



Disturbi del comportamento: dalla diagnosi al trattamento

Giangennaro Coppola
UO Neuropsichiatria Infantile
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università di Salerno

Salerno, 18 Giugno, 2016

I disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta

2 aspetti caratterizzanti→

- un disturbo importante della regolazione dell'emotività e/o del comportamento
- l'assunzione di atti e modalità reattive che violano i diritti degli altri e mettono il soggetto in situazioni di netta conflittualità con le figure che rappresentano l'autorità

I problemi di condotta e di aggressività in età evolutiva sono in netto aumento.

Il fenomeno dovrebbe essere considerato un problema di salute pubblica, al pari del fumo, dell'abuso di droga, delle gravidanze precoci e degli stili di vita a rischio
(Bloomquist e Schnell, 2002)

SEQUENZIALITA' DEI DISTURBI PSICHICI IN ETA' EVOLUTIVA

La comparsa precoce di un disturbo comportamentale può predisporre fortemente alla genesi di **altre problematiche psichiche** in altre fasi più tardive di sviluppo (**Disturbo della condotta, Disturbi dell'umore, Disturbi di personalità**).

DSM-5

Disturbo oppositivo-provocatorio

Disturbo della condotta

Disturbo esplosivo-intermittente

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

Disturbo oppositivo-provocatorio (DOP)

Costante sfida nei confronti delle figure
dell'ambiente significativo

Situazione di irritabilità e frequenti scoppi d'ira

Disturbo oppositivo-provocatorio (DOP)

ICD-10→

include il DOP nei disturbi della condotta

DSM-5→

DOP forma a sè stante

Disturbo oppositivo-provocatorio (DOP)

DOP→

Prevalgono i problemi legati alla regolazione delle emozioni (collera, irritabilità, rabbia)

DC→

Prevalgono i problemi legati alla regolazione del comportamento

Disturbo oppositivo-provocatorio

Esordio età prescolare

1. Umore collerico e/o irritabile
2. Comportamento polemico e/provocatorio
3. Tendenza alla vendicatività

Disturbo oppositivo-provocatorio

Umore collerico e/o irritabile

- bassa tolleranza alle frustrazioni
- di fondo l'umore è irritabile
- permalosità (frequente)

Disturbo oppositivo-provocatorio

Comportamento polemico e/o provocatorio

“vuole sempre l’ultima parola”

Grossa difficoltà ad accettare le regole

Litiga spesso con l’autorità o anche con i pari

Spesso irrita deliberatamente l’altro per cercare la lite

Aggressività “passiva”

Disturbo oppositivo-provocatorio

Tendenza alla vendicatività

ricorre spesso alla vendetta di torti reali o presunti

Non riesce ad elaborare i vissuti di rabbia in occasione di frustrazioni subite

Disturbo oppositivo-provocatorio

Diagnosi→

Talora difficoltosa < 5 anni d'età

(varianti parafisiologiche dello sviluppo o “disturbo”?)

