

DISTURBO OPPOSITIVO- PROVOCATORIO DISTURBO DELLA CONDOTTA DISTURBO DIROMPENTE

Anna Maria Caramadre, Milena Labonia
Elisabetta Paoletti

31 ottobre, 2013



DISTURBO DEL COMPORTAMENTO

DSM – IV



DSM – 5

Disturbo da Deficit dell'Attenzione e del Comportamento Dirompente

- Disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività
- Disturbo oppositivo – provocatorio
- Disturbo della condotta
- Disturbo del comportamento dirompente non altrimenti specificato

- **Disturbi Dirompenti, del Controllo degli Impulsi e della Condotta**
- Disturbo oppositivo-provocatorio
- Disturbo esplosivo intermittente
- Disturbo della condotta: ESORDIO nell'Infanzia, nell'Adolescenza, NON Specificato
- Disturbo di personalità Antisociale
- Piromania; - Cleptomania
- Altri Disturbi Dirompenti, del Controllo degli Impulsi e della Condotta Specificati
- Altri Disturbi Dirompenti, del Controllo degli Impulsi e della Condotta NON Specificati



DSM - 5 DISTURBI: DIROMPENTE, DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI E DELLA CONDOTTA

- Mancanza di controllo nel comportamento ed **emozioni**
- Disturbi che **violano** i diritti degli altri e le norme sociali



DSM – 5

DISTURBO OPPOSITIVO- PROVOCATORIO

- A. Un pattern di **UMORE** arrabbiato/irritabile
- comportamento polemico/provocatorio
 - vendicatività
 - Per un **periodo** di almeno **6 mesi**
 - Con la presenza di **almeno 4 sintomi**
 - Presente durante l'interazione con **almeno una persona diversa dai fratelli** .



DSM – 5

DISTURBO OPPOSITIVO- PROVOCATORIO

UMORE ARRABBIATO/IRRITABILE

1. Spesso va in collera
2. E' spesso suscettibile o facilmente irritabile
3. È spesso arrabbiato o rancoroso



COMPORAMENTO OSTILE /PROVOCATORIO

4. Spesso litiga con le figure autoritarie, o per B.i e adolescenti con gli adulti
5. Spesso sfida attivamente o rifiuta di seguire le richieste delle figure autoritarie o le regole
6. Spesso Irrita deliberatamente gli altri
7. Spesso accusa gli altri per i suoi errori e per il proprio comportamento

VENDICATIVITA'

8. E' stato dispettoso e vendicativo **almeno 2 volte negli ultimi 6 mesi**



DSM – 5

DISTURBO OPPOSITIVO- PROVOCATORIO

- ✓ La **Persistenza** e la **Frequenza** della sintomatologia si utilizzano per distinguere il disturbo dal comportamento ai limiti della norma in relazione alle tappe di sviluppo, genere e cultura.

DIFFERENZIAZIONE RISPETTO L'ETA'

- ✓ **B.i fino a 5 anni**: comportamento per la maggior parte dei giorni per un periodo di almeno **6** mesi *
- ✓ **B.i > 5 anni**: comportamento dovrebbe avvenire almeno 1 volta a settimana per almeno 6 mesi *

* a meno che non venga specificato diversamente (A8-vendicatività)



DSM – 5

DISTURBO OPPOSITIVO- PROVOCATORIO

B. L'anomalia del comportamento è associata a una presenza di stress nell'individuo o negli altri nel suo contesto sociale (famiglia, gruppo dei pari, colleghi di lavoro) o impatta negativamente nell'area sociale, scolastica, lavorativa o in altre importanti aree di funzionamento.



