

Disturbi da Deficit di Attenzione e da Comportamento Dirompente (250)

- Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività
- F90.9 Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività Non Altrimenti Specificato [314.9]
- F91.8 Disturbo della Condotta [312.8]
- F91.3 Disturbo Oppositivo Provocatorio [313.81]
- F91.9 Disturbo da Comportamento Dirompente Non Altrimenti Specificato [312.9]

Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (251)

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica fondamentale del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività è una persistente modalità di disattenzione e/o di iperattività-impulsività che è più frequente e più grave di quanto si osserva tipicamente in soggetti ad un livello di sviluppo paragonabile (**Criterio A**). Alcuni sintomi di iperattività-impulsività o di disattenzione che causano menomazione devono essere stati presenti prima dei 7 anni di età, sebbene molti soggetti siano diagnosticati dopo che i sintomi sono presenti da diversi anni (**Criterio B**). Una certa compromissione a causa dei sintomi deve essere presente in almeno 2 contesti (a casa e a scuola o al lavoro) (**Criterio C**). Deve chiaramente risultare un'interferenza col funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo adeguato rispetto al livello di sviluppo (**Criterio D**). L'anomalia non si manifesta esclusivamente durante il decorso di un Disturbo Generalizzato dello Sviluppo, di Schizofrenia, o di un altro Disturbo Psicotico e non è meglio attribuibile ad un altro disturbo mentale (per es., un Disturbo dell'Umore, un Disturbo d'Ansia, un Disturbo Dissociativo o un Disturbo di Personalità) (**Criterio E**).

La disattenzione può manifestarsi in situazioni scolastiche, lavorative, o sociali. I soggetti con questo disturbo possono non riuscire a prestare attenzione ai particolari o possono fare errori di distrazione nel lavoro scolastico o in altri compiti (Criterio A1a). Il lavoro è spesso disordinato e svolto senza cura e senza ponderazione. I soggetti spesso hanno difficoltà a mantenere l'attenzione nei compiti o nelle attività di gioco, e trovano difficile portare a termine i compiti (Criterio A1b). Spesso sembra che la loro mente sia altrove o che essi non ascoltino o non abbiano sentito quanto si è appena detto loro (Criterio A1c). Possono esservi frequenti passaggi da un'attività ad un'altra senza completarne nessuna. I soggetti a cui è stato diagnosticato questo disturbo possono cominciare a fare qualcosa, passare ad altro, poi dedicarsi a qualcos'altro ancora, prima di portare a termine qualsiasi cosa. Essi spesso non soddisfano le richieste o non riescono a seguire le istruzioni e non portano a termine

compiti, incombenze o altri doveri (Criterio A1d). L'incapacità di portare a termine i compiti dovrebbe essere presa in considerazione nel fare questa diagnosi solo se è dovuta a disattenzione piuttosto che ad altre possibili ragioni (per es., incapacità di comprendere le istruzioni). Questi soggetti hanno spesso difficoltà nell'organizzarsi per svolgere compiti e attività (Criterio A1e). I compiti che richiedono sforzo mentale protratto vengono avvertiti come spiacevoli e notevolmente avversati. Di conseguenza, questi soggetti tipicamente evitano o hanno forte avversione per attività che richiedono protratta applicazione e sforzo mentale o che richiedono capacità organizzative o particolare concentrazione (per es., compiti a casa o lavoro a tavolino) (Criterio A1f). Questo evitamento deve essere dovuto alle difficoltà del soggetto connesse all'attenzione e non dovuto ad un'attitudine oppositiva primaria, anche se può esservi un'oppositività secondaria. Il modo di lavorare è spesso disorganizzato e il materiale necessario per svolgere il compito viene spesso disperso, oppure maneggiato senza cura e danneggiato (Criterio A1g). I soggetti con questo disturbo sono facilmente distratti da stimoli irrilevanti e frequentemente interrompono compiti in corso di svolgimento per prestare attenzione a rumori senza importanza o ad eventi che di solito sono con tutta probabilità ignorati da altri (per es., il clacson di un'auto, una conversazione di sottofondo) (Criterio A1h). Sono spesso sbadati nelle attività quotidiane (per es., mancano ad appuntamenti, dimenticano di portarsi il pranzo) (Criterio A1i). Nelle situazioni sociali, la disattenzione può essere espressa dal fatto che cambiano spesso d'argomento nella conversazione, non ascoltano gli altri, non prestano attenzione alle conversazioni e non seguono le indicazioni o le regole di giochi o attività.

L'iperattività può essere manifestata agitandosi e dimenandosi sulla propria sedia (Criterio A2a), non restando seduti quando si dovrebbe (Criterio A2b), correndo senza freni o arrampicandosi in situazioni in cui ciò è fuori luogo (Criterio A2c) o può esprimersi con difficoltà a giocare o a dedicarsi tranquillamente ad attività da tempo libero (Criterio A2d) o con il sembrare spesso "sotto pressione" o "motorizzati" (Criterio A2e), oppure col parlare troppo (Criterio A2f). L'iperattività può variare con l'età del soggetto e col livello di sviluppo, e la diagnosi dovrebbe essere fatta con cautela nei bambini piccoli. I bambini che muovono i primi passi e i bambini in età prescolare con questo disturbo differiscono dai bambini con una attività normale per il fatto che sono sempre in movimento e sempre tra i piedi; essi saltellano avanti e indietro, escono "con le brache ancora in mano", saltano o si arrampicano sui mobili, corrono per la casa, e hanno difficoltà a partecipare ad attività di gruppo sedentarie all'asilo (per es., stare ad ascoltare una favola). I bambini in età scolare mostrano comportamenti simili, ma di solito con meno frequenza o intensità rispetto ai bambini che muovono i primi passi e ai bambini in età prescolare. Essi hanno difficoltà a rimanere seduti, si alzano frequentemente, e si dimenano sulla propria sedia, oppure si aggrappano al suo bordo. Giocherellano nervosamente con oggetti, picchiettano con le mani, e agitano troppo piedi e gambe. Spesso si alzano da tavola durante i pasti, mentre guardano la televisione, o mentre fanno i compiti; parlano di continuo, e fanno troppo rumore durante attività che dovrebbero

comportare la calma. Negli adolescenti e negli adulti, i sintomi di iperattività assumono la forma di sensazioni di irrequietezza e di difficoltà a dedicarsi ad attività tranquille e sedentarie.

