

# **IL DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO**

# Indice

Introduzione	5
Capitolo 1	
Il Disturbo Oppositivo Provocatorio: caratteristiche e percorsi di sviluppo	8
1.1 - I bambini provocatori	9
1.1.1 - L'ingresso a scuola	11
1.1.2 - Il rapporto con i coetanei	14
1.1.3 – Il soggetto oppositivo allo specchio: mancanza di autostima	15
1.2 - Decorso	17
1.2.1 - Modello di Patterson	19
Capitolo 2	
Eziologia del DOP: le ipotesi più accreditate	24
2.1 - Ipotesi normative: l'apprendimento sociale	25
2.1.1 - Dove avviene l'apprendimento sociale?	26
2.1.2 - L'aggressività "premiata"	28
2.2 - Ipotesi causali: le spiegazioni fisiologiche	30
2.2.1 - Obesità cronica e problemi psichici	31
2.2.2 - I meccanismi che controllano le emozioni	33
2.3 - Disturbi che riflettono problematiche ambientali	35
2.3.1 - Quando la colpa è dei genitori: divorzio ed errori educativi	38

2.3.2 - Gli effetti dell'incoerenza educativa	40
2.3.3 - La deprivazione infantile	44
2.4 - Aggressività come richiesta di attenzione e amore	47
<b>Capitolo 3</b>	
Disturbi associati: commorbilità e diagnosi differenziale	49
3.1 - Disturbo della Condotta	51
3.1.1 - Le sintomatologie del DC	53
3.1.2 - Patogenesi	55
3.2 – Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività	60
3.2.1 - Le sintomatologie del DDAI	61
3.2.2 - Come combattere il DDAI: interventi terapeutici	65
<b>Capitolo 4</b>	
DOP e Bullismo: problematiche infantili a confronto	69
4.1 - I ruoli	73
4.1.2 - Bambini provocatori: bulli o vittime?	74
4.1.3 - Le vittime-provocatrici	76
4.2 - Modelli genitoriali e dinamiche familiari	79
4.2.1 - Le famiglie dei bulli-vittime: rapporti conflittuali e metodi educativi incoerenti	81
4.3 - Il sottile confine che separa il Bullismo dal Disturbo Oppositivo Provocatorio	82
<b>Capitolo 5</b>	

Diagnosi e Terapia: strumenti per la valutazione e strategie per l'intervento	85
5.1 - Strumenti per la valutazione dei comportamenti problematici	86
5.1.1 - Scala di valutazione dei comportamenti dirompenti	86
5.1.2 - Strengths and Difficulties Questionnaire	89
5.1.3 - Test dei problemi comportamentali ed emozionali	91
5.1.4 - Test delle relazioni interpersonali	93
5.2 - Interventi terapeutici: il Parent Training	95
5.3 - Gli interventi rivolti al bambino: la terapia comportamentale	97
5.3.1 - Modificare il comportamento intervenendo sulle conseguenze: punizioni e rinforzi	99
5.3.2 - Un programma per modificare il comportamento: il Sistema a punti strutturato	101
5.4 - La terapia razionale-emotiva	103
5.5 - Il lavoro cooperativo	105
Conclusioni	108
Appendice	
Strumenti di valutazione per i problemi comportamentali	109
Bibliografia	119
Bibliografia web	123

# Introduzione

Spesso tra normalità e patologia c'è un confine molto sottile, che diventa quasi invisibile quando si analizzano dei bambini.

La psicopatologia può essere definita come una perdita, o un mancato sviluppo, di quelle competenze e abilità che normalmente sono presenti in una certa fase dello sviluppo.

La diagnosi nell'età evolutiva è resa difficile dal fatto che il soggetto, attraversa un periodo d'instabilità, in cui affronta cambiamenti repentini che lo fanno crescere mentalmente e fisicamente. Cambiano i suoi atteggiamenti, i suoi comportamenti, il suo modo di entrare in relazione con l'ambiente esterno e ciò che è normale in una fase può diventare patologico se persiste nella fase successiva.

Il Disturbo Oppositivo Provocatorio, per esempio, è caratterizzato da modalità comportamentali ostili, negativistiche, provocatorie che nei primi anni di vita sono del tutto normali. In età prescolare, infatti, l'aggressività e l'ostilità sono i mezzi attraverso i quali si esprime l'egoismo infantile e servono al bambino per

imparare a distinguere il sé dagli altri, a capire le regole sociali ed a sperimentare le prime forme d'adattamento.

Ma è proprio prima dell'ingresso a scuola che cominciano a comparire i sintomi del disturbo ed è per questo che, in genere, risulta molto difficile identificarli, tanto che possono anche trascorrere degli anni prima che il problema venga identificato.

Tutti i bambini possono essere scontrosi e capricciosi, però nei soggetti con il DOP queste caratteristiche si presentano amplificate tanto da arrivare a compromettere, in maniera significativa, il loro inserimento sociale.

Sono chiamati “bambini difficili”, “enfants terribles”, “piccoli selvaggi”, etichette che testimoniano il loro conflittuale rapporto con il mondo e soprattutto con gli adulti.

La loro è un'ostilità continua e persistente, non rispettano le regole, hanno eccessi d'ira di fronte ad obblighi e divieti, ed appaiono infastiditi da chi li circonda. Prendersene cura è molto difficile, sono causa di stanchezza, di scoraggiamento e di frustrazione per chiunque cerchi di instaurare con loro un rapporto.

Come aiutarli ad uscire da questo stato di disagio?

La parola d'ordine, di un buon intervento educativo e psicologico, dovrà essere “comprensione”. Sono bambini che non vanno curati, né cambiati, ma prima di tutto capiti. Con i loro comportamenti sembrano volerci allontanare, ma se ce ne

andiamo soffrono di solitudine. Bisogna cercare, allora, di superare le barriere che ci separano dal loro mondo, capire la causa del loro male interiore.

Forse sono ostili perché cercano di difendersi, a causa di traumi che li hanno portati a diffidare degli altri, oppure vogliono attirare l'attenzione, perché hanno bisogno di comunicare i loro problemi e non conoscono altro canale che l'aggressività.

## Capitolo 1

# Il Disturbo Oppositivo Provocatorio: caratteristiche e percorsi di sviluppo

Il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP) è una patologia neuropsichiatrica dell'età evolutiva, 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.

E' inserita nella categoria dei Disturbi da Comportamento Dirompente, e viene distinta dal Disturbo della Condotta (DC) e dal Disturbo d'Attenzione ed Iperattività (DDAI), per i quali bisogna eseguire una diagnosi differenziale<sup>1</sup>.

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.

Per rispondere alle critiche, secondo le quali il DOP non era sufficientemente distinguibile dal comportamento dei bambini normali, l'American Psychiatric

---

<sup>1</sup> L'ICD-10 *Classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, usa gli stessi gruppi di criteri del DSM-IV, però non considera il DOP una patologia a se stante, ma solo un sottotipo di disturbo della Condotta.

Association si è vista costretta ad aumentare il numero dei sintomi richiesti per la diagnosi, che sono così passati dai due del DSM-III, ai quattro del DSM-IV.<sup>2</sup> Sintomi che devono essersi manifestati per un periodo di tempo di almeno sei mesi e non soltanto in concomitanza di un Disturbo Psicotico o di un Disturbo dell'Umore.

Le statistiche ci informano che il Disturbo Oppositivo Provocatorio è presente in percentuali che variano dal 2% al 16%, a seconda dei campioni analizzati e dei metodi d'indagine. È più frequente in quelle famiglie dove si adottano metodi educativi incoerenti o lo sviluppo del bambino è turbato da un continuo alternarsi delle figure d'accudimento. Per quanto riguarda le differenze di genere<sup>3</sup>, si riscontra una maggiore prevalenza maschile nel periodo che precede la pubertà, ma in seguito tra i due sessi si verifica un certo parallelismo.

### *1.1 - I bambini provocatori*

Nel corso della prima infanzia il comportamento ostile e negativistico è del tutto normale. Esso è espressione della volontà del bambino di diventare autonomo e di porre fine al rapporto simbiotico che lo ha legato alla mamma fin dalla nascita.

Egli vuole andare alla scoperta del mondo, vuole sperimentare, fare nuove esperienze, che sono propedeutiche per l'acquisizione di un'identità e di un

---

<sup>2</sup> Tra le due edizioni citate bisogna inserire il DSM-III-R (terza edizione rivista) dove erano richiesti cinque criteri per la diagnosi, ed era presente un sintomo in più "spesso bestemmia o usa un linguaggio osceno", che è stato poi eliminato nel DSM-IV.

<sup>3</sup> Le statistiche ci informano che nelle bambine si diagnostica più frequentemente il DOP mentre nei maschi è più frequente la diagnosi di Disturbo della Condotta.

autocontrollo, ed è per questo motivo che manifesta segni di ribellione ogniqualvolta qualcuno cerca di ostacolarlo.

Questa forma di comportamento oppositivo raggiunge il suo apice intorno ai 18-24 mesi, età in cui il piccolo, avendo raggiunto una buona padronanza della deambulazione, diventa davvero incontrollabile, corre da una parte all'altra, rompe tutto per la curiosità di scoprire come sono fatte le cose all'interno ed è come se non riuscisse proprio a stare fermo.

Ma per fortuna dopo la tempesta torna sempre il buon tempo, infatti, terminata questa fase, il bambino acquisisce una forma di autoregolazione che gli permetterà di instaurare rapporti meno conflittuali.

Si può parlare di Disturbo Oppositivo Provocatorio quando il comportamento ostile, anziché svanire lentamente, persiste nel tempo ed in forme accentuate, tanto da creare serie difficoltà relazionali, dapprima nell'ambiente familiare, poi in quello sociale.

Rispetto ai bambini della stessa età mentale questi soggetti presentano un'aggressività<sup>4</sup> molto più invalidante e difficilmente modificabile.

Sono arrabbiati, risentiti, insofferenti, non accettano l'autorità degli adulti e vi si ribellano apertamente. Lottano continuamente con i genitori, non si conformano alle loro regole, non rispettano gli orari, ed il loro unico obiettivo sembra voler essere quello di creare scompiglio in famiglia.

---

<sup>4</sup> Si tratta di una forma di aggressività prevalentemente verbale o rivolta ad oggetti inanimati. In genere non si riscontrano le forme di aggressività fisica che sono tipiche del Disturbo della Condotta.

Non si limitano ad una forma d'aggressività reattiva<sup>5</sup>, ma amano provocare, sfidare gli altri, disturbare volontariamente, senza mostrare tuttavia alcun tipo di violenza.

Non si giudicano responsabili dei loro errori e ne attribuiscono le colpe ad altri, non hanno consapevolezza del loro problema. Non si considerano affatto oppositivi o provocatori e giudicano i loro cattivi comportamenti come normali risposte ad un ambiente irritante e frustrante.

I sintomi del DOP potrebbero manifestarsi, soprattutto nella fase iniziale, soltanto all'interno delle mura domestiche, ma in genere, successivamente cominciano ad interessare anche l'ambiente esterno.

Dapprima vengono coinvolte le persone che il bambino conosce meglio, come i compagni di giochi, ma in seguito è probabile che gli atteggiamenti aggressivi vengano rivolti, indistintamente, a tutte le persone che cercheranno di instaurare con lui un rapporto.

### *1.1.1 - L'ingresso a scuola*

Se le prime manifestazioni del disturbo si incominciano ad intravedere intorno ai 3 - 4 anni, sarà soltanto con l'ingresso a scuola che il problema diverrà sempre più evidente. Questi bambini, infatti, mostrano una totale incapacità di adattamento alle regole scolastiche ed il loro anticonformismo finirà col condizionare l'attività didattica dell'intera classe.

---

<sup>5</sup> L'aggressività si dice reattiva quando si manifesta come risposta alle condotte aggressive altrui. Si dice proattiva, invece, quando è una aggressività volontaria, premeditata, che ha l'obiettivo di nuocere all'altro.

Anche se dotati di un normale livello intellettuale, difficilmente potranno conseguire buoni risultati, in quanto non prestano ascolto alle direttive degli insegnanti e rifiutano qualsiasi tipo di aiuto da parte dei compagni, rendendo quasi certo lo sviluppo di un Disturbo dell'Apprendimento.

La loro presenza in aula crea talmente tanto scompiglio che le maestre si convincono, sempre più, che il modo migliore per garantire il prosieguo delle lezioni, consista nell'ignorarne gli atteggiamenti, ma anche questa scelta non sarà facile da attuare.

Il soggetto oppositivo-provocatorio, infatti, ha una gran maestria nel fare andare a monte qualsiasi tipo di attività, anche se ben organizzata. Scatena risate generali, innervosisce i compagni, ribalta le sedie, assume un atteggiamento di passivo rifiuto nei confronti di chiunque cerchi di avvicinarsi.

Mette in atto una sorta di resistenza verbale, pronunciando frasi del genere “non può dirmi quello che devo fare” e cerca di attirare l'attenzione dei compagni facendo commenti spregevoli sull'insegnante o imitandone i gesti.

Fa smorfie, guarda in un'altra direzione quando si parla con lui, fa apposta quello che gli si dice di non fare. Se rimproverato può far finta di niente o fingere di ascoltare tacitamente e scoppiare a ridere proprio nel momento in cui si credeva di averlo intimorito.

## **Criteri diagnostici per il disturbo oppositivo provocatorio**

- A. Una modalità di comportamento negativistico, ostile e provocatorio che dura da almeno 6 mesi, durante i quali sono stati presenti quattro o più dei seguenti sintomi:
- 1) spesso va in collera
  - 2) spesso litiga con gli adulti
  - 3) spesso sfida attivamente o rifiuta di rispettare le richieste o le regole degli adulti
  - 4) spesso irrita deliberatamente gli altri
  - 5) spesso accusa gli altri dei propri errori o del proprio cattivo comportamento
  - 6) è spesso suscettibile o facilmente irritato dagli altri
  - 7) è spesso arrabbiato e rancoroso
  - 8) è spesso dispettoso e vendicativo

**Nota:** Considerare soddisfatto un criterio solo se il comportamento si manifesta più frequentemente rispetto a quanto si osserva tipicamente in soggetti di pari età e livello di sviluppo.

- B. L'anomalia del comportamento causa una compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.
- C. I comportamenti non si manifestano esclusivamente durante il decorso di un disturbo psicotico o di un disturbo dell'umore.
- D. Non sono soddisfatti i criteri per il disturbo della condotta e, se il soggetto ha 18 anni o più, non risultano soddisfatti i criteri per il disturbo antisociale di personalità.

**Figura 1:** Tratta dal DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders American Psychiatric Association, Washington 1994

### *1.1.2 - Il rapporto con i coetanei*

Da quanto detto finora si desume che i bambini oppositivi/provocatori non riescono ad instaurare dei buoni rapporti con gli adulti, forse perché li identificano con l'autorità, o forse perché non accettano il loro modo di ragionare sempre in termini di norme e divieti.

Quello che è più preoccupante, però, è che questi bimbi non sono fonte di apprensione soltanto per i genitori e per gli insegnanti, ma anche per i compagni, i quali, il più delle volte, li considerano dei veri e propri incubi e arrivano a temere persino la loro vicinanza. Il problema è che, i soggetti affetti dal DOP, manifestano la loro incapacità di conformarsi alle regole anche nelle relazioni tra pari, come i lavori di gruppo o le attività ricreative.

Nel contesto ludico si mostrano poco inclini alla collaborazione di squadra e all'alternanza di turni, infatti, volendo sempre stare al centro dell'attenzione, finiscono con l'intromettersi negli spazi d'azione dei compagni, impedendone la partecipazioni ai giochi comuni.

Nelle altre attività, invece, cercano sempre di comandare e imporre la propria volontà ad ogni costo, arrivando ad aggredire con insulti e minacce chi non si mostra concorde con le loro idee.

Gli amici, ovviamente, alla lunga si stancheranno di queste prepotenze e inizieranno anche ad aver paura delle loro reazioni improvvise ed

esageratamente aggressive, così cominceranno ad evitare la loro compagnia e pian piano inizieranno ad allontanarli dal gruppo.

Questo rifiuto da parte dei coetanei, purtroppo, non farà altro che aggravare ancor più la loro condizione di disadattati, infatti, dalla posizione marginale nella quale si troveranno relegati, risulterà loro molto difficile acquisire quelle competenze sociali che si apprendono attraverso le relazioni con il prossimo.

In altre parole si verrà a creare una sorta di circolo vizioso: a causa della loro incapacità di adattamento, i soggetti oppositivi/provocatori, avranno grosse difficoltà ad instaurare relazioni amichevoli durature, e ritrovandosi soli e senza qualcuno con cui interagire, non potranno neanche sperimentare forme migliori di socializzazione.

### *1.1.3 – Il soggetto oppositivo allo specchio: mancanza di autostima*

Cosa pensano i bambini DOP? Come valutano se stessi e le loro azioni? Sono contenti del loro modo di essere o vorrebbero cambiare?

Chi è estraneo al mondo della neuropsichiatria infantile, di fronte alle condotte prepotenti e aggressive dei soggetti oppositivi e provocatori, è portato a dare giudizi che però spesso sono lontani dalla verità.

Certo non è difficile cadere in errore perché, osservando il modo in cui questi ragazzini si relazionano con gli altri, si può facilmente credere che essi provino piacere nel suscitare il pianto dei compagni, nel portare gli insegnanti all'orlo

della disperazione, nel creare scompiglio e nel rompere tutto ciò che capita loro a tiro.

Si pensa che essi siano fieri di se stessi, che godano nell'essere temuti dagli altri, ma sta proprio qui la nostra cecità, nell'essere incapaci di andare con lo sguardo oltre le immagini apparenti, per cogliere il nocciolo della loro sofferenza.

Il soggetto affetto dal DOP non vive una vita felice e serena, non è contento del suo modo di essere e si duole per le opinioni che le altre persone hanno di lui. L'immagine che ha di sé è molto svalutante, si considera un incapace, indegno dell'amore altrui e crede che nessuno mai gli potrà essere amico. Si sente rifiutato, ma sa di essere lui stesso la causa del suo isolamento e così sviluppa livelli molto bassi d'autostima e spesso anche dei Disturbi dell'Umore.

Come sostiene Patterson, spesso, questa bassa considerazione che il bambino oppositivo provocatorio ha di se stesso, nasce proprio nell'ambiente domestico.

Il rapporto che questi soggetti hanno con i loro parenti è molto complesso, si tratta di una sorta di coercizione reciproca che, alla lunga, tende a sgretolare l'unità familiare.

Sono gli stessi genitori ad attribuire ai loro figli delle etichette, a definirli "insopportabili", "aggressivi", "terribili". Queste espressioni che possono essere dettate da un momento di collera, se ripetute più e più volte, vengono interiorizzate dal bambino, diventando delle auto-asserzioni negative che egli ripeterà a sé stesso ogni qual volta si sentirà abbandonato da qualcuno.

Nicole Fabre<sup>6</sup> ci spiega che il bambino difficile soffre molto a causa del suo isolamento ma, in un certo senso lo giustifica. Convinto di non meritare affetto, arriva a considerare normale l'atteggiamento di chi vuole allontanarsi da lui.

Se qualcuno gli si avvicina per instaurare un rapporto, anziché esserne felice, si mostra diffidente e reagisce con il suo repertorio di comportamenti ostili, come a voler mettere alla prova le intenzioni del suo interlocutore. È come se gli chiedesse *“Mi vuoi bene anche se ti dimostro che non valgo niente, anche se ti faccio vedere che mi sono preso gioco di te? Mi vuoi bene anche se io stesso sono sicuro di essere un buono a nulla, e sono certo che nessuno mi potrà mai amare?”*.

Il soggetto DOP, quindi, è convinto che anche chi cerca di avvicinarsi a lui in veste d'amico, chi dice di volergli bene e di volerlo aiutare, alla fine, imparando a conoscerlo cambierà idea e lo lascerà nuovamente solo, quindi è bene mettere subito alla prova queste persone, verificare il loro grado di sopportabilità, perché tanto anche loro impareranno ad odiarlo ed è meglio che questo accada prima che egli si illuda di poter ancora ricevere affetto.

## *1.2 - Decorso*

I sintomi del disturbo oppositivo provocatorio compaiono, solitamente, prima degli otto anni e, in genere, non più tardi dell'adolescenza.

Questa fase dello sviluppo è particolarmente delicata in quanto, il bambino, non possiede ancora una personalità strutturata ed i comportamenti ostili e

---

<sup>6</sup> Nicole Fabre *Ces enfants qui nous provoquent* Éditions Fleurus, France 1998.

negativistici possono essere una manifestazione della sua transitoria instabilità emotiva. Bisogna essere molto cauti, quindi, prima di eseguire la diagnosi.

Per i genitori prendere consapevolezza del “problema” del proprio bambino non è facile. Lo sviluppo sintomatico è lento e graduale, quindi all’inizio è probabile che le manifestazioni oppositive vengano ignorate o considerate semplici capricci. Quando esse assumono forme più gravi e frequenti, i familiari, in genere, cercano informazioni da chi, dopo di loro, è a più stretto contatto con il figlio, come gli insegnanti. Quello che cercano di sapere è se qualcun altro si è accorto dei cambiamenti che hanno subito le modalità relazionali del bambino. Non sempre questa ricerca darà risultati, perché il disturbo, che si manifesta sempre all’interno delle mura domestiche, può non manifestarsi al loro esterno o di fronte ad altri adulti. Si tratta, ovviamente, di un grande impedimento che può determinare forti ritardi nei tempi diagnostici dato che, anche agli occhi di un esperto, il bambino può apparire normale.

Si comprende, quindi, che dal momento dell’esordio, possono trascorrere anche mesi o anni, prima che il disturbo venga ad essere riconosciuto e trattato con appositi interventi terapeutici.

Il decorso è variabile e dipende da una moltitudine di fattori quali la gravità del problema, la presenza di disturbi concomitanti<sup>7</sup>, l’integrità della famiglia.

---

<sup>7</sup> I disturbi concomitanti possono essere: Disturbo dell’Apprendimento e della Comunicazione, Disturbo dell’Umore, Disturbi da uso di sostanze illecite, Disturbo da deficit di Attenzione e Iperattività.

I dati statistici ci dicono che il 25% dei soggetti diagnosticati come affetti da Disturbo Oppositivo Provocatorio, dopo alcuni anni non possono più essere qualificati come tali<sup>8</sup>, in quanto non soddisfano più i criteri del DSM-IV.

Non è chiaro, però, quanti di questi soggetti, erano stati erroneamente diagnosticati e quanti, invece, sono andati incontro ad una guarigione. È, in ogni modo, provato che interventi terapeutici tempestivi e sostegno familiare, sono fondamentali per una prognosi positiva.

Nel 75% dei casi il disturbo persiste oltre l'età prescolare e questo è dimostrato anche da uno studio condotto da Speltz<sup>9</sup> e colleghi, su di una popolazione di bambini con DOP, tenuti sotto osservazione per un intervallo di due anni.

I ricercatori hanno notato che alcuni sintomi, come l'essere permalosi, facilmente irritabili, vendicativi, punitivi, e la compresenza del DDAI, sono indici di un disturbo maggiormente persistente.

Cosa accade a quei bambini in cui la diagnosi persiste?

In essi i comportamenti oppositivi, ostili e provocatori potranno restare stabili nel tempo ma, nei casi più gravi, potranno anche evolversi, lungo un excursus che porterà il bambino alla violazione dei diritti altrui.

### *1.2.1 - Modello di Patterson*

Patterson<sup>10</sup>, insieme ai colleghi De Baryshe e Ramshey, ha elaborato un modello che spiega la possibile evoluzione dell'aggressività nell'arco della vita.