DSM – 5

DISTURBO OPPOSITIVO- PROVOCATORIO

C. Il funzionamento non si verifica esclusivamente durante il decorso di un Disturbo Psicotico, di Disturbo da Uso di Sostanze, di un Disturbo Depressivo o Disturbo Bipolare. Non devono essere soddisfatti i criteri per Disturbo di Disregolazione emotiva e con Disforia (DMDD)



DSM – 5

DISTURBO OPPOSITIVO- PROVOCATORIO

Specificare la Severità:

- **Lieve:** i sintomi sono limitati ad un solo contesto (casa, scuola, lavoro, con i pari).
- **Moderata:** alcuni sintomi sono presenti in almeno 2 contesti.
- **Grave:** alcuni sintomi sono presenti in almeno 3 o più contesti.



DSM – 5

DISTURBO ESPLOSIVO-INTERMITTENTE

- A. Ricorrenti comportamenti **esplosivi** che rappresentano **un’incapacità nel controllo degli impulsi aggressivi** come manifestato da:
1. **Aggressività** (ad esempio temperamento “capriccioso”; “polemiche”, discussioni o risse) o aggressioni fisiche verso proprietà, animali, o altri individui, per almeno **2 volte a settimana**, in media, **per un periodo di 3 mesi**. Le aggressioni fisiche non provocano danno o distruzione di proprietà e non provocano lesioni ad animali o altri individui.
 2. **Tre comportamenti esplosivi** includendo **danno o distruzione** di proprietà e/o assalto fisico contro animali o altri individui, si sono verificati **negli ultimi 12 mesi**



DSM – 5

DISTURBO ESPLOSIVO-INTERMITTENTE

- B. Il **grado di aggressività manifestato** durante un episodio esplosivo è di gran lunga **spropositato rispetto a qualsiasi provocazione** o fattore psicosociale stressante precipitante
- C. Le ricorrenti **esplosioni aggressive non sono premeditate**(sono impulsivi e provocate dalla rabbia) e **non sono rivolte al raggiungimento di un obiettivo** (soldi, potere, intimidazione)



DSM – 5

DISTURBO ESPLOSIVO-INTERMITTENTE

- D. Le ricorrenti **esplosioni aggressive causano marcato stress** nell'individuo o **compromissioni nel funzionamento** lavorativo e interpersonale, o sono associate a **conseguenze finanziarie o legali**
- E. **ETA'**: Il soggetto deve avere **almeno 6 anni** (o livello di sviluppo equivalente)



DSM – 5

DISTURBO ESPLOSIVO-INTERMITTENTE

F. Gli episodi aggressivi non sono riconducibili ad altri disturbi mentali (per es., Disturbo Depressivo Maggiore, Disturbo Bipolare, DMDD, Disturbo Antisociale di Personalità, Disturbo Borderline di Personalità, un Disturbo Psicotico), o di una condizione medica generale (per es., trauma cranico, malattia di Alzheimer), o agli effetti fisiologici di una sostanza (per esempio sostanza di abuso o un farmaco).

Note: questa diagnosi può essere fatta in aggiunta alla diagnosi di ADHD; DC, DOP o disturbo dello spettro autistico quando ricorrenti esplosioni impulsive aggressive sono in eccesso rispetto a quelle usualmente riscontrabili in tali disturbi



DSM – 5



DISTURBO DELLA CONDOTTA

A.

Una modalità di comportamento ripetitiva e persistente in cui i **diritti fondamentali degli altri o le principali norme o regole sociali**, in riferimento all'età, **vengono violati.**

B.

- Presenza di almeno **3** dei 15 criteri nei **12 mesi**
- Almeno **1** criterio negli ultimi **3 mesi**



DSM – 5

DISTURBO DELLA CONDOTTA

AGGRESSIONI A PERSONE O ANIMALI

1. E' prepotente, minaccia o intimorisce gli altri
2. Dà inizio a colluttazioni fisiche
3. Usa un'arma che può causare danni fisici ad altri (bastone, barra, bottiglia rotta, coltello, pistola)
4. E' fisicamente crudele con le persone
5. E' fisicamente crudele con gli animali
6. Ruba affrontando la vittima (aggressione, scippo, estorsione, rapina a mano armata)
7. Forza qualcuno ad attività sessuali



DSM – 5

DISTURBO DELLA CONDOTTA

DISTRUZIONE DELLA PROPRIETA'

