

I Disturbi Esternalizzanti nell'Infanzia: fattori di rischio e traiettorie di sviluppo

Emanuela Pandolfi¹

¹ Psicologa, Psicoterapeuta. Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma

Riassunto

Nel contesto scolastico italiano, la presenza di bambini e ragazzi con disturbi del comportamento sembra in crescente diffusione.

Occuparsi tempestivamente di tali disturbi diventa sempre più importante, poiché questi si rivelano, nella grande maggioranza dei casi, i precursori dei fenomeni di aggressività e di violenza (e a volte possono spingersi fino al compimento di veri e propri atti delinquenti) commessi da parte degli adolescenti e degli adulti, oltre che dei Disturbi di Personalità del Cluster B del DSM-IV, primo fra tutti il Disturbo Antisociale di Personalità.

Nel presente lavoro, si riporterà una rivisitazione della nosografia e della letteratura relativa ai principali disturbi del comportamento infantile (Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, Disturbo Oppositivo Provocatorio, Disturbo della Condotta) e del Disturbo di Personalità Antisociale. Si approfondiranno le origini del comportamento e i principali fattori di rischio individuali, socio-culturali e familiari, che contribuiscono in misura diversa all'insorgenza e al mantenimento di tali problematiche infantili. Verranno, infine, riportate una serie di ricerche che prendono in esame la continuità della psicopatologia dall'infanzia all'adolescenza e le eventuali traiettorie di sviluppo che i disturbi di aggressività e di condotta, diagnosticati nell'infanzia, possono avere in età adulta.

Summary

In the Italian school's context, the presence of children and adolescents with behavior disorders seems to increase. A prompt consideration of these disorders is becoming increasingly important, as these are in most cases, the predictors of the aggressive and violent behavior (and sometimes they can go so far as to real delinquent acts) committed by adolescents and adults, as well as the Cluster B Personality Disorders of the DSM-IV, first of all the Antisocial Personality Disorder. In this research study, we will review the nosography and the literature on the main child behavior disorders (Attention Deficit Disorder / Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder) and on Antisocial Personality Disorder. It deepens the origins of behavior and the main individual, socio-cultural, family risk factors, which contribute in different ways, to the onset and the maintenance of such problems in children. Finally, this paper will review a series of studies about the continuity of psychopathology from childhood to adolescence and the possible developments that aggression and conduct disorders, diagnosed during the childhood, can adduce in the adulthood.

Classificazione diagnostica dei “Disturbi da Deficit di Attenzione e da Comportamento Dirompente”

Nel nostro paese il fenomeno dei problemi di condotta e di aggressività è in progressivo aumento. I bambini che presentano tali difficoltà sono a rischio per lo sviluppo futuro di comportamenti violenti, problemi di salute mentale, droup-out scolastico, abuso di sostanze, difficoltà occupazionali, problemi familiari e di coppia, nonché di mettere in atto azioni criminose in età adolescenziale e adulta (Aguilar, Sroufe, Egeland e Carlos, 2000).

Le diverse agenzie sociali ricorrono a particolari criteri per descrivere i comportamenti problematici dei bambini e degli adolescenti.

La scuola può evidenziare difficoltà nell'alunno a seguire regole, a partecipare alle lezioni, a relazionarsi con i compagni, oltre ad un inadeguato rendimento scolastico. La famiglia può riferire difficoltà a farsi obbedire, ribellioni, alterazioni dell'umore. I tribunali, invece, pongono maggiormente l'attenzione su comportamenti devianti quali violenza, atti di vandalismo, furti e altre violazioni della legge (Di Pietro, 2007).

In generale, quando ci si riferisce ad un bambino con problemi del comportamento ci troviamo ad affrontare quelle difficoltà che appartengono alla sfera dei disturbi esternalizzanti o “*acting out*”. Si tratta di quei disturbi che si contraddistinguono per il fatto che il disagio del bambino o dell'adolescente si riversa verso l'esterno, provocando una situazione di disturbo nell'ambiente circostante. È importante sottolineare che non tutti i problemi del comportamento assumono la connotazione di un vero e proprio disturbo. Gli psicologi clinici sono concordi nel ritenere che si possa parlare di “disturbo” solo quando:

- il comportamento assume caratteristiche estreme, quindi non è solo leggermente diverso dalla norma;
- tali caratteristiche del comportamento tendono a cronicizzarsi, cioè non scompaiono in poco tempo;
- il comportamento provoca conseguenze nocive per il soggetto stesso e/o per le altre persone.

Nella quarta versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV), pubblicato dall'Associazione Psichiatrica Americana (APA, 1994), i disturbi del comportamento del bambino e dell'adolescente vengono inseriti nella categoria diagnostica dei “Disturbi da Deficit di Attenzione e da Comportamento Dirompente”, che include i seguenti disturbi:

- *Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività*
- *Disturbo Oppositivo Provocatorio*
- *Disturbo della Condotta.*

Di seguito, verrà riportata una breve ma necessaria rivisitazione della classificazione, più prettamente descrittiva, dei disturbi sopra menzionati, con particolare attenzione al Disturbo della Condotta e alla sua possibile evoluzione in età adulta nel Disturbo Antisociale di Personalità.

Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) è un disturbo evolutivo dell'autocontrollo che interferisce con il normale sviluppo psicologico del bambino e ostacola lo svolgimento delle comuni attività quotidiane: andare a scuola, giocare con i coetanei, convivere serenamente con i genitori e, in generale, inserirsi normalmente nella società. Tale disturbo ha esordio nell'infanzia e si caratterizza per una regolazione deficitaria in tre aree principali: *attenzione, inibizione della risposta e livello di attività motoria*. I bambini con ADHD evidenziano una difficoltà nel percorso di pianificazione e soluzione di problemi e spesso non riescono ad orientare i propri comportamenti rispetto a quanto atteso dall'ambiente esterno, ovvero non sono in grado di utilizzare i "comandi interiori" per eseguire quelle azioni adeguate che l'ambiente si aspetterebbe da loro: stare attenti mentre la maestra spiega, rimanere seduti durante la lezione o i pasti, svolgere i compiti per casa, aspettare il proprio turno, e così via. Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività si manifesta principalmente con una serie di sintomi, che compaiono in età prescolare, per poi intensificarsi con l'ingresso nella scuola elementare, a causa dell'aumento delle richieste cognitive e comportamentali. Si stima che tale disturbo affligga dal 3 al 5% della popolazione scolare. Nelle scuole medie, alcuni bambini riescono a compensare le loro difficoltà, anche se permane il deficit attentivo. In età adolescenziale e adulta rimangono difficoltà sociali e professionali dovute all'impulsività e alle scarse abilità organizzative.

Disturbo Oppositivo Provocatorio

Il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP) è caratterizzato da un atteggiamento ricorrente e costante di sfida, disubbidienza e ostilità nei confronti delle figure dotate di autorità (genitori, insegnanti e altri adulti).

I bambini con DOP esibiscono livelli di rabbia persistente ed evolutivamente inappropriata, sono particolarmente suscettibili e facilmente irritabili dagli altri, oppure deliberatamente irritanti, dispettosi o vendicativi nei confronti di altre persone. Inoltre, manifestano perdita di controllo, comportamenti negativistici – per l'appunto oppositivi e provocatori – si rifiutano di obbedire alle regole e spesso accusano gli altri per i propri errori. Per porre diagnosi di DOP, tali sintomi devono essere presenti in maniera persistente da almeno 6 mesi con relative e conseguenti compromissioni nel funzionamento personale e sociale.