Verificare il comportamento in tutti gli abituali contesti di vita

Disturbo oppositivo-provocatorio

Diagnosi differenziale→

Disturbo della condotta

ADHD

Disturbi depressivi e bipolari

Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente

Disturbo esplosivo intermittente

Disabilità intellettiva

Disturbo del linguaggio

Disturbo d'ansia sociale

Disturbo oppositivo-provocatorio

Terapia→

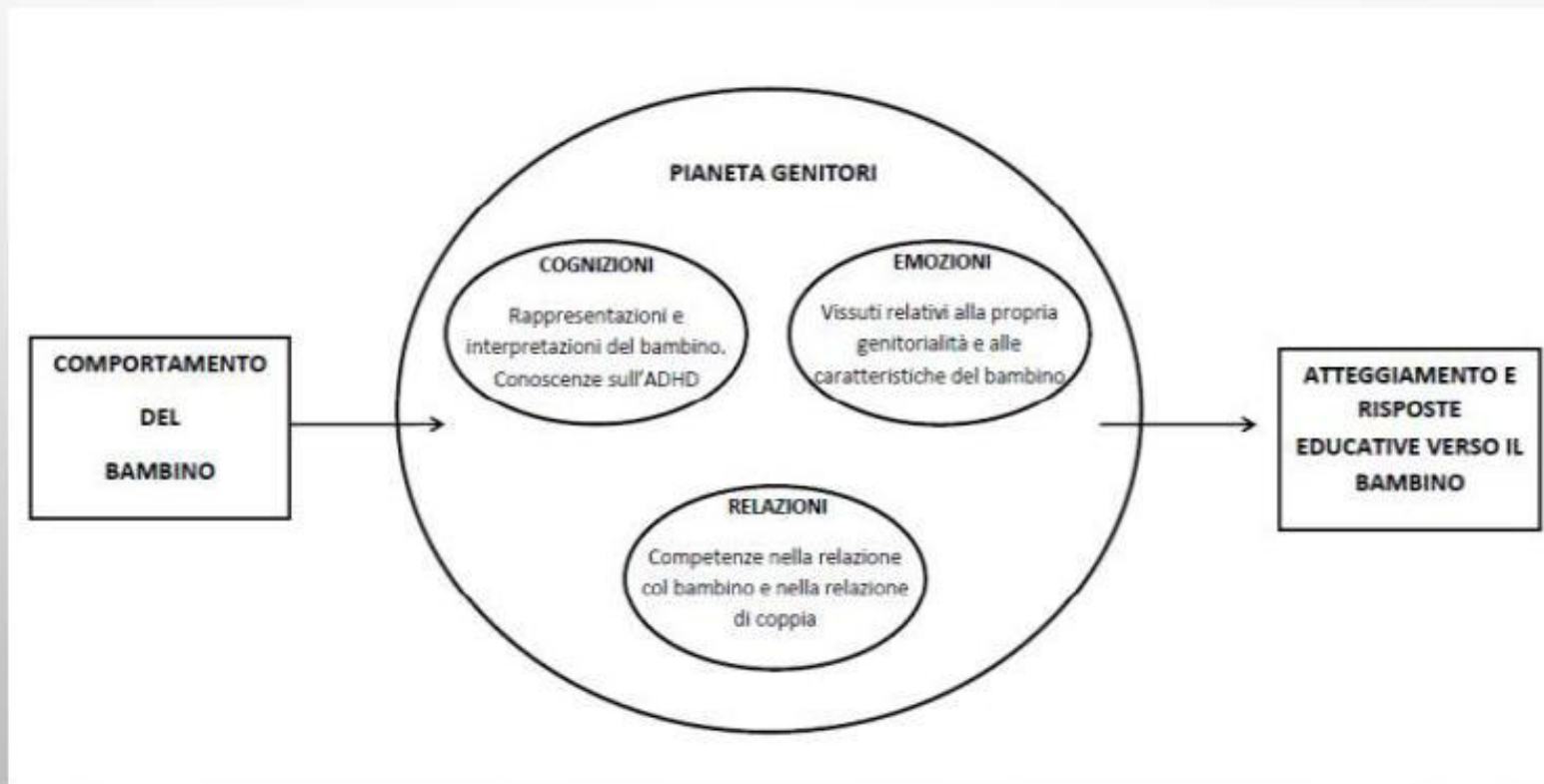
Interventi riabilitativi (educazione alle emozioni, comunicazione sociale, facilitazione di esperienze di condivisione; terapia neuropsicomotoria)

Interventi psico-educativi (genitori, insegnanti, operatori tempo libero)

Interventi psicoterapeutici

GRUPPI CERG PER GENITORI

TECNICHE DI CONDUZIONE DI PARENT TRAINING BASATI SUGLI ASPETTI COGNITIVI, EMOTIVI E RELAZIONALI DEI GENITORI



CERG = COGNITIVE EMOTIONAL RELATIONAL GROUPS

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DEL DOP

- Anti psicotici atipici in associazione con MPH qualora sia presente ADHD in comorbidità, indipendentemente dal livello di gravità di quest'ultimo disturbo
- Risperidone nel DOP umorale protratto sino all'adolescenza, con sospensioni di durata variabile a seconda dell'intensità e frequenza delle condotte aggressivo-provocatorie (dirette e/o indirette) e della tollerabilità
- Aripiprazolo nel DOP comportamentale: favorisce i processi di mentalizzazione con conseguente acquisizione della reciprocità cognitiva ed emotiva. Trattamento prolungato di durata variabile a seconda dell'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale

Disturbo oppositivo-provocatorio

Caso clinico 1

Maschio, anni 10

DOP, iperattività in comorbidità

> periciazina (per 2 mesi)

Genitori→

molto più gestibile, accetta di più i No

Più disponibile al colloquio e con in pari

In precedenza: frequente vomito ripetuto tornando da una festicciola con amici, da una gita o > una partita i calcio!!

