



UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

2022/2023

TESI DI LAUREA

**“DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO: EZIOLOGIA, PRODROMI E
TRAIETTORIE EVOLUTIVE”**

DOCENTE 1° relatore:

Prof.ssa Stefania Cristofanelli

CANDIDATO: 20 D03 234, Elisa Sgovio

SOMMARIO

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO I – INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO DEL DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO	1
1.1 IL DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO SECONDO IL DSM-5	5
1.2 IL DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO SECONDO IL PDM	9
CAPITOLO II - BASI EZIOLOGICHE E FATTORI DI RISCHIO.....	14
2.1 L'AGGRESSIVITÀ: NORMALITÀ VS PATOLOGIA	14
2.2 LO SCENARIO CONTEMPORANEO.....	16
2.2.1 STILI GENITORIALI - EDUCATIVI	18
2.3 GLI SPASMI AFFETTIVI: ALL'ORIGINE DEL CICLO COERCITIVO.....	20
2.4 ATTACCAMENTO E CARENZE MATERNE	24
2.4.1. LA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO	24
2.4.2 L'ATTACCAMENTO COME FATTORE DI RISCHIO E DI PROTEZIONE	27
2.5 FATTORI DI RISCHIO AMBIENTALI E INTERPERSONALI.....	32
2.6 FATTORI FUNZIONALI INFANTILI: TEMPERAMENTO	33
CAPITOLO III - TRAIETTORIE EVOLUTIVE	37
3.1 CONTINUITÀ OMO TIPICA DEL DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO	40
3.2 CONTINUITÀ ETEROTIPICA DEL DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO	44
3.2.1 CONTINUITÀ ETEROTIPICA: TRAIETTORIA ESTERNALIZZANTE	44
3.2.2 CONTINUITÀ ETEROTIPICA: TRAIETTORIA INTERNALIZZANTE	50
CONCLUSIONE	53
BIBLIOGRAFIA	55
SITOGRAFIA.....	64

INTRODUZIONE

La letteratura riporta che il disturbo oppositivo provocatorio è uno dei disturbi clinici più diffuso tra i bambini e gli adolescenti (e.g. Liu et Al., 2021) e, in tal senso, costituisce una delle principali sfide per la salute pubblica per il Ventunesimo secolo (Angold & Costello, 2001).

Data la notevole diffusione del Disturbo Oppositivo Provocatorio, il presente elaborato si propone di delineare una panoramica della letteratura sullo stesso in un'ottica evolutiva. In particolare, dopo un attento inquadramento diagnostico attraverso il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali e il Manuale Diagnostico Psicodinamico per approfondire gli aspetti relativi al funzionamento interpersonale e sociale, verranno presi in esame gli aspetti relativi all'eziologia, ai fattori di rischio e, in un'ultima analisi, le traiettorie evolutive, ossia i principali esiti in adolescenza e in età adulta.

Il secondo capitolo approfondisce le basi eziologiche del disturbo oppositivo provocatorio procedendo dai fattori sociali, passando per quelli relazionali e psicologici, fino ad arrivare a quelli individuali. Viene prestata dunque attenzione ai fattori di rischio e ai prodromi in quanto, in accordo con la letteratura, la loro approfondita conoscenza è essenziale al fine di prevenire lo sviluppo completo del disturbo.

Infine, il terzo capitolo approfondisce le traiettorie evolutive del disturbo oppositivo provocatorio, ovvero i possibili esiti in adolescenza e in età adulta. In particolare, sarà oggetto di approfondimento la continuità omotipica, ovvero la stabilità dei sintomi nelle fasi di vita e la continuità eterotipica rispetto alla quale verranno distinte le due principali traiettorie: esternalizzante ed internalizzante.

CAPITOLO I - INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO DEL DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO

I problemi di comportamento e aggressività stanno gradualmente aumentando nel nostro Paese ed i bambini che sperimentano tali difficoltà sono a rischio di futuri comportamenti violenti, problemi di salute mentale, abbandono scolastico, abuso di sostanze, difficoltà lavorative, problemi familiari, relazionali e delinquenza giovanile e adulta (Aguilar et Al., 2000). Ad oggi, i comportamenti oppositivi e provocatori rappresentano le principali cause di presa in carico da parte dei servizi di salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza (PDM-2, 2018). A tal proposito, in accordo con quanto sostenuto dalla Dott.ssa Pandolfi (2010), è sempre più importante occuparsene tempestivamente in quanto, spesso, si rivelano i precursori dei fenomeni di aggressività e di violenza commessi da parte degli adolescenti e degli adulti, oltre che dei Disturbi di Personalità del Cluster B delineati dal DSM-5, tra i quali spicca il Disturbo Antisociale di Personalità. Una volta che un bambino inizia a mostrare i primi sintomi, una diagnosi tempestiva e la presa in carico da parte dei professionisti di salute mentale sono essenziali (Riley et Al., 2016)

Fin da queste prime righe risulta evidente l'attuale scenario della diffusione del Disturbo e la crescente preoccupazione in merito, anche e soprattutto alla luce della traiettoria che può seguire, qualora non si intervenga tempestivamente, come purtroppo spesso accade, anche alla luce di una evidente difficoltà diagnostica caratterizzante l'età evolutiva.

In merito a quest'ultimo punto, molti comportamenti conflittuali e provocatori possono essere considerati normali per i bambini, soprattutto in età prescolare, quando usano questa strategia relazionale come espressione di egoismo infantile e imparano a differenziare il Sé dagli altri (Spataro, 2012); possono essere anche considerati strumenti relazionali funzionali, in quanto permettono di apprendere le regole sociali e di sperimentare le prime forme di adattamento (ibidem). Il bambino durante lo sviluppo attraversa un periodo di instabilità che gli consente di

crescere mentalmente e fisicamente; quindi, in generale si tende a pensare a questi comportamenti e atteggiamenti "esternalizzanti" come normali. Tuttavia, se tale relazione con l'ambiente esterno continua nella fase successiva, può costituire un indicatore di patologia (ibidem). Come anticipato precedentemente, la diagnosi non è sempre un'operazione semplice, perché "spesso tra normalità e patologia esiste un confine molto sottile che diventa quasi impercettibile quando si analizzano i comportamenti del bambino" (Spataro, 2012). Come afferma Spataro il bambino molto piccolo con l'aggressività esprime l'egoismo infantile e questo corrisponde in un certo senso ad un processo fisiologico, che gli consente di crescere (2012). Con l'ingresso nel mondo della scuola, intorno ai 3-4 anni d'età, possono invece cominciare a comparire i primi segni del disturbo e, non più tardi dell'adolescenza, quando la traiettoria evolutiva si delinea in tal senso "il quadro è completo" (Spataro, 2012).

In ragione di quanto delineato fino ad ora, l'assessment del Disturbo Oppositivo Provocatorio è particolarmente complesso perché, oltre ad essere molto sottile il confine tra "normalità" e patologia, spesso il disturbo si presenta in comorbilità con il Disturbo da Deficit di attenzione/iperattività e condivide alcuni sintomi con altri disturbi classificati come "Disturbi del comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta" per i quali occorre eseguire una accurata diagnosi differenziale (DSM-5, 2013). In altre parole, un bambino con sintomi oppositivi provocatori dovrebbe ricevere una valutazione accurata e complessiva, perché possono essere presenti anche altri disturbi e potrebbe rivelarsi difficile ridurre l'oppositività, senza affrontare le difficoltà che possono influenzarne il comportamento (PDM, 2008).

In seguito a questa introduzione che fornisce un inquadramento generale del disturbo oppositivo provocatorio e delle criticità diagnostiche ad esso correlate, nei prossimi paragrafi seguirà un inquadramento diagnostico del disturbo in esame, facendo riferimento al DSM-5 e al PDM. In

primo luogo verrà riportata una descrizione della sintomatologia prototipica ed i relativi aspetti chiave facendo riferimento a quanto riportato dalla letteratura.

Il disturbo oppositivo provocatorio è un disturbo del comportamento dirompente caratterizzato da umore arrabbiato o irritabile, comportamento polemico o provocatorio e vendicatività da almeno sei mesi (Riley et Al., 2016). Inoltre, i bambini con tale disturbo presentano difficoltà nel controllo della rabbia e sono spesso disobbedienti e sfidano attivamente gli altri (ibidem).

La diagnosi avviene in età pre-adolescenziale, ma i primi segnali possono essere riscontrati già nella prima infanzia e in età prescolare (ibidem). I sintomi si manifestano inizialmente nell'ambiente familiare e, successivamente, si estendono anche ad altri contesti come la scuola e tra i pari (ibidem). A questo proposito, il disturbo oppositivo provocatorio diventa oggetto di attenzione clinica quando i sintomi sopracitati interferiscono con il funzionamento sociale e scolastico (Steiner & Remsing, 2007). Infatti, la letteratura (e.g. Paap et Al., 2013; Taylor et Al., 2006) riporta che i sintomi del disturbo oppositivo provocatorio, per loro natura, ostacolano l'interazione positiva con le figure autoritarie e con i pari. Rispetto al funzionamento sociale, come riportano Paap et Al., la mancanza di abilità sociali, i comportamenti antisociali e aggressivi che caratterizzano questi bambini, aumentano notevolmente il rischio di esclusione sociale (2013).

In merito al tasso di prevalenza, una revisione sistematica (Loeber et Al., 2000) ha rilevato un tasso tra l'1% e il 16 % e, inoltre, come riportano Riley et Al. (2016), si registra una maggiore diffusione tra i bambini che vivono in condizioni di povertà. In aggiunta, prima dell'adolescenza si registra una diffusione maggiore nei maschi rispetto alle femmine, anche se questa differenza di genere si stabilizza in adolescenza (Liu et Al., 2021; Riley et Al., 2016).

La letteratura ha evidenziato che tale disturbo può esitare in un Disturbo della Condotta in circa il 10% dei casi e, a tal proposito, si riporta che tutti i bambini che ricevono una diagnosi di disturbo della condotta, presentano una storia precoce di disturbo oppositivo provocatorio, ma

la maggior parte dei bambini con disturbo oppositivo provocatorio non sviluppa un disturbo della condotta (Boylan et Al., 2007).

Recenti studi si sono inoltre focalizzati sulla comorbidità tra disturbo oppositivo provocatorio e patologie internalizzanti, sottolineando una frequente comorbidità con disturbi d'ansia e depressivi (Boylan et Al., 2007). Questi risultati non sono particolarmente sorprendenti, in quanto soggetti con disturbo oppositivo provocatorio si annoiano facilmente, presentano problemi di regolazione affettiva e sono spesso descritti come irritabili e lunatici (ibidem). Recenti studi hanno distinto infatti due dimensioni principali del disturbo oppositivo provocatorio: una dimensione affettiva e due dimensioni comportamentali (Burke et Al., 2010, citati da Cavanagh et Al., 2017; Zachary & Jones, 2019). Rispetto alla prima dimensione, si riporta una significativa tendenza all'irritabilità, definita come predisposizione alla rabbia (Vidal-Ribas et Al., 2016) e alla permalosità (Cavanagh et Al., 2017). In merito all'aspetto comportamentale, una prima dimensione è l'ostinazione, infatti i bambini con disturbo oppositivo provocatorio non prendono atto delle regole, discutono frequentemente con gli adulti ed incolpano gli altri per i propri errori (Zachary & Jones, 2019). Una seconda dimensione riguarda la tendenza ad agire in modo offensivo nei confronti degli altri, ad esempio manifestando un comportamento dispettoso (ibidem). Burke et Al. (2010) hanno riportato che la componente comportamentale sarebbe maggiormente predittiva di un successivo sviluppo del disturbo della condotta. In particolare, secondo Stringaris et Al. (2009) la dimensione "ostinazione" è fortemente associata all'offensività non aggressiva ed è predittiva di un successivo sviluppo del disturbo della condotta (citati da Zachary & Jones, 2019). Invece, la dimensione "offensiva" è predittiva di un pattern di comportamenti aggressivi attuali e futuri (Stringaris et Al., 2009b, citati da Zachary & Jones, 2019). Infine, la dimensione affettiva è stata ampiamente associata a disturbi emotivi concomitanti e longitudinali e in particolare, Burke et Al. (2010) hanno riportato una significativa correlazione con la depressione e i disturbi

d'ansia. Infatti, è emerso che i soggetti appartenenti al sottotipo "irritabile" sono i più inclini a presentare ansia e depressione in adolescenza e in età adulta (ibidem).

In generale, adulti e adolescenti con una storia di disturbo oppositivo provocatorio hanno una probabilità superiore al 90% di essere diagnosticati con un altro disturbo nella loro vita e sono ad alto rischio di sviluppare problemi sociali ed emotivi, compresi il suicidio e il disturbo da uso di sostanze (Riley et Al., 2016). Per questo motivo, l'intervento precoce è fondamentale, proprio perché cerca di prevenire lo sviluppo di disordini comportamentali, abuso di sostanze e delinquenza che possono causare menomazioni sociali, professionali e accademiche per tutta la vita (ibidem).

1.1 Il Disturbo Oppositivo Provocatorio secondo il DSM-5

Il Disturbo Oppositivo Provocatorio viene descritto nel DSM-5 nella categoria dei "Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta". In generale, in questa categoria, sono collocati i disturbi che comportano problemi di autocontrollo delle emozioni e del comportamento, i cui problemi si manifestano attraverso una condotta che viola deliberatamente i diritti degli altri o che mette il soggetto in contrasto con le norme sociali o le figure che rivestono una qualche autorità (DSM-5, 2013). La categoria comprende il Disturbo Oppositivo Provocatorio, il Disturbo Esplosivo Intermittente, il Disturbo della Condotta, il Disturbo Antisociale di Personalità, la Piromania, la Cleptomania, e i Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli Impulsi e della condotta con altra specificazione e senza specificazione (ibidem). Ciò che differenzia i disturbi tra loro è la predominanza relativa ai problemi nei due tipi di autocontrollo sopracitati (ibidem). Questi disturbi tendono ad essere più comuni nei maschi che nelle femmine e tendono a manifestarsi per la prima volta durante l'infanzia o l'adolescenza (ibidem). Inoltre, come già evidenziato, molti dei pattern manifesti consistono in comportamenti che possono verificarsi, in certa

misura, durante il normale sviluppo (ibidem). Di conseguenza, per poter valutare se rappresentano effettivamente un disturbo, è necessario che la persistenza, la pervasività e la frequenza siano valutate in rapporto a ciò che è ritenuto normativo per l'età, il genere e la cultura (DSM-5, 2013).

Nel corso dei successivi capitoli, verranno approfonditi gli altri disturbi presenti all'interno della macro-categoria ed in particolare il Disturbo della Condotta, per il quale sarà necessario effettuare opportune specificazioni. In questa sede verrà invece presentata la nosografia descrittiva relativa al Disturbo Oppositivo provocatorio riportando i criteri diagnostici specificati dal DSM-5.

Criteri diagnostici del Disturbo Oppositivo Provocatorio secondo il DSM-5

A. Un pattern di umore collerico/irritabile, comportamento polemico/provocatorio o vendicativo che dura da almeno 6 mesi evidenziato dalla presenza di almeno quattro sintomi di qualsiasi tra le seguenti categorie, e manifestato durante l'interazione con almeno un individuo diverso da un fratello.

1. va spesso in collera;
2. è spesso permaloso o facilmente contrariato;
3. è spesso adirato e risentito
4. litiga spesso con le figure che rappresentano l'autorità o, per i bambini e gli adolescenti, con gli adulti
5. spesso sfida attivamente o si rifiuta di rispettare le richieste provenienti da figure che rappresentano l'autorità e le regole
6. spesso irrita deliberatamente gli altri;
7. spesso accusa gli altri per i propri errori o il proprio comportamento
8. è stato dispettoso o vendicativo almeno due volte negli ultimi 6 mesi

B. L'anomalia del comportamento è associata a disagio dell'individuo o di altre persone nel suo immediato contesto sociale (per es. famiglia, coetanei, colleghi di lavoro), oppure ha un

impatto negativo sul funzionamento in ambito sociale, educativo, lavorativo 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. Inoltre, non vengono soddisfatti i criteri per il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente.

In sintesi, la caratteristica essenziale del DOP è un pattern frequente e persistente di umore collerico/irritabile, di comportamento polemico/provocatorio o vendicativo (Criterio A). Il DSM-5 presenta inoltre alcuni criteri per valutare la gravità che può essere disposta lungo un continuum che va da lieve a grave (2013). In particolare, i sintomi possono essere limitati ad un unico ambiente (tipicamente la casa) e in questo caso parliamo di lieve gravità, anche se ciò non esclude la possibilità di risultare gravemente compromessi nel funzionamento sociale (ibidem). Invece, nei casi più gravi i sintomi del disturbo sono presenti in più ambienti (tipicamente casa e scuola). Di conseguenza, essendo la pervasività un indice di gravità, ai fini diagnostici è fondamentale valutare il comportamento rispetto a più ambiti e situazioni relazionali (ibidem).

