

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

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

ANNO ACCADEMICO 2021/2022

TESI DI LAUREA

Sguardi scomodi: disturbi del comportamento e comportamenti
disturbanti in età evolutiva.

DOCENTE 1° relatore:

Prof.ssa Laura Ferro

STUDENTE:

Eloïse Berlier

Matricola n° 13 DO3 694

Indice

<u>Introduzione</u>	p. 4
----------------------------------	-------------

Capitolo 1

Definizione, eziologia, cenni storici, classificazione del disturbo del comportamento dirompente e le sue principali sotto-categorie in età evolutiva

1.1. Il Disturbo del Comportamento dirompente e la regolazione delle emozioni.....	p. 6
1.2 Disturbi del Comportamento: cenni storici dalle prime osservazioni ottocentesche ai giorni nostri	p. 8
1.3 Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD/DDAI).....	p. 10
1.4 Il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP)	
1.4.1 Come si caratterizza il DOP e quali differenze con il DC ed il DDA	p.13
1.4.2 La comparsa nel DSM della categoria diagnostica del DOP.....	p.14
1.4.3 Indicatori sintomatologici dei Disturbi, il loro grado di intensità ed il concetto di “prospettiva di sviluppo”.....	p.15
1.4.4 La categoria dei “disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta”.....	p.17
1.4.5 La revisione dei criteri diagnostici e la variazione sostanziale dei descrittori nel DSM-5	p.18
1.4.6 Gli studi su l’epigenetica e l’interazione gene-ambiente relativi al DOP.....	p.19
1.4.7 I fattori ambientali, familiari, extrafamiliari e la propensione individuale negli esordi dei disturbi	p.21
1.4.8 L’aggressività reattiva nel DOP e nel DC, l’aggressività pro-attiva nel DCD e le influenze familiari.....	p.22
1.4.9 I tratti di personalità Callous Unemotional (CU).....	p.24
1.4.10 L’aggressività e la sua funzionalità nel contesto familiare e relazionale.....	p.24
1.5 Il “Disturbo della Condotta” (DC)	
1.5.1 La prospettiva del DSM-5.....	p.25
1.5.2 I fattori protettivi ed i fattori di rischio nell’insorgenza di un DOP.....	p.28

1.5.3	Gli atteggiamenti violenti osservabili nei minori con DC	p.29
1.6	La multifattorialità nelle problematiche comportamentali	
1.6.1	L'importanza del contatto oculare tra genitore e bambino, ed il controllo volontario e involontario delle emozioni in quest'ultimo	p.29
1.6.2	Considerazioni finali sui Disturbi del Comportamento infantile.....	p.31

Capitolo 2

L'analfabetismo emotivo/affettivo giovanile: dall'aggressività alla violenza

2.1	“dietro la violenza c'è l'impotenza. La violenza non è la collera, ma il fallimento della collera” (Filliozat,1998, pag. 167).....	p.32
2.2	Rabbia e aggressività nei giovani	p.33
2.3	Aggressività e violenza: etimologia e significato oltre i confini sfumati tra normalità e psicopatologia	p.34
2.4	Aspetti anatomici e meccanismi neurofisiologici.....	p.42
2.5	Differenze di genere.....	p.46
2.6	Nuove forme di violenza tra i giovani: videogiochi, bullismo e bande	
2.6.1	Videogiochi, video-dipendenza e comportamenti violenti	p.47
2.6.2	Bullismo.....	p.50
2.6.3	Condizionamenti e modelli da imitare che favoriscono gli atteggiamenti aggressivi nel bambino.....	p. 51
2.6.4	Bande o gang.....	p.53
2.7	La possibile cronicizzazione dell'aggressività e le sue possibili cause.....	p.54
2.8	I meccanismi di mediazione tra rabbia e aggressività.....	p.55

Capitolo 3

Diagnosi e Terapia: strumenti per la valutazione e strategie per l'intervento

3.1	Diagnosi, valutazione, costruzione del setting clinico e procedure d' <i>assessment</i> nei disturbi del comportamento.....	p.58
3.2	Interventi terapeutici e modelli specifici di psicoterapie	p.59
3.2.1	La terapia razionale emotiva comportamentale (REBT) ed il modello ABC.....	p.60
3.2.2	Il ruolo della psicanalisi nell'interpretazione dell'aggressività	p.61
3.2.3	Il Coping power Program.....	p.62
	<u>Conclusione</u>	p.65
	<u>Bibliografia</u>	p.66

Introduzione

L'elaborato in questione si propone di approfondire le riflessioni sui disturbi del comportamento dirompente in età evolutiva. Le suddette problematiche, nella loro accezione più generica, sono state da me osservate all'interno del panorama scolastico valdostano, sia durante la mia esperienza lavorativa passata ed attuale, come insegnante, sia attraverso le narrazioni del personale scolastico. Ho potuto infatti, avere l'opportunità di "toccare con mano" ciò che ho imparato a lezione e che tanto spesso ho letto nei manuali scolastici e nei libri di mio personale interesse. Le motivazioni dunque, alla base dell'argomento scelto per la mia tesi, sono state dettate da una curiosità si può dire "nata in aula e cresciuta sul campo". In particolar modo, mi hanno colpito di queste casistiche i seguenti aspetti: il confine quasi invisibile tra comportamenti adattivi e disadattivi osservati nei minori, la difficoltà di "fare diagnosi" in età evolutiva a causa dei cambiamenti repentini propri dei bambini/adolescenti, le importanti risorse economiche stanziare per far fronte all'urgente problema dei cosiddetti "bambini difficili", la pregnante preoccupazione che aleggia all'interno del "panorama scuola", la difficoltosa integrazione di taluni alunni all'interno del gruppo di pari, la complicata relazione tra gli attori scolastici e questi minori, la peculiarità dei casi riscontrati caratterizzati da grande complessità e la resistenza ai trattamenti e alle attività proposte da altri operatori interpellati per la risoluzione delle difficoltà di questi. Principalmente per le sopracitate ragioni, ho ritenuto opportuno approfondire la letteratura e gli studi clinici riguardanti i disturbi del comportamento in età evolutiva. Questa tematica infatti, di centrale rilevanza all'interno dell'iter formativo dello psicologo, è già stata notevolmente approfondita e setacciata da numerose fonti e gli studi effettuati in merito sono spesso più che mai attuali e innovativi, anche se non va dimenticato che sono tuttora in una fase di sperimentazione visto che, in origine, questi bambini non solo venivano definiti difficili ma anche intrattabili, per cui oggetto di interesse diagnostico ma non clinico. Personalmente, alla luce di quanto esposto in precedenza, ritengo importante sottolineare come il contesto nella sua accezione più ampia dovrebbe adattarsi anch'esso alla specificità di queste psicopatologie altamente sfidanti e che potrebbero stimolare riflessioni di più ampia portata. Della tematica qui trattata se ne delineeranno qui di seguito le varie declinazioni e implicazioni, il primo capitolo principia l'eziologia del disturbo del comportamento e la descrizione delle sue sotto-categorie e dei vari approcci teorici alle stesse. Il secondo capitolo illustra le analisi cliniche di questa

fenomenologia: l'aggressività e le nuove forme di violenza tra i giovani. Il terzo capitolo presenta una serie di strumenti utili per predisporre la valutazione e alcuni approcci d'intervento.

Capitolo 1

Definizione, eziologia, cenni storici, classificazione del disturbo del comportamento dirompente e le sue principali sotto-categorie in età evolutiva

1.1 Il Disturbo del Comportamento dirompente e la regolazione delle emozioni

Con il termine comportamento, in linea generale, s'intende un complesso coerente di atteggiamenti che l'individuo assume come reazione all'ambiente - inteso qui nel senso più ampio di questo termine e dunque includente anche gli esseri umani - che lo circonda. Allorché tali reazioni non sono considerate appropriate secondo certi paradigmi sociali/ambientali, si delinea il Disturbo del Comportamento dirompente e della regolazione delle emozioni, il quale conseguentemente genera una compromissione dei meccanismi ritenuti funzionali nel bambino, sia in ambito scolastico, sia nel contesto familiare e più in generale in quello sociale. Rilevante e significativo è il dato secondo il quale tali disfunzionalità variano notevolmente a seconda del sesso dell'individuo. Emerge invero dalle osservazioni e dagli elementi raccolti che queste siano molto più frequenti nei maschi che nelle femmine. Dunque per essere diagnosticata come tale, ciascuna di queste anomalie deve portare ad una compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, familiare, scolastico ed anche, superata l'adolescenza, lavorativo. Risulta infatti interessante notare altresì, come questi disturbi possano manifestarsi in qualsiasi momento della vita di una persona, dalla sua infanzia all'età adulta. La capacità di agire in maniera appropriata rispetto alle norme sociali vigenti attualmente e di regolare autonomamente ed efficacemente il proprio comportamento e le proprie emozioni costituiscono due aspetti basilari dello sviluppo del bambino. Si tratta, tuttavia, di capacità complesse che vengono acquisite gradualmente nel corso dell'intera infanzia. Nella letteratura presente, in materia di psicologia evolutiva, si delinea che fare affidamento sulla presenza dell'adulto nella regolazione delle proprie emozioni e del proprio comportamento è fondamentale per il bambino almeno fino ai tre anni di vita. Quando un bambino così piccolo dovesse trovarsi in uno stato di agitazione o di rabbia avrà la necessità di poter contare su di una figura adulta di riferimento che possa tranquillizzarlo e che possa fornirgli le strategie più adatte a risolvere il proprio conflitto interiore. Così come, nelle situazioni a lui non familiari, se il bambino mostrasse reazioni di paura e di pianto, dovrebbe essere analogamente questa figura a provvedere a calmarlo attraverso comportamenti affettuosi e fornendogli adeguate spiegazioni. Il bambino impara quindi, a cogliere i segnali dell'adulto, come le espressioni del viso, le comunicazioni verbali ed i gesti, per riuscire a modulare la propria modalità di espressione nei vari contesti. Tappa

fondamentale per lo sviluppo è il momento in cui il bambino passa da una regolazione basata sul supporto esterno dell'adulto ad una vera e propria autoregolazione, ovvero quando il bambino non ha più bisogno di appoggiarsi ad un aiuto esterno e riesce ad avere autocontrollo anche quando l'adulto non è presente. Il periodo critico per l'acquisizione di tale abilità è compreso solitamente tra i 24 e i 36 mesi, età nella quale il bambino inizia a mostrare di saper interiorizzare le regole del mondo degli adulti, di saper attendere per ottenere qualcosa di desiderato e di poter controllare in modo flessibile il proprio comportamento in presenza dei vari cambiamenti ambientali. Verso la fine del secondo anno di vita, inoltre, i bambini prendono coscienza della presenza delle norme sociali e delle conseguenze della loro possibile violazione. Da segnalare è altresì la frequenza e l'importanza degli episodi significativi. È comune invero che bambini e adolescenti si mettano nei guai e si dimostrino irritabili o aggressivi, specialmente quando iniziano a camminare o nella prima adolescenza. Ad esempio, i bambini piccoli a volte fanno i capricci e gli adolescenti possono essere sfacciati o litigiosi. I disturbi comportamentali e della regolazione delle emozioni si distinguono da questi comportamenti, che sono considerati normali, per il fatto che risultano più frequenti e causano problemi, a volte anche di una certa gravità, in diversi aspetti della vita di questi minori. I problemi comportamentali possono essere causati da: fattori biologici; fattori sociali ed ambientali e fattori psicologici. (Matthys, Lochman, 2019)

Fattori biologici

Alcuni tratti caratteristici dei Disturbi del Comportamento e della regolazione delle emozioni sono talvolta ereditari (Matthys, Lochman, 2019). I bambini le cui famiglie hanno sofferto di tali disturbi o di quelli dell'apprendimento, oppure di ansia, depressione o psicosi bipolare possono essere maggiormente a rischio di presentare e/o di sviluppare disturbi comportamentali.

Fattori sociali ed ambientali

I bambini, le cui famiglie siano state molto stressate, in particolare su tempi molto lunghi, hanno maggiori probabilità di mostrare sintomi di problemi comportamentali. Elenchiamo qui di seguito alcuni "stressor" tipicamente legate ai nuclei familiari:

1. difficoltà finanziarie;
2. esposizione alla violenza;
3. uso di droghe o abuso di alcool da parte di uno o più componenti;

4. separazione;
5. genitori severi o imprevedibili;
6. supervisione incoerente causata, ad esempio, dalla salute mentale del padre o della madre o dal passaggio da un nucleo familiare all'altro, ciascuno con uno stile di supervisione diverso o destabilizzante.

Fattori psicologici

I bambini/adolescenti con problemi comportamentali presentano spesso altri disturbi mentali (vedi sotto). Il modo in cui il bambino gestisce: le sue emozioni, il livello di attività e l'attenzione può indicare la sua vulnerabilità/il suo essere a rischio di sviluppare in seguito dati problemi comportamentali. Questa tipologia di disturbi, può essere considerata comune, visto che gli stessi si osservano dal 16 al 24 per cento dei giovani, sia nei bambini in età prescolare che negli adolescenti.

1.2 Disturbi del Comportamento: cenni storici dalle prime osservazioni ottocentesche ai giorni nostri

I Disturbi del Comportamento dirompente non sono una conseguenza dei tanti e vari cambiamenti prodottisi negli ultimi decenni che hanno letteralmente stravolto il modo di essere e di agire delle generazioni precedenti, in particolare nelle società occidentali, e che inoltre, hanno annullato quelle tipiche transizioni generazionali (importanti ponti di unione/contatto tra le stesse). A titolo di mero esempio invece, di problematiche emerse da tali cambiamenti, si citano i sempre più diffusi Disturbi Alimentari – che interessano una percentuale crescente in particolare, ma non esclusivamente, di bambini e adolescenti – e che si sono affiancati ad un profondo mutamento in negativo delle precedenti più naturali abitudini alimentari della collettività. I Disturbi del Comportamento dirompente invece, non sono esclusivi della nostra epoca e di nuovi stili di vita, anche se questi ne stanno favorendo la diffusione, bensì erano già stati osservati e descritti anche in passato. In alcune opere letterarie francesi del 1600, a carattere teatrale, (come nella commedia «l'étourdi ou les contretemps» di Molière), vennero evidenziati quegli aspetti etologici in certi personaggi che poi sarebbero stati definiti dai ricercatori con il termine di Disturbi del Comportamento. Nel 1798 Alexander Crichton, medico alla Corte dello Zar di Russia, descrisse dei bambini che “non erano in grado di rimanere concentrati su qualcosa che richiedeva attenzione”, e definì questo comportamento problematico come un “disordine di iperattività mentale”, meglio precisato poi in una sua descrizione scientifica in questi termini: “l’incapacità di partecipare allo

stimolo esterno [...] l'incapacità di mantenere un grado costante di attenzione per qualsiasi oggetto". Circa cinquant'anni dopo, fu la volta del medico tedesco Heinrich Hoffmann, tra i cui principali interessi vi era la psichiatria, che espose in un suo libro il comportamento problematico di un bambino che oggi verrebbe definito iperattivo ed impulsivo. Secondo alcuni studiosi moderni, quali ad esempio Jacobs (2004) e Köpf (2006), la descrizione di quel minore, fatta da Hoffmann, potrebbe essersi rivelata come la prima chiara descrizione dei comportamenti caratteristici dell'ADHD (Disturbo da deficit di attenzione/iperattività) (DSM-5, APA, 2015). Ai primi del secolo scorso il pediatra inglese George Still si interessò di bambini affetti da iperattività e disturbi dell'attenzione, mentre circa nello stesso periodo, fu Alfred Tredgold che ne descrisse alcuni casi clinici. Per Russell Barkley (2006) ed altri studiosi contemporanei, questi ultimi due sarebbero stati i primi scienziati ad aver posto una "seria attenzione clinica" ai Disturbi del Comportamento presenti in alcuni bambini. Se il 1952 fu un anno importante per il mondo della psicologia in quanto venne pubblicata la prima edizione del DSM, il Manuale Diagnostico e statistico dei Disturbi mentali – redatto dall'APA (American Psychiatric Association), considerata la guida maggiormente utilizzata da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo. A quel tempo però, quei Disturbi vennero attribuiti ad una Disfunzione Cerebrale Minima (Minimal Brain Disfunction, MBD), tesi che successivamente venne abbandonata, in quanto non venne riscontrata alcuna presenza di danno cerebrale in bambini che manifestavano quadri sintomatologici precedentemente descritti. Si cominciò allora, a parlare di sindrome iperattiva infantile, legata ad espressioni osservabili nel movimento, caratteristiche di un disordine del comportamento motorio. Nel 1966 Lee Robins pubblicò il suo libro "Deviant Children Grown Up" in cui mostrava che i bambini con disturbo della condotta avevano una maggiore probabilità di sviluppare una psicopatologia da adulti, soprattutto di tipo antisociale (Migone, 1999). L'importanza di descrivere quadri clinici, che potessero essere associati alla comparsa di condotte antisociali, fu evidenziata invece nella pubblicazione del DSM-II (APA, 1968), dove venne sottolineato, che le tre condotte cliniche descritte, che venivano collegate alla devianza, erano rispettivamente quelle delle condotte di fuga, delle condotte aggressive non socializzate e delle condotte delinquenziali di gruppo, alla cui base vi erano comportamenti disfunzionali, interpretati come modalità reattive, motivate anche da una spinta "auto conservativa" che il bambino o l'adolescente metteva in atto in contesti familiari caratterizzati da schemi educativi inconsistenti o eccessivamente punitivi e in contesti sociali svantaggiati. Furono Douglas e Peters (1979) a sottolineare invece, una disfunzionale facoltà di portare e mantenere l'attenzione, una scarda capacità ad inibire le risposte impulsive ed una forte tendenza a ricercare gratificazioni immediate. Ai fini di questa ricerca, si stima importante menzionare

l'edizione del DSM del 1980 (DSM-III), in quanto per la prima volta, venne inserito in questo Manuale il termine Disturbo/i e, tra questi, vi compaiono, all'interno della sottoclasse dei disturbi con comportamento dirompente, il disturbo oppositivo-provocatorio (DOP) e il disturbo della condotta (DC), associati al disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività (DDAI). Da allora, negli Stati Uniti, le riflessioni riguardanti questi disturbi, hanno visto numerose rivisitazioni mentre, in Italia, sono stati per anni ignorati, poi sottovalutati, quindi raramente diagnosticati e curati.

1.3 Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD/DDAI)

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (di seguito indicato con l'acronimo ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder) è caratterizzato da un pattern continuo di disattenzione, eccitabilità motoria, impulsività, disturbi del sonno, scarsa tolleranza alla frustrazione... che interferisce con il "buon funzionamento" e l'armonico sviluppo dell'individuo. La sindrome sopraccennata fa riferimento a casistiche di bambini o ragazzi che presentano condotte inadeguate al contesto e inappropriate in relazione all'età mentale ed all'età cronologica (Usai, 2019). Nel DSM IV e successivamente nel DSM IV-TR (2000) l'ADHD era stato definito mediante una formulazione diagnostica che prevedeva la presenza di un quadro sintomatologico disfunzionale di almeno sei mesi con un'età d'insorgenza precedente ai 7 anni. Il comportamento era caratterizzato da tre manifestazioni chiave (triade sintomatologica): disattenzione, iperattività ed impulsività. I criteri indicavano la presenza di una compromissione in almeno due contesti tra ambiente domestico, scolastico e lavorativo e l'interferenza di questa nel "normale funzionamento" nei suddetti ambiti. (Pfanner, Ricci, Tacchi, 2020). Il DSM IV distingueva, nell'ambito del disturbo, tre tipologie: Dda/i con disattenzione predominante, Dda/i con iperattività-impulsività dominanti e Dda/i combinato (una mescolanza delle due precedenti forme). Nel DSM-5 (APA, 2013) l'ADHD viene catalogato come un disturbo del neuro sviluppo, anziché essere inserito nei disturbi del comportamento dirompente e ne viene modificata l'età di insorgenza (i sintomi devono essere presenti prima dei 12 anni). Un cambiamento di una certa rilevanza, tra la precedente edizione del DSM e quella presente, lo si può riscontrare nella riduzione dei sopraccitati sottotipi (a predominanza inattentiva, iperattiva-impulsiva e combinata), in presentazioni cliniche, dando così maggiormente la possibilità, non così infrequente nella pratica, che un sottotipo possa tramutarsi in un altro. In ultimo, una differenza sostanziale tra i due DSM interessa la possibile diagnosi in comorbilità tra ADHD e Autismo, non più considerato criterio di esclusione (Matthys, Lochman, 2019). Oltre alla disamina delineata in precedenza, anche le