L'impulsività si manifesta con l'impazienza, la difficoltà a tenere a freno le proprie reazioni, "sparando" le risposte prima che le domande siano state completate (Criterio A2g), con difficoltà ad attendere il proprio turno (Criterio A2h), e con l'interrompere spesso gli altri o l'intromettersi nei fatti altrui fino al punto di causare difficoltà nell'ambiente sociale, scolastico, o lavorativo (Criterio A2i). Gli altri possono lamentarsi di non riuscire a dire una parola in una conversazione. I soggetti affetti da questo disturbo tipicamente fanno commenti quando non è il momento, non ascoltano le direttive, iniziano conversazioni quando non è il momento, interrompono eccessivamente gli altri, sono invadenti nei confronti degli altri, arraffano oggetti altrui, toccano cose che non dovrebbero toccare, e fanno i pagliacci. L'impulsività può portare ad incidenti (per es., far cadere oggetti, sbattere contro gli altri, agguantare un tegame rovente) e al coinvolgimento in attività potenzialmente pericolose senza considerare le possibili conseguenze (per es., usare lo skateboard su un terreno estremamente accidentato).

Le manifestazioni comportamentali compaiono di solito in diversi contesti, che comprendono casa, scuola, lavoro, e situazioni sociali. Per fare diagnosi, deve essere presente una certa compromissione in almeno due contesti (Criterio C). È molto raro che un soggetto mostri lo stesso livello di malfunzionamento in tutti i contesti o tutte le volte nello stesso contesto. I sintomi tipicamente peggiorano in situazioni che richiedono attenzione o sforzo mentale protratti o che mancano di attrattiva o di novità (per es., ascoltare gli insegnanti in classe, fare i compiti in classe, ascoltare o leggere brani lunghi, o lavorare a compiti monotoni e ripetitivi). I segni del disturbo possono essere minimi o assenti quando il soggetto è sotto controllo molto stretto, in un ambiente nuovo, quando è impegnato in attività particolarmente interessanti, in una situazione a due (per es., lo studio del medico), o quando il soggetto viene ben ricompensato se si comporta in modo adeguato. È più probabile che i sintomi si manifestino in situazioni di gruppo (per es., giochi di gruppo, classi, o ambienti di lavoro). Il clinico dovrebbe quindi indagare sul comportamento del soggetto in diverse situazioni in ciascun contesto.

Sottotipi

Sebbene la maggior parte dei soggetti abbiano sintomi sia di disattenzione che di iperattività-impulsività, vi sono alcuni soggetti in cui predomina o l'una o l'altra caratteristica. Il sottotipo appropriato (per una diagnosi attuale) dovrebbe essere indicato sulla base della caratteristica sintomatologica predominante negli ultimi 6 mesi.

F90.0 Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, Tipo Combinato [314.01]

Questo sottotipo dovrebbe essere usato se 6 (o più) sintomi di disattenzione e 6 (o più) sintomi di iperattività-impulsività hanno persistito per almeno 6 mesi. La maggior parte dei bambini e degli adolescenti con questo disturbo presentano il Tipo Combinato. Non si sa se ciò vale anche per gli adulti affetti dal disturbo.

F98.8 Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, Tipo con Disattenzione

Predominante [314.00] Questo sottotipo dovrebbe essere usato se 6 (o più) sintomi di disattenzione (ma meno di 6 sintomi di iperattività-impulsività) sono persistiti per almeno 6 mesi.

F98.8 Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, Tipo con Disattenzione

Predominante [314.00] Questo sottotipo dovrebbe essere usato se 6 (o più) sintomi di disattenzione (ma meno di 6 sintomi di iperattività-impulsività) sono persistiti per almeno 6 mesi.

F90.0 Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, Tipo con Iperattività-

Impulsività Predominanti [314.01] Questo sottotipo dovrebbe essere usato se 6 (o più) sintomi di iperattività-impulsività (ma meno di 6 sintomi di disattenzione) sono persistiti per almeno 6 mesi. Ciò non toglie che in questi casi la disattenzione spesso possa essere una manifestazione clinica significativa.

Procedure di registrazione

I soggetti che nel primo stadio del disturbo hanno il Tipo con Disattenzione Predominante o il Tipo con Iperattività-Impulsività Predominanti possono poi sviluppare il Tipo Combinato e viceversa. Il sottotipo appropriato (per una diagnosi attuale) dovrebbe essere indicato sulla base delle caratteristiche sintomatologiche predominanti negli ultimi 6 mesi. Se i sintomi clinicamente significativi permangono ma non risultano più soddisfatti i criteri per alcun sottotipo, la diagnosi appropriata è Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, in Remissione Parziale. Quando i sintomi di un soggetto non soddisfano al momento tutti i criteri per il disturbo e non è chiaro se i criteri per il disturbo siano stati in precedenza soddisfatti, si dovrebbe fare diagnosi di Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività Non Altrimenti Specificato.

Manifestazioni e disturbi associati

Caratteristiche descrittive e disturbi mentali associati Le caratteristiche associate variano a seconda dell'età e del livello di sviluppo e possono includere scarsa tolleranza alla frustrazione, accessi d'ira, prepotenza, caparbia, eccessiva e frequente insistenza sul fatto che le richieste siano soddisfatte, labilità d'umore, demoralizzazione, disforia, rifiuto da parte dei coetanei, e scarsa autostima. I risultati scolastici sono spesso compromessi e svalorizzati, e comportano tipicamente conflitti con la famiglia e con le autorità scolastiche. Un'inadeguata applicazione a compiti che richiedono sforzo protratto è spesso interpretata dagli altri come indice di