Come accennato in precedenza, i sintomi possono, in una certa misura, manifestarsi in individui che non presentano questo disturbo, a tal proposito, il DSM-5 propone, innanzitutto, la necessità che venga superata la soglia diagnostica di quattro o più sintomi presenti nei 6 mesi antecedenti la valutazione (2013); inoltre la persistenza dovrebbe essere maggiore rispetto a quanto considerato normale in relazione all'età, al genere e alla cultura. Infatti, non è anomalo per i bambini in età prescolare mostrare scoppi di collera durante la settimana, ma è determinante la persistenza di tali scoppi d'ira, tutti i giorni, nel corso dei sei mesi precedenti in concomitanza con almeno tre dei sintomi riportati e in associazione ad una significativa compromissione (ad es. distruzione di proprietà altrui e conseguente richiesta di "espulsione" dalla scuola materna) (DSM-5, 2013).

In aggiunta i soggetti con questo disturbo presentano tipicamente vissuti egosintonici rispetto alla propria sintomatologia, ovvero non sono consapevoli delle caratteristiche che vengono attribuite loro, infatti non si considerano arrabbiati, oppositivi o sfidanti, ma tendono per lo più a giustificare il proprio comportamento come risposta a richieste o circostanze ambientali percepite come eccessive o inadeguate. Il DSM-5 sottolinea la difficoltà e spesso l'impossibilità di determinare se il comportamento del bambino sia una conseguenza o una causa, ad esempio, dell'ostilità dei genitori (2013). Tra i fattori temperamentali vengono annoverati problemi di regolazione emotiva, tra quelli ambientali pratiche educative rigide, incoerenti o negligenti da parte dei genitori e tra i fattori genetici un certo numero di marker neurobiologici, riscontrati anche per quanto riguarda il Disturbo della condotta (DSM-5, 2013). Inoltre, il DSM-5 riporta che il tasso di prevalenza del disturbo oppositivo provocatorio varia tra l'1% e l'11% della popolazione e si presenta spesso in comorbidità con il disturbo da deficit di attenzione/iperattività e con il disturbo della condotta (2013).

Infine, il disturbo oppositivo provocatorio è maggiormente prevalente negli ambienti domestici caotici o disturbati, in cui l'accudimento è caratterizzato dal susseguirsi di diversi caregiver, e nei quali prevalgono pratiche educative rigide, incoerenti e negligenti (ibidem). A questo proposito, la letteratura concorda sul fatto che il comportamento genitoriale influenza significativamente la possibilità di sviluppare disturbi della condotta in futuro (Yu et Al., 2021). In conclusione, risulta opportuno ribadire che i primi sintomi del Disturbo Oppositivo Provocatorio compaiono, solitamente, durante l'età prescolare e raramente oltre la prima adolescenza (DSM-5, 2013). Quando i sintomi persistono durante lo sviluppo, gli individui sperimentano frequentemente conflitti e ciò tendenzialmente può comportare una serie di ripercussioni a livello del funzionamento relazionale e dell'adattamento emotivo, sociale, scolastico e lavorativo (ibidem).

Come sottolineato dalla letteratura di riferimento, spesso il disturbo oppositivo provocatorio precede il successivo sviluppo del disturbo della condotta a cui si associa anche il rischio di sviluppare disturbi emotivi, quali disturbi d'ansia e il disturbo depressivo maggiore. Questa differente traiettoria evolutiva sarà oggetto di analisi nel corso del terzo capitolo.

1.2 Il disturbo oppositivo provocatorio secondo il PDM

Facendo riferimento al *Manuale diagnostico psicodinamico*, nel presente paragrafo si riporta la descrizione prototipica del disturbo in esame, a partire dalla breve, ma efficace, esemplificazione clinica proposta dal PDM (2008).

“David, di sei anni, era la personificazione della parola negativismo. Sensibile ai suoni, ai sapori, al contatto e ai movimenti nello spazio, cercava di controllare ogni aspetto della propria vita: indossava solo abiti di cotone morbido e mangiava solo cibi attentamente selezionati. I suoi genitori, persone per certi versi autoritarie, cercavano di costringerlo a fare ciò che volevano, cosa che scatenava lotte di potere ancora più intense, scoppi di rabbia e rifiuti di cooperare a scuola o a casa. David non riusciva ad affermarsi in modo costruttivo né a rappresentare i propri sentimenti per mezzo delle parole o del gioco del “far finta”, tranne per ciò che riguardava i temi del dominio e della rabbia. Quando i genitori avevano iniziato a mostrarsi più flessibili, a empatizzare con le preoccupazioni del figlio e a essere attenti e gentili, oltre che fermi, nel porgerli dei limiti, David aveva iniziato a migliorare [...]” (PDM, 2008, pag. 283).

Il PDM, in accordo con quanto presentato nel DSM-5, ribadisce, in primo luogo, che comportamenti provocatori, ostili e non cooperativi destano seria preoccupazione nel momento in cui si configurano come un pattern continuo, frequente e consistente e quando interferiscono con i pattern adattivi in diverse aree della vita del bambino (2008). Infatti, i bambini dai 4 agli 11 anni, vengono spesso presi in carico dal servizio psichiatrico, proprio perché il loro

comportamento disturba o preoccupa genitori ed insegnanti (PDM-2, 2018). Viene ribadito, inoltre, il fatto che si tratta di uno dei disturbi più diffusi nell'infanzia e giunge spesso all'attenzione clinica per l'associazione ad ulteriori condizioni che destano seria preoccupazione, tra le quali i disturbi dell'apprendimento e problemi nei vari ambiti di vita quotidiana: familiari, sociali e scolastici (ibidem).

Il disturbo oppositivo provocatorio, presentando una sintomatologia decisamente eterogenea tra i vari soggetti, può essere scomposto in tre sottotipi che ne mettono in luce il pattern di comportamento caratterizzante: *irritabile*, *ostinato* e *vendicativo* (PDM-2. 0/18, 2018). Il sottotipo "irritabile" va spesso in collera, è permaloso o contrariato, è adirato o risentito; il sottotipo "ostinato" litiga spesso con gli adulti o figure d'autorità, sfida attivamente e si rifiuta di rispettare le regole imposte, irrita deliberatamente gli altri e accusa gli altri per il proprio comportamento; infine, il sottotipo "vendicativo" è rappresentato da comportamenti di vendetta o fortemente dispettosi (ibidem).

Recenti sviluppi, inoltre, hanno messo in luce un'associazione piuttosto forte tra il disturbo oppositivo provocatorio e i disturbi dell'umore, soprattutto per quanto riguarda il sottogruppo "irritabile" (PDM-2, 2018). A tal proposito, in merito alla continuità, i bambini appartenenti a quest'ultimo sottotipo tenderebbero a sviluppare un disturbo dell'umore, mentre il sottogruppo "ostinato" e "vendicativo" risulterebbe maggiormente a rischio di sviluppare un disturbo oppositivo provocatorio (ibidem). Questo aspetto permette di chiarire il motivo per il quale, ad oggi, diversi autori, tra i quali *Cavanagh, Quinn e Duncan* (2014), preferiscono definire il disturbo oppositivo provocatorio come "Disturbo della disregolazione emotiva" (citati in PDM-2, 2018). Questo aspetto dell'autoregolazione, che nel PDM (2008) viene solo citato, trova ampia trattazione nel PDM-2 0/18, che riporta come i comportamenti dirompenti e oppositivi nella prima infanzia debbano essere considerati come il risultato di un sistema disturbato di regolazione emotiva (2018). Infatti, i meccanismi alla base del controllo del comportamento

sarebbero strettamente intrecciati al sistema di regolazione delle emozioni, dell'attenzione, del controllo degli impulsi e delle funzioni esecutive (ibidem). Tali meccanismi sarebbero, inoltre, legati a competenze acquisite precocemente dal neonato e che nel corso dello sviluppo acquistano una maggiore complessità, conducendo, in condizioni favorevoli, alla strutturazione di quei processi impliciti di regolazione emotiva alla base di un funzionamento sano (ibidem). Il fallimento di questi processi conduce, invece, a comportamenti incontrollabili, aggressivi e disadattivi che costituiscono i precursori dei disturbi esternalizzanti nella seconda infanzia e a seguire nell'adolescenza (ibidem). Insomma, secondo studi recenti, i bambini con disturbo oppositivo provocatorio presenterebbero un deficit nel sistema di regolazione delle emozioni (ibidem). Ai fini di una maturazione adeguata dei processi di regolazione emotiva risulterebbe cruciale la "goodness of fit" tra neonato e caregiver e in particolare una risposta adeguata ai segnali del bambino (ibidem). In termini pratici, di fronte a segnali di rabbia o di irritazione, il genitore tende a reagire in due differenti modi: in modo eccessivamente punitivo oppure restando impassibile, senza un'espressione sul volto (ibidem). Non di rado, inoltre, il bambino può trovarsi in assenza di una regolazione "sensibile", reciproca e coerente, che va ad ostacolare il centrale passaggio dalla regolazione interpersonale a quella intrapersonale, grazie alla quale, il bambino, avendo interiorizzato i processi regolatori, diventa capace di auto-regolare le sue emozioni e il suo comportamento, evitando la messa in atto di difese disadattive, come i comportamenti aggressivi o i crolli difensivi che spesso si manifestano con scatti di rabbia incontrollati e disorganizzati (PDM-2, 2018).

Il PDM evidenzia inoltre un aspetto, cui non viene prestata particolare attenzione nel DSM-5, relativo alla questione del controllo. Molti genitori, infatti, dichiarano che questi bambini necessitano di esercitare un controllo eccessivo sul proprio ambiente, comportamento che naturalmente suscita una serie di "battaglie" per il controllo dei vari aspetti della propria vita (PDM, 2008). Questo aspetto è lampante nel caso clinico riportato: "Cercava di controllare ogni

aspetto della propria vita: indossava solo abiti di cotone morbido e mangiava cibi solo attentamente selezionati” (PDM, 2008, pag. 283).

Il PDM, oltre alla distruttività esplicita dei bambini oppositivi, evidenzia anche la presenza di sentimenti di demoralizzazione, risentimento, dubbi e odio verso sé stessi (2008). Tali sentimenti emergerebbero probabilmente dal sentirsi costantemente incompresi, non rispettati e reputati indegni da un punto di vista morale (ibidem). È probabile, dunque, che vi sia uno stato persistente di allarme orientato a preservare la propria autostima e il valore di sé e che i propri sforzi, per proteggere l’immagine di sé, li rendano più euforici ed eccitati, che ansiosi (ibidem). A tal proposito, un interessante studio ha approfondito la relazione tra narcisismo (in quanto tratto dimensionale), autostima e problemi di condotta (Muratori et Al., 2020). Nello specifico, il narcisismo in questo senso, rappresenta un processo di personalità volto a creare, mantenere e migliorare le opinioni di sé favorevoli (ibidem). Inoltre, sebbene la visione di sé sia apparentemente grandiosa, in realtà è instabile e per questo motivo, quando non ricevono l’ammirazione e l’attenzione desiderata, possono diventare aggressivi o arrabbiati, anziché inibiti (ibidem). Infatti, il PDM sottolinea come i bambini con disturbo oppositivo provocatorio sperimentano una continua disapprovazione che può esporli al rischio di erosione del senso di coesione del sé rendendoli maggiormente vulnerabili alle ferite narcisistiche e alla disorganizzazione (2008). Ci sono dunque ampie prove che il narcisismo infantile possa essere associato a comportamenti aggressivi e potenzialmente alla base dello sviluppo di problemi di condotta (Muratori et Al., 2020).

Nel PDM-2, viene sottolineato l’aspetto egosintonico dei vissuti e pertanto la non consapevolezza da parte del bambino rispetto ai propri comportamenti problematici e soprattutto rispetto alle conseguenze delle proprie azioni: dal punto di vista del bambino il problema è la richiesta di conformità proveniente dall’ambiente esterno (2018). Dunque, anche

se dovessero manifestare rimorso, si percepirebbero primariamente come vittime di ingiustizia (ibidem).

In conclusione, come riportato precedentemente, le relazioni sociali tendono ad essere danneggiate dai comportamenti distruttivi, prepotenti e oppositivi e la disapprovazione non può far altro che alimentare un circolo vizioso per cui tendono a manifestare, con sempre maggior persistenza, atteggiamenti ribelli e provocatori (PDM-2, 2018). Di conseguenza, il PDM-2, evidenzia che i bambini con il disturbo oppositivo provocatorio sono fortemente a rischio di sperimentare il rifiuto da parte dei pari non devianti, tendendo, invece, ad unirsi a gruppi di coetanei emarginati (2018). La tendenza ad unirsi a compagnie devianti è stata considerata dalla letteratura come uno dei principali fattori precipitanti alla condotta delinquenziale (Liu et Al., 2021; Paap et Al., 2013; Dodge et Al., 2008). Questo aspetto, rappresentando uno dei possibili esiti del disturbo oppositivo provocatorio, verrà ampiamente discusso nel capitolo relativo alle traiettorie evolutive.

CAPITOLO II - BASI EZIOLOGICHE E FATTORI DI RISCHIO

“L’unità della famiglia comunica al bambino una sicurezza di cui egli non può assolutamente fare a meno, e di cui il bambino piccolo non può essere privato senza che ciò interferisca con il suo sviluppo emozionale e gli causi un impoverimento della personalità e del carattere”.

D.W. Winnicott (1986)

2.1 L’aggressività: normalità vs patologia

Nel corso dello sviluppo la questione dell’aggressività assume un ruolo centrale ma è un tema particolarmente complesso, in quanto strettamente correlato alla strutturazione del Sé e della personalità, al mondo interno e alla possibilità di relazioni oggettuali sane (Verde et Al., 2007). In altre parole, l’aggressività infantile, in quanto meccanismo di sopravvivenza, è innanzitutto un mezzo di affermazione del Sé, con il fine primario di sopravvivere attraverso la relazione (Ibidem). Infatti, comunemente, il termine aggressività si associa a concetti decisamente negativi, come quello di violenza o di dolore; in realtà, in natura, l’aggressività animale si presenta come indispensabile per la sopravvivenza della specie, svolgendo un’importante funzione di regolazione delle relazioni e favorendo l’adattamento all’ambiente (Baldoni, 2015). In proposito, un’analisi etimologica della parola “aggressività” (dal latino “*aggredior*”) ci permette di riflettere sul fatto che il significato del termine non è solo quello di “aggreire”, ma anche “andare verso”, “intraprendere” e “cercare di ottenere” (Ibidem). Da questo punto di vista, risulta dunque evidente nel bambino che l’aggressività risulta una *conditio sine qua non* per “cercare di ottenere la propria indipendenza”, intesa in termini di strutturazione del proprio Sé e della personalità. In generale, riprendendo le parole del Dr. Verde, è possibile affermare

che: “La definizione di sé, la strutturazione del Sé attraverso le relazioni, la separazione, l'individuazione, la soggettivazione, l'indipendenza e l'autonomia sono acquisizioni evolutive [...] *che richiedono* una modulazione dell'aggressività che permetta il mantenimento di relazioni interpersonali e interdipendenti sane e soddisfacenti” (2007).

Per concludere questa breve introduzione sull'aggressività, è ampiamente documentato che essa risulti indispensabile per la sopravvivenza; tuttavia, un'esperienza continua e persistente di mancata sintonizzazione, da parte del caregiver, può alterare la declinazione più o meno ostile dell'aggressività. Naturalmente, sono molteplici i fattori che nel corso dello sviluppo possono aumentare la probabilità di sviluppare, durante l'infanzia, un disturbo del comportamento che, se non adeguatamente trattato, può persistere ed evolvere in un Disturbo Antisociale di Personalità in età adulta (Pandolfi, 2010). Attualmente la letteratura considera come fattori di rischio una scarsa sintonizzazione e una carente disponibilità emotiva genitoriale verso il bambino ed un continuo fraintendimento delle sue manifestazioni infantili (Verde, 2007). Tutti questi aspetti, nel corso del tempo, possono condurre ad una minore capacità di tollerare la tensione e di maturare competenze di autoregolazione (ibidem).

