

Disturbi della Condotta

Roberto Carlo Russo - 2009

L'origine di questi disturbi, un tempo considerati capricci e spesso perseguiti con castighi e punizioni, può essere individuata dall'attenta analisi delle caratteristiche neuropsicologiche del bambino, delle modalità dei primi rapporti con la madre, della tipologia personale dei modelli di riferimento evolutivo, della modalità educativa. Questi tipi di disturbi sono diventati molto frequenti, a tal punto da essere considerati, da alcuni genitori specie nelle società benestanti, come parte di una condizione del processo evolutivo infantile. Tali condizioni, spesso generatrici di marcati disagi nei bambini, nelle famiglie e nella società, producono difficoltà nella relazione con gli altri e un'organizzazione problematica della personalità.

Il disturbo della condotta (DC) è un comportamento caratterizzato dalla persistenza dell'assenza di rispetto per i diritti delle altre persone e dal mancato adeguamento alle regole familiari e sociali. Nei DC vanno inclusi le forme di bullismo frequenti e persistenti (Olweus, 1993; Fonzi, 1997).

Possono essere distinte due forme di DC, una a esordio nel periodo infantile e una in fase adolescenziale (DSM-IV). Vi sono bambini con insorgenza precoce del disturbo (24-36 mesi) con un'evoluzione caratterizzata da manifestazioni con maggiore espressività in determinati periodi, spesso in concomitanza con situazioni ambientali che richiedono nuovi adattamenti comportamentali, mentre in altri periodi il comportamento è meno disturbante, ma con una continuità che tende ad assumere caratteristiche più gravi nelle fasi evolutive successive e in particolare nell'adolescenza. Per la diagnosi i sintomi devono persistere per almeno sei mesi, pertanto non vanno interpretati come DC quelle manifestazioni reattive e oppostive di breve durata per condizioni ambientali particolarmente impegnative per l'adattamento comportamentale.

Il DSM-IV individua come rappresentativi quattro sintomi: aggressione o minacce gravi a persone o animali, danni alle proprietà, violazione delle regole familiari e sociali, persistente atteggiamento negativizzante e mentoniero per ottenere vantaggi o evitare punizioni. Il DSM-IV ritiene necessari per la diagnosi di DC almeno tre dei sintomi sopra citati.

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.

I soggetti con DC hanno scarsa capacità di dare valore alle necessità del benessere altrui, non si percepiscono problematici, anzi ritengono gli altri offensivi e minacciosi nei propri confronti e per tale motivo giustificano il loro comportamento aggressivo e antisociale.

Genitori e insegnanti frequentemente non comprendono questi comportamenti come espressione di una patologia, ritengono il bambino capriccioso e necessario di castighi e punizioni, potenziando così le dinamiche vissute e aggravando le manifestazioni patologiche.

Sintomatologia e forme cliniche

L'ICD 10 differenzia le seguenti tipologie cliniche.

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

Il comportamento antisociale è attuato solo all'interno del nucleo familiare e le manifestazioni possono essere: furti a scapito dei familiari (specie di denaro), azioni distruttive di oggetti dei componenti la famiglia, aggressioni ai membri del nucleo familiare, provocazioni, opposizioni, non rispetto delle regole familiari, incendi e distruzioni di mobili e apparecchiature del nucleo.

Disturbo della condotta con ridotta socializzazione (F91.1)

Questo tipo è caratterizzato dalla presenza del comportamento tipico del disturbo e dalla mancata socializzazione con il gruppo dei coetanei che tendono a isolarlo per il suo comportamento. Le manifestazioni più frequenti sono: spacconerie e rissosità con i compagni, estorsioni e aggressioni verso i coetanei, mancato rispetto delle regole comunitarie, rifiuti alla collaborazione, violenti

accessi di rabbia incontrollabile, azioni distruttive delle cose altrui, incendi, crudeltà verso i compagni e gli animali.