pigrizia, di scarso senso di responsabilità, e di comportamento oppositivo. Le relazioni familiari sono spesso caratterizzate da risentimento e antagonismo, specie perché la variabilità del quadro sintomatologico del soggetto porta spesso i genitori a credere che tutto il comportamento inopportuno sia volontario. I soggetti con Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività possono conseguire un livello di istruzione inferiore rispetto ai compagni e avere risultati lavorativi più scarsi. Lo sviluppo intellettuale, valutato con test di QI individuali, sembra essere un po' minore nei bambini affetti da questo disturbo. Nelle sue forme gravi, il disturbo è molto limitante, e compromette l'adattamento sociale, familiare, e scolastico. Una quantità sostanziale di bambini con Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività inviati all'osservazione clinica ha anche un Disturbo Oppositivo Provocatorio o un Disturbo della Condotta. Nei bambini con Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività può esservi una maggiore prevalenza di Disturbi dell'Umore, di Disturbi d'Ansia, di Disturbi dell'Apprendimento, e di Disturbi della Comunicazione. Questo disturbo non è infrequente nei soggetti con Disturbo di Tourette; quando i due disturbi coesistono, l'esordio del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività spesso precede l'esordio del Disturbo di Tourette. Può esservi una storia di maltrattamento o di abbandono infantile, sistemazioni adottive multiple, esposizione a neurotossici (per es., avvelenamento da piombo), infezioni (per es., encefalite), esposizione a farmaci in utero, basso peso alla nascita, e Ritardo Mentale.

Reperti di laboratorio associati Non vi sono test di laboratorio che siano stati ritenuti di valore diagnostico nella valutazione clinica del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività. Si è notato che i test che richiedono un'elaborazione mentale con sforzo intenso sono anormali in gruppi di soggetti con Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività rispetto ai controlli, ma non è ancora del tutto chiaro quale fondamentale deficit cognitivo sia responsabile di ciò.

Reperti dell'esame fisico e condizioni mediche generali associate Non vi sono specifiche manifestazioni fisiche associate con il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, sebbene anomalie fisiche minori (per es., ipertelorismo, palato ogivale, bassa attaccatura delle orecchie) possano manifestarsi con maggiore incidenza rispetto alla popolazione generale. Può anche esservi una maggiore incidenza di traumi fisici.

Caratteristiche collegate a cultura, età e genere

È noto che il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività si manifesta in diverse culture, con variazioni nella prevalenza riportata tra i paesi occidentali che probabilmente derivano più dalle diverse prassi diagnostiche che da differenze nel quadro clinico.

È particolarmente difficile stabilire questa diagnosi nei bambini con meno di 4 o 5 anni di età, perché il loro comportamento caratteristico è molto più variabile di quello dei bambini più grandi e può includere caratteristiche simili ai sintomi del Disturbo

da Deficit di Attenzione/Iperattività. Inoltre, i sintomi di disattenzione nei bambini che muovono i primi passi o nei bambini in età prescolare non sono spesso prontamente osservati perché ai bambini piccoli tipicamente viene richiesta di rado un'attenzione prolungata. Comunque, anche l'attenzione dei bambini che fanno i primi passi può essere tenuta desta in diverse situazioni (per es., un bambino medio di 2-3 anni può tipicamente sedere con un adulto e guardare un libro illustrato). Al contrario, i bambini piccoli con Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività si muovono eccessivamente e sono tipicamente difficili da contenere. Un'indagine su un'ampia varietà di comportamenti in un bambino piccolo può essere utile per assicurarsi che sia stato raggiunto un quadro clinico completo. Quando i bambini crescono, i sintomi di solito divengono meno cospicui. Nella tarda fanciullezza e nella prima adolescenza, i segni di attività motoria eccessiva e grossolana (per es., correre e arrampicarsi troppo, non rimanere seduti) sono meno comuni, e i sintomi di iperattività possono essere limitati a irrequietezza o ad un sentimento interiore di nervosismo o di inquietudine. Nei bambini in età scolare, i sintomi di disattenzione compromettono il lavoro in classe e le prestazioni scolastiche. I sintomi di impulsività possono anche portare alla infrazione di regole familiari, interpersonali, e scolastiche, specie durante l'adolescenza. Nell'età adulta, l'irrequietezza può comportare difficoltà di partecipare ad attività sedentarie e l'evitamento di passatempi ed occupazioni che limitino l'opportunità di movimento spontaneo (per es., lavori da scrivania).

Il disturbo è molto più frequente nei maschi che nelle femmine, e il rapporto maschi-femmine varia da 4:1 a 9:1 a seconda dell'ambiente (cioè, popolazione generale o soggetti ospedalizzati).

Prevalenza

La prevalenza del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività è stimata dal 3 al 5% nei bambini in età scolare. I dati sulla prevalenza nell'adolescenza e nell'età adulta sono limitati.

Decorso

La maggior parte dei genitori osserva dapprima un'eccessiva attività motoria quando i bambini muovono i primi passi, che spesso coincide con lo sviluppo della deambulazione indipendente. Comunque, dato che molti bambini iperattivi a questa età non svilupperanno poi un Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, si dovrebbe usare cautela nel fare questa diagnosi nei primi anni di vita. Di solito, il disturbo viene diagnosticato per la prima volta durante le scuole elementari, quando l'adattamento scolastico risulta compromesso. Nella maggior parte dei casi osservati in ambiente clinico, il disturbo è relativamente stabile durante la prima adolescenza. Nella maggior parte dei soggetti, i sintomi si attenuano durante la tarda adolescenza e l'età adulta, sebbene una minoranza dispieghi l'intero corredo dei sintomi del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività nella media età adulta. Altri adulti possono

mantenere solo alcuni sintomi, nel qual caso si dovrebbe usare la diagnosi di Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, in Remissione Parziale. Questa diagnosi si adatta a soggetti che non hanno più il disturbo completo ma mantengono ancora alcuni sintomi che causano compromissione del funzionamento.

Familiarità

Si è trovato che il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività è più comune nei parenti biologici di primo grado di bambini con Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività. Alcuni studi suggeriscono anche l'esistenza di una maggiore prevalenza di Disturbi dell'Umore e Disturbi d'Ansia, Disturbi dell'Apprendimento, Disturbi Correlati a Sostanze e Disturbo Antisociale di Personalità nei membri della famiglia di soggetti con Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività.

Diagnosi differenziale

Nella prima fanciullezza, può essere difficile distinguere i sintomi del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività dal comportamento adeguato all'età di bambini vivaci (per es., correre intorno o fare chiasso).

