

# *Disturbo del comportamento in età evolutiva*

*Davide Traetta*

*Direttore SC Neuropsichiatria  
Infantile ASL Asti*



## DISTURBO DEL COMPORTAMENTO IN ETA' EVOLUTIVA - riferimento DSM-5

**Disturbo oppositivo provocatorio**, prevalenza media del  
3,3% circa.

**Disturbo della condotta**, prevalenza media del 4%.

Disturbo esplosivo intermittente prevalenza media del 2,7%  
(Disturbo antisociale di personalità, Piromania, Cleptomania)

# *Disturbo oppositivo provocatorio (DOP)*

## *Criteria diagnostici DSM 5:*

- A. presenza di almeno 4 sintomi qualsiasi tra le seguenti categorie, che durano da almeno 6 mesi:
- **Umore collerico/irritabile**
    - Va spesso in collera.
    - E' spesso permaloso/a o facilmente contrariato/a.
    - E' spesso adirato/a e risentito/a.
  - **Comportamento polemico/provocatorio**
    - Litiga spesso con figure che rappresentano l'autorità o, per i minori, con gli adulti.

*Disturbo  
oppositivo  
provocatorio*

- Spesso sfida attivamente o si rifiuta di rispettare le richieste provenienti da figure che rappresentano l'autorità o le regole.
- Spesso irrita deliberatamente gli altri.
- Spesso accusa gli altri per i propri errori o il proprio cattivo comportamento.

➤ **Vendicatività**

- E' stato/a dispettoso/a o vendicativo/a almeno 2 volte negli ultimi 6 mesi.

*Per i bambini di età inferiore ai 5 anni il comportamento dovrebbe verificarsi quasi tutti i giorni; per gli individui di 5 anni o maggiori il comportamento dovrebbe verificarsi almeno una volta alla settimana.*

## *Disturbo oppositivo provocatorio*

B. L'anomalia del comportamento è associata a disagio dell'individuo o di altre persone nel suo immediato contesto sociale (famiglia, coetanei), oppure ha un impatto negativo sul funzionamento in ambito sociale, educativo o in altre aree importanti.

C. I comportamenti non si manifestano esclusivamente durante il decorso di un disturbo psicotico, da uso di sostanze, depressivo o bipolare.

## *Disturbo oppositivo provocatorio*

- ▶ La pervasività dei sintomi è un indicatore della gravità del disturbo.
- Bambini e adolescenti con DOP sono più a rischio di avere, da adulti, problemi di adattamento tra cui comportamento antisociale, problemi di controllo degli impulsi, abuso di sostanze, ansia e depressione.
- Il DOP è stato associato a un umentato rischio di tentativi di suicidio.

## *Disturbo oppositivo provocatorio – Diagnosi differenziale*

- ▶ **Disturbo della condotta** (più gravi e comprendono l'aggressione a persone o ad animali, la distruzione di proprietà o la modalità di furto o frode, assenza di umore collerico e irritabile).
- ▶ **Disturbo da deficit di attenzione/iperattività** (si pone diagnosi aggiuntiva quando la mancanza dell'individuo nel conformarsi alle richieste degli altri non avviene solo in situazioni che impongono un prolungato sforzo attentivo o la domanda di rimanere fermi).
- ▶ **Disturbi depressivi e bipolari** (spesso comportano sentimenti negativi e irritabilità).
- ▶ **Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente** (la gravità, la frequenza e la cronicità degli scoppi di collera sono più gravi).
- ▶ **Disturbo esplosivo intermittente** (grave aggressività verso gli altri).

## *Disturbo oppositivo provocatorio – Diagnosi differenziale*

- ▶ **Disabilità intellettiva** (vi è comorbilità solo se il comportamento oppositivo provocatorio è nettamente maggiore di quello comunemente osservato tra gli individui di età mentale e con livello di gravità di disabilità intellettiva comparabili).
- ▶ **Disturbo del Linguaggio** (il DOP deve essere distinto da un'incapacità nel seguire le indicazioni ad esempio da sordità).
- ▶ **Disturbo d'ansia sociale** il DOP deve essere distinto dalla provocatorietà dovuta al timore di una valutazione negativa associata al disturbo d'ansia sociale.