I primi segnali che indicano la presenza di un Disturbo Oppositivo Provocatorio possono essere già identificati verso i 5-6 anni, anche se molti bambini vengono diagnosticati come DOP in età preadolescenziale. I sintomi di opposizione spesso emergono nell'ambiente familiare, ma col tempo possono comparire anche in altri contesti. Intervenire quanto prima su questa problematica è rilevante, in

quanto, come è stato evidenziato da molta letteratura, in alcuni casi questo disturbo può avere un'evoluzione infausta durante la pubertà o l'adolescenza e degenerare in Disturbo della Condotta (Cicchetti e Cohen, 1994; White e coll., 1990). Una storia precoce di DOP, infatti, è spesso presente in bambini che vengono successivamente diagnosticati come DC (Kazdin, 1995).

Disturbo della Condotta

Il Disturbo della Condotta (DC) si presenta come il più grave tra i disturbi del comportamento, è piuttosto frequente (il tasso oscilla dal 6 al 16%, con una netta prevalenza a favore dei maschi) ed è caratterizzato dalla ripetitiva e persistente violazione dei diritti fondamentali degli altri e delle norme o regole della società nella quale si vive (Rapaport e Ismond, 2000). Il Disturbo della Condotta si manifesta raramente al di sotto dei 9 anni di età (Hinshaw e Anderson, 1996) e ciò che lo differenzia dal Disturbo oppositivo-provocatorio è soprattutto la presenza di manifestazioni molto accentuate di aggressività e di comportamenti devianti.

<i>Fasi attraverso cui si sviluppa il disturbo della condotta</i>	
Stadio	Comportamento
1	Esige attenzione, polemizza, fa lo sbruffone, disobbedisce a casa, è impulsivo.
2	Include i comportamenti dello stadio 1, in aggiunta è crudele, disobbedisce a scuola, ha difficoltà con i compagni, combattivo, scontroso, dice parolacce, mente, imbrogli.
3	Include i comportamenti dello stadio 1 e 2, in aggiunta è distruttivo, rivolge minacce, aggredisce, ha amicizie negative, ruba in casa propria.
4	Include i comportamenti dei precedenti tre stadi, in aggiunta manifesta comportamenti vandalici, fugge da casa, marina la scuola, usa alcool o droghe, commette furti fuori da casa, può provocare incendi.

Tabella 1. Fasi di sviluppo del Disturbo della Condotta (Edelbrock, 1989)

I comportamenti antisociali manifestati possono essere sia “*covert*” (inganni e raggiri, danneggiamento di oggetti e proprietà, calunnie, ecc.) che “*overt*” (insulti, sfide e aggressioni fisiche). Per porre diagnosi di DC il bambino o l'adolescente devono esibire aggressività persistente e/o comportamenti antisociali

per almeno 6 mesi e tali comportamenti devono implicare menomazione nel funzionamento sociale e lavorativo/scolastico.

Come risulta evidente, la condotta degli adolescenti con tale disturbo, è più grave della normale malvagità e delle monellerie tipiche dei bambini e degli adolescenti.

Nella tabella 1 vengono sintetizzate le fasi attraverso le quali tende a svilupparsi il Disturbo della Condotta, secondo alcune ricerche effettuate da Edelbrock (1989).

I soggetti con DC, inoltre, mostrano una scarsa empatia e attenzione per i sentimenti e desideri dell'altro, possono essere insensibili e mancare di adeguati sentimenti di colpa e rimorso; inoltre, presentano una bassa autostima, sebbene tendano a proiettare all'esterno un'immagine di "durezza". Il Disturbo della Condotta è inoltre, spesso associato con l'inizio precoce dell'attività sessuale, del bere, del fumare, dell'uso di sostanze illecite e di azioni spericolate e rischiose. Numerose ricerche, infatti, hanno riscontrato un'evidente correlazione tra DC e abuso di sostanze e/o di alcool nei preadolescenti e negli adolescenti (Thompson et al, 1996). Il DC può avere il suo esordio nella fanciullezza o nell'adolescenza. La prognosi dipende dall'età di esordio (peggiore nel caso di esordio più precoce), dall'intelligenza (peggiore nel caso, piuttosto frequente, di deficit intellettivi) e dalla gravità (lieve, moderato e grave).

Nei casi più lievi, si può avere una remissione quasi completa in età adulta: a volte resta la propensione a condurre una vita un po' sregolata sia dal punto di vista familiare sia lavorativo.

Il tipo ad esordio nella fanciullezza, al contrario, tende ad essere più grave e ad avere una prognosi peggiore. I bambini con DC ad esordio precoce, infatti, sono solitamente più aggressivi, manifestano menomazioni nel funzionamento più marcate e maggiori problemi temperamentali, cognitivi e neuropsicologici; essi presentano spesso una storia familiare per tale disturbo, provengono da ambienti più deprivati e hanno problemi sociali più seri rispetto ai soggetti con DC che compare in adolescenza (Moffit e Caspi, 2001). Nei casi più gravi, il disturbo può diventare cronico o sfociare nel Disturbo Antisociale di Personalità o, più raramente, nel Disturbo Borderline di Personalità (Celi, 2002).

Il Disturbo Antisociale di Personalità

Il Disturbo Antisociale di Personalità (ASPD) è classificato dal DSM-IV (1994) sull'asse II nel gruppo B dei Disturbi di Personalità. Esso costituisce la tappa ultima di un percorso evolutivo che parte, molto spesso dal Disturbo Oppositivo Provocatorio e, necessariamente, dal Disturbo della Condotta. Per porre diagnosi di Disturbo Antisociale, infatti, è necessario che l'individuo presenti in anamnesi alcuni sintomi del DC prima dell'età di 15 anni; i dati indicano che soltanto una minima percentuale di coloro che hanno avuto una tale diagnosi durante l'infanzia, la pubertà o la prima adolescenza svilupperà in futuro un Disturbo Antisociale. Mentre è vero il contrario, e cioè che tutti coloro che sono valutati come "antisociali" in età adulta hanno mostrato un Disturbo della Condotta prima dei 15 anni di età. L'ASPD è caratterizzato da una sistematica e grave violazione dei diritti altrui come anche delle fondamentali regole

morali e sociali. Le persone con questo disturbo non riescono a conformarsi né alla legge, per cui compiono atti illegali (es. distruggere proprietà, truffare, rubare), né alle norme sociali, per cui attuano comportamenti immorali e manipolativi (es. mentire, simulare, usare false identità) traendone profitto o piacere personale (es. denaro, sesso, potere). Inoltre, presentano la tendenza a pendere decisioni sotto l'impulso del momento, senza considerazione delle conseguenze per sé e per gli altri. Spesso non prevedono le conseguenze negative dei loro comportamenti antisociali e, malgrado i problemi o i danni che causano agli altri, non provano rimorso o colpa. Questi individui mostrano anche comportamenti di non salvaguardia della propria salute personale. Possono, infatti, coinvolgersi in comportamenti sessuali non protetti, in uso di sostanze stupefacenti o in comportamenti di guida spericolati (ricorrenti eccessi di velocità, guidare in stato di intossicazione). Il Disturbo Antisociale di Personalità ha un decorso cronico, ma può diventare meno evidente o andare incontro a remissione man mano che l'individuo diventa adulto.

Origine dei Disturbi del Comportamento

Diversi possono essere i fattori che intervengono nell'aumentare la probabilità che un soggetto sviluppi, nel corso dell'infanzia, un disturbo del comportamento, il quale può persistere nel tempo fino ad evolvere, in età adulta, in un Disturbo Antisociale di Personalità.

