI

1 - un ***deficit delle funzioni esecutive*** (Barkley, 1994, 1997; Schachar, 1995), che potrebbe spiegare le difficoltà attentive (soprattutto quando viene richiesto al soggetto un cambio nelle modalità di elaborazione delle informazioni) e l'impulsività quando è necessario inibire una risposta. Entrambi questi aspetti contribuirebbero ad alimentare le difficoltà di attenzione sostenuta.

PROCESSI PSICOLOGICI IMPLICATI

2 - un'eccessiva sensibilità ai rinforzi (Sonuga-Barke et al., 1992; Douglas e Parry, 1994) che si esprime soprattutto nella difficoltà ad attendere una gratificazione. I bambini con DDAI preferiscono l'immediatezza piuttosto che la consistenza di un premio e spesso, per loro, è più importante dare una qualsiasi risposta piuttosto di dover aspettare: l'attesa è un vissuto molto sgradevole per i bambini con DDAI (la letteratura anglosassone indice questa specifica difficoltà come "delay aversion").

PROCESSI PSICOLOGICI IMPLICATI

3 - il ***deficit motivazionale*** (Barkley, 1994; Van der Meere, 1998), che potrebbe essere la spiegazione delle presunte difficoltà attentive: in realtà, i ragazzi con ADHD non presterebbero attenzione proprio a quelle attività e compiti che non suscitano in loro alcun interesse.

PROCESSI PSICOLOGICI IMPLICATI

4 - Un ***deficit nella regolazione degli stati fisiologici*** (Sergeant e Van der Meere, 1988), che produrrebbe una serie di fallimenti nell'output delle elaborazioni cognitive, così come nella decisione e nell'organizzazione di risposte comportamentali. Tali deficit sembrano poter essere contenuti nei loro effetti dall'esterno attraverso rinforzi e punizioni.

deficit delle funzioni esecutive
eccessiva sensibilità ai rinforzi
deficit nella regolazione degli stati fisiologici



deficit di autoregolazione

cioè una difficoltà generale nella regolazione del
comportamento e dell'emotività

Deficit di autoregolazione si può manifestare attraverso:

difficoltà attentive : il bambino appare “distratto”, ma ciò non è dovuto all’incapacità di concentrarsi su un compito quanto piuttosto **alla tendenza a ricercare comunque nuovi stimoli senza essere poi in grado di fare attenzione a più cose contemporaneamente** e finendo per non riuscire a farne bene nessuna. A questa incapacità di suddividere in modo efficiente la sua attenzione si aggiunge poi una specifica **difficoltà a mantenere l’attenzione nel tempo.**

Deficit di autoregolazione si può manifestare attraverso:

difficoltà nella soluzione di problemi : il bambino stenta a **frenare le proprie risposte impulsive**, non si ferma a sufficienza a considerare le caratteristiche del problema che deve affrontare, possiede uno scarso bagaglio di strategie utili e fatica anche ad individuare quale sia la più adatta in base al tipo di compito, inoltre non controlla abbastanza l'applicazione del piano d'azione.

Deficit di Autoregolazione si può manifestare attraverso:

scarsa motivazione : ciò che spesso viene a mancare nei bambini con ADHD è la convinzione di base di essere in grado di affrontare e risolvere i problemi; infatti, sottoposti a varie situazioni di fallimento, questi bambini tendono a **sentirsi meno in gamba e a non valutare in modo adeguato i traguardi raggiungibili** attraverso lo sforzo e l'impegno.

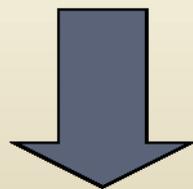
difficoltà emotive : legate alla gestione di emozioni quali la **rabbia, la frustrazione, la vergogna** che spesso il bambino non riesce a contenere e che possono provocare delle risposte di tipo aggressivo verso gli altri (aggressività verbale e/o fisica).

PERCHE' IL SOGGETTO CON ADHD NON RAGGIUNGE UN ADEGUATO APPRENDIMENTO ?

- ❑ Minore quantità di **tempo** utilizzato per lo svolgimento delle attività proposte dall'insegnante.
- ❑ Non riescono ad utilizzare **strategie** di apprendimento che già conoscono
- ❑ Hanno scarsa **autonomia**
- ❑ Hanno poca **motivazione** intrinseca
- ❑ **Memoria** poco strategica e selettiva
- ❑ Presentano una **disfunzione delle funzioni esecutive** che si manifesta con: scarsa abilità di problem solving, debole mantenimento dell'impegno, difficoltà di inibizione, di pianificazione e organizzazione, impulsività.