Gli studiosi dell'attaccamento considerano la sensibilità genitoriale come fondamentale per lo sviluppo sano della personalità (Del Re, 2017). A tal proposito, Bowlby nel 1988 ha affermato: “Ad un certo punto della loro vita [...] la maggior parte degli esseri umani desidera avere dei bambini e desidera anche per i propri figli che crescano sani, felici e fiduciosi di sé [...]. Impegnarsi a fare i genitori significa perciò mirare in alto [...]. Essere genitore di successo significa lavorare molto duramente” (Bowlby, 1988). La genitorialità rimanda dunque al prendersi cura dei propri figli, soddisfacendone i bisogni fisici e i bisogni psicologici (Bornstein 1995, citato da Del Re, 2017). La letteratura (e.g. Lambruschi e Lionetti, 2015), riporta che prendersi cura dei propri figli significa adempiere ad una funzione affettiva e ad una funzione educativa, dove con la prima si intende la capacità di fornire calore, affetto ed accettazione,

riassumibili nel concetto di “sensibilità”; rispetto alla seconda, invece, si fa riferimento alla gestione delle regole e alla trasmissione di un modello di comportamento adattivo e socialmente accettato (citati da Del Re, 2017). Dunque, in termini evolutivi, amare ed educare, contribuiscono entrambe allo sviluppo sano della personalità dell’individuo (Del Re, 2017).

2.2 Lo scenario contemporaneo

Un’analisi approfondita dello scenario contemporaneo permette di evidenziare una molteplicità di fattori di rischio sociali, tra i quali la genitorialità e, in particolare, gli stili educativi, i quali possono essere potenzialmente associati all’incremento di bambini con disturbo oppositivo provocatorio. A questo proposito, è ampiamente condiviso che lo sviluppo del bambino è influenzato da molteplici fattori individuali, familiari e sociali e, tra questi, la genitorialità assume un ruolo significativo (Reid et Al., 2015). Quest’ultima, infatti, ha un’influenza notevole in svariati ambiti: sociale, psicologico, scolastico e comportamentale (ibidem). In particolare, alcune variabili genitoriali, come il calore e il sostegno, il controllo psicologico, il supporto all’autonomia e la gestione comportamentale, sono altamente associate ai problemi esternalizzanti e sociali nei bambini (ibidem).

Le pratiche genitoriali subiscono una notevole influenza da parte dell’evoluzione, della cultura e delle istituzioni sociali e politiche e, contemporaneamente, i genitori sono sempre più esposti ai messaggi contraddittori veicolati dai media sulla genitorialità (ibidem). Questi fattori non fanno altro che alimentare l’ambiguità rispetto alla “buona genitorialità” e alle strategie comportamentali e disciplinari più idonee (ibidem).

Un ulteriore aspetto da sottolineare riguarda le nuove tendenze sociali. A questo proposito, la letteratura (e.g. Baldoni, 2015) riporta che qualche decennio fa i cambiamenti nelle condizioni di vita avvenivano in modo più lento e i modelli socioculturali erano ampiamente condivisi. Ad oggi, la possibilità per i giovani di imparare dalle generazioni precedenti è limitata, in quanto

la struttura familiare tradizionale ha subito profondi cambiamenti (Reid et Al. 2015; Baldoni, 2015); infatti, a partire dagli anni '70, il numero delle donne nella forza lavoro è aumentato vertiginosamente, le condizioni di benessere generale sono aumentate (Reid et Al., 2015), il numero delle nascite è in diminuzione, sono sempre meno gli anziani che vivono con i figli (Baldoni, 2015) e il divorzio rappresenta un fenomeno di massa (Spremo, 2020). Inoltre, a causa dei lunghi anni scolastici e della disoccupazione, la dipendenza dei bambini dai genitori è cresciuta in modo esponenziale, il che ha modificato in modo significativo il ciclo di vita naturale della famiglia (Baldoni, 2015). Precedentemente, sono stati approfonditi i bisogni che dovrebbero essere soddisfatti dalla genitorialità, cioè i bisogni fisici e psicologici. In questo scenario, Reid et Al. (2015), in accordo con Baldoni (2015), sottolineano che i genitori contemporanei, rispetto a quelli delle generazioni precedenti, sembrano investire più tempo nel lavoro per occuparsi delle necessità materiali dei loro figli e, di conseguenza, trascorrono meno tempo ad interagire e ad affrontare i loro bisogni emotivi. Questa tendenza non ha però ricevuto particolare attenzione in letteratura. Al contrario, un consistente corpus di ricerche ha evidenziato una notevole influenza degli stili educativi sul comportamento esternalizzante e quest'associazione viene trattata nel paragrafo successivo.

Per concludere, gli studi di psicologia dello sviluppo, hanno ampiamente mostrato la propedeuticità di un contatto prolungato madre-bambino allo sviluppo sano del bambino, ma questo risulta limitato nel momento in cui la permanenza a casa per maternità non è assolutamente incentivata (Baldoni, 2015). La madre di oggi non può dedicare sé stessa esclusivamente al bambino, e questo già in fase di allattamento, facendo sì che si manifestino, in modo non sempre così accentuato, i sintomi di quella che Renè Spitz chiamava “sindrome da ospedalizzazione” (ibidem). Ad oggi, questa sindrome è ormai quasi sconosciuta, ma i suoi assunti in termini di carenze affettive possono essere considerati validi: “Privare i bambini delle relazioni oggettuali nel primo anno di vita è un importante fattore dannoso che produce gravi

turbe emotive. In tal caso i bambini offrono un quadro impressionante, come se fossero stati privati di qualche elemento vitale di sopravvivenza [...]” (Spitz, 1965; citato da Stroppa, 2019, p. 2).

Infine, in un’analisi dello scenario contemporaneo, è fondamentale non trascurare il ruolo significativo esercitato dai messaggi di violenza e di prevaricazione continuamente trasmessi dai programmi televisivi, dai film e dai videogame, che sempre più incoraggiano un linguaggio volgare e inappropriato (Baldoni, 2015).

2.2.1 Stili genitoriali - educativi

Rientrano nello scenario contemporaneo gli stili genitoriali-educativi ad oggi prevalenti nella maggior parte delle famiglie. La letteratura (e.g. del Puerto-Golzarri et Al., 2022) riporta che lo stile genitoriale è un fattore che influenza il comportamento aggressivo dei bambini, anche perché il loro processo di socializzazione inizia con i loro genitori. È ampiamente documentato che lo stile genitoriale influenza la crescita psicologica dei bambini, lo sviluppo della personalità e la regolazione comportamentale, avendo un effetto positivo o negativo, a seconda dello stile specifico adottato (del Puerto-Golzarri et Al., 2022; Masud et Al., 2019). In accordo con la Teoria degli stili genitoriali di Baumrind (1971), è possibile distinguere tre tipologie di stili principali: *autoritario*, *autorevole* e *permissivo* (citato da Masud et Al., 2019). Ciascuno stile è direttamente o indirettamente legato alla crescita psicologica, ma lo stile autoritario sembrerebbe essere quello maggiormente legato all’aggressività (Masud, 2019). Nello specifico, nella genitorialità autoritaria, i bambini sono tenuti a rispettare le regole stabilite dai genitori e la trasgressione si traduce facilmente in una punizione (Azimi et Al., 2012). In altre parole, questi genitori hanno esigenze particolarmente elevate ma non sono responsivi nei confronti dei figli: si aspettano che i loro ordini vengano rispettati senza fornire spiegazioni (ibidem). In generale, i bambini con questo stile, mostrano una scarsa competenza sociale, data

la loro limitata possibilità di scelta e, inoltre, nel caso in cui le richieste risultassero troppo elevate, il bambino potrebbe ribellarsi e addirittura scappare (ibidem). La letteratura (e.g. Kuppens & Ceulemans, 2019) riporta anche un'incidenza dello stile permissivo sul comportamento aggressivo infantile. Questo stile genitoriale si caratterizza per la mancanza di richieste e di limiti ai propri figli, infatti, spesso si tende a considerarli genitori particolarmente indulgenti, assumendo più uno status di amico che di genitore (ibidem). Spesso, lo stile permissivo si traduce in una bassa autostima e una scarsa capacità di auto-regolazione (ibidem). Sempre in accordo con Baumrind (1971), nello stile autorevole, così come in quello autoritario, i genitori si aspettano che i figli obbediscano alle regole, però sono maggiormente sensibili e disposti a fornire spiegazioni (citato da Azimi et Al., 2012). In sostanza, i loro metodi disciplinari sono maggiormente democratici e supportivi, piuttosto che punitivi (Azimi et Al., 2012).

Da questi studi (e.g. Azimi et Al., 2012; del Puerto-Gozzarli et Al., 2022) si può concludere che i disturbi del comportamento sono preminenti nei bambini in cui i genitori applicano regole particolarmente severe, rispetto a quelli, i cui genitori, sostengono i figli e sono meno ostili nei loro confronti (Kim et Al., 2003). Nello specifico, August et Al., in merito alla persistenza dei sintomi di disturbo oppositivo provocatorio e disturbi della condotta, hanno trovato una significativa influenza di pratiche genitoriali negative (1999; citati da Kim et Al., 2003).

Quando il comportamento del bambino è distruttivo al punto da rappresentare un problema, spesso i genitori non sono in grado di porre dei limiti e fornire una struttura di contenimento adeguata (PDM, 2008). Quindi, a fronte di un bambino costituzionalmente vivace, che tende ad esaurire le risorse di un caregiver, quest'ultimo può facilmente diventare non-reattivo o iper-reattivo (ibidem). A fronte di rabbia, ostilità e aggressività il genitore, mostra un viso quasi inespressivo o diventa eccessivamente punitivo e non è raro che i genitori reagiscano in maniera ambivalente (ibidem). Di conseguenza, “se l'ambiente immediatamente circostante del

bambino non fornisce né calore né limiti fermi e coerenti, o se i limiti vengono imposti in modo incostante, arbitrario e punitivo, allora la ricerca di sensazioni del piccolo può assumere una qualità rabbiosa con acting out indiscriminati e aggressivi” (PDM, 2008, p. 369). In aggiunta, i comportamenti dirompenti emergono spesso quando il bambino impara a camminare (Ibidem); infatti, se fino ai sei-sette mesi i genitori approvano tutto quello che il bambino compie, successivamente, quando incomincia ad esplorare il mondo, i genitori devono limitare le sue azioni e pronunciare i primi “no” (Spataro, 2012). Questi limiti generano un alto grado di rabbia e di frustrazione ed il bambino di fronte ad essi si oppone, in quanto i limiti sono vissuti come un impedimento alla conquista della propria autonomia (ibidem). Può dunque reagire urlando, diventare particolarmente irrequieto e rivolgersi a cose e persone in maniera aggressiva (Ibidem).

2.3 Gli spasmi affettivi: all’origine del ciclo coercitivo

In questo paragrafo vengono trattati gli spasmi affettivi e, in riferimento alla Teoria coercitiva di Patterson, si ipotizza una dimensione prodromica in relazione al disturbo oppositivo provocatorio.

Lo spasmo affettivo è un disturbo psicosomatico infantile che, tipicamente, si manifesta tra i 6 e i 18 mesi ed è caratterizzato da una perdita di coscienza breve, dovuta ad anossia cerebrale (Marcelli, Cohen, 2012). Un recente studio epidemiologico, riporta una prevalenza del disturbo pari al 5,9% in una popolazione di bambini tra gli 0 e i 3 anni d’età (Subbarayan et Al., 2008) È opportuno distinguere le due forme che può assumere lo spasmo affettivo:

- *Forma pallida*, in cui il bambino lancia un breve grido, impallidisce e perde conoscenza, si caratterizza di una sincope causata da un improvviso dolore, paura ed emozioni molto intense (Marcelli, Cohen, 2012).

- *Forma blu*, la più frequente, causata da un eccessivo e irrefrenabile pianto in seguito ad un rimprovero, una frustrazione o un dolore. In questo caso, il bambino singhiozza ed il suo respiro accelera a tal punto da bloccarlo in inspirazione forzata, compare una cianosi e il bambino perde conoscenza (ibidem).

In entrambi i casi, sebbene più frequentemente nella forma pallida, la perdita di conoscenza si associa a movimenti clonici degli arti e alla revulsione dei globi oculari (Ibidem). Entrambe le forme sono involontarie anche se, in alcuni casi, si tratta di brevi periodi di apnea volontaria del bambino, che terminano solo quando il bambino ha ottenuto ciò che desidera (Sulkes, 2023).

A questo proposito, sul piano psicologico, Cohen e Marcelli, mettono in luce un aspetto temperamentale decisamente rilevante: nella forma blu, i bambini sono energici, attivi, facilmente oppositivi, collerici e dominatori; nella forma pallida, i bambini appaiono impauriti, timidi e dipendenti (2012). Inoltre, sebbene si tratti di manifestazioni totalmente benigne e prive di qualunque conseguenza sul piano neurologico, sono decisamente angosianti e spaventosi sia per il bambino che per il caregiver (Bjerring et Al., 2020). Non è raro che le si osservi solo in presenza di certi membri della famiglia, tipicamente con la madre (ibidem). Quest'ultimo aspetto è fortemente significativo: "L'angoscia che costei (la madre) prova la conduce ad un comportamento di previdenza, vale a dire di sottomissione, per evitare lo spasmo evocatore di morte del figlio. Quest'ultimo trarrà presto da questa paura dei benefici secondari che andranno ad alimentare una megalomania riconfermata continuamente dalle nuove crisi" (Marcelli e Cohen, 2012, p. 337). Si pensa, infatti, che il bambino impari molto precocemente la possibilità di un controllo cosciente della respirazione (ibidem), può dunque utilizzare lo spasmo affettivo (forma blu) per ottenere ciò che desidera, sfruttando la naturale reazione angosciata della madre, che per evitare "la morte" del figlio, sarà "incentivata" a limitare i rimproveri e ad evitare la frustrazione del figlio. È proprio questo il beneficio secondario: il bambino tenderà a provocarsi

“volontariamente” uno spasmo affettivo, consapevole della paura che esso genera nella madre, la quale sarà disposta a tutto pur di evitare che questo ne provochi la morte.

Un’interessante review, basata sulle evidenze attuali, ha riportato questo aspetto fin qui spiegato: lo spasmo affettivo può essere sintomo di una relazione madre-bambino disturbata ed essendo la maggior parte degli attacchi scatenati da fattori emotivi come la rabbia o la paura, è possibile che il bambino li utilizzi come un dispositivo manipolatorio (Leung et Al., 2019).

È possibile dunque ipotizzare una possibile traiettoria evolutiva verso il disturbo oppositivo provocatorio perché, anche se gli spasmi affettivi tendenzialmente scompaiono verso i tre anni, il bambino avrà già acquisito una certa megalomania, che tenderà a manifestare opponendosi con forza alle regole e ai limiti imposti, mostrando ira e collera di fronte ad essi. A questo proposito, Lombroso e Leman, hanno rilevato una caratteristica psicologica costante in questi bambini: alcuni tratti tipici della forma cianotica, indicherebbero un’elevata tendenza all’opposizione e alla rabbia (1967; citati da Bernabei et Al., 1996). Inoltre, questi bambini sono tipicamente energici e attivi, spesso tirannici e dominanti a livello caratteriale (ibidem).

Questo meccanismo è ben esplicitato dalla Teoria coercitiva di Patterson, che descrive un processo di reciproco rinforzo durante il quale il caregiver, inavvertitamente, rinforza il comportamento problematico del bambino, che a sua volta alimenta un’escalation che si protrae fino a quando l’interazione viene interrotta dalla “vittoria” di uno dei due partecipanti (Smith et Al., 2014). Il ciclo coercitivo, tendenzialmente, inizia quando il bambino reagisce con rabbia e ostilità ad una richiesta o regola avanzata dal caregiver, evocando in esso altrettanta rabbia e ostilità, spesso intensificata dall’escalation della coercizione (ibidem). In altre parole, si innesca un circolo vizioso in cui a fronte delle strategie disciplinari inefficaci in risposta al comportamento scorretto del bambino, si tende a facilitarne il comportamento di opposizione (Del Rè, 2017). Questi comportamenti, così difficili da gestire, possono indurre il genitore a "cedere" alle richieste del bambino rafforzando e radicalizzando un pattern di strategie

coercitive (Ibidem). Inoltre, quando le interazioni coercitive dominano all'interno della relazione caregiver-bambino, tendono a stabilizzarsi e ad essere utilizzate anche in ulteriori contesti sociali, ad esempio a scuola e con i pari (Smith et Al., 2014).

Insomma, se il bambino, non ancora acquisita la capacità di linguaggio, utilizza il corpo come via privilegiata per manifestare il suo disagio, ed in questo caso un'intolleranza alla frustrazione, crescendo può reagire con scoppi di collera, opposizione e aggressività. In entrambe in casi, la finalità è la medesima: ottenere ciò che si desidera, sfruttando la vulnerabilità del genitore alle sue manifestazioni. Può risultare interessante riportare un esempio pratico:

“Il bambino, di fronte alla richiesta del genitore di mettere in ordine i giochi, si rifiuta, strilla, e a questo punto, il genitore, strilla a sua volta cercando di convincerlo. Il bambino si rifiuta nuovamente “alzando il tiro” e alla fine il genitore, esausto, lo accontenta” (Del Re, 2017, p. 29).