La maggior parte dei ricercatori concorda sul fatto che il disagio psicopatologico in età evolutiva sia il risultato dell'interazione tra temperamento del bambino, stile educativo dei genitori e caratteristiche dell'ambiente extrafamiliare. Da quanto detto, risulta evidente che interventi efficaci in tale ambito necessitino la conoscenza dei principali *fattori di rischio* e dei *fattori protettivi* probabilmente coinvolti nella genesi e nel mantenimento del problema stesso; laddove i primi richiederanno un intervento di riduzione, mentre i secondi un opportuno incremento (Cummings et al., 2000).

Nel presente capitolo verranno riportati ed analizzati i principali fattori di rischio *temperamentali*, *familiari* ed *ambientali* che contribuiscono all'insorgenza e allo sviluppo dei problemi di condotta e di aggressività, e le conseguenze che tali disturbi hanno sul funzionamento globale dei soggetti che ne sono colpiti.

Fattori di rischio individuali: caratteristiche del bambino

Nei loro studi Chess e Thomas (1986) hanno messo in evidenza come i bambini, fin dai primissimi mesi di vita, mostrino delle costanti nel modo di reagire all'ambiente. All'insieme di queste costanti comportamentali viene dato il nome di *temperamento*. Il concetto di temperamento risulta utile per comprendere quelle caratteristiche costituzionali del bambino, in gran parte influenzate da fattori ereditari, che lo predispongono a manifestare determinate reazioni emotive e comportamentali. Ci sono bambini, infatti, che presentano determinate caratteristiche temperamentali e cognitive, che risultano

maggiormente inclini ad assumere comportamenti coattivi ed aggressivi e a divenire non condiscendenti rispetto agli altri (Barkley, 1997).

In particolare, i bambini che sono propensi a rispondere in maniera emotiva, sono spesso irritabili, hanno una scarsa abitudine alle regole, sono eccessivamente attivi e maggiormente disattenti ed impulsivi; essi tendono a mostrare comportamenti più oppositivi e coattivi rispetto ai bambini che non presentano queste caratteristiche temperamentali (Loeber, 1988, 1990; Olweus, 1980; Patterson, 1982; Prior, 1992; Tschann, Kaiser, Chesney, Alkon e Boyce, 1996).

Infine, gli effetti del temperamento della prima infanzia possono essere sesso-specifici: un temperamento negativo in un bambino potrebbe essere predittivo di un rischio più elevato di comportamento oppositivo futuro; al contrario, il precoce temperamento negativo nelle bambine potrebbe predire una diminuzione del rischio di presentare in futuro un comportamento aggressivo ma potrebbe aumentare il rischio di disturbi internalizzanti (Keenan e Shaw, 1994; Shaw e Vondra, 1995).

Fattori di rischio nel contesto familiare

Come sostengono, Fonagy e altri (2005), “[...] *la psicopatologia si sviluppa nel contesto ambientale di socializzazione primaria del bambino: la famiglia. La famiglia e, in particolare i genitori forniscono lo sfondo di tale sviluppo, le loro caratteristiche sono cruciali per le scelte evolutive compiute dal bambino, la loro azione e collaborazione sono indispensabili tanto al trattamento che alla prevenzione*” (Fonagy et al., 2005).

Tra i fattori di rischio familiari più studiati per l’insorgenza dei problemi di condotta e di aggressività vi sono: *l’accudimento genitoriale, la relazione genitori-bambino e le difficoltà familiari* (Isola, Mancini, 2007).

Pratiche educative. Nel corso dello sviluppo, il bambino è sottoposto all’influenza dell’ambiente circostante ed un ruolo determinante in tal senso, almeno nei primi anni di vita, è quello esercitato dallo stile che i genitori utilizzano nell’interagire con lui e nell’impartire determinate pratiche educative. Alcune ricerche mettono in luce che genitori con un’indole immatura, inesperti, impulsivi, disattenti, depressi, ostili, rifiutanti o con un temperamento negativo di qualsiasi tipo, presentano maggiori probabilità di avere figli oppositivi e aggressivi (Olweus, 1980; Patterson, 1982). Tutto questo potrebbe essere la conseguenza delle scarse capacità dei genitori di prestare attenzione e di controllare, dell’utilizzo di strategie di gestione incoerenti, di una maggiore irritabilità ed ostilità nei confronti dei bambini e di minori rinforzi ai comportamenti socialmente accettabili (Barkley, Anastopoulos et al., 1992; Dumas, Gibson, Albin, 1989; Hop set al., 1987). Attraverso questa genitorialità inconsistente e indifferenziata, i bambini esperiscono, quindi, ricorrenti successi nell’evitare le richieste, rinforzando di contro l’uso di comportamenti oppositivi e coattivi. L’incremento di tali comportamenti, può a sua volta condurre ad un peggioramento dell’umore dei genitori, del loro senso di autoefficacia, dell’autostima e anche del

funzionamento di coppia, secondo un circolo vizioso reciproco in senso bidirezionale. Bisogna, infatti, tener presente che, se da un lato i genitori con il loro stile educativo influenzano il comportamento del bambino, è anche vero che il bambino con le sue caratteristiche influenza il modo in cui i genitori reagiscono nei suoi confronti.

Dipendenze e psicopatologie genitoriali. Alcune ricerche hanno rilevato che il livello di depressione materna, la psicopatologia di entrambi i genitori, soprattutto il Disturbo di Personalità Antisociale o la criminalità, sono associati in maniera significativa al rischio di un comportamento oppositivo e aggressivo nell'infanzia e in seguito di delinquenza (Farrington, 1995; Frick et al., 1992; Keenana e Shaw, 1994; Olweus, 1980; Schachar e Wachsmuth, 1990). Infatti, è molto frequente riscontrare nelle madri di bambini aggressivi, con Disturbo della Condotta o con Disturbo Oppositivo Provocatorio, livelli di depressione significativamente più elevati rispetto a quelli della popolazione generale (Nigg e Hinshaw, 1998). Questa osservazione risulta rilevante, perché le madri depresse presentano evidenti problemi nell'accudimento dei bambini ed interazioni problematiche con i loro figli (Harnish, Dodge e Valente, 1995). Nonostante le due variabili siano indubbiamente correlate, è importante sottolineare che non è del tutto evidente quale sia la causa e quale l'effetto tra le due (Greist, Wells e Forehand, 1979).

Cognizioni disfunzionali. Nei genitori, specialmente nelle madri, di bambini con Disturbo della Condotta e aggressività, si è spesso riscontrato la presenza di alcune *cognizioni disfunzionali* (Dix e Lochman, 1990).

La capacità del genitore di esercitare una funzione efficace, fa parte di una serie di convinzioni che costituiscono un aspetto importante nel sistema delle credenze definito autoefficacia educativa (Coleman, Karraker, 1997). Affermazioni come “*non riesco a calmare il bambino quando piange*” e “*quello che dico non ha effetto sul comportamento di mio figlio*” stanno ad indicare la convinzione del genitore di non riuscire ad esercitare un'influenza positiva. Tali convinzioni sembrano essere strettamente correlate con l'effettivo comportamento dei genitori nei confronti dei figli. Le madri che ritengono di poter influire positivamente sul loro comportamento, infatti, interagiscono con maggiore frequenza con i figli, ad esempio mettendo a disposizione i giochi e intervenendo verbalmente (Parks, Smeriglio, 1986). Un genitore con un basso senso di efficacia, al contrario, tenderà a intervenire con collera quando, ad esempio, il bambino reagisce poco alle stimolazioni. Un altro costrutto strettamente legato al comportamento genitoriale è quello di *attribuzione* delle cause agli eventi. Questi processi esercitano una grande influenza sulle aspettative individuali, in particolare sull'idea di poter influire con il proprio agire sugli eventi e di essere responsabile di ciò che è accaduto. Se un genitore ritiene che le cause del comportamento del figlio siano interne (*locus interno*), può essere scettico circa la possibilità di intervenire con efficacia. Il genitore può credere che i suoi sforzi educativi produrranno scarsi effetti, in quanto i problemi sono strettamente legati alla personalità indipendente e ribelle del figlio e quindi