cause predisponenti o scatenanti l'ADHD risultano essere difficilmente individuabili per due ordini di motivi principali: le caratteristiche eterogenee della popolazione per cui è formulata la diagnosi e la possibile confusione tra fattori di rischio, fattori associati al disturbo e conseguenze. Negli ultimi anni però, le ipotesi più accreditate si sono basate su un approccio multi causale, nel quale fattori di rischio e fattori di protezione si combinavano a livello biologico (disfunzionalità dei lobi prefrontali, del sistema dopaminergico, di quello noradrenergico, predisposizione ereditaria, prematurità del neonato...), psicologico (negligenza e abusi fisici ed emotivi, temperamento difficile, tratti di personalità disadattati...) e sociale (bullismo, fallimenti scolastici, accudimento inconsistente e incoerente...) (Usai, 2019). Entrando ora nel dettaglio delle manifestazioni cliniche sopraelencate, secondo gli attuali sistemi di classificazioni del disturbo, i soggetti con ADHD sperimentano uno schema continuo dei seguenti tipi di sintomi: una disattenzione che si traduca nella difficoltà a focalizzarsi su un preciso compito, nel commettere i cosiddetti “errori di distrazione”, nel mantenere una concentrazione prolungata, nel portare a termine le attività, nella disorganizzazione. Queste problematiche non devono derivare dalla complessità del compito richiesto o dalla mancata comprensione dello stesso. Altri sintomi importanti da ricordare sono: un'iperattività (verbale e motoria) che si evidenzia tramite movimenti corporei costanti o almeno molto frequenti – anche in situazioni in cui questo comportamento non sia appropriato o giustificato dalle circostanze – o con atteggiamenti/interazioni eccessivamente agitate, sia nel toccare che nel parlare. Negli adulti, questa iperattività potrebbe indicare estrema irrequietezza, anche nell'essere particolarmente prolissi. Un'impulsività che si esprima in azioni/scelte operate senza pensare e con evidenti difficoltà di autocontrollo. Quest'ultima potrebbe anche includere il desiderio di ricompense immediate e/o l'incapacità di ritardare una o più gratificazioni. Una persona impulsiva può spesso interrompere gli altri o prendere decisioni importanti senza considerare le eventuali conseguenze a lungo termine delle stesse. Alcune persone con ADHD evidenziano principalmente sintomi di disattenzione. Altre invece dimostrano per lo più sintomi di iperattività-impulsività. Altri soggetti ancora presentano entrambi questi quadri sintomatologici. Sono normalmente molti quelli che si esprimono occasionalmente anche con disattenzione, ipercinesia e impulsività, ma in coloro con ADHD, questi comportamenti risultano più gravi, si verificano più spesso e interferiscono o riducono la qualità del loro funzionamento sociale, scolastico o lavorativo (Cornoldi, De Meo, Offredi, Vio, 2001). È stato osservato che, generalmente, l'esordio di questa patologia avviene intorno ai 3-5 anni e, solo in rari casi, dopo i 6 anni. Durante il periodo prenatale, i bambini con ADHD mostrano, rispetto agli altri neonati, una certa diversità, sia nei livelli di eccitazione, sia nel controllo inibitorio che attentivo. Il decorso può essere variabile: numerosi

studi sostengono che nel 40-50% dei casi, il disturbo non si risolve nell'infanzia, ma persista nel tempo. Nell'adolescenza e nell'età adulta potrà quindi, continuare a manifestarsi il quadro sintomatologico precedentemente descritto con possibili variazioni o attenuazioni. In una parte di persone affette da questo disturbo, si assiste ad un aggravamento ed articolazione delle problematiche derivanti dalla patologia in questione. In alcune situazioni, le caratteristiche di iperattività e impulsività, che sono tipiche della più giovane età, vanno scemando nel tempo, mentre l'inattenzione e i disturbi correlati risultano più evidenti nelle età successive. Ovviamente la prognosi dipenderà molto dalla presenza di disturbi associati, come il Disturbo della Condotta, per il quale si registra un comorbidità del 25,7% ed il Disturbo Oppositivo Provocatorio. Tra l'ADHD ed il DOP, secondo gli strumenti di misura attuali, sono state riscontrate percentuali di comorbidità che variano dal 35% al 60%; quindi è molto probabile che in uno stesso individuo si manifestino entrambe le problematiche. Si procederà ad una doppia diagnosi solo nel caso in cui vi siano contemporaneamente i criteri d'entrambe le patologie, il che significa, che il soggetto dovrà presentare condotte ostili in percentuale maggiore rispetto a chi abbia solo un problema di attenzione e iperattività, ed al tempo stesso, dovrà mostrare comportamenti iperattivi che solitamente non sono connessi al Disturbo Oppositivo Provocatorio. (Matthys, Lochman, 2019). Quando la comorbidità è importante, essa connota un sottogruppo specifico di soggetti la cui prognosi è nefasta. La compresenza delle due patologie, infatti, rappresenta un grave fattore di rischio evolutivo, che potrà portare all'insorgenza del Disturbo della Condotta e del Disturbo Antisociale. In generale, gli esiti sono peggiori quando, ai sintomi di base, si associa anche l'aggressività (Dykman e Ackerman, 1993). Si pensi, ad esempio, che in un'elevata percentuale di adulti risultano più frequenti le condotte criminali ed un aumento del rischio di abuso di alcool e di sostanze stupefacenti (10-25%). Gli esiti del disturbo da deficit di attenzione con iperattività possono essere quindi molto gravi, e, se si considera anche la sua diffusione, non è possibile sottovalutare l'importanza di interventi precoci ed appropriati al fine di limitare o, meglio, azzerare il rischio di evoluzioni patologiche (Pfanner, Ricci, Tacchi, 2020).

1.4 Il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP)

1.4.1 Come si caratterizza il DOP e quali differenze con il DC ed il DDAI

Il “Disturbo Oppositivo Provocatorio” (DOP) è una patologia caratterizzata da una modalità ricorrente di comportamento negativistico, ostile e di sfida, che però non arriva a violare le norme sociali né i diritti altrui. Questa particolare disarmonia evolutiva viene diagnosticata ampiamente sulla base di frequenti e persistenti stati d'animo di rabbia o irritabilità e di condotte polemiche/oppositive e vendicative. (Fedeli, 2019). Questo disturbo è attualmente inserito nella categoria dei Disturbi da Comportamento Dirompente (DCD) e, si distingue dal Disturbo della Condotta (DC) e dal Disturbo d'Attenzione ed Iperattività (DDAI), per i quali bisogna eseguire una diagnosi differenziale. Le varie edizioni del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, che si sono succedute in questi ultimi decenni, definiscono il disturbo in modo simile, ma presentano delle differenze nei criteri diagnostici e nella visione, più ampiamente definita, della psicopatologia (in particolar modo, quest'ultimo concetto, è evidente nel DSM-5). Sin dal suo esordio, nel terzo Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali, gli studi epidemiologici e longitudinali hanno fortemente suggerito l'esistenza di una marcata distinzione con altri disturbi esternalizzanti. Questo termine fa riferimento a quelle psicopatologie che si contraddistinguono da un disagio che si riversa verso l'esterno, provocando una situazione difficilmente gestibile dall'/nell'ambiente circostante. La diversità sopramenzionata è strettamente correlata al decorso, agli esiti e possibilmente ai sottotipi discreti. L'esigenza di descrivere quadri clinici legati alla presenza di comportamenti antisociali, tra i disturbi psichiatrici che insorgono in età evolutiva, risale alla pubblicazione del DSM-II (APA 1968). In esso si può osservare come gli autori abbiano delineato tre tipologie cliniche ricollegate a tre diversi comportamenti devianti: le condotte di fuga, le condotte aggressive non socializzate e le condotte delinquenziali di gruppo. Queste ultime si sono basate, per essere descritte dai clinici, su strutture osservazionali e sull'analisi di cluster sintomatologici evidenziati in popolazioni di minori a cui la giustizia ha dovuto portare la sua attenzione. In questo manuale e nella letteratura più recente, le modalità di comportamento disfunzionali, attuate da bambini/giovani “delinquenti”, erano considerate come reazioni volte all'”autoconservazione” in contesti considerati “difficili”: ambienti familiari dove erano presenti schemi educativi inconsistenti o eccessivamente punitivi e contesti svantaggiati con la quasi totale assenza di monitoraggio da parte di figure adulte (Kring, Johnson, Davison, Neale, 2017).

1.4.2 La comparsa nel DSM della categoria diagnostica del DOP

“Nel DSM-III (APA 1980) appaiono per la prima volta le categorie diagnostiche del Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP) e del Disturbo della Condotta (DC) associate al Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (DDAI) all'interno della sottoclasse dei Disturbi con Comportamento dirompente, a sua volta inserita, nei Disturbi inerenti all'infanzia, fanciullezza e adolescenza” (Lambruschi, Muratori, 2021, pag. 20). Di particolare rilievo, risulta essere, si potrebbe pensare in opposizione al DSM-II, la visione della presente psicopatologia, come derivante da aspetti interni al bambino/adolescente, che si intersecano a caratteristiche sociali che ne favoriscono l'insorgenza. Nel DSM-III infatti, la formulazione del DOP “prevedeva la presenza di almeno due sintomi negli ultimi sei mesi, con compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo del soggetto. I due sintomi dovevano essere scelti tra 5 condotte problematiche: violazione di regole minori, crisi di rabbia, polemicità, condotte provocatorie, eccessiva testardaggine.” (Lambruschi, Muratori, 2021, pag. 20). Risulta inoltre importante sottolineare che, nel DSM-III, lo sforzo descrittivo di identificare specifiche categorie diagnostiche per il disturbo della condotta e per il disturbo oppositivo provocatorio e l'idea di definire sottotipi nel disturbo della condotta sono state scelte ampiamente criticate da taluni esperti del settore. Queste decisioni, secondo Lambruschi e Muratori (2021), sono state infatti considerate quali tentativi di condannare, e quindi di considerare disfunzionali, quei comportamenti aggressivi parafisiologici che si presentassero in età evolutiva. Un'ulteriore critica al suddetto manuale è stata quella di presentare dei criteri diagnostici troppo specifici. Nei successivi anni, e facendo riferimento specificatamente, sia alla revisione del DSM-III (APA 1980) che agli anni precedenti alla pubblicazione del DSM-IV (APA 1995) e del DSM-IV-R (APA 2000), gli studiosi si sono proposti di ampliare il kit di criteri sintomatologici del disturbo oppositivo provocatorio introducendo nuove condotte disfunzionali: l'essere dispettoso o vendicativo, arrabbiato e risentito. Si è pensato inoltre, di introdurre la variabile tempo associata ad un comportamento a carattere disfunzionale legato al presente disturbo. Una condotta viene tacciata di disfunzionalità se messa in atto più di frequente in rapporto ad altri soggetti comparabili per età e livello di sviluppo. Nel DSM-IV e DSM-IV-TR si è mantenuta la decisione, dell'edizione precedente, di inglobare in un gruppo unitario il DOP, il DC e l'ADHD. In questa edizione però, la scelta si rifà ai fattori eziologici comuni e alla loro tipica associazione in quadri sia di comorbidità sia di continuum evolutivo. Bisogna tener conto poi, secondo gli esperti che hanno lavorato alla composizione del DSM qui preso in esame,

delle analogie sintomatologiche tra i disturbi. Per quanto riguarda i criteri diagnostici del DOP nel DSM-IV e DSM-IV-TR si dispone quanto segue:

1. Una modalità di comportamento negativistico, ostile e provocatorio che dura da almeno 6 mesi, durante i quali sono stati presenti 4 (o più) dei seguenti criteri:
 - a) spesso va in collera
 - b) spesso litiga con gli adulti
 - c) spesso sfida apertamente o si rifiuta di rispettare le richieste o regole degli adulti
 - d) spesso irrita deliberatamente le persone
 - e) spesso accusa gli altri per i propri errori o il proprio cattivo comportamento
 - f) è spesso suscettibile o facilmente irritato con gli altri
 - g) è spesso arrabbiato e rancoroso
 - h) è spesso dispettoso e vendicativo

È importante precisare che si può considerare soddisfatto un criterio solo se il comportamento è più frequente rispetto a soggetti di pari per età e livello di sviluppo.

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

3. I comportamenti non si manifestano esclusivamente durante il decorso di un disturbo psicotico o di un disturbo dell'umore.

4. Non sono soddisfatti i criteri per il disturbo della condotta e, se il soggetto ha 18 anni o più, non risultano soddisfatti i criteri per il disturbo antisociale di personalità.

1.4.3 Indicatori sintomatologici dei Disturbi, il loro grado di intensità ed il concetto di “prospettiva di sviluppo”

Molti autori concordano sul fatto che, i criteri diagnostici del DOP non si sono dimostrati esaustivi per quanto concerne la specificità dello stesso, in quanto si assiste ancora troppo spesso a fenomeni di elevata comorbidità (Fedeli, 2019). Ci si imbatte sovente inoltre, in gruppi specifici di persone che si diversificano per gravità del quadro sintomatologico, decorso e prognosi, tra quelli che si accomunano per presentare condotte aggressive e/o antisociali. Carol Bernstein, in un editoriale del 2011, aveva inizialmente evidenziato come i clinici, che si basavano sul DSM-IV, si trovassero spesso ad inserire più categorie

diagnostiche in associazione nelle diagnosi di molti pazienti. Si osservava infatti, un'elevata comorbidità tra i disturbi d'ansia e quelli dell'umore e tra disarmonie evolutive predisposti ai comportamenti dirompenti (DDI, DC, DOP) che spesso erano associati all'uso di sostanze e al disturbo antisociale di personalità. Si chiedeva a questo proposito, ponendo in generale una domanda ai clinici, se forse non fosse più giusto identificare forme di "spettro" per varie categorie di disturbi (come ad esempio per il disturbo autistico). L'autrice si domandava inoltre, se fosse necessaria una migliore concettualizzazione di alcuni aspetti sintomatologici specifici che ne delineassero la gravità psicopatologica, inserendo quindi, una dimensione quantitativa degli stessi nel giudizio che il clinico dovrà elaborare di fronte alla valutazione dei criteri diagnostici. La presenza di un gradiente di gravità, nella descrizione sintomatologica, avrebbe potuto infatti, aumentare l'affidabilità e la validità delle categorie diagnostiche in ambito psichiatrico; anche perché nella psicologia applicata non sempre vi sono indicatori biologici chiari, come in altre branche della medicina, dotati di stabilità nei vari soggetti presentanti lo stesso disturbo ed è quindi difficile individuare un fenotipo clinico stabile temporalmente e dotato di riproducibilità interculturale. A proposito di questi ultimi aspetti, si ritiene importante cercare di integrare la descrizione delle singole patologie con le nuove acquisizioni in ambito epidemiologico, neurobiologico, genetico, psicopatologico e terapeutico, che hanno in questi ultimi dieci anni permesso un importante avanzamento nella comprensione dei disturbi psichiatrici (S. Pallanti, 2016). Nella revisione del DSM-5 dunque, si sono formulati criteri dotati di una più grande specificità e si è usato un criterio dimensionale accanto a quello categoriale (unico criterio delle passate edizioni del DSM). Per valutare la presenza di uno specifico disturbo, inteso nella sua corrispondenza tra descrittori diagnostici e caratteristiche cliniche, non appare più solo necessario accertare la presenza o l'assenza di un suo indicatore sintomatologico, ma anche di valutarne il grado di intensità nella presentazione e, quindi, il gradiente di menomazione che il sintomo provoca nel funzionamento globale di quel soggetto (Kraemer, 2007). Soprattutto in età evolutiva, la variabilità dell'espressione sintomatologica, già propria della psicopatologia in generale, ci fa comprendere il carattere essenziale di affiancare al criterio categoriale un'opzione dimensionale. In aggiunta a ciò, troviamo nel DSM-5, grazie ad un nuovo modo di "fare diagnosi", indici di varianza dei sintomi e l'espressione di questi in relazione al genere ed all'età (Hudziack, Achenbach, Pine, 2007). Diventa così possibile, raccogliere elementi clinici da differenti fonti di informazione (soggetto, genitori ed altri familiari, insegnanti e operatori di sostegno) e dunque valutare meglio il minore nei diversi contesti di vita. Un ulteriore concetto, sul quale si è organizzata la nuova struttura del DSM-5, è quello denominato "la prospettiva di sviluppo". Quest'ultimo criterio, che considera la precocità dello sviluppo di un

disturbo psicopatologico, è stato scelto per strutturare la sequenza delle categorie diagnostiche inserite nel sopraccitato Manuale, iniziando appunto dai disturbi del neuro sviluppo (ND), nei quali rimangono inclusi diversi disturbi che, nel DSM-IV, risultavano inseriti nella categoria dei disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza. Infine, i clinici che hanno lavorato alla stesura del DSM-5 si sono domandati con quale criterio i vari disturbi potessero essere inclusi in una medesima categoria diagnostica. A questo proposito si è avanzata l'ipotesi, successivamente suffragata dalla pratica, che alla base dei segni e sintomi indicatori di disturbo ci fossero delle caratteristiche comuni facente riferimento ad alcuni fattori specifici. Gli aspetti condivisi dai disturbi, riuniti in una stessa categoria diagnostica, sono considerati fattori di rischio (genetici, familiari, ambientali), substrati neuronali, aspetti specifici temperamentali, anomalie dell'elaborazione di processi cognitivi o emozionali, qualità della risposta al trattamento, ecc. Alla luce delle nuove proposte dei clinici per il sopraccitato manuale nella sua ultima edizione, si è scelto di inserire il DOP in una categoria diagnostica separata e denominata: “disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta”.

1.4.4 La categoria dei “disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta”

Questa categoria comprende tutti quei disturbi caratterizzati da problemi nel regolare le emozioni e nel gestire i propri comportamenti, quali di seguito: il disturbo oppositivo provocatorio, il disturbo esplosivo intermittente, il disturbo della condotta, il disturbo antisociale di personalità, il disturbo da comportamento dirompente, la piromania e la cleptomania. Possiamo immaginare una linea di continuità per una rappresentazione immediata e visiva delle problematiche evidenziate. Ai due estremi troviamo, da un lato, il disturbo della condotta che è caratterizzato da comportamenti che violano le norme sociali e i diritti di altre persone; all'estremo opposto, troviamo il disturbo esplosivo intermittente riconducibile principalmente ad un mancato controllo della rabbia che causa esplosioni incontrollate sul piano emotivo. Se dunque il Disturbo della Condotta è più legato al comportamento, il Disturbo esplosivo intermittente all'espressione di un'emozione di rabbia incontrollata, il Disturbo oppositivo provocatorio si pone al centro di questo continuum con una manifestazione sia su di un piano emotivo (aspetto di opposizione tramite rabbia e irritabilità) sia comportamentale (aspetto di provocatorietà) (Pallanti, 2016). Per una migliore definizione di questi disturbi è importante sottolineare che l'esordio avviene generalmente durante l'infanzia e l'adolescenza e, per almeno sei mesi, devono essere presenti perlomeno quattro dei sintomi riconducibili alla specifica problematica, tutti i giorni per i bambini sotto i 5 anni e una volta la settimana per le persone sopra i 5 anni. Specificatamente per quanto riguarda il DOP, se l'insorgenza risultasse tardiva questo disturbo precederebbe, con molta

probabilità, la comparsa del disturbo della condotta. Bisogna inoltre tener conto del fatto che, in genere nel DOP i sintomi si manifestano maggiormente con gli adulti o con coetanei che la persona conosce perciò potrebbe risultare, agli occhi dei clinici, come una condizione subclinica o addirittura facente parte di “un sottobosco” della personalità, se così si può già chiamare, inesplorato in quanto non rilevabile in un contesto controllato. Le condotte aggressive infantili sono spesso manifestazioni collaterali di altre problematiche psichiche o emotive così come l’oppositività, ad esempio, è comune sia ai Disturbi dell’Umore che ai Disturbi Psicotici. Non bisognerà dunque, procedere ad una doppia diagnosi, qualora i comportamenti “problematici” vengano esibiti soltanto in concomitanza di tali patologie. Anche il Ritardo Mentale può determinare l’insorgenza di condotte aggressive, quindi la diagnosi del DOP verrà eseguita solo in presenza di soggetti caratterizzati da una forma di ostilità più marcata e persistente, rispetto ai coetanei affetti da un ritardo psicologico di eguale genere e gravità.

1.4.5 La revisione dei criteri diagnostici e la variazione sostanziale dei descrittori nel DSM-5

Comportamenti “negativistici” possono anche essere presenti nel Disturbo da Deficit d’Attenzione e Iperattività. Spesso le due patologie compaiono contemporaneamente, altre volte l’una determina l’altra, ma in ogni caso quando i criteri di entrambe vengono soddisfatti allora si procederà ad una doppia diagnosi. Riguardo ad una possibile diagnosi differenziale, è opportuno far riferimento alla categoria diagnostica del disturbo da disregolazione dirompente dell’umore (DDDU). La descrizione dei criteri di questo disturbo si concentra su comportamenti riconducibili ad uno scarso controllo degli impulsi che possono ampiamente ricordare le caratteristiche comportamentali dei bambini/adolescenti affetti da DOP. Risulta evidente però, come soltanto una piccola percentuale di minori presentanti il DOP possano soddisfare anche i criteri per il DDDU (vista l’evidente maggiore gravità dai criteri diagnostici presenti in quest’ultimo disturbo). È possibile inoltre, far diagnosi di DOP anche solo sulla base della presenza di condotte provocatorie senza che permangano elevati livelli di irritabilità. Più in generale si può desumere, dalle evidenze riscontrate sino ad ora, che la compromissione del funzionamento psicologico generale di questi bambini/adolescenti può risultare un fattore predisponente allo sviluppo di una difficoltà adattiva e affettiva in età adulta, indipendentemente dall’associazione di questo con altre diagnosi psichiatriche (DDI, DC, disturbo d’ansia, disturbo depressivo maggiore, disturbo da abuso di sostanze...) (Milone, Muratori, 2020). Alla luce delle precedenti riflessioni, la revisione dei criteri diagnostici nel DSM-5 prevede dunque, la conservazione di quelli del DSM IV con una

variazione sostanziale dei descrittori. Nel DSM-5 vengono ripartite dunque, tre distinte tipologie: nel tipo con “umore collerico/irritabile”, il bambino presenta frequenti scoppi d'ira, è spesso irritabile, suscettibile, permaloso e viene infastidito facilmente dagli altri. Nel tipo “con comportamento polemico/ provocatorio” il bambino spesso litiga con adulti e coetanei. Egli presenta atteggiamenti manifesti di sfida e/o si rifiuta di seguire le richieste e le regole dettate dai genitori e/o dagli insegnanti. Non di rado disturba deliberatamente gli altri e mostra la tendenza ad accusarli dei propri errori o del proprio comportamento a detta loro inappropriato. Nel tipo “con comportamento vendicativo” il bambino “fa i dispetti” e provoca continuamente gli altri (sono qui evidenti le sfumature vendicative). A questa tripartizione accurata del DSM-5 e ad una prospettiva multifattoriale e complessa, necessarie per riconoscere una possibile casistica di “bambino aggressivo”, risulta utile affiancare gli studi inerenti ai fattori cosiddetti di rischio. Esistono infatti, in letteratura molti pareri eziopatogenetici del disturbo oppositivo provocatorio e dei disturbi della condotta in generale (vedi DSM IV). Lo sviluppo normale e quello patologico infatti, in età evolutiva, prendono forma dall'intrecciarsi di fattori protettivi e fattori di rischio riportati di seguito: caratteristiche neuro-genetiche e neurobiologiche proprie del bambino (vulnerabilità neurobiologica e temperamento), parenting (regole educative, modeling socio-relazionale), variabili ecologiche o ambientali (avversità economiche, stress sociali, gruppi di pari) e qualità dei legami di attaccamento. Plurimi domini di rischio si sovrappongono e sono implicati nel produrre, con una maggiore probabilità, un quadro diagnostico di psicopatologia (Lambruschi, Muratori, 2014). Un esempio concreto, di quanto sopraesposto, può essere riscontrato nei bambini con diagnosi accertata di disturbo oppositivo-provocatorio (DOP) o di disturbo della condotta (DC) dove vi è una probabilità 34 volte più elevata, paragonato a gruppi normativi, di trovare elementi di rischio in tutti e quattro i domini (Greenberg, 1999).

