

I DISTURBI DELLA CONDOTTA

Stefano Costa

Dott. Stefano Costa

Responsabile UOS Psichiatria e Psicoterapia Età Evolutiva

UOC NPIA Attività Territoriale

DSM-DP - AUSL di Bologna

Tel. 0516478305 - Fax 0516478143

I DISTURBI DELLA CONDOTTA SECONDO ICD-10

L'ICD-10 PREVEDE I SEGUENTI TIPI DI DISTURBO:

Disturbi del comportamento (F91)

Disturbo della condotta limitato al contesto familiare
(F91.0)

Disturbo della condotta con ridotta socializzazione
(F91.1)

Disturbo della condotta con socializzazione normale
(F91.2)

Disturbo oppositivo provocatorio
(F91.3)

LE CARATTERISTICHE DIAGNOSTICHE DEI DISTURBI DELLA CONDOTTA

Per l'ICD10 - (F91) i DC sono caratterizzati da una modalità ripetitiva e persistente di condotta antisociale, aggressiva o provocatoria, la cui diagnosi va posta tenendo in considerazione l'età del bambino ed escludendo alcune manifestazioni tipiche di fasi precoci quali accessi d'ira e aggressività saltuaria.

I sintomi più frequenti sono: manifestazioni aggressive verso persone o cose, crudeltà verso gli animali, danni a proprietà (distruzioni, furti, incendi), marcati accessi d'ira scarsamente motivati, assenze da scuola e fughe da casa, comportamento provocatorio e insolente, rifiuto di qualsiasi regola. Sono esclusi da questa diagnosi tutti i comportamenti antisociali isolati o molto saltuari.



Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area

- dati di prevalenza per gli adolescenti in una grande area metropolitana negli Stati Uniti - 4175 giovani di età compresa tra 11-17 anni
- 17,1 % del campione ha criteri DSM-IV per uno o più disturbi
- I disturbi più diffusi sono **l'ansia (6,9%)** , **dist. dirompente (6,5%)** e **uso di sostanze (5,3 %)**
- maggiore probabilità in associazione con reddito familiare inferiore



World Health Organization
Geneva

INTRODUZIONE

I COSTI (OMS 2004)

- Disturbi della condotta tendono a verificarsi assieme ad una varietà di altri problemi gravi come scarso rendimento scolastico, problemi da adulti in relazioni intime e lavoro, uso di sostanze, disturbi d'ansia e depressione. **I costi sociali ed economici di disturbo della condotta sono elevati**: includono i costi di trattamento, della giustizia e del sistema penale, i servizi sociali, l'insuccesso scolastico, ed i costi emotivi ed economici per le vittime e per le famiglie. Stima 2004 costi medi annuali di un bambino con diagnosi di disturbo della condotta siano 25 806 dollari USA.

INTRODUZIONE

NOSOGRAFIA “VARIABILE”

- il disturbo della condotta risulta assente nella prima edizione del DSM (1952), nella seconda edizione (1968) compare come diagnosi con tre sottotipi: reazione dissociale aggressiva, reazione delinquenziale di gruppo, **ogni successiva edizione ha modificato i criteri**. I nomi e gli aggettivi utilizzati per descrivere i giovani con personalità antisociale e reazione aggressiva nel DSM-II sono più legati ad un giudizio morale che scientifico.
- Il DSM-IV, ha modificato i criteri ponendo la diagnosi di questo disturbo non più attraverso sintomi, ma comportamenti.

INTRODUZIONE

LINEE GUIDA

Journal of the American Academy of

**CHILD & ADOLESCENT
PSYCHIATRY**

NICE National Institute for
Health and Care Excellence

- L'AACAP ha ancora “valide” le Linee guida prodotte nel 1997 – fra i pochi disturbi non aggiornati.
- Il NICE ha invece prodotto Linee guida nel 2014 dove si afferma: vi sono prove che suggeriscono che **fino al 50% dei bambini e dei giovani con un disturbo della condotta sviluppa un disturbo di personalità antisociale in età adulta.**

INTRODUZIONE - LINEE GUIDA FATTORI DI RISCHIO

NICE National Institute for
Health and Care Excellence

**Fattori legati a aumentato rischio di sviluppare
un disturbo della condotta:**

- basso status socio-economico
- basso rendimento scolastico
- abuso o conflitto genitoriale
- genitori separati o divorziati
- genitori con problemi di salute mentale o di abuso di sostanze
- contatto dei genitori con il sistema di giustizia penale.

INTRODUZIONE - LINEE GUIDA FATTORI DI RISCHIO

NICE National Institute for
Health and Care Excellence

- Fattori di complicazione** significativi sono:
- un problema di salute mentale coesistente (per esempio, la depressione, disturbo da stress post-traumatico)
 - una condizione di sviluppo neurologico (in particolare ADHD e autismo)
 - un disturbo di apprendimento o difficoltà abuso di sostanze nei giovani.



DSM-5 DC – SVILUPPO E DECORSO

- tendono a manifestarsi per la prima volta durante l'infanzia e l'adolescenza
- esiste relazione evolutiva fra **disturbo oppositivo provocatorio** e disturbo della condotta: la maggior parte dei casi avrebbe in precedenza soddisfatto i criteri per DOP
- bambini con DOP sono a rischio di sviluppare in seguito altri problemi oltre al disturbo della condotta tra cui **disturbi d'ansia e depressivi**.

SVILUPPO E DECORSO

- l'esordio del DC può verificarsi anche in età prescolare ma i primi sintomi significativi emergono di solito nel periodo tra la **media infanzia e la media adolescenza**
- il tipo con **esordio precoce ha prognosi peggiore**, maggior rischio di comportamento criminale e disturbi correlati a sostanze
- i soggetti con disturbo della condotta sono a **rischio di sviluppare più tardi disturbi dell'umore disturbi d'ansia, da stress post-traumatico, discontrollo degli impulsi, disturbi psicotici, disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati a sostanze.**



DSM-5 DC – fattori di rischio e modificatori decorso

- **Fattori di rischio:** temperamentali, ambientali (familiari: pratiche educative incoerenti), rifiuto da parte dei coetanei), genetici e fisiologici.
- **modificatori del decorso:** la persistenza è più probabile per il sottotipo con esordio nell'infanzia, concomitanza di disturbo dell'attenzione e abuso di sostanze.