## *Disturbo della condotta (DC)*

- A. Un pattern di comportamento ripetitivo e persistente in cui vengono violati i diritti fondamentali degli altri oppure le principali norme o regole sociali appropriate all'età, si manifesta con la presenza nei 12 mesi precedenti di almeno 3 dei seguenti 15 criteri, *con almeno 1 criterio presente negli ultimi 6 mesi*:
- ▶ **Aggressione a persone e animali** (1. spesso fa il/la prepotente, minaccia o intimorisce gli altri; 2. spesso dà il via a colluttazioni; 3. ha usato un'arma che può causare seri danni fisici agli altri; 4. e 5. è stato/a fisicamente crudele con le persone o con gli animali; 6. ha rubato affrontando direttamente la vittima; 7. ha costretto qualcuno ad attività sessuali).

## *Disturbo della condotta (DC)*

- ▶ **Distruzione della proprietà** (8. e 9. ha deliberatamente appiccato il fuoco con l'intenzione di causare seri danni o distrutto proprietà altrui).
- ▶ **Frode o furto** (10. è penetrato/a nell'abitazione o nell'automobile di qualcun altro; 11 spesso mente per ottenere vantaggi; 12 ha rubato articoli di valore senza affrontare direttamente la vittima).
- ▶ **Gravi violazioni di regole** (13., 14. e 15. spesso, già prima dei 13 anni, trascorre la notte fuori, nonostante le proibizioni dei genitori, o marina la scuola, o si è allontanato/a da casa di notte almeno 2 volte mentre viveva nella casa dei genitori o 1 volta senza ritornare per un lungo periodo).
- B. L'anomalia del comportamento causa una compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.
- C. Se l'individuo ha 18 anni o più, non sono soddisfatti i criteri di disturbo antisociale di personalità.

## *Disturbo della condotta*

Specificare se con **emozioni prosociali limitate** (mancanza di rimorso o senso di colpa, insensibilità/mancanza di empatia, indifferenza per i risultati, affettività superficiale o anaffettività).

Spesso presentano scarsa tolleranza alla frustrazione, irritabilità, scoppi di collera, sospettosità, indifferenza per le punizioni, ricerca di emozioni e sregolatezza, abuso di sostanze specialmente nelle adolescenti femmine, manifestano con una frequenza maggiore del previsto idee e tentativi di suicidio, e suicidi attuati.

## *Disturbo della condotta – Diagnosi Differenziale*

- ▶ **Disturbo oppositivo provocatorio** (comportamenti meno gravi e non comprendono l'aggressione a persone o animali, la distruzione di proprietà o modalità di furto o frode, comprende umore collerico e irritabile).
- ▶ **Disturbo da deficit di attenzione/iperattività** (non violazione le norme sociali o i diritti degli altri).
- ▶ **Disturbi depressivi e bipolari**
- ▶ **Disturbo esplosivo intermittente** (le aggressioni si limitano a essere impulsive e non premeditate e non sono finalizzate al conseguimento di qualche obiettivo tangibile, non comprendono i sintomi non aggressivi del DC).
- ▶ **Disturbi dell'adattamento** (i problemi di condotta si sviluppano in evidente associazione alla comparsa di un fattore psicosociale stressante e non si risolvono entro 6 mesi dalla scomparsa del fattore stressante).

## *Disturbo della condotta – decorso e comorbidità*

- ▶ Il DOP è un comune precursore del DC. *Il tipo con esordio precoce ha una prognosi peggiore e predice, in età adulta, un maggior rischio di comportamento criminale e disturbi correlati a sostanze.*
- ▶ I comportamenti propri del DC possono portare a espulsione dalla scuola, a problemi nell'adattamento lavorativo, a difficoltà legali, a malattie a trasmissione sessuale, a gravidanze indesiderate e a lesioni fisiche da incidenti o da colluttazioni.
- ▶ Il DC è un comune motivo di invio al trattamento clinico, spesso con necessità d'intervento urgente per le crisi di agitazione psicomotoria e con richiesta di cure ad alta intensità clinica.