1.4.6 Gli studi sull'epigenetica e l'interazione gene-ambiente relativi al DOP

Sono stati qui di seguito riassunte, molto brevemente, alcune ricerche genetiche interessanti che dimostrano come una particolare forma dell'allele del gene 5-HTTLPR comporti una ridotta attività dell'amigdala associata alle manifestazioni più “calcolate e fredde” dell'aggressività. Tale associazione è risultata più importante in bambini e in adolescenti provenienti da un contesto socio-economico svantaggiato. Il gene MAOA contiene le informazioni per la sintesi delle monoammino ossidasi A, utili a degradare neurotrasmettitori come serotonina, adrenalina, noradrenalina e dopamina. Aver vissuto eventi traumatici in

infanzia (storia di maltrattamento) può alterare l'attività del sistema dei neurotrasmettitori, inducendo accumuli di serotonina e adrenalina, che risultano essere correlati a comportamenti aggressivi e violenti. Questa condizione può disporre l'individuo ad esibire comportamenti aggressivi e violenti, in particolare, ciò si verifica, in quegli individui a bassa attività enzimatica insufficiente a regolare tali cambiamenti (Matthys, Lochman, 2019). Altri studi, inerenti all'ambito delle ricerche genetiche, interessano le anomalie relative al pool genetico dei geni che modulano la produzione di ossitocina. Quest'ultimo è legato allo sviluppo di affiliazione, fiducia nell'altro e responsività ai segnali emotivi esterni. Si sono osservate correlazioni tra la disregolazione di tale ormone e l'estinzione dei comportamenti pro sociali e allo sviluppo parallelo di disturbi del comportamento come ad esempio il DOP. Anche il cortisolo infine, sembra essere un ormone coinvolto nel determinare un forte rischio di sviluppare "comportamenti inappropriati". In sintesi, sebbene il DOP sia risultato essere altamente ereditabile, nessun polimorfismo genetico è stato identificato con sicurezza anche se le ricerche più recenti si rifanno al concetto di "endofenotipo" (componente misurabile a metà strada tra genotipo e manifestazione clinica) emerso dallo studio dei disturbi neuropsichiatrici complessi. È stata osservata una precisa sovrapposizione genetica con altri disturbi esternalizzanti (Milone, Muratori, 2020). Gli studi hanno quindi, solo iniziato ad esplorare la sua epigenetica e l'interazione gene-ambiente (con un'interazione delle variabili, quantitativamente e qualitativamente differente) (Battini, Scalise, 2020). Per molti disturbi mentali si parla di "rischio genetico pleiotropico" che indica la possibilità che un gene possa codificare e correlare diversi tratti del fenotipo. Ma ciò, come abbiamo già accennato in precedenza, non corrisponde a quello che attualmente viene definito come "malattia genetica", poiché gli stessi geni rappresentano fattori di rischio condivisi per diversi disturbi. I risultati ottenuti dalle osservazioni effettuate mediante strumentazione specifica quale ad esempio il neuroimaging o l'RMNF convergono nel determinare il coinvolgimento di varie parti della corteccia prefrontale, dell'amigdala e dell'insula nella regolazione delle emozioni e nell'autocontrollo più in generale (Milone, Muratori, 2020).

1.4.7 I fattori ambientali, familiari, extrafamiliari e la propensione individuale negli esordi dei disturbi

Sebbene in passato, siano stati studiati una serie di fattori ambientali, familiari e extrafamiliari, la ricerca attuale li ha ora ricombinati con altri parametri biologici. Alla base dei differenti itinerari di sviluppo delle condotte aggressive e antisociali inoltre, è sempre possibile individuare una particolare propensione individuale. Questo aspetto è più facilmente osservabile negli esordi pre-adolescenziali di questi disturbi, mentre sono i fattori ambientali,

come la frequentazione di uno o più gruppi di coetanei devianti, ad assumere maggiore importanza nel determinare la comparsa di comportamenti antisociali negli esordi adolescenziali (Moffit, Caspi, 2001). Il temperamento rappresenta la base neurobiologica delle differenze individuali, delle modalità di risposta alle difficoltà della vita e più in generale esso rappresenta la base neurologica dei tratti di personalità dell'individuo (Matthys, Lochman, 2019). Questo aspetto ha subito, negli ultimi decenni, diverse classificazioni categoriali e dimensionali. Una di queste, in età evolutiva, fa riferimento alla sensibilità alle punizioni ed anche alla facilità con la quale nel bambino compaiano ansia e tristezza, cioè affetti considerati negativi. Una punizione allora, intesa come risposta negativa messa in atto da un genitore ad un comportamento disadattivo del proprio figlio, sarà tanto più efficace nel modellare il comportamento di questi, tanto più sarà in grado di provocargli dispiacere ed ansia. Allo stesso tempo, il bambino in questione deve essere in grado di tollerare/supportare queste emozioni negative suscitate dalla frustrazione, senza farsi travolgere da queste. Lo sviluppo di questo particolare tipo di "resilienza" risulta fondamentale al fine di interiorizzare progressivamente la norma, collegata alla momentanea punizione legata all'infrazione della stessa, e più in generale, il rispetto verso chi stia incarnando in quel frangente l'autorità. In relazione a questa dimensione temperamentale, si crea nel bambino la propensione ad evitare la messa in atto nel futuro di comportamenti, compresi quelli disadattivi, che possano provocare sensazioni spiacevoli, come le punizioni inflitte dal caregiver. Un bambino invece "neurobiologicamente portato" a provare forti "scosse negative" proverà un'ansia non regolata all'intervento di modulazione del comportamento messo in opera da un suo genitore. La seconda importante dimensione temperamentale fa riferimento alla sensibilità al rinforzo. L'apprendere a seguito di gratificazioni è modulato da questa dimensione temperamentale. Quelle caratteristiche di personalità, come la tendenza a ricercare benefici per il Sé quali risultati dei propri comportamenti e della capacità di tollerare una dilazione temporale dei rinforzi, hanno alla base la tendenza temperamentale. Anche l'impulsività è regolata dai sistemi neurobiologici che sono messi in relazione a questa propensione. E, se le due sopracitate dimensioni moderano la reattività agli stimoli esterni, vi è un altro sistema atto a modulare la capacità di controllo volontario e involontario del comportamento e degli stati emotivi. Sin dai primi mesi di vita, si possono osservare in un bambino peculiari risposte psicobiologiche allo stress sulla cui base, poggia la sua capacità di controllo involontario delle emozioni. Il controllo volontario si verifica invece mediante lo spostamento dell'attenzione, la pianificazione del compito e l'inibizione di quelle risposte comportamentali non adattive in quel contesto. Questo controllo è sicuramente mediato dalle capacità di adattamento all'attenzione, che risultano compromesse nei DC e DOP con comorbidità di DDAI. Nei

bambini e negli adolescenti nei quali sia presente questa comorbidità saranno evidenti maggiori difficoltà nel mantenimento dell'attenzione e nelle abilità di controllo motorio (F. Lambruschi, P. Muratori, 2014). Alcuni autori considerano anche il linguaggio e le abitudini verbali, funzioni mediatrici del controllo volontario del comportamento e, da questo punto di vista, i deficit nelle capacità verbali, riscontrati in alcuni bambini con DOP e DC, contribuirebbero a mantenere, negli stessi, quelle difficoltà di autocontrollo presenti nei DCD. Nei casi in cui, siano evidenti difficoltà di attenzione o di abilità verbali, queste dovrebbero essere considerate oggetti di intervento primario (Matthys, Lochman, 2019). A livello neurobiologico sono il sistema limbico, l'amigdala e la corteccia prefrontale ventro-mediale a modulare le emozioni, nonché la sensibilità ai segnali esterni che fungono da guida al comportamento; mentre è il sistema dopaminergico che risulta associato alla ricompensa (Fedeli, 2019).

1.4.8 L'aggressività reattiva nel DOP e nel DC, l'aggressività pro-attiva nel DCD e le influenze familiari

La differenziazione di due forme diverse di aggressività, quella reattiva e quella pro-attiva, sarebbero dovute all'eterogeneità dei DCD. La prima emergerebbe quale reazione ad un evento percepito sempre come ostile, mentre la seconda avrebbe lo scopo di attuare comportamenti volti ad ottenere dei benefici. L'aggressività reattiva è la forma comportamentale che viene associata ai DOP ed ai DC, mentre l'aggressività pro-attiva si associa maggiormente agli sviluppi di un DCD (Matthys, Lochman, 2019). Quest'ultima, è caratterizzata da un livello di "arousal" costantemente basso e da una dipendenza dal rinforzo esterno, quale guida dei comportamenti, compresi quelli di affiliazione. Diversi studi hanno dimostrato come i bambini, soggetti a dure forme di disciplina, avvertano meno l'influenza dei sensi di colpa dovuti alle loro trasgressioni, e risultino meno preoccupati per i sentimenti degli altri nella prima infanzia. Infine, l'individuazione della tipologia di aggressività, che maggiormente abbia contribuito a formare il disturbo presente nel bambino, è di fondamentale importanza anche per le scelte terapeutiche del clinico. Il livello di "arousal", mediato da diverse propensioni temperamentali, rappresenta evidentemente un importante fattore di vulnerabilità per la difficoltà ad interiorizzare le norme, a controllare l'impulsività ed a modulare l'aggressività (Fedeli, 2019). Questo aspetto risulta intrinsecamente legato alla qualità delle cure parentali nella determinazione del rischio di sviluppare un DCD. Tutte le categorie diagnostiche comprese nel cluster dei DCD sono frequentemente associate a quadri

familiari tipici, come la presenza di psicopatologia nei genitori, sintomi depressivi nella madre e comportamenti delinquenti del padre, legati allo sviluppo del DC. Invece, metodologie educative incoerenti ed inefficaci possono contribuire al mantenimento dei sintomi del DOP o del deficit di attenzione e iperattività (DDAI). Nei bambini con queste difficoltà è stata riscontrata una correlazione tra peggioramento sintomatologico e comportamento educativo/relazionale paterno caratterizzato da intrusività, con padri che possono arrivare a sviluppare processi di identificazione pervasivi. Il rischio di sviluppare un DC, in un figlio con un padre con disturbo di personalità antisociale, è però fortemente attenuato se la madre mostra buone capacità di coinvolgimento e un adeguato livello di monitoraggio del comportamento del figlio. In sintesi, un disturbo psicopatologico di un genitore può indubbiamente rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di un DOP o di un DC nel proprio figlio, ma questa eventualità sarà molto influenzata dalla qualità della relazione dello stesso con entrambi i genitori (Fedeli, 2019). L'eventuale tendenza ad attribuire intenzioni aggressive al comportamento del proprio figlio in età prescolare favoriva, il suscitare nella figura materna, un atteggiamento educativo basato sul controllo e per il tramite di una disciplina severa; questo comportamento della madre è stato in seguito correlato all'aumento dei comportamenti ostili ed oppositivi del figlio in età scolare. Un processo interattivo che si caratterizzi da cicli coercitivi tra genitore-bambino tende a delinarsi come il tipico esito dell'incontro tra un bambino con un temperamento difficile, dunque meno predisposto a regolare lo stress derivato dall'imposizione di un divieto ed un genitore incapace di sostenere e capire le richieste/esigenze di questo. Se un genitore si concentrerà maggiormente sulla gestione del comportamento del figlio diminuirà con questo il cosiddetto "parenting positivo", cioè quello caratterizzato da lodi, complimenti ed incoraggiamento. Le famiglie, aventi a carico figli con DOP o DC, sono spesso caratterizzate da un basso livello socioeconomico. Il relativo scarso benessere finanziario costringe i genitori alla rinuncia di poter offrire ai propri figli adeguate occasioni e possibilità di formazione. Il contesto abitativo di queste famiglie inoltre, presenta ridotte possibilità di socializzazione positiva mentre non sono infrequenti le varie influenze di persone o gruppi dediti alla criminalità. A queste difficoltà, si aggiungono spesso deprivazioni affettive di vario genere accompagnate da un impoverimento degli stimoli provenienti dal micromondo vissuto dai minori in questione. L'influenza però di una costante presenza fisica e affettiva genitoriale (adulto supportivo), può attenuare il rischio di sviluppare un DC. Genitori premurosi nei riguardi del figlio, non dovrebbero impedire rigidamente agli stessi di frequentare coetanei devianti, quanto dovrebbero provare a ridurre al massimo l'investimento affettivo e attento sui comportamenti violenti proposti e condotti da gruppi di pari (Lambruschi, Muratori).

1.4.9 I tratti di personalità Callous Unemotional (CU)

A livello prognostico dei comportamenti delinquenti ed aggressivi in età evolutiva, la proiezione meno favorevole su di un ragazzo, la si avrà quando questi manifesterà tratti di personalità Callous Unemotional (CU). I bambini con DC o DOP e tratti di personalità CU si caratterizzano per lo scarso interesse e per la carente comprensione delle proprie e delle altrui emozioni, per l'apparente freddezza emotiva verso gli altri, per un'incapacità nell'espressione emotiva, per l'assenza di senso di colpa e scarsa capacità relazionale (Matthys, Lochman, 2017). Alla base della predisposizione a sviluppare tratti di personalità CU è stato dimostrato che vi sia una significativa ereditarietà. Vi è comunque tuttora una scarsa affidabilità degli strumenti per valutare il tratto CU. Per questo motivo, diversi autori invitano alla prudenza i clinici prima di formulare la diagnosi di presenza di tratti CU in età evolutiva.

1.4.10 L'aggressività e la sua funzionalità nel contesto familiare e relazionale

Risulta innegabile, che il contesto familiare e relazionale, in particolare riferito alle competenze genitoriali, rappresenti per il bambino un insostituibile e potente fattore protettivo, oppure di rischio, sia nella sua componente educativa che in quella affettiva. Sono quindi legittime e non retoriche le seguenti domande: risulta possibile immaginare di educare senza amare? O, è possibile amare senza educare? Due funzioni entrambe necessarie allo sviluppo del bambino, se correttamente presenti in modo equilibrato. Nella teoria dell'attaccamento, l'aggressività è considerata soprattutto per il suo valore funzionale. Le eventuali manifestazioni di protesta vengono interpretate come utili al bambino in quanto atte a contenere, allontanare quegli aspetti che minaccerebbero la relazione con il caregiver. I comportamenti di attaccamento possono essere espressi tramite rabbia, urla, pianti che hanno la principale funzione di richiamare il caregiver al suo ruolo. L'insieme di queste reazioni è stato chiamato "collera funzionale" (Bowlby, 1973), in quanto la sua principale funzione sarebbe quella di produrre un rafforzamento del legame già menzionato in precedenza. In determinati contesti familiari questa però, può essere sostituita da una "collera non funzionale", quindi caratterizzata anche da odio e comportamenti antisociali, quando i minori abbiano vissuto esperienze traumatiche, mancanza di adeguate attenzioni ed abbandoni. La prima permette al bambino il riavvicinamento della figura di attaccamento, l'altra serve a proteggersi dalla stessa, in quanto percepita come pericolosa. Entrambe quindi le tipologie di "arousal" specifico sono da considerarsi modalità adattive dello "stare al mondo" in relazione al contesto di riferimento (Matthys, Lochman, 2019).

1.5 Il "Disturbo della Condotta" (DC)

1.5.1 La prospettiva del DSM

Con “Disturbo della Condotta” (DC) ci si riferisce ad un gruppo di problemi comportamentali ed emotivi ripetitivi e persistenti nei giovani. I bambini e gli adolescenti con questa forma di disturbo presentano grandi difficoltà a seguire le regole, a rispettare i diritti degli altri, a mostrare empatia ed a comportarsi in modi socialmente accettabili (Pallanti, 2016). Vengono spesso visti dagli altri bambini, dagli adulti ed in generale dal contesto sociale, come dei “cattivi” o dei delinquenti, oppure come dei “malati di mente”. Sono molti i fattori che possono portare un bambino a sviluppare un Disturbo della Condotta: danni cerebrali, abusi o anche comportamenti di negligenza verso i minori, vulnerabilità genetica, insuccessi scolastici ed esperienze di vita traumatiche (Davison, Johnson, Kring, Neale, 2021). Già nel DSM-II (APA, 1968) si parlava di condotte aggressive non socializzate e di condotte delinquenziali di gruppo, mentre nel successivo DSM-III (APA, 1980) furono inserite diverse categorie diagnostiche tra cui il disturbo della condotta (DC). Nella presente edizione del manuale, vi era la distinzione tra DOP e DC che, pur condividendo fattori di rischio e concause comuni e facilitando l'uno (DOP) l'insorgenza dell'altro (DC), non era possibile diagnosticarli in comorbidità. Il disturbo della condotta presentava infatti, aspetti di maggior gravità in merito ai comportamenti devianti e caratteristiche di volontà a trasgredire le norme sociali con l'obiettivo di ledere i diritti o l'incolumità degli altri (Davison, Johnson, Kring, Neale, 2021). In quest'edizione del manuale, per ciò che concerne la descrizione dei criteri diagnostici del DC, si è delineata una prima sottotipizzazione in base sia alle potenzialità relazionali dei minori (contesto sociale di vita del soggetto e tendenza all'isolamento), sia ai comportamenti disfunzionali prevalenti, se aggressivi (condotte eterolesive o di abuso sessuale) o non aggressive (condotte di furto o di menzogna). Nel DSM-5 (APA, 2015) si osserverà poi, che i minori, con Disturbo della Condotta, con competenze relazionali funzionali ed un'empatia ben sviluppata, si differenziavano alquanto dai minori con scarse competenze emotive e un'incapacità a provare sensi di colpa a seguito di condotte aggressive o antisociali. Questi ultimi, grazie ad alcuni studi longitudinali, si sono rivelati portatori di rischi maggiori rispetto allo sviluppo di un disturbo antisociale di personalità, presentavano una prognosi peggiore a lungo termine e sviluppavano condotte delinquenziali giunte all'attenzione della giustizia minorile con maggior frequenza. Tutti gli sforzi del DSM-V sono orientati a diagnosticare precocemente il disturbo per poter dar vita ad interventi precoci ed evitare le sopraccitate conseguenze problematiche oppure talora modificare la traiettoria verso un percorso normale. Nel DSM III però, non si osservava ancora, come si sperava, un accordo tra i clinici “nel fare diagnosi” in quanto questi ultimi consideravano le condotte aggressive in età evolutiva come

espressione parafisiologiche di contesti violenti. Negli anni successivi e, nello specifico, sia nella revisione del DSM-III (APA, 1980) che negli anni che precedettero la pubblicazione del DSM-IV (APA 1995) e dal DSM IV-TR (APA, 2000), la task force chiamata al compito di formulare criteri diagnostici per il Disturbo della Condotta inserirono, nel documento, comportamenti che potevano ben delineare le azioni aggressive verso persone o animali. Ci fu inoltre l'introduzione, per identificare meglio le condotte di frode o menzogna, di cluster sintomatologici volti a stigmatizzarne la gravità, della problematica qui trattata, sia in termini di premeditazione che di precocità di insorgenza del disturbo (prima dei 13 anni). In merito a quest'ultimo parametro temporale, per dirimere una questione ancora aperta, motivo di controversie, si scelse di inserire il cut off dei 10 anni di età (Lambruschi, Muratori, 2014). Questo per l'ampia difficoltà a distinguere un soggetto considerato socializzato o non socializzato e consentire una tipizzazione che avesse un valore anche prognostico. Nel DSM-IV e nel DSM-IV-R si è deciso di mantenere il DOP e il DC in un gruppo unitario insieme al DDAI, compresa a sua volta nel raggruppamento dei disturbi psichiatrici che insorgono di solito in adolescenza o in infanzia. Questa scelta è stata dettata, in particolar modo, dalla presenza di concause/fattori di rischio comuni alle problematiche sopra menzionate. Nel DSM-5 infine, il DOP e il DC verranno inseriti in una categoria diagnostica separata denominata disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della Condotta e verrà dato maggior peso alle valutazioni dimensionali, alla prospettiva di sviluppo, ai fattori di protezione ed agli indicatori di rischi evolutivo. Per il Disturbo della Condotta sarà importante inoltre, ai fini terapeutici e di prevenzione, valutare la presenza di forme paucisintomatiche di Disturbo della Condotta in soggetti di entrambi i sessi, in età preadolescenziale, in quanto maggiormente predittivi di sviluppare un disturbo in età adulta. Facendo un passo indietro, già nel DSM-IV si è osservata una specificazione in ambito epidemiologico eziopatogenetico e prognostico dal disturbo in questione, nonché dei descrittori diagnostici individuati. Mentre nel DSM-5 si estende la possibilità di diagnosticare il DC anche dopo i 18 anni, senza tener conto però, del limite dato dal fatto che gli stessi criteri, possano essere soddisfatti per il disturbo antisociale di personalità. Per una migliore diagnosi però, sono stati aggiunti alcuni aspetti riguardanti l'età adulta, quali gravi violazioni di regole, come nel caso della violazione della libertà vigilata o di altre sentenze emesse da un organo giuridico, oppure l'assenteismo con negligenza in ambito lavorativo. Viene conservato inoltre, il Cut off dei 10 anni per distinguere il disturbo a insorgenza infantile e quello adolescenziale. Alla luce dei nuovi studi, si è osservata un'importante differenza tra i sessi (aspetto sintomatologico e modalità comportamentali messe in atto). In questa recente edizione, si tende a sottolineare l'importanza dei markers neurobiologici, nel "fare diagnosi", identificati negli studi di

neuroimaging neurogenetici e neurofisiologici. Ad esempio, per identificare specifici sottotipi di DC si considera l'esistenza di tratti Callous-Unemotional. Questi ultimi infatti, se presenti nei minori con diagnosi di DC, evidenziano problemi comportamentali più gravi maggiori fattori di rischio genetico e caratterizzazioni neurocognitive specifiche. I soggetti presentanti CU e DC mostrano condotte aggressive premeditate per ottenere vantaggi personali a carattere vendicativo o di sopraffazione dell'altro. Questi aspetti tendono ad aumentare al progredire dell'età e dunque questi soggetti vanno incontro ad un maggior rischio di sviluppare il disturbo antisociale di personalità in età adulta. Vi sono inoltre, markers specifici, identificati grazie agli studi di neuromaging, di neurogenetica e quelli di neurofisiologia, in soggetti adulti che presentano tratti psicopatici e che hanno caratteristiche affettive specifiche, come una scarsa capacità di sentirsi in colpa dopo i loro agiti aggressivi, scarse competenze empatiche ed un codice emotivo molto povero. Queste persone si caratterizzano per importanti disfunzioni, con tendenza a gestire le relazioni in modo strumentale manipolativo ed essi si distinguono anche per un comportamento impulsivo e spesso fortemente irresponsabile. Un altro elemento, che contraddistingue i soggetti con DC e tratti di CU, è la presenza di uno specifico profilo neuro cognitivo contraddistinto da una disfunzione nella capacità di processare le emozioni ed in particolar modo gli stimoli a valenza negativa. Questa caratteristica non è stata rilevata nel riconoscimento delle emozioni positive. Il complesso profilo neurocognitivo e affettivo qui descritto in sintesi, che contraddistingue i soggetti con elevati tratti CU e la presenza di DC, è motivo di forte preoccupazione in termini prognostici per i clinici in quanto questa condizione pare favorisca la messa in atto di condotte gravemente disadattive e pericolose socialmente. In conclusione, si può dar merito, all'equipe che si è occupata di revisionare il DSM-5, di aver adattato alcuni criteri diagnostici per permettere l'identificazione di due sottogruppi, relativi alla presenza del DC in età prescolare e nel sesso femminile (Milone, 2014).