TERAPIA ...

Modificatore di decorso ?

- Il DPM afferma: «le ricerche dimostrano che se i ragazzi con disturbo della condotta e le loro famiglie non ricevono un trattamento **tempestivo ed integrato** è probabile che **continueranno ad avere problemi**».

(Manuale Diagnostico Psicodinamico, 2006)

TERAPIA ... modificatore di decorso ?

La **prevenzione selettiva e l'intervento precoce** possono aiutare a ridurre la probabilità del bambino di sviluppare problemi comportamentali più complessi.

Lo standard di qualità dovrebbe contribuire a conseguire i seguenti risultati:

- Benessere emotivo dei bambini e dei giovani.
- Benessere emotivo di genitori e accompagnatori
- Ridurre il contatto con il sistema di giustizia minorile.
- Livello di istruzione - occupazione o di formazione

Letteratura: **accumulo di fattori di rischio**

- I giovani che sviluppano un disturbo della condotta spesso hanno difficoltà da lunga data legate ad ADHD, disturbo oppositivo, spesso vengono da famiglie con problemi antisociali o difficoltà educative, inoltre **spesso sperimentano difficoltà scolastiche e con i coetanei.**
- **Questo accumulo di fattori di rischio impedisce di compiere importanti passaggi evolutivi.**[\[1\]](#)

● [\[1\]](#) Pardini D., Frick P.J., Multiple Developmental Pathways to conduct Disorder: Current Conceptualizations and Clinical Implications, J Can Acad Child Adolesc Psychiatry, Feb 2013

Letteratura: **Fattori di rischio**

Gatti (2005^[1]), la presenza di sei o più fattori di rischio a 10 anni moltiplica per 10 la probabilità di una condotta violenta a 18 anni.

- l'alcolismo e l'abuso di droga sono le condizioni maggiormente associate alla delinquenza.
- la giovane età e la bassa scolarità della madre sono i migliori predittori di un elevato comportamento aggressivo persistente nell'infanzia e nell'adolescenza.
- avere amici ben socializzati riduce negli adolescenti il coinvolgimento in comportamenti antisociali

^[1] Gatti U., Delinquenza giovanile, In: Volterra V., a cura di, Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica, Masson, Milano, 2005

Letteratura: **maschi e femmine**

- Durante l'infanzia, sia femmine e maschi che svilupperanno DC persistente presentano fattori di rischio sociali, familiari e dello sviluppo neurologico, mentre questo non accade per i pazienti con esordio adolescenziale. Anche se più maschi che femmine sviluppano un DC persistente, **vi sono somiglianze rispetto alle traiettorie di sviluppo** di comportamenti antisociali e le loro origini infantili e le conseguenze da adulti.[\[1\]](#)
- L'evoluzione in un DC deviante risulta preceduta da disturbo oppositivo e ADHD nelle femmine, e solo da disturbo oppositivo nei maschi.[\[2\]](#)

[\[1\]](#) [Odgers CL](#), [Moffitt TE](#), et. Al., Female and male antisocial trajectories: from childhood origins to adult outcomes, Dev Psychopathol., 2008

[\[2\]](#) Pol A.C. van Lier, Jan van der Ende, Hans M. Koot, and Frank C. Verhulst1, Which better predicts conduct problems? The relationship of trajectories of conduct problems with ODD and ADHD symptoms from childhood into adolescence, Journal of Child Psychology and Psychiatry 48:6 (2007), pp 601–608

traiettorie evolutive

- Per quanto riguarda le traiettorie evolutive la casistica analizzata conferma che una elevata percentuale (76%) di disturbi della condotta di adolescenti ha una sintomatologia rilevante già in infanzia (il 53% prima dei dieci anni) e che l'esito precoce si correla ad una peggiore prognosi.
- L'altro fattore di rischio risultato particolarmente significativo è la presenza di difficoltà intrafamiliari, in particolare in ambito educativo.

LA DIAGNOSI

DEBOLEZZA NOSOGRAFICA
COMPLESSITA' CLINICA

Alcuni Autori, sin dagli anni 1925-30, avevano individuato un gruppo di bambini che presentava **anomalie del comportamento** caratterizzate da ipermotricità, instabilità attentiva e mnesica, impulsività, aggressività e difficoltà di apprendimento, che rispondevano bene al trattamento con amfetamine.

Ritenendo che i comportamenti anomali fossero da imputare a **lesioni sia pur "minime" del SNC**, fu necessario coniare termini che differenziassero questi disturbi da quelli emotivi: si susseguirono così diversi termini: "instabilità psicomotoria" degli Autori francesi, "danno cerebrale minimo", o "disfunzione cerebrale minima" degli Autori di lingua inglese (Clements e Peters, 1962; Wender, 1971),
fino alla definizione di **"sindrome ipercinetica"**.

- Siccome la diagnosi è basata su criteri comportamentali senza riferimenti all'eziologia, gli individui che rispondono ai criteri per disturbo della condotta possono presentare psicopatologie sottostanti significativamente diverse.
- “la diagnosi di disturbo della condotta in psichiatria, a questo punto della nostra non conoscenza, è analoga a quella di febbre di origine ignota nella medicina interna”.

STUDI SU CASISTICHE:

- **Biederman, Mick e Faraone** (1998 - 6) hanno analizzato 140 bambini con ADHD rivedendoli dopo 4 anni; al controllo la diagnosi di ADHD si era così modificata: il 29% (37) presentava depressione severa e il 30% (39) di grado medio, mentre solo per meno della metà (il 45%, pari a 34 casi) si poteva confermare la diagnosi di ADHD.
- **Cantwell e Baker** (1989) hanno trovato che le diagnosi di disturbo della condotta non erano stabili: dopo 4 anni molti bambini con iniziale diagnosi di disturbo della condotta presentavano un'altra diagnosi.
- **Kovakcs e Pollock** (1995) riportano un tasso del 69% di disturbo della condotta (CD) in un campione di giovani con mania.
- **Butler, Arredondo, McCloskey** (1995) su 220 pazienti in età scolare trovano che il 28% di questi soddisfa i criteri per ADHD, di questi il 68% corrisponde anche ai criteri per un disturbo affettivo, il 36% per depressione maggiore, l'8% per psicosi affettiva e il 22% per disturbo bipolare.