## *Urgenza Psichiatrica - Agitazione psicomotoria*

- ▶ Per **Agitazione Psicomotoria** si intende un comportamento anomalo ed eccessivo dal punto di vista motorio, psichico e verbale che si manifesta con attività motoria eccessiva associata ad un sentimento di tensione interna.
- ▶ **L'attività motoria**, solitamente afinalistica e ripetitiva, consiste principalmente in irrequietezza, ma si può associare ad aumento dell'irritabilità, minacciosità, ostilità, impulsività, rabbia, comportamento intimidatorio, imprevedibilità e scarsa cooperazione.
- ▶ Manifestazioni di **Aggressività Latente**: atteggiamento ostile, sguardo minaccioso, iperattività motoria, impulsività, minacce verbali e/o gestuali, tono concitato.
- ▶ Manifestazioni di **Aggressività manifesta**: aggressione verbale e/o fisica contro oggetti, altri, sè stessi.

## Cenni di gestione crisi di agitazione psicomotoria

- ▶ Il trattamento di elezione per risolvere la crisi non può essere solo farmacologico, ma deve comprendere una serie strategie comportamentali/relazionali (de-escalation) che permettano al ragazzo di sentirsi contenuto e consentano il progressivo superamento della condizione critica.
- ▶ *Gli operatori sanitari* attraverso l'osservazione del comportamento del paziente, della qualità delle relazioni che stabilisce e delle situazioni in cui essi stessi sono coinvolti, *valutano la possibilità che venga messo in atto un comportamento violento.*

## Valutazione del rischio di violenza

- ▶ E' opportuno conoscere (sia attraverso colloqui con i genitori, il paziente e/o altri operatori, sia mediante l'osservazione del comportamento del soggetto):
  - le caratteristiche del comportamento aggressivo;
  - quali siano le situazioni che più frequentemente scatenano la condotta patologica;
  - **i potenziali segni o premonitori** (irritabilità, irrequietezza, alzare la voce, espressione del volto cupa, tesa e minacciosa, rifiuto a comunicare, isolamento, espressione di timore o di irritazione, difficoltà a concentrarsi, parole o gesti minacciosi, comunicazione minacciosa di sentirsi arrabbiato e violento..);
  - *i comportamenti aggressivi ripetitivi, la risposta al trattamento di contenimento e farmacologico di precedenti episodi di aggressività (Tab. 1).*



## Valutazione dei maggiori fattori di rischio per la messa in atto di agiti violenti - Tab. 1 -

Fattori ambientali	Storia del paziente	Segni clinici
<ul style="list-style-type: none"><li>• difficoltà nell'accoglienza</li><li>• spazio fisico limitato</li><li>• attesa prolungata</li><li>• luogo rumoroso e affollato</li><li>• stile relazionale degli operatori (ansiogeno)</li><li>• insufficiente definizione di ruoli e procedure</li><li>• possesso di oggetti contundenti</li><li>• presenza di persone di disturbo per il paziente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• sesso maschile</li><li>• giovane età (15-24 anni)</li><li>• condizioni socioeconomiche svantaggiate</li><li>• scarso sostegno sociale</li><li>• precedente storia di violenza (anche familiarità positiva)</li><li>• fattori stressanti recenti</li><li>• uso di droghe, alcool, psicofarmaci</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• agitazione psicomotoria ingravescente</li><li>• atti violenti molto recenti contro persone o cose</li><li>• minacce fisiche o verbali in crescendo, dichiarazione di intenti aggressivi</li><li>• stato di intossicazione</li><li>• deliri di persecuzione</li><li>• allucinazioni uditive imperative istiganti atti violenti</li><li>• patologia di base</li></ul>

Il livello appropriato di intervento si basa sulla gravità e sulla progressione del comportamento patologico: nella tabella che segue (tratto da Heyneman) la gravità della sintomatologia è distinta in livelli, a ciascuno dei quali corrisponde un intervento terapeutico appropriato (Tab. 2)

Tab. 2 - interventi: definire i sintomi bersaglio, la gravità dei sintomi, gli obiettivi del trattamento

livello 1	livello 2	livello 3
<b>SINTOMI BERSAGLIO</b>	<b>SINTOMI BERSAGLIO</b>	<b>SINTOMI BERSAGLIO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• comportamento oppositivo</li> <li>• linguaggio offensivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• angoscia/ansia/agitazione</li> <li>• danno agli oggetti</li> <li>• minacce non specifiche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• comportamento aggressivo</li> <li>• agiti contro sè o gli altri</li> </ul>
<b>SEVERITA'</b>	<b>SEVERITA'</b>	<b>SEVERITA'</b>
non pericoloso	potenzialmente pericoloso	pericolo imminente
<b>OBIETTIVO PRINCIPALE</b>	<b>OBIETTIVO PRINCIPALE</b>	<b>OBIETTIVO PRINCIPALE</b>
mantenere l'autonomia	ridurre i sintomi e l'agitazione	mantenere la sicurezza
gestione comportamentale	trattamento farmacologico a bersaglio sui sintomi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sedazione</li> <li>• isolamento</li> <li>• contenzione fisica</li> </ul>