rassegnarsi (“*lo devo accettare così com’è*”). Un *locus interno* al genitore (ma *esterno* al bambino) porta, invece, ad accentuare il senso di responsabilità. Bisogna però, valutare bene il rischio che egli accentui il peso delle responsabilità: può attribuire a sé le cause dei comportamenti del figlio, sentendosi spesso in colpa in caso di un insuccesso (“*non ha superato l’esame perché non l’ho incoraggiato abbastanza*”), senza esaminare le circostanze che possono avere influito su quel risultato. In generale, possiamo dire che i genitori di bambini con Disturbo della Condotta e aggressività sono più propensi ad intrattenere credenze altamente disfunzionali e/o debolmente giustificate su se stessi e i propri figli (Sobel et al., 1989), rispetto, ad esempio, al *locus of control*, che di solito risulta essere esterno, relativo ai comportamenti problematici dei figli (es. si percepiscono incapaci di avere alcun controllo sul loro comportamento) e rispetto alle proprie disattenzioni nei riguardi dei comportamenti di questi ultimi.

Relazione genitore/bambino. Nelle famiglie di bambini con Disturbo di Condotta e aggressività, si riscontra spesso la presenza di interazioni coercitive (Patterson et al., 1998).

I comportamenti dei genitori che caratterizzano questo tipo di interazioni includono disciplina inconsistente, o al contrario, eccessivamente severa, bassa supervisione/monitoraggio, riduzione nell’espressione dell’affetto e un alto numero di verbalizzazioni negative. La forma più estrema di interazione coercitiva genitori-figli, è l’abuso fisico.

Diverse ricerche longitudinali hanno collegato l’abuso con l’insorgenza di Disturbi della Condotta e aggressività in età infantile, specie per quel che riguarda, in particolare, comportamenti bullistici e relazioni negative con i pari (Shields e Cicchetti, 2001), difficoltà nella regolazione emotiva e sviluppo di consistenti distorsioni e deficit cognitivi, che, a loro volta, hanno una relazione significativa con i successivi problemi di condotta e di aggressività (ibidem).

Conflitti familiari. Un’evidente correlazione, inoltre, è stata notata tra problemi della coppia genitoriale (liti, disaccordi, ecc.) e una grande varietà di difficoltà in età infantile, inclusi i Disturbi della Condotta (Kazdin, 1995). Alti livelli di disaccordo circa l’educazione dei figli sono stati correlati con problemi di condotta nei figli (Mahoney et al., 1997). In modo particolare, la violenza tra i genitori contribuisce allo sviluppo di problemi di condotta e aggressività nei bambini (es. lanciare oggetti, urlare, insultarsi, ecc.) (Jenkins e Smith, 1991): maggiore è il livello di violenza fisica e verbale tra i coniugi e più aggressivi ed emotivamente disturbati sono i bambini in età scolare e prescolare (Grych et al., 2000). In linea generale, sembra che l’instabilità familiare abbia strette correlazioni con l’esordio e il mantenimento di problemi di condotta e di aggressività. Essa si riferisce a diversi fattori: numero di spostamenti che la famiglia compie da un posto ad un altro; mancanza di un’abitazione, divorzi e separazioni, ecc. Se l’instabilità familiare è cronica, tale condizione si correla allo sviluppo di problemi esternalizzanti nei bambini e anche alla comparsa di sintomi internalizzanti, quali l’ansia e depressione (Ackerman et al., 1999).

Fattori di rischio ambientali

Al di là dei fattori appartenenti alla sfera più strettamente familiare, diversi studi hanno messo in luce particolari condizioni di disagio sociale, quali le dimensioni e la composizione della famiglia, l'ordine di genitura, l'appartenenza ad una classe socio-economica svantaggiata, l'adozione, come fattori di rischio che possono influenzare l'insorgenza e il mantenimento di disturbi del comportamento nel bambino. Lo *svantaggio socio-economico*, infatti, aumenta il rischio di sviluppare comportamenti aggressivi ed antisociali da parte di bambini, adolescenti ed adulti (McLoyd, 1998). La relazione tra livello socio-economico e problemi di condotta e di aggressività sembra essere di tipo lineare, ossia, tanto più vi è povertà, tanto maggiore è la gravità delle condotte aggressive nei bambini (Bolger et al., 1995). Altri fattori che sono comunemente associati con lo svantaggio socio-economico e che possono indirettamente influenzare lo sviluppo di problemi di condotta e aggressività nel bambino sono: l'esposizione a modelli aggressivi adulti, i valori genitoriali che riflettono l'accettazione dell'aggressività, gli eventi stressanti che colpiscono la famiglia, il basso supporto sociale nei confronti della madre, l'instabilità del gruppo dei pari e la mancanza di stimoli cognitivi (Dodge et al., 1994). È stato dimostrato che anche l'isolamento sociale materno (Wahler, 1980), così come lo stato coniugale materno, sono dei fattori che possono creare o contribuire a incrementare il rischio di un comportamento oppositivo e aggressivo nel bambino. Le madri single hanno maggiori probabilità di avere figli con aggressività significativamente importante, seguite dalle madri che convivono ma che non sono sposate. Le donne sposate, al contrario, hanno il più basso tasso di figli aggressivi, essendo queste combinazioni mitigate da un livello sociale più elevato (Pearson, Ialongo, Hunter e Kellam, 1993; Vaden-Kiernan, Ialongo, Pearson e Kellam, 1995).

Continuità della psicopatologia dall'infanzia all'età adulta: un follow-up di 24 anni

Gli studi a lungo termine sullo sviluppo dei problemi emotivi e comportamentali nell'infanzia, sono stati condotti principalmente allo scopo di predire la psicopatologia nell'età adulta e di progettare un precoce intervento di prevenzione. La letteratura mette in evidenza alcuni limiti di tali ricerche. Innanzitutto, le informazioni riguardo la continuità dei problemi dalla prima infanzia alla metà dell'età adulta risultano limitate se si fa riferimento ad un ampio campione della popolazione generale; tali studi, inoltre, analizzano la continuità di un determinato insieme di problemi comportamentali, spesso trascurando l'influenza della co-presenza di problemi emotivi e comportamentali sui singoli valori predittivi dei problemi nell'infanzia; infine, i risultati sulla continuità in campioni clinici forniscono poche informazioni sul corso normativo dello sviluppo dei problemi comportamentali ed emotivi nella popolazione generale.

In questi studi, si è riscontrata, inoltre, sia una continuità *omotipica* (la previsione di un disturbo da uno stesso disturbo), che *eterotipica* (la previsione di un disturbo da un altro disturbo) della psicopatologia dall'infanzia alla prima età adulta (20-30 anni). La continuità *omotipica* è stata verificata sia per specifici problemi comportamentali, sia per le diagnosi del DSM-IV che riguardano comportamenti antisociali, depressione e ansia. Una continuità *eterotipica*, invece, si è evidenziata tra depressione nell'infanzia e ansia nell'adulto e tra problemi di condotta nell'infanzia e successivi problemi di ansia e schizofrenia.