- Overmeyer, e coll. (1999) hanno studiato 47 pazienti con diagnosi ICD-10 di disturbo ipercinetico o della condotta ed hanno confrontato un primo giudizio clinico con un secondo giudizio eseguito in cieco, cioè senza che il clinico fosse a conoscenza della diagnosi.
- Secondo il primo giudizio clinico i bambini con disturbo della condotta avevano un numero di fattori psicosociali maggiore rispetto a quelli con ipercinesia, mentre la valutazione in cieco mostrava livelli egualmente elevati in entrambe le diagnosi.
- La differenza nel tasso di problemi psicosociali dei bambini con disturbo della condotta o ipercinetico non è reale, ma è funzione del metodo di valutazione.

Cautele del DSM - 5

di ansia e depressione.

Molti dei sintomi che definiscono i disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta consistono in comportamenti che possono verificarsi in certa misura durante il normale sviluppo degli individui. Perciò, per poter valutare se rappresentano i sintomi di un disturbo, è fondamentale che la frequenza, la persistenza, la pervasività nelle diverse situazioni e la compromissione associata ai comportamenti indicativi della diagnosi siano valutate in rapporto a ciò che è ritenuto di norma per l'età, il genere e la cultura dell'individuo. I disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta sono stati collegati a un comune spettro esternalizzante associato a dimensioni di personalità definita *disinibizione e (inversamente) repressione* e, in misura minore, con l'emozionalità negativa. La comorbidità di tali dimensioni di personalità condivise potrebbe spiegare l'alto livello di comorbidità tra questi disturbi e la loro frequente comorbidità con quelli da uso di sostanze e con il disturbo antisociale di personalità. Tuttavia, la natura specifica di questa diatesi condivisa che costituisce lo spettro esternalizzante rimane sconosciuta.

Disturbo oppositivo provocatorio

313.81 (F91.3)

Criteri diagnostici

- A. Un pattern di umore collerico/irritabile, comportamento polemico/provocatorio o vendicativo che dura da almeno 6 mesi evidenziato dalla presenza di almeno quattro sintomi di qualsiasi tra le seguenti categorie, e manifestato durante l'interazione con almeno un individuo diverso da un fratello.

Umore collerico/irritabile

1. Va spesso in collera.
2. È spesso permaloso/a o facilmente contrariato/a.
3. È spesso adirato/a e risentito/a.

Comportamento polemico/provocatorio

4. Litiga spesso con figure che rappresentano l'autorità o, per i bambini e gli adolescenti, con gli adulti.
5. Spesso sfida attivamente o si rifiuta di rispettare le richieste provenienti da figure che rappresentano l'autorità o le regole.
6. Spesso irrita deliberatamente gli altri.
7. Spesso accusa gli altri per i propri errori o il proprio cattivo comportamento.

DSM – 5 una NUOVA DIAGNOSI

Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente 296.99 (F34.8)

Criteri diagnostici

- A. Gravi e ricorrenti scoppi di collera manifestati verbalmente (per es., rabbia verbale) e/o in modo comportamentale (per es., aggressione fisica a persone o proprietà) che sono grossolanamente sproporzionati nell'intensità o nella durata alla situazione o alla provocazione.
- B. Gli scoppi di collera non sono coerenti con lo stadio di sviluppo.
- C. Gli scoppi di collera si verificano, in media, tre o più volte la settimana.
- D. L'umore tra uno scoppio di collera e l'altro è persistentemente irritabile o arrabbiato per la maggior parte della giornata, quasi tutti i giorni, ed è osservabile da parte di altri (per es., genitori, insegnanti, coetanei).
- E. I Criteri A-D sono stati presenti per 12 mesi o più. Durante tale periodo, l'individuo non ha avuto un periodo della durata di 3 o più mesi consecutivi senza tutti i sintomi dei Criteri A-D.
- F. I Criteri A e D sono presenti in almeno due di tre contesti (cioè a casa, a scuola, con i coetanei) e sono gravi in almeno uno di questi.
- G. La diagnosi non dovrebbe essere posta per la prima volta prima dei 6 anni di età oppure dopo i 18 anni di età.
- H. Dall'anamnesi o dall'osservazione, l'età di esordio dei Criteri A-E è prima dei 10 anni.
- I. Non vi è mai stato un periodo distinto della durata di più di 1 giorno durante il quale sono stati soddisfatti i criteri sintomatologici completi, a eccezione della durata, per un episodio maniacale o ipomaniacale.
Nota: L'elevazione dell'umore appropriata allo stadio di sviluppo, come quella che si verifica nel contesto di un evento altamente positivo o della sua anticipazione, non dovrebbe essere considerata come un sintomo di mania o ipomania.
- J. I comportamenti non si verificano esclusivamente durante un episodio di disturbo depressivo maggiore e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., disturbo dello spettro dell'autismo, disturbo da stress post-traumatico, disturbo d'ansia di separazione, disturbo depressivo persistente [distimia]).
Nota: Questa diagnosi non può coesistere con il disturbo oppositivo provocatorio, il disturbo esplosivo intermittente o il disturbo bipolare, anche se può coesistere con altri disturbi, tra cui disturbo depressivo maggiore, disturbo da deficit di attenzione/iperattività, disturbo della condotta e disturbi da uso di sostanze. Gli individui i cui

sintomi soddisfano i criteri sia per il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente sia per il disturbo oppositivo provocatorio dovrebbero ricevere solo la diagnosi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. Se un individuo ha avuto in precedenza un episodio maniacale o ipomaniacale, la diagnosi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente non dovrebbe essere assegnata.