---

<sup>8</sup> Harold I. Kaplan; Benjamin J. Sadock; Jack A. Grebb *Psichiatria- Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica* Centro Scientifico Internazionale 1998.

<sup>9</sup> Speltz M.L., McClellan J., DeKlyen M., Jones K. 1999.

Nella prima infanzia, che corrisponde all'età prescolare, genitori poco presenti o troppo protettivi, metodi educativi incoerenti o autoritari, inducono nei figli comportamenti aggressivi, coercitivi, oppositivi, che possono assumere le forme del Disturbo della Condotta o di quello Oppositivo Provocatorio.

Nella seconda infanzia, con l'ingresso a scuola, le problematiche diventano più evidenti, emergono, infatti, le prime significative conseguenze dell'antisocialità.

Una delle caratteristiche del disturbo consiste nel ribellarsi alle figure dotate d'autorità, quindi anche alle maestre. I soggetti non accettano di seguirne le direttive, non stanno attenti a ciò che dicono, non adempiono ai compiti loro assegnati. Conseguenze di tutto ciò sono: scarso rendimento, mancanza d'integrazione nel gruppo classe, rifiuto da parte di compagni e insegnanti ed, infine, isolamento.

Nella terza infanzia, che corrisponde al periodo in cui si passa dall'età infantile all'adolescenza, è ormai evidente che, per questi bambini, la probabilità di successo accademico e sociale è ridotta al minimo.

In questa fase si verifica la nascita delle bande, delle baby-gangs, cioè gruppi di giovani che condividono storie di insuccessi e rifiuti.

Baer ci spiega che l'uomo, per sua natura, è portato a ricercare quegli ambienti che possono fornire dei rinforzi positivi ai suoi comportamenti, di conseguenza, il bambino difficile, cercherà attivamente la compagnia di chi è simile a lui.

---

<sup>10</sup> Patterson, De Baryshe, Ramshey *A developmental perspective on antisocial behavior*. American Psychologist, n°44.

Il gruppo gli permetterà di identificarsi nei compagni, e per la prima volta si sentirà accettato e capito. Nella banda, infatti, si costruiscono atteggiamenti, motivazioni e razionalizzazioni a sostegno del comportamento antisociale che, ad un tratto, diventerà la “legge” alla quale conformarsi.

Sebbene è importante che gli interventi, per il recupero dei soggetti problematici, avvengano nel corso della prima e della seconda infanzia, nell’adolescenza è ancora possibile fare qualcosa.

Questo periodo dello sviluppo è estremamente delicato, il giovane non si sente più bambino, ma non è neanche adulto, il che significa che non ha ancora costruito una solida personalità. Il suo temperamento ostile può ancora essere modificato, anche se l’impresa non è facile. Occorrono un solido appoggio esterno ed una forte motivazione interiore perché questo si avveri.

Il modello di Patterson si conclude con l’età adulta. In essa, i comportamenti aggressivi, ostili, prevaricatori hanno, ormai, subito un processo di amplificazione e consolidamento.

L’adulto, in altre parole, ha portato a compimento lo sviluppo della sua personalità antisociale, cioè ha fatto proprio un modello di vita basato sull’egoismo e sulla violazione dei diritti altrui.

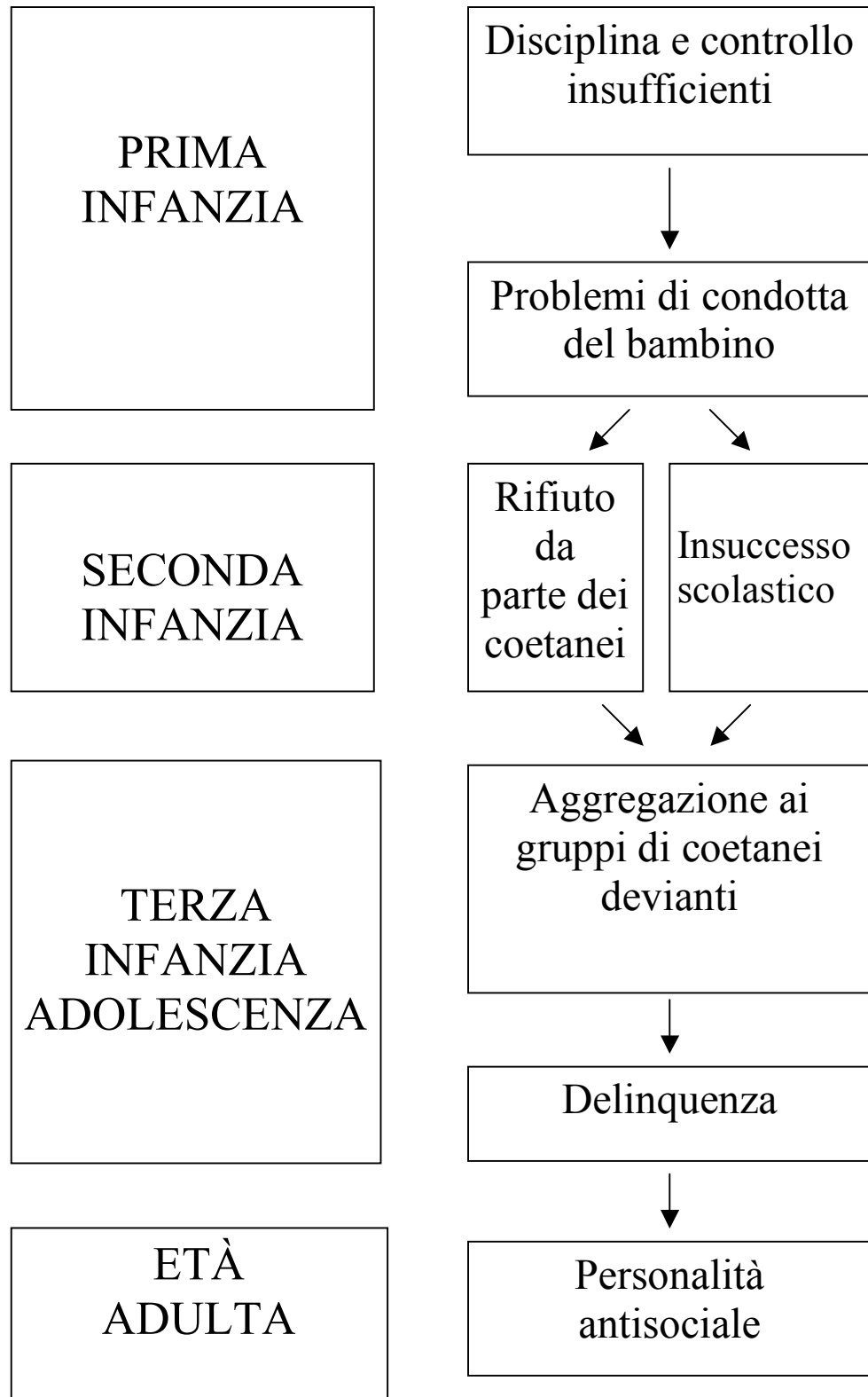
È quindi troppo tardi per intervenire?

A riguardo gli esperti hanno pareri contrastanti, c'è chi ritiene che qualsiasi tentativo di recupero sia ormai impossibile e chi, invece, come Enrich Fromm<sup>11</sup>, appoggia l'ipotesi contraria.

Questo autore sostiene, infatti, che l'aggressività e le condotte che si propongono di danneggiare il prossimo, sono estranee alla natura umana, quindi, non essendo connaturate nell'individuo, possono essere estirpate in qualsiasi fase della vita.

---

<sup>11</sup> Enrich Fromm *Anatomia della distruttività umana* traduzione 1979.



**Figura 2:** Tappe evolutive del comportamento antisociale secondo Patterson, De Baryshe e Ramshey (1989) e Patterson, Reid e Dishion (1992).

## Capitolo 2

# Eziologia del DOP: le ipotesi più accreditate

Nonostante negli ultimi anni, nell'ambito del dibattito internazionale, si sia riscontrato un grande interesse per il Disturbo Oppositivo Provocatorio, gli esperti non sono ancora riusciti ad esprimersi con certezza riguardo ai meccanismi patogenetici che lo determinano. Al momento, dunque, si hanno a disposizione soltanto delle ipotesi, le quali mettono in evidenza quei fattori di rischio che possono influenzare la genesi, l'evoluzione e la prognosi della malattia.

Dagli studi correlazionali, per esempio, emerge che la patologia appare, con maggiore frequenza, in quelle famiglie in cui almeno un genitore ha alle spalle una storia di Disturbo dell'Umore, di disturbo correlato all'uso di sostanze illecite o di uno dei disturbi da comportamento dirompente<sup>12</sup>, ma non sappiamo se questa "familiarità" sia conseguenza di una trasmissione genetica o di una sorta di adattamento ad un ambiente problematico.

---

<sup>12</sup> I disturbi da comportamento dirompente comprendono: Disturbo Oppositivo Provocatorio, Disturbo della Condotta, Disturbo da Deficit d'Attenzione ed Iperattività e Disturbo Antisociale di Personalità.

Allo stesso modo, nonostante sia stata accertata una forte correlazione tra madri con sindrome depressiva e figli con atteggiamenti oppositivi, non è affatto chiaro se una delle due problematiche sia causa dell'altra o se entrambe siano conseguenza di un terzo fattore.

Dovendo studiare l'eziologia del DOP, quindi, non ci resta altro da fare che esaminare le diverse teorie, dividendole in due gruppi: le Normative e le Causali.

Nel primo, inseriremo quelle dottrine che considerano l'aggressività come un qualcosa di appreso dal contesto culturale in cui l'individuo cresce; nel secondo includeremo, invece, quelle correnti di pensiero che parlano di un'antisocialità *causata* o da fattori fisiologici o da agenti ambientali.

### *2.1 - Ipotesi normative: l'apprendimento sociale*

Le ipotesi di tipo normativo trovano espressione nella cosiddetta Teoria dell'Apprendimento Sociale, elaborazione concettuale che enfatizza il ruolo della società come fattore che influenza lo sviluppo individuale.

Secondo questa teoria, i comportamenti umani devono essere analizzati da un punto di vista prettamente culturale, in quanto sono frutto dei condizionamenti che l'ambiente di vita esercita su ognuno di noi.

Ogni essere umano, fin dalla nascita, si trova inserito in un contesto sociale particolare, caratterizzato da norme, ideologie, schemi comportamentali tipici,

che l'individuo deve apprendere al fine di integrarsi nel gruppo e divenire nuova componente della collettività.

Il bambino, in particolare, impara a comportarsi in maniera adeguata al suo ambiente, osservando i modelli genitoriali e parentali, limitandosi, dapprima, ad imitare il loro modo di fare e acquisendo, in seguito, consapevolezza delle regole da seguire.

Le condotte infantili, quindi, non fanno altro che riflettere gli insegnamenti acquisiti nella “scuola sociale” di provenienza, il che significa che se un bimbo manifesta delle condotte aggressive e provocatorie, probabilmente nel suo ambiente di vita le prepotenze vengono accettate e ricompensate.

### *2.1.1 - Dove avviene l'apprendimento sociale?*

Urie Bronfenbrenner<sup>13</sup>, autore di un'originale teoria definita da lui stesso “Ecologica”, interpreta le condotte umane in chiave socio-culturale, soffermandosi ad analizzare i processi attraverso i quali, i rapporti e le dinamiche ambientali, influenzano lo sviluppo degli individui.

La definizione di “ambiente” che egli propone, è molto più vasta di quella che si è soliti condividere la sua prospettiva, infatti, si estende ben oltre la situazione immediata alla quale il soggetto partecipa personalmente, e si allarga fino a comprendere un complesso sistema di strutture, collocate l'una dentro l'altra.

La più piccola di tali strutture è il microsistema: esso rappresenta il cuore di questo apparato ecologico e può essere definito come il luogo sociale (famiglia,

---

<sup>13</sup> Urie Bronfenbrenner *Ecologia dello sviluppo umano* 1986.

scuola, enti sportivi etc.) in cui la persona si trova, momentaneamente, inserita.

Le relazioni tra i singoli microsistemi costituiscono il livello del mesosistema, mentre l'esosistema comprende l'insieme degli ambienti che, pur essendo estranei all'individuo, ne influenzano comunque lo sviluppo per vie indirette.

L'ultima delle quattro strutture, che è anche quella più complessa, prende il nome di macrosistema: essa racchiude in sé tutti i meccanismi relazionali che stanno alla base dei rapporti interstrutturali di livello inferiore e si identifica con la cultura o la sottocultura del gruppo sociale.

Questo riferimento al pensiero del Bronfenbrenner serve per spiegare che il nostro comportamento subisce le influenze della società ad ognuno di questi livelli ecologici, quindi "l'apprendimento deviante", quello che abbiamo ipotizzato essere causa delle condotte aggressive infantili, può avere origine sia all'interno della famiglia che della scuola, sia nei centri sportivi che nelle strade del quartiere o, addirittura, può essere legato ai mezzi mediatici di informazione.

Nel contesto domestico, per esempio, genitori autoritari che impongono il proprio volere facendo uso di costrizioni e punizioni, insegnano ai figli ad utilizzare la prepotenza per prevaricare il prossimo ed a far uso dell'aggressività per impaurire chi si oppone alle loro decisioni.

Allo stesso modo i programmi televisivi, i film, i videogame, che con sempre maggiore leggerezza fanno ricorso a personaggi aggressivi e violenti, possono influenzare negativamente lo sviluppo dei bambini, in quanto creano una sorta di assuefazione all'aggressività, che potrebbe ostacolare la capacità di discernere i comportamenti socialmente ed eticamente corretti da quelli immorali.

### *2.1.2 - L'aggressività "premiata"*

Quando un comportamento viene rinforzato, come sostiene Skinner<sup>14</sup> nelle sue teorie, esso tende a ripresentarsi con maggiore frequenza e persistenza, quindi è necessario stare molto attenti agli ambienti che possono favorire un potenziamento delle condotte aggressive infantili.

A tal proposito dobbiamo dire che le situazioni a "rischio", oltre che all'interno di nuclei familiari problematici, si possono ritrovare anche in altri contesti sociali come, ad esempio, nei quartieri degradati e nei borghi più poveri delle città dove, in genere, gli abitanti, per far fronte alle condizioni disagiate, eleggono l'aggressività a norma di vita, incoraggiando i più piccini ad essere forti, prepotenti e combattivi.

È, inoltre, interessante notare che alcuni studiosi<sup>15</sup>, a seguito di indagini osservative, hanno scoperto che uno dei luoghi in cui le prepotenze infantili trovano il maggior numero di "ricompense" è la scuola materna.

Senza nulla togliere al valore educativo di questa istituzione, che mai come oggi è diventata un'indispensabile supporto alle attività genitoriali, bisogna dire che essa favorisce lo sviluppo delle condotte aggressive in quanto, il bambino più coraggioso e prepotente riesce facilmente ad impaurire i compagni più piccoli, con minacce e modi ostili, provocandone il pianto e la fuga. Tali reazioni,

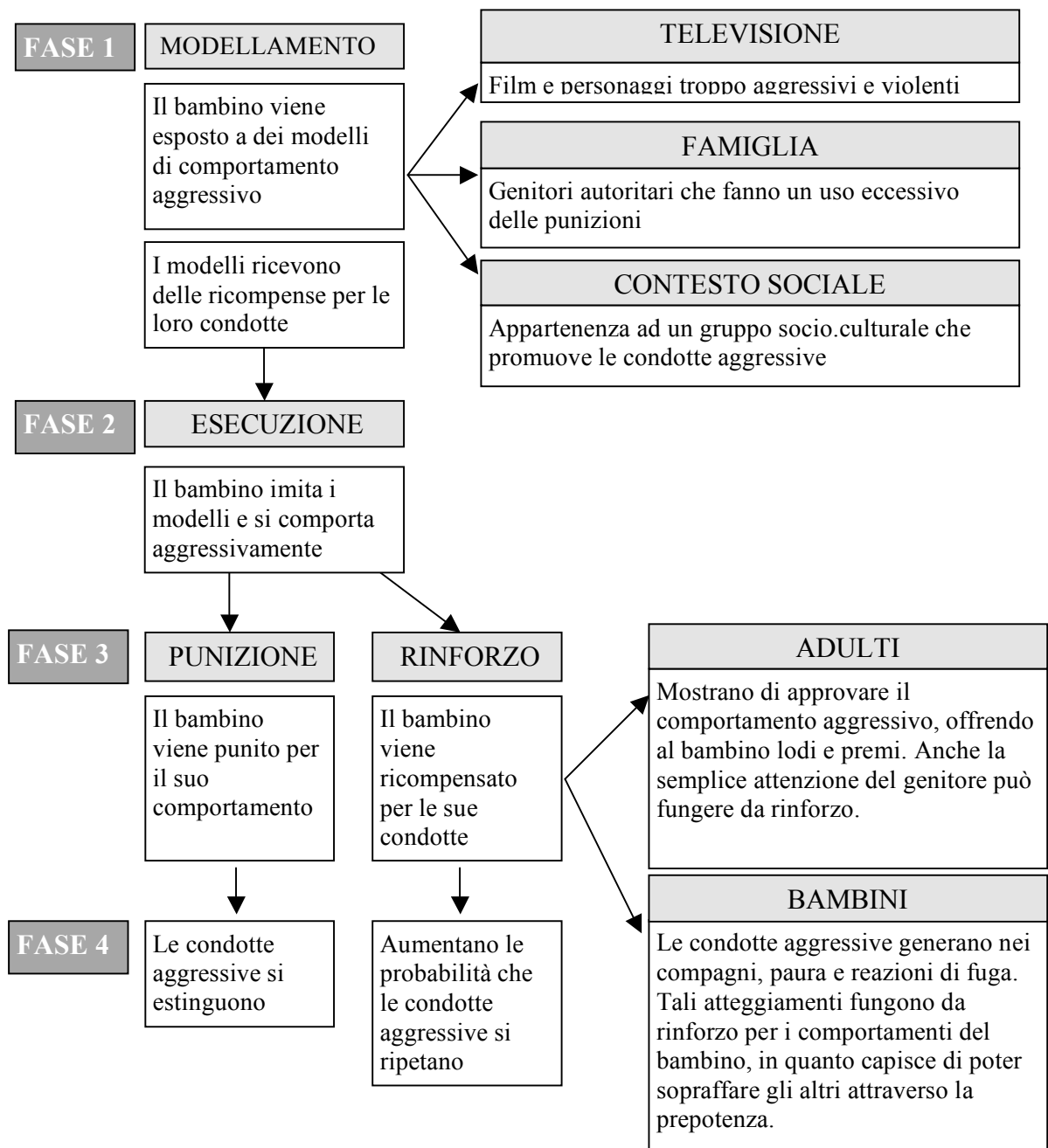
---

<sup>14</sup> Secondo la teoria del condizionamento operante di Skinner, il rinforzo positivo è quello stimolo che segue l'azione, il quale, a causa del suo valore positivo, rende più probabile la ricomparsa dell'azione stessa.

<sup>15</sup> Patterson, Littman e Bricker 1967.

ovviamente, soddisfano il piccolo bullo, soprattutto perché, scappando, gli amichetti lasciano incustoditi i loro giochi.

Il discorso sulle dinamiche dell'apprendimento sociale potrebbe essere ancora molto lungo, quindi ho riassunto i momenti essenziali di tale processo nella tavola tre, evidenziando, tra l'altro, i fattori che possono causare, ostacolare o rinforzare le condotte aggressive dei bambini.



**Figura 3:** L'iter dell'apprendimento sociale.

## *2.2 - Ipotesi causali: le spiegazioni fisiologiche*

Tra le spiegazioni di tipo causale, alcune fanno risalire l'origine della patologia a fattori fisiologici, cioè a proprietà interne all'organismo.

Tali modelli sostengono che il disturbo si manifesta in quei soggetti predisposti, a causa di particolari caratteristiche genetiche o neurobiologiche, allo sviluppo di condotte antisociali ed aggressive.

Alcune teorie biologiche, per esempio, hanno elaborato un'ipotesi molto interessante, secondo la quale, l'origine dell'aggressività andrebbe ricercata tra le componenti genetiche.

Gli esseri umani, solitamente, possiedono 46 cromosomi, disposti in 23 coppie, una delle quali ne determina il sesso. Nelle donne questa coppia ha una configurazione XX, nei maschi XY. Un uomo ogni 3000, però, a causa di una particolare anomalia genetica, presenta un cromosoma Y soprannumerario che ne determina l'assetto XYY, accusato dai ricercatori di essere la causa dell'aggressività.

Tale congettura nacque in seguito ad alcune indagini dalle quali risultava che, questi uomini, non solo erano autori di episodi aggressivi più frequentemente dei soggetti XY, ma erano anche iper rappresentati all'interno della popolazione carceraria.

Si sviluppò, quindi, l'idea di un possibile legame tra le condotte aggressive e questo gene, che però non è stata ancora dimostrata e probabilmente non lo sarà

mai, dato che le ricerche sono rese difficili dalla scarsa reperibilità di soggetti con questo particolare corredo genetico.

Che il gene XYY possa essere la causa del Disturbo Oppositivo Provocatorio è molto improbabile, sia perché la patologia è molto diffusa, sia perché essa, dopo la pubertà, è distribuita equamente in entrambi i sessi.

Ho comunque ritenuto importante parlare di questa ipotesi, perché da studi più approfonditi è emerso che, i soggetti dotati di un cromosoma Y soprannumerario, tendono anche ad essere più grossi rispetto ai coetanei e di conseguenza potrebbe essere la loro corporatura robusta, e non il “gene dell’aggressività”, a favorire lo sviluppo dei comportamenti prevaricatori.

Ad una conclusione simile è giunto anche un gruppo di ricercatori americani a seguito di una indagine longitudinale sugli effetti dell’obesità infantile, conclusasi nei primi mesi del 2003.

### *2.2.1 - Obesità cronica e problemi psichici*

La responsabile di questo studio, condotto su un campione di 1000 bambini di età compresa tra i 9 ed i 16 anni, è Sarah Mustillo, ricercatrice della Duke University Medical Center di Durham, in North Carolina. Commentando i risultati<sup>16</sup> delle sue analisi all’interno della rivista *Pediatrics*, la scienziata ha

---

<sup>16</sup> Nel campione esaminato si riscontrarono tassi di obesità molto preoccupanti. Se nel 5% dei casi i ragazzi osservati erano riusciti a superare la loro obesità infantile nel corso dell’adolescenza, il 7,3% del campione aveva, invece, seguito un percorso inverso e pur non presentando problematiche di soprappeso nell’infanzia, le aveva acquisite nell’adolescenza. Se si considera, inoltre, che soltanto nel 73% dei casi i soggetti mostravano un peso normale, se ne desume che il restante 14,7% era costituito da obesi cronici.

mostrato i gravi effetti che l'obesità può avere, non solo sull'organismo, ma anche sulla psiche dei giovani.

Dai dati raccolti in otto anni di indagini è emerso, infatti, che l'obesità infantile cronica raddoppia il rischio di sviluppare il Disturbo Oppositivo Provocatorio, e nei maschietti, quadruplica le possibilità di manifestare sindromi depressive.

A sostegno dell'affidabilità dei suoi risultati Mustillo spiega che, il campione esaminato, era costituito da bambini e adolescenti che non presentavano particolari predisposizioni alle suddette patologie, né avevano alle spalle storie familiari di malattie psichiche e, sebbene la percentuale di soggetti in sovrappeso aumentasse con l'età, soltanto negli obesi cronici furono riscontrate alterazioni comportamentali consistenti.