Disturbo oppositivo-provocatorio

Prognosi →

DOP spesso fase iniziale di una traiettoria evolutiva → disturbo della condotta

DOP+Disturbo d'ansia o Disturbo depressivo

Adulti con pregresso DOP → possibili quadri psicopatologici di diversa natura

Disturbo oppositivo-provocatorio

Eliminare fattori di rischio e
potenziare fattori protettivi

Disturbo oppositivo-provocatorio



Disturbo della condotta

DSM-5

Quadro clinico caratterizzato da una serie di comportamenti inadeguati in cui “i diritti fondamentali degli altri oppure le norme o le regole della società appropriate per l’età adulta vengono violate”.

Disturbo della condotta

Persistente e pervasivo

In tutti gli abituali contesti di vita

Disturbo della condotta

Comportamenti prevalenti:

1. Condotte aggressive con danni fisici a persone o ad animali
2. Danneggiamento della proprietà
3. Frode o furto
4. Gravi violazioni di regole (es. fuggire da casa, marinare la scuola etc.)

Disturbo della condotta

Se esordio < 10 anni →

Prepotenza verso i coetanei, bullismo

Disobbedienza

Violazione delle regole (intra ed extrafamiliari)

Facile aggressività (anche con oggetti vari)

Frequente la crudeltà verso animali o persone

Disturbo della condotta

Se esordio in adolescenza →

Comportamenti disfunzionali a carattere sessuale (stupri, abusi etc.)

Aggressioni a scopo di furto, scippo, estorsione..

Attribuiscono agli altri le ragioni dei loro comportamenti o travisano le altrui intenzioni

Disturbo della condotta

Gravità diversa

Quadri lievi (disubbidienza, dispersione scolastica etc.)

Gravi (vandalismo, atti delinquenti, violenze sessuali..)

Disturbo della condotta

Scuola→

Apprendimento spesso al di sotto del livello previsto

Frequente: scarsa tolleranza alle frustrazioni (iperreattività, scoppi di rabbia etc.)

Disturbo della condotta con emozioni prosociali limitate →

sottotipo specifico

Tratti “calloso-anemozionali”

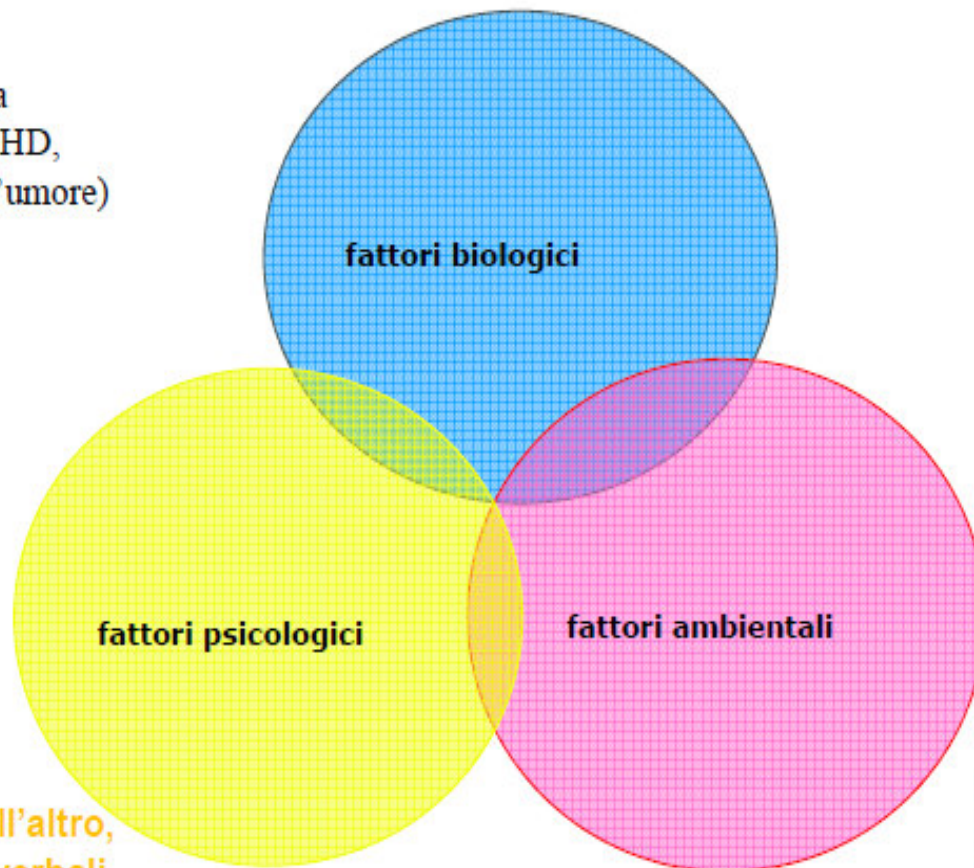
- assenza di sensi di colpa e di rimorso
- disattenzione nei confronti degli altri (-- empatia)
- scarsa espressione delle emozioni
- menefrehismo
- scarso interesse per le attività scolastiche, lavoro etc.
- CU+DC → disturbi antisociale di personalità