- K. I sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica o neurologica.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica principale del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente è una cronica, grave e persistente irritabilità. Tale grave irritabilità ha due manifestazioni cliniche preminenti, la prima delle quali sono i frequenti scoppi di collera che avvengono tipicamente in risposta alla frustrazione e possono essere verbali o comportamentali (questi ultimi sotto forma di aggressione fisica a proprietà, se stessi o altri). Essi devono verificarsi frequentemente (cioè, in media, tre o più volte la settimana) (Criterio C) nell'arco di almeno 1 anno, in almeno due contesti (Criteri E e F), come la casa e la scuola, e devono essere inappropriati allo stadio di sviluppo (Criterio B). La seconda manifestazione di grave irritabilità consiste in un umore persistentemente o cronicamente arrabbiato, tra i gravi scoppi di collera. Tale umore irritabile o arrabbiato deve essere caratteristico del bambino, essendo presente per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, ed evidente a chi fa parte dell'ambiente del bambino (Criterio D).

La manifestazione clinica del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente deve essere chiaramente distinta dalla presentazione di altre condizioni correlate, in particolare del disturbo bipolare pediatrico. Infatti, il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente è stato aggiunto nel DSM-5 in risposta alle considerevoli preoccupazioni circa la classificazione e il trattamento appropriati di bambini che presentano il classico (cioè episodico) disturbo bipolare.

Alcuni ricercatori considerano l'irritabilità grave, non episodica come caratteristica del disturbo bipolare nei bambini, anche se sia il DSM-IV sia il DSM-5 richiedono che sia i bambini sia gli adulti abbiano episodi distinti di mania o di ipomania per porre la diagnosi di disturbo bipolare I. Durante gli ultimi decenni del XX secolo, questa disputa tra i ricercatori sul fatto che l'irritabilità grave, non episodica sia una manifestazione della mania pediatrica ha coinciso con un aumento dei tassi della diagnosi di disturbo bipolare nei pazienti pediatrici poste dai clinici. Questo forte aumento delle diagnosi sembra attribuibile ai clinici che combinano almeno due manifestazioni cliniche all'interno di una singola categoria. Ovvero, sia le manifestazioni di mania classiche, episodiche, sia le manifestazioni di irritabilità grave, non episodiche, sono state etichettate come disturbo bipolare nei bambini. Nel DSM-5, il termine *disturbo bipolare* è espressamente riservato alle manifestazioni episodiche di sintomi bipolari. Il DSM-IV non includeva una diagnosi specifica per identificare giovani i cui sintomi distintivi erano caratterizzati da irritabilità molto grave, non episodica, mentre il DSM-5, attraverso l'inclusione del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, fornisce una categoria distinta per tali manifestazioni.

Prevalenza

Il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente è frequente tra i bambini che si rivolgono agli ambulatori di neuropsichiatria infantile. Le stime di prevalenza del disturbo nella popolazione non sono chiare. Sulla base dei tassi di irritabilità persistente cronica e grave, che rappresenta la caratteristica centrale del disturbo, la prevalenza a 6 mesi - 1 anno

del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente nei bambini e negli adolescenti rientra probabilmente nell'intervallo tra 2 e 5%. Tuttavia, i tassi dovrebbero essere maggiori nei maschi e nei bambini in età scolare rispetto alle femmine e agli adolescenti.

Sviluppo e decorso

L'esordio del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente deve avvenire prima dei 10 anni di età, e la diagnosi non dovrebbe essere posta nei bambini di età inferiore a 6 anni. Non è noto se la condizione si presenti solo in questa fascia d'età. Poiché i sintomi del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente cambiano quando i bambini maturano, questa diagnosi dovrebbe essere riservata a gruppi di età simili a quelli in cui è stata stabilita la validità (7-18 anni). Circa la metà dei bambini con irritabilità grave e cronica avrà una manifestazione che continua a soddisfare i criteri per il disturbo 1 anno dopo. I tassi di conversione da irritabilità grave, non episodica a disturbo bipolare sono molto bassi. Per contro, i bambini con irritabilità cronica sono a rischio di sviluppare nell'età adulta un disturbo depressivo unipolare e/o disturbi d'ansia.

Anche le variazioni correlate all'età sono differenti tra il disturbo bipolare classico e il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. I tassi di prevalenza del disturbo bipolare sono generalmente molto bassi prima dell'adolescenza (<1%), con un aumento improvviso nella prima età adulta (1-2%). Il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente è più frequente rispetto al disturbo bipolare prima dell'adolescenza, e i sintomi diventano generalmente meno comuni quando i bambini passano nell'età adulta.

Fattori di rischio e prognosi

Fattori temperamentali. I bambini con irritabilità cronica presentano tipicamente storie psichiatriche complicate. In questi bambini è comune una storia relativamente lunga di irritabilità cronica, che si manifesta tipicamente prima che i criteri per il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente siano soddisfatti pienamente. Tali manifestazioni premorbose possono essere indicative di una diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio. Molti bambini con disturbo da disregolazione dell'umore dirompente hanno anche dei sintomi che soddisfano i criteri per il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI) e per un disturbo d'ansia, in quanto tali diagnosi possono essere presenti già a un'età relativamente precoce. Per alcuni bambini, possono essere soddisfatti anche i criteri per il disturbo depressivo maggiore.

Fattori genetici e fisiologici. In termini di aggregazione familiare e di genetica, è stato suggerito che bambini che presentano irritabilità cronica, non episodica possono essere differenziati da bambini con disturbo bipolare per il rischio familiare. Tuttavia, questi due gruppi non differiscono nei tassi familiari di disturbi d'ansia, disturbi depressivi unipolari o abuso di sostanze. Confrontati con bambini con disturbo bipolare pediatrico e con altri disturbi mentali, quelli con disturbo da disregolazione dell'umore dirompente mostrano sia similitudini sia differenze nei deficit di elaborazione delle informazioni. Per esempio, deficit di riconoscimento delle emozioni facciali, così come difficoltà nel prendere le decisioni e nel controllo cognitivo, sono presenti nei bambini con disturbo bipolare e nei bambini con irritabilità cronica, e anche nei bambini con altri disturbi psichiatrici. Vi è anche l'evidenza di una disfunzione specifica del disturbo, come durante compiti per valutare la distribuzione dell'attenzione in risposta a stimoli emotivi, in cui erano stati dimostrati segni di disfunzione caratteristici nei bambini con irritabilità cronica.