Tuttavia, poiché gli studi su questo argomento sono ancora pochissimi, non si può chiarire la relazione causale tra queste due patologie.

I problemi comportamentali dei bambini obesi, infatti, possono essere conseguenza dello stato di emarginazione sociale che, spesso, devono sopportare a causa della loro stazza e delle annesse difficoltà di movimento, che ne ostacolano anche le più semplici attività. Potrebbe, però, essere anche vera l'ipotesi contraria, ossia che disordini psichici già presenti nella prima infanzia, possano avere contribuito ad alterare il normale rapporto di questi bambini con il cibo e aver favorito così lo sviluppo dell'obesità.

### *2.2.2 - I meccanismi che controllano le emozioni*

Continuando a parlare delle ipotesi causali di tipo fisiologico, dobbiamo rivolgere uno sguardo anche a quelle teorie che individuano l'origine del DOP in un cattivo funzionamento dei meccanismi psichici che regolano le emozioni.

Alcuni studiosi ritengono che le condotte tipiche di questo disturbo, possono essere conseguenza di una soglia di attivazione emozionale, o arousal<sup>17</sup>, più bassa del normale, che favorirebbe delle risposte irruente anche in situazioni apparentemente tranquille.

L'arousal è una sorta di interruttore biologico che di fronte a stimoli avversi, attraverso tutta una serie di attivazioni fisiologiche, prepara il nostro organismo ad affrontare la situazione sfavorevole con la giusta dose d'aggressività. Generalmente esso viene innescato da stimoli incondizionati (dolore) o condizionati (appellativi offensivi) di una certa intensità, ma con una soglia di attivazione più bassa, anche lievi sollecitazioni potrebbero attivare la risposta aggressiva.

Un arousal molto sensibile potrebbe essere, quindi, la causa che induce il soggetto oppositivo ad essere sempre irascibile e pronto a reagire in maniera esagerata ad ogni piccola provocazione.

Secondo i teorici del cognitivismo, però, alla base di una così intensa reattività, potrebbe esserci anche una disfunzione nei meccanismi di elaborazione delle

---

<sup>17</sup> L'arousal emozionale consiste in una serie di attivazioni fisiologiche (aumento del battito cardiaco, tensione muscolare, dilatazione della pupilla, sensazione di calore al volto, scariche di adrenalina) che il nostro organismo mette in atto quando si sente minacciato da uno stimolo esterno. Il nostro corpo, cioè, si prepara ad affrontare la situazione problematica favorendo un maggiore rilascio di energia, necessario sia qualora si decidesse di attaccare il nemico, sia nel caso si optasse per la fuga.

informazioni, che porterebbe l'individuo a percepire in maniera distorta gli input sociali.

Per il modello cognitivista, quando una persona partecipa ad un'interazione sociale, analizza le espressioni, le movenze, le intonazioni vocali di chi gli sta intorno e procede ad una codifica mentale di questi segnali. Dopo averli elaborati ed interpretati, il soggetto si crea una immagine approssimativa delle intenzioni dei suoi partner e sceglie, di conseguenza, il tipo di risposta comportamentale più adatta.

Questa abilità mentale, indispensabile per delle relazioni sociali equilibrate, nei ragazzi con il DOP assumerebbe una forma imperfetta, che li porterebbe a compiere degli errori o nella fase di selezione ed analisi degli input sociali, o nella scelta delle strategie di risposta o, ancora, nella valutazione delle possibili conseguenze delle proprie azioni. Tutto questo aumenterebbe la loro vulnerabilità, inducendoli a percepire il mondo come un insieme di nemici e persone ostili delle quali diffidare.

La loro aggressività, quindi, non sarebbe altro che una forma di difesa da eventi, individui, contesti, considerati avversi e pericolosi, di conseguenza quelle che appaiono come reazioni esagerate tali non sono, se rapportate alle percezioni che questi soggetti hanno della realtà.

Ma perché questi bambini hanno così poca fiducia nel prossimo e temono sempre di poter essere feriti?

### *2.3 - Disturbi che riflettono problematiche ambientali*

John Bowlby, psicologo inglese nato a Londra nel 1907, sostiene che l'insicurezza e la paura degli altri, non sempre sono conseguenza di una incapacità cognitiva, ma possono anche essere frutto di “credenze pregiudiziali”, che affondano le loro radici nel contesto ambientale ed in particolare in quello familiare.

Nella sua teoria, che venne considerata rivoluzionaria dai contemporanei, egli enfatizza l'importanza dei primi rapporti affettivi ai fini dell'acquisizione della competenza sociale e individua in essi anche la causa di eventuali disturbi mentali e di disturbi della condotta.

Nella trilogia *Attaccamento e Perdita*<sup>18</sup>, l'autore parla di un particolare legame, chiamato *Attaccamento*<sup>19</sup>, che si instaura tra madre e figlio nel corso del primo anno di vita ed esattamente intorno all'ottavo mese, periodo in cui il bimbo, imparando a gattonare, comincia ad allontanarsi dalla mamma per andare a scrutare l'ambiente circostante.

A causa di una predisposizione genetica, il piccolo, da una parte vuole sentirsi libero di esplorare, dall'altra è spinto a ricercare il sostegno della persona adulta a lui più vicina, che vedrà come una sorta di rifugio nel quale far ritorno ogni qual volta, nel contesto circostante, percepirà una situazione di pericolo.

---

<sup>18</sup> Volume 1 *L'attaccamento alla madre* 1969; Volume 2 *La separazione dalla madre* 1973; Volume 3 *La perdita della madre* 1980.

<sup>19</sup> Generalmente il legame di attaccamento si instaura con la madre biologica, però può anche succedere che il bambino sviluppi questo particolare tipo di rapporto con delle figure sostitutive che si prendono cura di lui costantemente.

Se la figura di attaccamento sarà pronta a rispondere alle sue richieste di aiuto e di conforto, egli affronterà serenamente ogni nuova esperienza, certo di poter contare su una protezione sicura. Se invece chi lo accudisce è poco presente o incoerente allora, anche in assenza di reali pericoli, egli si mostrerà timoroso, in quanto non potrà fidarsi delle capacità che questa persona ha di difenderlo.

Secondo Bowlby, il tipo di rapporto che s'instaura con la mamma (o un suo sostituto) nel corso della prima infanzia, condizionerà notevolmente anche le relazioni future del bambino, il quale, intorno ai diciotto mesi, ispirandosi a questo modello relazionale, si creerà delle rappresentazioni<sup>20</sup> mentali di sé e del prossimo, che verranno utilizzate come filtri nei processi di elaborazione delle informazioni sociali.

Se la sua storia è sempre stata caratterizzata da affettuosità e calorosa protezione, allora egli svilupperà un'immagine di se come di persona che merita amore ed al tempo stesso percepirà gli altri come individui in grado di offrire riparo ed affetto. Se, invece, il suo legame è sempre stato debole ed insicuro, è probabile che non si sentirà degno dell'amore altrui e arriverà a diffidare di chiunque cercherà di instaurare con lui un rapporto.

---

<sup>20</sup> Bowlby definisce, questi schemi mentali, Internal Working Model. Essi non sono altro che delle rappresentazioni di se stesso e dell'altro, sviluppate dal bambino, le quali rispecchiano la storia della sua relazione con la figura di attaccamento. Questi modelli sono estremamente importanti perché hanno la capacità di condizionare i comportamenti sociali dell'individuo, anche nelle fasi successive dello sviluppo.

Le ipotesi di Bowlby hanno trovato conferma in uno studio longitudinale, condotto da Mary Ainsworth e colleghi<sup>21</sup>, sulle interazioni madre-figlio nel corso del primo anno di vita.

Nel corso di tale indagine i ricercatori hanno utilizzato una tecnica d'osservazione particolare, la cosiddetta Strange Situation<sup>22</sup>, che ha permesso loro di evidenziare gli effetti che i diversi tipi di attaccamento hanno sulla capacità dei bimbi di affrontare una situazione di stress caratterizzata dall'assenza materna.

I risultati hanno messo in evidenza delle informazioni che, nell'ambito del presente lavoro sulle condotte aggressive dei soggetti DOP, appaiono molto interessanti.

È emerso, infatti, che alcuni bambini insicuri dei loro legami affettivi, reagivano alla “situazione insolita” con atteggiamenti fortemente contraddittori. Da un lato soffrivano per la mancanza della mamma e nutrivano il desiderio di essere da lei consolati, dall'altro, però, quand'ella ritornava, rispondevano aggressivamente ad ogni suo tentativo di avvicinarsi.

Questi bimbi, secondo la spiegazione della Ainsworth, a causa dell'incostanza e dell'imprevedibilità materna, avevano sviluppato una sorta di “rabbia disfunzionale”, un sentimento promiscuo tra collera e delusione, che celava una

---

<sup>21</sup> Ainsworth, Blehar, Walter e Wall, 1978.

<sup>22</sup> La Strange Situation è una procedura, messa a punto negli Stati Uniti, basata su otto episodi: il bambino viene introdotto, con la mamma, in una stanza piena di giocattoli; ha la possibilità di esplorare e di giocare insieme a lei; all'improvviso vede entrare nella stanza un estraneo che si siede e rimane fermo ad osservare per qualche tempo, dopodiché scambia qualche parola con la mamma ed incomincia a coinvolgerlo in qualche gioco; la mamma si alza, esce e lascia il bambino solo con l'estraneo; dopo un po' rientra e questa volta sarà l'estraneo ad uscire; la mamma si allontana ancora, ma stavolta il bambino viene lasciato solo; rientra l'estraneo e cerca di consolare il bambino qualora fosse necessario; infine la mamma rientra nella stanza e si ricongiunge al figlio.

involuta mancanza di fiducia nei confronti di figure d'attaccamento incapaci di svolgere adeguatamente le loro mansioni. Queste madri, infatti, assumevano degli atteggiamenti fortemente contraddittori, adottavano comportamenti freddi e distaccati proprio nei momenti in cui i figli desideravano affettuosità e conforto, invece diventavano estremamente premurose e protettive, quando la loro vicinanza non era necessaria, né richiesta.

Esse non erano, quindi, in grado di adeguarsi alle esigenze dei loro bambini, i quali, attraverso gli sfoghi aggressivi e gli atteggiamenti di rifiuto, esprimevano la volontà di punire la mamma per la mancata attenzione e per l'incerto amore.

### *2.3.1 - Quando la colpa è dei genitori: divorzio ed errori educativi*

Dalle teorie di Bowlby e dagli studi sperimentali della Ainsworth risulta un dato certo: i bambini, soprattutto nel corso dei primi due anni di vita, hanno bisogno di stabilità, di certezze, di figure di riferimento affidabili. Se questi elementi venissero a mancare, le conseguenze potrebbero essere così gravi da determinare l'insorgenza di problemi psichici e di turbe comportamentali, il cui eco continuerà a risuonare non solo nel corso dell'infanzia, ma a volte anche nelle età successive.

Cosa può turbare la vita di un bimbo in maniera così profonda?

Non si può dare una risposta univoca a tale domanda, perché i fattori che fanno vacillare gli equilibri infantili sono molteplici e vanno ricercati, soprattutto, all'interno dei rapporti educativo-affettivi.

La separazione della coppia genitoriale, per esempio, è un evento potenzialmente pericoloso, perché può predisporre il figlio allo sviluppo del Disturbo Oppositivo Provocatorio o d'altre forme di aggressività, specie quando marito e moglie non spiegano le motivazioni della loro decisione.

Mantenere nel mistero le cause della conflittualità può essere svantaggioso, perché il bambino, attraverso fantasmagoriche interpretazioni, arriva ad attribuire a se stesso la colpa di ciò che sta accadendo, sentendosi responsabile dell'infelicità di mamma e papà.

Ma il problema non è solo questo perché, come dimostra Hetherington<sup>23</sup> nel suo studio sugli effetti del divorzio, la separazione dei genitori crea necessariamente uno sconvolgimento delle dinamiche familiari che si ripercuote, direttamente o indirettamente, anche sull'educazione dei figli.

Lo scioglimento di un matrimonio è una esperienza poco piacevole per tutte le persone che ne sono coinvolte, esso segna la fine di una storia e l'inizio di un periodo fatto di incertezze, di sacrifici, una fase segnata dalla ricerca attiva di nuovi equilibri. Gli ex coniugi vengono chiamati a svolgere un compito molto difficile, devono inventarsi una nuova vita, delle nuove abitudini, devono compenetrarsi nei loro nuovi ruoli ed in questa affannosa costruzione del loro domani, spesso si dimenticano di vivere il presente e di concedere ai figli quella attenzione di cui hanno bisogno.

---

<sup>23</sup> E. M. Hetherington, M. Cox e R. Cox, *The Aftermath of Divorce*, 1978.

Dai dati raccolti da Hetherington risulta, infatti, che i genitori divorziati rispetto a quelli sposati, *pretendono meno dai figli per quanto riguarda la responsabilità, comunicano con essi in modo meno efficace, tendono ad essere meno affettuosi e mostrano una marcata incoerenza nei loro confronti, per quanto riguarda la disciplina ed il controllo*<sup>24</sup>. Commettono degli errori educativi, insomma, e così aumentano il rischio che i loro bimbi sviluppino problematiche emotive e comportamentali, infatti, secondo i dati del National Survey of Children, *la minoranza di bambini che esibisce un comportamento aggressivo e antisociale in casa, a scuola o nel gioco, è rappresentata più ampiamente tra i bambini di divorziati che tra quelli appartenenti a famiglie normali*<sup>25</sup>. Inoltre sempre le stesse fonti ci informano che, nel periodo della scuola elementare, *i figli di genitori divorziati hanno una probabilità doppia, rispetto ai soggetti che appartengono a famiglie intatte, di aver bisogno di una cura psichiatrica*<sup>26</sup>.

### 2.3.2 - Gli effetti dell'incoerenza educativa

Anche gli errori educativi, quindi, possono essere causa di problematiche psicopatologiche. Come fare, allora, ad evitarli?

Non esistono né regole, né metodi infallibili, l'unica cosa da fare è cercare di seguire sempre il saggio principio aristotelico del “giusto mezzo”, perché

---

<sup>24</sup> Ibidem

<sup>25</sup> Urie Bronfenbrenner *Ecologia dello sviluppo umano* 1986.

<sup>26</sup> Tratto da *Divorce, Merital Happiness, and the Mental Health of children. Findings from the FCD National Survey of Children*. N. Zill, 1978

soltanto evitando gli eccessi (lassismo ed iperprotezione), si può favorire il naturale sviluppo del bambino.

Durante la crescita, infatti, bisognerà dargli amore e protezione, occorrerà sostenerlo, controllarlo, aiutarlo, ma sempre nel rispetto della sua libertà. Gli si dovrà stare sempre vicino, ma quando lui avvertirà l'esigenza di un pizzico in più di libertà, bisognerà dargli fiducia e lasciare che faccia le sue esperienze, perché solo così potrà imparare a controllare se stesso e divenire autonomo.

È comunque fuor di dubbio che educare un figlio è un processo molto delicato, che richiede sensibilità e fermezza, anche quando la convinzione di star facendo bene lascia spazio a qualche perplessità.

Le incertezze e la paura di sbagliare, del resto, sono insite nello stesso atto educativo, perché chi educa sa di essere investito di una grande responsabilità e sa di dover divenire per il bimbo una sorta di modello da imitare, è proprio per questa ragione che i coniugi devono essere in grado di gestire le proprie ansie, in modo da apparire, agli occhi dei figli, sicuri delle proprie idee.

L'incoerenza e le indecisioni genitoriali, infatti, possono incidere negativamente sugli equilibri infantili, sono da biasimare, quindi, sia quei genitori che, a causa di una divergenza di vedute, non riescono ad accordarsi sulla scelta dei principi da trasmettere ai figli, sia quelli che, a causa d'inesperienza o di un'indole insicura, continuano ad alternare metodi educativi diversi alla ricerca di quello più proficuo. Questi ultimi possono sperimentare autoritarismo e lassismo, iperprotezione e indifferenza, e nel frattempo confondere il bambino con

direttive contrastanti che lo avvolgono in un vortice di norme incerte e ambigue, tra le quali vaga senza sapere che direzione prendere.

Una simile confusione di valori è conseguente anche ad un'altra situazione educativa, quella che si viene a creare quando le cure del bimbo vengono affidate ad un continuo alternarsi di sostituti materni.

Tale condizione, comune nella realtà degli istituti infantili dove, per ovvie necessità, le figure di accudimento si sostituiscono ad ogni turno, purtroppo si verifica con sempre maggiore frequenza, anche all'interno delle famiglie normali.

Le madri moderne, infatti, a causa dei loro molteplici impegni, non riescono più a trovare il tempo da dedicare ai loro figli e così li affidano alla nonna, poi alla zia, alla baby-sitter, e ancora alla vicina di casa, senza rendersi conto del danno psicologico ed emotivo che possono produrre nel bambino.

## Stili educativi a rischio

Fattori che favoriscono l'insorgenza delle condotte aggressive infantili

- **Permissivismo:** è caratterizzato da una mancanza di regole definite, che impedisce al bambino di capire quali saranno le risposte genitoriali alle sue azioni.
- **Incoerenza:** i genitori mancano di tempismo nei loro interventi, alternano punizioni e ricompense senza una ragione precisa, lasciandosi molto condizionare dai loro stati d'animo.
- **Rifiuto:** la coppia parentale trascura il figlio, esercita su di lui uno scarso controllo, e nei suoi riguardi nutre aspettative molto basse. Il rapporto genitori-figli è freddo e poco comunicativo.
- **Disinteresse:** i genitori, forse per la volontà di non apparire opprimenti, lasciano molta libertà al bambino, arrivando a non mostrare il giusto grado di interesse per le sue attività, i suoi pensieri, i suoi stati d'animo. Questa mancanza d'informazioni impedisce loro di conoscere bene il figlio e soprattutto li mette nell'impossibilità di comprendere il problema che egli manifesta.
- **Uso eccessivo delle punizioni:** è tipico di quelle famiglie che credono di poter contrastare l'aggressività dei figli facendo uso di punizioni corporali. Si tratta di uno degli errori educativi più clamorosi in quanto significa voler insegnare al bambino a non usare la violenza, utilizzandola contro di lui. Questi genitori non capiscono che se il bambino è già di per sé aggressivo, la punizione non farà altro che rafforzare ancor più la sua tendenza, in quanto egli imparerà dai loro modello comportamentali, che l'aggressività è il mezzo più utile per imporre la propria volontà.
- **Iperprotezione:** questo stile educativo è caratterizzato da un controllo genitoriale eccessivo che opprime il bambino e ostacola lo svolgimento di quelle esperienze che sono importanti per la sua crescita sociocognitiva. Un rapporto di tal genere, oltre a rendere il soggetto poco sicuro di se stesso, può determinare atteggiamenti di ribellione capaci di sfociare in vere e proprie condotte aggressive, caratterizzate, in particolare, da un rifiuto dell'autorità adulta.

Figura 4: Gli errori educativi.

### *2.3.3 - La deprivazione infantile*

Oltre la Ainsworth, anche molti altri scienziati hanno studiato sperimentalmente le teorie di Bowlby, riuscendo ad evidenziare gli effetti, che i legami di attaccamento hanno sulle relazioni sociali del soggetto, nelle varie fasi della crescita.

È stato dimostrato, per esempio, che neonati sicuri dei loro legami affettivi acquisiscono, nel tempo, una maggiore autonomia ed un migliore controllo di se stessi.

Nell'infanzia si mostrano più espressivi ed affettuosi e partecipano alle interazioni di gioco riuscendo a cooperare tranquillamente con i coetanei, nell'adolescenza riescono con facilità ad intraprendere nuove relazioni ed infine, in età adulta, sono in grado d'instaurare legami di coppia solidi, basati sulla fiducia, sull'accettazione dell'altro e sull'aiuto reciproco<sup>27</sup>.

I soggetti che, nella prima infanzia, hanno sviluppato legami insicuri, invece, una volta entrati nel contesto scolastico, esibiscono atteggiamenti aggressivi verso i compagni di gioco, tendono a rimanere isolati e mostrano comportamenti disorganizzati<sup>28</sup>. Da adulti raggiungono una falsa autonomia, sono protagonisti di legami di coppia freddi, che rispecchiano la scarsa importanza da essi attribuita ai rapporti affettivi, ed in casi estremi possono sviluppare comportamenti dissociali e delinquenti<sup>29</sup>.

---

<sup>27</sup> Studi di Pastor 1981; Egeland 1983; Sroufe 1983; Hazan e Shaver 1987.

<sup>28</sup> Studi di Erickson, Sroufe e Egeland 1985; Zimmermann e Grossmann 1994.

<sup>29</sup> Studi di Hazan e Shaver 1987; Crittenden 1994.

Tuttavia, come sottolinea Bowlby, non è sempre vero che le caratteristiche del legame di attaccamento si mantengono stabili negli anni, può infatti accadere che fattori di diversa natura si intromettano inaspettatamente nella vita del soggetto, generando una trasformazione dei modelli mentali precedentemente acquisiti.

Tali cambiamenti possono evolvere in positivo o in negativo, quindi può succedere che un rapporto di tipo insicuro diventi improvvisamente più solido, favorendo nel bambino l'acquisizione di quell'equilibrio interiore che non era stato ancora raggiunto.

Ma può anche verificarsi l'evento inverso, cioè che una frattura improvvisa comprometta la solidità di un rapporto originariamente molto forte, privando il bambino della sua sicurezza interiore e rendendolo più vulnerabile allo sviluppo di varie psicopatologie.

In questo senso l'evento sicuramente più traumatico per un bimbo, consiste nell'essere allontanato dalla propria mamma, in quell'arco di tempo, compreso tra i dodici mesi ed i tre anni, che coincide con le fasi più delicate del processo di attaccamento .

Fu Donald Winnicott, intorno al 1920, ad occuparsi per primo di quella che lui stesso definì *Deprivazione infantile*, individuando in essa l'origine dei comportamenti antisociali di molti giovani. Dopo di lui l'argomento è stato ripreso ed esaminato da molti altri psicologi, tra cui lo stesso Bowlby, il quale ne

affronta un'approfondita analisi proprio all'interno della già citata opera "Attaccamento e perdita".

Egli sostiene che, sia nel caso di una separazione temporanea, che di una definitiva (abbandono o decesso materno), il trauma vissuto dal bambino avrà uguale intensità, in quanto, a causa della sua tenera età, il piccolo non conosce ancora il significato dell'evento morte, però soffre per l'assenza materna e percepisce un vuoto dentro di sé, che solo il ritorno del genitore perduto potrà colmare.

Questo accade perché, nella prima infanzia, la mamma, o la persona che la sostituisce nel legame di attaccamento, rappresenta per il figlio il soddisfacimento di tutti i bisogni. Ella offre protezione, amore, nutrimento e la sua presenza è fondamentale per il vivere di ogni giorno, quindi, un suo allontanamento improvviso genera nel bimbo un forte senso di smarrimento e d'angoscia.

La reazione immediata è caratterizzata da una vera e propria ribellione, che trova espressione in urla, pianti, comportamenti aggressivi ed incontrollabili, che possono perdurare anche per una settimana o dieci giorni. Terminata questa fase, il soggetto si avvia lentamente verso la rassegnazione, riprende le sue normali attività, ricomincia a giocare e sembra recuperare pian piano il suo equilibrio emotivo.

A causa di questa tranquillità apparente molti studiosi, in passato, sono stati portati a credere che per i bambini, il trauma della "perdita materna",

determinasse uno stato di infelicità soltanto temporaneo, superabile nel giro di qualche settimana, ma analisi più approfondite hanno dimostrato il contrario.