8. Appicca il fuoco con l'intenzione di causare seri danni
9. Distrugge deliberatamente proprietà altrui



DSM – 5

DISTURBO DELLA CONDOTTA

FRODE O FURTO

10. Entra in edificio, domicilio o automobile altrui
11. Mente per ottenere vantaggi o favori o per evitare obblighi (“raggira gli altri”)
12. Ruba oggetti di valore senza affrontare la vittima (furto nei negozi ma senza scasso, falsificazioni)



DSM – 5

DISTURBO DELLA CONDOTTA

GRAVI VIOLAZIONI DI REGOLE

13. Trascorre fuori casa la notte nonostante la proibizione dei genitori, con inizio prima dei 13 anni d'età
14. Fugge da casa **DUE** volte mentre vive a casa dei genitori o di chi ne fa le veci, o **UNA** volta senza ritornare per un lungo periodo
15. Marina spesso la scuola, con inizio prima dei 13 anni



DSM – 5

DISTURBO DELLA CONDOTTA

- C.** L'anomalia del comportamento causa compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo
- D.** Se il soggetto ha ≥ 18 , non sono soddisfatti i criteri per il Disturbo Antisociale di Personalità



DSM – 5

DISTURBO DELLA CONDOTTA

SPECIFICARE

312.81 **Esordio nell'Infanzia** (almeno 1 sintomo < 10 anni)

312.82 **Esordio nell'adolescenza** (≥ 10 anni)

312.89 **Esordio NON Specificato**

(i criteri per la diagnosi sono soddisfatti ma non ci sono sufficienti informazioni disponibili per determinare se l'esordio è stato prima o dopo i 10 anni)



DSM – 5

DISTURBO DELLA CONDOTTA

SPECIFICARE

- Con Emozioni Prosociali Limitate
- Mancanza di Rimorso e Senso di Colpa
- Insensibile-mancanza di empatia
- Disinteresse sulle Performance
- Superficiale o carente negli affetti

Specificare:

- Lieve
- Moderato
- Grave



DSM – 5 PIROMANIA

- A. Appiccamento di incendi deliberato e intenzionale in più di un'occasione
- B. Tensione e eccitazione prima dell'atto
- C. Il soggetto mostra fascino, interesse, curiosità o attrazione rispetto al fuoco e ai suoi contesti situazionali
- D. Piacere, gratificazione o sollievo quando appicca incendi o quando assiste o partecipa alle loro conseguenze



DSM – 5

PIROMANIA

- E. L'appiccamento degli incendi **NON è fatto** per guadagni economici, un'espressione di ideologia socio-politica, per attività criminali, per esprimere rabbia o vendetta, per migliorare circostanze di vita, in risposta ad allucinazioni, o come risultato di un giudizio alterato (ad esempio disturbi neuro cognitivi, disabilità intellettiva, intossicazione da sostanze).
- F. L'appiccamento degli incendi **NON** è meglio spiegata da DC, episodio maniacale o Disturbo antisociale di Personalità



DSM-5

CLEPTOMANIA

- A. Ricorrente incapacità di resistere agli impulsi di rubare oggetti che non sono necessari per un uso personale o per un valore economico

- B. Aumento della tensione immediatamente prima di commettere l'atto

- C. Piacere, gratificazione o sollievo nel commettere l'atto



DSM-5

CLEPTOMANIA

- D. Il rubare non è commesso come espressione di rabbia o vendetta e non è in risposta ad allucinazioni
- E. Il rubare non è meglio spiegato da DC, episodio maniacale o Disturbo di personalità Antisociale.