IL COMPORTAMENTO DEVIANTE

COMPORAMENTO DEVIANTE

Studi eziologici

- **Freud** nel 1916: azione criminale per senso di colpa: le motivazioni andavano cercate nel fatto che le azioni commesse erano proibite, ma ancor più, nel **sollievo** psichico che esse fornivano a un opprimente senso di colpa evidenziabile negli autori di reati.
- **Theodor Reik**: il delitto è perpetrato per procurare agli impulsi proibiti un appagamento sostitutivo e per dare una causa e un sollievo all'inconscio sentimento di colpa, diventato troppo intenso.

- **Melaine Klein** eccessiva durezza, severità e crudeltà del Super-io di bambini che si sentono costretti a essere cattivi e a **farsi punire** poiché la punizione reale è tranquillizzante a paragone degli attacchi omicidi che essi si attendono.
- **Franz Alexander e Hugo Staub** parlano invece di eziologia sociologica per i “criminali normali” i quali avrebbero un Super-io criminale avendo appreso **modelli e valori criminali** vigenti nel gruppo di appartenenza.

-
- Per **John Dollard** 1939 l'aggressività è sempre conseguenza di una **frustrazione**, un comportamento aggressivo presuppone sempre uno stato di frustrazione.
 - Secondo **Winnicott** (1984) ciò che caratterizza la tendenza antisociale è un elemento che costringe l'ambiente ad essere importante. Le pulsioni inconsce del paziente **obbligano qualcuno ad occuparsi di lui**.

- **A.K.Cohen** la sottocultura delinquente si forma come risposta che più individui danno al medesimo problema di adattamento: alla **frustrazione** derivata dal non essere e/o non sentirsi in grado di raggiungere le mete culturali, si risponde **enfaticamente valori alternativi**.
- **Lemert** concetto di devianza primaria e devianza secondaria: comportamento causato dal processo di **stigmatizzazione** e dalla riorganizzazione delle caratteristiche psicosociali del soggetto attorno ad un ruolo deviante, creato dalla reazione della società nei confronti della devianza primaria.

-
- **Matza** sottolinea l'importanza per i giovani di un **sistema di valori clandestini** come la ricerca di emozioni e sensazioni forti e di nuovi svaghi, unitamente alla messa in atto di **tecniche di neutralizzazione** per mezzo delle quali i ragazzi tendono a giustificare se stessi e il proprio comportamento e a facilitarlo (il diniego delle responsabilità, ...sono malato, la minimizzazione del torto, la condanna dei giudici, ecc.).

- **W.I Thomas** 1923 ha evidenziato quattro desideri, bisogni fondamentali dell'età evolutiva che, quando non raggiunti, possono essere fonti potenziali di frustrazione: **il bisogno di sicurezza, il bisogno di fare nuove esperienze, il bisogno di avere risposta e il bisogno di riconoscimento da parte degli altri, in particolare degli adulti.** La frustrazione di questi bisogni, quando supera certi limiti, potrebbe favorire, a dire dell'autore, l'ingresso in comportamenti antisociali.
- **Lemert, Becker e Goffman** parlano di dinamica circolare riflessiva fra individuo e gruppo sociale a cui appartiene: abbandono del modello eziologico deterministico proponendo una teoria della devianza come risultato di un **processo interattivo.**

IL TRATTAMENTO

● LA TERAPIA (1999)

- La maggior parte degli articoli si riferisce alla terapia farmacologica, pochi però sono i lavori che trattano degli **effetti a lungo termine** di questo trattamento.
- Una revisione sintetica di lavori che riferiscono di trattamenti protratti per almeno **tre mesi** conclude che essi riducono la gravità del nucleo centrale di sintomi che caratterizzano il disturbo, senza necessariamente rendere il bambino asintomatico o ridurre l'entità dei disturbi associati.
 - **L'effetto benefico però sparisce rapidamente con la fine del trattamento, salvo nel 5% dei casi.**
 - **L'esito a distanza** di trattamenti avvenuti in età precoci e protratti nel tempo rimane ancora **controverso perché poco documentato.**

“ è relativamente facile elencare
un numero di sintomi e fare
diagnosi secondo il DSM, ma
capire e trattare il problema di
un singolo bambino è più
difficile.”

COMPORAMENTO DEVIANTE

TRATTAMENTO

- Per De Leo la dimensione più rilevante, più frequente nel concetto di trattamento è proprio quella delle **attività** (studio, lavoro, sostegno, controllo, osservazione), nessuna ha in sé un valore particolarmente rilevante o specifico, ma ciò che caratterizza oggi il concetto di trattamento è proprio **l'interazione, l'organizzazione di queste attività**, cioè mettere in relazione risorse che coinvolgono il soggetto, i servizi, le varie istituzioni. (De Leo 1990)

- Bazemore G., Terry C., 1997 – propongono un modello di riabilitazione per giovani delinquenti basato sulla **reintegrazione**. Per fare ciò analizzano gli elementi culturali e teorici che sottostanno a tre differenti schemi di intervento:
 - 1. **il trattamento individuale,**
 - 2. **la punizione,**
 - 3. **lo sviluppo delle competenze.**
- 1. Secondo l'ottica del trattamento individuale la delinquenza è un sintomo di un disturbo sottostante, i delinquenti fundamentalmente differiscono dagli altri adolescenti per gli aspetti psicologici ed emotivi, non sono in grado di compiere attività produttive e razionali senza un intervento terapeutico.

- 2. Secondo l'ottica della punizione la delinquenza deriva da impulsi cattivi o da perdita di controllo dovuta a permissività o assenza di punizioni; i delinquenti sono fundamentalmente diversi dagli altri adolescenti per quanto riguarda le motivazioni e la tendenza al comportamento deviante; i delinquenti non sono in grado di assumere un comportamento convenzionale se non vengono trattati con punizioni e disciplina stretta; i servizi ed i trattamenti sono inefficaci senza l'elemento della punizione.