1.5.2 I fattori protettivi ed i fattori di rischio nell'insorgenza del DC

La precocità con cui è possibile riconoscere un disturbo del neuro sviluppo, come il DC, già in età prescolare, ha un importante valore preventivo, poiché è possibile intervenire tempestivamente con terapie mirate coinvolgendo anche i genitori. Tale precocità, secondo la maggior parte degli studi, ha migliorato la prognosi. Per quanto riguarda il sesso, è stato importante sottolineare una bassa prevalenza del disturbo della condotta nelle femmine e un aspetto alquanto peculiare del quadro sintomatologico. Nelle bambine/ragazze sono infatti maggiormente presenti: esperienze sessuali promiscue, fughe da casa e precoce consumo di

sostanze. L'espressione dell'aggressività è maggiormente caratterizzata da conflitti verbali volti a denigrare l'altro (rabbia "relazionale"). Abbiamo già evidenziato, nella suddetta trattazione, aspetti che favoriscono l'insorgenza di un DOP o ne peggiorano il decorso. Ci siamo anche occupati, di riconoscere, aspetti di protezione quale ad esempio la diagnosi precoce o il trattamento mirato. Il comportamento oppositivo, la tendenza a non rispettare le regole sociali, la facile irritabilità, il frequente avvalersi di conflitti interpersonali, la difficoltà a concentrarsi e l'impulsività sono tutti sintomi che si riferiscono ai quadri diagnostici del cluster dei comportamenti dirompenti (APA, 2000). Ci focalizzeremo ora sulle molteplici ipotesi eziopatogenetiche per i DC che, se messe in relazione dialogica, come suggerisce la psicopatologia dello sviluppo, possono far emergere la necessità di applicare, alla definizione, diagnosi, trattamento del disturbo, il concetto di multifattorialità relativamente alla determinazione delle problematiche comportamentali ed emotive di rilievo clinico. Lo sviluppo normale e quello patologico infatti, in età evolutiva, prendono forma dall'intrecciarsi di fattori protettivi e fattori di rischio riportati di seguito: caratteristiche neuro genetiche e neurobiologiche proprie del bambino (vulnerabilità neurobiologica e temperamento), parenting (regole educative, modeling socio-relazionale), variabili ecologiche o ambientali (avversità economiche, stress sociali, gruppi di pari) e qualità dei legami di attaccamento. Plurimi domini di rischio si sovrappongono e sono implicati nel produrre, con una maggiore probabilità, un quadro diagnostico psicopatologico (Bonanno, 2014).

1.5.3 Gli atteggiamenti violenti osservabili nei minori con DC

I bambini o gli adolescenti con disturbo del comportamento possono mostrare alcuni dei seguenti atteggiamenti: essere aggressivi nei pensieri, nelle espressioni verbali e/o nei comportamenti verso persone ed animali, mostrarsi prepotenti, minacciare o intimidire gli altri, dilettersi nell'essere crudeli e meschini con gli altri, provocare combattimenti fisici, utilizzare armi che potrebbero causare gravi danni fisici ad altri, rubare ad una vittima mentre la si ferisce, costringere qualcuno ad un rapporto sessuale, non dimostrare alcun vero rimorso dopo aver compiuto un episodio aggressivo, distruggere proprietà, appiccare incendi con l'intenzione di causare danni, relazionarsi con altri tramite l'inganno, la menzogna o il furto, fare irruzione nell'edificio, nella casa o nell'auto di qualcun altro, compiere gravi violazioni delle regole, come ad esempio stare spesso fuori la notte nonostante le obiezioni dei genitori, scappare di casa, restare assenti per lunghi e ingiustificati periodi da scuola o dal posto di lavoro. I bambini che mostrano questi comportamenti dovrebbero ricevere una valutazione completa da parte di un professionista esperto della salute mentale. Molti bambini con un

disturbo del comportamento possono avere condizioni coesistenti come disturbi dell'umore, ansia, disturbo da stress post-traumatico, abuso di sostanze, problemi di apprendimento o disturbi del pensiero (Fedeli, 2019).

1.6 La multifattorialità nelle problematiche comportamentali

1.6.1 L'importanza del contatto oculare ed il controllo volontario ed involontario delle emozioni nel rapporto genitore-figlio

Com'è noto, la psicopatologia dello sviluppo (Cicchetti, Cohen, 2006; DeKlyen, Greeberg, 2008; Sameroff, 2010) sottolinea decisamente il concetto di multifattorialità nella determinazione delle problematiche comportamentali ed emotive di rilievo clinico. In età evolutiva, lo sviluppo sia normale che psicopatologico non può costruirsi solo a partire, ad esempio, da un certo dato temperamentale, né da uno specifico deficit delle funzioni cognitive, né da un particolare modello di attaccamento, bensì si struttura dall'intreccio e dall'equilibrio dinamico tra fattori di rischio da un lato, e fattori protettivi dall'altro, rintracciabili in diversi ambiti. Più domini di rischio sono implicati e si sovrappongono, più elevata sarà la probabilità di sviluppare una psicopatologia. Sembra quindi che, in particolar modo nei bambini in cui i comportamenti aggressivi siano sostenuti anche da uno scarso senso di colpa e da anaffettività, la difficoltà a riconoscere la valenza affettiva delle emozioni dell'altro sia sostenuta da una qualche difficoltà a mantenere il contatto oculare. Tale difficoltà appare legata a caratteristiche neurobiologiche e vede la sua prima manifestazione nella scarsa ricerca prolungata dello sguardo dei genitori durante episodi interattivi, anche se ai caregivers venga chiesto espressamente di manifestare le proprie emozioni al figlio (Dadds et al., 2012). Lo sguardo rappresenta uno dei principali mezzi attraverso cui il genitore, soprattutto nei primi anni di vita, trasmette calore al figlio e, attraverso cui, cerca di esprimere il suo biasimo verso il comportamento disadattativo di quest'ultimo; sulla costanza e sull'interiorizzazione di entrambe queste esperienze si basa la costruzione del successivo sviluppo morale del bambino (Trentacosta et al., 2011). Se un bambino non è in grado di tollerare l'ansia legata alla frustrazione, avrà maggiori difficoltà ad attivare le risorse cognitive necessarie per interiorizzare le norme che sottostanno al limite imposto dal genitore. Sulla base di questa dimensione temperamentale, si crea anche la disposizione ad evitare situazioni che abbiano provocato sensazioni spiacevoli, quindi anche comportamenti disadattativi puniti dal genitore. Da tutto ciò nasce la tendenza a indirizzare i propri comportamenti in modo da evitare la comparsa di emozioni negative. D'altra parte, per un bambino "neurobiologicamente portato" a provare forti "scosse emotive" (cosiddette

negative), sarà più difficile non disregolarsi provando l'ansia che un intervento di modulazione del comportamento messo in atto da un genitore di solito provoca (Lambruschi, Muratori, 2014). La capacità di controllo involontario delle proprie emozioni si basa sulle risposte psicofisiologiche allo stress, valutabili nel bambino fin dai primi mesi di vita. La reattività di base agli stimoli costituisce il fondamento di questo sistema su cui, con il tempo, si sviluppa la capacità di controllo volontario. Quest'ultimo si realizza grazie allo spostamento dell'attenzione, alla pianificazione del compito, all'inibizione di risposte comportamentali funzionali ma non adattive. Il controllo volontario del comportamento è sicuramente mediato dalle capacità di attenzione del soggetto, capacità compromesse nei DC e DOP con comorbidità di DDAI. Nei bambini o adolescenti in cui è presente questa comorbidità sono evidenti maggiori difficoltà nel mantenimento dei tempi di attenzione nonché nelle abilità di controllo motorio. A livello neurobiologico, il sistema limbico, l'amigdala, la corteccia prefrontale e quella ventro-mediale modulano la propensione all'ansia e ad altre emozioni negative, nonché la sensibilità ai segnali che dall'esterno "guidano" il nostro comportamento; il sistema dopaminergico è associato al nostro sistema di ricompensa (Umiltà, 1999).

1.6.2 Considerazioni finali sui Disturbi del Comportamento infantile

I Disturbi del Comportamento infantile sono sempre stati e rimangono ancora un'importante problematica riguardante tutta la società e, data l'attuale tendenza epidemiologica, è probabile che continuino ad esserlo nel prossimo futuro. Questi disturbi comportano ingenti danni, sia in termini di qualità della vita dei giovani, delle loro famiglie e delle vittime di certe loro azioni, ed il più ampio costo economico per la società nel suo insieme (Erskine, 2013). Semplici disturbi comportamentali possono progredire verso lo sviluppo di disturbi molto più gravi in età adulta. Sappiamo che ci sono trattamenti efficaci per i disturbi del comportamento e questi risultano essere sempre più "alla portata di tutti". La nostra sfida consiste nell'identificare quali fattori all'interno di tali programmi di cura possano essere efficaci verso differenti sottotipi di sintomi. Così da poter identificare quei bambini che non rispondono agli approcci tradizionali e perciò valutare eventuali interventi sperimentali alternativi.

Capitolo 2

L'analfabetismo emotivo/affettivo giovanile: dall'aggressività alla violenza

2.1 “dietro la violenza c’è l’impotenza. La violenza non è la collera, ma il fallimento della collera” (Filliozat,1998, pag. 167)

Già nel 1999 Goleman, conosciuto per essersi occupato di intelligenza emotiva, evidenziava come la tendenza in tutti i Paesi occidentali, Italia compresa, fosse quella di una lenta disintegrazione delle comunità, di lacerazioni sempre più profonde del tessuto sociale, già allora percepibili come “i segni di un crescente malessere emozionale, soprattutto fra i bambini ed i giovani [...] e di un’impennata della violenza fra gli adolescenti” (Goleman,1999, pag 7). Il suddetto autore inoltre, faceva notare come i genitori avessero maggiormente bisogno, rispetto al passato, “di consigli e di guide per aiutare i propri figli ad acquisire le essenziali capacità umane” (Goleman, 1999, pag 8) e sottolineava quanto fosse importante, a suo avviso, far apprendere ai bambini l’alfabeto emozionale – le capacità fondamentali del cuore – introducendo nelle scuole “programmi di alfabetizzazione emozionale” che insegnassero agli stessi le capacità interpersonali essenziali che Goleman definisce anche come abilità emozionali. Queste ultime sarebbero fondamentali, quanto quelle intellettuali, perché servirebbero ad equilibrare la razionalità con la compassione, concludendo, con questa frase la sua premessa: “mente e cuore hanno bisogno l’una dell’altro” (Goleman,1999, pag. 8). Filliozat, trattando queste tematiche, nel 1998, si esprimeva precisando come la violenza non fosse direttamente legata all’ingiustizia, al ferimento o alla frustrazione, quanto invece al senso di impotenza nel gestire le proprie emozioni di fronte a situazioni fortemente problematiche ed alla difficoltà di esprimere i propri bisogni e di avere delle soddisfazioni: “dietro la violenza c’è l’impotenza. La violenza non è la collera, ma il fallimento della collera” (Filliozat, 1998, pag. 167). Sostanzialmente quando non si abbia la possibilità di affermarsi, di essere ascoltati, di risolvere un dilemma, le sensazioni personali provate sarebbero quelle di percepire la propria impotenza, la propria dipendenza dagli altri, di sentirsi piccoli e spaventati. Di conseguenza, troppi bisogni non soddisfatti, e soprattutto l’assenza di potere reale sulla vita, sarebbero all’origine della violenza, ad oggi molto diffusa. Questa studiosa aggiungeva anche che “la violenza dei bambini è una reazione alla violenza istituzionale che viene fatta subire loro, ed è anche espressione del rancore contro dei genitori che non sanno essere tali”, terminando queste sue enunciazioni con le seguenti: “quando le parole non vengono più ascoltate e quando i bisogni diventano tali da non essere più gestiti, la violenza rappresenta l’ultimo tentativo di trasmettere un messaggio, uno sforzo disperato di provocare un contatto e di combattere la terribile impotenza nel farsi ascoltare perché ogni essere umano ha bisogno di essere ascoltato e di avere un potere reale sulla sua vita” (Filliozat, 1998, pag. 168). Coerentemente a

quest'ultima considerazione aggiungiamo quanto altri autori hanno evidenziato sul tema dell'aggressività verso sé stessi, una problematica anch'essa quanto mai attuale ed in preoccupante diffusione: “il rivolgimento contro il Sé si ha quando un'eccitazione pulsionale non scaricata viene canalizzata contro il Sé. L'energia psichica aggressiva, se non è espressa contro l'oggetto frustrante, può essere rivolta sul soggetto stesso, come accade in un bambino che prova rabbia e, non potendo manifestarla contro altri, colpisce sé stesso” (Quaglia, Longobardi, 2007, pag.65).

2.2 Rabbia e aggressività nei giovani

Le cronache giornalistiche, che quotidianamente ci vengono proposte, sono caratterizzate da vari episodi di violenza che vengono volutamente enfatizzati e questo viene interpretato dalla collettività come un allarmante segnale di una generale degenerazione sociale. Questo aspetto risulta aggravato e suscita un timore crescente, quando gli autori di certi misfatti risultano essere dei minori: “sull'onda emotiva di un fatto di cronaca, viene formulato un giudizio sommario sul globale peggioramento morale di tutta una generazione. Il proclamato aumento della violenza giovanile diventa così un rassicurante luogo comune per mezzo del quale la violenza in quanto generazionale, viene relegata in un mondo a noi estraneo” (Muratori, 2005, pag. 10). In verità, questa inconsistente giustificazione, viene spesso utilizzata come alibi e atteggiamento critico da parte “delle generazioni più vecchie verso le nuove generazioni”. L'adolescente diventa così, “una sorta di imputato collettivo” molto più facilmente di quanto non accada per reati altrettanto gravi commessi in altra età. I ragazzi violenti si tramutano dunque nel ricettacolo delle angosce degli adulti e ciò va a scapito dello sforzo di capire le vicissitudini individuali del singolo (Muratori, 2005). L'aggressività nei giovani è quindi da tempo in aumento, in particolar modo già riscontrabile a partire dalla prima infanzia. La progressione dello sviluppo di questa nei bambini suggerisce che, la propensione all'aggressività fisica ed ai comportamenti di opposizione, sia massima all'età di due anni. Tipicamente, durante l'infanzia, l'aggressività inizia a diminuire anno dopo anno e raggiunge un livello relativamente basso prima dell'ingresso a scuola (dai cinque ai sei anni). Tuttavia, in alcuni bambini, i livelli di aggressività rimangono elevati e possono talvolta evolversi in condotte violente o vere e proprie psicopatologie.

2.3 Aggressività e violenza: etimologia e significato oltre i confini sfumati di normalità e psicopatologia

La complessità del “fenomeno aggressività” è racchiusa nell’etimologia della parola stessa. Quest’ultima infatti, deriva dal latino *aggredior* (*ad-gradior*). Il verbo *gradior* significa “andare”, “avanzare”, oltre che “attaccare”. La preposizione *ad* indica “contro”, ma anche “verso”, “allo scopo di”. Il significato del termine, quindi, non è solo “aggredire”, ma anche “andare verso”, “intraprendere”, “cercare di ottenere”. Dalle suddette righe, si evince che quest’ultima presenta molteplici sfaccettature e di conseguenza si presta a differenti interpretazioni. Spesso l’aggressività umana viene comunemente associata, nella sua definizione, a distruggere, ferire e/o fare del male, intenzionalmente, a persone, animali o cose (agendo o semplicemente pensando tale condotta) (Baldoni, 2005). Le ricerche più recenti, i modelli di classificazione e la comprensione dell’atto aggressivo ruotano attorno a tre fattori principali/nuclei problema: le caratteristiche dell’atto, l’intenzionalità e lo stato emotivo del soggetto. Spesso infatti, i comportamenti aggressivi sarebbero accompagnati da una serie di emozioni e stati affettivi che creano mescolanze di difficile osservazione (es. rabbia, paura, frustrazione e colpa). È bene inoltre ricordare, a questo proposito, che la concezione stessa di aggressività può essere differente a seconda che questa sia vista come istinto, caratteristica comportamentale appresa o reazione emotiva ad un avvenimento frustrante. Riguardo al primo significato citato sopra, l’aggressività rappresenta una quota parte importante del nostro bagaglio istintuale: McDougall (1908) parlava esplicitamente di «istinto pugnace»; Freud (1900;1905) ha teorizzato che l’aggressività potesse manifestarsi come reazione alla frustrazione sperimentata da una persona durante la ricerca del piacere. Il neonato, crescendo, impara a dilazionare la soddisfazione dei bisogni primari. Il fatto di bloccare questi impulsi crea uno stato di frustrazione. L’aggressività, secondo questa visione, si delinea come una strategia comportamentale per allentare lo stato di tensione generato dal mancato soddisfacimento immediato di un bisogno. In una fase successiva, l’aggressività viene definita come pulsione di morte (Thanatos), antagonista dell’istinto di vita, (Eros). Secondo Freud (1920) l’energia distruttrice, prodotta dall’istinto di morte, deve essere convogliata verso l’esterno e deve trovare un modo per manifestarsi onde evitare che la persona possa autodistruggersi. Quest’ energia distruttiva è portata verso l’esterno dai comportamenti aggressivi al fine di far diminuire lo stato di tensione pulsionale (Boca, Bocchiaro, Scaffidi Abbate, 2017). Per Freud l’aggressività è dunque una caratteristica connaturata all’esistenza umana. Questa linea di pensiero è condivisa, con i dovuti distinguo, dal pensiero etologico che descrive l’aggressività come un comportamento innato, specie-specifico, dal ruolo adattivo volto a selezionare i membri più forti della specie, a distribuire meglio gli esemplari sul territorio e a proteggere la prole (Lorenz, 1966). Egli identifica tre tipi di comportamenti aggressivi: quello “intra-specifico”, che si concretizza tra membri della stessa specie e quello

“inter-specifico”, che si osserva fra individui di specie differente ed è diretto ad assicurarsi il cibo. In quest’ultimo tipo di aggressività, viene a mancare l’aspetto intenzionale di far male (es. il leone che cerca di nutrirsi attaccando altri animali non mostra un’espressione di rabbia e di ferocia). Soltanto l’aggressività intra-specifica, quindi, dovrebbe essere considerata un comportamento aggressivo “vero e proprio”, da intendersi come atto intenzionale, sebbene anch’essa sia da riferirsi ad un concetto di “istinto innato” basilare per la conservazione e perfezionamento della specie (Baldoni, 2005). L’aggressività dunque, assume un ruolo adattivo e perciò non può essere sradicata da sé stessi, ma può essere controllata e gestita in modo funzionale (meccanismi ritualistici ed inibitori) (Spada, 2021).