Da questo episodio risulta evidente come il comportamento di sottomissione messo in atto dal genitore rinforza positivamente il comportamento del bambino, il quale apprende che per ottenere ciò che desidera, sarà sufficiente ripetere questo pattern di comportamento in tutte quelle situazioni in cui verrà sottoposto a limiti e regole (ibidem). Queste esperienze, ripetute nel tempo, possono favorire la genesi di comportamenti oppositivi e aggressivi in età successive (ibidem). Di conseguenza, si cerca di intervenire quando il bambino è molto piccolo, facendo in modo che il bambino impari a tollerare la frustrazione, proprio per evitare che questo pattern manipolatorio si fossilizzi.

Ritornando agli spasmi affettivi, è dunque fondamentale che i professionisti rassicurino i caregiver sulla benignità di tale disturbo ottenendo, quindi, che l'angoscia non sia più uno strumento ricattatorio che determina l'abbandono di ogni attitudine educativa facendo sì che la madre si disinteressi a tale manifestazione (Marcelli e Cohen, 2012). L'aspetto chiave, malgrado il carattere angosciante degli attacchi, è quello di evitare di rafforzare il

comportamento precipitante (Sulkes, 2023). Ciò significa che nel momento in cui la crisi termina, è bene continuare a dare al bambino delle regole, eventualmente distraendolo in quelle situazioni che possono far sì che l'attacco si manifesti (ibidem).

2.4 Attaccamento e carenze materne

Rispetto alle basi eziologiche, la letteratura riporta che la teoria dell'attaccamento sarebbe potenzialmente in grado di spiegare in che modo esperienze infantili precoci vanno a influenzare la personalità e il funzionamento psicosociale nel ciclo di vita (Mayer & Pilkonis, 2006). In particolare, ad oggi sono numerose le argomentazioni a sostegno dell'attaccamento di tipo insicuro come fattore di rischio per l'esordio di problemi comportamentali nei bambini e negli adolescenti (Zennaro, 2011).

In questo paragrafo, oltre alla questione dell'attaccamento, verrà trattata anche la deprivazione materna nell'ottica di D. Winnicott, considerata da esso all'origine delle tendenze antisociali.

2.4.1. La teoria dell'attaccamento

La teoria dell'attaccamento è stata sviluppata tra gli anni Sessanta e gli anni Ottanta da John Bowlby e ancora oggi, a distanza di anni, riveste un ruolo chiave in molte ricerche inerenti l'età evolutiva (Gazzillo & Lingiardi, 2014). Sono state soprattutto le ricerche condotte da Harlow sui cuccioli di scimmia ad ispirare Bowlby: i cuccioli si avvicinavano alla madre fatta di pezza che non nutriva, al posto di cercare la vicinanza di quella fatta di filo di ferro ma che offriva loro del latte (ibidem). Ciò dimostra, che il legame madre – cucciolo, in opposizione alla teoria pulsionale di Freud, non si sviluppa dalla capacità del caregiver di soddisfarne le pulsioni orali, bensì dalla sua capacità di fornire protezione e riparo dal disagio provato (ibidem). A questo proposito, si riporta, il concetto di “base sicura” introdotto da Bowlby e da lui ritenuto la caratteristica più importante dell'essere un buon genitore (Bowlby, 1989). Quest'ultimo deve

fornire una base sicura, dalla quale il bambino può allontanarsi per scoprire il mondo e a cui può fare ritorno sapendo di essere nutrito su un piano fisico ed emotivo, confortato e rassicurato (ibidem). È un ruolo fondamentale e consiste nell'essere disponibili per incoraggiare e fornire aiuto, ma anche intervenire solo quando è realmente necessario (ibidem).

Tornando all'attaccamento, possiamo dunque definirlo come il “sentimento di affiliazione e il legame affettivo che si sviluppano rispetto alla figura di riferimento” e, di conseguenza, la relazione di attaccamento può essere definita come: “l'ambito specifico della relazione bambino-caregiver che implica da un lato, da parte dell'adulto, l'offerta della propria disponibilità affettivo-emotiva e dall'altro lato, da parte del bambino, la ricerca di vicinanza, contatto, protezione e conforto, quando ne sente bisogno” (Gazzillo & Lingiardi, 2014, pag. 64). La figura di attaccamento è quindi quella che fornisce protezione, incoraggiamento e promuove l'esplorazione ed è, per Bowlby, proprio quella ricerca di vicinanza a permettere di regolare e di ridurre le emozioni negative, rappresentando la base per la futura capacità adulta di regolare le emozioni e affrontare gli stressful life-events (ibidem). L'attaccamento è innato, ma tutti i modelli e i comportamenti associati si sviluppano tra i sei e i diciotto mesi di età, in presenza di una figura di attaccamento relativamente stabile (ibidem). Inoltre, secondo Bowlby la relazione d'attaccamento primaria, quindi tra bambino e caregiver, andrà a costituire il prototipo su cui si costruiranno le successive relazioni sociali nel corso dell'intera vita (ibidem). A tal proposito, Bowlby ha introdotto il concetto di “modello operativo interno” (MOI), ipotizzando che il sistema di attaccamento costituisce delle rappresentazioni mentali del Sé, della figura di attaccamento e dell'ambiente (ibidem). Bowlby definisce i MOI come “rappresentazioni mentali della disponibilità e dell'utilità concreta della figura di attaccamento e del sé in relazione ad essa” (ibidem, pag. 66). Queste rappresentazioni interne vengono utilizzate dal bambino prima e dall'adulto in seguito, per prevedere gli eventi ma anche, e soprattutto, per mettersi in relazione con gli altri (ibidem).

Ai fini di una trattazione complessiva dell'attaccamento come fattore di rischio e di protezione, di seguito si riporta, brevemente, la classificazione dei diversi stili di attaccamento teorizzati da Bowlby ed approfonditi da Mary Ainsworth attraverso, l'innovativa procedura sperimentale da lei definita "Strange Situation".

L'attaccamento sicuro, si costituisce, in primo luogo all'interno di una relazione caregiver-bambino nella quale, quest'ultimo, forte di una reciprocità di adattamenti e di comportamenti, può crescere con un elevato senso di sicurezza in sé stesso e negli altri e di conseguenza affrontare i vari compiti evolutivi (Gazzillo & Lingiardi, 2014). Nella strange situation, il bambino, in presenza del genitore, esplora l'ambiente e gioca, spesso verificando l'effettiva presenza del genitore (concetto di "base sicura"); al momento della separazione, il bambino cerca il genitore, spesso piange, ma al momento della riunione lo accoglie, solitamente abbracciandolo, per poi ritornare a giocare liberamente (ibidem).

Differentemente, in contesti di cura in cui prevalgono interazioni disfunzionali e cariche da un punto di vista emotivo, oppure caratterizzate dal rifiuto, da ostilità e silenzio, si sviluppa un attaccamento di tipo insicuro (ibidem). In questi casi, il bambino ha una rappresentazione di sé e degli altri non sicura ed inoltre, avendo la duplice necessità di mantenere la relazione di attaccamento ma allo stesso tempo di difendersi da essa, sviluppa una visione non coerente del sé, degli altri e dell'ambiente (ibidem). Attraverso la Strange Situation, sono stati individuati prima di tutto lo stile evitante e lo stile ambivalente e successivamente lo stile disorganizzato. Durante la procedura, il bambino con uno stile evitante, si concentra quasi esclusivamente sui giocattoli e sull'ambiente, non mostra tristezza o rabbia durante la separazione e al momento della riunione con il genitore lo evita o lo ignora, ad esempio girando la testa o allontanandosi (Gazzillo & Lingiardi, 2014). Per quanto riguarda lo stile ambivalente invece, il bambino presta una pressoché nulla attenzione all'ambiente, focalizzandosi sui genitori e mostrando una certa preoccupazione che esprime con il pianto e scoppi di rabbia (ibidem). È ambivalente perché

ricerca un contatto ma, allo stesso tempo, mostra segni di rabbia verso i genitori (ibidem). Infine, lo stile disorganizzato (ampiamente studiato da Main e da Solomon negli anni '90), è caratterizzato da un crollo della strategia comportamentale, con comportamenti disorganizzati e disorientati, come, ad esempio, congelamento o un repentino passaggio dal sorriso ad una posizione rannicchiata sul pavimento (ibidem).

2.4.2 L'attaccamento come fattore di rischio e di protezione

In generale, è ampia la letteratura in merito all'attaccamento come fattore di rischio o di protezione per lo sviluppo di problemi psicosociali e psicopatologici, ma il rapporto tra attaccamento insicuro e psicopatologia è particolarmente complesso e non lineare (Gazzillo & Lingiardi, 2014). Si parla, dunque, di fattore di rischio o di protezione: in quanto fattore di rischio, si considera l'attaccamento insicuro come una variabile che può aumentare la probabilità di sviluppare un disturbo; però, al contrario, un attaccamento sicuro non garantisce un funzionamento sano: è un fattore protettivo nel senso che va a “prevenire” lo sviluppo futuro di un possibile disturbo (ibidem). A tal proposito, un interessante studio ha riportato che l'attaccamento sicuro è predittivo di un basso livello di sintomi oppositivo-provocatori, indipendentemente da fattori sociodemografici e variabili genitoriali, come lo scarso monitoraggio dei figli (Craig et al, 2020). Al contrario, l'attaccamento insicuro, sarebbe ampiamente correlato con problemi esternalizzanti, inclusi i sintomi oppositivo-provocatori (ibidem). In aggiunta, recenti studi hanno distinto due principali dimensioni sintomatologiche del disturbo oppositivo provocatorio: la dimensione dell'irritabilità e la dimensione comportamentale (ibidem). In particolare, la dimensione “irritabile” è stata associata con problemi internalizzanti, mentre la dimensione “comportamentale” è predittiva di problemi di condotta dalla infanzia all'adolescenza e sembrerebbe permanere anche in età adulta (ibidem).

Una recente meta-analisi, sempre a sostegno di una relazione tra attaccamento e disturbi del comportamento dirompente, conferma, di fatto, che un attaccamento insicuro o disorganizzato è maggiormente presente in bambini e adolescenti con problemi esternalizzanti come il disturbo oppositivo provocatorio e i disturbi della condotta, rispetto alla popolazione generale (Theule et Al., 2016). Già Bowlby, nei suoi primi studi, aveva ipotizzato una relazione tra attaccamento e problemi di condotta (ibidem). In merito alla sua prospettiva, infatti, si riporta innanzitutto la funzione difensiva dell'aggressività, in quanto innata e funzionale all'adattamento e alla protezione dell'individuo (Baldoni, 2015). Bowlby, a questo proposito, ipotizzava che le cause connesse ad una condotta aggressiva fossero da ricondurre in primo luogo ad un'esperienza di deprivazione e di mancanza di cure; in secondo luogo, ad una "protesta" rivolta a mantenere la prossimità evitando così la separazione e la perdita del caregiver; in terzo luogo, ad una mancata capacità di mentalizzare ed una difesa nei confronti di traumi, abusi e carente sensibilità genitoriale e, infine, allo sviluppo di un attaccamento insicuro (ibidem). A questo proposito, Bowlby, alla fine della Seconda Guerra Mondiale, aveva incontrato un elevato numero di bambini orfani o abbandonati, ed era evidente l'effetto della deprivazione materna su di essi e sulla loro sintomatologia, i quali presentavano disturbi somatici, ritardi nello sviluppo e soprattutto frequenti comportamenti aggressivi e disturbi psicologici e relazionali che avrebbero portato successivamente a comportamenti problematici e antisociali (ibidem). Anche Winnicott, al pari di Bowlby, attribuiva alla deprivazione materna l'origine dei disturbi del comportamento, considerati da esso, le manifestazioni di una tendenza antisociale (Winnicott, 1986). Infatti, secondo Winnicott, la separazione prolungata di un bambino piccolo dalla madre, può rappresentare un "black out" emozionale, che è molto più di una concreta esperienza di tristezza e può condurre a un grave disturbo della personalità, persistente per tutta la vita (1986). Il bambino deprivato, in quest'ottica, è un bambino che fino ad un certo punto della sua vita ha ricevuto qualcosa di positivo che poi gli è stato sottratto e che tenta disperatamente di recuperare

(ibidem). Inoltre, secondo Winnicott i primi segni della tendenza antisociale, come la prepotenza, sono assimilabili alle manifestazioni di onnipotenza infantile e quindi difficilmente individuabili. Un comportamento interessante è il furto (manifestazione tipicamente presente nel disturbo della condotta) che nell'ottica di Winnicott assume un significato particolare: "Il bambino che ruba un oggetto non desidera l'oggetto rubato, ma cerca la madre sulla quale ha dei diritti" (Winnicott, 1986). Questo comportamento viene messo in atto dal bambino nella speranza di riappropriarsi di ciò che gli appartiene e che gli è stato tolto, che detto in altre parole, significa operare nella speranza di ritrovare la madre (ibidem). Quest'ultimo aspetto rimanda alla protesta per la separazione. È già stato sottolineato precedentemente che l'aggressività, nella prospettiva di Bowlby, assume spesso un significato adattivo e in questo caso specifico si manifesta con i "comportamenti di attaccamento": piangere, urlare, arrabbiarsi e aggredire fisicamente servono a richiamare il caregiver al proprio ruolo e di conseguenza a scoraggiare la separazione (Baldoni, 2015). In questo caso la letteratura parla di collera funzionale, tipica durante l'infanzia, basti pensare ai capricci che permangono anche in seguito ad una punizione o dopo essere stati sgridati (ibidem). Quindi, in questo caso, la collera ha la funzione di favorire la ricongiunzione tra caregiver e bambino (ibidem). Diverso è il caso della trascuratezza; in questo caso si riportano alcuni fattori di rischio all'origine dei comportamenti esternalizzanti: maltrattamenti fisici e psicologici, abusi e abbandoni (ibidem). In questo caso, la figura di attaccamento viene percepita come pericolosa a tal punto da provare un intenso odio nei suoi riguardi e dunque, i comportamenti aggressivi, sono volti ad "aggredire" il legame al fine di mantenere un distacco da essa (ibidem). In questo caso, si parla di "collera non funzionale" e l'odio provato verso il caregiver può tradursi in vendetta e di conseguenza portare a comportamenti antisociali, quali la violenza intrafamiliare, il bullismo e la criminalità (ibidem). Ritornando ai modelli di attaccamento, è ampiamente condiviso che un attaccamento sicuro è spesso indice di una traiettoria evolutiva positiva e ciò può proteggere l'individuo da una

successiva psicopatologia (Mayer & Pilkonis, 2006). Invece, un attaccamento insicuro o disorganizzato è strettamente legato allo sviluppo di problemi esternalizzanti, tra i quali il disturbo oppositivo provocatorio. Più nello specifico, i bambini con un attaccamento di tipo evitante risultano fortemente a rischio di sviluppare una personalità antisociale, oltre che narcisistica o paranoide (ibidem). Questi bambini, in particolare, presentano bassi livelli di empatia e sono particolarmente inclini a provare rabbia ostile, proprio perché la loro figura di attaccamento si caratterizza come fredda e rifiutante, oppure, al contrario, eccessivamente ipercontrollante (ibidem). Questo aspetto rimanda anche agli stili educativi trattati precedentemente nel paragrafo “Lo scenario contemporaneo”.