## Considerazioni e Criticità urgenza psichiatrica età evolutiva

- ▶ *Urgenza psichiatrica* in continuo aumento.
- ▶ *Mancanza di specialisti NPI* per programmazione non adeguata negli ultimi decenni del numero dei posti nelle scuole di specializzazione.
- ▶ Criticità della risposta ai *bisogni di ricovero ordinario* per i disturbi psichiatrici acuti nei minorenni sia a livello nazionale che regionale.
- ▶ *Letti di ricovero ordinario di NPIA* attualmente presenti in tutto il territorio nazionale:
  - *Poco più di 300, di cui solo 79 utilizzati per ricoveri psichiatrici.*
  - *I restanti usati per le situazioni neurologiche complesse.*
  - *In 7 Regioni non sono presenti posti di ricovero ordinario di NPIA.*

▶ Bibliografia: Linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica in età evolutiva, redatte da Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia e dell'Adolescenza - 15 febbraio 2018

## Considerazioni e Criticità urgenza psichiatrica età evolutiva

- In 11 Regioni su 20 non vi sono posti letto di degenza ordinaria di NPIA specificamente dedicati ai disturbi psichiatrici.
- Solo un terzo dei ricoveri ordinari riescono ad avvenire in reparto di Neuropsichiatria Infantile.
- ▶ Il 55% delle Regioni non ha strutture semiresidenziali e/o residenziali per la gestione del post-acuzie e nell'85% delle Regioni la disponibilità di tali strutture è considerata inadeguata.
- ▶ Nella Regione Piemonte a fronte di una buona dotazione di strutture Residenziali e Semiresidenziali, vi è difficoltà nel reperire disponibilità di posti residenziali in urgenza, anche per l'elevata percentuale di accoglienza di minori da altre Regioni prive di tali strutture.

## *Dati SC Neuropsichiatria Infantile ASL Asti*

- ▶ Anche nella SC NPI ASL Asti stiamo registrando negli ultimi anni un **netto incremento di gravi psicopatologie in adolescenza** (*disturbi comportamentali con gravi crisi di agitazione psicomotorie, oltre a gravi patologie depressive, ritiro sociale e non frequenza scolastica, autolesionismo, suicidalità, gravi disturbi del comportamento alimentare*)
- ▶ In particolare nella realtà di Asti si è osservato un **considerevole incremento percentuale delle prestazioni specialistiche per ricoverati e pronto soccorso pediatrico** (fonte flusso aziendale C4), **riguardanti in prevalenza richieste per patologie psichiatriche adolescenziali gravi:**
  - ▶ Periodo gennaio-settembre 2019/gennaio settembre 2020: **incremento del 37%** (da 180 a 246)
  - ▶ Periodo gennaio-settembre 2020/gennaio settembre 2021: **incremento del 28%**
  - ▶ Periodo gennaio-settembre 2019/gennaio settembre 2021: **incremento del 74%** (da 180 a 314)

## *Prospettive future - Importanza della Prevenzione -*

- ▶ *Sviluppare il lavoro di rete* fra gli operatori coinvolti nel settore del disagio psichico e disabilità (meno burocrazia, aggiornamento operatori e corpo docenti, maggiore sostegno sociale, psicologico ed economico alle famiglie di minori con difficoltà, finanziare progetti proposti dai diretti interessati (associazioni ONLU, famiglie).
- ▶ *Favorire la partecipazione sociale dei ragazzi* attraverso lo «stare insieme» ad es. *attivando attività di laboratori* espressivi di teatro, pittura, fotografia, apprendimento, ludico-ricreative, musicali, ecc.).
- ▶ *Sviluppare una cultura del rispetto della persona, valorizzare le differenze, porsi in atteggiamento di ascolto.*
- ▶ *Sostenere la famiglia dei minori* valorizzandone le competenze educative.
- ▶ Risulta importante il *potenziamento strutturale dei Servizi di NPI* per garantire il Diritto alla Salute *delle nuove generazioni.*



► *Grazie dell'attenzione*