Irenäus Eibl-Eibesfeldt, allievo di Lorenz, pensa all’aggressività come una forma di adattamento e di selezione specie-specifica molto diversa dalla violenza che mette a repentaglio la sopravvivenza della specie stessa. Egli però, invita a distinguere l’aggressività animale da quella umana; in quanto mentre il comportamento animale è volto a soddisfare bisogni immediati e si presenta in modo rigido, quello umano è piuttosto “culturale” dunque meno influenzato da bisogni immediati (Muratori, 2005). Nel volume *Etologia della guerra* (1979), Eibl-Eibesfeldt suggerisce di differenziare l’aggressività in generale, che è una manifestazione biologica, e la guerra che, piuttosto, rappresenta un prodotto culturale. La posizione attuale degli etologi non si discosta molto dalle sue radici storiche, Lore e Schultz (1993) a questo proposito, presentano una spiegazione secondo cui tutti gli organismi, ratti, bambini, adulti... hanno sviluppato forti meccanismi inibitori che permettono loro di reprimere l’aggressività, qualora si presenti come attività utile e vantaggiosa. L’aggressività diventa così, una strategia opzionale che si può attuare o meno in base alle esperienze pregresse dell’individuo e alle norme che regolano il contesto sociale in cui vive. Per concludere, nel 1986 un gruppo di scienziati, esperti di diverse discipline quali etologia, antropologia, sociologia..., si sono occupati di temi collegati alla violenza, producendo un documento conosciuto come “Dichiarazione di Siviglia sulla violenza”, nel quale confutano alcune presunte scoperte che sono state usate per giustificare la violenza e la guerra. (Boca, Bocchiaro, Scaffidi Abbate, 2017).

Possiamo ora considerare alcune ipotesi teoriche, per le quali, i comportamenti violenti rappresentano una risposta strategica dell’individuo alle condizioni-stimolo in cui si trova ad operare. Concetti chiave di questi punti di vista sono: le variabili che controllano l’innesco, il mantenimento e il rafforzamento delle condotte aggressive. Alcuni degli studiosi hanno rimarcato l’importanza degli antecedenti alle risposte aggressive riconoscendoli in fattori interni all’individuo quali la frustrazione (Dollard et al. 1939), l’eccitazione (Zillmann 1971) o i vissuti emotivi connotati negativamente (Berkowitz 1989; 1990). Altri autori hanno posto

l'attenzione sui modelli sociali nei processi di acquisizione del comportamento aggressivo (Bandura 1973; 1986). La teoria della frustrazione-aggressività viene pubblicata nel 1939 da un gruppo di ricercatori dell'università di Yale (volume Frustration and Aggression). L'idea principale degli autori era che la frustrazione implicasse l'istigazione ad aggredire e che l'aggressività derivasse unicamente da essa, collocando così la frustrazione come unica causa dei comportamenti aggressivi. In conseguenza alle evidenti lacune di questa posizione, per alcuni considerata come un'interpretazione distorta delle teorie Freudiane, in una riedizione del volume, 23 anni dopo, gli studiosi affermarono che la frustrazione può essere considerata come condizione sufficiente, ma non necessaria affinché si verificino comportamenti aggressivi. Negli anni, il ruolo dato alla frustrazione è cambiato molto: si è ritenuto che quest'ultima, potesse produrre risultati diversi dalla condotta aggressiva. Per esempio Seligman (1975) ha descritto la sindrome da impotenza appresa. Un soggetto, con diverse esperienze di frustrazione alle spalle, avrebbe, come reazione, quella di "lasciarsi andare" e smettere di essere oppositivo. Da tutto ciò si evince che i modelli proposti via via che le epoche si susseguono, si complessificano. Alcuni ricercatori infatti, hanno sostenuto che quando un soggetto sperimenta una frustrazione, egli conferisce un significato al mancato raggiungimento di quello che era l'obiettivo prefissato, alla resa a perseguire il proprio scopo o comunque all'origine del proprio stato di frustrazione. Di conseguenza, le ripercussioni emotive si differenziano in base al senso assegnato all'evento frustrante. Se la frustrazione è considerata non arbitraria, non intenzionale o legittima e, dunque comprensibile, non scatteranno reazioni aggressive (Burnstein e Worchel 1962; Zillman e Cantor 1976). Berkowitz nel 1989, osservò che fosse molto importante per i soggetti frustrati, aver avuto, prima di poter raggiungere l'obiettivo, aspettative elevate.

A questo proposito Dengerink e Myers (1977) hanno osservato che un campione di studenti, che aveva precedentemente fallito in un'attività simile, rispondeva con livelli inferiori di aggressività dopo un altro fallimento in un compito simile, rispetto ad altri studenti che nella prima prova avevano avuto successo; il secondo gruppo, sulla base dell'esperienza pregressa, si aspettava di riuscire a superare la prova laddove il primo gruppo, dopo il primo fallimento, nutriva una minor fiducia di affrontare con successo il secondo compito. Le diverse aspettative influenzano quindi, l'entità della frustrazione e, di conseguenza, il livello di aggressività. In un esperimento di Kulik e Brown (1979) il compito dei partecipanti era quello di domandare telefonicamente a sconosciuti offerte in denaro; i partecipanti all'esperimento erano informati che sarebbero stati gratificati da una percentuale della somma raccolta. Metà dei partecipanti venne persuasa ad attendersi una media di offerte elevata, mentre all'altra metà venne detto che, in media, i contributi a questo genere di iniziative erano piuttosto bassi.

L'esperimento era costruito in modo tale che ai numeri telefonici chiamati rispondessero collaboratori dello sperimentatore che rifiutavano sempre la donazione. Veniva rilevata l'aggressività verbale dei soggetti nei confronti delle persone chiamate. I risultati mostrarono chiaramente come coloro che avevano aspettative alte indirizzassero maggiore aggressività verbale a chi non faceva offerte rispetto a coloro che avevano sviluppato attese minori. Se la fonte di frustrazione viene percepita, dalla persona, come minacciosa l'aggressività non sempre viene riversata sul responsabile. Questa infatti, viene repressa oppure deviata verso persone fragili. Berkowitz (1982; 1989; 1990; 1993) poi, ha concepito un modello teorico più complesso in cui le premesse delle condotte rappresentano tutte quelle situazioni di dolore, di malessere e di dispiacere a cui un individuo può andare incontro. Questo autore si è occupato di studiare la formazione, il funzionamento e la regolazione di stati emotivi e, in particolare, della rabbia. Da queste osservazioni si può dedurre che, siccome le persone non sempre raccontano di provare rabbia o paura nel momento in cui accade un fatto o un evento spiacevole, si manifesti un fenomeno di inconsapevolezza della rabbia provata. Il modello spiega questo fatto suffragando quanto segue: dapprima, mediante le connessioni automatiche della rete associativa, si avrà una reazione di rabbia e di paura di cui il soggetto fa esperienza insieme in proporzione variabile, aspetto di cui l'individuo non è necessariamente conscio. Successivamente entrano in gioco processi cognitivi meno automatici che comportano attribuzioni causali e valutazioni; attraverso questi processi cognitivi sulle primitive esperienze di rabbia e di paura si "costruiranno" stati emotivi diversi: ansia, depressione, colpa... Dunque questa visione propone l'esistenza di esperienze emotive di maggiore complessità basate sulla rabbia o paura esperita in prima battuta. Queste ultime, sono indirizzate da un'ideazione prototipica dell'individuo su "come è fatta" una specifica emozione. Il modello cognitivo-neoassociacionista, qui brevemente esposto, rappresenta un importante passo avanti nella comprensione dei comportamenti aggressivi rispetto alle indicazioni precedenti. Zillman (1979), nella trattazione della teoria del trasferimento dell'eccitazione, presenta un'ottica simile a quella di Berkowitz anche se Zillman ha attribuito un contributo fondamentale all'interpretazione cognitiva dell'eccitazione nel provocare condotte aggressive. Egli sostiene che infatti, le persone possono trasferire l'attivazione residua provocata da una situazione vissuta a una nuova condizione attivante. Infine l'aggressività può essere considerata come un comportamento appreso. È importante a tal proposito, citare istituzioni quali famiglia o scuola, i mezzi di comunicazione di massa che propongono talvolta modelli di comportamento antisociale facilmente riproducibili da minori (Bandura, 1973). A questo punto, è bene operare un'ulteriore distinzione che si può dedurre dalla definizione comunemente utilizzata per spiegare il fenomeno dell'aggressività:

“l’aggressività consiste in un comportamento fisico o motorio che produce intenzionalmente un danno ad altri: persone animali o cose” (Fedeli, 2007). Aggressività e violenza non si equivalgono. Il termine “violenza”, che deriva dal latino vis (“forza”), è legato all’esperienza più negativa e devastatrice dell’aggressività; questo aspetto, inoltre, è circoscritto alle condotte che presumono la presenza dell’intimidazione o dell’uso della forza fisica (Baldoni, 2015). Quindi, “non tutte le manifestazioni aggressive sono violente, ma tutti i comportamenti violenti sono considerati delle forme di aggressione.” (Spada, 2021). Secondo Bandura, l’aggressività può essere appresa semplicemente guardando gli altri anche in assenza di rinforzo (es. il ben noto esperimento della bambola Bobo ideato Bandura, Ross e Ross nel 1963). Un dato ormai evidente e allarmante, che si evince da queste ultime ricerche, è che l’apprendimento di comportamenti aggressivi può aver luogo sia quando il modello viene presentato simbolicamente (filmati, racconti, fumetti, videogiochi) sia nelle situazioni di vita reale (Bandura, 1986).

Johnson e colleghi (2002) hanno realizzato uno studio, pubblicato sulla rivista “Science”, circa gli effetti a lungo termine della teledipendenza giovanile. I ricercatori hanno seguito 707 bambini e bambine per un arco di tempo di 17 anni e hanno notato una significativa relazione tra la quantità di ore passate a guardare la televisione durante l’adolescenza e le condotte aggressive intorno ai vent’anni. Il dato riguarda non solo i ragazzi ma anche le ragazze e le giovani donne. La relazione tra, tempo trascorso davanti alla TV da bambini e comportamento violento da adulti, risulta significativa se presenti fattori di rischio quali basso reddito familiare, insufficienti cure parentali, livello di scolarità e disturbi psichiatrici durante l’infanzia. L’esposizione a violenza non è solo un modello per l’imitazione ma genera anche apprensione per la propria incolumità. Diversi autori hanno notato che, chi osserva più violenza in televisione, sperimenta una maggiore paura di rimanere vittima di violenza (Doob e MacDonald 1979; Tamborini, Zillmann e Bryant 1984).

Una sproporzione di quest’ultima può condurre ad una forma di desensibilizzazione. La quantità di violenza a cui si è esposti infatti, ha molta importanza e può portare al cosiddetto fenomeno di “assuefazione alla violenza” e ad una maggiore accettazione di essa. Huesmann [1986; 1998] ha proposto che, quando i bambini osservano la violenza in contesti di vita reale, o attraverso i mass media, apprendono degli “script” di comportamenti aggressivi. Questi ultimi possono essere adottati per dare un senso alle circostanze e fare da guida al comportamento. Per concludere, l’ipotesi Freud-Yale e il modello cognitivo-neoassociacionista trattano l’aggressività accompagnata a scoppi d’ira, mentre la teoria dell’apprendimento sociale e l’approccio basato sugli “script” illustrano forme strumentali di aggressività in cui il soggetto reagisce in modo violento a situazioni minacciose o

problematiche. Anderson e Bushman (2002) hanno presentato un modello integrativo che riassume i punti di vista precedenti. Quest'ultimo prende il nome di General Aggression Model (GMA). L'aggressività potrebbe quindi, essere esibita in modo automatico, dettato sostanzialmente dalla risposta emotiva interna oppure gestito da processi cognitivi di ordine superiore. Piero Bocchiaro in "Psicologia del male" (2009), libro che raccoglie alcuni dei più famosi studi condotti nel campo del male, illustra come persone comuni arrivassero a torturare e persino uccidere per via di forze psicosociali che si innescano in situazioni estreme ed insolite (es. la deindividuation). Questo concetto è ampiamente suffragato dalle idee ed esperimenti di Zimbardo. (es. l'esperimento carcerario di Stanford nel 1971) e dagli studi di Milgram (1963) che considerò l'autorità come ulteriore forza psicosociale che spinge gli uomini gli uni contro gli altri. Sembrerebbe infatti, che di fronte ad un'autorità, la gente tenda ad obbedire automaticamente. In caso gli ordini risultassero immorali o/e crudeli le circostanze che aumentano la probabilità di obbedire sono: la distanza dalla vittima (questa rende astratto il dolore, riduce il senso di colpa e di vergogna. Viene a mancare così, il nesso tra le proprie azioni e le conseguenze; la sequenzialità dell'azione (la non-disobbedienza iniziale comporta una problematica di incoerenza e dunque risulterebbe maggiormente dispendioso ribellarsi poi); l'autorità di chi impartisce gli ordini. Altri autori, come ad esempio Bocchiaro, hanno trattato taluni meccanismi psicosociali quali la deumanizzazione, il conformismo e la diffusione della responsabilità. Alla luce di modelli ed esperienze diversificati e di sempre maggiore complessità è possibile precisare che, la condotta aggressiva può rivelarsi in forma diretta (distruttiva), cioè indirizzata verso l'interlocutore scelto attraverso l'attacco fisico o verbale, oppure indiretta (non distruttiva), quando cioè il sentimento aggressivo viene scaricato attraverso altre modalità, quali ad esempio un repertorio motorio eccessivamente ricco e disorganizzato, o, molto frequente nel bambino, un gioco caotico e senza organizzazione. Riprendendo l'iniziale riflessione sull'etimologia della parola aggressività, si può enunciare che come altri termini, che hanno la stessa radice latina, regressione, trasgressione, anche aggressione può declinarsi in un senso patologico solo se si supera un dato limite (simbolica soglia). Al fine di capire meglio i comportamenti umani si è soliti parlare di normalità e patologia, posti su di un continuum. Per questa ragione, violenza e aggressività non sono sinonimi anche se condividono le stesse origini. Affinché un comportamento aggressivo dunque, si tramuti in gesto violento, deve comprendere la complessità di fattori biologici psicologici e sociali ancora in gran parte sconosciuti. (Fedeli, 2019). Per approfondire l'aspetto "patologico" legato alla rabbia è bene citare il DSM e la trattazione di condotte violente nelle varie edizioni succedutesi negli anni. Il DSM-II (1968) si propone di essere la prima edizione a dare un vero riconoscimento alla rabbia. Essa viene

infatti, individuata e descritta in due condizioni: un comportamento aggressivo asociale ed una condotta delinquenziale di gruppo. Si susseguono le successive pubblicazioni del manuale che si occupano di trattare tale aspetto. A questo proposito citiamo il DSM-IV-TR dove i problemi del controllo delle emozioni e dei comportamenti sono inseriti nei “Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove”. I disturbi appartenenti a questa classificazione sono caratterizzati dall’incapacità di resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente o alla tentazione di compiere un’azione pericolosa per sé e per gli altri. Nella maggior parte dei disturbi descritti il soggetto avverte una sensazione di crescente tensione e di eccitazione prima di compiere l’azione ed in seguito prova piacere, gratificazione, o sollievo, nel momento in cui commette l’atto. Successivamente, possono esservi o meno rimorso, autoriprovazione e senso di colpa. Risulta poi, importante sottolineare, come l’aggressività, sia un aspetto comune a molti disturbi di personalità presenti nel DSM-5 (nel disturbo schizotipico e in quello borderline ad esempio). Possiamo riscontrare che la rabbia può essere la caratterizzazione primaria, dunque centrale, o secondaria di un disturbo. Vi sono differenti strumenti utili per la valutazione della rabbia che differiscono soprattutto nei costrutti indagati (ad esempio rabbia o ostilità), che spesso per la mancanza di una definizione chiara ed univoca di tali emozioni, vengono erroneamente sovrapposti e “confusi” (Nussbaum, 2013). All’interno del DSM-IV-TR i problemi del controllo delle emozioni e dei comportamenti sono inseriti nei “Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove”. I disturbi appartenenti a questa classificazione sono caratterizzati dall’incapacità a resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente o alla tentazione di compiere un’azione pericolosa per sé e per gli altri. A differenza della precedente versione, nel DSM-5 è stato introdotto il capitolo “Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta”, che riunisce tutti i disturbi del DSM-IV-TR marcati dalla difficoltà nel controllare i sentimenti di rabbia e talvolta comportamenti ostili. Nel DSM-5, il Disturbo Esplosivo Intermittente è stato meglio definito e comporta la mancanza di controllo degli impulsi aggressivi o fisica verso proprietà, animali o altre persone. Nella parte di questo sotto capitolo dedicata al DSM-5 viene fatta una distinzione tra i disturbi correlati ad un’inadeguata autoregolazione delle emozioni e quelli legati al comportamento, distinguendo quindi tra autocontrollo emotivo e comportamentale. I disturbi della condotta si riferiscono ad uno scarso autocontrollo dei comportamenti a danno di altre persone e in violazione alle norme sociali e giuridiche, e questi comportamenti possono, a loro volta, essere generati da uno scarso autocontrollo delle emozioni, in particolare rabbia e aggressività. Secondo gli autori del DMS-5 un comportamento è ritenuto un disturbo mentale quando “è una sindrome caratterizzata da un’alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della

regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale” (Nussbaum, 2013). I disturbi mentali sono solitamente associati ad un livello significativo di disagio o di disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Il manuale mette a disposizione una guida chiara per organizzare i sintomi. I set di criteri diagnostici sono stati predisposti come una descrizione di sintomi a carico del soggetto, la cui presenza, con determinate caratteristiche di intensità e frequenza, sintetizza una sindrome caratteristica. Il disturbo esplosivo intermittente (Intermittent Explosive Disorder) è attualmente classificato nel manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM V) all’interno della categoria dei “disturbi dirompenti degli impulsi e della condotta” insieme al disturbo oppositivo provocatorio, della condotta, del comportamento dirompente.

I criteri diagnostici del Disturbo Esplosivo Intermittente del DSM-5 risultano essere:

a. Inclusione: richiede ricorrenti accessi comportamentali in cui la persona non controlla gli impulsi aggressivi, come manifestato da uno dei seguenti comportamenti.

- 1) Aggressione verbale o fisica verso proprietà, animali o altre persone che si verifica in media due volte alla settimana per un periodo di tre mesi. L’aggressione fisica non comporta danneggiamento o distruzione di proprietà e non provoca lesioni ad animali o ad altre persone.
- 2) Tre accessi comportamentali che implicano danneggiamento o distruzione di proprietà e/o aggressione fisica che si verificano in un periodo di 12 mesi nei confronti di beni materiali o persone.

b) Inclusione: richiede anche tutti e tre i seguenti punti.

- 1) Il grado di aggressività espresso durante gli eccessi ricorrenti è esagerato rispetto alla provocazione o a qualsiasi fattore psicosociale stressante precipitante)
- 2) Le ricorrenti esplosioni di aggressività non sono premeditate (cioè sono impulsive e/o generate dalla rabbia) e non hanno lo scopo di raggiungere qualche obiettivo concreto.
- 3) Le esplosioni di aggressività causano un disagio marcato nell’individuo e la compromissione del suo funzionamento in ambito lavorativo o interpersonale oppure sono associate a conseguenze finanziarie o legali.

L’età cronologica del soggetto interessato da questi disturbi deve essere di almeno sei anni (Nussbaum, 2013).

Nella specificazione delle caratteristiche diagnostiche il DSM-5 individua la caratteristica principale del disturbo: “Indipendentemente dalla natura della esplosione di aggressività impulsiva, la caratteristica principale del disturbo esplosivo intermittente è l’incapacità di controllare un comportamento aggressivo impulsivo in risposta a ciò che viene vissuto soggettivamente come una provocazione (cioè un fattore psicosociale stressante) che normalmente non scatenerrebbe una esplosione di aggressività e che non ne giustificano l’intensità” (Muratori, Lambruschi, 2020, pag. 31-32). Ciò farebbe pensare che questo disturbo sia prodotto da un’aggressività di tipo reattivo, dovuta ad un’errata interpretazione di messaggi ambientali ricevuti. Comportamenti che verrebbero giudicati neutrali o scarsamente ostili dalla maggior parte dei soggetti, non portando ad una reazione aggressiva, vengono invece visti in maniera ostile o pericolosa a causa di un “*bias cognitivo*”. I soggetti portatori di questo disturbo, spesso sono stati indicati come un pericolo per sé e per gli altri oltre che si considera che le azioni aggressive sono sovente accompagnate da una sensazione di sollievo e, in alcuni casi, di piacere, ma anche seguite da rimorso. Per via della lampante complessità dei suddetti fenomeni osservati, dei trattamenti e dei percorsi di integrazione, risulta necessario offrire un piano di intervento personalizzato e caratterizzato da molteplici approcci.