Da studi longitudinali è emerso, infatti, che un'esperienza di deprivazione, vissuta nei primi anni di vita, può influire notevolmente sullo sviluppo del soggetto, tanto da condizionarne le abilità sociali anche a distanza di tempo.

Tizard e colleghi<sup>30</sup>, ad esempio, analizzando le condotte scolastiche di un campione di bambini di otto anni, hanno potuto mettere in evidenza delle notevoli differenze, tra i comportamenti dei soggetti che avevano sempre usufruito delle cure materne e quelli dei bimbi che, invece, avevano subito una istituzionalizzazione precoce.

In particolare i ricercatori notarono che, gli scolari che erano stati allontanati dalle madri per essere ricoverati *per qualche tempo in un'istituzione, venivano più spesso caratterizzati come ragazzi che esibivano un comportamento antisociale e descritti con termini come "irrequieto", "attaccabrighe", "non molto amato dagli altri bambini", "irritabile", "disobbediente", "risentito o aggressivo quando viene corretto"*<sup>31</sup>, tutte definizioni che ben si adattano anche ai bambini oppositivi provocatori.

## *2.4 - Aggressività come richiesta di attenzione e amore*

Nella prospettiva ambientalista fin qui analizzata, i disturbi della condotta, e quindi anche il Disturbo Oppositivo Provocatorio, vengono presentati come

---

<sup>30</sup> B. Tizard e J. Hodges, *The Effects of Early Institutional Rearing on the Development of Eight Year old Children*.

<sup>31</sup> Urie Bronfenbrenner *Ecologia dello sviluppo umano*, Società editrice Il Mulino, 1986

patologie che nascondono profonde problematiche emotive, la cui origine va ricercata soprattutto nel contesto familiare.

Anche Nicole Fabre, psicologa che da tempo si occupa della rieducazione di soggetti difficili, appoggia questa ipotesi, infatti sostiene che le prepotenze e l'ostilità, tipiche dei suddetti disturbi, non sono altro che degli strumenti per mezzo dei quali i bambini comunicano al mondo la loro sofferenza.

Sono messaggi da leggere con molta attenzione perché parlano di inquietudini interiori, di malesseri affettivi, di figli che soffrono a causa di un abbandono, di una violenza (anche solo psicologica) subita, di una serenità rubata.

Sono storie che non usano parole ma si raccontano con un linguaggio diverso, quello dell'aggressività, un codice che ben riesce ad esprimere i desideri ambigui di questi bambini i quali, da una parte vorrebbero vendicarsi con il mondo, punirlo per aver fatto vivere loro delle esperienze dolorose, ma dall'altro cercano solo di attirare l'attenzione di chi gli sta vicino, in attesa che qualcuno riesca a cogliere la loro richiesta d'amore.

Usando la definizione di Mireille Cifali possiamo dire, quindi, che l'aggressività non è altro che un sintomo, *la parola di una intelligenza diversa, quella dell'inconscio; parola mascherata che va interpretata, dietro la quale si tesse il groviglio di una storia, che sfugge al soggetto e davanti alla quale siamo ignoranti*<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> Mireille Cifali *L'infini éducatif: mise en perspective*, in *Les trois métiers impossibles*, Parigi, Les Belles Lettres 1987

## Capitolo 3

# Disturbi associati: commorbidità e diagnosi differenziale

Le condotte aggressive infantili, oltre a rappresentare la caratteristica principale del DOP, sono spesso manifestazioni collaterali di altre problematiche psichiche o emotive, quindi, prima di procedere ad una diagnosi corretta del suddetto disturbo bisogna accertarsi che l'ostilità e gli atteggiamenti provocatori siano persistenti e non collegabili ad altre patologie.

L'oppositività, ad esempio, è comune sia ai Disturbi dell'Umore che ai Disturbi Psicotici, il che significa che non bisognerà procedere ad una doppia diagnosi, qualora i comportamenti "problema" 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.

Ovviamente il disturbo Oppositivo Provocatorio non verrà diagnosticato qualora la noncuranza delle regole genitoriali e il mancato adempimento delle loro disposizioni, si manifestano in conseguenza di una mancata comprensione linguistica, legata a patologie dell'apparato uditivo, o ad un disturbo di Espressione e Ricezione del linguaggio stesso. Quando, invece, gli atteggiamenti oppositivi e provocatori si verificano in risposta ad un grave evento ansiogeno, anziché procedere alla diagnosi del DOP si procederà alla diagnosi di un disturbo di Adattamento.

Comportamenti negativistici possono anche essere presenti nel Disturbo da Deficit d'Attenzione e Iperattività, una patologia infantile molto diffusa e legata al DOP da una forte commorbidità<sup>33</sup>. 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.

Per concludere dobbiamo dire che la sintomatologia del Disturbo Oppositivo Provocatorio è molto simile a quella del Disturbo della Condotta, però i comportamenti tipici di quest'ultimo sono molto più gravi e persistenti, tanto che gli esperti sono soliti considerarlo come una prosecuzione del DOP.

I due disturbi sono strettamente interconnessi e pur se non sempre si verifica un passaggio dalla prima alla seconda patologia, i dati ci informano che la quasi totalità dei soggetti con Disturbo della Condotta, hanno alle spalle una diagnosi

---

<sup>33</sup> Giorgio Filoramo, in un documento dell'8 Marzo 2004, parla di una commorbidità tra il DOP ed il DDAI pari al 59% dei casi.

di Disturbo Oppositivo Provocatorio. Ovviamente quest'ultimo non sarà diagnosticato se già sono soddisfatti i criteri del DC.

### *3.1 - Disturbo della Condotta*

In una quantità significativa di casi il disturbo Oppositivo Provocatorio precede lo sviluppo del disturbo della Condotta, una forma più grave di comportamento antisociale, che determina la violazione dei diritti altrui e delle norme sociali appropriate all'età, creando, nella vita dell'individuo, una significativa compromissione del rendimento scolastico e lavorativo.

Negli ultimi decenni il disturbo è diventato sempre più frequente: i dati ci dicono che il 6,16% dei maschi, ed il 2,9% delle femmine<sup>34</sup>, d'età inferiore ai 18 anni, ne presentano i comportamenti tipici. Ovviamente queste percentuali possono subire delle variazioni, a seconda della popolazione campionata e dei metodi di valutazione utilizzati.

In genere si riscontra una maggiore diffusione negli ambienti urbani, piuttosto che in quelli rurali, e nei contesti con condizioni socioeconomiche medio-basse.

È dimostrato, inoltre, che i figli di genitori con disturbo Antisociale di personalità e dipendenza da alcool, ne sono colpiti molto più frequentemente rispetto ai coetanei che hanno al loro fianco figure di accudimento più stabili e affidabili.

---

<sup>34</sup> Dati tratti da: Kaplan, Sadock, Grebb *Psichiatria – Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica* Centro scientifico internazionale 1998

Una valutazione dell'ambiente domestico rileva che, i soggetti con disturbo della condotta, sono spesso figli unici nati da gravidanze indesiderate e che il loro nucleo familiare è caratterizzato da un'ostilità stereotipata, impulsiva ed imprevedibile, sia a livello verbale che fisico.

I criteri richiesti nella quarta edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, sono simili a quelli presenti nella terza edizione rivista, in quanto si specifica che, per procedere ad una diagnosi di Disturbo della Condotta, devono essere presenti, da circa dodici mesi, almeno tre dei quattro comportamenti tipici<sup>35</sup>.

Il DSM-IV, tuttavia, aumenta il numero delle possibili sintomatologie<sup>36</sup> che da 13 diventano 15 e, sulla base dell'età d'insorgenza, distingue due diverse tipologie di disturbo: ad esordio nella fanciullezza e ad esordio nell'adolescenza.

Il primo dei due sottotipi è quello più grave, presenta forme d'aggressività fisica e relazioni sociali estremamente disturbate, che persistono nel tempo, tanto che risulta molto probabile un'evoluzione della patologia in un Disturbo Antisociale della Personalità.

Quando l'esordio avviene nell'adolescenza, invece, il DC si sviluppa in forma più lieve. Il soggetto riuscirà a mantenere nella norma le relazioni con i compagni, anche se i problemi di condotta si manifesteranno in presenza di altri.

---

<sup>35</sup> I criteri diagnostici del Disturbo della Condotta sono riportati nella tabella 3 pag..

<sup>36</sup> I due sintomi che compaiono per la prima volta nel DSM-IV sono: "Spesso aggredisce, minaccia o intimorisce gli altri" e "Spesso trascorre fuori casa la notte nonostante le proibizioni dei genitori, con inizio prima dei 13 anni d'età". Si specifica, inoltre, che anche il marciare la scuola deve iniziare prima dei 13 anni per essere considerato un sintomo di disturbo della condotta.

Il disturbo tende ad essere passeggero ed è improbabile che determini l'insorgenza di patologie ancora più gravi.

Riguardo a questi due sottotipi, è stata riscontrata una certa differenza di genere: nei maschi è, solitamente, possibile fare una diagnosi già intorno ai 10-12 anni, mentre nelle femmine, il disturbo si manifesta non prima dei 14-16 anni.

Un esordio dopo i sedici anni è molto raro in entrambi i sessi.<sup>37</sup>

Le sintomatologie, tuttavia, non fanno la loro comparsa da un giorno all'altro, ma si evolvono lentamente, fino a quando la violazione dei diritti altrui si manifesterà in maniera consistente.

### *3.1.1 - Le sintomatologie del DC*

I soggetti con disturbo della condotta, sono principalmente aggressivi e manifestano questa loro caratteristica in forme diverse: con comportamenti ostili, violenze verbali e fisiche, disobbedienze, tratti negativistici, distruttività e vandalismo.

Secondo la definizione di Gaetano Livrea<sup>38</sup>, la loro aggressività deve essere considerata *“un’attitudine a servirsi, eventualmente, della forza per distruggere parzialmente o totalmente un altro soggetto vivente od un oggetto inanimato, mediante la consumazione di atti ostili.”*

---

<sup>37</sup> Nei maschi il disturbo si manifesta con aggressività fisica, furto, vandalismo, problemi di disciplina scolastica. Nelle femmine i sintomi più comuni sono: menzogne molto frequenti, assenze da scuola, fughe, uso di sostanze e prostituzione.

<sup>38</sup> Livrea Gaetano *Brevi considerazioni sui concetti di aggressività, aggressione e violenza e sul connesso problema dell'eziologia* Tratto da *La violenza nelle sue implicazioni penitenziarie* Messina 1977

A differenza dei soggetti DOP, essi non si limitano alle provocazioni, alle prepotenze, al rifiuto dell'autorità, ma manifestano comportamenti che sconfinano nella violenza e nella crudeltà. Possono provocare danni fisici a persone e animali, rivolgere la propria distruttività verso gli oggetti o le proprietà altrui, incendiandole, danneggiandole con il preciso intento di causarne una grave compromissione, o solo per la voglia di divertirsi.

Hanno scarsa empatia e scarsa attenzione per i sentimenti, il benessere e i desideri degli altri, si mostrano pronti a manipolare chi gli sta vicino, al fine di ottenerne dei vantaggi, e raramente mostrano sensi di colpa o rimorsi per i loro comportamenti.

Se dicono di essersi pentiti per gli errori commessi, sarà difficile valutare la loro sincerità, infatti, spesso fanno ricorso a questa strategia solo per cercare di prevenire o alleggerire le loro punizioni.

Quando si trovano in situazioni ambigue, questi ragazzi, sono soliti travisare le intenzioni degli altri, le considerano più ostili e minacciose del vero, e ritengono ragionevole reagire con violenza. Assumono un atteggiamento prepotente e intimidatorio, possono dare inizio a colluttazioni fisiche e, in casi estremi, possono arrivare a far uso d'armi.

A causa del loro spiccato egoismo e della loro incapacità ad instaurare relazioni durevoli, si ritrovano spesso ad essere isolati, quindi cercano rifugio nelle bande, in genere composte da delinquenti e criminali in erba, aggravando ancor più la loro condizione di disadattati.

Il disturbo della condotta è associato ad una scarsa inibizione sessuale, al precoce utilizzo di sostanze illecite, di fumo ed alcool, ad attività molto pericolose, a idee e tentativi di suicidio.

### *3.1.2 - Patogenesi*

L'eziologia del disturbo può essere ricercata in una moltitudine di fattori, sia genetici che ambientali, i più importanti sono di seguito riportati.

- **Fattori parentali:** condizioni familiari caotiche, liti frequenti tra i genitori, norme educative contraddittorie caratterizzate da una disciplina molto rigida e da maltrattamenti fisici o sessuali; famiglia numerosa, frequenti cambiamenti delle figure d'accudimento, anamnesi d'uso di tabacco da parte della madre durante la gravidanza, psicopatologie nel nucleo familiare<sup>39</sup>.

Tutti questi sono elementi che influenzano lo sviluppo di comportamenti maladattivi nei bambini e rendono, quindi, più probabile lo sviluppo del DC.

- **Fattori socioculturali:** teorie attuali suggeriscono che le condizioni socioeconomiche, possono favorire lo sviluppo di problematiche della condotta in quanto, questi giovani, vedono negata la possibilità di raggiungere lo status sociale desiderato per vie legittime e così, pur di

---

<sup>39</sup> Genitori o fratelli con: disturbo della Condotta, disturbo Antisociale di Personalità, disturbi dell'Umore, Schizofrenia, disturbo da deficit dell'Attenzione ed Iperattività, disturbo da Dipendenza da alcool o sostanze stupefacenti.

realizzare se stessi, decidono di intraprendere strade socialmente inaccettabili.

- **Fattori psicologici:** bambini cresciuti in condizioni di disordine, rifiutati e abbandonati dai genitori, sono più esposti al rischio di sviluppare un disturbo della condotta. Essi, infatti, a causa della loro storia, sono arrabbiati con il mondo e non riescono a tollerare le situazioni frustranti. Essendo stati privati, nell'infanzia, di un modello o di una guida, non hanno imparato ad adattarsi alle regole della società. Hanno un equilibrio interno molto instabile, non mostrano interesse per gli altri, non presentano alcun tipo di rimorso.
- **Fattori neurobiologici:** in alcuni bambini con disturbo della condotta è stato riscontrato un basso livello di beta-idrossilasi plasmatica, un enzima che converte la dopamina in noradrenalina, questo significa che l'aggressività potrebbe essere correlata ad una ridotta funzione noradrenergica.
- **Abuso e maltrattamento:** soggetti che sono stati esposti a violenze e maltrattamenti fisici possono, a loro volta, manifestare aggressività, avere delle difficoltà ad esprimere verbalmente le loro emozioni ed i loro sentimenti, quindi i problemi di condotta possono divenire una sorta di tentativo di comunicazione attraverso la propria fisicità.

Così come per il DOP anche per la diagnosi del DC si richiede particolare cautela. Il disturbo dovrà essere diagnosticato solo nel caso in cui, i problemi di

condotta siano manifestazioni di un mancato equilibrio interno e non quando rappresentano semplici reazioni ad un contesto sociale problematico. Basti pensare a quanti bambini si trovano costretti a combattere e ad uccidere nei paesi afflitti da guerre: per loro, ovviamente, la violenza e l'aggressività non sono testimoni di un disturbo psichico, ma diventano necessità di sopravvivenza.

## **Criteria diagnostici per il disturbo della condotta.**

- A. Una modalità di comportamento ripetitiva e persistente in cui vengono violati i diritti fondamentali degli altri o le principali norme e regole sociali appropriate per l'età, come manifestato dalla presenza di tre (o più) dei seguenti criteri nei 12 mesi precedenti, con almeno un criterio presente negli ultimi sei mesi:

### **Aggressioni a persone o animali**

- 1) spesso fa il prepotente, minaccia, o intimorisce gli altri
- 2) spesso dà inizio a colluttazioni fisiche
- 3) ha usato un'arma che può causare seri danni fisici ad altri (per es. un bastone, una barra, una bottiglia rotta, un coltello, una pistola)
- 4) è stato fisicamente crudele con le persone
- 5) è stato fisicamente crudele con gli animali
- 6) ha rubato affrontando la vittima ( per es. aggressione, scippo, estorsione, rapina a mano armata)
- 7) ha forzato qualcuno ad attività sessuali

### **Distruzione della proprietà**

- 8) ha deliberatamente appiccato il fuoco con l'intenzione di causare seri danni
- 9) ha deliberatamente distrutto proprietà altrui (in modo diverso dall'appicare il fuoco)

### **Frode o furto**

- 10) è penetrato in un edificio, un domicilio, o una automobile altrui
- 11) spesso mente per ottenere vantaggi o favori o per evitare obblighi (cioè, raggira gli altri)
- 12) ha rubato articoli di valore senza affrontare una vittima (per esempio, furto nei negozi, ma senza scasso; falsificazioni)

### **Gravi violazioni di regole**

- 13) spesso trascorre fuori la notte nonostante le proibizioni dei genitori, con inizio prima dei 13 anni d'età
- 14) è fuggito di casa di notte almeno due volte mentre viveva a casa dei genitori o di chi ne faceva le veci (o una volta sola senza ritornare per un lungo periodo)
- 15) marina spesso la scuola, con inizio prima dei 13 anni d'età

- B. Il disturbo del comportamento causa una compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.
- C. Se il soggetto ha 18 anni o più, non sono soddisfatti i criteri per il disturbo antisociale di personalità

Specificare il tipo sulla base dell'esordio:

**Tipo a esordio nell'infanzia:** esordio di almeno un criterio caratteristico del disturbo della condotta prima dei dieci anni d'età

**Tipo a esordio nell'adolescenza:** assenza di tutti i criteri caratteristici del disturbo della condotta prima dei 14 anni d'età

Specificare la gravità:

**Lieve:** pochi o nessun problema di condotta al di là di quelli richiesti per fare la diagnosi e i problemi di condotta causano solo lievi danni agli altri

**Moderata:** numero di problemi di condotta ed effetto sugli altri intermedio tra "lieve" e "grave"

**Grave:** molti problemi di condotta oltre a quelli richiesti per fare la diagnosi **oppure** i problemi di condotta causano notevoli danni agli altri.

**Figura 5:** tratta dal DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* American Psychiatric Association, Washington 1994.

### *3.2 – Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività*

Il disturbo oppositivo provocatorio si trova associato, molto di frequente, ad un'altra patologia che rientra nell'ambito delle problematiche da comportamento dirompente: si tratta del DDAI, uno dei disturbi più diffusi nell'età evolutiva.

Da indagini statistiche risulta che si manifesta, nella popolazione scolastica, in percentuali che variano dal 3 al 5%, con una netta prevalenza nei maschi rispetto alle femmine<sup>40</sup>. Tuttavia, nonostante coinvolga così tanti bambini, ancora oggi è raramente diagnosticato ed è, spesso, trattato in maniera inefficace.

È caratterizzato da tre sintomi chiave: disattenzione, iperattività e impulsività, che si presentano in forma molto grave e persistente, tanto da compromettere la capacità di svolgere in modo normale le attività sociali, sia nell'ambiente domestico che in quello scolastico.

Sulle sue cause sono stati condotti numerosi dibattiti, sono state formulate numerose ipotesi, relative a danni o disfunzioni cerebrali minime, che però sono state, col tempo, abbandonate. Oggi ne rimangono in piedi soltanto due, una di tipo neurobiologico, l'altra di tipo psicogenetico.

La prima delle due ipotesi sostiene che alla base del disturbo ci sia un'ipofunzionalità del sistema dopaminergico, il quale è implicato nelle connessioni funzionali di quelle aree encefaliche che regolano l'attività motoria.<sup>41</sup>

---

<sup>40</sup> I dati sono stati tratti dal DSM-IV, esso ci informa che il disturbo è 6 volte più frequente nei maschi che nelle femmine.

<sup>41</sup> Questa ipotesi spiegherebbe anche le evidenti differenze di incidenza del disturbo tra i due sessi: i maschi, infatti, presentano un'organizzazione dei recettori della dopamina, differente rispetto a quella delle femmine.

Il modello psicogenetico ritiene, invece, che il comportamento iperattivo e la disattenzione siano delle risposte maladattive legate a situazioni conflittuali.

Il bambino, in altre parole, manifesterebbe il suo malessere (ansia, disagio, bassi livelli d'autostima) attraverso questo particolare modo di entrare in relazione con gli altri.

### *3.2.1 - Le sintomatologie del DDAI*

Cerchiamo, adesso, di capire concretamente, quali sono questi sintomi che ostacolano la vita dei bambini DDAI.

L'attenzione è, senza dubbio, una delle abilità più importanti della nostra mente. Essa implica la capacità di selezionare le informazioni esterne e di elaborarle, così da scegliere quali dovranno essere eliminate e quali immagazzinate in memoria, ci dà la possibilità di seguire uno stimolo interessante, anche se si prolunga nel tempo, e ci permette di passare da un compito ad un altro o di svolgere contemporaneamente due attività.

Chi presenta un deficit attentivo può manifestare le sue difficoltà a livelli diversi: può avere problemi di concentrazione, può stancarsi velocemente quando è chiamato a svolgere un compito ripetitivo, può avere una scarsa flessibilità.

I soggetti DDAI, in particolare, sembrano avere un problema di controllo della propria attenzione, non riescono, cioè, ad adeguarla alle richieste dell'ambiente.

Essi non sono capaci di selezionare gli stimoli, di pianificare le azioni e di

controllare i propri impulsi. Non sono in grado di mantenere l'attenzione per periodi di tempo prolungati, perché si lasciano facilmente distrarre da fattori di disturbo, apparendo sempre distratti, dando l'impressione di non capire quello che è detto loro e passando, continuamente, da un'attività all'altra senza completarne alcuna.

Essi presentano delle serie difficoltà di adattamento scolastico, anche a causa dell'iperattività, che può essere definita come un esubero di attività motoria che si manifesta in maniera inopportuna. Il soggetto appare sempre irrequieto, non riesce a stare fermo e seduto, si muove in continuazione creando disturbo all'interno della classe. Non riesce a seguire alcun tipo d'attività, neanche quelle di gioco, perché sente il bisogno di dare sfogo alla sua energia, muovendosi e parlando eccessivamente.

Questi bambini presentano, inoltre, un eccessivo livello d'impulsività: sono impazienti, frettolosi, non riescono a controllare le proprie reazioni e, anche se capiscono che un dato comportamento è inadatto al contesto, difficilmente riescono a frenarsi. Una loro peculiarità consiste nell'intromettersi, in modo inopportuno, nei giochi e nelle discussioni altrui, mostrandosi antipatici e maleducati agli occhi dei compagni.

A causa di tutte le sintomatologie fin qui esaminate, si comprende che questi bambini presentano, in genere, serie difficoltà scolastiche<sup>42</sup> ed una compromissione significativa di numerose aree dello sviluppo.

Quello che è più grave, però, è che se il disturbo non viene trattato in maniera adeguata, può predisporre l'individuo ad altre problematiche psichiche, come l'alcolismo, la tossicodipendenza o il disturbo antisociale di personalità.

Il DSM-IV specifica che, per compiere una diagnosi di disturbo da deficit d'attenzione e iperattività prima dei 7 anni, almeno sei dei diciotto comportamenti tipici devono essersi manifestati in due contesti diversi, per un periodo di tempo di almeno sei mesi.

Sempre il manuale dell'APA (American Psychiatric Association), sulla base delle diverse sintomatologie, divide il problema in tre sottotipi:

- **Disattento** - se il soggetto presenta almeno sei dei nove comportamenti che appartengono alla categoria “disattenzione”;
- **Iperattivo/Impulsivo** – se presenta sei dei nove sintomi della categoria “iperattività/impulsività”;
- **Combinato** - se il bambino presenta entrambe le problematiche.