Disturbo della condotta

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

Disturbo della condotta

Cause →

Plurifattoriale

Fattori neurobiologici

predisposizione genetica

ambientali

preminenti

Endofenotipo strutturale e funzionale →
endofenotipo comportamentale

Disturbo della condotta →

Anomalie cognitive:

- deficit dell'empatia e del rimorso (-- amigdala nei CU)
- aumentata sensibilità nei confronti della "minaccia" (+++ amigdala)
- atipie del senso morale

Disturbo della condotta

Diagnosi→

Osservazione diretta e colloquio con il soggetto

Colloquio con i genitori, integrato da interviste semistrutturate

Relazione degli insegnanti

Disturbo della condotta

Diagnosi→

Valutare:

Tipo di comportamenti atipici

La loro durata, frequenza, intensità

Caratteristiche dell'ambiente

Qualità relazioni genitori-bambino

Presenza di altri disturbi (es. ansia generalizzata, fobie, OCD..)

Disturbo della condotta

Diagnosi →

Riconoscere se i comportamenti disadattivi siano:

- sintomatici di un malfunzionamento all'interno del soggetto
- reazione al contesto sociale immediato

Disturbo della condotta

Diagnosi→

Valutare le caratteristiche del mondo interno del soggetto:

Vissuti, sicurezza, Immagine di Sé

Senso di colpa

Dinamiche depressive

Possibili profonde distorsioni cognitive→ quadri di tipo psicotico

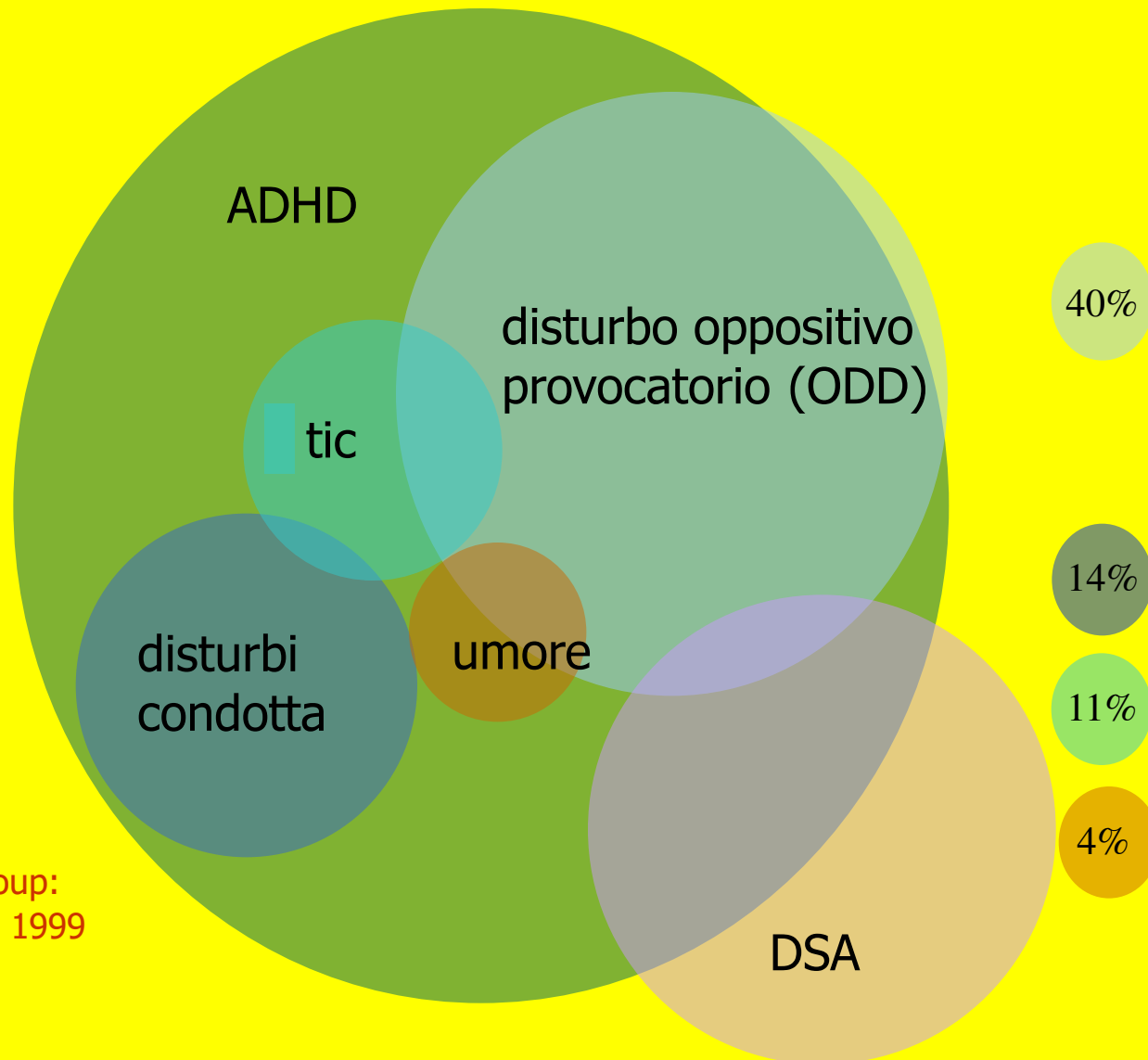
Disturbo della condotta

Diagnosi→

Eventuali comorbidità:

- DDAI
- Disturbi dell'apprendimento
- Disturbi del linguaggio
- Epilessie
- Disturbi della coordinazione motoria

Comorbidità



MTA Cooperative Group:
Arch Gen Psychiatry, 1999

Disturbo della condotta

Terapia →

Interventi farmacologici (comorbidità es. ADHD, dist. umore)

Interventi riabilitativi (se associati disturbi della comunicazione, dell'apprendimento, della coordinazione)

Interventi psico-educativi

Interventi psicoterapeutici

Disturbo della condotta

Interventi psico-educativi →

I genitori vanno informati, sostenuti, guidati

Coinvolgimento attivo della coppia genitoriale

Favorire l'adattamento del soggetto a regole e stili di comportamento adeguati

Estendere l'intervento a tutti gli ambienti abituali del soggetto (scuola, attività ludico-ginniche etc.)

Disturbo della condotta

Interventi psicoterapeutici→

Ad orientamento psicomodinamico

Ad orientamento sistemico-relazionale

Ad orientamento cognitivo-comportamentale (le più utilizzate)