2.4 Aspetti anatomici e meccanismi neurofisiologici

Le strutture cerebrali (corticali e sottocorticali) coinvolte nell'espressione o nella gestione delle spinte aggressive sono diverse, in particolar modo i sistemi neuronali, adibiti principalmente alle suddette funzioni, sono localizzati soprattutto nel sistema limbico e nel tronco encefalico. Il primo presenta una serie di strutture cerebrali ed un insieme di circuiti neuronali presenti nella parte più profonda e antica dell’encefalo, congiunti al lobo limbico e connessi alle funzioni fondamentali per la conservazione della specie. Tale sistema è implicato principalmente nell’integrazione dell’olfatto e della memoria a breve termine, nelle reazioni emotive, nelle risposte comportamentali, nei meccanismi di motivazione e ricompensa. Il tronco encefalico, regione più primitiva del cervello, custodisce i centri del sistema nervoso vegetativo. Alcuni studi, atti a circoscrivere gli aspetti neuroanatomici e neurofisiologici associati alla rabbia, hanno visto come protagonisti soprattutto animali da laboratorio. Le tecniche maggiormente utilizzate sono state soprattutto le lesioni corticali (elettriche, chirurgiche o neurochimiche), le stimolazioni elettriche e le registrazioni dell’attività elettrica del cervello (Umiltà, 1999). Risulta evidente infatti, che nel tempo le tecniche di studio del cervello si siano affinate; fino agli anni settanta non era possibile individuare le lesioni cerebrali con precisione e dunque nemmeno osservare accuratamente le strutture coinvolte nel danno cerebrale (consentito solo tramite l’esame autoptico). Venivano

spesso utilizzate stimolazioni elettriche corticali e ablazioni a scopo diagnostico/terapeutico. Dopo questi anni, si è potuto fare diagnosi in vivo grazie alle tecniche di bioimmagine quali: TAC e RMN per le immagini strutturali mentre CBF, TMS, fMRI, SPECT, PET e TDCS per indagare la neurofisiologia del cervello. (Làdavas, Berti, 2020). Diversi esperimenti infatti, hanno mostrato che, lievi stimolazioni elettriche del sistema limbico nei ratti elicitarono violenti attacchi verso altri animali vicini (Delgado, 1969). In altri studi, l'amigdalectomia eseguita su alcune scimmie ha predisposto ad una risposta inferiore a stimoli contrari (Kapp et al. 1992) ed ulteriori ricerche neuroscientifiche hanno messo in luce una diminuzione, in seguito ad amigdalectomia, di reazioni d'ansia e di paura (fondamentali in meccanismi di attacco-fuga tanto negli animali quanto nell'uomo) (Narabayashi e Nagai, 1963). Si è visto inoltre, un aumento delle condotte violente negli uomini in presenza di lesioni dei nuclei amigdaloidi (Tonkonogy 1991). Gli esperimenti, succedutesi negli anni, che hanno interessato l'amigdala, hanno prodotto risultati contraddittori e poco nitidi. In alcuni di questi, infatti, è stato rilevato che nei raffronti delle scimmie sottoposte ad amigdalectomia i conspecifici presentavano una riduzione dell'interazione sociale ed un accrescimento dell'aggressività (Kling e Dunne 1976). I dati raccolti però, presentavano problemi interpretativi in quanto i primi studi sull'argomento hanno sempre analizzato separatamente il comportamento di animali operati nei confronti di quelli sani o quello di animali sani nei confronti di quelli operati. Una recente ricerca sperimentale però, ci ha permesso di districare meglio la suddetta controversa questione. Un gruppo di scimmie Rhesus è stato sottoposto ad amigdalectomia e successivamente se ne è analizzato il comportamento, allo stesso tempo, si è studiata anche la reazione comportamentale che i conspecifici presentavano verso i soggetti sperimentali (Nathan et al. 2001). I risultati hanno evidenziato che le scimmie, a cui era stata asportata l'amigdala, esibivano, se confrontate alle scimmie di controllo, un aumento di comportamenti prosociali, una riduzione di ansia e un accrescimento della fiducia e della sicurezza durante l'interazione con altre scimmie (rapporto diadico). I conspecifici poi, nella relazione a due, rivelavano, a loro volta, un aumento di comportamenti positivi e una diminuzione di comportamenti di evitamento nei confronti delle scimmie sperimentali. Nathan e colleghi hanno commentato questi risultati affermando che il comportamento più docile e disponibile da parte delle scimmie amigdalectomizzate possa avere influenzato maggiori scambi anche da parte delle scimmie di controllo (Boca, Bocchiaro, Scaffidi Abbate, 2017). Oltre alle strutture sopraccitate è importante sottolineare il rilievo del lobo frontale implicato nelle attività psichiche superiori. Potremmo quindi dichiarare che l'aspetto neuroanatomico e neurofisiologico del cervello presenta strutture attraverso le quali viene costruito e mantenuto il rapporto tra le aree cerebrali più recenti (come la corteccia

orbitofrontale) nella filogenesi, deputate al controllo ed alla programmazione delle azioni, e le aree cerebrali più primitive (come l'amigdala) investite di dar voce all'espressione e al riconoscimento delle emozioni e alle pulsioni tra cui quelle aggressive. L'ipotesi più accreditata è che il coinvolgimento di tali aree comporti una perdita del controllo inibitorio sul comportamento con conseguente aumento dell'impulsività, scarsa capacità di interiorizzazione delle regole e di previsione delle conseguenze delle proprie azioni (elementi alla base dell'azione aggressiva disadattiva) (Muratori, 2005). Le regioni cerebrali sopramenzionate, sono spesso anche coinvolte nello svolgimento delle cosiddette "funzioni esecutive" e cioè di quelle funzioni cerebrali che sono alla base della nostra capacità di programmazione e di previsione degli effetti delle nostre azioni, nonché della capacità di inibizione delle risposte immediate ed impulsive (Làdavas, Berti, 2020). Citiamo a tal proposito il primo studio clinico che mise in luce un legame tra personalità, comportamento, moralità e lobo frontale. Quest'ultimo, riguarda Phineas Gage, operaio statunitense addetto alla costruzione di ferrovie, che nel 1848 ebbe un incidente in cui una sbarra di ferro attraversò la parte anteriore del suo cranio provocando una lesione di entrambi i lobi frontali. Gage dopo l'incidente modificò radicalmente la sua personalità divenendo scontroso, incapace di perseguire uno scopo, di umore variabile, insolente e blasfemo (Rolls, Piccardi, D'Amico, 2011). Una lesione dunque, dell'area orbito-frontale, così chiamata per via della sua vicinanza con l'orbita dell'occhio, comporta un fallimento del controllo inibitorio, un aumento d'impulsività, scarsa capacità di interiorizzare le regole e di prevedere le conseguenze delle proprie azioni. Questa struttura si situa nelle parti ventrali e mediali del lobo prefrontale ed è a tal punto, strettamente connessa alle aree limbiche, che è stata ribattezzata come la corteccia associativa per eccellenza: tra le parti più antiche del cervello umano e le parti più recenti che contraddistinguono l'evoluzione cerebrale Homo sapiens. Infatti, questa struttura, oltre a ricevere messaggi da tutte le aree sensoriali della corteccia posteriore comunica con le aree limbiche, il polo temporale, l'amigdala e i "centri istintuali" dell'ipotalamo. In tale posizione anatomica essa guida le parti più antiche del cervello, ma ciò che è emblematico è che si tratta di un'area cerebrale ancora fortemente immatura alla nascita ed il cui sviluppo nel corso dei primi due anni di vita dipende dalle esperienze sociali. Le neuroscienze ci informano che i sempre più complessi sistemi strutturali di autoregolazione, individuati nella corteccia orbito-prefrontale, quando il bambino nasce non sono ancora del tutto formate ed esse maturano perciò, nel corso della vita (filogenetica e ontogenetica), grazie anche ai processi sociali e all'esperienza in genere. Quest'ultima visione può quindi, spiegare le conquiste evolutive in termini di attenzione e di risposta ritardata che permettono al bambino di reagire alle situazioni nuove su basi non impulsive. Mediante queste importanti scambi tra, la corteccia più recente e le aree più

antiche del cervello, si generano i modelli operativi interni, che sono le rappresentazioni delle interazioni del bambino con il caregiver e che vengono utilizzate come modelli per interagire nel corso della vita. Tutto ciò ci dimostra anche, come maltrattamenti, abusi e stress ripetuti abbiano un'influenza negativa diretta sugli stili interattivi del bambino e comportano altre numerose problematiche. In conclusione, dobbiamo considerare perlomeno due aree coinvolte nel comportamento violento quali le aree corticali frontali, che se danneggiate non esercitano adeguatamente il loro ruolo di controllo dell'impulsività e l'amigdala che, se presenta anomalie nel suo funzionamento, produce come risultato una scarsa capacità a riconoscere le emozioni e a rispondere agli stati emotivi dell'altro; così che si osserva negli individui con amigdala ipofunzionale, scarsa empatia e maggior propensione alla violenza (Muratori, 2005). Il comportamento emotivo può essere infatti, pensato come il prodotto di almeno tre componenti che più di altre sembrano caratterizzare la risposta emotiva: la valutazione, l'espressione e l'esperienza soggettiva delle emozioni (Làdavas, Berti, 2020). L'armonia delle nostre azioni è data anche dai neurotrasmettitori e dagli ormoni (sistema neuroendocrino) che ricoprono un importante ruolo nei meccanismi di controllo e modulazione dell'aggressività. Studi sull'influenza del sistema neuroendocrino hanno individuato nel testosterone, ormone sessuale maschile, un rilevante regolatore dei comportamenti aggressivi che spiegherebbe anche la maggiore aggressività dell'uomo rispetto alla donna (Dabbs e Hargrove, 1997). Diversi studi hanno evidenziato come elevati livelli del suddetto ormone sono in relazione con una maggiore aggressività e tendenze antisociali in entrambi i sessi, mentre nelle donne, tendenzialmente violente, di solito la quantità di testosterone nel sangue è più elevata che nelle donne non violente (Ehlers, Rikler e Hovey 1979; Mazur e Booth, 1998). Olweus (1987) ha calcolato il livello di testosterone in un gruppo di ragazzi di età compresa tra i 15 e i 17 anni. I risultati suggeriscono che alti livelli di testosterone siano legati direttamente a comportamenti aggressivi causati da una provocazione e indirettamente a quelli, non conseguenti ad una provocazione, attraverso un aumento di irritabilità e intolleranza. Altre ricerche hanno rilevato la quantità di testosterone presente nel plasma in gruppi di prigionieri ritenuti aggressivi e prigionieri non aggressivi. I risultati hanno messo in evidenza che nei prigionieri violenti sono presenti tassi di testosterone più elevati di quelli riscontrati in prigionieri non violenti (Ehrenkranz, Bliss e Sheard, 1974; Rubin, Reinisch e Haskett, 1981). Anche se siamo al corrente della relazione tra aggressività e testosterone, saltuariamente i dati di ricerca hanno segnalato distintamente la direzione di tale relazione; cioè se è l'anomalo quantitativo di testosterone a causare le condotte aggressive o, piuttosto, se è l'aggressività a dar vita ad un aumento del tasso di testosterone nel sangue come risposta preparatoria ad un eventuale comportamento di attacco (Carlson 1986). L'estradiolo invece, è l'ormone

responsabile della maggiore mitezza del sesso femminile, in quanto ha un'azione inibitoria. (Boca, Bocchiaro, Scaffidi Abbate, 2017). Infine, osservazioni su animali hanno rilevato come l'aggressività venga elicitata da alcuni neurotrasmettitori quali l'acetilcolina, la dopamina e la noradrenalina. Tra questi ultimi, la serotonina ha, invece, un'azione inibente sul comportamento aggressivo: è stato riscontrato che la presenza di un'ipofunzionalità serotoninergica è alla base delle alterazioni non solo del tono dell'umore, ma anche di alterazioni del controllo degli impulsi e dell'aggressività sia in direzione autolesiva sia eterolesiva (Banki e Karmacs, 1991; Elliot, 1990; Nardini et al., 1992; Yates, 2000). Infine due neuropeptidi, vasopressina e ossitocina, sono coinvolti nello sviluppo dell'empatia e nei meccanismi di affiliazione. In particolar modo l'ossitocina, volta ad inibire l'attività dell'amigdala, e quindi, una mancanza di tale neuropeptide, può portare ad una disregolazione del meccanismo della paura alla base dell'aggressività predatoria (Muratori, 2005).

2.5 Differenze di genere

Essere maschi comporta un fattore di rischio per lo sviluppo di condotte violente. I dati del Ministero dell'Interno per gli anni 1992-2006 sembrano confermare che rischio di comportamenti violenti è maggiore in soggetti di sesso maschile. A partire dall'età di 4 anni i maschi mostrano un comportamento più spiccatamente aggressivo, mediante lotta, spintoni, strattoni e lancio di oggetti quando sono arrabbiati, mentre le femmine sembrano prediligere il pianto. Si ipotizza che il legame tra genere e disturbi aggressivi esternalizzati possa essere ricondotto alle maggiori competenze comunicative, al più alto livello di empatia e facilità nello sperimentare il senso di colpa per le proprie azioni. Le femmine infatti, acquisiscono anticipatamente le competenze linguistiche che favoriscono una maggiore facilità nella socializzazione delle emozioni. Si pensa che, il precoce sviluppo temperamentale definito callosità, che è frequente nei maschi, favorisca lo sviluppo di comportamenti aggressivi. Un altro fattore, connesso alle differenze di genere, riguarda i diversi atteggiamenti dei genitori. Spesso la risposta disciplinare dei caregiver, ad un bambino maschio considerato difficile, è diversa rispetto a quella che attualmente viene messa in atto di fronte al medesimo comportamento in una bambina. Molta energia viene applicata nel rimproverare l'azione violenta nelle femmine, piuttosto che nei maschi, in quanto spesso il gesto violento viene culturalmente letto come dimostrazione di forza da parte di questi ultimi. La maggiore tolleranza, nei riguardi dei comportamenti aggressivi adottati dai maschi, può costituire un altro elemento che può contribuire ad acuire il cosiddetto "gender gap" ed a far sì che i

comportamenti violenti siano esibiti maggiormente dai maschi e che costituiscano una loro prerogativa. (Muratori, 2005).

2.6 Nuove forme di violenza tra i giovani: videogiochi, bullismo e bande

In questo paragrafo si focalizzerà l'attenzione sulle nuove forme di violenza favorite dal progresso delle nuove tecnologie e dall'utilizzo della rete.

2.6.1 Videogiochi, video-dipendenza e comportamenti violenti

Al Centro parigino "Marmottan" per le tossicodipendenze si è reso necessario, in tempi recenti, sviluppare uno specifico settore di cure integrate psicoterapeutiche e psicofarmacologiche dedicato ai sempre più numerosi casi di videodipendenza. Ormai, infatti, sono sempre più i giovani, bambini e adolescenti, che vi vengono accompagnati per delle consulenze o dei percorsi rieducativi. Si tratta di minori che passano ore e ore davanti ai videogiochi, fino a compromettere la frequenza della loro presenza in classe ed i loro risultati scolastici. Per questi giovani è la realtà umana ad essere diventata periferica, perché ad essa è stata progressivamente sostituita quella del videogioco, spazio tempo virtuale dove si può giocare, in un tempo senza tempo dedicato alla violenza, alla distruzione del nemico con effetti plateali, senza sensi di colpa, tramite immagini e suoni amplificati. Dove si uccide o a volte raramente si può essere uccisi, per poi comunque rinascere a nuova vita, come un'araba fenice contemporanea immortale. Si tratta per questi giovani di sessioni full time di violenza caratterizzate da una continua immersione nel senso dell'onnipotenza e dell'invincibilità, senza che emozioni o sentimenti possano emergere in chi commetta o subisca queste azioni. La realtà nella quale questi soggetti passano una grande parte del loro tempo, si trasforma subdolamente in un mondo virtuale, dove pensare non è richiesto, tanto meno riflettere. Cosa può succedere quando da questo mondo "altro" da quello reale, asociale e docile ai propri comandi, si ritorni, sempre più raramente, al precario mondo degli altri comuni mortali, genitori compresi, dotati di un corpo ed un'anima? Questo passaggio/attraversamento interdimensionale richiederebbe di poter chiudere mentalmente/psicologicamente una porta e quindi di aprirne l'altra, percependo però sempre più l'attrazione/il richiamo di quello spazio tempo virtuale che nel fondo della mente ormai resta sempre lì in agguato. Nell'immersione quasi full time nella dimensione dei videogiochi la linea di confine tra virtuale e reale, questa loro separazione, risulta progressivamente sempre meno netta? Gli stessi richiedono infatti un intervento diretto e ripetitivo da parte dei giovani partecipanti che sono così esposti al rischio di spostare nella realtà l'azione compiuta sul micro o macro schermo. Un'altra caratteristica di

questi videogiochi violenti è che grazie ad essi (cioè per causa loro) viene meno gradualmente quella positiva ed essenziale esperienza del “far finta”, che si mantiene invece sempre presente in tutti noi nel leggere o anche nel guardare un film. Sotto questo aspetto, il videogioco risulta molto più dannoso di qualsiasi visione o lettura dal contenuto violento. La discussione sulle immagini violente presenti nei media o sulla violenza, in fondo insita anche in alcune/tante fiabe, oscilla ancora tra due posizioni: vi è da una parte c'è chi sostiene che queste siano una valvola di sfogo e che la loro visione sia dunque un buon modo per non praticare delle violenze reali, dall'altra c'è chi teme che facciano apparire come normali e naturali i gesti violenti virtuali contenuti nelle stesse, a cominciare dai loro titoli sempre più truci, e che ne stimolino l'imitazione. Una ricerca ha dimostrato che nessuna di queste due posizioni contrapposte era risultata la più fondata, in quanto se, da un lato i videogiochi violenti non causavano dei temuti crimini dall'altro, essi avevano un pesante impatto negativo sui giovani, già di per sé fragili. Il problema reale che emerse fu dunque quello della vulnerabilità, soprattutto dove fosse presente un deficit del “far finta”, o della capacità di entrare dentro quell'area transizionale dove realtà e fantasia possono interagire, senza però mai permettere di confondere totalmente l'una con l'altra. Quando la possibilità di entrare e uscire liberamente da quest'area sia ampia e sostenuta da fattori educativi, allora le azioni violente fantasticate nel gioco o attraverso le favole o attraverso la visione di un film, potrebbero risultare utili all'elaborazione dell'aggressività. L'uso ripetuto ed esclusivo dei videogiochi invece favorirebbe il fallimento della distinzione tra ciò che può essere immaginato e ciò che può essere agito concretamente. Violenza virtuale e violenza reale verrebbero dunque a confondersi, dando luogo ad una nuova categoria di atti violenti con i quali, in futuro, dovremmo probabilmente confrontarci in misura sempre crescente. Vedremo come questo aspetto confusivo tra realtà e fantasia sia centrale per la comprensione del gesto violento. La violenza fine a sé stessa è prerogativa del mondo umano, non esiste nel mondo animale. Per svilupparsi necessita infatti di una profonda distorsione del normale funzionamento mentale. La natura di questa disarmonia non è del tutto chiara, anche se si qui di seguito è stata esposta qualche chiave di lettura, comunque non esaustiva. per potersi avvicinare a ciò che abitualmente ci appare distante e incomprensibile. Essa è connessa al fatto che, è nostra abitudine cercare di comprendere lo stato mentale dell'altro, entrare in sintonia con i suoi stati emotivi e fare delle teorie su ciò che l'altro pensa di fronte al gesto violento. Questa spontanea attitudine umana si ritrova disorientata ed a livello di questa stessa funzione così peculiare della mente umana, di fronte alla violenza inaudita di certi fatti. Gli autori degli stessi sono ragazzi che comunque mostrano una difficoltà specifica a mentalizzare le proprie esperienze, le proprie sensazioni e dei propri sentimenti. Ragazzi quindi, che

potremmo dire vivono sulla superficie della loro mente e che hanno una specifica difficoltà a scendere verso quelle aree più profonde connesse ad emozioni, sentimenti e relazioni. Cioè, verso quelle aree della mente che ci permettono proprio di entrare in sintonia con gli stati mentali degli altri. Senza lo sviluppo di queste connessioni si resta in uno stato di superficiale equivalenza psichica, nel quale non vi è distinzione tra finzione e realtà e tutto fa perno su ciò che noi proviamo, senza la modulazione operata dalle nostre emozioni e dal continuo mettersi a confronto con gli stati emotivi degli altri. È possibile pensare che tali difetti del funzionamento mentale abbiano origini molto precoci. La capacità di pensare a ciò che gli altri provano, mentre sono con noi e noi agiamo su di loro, nasce infatti nelle prime relazioni affettive, precocemente. Le prime esplorazioni dello stato mentale dell'altro risultano possibili al bambino, anche molto piccolo. Cioè, trovare nella mente di chi si occupa di lui, un'immagine di sé stesso come essere pensante e motivato da aspetti ed intenzioni. È questo tipo di esperienza che permette al bambino di esplorare anche i propri stati emotivi e di superare gli stati di equivalenza psichica. Se ciò non avviene, i giochi di finzione non si sviluppano, realtà e fantasia restano confuse ed il bambino si ritrova continuamente a rischio di perdere la propria coerenza interna e di vivere fuori di sé gli stati affettivi. Da questo difetto di mentalizzazione precoce possono essere ricondotti molti degli aspetti caratteristici dei ragazzi violenti (Muratori, 2005).

2.6.2 Bullismo

Tra le forme di comportamento delinquenziale predatorio, ha assunto un ruolo progressivamente più importante nel corso degli anni '90 del secolo scorso, un fenomeno proprio dell'età giovanile, che si manifesta con comportamenti violenti e con forme di prevaricazione che intimidiscono i soggetti più deboli. (Fonzi, 2004) Tale fenomeno, per il quale è stato adottato il termine di bullismo, non si caratterizza in quanto proprio di un gruppo sociale né di una determinata area territoriale. Può manifestarsi, infatti sia all'interno della scuola che fuori di essa, e per questa sua presenza apparentemente non connessa con fattori specifici di rischio è stato messo in relazione con una condizione generale di disagio giovanile. La precisa volontà di arrecare danno, la simmetria di relazione, nella quale una delle due parti è marcatamente più debole dell'altra e la persistenza nel tempo delle prevaricazioni, sono le evidenti caratteristiche che distinguono il bullismo dalle normali prepotenze tra compagni. Esso si configura anche per l'ingresso nell'area della devianza di ragazzi e ragazze di ceto medio (Fedeli, 2019). Si è evidenziata una preoccupante diffusione di tale fenomeno su tutto il territorio nazionale ed esistono a questo proposito due distinte

dimensioni del bullismo scolastico. Una diretta, che si esplica nell'aperta persecuzione di una vittima, che viene aggredita con pugni e calci, deridendola ed insultandola ed anche a volte appropriandosi dei suoi oggetti personali, spesso solo per il gusto di danneggiarli. L'altra indiretta, che colpisce la vittima attraverso sguardi minacciosi e dicerie, costringendola all'autoesclusione dal gruppo. (Fedeli, 2019). Alla base di questi comportamenti di bullismo vi sarebbe comunque un desiderio di intimidire e dominare che può durare settimane, mesi o addirittura anni e dal quale diventa molto difficile difendersi. Queste azioni aggressive possono arrivare perfino a mettere in pericolo la vita della vittima, con una violenza di tipo fisico che può portare a lesioni ed in casi estremi anche alla morte. Le vittime di tali comportamenti persecutori possono esternare il loro profondo, a volte angosciante disagio, manifestando il desiderio di non andare più a scuola, perdendo la propria sicurezza ed autostima, fino a colpevolizzarsi per il fatto di attirare le prepotenze di quei coetanei. Si ritiene che in ambito scolastico, a questo proposito, potrebbero essere attuati, programmi per aiutare gli studenti a riflettere sugli incidenti connessi al bullismo, anziché prevedere unicamente l'adozione di strategie di esclusione (es. Bullying Prevention Program) (Matthys, Lochman, 2019). Si aggiunga a questo proposito come, una supervisione attenta e comprensiva da parte dei genitori, potrebbe avere il significato di fattore protettivo del loro bambino – ed anche preventivo – in quanto favorirebbe nello stesso l'attitudine a leggere gli stati mentali altrui e ad entrare in empatia con essi. Sono queste attitudini che limiterebbero enormemente la tendenza a compiere azioni dannose per sé o per gli altri. Per quanto riguarda i comportamenti delinquenti è stato segnalato come un'importante fattore di rischio sia un atteggiamento educativo non propriamente violento o severo, quanto piuttosto di tipo incoerente, emotivamente poco caldo o molto svalutante. Potrebbe accadere allora che questi genitori non considerino il comportamento aggressivo del figlio come qualcosa che deve essere scoraggiato, ed anzi che valutino il picchiare altri bambini, negli anni della scuola materna, come una espressione di sapersi fare valere. Comportamenti associati al bullismo hanno preso forma e si sono sviluppati in taluni contesti perché esso veniva perlomeno tollerato. Questo lassismo educativo ha favorito un rischio concreto per lo sviluppo di comportamenti delinquenti ad esordio adolescenziale. Tra i fattori di rischio connessi al parenting, è stato a più riprese e sottolineato lo scarso coinvolgimento del padre nell'educazione del figlio, le interazioni povere/fragili tra figlio maschio e padre o la loro totale assenza, il problema del ruolo dell'autorità come limite necessario per lo sviluppo del bambino ed il difetto di svolgimento di questo ruolo nell'aver fatto emergere comportamenti aggressivi. Infatti, si è ritenuto che un'autorità eccessiva potesse essere potenzialmente nociva, e tutto questo ha favorito un'ideologia contraria secondo la quale l'assenza di ogni forma di

autorità era stata considerata più favorevole allo sviluppo dei bambini, con effetti devastanti (Muratori, 2019).