I sintomi di disattenzione sono comuni tra i bambini con basso QI che sono collocati in ambienti scolastici inadeguati alle loro capacità intellettive. Questi comportamenti devono essere distinti da segni simili in bambini con Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività. Nei bambini con Ritardo Mentale, una diagnosi aggiuntiva di Disturbo da Deficit di Attenzione

/Iperattività dovrebbe essere fatta solo se i sintomi di disattenzione o di iperattività sono eccessivi rispetto all'età mentale del bambino. La disattenzione in classe può anche verificarsi quando bambini molto intelligenti sono collocati in ambienti poco stimolanti sul piano didattico. Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività deve anche essere distinto dalla difficoltà nel comportamento finalistico in bambini con ambienti inadeguati, disorganizzati, o caotici. Le informazioni da più fonti (per es., baby-sitter, nonni, o genitori di compagni di gioco) sono utili per fornire un insieme di osservazioni riguardanti la disattenzione, l'iperattività del bambino, e la sua capacità di autoregolarsi in modo adeguato al livello di sviluppo nei diversi ambienti.

I soggetti con comportamento oppositivo possono fare resistenza a compiti lavorativi o scolastici che richiedono applicazione per riluttanza a conformarsi alle richieste altrui. Questi sintomi devono essere differenziati dall'evitamento dei compiti scolastici osservato nei soggetti con Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività. Complica la diagnosi differenziale il fatto che alcuni soggetti con Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività sviluppano un'attitudine oppositiva secondaria verso tali compiti e svalutano la loro importanza, spesso come razionalizzazione del proprio fallimento.

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività non viene diagnosticato se i sintomi sono meglio attribuibili ad un altro disturbo mentale (per es., Disturbo dell'Umore, Disturbo d'Ansia, Disturbo Dissociativo, Disturbo di Personalità, Modificazione della Personalità Dovuta ad una Condizione Medica Generale, o un Disturbo Correlato a Sostanze). In tutti questi disturbi, i sintomi di disattenzione esordiscono tipicamente dopo i 7 anni di età, e la storia infantile di adattamento scolastico non è generalmente caratterizzata da comportamento dirompente o da lamentele degli insegnanti riguardanti un comportamento distratto, iperattivo, o impulsivo. Quando un Disturbo dell'Umore o un Disturbo d'Ansia insorgono in concomitanza con un Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, dovrebbero essere diagnosticati entrambi. Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività non viene diagnosticato se i sintomi di disattenzione e di iperattività si manifestano esclusivamente durante il decorso di un Disturbo Generalizzato dello Sviluppo o di un Disturbo Psicotico. I sintomi di disattenzione, iperattività, o impulsività correlati all'uso di farmaci (per es., broncodilatatori, isoniazide, acatisia da neurolettici) nei bambini con meno di 7 anni non sono diagnosticati come Disturbo da Deficit di Attenzione /Iperattività ma sono invece diagnosticati come Altri Disturbi Correlati a Sostanze Non Altrimenti Specificati.

Relazione con i criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10

Il set di criteri dei criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10 riguardanti il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività è all'incirca lo stesso degli items del set di criteri del DSM-IV, ma gli algoritmi diagnostici sono piuttosto diversi e hanno come risultato una categoria dell'ICD-10 più rigidamente definita. Mentre gli algoritmi diagnostici del DSM-IV richiedono o 6 items di disattenzione o 6 items di iperattività-impulsività, i Criteri Diagnostici per la Ricerca dell'ICD-10 richiedono almeno 6 items di disattenzione, almeno 3 items di iperattività, ed almeno 1 item di impulsività. Invece di suddividere il disturbo sulla base del tipo predominante, l'ICD-10 specifica ulteriormente la condizione a seconda che siano soddisfatti anche i criteri per un disturbo della condotta. Nell'ICD-10, il disturbo viene riportato come Disturbo dell'Attività e dell'Attenzione sotto la rubrica Sindromi Ipercinetiche.

F91.8 Disturbo della Condotta [312.8] (264)

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica fondamentale del Disturbo della Condotta è una modalità di comportamento ripetitiva e persistente in cui i diritti fondamentali degli altri oppure le norme o le regole della società appropriate per l'età adulta vengono violate (**Criterio A**). Questi comportamenti si inseriscono in quattro gruppi fondamentali: condotta aggressiva che causa o minaccia danni fisici ad altre persone o ad animali (Criteri A1-A7), condotta non aggressiva che causa perdita o danneggiamento della proprietà (Criteri A8-A9), frode o furto (Criteri A10-A12), e gravi violazioni di regole (Criteri A13-A15). 3 (o più) comportamenti caratteristici devono essere stati presenti durante i 12 mesi precedenti, con almeno 1 comportamento presente nei 6 mesi precedenti. L'anomalia del comportamento causa compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo (**Criterio B**). Il Disturbo della Condotta può essere diagnosticato in soggetti che hanno più di 18 anni, ma solo se non vengono soddisfatti i criteri per il Disturbo Antisociale di Personalità (**Criterio C**). La modalità di comportamento è di solito presente in diversi ambienti, come la casa, la scuola, o la comunità. Dato che i soggetti con Disturbo della Condotta tendono a minimizzare i propri problemi di condotta, il clinico deve spesso affidarsi a ulteriori fonti di informazioni. Comunque, la conoscenza da parte degli informatori riguardo ai problemi di condotta del bambino può essere limitata da un controllo inadeguato o dal fatto che il ragazzo non li ha rivelati.

I bambini o gli adolescenti con questo disturbo spesso innescano comportamento aggressivo e reagiscono aggressivamente contro gli altri. Essi possono mostrare un comportamento prepotente, minaccioso, o intimidatorio (Criterio A1); dare inizio frequentemente a colluttazioni fisiche (Criterio A2); usare un'arma che può causare seri danni fisici (per es., un bastone, una barra, una bottiglia rotta, un coltello, o una pistola) (Criterio A3); essere fisicamente crudeli con le persone (Criterio A4) o con gli animali (Criterio A5); rubare affrontando la vittima (per es., aggressione a scopo di furto, scippo, estorsione, o rapina a mano armata) (Criterio A6); oppure forzare un'altra persona all'attività sessuale (Criterio A7). L'aggressione può assumere la forma di stupro, violenza, o, in rari casi, omicidio.