In conclusione, l’attaccamento non influenza in modo deterministico lo sviluppo di un disturbo del comportamento ma costituisce un importante fattore di rischio, cioè una variabile che può aumentare la probabilità di sviluppare un disturbo in futuro. In proposito di ciò, una ricerca di Kochanska et Al. (2009) ha rilevato che bambini con attaccamento sicuro e con attaccamento insicuro non mostravano particolari differenze in merito alla presenza di comportamenti aggressivi e oppositivi. Ciò significa che l’attaccamento sicuro non sempre garantisce l’assenza di disturbi del comportamento in seguito, mentre l’attaccamento disorganizzato è risultato fortemente associato alle interazioni coercitive (Muratori et Al., 2011). In aggiunta, sebbene la relazione tra attaccamento insicuro e disturbo oppositivo provocatorio sia stata chiaramente documentata, non è particolarmente chiaro il meccanismo sottostante a questa relazione (Craig et al, 2020). A questo proposito, Craig et Al. hanno condotto uno studio ipotizzando che il meccanismo sottostante alla relazione potesse essere la disregolazione affettiva (ibidem). La regolazione emotiva è stata definita come un meccanismo attraverso il quale emozioni, stati d'animo, sentimenti e le loro espressioni sono modulate alla ricerca di un equilibrio affettivo (Taipale, 2016). In particolare, la disregolazione affettiva è stata individuata come un importante fattore di rischio per lo sviluppo del disturbo oppositivo provocatorio (Craig et al,

2020). Infatti, essendo la capacità di regolazione affettiva nutrita all'interno del rapporto caregiver-bambino, una relazione di attaccamento disfunzionale potrebbe limitare la capacità del bambino di regolare adeguatamente le proprie emozioni, aumentando, di conseguenza, il rischio di sviluppare il disturbo oppositivo provocatorio (ibidem). I ricercatori hanno condotto uno studio su un campione di adolescenti ad alto rischio, riportando un'associazione tra attaccamento ansioso, ma non evitante, disregolazione affettiva e sintomi oppositivi provocatori (ibidem). Da questo studio è emerso che la disregolazione affettiva media la relazione tra attaccamento ansioso e disturbo oppositivo provocatorio e nel tempo continua ad influenzare indirettamente la dimensione "irritabile" ma non quella "comportamentale" (ibidem). In sostanza, questo studio conferma che i meccanismi osservati durante l'infanzia persistono anche nell'adolescenza interferendo con il funzionamento sociale e accademico (ibidem). Infine, sebbene alcuni autori tendano a definire il disturbo oppositivo provocatorio come un disturbo della regolazione affettiva, lo studio condotto da Craig et Al. (2020), suggerisce che possa trattarsi dell'espressione comportamentale di insicurezza all'interno della relazione caregiver-bambino.

Sebbene l'attaccamento insicuro rappresenti un'importante fattore di rischio all'origine di problemi comportamentali, si ipotizza che sia l'interazione con altri fattori ad aumentare la vulnerabilità (Zennaro, 2011). In altre parole, il modello di attaccamento insicuro non è di per sé indice di psicopatologia, anche se è stata ampiamente documentata l'influenza di un'insufficiente capacità di regolazione affettiva, insieme ad ulteriori fattori di rischio, rispetto alla probabilità di sviluppare un disturbo comportamentale, affettivo o della personalità (PDM-2 0/18, 2020).

2.5 Fattori di rischio ambientali e interpersonali

In questo paragrafo si espongono i fattori di rischio ambientali ed interpersonali che, in interazione con l'attaccamento insicuro, possono aumentare la probabilità di sviluppare un disturbo oppositivo provocatorio.

Alcune dimensioni che sono state frequentemente associate ai problemi comportamentali dei bambini risultano essere: la scarsa coesione familiare (Greene et Al., 2002), lo status socioeconomico, lo stile materno di disciplina e la capacità della madre di rappresentazione della mente (Zennaro, 2011). È ampiamente documentato che bambini con disturbi del comportamento sono stati esposti in misura maggiore ad esperienze stressanti, rispetto a bambini che non presentano tali problemi (ibidem). Tipicamente, si riscontrano rapporti altamente conflittuali tra i genitori, frequenti spostamenti e instabilità lavorativa e nei casi più gravi violenza domestica e abuso di sostanze (ibidem). Alcuni risultati sono stati trovati anche in merito alla psicopatologia materna e frequentemente si parla di depressione pre e postnatale (ibidem). Per quanto concerne gli stili educativi uno stile eccessivamente punitivo soprattutto da un punto di vista fisico, rappresenta un significativo fattore di rischio, soprattutto quando è basato sull'incoerenza e quando è accompagnato da un tono emotivo ostile e pessimistico (ibidem). Si riporta anche il meccanismo di interazione coercitiva, alla cui base ci sarebbe una scarsa efficacia nelle strategie di controllo genitoriali che porta il bambino a rafforzare l'utilizzo dell'aggressività come mezzo per raggiungere i propri obiettivi.

Infine, sebbene i comportamenti oppositivi e provocatori compaiono inizialmente in un unico ambiente e tipicamente la propria casa e sono prevalentemente rivolti a persone specifiche, solitamente la madre, spesso questo stile maladattivo si generalizza ad altri ambienti e possono comparire comportamenti dirompenti anche nel contesto scolastico o in altri contesti relazionali, generalizzandosi in vari ambienti interpersonali (PDM, 2008). Di conseguenza, questi bambini presentano delle grosse difficoltà a sviluppare relazioni funzionali con i pari e

spesso vengono rifiutati, portando, in un'ultima analisi, ad un consolidamento ulteriore del comportamento dirompente (Zennaro, 2011). Tali bambini, inoltre, possono andare incontro a numerosi fallimenti scolastici, aumentando il rischio di sperimentare una sintomatologia depressiva che non è affatto insolita, così come non è insolito, dato il rifiuto dei pari, legarsi a compagnie antisociali, rafforzando, di fatto, il comportamento deviante e dando il via ad un possibile “percorso delinquenziale” (ibidem).

2.6 Fattori funzionali infantili: temperamento

La letteratura riporta che la traiettoria verso i disturbi del comportamento dirompente può essere contrassegnata da comportamenti molto precoci nell'infanzia (Burke et Al., 2002). A tal riguardo, recentemente, i ricercatori mostrano un notevole interesse verso il temperamento. Quest'ultimo, infatti, trattandosi di un aspetto costituzionale, emerge molto presto nello sviluppo del bambino che, quando risulta disregolato, è fortemente predittivo di un disturbo del comportamento (ibidem). In tal senso, le ricerche sul temperamento possono fornire un notevole contributo alla conoscenza dei meccanismi all'origine della psicopatologia a partire dall'infanzia (Ostlund et Al., 2021). Caspi et Al. (2003), hanno definito il temperamento come le “differenze individuali ereditabili e relativamente *stabili* nell'aspetto globale delle risposte socioemotive che emergono precocemente nell'infanzia e [...] costituiscono le fondamenta di alcuni tratti di personalità” (citati da Zennaro, 2011, p. 192). I ricercatori (Calkins, 1997; Goldsmith et Al., 2000; Kagan et Al., Rothbart et Al., 1987) concordano sul fatto che le differenze nello stile di temperamento riflettono differenze biologiche e si sono concentrati in particolare sulle differenze nella reattività e regolazione emotiva (citati da Hare & Graziano, 2021). I sintomi del disturbo oppositivo provocatorio, in particolare, sono stati associati all'emotività negativa, ossia la tendenza a reagire con emozioni negative (ad es. rabbia) in modo intenso (ibidem) anche in risposta a scarsa provocazione (Moffit et Al., 2002; citati da Zennaro,

2011). In aggiunta, Zennaro, riporta la Teoria del temperamento elaborata da Lahey e Waldman (2003), secondo la quale ci sono ulteriori dimensioni del temperamento, oltre all'emozionalità negativa o neuroticismo, che possono costituire una vulnerabilità per lo sviluppo dei disturbi del comportamento: la "sensation seeking" (tendenza a ricercare sensazioni forti o di rischio) e la "prosocialità" (2011). La tendenza a osare è stata definita come una continua ricerca di sensazioni nuove e intense ed è stata riscontrata in giovani che potrebbero verosimilmente sviluppare un disturbo antisociale di personalità (Zennaro, 2011). Inoltre, è stata evidenziata anche una correlazione positiva con i disturbi della condotta (ibidem). Infine, in merito alla prosocialità, in uno studio condotto da Stringaris e Goodman (2009) i giovani con problemi comportamentali presentavano livelli inferiori di simpatia e di interesse nei confronti degli altri (citati da Zennaro, 2011). Per concludere, la ricerca ha riscontrato traiettorie diverse a seconda dell'età di esordio: problemi comportamentali con un'età precoce di esordio sono maggiormente influenzati da variabili temperamentali; le condotte delinquenti sono invece più frequenti tra i giovani con un'età d'esordio successiva (Lahey e Waldman, 2003; citati da Zennaro, 2011) e potenzialmente influenzate dall'interazione tra fattori genetici, ambientali e interpersonali.

Questi risultati forniscono importanti prove a supporto del temperamento come fattore di rischio per lo sviluppo di problemi comportamentali durante l'infanzia. Rispetto al disturbo oppositivo provocatorio, anche il DSM-5 riporta tra i fattori di rischio il temperamento e, in accordo con le ricerche sopracitate, evidenzia che i problemi di regolazione emotiva sono fortemente predittivi del disturbo (2013).

In linea con queste nuove ricerche, il disturbo oppositivo provocatorio è attualmente concettualizzato come un disturbo caratterizzato principalmente da un'elevata affettività negativa e, secondariamente, da un basso controllo degli impulsi (Stringaris, Goodman, 2009; citati da Zastrow, 2018). Zastrow et Al. (2018) hanno condotto uno studio per fornire prove

empiriche a sostegno della relazione tra i fattori temperamentali e di personalità (affettività negativa, controllo degli impulsi ed estroversione) e i sintomi del disturbo oppositivo provocatorio. In particolare, hanno trovato una significativa associazione tra l'elevata affettività negativa con tutti e tre i domini sintomatologici citati dal DSM-5: rabbia/irritabilità, polemico/provocatorio e vendicativo (ibidem). La scarsa piacevolezza, invece, correla significativamente con il dominio "rabbia/irritabilità", mentre l'elevata estroversione con il dominio "polemico/provocatorio" e "vendicativo" (ibidem). Complessivamente, questi risultati hanno permesso di concludere che il disturbo oppositivo provocatorio è un disturbo caratterizzato primariamente da un'elevata affettività negativa e ciò può contribuire a spiegare il motivo per il quale, bambini con tale disturbo, sono ad alto rischio di sviluppare disturbi depressivi o d'ansia (ibidem).

Nel corso del capitolo, sono stati trattati gli spasmi affettivi e si è visto che nella forma blu, i bambini sono energici, attivi, facilmente oppositivi, collerici e dominatori. Inoltre, è stato messo in evidenza il fatto che lo spasmo affettivo compare spesso in risposta ad una frustrazione, ad esempio un limite imposto dal genitore. Rifacendosi alla Teoria di Patterson sull'interazione coercitiva è stato ipotizzato che gli spasmi affettivi possono predire lo sviluppo successivo del disturbo oppositivo provocatorio. A questo proposito, si può ipotizzare anche una significativa influenza del temperamento rispetto alla citata continuità. Una recente ricerca, ha infatti evidenziato che alcuni tratti temperamentali compaiono fin dai primi anni di vita, ad esempio la tolleranza alla frustrazione (Ostlund et Al., 2021). Il DSM-5, tra i fattori di rischio temperamentali all'origine del disturbo oppositivo provocatorio, riporta la scarsa tolleranza alla frustrazione (2013), che si manifesta con espressioni emotive caratteristiche quali la rabbia e l'irritabilità ed espressioni comportamentali, quali l'aggressione (Ostlund et Al., 2021). A tal proposito, Winsper e Wolke in uno studio hanno riportato che un'eccessiva irritabilità nei primi anni di vita è fortemente predittiva di problemi comportamentali durante l'infanzia,

l'adolescenza e l'età adulta (2014). In accordo con questi risultati, Bauchaine et Al. (2017), sostengono che alti livelli di irritabilità durante l'infanzia, predicono lo sviluppo del disturbo oppositivo provocatorio. Essendo i tratti temperamentali moderatamente stabili, la scarsa tolleranza alla frustrazione può contribuire a spiegare la continuità dagli spasmi affettivi al disturbo oppositivo provocatorio. Naturalmente, i tratti sono moderatamente stabili, in quanto sono modificabili dalla maturazione dell'individuo e dalle influenze ambientali e in particolar modo dalla relazione caregiver-bambino (Shiner et Al. 2012; citati da Ostlund, 2021).

CAPITOLO III - TRAIETTORIE EVOLUTIVE

I disturbi esternalizzanti sono tra le condizioni psicopatologiche maggiormente studiate in campo evolutivo, sia per la loro alta prevalenza, sia per la gravità degli effetti a lungo termine (PDM-2 0/18, 2020). Angold e Costello (2001), a tal proposito, in uno studio relativo ai disturbi esternalizzanti, hanno concluso che questi ultimi, data la significativa prevalenza, costituiscono una delle maggiori sfide di salute pubblica per il Ventunesimo secolo. Infatti, uno studio condotto recentemente negli Stati Uniti su una popolazione di soggetti tra i 3 e i 17 anni, ha rilevato che tra i problemi di salute mentale più diffusi – disturbi d’ansia, disturbi del comportamento e disturbi depressivi – i disturbi del comportamento risultano prevalenti con una percentuale pari al 7,4% (Ghandour et Al., 2019). Risultati simili sono stati ottenuti in una meta-analisi interessata a stimare la prevalenza a livello mondiale dei disturbi mentali tra bambini e adolescenti. In particolare, su una popolazione di 1,8 miliardi di giovani tra i 5 e 19 anni, 214 milioni presentano disturbi mentali e tra questi, 113 milioni sono affetti da un disturbo del comportamento dirompente (Polanczyk et Al., 2015). Dato l’impatto negativo sul contesto familiare e sociale, i disturbi del comportamento sono percepiti come estremamente disfunzionali e, per questo motivo, per i professionisti della salute mentale è fondamentale conoscere la diffusione ai fini del trattamento. A questo proposito, lo studio condotto da Ghandour et Al., ha riportato che solo il 53,5% dei soggetti con un disturbo del comportamento aveva ricevuto un trattamento nell’anno precedente, mentre tra i soggetti con un disturbo depressivo vi era stato sottoposto l’80% (2019). Questi dati hanno permesso di concludere che, negli Stati Uniti, la possibilità di ricevere un trattamento è strettamente associata alla gravità del disturbo e, di conseguenza, una porzione significativa di bambini non riceve alcun trattamento di salute mentale (ibidem). Da questo studio, dunque, si rileva che i disturbi del comportamento nell’infanzia vengono percepiti come condizioni meno severe rispetto ai disturbi depressivi e, per tale ragione, non ricevono un’attenzione clinica elevata rispetto ad

altri disturbi. In effetti, come riporta il DSM-5 (2013), i sintomi che caratterizzano i disturbi del comportamento sono assimilabili a comportamenti che si verificano durante il normale sviluppo e che tendono a svanire con la crescita. Si può quindi ipotizzare che l'ampia sovrapposizione tra comportamenti normativi e sintomi clinici, conferisca una percezione di minore gravità dei disturbi del comportamento rispetto ad altri disturbi e ciò comporta, a sua volta, una minore attenzione clinica. Questo aspetto è particolarmente significativo perché la letteratura riporta che i disturbi mentali dell'infanzia possono interferire con uno sviluppo sano, influenzando negativamente sulla capacità di funzionamento e la possibilità di raggiungere importanti traguardi sociali, emotivi, cognitivi e accademici (Ghandour et Al., 2019). Più nello specifico i bambini con disturbi esternalizzanti presentano un significativo rischio di drop-out scolastico, abuso di sostanze e alcol, disadattamento sociale e di intraprendere percorsi delinquenti in adolescenza (King et Al., 2004, citati in PDM 2/0-18, 2020; Campbell et Al., 2000). Inoltre, gli studi concordano sul fatto che i bambini con disturbi esternalizzanti sono altamente a rischio di sviluppare una psicopatologia in età adulta (Campbell et Al., 2000; Merikangas et Al., 2009; Lin et Al., 2022). Tra i disturbi esternalizzanti, la letteratura riporta che il disturbo oppositivo provocatorio presenta una significativa continuità attraverso l'infanzia, l'adolescenza e l'età adulta e comporta gravi conseguenze in tutti gli ambiti di vita (Husby & Wichstrøm, 2016; Whelan et Al., 2013; Johnston et Al., 2018; Ezpeleta et Al., 2022). Un consistente corpus di studi ha rilevato che le traiettorie di sviluppo del disturbo in esame sono varie e, in particolare, alcuni bambini, nel corso del tempo, sviluppano disturbi esternalizzanti, altri, invece, psicopatologie internalizzanti (Wesselhoeft et Al., 2018; Lin et Al., 2022; Rowe et Al., 2010). I ricercatori, in particolare, per spiegare le differenti traiettorie di sviluppo, si sono focalizzati sulle tre dimensioni costitutive del disturbo precedentemente esposte: irritabilità, ostinazione e offensività (Wesselhoeft et Al., 2018). Nel corso del capitolo, dunque, verranno esposte le differenti traiettorie di sviluppo del disturbo oppositivo provocatorio in relazione alla

predominanza di una tra le dimensioni costitutive e in relazione ai fattori individuali e ambientali che possono contribuire ad una sua evoluzione. In particolare, sarà oggetto di approfondimento la continuità omotipica ed eterotipica del disturbo.