ADHD E PROBLEMI SCOLASTICI

- ❑ Spesso i soggetti con ADHD vanno incontro ad una carriera scolastica problematica (58%, Cantwell e Satterfield, 1978).
- ❑ Un'alta percentuale di studenti necessita di un programma di sostegno (30-40%).
- ❑ Molti studenti ripetono almeno un anno scolastico (30%).
- ❑ Alcuni non riescono nemmeno a completare la scuola superiore (10-35%).



La cosiddetta comorbilità tra ADHD e DSA (Disturbo Specifico dell'Apprendimento)

EVOLUZIONE DEL DISTURBO

ADHD in età prescolare: massimo grado di iperattività; comportamenti aggressivi; crisi di rabbia; litigiosità, provocatorietà; assenza di paura, disturbo del sonno

ADHD in età scolare: sintomi cognitivi (disattenzione, impulsività); difficoltà scolastiche; possibile riduzione della iperattività; comportamento oppositivo-provocatorio

ADHD in adolescenza: disturbo dell'attenzione; difficoltà scolastiche e di organizzazione della vita quotidiana (programmazione); riduzione della iperattività; irrequietezza; condotte pericolose; disturbi depressivo-ansiosi

ADHD in età adulta: Difficoltà di organizzazione nel lavoro; condotte rischiose; rischio di marginalità sociale, bassa autostima, tendenza all'isolamento sociale, vulnerabilità psicopatologica

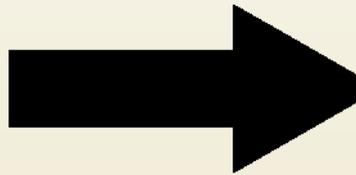
EVOLUZIONE DEL DISTURBO

Deficit psicosociali

Sintomi nucleari

- Inattenzione
- Iperattività
- Impulsività

+



Comorbidità psichiatriche

- Disturbi dirompenti del comportamento (disturbo della condotta e disturbo oppositivo-provocatorio)
- Disturbi di ansia e di umore

Deficit funzionali

Sé

- Bassa autostima
- Incidenti e danni fisici
- Fumo / abuso di sostanze
- Delinquenza

Scuola/ lavoro

- Difficoltà accademiche/ risultati insoddisfacenti
- Difficoltà lavorative

Casa

- Stress familiare
- Difficoltà con i genitori

Società

- Scarse relazioni interpersonali
- Deficit di socializzazione
- Difficoltà relazionali

POTENZIALI ESITI IN ADOLESCENZA

- Bassa tolleranza alla frustrazione, aumento di rabbia e labilità dell'umore,
- Bassa autostima
- Infrazioni stradali ed incidenti
- Rischio aumentato di fumo di sigarette, abuso alcolico, altre sostanze
- Malattie a trasmissione sessuale
- Gravidanza in età adolescenziale
- Difficoltà con l'autorità, rischio aumentato di comportamento criminale

Biederman J, JCP 2003

ADHD E AGGRESSIVITA'

- ❑ **Improvvisa** spesso associata a uno **stato affettivo intenso** (rabbia paura), non programmata né finalizzata all'ottenimento di un vantaggio.
- ❑ **Esplosiva ed esplicita**
- ❑ La reazione è spesso legata alla **percezione non realistica e persecutoria** di una minaccia esterna, dalla quale il soggetto è del tutto convinto, per cui tende ad agire con aggressività eccessiva.
- ❑ Questi soggetti tendono ad interpretare come ostili stimoli esterni ambigui ed in situazioni sociali complesse presentano maggiori **difficoltà di problem solving**.
- ❑ Sono poco abili in una serie di **competenze sociali**, quali rispondere ad offese, gestire dei fallimenti, trovare dei compromessi; sono meno capaci di sostenere la pressione dei coetanei.
- ❑ Sono spesso **rifiutati** dagli altri.