Disturbo della condotta con socializzazione normale (F91.2)

Caratterizzato da un comportamento antisociale e aggressivo che non avviene nel proprio gruppo di coetanei, nei cui confronti si comporta adeguatamente anche con legami di amicizia. La condotta antisociale si manifesta al di fuori del gruppo d'appartenenza, può rivolgersi verso adulti, familiari o altri bambini. Il gruppo d'appartenenza può essere un gruppo delinquenziale o anche formato da individui normali. Le manifestazioni più frequenti sono: spaccatorie e rissosità con i compagni esterni al proprio gruppo, provocazioni, opposizioni, rifiuti alla collaborazione, furti, azioni distruttive, estorsioni e aggressioni, violenti accessi di rabbia incontrollabile, azioni distruttive delle cose altrui, incendi, crudeltà verso i compagni e gli animali, mancato rispetto delle regole comunitarie.

Disturbo oppositivo provocatorio (F91.3)

Questo tipo è caratterizzato da un comportamento persistente, ripetitivo e marcatamente ostile, oppositivo e provocatorio, in assenza di attività antisociali e aggressive. Il comportamento scorretto si manifesta verso adulti e bambini con rapporti di confidenza. Le manifestazioni più frequenti sono: sfide, provocazioni, scontri verbali e insulti, opposizioni alle regole e alle richieste di partecipazione, facile irritabilità, atteggiamenti negativizzanti, insolenti e offensivi. Da alcuni autori questo tipo non è considerato come DC (DSM-IV) anche se col tempo può trasformarsi in DC.

Eziopatogenesi

Diversi autori sostengono una predisposizione ereditaria associata a modelli familiari e/o sociali in contrasto con le necessità evolutive di un bambino con determinate caratteristiche personali. Raine ed altri (1990, 1994) ipotizzano una diminuita funzionalità del Sistema Nervoso Autonomo e la maggiore attività di neurotrasmettitori implicati nei meccanismi aggressivi e nel metabolismo della serotonina (Lahey ed altri, 1993).

Nei genitori di bambini affetti da DC sono di frequente riscontro (abuso di sostanze, patologie psichiatriche, carenze affettive, modelli educativi rigidi o assenti o frustranti, con la conseguenza di disturbo nel processo d'attaccamento, inizio dei disturbi del bambino e conseguente carenza di disponibilità di supporto affettivo-educativo da parte dei caregiver. I bambini con DC appartengono più frequentemente a famiglie con problematiche sociali ed economiche (Patterson ed altri, 1989), AACAP Official Action. (1997). I modelli parentali antisociali sono frequenti nei bambini e adolescenti con DC. Nei genitori di bambini con Disturbo Oppositivo Provocatorio è più frequente il riscontro di disturbi dell'umore. I tratti di maggiore riscontro nella personalità dei genitori di bambini con DC sono: depressione, abuso di sostanze, comportamenti antisociali.

Pur accettando la predisposizione genetica, risulta più significativo per determinare l'insorgenza del DC le caratteristiche dei modelli familiari e sociali.

Epidemiologia

Il U.S. Department and Human Services ha stimato che negli Stati Uniti il 6-16% è nei maschi e il 2-9% nelle femmine oltre il 18° anno di età presentano il Disturbo della Condotta.

Farruggia ed altri (2008) segnalano la frequenza dei DC nei paesi occidentali tra il 5 e il 10% nei soggetti di età compresa tra gli 8 e i 16 anni.

Diagnosi differenziale

La diagnosi differenziale va fatta nei confronti di: *Sindromi da disadattamento* (F43.2) Insorgono in un periodo di adattamento a un evento stressante (lutto, malattia grave, separazioni, ecc..) o a un sostanziale cambiamento di vita (cambio di città, migrazione, ecc..). I sintomi sono rappresentati da depressione, ansia, regressione. *Sindromi ipercinetiche* (F90) in quanto con una discreta frequenza il disturbo crea conflitti con le figure di riferimento con facili isolamenti, colpevolizzazioni e

punizioni, inducendo anche a far diventare il bambino capro espiatorio nel gruppo sociale di appartenenza; a queste situazioni il bambino reagisce con provocazioni e aggressioni.

Disturbo della condotta e delle emozioni (F92) caratterizzato da un comportamento provocatorio, aggressivo e antisociale, associato a sintomi depressivi o d'ansia. A volte è difficile la differenziazione dal Disturbo Oppositivo Provocatorio.

Disturbo da rivalità tra fratelli (F93.3) con intensa gelosia, ostilità e spesso aggressività verso il fratello o sorella che ritiene essere considerato avvantaggiato nel rapporto con i genitori.