In generale, essendo la psicopatologia un processo dinamico che si sviluppa nel corso del tempo e coinvolge diversi fattori, è essenziale conoscere le traiettorie che portano allo sviluppo e al mantenimento di un determinato disturbo (Speranza et Al., 2023). Il PDM-2 0/18, riferisce, inoltre, che estendere la conoscenza in questo senso, è fondamentale ai fini diagnostici soprattutto al fine di prevenire lo sviluppo di un disturbo e di intervenire precocemente di fronte ai primi sintomi (2020). Speranza et Al., evidenziano che il costrutto della continuità è particolarmente utile a questo scopo e lo definiscono come la “coerenza, somiglianza e prevedibilità dei comportamenti o degli stati interni in diverse fasi dello sviluppo” (2023). Inoltre si fa riferimento alle strutture psicologiche, ai tratti o ai comportamenti appresi che possono essere rilevati da un periodo di sviluppo al successivo (Cicchetti, 1984; Sroufe and Rutter, 1984, citati da Speranza et Al., 2023). Tali studi distinguono una continuità “omotipica” ed “eterotipica”. Nel primo caso, il disturbo presenta una manifestazione simile in tutte le fasce d’età e in tutte le valutazioni (Costello et Al., 2003), oppure, in altre parole, la diagnosi di un particolare disturbo rimane invariata dall’infanzia all’adolescenza (Zarrella et AL. 2017). Nel secondo caso, invece, un disturbo ne predice un altro in un tempo successivo (Shevlin et Al., 2017) e suggerisce una vulnerabilità di fondo che può esporre il soggetto a disturbi diversi in età diverse, oppure si riferisce ad un disturbo di fondo che ha differenti manifestazioni in età diverse (Costello et Al., 2003). Nel caso della continuità eterotipica la diagnosi di un particolare disturbo durante l’infanzia non rimane invariata fino all’età adulta, bensì si verifica un cambiamento, probabilmente dovuto alla differente espressione fenotipica di uno specifico processo psicopatologico generale (Zarrella et Al., 2017).

Per concludere questa breve introduzione, precedentemente sono stati esposti i motivi per i quali è fondamentale conoscere e riconoscere le traiettorie evolutive dei disturbi, anche perché la letteratura riporta come possono essere influenzate e potenzialmente modificate da molteplici fattori protettivi e di rischio (Speranza et Al., 2023). Tra questi, Speranza et Al., suggeriscono di prestare particolare attenzione alla relazione caregiver-bambino e, in particolare, all'attaccamento, il quale ricopre un ruolo fondamentale nell'evoluzione dei disturbi e può condurre ad una comprensione più approfondita della loro continuità (2023).

3.1 Continuità omotipica del disturbo oppositivo provocatorio

Il disturbo oppositivo provocatorio viene classificato dal DSM-5 come un disturbo dell'infanzia e dell'adolescenza (2013). Infatti, in accordo con il DSM-5, si riporta che i primi sintomi compaiono in età prescolare (2013) e un recente studio prospettico, ha mostrato una durata media del disturbo di circa sei anni (Nock et Al., 2007). Come anticipato nel precedente paragrafo, il disturbo oppositivo provocatorio, presenta una significativa continuità tra l'infanzia e l'adolescenza e l'età adulta. A sostegno di ciò, di seguito si riportano una serie di recenti studi longitudinali sulla continuità omotipica del suddetto disturbo.

In generale, la letteratura riporta che l'insorgenza precoce del disturbo oppositivo provocatorio, è fortemente predittiva della persistenza dei sintomi nell'infanzia (Keenan et Al., 2011; citati da Burke et Al., 2013). A questo riguardo, Bufferd et Al. (2012) hanno condotto un'indagine su un vasto campione di bambini, dall'età prescolare (3 anni) all'inizio dell'età scolastica (6 anni), al fine di esaminare la continuità di specifici disturbi psichiatrici. Questo studio, in particolare, ha evidenziato una significativa continuità omotipica del disturbo oppositivo provocatorio tra i 3 ed i 6 anni d'età (ibidem). Risultati simili sono stati ottenuti da Husby e Wichstrøm (2016) su un campione di bambini di età compresa tra i 4 e i 10 anni. In particolare, da questo studio si evince un incremento dei sintomi dai 4 agli 8 anni e un declino fino ai 10

anni, anche se in realtà si ipotizza una ricomparsa dei sintomi più tardi nell'infanzia (Husby & Wichstrøm, 2016).

Essendo tuttavia il disturbo oppositivo provocatorio considerato un disturbo dell'infanzia, sono stati condotti pochi studi longitudinali volti ad esaminare la continuità omotipica in adolescenza e in età adulta. Burke et Al. (2014), a questo proposito, riportano che in letteratura prevale un consistente corpus di studi sulla continuità eterotipica e sulle psicopatologie associate al disturbo oppositivo provocatorio in età adulta. Al contrario, una scarsa attenzione è stata rivolta alla stabilità dei sintomi in adolescenza e in età adulta (ibidem). Secondo Burke et Al. (2014), la prevalenza del disturbo è stabile fino alla tarda adolescenza ed è probabile che i sintomi persistano anche in età adulta. In altre parole, il disturbo oppositivo provocatorio continua ad interferire anche in età adulta sul funzionamento sociale ed interpersonale e, in ragione di ciò, andrebbe riconsiderato il fatto che si tratti di un disturbo limitato all'infanzia (ibidem).

Recenti studi (Burke et Al., 2014; Johnston et Al., 2018; Leadbeater et Al., 2014; Nock et Al., 2007; Rowe et Al., 2010) riportano una stabilità dei sintomi del disturbo oppositivo provocatorio durante l'adolescenza e l'età adulta, fornendo importanti evidenze rispetto alla continuità omotipica dall'infanzia all'adolescenza. La ricerca longitudinale condotta da Leadbeater et Al. (2014) su un campione di giovani di età compresa tra i 12 e 18 anni, ha fornito importanti risultati in merito allo sviluppo del disturbo oppositivo provocatorio in adolescenza. In particolare, hanno rilevato che i sintomi oppositivo-provocatori tendono a diminuire o a stabilizzarsi a seconda del genere: il sesso femminile registra un calo dei livelli sintomatologici, mentre per i maschi si rileva un livellamento dei sintomi in adolescenza (ibidem). Gli adolescenti maschi continuano dunque a manifestare comportamenti di opposizione, rabbia, irritabilità e provocazione e ciò interferisce sul funzionamento sociale e interpersonale, compromettendo una sana transizione verso l'età adulta (ibidem). Risultati simili sono stati ottenuti da Burke e Al. (2014). In uno studio longitudinale condotto su un campione di individui

di età compresa tra 7 e 12 anni, valutati annualmente fino a 18 anni e nuovamente a 24 anni. Questo studio rileva che i sintomi del disturbo oppositivo provocatorio non sono limitati all'infanzia, bensì continuano a persistere in adolescenza e nella prima età adulta (ibidem). In particolare gli effetti continuano a interferire in svariati ambiti di vita e soprattutto in ambito interpersonale, relazionale, scolastico e lavorativo, con significative difficoltà a mantenere relazioni romantiche, rapporti con i pari e con i colleghi e a rispettare l'autorità dei datori di lavoro (ibidem). Quest'ultimo aspetto è particolarmente importante ai fini del tema trattato, infatti si tende ad escludere il disturbo oppositivo provocatorio dai disturbi in età adulta, presumibilmente a causa di una inadeguata valutazione dei sintomi. A questo proposito, uno studio condotto da Nock et Al. (2007), ha rilevato che circa il 70% dei soggetti con una diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio, presenta una remissione intorno ai 18 anni d'età, suggerendo una positiva evoluzione del disturbo. In realtà, questo calo notevole nelle diagnosi potrebbe essere ricondotto ad un elevato numero di sintomi di disturbo oppositivo provocatorio che non vengono adeguatamente valutati e riconosciuti in età adulta (ibidem). Ad esempio, uno dei criteri diagnostici riportati nel DSM-5 indica: “[...] si rifiuta di rispettare le richieste provenienti da figure che rappresentano l'autorità (*ad es. gli adulti*) [...]” (2013, p. 540). Nell'infanzia, questo criterio viene soddisfatto quando il bambino si oppone e si rifiuta di rispettare i limiti imposti dai genitori, ovvero gli adulti che detengono l'autorità. Data questa specificazione del contesto caregiver-bambino, in età adulta risulta complesso valutare questo criterio, dato che i comportamenti di opposizione sono rivolti verso i pari ed altre figure autoritarie. Inoltre, nello studio di Nock et Al. (2007), è interessante notare che il 30% dei soggetti con disturbo oppositivo provocatorio, continua a manifestare sintomi durante l'età adulta. Inoltre, la persistenza nel tempo è maggiore per i maschi rispetto alle femmine soprattutto quando l'insorgenza del disturbo è precoce, ovvero prima degli 8 anni d'età (ibidem).

Un'ulteriore ricerca è stata condotta da Johnston et Al. (2018) su un campione di studenti di età compresa tra 18 e 24 anni. Anche in questo caso è stata riportata una persistenza dei sintomi in età adulta, confermando i risultati degli studi precedenti. Oltre ad indagare la prevalenza in età adulta, Johnston et Al., hanno esaminato gli esiti funzionali del disturbo rilevando una significativa compromissione sociale, un comportamento antagonistico online e un conflitto con le figure autoritarie (ibidem). In linea con i risultati di Burke et Al., adolescenti e adulti con disturbo oppositivo provocatorio, sperimentano il rifiuto da parte dei pari e notevoli difficoltà nelle relazioni romantiche (ibidem). In merito al comportamento antagonistico online, inviano messaggi ostili in risposta alla frustrazione e sui social network pubblicando foto o stimoli al fine di mettere in imbarazzo, far arrabbiare e provocare qualcuno (ibidem). Riprendendo le parole di Johnston et Al.: "I social network per gli adulti potrebbero essere l'analogo del cortile della scuola per i bambini, un luogo in cui i sintomi si manifestano e creano problemi" (2018, p. 569). Infine, lo studio riporta che i giovani adulti con disturbo oppositivo provocatorio discutono frequentemente con i genitori e con altre figure autoritarie, come i supervisori e gli insegnanti e possono essere spesso a rischio di drop-out scolastico (ibidem).

In conclusione, sebbene la letteratura sulla continuità omotipica sia relativamente recente e limitata, da questi studi si evince una significativa persistenza dei sintomi dall'infanzia all'età adulta, con importanti effetti negativi sul funzionamento sociale e interpersonale. Diverse ricerche sul comportamento aggressivo e sulla criminalità riportano che il comportamento passato è predittivo di comportamenti simili in futuro, soprattutto quando sono assenti forme di presa in carico (e.g. Farrington, 1995, Eivers et Al., 2012; citati da Obsuth et Al., 2019). Di conseguenza è fondamentale identificare precocemente i bambini che presentano difficoltà comportamentali al fine di prevenire un'escalation dei sintomi in adolescenza e in età adulta (ibidem).

3.2 Continuità eterotipica del disturbo oppositivo provocatorio

Il disturbo oppositivo provocatorio ha ricevuto una notevole attenzione clinica per via delle diverse traiettorie evolutive che può intraprendere. Infatti, la letteratura riporta che il disturbo è fortemente predittivo di forme di psicopatologia in età adulta ed è sempre stato considerato un precursore del disturbo della condotta (DSM-5, 2013; Moffitt et Al., 2008). Recentemente, invece, diversi studi hanno evidenziato una significativa associazione con forme di psicopatologia internalizzante, in particolare ansia e depressione (Rowe et Al., 2010; Copeland et Al., 2009). Infine è stata riportata una notevole associazione con l'abuso di sostanze (Nock et Al., 2007). La letteratura evidenzia dunque che il disturbo oppositivo provocatorio nell'infanzia è fortemente associato con altre psicopatologie, sia esternalizzanti (disturbo della condotta e disturbo antisociale di personalità) che internalizzanti (ansia e depressione) (Whelan et Al., 2013; Mikolajewski et Al., 2017). A sostegno di tali considerazioni il DSM-5 riporta che i bambini con disturbo oppositivo provocatorio sono significativamente a rischio di presentare problemi di adattamento, difficoltà a controllare gli impulsi, abuso di sostanze, ansia e depressione (2013).

Nel successivo paragrafo verrà delineata, dunque, la continuità eterotipica del disturbo oppositivo provocatorio, distinguendo le due principali traiettorie evidenziate dalla letteratura.

3.2.1 Continuità eterotipica: traiettoria esternalizzante

Il disturbo oppositivo provocatorio spesso precede lo sviluppo del disturbo della condotta, soprattutto quando quest'ultimo emerge nell'infanzia (DSM-5, 2013). A sua volta, il disturbo della condotta può essere un precursore del disturbo antisociale di personalità (Burke et Al., 2014; DeLisi et Al., 2019). In generale, il disturbo della condotta e il disturbo oppositivo provocatorio rientrano nei disturbi da comportamento dirompente, infatti, in entrambi è presente il conflitto con le figure autoritarie e con gli adulti (ibidem). Rispetto al disturbo della

condotta, tuttavia, il disturbo oppositivo provocatorio viene considerato “meno grave”, in quanto i sintomi non comprendono l’aggressione ad animali e persone, la violazione di proprietà o il furto (ibidem). Per contro, il disturbo della condotta non presenta problemi nella regolazione delle emozioni, cioè umore irritabile e collerico, mentre presenta un pattern di comportamenti aggressivi verso persone e animali e gravi violazioni dei diritti fondamentali degli altri o delle norme sociali (ibidem). Un fattore chiave da considerare è l’età di esordio del disturbo. Il disturbo della condotta può presentare infatti un esordio nell’infanzia e in questo caso, solitamente, è preceduto dal disturbo oppositivo provocatorio in età prescolare e si associa ad una maggiore probabilità che il disturbo persista anche in età adulta (DSM-5, 2013). Invece, il sottotipo con esordio nell’adolescenza denota una minore probabilità di manifestare frequenti comportamenti aggressivi e le relazioni con i pari sono meno disfunzionali (ibidem). Per quanto riguarda il decorso del disturbo, tendenzialmente i sintomi regrediscono con l’età adulta (ibidem). La prognosi peggiore riguarda gli individui con esordio precoce, per il quali il rischio di sviluppare un disturbo antisociale di personalità è superiore rispetto agli individui con il sottotipo ad esordio nell’adolescenza (ibidem). Per questi individui il funzionamento sociale è altamente compromesso, considerato il comportamento criminale, i frequenti coinvolgimenti con la giustizia ed i frequenti episodi di violenza sul partner e sui figli (ibidem).

La continuità della traiettoria dal disturbo oppositivo provocatorio al disturbo della condotta è stata indagata da Rowe et Al. (2010) su un ampio campione di età compresa tra i 9 e i 21 anni. I risultati di questo studio hanno evidenziato che il disturbo oppositivo provocatorio è un precursore del disturbo della condotta, anche se il passaggio da un disturbo all’altro è risultato meno comune rispetto a quanto ipotizzato dai ricercatori (ibidem). Infatti, più della metà dei soggetti con disturbo della condotta non aveva mai ricevuto una diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio (ibidem). Questo studio ha però confermato che l’esordio precoce dei sintomi del disturbo oppositivo provocatorio, prima dell’insorgenza di quelli del disturbo della condotta, è

una condizione necessaria in questa traiettoria di sviluppo (ibidem). Questo studio ha messo in luce un ulteriore aspetto importante, ovvero una significativa differenza di genere nella continuità tra i due disturbi. Infatti, sebbene i tassi di prevalenza del disturbo oppositivo provocatorio non presentassero significative differenze tra maschi e femmine, per queste ultime il disturbo non è risultato predittivo del disturbo della condotta (ibidem). Per contro, lo studio ha riportato una maggiore persistenza dei sintomi di disturbo oppositivo provocatorio e una continuità eterotipica verso forme di psicopatologia internalizzante (ibidem). Questa significativa differenza di genere nella continuità può essere spiegata dalle teorie della socializzazione (Hipwell et Al., 2011), che postulano il fatto che le femmine, attraverso i processi di socializzazione, sono scoraggiate dal comportarsi in modo aggressivo e in modo non conforme alle norme sociali, provando un intenso senso di colpa di fronte alle sanzioni sociali (Chesney-Lind & Sheldon, 1992; Maccoby, 1986; Zahn-Waxler, 1993; citati da Hipwell, 2011). La pressione e le sanzioni sociali in risposta ai problemi di condotta, può aumentare il rischio di sviluppare sintomi depressivi, che a loro volta comportano una riduzione dei problemi di condotta nel tempo (Keenan & Shaw, 1997; citati da Hipwell, 2011). Questa spiegazione circolare non è stata tuttavia confermata dai risultati dello studio di Hipwell et Al. (2011). La letteratura, infatti, è concorde sul fatto che la continuità eterotipica dal disturbo oppositivo provocatorio alla depressione, può essere spiegata dalla disregolazione emotiva (e.g. Hipwell et Al., 2011). Questa traiettoria evolutiva verso la depressione sarà approfondita nel paragrafo seguente.