Generalmente l'esordio della patologia avviene intorno ai 3-5 anni e solo in rari casi dopo i 6, però già durante il periodo prenatale i bambini con il DDAI mostrano, rispetto agli altri neonati, una certa diversità, sia nei livelli di eccitazione, sia nel controllo inibitorio e attentivo.

---

<sup>42</sup> Secondo Lambert, Sandoval (1980) e Barkley (1981), infatti, il 50–80% di bambini con DDAI hanno serie difficoltà di apprendimento che diventano ancor più gravi con l'avanzare della carriera scolastica.

Il decorso può essere variabile, però numerosi studi sostengono che nel 40-50% dei casi, il disturbo non si risolve nell'infanzia, ma persiste nel tempo. Nell'adolescenza e nell'età adulta, quindi, potranno continuare a manifestarsi sia il comportamento iperattivo sia l'impulsività e, nei casi più gravi, potranno insorgere nuove problematiche connesse all'uso di sostanze illecite ed alcool.

Ovviamente la prognosi dipenderà molto dalla presenza di disturbi associati, come il Disturbo della Condotta, per il quale si registra una commorbidità del 25,7%, ed il Disturbo Oppositivo Provocatorio.

Tra il DDAI ed il DOP, secondo i metodi d'accertamento utilizzati, sono state riscontrate percentuali di commorbidità 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 sono contemporaneamente soddisfatti i criteri d'entrambe le patologie, il che significa, che il soggetto dovrà presentare condotte ostili in percentuale maggiore rispetto a chi ha solo un problema di attenzione e iperattività, ed al tempo stesso dovrà mostrare quei comportamenti iperattivi che solitamente non sono connessi al Disturbo Oppositivo Provocatorio.

Quando la commorbidità è vera, essa connota un sottogruppo specifico di soggetti la cui prognosi non è, in genere, positiva. 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

della personalità. Per evitare che questo accada sono necessari interventi terapeutici ben strutturati e tempestivi.

### *3.2.2 - Come combattere il DDAI: interventi terapeutici*

I trattamenti ai quali vengono sottoposti i bambini con problemi di attenzione e iperattività, sono, generalmente, di due tipi: farmacologici e psicologici.

I farmaci utilizzati appartengono alla classe degli psicostimolanti, sostanze neurolettiche che inibiscono i trasportatori della dopamina, rallentando il tempo con cui essa si lega ai recettori presenti sugli altri neuroni, e garantendo un migliore controllo delle proprie attività. Questo tipo di terapia ha dimostrato di poter migliorare il comportamento dei bambini iperattivi, d'età superiore ai 5 anni, in percentuali che variano dal 70 al 90%.

Nell'ambito dei trattamenti psicologici possiamo distinguere due diverse tipologie d'intervento: l'approccio psicomotorio e quello psicoeducativo.

Con la psicomotricità si vuole spingere il bambino iperattivo a prendere consapevolezza del proprio corpo, dei suoi limiti, dei suoi ritmi, attraverso delle attività incentrate sul gioco.

L'intervento psicoeducativo è rivolto soprattutto agli insegnanti e ai parenti. Esso vuole aiutare il bambino indirettamente, creando degli ambienti, in famiglia e a scuola, dove possano essere scoraggiati tutti i suoi comportamenti "inadeguati" e possano, al contrario, trovare un rinforzo positivo, le condotte ben strutturate. Stare al fianco di un soggetto con il DDAI è molto difficile e

stressante, soprattutto per i genitori, che possono accusarsi di colpe che non hanno e possono mettere in atto delle modalità educative incoerenti, finendo col danneggiare, ancor più, il delicato equilibrio dei propri figli. Questo tipo d'intervento si propone, quindi, di "istruire" quelle persone che sono a più stretto contatto con questi bambini, insegnando loro il modo più idoneo per affrontare e correggere le condotte problematiche del disturbo da deficit di attenzione e iperattività.

## **Criteri diagnostici per il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività**

A. Presenza dei sintomi descritti in 1, in 2 o in entrambi.

1) Sei (o più) dei seguenti sintomi di disattenzione, presenti per almeno sei mesi con una intensità che provoca disadattamento e contrasta con il livello di sviluppo:

### **Disattenzione**

- a) spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro o in altre attività.
- b) spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti e sulle attività di gioco
- c) spesso non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente
- d) spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le incombenze o i doveri sul posto di lavoro (non a causa di comportamento oppositivo o di incapacità di capire le istruzioni).
- e) spesso ha difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle attività
- f) spesso evita, prova avversione o è riluttante a impegnarsi nei compiti che richiedono sforzo mentale protratto (come compiti a scuola o a casa)
- g) spesso perde gli oggetti necessari per i compiti e le attività (ad es. giocattoli, compiti di scuola, matite, libri o strumenti)
- h) spesso è facilmente distratto da stimoli estranei
- i) spesso è sbadato nelle attività quotidiane

2) Sei (o più) dei seguenti sintomi di iperattività - impulsività presenti per almeno 6 mesi con una intensità che causa disadattamento e contrasta con il livello di sviluppo:

### **Iperattività**

- a) spesso muove con irrequietezza le mani o i piedi o si dimena sulla sedia
- b) spesso lascia il proprio posto a sedere in classe o in altre situazioni in cui ci si aspetta che resti seduto
- c) spesso scorrazza e salta dovunque in modo eccessivo in situazioni in cui ciò è fuori luogo (negli adolescenti o negli adulti, ciò può limitarsi a sentimenti soggettivi di irrequietezza)
- d) spesso ha difficoltà a giocare o dedicarsi ad attività divertenti in modo tranquillo
- e) è spesso “sotto pressione” o agisce come se fosse “motorizzato”
- f) spesso parla troppo

### **Impulsività**

- a) spesso “spara” le risposte prima che le domande siano state completate
  - b) spesso ha difficoltà ad attendere il proprio turno
  - c) spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti (ad es. si intromette nelle conversazioni o nei giochi)
- B. Alcuni dei sintomi di iperattività-impulsività o di disattenzione che causano compromissione erano presenti prima dei 7 anni di età
- C. Una certa menomazione a seguito dei sintomi è presente in due o più contesti (per es. a scuola (o a lavoro) e a casa)
- D. Deve esservi una evidente compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo
- E. I sintomi non si manifestano esclusivamente durante il decorso di un Disturbo Generalizzato dello Sviluppo, di Schizofrenia, o di un altro Disturbo Psicotico, e non risultano meglio attribuibili ad un altro disturbo mentale (per es., Disturbo dell'Umore, Disturbo d'Ansia, Disturbo Dissociativo, o Disturbo di Personalità).

**Figura 6:** Tratta dal DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* American Psychiatric Association, Washington 1994.

## Capitolo 4

# **DOP e Bullismo: problematiche infantili a confronto**

Ho ritenuto importante dedicare una piccola parentesi all'analisi del fenomeno bullismo perché, da numerosi studi, si desume che i bambini con patologie comportamentali diagnosticabili<sup>43</sup>, corrono un rischio molto alto di essere coinvolti in episodi di violenza tra coetanei.

Ho voluto approfondire, quindi, questa tematica per capire quanto ed in che modo i soggetti oppositivi provocatori ne sono partecipi, individuando, soprattutto, le posizioni ed i ruoli che essi vengono ad assumere.

All'inizio di questa indagine, partendo dall'esame dei comportamenti specifici dei soggetti con il DOP, ho creduto erroneamente che bambini così prepotenti ed aggressivi corrispondessero perfettamente all'immagine del vero bullo, però a seguito di una analisi più approfondita ho dovuto rivedere le mie opinioni.

---

<sup>43</sup> Patologie che rientrano nella categoria dei disturbi da Comportamento Disruptivo ossia: Disturbo della Condotta, Disturbo Oppositivo Provocatorio e Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività. A queste patologie bisogna aggiungere anche la sindrome DCD (disfunzione nello sviluppo della coordinazione motoria) la quale, secondo una inchiesta condotta nelle scuole olandesi, da Alex Fedde Kalverboer, sembra essere fortemente correlata al ruolo di Vittima negli episodi di bullismo.

Ho potuto constatare che i soggetti affetti da questa sindrome, così come quelli con problemi di attenzione ed iperattività, raramente possono essere associati ai ruoli tradizionali di bullo o vittima. Le loro peculiarità comportamentali, infatti, ci obbligano ad inserirli in una categoria particolare, quella delle *vittime/provocatrici*, che più avanti andremo ad analizzare.

Ma cos'è effettivamente il bullismo?

Il termine bullismo è la traduzione letteraria dell'inglese *bullying*: esso indica una particolare situazione relazionale caratterizzata dalla presenza di un soggetto prevaricatore e di uno prevaricato. Si tratta, cioè, di una forma di oppressione, continua e persistente, mediante la quale un bambino sperimenta, per opera di un compagno "prepotente", una condizione di profonda sofferenza, emarginazione dal gruppo e svalutazione della propria identità.

Le caratteristiche che contraddistinguono questo fenomeno sono principalmente tre: intenzionalità, persistenza e disequilibrio.

Le prime due sono attribuibili al *Bullo*, il quale agisce con lo scopo ben preciso di fare del male o danneggiare la sua *Vittima*. Le sue azioni non sono occasionali, anzi si manifestano con una certa continuità, per periodi di tempo che possono andare da una settimana ad alcuni mesi ed in casi estremi possono durare anche degli anni.

La terza caratteristica, invece, descrive la situazione relazionale nella sua globalità, la quale è contraddistinta da un forte squilibrio di potere tra i due

soggetti interagenti: uno si sente così potente da poter intimidire e dominare, l'altro così debole da non riuscire a ribellarsi.

Si possono distinguere due diverse tipologie di bullismo: diretto ed indiretto.

Il primo comprende quei comportamenti faccia a faccia, che sfruttano un tipo d'aggressività fisica o verbale con lo scopo di far male (aggreire con calci e pugni), offendere (deridere, insultare, fare affermazioni razziste, prendere in giro) o distruggere le proprietà della vittima<sup>44</sup>. Il secondo, invece, include quelle relazioni basate su una violenza più sottile ed impercettibile: l'aggressività socio-relazionale.

In questo caso il bullo agisce con lo scopo di nuocere indirettamente, colpendo il suo "bersaglio" con atteggiamenti di rifiuto e di emarginazione, e cercando di creare attorno a sé una schiera di consensi, necessari per isolare totalmente il compagno dal resto del gruppo<sup>45</sup>.

La gravità del fenomeno bullismo, presente soprattutto all'interno delle scuole, si è resa nota soltanto a partire dagli anni '70, grazie agli studi pionieristici di Dan Olweus.

Questo psicologo norvegese ha avuto il merito di far luce su una problematica che, pur essendo molto diffusa, era altrettanto "invisibile", soprattutto agli occhi degli adulti, i quali, legati all'immagine dell'infanzia come paradiso

---

<sup>44</sup> Il bullismo di tipo Fisico è sicuramente emblematico per il fenomeno delle aggressività tra bambini, però dalle osservazioni di diversi ambienti scolastici, si evidenzia che le violenze verbali sono quelle più diffuse. La presa in giro è di per sé ambigua, perché può avere lo scopo di ferire, ma può anche avere quello di divertire ed è per questo che molto spesso gli episodi di bullismo verbale passano inosservati.

<sup>45</sup> Anche nel fenomeno del bullismo si riscontrano delle differenze di genere: i maschietti preferiscono adottare un tipo di aggressività fisica, perché è quella che può arrecare il maggior danno possibile alla vittima, mentre le femmine scelgono una violenza relazionale, perché colpisce quello che è il valore più importante per le bambine, l'amicizia. Queste differenze non sono riscontrabili nei bambini piccoli, mentre diventano sempre più evidenti con l'aumentare dell'età. Maschi e femmine non differiscono, invece, per il bullismo di tipo verbale.

dell'innocenza, non riuscivano a credere che i loro figli potessero essere coinvolti in azioni di violenza nei rapporti con i coetanei.

Le ricerche condotte da Olweus ebbero un impatto molto forte sull'opinione pubblica, in quanto, mostrarono gli sconcertanti dati relativi alla diffusione del bullismo, all'interno delle scuole scandinave. Da essi risultava che ben uno studente su sette rischiava di venire coinvolto in atti di aggressione da parte dei compagni, all'interno degli istituti scolastici.

Solo allora si prese realmente consapevolezza del problema ed in molti paesi, europei e non, vennero intraprese indagini per valutare l'incidenza del fenomeno.

In Italia le ricerche più importanti sono state condotte da Ada Fonzi<sup>46</sup>, docente di psicologia all'università di Firenze, che da anni studia le condotte prosociali ed antisociali dei giovani nel corso dello sviluppo, prestando particolare attenzione al problema dei soprusi in ambito scolastico.

Dai dati da lei raccolti risulta che la presenza del bullismo, nelle scuole italiane, è molto consistente<sup>47</sup> e si manifesta con maggiore frequenza negli istituti primari, dove ben il 41% degli alunni afferma di essere oggetto di prepotenze, mentre nelle scuole medie la percentuale scende al 26%. Nella pubertà, dunque, il numero di soggetti coinvolti diminuisce notevolmente, però, secondo le

---

<sup>46</sup> Ada Fonzi in *Il bullismo in Italia* rende pubblici i risultati delle indagini, condotte dalla sua équipe, sulla diffusione del fenomeno bullismo in otto diverse regioni italiane: Piemonte, Valle d'Aosta, Toscana, Emilia Romagna, Lazio, Campania, Calabria, Sicilia. I dati raccolti hanno evidenziato una maggiore diffusione del fenomeno nelle città di Bologna, Napoli e Palermo, mentre molto più rosea è la situazione in Calabria e in Piemonte. Le percentuali indicano una maggiore concentrazione del problema all'interno delle scuole primarie ed un maggiore coinvolgimento dei maschi rispetto alle femmine, che comunque hanno una forte partecipazione.

<sup>47</sup> I dati delle indagini di Ada Fonzi sono abbastanza scoraggianti, infatti, mettendo a confronto la situazione italiana con quella di altri paesi europei, risulta che nelle nostre scuole il tasso di diffusione è di gran lunga superiore; rispetto all'Inghilterra, per esempio, la percentuale di giovani coinvolti è esattamente doppia.

statistiche, gli atti di prevaricazione assumono forme più gravi a mano a mano che i bulli crescono.

#### *4.1 - I ruoli*

Quando si affronta lo studio del bullismo è necessario parlare dei “ruoli”, cioè delle posizioni che i partecipanti al gruppo sociale, assumono all’interno delle dinamiche relazionali.

Un tempo quando si esaminavano gli episodi di violenza tra coetanei, si prestava attenzione soltanto ai due principali protagonisti, bullo e vittima, oggi invece, gli psicologi hanno ampliato la prospettiva delle loro osservazioni, rendendosi conto che è il gruppo, nella sua globalità, a venire coinvolto.

Lo dimostra il fatto che, il maggior numero di atti di prevaricazione, avviene all’interno della classe, dei corridoi o del cortile scolastico in situazioni, cioè, in cui sono presenti tutta una serie di spettatori.

Parliamo di ruoli tipici perché ognuno di questi personaggi assume atteggiamenti e comportamenti specifici e persistenti nel tempo, che ci permettono di inserirli in delle categorie ben definite.

Utilizzando la classificazione di Peter K. Smith<sup>48</sup> possiamo distinguerne ben sei:

- **Bulli** - mettono in campo attività aggressive e invitano gli altri a partecipare;
- **Assistenti** - sono più passivi dei bulli, li aiutano nelle attività ma non le promuovono;

---

<sup>48</sup> Peter K. Smith e Claire Monks *Le relazioni tra bambini coinvolti nei problemi del bullismo a scuola*, Dipartimento di psicologia università di Londra; tratto da *Il bullismo: bambini aggressivi a scuola* Carrocci 2002.

- **Rinforzi** - ridono per le offese fatte alla vittima e incoraggiano<sup>49</sup> i bulli a continuare;
- **Difensori** - offrono aiuto alla vittima, informando un adulto, confortando la vittima o cercando attivamente di far smettere il bullo;
- **Spettatori** - mantengono le distanze dalla situazione di bullismo e possono anche asserire che non sta succedendo niente;
- **Vittime** - sono oggetto di ripetute aggressioni.

#### 4.1.2 - Bambini provocatori: bulli o vittime?

Il bullo è un soggetto spavaldo e dispotico, che ama atteggiarsi a leader, dominare i più deboli con atteggiamenti violenti e mostrarsi superiore ai compagni.

Vuole essere apprezzato e temuto al tempo stesso, vuole circondarsi di amici ma a condizione che accettino di sottostare al suo volere. È una sorta di piccolo boss che crede che il rispetto si ottenga attraverso la violenza.

Molti sono i tratti che lo accomunano ai bambini affetti da Disturbo Oppositivo Provocatorio, come l'aggressività, la prepotenza, gli eccessi d'ira, ma altrettante sono le differenze, prima fra tutte la popolarità.

I bambini affetti dal DOP, in genere, non godono di grande successo nel gruppo dei coetanei, anzi vengono spesso allontanati a causa delle loro condotte irritanti, tanto da ritrovarsi soli e senza amici.

---

<sup>49</sup> I *Rinforzi* esercitano una forte influenza sul comportamento del bullo, il quale si vede spinto a continuare nelle sue attività da forme di incoraggiamento che possono essere dirette (incitamenti e applausi) oppure indirette (sorrisi). A volte basta la sola presenza di spettatori che osservano senza intervenire per rinforzare gli atti di violenza.

Gli studi sociometrici ci informano, invece, che i bulli, pur essendo rifiutati da una grossa percentuale di compagni, godono tuttavia di una media popolarità. Possono contare, infatti, sull'appoggio di un sottogruppo di seguaci che ne approvano le condotte e ne ammirano il coraggio, rinforzando, così, i loro atteggiamenti aggressivi. Sentendosi apprezzati dagli amici, questi piccoli "gradassi", creano un'immagine di se stessi abbastanza positiva, dalla quale trarrà giovamento anche la loro autostima che verrà mantenuta a livelli sufficientemente alti. Essi godono della propria capacità di dominare e sottomettere i più deboli e si dicono soddisfatti della loro posizione sociale.

Dal punto di vista dell'autostima, quindi, non è possibile paragonare i bulli ai bambini provocatori, dato che questi ultimi hanno un'immagine di se stessi molto svalutante: si considerano dei buoni a nulla, indegni dell'amicizia altrui e credono di meritarsi il rifiuto della gente. Tutto questo, sommato alla loro condizione di "emarginati", li rende molto vicini ai secondi protagonisti del bullismo, le vittime.

La vittima del bullo è, quasi sempre, il compagno più debole, fisicamente o caratterialmente, quello timido, insicuro, che ha pochi amici e che trascorre gran parte del suo tempo da solo.

I soggetti più a rischio sono quelli che vengono percepiti come "diversi", per la loro appartenenza etnico/religiosa, a causa di un handicap o semplicemente perché necessitano di un particolare sostegno per i loro problemi di apprendimento.

Anche le vittime hanno una scarsa considerazione di se stesse, tanto da attribuirsi la colpa delle violenze subite, e questo le porta, per una sorta di vergogna mista a paura, a non parlare con nessuno della loro sofferenza.

### *4.1.3 - Le vittime-provocatrici*

Il bullo rappresenta, per il suo gruppo, una sorta di leader e come tale, per avere successo, deve essere dotato di buone capacità sociali. Deve essere in grado di organizzare le attività dei suoi complici, deve programmare le modalità d'intervento e deve fare in modo che tutto questo avvenga senza dare troppo nell'occhio.

Da uno studio di Peter K. Smith<sup>50</sup>, condotto su gruppi di bambini di 8-11 anni, è emerso che i bulli, non solo riescono a manipolare il prossimo con destrezza, sfruttando efficaci tecniche di persuasione, ma sono anche molto bravi nel leggere le intenzioni degli altri.

I soggetti con il DOP, invece, non sono molto abili nell'elaborare le informazioni sociali e questo li porta, spesso, a pericolosi fraintendimenti. Le intenzioni degli altri vengono interpretate alla luce di un numero ridotto di segnali, così che, in situazioni poco chiare, anche ad un gesto o ad una parola del tutto innocui, possano essere attribuiti intenti ostili. Questo fa sì che anche in circostanze apparentemente normali, questi ragazzi rispondano,

---

<sup>50</sup> Peter K. Smith è responsabile di una ricerca internazionale sulla prevenzione del bullismo, finanziata dalla Comunità Europea, che coinvolge diversi paesi tra i quali figura anche l'Italia

improvvisamente, con reazioni estremamente esagerate ed aggressive al comportamento di compagni innocenti.

Accade, quindi, che anche i bambini oppositivi si facciano promotori di atti di bullismo, venendo ad essere identificati, dagli esperti, con una denominazione particolare, che rispecchia l'ambiguità della loro posizione: sono chiamati, infatti, bulli/vittime.

Rientrano in questa categoria quei soggetti che, pur comportandosi da bulli, si considerano di fatto delle vittime, in quanto si sentono minacciati da chi gli sta vicino e sono convinti di dover aggredire prima di essere aggrediti.

A differenza dei bulli leader, questi personaggi non attaccano l'avversario con l'intento di dominarlo, ma il loro scopo è prettamente difensivo, tanto che non si sentono affatto responsabili dell'accaduto e ne fanno ricadere la colpa sul compagno assalito.

Per capire meglio il ruolo dei soggetti affetti dal DOP, all'interno delle dinamiche del bullismo, è importante ricordare che questi giovani, pur essendo particolarmente aggressivi, utilizzano, in genere, un tipo di violenza prevalentemente verbale, oppure, qualora ne adottino una di tipo fisico, si limitano a rivolgerla agli oggetti e non alle persone. Quando aggrediscono, quindi, lo fanno attraverso le parole, con offese e minacce, e tutt'al più possono tentare di spaventare l'avversario distruggendo violentemente qualche oggetto di sua proprietà.

Agli occhi di chi osserva questi attacchi d'ira improvvisi sono inspiegabili, e lo sono anche per chi, senza aver fatto nulla, si trova investito da una serie di ingiurie. In genere queste provocazioni non passano impunte e le reazioni della vittima possono trasformare, quella che era una disputa verbale, in un vero scontro corpo a corpo, nel quale le parti di aggressore e di aggredito si vengono ad invertire.

È proprio per questo motivo che la categoria dei bulli/vittime si sovrappone, spesso, a quella delle vittime/provocatrici.

Vengono così definite quelle persone che, pur essendo vittime di aggressioni, non possono essere considerate succubi di un individuo prevaricatore. Esse svolgono un ruolo attivo nel processo relazionale, in quanto provocano, con il proprio comportamento maldestro ed irritante, le risposte aggressive dei compagni.

Con la loro prepotenza irrompono nei giochi e nelle discussioni altrui, non rispettano i turni, non osservano le regole, generano confusione e scompiglio all'interno di qualsiasi genere di attività.

Come abbiamo già visto, possono essere loro stesse ad attaccare per prime, iniziano atti di bullismo che poi non sono in grado di gestire, ritrovandosi così a subire la rabbia dei loro antagonisti.

Ecco, quindi, che chi voleva fare il bullo si ritrova ad essere vittima e chi era stato ingiustamente assalito si gode la tanto attesa rivincita.

## *4.2 - Modelli genitoriali e dinamiche familiari*

Dopo aver tracciato il profilo del Bullo e quello della Vittima ho cercato, nei paragrafi precedenti, di rendere evidenti i tratti che accomunano questi due personaggi ai soggetti oppositivi provocatori. Mi sono soffermata, in particolare, ad analizzarne le differenze, in modo tale da motivare la decisione degli esperti di creare una categoria a parte per chi, come i bambini affetti da questa patologia comportamentale, occupa una posizione ambigua nell'ambito delle dinamiche relazionali del bullismo.