La distruzione deliberata dell'altrui proprietà è una tipica caratteristica di questo disturbo, e può includere l'incendio deliberato con intenzione di causare seri danni (Criterio A8) o distruzione deliberata della proprietà altrui in altri modi (per es., spaccare i vetri delle macchine, vandalismo a scuola) (Criterio A9).

La frode o il furto sono comuni e possono includere la penetrazione in edifici, domicili, o automobili altrui (Criterio A10); frequenti menzogne o rottura di promesse per ottenere vantaggi o favori, o per evitare debiti od obblighi (per es.,

raggirare altre persone) (Criterio A11); o rubare articoli di valore senza affrontare la vittima (per es., furti nei negozi, falsificazioni) (Criterio A12).

Tipicamente, i soggetti affetti da questo disturbo commettono anche gravi violazioni di regole (per es., scolastiche, familiari). I ragazzi con questo disturbo spesso hanno l'abitudine, che esordisce prima dei 13 anni, di stare fuori fino a tarda notte nonostante le proibizioni dei genitori (Criterio A13). Può anche esservi l'abitudine di star fuori da casa per tutta la notte (Criterio A14). Per essere considerato un sintomo di Disturbo della Condotta, la fuga deve essersi verificata almeno 2 volte (o solo una volta se il soggetto non è tornato per un lungo periodo). Gli episodi di fuga che avvengono come diretta conseguenza di maltrattamento fisico o sessuale non soddisfano tipicamente questo criterio. I ragazzi con questo disturbo possono spesso marinare la scuola, iniziando a farlo prima dei 13 anni di età (Criterio A15). Nei soggetti più grandi, questo comportamento si manifesta con frequenti assenze dal lavoro senza valide ragioni.

Sottotipi

Sono stati stabiliti due sottotipi di Disturbo della Condotta a seconda dell'età all'esordio del disturbo (Tipo ad Esordio nella Fanciullezza e Tipo ad Esordio nell'Adolescenza). I sottotipi differiscono riguardo alla natura caratteristica dei problemi di condotta che si presentano, del decorso durante lo sviluppo e della prognosi, e della distribuzione tra i generi. Entrambi i sottotipi possono manifestarsi in forma lieve, moderata, o grave. Nel valutare l'età all'esordio le informazioni dovrebbero essere di preferenza raccolte dal ragazzo e da coloro che se ne prendono cura. Dato che molti dei comportamenti possono essere tenuti segreti, le persone che si prendono cura del soggetto possono non riferire alcuni sintomi o sovrastimare l'età di esordio.

Tipo con Esordio nella Fanciullezza Questo sottotipo è definito sulla base dell'esordio di almeno uno dei criteri caratteristici del Disturbo della Condotta prima dei 10 anni di età. I soggetti con il Tipo ad Esordio nella Fanciullezza sono di solito maschi, mostrano di frequente aggressioni fisiche contro altri, hanno relazioni disturbate con i coetanei, possono aver avuto un Disturbo Oppositivo Provocatorio nella prima fanciullezza, e di solito hanno sintomi che soddisfano pienamente i criteri per il Disturbo della Condotta prima della pubertà. Questi soggetti hanno maggiori probabilità di avere un Disturbo della Condotta persistente e di sviluppare un Disturbo Antisociale di Personalità rispetto ai soggetti con Tipo ad Esordio nell'Adolescenza.

Tipo ad Esordio nell'Adolescenza Questo sottotipo è definito dall'assenza di tutti i criteri caratteristici del Disturbo della Condotta prima dei 10 anni di età. Rispetto a coloro che sono affetti dal Tipo ad Esordio nella Fanciullezza, questi soggetti hanno meno probabilità di manifestare comportamenti aggressivi e tendono ad avere

relazioni con i compagni maggiormente nella norma (sebbene essi mostrino spesso problemi di condotta in compagnia di altri). Questi soggetti hanno meno probabilità di avere un Disturbo della Condotta persistente o di sviluppare da adulti il Disturbo Antisociale di Personalità. Il rapporto tra maschi e femmine affetti da Disturbo della Condotta è minore per il Tipo ad Esordio nell'Adolescenza che per il Tipo ad Esordio nella Fanciullezza.

Specificazioni di gravità

Lieve I problemi di condotta che vanno al di là di quelli richiesti per fare la diagnosi, se presenti, sono pochi, e i problemi di condotta causano danno relativamente lieve agli altri (per es., mentire, marinare la scuola, stare fuori la sera senza permesso).

Moderato Il numero di problemi di condotta e gli effetti sugli altri sono intermedi tra il lieve e il "grave" (per es., rubare senza affrontare la vittima, vandalismo).

Grave Sono presenti molti problemi di condotta che vanno al di là di quelli richiesti per fare la diagnosi, oppure i problemi di condotta causano notevoli danni agli altri (per es., rapporti sessuali forzati, crudeltà fisica, uso di armi, furto con aggressione alla vittima, violazione di proprietà, scasso).

Manifestazioni e disturbi associati

Caratteristiche descrittive e disturbi mentali associati I soggetti con Disturbo della Condotta possono avere scarsa empatia e scarsa attenzione per i sentimenti, i desideri, e il benessere degli altri. Specie in situazioni ambigue, i soggetti aggressivi con questo disturbo spesso travisano le intenzioni degli altri come più ostili e minacciose del vero e reagiscono con un'aggressione che essi ritengono ragionevole e giustificata. Essi possono essere insensibili e mancare di adeguati sentimenti di colpa o di rimorso. Può essere difficile valutare se il rimorso mostrato è genuino perché questi soggetti imparano che esprimere la colpa può ridurre o prevenire la punizione. I soggetti con questo disturbo possono senza esitazione denunciare i propri compagni e tentare di accusare altri dei propri misfatti. L'autostima è di solito scarsa, sebbene il soggetto possa avere l'aspetto di un duro. Scarsa tolleranza alla frustrazione, irritabilità, esplosioni di rabbia, e avventatezza sono frequenti caratteristiche associate. Nei soggetti con Disturbo della Condotta il numero di incidenti sembra essere maggiore rispetto a coloro che non ne sono affetti.