Ulteriori studi riportano come il disturbo oppositivo provocatorio sia predittivo del successivo sviluppo del disturbo della condotta (e.g. Copeland et Al., 2009; Pardini & Fite, 2010; Leadbeater & Homel, 2014; Husby & Wichstrom, 2016). Come anticipato, le tre dimensioni individuate da Stringaris e Goodman (2009), possono contribuire a spiegare la continuità del disturbo verso la psicopatologia esternalizzante e internalizzante. In generale, la letteratura

riporta che le dimensioni comportamentali, ovvero l'ostinazione e la vendicatività, sono significativamente associate alla traiettoria esternalizzante (e.g. Ezpeleta et Al., 2032; Stringaris e Goodman, 2009; citati da Leadbeater & Homel, 2014). A questo proposito, lo studio longitudinale condotto da Leadbeater e Homel (2014) su un campione casuale di soggetti di età compresa tra 12 e 18 anni, ha confermato le precedenti ricerche: il comportamento provocatorio (incluso nelle dimensioni comportamentali) è strettamente associato ai problemi di condotta e, longitudinalmente, un suo incremento è associato ad un'escalation dei problemi esternalizzanti. Questa associazione è rafforzata dai fattori di rischio interpersonali, infatti il modello di interazione coercitiva può essere generalizzato ad altri contesti e perpetrato con altre figure autoritarie in età adulta (ibidem). L'interazione coercitiva, insieme alle frequenti discussioni e provocazioni, interferiscono sul funzionamento sociale e interpersonale, rendendo difficile mantenere le relazioni romantiche e gli impegni lavorativi (ibidem).

Inoltre è fondamentale sottolineare che non tutti i bambini con disturbo oppositivo provocatorio progrediscono verso un disturbo della condotta (Husby & Wichstrom, 2016). A questo proposito, è ampiamente condiviso che fattori individuali e ambientali mediano l'evoluzione tra i due disturbi (ibidem). Innanzitutto, Husby e Wichstrom (2016) riportano che l'associazione con compagnie devianti, soprattutto nella tarda infanzia e adolescenza, favorisce un incremento dei problemi comportamentali. Inoltre, la letteratura (e.g. Duncan et Al., 1994; Loeber et Al., 1995; citati da Husby & Wichstrom, 2016) riporta che la progressione dal disturbo oppositivo provocatorio al disturbo della condotta è strettamente associata al basso status socioeconomico, all'instabilità familiare (frequenti traslochi) e al conflitto familiare (Kolko et Al., 2008, citati da Rowe et Al., 2010). Rispetto a quest'ultimo aspetto, oggi è ampiamente condiviso il fatto che i bambini esposti a frequenti conflitti familiari sono fortemente a rischio di sviluppare un disturbo del comportamento (Spremo, 2020).

Se la progressione dal disturbo oppositivo provocatorio al disturbo della condotta è stata ampiamente confermata, le ricerche sulla predittività del disturbo antisociale di personalità riportano risultati incongruenti (Burke et Al., 2014). Alcuni studi (e.g. Loeber et Al., 2000) ipotizzano una progressione dal disturbo oppositivo provocatorio nella prima infanzia, al disturbo della condotta durante l'adolescenza e infine, al disturbo antisociale di personalità in giovane età adulta. Altri studi, invece, non hanno riscontrato alcuna correlazione tra il disturbo oppositivo provocatorio e il disturbo antisociale di personalità (Lahey et Al., 2005; citati da DeLisi, 2019). Tuttavia comunemente i soggetti che ricevono una diagnosi di disturbo antisociale di personalità, hanno presentato in passato gravi problemi comportamentali, di conseguenza, presumibilmente, soddisfacevano i criteri per il disturbo oppositivo provocatorio o il disturbo della condotta (DeLisi et Al., 2019). DeLisi et Al., hanno condotto uno studio, che ha evidenziato il fatto che il disturbo oppositivo provocatorio non è significativamente associato ai sintomi del disturbo antisociale di personalità. Invece, il disturbo della condotta risulta fortemente correlato al disturbo antisociale di personalità; questi dati confermano i risultati ottenuti da una ricerca precedente, la quale ha riportato che il 90% dei soggetti con disturbo antisociale di personalità, ha mostrato i sintomi del disturbo della condotta nelle prime fasi di vita (Loeber et Al., 1995; citati da DeLisi et Al., 2019). Questi risultati sono in linea con i criteri diagnostici del disturbo antisociale di personalità. Infatti, secondo il DSM-5 per la diagnosi del disturbo antisociale di personalità, il soggetto deve aver soddisfatto i criteri per il disturbo della condotta nell'infanzia (2013).

Una correlazione tra il disturbo oppositivo provocatorio e il disturbo antisociale di personalità può essere rappresentata dalla analogia visione dell'autorità nei due disturbi. Infatti, Mancini et Al. (2009), riportano che il disturbo oppositivo provocatorio è un precursore del disturbo antisociale di personalità in almeno un terzo dei casi. In particolare, l'autorità, in entrambe i disturbi, non viene percepita come legittima, anzi viene giudicata come ingiusta e le norme

come arbitrarie (ibidem). Inoltre in entrambi i disturbi gli altri sono percepiti costantemente come ostili (ibidem).

Data l'eterogeneità dei risultati riportata in letteratura, sono necessarie ulteriori ricerche sulla progressione della traiettoria verso il disturbo antisociale di personalità. Un interessante spunto può essere quello di esaminare le associazioni tra i sintomi comuni ad entrambe i disturbi e intensificare la ricerca in merito alle dimensioni del disturbo oppositivo provocatorio. Rispetto a quest'ultimo punto, Mikolajewski et Al. (2017), riportano che il comportamento antisociale è fortemente associato alla dimensione "ostinazione". Questi risultati, insieme ad altri dati raccolti in letteratura (e.g. Leadbeater et Al., 2014; Rowe et Al., 2010), suggeriscono che la dimensione "ostinazione" ha un significativo valore predittivo della psicopatologia esternalizzante in adolescenza e in età adulta (Mikolajewski et Al., 2017).

Un'ulteriore proposta è il "modello a cascata" delineato da Dodge et Al. (2008), il quale fornisce importanti evidenze a supporto del fatto che il comportamento antisociale si sviluppa durante l'infanzia e l'adolescenza. Questo modello è stato sviluppato a partire da sette domini che, secondo evidenze empiriche, costituiscono validi predittori dei problemi di condotta in adolescenza (Dodge et Al., 2008). I domini predittori sono: contesto avverso precoce, disciplina dura e incoerente, mancanza di "readiness" sociale e cognitiva (ad es. incapacità di riconoscere ed interpretare le emozioni altrui; scarse abilità di problem solving), problemi di condotta precoci, fallimento sociale ed accademico, scarso monitoraggio e comunicazione dei genitori e frequentazione di pari devianti (ibidem). Il modello è stato testato su una campione di 754 soggetti, valutati annualmente dai 5 ai 18 anni riportando i seguenti risultati:

"Il contesto avverso precoce prevede una dura e inconsistente disciplina da parte dei genitori, che comporta dei deficit sociali e cognitivi, i quali predicono problemi di condotta con un conseguente abbandono scolastico e una conseguente diminuzione del monitoraggio, che

predice l'associazione con coetanei devianti che, infine, predice il comportamento antisociale” (Dodge et Al., 2008, p. 2).

3.2.2 Continuità eterotipica: traiettoria internalizzante

Il disturbo oppositivo provocatorio, come riportato precedentemente, è sempre stato considerato un precursore del disturbo della condotta. Recentemente, un consistente corpus di ricerche (e.g. Boylan et Al., 2007; Copeland et Al., 2009; Rowe et Al., 2010; Burke et Al., 2010; Lavigne et Al., 2014; Zachary & Jones, 2019) ha dimostrato una significativa continuità verso la psicopatologia internalizzante, in particolar modo, il disturbo oppositivo provocatorio è stato associato all'ansia e alla depressione. Il DSM-5 a tal riguardo riporta che i bambini con disturbo oppositivo provocatorio sono fortemente a rischio di sviluppare un disturbo d'ansia e un disturbo depressivo maggiore (2013). Inoltre il DSM-5 evidenzia che tale continuità può essere in gran parte ricondotta alla presenza di sintomi quali umore collerico o irritabile (2013). A questo proposito, Zennaro (2011) evidenzia che la dimensione irritabile è fortemente legata ai disturbi dell'umore, soprattutto all'ansia e alla depressione. L'irritabilità può essere definita come la tendenza a rispondere alla frustrazione con un aumentato livello di rabbia (Wiggins et Al., 2018) ed è sia un fenomeno normativo nell'infanzia, sia un sintomo clinico della psicopatologia infantile (Copeland et Al., 2015). Durante l'infanzia, (similmente a quanto riportato in merito all'aggressività) la sovrapposizione tra comportamenti normativi e sintomi clinici costituisce un'importante difficoltà per la diagnosi (Wakschlag et Al., 2012). A questo proposito, la letteratura (e.g. Wakschlag et Al., 2012) riporta che l'irritabilità, in quanto sintomo clinico, differisce da quella normativa in base alla frequenza, alla durata e alla pervasività. Quindi, brevi e moderati capricci in risposta alla frustrazione rappresentano un comportamento normativo dell'infanzia; invece, l'irritabilità persistente, pervasiva e disregolata richiede un'attenzione clinica maggiore, soprattutto perché l'irritabilità è un tratto comune a diversi

disturbi, tra i quali il disturbo oppositivo provocatorio e il disturbo di disregolazione dell'umore (Wiggins et Al., 2018).

I risultati ottenuti da Stringaris e Goodman (2009), forniscono un'ulteriore prova a supporto dell'irritabilità come dimensione predittiva dell'ansia e della depressione in adolescenza e in età adulta. In linea con queste evidenze, il PDM-2 0/18 riporta che l'irritabilità persistente riflette un deficit nella regolazione emotiva e si manifesta con scoppi di collera, comportamento dirompente e autodistruttivo (PDM-2 0/18, 2020). La progressione dai disturbi esternalizzanti nella prima infanzia verso la disregolazione dell'umore successiva ha suscitato un notevole interesse tra i ricercatori, i quali hanno ipotizzato un'influenza della disregolazione emotiva sul comportamento aggressivo (Okado & Bierman, 2014). In sintesi, la disregolazione emotiva viene definita come "l'incapacità di modulare efficacemente l'esperienza e l'espressione delle emozioni" (ibidem). La capacità di autoregolazione delle emozioni è un compito centrale nella prima infanzia ed emerge nel contesto di interazione bambino-caregiver attraverso la socializzazione delle emozioni (Zachary & Jones, 2019). Di conseguenza, un'ampia letteratura (e.g. Fruzzetti et Al., 2005, citati da Zachary; Okado & Bierman, 2014) concorda sul fatto che l'assenza di una positiva socializzazione delle emozioni e lo scarso calore parentale, sono un significativo fattore di rischio per lo sviluppo successivo dei disturbi dell'umore in bambini con sintomi irritabili. Inoltre, i bambini aggressivi con disregolazione emotiva sono altamente soggetti al rifiuto dei pari (Bierman et Al., 2004, citati da Okado & Bierman, 2014) che alimenta ulteriormente le emozioni negative (Sentse, 2009, citato da Okado & Bierman, 2014), le risposte aggressive (Coie et Al., 1995, citati da Okado & Bierman, 2014) e l'ideazione suicidaria (Prinstein et Al., 2000, citati da Okado & Bierman, 2014). Tali evidenze confermano che la disregolazione emotiva nei bambini con problemi esternalizzanti sia fortemente associata alla successiva disregolazione dell'umore, soprattutto in presenza di scarsi livelli di calore parentale e rifiuto dei pari (Okado & Bierman, 2014). Inoltre, il PDM-2 0/18 postula che gli

adolescenti, data l'esclusione sociale e il rifiuto dei pari, presentano una bassa autostima e dietro i comportamenti dirompenti si cela, in realtà, un intenso sconforto e odio verso sé stessi (2020). Tutti questi fattori giustificano la traiettoria internalizzante verso i disturbi dell'umore e i disturbi d'ansia.

In sintesi, gli studi concordano sul fatto che le diverse traiettorie tra i bambini con un disturbo oppositivo provocatorio, sono determinate dalla gravità delle dimensioni precedentemente esposte. Infatti, l'elevata aggressività precoce è un significativo fattore di rischio per lo sviluppo futuro del comportamento antisociale, mentre l'elevata disregolazione emotiva precoce incrementa il rischio di un disturbo dell'umore in adolescenza e in età adulta (Okado & Bierman, 2014). Questi risultati sono coerenti con quelli ottenuti da Burke et Al. (2010): la prevalenza della dimensione irritabile è fortemente associata al rischio di sviluppare un disturbo depressivo o un disturbo d'ansia, mentre le due dimensioni comportamentali possono predire un successivo disturbo antisociale e della condotta.

CONCLUSIONE

Il presente elaborato si è posto come obiettivo quello di delineare un quadro il più possibile esaustivo del disturbo oppositivo provocatorio in un'ottica evolutiva. In sintesi, a tal fine, è stato prima di tutto inquadrato il disturbo da un punto di vista diagnostico, riportando le principali caratteristiche riconosciute dalla letteratura clinica e diagnostica facendo riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali e al Manuale diagnostico psicodinamico. In seguito, è stata presa in esame la letteratura relativa alle basi eziologiche, identificando lo spasmo affettivo come uno dei principali fattori prodromici. Infine, sono state approfondite le sue traiettorie evolutive.

Per concludere, la letteratura presa in esame ha avvalorato quanto sostenuto dal DSM-5, ovvero che il disturbo oppositivo provocatorio rappresenta uno dei disturbi più comuni in età infantile e queste evidenze risultano allarmanti date le significative menomazioni che comporta nel funzionamento sociale, interpersonale e accademico. Inoltre, nonostante diversi studi riportino la scomparsa dei sintomi nel corso dello sviluppo, un consistente corpus di ricerche ha permesso invece di constatare una significativa continuità omotipica ed eterotipica dall'infanzia all'età adulta. In tal senso, data la notevole stabilità dei sintomi nel corso delle diverse fasi di vita, è stata prima di tutto messa in dubbio la classificazione del disturbo oppositivo provocatorio come disturbo esclusivamente infantile; in secondo luogo, rispetto alla continuità eterotipica, le ricerche hanno permesso di concludere che i bambini con disturbo oppositivo provocatorio risultano fortemente a rischio di sviluppare disturbi esternalizzanti, quali il disturbo della condotta e il disturbo antisociale di personalità, e patologie internalizzanti, in particolare l'ansia e la depressione. Alla luce di queste evidenze, risulta fondamentale intervenire precocemente al fine di prevenire la cristallizzazione dei sintomi e la progressione verso altre forme di psicopatologia. A questo proposito, la progettazione di interventi di prevenzione è ampiamente supportata dalla conoscenza delle basi eziologiche del disturbo. (e.g. Cuijpers, 2005) e, infatti,

la maggior parte dei disturbi si sviluppa a partire da una molteplicità di fattori in interazione tra loro (ibidem). Nello specifico del disturbo oppositivo provocatorio, sono stati rilevati come principali fattori di rischio: le pratiche educative-genitoriali, l'attaccamento insicuro e disorganizzato, il temperamento, il basso status socioeconomico e la scarsa coesione familiare. Infine, rispetto ai fattori prodromici, è stata avanzata l'ipotesi che gli spasmi affettivi possano prevedere una successiva comparsa del disturbo oppositivo provocatorio. In particolare gli spasmi affettivi potrebbero collocarsi all'origine del ciclo di interazione coercitiva proposto da Patterson. Questa ipotesi è stata sostenuta anche prendendo in esame il temperamento che, recentemente, è stato largamente considerato come un significativo fattore di rischio per lo sviluppo del disturbo oppositivo provocatorio. Infatti da un consistente corpus di studi è emerso che alcuni tratti temperamentali, quali la scarsa tolleranza alla frustrazione, compaiono nei primi anni di vita e rimangono tendenzialmente stabili. Come ampiamente sostenuto in precedenza, riconoscere i fattori di rischio e i fattori prodromici è di fondamentale importanza per prevenire lo sviluppo successivo del disturbo.