Ho parlato delle abilità sociali, dei livelli di autostima, del grado di popolarità, tutte caratteristiche attraverso le quali si possono desumere le diverse personalità dei soggetti che abbiamo esaminato.

Ampliando adesso l'orizzonte di questo studio, desidero intraprendere un tipo di analisi più globale, al fine di capire se questi tratti caratteriali rappresentano la causa che porta all'insorgenza dei diversi ruoli o se, invece, sono la diretta conseguenza di un qualche elemento non ancora vagliato.

Anna Oliverio Ferraris, psicologa dell'età evolutiva, ha espresso a riguardo un'ipotesi molto interessante, secondo la quale i comportamenti del bullo non fanno altro che riflettere un modello genitoriale autarchico. La causa della loro tendenza prevaricatrice sarebbe da ricercare, quindi, nella famiglia e nelle sue dinamiche relazionali.

Questa opinione è stata approfondita da un altro gruppo di psicologi, i quali, dopo aver esaminato un vasto repertorio di ricerche, sul rapporto tra ruoli

infantili e relazioni domestiche, hanno concluso che non solo il personaggio del bullo, ma anche quello della vittima e della vittima/provocatrice, affondano le loro radici nel contesto domestico.

Gli autori di questo studio, Peter K. Smith e Claire Monks<sup>51</sup>, hanno così stilato il profilo di tre “famiglie tipo” corrispondenti ai tre ruoli sopra citati.

Le famiglie dei bulli vengono descritte come fredde e rigide. In esse vige una severa disciplina, fatta di obblighi e divieti che i figli devono rispettare senza possibilità di replica. La comunicazione tra i vari componenti è scarsa, priva di calore e i segnali d'affetto reciproci sono pressoché assenti.

I genitori si lasciano coinvolgere molto poco dalle attività dei figli ed i fratelli, anziché essere complici, si considerano dei rivali. Ognuno pensa a se stesso e ai propri interessi, e questo testimonia la mancanza di coesione tra i membri, i quali si autopercepiscono come distanti e poco coinvolti.

Le famiglie delle vittime, invece, non esibiscono particolari problematiche.

Al loro interno si riscontrano dinamiche relazioni abbastanza equilibrate, con un buon coinvolgimento delle parti ed una comunicatività abbastanza positiva.

Genitori e figli manifestano affetto reciproco, gli uni mostrano interesse per le attività degli altri, e le dinamiche conflittuali rientrano nei valori della norma.

Anche queste famiglie hanno, però, una peculiarità ed è proprio in essa che si identifica il fattore che predispone i figli al ruolo di vittime: si tratta dell'iperprotezione materna.

---

<sup>51</sup> Peter K. Smith, Claire Monks *Le relazioni tra bambini coinvolti nei problemi del bullismo a scuola* Ttratto da *Il bullismo. Bambini aggressivi a scuola* A cura di Maria Luisa Genta, Carrocci editore.

Una mamma che considera il proprio bambino troppo vulnerabile e che cerca di proteggerlo in ogni circostanza, anziché aiutarlo lo danneggia, in quanto ne impedisce il naturale processo di sviluppo. Per crescere sono, infatti, indispensabili anche le esperienze negative, le quali servono ad irrobustire il carattere e a sviluppare l'autonomia.

Se un ragazzino ha potuto sempre contare sulla protezione materna, di fronte ad una situazione problematica, come quella degli atti di aggressione da parte dei compagni, si mostrerà incapace di tener testa agli avversari in quanto, lo scudo genitoriale, ha finito con l'inibire i suoi meccanismi naturali di autodifesa.

#### *4.2.1 - Le famiglie dei bulli-vittime: rapporti conflittuali e metodi educativi incoerenti*

Anche dall'osservazione delle dinamiche intrafamiliari dei soggetti oppositivi provocatori, si evidenzia, ancora una volta, l'ambiguità della loro posizione nel fenomeno del bullismo, si riscontrano, infatti, tratti in comune sia con le famiglie dei bulli, che con quelle delle vittime.

Il DOP, come abbiamo già visto nel capitolo precedente, è una patologia che può svilupparsi anche come conseguenza di equilibri domestici instabili. In particolare, di fronte ad un'intensa oppressione genitoriale, i figli possono sviluppare una forte aggressività, a causa del loro desiderio d'autonomia.

Tale oppressione può essere esercitata per vie diverse: può manifestarsi attraverso modelli parentali troppo autoritari e poco aperti al dialogo, come accade nelle famiglie dei bulli, può riflettere l'atteggiamento di madri troppo

apprensive e protettive, come nel caso dei bambini vittime, oppure può essere la conseguenza di genitori che, non essendo in grado di adempiere alle proprie mansioni, adottano delle pratiche educative incoerenti, che non forniscono al bambino dei punti di riferimento solidi ai quali appigliarsi.

L'immagine appena delineata, del contesto domestico dei bambini provocatori, concorda perfettamente con la descrizione delle famiglie dei bulli/vittime, esposta da Peter K. Smith.

Delle tre tipologie familiari elaborate, lo psicologo descrive quest'ultima come quella che racchiude i rapporti più complessi e problematici. Egli ne sottolinea, in particolare, la conflittualità che caratterizza sia i rapporti tra i coniugi, sia quelli genitori-figli, questi ultimi possono anche sfociare in episodi di violenza sui bambini.

### *4.3 - Il sottile confine che separa il Bullismo dal Disturbo Oppositivo Provocatorio*

A conclusione di questa esposizione sul fenomeno del Bullismo, volevo accennare ad una metanalisi, condotta nel 1993 da Frick, Lahey, Loeber e colleghi<sup>52</sup>, sul disturbo della Condotta e sul Disturbo Oppositivo Provocatorio. Lo scopo dell'indagine era quello di studiare i comportamenti antisociali tipici delle due patologie, al fine di evidenziarne le differenze e le caratteristiche comuni. Risultò che i due disturbi, pur mostrando forme diverse di antisocialità,

---

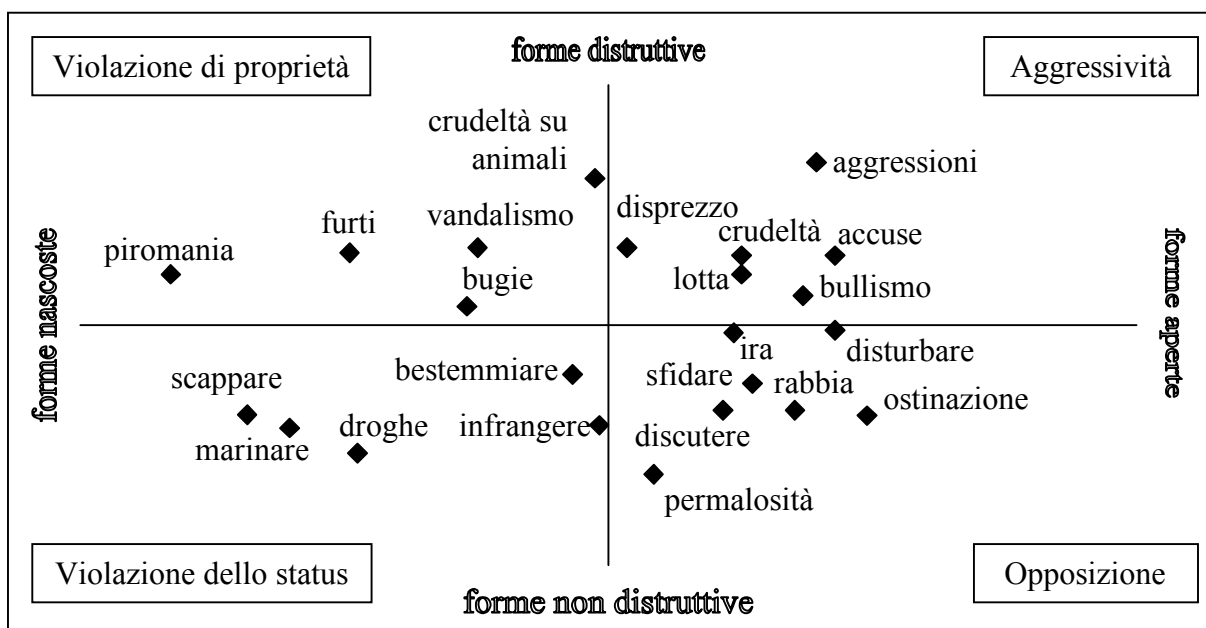
<sup>52</sup> Menesini Ersilia *Bullismo che fare?*, Giunti 2000.

sono comunque collegati l'uno all'altro, tanto che alcuni comportamenti si possono manifestare in entrambi.

I ricercatori riassunsero i dati raccolti in un grafico, i cui assi corrispondono alle due dimensioni delle condotte antisociali. Le ordinate esprimono la differenza tra comportamenti distruttivi e non distruttivi, le ascisse distingue, invece, i comportamenti pubblici da quelli privati (forme nascoste o aperte).

Emerge che i comportamenti tipici del DC ricoprono i settori delle condotte distruttive sia aperte che nascoste e sfociano anche nel quadrante degli atteggiamenti nascosti e non distruttivi.

I comportamenti tipici del DOP si posizionano, invece, nei quadranti delle condotte non distruttive, sia aperte che nascoste, e sfociano anche nel quadrante distruttivo aperto, dove si trova racchiuso anche il bullismo.



**Figura 7:** Rappresentazione bidimensionale dei disturbi della condotta nell'infanzia, tratta da una metanalisi di valutazione di genitori e insegnanti, Frick, Lahey, Loeber e altri.

Da fonti diverse risulta, quindi, che queste due problematiche, del mondo infantile e adolescenziale, sono legate da fili invisibili che rendono molto facile il passaggio dall'una all'altra. Abbiamo già detto che i soggetti con patologie comportamentali corrono ingenti rischi di venire coinvolti in atti di prevaricazione nei rapporti con i pari, però, secondo alcuni studiosi, è anche possibile l'evento contrario, ossia che episodi di bullismo nell'età scolare, possano indurre allo sviluppo di condotte antisociali in età adulta.

## Capitolo 5

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

Diagnosticare una patologia neuropsichiatria in età evolutiva non è un compito semplice, in quanto, i bambini partecipano a dinamiche di sviluppo molto veloci e complesse, nel corso delle quali possono comparire comportamenti atipici transitori, privi di significato clinico, che però possono essere causa di ingiustificati allarmismi.

Il Disturbo Oppositivo Provocatorio, ad esempio, può avere il suo esordio già intorno ai primi tre, quattro anni di vita, ma poiché le sue sintomatologie (condotte ostili, oppositività, atteggiamenti di sfida e rifiuto dell'autorità) possono essere facilmente confuse con quei comportamenti aggressivi che accompagnano, per natura, alcune fasi della crescita, una sua valutazione diagnostica potrà essere effettuata, con maggiore sicurezza, soltanto intorno ai sei, sette anni.

Non esistono esami di laboratorio capaci di evincere la presenza del disturbo, quindi, la diagnosi dovrà essere effettuata sulla base di questionari, di interviste

semi-strutturate rivolte ai genitori e agli insegnanti e, soprattutto, di una adeguata valutazione clinica del soggetto.

La fase più importante del processo diagnostico resterà, comunque, l'anamnesi, ossia la raccolta dettagliata di informazioni utili per comprendere la tipologia del disturbo, la sua gravità e per mettere in luce quei fattori che ne hanno determinato l'insorgenza o ne hanno favorito il perpetuarsi<sup>53</sup>.

### *5.1 - Strumenti per la valutazione dei comportamenti problematici*

Un'accurata valutazione diagnostica è il punto di partenza di qualsiasi intervento clinico produttivo, ed è per questo motivo che, negli ultimi anni, a causa della dilagante preoccupazione per gli effetti di diagnosi inesatte o tardive, nel nostro paese si sono andati diffondendo degli strumenti che, grazie ad una rapida e facile compilazione, favoriscono l'individuazione dei comportamenti problematici da parte di genitori, insegnanti ed altri operatori dell'infanzia.

#### *5.1.1 - 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<sup>54</sup>.

---

<sup>53</sup> Nel corso dell'anamnesi bisognerà raccogliere informazioni: sulla famiglia, per evidenziare una eventuale consanguineità del disturbo e per valutare i modelli di accudimento e gli atteggiamenti genitoriali nei confronti dell'infanzia; sul bambino per capire se la sua storia è stata caratterizzata da traumi o da eventi stressanti che hanno potuto favorire gli effetti patogeni.

<sup>54</sup> La prima versione del DBD di Pelham risale al 1992 e fa riferimento ai criteri diagnostici del DSM-III-R.

Il suo impiego può risultare utile sia per compiere ricerche epidemiologiche sui disturbi da Comportamento Dirompente (Disturbo da Deficit d'Attenzione ed Iperattività; Disturbo Oppositivo Provocatorio; Disturbo della Condotta), sia in sede diagnostica per ottenere un indice "quantitativo" del livello di problematicità del comportamento espresso dal bambino. Permette, infatti, di raccogliere, in breve tempo, numerose informazioni sul piccolo e le sue condotte, ed il suo utilizzo fornisce un valido supporto per l'analisi valutativa del disturbo.

Una corretta diagnosi, però, non potrà essere formulata che a seguito di ulteriori indagini, effettuate mediante l'ausilio di altre strumentazioni e soprattutto a seguito di osservazioni prolungate del soggetto, condotte da personale qualificato.

La Scala di Valutazione dei Comportamenti Dirompenti esiste in due versioni, una diretta ai genitori (SCOD-G)<sup>55</sup> ed una agli insegnanti (SCOD-I)<sup>56</sup>. Un utilizzo simultaneo di entrambi i questionari permette di avere una chiara panoramica del comportamento del bambino, nei due contesti maggiormente rilevanti per la valutazione diagnostica.

La SCOD è composta da 42 item che corrispondono ai sintomi dei tre Disturbi da Comportamento Dirompente e può essere suddivisa in quattro sub-scale:

---

La SCOD, traduzione italiana di G. M. Marzocchi, F. Gallucci, J. Oosterlaan e colleghi, invece, fa riferimento ai criteri del DSM-IV del 1994; la scheda è presentata in appendice.

<sup>55</sup> Marzocchi G. M.- Oosterlaan J.- De Meo T.- Di Pietro M.- Pezzica S.- Cavolina P.- Sergeant J.A.- Zuddas A. Disturbi di attenzione, iperattività e oppositività secondo i genitori: un questionario per la valutazione dei comportamenti dirompenti (SCOD-G) in età evolutiva in *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza* vol. 70 anno 2003.

<sup>56</sup> Marzocchi G. M.- Oosterlaan J.- De Meo T.- Di Pietro M.- Pezzica S.- Cavolina P.- Sergeant J.A.- Zuddas A. *Scala di valutazione dei Comportamenti Dirompenti per gli Insegnanti(SCOD-I)* in *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva* vol. 21 anno 2001.

Disattenzione, Iperattività-Impulsività, DOP e DC, per ognuna delle quali è possibile ottenere un punteggio che corrisponde alla gravità del disturbo, secondo la percezione degli insegnanti o dei genitori.

Gli esaminatori sono chiamati a valutare le condotte dei bambini sulla base della loro frequenza, utilizzando un criterio di giudizio che prevede quattro livelli di risposta: “per nulla”, “abbastanza”, “molto”, “moltissimo”, corrispondenti ad una numerazione crescente, da zero a tre punti.

Questo sistema di valutazione si adatta alle indicazioni del DSM-IV, per il quale devono essere considerati sintomi solo i comportamenti che si manifestano con un’elevata frequenza.

Gli item di cui si compone il questionario sono così suddivisi: 9 appartengono alla sub-scala disattenzione, 9 all’iperattività-impulsività, 8 al Disturbo Oppositivo Provocatorio, 16 al Disturbo della Condotta.

Qualora il bambino presenti almeno 6 dei sintomi di una delle due aree del DDAI, oppure 4 dell’area del DOP o di quella del DC, si potrà formulare una ipotesi di disturbo che renderà necessarie indagini più approfondite. È bene puntualizzare che si tratta soltanto di una ipotesi perché la SCOD è comunque uno strumento rivolto alla individuazione di “comportamenti problematici” da parte di personale con formazione non clinica.

La normalizzazione della versione italiana della Scala di valutazione dei Comportamenti Dirompenti, è stata effettuata in un’indagine epidemiologica condotta nelle scuole elementari delle province di Venezia (San Donà di Piave),

Padova (Monselice), Cagliari (Cagliari, Quartu S. E. e Ninnai), Firenze e Bergamo, su un campione di bambini di età compresa tra i 6 e gli 11 anni.

Ad ogni alunno è stata consegnata una busta contenente il questionario per i genitori ed una lettera di presentazione della ricerca. I genitori che hanno accettato di partecipare allo studio, previo consenso firmato, hanno compilato il questionario e lo hanno consegnato in busta chiusa alle insegnanti.

Su 4.000 questionari distribuiti ne sono stati raccolti 1.575 compilati dai genitori e 1.085 compilati dagli insegnanti.

I risultati hanno evidenziato una leggera differenza tra le valutazioni degli insegnanti e quelle dei genitori, infatti secondo i dati dei modelli SCOD-I i sintomi del DOP sono presenti nel 2% dei bambini analizzati, invece per quelli SCOD-G la percentuale sale al 2,3%.

### *5.1.2 - Strengths and Difficulties Questionnaire*

Lo Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) è uno strumento di valutazione per i disturbi del comportamento, ideato da R. Goodman nel 1997 e tradotto successivamente in ben 40 lingue diverse, tra cui l'italiano<sup>57</sup>.

Il “Questionario sui punti di forza e debolezza”<sup>58</sup> non è uno strumento diagnostico, ma è un utile ausilio ideato per favorire l'identificazione delle problematiche psicologiche infantili<sup>59</sup>, da parte di insegnanti e genitori.

---

<sup>57</sup> La traduzione italiana dell'SDQ è stata effettuata ad opera di G. M. Marzocchi, M. Di Pietro, C. Vio, E. Bassi, G. Filoramo, A. Salmaso.

<sup>58</sup> La scheda del questionario è riportata in appendice.

<sup>59</sup> Il questionario può essere utilizzato per la valutazione di bambini di età compresa fra i 4 ed i 16 anni.

La sua compilazione serve agli specialisti per comprendere meglio la realtà dei bambini che gli vengono segnalati, infatti, permette loro di orientarsi verso le aree in cui i soggetti manifestano maggiori difficoltà, fornendo anche una descrizione oggettiva della gravità dei singoli comportamenti.

Il questionario è costituito da 25 item che si riferiscono ad attributi positivi o negativi delle condotte infantili, la cui valutazione va effettuata sulla base di un modello a tre risposte: “non vero”, “parzialmente vero”, “assolutamente vero”, corrispondenti rispettivamente a 0, 1 e 2 punti<sup>60</sup>.

Gli item sono suddivisi in 5 subscale: Iperattività, Problemi di condotta, Difficoltà emotive, Comportamenti prosociali, Rapporti con i pari.

Per ognuna di esse il punteggio complessivo indicherà l'eventuale presenza di disturbi a livello subclinico (problema psicologico di lieve entità) o clinico (problema psicologico di maggiore gravità).

La valutazione va effettuata secondo i seguenti punteggi:

*Emotività*: punteggio subclinico 4, clinico 6; *Condotta*: punteggio subclinico 4, clinico 5; *Iperattività*: punteggio subclinico 6, clinico 8;

*Rapporto coi pari*: punteggio subclinico 3, clinico 5; *Prosocialità*: punteggio subclinico 4, clinico 3.

La validazione della versione italiana dell'SDQ è avvenuta nell'ambito di una ricerca, promossa e coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità, condotta su un campione di 528 bambini delle province di Vicenza e Venezia. Nel corso

---

<sup>60</sup> Gli item 7, 11, 14, 21 e 25 descrivono comportamenti positivi per cui il punteggio deve essere rovesciato (lo zero corrisponderà ad “assolutamente vero” mentre il due a “non vero”).

dell'indagine il questionario ha dimostrato di essere facile e veloce nella compilazione e di possedere buone proprietà psicometriche.

### *5.1.3 - Test dei problemi comportamentali ed emozionali*

Il Test dei problemi comportamentali ed emozionali (Social-Emotional Dimension Scale, SEDS<sup>61</sup>) è una scala di valutazione normativa che può essere utilizzata dagli psicologi e dal personale scolastico, per individuare le problematiche comportamentali ed emozionali in soggetti di età compresa tra i 5 ed i 18 anni.

Il suo utilizzo permette di facilitare l'identificazione precoce dei bambini "a rischio" e permette, inoltre, di individuare eventuali anomalie nei rapporti alunno-insegnante o alunno-compagni che potrebbero necessitare di interventi educativi speciali.

Il test è suddiviso in 6 subscale (Evitamento dell'interazione coi compagni; Interazione aggressiva; Evitamento dell'interazione con l'insegnante; Comportamenti inappropriati; Reazione depressiva; Reazioni fisiche/di paura) per un totale di 32 item, ognuno dei quali dovrà essere valutato sulla base di tre opzioni: "mai o molto raramente", "occasionalmente", "frequentemente", che indicano l'assiduità con cui si manifesta il comportamento in questione.

Affinché la compilazione della scheda possa essere eseguita in maniera attendibile, è necessario farla precedere da un periodo di osservazione di almeno

---

<sup>61</sup> Jerry B. Hutton; Terry G. Roberts *SEDS (Social-Emotional Dimension Scale) A measure of school behavior* 1986. Traduzione italiana *SEDS Test dei problemi comportamentali ed emozionali* Erickson 2001.

tre settimane, nel corso del quale l'esaminatore dovrà analizzare personalmente le condotte degli alunni.

Il SEDS fornisce diversi tipi di punteggio:

- Punteggi grezzi parziali, ossia quelli ottenuti all'interno di ogni singola subscale. Sono importanti perché permettono di evidenziare quelle aree che necessitano di ulteriori indagini diagnostiche e forme di intervento più specifiche.
- Punteggi percentili.<sup>62</sup> Sono utili per rapportare il comportamento globale del bambino a quello del gruppo normativo.
- Quoziente comportamentale.<sup>63</sup> Può variare da un minimo di 35 ad un massimo di 120 e permette di individuare la presenza di situazioni a rischio attraverso le seguenti indicazioni: un Quoziente comportamentale compreso tra 111 e 120 corrisponde ad una situazione di normalità in cui non è presente alcun tipo di disturbo; un valore compreso tra 90 e 110 indica comportamenti nella media; tra 80 e 89 si evince una situazione "a rischio"; tra 70 e 79 si parla di "Alto rischio" ed infine, per valori compresi tra 35 e 69 si evidenzia un "rischio elevatissimo".

---

<sup>62</sup> I punteggi percentili indicano la percentuale di soggetti che hanno ricevuto un punteggio grezzo uguale o inferiore a quello ottenuto con l'alunno.

<sup>63</sup> Il calcolo del quoziente comportamentale può essere effettuato attraverso una tabella riportata in appendice.

#### *5.1.4 - Test delle relazioni interpersonali*

Il Test delle relazioni interpersonali TRI<sup>64</sup> è uno strumento di valutazione che si differenzia da quelli finora citati, sia per il metodo di compilazione che per il tipo di informazioni che permette di acquisire.

Questa scala nasce come strumento capace di valutare qualitativamente, i rapporti che legano i bambini (o gli adolescenti<sup>65</sup>) alle persone più importanti della loro vita: genitori, insegnanti e coetanei.