DSM-5

Altro disturbo dirompente, del controllo degli impulsi e di condotta specificato

- Questa categoria si applica in presenza di sintomi caratteristici di comportamento dirompente, di controllo degli impulsi e di disturbo della condotta che causano un stress clinicamente significativo o compromissione nell'area lavorativa, sociale o in altre importanti aree, **ma non soddisfano pienamente i criteri per nessun disturbo**. La categoria di altri disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e di condotta specificati, viene utilizzata nelle situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare le ragioni per cui il soggetto non può essere inquadrato negli altri disturbi. **Viene quindi siglato come altro specifico disturbo dirompente, del controllo degli impulsi e di condotta ed è seguito delle specifiche spiegazioni del clinico (ad esempio “ricorrenti comportamenti esplosivi, non sufficientemente frequenti”).**



DSM-5

Altro disturbo dirompente, del controllo degli impulsi e di condotta non specificato

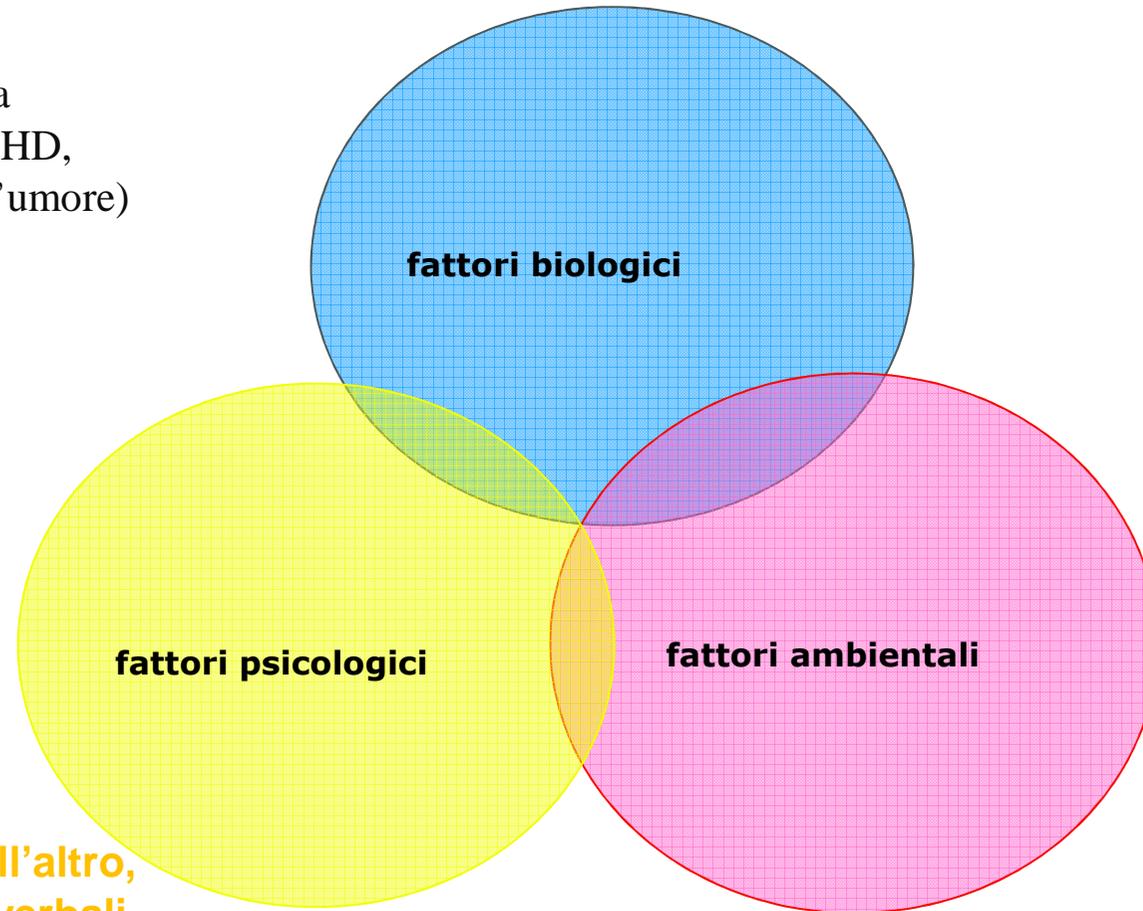
- Questa categoria si applica in presenza di sintomi caratteristici di comportamento dirompente, di controllo degli impulsi e di disturbo della condotta che causano un stress clinicamente significativo o compromissione nell'area lavorativa, sociale o in altre importanti aree, **ma non soddisfano pienamente i criteri per nessun disturbo**. La categoria di altri disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e di **condotta non specificati**, viene utilizzata nelle situazioni in cui il clinico non spiega le ragioni per cui il soggetto non può essere inquadrato negli altri disturbi e ci sono scarse informazioni per fare una diagnosi più specifica.