- 3. Secondo l'ottica dello sviluppo delle competenze, invece, la delinquenza è una risposta relativamente normale al bisogno di status e riconoscimento; i delinquenti sono simili agli altri adolescenti, sono capaci di fornire contributi produttivi; solo alcuni ragazzi che hanno commesso reato necessitano di un trattamento individualizzato che, per gli altri, può risultare una stigmatizzazione inutile.
- L'approccio dello sviluppo delle competenze prevede un **forte investimento nel reinserimento sociale con la creazione di positive relazioni nei gruppi convenzionali** e con l'accettazione nella comunità sociale in generale come membro legittimato.

- Rutter (2002) propone interventi di tipo cognitivo comportamentali per promuovere “strategie di successo” facilitando lo sviluppo di abilità con cui affrontare lo stress promuovendone la risoluzione con strategie attive focalizzate sul problema. Coinvolgere i giovani nel progettare il proprio futuro per affrontare una delle difficoltà principali cui si trovano di fronte: la mancanza di controllo sulle proprie vite e la mancanza di opportunità con cui poter contribuire alla società.

SENTIMENTI DI SIMPATIA

Fra i primi e più classici autori che si sono occupati di cura per i giovani devianti vi è Aichorn che, nel 1925, afferma: *“Nel nostro caso non si possono ottenere risultati educativi, né con le buone, né con le cattive; con queste, si spinge anzi il ragazzo sempre più a fondo nei moti di odio”*

- *I normali metodi educativi, la dolcezza, la bontà e la severità, il premiare ed il punire non sono più sufficienti, bisogna disancorare dall'inconscio la manifestazione asociale.*
- *Innanzitutto bisogna far insorgere nell'educando il transfert positivo. L'educatore non si affiderà in questo ad eventi casuali, **ma coscientemente si comporterà in modo che l'educando gli rivolga sentimenti di simpatia**, e sarà persuaso che l'attività educativa non avrà certo efficacia fintanto che questi sentimenti mancano.”*

CHIARIRE RIFERIMENTI E VALORI

Anna Freud, nelle note metodologiche sulla psicoterapia dei soggetti in età evolutiva e soprattutto dei giovani dissociali, sostiene la necessità di intervenire limitando il comportamento del giovane paziente, **non astenendosi dal rilevare l'antisocialità di certi comportamenti e l'esistenza invece di comportamenti sostitutivi approvati**; questo deve essere fatto non solo come chiarificazione del problema personale del ragazzo, ma anche come positiva trasmissione di valori e per la costituzione di sistemi di controllo delle pulsioni.

PIONIERI OGGI: fermezza, calore, armonia, alta aspettativa

Harris D.P., Cote J.E., Vipond E.M., 1987 hanno eseguito uno studio per identificare i fattori terapeutici del trattamento residenziale di giovani delinquenti. Gli autori descrivono le caratteristiche di un centro che ospita ragazzi con disturbo antisociale; ecco come viene riassunta la filosofia sottostante al trattamento: l'atmosfera del centro è ritratta come una reminiscenza di una comunità di pionieri dove le persone che vi vivono lavorano diverse ore al giorno con un orientamento molto pratico; la struttura è chiara in termini di responsabilità, autorità, assegnazione degli incarichi e standard di condotta.

I fattori identificati in correlazione ad un buon esito nel centro sono:

- la fermezza,
- il calore,
- l'armonia,
- una alta aspettativa,
- una buona disciplina
- un approccio pratico alla formazione.

12 CONSIGLI PRATICI

- Fritz Redl e David Wineman sono due autori statunitensi che negli anni 1930-1940 si sono occupati del trattamento psicologico ed educativo dei bambini difficili creando per loro delle comunità terapeutiche e dei campi estivi.
- non considerare nessun consiglio come una ricetta sempre valida, ma saper ascoltare in sé e nell'altro i tempi e i modi giusti per intervenire e saper riprendere, a posteriori, con il ragazzo e con il gruppo Degli insegnanti l'analisi ed il confronto su quello che è successo e su come si è intervenuti.

1) *lasciare perdere oculatamente*: talvolta un comportamento serve a un fine secondario e viene prontamente abbandonato una volta conseguito quel fine o non appena viene meno nel bambino l'interesse per il suo conseguimento; ad esempio sappiamo che a un bambino viene sempre voglia di fare dei gesti buffi prima di sedere a tavola; sappiamo anche che una volta scaricate in tal modo una serie di tensioni, quel comportamento cesserà. Il suo fine principale, infatti, sembra essere la "scarica della tensione di fronte a potenziali gratificazioni dei bisogni"; di conseguenza l'interruzione forzata di questo comportamento non farebbe che aumentarne il problema del bambino anziché diminuirlo.

2) *La segnalazione*: molti comportamenti incontrollati hanno luogo, non perché il bambino non è in grado di valutarne il pericolo o non ha abbastanza sensibilità per i valori da vederne l'inaccettabilità, ma perché, in quel momento, la sua consapevolezza e la sua coscienza non sono abbastanza vigili da prevenirli o si è lasciato sviare momentaneamente da un improvviso stimolo; per questo può essere sufficiente richiamare l'attenzione così che il bambino spontaneamente riesce a riprendere il controllo.

3) Il controllo con la vicinanza e il contatto: come molti educatori sanno, certe fasi di eccitazione, di ansia o di agitazione possono a volte essere controllate semplicemente aumentando la vicinanza fisica tra il bambino e l'adulto. E' interessante notare come indipendentemente dall'età certi bambini con importanti disturbi del controllo, mantengono questo tipo di risposta positiva alla vicinanza fisica: spesso il solo fatto di avvicinarci ai bambini o di farli sedere accanto all'adulto, esercita un effetto calmante. Questa vicinanza deve essere uno strumento di sostegno e non va confusa con la vicinanza di un adulto minaccioso.