Reef, van Meurs, Verhulst e van der Ende (2009) in uno studio longitudinale, hanno analizzato i problemi comportamentali ed emotivi in bambini dai 4 ai 16 anni nella popolazione generale della provincia olandese del Zuid-Holland attraverso un follow-up di 24 anni. Gli autori hanno utilizzato la scala *Child Behavior Checklist* (CBCL) per la raccolta delle valutazioni dei genitori dei problemi emotivi e comportamentali dei propri figli. Dopo 24 anni, agli stessi partecipanti che ormai avevano 28-40 anni, è stata sottoposta la scala *Adult Self-Reports* (ASR) allo scopo di valutare i problemi comportamentali ed emotivi in età adulta. Gli obiettivi principali di questo studio sono stati due:

- 1 determinare la continuità dei problemi emotivi e comportamentali dall'infanzia alla prima età adulta;
- 2 individuare i valori predittivi di una vasta gamma di problemi emotivi e comportamentali nell'infanzia per la psicopatologia adulta.

I risultati di tale ricerca hanno mostrato la presenza di una significativa associazione tra i problemi segnalati dai genitori nell'infanzia e i problemi riferiti in età adulta dagli stessi soggetti 24 anni dopo. Tra i partecipanti che si erano classificati come devianti nell'infanzia, il 22,2% si classifica come deviante anche in età adulta. I risultati evidenziano che i problemi di aggressività, delinquenza, ansia/depressione nell'infanzia sono associati con la maggior parte della psicopatologia adulta. Tuttavia, nonostante sia stata trovata continuità della psicopatologia dopo 24 anni, possiamo affermare che, la grande maggioranza dei bambini con problemi emotivi e del comportamento non sono a rischio di sviluppare un problema del comportamento da adulti. Si è riscontrato, inoltre che, il 14% dei bambini che non erano stati segnalati devianti, riportavano comunque problemi in età adulta. Questo indica che la psicopatologia adulta non necessariamente deve rilevare problemi comportamentali nell'infanzia. Da tale studio, infine, emergono alcuni risultati inattesi:

- non si è riscontrata una continuità *omotopica* per il comportamento aggressivo; quest'ultimo se presente nell'infanzia predice lo sviluppo di disturbi somatici e problemi di pensiero nell'età adulta. I problemi delinquenziali al contrario, predicono comportamenti esternalizzanti in età adulta, inclusi comportamenti aggressivi e trasgressivi.

- i problemi di attenzione nell'infanzia non predicano problemi di attenzione in età adulta o altri problemi del comportamento. Contrariamente, i problemi di attenzione in età adulta sono primariamente predetti da problemi di ansia/depressione nell'infanzia.

In conclusione, possiamo dire che, dopo 24 anni, la maggior parte dei bambini devianti non risultavano più tale. Questo dato conferma l'idea che la psicopatologia deve essere studiata in una prospettiva di sviluppo, nella misura in cui il grado e la forma della continuità di problemi emotivi e del comportamento sembra variare molto durante lo sviluppo.

Traiettorie di sviluppo dei disturbi esternalizzanti nell'infanzia e nell'adolescenza

Nel presente paragrafo, verranno riportati due studi longitudinali che si sono proposti di analizzare le traiettorie di sviluppo dei disturbi esternalizzanti dall'infanzia all'adolescenza.

Nel primo studio, Bongers, Koot, van der Ende e Verhulst (2004) hanno tentato di descrivere lo sviluppo nel corso degli anni di vari tipi di comportamenti esternalizzanti e di identificare gruppi di bambini ed adolescenti i cui comportamenti esternalizzanti seguono una simile traiettoria di sviluppo.

Gli autori, per la classificazione di tali disturbi hanno adottato lo schema sviluppato da Frick et al. (1993); tale schema individua 4 clusters (oppositività, aggressività, violazioni di proprietà, e violazioni di status) che possono essere ordinati lungo 2 dimensioni (*overt vs covert* e *distruttività vs non distruttività*). Poiché ci si attende che i comportamenti aggressivi cambino di frequenza nel corso dell'età, è importante sia dal punto di vista clinico che teorico, individuare quando i bambini e gli adolescenti presentano tali comportamenti e a quale frequenza questi possono essere considerati normativi per quell'età.

Bongers et al. (2004) nel loro studio, presero in considerazione un campione rappresentativo della popolazione generale di maschi e femmine tra i 4 e i 18 anni, utilizzando le valutazioni sul comportamento esternalizzante fornite dalle madri dei partecipanti. I risultati di tale studio evidenziano che i clusters proposti da Frick et al. (1993) rappresentano una buona descrizione dei comportamenti esternalizzanti, sia per i maschi che per le femmine; questi clusters seguono nel corso dell'età traiettorie di sviluppo diverse, con livelli più alti per maschi rispetto alle femmine. Gli autori riscontrano la presenza di traiettorie medie di sviluppo decrescenti per l'aggressività, l'oppositività e le violazioni di proprietà, mentre evidenziano una traiettoria di sviluppo crescente per quanto riguarda le violazioni di status. Contrariamente a quanto rilevato da altre ricerche, le quali indicavano un aumento dell'aggressività intorno ai 13 anni (Lahey, Et al.,2000), Bongers et al. (2004) trovarono che il comportamento di aggressività fisica era molto maggiormente presente nei bambini più piccoli.

L'aggressività mostrava con gli anni una traiettoria decrescente; nell'infanzia i maschi riportavano un comportamento aggressivo quasi due volte maggiore rispetto a quello delle femmine, ma questa differenza tendeva a diminuire nella tarda adolescenza (Crick & Dodge, 1996; Keenan & Shaw,

1997). Sempre secondo le aspettative, gli autori trovarono la presenza di traiettorie medie di sviluppo decrescenti per l'oppositività. Nell'infanzia, i maschi mostravano comportamenti più oppositivi rispetto alle femmine, ma questa differenza di genere svaniva nell'adolescenza. Contrariamente a quanto ci si poteva attendere, Bongers et al. (2004) trovarono un decremento delle traiettorie medie di sviluppo per le violazioni di proprietà con livelli più alti per maschi rispetto alle femmine. Anche se questo risultato può essere vero, è probabile che i genitori siano più consapevoli dei comportamenti meno gravi di rottura di regole dei loro figli, ma meno consapevoli di forme più serie, come il rubare ed atti di vandalismo, specialmente quando i loro figli entrano nell'adolescenza. Come atteso, gli autori evidenziarono un incremento della traiettoria di sviluppo per le violazioni di status, con i maschi che mostravano livelli più alti rispetto alle femmine.

Come evidenziato da Bongers et al. (2004) non tutti i bambini seguiranno le traiettorie medie di sviluppo rilevate in tale studio. All'interno di ogni cluster comportamentale, infatti, è possibile individuare 3-6 percorsi di sviluppo in base a dei gruppi, molti dei quali seguono lo schema delle traiettorie medie dei vari livelli. All'interno di ogni cluster di comportamento, è stato identificato un grande gruppo di persone che segue una traiettoria di sviluppo a basso livello (la maggior parte degli individui i cui genitori riferiscono la presentano di un numero minore di comportamenti esternalizzanti).

In sintesi si è riscontrato che: tutte le traiettorie per il cluster dell'aggressività diminuiscono con l'età; la metà delle traiettorie per il cluster dell'oppositività diminuiscono con l'età, due traiettorie restano stabili e una aumenta con l'età; la metà delle traiettorie per il cluster delle violazioni di proprietà diminuiscono con l'età mentre due restano stabili; tre delle quattro traiettorie per il cluster delle violazioni di status aumentano mentre una diminuisce con l'età.

La presenza di traiettorie decrescenti per il cluster dell'aggressività indica che sia i maschi che le femmine manifestano un comportamento aggressivo principalmente nell'infanzia, ciò risulta coerente con molti altri studi (Broidy et al., 2003; Campbell, 1995; Tremblay, 2000).