Disturbo della condotta

Prognosi→

Variabile

Condizionato dalla qualità delle esperienze emozionali e relazionali

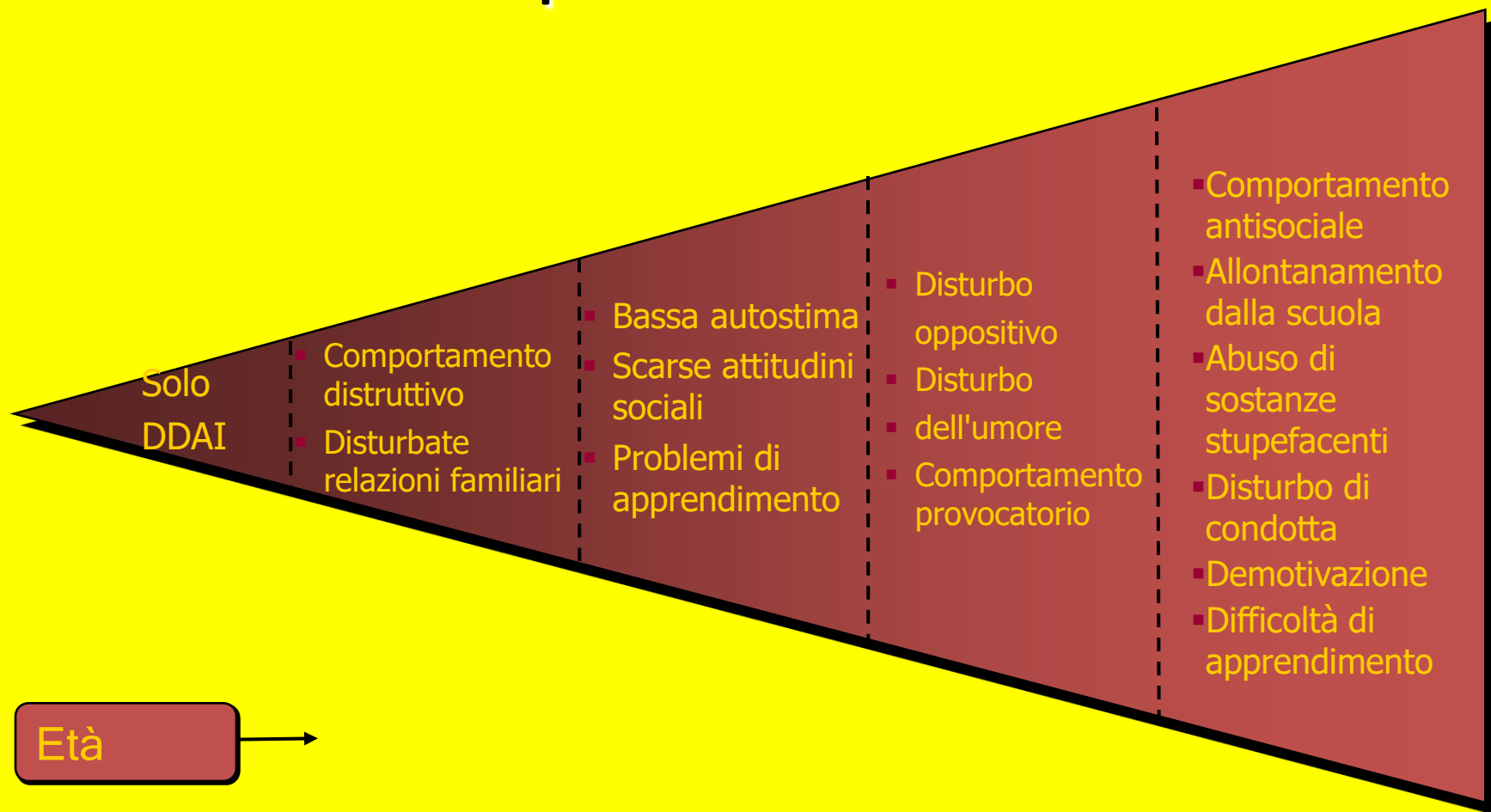
Maggioranza→ tende a risolversi nell'età adulta

Alcuni casi→ condotte antisociali, crimine

Rischio psicopatologico→ disturbi dell'umore, d'ansia o somatoformi in età adulta

DECORSO DEL DISTURBO

Crescenti complicazioni





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).



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

Disturbo della Condotta Callous Unemotionale (DC – CU) Vs D.C. con ambiente familiare sfavorevole: deprivazione, maltrattamento, povertà affettiva

Entrambi presentano una disfunzione della capacità di processazione emozionale relativa agli stimoli a valenza negativa, mentre è conservata la capacità di riconoscimento delle emozioni positive

Nei DC –CU però tale disfunzione sembra essere di origine genetica; nel DC con ambiente sfavorevole sembra essere più una freddezza costruita nel tempo come barriera difensiva contro la sofferenza

IMPORTANZA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO IN PSICOPATOLOGIA DELL'ETA'EVOLUTIVA

- Per i **problemi di inserimento sociale** che causano nell'immediato
- Per le **possibili conseguenze** che si possono produrre a distanza di tempo:
 - ✓ Cognitive
 - ✓ Relazionali
 - ✓ Emotivo-affettive

CONCETTO DI PATOMORFOSI (Levi e coll. 2003)

Possibilità che nello stesso bambino un disturbo della sfera psichica compaia prima ad una certa età (o fase di sviluppo), per poi scemare o scompare e ripresentarsi in un tempo (o fase di sviluppo) successivo sotto altra forma.

Ogni forma di disagio psichico produce una predisposizione e vulnerabilità maggiori rispetto a possibili altri problemi psichici in successivi momenti (o fasi) di sviluppo.

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.