2.5.3 Condizionamenti e modelli da imitare che favoriscono gli atteggiamenti aggressivi nel bambino

Qui di seguito si delineano delle specifiche dinamiche, peraltro molto frequenti, di come, e perché, attraverso una serie di condizionamenti e di modelli da imitare, già a pochi anni di vita un bambino possa essere indotto a utilizzare modalità aggressive che conseguentemente lo portano a relazionarsi disarmonicamente con i suoi compagni. Qualora un comportamento, venisse rinforzato, come sostiene Skinner nelle sue teorie, esso tenderebbe appunto a ripresentarsi con maggiore frequenza e persistenza. Sarebbe quindi necessario prestare molta attenzione agli ambienti che possano favorire un potenziamento delle condotte aggressive infantili. A tal proposito si è constatato come e quanto le situazioni a “rischio”, oltre che all’interno di nuclei familiari problematici, si possano ritrovare anche in altri contesti sociali – come, ad esempio, nei quartieri degradati, nei borghi più poveri e nelle periferie senza servizi di riferimento degli agglomerati urbani – dove, in genere, gli abitanti per far fronte alle loro condizioni disagiate, eleggono l’aggressività a norma di vita, incoraggiando i più piccini a essere forti, prepotenti e combattivi. È stato, inoltre, interessante notare come alcuni studiosi, a seguito di indagini osservative, abbiano scoperto che uno dei luoghi in cui le prepotenze infantili trovavano il loro maggior numero di “ricompense” fosse proprio la scuola dell’infanzia. La stessa tuttora mantiene il suo prezioso valore educativo, e mai come oggi essa rappresenta un indispensabile supporto alle attività genitoriali, ma allo stesso tempo risulta necessario ammettere a nostro avviso come essa favorisca lo sviluppo delle condotte aggressive, dove e quando, al bambino più problematico e prepotente si consenta di imporsi facilmente agli altri, impaurendo i compagni più piccoli con minacce e modi ostili e quindi provocandone il pianto e/o la fuga. Tali reazioni ovviamente, soddisferanno le aspettative del piccolo bullo, soprattutto perché, scappando, gli amichetti lasceranno incustoditi ed a sua totale disposizione i loro giochi. Un’esposizione sulle dinamiche dell’apprendimento sociale della violenza sarebbe qui troppo lunga, ma qui di seguito si sono voluti riassumere i momenti essenziali di tali processi, nei quali sono stati evidenziati i fattori che possano causare, ostacolare o rinforzare le condotte aggressive dei bambini. L’iter dell’apprendimento sociale al comportamento aggressivo si sviluppa frequentemente nelle modalità qui sintetizzate. Fase 1: quella del Modellamento. Durante questa fase, il bambino viene esposto a dei modelli di comportamento aggressivo per il tramite della televisione con film e personaggi troppo

aggressivi e violenti, della Famiglia a causa di genitori autoritari che fanno un uso eccessivo delle punizioni e del Contesto Sociale con l'appartenenza ad un gruppo socioculturale che promuove le condotte aggressive (Matthys, Lochman, 2019). Questi modelli ricevono delle ricompense per le loro condotte aggressive. Nella Fase 2, quella dell'Esecuzione, il Bambino imita i modelli e si comporta aggressivamente. La Fase 3 si suddivide in due percorsi/possibilità antitetiche tra esse, quella della Punizione e quella del Rinforzo. Nella prima il Bambino viene punito per i suoi comportamenti violenti che si vogliono scoraggiare, e questo comporta che nella relativa ultima Fase 4 le sue condotte aggressive si estinguano. Nella seconda possibilità della Fase 3 invece il bambino viene ricompensato, per le sue condotte aggressive e violente, da significative figure adulte che mostrano di approvare il suo comportamento aggressivo, offrendo al bambino lodi e premi. In tutto questo, anche la semplice attenzione degli stessi, spesso rappresentate da figure genitoriali, al bambino può fungere da rinforzo. Fase 4: a questo punto saranno aumentate le probabilità che le condotte aggressive del bambino si ripetano. Queste sue condotte genereranno nei compagni, paura e reazioni di fuga. Tali atteggiamenti fungeranno allora da rinforzo per i futuri comportamenti del bambino, in quanto questi avrà capito di poter sopraffare gli altri attraverso la prepotenza (Fedeli, 2019).

2.6.4 Bande o gang

Vi sono svariati fattori che hanno favorito, con molta probabilità, il formarsi e lo svilupparsi del fenomeno sempre più diffuso delle bande o gang; inizialmente formate da bambini con diverse problematiche e disturbi della condotta. Questo potrebbe essere dovuto al fatto che questa "tipologia" di minori si caratterizza per l'attribuzione agli altri di intenzioni ostili e si contraddistingue per il trovare soluzioni rapide, poco meditate e di tipo aggressivo. Sono questi aspetti, in particolar modo le condotte aggressive, che pongono questi bambini di fronte al rifiuto dei loro pari, e quindi a far sì che essi formino subculture devianti. Questo genere di bande di coetanei tenderà sempre, ove gli sia permesso, a spadroneggiare sugli altri ogni volta che questi vengano percepiti come più deboli, secondo una dinamica tipicamente predatoria. La tipologia di gruppo di pari frequentato sembra, in effetti, essere un fattore di rischio centrale e predittivo del probabile sviluppo del disturbo della condotta, caratterizzato da comportamenti oppositivi, condotte aggressive e antisociali che continueranno a manifestarsi in età adolescenziale. Mentre, alla base delle forme ad insorgenza infantile, è più frequente la presenza di deficit neuropsicologici e la violenza è più spesso agita in modo

individuale/solitario, nelle forme preadolescenziali ed adolescenziali diventa focale l'aspetto imitativo tra pari. Per questa ragione le forme adolescenziali di violenza assumono di solito i tratti di un'aggressività nascosta e premeditata e sono maggiormente connesse a fenomeni imitativi di gruppo piuttosto che a fattori costituzionali ed ambientali precoci. Inoltre, può infatti succedere di ritrovare i reati più gravi proprio commessi da ragazzi che provengono da contesti sociali non devianti, ma che hanno trovato modo di agire nel gruppo una violenza impensabile al di fuori di esso. È ben noto, sulla base di diverse ricerche e osservazioni, come, a partire dalla preadolescenza, il gruppo dei coetanei costituisca un fattore maturativo, indispensabile sia all'allentamento dei legami infantili familiari, che alla gestione della socializzazione e delle proprie pulsioni aggressive e per la prima volta per questi soggetti, anche di quelle sessuali. Ma, è proprio in questa fase di transizione, che in determinati contesti, il gruppo può perdere la sua naturale positiva azione propulsiva per diventare aggregazione patologica, che si presta ad un passaggio rapido, e non pensato/mediato, degli impulsi violenti dallo stato di fantasia a quello di comportamenti concreti. La tendenza, sulla base delle ultime osservazioni in corso su questo fenomeno, sarebbe che il fenomeno dell'aggregazione patologica di gruppi violenti, cioè delle gang, vada ora purtroppo anche estendendosi alla fascia di età preadolescenziale. Attraverso questa via, il deficit delle funzioni esecutive assume anche il ruolo di importante fattore di rischio sociale, qualora la scuola con gli altri ambienti sociali di aggregazione giovanile, non riesca a contrastare queste nove forme di aggregazione. Si potrebbero creare a questo proposito, dei gruppi sociali sportivi e ricreativi, capaci di tenere al loro interno questi ragazzi. Questi gruppi rappresentano infatti uno dei presidi più efficaci nella cura e nella prevenzione dei comportamenti violenti (Matthys, Lochman, 2019).

2.7 La possibile cronicizzazione dell'aggressività e le sue possibili cause

Le iniziali problematiche comportamentali relative a condotte aggressive e antisociali non determinano in maniera irreversibile il percorso di vita di un bambino che può evolvere in diversi modi e non per forza egli deve diventare un ragazzo antisociale e/o un adulto criminale. Tuttavia, i modelli suggeriscono l'esistenza di un piccolo gruppo di soggetti più a rischio degli altri: il gruppo dei "cronici", caratterizzato da un'elevata stabilità nel tempo (Fedeli, 2019). Si tratta di bambini che presentano sin dall'infanzia costantemente alti livelli di aggressione, durante l'adolescenza mettono in atto condotte violente sempre più gravi ed altri comportamenti antisociali sia di tipo "overt" che "covert". In età adulta si comportano poi come individui che, per tutta la loro vita, sono autori di crimini e reati più gravi e più

frequenti di quelli della “normale” popolazione carceraria (Fedeli, 2019). Gli studiosi hanno cercato di comprendere le ragioni di questo fenomeno, e hanno così esaminato il “peso” di vari fattori di rischio definiti “dinamici”. Nella recente letteratura, infatti questi ultimi, risultano associati ad un’alta probabilità di cronicizzazione: caratteristiche individuali (temperamentali, cognitive, neuropsicologiche ecc.) caratteristiche della madre e della famiglia, contesti sociali devianti. Qui ci preme evidenziare, che i diversi fattori di rischio non operano singolarmente ma in modo additivo e interattivo nel corso dello sviluppo. Un solo fattore di rischio non è di per sé sufficiente per predire la cronicizzazione dei comportamenti aggressivi, però caratteristiche individuali, familiari e sociali si possono influenzare tra loro e concorrere nella cronicizzazione (Fedeli, 2019). Questi soggetti hanno un’ampia costellazione di problemi e quadri così complessi da richiedere l’attivazione di interventi multimodali, in grado di ostacolare l’effetto dei molteplici fattori di rischio e di abbassare la probabilità di cronicizzazione (Lambruschi, Muratori, 2014).

2.8 I meccanismi di mediazione tra rabbia e aggressività

Anderson e Bushman (2002) hanno cercato di identificare le motivazioni che portano gli individui ad agire violentemente, arrivando allo sviluppo del Modello di Aggressività Generale (GAM), il quale integra le precedenti teorie ed i paradigmi sull’aggressività. Questo modello postula che i comportamenti aggressivi siano il risultato di un’interazione tra fattori psicologici su tre diversi livelli: fattori individuali e situazionali, presenza di stati interni, risultati di processi di valutazione e decision making. I fattori situazionali e individuali (es. presenza o assenza di provocazioni) e la loro interazione possono indicare uno stato interno specifico, composto da certe cognizioni (es. pensieri ostili) o emozioni (es. rabbia); questo stato interno influenza il processo di valutazione e decision making (es. gli individui possono valutare la situazione, pensare a come agire e considerare le possibili conseguenze dei diversi comportamenti). Infine, gli individui possono o meno agire comportamenti aggressivi sulla base della valutazione e della decisione presa. Questo modello è utile nel tentativo di integrare le teorie del passato, per quanto fortemente influenzato dai paradigmi socio-cognitivi, ma presenta dei limiti relativamente agli assunti su cui è basato (Ferguson & Dyck, 2012). Ad esempio, parte dal presupposto che l’aggressività e i comportamenti aggressivi siano universalmente dannosi e indesiderabili, non riconoscendone la funzione adattiva o di sopravvivenza che talvolta li contraddistingue. In riferimento a questa funzione citiamo di seguito: “anche la perdita di un genitore non origina solo angoscia e il dolore della separazione primaria ma anche processi di lutto in cui l’aggressività, la cui funzione è di

raggiungere un ricongiungimento, ha un ruolo determinante. Oltre ad essere fedele ai dati, questa formulazione ha il merito supplementare di adattarsi facilmente ad una teoria biologica” (Bowlby, 2014, pag. 66). Quel modello ritiene inoltre che l’aggressività sia appresa tramite l’imitazione, in quanto il GAM è fortemente basato sulla teoria dell’apprendimento sociale di Bandura (1977): le evidenze testimoniano invece come la genetica e altri elementi biologici contribuiscono all’aggressività (Beaver, 2010). Infine, l’aggressività è considerata un meccanismo automatico sul quale il soggetto avrebbe un controllo minimo, non riconoscendo il ruolo attivo dell’individuo. Nonostante i limiti appena illustrati, a lungo ignorati dai sostenitori del GAM, questo è tuttora il modello maggiormente utilizzato per l’analisi dei comportamenti aggressivi. Nuove teorie e paradigmi, con l’obiettivo di comprendere le origini dell’aggressività, dovrebbero essere fondate su premesse più scientifiche, considerare il ruolo attivo dell’individuo e la distinzione tra aggressività premeditata e strumentale. Molti studi e modelli, così come il GAM, hanno confermato il ruolo chiave dei tratti di personalità, nel predire l’aggressività. Nello specifico è stato evidenziato come alti livelli di nevroticismo e bassi livelli di piacevolezza sono associati a una maggiore aggressività. Il tratto della rabbia sembra essere il possibile meccanismo sottostante che spiega l’associazione tra tratti di personalità e aggressività. Il tratto della rabbia è un costrutto personale che si riferisce a differenze individuali stabili nel propendere verso l’esperire rabbia come uno stato. Gli individui con livelli maggiori di questo tratto rispondono aggressivamente a vari stimoli e agiscono con modalità aggressive in maniera più frequente rispetto ad individui con livelli minori. Secondo il GAM anche la ruminazione sulla rabbia ha un ruolo fondamentale sull’aggressività. Essa si riferisce alla tendenza a focalizzarsi e rimuginare su esperienze e umori rabbiosi, così come sulle cause e conseguenze. Il GAM propone la ruminazione come mediatore della relazione tra tratto della rabbia e aggressività, dato che essa è un processo cognitivo che inizia in seguito ad un evento che induce rabbia. Alcuni teorici (Barlett & Anderson, 2012; Bettencourt et al., 2006; Jones, Miller & Lynam, 2011) sostengono che un alto livello del tratto della rabbia porti gli individui a rimuginare su esperienze di rabbia, e che questo possa contribuire ad aumentare i livelli di aggressività. Dato che non tutti gli individui hanno alti livelli di ruminazione sulla rabbia un ruolo chiave è svolto dal disimpegno morale, il quale è una delle variabili predittive dell’aggressività maggiormente esaminate. Esso si riferisce ad uno schema psicologico tramite cui gli individui sono liberi dall’auto sanzione che deriva dai comportamenti che violano gli standard morali interni, ricostruendo, tramite il disimpegno morale, i comportamenti aggressivi così da farli apparire meno dannosi, o non dannosi affatto, per gli altri individui. In particolare, alti livelli di disimpegno morale possono fortificare l’associazione tra tratto della rabbia e aggressività,

ma anche tra ruminazione sulla rabbia e aggressività, e allo stesso modo bassi livelli di disimpegno morale possono indebolire tali associazioni. Il disimpegno morale svolge quindi un ruolo di moderazione tra alcune variabili psicologiche, come ad esempio la rabbia, e l'aggressività. Inoltre, dato che non tutti gli individui rispondono alla rabbia ingaggiando comportamenti aggressivi, è stato indagato il ruolo delle abilità emotive come fattore chiave per determinare perché un individuo reagisce all'emozione della rabbia con aggressività o se è in grado di regolare le proprie emozioni rispondendo senza aggressività. L'insieme delle abilità emotive, ovvero il percepire, usare, comprendere, e gestire le emozioni è definita Intelligenza Emotiva (EI), e può essere concettualizzata in due modi: come tratto (TEI) o come abilità (AEI). La TEI si riferisce a una costellazione di disposizioni e auto-percezioni legate alle emozioni, mentre la AEI è un set di abilità che si riferisce all'utilizzo adattivo delle emozioni come parte dei processi cognitivi (Garcia-Sancho et al. 2016; 2017; Gardner & Qualter, 2010). Negli studi sopracitati è stato evidenziato come la AEI abbia un ruolo di moderazione tra la rabbia e i comportamenti aggressivi, indicando come gli individui con alti livelli di AEI utilizzino le loro abilità per percepire e comprendere meglio le emozioni di rabbia e aggressività, regolandole prima di agire in maniera non socialmente accettata. Questo ruolo di moderazione sembra però non valere per quanto riguarda l'aggressività verbale e quella indiretta, dato che la AEI è stata dimostrata essere maggiormente in relazione all'aggressività fisica, anche se ciò potrebbe essere dovuto al fatto che aggressività verbale e indiretta sono più giustificabili socialmente rispetto a quella fisica, e di conseguenza potrebbe essere meno necessario regolare ed inibire le risposte emotive (Muratori, Lambruschi, 2020).

Capitolo 3

Diagnosi e Terapia: strumenti per la valutazione e strategie per l'intervento

3.1 Diagnosi, valutazione, costruzione del setting clinico e procedure d'assessment nei disturbi del comportamento.

Sono state riscontrate molteplici difficoltà nel “fare diagnosi” in età evolutiva perché si assiste a cambiamenti repentini e alla comparsa di comportamenti atipici transitori, spesso privi di significato clinico, che però possono essere causa di temporanei allarmismi. Nonostante lo stato dell'arte in materia abbia dimostrato un notevole avanzamento nel campo della diagnostica (DSM, ICF, tecniche di neuroimaging, FMRI...) e delle metodologie della ricerca psicologica per la raccolta dati (scale di valutazione, questionari, interviste, programmi di statistica avanzati...), non esistono veri e propri “esami di laboratorio” capaci di evincere la presenza/assenza del disturbo, quindi, la diagnosi, oltre a dover tener conto dei molteplici strumenti all'avanguardia, è sensibile all'interpretazione del clinico e della sua expertise in materia. Altre problematiche riscontrate in merito hanno riguardato la difficile osservabilità di atteggiamenti, pensieri, produzioni verbali e comportamenti aggressivi in rapporto all'entità del danno potenziale o effettivo (Fedeli, 2019). Risulta importante inoltre, parlare non tanto di “momento diagnostico” bensì di “diagnosi dinamica”. Un'accurata valutazione diagnostica è la base di qualsiasi intervento clinico efficace ed efficiente. Per le suddette ragioni è importante evitare diagnosi tardive, aspecifiche o riduzioniste. Nei disturbi della condotta in effetti è ampiamente dimostrato come sia facile ottenere risultati più evidenti e più stabili nel tempo solo mediante interventi multimodali e multidimensionali. Si auspica infatti ad un'integrazione di trattamenti psicoterapeutici per il minore ed i genitori ed interventi di counseling per gli operatori che si interfacciano con “il bambino difficile” nei diversi contesti di vita. I molteplici approcci, prevedono aspetti multipli ed interventi adeguatamente dosati. Un altro aspetto, da non tralasciare, riguarda l'alleanza terapeutica (centrale per il mantenimento della costanza e dell'aderenza al progetto) (Inguaggiato, Polidori, Ruglioni,

2020) che “riflette tre aspetti fondamentali del lavoro terapeutico: il legame o i sentimenti che i partecipanti nutrono l'uno nei confronti dell'altro” (Lambruschi, Muratori, 2014) (percezione, accettazione, confidenza e sensazioni positive in terapia). Gli altri due ingredienti essenziali sono: l'accordo sugli obiettivi delle sedute e la condivisione dei ruoli reciproci e delle strategie messe in atto per raggiungerli. Sarà quindi essenziale “abitare in un clima di terapia” pregnante di condivisione emotiva, compliance, fiducia, riservatezza, astensione dal giudizio e valorizzazione delle skills del bambino/ragazzo. Vi sono inoltre, differenti strategie utili a facilitare l'instaurarsi di una buona alleanza terapeutica: l'utilizzo di tecniche di ascolto riflessivo (reflective listening), il mantenimento di un atteggiamento empatico (perspective taking), essere preparati ed eventualmente anticipare o rassicurare la famiglia... Il percorso di assessment dovrà inoltre, essere strutturato non sul piano degli agiti immediati (spesso disfunzionali in queste psicopatologie) ma sul piano della riflessione del pensiero e della continua elaborazione interna e relazione della diade famiglia-bambino, e degli altri contesti ed operatori con cui il minore viene a contatto. Il legame terapeutico con il bambino/ragazzo dovrà essere caratterizzato dalla “giusta distanza” nella relazione e dal rispetto dei “giusti momenti”. Per ciò che concerne la valutazione diagnostica e l'alleanza terapeutica si possono riscontrare in letteratura molteplici scale, strumenti di valutazione e approcci differenti. Per ovvi motivi di sintesi, nel presente elaborato, si riporterà qui di seguito un elenco di scale utili nel guidare un corretto inquadramento nosografico-descrittivo: Weshler Scale, Standard Progressive Matrices (SPM), Wisconsin Card Sorting Test, Frontal Assessment Battery (FAB), Scala di valutazione dei comportamenti dirompenti. La SCOD, Scala di valutazione dei Comportamenti Dirompenti, è la traduzione italiana di un questionario nordamericano, il Disruptive Behavior Disorder Rating Scale (DBD) di Bill Pelham, lo Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), il test delle relazioni interpersonali (TRI), Child Behavioral Checklist (CBCI), Shedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Schol age Children (K-SADS-PL), Conners'Rating Scale-Revised (CRS-R), Modified Overt Agression Scale (MOAS), Antisocial Process Screening Device (APSD), Inventory of Callous-Unemotional Traits (ICU), Alabama Parenting Questionnaire (APQ), Problem Solving Measure of Conflict (PSM), Parenting Stress Index, Moral Disengagement (MD), Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI), Short Anger Measure (SAM), Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ), State-Trait Anger Expression Inventory - 2nd Edition (STAXI-2), l'esame neuropsicologico breve (ENB)...