4) *Coinvolgimento in un rapporto basato sull'interessamento:* a volte basta che l'adulto rivolga qualche domanda su quello che il ragazzo sta facendo o gli dia la possibilità di spiegarsi perché il ragazzo, che comincia ad annoiarsi o a perdere interesse o a divenire ansioso di fronte a un compito che non riesce a eseguire bene, riacquisti vivacità ed interesse; sembra che i bambini con disturbo del comportamento abbiano bisogno più degli altri di vedere continuamente riattivata la vitalità dei loro campi di interesse attraverso la partecipazione diretta dell'adulto.

5) *L'affetto "ipodermico"*: qualche volta tutto ciò che serve per mantenere il controllo di fronte a un attacco di angoscia o a una ondata di impulsività è un'immediata **"dose supplementare" di affetto**. I bambini più normali riescono a funzionare senza bisogno di segnali affettivi diretti da parte degli adulti, ma i bambini piccoli e quelli con disturbi non ne sono capaci: hanno bisogno non solo della partecipazione e interessamento dell'adulto, ma anche l'offerta continua e reiterata del suo affetto. In questi casi dovremmo imparare che è più facile placare alcuni dei loro attacchi ostili ed anche aggressivi offrendo una dose maggiore di affetto, piuttosto che non cadendo nella trappola di rispondere alle loro minacce con aperte proibizioni e con minacce a nostra volta.

6) *Decontaminazione della tensione attraverso*

l'umorismo: è possibile evitare all'ultimo momento anche la più grave crisi di nervi intervenendo al momento giusto con un'opportuna presa in giro del bambino. Questo funziona probabilmente per diversi motivi:

- dimostra l'invulnerabilità dell'adulto che dando prova del suo umorismo si mostra sicuro di sé,
- grazie all'umorismo della risposta vengono risparmiati al bambino i sensi di colpa
- aumenta le possibilità di salvare la faccia
- può dare davvero la possibilità di trarre una soddisfazione dal lato spiritoso della situazione tale da superare qualunque emozione che viene bloccata in quel momento.

7) *L'aiuto per superare un ostacolo*: a volte le più violente manifestazioni di aggressività o gli attacchi di ansia sono il risultato dello scontro fra difficoltà personali e qualche ostacolo particolarmente frustrante legato a una situazione di soluzione di problemi; di fronte all'impossibilità di raggiungere lo scopo prefisso scattano reazioni violente. Se un attimo prima di esplodere viene avvicinato dall'educatore e riceve quel piccolo aiuto che gli serve per superare l'ostacolo che lo blocca, quello stesso bambino sarà il più delle volte in grado di continuare a svolgere il suo compito senza complicazioni.

8) *L'intepretazione*: Si intende il tentativo di aiutare un bambino a comprendere il significato di una situazione da lui interpretata erroneamente o a cogliere le proprie motivazioni in un dato episodio: viene data la possibilità di correggere la eventuale confusione tra la parte svolta dagli altri nella situazione, a cui era diretta la sua reazione, e le sue proprie motivazioni.

9) *Ricomposizione del gruppo*: talvolta l'accentuarsi di un comportamento problematico intollerabile sul piano pratico o su quello clinico trae origine principalmente dalle particolari costellazioni psicologiche di gruppo, dal gioco reciproco fra disturbo individuale e atmosfera del gruppo; in questi casi il più delle volte basta modificare la costellazione psicologica del gruppo per eliminare il comportamento problematico. Questa modificazione si può ottenere ad esempio con una diversa distribuzione dei compiti, o semplicemente con la redistribuzione dei posti a tavola o attorno all'adulto.

10) Appello diretto ai sentimenti o alla ragione:

solitamente per questi bambini non è ancora ben solida la possibilità di utilizzare questo strumento, ma vi possono essere alcune aree in cui invece il bambino è pronto a rispondere a questo intervento, ad esempio richiamando:

- ◇ Il rapporto personale: non è giusto nei miei confronti, io ti ho sempre trattato bene
- ◇ Conseguenze sul piano della realtà fisica: è pericoloso, può succeder questo e questo
- ◇ La sensibilità per i ruoli in pubblico: non la passeremo liscia, sai che qui questo non è ammesso.

- - La sensibilità per i valori e le pretese della coscienza morale: non sei davvero così
- - I valori del codice di gruppo: gli altri non lo riterranno giusto.
- - L'orgoglio narcisistico: che figura ci fai
- - La reazione del gruppo dei pari: non puoi pretendere che ti trovino simpatico se...
 - L'orgoglio per i propri miglioramenti: non puoi più comportarti in modo così sciocco, sei grande ormai

11) L'espulsione antisettica: in situazioni di emergenza, quando il bambino ha perso il controllo e la sua eccitazione sembra avere raggiunto una intensità tale che tutti gli altri metodi non sembrano applicabili, è possibile essere costretti ad allontanare il bambino dal luogo dove si sta svolgendo l'attività; è importante non assumere un atteggiamento punitivo o mostrare sentimenti personali contro il colpevole ma insistere sulla inaccettabilità del comportamento in quanto tale (per questo il termine antisettico): il bambino si deve rendere conto che vogliamo solo far cessare il comportamento e che non avremmo potuto farlo in nessun altro modo.

12) Uso della forza fisica: in situazioni di emergenza (se c'è il rischio che si faccia seriamente male), può essere necessario bloccare fisicamente un bambino. L'adulto non si può permettere la minima aggressività reattiva, né un briciolo di forza in più di quanta ne occorra per riuscire a tenerlo fermo; deve rimanere calmo, amichevole, pieno di affetto; non risponderà a sua volta con violenza agli attacchi fisici o verbali del bambino, continuerà invece a parlargli in maniera tranquillizzante, a bassa voce, usando principalmente parole prive di un contenuto particolare, volte soltanto a calmare le ondate di eccitazione del bambino "buono, va tutto bene, non preoccuparti, tutto andrà a posto...".

DISTURBO DELLA CONDOTTA

TRATTAMENTI - LINEE GUIDA NICE 2013

Singolarmente o in combinazione, sono rivolti a: competenze genitoriali, funzionamento della famiglia, capacità relazionali del bambino, difficoltà a scuola, influenze del gruppo dei pari e farmaci per l'iperattività coesistente.