Il presupposto teorico è che le relazioni interpersonali costituiscono l'elemento fondamentale dell'adattamento psicosociale, di conseguenza, un test capace d'identificare precocemente le problematiche relazionali, permetterà di intervenire tempestivamente e ridurre il rischio che insorgano eventuali disturbi psicologici.

Un'applicazione del TRI nell'ambito del processo diagnostico del Disturbo Oppositivo Provocatorio, a mio avviso, può risultare utile per comprendere il modo in cui il soggetto percepisce gli altri ed i rapporti con essi. Questo test, infatti, è costruito in modo tale da dover essere compilato direttamente dall'alunno, quindi sarà la sua prospettiva personale ad emergere e non quella di osservatori esterni.

Usato congiuntamente con altri strumenti, quindi, permetterà di avere un quadro specifico della problematicità del bambino, ne faciliterà la diagnosi e permetterà, soprattutto, di scegliere interventi terapeutici mirati.

---

<sup>64</sup> Bracken Bruce TRI Test delle relazioni interpersonali Erickson 2000.

<sup>65</sup> Il test può essere utilizzato su soggetti di età compresa fra i 9 ed i 19 anni.

La prima versione del Test delle Relazioni Interpersonali risale al 1988, data in cui Patricia Kelley ideò un questionario di 18 item che permettesse di valutare le relazioni con i coetanei ed i genitori su una scala a 5 punti.

In seguito questo strumento venne sottoposto ad un processo di perfezionamento dal quale è derivata la versione attuale, che ha permesso di ottenere valutazioni più specifiche, avendo aumentato il numero di item da 18 a 35 e avendo differenziato ben 5 subscale, che corrispondono a 5 diverse aree relazionali (relazioni con: madre, padre, insegnanti, coetanei, coetanee).

Il criterio di valutazione, oggi, si basa su 4 opzioni (“assolutamente vero”, “vero”, “non è vero”, “non è assolutamente vero”), corrispondenti ad una numerazione crescente (da 1 a 4) per gli item positivi, decrescente per quelli negativi.

Dall’analisi dei punteggi standard è possibile stabilire la qualità delle relazioni osservate secondo le seguenti indicazioni:

Fasce di punteggio	Classificazione
Sopra 125	Relazioni estremamente positive
111 - 125	Relazioni positive
90 - 110	Relazioni nella media
76 - 89	Relazioni negative
Sotto 76	Relazioni estremamente negative

**Tratto da:** Bruce A. Bracken *TRI Test delle relazioni interpersonali*, Erickson 2003

## *5.2 - Interventi terapeutici: il Parent Training*

Per affrontare le problematiche comportamentali del Disturbo Oppositivo Provocatorio, è necessario ricorrere ad interventi clinici integrati, che coinvolgano congiuntamente il bambino e la coppia genitoriale.

È importante che questo accada perché il piccolo paziente, attraverso la sua sintomatologia, esprime una condizione di disagio che coinvolge tutto quanto il nucleo domestico, quindi, un'azione globale sulle dinamiche inter-familiari, diviene necessaria per favorire l'estinguersi delle condotte problematiche.

Convivere con un bambino difficile è un'esperienza altamente impegnativa e stressante, che determina sofferenza e smarrimento.

I genitori, di fronte alla patologia del figlio, possono sviluppare sensi di colpa, sentimenti di inadeguatezza, possono convincersi di aver mancato qualcosa e di avere così determinato l'insorgenza del problema. Possono anche non sapere come fronteggiare il disturbo e a causa di disinformazione in materia di pratiche educative, possono, in maniera non consapevole, contribuire essi stessi ad una sua intensificazione.

Tutti questi fattori hanno spinto i clinici a sviluppare degli interventi di sostegno per i genitori, al fine di aiutarli nell'adempimento delle loro funzioni anche in presenza di condizioni gravemente problematiche.

Il primo obiettivo del Parent Training è quello di spingere i partecipanti<sup>66</sup> a parlare delle difficoltà che incontrano nell'accudire il proprio bambino, del disagio e dell'ansia che provano di fronte alle sue prepotenze, alla sua aggressività, e alle sue provocazioni.

Tale discussione, specie se svolta all'interno di un contesto di gruppo, permette ai genitori, di superare i sentimenti di isolamento e di sentirsi vicini ad altre persone che, come loro, devono affrontare quotidianamente la difficile realtà del Disturbo Oppositivo Provocatorio.

Attraverso la condivisione di ansie e paure essi, non solo si sentono confortati, ma trovano nel gruppo il coraggio per affrontare la loro sfida con maggiore grinta.

Dopo la fase preliminare centrata sugli stati d'animo e sulle emozioni, l'interesse della discussione verrà spostato verso i "comportamenti problema", con lo specifico obiettivo di favorire la consapevolezza dei fattori e dei contesti che favoriscono le manifestazioni sintomatiche.

In particolare, verrà insegnato alla coppia genitoriale come e quando ignorare gli episodi oppositivi e quando invece intervenire, al fine di evitare che un'accentuazione del comportamento provocatorio/aggressivo possa mettere a rischio la stessa incolumità del bambino.

---

<sup>66</sup> Le sedute di Parent Training possono assumere la forma di terapia di coppia e coinvolgere, così, soltanto i due coniugi, oppure possono presentarsi sotto forma di terapia di gruppo e coinvolgere una decina di genitori che condividono problematiche simili.

I genitori dovranno anche imparare a controllare le proprie emozioni in modo da evitare reazioni inappropriate, come punizioni<sup>67</sup> dure e frequenti, che potrebbero solo incrementare la gravità della situazione. Allo stesso tempo il gruppo discuterà dell'importanza di rinforzare i comportamenti positivi dei bambini, attraverso sorrisi, approvazioni, vere e proprie ricompense.

Qualora fosse necessario, potrebbero essere utilizzate anche delle strategie di Role Play, al fine di provare, attraverso la finzione ludica, ad affrontare l'aggressività del bambino e a gestire situazioni che si potrebbero davvero presentare nella vita reale.

### *5.3 - Gli interventi rivolti al bambino: la terapia comportamentale*

I bambini affetti da Disturbo Oppositivo Provocatorio, in sede terapeutica, necessitano di una combinazione di programmi clinici diversi, volti a fronteggiare i vari aspetti della loro patologia. Non bisogna dimenticare, infatti, che oltre ai problemi comportamentali, questi soggetti presentano delle alterazioni nei livelli di autostima, nelle capacità di autocontrollo emotivo e anche nei processi di elaborazione delle informazioni sociali.

Un intervento globale permetterà, quindi, di ottenere risultati soddisfacenti su tutti i fronti, fermo restando che le aree maggiormente colpite dal disturbo richiederanno maggiore attenzione e tempi più lunghi.

---

<sup>67</sup> Se il comportamento problematico del bambino è manifestazione di un bisogno di attenzione, allora anche uno schiaffo o una punizione inferta dai genitori, potranno fungere da rinforzo, in quanto soddisfaranno il suo desiderio.

Le Terapie Comportamentali si basano sul principio secondo il quale i comportamenti, sia quelli adattivi che quelli disadattivi, vengono appresi attraverso le interazioni sociali. Un intervento volto a modificare gli stimoli ambientali che precedono e seguono l'azione del bambino, può essere, quindi, utile per aiutarlo a “disapprendere” le condotte problematiche ed a sostituirle con comportamenti desiderabili.

A tal proposito un sostegno che viene fornito ad insegnanti e genitori, per facilitare l'analisi funzionale dei comportamenti problema, consiste nel modello ABC, una semplice scheda nella quale annotare gli antecedenti (contesto in cui il comportamento si manifesta ed eventi che hanno preceduto la sua comparsa) e le conseguenze dell'azione, al fine di individuare gli elementi su cui intervenire.

	A- Antecedente	B-Comportamento	C- Conseguenze
<b>Lunedì</b>			
<b>Martedì</b>			

**Figura 8 :** Estratto di una tabella ABC di registrazione settimanale.

L'obiettivo non vuole essere soltanto quello di evidenziare i comportamenti negativi, quelli cioè che devono essere diminuiti attraverso l'uso di strategie punitive, ma anche quello di aiutare gli osservatori ad individuare quelle condotte positive che necessitano di maggiori rinforzi.

Una volta ottenuto un quadro abbastanza chiaro della situazione, si potrà procedere agli interventi veri e propri, che potranno essere rivolti sia agli antecedenti che alle conseguenze.

I genitori, ad esempio, potranno mettere in atto delle strategie capaci di prevenire i comportamenti problematici del bambino, attraverso semplici accorgimenti, come formulare richieste brevi e di facile comprensione, o lasciare che il figlio abbia del tempo a disposizione prima di adempiere alle consegne.

### *5.3.1 - Modificare il comportamento intervenendo sulle conseguenze: punizioni e rinforzi*

Per far sì che le provocazioni, l'ostilità e gli atteggiamenti aggressivi del DOP vadano estinguendosi, è necessario fare in modo che il bambino incombano in delle conseguenze negative ogni qual volta faccia ricorso a tali comportamenti. Esistono dei metodi, utilizzabili sia in un contesto scolastico che familiare, che permettono di "punire" il bambino in maniera intelligente, evitando cioè di fare ricorso a castighi rigidi e rimproveri umilianti, che potrebbero produrre effetti indesiderati.

Alcune di queste strategie consistono nel:

- *Rimproverare* in privato o comunque in modo tale che non possano udire terze persone. La punizione non dovrà servire a formulare giudizi, ma dovrà limitarsi a descrivere il comportamento indesiderato in maniera obiettiva. Al bambino verranno spiegate le motivazioni che rendono sbagliata tale

condotta, verranno suggerite modalità comportamentali alternative e verranno indicati i vantaggi derivanti dalla loro messa in atto.

- *Ignorare* le “esibizioni” del bambino, ossia rimuovere il rinforzo derivante dall’attenzione degli “spettatori”.
- *Punire attraverso il Timeout* ossia attraverso il trasferimento del bambino in un luogo in cui siano inaccessibili i rinforzamenti positivi, come l’attenzione, l’approvazione dei pari, i giocattoli ed altri oggetti interessanti. Questo luogo potrà essere il corridoio di casa, un angolo della stanza, o semplicemente una sedia, l’importante è non scegliere mai spazi che potrebbero infastidire il bimbo più del dovuto, come zone buie o confinate. È bene ricordare, inoltre, che è sufficiente un tempo di appena tre, quattro minuti, e che aumentare tale periodo con lo scopo di rafforzare il valore della punizione è solo controproducente.
- *Sorprendere* il bambino con reazioni impreviste. Questa strategia, proposta da Fiorenza e Nardone<sup>68</sup>, serve, in particolare, per fronteggiare gli atteggiamenti provocatori attraverso comportamenti stravaganti, che disorientano il soggetto e lo inducono a riflettere sulle proprie condotte. La tecnica consiste nel rispondere alle provocazioni, non con rimproveri o punizioni, ma con azioni che possono apparire incomprensibili, come accostarsi al soggetto e dargli un bacio sul naso, senza dare alcuna spiegazione e limitandosi ad asserire che si aveva voglia di farlo.

---

<sup>68</sup> Fiorenza Andrea, Nardone Giorgio *L'intervento strategico nei contesti educativi. Comunicazione e problem-solving per i problemi scolastici*- Giuffrè editore 1995.

Questa risposta originale vuole di fatto comunicare al bambino due messaggi:

1) non casco nelle tue provocazioni; 2) sono capace anch'io di provocarti.

- *Punire attraverso penalità o perdita di punti.*

### *5.3.2 - Un programma per modificare il comportamento: il Sistema a punti strutturato*

Per comprendere il significato di quest'ultima strategia è necessario introdurre il discorso sul Sistema a punti strutturato<sup>69</sup>, una tecnica basata sul controllo delle conseguenze, molto utile per fronteggiare problematiche di oppositività, aggressività, iperattività, disfunzionalità emotive e disturbi della condotta.

Consiste in un programma che si pone l'obiettivo di favorire l'esecuzione di comportamenti positivi, piuttosto che l'eliminazione di quelli problematici, infatti si focalizza sul conseguimento di gratificazioni (premi e ricompense di vario genere) e non sull'evitamento delle punizioni.

Questa tecnica, già utilizzata con successo in diverse classi delle scuole elementari e medie, si basa su quattro obiettivi comportamentali (seguire le regole di classe; partecipare attivamente alle lezioni; svolgere i compiti a casa; interagire positivamente con i compagni, astenendosi dal manifestare aggressività fisica e verbale) che gli alunni devono raggiungere, al fine di ottenere i punteggi necessari per poter accedere ai premi<sup>70</sup>.

---

<sup>69</sup> Giorgio Filoramo *Difficoltà di attenzione e iperattività. Strategie di intervento cognitivo – emotivo – comportamentale.*

<sup>70</sup> I bambini dovranno poter scegliere fra numerose ricompense, anche di generi diversi, al fine di evitare che si manifesti una sorta di saturazione delle gratificazioni.

Questi ultimi possono essere sia di tipo scolastico (bonus per trascorrere maggior tempo davanti al computer) che di tipo domestico (come guardare la tv o invitare un amico a casa) e potranno essere conseguiti soltanto previo raggiungimento del punteggio target stabilito dall'insegnante.

Tale punteggio, ovviamente, dovrà essere fissato in modo da non essere né troppo basso, né irraggiungibile, ma adeguato alla capacità dei bambini.

Alla fine di ogni giornata scolastica si procederà al calcolo totale dei punti ottenuti e potranno verificarsi tre situazioni:

- il bambino ha ottenuto un punteggio corrispondente al target, quindi ha diritto ad un premio di base;
- l'alunno ha ottenuto un punteggio superiore al target, quindi non solo ha diritto ad un premio di base, ma può conservare i punti extra e utilizzarli, successivamente, per accedere ai privilegi speciali;
- se il target non è raggiunto, il soggetto non avrà diritto ad alcun premio, e perderà i punti conseguiti nel corso della giornata; questa mancata ricompensa fungerà da "punizione" e spingerà il bambino a fare meglio la prossima volta.

Il "Sistema a Punti Strutturato" rappresenta soltanto un esempio delle tante possibili applicazioni dei programmi di modificazione del comportamento. Strategie di questo genere possono essere utilizzate in qualsiasi contesto educativo in cui siano presenti soggetti problematici, l'importante è che ci sia

sempre una stretta collaborazione tra gli operatori ed i genitori, al fine di poter cogliere tutti i dati necessari per una buona riuscita dell'intervento.

Occorreranno informazioni circa la natura, l'intensità e la frequenza dei comportamenti che si vogliono rimuovere, circa i fattori ed i contesti che possono incrementarli ed, infine, notizie riguardanti la gamma delle potenziali gratificazioni e sanzioni.

È bene sottolineare che per ottenere risultati concreti, il programma necessita di un monitoraggio costante, di una buona dose di impegno da parte delle persone coinvolte e soprattutto d'inflessibilità nelle risposte ai comportamenti problema.

#### *5.4 - La terapia razionale-emotiva*

Le provocazioni e l'aggressività sono soltanto alcune delle tante sintomatologie legate al Disturbo Oppositivo Provocatorio, patologia che, oltre alla sfera comportamentale, presenta delle ripercussioni sia sulla sfera emotiva che su quella cognitiva.

I bambini ai quali viene diagnosticato questo disturbo mostrano rappresentazioni mentali distorte e immagini di se e del prossimo non corrispondenti al vero.

È come se nella loro mente tutti gli aspetti negativi della realtà venissero inspiegabilmente ingigantiti, producendo un tipo di pensiero per termini estremi (*nessuno mi vuole bene; non me ne va mai bene una; tutti ce l'hanno con me*) che, alla lunga, influisce sui loro stati emotivi, provocando ansia e depressione.

La Terapia Razionale-Emotiva consiste in un intervento clinico, volto a sostenere questi bambini aiutandoli a correggere gli elementi disfunzionali delle loro rappresentazioni mentali, così da migliorare la qualità delle loro emozioni.

La R.E.T è stata ideata, negli anni '50, dallo psicologo statunitense Albert Ellis.

Da allora ha permesso di ottenere ottimi risultati nel trattamento di vari disturbi psicologici e nel tempo si è andata sviluppando, non solo come prassi psicoterapeutica, ma anche come procedura di auto-aiuto.

Questo programma di intervento consiste in un vero e proprio lavoro di alfabetizzazione emozionale, che si pone come primo obiettivo quello di aiutare il bambino a prendere consapevolezza delle proprie emozioni e dei pensieri che le accompagnano. Successivamente si punterà l'attenzione del soggetto sul legame d'interdipendenza che unisce emozioni e rappresentazioni mentali, al fine di fargli capire che se ci si sente in un certo modo è perché ci si lascia guidare da forme di pensiero irrazionali che ci fanno percepire il mondo tutto nero.

Alcune domande (“qual è la dimostrazione che ciò che penso è vero?”, “questo modo di pensare mi aiuta a sentirmi bene?”, “non sto forse esagerando a pensare in questo modo?”) favoriranno la riflessione del bambino, lo spingeranno a riflettere sulla negatività dei propri pensieri e lo prepareranno al quesito più importante “in quale altro modo potrei considerare questa faccenda?”.

La R.E.T., in altri termini, non si propone come tecnica per eliminare le emozioni spiacevoli, ma semplicemente come strumento capace di aiutare, i

soggetti problematici, a minimizzare l'impatto che queste emozioni hanno sulla loro vita e sui loro rapporti, così da far loro acquisire maggiore ottimismo e maggiore fiducia nel prossimo.

### *5.5 - Il lavoro cooperativo*

Concludendo il discorso sulle strategie che possono aiutare i bambini oppositivi provocatori a superare le loro problematiche comportamentali, non possiamo fare a meno di accennare all'importanza che, a tal proposito, assume il lavoro cooperativo.

Le attività di gruppo, se debitamente impostate, si rivelano ottimi strumenti in grado di promuovere non solo la socializzazione, ma anche lo sviluppo morale e cognitivo. Un loro sistematico impiego nelle scuole e nei contesti educativi, quindi, può aiutare a prevenire e a contrastare diverse tipologie di problema.

Il conflitto sociocognitivo che si verifica all'interno di una relazione interpersonale, quando si vengono a scontrare opinioni e punti di vista diversi, spinge il bambino a riflettere sulle proprie concezioni, sui propri pensieri ed al tempo stesso lo induce ad aprirsi verso quelle degli altri.

Ma l'utilità del gruppo, inteso come strumento capace di osteggiare problematiche psichiche e comportamentali, non si limita a questo, particolari applicazioni del lavoro cooperativo possono, infatti, rivelarsi strategie preziose a sostegno delle abilità prosociali.

Basta pensare, ad esempio, alle tante attività, ludiche e non, che si fondano sul principio della collaborazione come unica via per raggiungere il traguardo.

I partecipanti condividono un obiettivo comune che, a causa di una suddivisione di ruoli, di compiti o di materiali, potrà essere raggiunto soltanto attraverso il contributo di tutti.

Un simile intervento potrà aiutare i soggetti oppositivi provocatori sia a migliorare la qualità dei loro rapporti col gruppo dei pari, sia a sviluppare le capacità cooperative che, come abbiamo avuto modo di vedere nei paragrafi precedenti, sono uno degli aspetti su cui si riflettono maggiormente gli effetti della patologia.

Le suddette attività, che Ada Fonzi<sup>71</sup> denomina “modelli mosaico” potranno servire loro per imparare a rispettare i turni e le regole, per sviluppare atteggiamenti solidali e soprattutto per riuscire a controllare le condotte aggressive in vista di un obiettivo desiderabile.

Un esempio di modello mosaico è il Gioco delle chiavi Magiche le cui modalità di esecuzione sono riportate nella seguente tabella.

---

<sup>71</sup> Fonzi Ada *Il bullismo in Italia -Il fenomeno delle prepotenze a scuola dal Piemonte alla Sicilia-* Giunti 1997.

## **Gioco: le chiavi magiche**

**Obiettivo:** Conquistare il tesoro chiuso nella cassaforte

**Procedura:** I bambini si dispongono l'uno accanto all'altro. L'adulto si mette alle loro spalle e, a turno, disegna col dito sulla schiena di ciascun giocatore, una semplice forma geometrica (cerchio, triangolo, quadrato). Ciascun bambino dovrà indovinare la forma e trovarla in quelle già realizzate; presa la forma, andrà alla cassaforte (scatolone) e la posizionerà sulla faccia anteriore.

**Mosaico:** Ciascun bambino ha il compito di indovinare la forma che gli viene disegnata alle spalle, di sceglierla tra quelle disponibili e posizionarla al posto giusto della combinazione.

**Materiale:** Blocchi logici, cartoncini, scatolone, pennarelli, forbici

**Consegna:** Il pirata Golosone, aiutato dalla ciurma, ha messo in una scatola tante chiavi magiche: tonde, quadrate e triangolari. Con quelle stesse chiavi, seguendo una combinazione segreta, ha chiuso il suo “dolce tesoro” in una cassaforte inespugnabile. A nessuno ha detto la combinazione perché lo vuole tutto per sé; ma il suo pappagallo Curiosone, che ha visto tutto, arrabbiato per questo, svelerà ad ognuno di voi (componenti della ciurma) parte della combinazione. Attenzione dunque alla forma che Curiosone disegnerà con il suo becco dietro la schiena e...all'arrembaggio!