IPOSTESI ETIOGENETICA MULTIFATTORIALE

(*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2010)*)

genere, temperamento, genetica
(comportamenti presenti in ADHD,
abuso di sostanze, disturbi dell'umore)
studi di RMN



interpretazione ostile dell'altro,
difficoltà interpretative, verbali
e non dei segnali

dinamiche familiari
disfunzionali,
scarsa capacità
genitoriale, abuso
di sostanze



FATTORI BIOLOGICI/ PSICOLOGICI

- ❑ *Disfunzione delle regioni cerebrali paralimbiche:*
 - alterato controllo dell'aggressività, mediata dall'amigdala
 - alterato controllo del processamento degli stimoli negativi



scarsa comprensione ed espressione delle emozioni e dell'empatia

- ❑ *Anomalie di sviluppo delle funzioni verbali e/o delle funzioni esecutive:*
 - alterato controllo dell'aggressività
 - difficoltà di pianificazione, di consapevolezza delle conseguenze e di autoriflessione
 - difficoltà di autocontrollo.
- ❑ *Difficoltà di regolazione emozionale*
 - alcune dimensioni quali *ostinazione* e *caparbità* → disturbi quali l'*ADHD* e il *DC non aggressivo*,
 - *aggressività non impulsiva (più pianificata)* → *DC aggressivo*.



Identification of Developmentally Appropriate Screening Items for Disruptive Behavior Problems in Preschoolers

Studs C.R., Van Zyl M.A., *Journal of Abnormal Child Psychology* (2013) 41:851-863

Gli autori hanno studiato il potere discriminativo e informativo di 18 item presi dal PSC- 17 (Pediatric Symptom Checklist 17) e dal BPI (Behavior Problem Index), individuando quelli più adatti a descrivere situazioni cliniche e sub-cliniche

N. Bambini 900



Indicatori attendibili per la diagnosi precoce



Identification of Developmentally Appropriate Screening Items for Disruptive Behavior Problems in Preschoolers

Studts C.R., Van Zyl M.A., *Journal of Abnormal Child Psychology* (2013) 41:851-863

8 item sono risultati molto discriminativi e informativi rispetto a

situazioni cliniche e sub-cliniche. Tali item misurano:

- bullismo o crudeltà verso gli altri;
- mancanza di rimorso;
- difficoltà ad andare d'accordo con altri bambini;
- non piacere agli altri bambini;
- distruzione voluta di oggetti;
- picchiare gli altri bambini;
- prendere cose che non appartengono a lui o a lei;
- biasimare gli altri.



Identification of Developmentally Appropriate Screening Items for Disruptive Behavior Problems in Preschoolers

5 item sono risultati **informativi e discriminativi** solo per i più alti livelli di problemi del comportamento:

- mancanza di condivisione;
- non comprendere i sentimenti altrui;
- prendere in giro gli altri;
- essere molto nervosi e tesi;
- frode/menzogna.

5 item sono risultati meno accurati (**non discriminativi tra campione clinico e non clinico**):

- violazione di regole;
- discutere molto;
- essere disobbedienti a casa;
- essere scontrosi o irritabili;
- forte temperamento.



EPIDEMIOLOGIA ED EVOLUZIONE

- ❑ DCD - Prevalenza in età evolutiva:
 - 6% - 16% nei maschi e 2% - 9% nelle femmine (Marcelli,2009);
 - Variabilità connessa a caratteristiche del campione e diverse metodologie di valutazione.