Il Disturbo della Condotta è spesso associato con un inizio precoce dell'attività sessuale, del bere, del fumare, dell'uso di sostanze illecite, e di azioni spericolate e rischiose. L'uso di sostanze illecite può aumentare il rischio di persistenza del Disturbo della Condotta. I comportamenti propri del Disturbo della Condotta possono portare a sospensione o ad espulsione dalla scuola, a problemi nell'adattamento lavorativo, a difficoltà legali, a malattie a trasmissione sessuale, a gravidanze non programmate, e a lesioni fisiche da incidenti o da colluttazioni. Questi problemi possono precludere la frequenza in scuole normali o la vita in casa dei genitori

naturali o adottivi. Idee suicide, tentativi di suicidio, e suicidi attuati si manifestano con frequenza maggiore del previsto. Il Disturbo della Condotta può essere associato con intelligenza al di sotto della media. L'apprendimento scolastico, specie la lettura e le altre capacità verbali, è spesso al di sotto del livello previsto sulla base dell'età e dell'intelligenza, e può giustificare una diagnosi aggiuntiva di Disturbo dell'Apprendimento o della Comunicazione. Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività è comune nei bambini con Disturbo della Condotta. Il Disturbo della Condotta può anche essere associato con uno o più dei seguenti disturbi mentali: Disturbi dell'Apprendimento, Disturbi d'Ansia, Disturbi dell'Umore, e Disturbi Correlati a Sostanze. I seguenti fattori possono predisporre il soggetto a sviluppare un Disturbo della Condotta: rifiuto o abbandono da parte dei genitori, temperamento infantile difficile, norme contraddittorie di educazione con disciplina rigida, maltrattamento fisico o sessuale, mancanza di sorveglianza, inserimento precoce in istituzioni, frequenti cambiamenti delle persone che si prendono cura del soggetto, famiglia numerosa, associazione con gruppi di delinquenti, e certi tipi di psicopatologia familiare.

Reperti di laboratorio associati In alcuni studi si sono rilevate minore frequenza cardiaca e minore conduttanza cutanea nei soggetti con Disturbo della Condotta rispetto a soggetti non affetti da questo disturbo. Comunque, non vi sono livelli di arousal fisiologico che abbiano valore diagnostico.

Caratteristiche collegate a cultura, età e genere

Sono state sollevate preoccupazioni sul fatto che la diagnosi di Disturbo della Condotta possa talvolta essere malamente applicata a soggetti di ambienti in cui le modalità di comportamento indesiderabile sono talvolta viste come auto-protettive (per es., ambienti minacciosi, impoveriti, con alto tasso di criminalità). Conformemente alla definizione di disturbo mentale del DSM-IV, la diagnosi di Disturbo della Condotta dovrebbe essere applicata solo quando il comportamento in questione è sintomatico di un sottostante malfunzionamento all'interno del soggetto, e non semplicemente una reazione al contesto sociale immediato. Inoltre, la gioventù immigrata da paesi devastati dalla guerra, con una storia di comportamenti aggressivi che potrebbero essere stati necessari per la propria sopravvivenza in quel contesto, non merita necessariamente una diagnosi di Disturbo della Condotta. Può essere utile al clinico considerare il contesto economico e sociale in cui i comportamenti indesiderabili si sono manifestati.

I sintomi del disturbo variano con l'età man mano che il soggetto sviluppa forza fisica, capacità cognitive, e maturità sessuale. I comportamenti meno gravi (per es., menzogna, furto nei negozi, aggressione fisica) tendono ad emergere inizialmente, mentre altri (per es., furto con scasso) tendono ad emergere in seguito. Tipicamente, i problemi di condotta più gravi (per es., stupro, furto con aggressione della vittima)

tendono ad emergere per ultimi. Comunque, esistono ampie differenze tra i soggetti, ed alcuni si danno ai comportamenti più lesivi in età precoce.

Il Disturbo della Condotta, specie il Tipo ad Esordio nella Fanciullezza, è molto più comune nei maschi. Le differenze di genere si riscontrano anche nei tipi specifici di problemi di condotta. I maschi con una diagnosi di Disturbo della Condotta manifestano spesso aggressività fisica, furto, vandalismo, e problemi di disciplina scolastica. Le femmine con una diagnosi di Disturbo della Condotta mostrano con maggiori probabilità menzogne, assenze da scuola, fughe, uso di sostanze, e prostituzione. Mentre le aggressioni in cui l'altro viene direttamente affrontato sono messe in atto più spesso dai maschi, le femmine tendono più ad avere comportamenti che non implicano l'affrontare la vittima.

Prevalenza

La prevalenza del Disturbo della Condotta sembra essersi accresciuta negli ultimi decenni e può essere maggiore negli ambienti urbani piuttosto che in quelli rurali. Le percentuali variano ampiamente a seconda della natura della popolazione campionata e dei metodi di valutazione: per i maschi al di sotto dei 18 anni, il tasso varia da 6 a 16%; per le femmine, il tasso varia dal 2 al 9%. Il Disturbo della Condotta è una delle condizioni più frequentemente diagnosticate nei pazienti ambulatoriali e nei servizi ospedalieri psichiatrici per bambini.

Decorso

L'esordio del Disturbo della Condotta può manifestarsi anche a 5-6 anni di età, ma si situa di solito nella tarda fanciullezza o nella prima adolescenza. L'esordio è raro dopo i 16 anni. Il decorso del Disturbo della Condotta è variabile. Nella maggior parte dei soggetti, il disturbo va in remissione con l'età adulta. Comunque, una quota significativa continua a mostrare durante l'età adulta comportamenti che soddisfano i criteri per il Disturbo Antisociale di Personalità. Molti soggetti con Disturbo della Condotta, specie quelli con Tipo ad Esordio nell'Adolescenza, e quelli con sintomi poco numerosi e lievi, raggiungono un adeguato adattamento sociale e lavorativo da adulti. L'esordio precoce è predittivo di una prognosi peggiore e di un aumentato rischio di Disturbo Antisociale di Personalità e di Disturbi Correlati a Sostanze durante l'età adulta. I soggetti con Disturbo della Condotta sono a rischio di successivi Disturbi dell'Umore o d'Ansia, di Disturbi Somatoformi, e di Disturbi Correlati a Sostanze.