I dati sopra riportati, suggeriscono che sono presenti percorsi di sviluppo simili tra i maschi e le femmine rispetto ai livelli dei comportamenti esternalizzanti. Tuttavia si possono individuare differenze di genere rispetto alla media dei comportamenti problematici segnalati. Alcuni studi indicano che i maschi sono più inclini a ricevere una diagnosi di CD rispetto alle femmine in un rapporto di 4:1, anche se la differenza di genere nella frequenza della diagnosi di ODD non è poi così ovvia (McDermott, 1996). Allo stesso modo, nella presente ricerca i maschi mostrano traiettorie di sviluppo più elevate rispetto alle femmine, in particolare per i clusters comportamentali CD-simili (aggressività, la violazione di proprietà e la violazione di status). Tutti i cluster comportamentali CD-simili hanno mostrato quasi la stessa differenza di genere. Questo indica che la differenza di genere nel CD probabilmente non è causata da un singolo cluster comportamentale, ma da tutti i comportamenti rilevati insieme.

Nel secondo studio, Fite, Colder, Lochman e Wells (2008) hanno esaminato le traiettorie di sviluppo dell'aggressività proattiva e reattiva dalla quinta elementare alla terza media in un campione di 126 bambini (66% maschi) e la successiva relazione con la delinquenza. I due tipi di aggressività sono state misurate attraverso le valutazioni delle insegnanti alla scala dell'aggressività proattiva e reattiva (Dodge & Coie, 1987). La delinquenza, invece, è stata valutata utilizzando i resoconti dei genitori alla sottoscala della delinquenza del Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991).

L'aggressività proattiva e reattiva, pur risultando collegate l'una all'altra, rappresentano distinte funzioni del comportamento aggressivo (Day, Bream, & Pal, 1992; Dodge, 1991; Polman, Orobio de Castro, Koops, van Boxtel, e Merk, 2007; Poulin e Boivin, 2000a). L'aggressività proattiva è un tipo di aggressività orientata verso il raggiungimento di un obiettivo e motivata da una ricompensa esterna (es. un bambino che prende a pugni un altro bambino per prendergli un giocattolo). L'aggressività reattiva, al contrario, rappresenta una reazione che si verifica in risposta ad un comportamento che è percepito come minaccioso o intenzionale (es. un bambino che spinge un compagno dopo che questi ha riso di lui). Numerose ricerche hanno messo in correlazione l'aggressività proattiva e reattiva con una serie di risultati negativi (Card & Little, 2006), compresa la *delinquenza* (Poulin e Boivin, 2000b), il *rifiuto dei colleghi* (Day et al., 1992; Prinstein & Cillessen, 2003), i *sintomi depressivi* (Day et al., 1992; Dodge, Lochman, Harnish, Bates, e Pettit, 1997; Vitaro, Brendgen, e Tremblay, 2002), e *l'uso di sostanze* (Fite, Colder, Lochman, & Wells, 2007, 2008).

Tuttavia, le traiettorie di sviluppo dell'aggressività proattiva e reattiva (Vitaro & Brendgen, 2005; Vitaro, Brendgen, & Barker, 2006) sono state poco esaminate, soprattutto per quanto riguarda i periodi di sviluppo caratterizzati da transizioni importanti che possono influenzare il comportamento dell'individuo (Holmbeck, Paikoff, & Brooks-Gunn, 1995), in particolare il passaggio dalle scuole elementari alle scuole medie (dalla quinta alla sesta classe) e dalle scuole medie al liceo (dall'ottava alla nona classe). I risultati dello studio di Fite et al. (2008) mostrano che i livelli medi di entrambi i tipi di aggressività (proattiva e reattiva) aumentano dalla quinta alla sesta classe, per poi diminuire dalla sesta alla nona classe. È importante notare come l'aggressività raggiunge un picco nella sesta classe, in corrispondenza del passaggio dalle scuole elementari alle scuole medie. Si può ipotizzare che questo passaggio rappresenti una causa dell'aumento del livello del comportamento aggressivo. Nel complesso, i risultati di tale studio appaiono coerenti con la letteratura generale, che suggerisce una diminuzione dell'aggressività attraverso l'infanzia (Coie & Dodge, 1998; Tremblay, 2003).

Si osserva inoltre che, sebbene gli insegnanti riportino livelli più elevati di aggressività reattiva rispetto a quella proattiva in tutti i livelli scolastici, le traiettorie di aggressività proattiva e reattiva risultano in realtà molto simili.

I livelli medi di delinquenza, invece, risultano piuttosto stabili nel tempo e né l'aggressività reattiva né quella proattiva risultavano legate ai livelli generali di delinquenza. Quest'ultimi aumentano dalla quinta alla settima classe, subiscono una diminuzione dalla settima all'ottava classe, per poi aumentare di nuovo dall'ottava alla nona classe. La correlazione tra aggressività proattiva e delinquenza risultava statisticamente significativa alla sesta, alla settima e alla nona classe. È probabile, quindi, che i bambini "a rischio" reagiscano con comportamenti aggressivi proprio davanti alle minacce sociali e alle esigenze della scuola media (sesta classe), e alla fine della terza media, quando si trovano ad affrontare le sfide del passaggio alle scuole superiori.

Conclusioni

I problemi di aggressività e di condotta rappresentano la più comune e persistente forma di disadattamento nell'infanzia (Campbell, 1995).

Negli ultimi anni i Servizi hanno registrato un rilevante incremento delle richieste in tal senso e questo va ad incidere notevolmente sul Sistema Socio-sanitario se si considera il costo finanziario richiesto dal trattamento e dalla riabilitazione in tale ambito. Alcuni autori, infatti, ritengono che il fenomeno dovrebbe essere considerato una problematica di salute pubblica di uguale o maggiore rilevanza rispetto al fumo, all'abuso di droga, alle gravidanze precoci e agli stili di vita a rischio (Bloomquist e Schnell 2002).

La letteratura rileva l'importanza di una diagnosi precoce dei comportamenti aggressivi e dei Disturbi della Condotta dal momento che, interventi precoci in tale ambito si sono dimostrati più efficaci (Fonagy, 1998), al contrario, questi disturbi si sono rivelati estremamente resistenti al trattamento soprattutto in adolescenza (Kazdin, 1993).

Efficaci interventi di prevenzione primaria e secondaria, dovrebbero quindi, essere basati sulla conoscenza dei principali fattori di rischio che predispongono il soggetto allo sviluppo futuro di problemi di aggressività e di condotta. Come è stato ampiamente esposto nel secondo capitolo, questi fattori possono essere di ordine *biologico* (difficoltà temperamentali precoci, maggiore incidenza nei maschi e specifici pattern di regolazione emozionale, iperattività e disturbi cognitivi); *familiare* (dipendenze o psicopatologie genitoriali, conflitti coniugali, interazioni caratterizzate da mancanza di responsività e scarsa contingenza ai segnali del bambino) o *psicosociale* (caratteristiche sociodemografiche tra cui la povertà, situazioni di sovraffollamento e stress familiari).

Numerosi autori sono concordi nel ritenere che tali disturbi devono essere studiati in una prospettiva di sviluppo (Costello & Angold 2000).