BIBLIOGRAFIA

- Aguilar, B., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. A. (2000). Distinguishing the early-onset/persistent and adolescence-onset antisocial behavior types: From birth to 16 years. *Development and Psychopathology*, *12*(2), 109–132.
- American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* – Quinta edizione. DSM-5. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2015.
- Angold, A., & Costello, J. (2001). The epidemiology of disorders of conduct: nosological issues and comorbidity. In J. Hill & B. Maughan (A cura di), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (126-168). Cambridge University Press.
- Azimi, A. L., Vaziri, S., & Kashani, F. L. (2012). Relationship between Maternal Parenting Style and Child's Aggressive Behavior. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *69*, 1276–1281.
- Baldoni, F. (2015). Aggressività, attaccamento e mentalizzazione. *Contrappunto*, 51-52, 9-44.
- Beauchaine, T. P., Zisner, A. R., & Sauder, C. L. (2017). Trait impulsivity and the externalizing spectrum. *Annual Review of Clinical Psychology*, *13*(1), 343–368.
- Bernabei, P., Levi, G., Camillo, E., & Di Falco, M. (1996). Critical stages in mental development: Childhood breath holding spells (BHS). *Infant Mental Health Journal*, *17*(1), 81–88.
- Bjerring B, Debes NM. (2020) [Breath-holding spells in children]. *Ugeskr Laeger*. 182(49)
- Bowlby, J. (1982). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Boylan, K., Vaillancourt, T., Boyle, M., & Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *16*(8), 484–494.

- Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A., Rose, S., & Klein, D. N. (2012). Psychiatric Disorders in Preschoolers: Continuity from ages 3 to 6. *American Journal of Psychiatry, 169*(11), 1157–1164.
- Burke, J. D., Hipwell, A. E., & Loeber, R. (2010). Dimensions of oppositional defiant disorder as predictors of depression and conduct disorder in preadolescent girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49*(5), 484–492.
- Burke, J. D., Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: A Review of the past 10 Years, Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(11), 1275–1293.
- Burke, J. D., Rowe, R., & Boylan, K. (2013). Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55*(3), 264–272.
- Burke, J. D., Rowe, R., & Boylan, K. (2014). Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 55*(3), 264–272.
- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology, 12*(3), 467–488.
- Cavanagh, M., Quinn, D., Duncan, D., Graham, T., & Balbuena, L. (2017). Oppositional defiant disorder is better conceptualized as a disorder of emotional regulation. *Journal of Attention Disorders, 21*(5), 381–389.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J., & Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry, 66*(7), 764.
- Copeland, W. E., Brotman, M. A., & Costello, E. J. (2015). Normative Irritability in Youth: Developmental Findings From the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 54*(8), 635–642.

- Costello, E. J., Mustillo, S. A., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, *60*(8), 837.
- Craig, S. G., Hernandez, C. S., Moretti, M. M., & Pepler, D. (2020). The mediational effect of affect dysregulation on the association between attachment to parents and oppositional defiant disorder symptoms in adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, *52*(5), 818–828.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., & Smit, F. (2005). Preventing the incidence of new cases of mental disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *193*(2), 119–125.
- Del Puerto-Golzarri, N., Azurmendi, A., Carreras, M. R., Muñoz, J. M., Braza, P., Vegas, O., & Pascual-Sagastizabal, E. (2022). The Moderating Role of Surgency, Behavioral Inhibition, Negative Emotionality and Effortful Control in the Relationship between Parenting Style and Children’s Reactive and Proactive Aggression. *Children (Basel)*, *9*(1), 104.
- Del Re, R. (2017). Il protocollo VIPP-SD: stato dell’arte e applicazione ad un caso clinico. *Psicoterapeuti In-formazione*, *20*, 24–49.
- DeLisi, M., Drury, A. J., & Elbert, M. J. (2019). The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, *92*, 1–6.
- Dodge, K. A., Greenberg, M. T., & Malone, P. S. (2008). Testing an idealized dynamic cascade model of the development of serious violence in adolescence. *Child Development*, *79*(6), 1907–1927.
- Ezpeleta, L., Penelo, E., Navarro, J. B., De La Osa, N., & Trepát, E. (2022). Irritability, Defiant and Obsessive-Compulsive Problems Development from Childhood to Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *51*(6), 1089–1105.
- Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S., Bitsko, R. H., & Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *The Journal of Pediatrics*, *206*, 256–267.

- Greene, R. W., Biederman, J., Zerwas, S., Monuteaux, M. C., Goring, J. C., & Faraone, S. V. (2002). Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *American Journal of Psychiatry*, *159*(7), 1214–1224.
- Hare, M., & Graziano, P. A. (2021). Treatment Response among Preschoolers with Disruptive Behavior Disorders: The Role of Temperament and Parenting. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *50*(6), 950–965.
- Hipwell, A. E., Stepp, S. D., Feng, X., Burke, J., Battista, D. R., Loeber, R., & Keenan, K. (2011). Impact of oppositional defiant disorder dimensions on the temporal ordering of conduct problems and depression across childhood and adolescence in girls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*(10), 1099–1108.
- Husby, S. M., & Wichstrøm, L. (2016). Interrelationships and Continuities in Symptoms of Oppositional Defiant and Conduct Disorders from Age 4 to 10 in the Community. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *45*(5), 947–958.
- Johnston, O., Derella, O. J., & Burke, J. D. (2018). Identification of oppositional defiant disorder in young adult college students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *40*(4), 563–572.
- Kim, I. J., Ge, X., Brody, G. H., Conger, R. D., Gibbons, F. X., & Simons, R. L. (2003). Parenting Behaviors and the Occurrence and Co-Occurrence of depressive Symptoms and conduct problems among African American children. *Journal of Family Psychology*, *17*(4), 571–583.
- Kochanska, G., Barry, R. A., Stellern, S. A., & O’Bleness, J. J. (2009). Early Attachment Organization moderates the Parent-Child mutually coercive pathway to children’s antisocial conduct. *Child Development*, *80*(4), 1288–1300.
- Kuppens, S., & Ceulemans, E. (2019). Parenting Styles: A Closer Look at a Well-Known Concept. *Journal of child and family studies*, *28*(1), 168–181.
- Lavigne, J. V., Gouze, K. R., Bryant, F. B., & Hopkins, J. (2014). Dimensions of Oppositional Defiant Disorder in Young Children: Heterotypic Continuity with Anxiety and Depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *42*(6), 937–951.

- Leadbeater, B. J., & Homel, J. (2014). Irritable and Defiant Sub-Dimensions of ODD: Their Stability and Prediction of Internalizing Symptoms and Conduct Problems from Adolescence to Young Adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *43*(3), 407–421.
- Leung, A. K. C., Leung, A. A., Wong, A. H., & Hon, K. L. (2019). Breath-Holding Spells in Pediatrics: A Narrative review of the current evidence. *Current Pediatric Reviews*, *15*(1), 22–29.
- Lin, X., He, T., Heath, M. A., Chi, P., & Hinshaw, S. P. (2022). A Systematic Review of Multiple Family Factors Associated with Oppositional Defiant Disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(17), 10866.
- Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Lingiardi, V., McWilliams, N. (2018). *PDM-2. Manuale diagnostico psicodinamico*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Lingiardi, V., McWilliams, N., & Speranza, A. M. (2020). *PDM-2 0/18. Manuale diagnostico psicodinamico. Infanzia e adolescenza*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Liu, C., Huang, W., Kao, W., & Gau, S. S. (2017). Influence of Disruptive Behavior Disorders on Academic Performance and School Functions of Youths with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, *48*(6), 870–880.
- Liu, M., Chang, J., & Lee, C. (2021). Interactive association of maternal education and peer relationship with oppositional defiant disorder: an observational study. *BMC Psychiatry*, *21*(1).
- Llorca, A., Richaud, M. C., & Malonda, E. (2017). Parenting styles, prosocial, and aggressive behavior: The role of emotions in offender and non-offender adolescents. *Frontiers in Psychology*, *8*.
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional Defiant and Conduct Disorder: A Review of the past 10 years, Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*(12), 1468–1484.

- Mancini, F., Capo, R., Colle, L. (2009). La moralità del disturbo antisociale di personalità. *Cognitivismo clinico*, 6(2), 161-177.
- Marcelli, D., & Cohen, D. (2013). *Psicopatologia del bambino*. Edra, Milano.
- Masud, H., Ahmad, M. S., Cho, K. W., & Fakhr, Z. (2019). Parenting Styles and Aggression among Young Adolescents: A Systematic Review of literature. *Community Mental Health Journal*, 55(6), 1015–1030.
- Mayer, B., Pilkonis, P.A. (2006). Modello di attaccamento dei disturbi di personalità. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (A cura di), *I disturbi di personalità. Le principali teorie* (237-283). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Merikangas, K. R., Nakamura, E., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 7–20.
- Mikolajewski, A. J., Taylor, J., & Iacono, W. G. (2017). Oppositional defiant disorder dimensions: genetic influences and risk for later psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(6), 702–710.
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Jaffee, S. R., Kim-Cohen, J., Koenen, K. C., Odgers, C. L., Viding, E. (2008). Research Review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(1), 3–33.
- Muratori P, Milone A, Buonanno C, Ianni S, Inguaggiato E, Levantini V, Pisano S, Valente E, Masi G. (2020). Eziopatogenesi e valutazione dei tratti narcisistici in età evolutiva. *Rivista di Psichiatria*; 55(2), 71-78.
- Muratori, P., Ruglioni, L., Polidori, L., Lenzi, F., Manfredi, A., Milone, A., ... & Mancini, F. (2011). Il coping power program come possibile intervento di modificazione degli scopi e dei valori soggettivi nei disturbi da comportamento dirompente (DCD). *Cognitivismo Clinico*, 8(2).
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 703–713.

- Obsuth, I., Murray, A. L., Di Folco, S., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2019). Patterns of Homotypic and Heterotypic Continuity Between ADHD Symptoms, Externalising and Internalising Problems from Age 7 to 15. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(2), 223–236.
- Okado, Y., & Bierman, K. L. (2014). Differential Risk for Late Adolescent Conduct Problems and Mood Dysregulation Among Children with Early Externalizing Behavior Problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(4), 735–747.
- Ostlund, B. D., Myruski, S., Buss, K. A., & Pérez-Edgar, K. (2021). The centrality of temperament to the research domain criteria (RDoC): The earliest building blocks of psychopathology. *Development and Psychopathology*, 33(5), 1584–1598.
- Paap, M. C., Haraldsen, I. R., Breivik, K., Butcher, P. R., Hellem, F. M., & Stormark, K. M. (2013). The Link between Peer Relations, Prosocial Behavior, and ODD/ADHD Symptoms in 7-9-Year-Old Children. *Psychiatry journal*, 2013, 319874.
- Pandolfi, E. (2010). I disturbi esternalizzanti nell'infanzia: fattori di rischio e traiettorie di sviluppo. *Psicoterapeuti In-formazione*, 6, 50–69.
- Pardini, D. A., & Fite, P. J. (2010). Symptoms of conduct disorder, oppositional defiant Disorder, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and Callous-Unemotional traits as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys: Advancing an Evidence base for DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1134–1144.
- PDM Task Force (2006). *Manuale Diagnostico Psicodinamico – PDM*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2008.
- Polanczyk, G., Salum, G. A., Sugaya, L., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365.
- Reid, C., Roberts, L. D., Roberts, C., & Piek, J. P. (2015). Towards a model of Contemporary Parenting: the Parenting Behaviours and Dimensions Questionnaire. *PLOS ONE*, 10(6), e0114179.

- Riley, M. A., Ahmed, S., & Locke, A. (2016). Common questions about oppositional defiant disorder. *PubMed*, 93(7), 586–591.
- Rowe, R., Costello, E. J., Angold, A., Copeland, W. E., & Maughan, B. (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 726–738.
- Shevlin, M., McElroy, E., & Murphy, J. (2017). Homotypic and heterotypic psychopathological continuity: a child cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(9), 1135–1145.
- Smith, J. D., Dishion, T. J., Shaw, D. S., Wilson, M. N., Winter, C., & Patterson, G. R. (2014). Coercive family process and early-onset conduct problems from age 2 to school entry. *Development and Psychopathology*, 26(4pt1), 917–932.
- Spataro, A. (2012). Il bambino aggressivo. *Medico E Bambino*, 31(1), 31–34.
- Speranza, A. M., Liotti, M., Spoletini, I., & Fortunato, A. (2023). Heterotypic and homotypic continuity in psychopathology: a narrative review. *Frontiers in psychology*, 14, 1194249.
- Spremo M. (2020). Children and Divorce. *Psychiatria Danubina*, 32(Suppl 3), 353–359.
- Steiner, H., & Remsing, L. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1), 126–141.
- Stringaris, A., & Goodman, R. (2009). Three dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3), 216–223.
- Subbarayan, A., Ganesan, B., Anbumani, & Jayanthini. (2008). Temperamental traits of breath holding children: A case control study. *Indian Journal of Psychiatry*, 50(3), 192.
- Taipale, J. (2016). Self-regulation and beyond: affect regulation and the Infant–Caregiver Dyad. *Frontiers in Psychology*, 7.

- Taylor, T. K., Burns, G. L., Rusby, J. C., & Foster, E. M. (2006). Oppositional defiant disorder toward adults and oppositional defiant disorder toward peers: initial evidence for two separate constructs. *Psychological assessment*, 18(4), 439–443.
- Theule, J., Germain, S. M., Cheung, K., Hurl, K. E., & Markel, C. (2016). Conduct Disorder/Oppositional Defiant Disorder and Attachment: A Meta-Analysis. *Journal of Developmental and Life-course Criminology*, 2(2), 232–255.
- Verde PC (2007). Aggressività, violenza e sviluppo emozionale in infanzia e adolescenza. *Richard & Piggie Studi psicoanalitici del bambino e dell'adolescente* 16, 2.
- Vidal-Ribas, P., Brotman, M. A., Valdivieso, I., Leibenluft, E., & Stringaris, A. (2016). The Status of Irritability in Psychiatry: A Conceptual and Quantitative review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(7), 556–570.
- Wakschlag, L. S., Choi, S. W., Carter, A. S., Hullsiek, H., Burns, J., McCarthy, K., Leibenluft, E., & Briggs-Gowan, M. J. (2012). Defining the developmental parameters of temper loss in early childhood: implications for developmental psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 53(11), 1099–1108.
- Wesselhoeft, R., Stringaris, A., Sibbersen, C., Kristensen, R., Bojesen, A. B., & Talati, A. (2018). Dimensions and subtypes of oppositionality and their relation to comorbidity and psychosocial characteristics. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(3), 351–365.
- Whelan, Y. M., Stringaris, A., Maughan, B., & Barker, E. D. (2013). Developmental continuity of oppositional defiant disorder subdimensions at ages 8, 10, and 13 years and their distinct psychiatric outcomes at age 16 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(9), 961–969.
- Wiggins, J. L., Briggs-Gowan, M. J., Estabrook, R., Brotman, M. A., Pine, D. S., Leibenluft, E., & Wakschlag, L. S. (2018). Identifying clinically significant irritability in early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(3), 191-199.e2.
- Winnicott, D.W. (1986). *Il bambino privato. Le origini della tendenza antisociale*. Tr.it. Raffaello Cortina Editore, Milano.

- Winsper, C., & Wolke, D. (2013). Infant and toddler crying, sleeping and feeding problems and trajectories of dysregulated behavior across childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(5), 831–843.
- Yu, R., Goulter, N., & McMahon, R. J. (2021). Longitudinal Associations between Parental Warmth, Harsh Discipline, Child Emotion Regulation, and ODD Dimensions. *Child Psychiatry & Human Development*, 53(6), 1266–1280.
- Zachary, C., & Jones, D. J. (2019). The Role of Irritability in the Treatment of Behavior Disorders: A review of theory, research, and a Proposed framework. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22(2), 197–207.
- Zarrella, I., Russolillo, L. A., Caviglia, G., & Perrella, R. (2017). Continuity and discontinuity between psychopathology of childhood and adulthood: a review on retrospective and prospective studies. *Research in Psychotherapy*, 20(2).
- Zastrow, B. L., Martel, M. M., & Widiger, T. A. (2018). Preschool oppositional defiant Disorder: a disorder of negative affect, surgency, and disagreeableness. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 47(6), 967–977.
- Zennaro, A. (2011). *Lo sviluppo della psicopatologia. Fattori biologici, ambientali e relazionali*. Il mulino, Bologna.

SITOGRAFIA

- Stroppa, A. (2019). Le conseguenze psicologiche della carenza di cure materne. Disponibile in: <http://www.anfaa.it/Novara/files/carenze-cure-materne.pdf>
- Sulkes, S. B. (2023). Breath-Holding spells. Disponibile in: <https://www.merckmanuals.com/en-ca/professional/pediatrics/behavioral-concerns-and-problems-in-children/breath-holding-spells>