Familiarità

Le valutazioni da studi su gemelli e su soggetti adottati mostrano che il Disturbo della Condotta ha componenti sia genetiche che ambientali. Il rischio di Disturbo della

Condotta è aumentato nei bambini con un genitore biologico o adottivo con Disturbo Antisociale di Personalità o con un fratello con Disturbo della Condotta. Il disturbo sembra anche essere più comune nei figli di genitori biologici con Dipendenza da Alcool, Disturbi dell'Umore, o Schizofrenia, o di genitori biologici che hanno una storia di Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività o di Disturbo della Condotta.

Diagnosi differenziale

Sebbene il Disturbo Oppositivo Provocatorio includa alcune tra le caratteristiche osservate nel Disturbo della Condotta (per es., disobbedienza ed opposizione nei confronti delle autorità), esso non include la modalità persistente delle forme più gravi di comportamento, in cui vengono violati o i diritti fondamentali degli altri oppure le norme o le regole societarie appropriate per l'età. Quando la modalità di comportamento del soggetto soddisfa i criteri sia del Disturbo della Condotta che del Disturbo Oppositivo Provocatorio, la diagnosi di Disturbo della Condotta ha la precedenza e il Disturbo Oppositivo Provocatorio non viene diagnosticato.

Sebbene i bambini con Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività manifestino spesso un comportamento iperattivo e impulsivo che può essere dirompente, questo comportamento non viola di per sé le norme societarie appropriate per l'età e quindi di solito non soddisfa i criteri per il Disturbo della Condotta. Quando vengono soddisfatti i criteri sia per il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività che per il Disturbo della Condotta, si dovrebbero fare entrambe le diagnosi.

Irritabilità e problemi di condotta si verificano spesso in bambini o adolescenti con un Episodio Maniacale. Questi possono di solito essere distinti dal tipo di problemi di condotta che si vedono nel Disturbo della Condotta sulla base del decorso episodico e dei concomitanti sintomi caratteristici di un Episodio Maniacale. Se i criteri sono entrambi soddisfatti, si può fare diagnosi sia di Disturbo della Condotta che di Disturbo Bipolare I.

La diagnosi di Disturbo dell'Adattamento (con Alterazione della Condotta o con Alterazione Mista delle Emozioni e della Condotta) dovrebbe essere presa in considerazione se problemi di condotta clinicamente significativi, che non soddisfano i criteri per un altro disturbo specifico, si sviluppano in chiara associazione con la comparsa di un fattore psicosociale stressante. Isolati problemi di condotta che non soddisfano i criteri per il Disturbo della Condotta o per il Disturbo dell'Adattamento possono essere codificati come Comportamento Antisociale del Bambino o dell'Adolescente (si veda "Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica", pag. 744). Il Disturbo della Condotta viene diagnosticato solo se i problemi di condotta rappresentano una modalità ripetitiva e persistente associata con compromissione del funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo.

Per i soggetti con più di 18 anni di età, una diagnosi di Disturbo della Condotta può essere fatta solo se non vengono soddisfatti anche i criteri per il Disturbo Antisociale di Personalità. La diagnosi di Disturbo Antisociale di Personalità non può essere fatta a soggetti con meno di 18 anni di età.

Relazione con i criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10

Anche se presentati diversamente, i criteri del DSM-IV e gli algoritmi diagnostici dell'ICD-10 per il Disturbo della Condotta sono quasi identici.

F91.3 Disturbo Oppositivo Provocatorio [313.81] (276)

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica fondamentale del Disturbo Oppositivo Provocatorio è una modalità ricorrente di comportamento negativistico, provocatorio, disobbediente, ed ostile nei confronti delle figure dotate di autorità che persiste per almeno 6 mesi (**Criterio A**) ed è caratterizzato da frequente insorgenza di almeno uno dei seguenti comportamenti: perdita di controllo (Criterio A1), litigi con gli adulti (Criterio A2), opposizione attiva o rifiuto di rispettare richieste o regole degli adulti (Criterio A3), azioni deliberate che danno fastidio agli altri (Criterio A4), accusare gli altri dei propri sbagli o del proprio cattivo comportamento (Criterio A5), essere suscettibile o facilmente infastidito dagli altri (Criterio A6), essere collerico e risentirsi (Criterio A7), o essere dispettoso o vendicativo (Criterio A8). Per definire il Disturbo Oppositivo Provocatorio, i comportamenti devono manifestarsi più frequentemente rispetto a quanto si osserva tipicamente nei soggetti di età e livello di sviluppo paragonabili e devono comportare una significativa compromissione del funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo (**Criterio B**). La diagnosi non viene fatta se l'anomalia del comportamento si manifesta esclusivamente durante il decorso di un Disturbo Psicotico o dell'Umore (**Criterio C**), o se risultano soddisfatti i criteri per il Disturbo della Condotta o per il Disturbo Antisociale di Personalità (in un soggetto con più di 18 anni).

I comportamenti negativistici ed oppositivi sono espressi con persistente caparbia, resistenza alle direttive, scarsa disponibilità al compromesso, alla resa o alla negoziazione con gli adulti o coi coetanei. L'oppositività può anche includere la deliberata o persistente messa alla prova dei limiti, di solito ignorando gli ordini, litigando e non accettando i rimproveri per i misfatti. L'ostilità può essere diretta contro gli adulti o i coetanei e viene espressa disturbando deliberatamente gli altri o con aggressioni verbali (di solito senza le più gravi aggressioni fisiche osservate nel Disturbo della Condotta). Le manifestazioni del disturbo sono quasi invariabilmente

presenti nell'ambiente familiare, ma possono non essere evidenti a scuola o nella comunità. I sintomi del disturbo sono tipicamente più evidenti nelle interazioni con gli adulti o i coetanei che il soggetto conosce bene e possono quindi non manifestarsi durante l'esame clinico. Di solito i soggetti con questo disturbo non si considerano oppositivi o provocatori, ma giustificano il proprio comportamento come una risposta a richieste o circostanze irragionevoli.