Evoluzione

La prognosi è molto diversa secondo l'età d'insorgenza delle manifestazioni, le caratteristiche dei modelli genitoriali, la disponibilità ad un adeguato aiuto parentale, il gruppo di pari in cui è inserito, la possibilità di un aiuto terapeutico individuale per il bambino. Negli interventi tardivi o con rifiuto di aiuto è frequente il comportamento asociale nell'adolescenza e nell'età adulta, facile abuso di alcol e/o di sostanze illecite, azioni delinquenti, furti, adesione a bande, suicidio.

Robins ed altri (1991) e Barry ed altri (1997) hanno evidenziato una significativa relazione tra i DC infantili e la presenza dello stesso disturbo in età adulta.

Terapia

Importante è la segnalazione del medico di base e l'invio al Servizio di Neuropsichiatria Infantile per impostare l'intervento a livello individuale, familiare e sociale (scuola) (Kazdin, 1997) (Henggeler e Borduin, 1990) orientato a un superamento (ove possibile) delle problematiche personali dei genitori, dei rapporti di coppia e dei modelli educativi e delle condizioni economiche e socio-ambientali. Bailey (1996) evidenzia e sostiene che l'intervento precoce diminuisce la possibilità di strutturazione del disturbo e la continuità nell'adolescenza e nell'età adulta spesso sotto forme diverse. Fondamentale è la collaborazione scuola-famiglia e la presenza di una figura sanitaria che gestisca i collegamenti e la progressione degli obiettivi tra individuo, genitori e insegnanti. La terapia del bambino avrà l'obiettivo principale di rielaborare i vissuti di carenze affettive, fare emergere fantasmi aggressivi destrutturanti e indirizzare verso lo stimolo alla fiducia del sé, all'affermazione nel rispetto reciproco e al vantaggioso miglioramento del rapporto con gli altri.

Bibliografia

- AACAP Official Action. (1997) Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*, 36 (suppl):122-139.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994:78-85.
- Bailey VF. (1996) Intensive interventions in conduct disorders. *Arch Dis Child.*, 74:352-356.
- Barry KL, Fleming MF, Manwell LB, Copeland LA. (1997) Conduct disorder and antisocial personality in adult primary care patients. *J Fam Pract.*, 45:151-158.
- Farruggia R., Romani M., Bartolomeo S. (2008) Disturbi della Condotta/Disturbi della Personalità: riflessioni teorico-cliniche per una presa in carico precoce. *Psich. Inf. E Adolescenza*, 75, 3-4, 503-513.
- Fonzi A. (1997) Il bullismo in Italia. Il fenomeno delle prepotenze a scuola dal Piemonte alla Sicilia. Giunti, Firenze.
- Henggeler SW, Borduin CM. (1990) Family therapy and beyond: a multisystemic approach to treating the behavior problems of children and adolescents. Pacific Grove, Calif.: Brooks/Cole.
- Kazdin AE. (1997) Practitioner review: psychosocial treatments for conduct disorder in children. *J Child Psychol Psychiatry.*, 38:161-178.
- Lahey BB, Hart EL, Pliszka S, Applegate B, McBurnett K. (1993) Neurophysiological correlates of conduct disorder: a rationale and a review. *J Clin Child Psychol.*, 22:141-153.
- Olweus D. (1993) Bullismo a scuola. Ragazzi oppressi, ragazzi che opprimono. Tr.It., Giunti, Firenze, 1996.
- Patterson GR, DeBaryshe BD, Ramsey E. (1989) A developmental perspective on antisocial behavior. *Am Psychol.*, 44:329-335.

- Raine A, Venables PH, Williams M. (1990) Relationships between central and autonomic measures of arousal at age 15 years and criminality at age 24 years. *Arch Gen Psychiatry.*, 47:1003–1007.
- Raine A, Brennan P, Mednick SA. (1994) Birth complications combined with early maternal rejection at age 1 year predispose to violent crime at age 18 years. *Arch Gen Psychiatry.*, 51:984–988.
- Robins LN, Price RK. (1991) Adult disorders predicted by childhood conduct problems: results from the NIMH Epidemiologic Catchment Area project. *Psychiatry.*, 54:116–32.
- World Health Organization - ICD 10. (1996) Multiaxial classification of child and adolescent disorders. Cambridge University Press. Tr. It. Masson, Milano, 1997.