3.2 Interventi terapeutici e modelli specifici di psicoterapie

In letteratura, si riscontrano moltissimi strumenti per la “presa in carico” del minore portatore del disturbo e del suo contesto di vita nella sua accezione più ampia. Tali interventi si basano su modelli e approcci differenti anche legati alle varie branche della psicologia ed essi hanno come obiettivi quello di correggere le distorsioni cognitive rivelate dai ragazzi aggressivi, promuovere una maggiore capacità di autoregolare le emozioni e riconoscerle (Fedeli, 2019). I trattamenti prevedono anche l’uso di farmaci alle volte considerati come trattamenti di elezione, in associazione a terapie cognitivo-comportamentali, interventi di prevenzione, terapie psicoanalitiche. È importante comunque sottolineare che, per questi disturbi, non ci sono terapie farmacologiche attualmente approvate dalla Food and Drug Administration (FDA) (Pallanti, 2016). Non si riscontrano però, pareri concordanti sulla maggiore efficacia di una modalità supportava piuttosto che un’altra. Si ritiene comunque che, sia possibile, migliorare le capacità attentive ed inibitorie attraverso il trattamento farmacologico (Pallanti, 2016). Pertanto si ritiene che un approccio biopsicosociale sia da preferirsi e che proposte multimodali e multidimensionali siano essenziali in questa delicata fase. Lo sviluppo di programmi preventivi infine, risultano efficaci nell’affrontare queste problematiche. Si parla infatti, di prevenzione primaria, quando ci si propone di ridurre i fattori di rischio e di potenziare i fattori protettivi, di prevenzione secondaria quando si ottiene di identificare il problema sul nascere e in ultimo, di prevenzione terziaria quando, in un disturbo conclamato, si attuano interventi rivolti all’individuo, al contesto familiare, all’ambiente scolastico e comunitario. (Muratori, 2005). Per supportare quanto riportato sopra si è scelto di portare all’attenzione alcuni esempi ritenuti particolarmente indicativi.

3.2.1 La terapia razionale emotiva comportamentale (REBT) ed il modello ABC

La “Rational Emotive Behaviour Therapy”, o “REBT” (Ellis, 1993) è una terapia di stampo comportamentale, che si basa sull’assunto secondo il quale, per modificare delle caratteristiche psicologiche disfunzionali si devono modificare le loro determinanti cognitive, chiamate “cognizioni o credenze disfunzionali”. La teoria su cui si basa la “REBT” è il modello “ABC” (Walen, Di Giuseppe, & Dryden, 1992; David, Lynn, & Ellis, 2010), secondo cui l’impatto di alcuni eventi di vita “attivanti” (A) su alcune conseguenze psicologiche (C) è mediato dall’elaborazione delle informazioni (B), ossia le cognizioni o credenze. Il modello “ABC” è alla base di molte terapie cognitivo-comportamentali, ciò che si differenzia è il tipo di informazioni processate su cui si concentra. Nella “REBT” le cognizioni elaborate nel punto B sono le “credenze razionali o irrazionali”: le credenze razionali sono supportate logicamente ed empiricamente, e generano conseguenze funzionali (ad esempio sentimenti

funzionali); al contrario le credenze irrazionali non sono supportate empiricamente e logicamente, e generano conseguenze disfunzionali (sentimenti disfunzionali). Per quanto riguarda le differenze tra sentimenti funzionali e disfunzionali vi sono due modelli: per il primo modello questa differenza sarebbe l'intensità dell'emozione (tristezza/depressione, fastidio/rabbia), è quindi una differenza di tipo quantitativo; per il secondo modello si tratterebbe di una differenza anche qualitativa. Secondo la teoria della "REBT", quando un soggetto affronta un "evento attivamente" lo fa con i propri desideri, che possono essere razionali o irrazionali. La formulazione irrazionale dei desideri comprende tre fattori: richiesta inflessibile ("devo farcela"), rilevanza motivazionale ("farò del mio meglio per farcela"), rifiuto o diniego ("non posso accettare di non farcela"). Se l'evento rispetta il desiderio irrazionale, allora il soggetto esperirà sentimenti disfunzionali positivi, i quali sono disfunzionali in quanto rinforzano la credenza irrazionale. Se invece l'evento non rispetta i desideri si avranno: frustrazione intollerabile, catastrofizzazione, valutazione complessiva. La formulazione razionale dei desideri, invece, comprende tre fattori: preferenza flessibile ("vorrei farcela"), rilevanza motivazionale ("farò del mio meglio per farcela"), accettazione ("accetto che non sempre le cose vanno come vorrei"). Se l'evento rispetta il desiderio funzionale allora il soggetto proverà sentimenti positivi funzionali, altrimenti proverà: frustrazione tollerabile, cattiveria (una valutazione negativa) e/o accettazione incondizionata. Il modello teorico su cui si fonda la REBT enfatizza quindi come l'interpretazione di uno stimolo possa mediare la reazione ad esso conseguente. Lo stesso principio, in interazione con fattori situazionali e individuali, è concettualizzato nel "General Aggression Model" (GAM) precedentemente citato, nell'ambito applicativo di rabbia e aggressività. Pertanto, utilizzare la REBT in ambito terapeutico o di prevenzione può contribuire a modificare l'interpretazione di uno stimolo, affinché il soggetto non lo percepisca come minaccioso o eccessivamente fastidioso, permettendo quindi di contenere la reazione aggressiva.

3.2.2 Il ruolo della psicoanalisi nell'interpretazione dell'aggressività

Il contributo che la psicoanalisi ha dato alla comprensione della psicogenesi del lato violento risulta indubbiamente di grande importanza, ma rimane tuttavia aperta la domanda se questo contributo possa anche rappresentare un passo avanti per il trattamento dell'aggressività e della violenza. Già il pediatra e psicoanalista inglese Donald Winnicott, alla fine di un famoso scritto sulla tendenza antisociale del bambino, aveva sottolineato come la psicoanalisi non sia il trattamento indicato per questo tipo di disturbi. Egli in tale occasione aveva affermato che il trattamento della tendenza antisociale non è la psicoanalisi, ma l'offerta di cure e la stabilità fornita dall'ambiente che abbiano principalmente valore terapeutico (Boursier, Nunziante,

2004). Quanto più riusciamo a sapere riguardo al tipo, ai tempi e al giusto dosaggio di interventi necessari per prevenire e trattare i problemi di condotta nei bambini, più saremo in grado di offrire ai ragazzi coinvolti e alle loro famiglie progetti di trattamento e supporti adeguati. Sarebbe importante creare un continuum di tipologie di interventi che oscillino tra la prevenzione primaria al trattamento psicoterapeutico, in modo da essere in grado di prevenire o attenuare un ulteriore sviluppo di problemi di condotta, delinquenza e violenza. Negli ultimi vent'anni si è assistito ad un progressivo incremento del dialogo tra clinica e ricerca con l'obiettivo di definire programmi d'intervento efficaci ed empiricamente testati per il supporto allo sviluppo socio-emotivo del bambino ed al benessere relazionale della diade. La teoria dell'attaccamento, grazie ai rigorosi strumenti metodologici di cui dispone, ha tracciato negli ultimi sessant'anni (Bowlby, 1952; Cassidy, Shaver, 2008) un'attenta analisi degli elementi che in termini evolutivi si associano a differenti traiettorie di sviluppo, individuando in particolare un fattore di rischio nella disorganizzazione di attaccamento e, come attestano i più recenti contributi, nell'insicurezza evitante (Fearon et al., 2010; Groh et al., 2012). In particolare, quali elementi di grande attualità nell'ambito della ricerca in età prescolare, tali tipologie di attaccamento rappresentano un fattore di rischio importante per l'emergere di problematiche esternalizzanti di rilevanza significativa per i bambini. Intervenire significa in questo caso rivolgere l'attenzione a quell'essenziale funzione di base che garantisce la trasmissione dei significati emotivi alla base dei comportamenti problematici: la sensibilità del genitore di saper cogliere il dolore ed intervenire sul disagio dei bambini, perché questi non si trasformino in aggressività e comportamenti non gestibili da altri. Una sfida e un'opportunità per una concezione che fa della prevenzione una delle principali organizzazioni strategiche degli interventi nel campo dell'età evolutiva.

3.2.3 Il Coping power Program

Il Coping Power Program (Lochman, Wells, 2002a, 2002b, 2002c) è un trattamento mirato, multimodale, sviluppato negli anni '90, per la gestione ed il controllo dell'aggressività rivolto ai bambini della scuola primaria e dei primi anni della scuola secondaria di primo grado e alle loro famiglie. All'inizio, questa metodica d'intervento era utilizzata nelle scuole mentre ai nostri giorni si impiega in contesti clinici per una durata di 15-18 mesi. Questo modello di trattamento è stato adottato con bambini con diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio (DOP) o di disturbo di condotta (DC). Le basi teoriche di questo programma sono di matrice cognitivo-comportamentale e fanno riferimento al Contextual Social-Cognitive Model di Lochman e Wells (2002a), un modello ecologico dell'aggressività in età infantile desunto

dagli studi sull'eziologia dell'aggressività in età evolutiva. Tale schema ipotizza che l'aggressività del bambino sia la risultante di fattori di rischio biologico intraindividuali (complicanze neonatali, fattori genetici, anomali livelli di serotonina o testosterone, fattori temperamentali) di alcune caratteristiche del contesto familiare e sociale (depressione materna, conflitti coniugali, scarso supporto sociale, basso livello socio-economico, frequentazione di contesti sub-urbani o di cultura delinquenziale) (Lambruschi, Muratori, 2020). L'interazione dei diversi fattori di rischio conducono i bambini con problemi di aggressività a sviluppare modalità di elaborazione dell'informazione sociale distorta e parziale, a valutare, come ostili, i segnali sociali ed interpersonali ed a reagire esibendo condotte aggressive (Lochman, Dodge, 1994). Inoltre, i minori in questione rilevano difficoltà a sviluppare strategie inerenti al problem solving interpersonale: sono meno capaci a regolare risposte adattive a problemi vissuti o percepiti. Essi dunque valutano l'aggressività come l'unica e la più efficace soluzione per la modulazione emotiva e per la regolazione delle relazioni interpersonali (Lochman, Lenhart, 1993). Questo modello socio-cognitivo prevede una continua e dinamica relazione reciproca tra la prima valutazione cognitiva (appraisal) della situazione problematica e i relativi sforzi per pensare a come risolvere il problema percepito, l'attivazione fisiologica (arousal) dei bambini e la loro risposta comportamentale. A differenza del precedente programma (Anger Coping Program), che prevedeva sessioni di gruppo solo per i bambini, il Coping Power Program prevede anche sessioni di parent training di gruppo per i loro genitori (Lochman, Wells, 2002). Quest'ultimo nella parte di trattamento specifica per i minori, propone l'utilizzo di tecniche cognitivo-comportamentali e attività mirate al rafforzamento di differenti abilità, quali raggiungere obiettivi a breve e a lungo termine, incrementare la capacità di organizzare efficacemente lo studio, riconoscere e regolare i segnali fisiologici della rabbia, riconoscere il punto di vista altrui (perspective taking), risolvere adeguatamente le situazioni conflittuali, imparare a resistere alle pressioni dei pari ed apprendere nuove modalità per entrare in contatto con gruppi di pari positivi. Inoltre si propongono contratti comportamentali (i traguardi) in cui vengono fissati obiettivi minimi scolastici o sociali, al cui raggiungimento, è associato un sistema a premi. Gli strumenti più importanti sono il role-playing e l'interazione con i pari che hanno la funzione di potenziare la generalizzazione delle competenze acquisite al di fuori del setting terapeutico. La scelta del lavoro in gruppo offre la possibilità ai bambini di "mettersi in gioco" per apprendere abilità interpersonali e competenze sociali; inoltre il rinforzo sociale del gruppo dei pari è altamente stimolante (più di quello dell'adulto in situazione diadica) al fine di migliorare gli esiti positivi del trattamento (Lochman, Lenhart, 1993). Nella parte di trattamento in cui sono coinvolti i genitori, il Coping Power Program è strutturato in 16

sessioni di gruppo che si propongono di sviluppare e promuovere pratiche educative coerenti, basate su regole chiare, orientate alla gratificazione e alla condivisione delle esperienze e degli stati d'animo. Durante il suddetto intervento, i caregiver acquisiscono strategie per modulare lo stress genitoriale, incrementano la capacità di problem solving e la comunicazione intrafamiliare. Allo stesso modo dei programmi di parent training, vengono assegnati compiti a casa finalizzati all'osservazione sistematica di alcuni aspetti del comportamento del proprio figlio e alla registrazione delle proprie reazioni in base al tema sviluppato nella sessione di gruppo. Per una maggior efficacia del programma, gli autori consigliano di coinvolgere i genitori oltre che il bambino nel trattamento. In ultimo si considera che i due programmi dovrebbero essere attuati parallelamente e che, durante il parent training, i genitori siano costantemente informati sulle attività che i bambini realizzano all'interno del gruppo, così che possano supportare le abilità di problem solving che i loro figli stanno imparando (Fedeli, 2019).

Conclusioni

Nell'introduzione di questa tesi ho evidenziato come questa avrebbe trattato i Disturbi del Comportamento dirompente dell'età evolutiva. Nello sviluppo degli stessi ne ho quindi delineato le varie declinazioni ed implicazioni, partendo dall'eziologia di questi Disturbi per poi descrivere ed approfondire le relative sottocategorie (ADHD, DOP, DC) ed i vari approcci teorici alle stesse, i diversi metodi scientifici di osservazione di queste con le relative diagnosi, proseguendo poi nella seconda parte di questa trattazione con delle analisi cliniche sulle stesse. In ultimo, un ampio spazio ho voluto dedicarlo a quelle problematiche quanto mai attuali, delicate ed importanti, quali sono appunto quelle derivanti dall'aggressività, dalla rabbia e dalla violenza che esprimono i giovani. In particolare ho voluto evidenziare quelle nuove e recenti espressioni di quest'ultima, segnali di un disagio tra le nuove generazioni storicamente prima sconosciuto, ed in continua rapida diffusione tra le stesse. Ho descritto quindi le dinamiche che sono alla base dell'utilizzo compulsivo dei violent-videogiochi e della nascita del bullismo in ambito scolastico, fin dai primi anni dell'infanzia e della sua continuità nei successivi periodi della scuola primaria e della scuola secondaria di primo grado. In seguito, ho trattato il fenomeno delle band o gang, che inizialmente si formano dall'aggregazione spontanea tra essi di bambini con vari disturbi del comportamento – dopo essere stati sistematicamente esclusi dai pari – e che poi proseguono, affinando ed evolvendo comportamenti asociali e sempre più aggressivi, nella fase adolescenziale. Ritengo che queste tre forme di forte disagio e disarmonia, con pesanti effetti sia sui soggetti che le esprimono sia sull'intero contesto sociale, andrebbe portata la massima attenzione da parte di tutti gli enti pubblici a vario titolo interessati, al fine di predisporre iniziative e percorsi preventivi sin dalla scuola dell'infanzia. Ciò al fine di potenziare ed incrementare le metodologie di diagnosi e di terapie esistenti come analizzate nell'ultimo capitolo del presente elaborato.

Bibliografia

Anolli, L., & Legrenzi, P. (2012). *Psicologia generale: Quinta edizione*. Bologna: Il Mulino.

- Boca, S., Bocchiario, P., & Scaffidi Abbate, C. (2017). *Introduzione alla psicologia sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Cornoldi, C., De Meo, T., Offredi, F., & Vio, C. (2001). *Iperattività e autoregolazione cognitiva*. Trento: Erickson.
- Crocetti, C., & Galassi, D. (2005). *Bulli marionette, Bullismi nella cultura del disagio impossibile*. Bologna: Pendragon.
- Fedeli, D. (2019). *Il disturbo della condotta*. Roma: Carocci.
- Fedeli, D., & Vio, C. (2015). *ADHD Iperattività e disattenzione a scuola*. Firenze: Giunti Scuola.
- Filliozat, I. (1998). *Il quoziente emotivo*. Casale Monferrato (AL): Piemme.
- Fonzi, A. (2004). *Manuale di psicologia dello sviluppo*. Firenze: Giunti.
- Grimley, L., & Kirby, E. (1986). *Disturbi dell'attenzione e iperattività: Guida per psicologi e insegnanti*. Trento: Erickson.
- Goleman, D. (1999). *Intelligenza Emotiva*. Bergamo: Saggi Rizzoli.
- Kring, A., Johnson, S., Davison, G., & Neale, J. (2021). *Psicologia clinica*. Bologna: Zanichelli.
- Làdavas, E., & Berti, A. (2020). *Neuropsicologia: Quarta edizione*. Bologna: Il Mulino.
- Matthys, W., & Lochman, J. E. (2017). *Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Childhood*. Wiley (UK): History.
- Monteduro, F. (2019). *Percorsi prosociali per iperattività, deficit di attenzione e disturbi della condotta*. Milano: Franco Angeli.
- Muratori, F. (2005). *Ragazzi violenti: da dove vengono, cosa c'è dietro la loro maschera, come aiutarli*. Bologna: il Mulino.
- Muratori, P., & Lambruschi, F. (2014). *Psicopatologia e psicoterapia dei disturbi della condotta*. Roma: Carocci.
- Muratori, P., & Lambruschi, F. (2020). *I disturbi del comportamento in età evolutiva*. Trento: Erickson.
- Nussbaum, A. M. (2014). *L'esame diagnostico con il DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina.
- Pallanti, S. (2016). *Psichiatria elementare: Oltre il DSM-5*. Roma: Carocci.
- Pecini, C., & Brizzolara, D. (2020). *Disturbi e traiettorie atipiche del neurosviluppo*. Milano: McGraw-Hill Education.

Quaglia, R., & Longobardi, C. (2007). *Psicologia dello sviluppo: Teorie, modelli e concezioni*. Trento: Erickson.

Rolls, G., Piccardi, L., & D'Amico, S. (2011). *Casi classici della psicologia*. Milano: Springer Verlag.

Umiltà, C. (1999). *Manuale di neuroscienze*. Bologna: Il Mulino.

Wells, K. (2012). *Coping Power. Programma per il controllo di rabbia e aggressività in bambini e adolescenti*. Trento: Erickson.

Winnicott, D. W. (2004). *Psicanalisi dello sviluppo, brani scelti a cura di Nunziante Cesàro, A., Boursier, V., Parte II, La tendenza antisociale*. Roma: Armando.

Zanobini, M., & Usai, M. C. (2019). *Psicologia della disabilità e dei disturbi dello sviluppo: Elementi di riabilitazione e d'intervento*. Milano: Franco Angeli.

Sitografia

Capo, R., Romano, G. & Isola, L. (2006). L'interpersonal cognitive problem solving (ICPS): uno strumento di prevenzione primaria e secondaria dei problemi di aggressività e di condotta in ambito scolastico. *Cognitivismo clinico*, 108-127.

<https://www.apc.it/wp-content/uploads/2013/06/04-romano>.

Crum, J., & College, A. (2016) Effects of Priming Dialectic Beliefs on Irrational Beliefs. *Psi chi Journal of Psychological research*, Vol 21.

<https://www.sciencegate.app/document/10.24839/2164-8204.jn21.4.218>

Fumagalli, M., & Priori A. (2013). Il cervello morale e il comportamento criminale. *Psicologia e giustizia*.

http://www.antonioacasella.eu/dnlaw/Fumagalli_2013.pdf.

Macchia, V., & Cappello, S. (2022). Prospettive di prevenzione dei comportamenti sfidanti dalla scuola dell'infanzia alla scuola secondaria, considerazioni preliminari. *L'integrazione scolastica e sociale*, 54-73.

<https://rivistedigitali.erickson.it/integrazione-scolastica-sociale/archivio/vol-21-n-1/prospettive-di-prevenzione-dei-comportamenti-sfidanti-dalla-scuola-dellinfanzia-alla-scuola-secondaria1/>

Morpurgo, P. (2016). 1922: mentre le ideologie avvelenano il pensiero, la ricerca medica e pedagogica difende le menti dei deboli. *Professione Docente*.

<https://gildaprofessionedocente.it/news/dettaglio.php?id=471>.

Ruglioni, L., Muratori, P., Polidori, L., Milone, A., Manfredi, A., & Lambruschi, F. (2009). Il trattamento multi-modale dei disturbi da comportamento dirompente in bambini di età scolare: presentazione di una esperienza. *Cognitivismo clinico*, 196-210.

<https://apc.it/wp-content/uploads/2013/06/04-ruglioni>.

Spada, G. (2021). Correlazione tra utilizzo di videogiochi violenti e sviluppo dell'aggressività in età evolutiva. *Piesse*.

<https://it.readkong.com/page/correlazione-tra-utilizzo-di-videogiochi-violenti-e-2095051>.