Manifestazioni e disturbi associati

Le manifestazioni e i disturbi associati variano in funzione dell'età del soggetto e della gravità del Disturbo Oppositivo Provocatorio. Nei maschi, si è visto che il disturbo ha maggiore prevalenza tra coloro che, nell'età prescolare, hanno temperamenti problematici (per es., alta reattività, difficoltà ad essere tranquillizzati) o intensa attività motoria. Durante l'età scolare, possono esservi scarsa autostima, labilità d'umore, scarsa tolleranza alla frustrazione, tendenza ad imprecare, e uso precoce di alcool, tabacco e sostanze illecite. Vi sono spesso conflitti con i genitori, gli insegnanti, e i coetanei. Può esservi un circolo vizioso in cui il genitore e il bambino mettono in evidenza l'uno la parte peggiore dell'altro. Il Disturbo Oppositivo Provocatorio ha maggiore prevalenza nelle famiglie in cui l'accudimento del bambino è turbato da un susseguirsi di diverse persone preposte all'accudimento stesso, o in famiglie in cui sono comuni pratiche educative rigide, incoerenti, o distratte. Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività è comune nei bambini con Disturbo Oppositivo Provocatorio. Anche i Disturbi dell'Apprendimento e della Comunicazione tendono ad essere associati al Disturbo Oppositivo Provocatorio.

Caratteristiche specifiche di età e di genere

Dal momento che un comportamento oppositivo transitorio è molto comune nei bambini in età prescolare e negli adolescenti, si dovrebbe usare cautela nel fare la diagnosi di Disturbo Oppositivo Provocatorio specie durante questi periodi di sviluppo. Il numero dei sintomi di opposizione tende ad aumentare con l'età. Il disturbo ha maggiore prevalenza tra i maschi che tra le femmine in epoca prepuberale, ma le percentuali sono probabilmente uguali dopo la pubertà. I sintomi sono di solito simili in entrambi i generi, tranne per il fatto che i maschi possono avere un comportamento con maggiore tendenza al confronto e sintomi più persistenti.

Prevalenza

Sono stati riferiti tassi di Disturbo Oppositivo Provocatorio che vanno dal 2 al 16% a seconda della natura del campione di popolazione e dei metodi di accertamento.

Decorso

Il Disturbo Oppositivo Provocatorio diviene di solito evidente prima degli 8 anni di età e di solito non più tardi dell'adolescenza. I sintomi di opposizione spesso emergono nell'ambiente familiare ma col tempo possono comparire anche in altri contesti. L'esordio è tipicamente graduale, e di solito avviene nel corso di mesi o anni. In una quantità significativa di casi, il Disturbo Oppositivo Provocatorio precede lo sviluppo del Disturbo della Condotta.

Familiarità

Il Disturbo Oppositivo Provocatorio sembra essere più comune nelle famiglie in cui almeno un genitore ha una storia di Disturbo dell'Umore, Disturbo Oppositivo Provocatorio, Disturbo della Condotta, Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, Disturbo Antisociale di Personalità, o Disturbo Correlato a Sostanze. Inoltre, alcuni studi suggeriscono che le madri con un Disturbo Depressivo hanno maggiori probabilità di avere bambini con comportamento oppositivo, ma non è chiaro fino a che punto la depressione materna derivi dal comportamento oppositivo nei bambini oppure ne sia la causa. Il Disturbo Oppositivo Provocatorio è più comune nelle famiglie in cui vi è un grave disaccordo coniugale.

Diagnosi differenziale

I comportamenti dirompenti dei soggetti con Disturbo Oppositivo Provocatorio sono di natura meno grave rispetto a quelli dei soggetti con Disturbo della Condotta e tipicamente non includono aggressioni contro persone o animali, distruzione di proprietà, o l'abitudine al furto o alla frode. Dal momento che tutte le caratteristiche del Disturbo Oppositivo Provocatorio sono di solito presenti nel Disturbo della Condotta, il Disturbo Oppositivo Provocatorio non viene diagnosticato se risultano soddisfatti i criteri per il Disturbo della Condotta. Il comportamento oppositivo è una caratteristica comunemente associata ai Disturbi dell'Umore e ai Disturbi Psicotici che si presentano nei bambini e negli adolescenti e non dovrebbe essere diagnosticato separatamente se i sintomi insorgono esclusivamente durante il decorso di un Disturbo dell'Umore o di un Disturbo Psicotico. I comportamenti oppositivi devono anche essere distinti dal comportamento dirompente che deriva dalla disattenzione e dall'impulsività nel Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività. Quando i due disturbi insorgono contemporaneamente, si dovrebbero fare entrambe le diagnosi. In soggetti con Ritardo Mentale la diagnosi di Disturbo Oppositivo Provocatorio viene fatta solo se il comportamento oppositivo va al di là di quello tipicamente osservato tra i soggetti paragonabili per età, genere e gravità del Ritardo Mentale. Il Disturbo Oppositivo Provocatorio deve anche essere distinto da un'incapacità di seguire le indicazioni che risulta da una comprensione del linguaggio compromessa (per es., perdita di udito, Disturbo Misto della Espressione e della Ricezione del Linguaggio). Il comportamento oppositivo è una tipica caratteristica di certi stadi di sviluppo (per

es., prima fanciullezza e adolescenza). Una diagnosi di Disturbo Oppositivo Provocatorio dovrebbe essere presa in considerazione solo se i comportamenti si manifestano più frequentemente e hanno conseguenze più gravi rispetto a quelli tipicamente osservati in altri soggetti con livello di sviluppo paragonabile e portano a significativa compromissione del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo. Una nuova insorgenza di comportamenti oppositivi nell'adolescenza può essere dovuta al normale processo di individuazione.

Relazione con i criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10

Il DSM-IV e l'ICD-10 hanno identici gruppi di criteri, ma differiscono negli algoritmi diagnostici. Il Disturbo Oppositivo Provocatorio dell'ICD-10 può essere notevolmente più grave perché fino a 2 item possono essere estratti dal gruppo di criteri del Disturbo della Condotta. Nell'ICD-10, il Disturbo Oppositivo Provocatorio è considerato un sottotipo del Disturbo della Condotta.

F91.9 Disturbo da Comportamento Dirompente Non Altrimenti Specificato [312.9] (286)

Questa categoria si usa per i disturbi caratterizzati da condotta o comportamenti oppositivi provocatori che non soddisfano i criteri per il Disturbo della Condotta o per il Disturbo Oppositivo Provocatorio. Per esempio, include i quadri clinici che non soddisfano pienamente i criteri per il Disturbo Oppositivo Provocatorio o per il Disturbo della Condotta, ma in cui vi è menomazione clinicamente significativa.