- ❑ DOP - Prevalenza in età evolutiva:
 - maggiore per i maschi nell'infanzia
 - equivalente nei due sessi in adolescenza, ad eccezione degli aspetti di aggressività fisica e distruttività, prevalenti nei maschi

- ❑ DC: differenza di genere costante nel tempo.



EPIDEMIOLOGIA ED EVOLUZIONE

- ❑ DOP e DC correlati in modo gerarchico, con evoluzione di alcuni DOP in DC: pazienti DOP \Rightarrow rischio 4 volte maggiore rispetto agli altri di sviluppare un DC (Loeber et al,2009).
- ❑ DOP e DC: continuum evolutivo DOP \rightarrow DC \rightarrow Disturbo di Personalità Antisociale (DPA) in età adulta;
- ❑ DOP: punto nodale per lo sviluppo di altri quadri psicopatologici (Dist. D'ansia, Depressione).



Why Do Children with Disruptive Behavior Disorders Keep Making Bad Choices?

Viding E., Seara –Cardoso A., *American Journal of Psychiatry* 170:3, March 2013

I bambini con disturbo del comportamento mostrano dei deficit nel processo di **DECISIONG MAKING**:

- NON hanno adeguate aspettative rispetto al rinforzo
- NON comprendono i segnali che predicono l'errore



LINEE GUIDA TRATTAMENTO

▶ **Trattamento farmacologico più usati** (contenere principalmente gli aspetti di aggressività, di impulsività e di iperattività):

- *stabilizzatori del tono dell'umore*
- *antipsicotici atipici*
- *serotoninergici*

- ✓ **Trattamento cognitivo-comportamentale**
- ✓ **Parent- Training → Genitori**



TRATTAMENTO

- prognosi negativa
- scarsa risposta al trattamento

a causa di:

- pervasività dei comportamenti disfunzionali
- stabilità della diagnosi nel tempo
- scarsa compliance al trattamento del nucleo familiare
- frequente evoluzione verso il DAP



STUDI DI NEUROIMAGING

(White et al.,2013)

Diversa attività della corteccia prefrontale ventromediale, dell'insula anteriore e del caudato (rispetto ai controlli)



Un semplice modello del deficit non è in grado di spiegare il deficit del decision making presente in questi soggetti ma sostiene la presenza di una differenza qualitativa nel processo responsabile dell'apprendimento del meccanismo di ricompensa e punizione



Implicazioni sulla terapia



Clinical Usefulness of the Kiddie- Disruptive Behavior Disorder Schedule in the Diagnosis of DBD and ADHD in Preschool Children

