

CASO CLINICO

BAMBINO CON DISTURBO OPPOSITIVO-PROVOCATORIO

1. Inquadramento storico e teorico del DOP	p. 4
2. Quadro sintomatologico	p. 7
2.1 Classificazione dei disturbi d'ansia secondo il DSM-IV-TR	p. 11
2.2 DSM-IV-TR e DSM-V a confronto	p. 14
2.3 Classificazione secondo l'ICD-10	p. 16
3. Incidenza e prevalenza	p. 17
4. Strumenti diagnostici	p. 19
4.1 Questionari e scale di valutazione	p. 20
4.2 Il colloquio clinico con i genitori	p. 26
4.3 Il colloquio clinico con il bambino e l'adolescente	p. 28
5. Diagnosi differenziale	p. 29
6. Teorie eziopatogenetiche	p. 32
7. Principi di trattamento	
psicoterapeutico e farmacologico	p. 45
8. Il coinvolgimento dei genitori nella terapia	p. 50
9. Efficacia della terapia	p. 53
10. Prevenzione delle ricadute	p. 58
Bibliografia	p. 65

CASO CLINICO

1. Invio e informazioni generali	p. 74
2. Assessment	p. 75
2.1 Raccolta di informazioni con i genitori	p. 75

2.2 Raccolta di informazioni con le insegnanti	p. 77
2.3 Colloquio con il bambino	p. 77
2.4 Esordio	p. 78
2.5 Vulnerabilità Storica	p. 79
2.6 Vulnerabilità Attuale	p. 80
2.7 Interviste e test somministrati	p. 81
3. Valutazione della relazione genitore-bambino e storia dell'attaccamento	p. 84
4. Diagnosi secondo DSM-IV-TR	p. 85
4.1 Diagnosi differenziale	p. 86
4.2 Concettualizzazione clinica del caso	p. 88
5. Contratto terapeutico	p. 91
6. Relazione terapeutica con Claudio	p. 92
7. Relazione terapeutica con i genitori	p. 93
8. Trattamento	p. 93
9. Prevenzione delle ricadute	p. 112
10. Esito	p. 114
11. Follow up a tre mesi	p. 115
Appendice I. Materiale fornito al bambino, ai genitori e agli insegnanti	p. 117
Appendice II. Stralci di dialogo clinico con il bambino	p. 118

1. INQUADRAMENTO STORICO E TEORICO DEL DISTURBO OPPOSITIVO-PROVOCATORIO

Nell'ambito della psicopatologia dell'età evolutiva, il disturbo oppositivo-provocatorio è un esempio tipico di complessità diagnostica ed interpretativa. Tutti i bambini infatti, possono essere scontrosi e capricciosi, però in quelli con il disturbo oppositivo-provocatorio queste caratteristiche si presentano amplificate tanto da arrivare a compromettere, in maniera significativa, il loro inserimento sociale. Il problema consiste proprio nello stabilire il punto in cui i comportamenti superano la soglia della normalità e dell'accettabilità.

I comportamenti sociali, infatti, consistono di un elevatissimo numero di variabili e sono il risultato di una rete di interazioni che difficilmente possono essere spiegate con un unico fattore (Farruggia et al., 2008).

La psicologia evolutiva non ha dubbi nel ritenere che l'aggressività sia un tratto stabile e che la tendenza a manifestarla, nel bambino, sia un buon predittore per la sua persistenza in adolescenza, ma è innegabile che questa affermazione sarebbe riduttiva se non venissero contemplate anche le componenti culturali, familiari, socio-economiche e i vantaggi che essa può comportare: ciascuno di questi aspetti non soltanto può fare la differenza, ma può valere a modificare il modo e lo stile con i quali il singolo individuo può esprimere la propria aggressività. Galimberti (1994) definisce l'aggressività come una tendenza che può essere presente in ogni comportamento, o fantasia volta all'etero o autodistruzione, oppure all'autoaffermazione. Anche in questo caso però, la ricerca di una definizione univoca del termine "aggressività" risulterebbe molto difficile perché, a seconda dell'approccio teorico attraverso cui la si leggerebbe, se ne ricaverebbero interpretazioni molto diverse.

Se poi si considera che il disturbo oppositivo-provocatorio del bambino si manifesta generalmente con “sintomi” semplici (crisi di collera, disobbedienza, ecc.), si rischia di elaborarne un’interpretazione riduttiva ed errata.