Nel terzo capitolo, infatti, sono state riportate alcune ricerche che si sono spinte in tale direzione. Bongers et al. (2004) nel loro studio hanno tentato di identificare gruppi di bambini ed adolescenti i cui comportamenti esternalizzanti seguono una simile traiettoria di sviluppo. I risultati hanno mostrato la presenza di percorsi di sviluppo simili tra i maschi e le femmine, nonostante quelli dei primi risultassero

sempre di livello più elevato. Gli autori, inoltre, hanno riscontrato la presenza di traiettorie decrescenti per i cluster dell'aggressività e dell'oppositività. Questo, in accordo con altri studi (Broidy et al., 2003; Campbell, 1995; Tremblay, 2000), indica che sia i maschi che le femmine manifestano un comportamento aggressivo principalmente nell'infanzia, e che questo tende a diminuire con l'avanzare dell'età. Anche Fite et al. (2008) hanno rilevato la presenza dell'aggressività proattiva e reattiva principalmente tra i più piccoli. Essi, inoltre, hanno riscontrato livelli più elevati di aggressività nel passaggio dalle scuole elementari alle medie e dalle medie alle superiori. Questo dato ci suggerisce che la transizione nelle scuole medie e nelle superiori costituisce un momento particolarmente critico per programmare un intervento. Inoltre, i risultati suggeriscono che l'aggressività proattiva e non reattiva, costituisce un predittore per la delinquenza. Sarebbe interessante per la ricerca futura, esaminare come l'aggressività proattiva e reattiva risultano correlate ad altre forme di comportamenti antisociali.

In conclusione possiamo dire che per evitare che tali problematiche comportamentali possono stabilizzarsi ed evolvere in forme sempre più gravi e croniche, è opportuno predisporre interventi precoci e su ampia scala che non si rivolgano solo al singolo individuo. Infatti, molte ricerche sostengono che alcuni trattamenti per i soggetti con problemi di condotta e aggressività, implicano anche interventi di terapia sui genitori, indirizzati a migliorare le loro pratiche educative (Kazdin, Holland e Crowley, 1997). Inoltre, la terapia multisistemica, ha mostrato un certo successo con bambini ed adolescenti multiproblematici (Huey et al., 2000); questa va oltre il nucleo familiare e il singolo bambino con problemi di aggressività e condotta e includere nel trattamento anche altri setting sociali importanti, quali il gruppo dei pari, la scuola e il vicinato (Isola, Mancini, 2007).

Bibliografia

- Achenbach, T.M. (1991). *Child Behaviour Checklist-Cross-Informant Version*. Burlington, VT: Thomas Achenbach.
- Aguilar, B., Sroufe, L.A., Egeland, B., Carlson, E. (2000). Distinguishing the early-onset/persistent and adolescent-onset antisocial behaviour types: from birth to 16 years. *Development and Psychopathology*, 12, 109-132.
- American Psychiatric Association. (1996). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali: DSM IV*. Masson, Milano.
- Barkley, R.A. (1997). *Bambini Provocatori. Manuale Clinico per la valutazione e il parent-training*. Guilford Press, New York.
- Barkley, R.A., Anastopoulos, A.D., Guevremont, D.G., Fletcher, K.F. (1992). Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: Mother-adolescent interactions, family beliefs and conflicts, and maternal psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 20, 263-288.
- Bloomquist, M.L., Schnell, S.V. (2002). *Helping children with aggression and conduct problems: best practices for intervention*. Guilford Press, New York.
- Bolger, K.E., Patterson, C.J., Thompson, W.W., Kupersmidt, J.B. (1995). Psychosocial adjustment among children experiencing persistent and intermittent family economic hardship. *Child Development*, 66, 1107-1129.
- Bongers, I.L., Koot, H.M., van der Ende, J., Verhulst, F.C. (2004). Developmental Trajectories of Externalizing Behaviors in Childhood and Adolescence. *Child Development*, 75, 1523-1537.

- Brendgen, M., Vitaro, F., Tremblay, R.E., Lavoie, F. (2001). Reactive and proactive aggression: Predictions to physical violence in different contexts and moderating effects of parental monitoring and caregiving behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 293-304.
- Broidy, L.M., Nagis, D.S., Tremblay, R.E., Bates, J.E., Brame, B., Dodge, K.A. et al. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behavior and adolescent delinquency: six-site, cross-national study. *Developmental Psychology*, 39, 222-245.
- Campbell, S.B. (1995). Behaviors problems in preschool children: a review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 113-149.
- Card, N.A., Little, T.D. (2006). Proactive and reactive aggression in childhood and adolescence: a meta-analysis of differential relations with psychosocial adjustment. *International Journal of Behavioral Development*, 30, 466-480.
- Celi, F., (2002). *Psicopatologia dello sviluppo*. McGraw-Hill, Milano.
- Chess, S. e Thomas, A. (1986). *Temperament in Clinical Practice*. The Guilford Press, New York.
- Cicchetti, D., Cohen, D. J. (a cura di), (1994). *Manual of development psychopathology*. John Wiley, New York.
- Coie, J.D., Dodge, K.A. (1998). Aggression and antisocial behavior, in W. Damon & N. Eisenberg (eds.). *Handbook of child psychology: Vol. 3, Social emotional, and personality development* (pp. 779-862), New York: Wiley.
- Coleman, P.K., Karraker, K.H. (1997). Self-efficacy and parenting quality. *Developmental Review*, 18, 47-85.
- Crick, N.R., Dodge, K.A. (1996). Social information processing mechanisms on reactive and proactive aggression. *Child Development*, 67, 993-1002.
- Cummings, E.M., Davies, P.T., Campbell, S.B. (2000). *Developmental psychopathology and family process: theory, research, and clinical implications*. Guilford Press, New York.
- Day, D., Bream, L.A., Pal, A. (1992). Proactive and reactive aggression: An analysis of subtypes based on teacher perceptions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 210-217.
- Di Pietro, M. (2007). *I problemi emotivi e comportamentali degli alunni*. Edizioni Carlo Amore, Roma.
- Dix, T., Lochman, J.E. (1990). Social cognition and negative reactions to children: a comparison of mothers of aggressive and non-aggressive boys. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 418-438.
- Dodge, K.A. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression, in Pepler, D.J., Rubin, K.H. (eds.), *The development and treatment of childhood aggression*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Dodge, K.A., Coie, J.D. (1987). Social-information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer group. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1146-1158.
- Dodge, K.A., Pettit, G.S., Bates, J.E. (1994). Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child Development*, 65, 649-665.
- Dodge, K.A., Lochman, J.E., Harnish, J.D., Bates, J.E., e Pettit, G.S. (1997). Reactive and proactive aggression in schoolchildren and psychiatrically impaired chronically assaultive youth. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 37-51.
- Edelbrock, C.S. (1989). *Childhood Conduct Problem: Developmental Considerations and a Proposed Taxonomy*. Worcester. University of Massachusetts Medical Center.
- Fite, P., Colder, C.R., Lochman, J.E., Wells, K.C. (2007). Pathways from proactive and reactive aggression to substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 355-364.
- Fite, P.J., Colder, C.R., Lochman, J.E., Wells, K.C. (2008). Developmental Trajectories of Proactive and Reactive Aggression from Fifth to Ninth Grade. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37 (2), 412-421
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., Target, M. (2005). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Frick, P.J., Lahey, B.B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M.A., Hanson, K. (1992). Familiar risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: Parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 49-55.
- Frick, P.J., Van Horn, Y., Lahey, B.B., Christ, M.A.G., Loeber, R., Hart, E.A., Tannenbaum, L., Hanson, K. (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a meta-analytic review of factors analyses and cross-validation in clinic sample. *Clinical Psychology Review*, 13, 319-340.

