

DESCRIZIONE DEL DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO

La diagnosi di **Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP)** si applica a bambini che esibiscono livelli di **rabbia** persistente ed evolutivamente inappropriata, irritabilità, comportamenti provocatori e oppositività, che causano *menomazioni nell'adattamento e nella funzionalità sociale*. Un bambino al quale viene posta questa diagnosi, deve mostrare tali sintomi in maniera persistente per almeno 6 mesi e i sintomi devono causare menomazione nel funzionamento personale e sociale. Una storia precoce di DOP è spesso presente in bambini che vengono successivamente diagnosticati come Disturbo della Condotta (DC). Il **DOP** emerge solitamente in maniera più precoce (di solito intorno ai 6 anni) rispetto al DC (età di esordio intorno ai 9 anni). Ad ogni modo, molti bambini vengono diagnosticati come DOP in età preadolescenziale.

Sintomi del Disturbo Oppositivo Provocatorio

A – Una modalità di comportamento negativistico, ostile e provocatorio che dura da almeno 6 mesi, durante i quali sono stati presenti 4 (o più) dei seguenti criteri:

- spesso va in collera;
- spesso litiga con gli adulti;
- spesso sfida attivamente o si rifiuta di rispettare le richieste o regole degli adulti;
- spesso irrita deliberatamente le persone;
- spesso accusa gli altri per i propri errori o il proprio cattivo comportamento;
- è spesso suscettibile o facilmente irritato dagli altri;
- è spesso arrabbiato e rancoroso;
- è spesso dispettoso e vendicativo.

B – L'anomalia del comportamento causa compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.

C -I comportamenti non si manifestano esclusivamente durante il decorso di un Disturbo Psicotico o di un Disturbo dell'Umore.

D – Non sono soddisfatti i criteri per il Disturbo della Condotta, e, se il soggetto ha 18 anni o più, non risultano soddisfatti i criteri per il Disturbo Antisociale di Personalità.

Fattori di rischio

I fattori di rischio che favoriscono l'insorgenza del DOP:

- Essere abusato o trascurato
- Disciplina particolarmente severa o inconsistente.
- La mancanza di supervisione
- Genitori con una storia di ADHD, disturbo oppositivo provocatorio o problemi di comportamento.
- Instabilità familiare.
- Cambiamenti stressanti che inficiano il senso di coerenza di un bambino aumentano il rischio di comportamento dirompente.

Terapia

L'**intervento cognitivo-comportamentale** per i bambini e gli adolescenti con problemi di condotta e di aggressività è basato su un modello socio-cognitivo scientificamente fondato, relativo alle modalità di elicitazione della rabbia nei bambini con PAC e ai processi attraverso i quali questa sfocia in risposte aggressive. Nel modello in questione si opera una distinzione tra deficit cognitivi, che si riferiscono a inabilità in specifiche attività cognitive, e le distorsioni cognitive, che si riferiscono, invece, alle percezioni erranee e/o disfunzionali dei soggetti con problemi di aggressività. Tale modello socio-cognitivo rende evidente il fatto che, quando il bambino incontra uno stimolo potenzialmente attivante la rabbia, sono soprattutto i processi di percezione e di valutazione che questi compie ad influenzare le sue reazioni emozionali e fisiologiche, piuttosto che l'evento in quanto tale.

Queste percezioni e valutazioni possono essere accurate o inaccurate e, in larga parte, sono influenzate dalle iniziali aspettative del soggetto, che filtrano la percezione della situazione e orientano l'attenzione selettiva a specifici aspetti, o stimoli, dell'evento attivante. Se il bambino ha interpretato l'evento come minaccioso, provocatorio o frustrante, egli sperimenterà un'attivazione neurovegetativa intensa e successivamente ingaggerà in un set di attività cognitive, dirette a decidere circa un opportuno corso di azione per rispondere all'evento stesso, altamente influenzate dalla valutazione iniziale e dal relativo arousal.

L'**arousal interno**, infatti, ha un'interazione reciproca con i processi di valutazione del bambino, dal momento che egli deve interpretare ed etichettare le connotazioni emotive di tale attivazione neurovegetativa e, inoltre, a causa del fatto che l'accresciuta attivazione emotiva focalizza l'attenzione del bambino soprattutto sugli

stimoli associati con possibili minacce, egli tenderà molto frequentemente a sentirsi arrabbiato.

Questi tre insiemi di attività interne – (1) percezione e valutazione, (2) attivazione neurovegetativa e (3) problem-solving interpersonale – contribuiscono alle risposte comportamentali del bambino e alle successive conseguenze che egli elicitava da parte dei coetanei e degli adulti e che sperimenta internamente come auto-valutazioni. Le reazioni da parte delle altre persone possono poi diventare degli eventi stimolo, che danno vita ad un nuovo ciclo, attraverso circuiti di feedback, diventando ricorrenti unità comportamentali, collegate tra loro.

Non di rado può essere utile concentrare l'attenzione sulle cognizioni dei genitori e degli insegnanti piuttosto che su quelle dei bambini. In generale, i genitori possono fare attribuzioni pessimistiche riguardo al locus of control del problema, la sua stabilità e la sua possibile risoluzione. Per esempio, le madri di bambini con problemi comportamentali tendono a credere che la causa (e di conseguenza la soluzione) delle difficoltà del figlio riguardi il bambino e non il genitore o l'interazione tra l'uno e l'altro. Le attribuzioni materne, infatti, tendono a focalizzarsi su caratteristiche stabili e disposizionali del bambino, come spiegazione primaria delle sue difficoltà. Le madri potrebbero pensare, per esempio, (a) che i loro bambini siano responsabili dei loro comportamenti; (b) che il bambino intenzionalmente si comporti male manifestando rabbia o ripicche/dispetti nei confronti dei genitori e (c) che i problemi del bambino siano relativamente non modificabili o incontrollabili.

In altre parole, i genitori dei bambini con tali problemi potrebbero non accettare facilmente la premessa che le loro pratiche genitoriali abbiano giocato un ruolo importante nello sviluppo dei problemi o che possano essere usate per modificare l'attuale situazione. Inoltre, alcuni genitori non si sentono competenti o capaci di fronteggiare il comportamento del bambino e sperano che il terapeuta si assuma la piena responsabilità di aiutare il figlio. In altri casi, alcuni genitori ritengono che i problemi del bambino siano totalmente causati da loro, perché non sono bravi genitori.

Le attribuzioni genitoriali negative e pessimistiche sono da tenere in debito conto, dal momento che, non solo generano stati emotivi negativi nei genitori (per esempio rabbia e frustrazione), ma li inducono anche ad assumere delle pratiche disciplinari fallimentari o peggiorative.

<http://www.apc.it/disturbi-eta-evolutiva/disturbo-oppositivo-provocatorio>