Dal punto di vista storico non si può fare a meno di rilevare che nel passato alcuni comportamenti che oggi sarebbero considerati irregolari, erano ritenuti normali in quanto i criteri per valutarne l’adeguatezza erano assai diversi dai nostri.

Schindler (1994), che ha studiato la cultura giovanile nei cantoni svizzero-tedeschi nel XVI secolo, nota che anche allora esisteva il problema dei “ragazzacci della notte”, così come numerose erano le lamentele dei cittadini. Vico (1988), analizzando il rapporto tra educazione e devianza mette in evidenza che, nel corso dell’ultimo secolo, si è avuta la netta prevalenza dell’etica del controllo da parte di un mondo adulto centrico e ciò ha causato la nascita di una vera e propria “cultura della devianza”. A tal proposito, è opportuno citare le interpretazioni di stampo psicoanalitico di Redl e Wineman (1965) secondo cui alla base di tale disturbo vi sarebbe una tipica concatenazione di eventi:

- questi bambini (disadattati e oppositivi) hanno una bassa tolleranza alla frustrazione, ridotte capacità di sublimazione, non sanno trattenere gli impulsi per una soddisfazione immediata dei desideri;
- quindi non hanno appreso a proiettarsi nell’immediato futuro, sono mal preparati a subire il fallimento senza dimostrare rabbia e delusione;
- hanno desideri deboli e confusi ed interpretano anche le minime limitazioni poste loro dagli adulti come forme di rifiuto affettivo;

- hanno evidenti disturbi nella sfera delle relazioni tra Io e Super-Io, frequenti sentimenti di colpa, ridotta responsabilità e minima capacità di resistere alle tentazioni.

Anche nel trattato di Ajuriaguerra (1976) il disturbo oppositivo-provocatorio viene considerato alla luce della sua caratteristica peculiare, ovvero l'aggressività intesa non soltanto come pulsione fisiologica ma anche come modo di comunicazione. Ampi infatti sono i riferimenti a Lorenz, Tinbergen e Fromm. Fanno eccezione le reazioni esplosive che vengono interpretate come fenomeni endogeni, spesso dovuti a patologia. Lorenz in particolare, aveva definito l'aggressività come insita nella natura stessa dell'uomo, attirando perciò le critiche di sociologi, psicologi e psichiatri. Egli elaborò la teoria dell'«appetenza», secondo cui negli animali ci sarebbe un meccanismo interno dove si accumula l'aggressività, e che ad un certo livello costringe l'animale a sfogarla. Per Lorenz, come la fame comporta l'esigenza di nutrirsi, la mancanza di sfoghi aggressivi fa crescere il bisogno di combattere. La pulsione aggressiva è pronta a liberarsi se sollecitata da stimoli appropriati, ed è un istinto di conservazione della specie anche quando viene esercitata verso gli appartenenti della propria stessa specie, attraverso la delimitazione del territorio e la distribuzione degli individui nello spazio vitale disponibile, nonché tramite la selezione del più forte e del miglior capofamiglia (Rifkin, 2010).

La Bender (1953) afferma come le condotte oppositive del bambino siano sempre determinate da paura, angoscia, frustrazione e carenza a meno che non siano sostenute da una condizione di ritardo mentale. L'interpretazione di Cohen (1969) fa ruotare l'intera questione sulla coppia impulso/controllo: ogni forma di oppositività è dovuta ad una disfunzione di questo equilibrio, sia per l'eccesso o l'insufficienza di uno dei termini, sia per l'inadeguatezza di entrambi.

Concludendo, possiamo affermare che fino a tempi abbastanza recenti, il disturbo oppositivo-provocatorio, sebbene “clinicizzato”, ha ricevuto interpretazioni essenzialmente psicologiche. Non si può tuttavia negare che, almeno dal punto di vista tipologico, esistano bambini-problema, e che una percentuale di costoro diventino adulti-problema.

2. QUADRO SINTOMATOLOGICO

Il disturbo oppositivo-provocatorio è una patologia 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.