Il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP)

Dispettoso e vendicativo

Sfida attivamente
o rifiuta le richieste e le regole
degli adulti

Arrabbiato e rancoroso

**Caratteristiche
del bambino
con DOP**

Litiga con gli adulti

Suscettibile
o irritato dagli altri

Accusa gli altri
per i propri errori
o comportamenti

Offende

Il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP)

- IL DOP è un problema psicologico caratterizzato essenzialmente da due tipi di difficoltà: la **collericità** e la **tendenza a infastidire e irritare gli altri intenzionalmente**.
- I criteri diagnostici per il DOP sono:

Una modalità di comportamento negativistico, ostile e provocatorio che dura da almeno 6 mesi, durante i quali sono presenti 4 (o più) dei seguenti sintomi:

- 1. spesso va in collera*
 - 2. spesso litiga con gli altri*
 - 3. spesso sfida attivamente o si rifiuta di rispettare le richieste o le regole degli adulti*
 - 4. spesso irrita deliberatamente le persone*
 - 5. spesso accusa gli altri per i propri errori o per il proprio cattivo comportamento*
 - 6. E' spesso suscettibile o facilmente irritato dagli altri*
 - 7. E' spesso arrabbiato e rancoroso*
 - 8. E' spesso dispettoso e vendicativo*
- L'anomalia del comportamento causa compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo
 - No dist. Psicotico o dist. Dell'Umore

Il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP)

- Molti di questi comportamenti iniziano tra il primo ed il terzo anno di vita. Molti di questi comportamenti sono normali all'età di due anni: la differenza consiste nel fatto che in chi ha questo disturbo non spariscono.
- Esiste una **familiarità** per il DOP: i figli di un genitore alcolista che abbia avuto problemi con la legge hanno una probabilità 3 volte maggiore di sviluppare un DOP, rispetto al resto della popolazione.
- L'incidenza del disturbo è alta: **5% in età evolutiva**. In età prepuberale è più frequente nei maschi, ma in seguito, la percentuale di DOP nei due sessi si equivale.
- Questo disturbo si associa frequentemente ad altri quadri psicopatologici in particolare l'ADHD

Quali sono i bambini a cui si fa questa diagnosi?

B. che presentano:

- livelli di rabbia persistente ed evolutivamente inappropriata,
- irritabilità come stato basale
- comportamenti provocatori e oppositivi spesso a-contestuali e senza un manifesto scopo
- presentano importanti menomazioni dell'adattamento e del funzionamento sociale
- età di esordio prevalente: 6-8 anni

LE CRISI DI RABBIA

- difetti nella elaborazione delle informazioni sociali,
- intolleranza alle frustrazioni, limiti e/o regole,
- scarsa consapevolezza delle conseguenze
- scarso senso di colpa



DOP
minacce verbali,
agiti contro gli oggetti o pantoclastici,
aggressività diretta verso familiari,
coetanei, adulti di riferimento.

Il disturbo della condotta (DC)

- I DC sono caratterizzati da una modalità ripetitiva e persistente di **condotta antisociale, aggressiva o provocatoria** che porta a rilevanti violazioni delle aspettative sociali in rapporto all'età ed è perciò più grave delle comuni birichinate infantili o ribellioni dell'adolescente.
- I bambini o gli adolescenti con DC manifestano una modalità persistente **di violazione dei diritti fondamentali degli altri, delle norme e delle regole sociali**. Questi comportamenti possono essere divisi in quattro categorie fondamentali:
 - **AGGRESSIONI A PERSONE O ANIMALI;**
 - **DISTRUZIONE DELLE PROPRIETA';**
 - **FRODE O FURTO;**
 - **GRAVI VIOLAZIONI DI REGOLE.**
- La modalità di comportamento è di solito presente in diversi contesti. Si può trattare di atti apertamente aggressivi, come provocazioni o reazioni violente verso altri, comportamenti minacciosi ecc. Oppure si possono manifestare condotte che ledono diritti e regole senza scontri diretti con le vittime

Il disturbo della condotta (DC)

fa il prepotente,
minaccia,
intimidisce gli altri

Crudele con le persone
e/o con gli animali

Ruba o distrugge
proprietà altrui

Marina la scuola

**Caratteristiche del
bambino con Disturbo
della Condotta**

Dà inizio
a colluttazioni fisiche

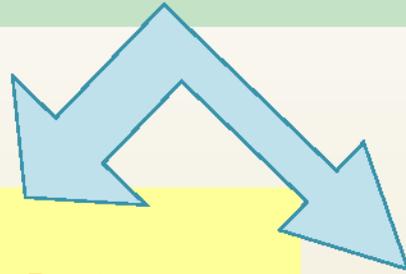
Ha usato un'arma
che può causare seri danni fisici