- Greist, D.L., Wells, K.C., Forehand, R. (1979). Examinations of predictors of maternal perceptions of maladjustment in clinic-referred children. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 277-281.
- Grych, J.H., Jouriles, E.N., Swank, P.R., McDonald, R., Norwood, W.D. (2000). Patterns of adjustment among children of battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 84-94.
- Harnish, J.D., Dodge, K.A., Valente, J. (1995). Mother-child interaction quality as a partial mediator of the roles of maternal depressive symptoms and SES in development of child behavior problems. *Child Development*, 66, 739-753.
- Hinshaw, S.P., Anderson, C.A. (1996). Conduct and oppositional defiant disorders. in Mash E.J., Barkley R.A. (eds.). *Child Psychopathology*. Guilford Press, New York.
- Holmbeck, G.N., Paikoff, R.L., Brooks-Gunn, J. (1995). Parenting adolescents, in M.H. Bornstein (ed.), *Handbook of parenting, Vol. 1* (pp. 91-118). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Huey, S.J., Henggeler, S.W., Brondino, M.J., Pickrel, S.G. (2000). Mechanisms of change in multisystemic therapy: reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 451-467.
- Isola, L., Mancini, F. (2007). *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*. FrancoAngeli, Milano.
- Jenkins, J.M., Smith, M.A. (1991). Marital disharmony and children's behavior problems: aspects of a poor marriage that affect children adversely. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 793-810.
- Kazdin, A.E. (1993). Treatment of conduct disorder: progress and directions in psychotherapy research. *Development and Psychopathology*, 5, 277-310.
- Kazdin, A.E. (1995). *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Sage, Thousand Oaks, CA.
- Kazdin, A.E., Holland, L., Crowley, M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination of child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16, 320-328.
- Keenan, K., Shaw, D. (1997). Developmental and social influences on young girl's early problem behavior. *Psychological Bulletin*, 121, 95-113.
- Lahey, B.B., Schwab-Stone, M., Goodman, S.H., Waldman, I.D., Canino, G., Rathouz, P.J., et al. (2000). Age and gender differences in oppositional behavior and conduct problems: a cross-sectional household study of middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 488-503.
- Levi, G. (a cura di). (1998). "Rischio psicosociale in età evolutiva. Rappresentazioni, problemi e proposte", Borla
- Loeber, R. (1988). Natural histories of conduct problems, delinquency, and associated substance use. In B.B. Lahey & A.E. Kazdin (eds.). *Advances in clinical child psychology* (Vol. 11, pp. 73-124). New York: Plenum Press.
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behaviour and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10, 1-42.
- Mahoney, A., Jouriles, E.N., Scavone, J. (1997). Marital adjustment, marital discord over child rearing, and child behavior problems: moderating effects of child age. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 415-423.
- McDermott, P.A. (1996). A nationwide study of developmental and gender prevalence for psychopathology in childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 53-66.
- McLoyd, V.C. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychology*, 53, 185-204.
- Moffitt, T.E., Caspi A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescent-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology*, 13, 355-375.
- Nigg, J.T., Hinshaw, S.P. (1998). Parent personality traits and psychopathology associated with antisocial behaviors in childhood attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 145-159.
- Olweus, D. (1980). Familiar and temperamental determinants of aggressive behavior in adolescent boys : a casual analysis. *Developmental Psychology*, 16, 644-660.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercitive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G.R., Forgatch, M.S., Yoerger, K.L., Stoolmiller, M. (1998). Variables that initiate and maintain early-onset trajectories of juvenile offending. *Development and Psychopathology*, 10, 531-547.
- Pearson, J.L., Ialongo, N.S., Hunter, A.G., Kellam, S.G. (1993). Family structure and aggressive behavior in a population of urban elementary school children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 504-548.

- Polman, H., Orobio de Castro, B., Koops, W., van Boxtel, H.W., Merk, W.W. (2007). A meta-analysis of the distinction between reactive and proactive aggression in children and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 522-535.
- Poulin, F., Boivin, M. (2000b). The role of proactive and reactive aggression in the formation and development of boy's friendships. *Developmental Psychology*, 36, 233-240.
- Poulin, F., Boivin, M. (2000a). Reactive and proactive aggression: Evidence of a two-factor model. *Psychological Assessment*, 12, 115-122.
- Prinstein, M.J., Cillessen, A.H.N. (2003). Forms and functions of adolescent peer aggression associated with high levels of peer status. *Merrill Palmer Quarterly*, 49, 310-342.
- Prior, M. (1992). Childhood temperament. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 249-279.
- Raine, A., Dodge, K.A., Loeber, R., Gatzke-Kopp, L., Lynam, D., Reynolds, C., et al. (2006). The reactive-proactive aggression questionnaire: Differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boy. *Aggressive Behavior*, 32, 159-171.
- Rapaport, J. L., Ismond, D. R. (2000). DSM-IV. Guida alla diagnosi dei disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza. Milano, Masson.
- Reef, J., Diamantopoulou, S., van Meurs, I., Verhulst, F., van der Ende, J. (2009). Child to adult continuities of psychopathology: a 24-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 230-238.
- Schachar, R., Wachsmuth, R. (1990). Oppositional Disorder in children: a validation study comparing Conduct Disorder, oppositional Disorder and normal control children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 1089-1102.
- Shaw, D.S., Vondra, J.I. (1995). Infant attachment security and maternal predictors of early behavior problems: a longitudinal study of low-income families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 335-357.
- Shields, A.M., Cicchetti, D. (2001). Parental maltreatment and emotional dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of Clinical Child Psychology*, 3, 349-363.
- Sobel, M.P., Ashbourne, D.R., Earn, B.M., Cunningham, C.E. (1989). Parent's attributions for achieving compliance from attention-deficit disorders children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 359-369.
- Thompson, L.L., Riggs, P.D., Mikulich, S.K., Crowley, T.J. (1996). Contribution of ADHD symptoms to substance problems and delinquency in conduct-disordered adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 325-347.
- Tremblay, R.E. (2000). The development of aggressive behavior during childhood: What have we learned in the past century?. *International Journal of Behavior Development*, 24, 129-141.
- Tremblay, R.E. (2003). Why socialization fails: The case of chronic physical aggression, in B.B. Lahey, T.E., Moffitt, T.E., Caspi, A. (eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (pp. 182-224), New York: Guilford.
- Tschann, J.M., Kaiser, P., Chesney, M.A., Alkon, A., Boyce, W.T. (1996). Resilience and vulnerability among preschool children: Family functioning, temperament, and behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 184-191.
- Vaden-Kiernan, N., Ialongo, N.S., Pearson, J., Kellam, S. (1995). Household family structure and children's aggressive behavior: a longitudinal study of urban elementary schoolchildren. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 553-568.
- Vitaro, F., Brendgen, M. (2005). Proactive and reactive aggression: a developmental perspective, in R.E. Tremblay, W.W. Hartup & J. Archer (eds.). *Developmental origins of aggression* (pp. 178-201). New York: Guilford.
- Vitaro, F., Gendreau, P.L., Tremblay, R.E., Oligny, P. (1998). Reactive and proactive aggression differentially predict later conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 377-385.
- Vitaro, F., Brendgen, M., Barker, E.D. (2006). Subtypes of aggressive behaviors: a developmental perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 30, 12-19.
- Vitaro, F., Brendgen, M., Tremblay, R.E. (2002). Reactively and proactively aggressive children: Antecedent and subsequent characteristics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 495-505.
- Wahler, R.G. (1980). The insular mother: her problems in parent-child treatment, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 207-219.

White, J., Moffit, T., Earls, F., Robins, L. (1990). Preschool predictors of persistent conduct disorder and delinquency. *Criminology*, 28, 443-454.

Emanuela Pandolfi

Psicologa, Psicoterapeuta. Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC

Specializzata a Roma, training Isola-Reda

email: emanuela.pandolfi@alice.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:

psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it