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 disturbo oppositivo-provocatorio non era sufficientemente distinguibile dal comportamento dei bambini normali, l'American Psychiatric Association ha aumentato il numero dei sintomi richiesti per la diagnosi, che sono così passati dai due del DSM-III, ai cinque del DSM-III-R tra i quali: “spesso bestemmia o usa un linguaggio osceno”, che è stato poi eliminato nel DSM-IV che presentava quattro sintomi (Despinoy, 2001). 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 autocontrollo, ed è per questo motivo che manifesta segni di ribellione ogni volta che 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, inizia a correre e fa cadere gli oggetti, rompendoli, per la curiosità di scoprire come sono fatte le cose all'interno.

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 (Despinoy, 2001).

Rispetto ai bambini della stessa età mentale questi soggetti presentano un'aggressività 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 e non rispettano gli orari. La loro aggressività non è esclusivamente reattiva, ma amano provocare, sfidare gli altri, disturbare volontariamente, senza mostrare tuttavia alcun tipo di violenza (Mastroeni, 1997).

Questi bambini inoltre, non si giudicano responsabili dei loro errori e ne attribuiscono le colpe ad altri e quindi, 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 disturbo oppositivo-provocatorio potrebbero manifestarsi, soprattutto nella fase iniziale, soltanto all'interno delle mura domestiche,

ma di solito, successivamente cominciano ad interessare anche l'ambiente esterno. Dapprima vengono coinvolte le persone che il bambino conosce meglio, come i compagni di gioco, ma in seguito è probabile che gli atteggiamenti aggressivi vengano rivolti, indistintamente, a tutte le persone che cercheranno di instaurare un rapporto con loro (Di Scipio & Romani, 2001).

Se le prime manifestazioni del disturbo si manifestano già 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 e la loro oppositività finisce con il condizionare l'attività didattica dell'intera classe.

Anche se dotati di un normale livello intellettuale, spesso essi non ottengono buoni risultati, in quanto sono penalizzati dalle loro condotte, manifestando la loro incapacità di conformarsi alle regole anche nelle relazioni tra pari, come i lavori di gruppo o le attività ricreative.

Il bambino oppositivo-provocatorio può interferire negativamente in qualsiasi tipo di attività, anche se ben organizzata. Scatena risate generali, innervosisce i compagni, ribalta le sedie e assume un atteggiamento di passivo rifiuto nei confronti di chiunque cerchi di avvicinarsi. Mette in atto una sorta di resistenza verbale, pronunciando frasi del tipo "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 poi scoppiare a ridere proprio nel momento in cui si credeva di averlo intimorito (Colvin, Ainge, & Nelson, 1998).

Da quanto detto finora si desume che i bambini oppositivo-provocatorii 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 bambini 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.

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

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

Gli amici ovviamente, si stancano presto di queste prepotenze e iniziano anche ad aver paura delle loro reazioni improvvise ed esageratamente aggressive, così cominciano ad evitare la loro compagnia e pian piano li allontanano dal gruppo. Questo rifiuto da parte dei coetanei non farà altro che aggravare ancora di più la loro condizione.

In altre parole si verrà a creare una sorta di circolo vizioso: a causa della loro incapacità di adattamento, i soggetti oppositivo-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 (Farmer, 2001).

Nicole Fabre (2001) 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 con disturbo oppositivo-provocatorio 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. È bene allora, 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.

Rivolgendo l’attenzione al contesto familiare vediamo che, come sostengono Patterson et al. (1989), il bambino oppositivo-provocatorio ha una bassa considerazione di se stesso che nasce proprio nell’ambiente domestico. Il rapporto che questi bambini hanno con i loro parenti è molto complesso. Sono gli stessi genitori ad attribuire ai loro figli delle etichette e 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 se stesso ogni qual volta si sentirà abbandonato da qualcuno.

2.1 Classificazione del disturbo oppositivo provocatorio secondo il DSM-IV-TR

Il DSM-IV-TR stabilisce i seguenti criteri per la diagnosi di disturbo oppositivo-provocatorio:

- A.** Una modalità di comportamento negativistico, ostile, e provocatorio che dura da almeno 6 mesi, durante i quali sono stati presenti 4 (o più) dei seguenti sintomi:
1. spesso va in collera;
 2. spesso litiga con gli adulti;
 3. spesso sfida attivamente o si rifiuta di rispettare la/le richieste o regole degli adulti;
 4. spesso irrita deliberatamente le persone;
 5. spesso accusa gli altri per i propri errori o il 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 paragonabili per età e livello di sviluppo.