Appicca il fuoco

Mente per ottenere vantaggi

Trascorre fuori
di casa la notte,
fugge di casa

TIPOLOGIE DEI DISTURBI DELLA CONDOTTA



DISTINZIONE PER ETÀ DI INSORGENZA:

- **infantile** ha prognosi peggiore, con maggiore comorbidità
- **adolescenziale** ha prognosi migliore, ha decorso limitato e più trattabile

DISTINZIONE PER TIPO DI AGGRESSIVITÀ:

- **Nascosta/Manifesta**
- **Attiva/Reattiva**
- **Predatoria/affettiva**

Sviluppo dei Disturbi della Condotta

ESORDIO:

Il disturbo solitamente ha il suo esordio nella tarda infanzia o nella prima adolescenza, ma può comparire già a 6-7 anni di età; è raro che insorga dopo i 16 anni.

→ Più l'esordio è precoce e più il disturbo è durevole e pervasivo, con una prognosi peggiore.

DECORSO:

Il decorso è variabile: nella maggioranza dei casi il disturbo va in remissione con l'età adulta.

Tuttavia in età adulta una quota significativa continuerà a mettere in atto comportamenti antisociali e attività criminali e tenderà a manifestare problemi nelle relazioni interpersonali, difficoltà occupazionali e disturbi psichiatrici

Il disturbo della condotta (DC)

Sottotipi

- 1) ***Tipo con esordio nella fanciullezza***: esordisce prima dei 10 anni di età. Si tratta per lo più di soggetti di sesso maschile, che possono avere avuto un DOP nella prima fanciullezza. I comportamenti sono apertamente aggressivi. Rispetto ai soggetti con esordio dei sintomi dopo i dieci anni, chi appartiene a questo sottotipo ha maggiori probabilità di manifestare un DC persistente e di sviluppare in età adulta una personalità antisociale o problemi di adattamento.
- 2) ***Tipo a esordio nell'adolescenza***: le caratteristiche del disturbo sono prevalentemente di tipo non apertamente aggressivo. I soggetti di questo sottotipo tendono ad avere relazioni con i compagni maggiormente nella norma.

Perché sia diagnosticabile un DC, è necessario che i sintomi siano presenti per **almeno 6 mesi** e che vengano considerate le implicazioni legate all'ambiente e alla cultura di provenienza del ragazzo

Nel sottotipo con esordio nella fanciullezza si possono individuare 4 stadi di sviluppo del disturbo:

1. Questi bambini, dagli anni prescolari fino ai primi anni delle elementari, rifiutano di obbedire e si comportano in modo oppositivo, soprattutto a casa.
2. Durante gli ultimi anni della scuola elementare, hanno comportamenti molto più dirompenti a scuola, cominciano ad avere cattive relazioni con i compagni, mentono, compiono atti aggressivi
3. Nel periodo che va dagli ultimi anni delle elementari sino all'adolescenza, tutti i problemi sopra descritti continuano ad esistere, ma i comportamenti aggressivi espliciti si fanno più gravi e frequenti
4. Durante gli anni della scuola media e nella tarda adolescenza, questi soggetti tendono in maniera significativamente maggiore rispetto ai coetanei a scappare di casa, a marinare la scuola ed ad abusare di alcool e droghe

Teoria della mente e DCD

- Possedere una adeguata teoria della mente significa sapere che il comportamento di ognuno di noi deve essere letto e interpretato sulla base di stati mentali, cioè desideri, emozioni, credenze, sentimenti e pensieri che solitamente guidano la nostra condotta sociale.
- I bambini con DC in età scolare presentano una teoria della mente “negativa”
- I bambini in età prescolare che presentano importanti difficoltà di comportamento colgono, con maggiore rapidità dei coetanei controllo, le situazioni in cui vi sono azioni ingannevoli piuttosto che quelle in cui vi sono comportamenti positivi



DIAGNOSI DIFFERENZIALE E COMORBILITA'

Comorbidità: presenza simultanea di due o più condizioni morbose non correlate nello stesso soggetto o la coesistenza nello stesso individuo di due o più disturbi distinti.

Diagnosi differenziale: presenza di disturbo di tipo emozionale, disturbo dell'attaccamento e disturbo della condotta, che risulta come quadro primario prevalente.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE E COMORBILITA'

Disturbi simili:

- Disturbo oppositivo Provocatorio
- Disturbo di Condotta

Disturbi con sintomi simili:

- Disturbo d'ansia
- Depressione
- Disturbo dell'apprendimento

COMORBIDITA'