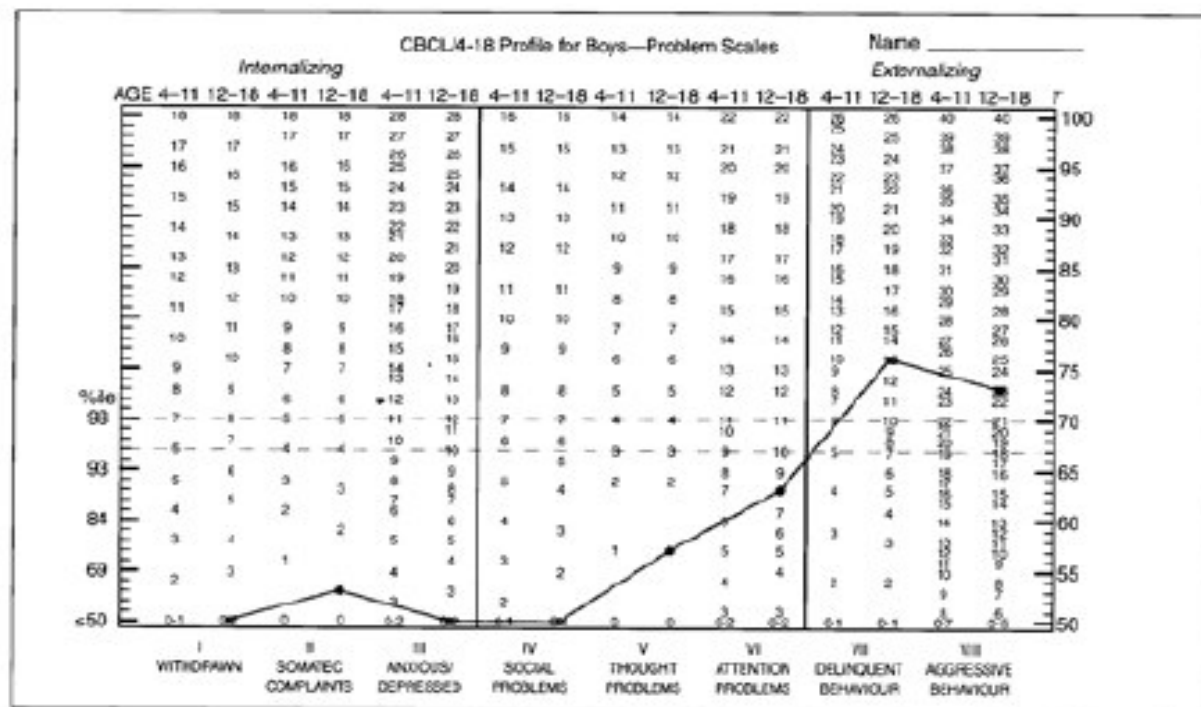
- ❑ DOP - Prevalenza in età evolutiva:
 - maggiore per i maschi nell'infanzia
 - equivalente nei due sessi in adolescenza, ad eccezione degli aspetti di aggressività fisica e distruttività, prevalenti nei maschi

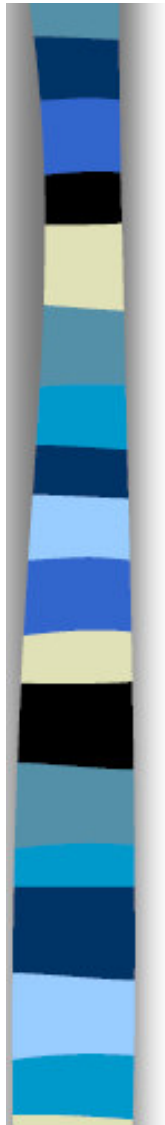
- ❑ DC: differenza di genere costante nel tempo.

Disturbo della condotta

- Endofenotipo strutturale e funzionale →
 - deficit di empatia e del rimorso
 - aumentata sensibilità nei confronti della minaccia
 - atipie del senso morale

Esempio di continuità e dimensionalità





The developmental trajectories of attention focusing, attentional and behavioral persistence, and externalizing problems during school-age years. [References].

Zhou, Qing; Hofer, Claire; Eisenberg, Nancy; Reiser, Mark; Spinrad, Tracy L; Fabes,

Richard A. Developmental Psychology. Vol.43(2), Mar 2007, pp. 369-385.

- La ricerca studia alcune centinaia di bambini dai 5 ai 10 anni. Bambini con migliore controllo attentivo a 5 anni mantengono migliore controllo e sviluppano meno problemi esternalizzanti

Comorbidità tra ADHD e principali sindromi associate – % tratte da Pliszka s., Carlson C., Swanson J.M., ADHD with Comorbid Disorder, Guilford Press

	% tratte da Pliska et. al	% tratte da Pliska et. al	Barkley (1990)	
Tipologia di Studio	epidemiologico	clinico		
ADHD con DOP/DC	42-61%	15-53%		
DOP/DC con ADHD	35-87%	65-85 %		
ADHD con DAS			40-60%	
ADHD con DEP	(0) 9-27%	(3) 32-38%		
DEP con ADHD	(0) 13-57			
ADHD con Ansia	23-26	28-30		
Ansia con ADHD	21-24	(9) 24-30		
Tic e disordini ossessivi e compulsivi	65-75%	26,8		

■ Le basi: Neuroscienze e Psicologia Cognitiva

- Le funzioni esecutive/autoregolative:
- La Memoria di Lavoro ad alto Controllo (Esecutiva, Attiva)
- I processi inibitori
- Il controllo dell'impulsività

An information processing/associative learning account of behavioral disinhibition in externalizing psychopathology. [References].