Bunte T.L., Schoemaker K., Hessen D. J., van der Heijden P. G. M., Matthys W,

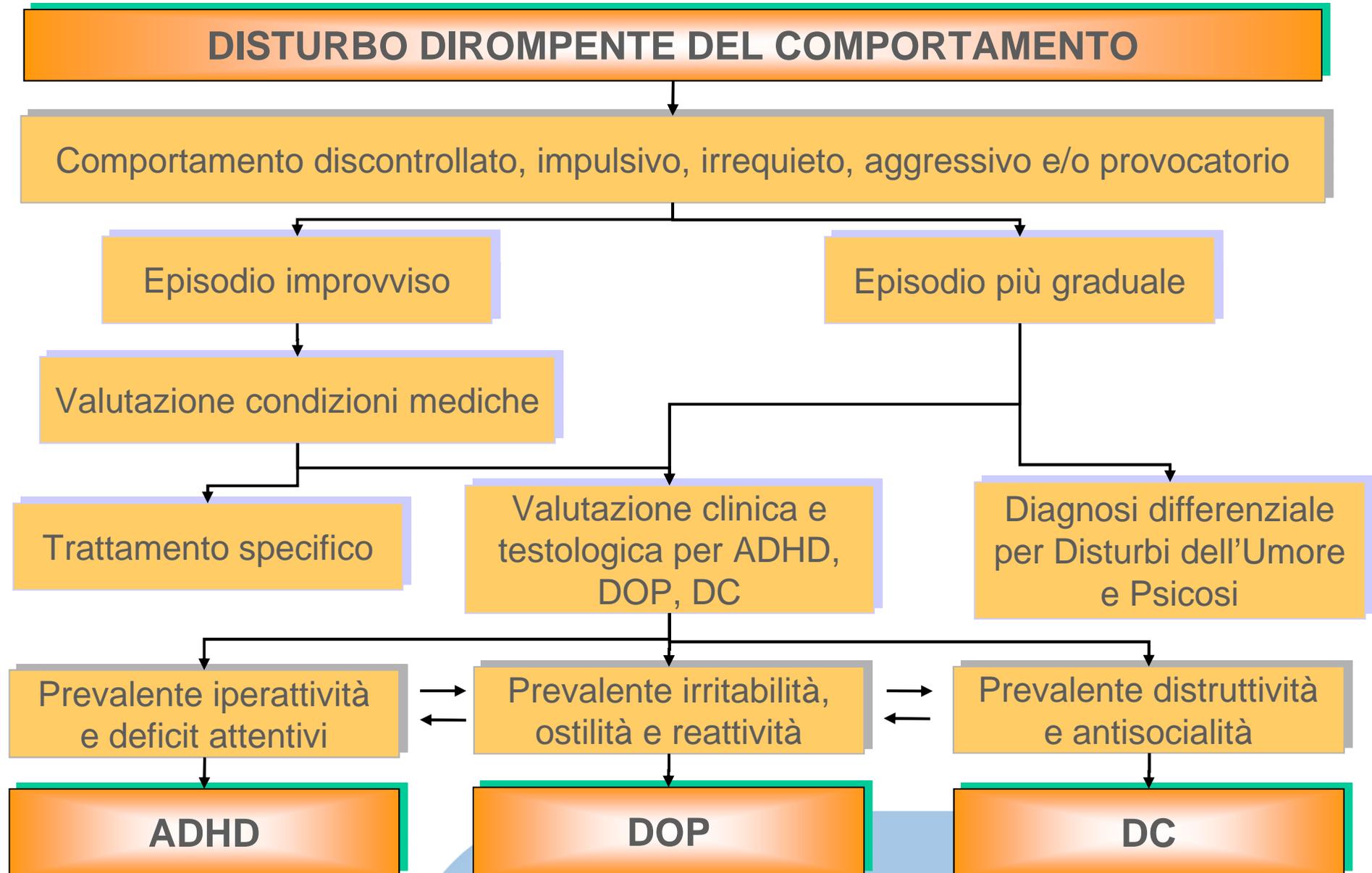
Journal of Abnormal Child Psychology (2013), 41: 681-690

Dimostrata validità clinica della K-DBDS (intervista semi-strutturata basata sui criteri del DSM-IV) nella diagnosi di ADHD, DOP e DC.

Strumento attendibile e valido sia nella discriminazione tra gruppi, che a livello individuale.



Albero decisionale



DATI REPARTO

	Numero Totale Ricoveri	Ricoveri per disturbo del comportamento
2011	246	26 (10,6%)
2012	256	16 (6,25%)
2013 (Gennaio- Giugno)	183	15 (8,19%)



DATI REPARTO

	Numero Ricoveri		Età media	Media dei giorni di degenza	Comorbidità
	Maschi	Femmine			
2011	17	9	13,1	11,1	17 (65,38%)
2012	9	7	12	10,12	9 (56,25%)
2013 (Gennaio- Giugno)	10	5	12,8	6,7	11 (73,33%)
Totale	36	21			
	57		12,63	9,30	37 (64,91%)



“...un’immagine spietata senza misericordia...”

Melania Mazzucco Repubblica, 22 settembre 2013



Grazie

**La derisione di Noè" (Giovanni Bellini,
1515 circa, Besancon, Musée des Beaux Arts)**



Bambino Gesù
OSPEDALE PEDIATRICO