Abilità intrafamiliari

- 2.7.2 Migliorare il funzionamento della famiglia:
 - 1) Promuovere gioco e un rapporto positivo: interrompere ciclo del comportamento provocatorio e recriminazioni, instillare alcune esperienze positive per bambini e genitori e cominciare a riparare il rapporto.
 - 2) riformulare il comportamento difficile in termini positivi, incoraggiando il comportamento desiderato, piuttosto che criticare il comportamento indesiderato.
 - 3) regole chiare, esplicite e coerenti;
 - 4) conseguenze coerenti e tranquille per il comportamento indesiderato.
 - 5) Riorganizzare la giornata del bambino per evitare problemi

2.7.3 gestione della rabbia e del bambino abilità interpersonali

- rallentare le risposte impulsive a situazioni difficili, fermarsi e pensare
- riconoscere il proprio livello di eccitazione fisiologica e lo stato emotivo
- riconoscere e definire i problemi
- sviluppare diverse risposte alternative
- scegliere la migliore risposta alternativa basata sulla previsione delle conseguenze
- effettuare l'azione prescelta
- verificare esito.

- Nel lungo periodo, i programmi mirano ad aumentare il comportamento sociale positivo
- insegnando al giovane a:
 - imparare competenze per rendere e mantenere amicizie
 - sviluppare le capacità di interazione sociale
 - esprimere punti di vista nel modo più opportuno e ascoltare gli altri.
- 2.7.4 superamento delle difficoltà a scuola
- 2.7.5 migliorare/curare le influenze del gruppo dei pari
- 2.7.6 Farmacoterapia

LINEE INDIRIZZO REGIONE E.R.

1. I Servizi Sociali e Sanitari di I livello, i Servizi di Salute Mentale per l'Adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le Dipendenze devono collaborare in contesti educativi per sviluppare interventi locali e percorsi che promuovono l'accesso per una serie di gruppi a rischio di sotto-utilizzo dei servizi, tra cui: ragazze e giovani donne immigrati, minoranze etniche e persone con una condizione coesistente (come ADHD o autismo).
2. I Servizi Sociali e Sanitari di I livello, i Servizi di Salute Mentale per l'Adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le Dipendenze devono promuovere l'accesso alle strutture di diagnosi e trattamento.
3. I Servizi Sociali e Sanitari di I livello, i Servizi di Salute Mentale per l'Adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le Dipendenze devono favorire l'erogazione integrata di servizi in tutti ambiti di cura, avere criteri chiari ed espliciti per l'accesso ai servizi concentrandosi sulle condizioni di ingresso e non sui criteri di esclusione avere più punti di accesso ai servizi per facilitare i collegamenti con il sistema di assistenza, compresi i servizi di assistenza educativi e sociali e della comunità

4. Sono indicati interventi di apprendimento emotivo e programmi di problem-solving per i bambini tra 3 e 7 anni nelle scuole dove vi sia un'alta percentuale di bambini identificati a rischio di sviluppare il disturbo oppositivo provocatorio o disturbo della condotta a seguito di qualsiasi dei seguenti fattori:

- a. basso status socio-economico
- b. basso rendimento scolastico
- c. abuso di minori o di conflitto genitoriale
- d. genitori separati o divorziati
- e. genitori di salute mentale o con problemi abuso di sostanza
- f. contatto parentale con il sistema di giustizia penale.

5. I programmi di apprendimento e di problem-solving emotivo in aula dovrebbe essere fornito in un'atmosfera positiva e consistono in interventi destinati a: a. aumentare la consapevolezza dei bambini delle proprie emozioni e la comprensione di emozioni altrui b. insegnare l'autocontrollo di stati eccitazione e di regolazione del comportamento c. promuovere un concetto di sé positivo e le buone relazioni tra pari d. sviluppare le capacità di problem-solving dei bambini.

6. I Servizi Sociali e Sanitari di I livello, i Servizi di Salute Mentale per l'Adolescenza e l'età adulta devono intervenire a sostegno di: capacità genitoriali, funzionamento della famiglia, bambino rispetto a capacità relazionali, difficoltà a scuola, influenze del gruppo dei pari.

7. I Servizi Sociali e Sanitari di I livello, i Servizi di Salute Mentale per l'Adolescenza nonché i docenti delle scuole medie e gli educatori sportivi devono intervenire con programmi per migliorare le abilità interpersonali dell'adolescente utilizzando tecniche che derivano dalla terapia cognitivo-comportamentale (CBT).

- 8. I Servizi Sociali e Sanitari di I livello, i Servizi di Salute Mentale per l'Adolescenza devono erogare programmi di formazione per gli insegnanti e gli educatori nei vari contesti si occupano di adolescenti con Disturbo della Condotta.
- 9. I docenti delle scuole medie e gli educatori sportivi possono affrontare le difficoltà a scuola come i problemi di apprendimento e il comportamento dirompente; e inoltre migliorare l'influenza del gruppo dei pari.
- 10. Sono Previsti Interventi di gruppo in età 3 / anni e interventi multimodali, per esempio, la terapia multisistemica, ai bambini e ai giovani di età compresa tra i 11 ei 17 anni per il trattamento del disturbo della condotta.

- 11. I Servizi di Salute Mentale di primo livello per l'Adolescenza e l'età adulta devono offrire interventi di Parent- training mirato a migliorare le capacità genitoriali . Quando si pianifica il trattamento il coinvolgimento della famiglia è particolarmente importante; in alcuni casi può essere utile ridurre la conflittualità di coppia.
- 12. Non sono indicati interventi farmacologici per la gestione ordinaria dei problemi comportamentali nei bambini e giovani con disturbo oppositivo provocatorio o disturbo della condotta. Metilfenidato o atomoxetina, possono essere prescritti nell'ambito delle indicazioni autorizzate, per la gestione di ADH. Considerare il risperidone per la gestione a breve termine di un comportamento gravemente agitato.