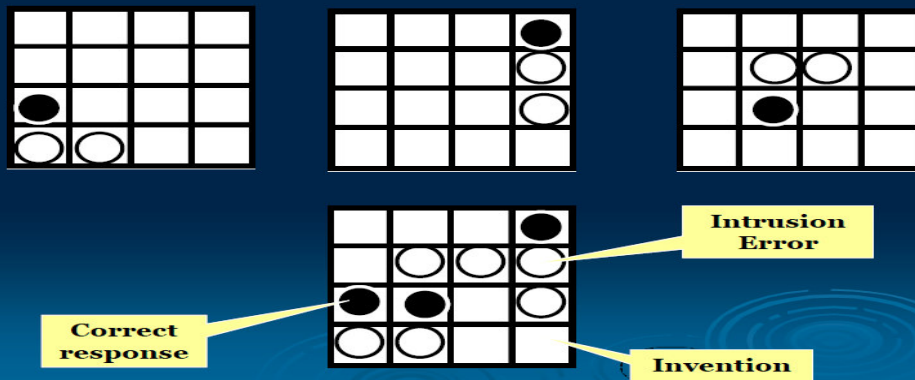
Endres, Michael J; Donkin, Chris; Finn, Peter R.

Experimental and Clinical Psychopharmacology. Vol.22(2), Apr 2014, pp. 122-132.

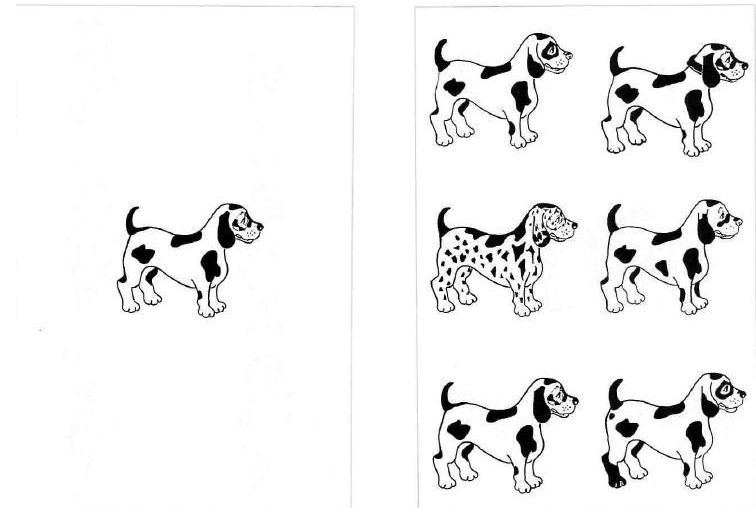
- Studiano 510 giovani adulti e vedono che problemi esternalizzanti (droga, comportamenti antisociali, disturbo della condotta, ADHD) sono predetti da:
- 1) ridotta capacità di controllo della ML
- 2) limitazione indotta da sovraccarico della ML
- 3) mancanza di inibiz decisioni

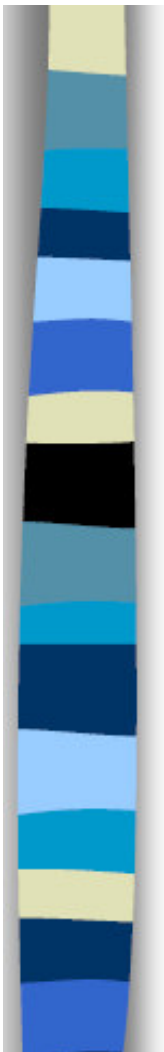
Impulsività: MF

Esempio del Visuo-Spatial Working Memory Selective Task



- Dal Matching Familiar Figure Test (MFFT),



- 
- Tradizionalmente ADHD, DC, DOP venivano considerati nei loro aspetti comportamentali e ricondotti ad un problema generale prevalentemente ‘esternalizzante’. Progressivamente, però, si è cominciato a riconoscere la componente cognitivo-neuropsicologica. Questo è avvenuto soprattutto per l’ADHD che è stato incluso nel DSM-5 fra i disturbi neuroevolutivi