# **Conclusioni**

Ciao

# Appendice

## Strumenti di valutazione per i problemi comportamentali

### SEDS

#### Test di valutazione dei problemi comportamentali ed emozionali

<b>I. Evitamento dell'interazione coi compagni</b>	<b>Mai o molto raramente</b>	<b>Occasionalmente</b>	<b>Frequentemente</b>
1. L'alunno si siede o sta vicino ai compagni quando può			
2. L'alunno risponde quando i compagni si rivolgono a lui			
3. L'alunno accetta volentieri le richieste fatte dai compagni			
4. L'alunno guarda direttamente i compagni in situazioni appropriate			
5. L'alunno inizia spontaneamente una conversazione con i compagni			
<b>Numero dei segni in ogni colonna</b>			
<b>Moltiplicare</b>	<b>X3</b>	<b>X2</b>	<b>X1</b>
<b>Totale della colonna</b>			
<b>Punteggio grezzo</b>			

<b>II. Interazione aggressiva</b>	<b>Mai o molto raramente</b>	<b>Occasionalmente</b>	<b>Frequentemente</b>
6. L'alunno litiga o risponde male ai compagni			
7. L'alunno fa cose che disturbano o provocano i compagni (intenzionalmente o meno)			
8. L'alunno fa cose che disturbano o provocano l'insegnante (intenzionalmente o meno)			
9. L'alunno litiga o risponde male all'insegnante			
10. L'alunno si picchia coi compagni			
11. L'alunno dice bugie ai compagni			
<b>Numero dei segni in ogni colonna</b>			
<b>Moltiplicare</b>	<b>X1</b>	<b>X2</b>	<b>X3</b>
<b>Totale della colonna</b>			
<b>Punteggio grezzo</b>			

<b>III. Evitamento dell'interazione con l'insegnante</b>	<b>Mai o molto raramente</b>	<b>Occasionalmente</b>	<b>Frequentemente</b>
12. L'alunno si siede o sta vicino all'insegnante quando può			
13. L'alunno inizia spontaneamente una conversazione con l'insegnante			
14. L'alunno guarda direttamente l'insegnante in situazioni appropriate			
15. L'alunno accetta volentieri le richieste dell'insegnante			
16. L'alunno risponde quando l'insegnante si rivolge a lui			
<b>Numero dei segni in ogni colonna</b>			
<b>Moltiplicare</b>	<b>X3</b>	<b>X2</b>	<b>X1</b>
<b>Totale della colonna</b>			
<b>Punteggio grezzo</b>			

<b>IV. Comportamenti inappropriati</b>	<b>Mai o molto raramente</b>	<b>Occasionalmente</b>	<b>Frequentemente</b>
17. L'alunno dice cose che non si adattano al discorso degli altri			
18. L'alunno fa cose che non si adattano a ciò che gli altri stanno facendo			
19. L'alunno è facilmente confuso			
20. L'alunno manifesta sentimenti inappropriati (ad es. appare felice quando invece dovrebbe essere triste)			
21. L'alunno ha un'espressione del volto sempre fissa, indipendentemente dalle circostanze			
<b>Numero dei segni in ogni colonna</b>			
<b>Moltiplicare</b>	<b>X1</b>	<b>X2</b>	<b>X3</b>
<b>Totale della colonna</b>			
<b>Punteggio grezzo</b>			

<b>V. Reazione depressiva</b>	<b>Mai o molto raramente</b>	<b>Occasionalmente</b>	<b>Frequentemente</b>
-------------------------------	------------------------------	------------------------	-----------------------

22. L'alunno scrive, disegna o parla di cose tristi degli altri
23. L'alunno parla di sé in modo autosvalutante
24. L'alunno si muove lentamente, senza energie
25. L'alunno ha un'espressione facciale triste, tetra

<b>Numero dei segni in ogni colonna</b>			
<b>Moltiplicare</b>	<b>X1</b>	<b>X2</b>	<b>X3</b>
<b>Totale della colonna</b>			

**Punteggio grezzo**

- | <b>VI. Reazioni fisiche/di paura</b>                                 | <b>Mai o molto raramente</b> | <b>Occasionalmente</b> | <b>Frequentemente</b> |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------|-----------------------|
| 26. L'alunno resta assente da scuola a causa di disturbi fisici      |                              |                        |                       |
| 27. L'alunno lamenta mal di testa e mal di stomaco                   |                              |                        |                       |
| 28. L'alunno chiede di andare dal medico o di chiamare i genitori    |                              |                        |                       |
| 29. L'alunno scrive, disegna o parla di cose "terrificanti"          |                              |                        |                       |
| 30. L'alunno ruba all'insegnante o distrugge le cose di quest'ultimo |                              |                        |                       |
| 31. L'alunno è facilmente spaventato                                 |                              |                        |                       |
| 32. L'alunno piange per ogni piccolo fastidio                        |                              |                        |                       |

<b>Numero dei segni in ogni colonna</b>			
<b>Moltiplicare</b>	<b>X1</b>	<b>X2</b>	<b>X3</b>
<b>Totale della colonna</b>			

**Punteggio grezzo**

## Tabelle di conversione del punteggio grezzo totale in quoziente comportamentale e Punteggio Percentile

Punteggio grezzo totale	Quoziente Comportamentale	Percentile totale	Punteggio grezzo totale	Quoziente Comportamentale	Percentile totale
32	115	84	51	79	8
33	113	81	52	78	7
34	111	77	53	76	5
35	109	73	54	74	4
36	108	70	55	72	3
37	106	66	56	70	2
38	104	61	57	68	2
39	102	55	58	66	1
40	100	50	59	64	1
41	98	45	60	63	
42	96	39	61	61	
43	94	24	62	59	
44	92	20	63	57	
45	91	27	64	55	
46	89	23	65	53	
47	87	19	66	51	
48	85	16	67	49	
49	83	13	68	48	
50	81	10	69	46	

Quoziente Comportamentale	Interpretazione	Percentuale di Soggetti
111-120	Nessun problema	25.33
90-110	Nella media	49.41
80-89	A rischio	16.12
70-79	Ad alto Rischio	6.87
35-69	Rischio elevatissimo	2.34

Tratto da: Jerry B. Hutton; Terry G. Roberts SEDS Test dei problemi comportamentali ed emozionali, Erickson 2001

## Scala di valutazione dei comportamenti dirompenti (SCOD)

		Per nulla	abbastanza	molto	moltissimo
1	spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti ( ad es. si intromette nelle conversazioni o nei giochi)				
2	è fuggito di casa di notte almeno due volte mentre viveva a casa dei genitori o di chi ne faceva le veci ( o una volta sola senza ritornare per un lungo periodo)				
3	spesso litiga con gli adulti				
4	spesso mente per ottenere vantaggi o favori o per evitare obblighi ( cioè, raggira gli altri)				
5	Spesso da inizio a colluttazioni fisiche con persone del suo ambiente familiare				
6	è stato fisicamente crudele con le persone				
7	spesso parla eccessivamente				
8	ha rubato articoli di valore senza affrontare una vittima (per esempio, furto nei negozi, ma senza scasso; falsificazioni)				
9	spesso viene distratto da stimoli non pertinenti con il compito (compiti a casa)				
10	Marina spesso la scuola con inizio prima dei 13 anni di età				
11	Spesso si agita con le mani ed i piedi o si dimena sulla sedia				
12	È spesso dispettoso e vendicativo				
13	Spesso incolpa gli altri per i suoi errori o per il suo cattivo comportamento				
14	Ha deliberatamente distrutto proprietà altrui (in modo diverso dall'appiccare il fuoco)				
15	Spesso sfida attivamente o si rifiuta di rispettare le richieste o regole degli adulti				
16	Spesso sembra non ascoltare quando gli si parla direttamente				
17	Spesso risponde prima ancora che la domanda sia stata completata				
18	Spesso da inizio a colluttazioni fisiche con persone che non appartengono al suo ambiente familiare (ad es. coetanei durante i giochi)				
19	Spesso ha difficoltà a giocare o ad impegnarsi in attività di svago in modo tranquillo				
20	Spesso non riesce a prestare attenzione ai dettagli o compie errori di disattenzione in compiti scolastici o in altre attività				
21	È spesso arrabbiato o rancoroso				
22	Spesso lascia il proprio posto in situazioni in cui ciò non è appropriato				
23	È spesso suscettibile o facilmente irritato dagli altri				
24	Spesso non segue le istruzioni o non riesce a completare le proprie attività (non a causa di comportamenti oppositivi o di incapacità di comprensione delle consegne)				
25	Spesso va in collera				
26	Spesso ha difficoltà nel mantenere l'attenzione nei compiti o nei giochi in cui si è impegnato				
27	Spesso ha difficoltà ad aspettare il proprio turno				
28	Ha forzato qualcuno ad attività sessuali				
29	Spesso fa il prepotente, minaccia, o intimorisce gli altri				
30	È in continuo movimento o spesso agisce come se avesse <<l'argento vivo >> addosso				
31	Spesso perde oggetti o materiale necessari per le proprie attività				

- (ad es. giocattoli, compiti di scuola, matite, libri o altri strumenti)
- 32** Spesso corre e si arrampica in modo eccessivo in situazioni in cui è inappropriato
- 33** È stato fisicamente crudele con gli animali
- 34** Spesso evita o è riluttante ad impegnarsi in attività che richiedono uno sforzo mentale continuato (ad es. compiti di scuola)
- 35** Spesso sta fuori di casa la notte nonostante le proibizioni dei genitori, con inizio prima dei 13 anni di età
- 36** Spesso irrita deliberatamente le persone
- 37** Ha rubato affrontando la vittima (ad es. aggressione, scippo, estorsione, rapina a mano armata)
- 38** Ha deliberatamente appiccato il fuoco con l'intenzione di causare seri danni
- 39** Spesso ha difficoltà nell'organizzare le proprie
- 40** È penetrato in una casa, in un edificio, o in un'automobile altrui
- 41** È spesso noncurante nello svolgere le proprie attività quotidiane
- 42** Ha usato un'arma che può causare seri danni fisici ad altri (per es. un bastone, un mattone, una bottiglia rotta, un coltello, una pistola)

### Item delle quattro subscale del

## Questionario di Valutazione dei Comportamenti dirompenti

Sub scale (numero degli item)	Item
Disattenzione (9 Item)	9, 16, 20, 24, 26, 31, 34, 39, 41
Iperattività/Impulsività (9 item)	1, 7, 11, 17, 19, 22, 27, 30, 32
Disturbo Oppositivo Provocatorio (8 item)	3, 12, 13, 15, 21, 23, 25, 36
Disturbo della Condotta (16 item)	2, 4, 5, 6, 8, 10, 14, 18, 28, 29, 33, 35, 37, 38, 40, 42

**Tratto da:** Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva vol. 21 anno 2001 *Scala di Valutazione dei Comportamenti Dirompenti per Insegnanti (SCOD-I)* Marzocchi G. M.- Oosterlaan J.- De Meo T.- Di Pietro M.- Pezzica S.- Cavolina P.- Sergeant J.A.- Zuddas

## Questionario sui punti di forza e debolezza (SDQ-Ita)

	<b>Non vero</b>	<b>Parzialmente vero</b>	<b>Assolutamente vero</b>
Rispettoso dei sentimenti degli altri			
Irrequieto, iperattivo, incapace di stare fermo per molto tempo			
Si lamenta spesso per mal di testa, mal di stomaco o nausea			
Condivide volentieri con gli altri bambini (dolci, giocattoli, matite, ecc.)			
Spesso ha crisi di collera o è di cattivo umore			
Piuttosto solitario, tende a giocare da solo			
Generalmente obbediente, esegue di solito le richieste degli adulti			
Ha molte preoccupazioni, spesso sembra preoccupato			
È di aiuto se qualcuno si fa male, è arrabbiato o malato			
Costantemente in movimento o a disagio			
Ha almeno un buon amico o una buona amica			
Spesso litiga con gli altri bambini o li infastidisce di proposito			
Spesso infelice, triste, o in lacrime			
Generalmente ben accettato da altri bambini			
Facilmente distratto, incapace di concentrarsi			
È nervoso o a disagio in situazioni nuove, si sente poco sicuro di sé			
Gentile con bambini più piccoli			
Spesso dice bugie o inganna			
Preso di mira e preso in giro da altri bambini			
Si offre spesso volontario per aiutare gli altri (genitori, insegnanti, altri bambini)			
Pensa prima di fare qualcosa			
Ruba a casa, a scuola o in altri posti			
Ha rapporti migliori con gli adulti che con i bambini			
Ha molte paure, si spaventa facilmente			
È in grado di portare a termine ciò che gli viene richiesto, rimanendo concentrato per tutto il tempo necessario			

## Calcolo del punteggio del questionario completato da genitori o dagli insegnanti

Scale	Non vero	Parzialmente vero	Assolutamente vero
<i>Sintomi emozionali</i>			
Si lamenta spesso per mal di testa, mal di stomaco o nausea	0	1	2
Ha molte preoccupazioni, spesso sembra preoccupato	0	1	2
Spesso infelice, triste o in lacrime	0	1	2
È nervoso o a disagio in situazioni nuove, si sente poco sicuro di sé	0	1	2
Ha molte paure, si spaventa facilmente	0	1	2
<i>Problemi di comportamento</i>			
Spesso ha crisi di collera o è di cattivo umore	0	1	2
Generalmente obbediente, esegue di solito le richieste degli adulti	2	1	0
Spesso litiga con gli altri bambini o li infastidisce di proposito	0	1	2
Spesso dice bugie o inganna	0	1	2
Ruba a casa, a scuola o in altri posti	0	1	2
<i>Iperattività/disattenzione</i>			
Irrequieto, iperattivo, incapace di stare fermo per molto tempo	0	1	2
Costantemente in movimento o a disagio	0	1	2
Facilmente distratto, incapace di concentrarsi	0	1	2
Pensa prima di fare qualcosa	2	1	0
È in grado di portare a termine ciò che gli viene richiesto, rimanendo concentrato per tutto il tempo necessario	2	1	0
<i>Rapporti con i pari</i>			
Piuttosto solitario, tende giocare da solo	0	1	2
Ha almeno un buon amico o una buona amica	2	1	0
Generalmente ben accettato dagli altri bambini	2	1	0
Preso di mira e preso in giro da altri bambini	0	1	2
Ha rapporti migliori con gli adulti che con i bambini	0	1	2
<i>Comportamenti prosociali</i>			
Rispettoso dei sentimenti degli altri	0	1	2
Condivide volentieri con gli altri bambini (dolci, giocattoli, matite, ecc.)	0	1	2
È di aiuto se qualcuno si fa male, è arrabbiato o malato	0	1	2
Gentile con bambini più piccoli	0	1	2
Si offre spesso volontario per aiutare gli altri (genitori, insegnanti, altri bambini)	0	1	2

**Tratto da:** Difficoltà di apprendimento vol. 8 n. 1 Ottobre 2000 Il “Questionario SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire”: uno strumento per valutare difficoltà comportamentali ed emotive in età evolutiva Marzocchi G. M.- Di Pietro M.- Vio C.- Bassi E.- Filoramo G.- Salmaso A

## Test delle relazioni interpersonali (TRI)

<b>Le mie relazioni con gli insegnanti</b>		<b>AV</b>	<b>V</b>	<b>NV</b>	<b>NAV</b>	<b>Punteggi insegnanti</b>
1	Sono veramente compreso da...					
2	Mi piace passare il tempo con...					
3	Semi desse fastidio il comportamento di un amico, lo direi a...					
4	Vengo trattato con giustizia da...					
5	Mi sembra di essere sfruttato da...					
6	Quando compro qualcosa, tengo presente l'opinione di...					
7	Se fossi preoccupato per un amico che comincia a prendere droghe, lo direi a...					
8	Quando sono solo, cerco la compagni di...					
9	Trovo fiducia e sicurezza nel mio rapporto con...					
10	Ho un rapporto stressante con...					
11	Dipendo molto da...					
12	Posso esprimere i miei veri sentimenti quando sono con...					
13	La mia felicità è influenzata da...					
14	È importante per me essere accettato da...					
15	Mi è difficile essere me stesso quando ho intorno...					
16	I miei valori sono simili a quelli di...					
17	Quando mi sento bene, mi piace avere vicino...					
18	Mi sento a mio agio con...					
19	Se avessi bisogno di fare domande sul sesso, mi rivolgerei a...					
20	Non è facile per me essere sincero con...					
21	Mi sento completamente accettato con...					
22	Sono motivato a dare il meglio di me stesso con...					
23	Sono influenzato soprattutto da...					
24	Quando sono nei guai ne parlo con...					

- 25 Litigo molto con...
- 26 Mi sta molto a cuore...
- 27 Mi piace parlare con...
- 28 Io rispetto molto...
- 29 Quando ho delle preoccupazioni per il futuro ne parlo a...
- 30 Vengo criticato soprattutto da...
- 31 Voglio essere come...
- 32 Mi sento male quando le cose non vanno bene per...
- 33 Comprendo e approvo le ragioni di...
- 34 Sento di poter rivelare i miei segreti a...
- 35 Sono spesso deluso da

**Punteggi grezzi totali della scala degli insegnanti**

**AV** = Assolutamente vero      **V** = Vero;      **NV** = Non è vero;      **NAV** = Non è assolutamente vero

**NB:** La stessa tabella viene utilizzata per valutare i rapporti con: la mamma; il papà; i coetanei; le coetanee.

**Tratto da:** Bruce A. Bracken TRI Test delle relazioni interpersonali, Erickson 2003

# Bibliografia

- American Psychiatric Association *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders Ed. IV*, Washington 1994
- Bowlby John *Attaccamento e perdita - Volume secondo: La separazione dalla madre*, Boringhieri 1983
- Bowlby John *Attaccamento e perdita - Volume terzo: La perdita della madre*, Boringhieri 1983
- Bronfenbrenner Urie *Ecologia dello sviluppo umano*, Il Mulino 1986
- Bracken Bruce *TRI Test delle relazioni interpersonali*, Erickson 2003
- Crepet Paolo *Non siamo capaci di ascoltarli -Riflessioni sull'infanzia e l'adolescenza*, Einaudi 2001
- Colvin G., Ainge D., Nelson R. *Provocazioni ed aggressioni verso gli insegnanti: alcune strategie educative*, in *Difficoltà di apprendimento vol.3* n.3 Febbraio 1998
- Despinoy Maurice *Psicopatologia del bambino e dell'adolescente*, Einaudi 2001

- Di Pietro Mario *L'educazione razionale emotiva: per la prevenzione ed il superamento del disagio psicologico dei bambini*, Trento 1998
- Di Scipio R., Romani M. *Riflessioni sul disturbo oppositivo provocatorio e i suoi percorsi di sviluppo* in *Icare* n.4 anno 26 Ottobre-Dicembre 2001
- Dozza Liliana *Il lavoro di gruppo tra relazione e conoscenza*, La nuova Italia Milano 2000
- Elliott Julian, Place Maurice *Interventi di psicologia clinica dello sviluppo Sindromi e Terapie efficaci*, Erickson Trento 2001
- Fabre Nicole *Questi bambini che ci provocano*, Edizioni scientifiche Magi 2001
- Farmer Thomas W. *Rifiuto dei pari e comportamenti problema: comprendere l'aggressività negli studenti con difficoltà* in *Difficoltà di apprendimento* vol.7 n.1 Ottobre 2001
- Fiorenza Andrea *Bambini e ragazzi difficili: figli che crescono, soluzioni a problemi che emergono. Terapia in tempi brevi*, Milano 2002
- Fiorenza Andrea, Nardone Giorgio *L'intervento strategico nei contesti educativi comunicazione e problem- solving per i problemi scolastici*, Giuffrè editore 1995
- Fonzi Ada *Il bullismo in Italia - Il fenomeno delle prepotenze a scuola dal Piemonte alla Sicilia*, Giunti 1997
- Fonzi Ada *Manuale di psicologia dello sviluppo*, Giunti 2001
- Fromm Enrich *Anatomia della distruttività umana*, traduzione 1979

- Genta Maria Luisa *Il bullismo – Bambini aggressivi a scuola*, Carrocci Editore 2002
- Hutton, Roberts *SEDS Test dei problemi comportamentali ed emozionali*, Erickson 2001
- Kaplan, Sadock, Grebb *Psichiatria - manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica*, Centro Scientifico Internazionale 1998
- Marcelli Daniel *Psicopatologia del bambino; Traduzione degli aggiornamenti della sesta edizione francese di Marta Quarelo Masson*, Milano 1999
- Marzocchi G. M., Di Pietro M., Vio C., Bassi E., Filoramo G., Salmaso A. *Il questionario SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire: uno strumento per valutare difficoltà comportamentali ed emotive in età evolutiva* in *Difficoltà di apprendimento* vol.8 n.1 Ottobre 2002
- Marzocchi G. M., Oosterlaan J., De Meo T., Di Pietro M., Pezzica S., Cavolina P., Sergeant J.A., Zuddas A. *Scala di valutazione dei comportamenti dirompenti per insegnanti (SCOD-I)* in *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva* vol.21 anno 2001
- Marzocchi G. M., Oosterlaan J., De Meo T., Di Pietro M., Pezzica S., Cavolina P., Sergeant J.A., Zuddas A. *Comportamenti di disattenzione, iperattività e oppositività secondo i genitori: un questionario per la valutazione dei comportamenti dirompenti (SCOD-G) in età evolutiva* in *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza* vol.70 anno 2003

- Mastroeni Giuseppe *Aggressività e homo sociologicus*, Armando editore  
Roma 1997
- Menesini Ersilia *Bullismo che fare? – Prevenzione e strategie d'intervento -*  
, Giunti 2000
- Militerni Roberto *Neuropsichiatria infantile*, Idelson-Gnocchi
- Moghaddam Fathali M. *Psicologia sociale*, Zanichelli 2002
- Novak Gary - edizione italiana a cura di Rosalba Larcán - *Psicologia dello sviluppo*, McGraw-Hill Libri Italia 1999
- Olweus Dan *Bullismo a scuola: ragazzi oppressi, ragazzi che opprimono*,  
Firenze 1996
- Organizzazione Mondiale della sanità *ICD-10 Classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*,  
Masson Milano 1992
- Patterson, De Baryshe, Ramshey *A developmental perspective on antisocial behaviour*, *American Psychologist*, 44, 329-335
- Winnicott Donald *Bambino deprivato –Le origini della tendenza antisociale-*, Raffaello Cortina 1986

## Bibliografia web

- Mario di Pietro *Il parent training razionale-emotivo per genitori di bambini difficili*, [www.lab-io.it/AIRIPA2000/disturbi\\_di\\_attenzione.htm](http://www.lab-io.it/AIRIPA2000/disturbi_di_attenzione.htm)
- Mario di Pietro *Correspondence training*, [web.tiscali.it/rebt\\_m\\_di\\_pietro/parent.htm](http://web.tiscali.it/rebt_m_di_pietro/parent.htm)
- *Disturbo Oppositivo Provocatorio e Disturbo della Condotta*, [www.ansiasociale.it/disturbocondotta.htm](http://www.ansiasociale.it/disturbocondotta.htm)
- Paola Esposito *Bambini in difficoltà: impariamo a riconoscere il problema*, [www.kwsalute.kataweb.it/Notizia/0,1044,3224,00.html](http://www.kwsalute.kataweb.it/Notizia/0,1044,3224,00.html)
- *Bimbi obesi cronici rischiano di più disturbi psichici*, [www.italiasalute.it/News.asp?ID=4433](http://www.italiasalute.it/News.asp?ID=4433)
- Gabriele Masi *Comorbilità e diagnosi differenziale del disturbo da deficit d'attenzione ed iperattività: implicazioni cliniche e terapeutiche*, [www.aifa.it/comobilit%C3%A0.htm](http://www.aifa.it/comobilit%C3%A0.htm)
- Luana Rizzi *Devianza minorile: eziologia e patogenesi*, [www.psicologarizzi.it/articoli/devianza\\_minorile.asp](http://www.psicologarizzi.it/articoli/devianza_minorile.asp)

- Pierluigi Morosini *ISS - Uno studio promosso dal "Progetto nazionale salute mentale"*, 20/05/2003, [www.fimp.org/family/articolonotizia.asp?codice=14](http://www.fimp.org/family/articolonotizia.asp?codice=14)
- *Il parent training razionale-emotivo per genitori di bambini difficili*,  
[xoomer.virgilio.it/dwjco/parent%20training.htm](http://xoomer.virgilio.it/dwjco/parent%20training.htm)
- *Piccoli bulli crescono nella scuola I bambini e gli adolescenti italiani sono i più bulli d'europa*  
[www.aquiloneblu.org/scritti/bullismo/piccolibulliscuola.htm](http://www.aquiloneblu.org/scritti/bullismo/piccolibulliscuola.htm)
- *ANSA Medicina: soprappeso in bambini può portare problemi psiche*, Roma 8 Aprile 2003,  
[www.sanihelp.it/tools/ansanews/scheda.php?action=print&ID=5328](http://www.sanihelp.it/tools/ansanews/scheda.php?action=print&ID=5328)
- *Infanzia, adolescenza e obesità*, [www.paginemediche.it](http://www.paginemediche.it)
- *Psicoterapia cognitiva per i disturbi in età evolutiva*, [www.scuola-spc.it/EtaEvolutiva.html](http://www.scuola-spc.it/EtaEvolutiva.html)
- Eddy Chiapasco *Il bullismo a scuola*,  
[www.psicopedagogika.it/1rubriche/problem/bullismo.htm](http://www.psicopedagogika.it/1rubriche/problem/bullismo.htm)
- *Bullismo, scuola e società: problemi e prospettive d'intervento*,  
[www.uniurb.it/psicologia/Giuridica/tavrot.htm](http://www.uniurb.it/psicologia/Giuridica/tavrot.htm)
- Massimo Molteni *La salute mentale dei ragazzi: al via la più vasta indagine in Italia*, [www.emedeia.it](http://www.emedeia.it)