- B.** L'anomalia del comportamento causa compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.
- C.** I comportamenti non si manifestano esclusivamente durante il decorso di un Disturbo Psicotico o di un Disturbo dell'Umore.
- D.** Non sono soddisfatti i criteri per il Disturbo della Condotta, e, se il soggetto ha 18 anni o più, non risultano soddisfatti i criteri per il Disturbo Antisociale di Personalità (APA, 2000).

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 negativistici possono essere una manifestazione della sua transitoria instabilità emotiva.

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 oppostive 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 (Fonzi, 2001).

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

Il decorso è variabile e dipende da diversi fattori:

- la gravità del problema;
- la presenza di disturbi concomitanti;
- l’integrità della famiglia.

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 in quanto non soddisfano più i criteri del DSM-IV-TR (Kaplan et al., 1998). Non è chiaro, però, quanti di questi soggetti, erano stati erroneamente diagnosticati e quanti, invece,

sono andati incontro ad una guarigione. È stato provato ad ogni modo, che interventi terapeutici tempestivi e di 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 et al. (1999), su di una popolazione di bambini con disturbo oppositivo-provocatorio, 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. Nei bambini in cui la diagnosi persiste, i comportamenti oppositivi, ostili e provocatori potranno restare stabili nel tempo ma, nei casi più gravi, potranno anche evolversi, portando il bambino alla violazione dei diritti altrui.

2.2 DSM-IV-TR e DSM-V a confronto

Nel DSM-V (APA, 2013) il disturbo oppositivo-provocatorio è inserito nella categoria "Disordini della Disregolazione Emotiva con Comportamenti Distruttivi". I sintomi che rientrano in tale categoria intendono distinguere i bambini caratteriali da quelli con un danno grave che necessita attenzione clinica. Essi sono caratterizzati da gravi e ricorrenti scoppi di collera sproporzionati in intensità o durata rispetto alla situazione. Questi si verificano, in media, tre o più volte alla settimana per un anno o più.

I bambini con disordini della disregolazione emotiva mostrano un umore persistentemente irritabile o arrabbiato per la maggior parte del giorno e quasi ogni giorno, che è osservabile da genitori, insegnanti o coetanei. La diagnosi richiede che i sintomi di cui sopra siano presenti in almeno due situazioni (a casa, a scuola, o con i coetanei) per 12 o più mesi, e che

i sintomi devono essere gravi in almeno una di queste situazioni. Durante questo periodo, il bambino non deve aver trascorso tre o più mesi consecutivi senza sintomi.

L'insorgenza dei sintomi deve avvenire prima dei 10 anni, e una diagnosi di disordini della disregolazione emotiva non deve essere fatta per la prima volta prima dei 6 anni o dopo i 18 anni.

Il disturbo oppositivo-provocatorio è caratterizzato da una modalità continuativa di disobbedienza giustificata dalla rabbia, da un comportamento ostile e insolente verso le figure autorevoli che vanno oltre i limiti del normale comportamento infantile. Mentre alcuni dei suoi sintomi possono sovrapporsi ai criteri per i disordini della disregolazione emotiva, la soglia per il sintomo di questi disordini è più elevata poiché la condizione è considerata più grave. Per evitare qualsiasi comorbidità artificiale tra i due disturbi, si raccomanda che i bambini che soddisfano i criteri sia per il disturbo oppositivo-provocatorio sia per i disordini della disregolazione emotiva dovrebbero essere diagnosticati solo con i Disordini della Disregolazione Emotiva.

Il DSM-V inoltre, suddivide gli otto criteri del disturbo oppositivo-provocatorio elencati nel DSM-IV-TR in tre categorie distinte:

- 1) umore rabbioso/irritabile;
- 2) comportamento ostinato/oppositivo;
- 3) comportamento vendicativo.

La nuova diagnosi del DSM-V è stata introdotta solo dopo:

- una revisione completa della letteratura scientifica;
- una discussione completa da parte dei membri del gruppo di lavoro;
- un attento esame da parte della DSM-5 Task Force (il Comitato Scientifico Review e il Comitato Clinica e Sanità Pubblica);

- l'approvazione da parte del Consiglio dell'APA.
- la revisione e i feedback da parte di altri medici della salute mentale.

2.3 Classificazione secondo l'ICD-10

Nell'ICD-10 il disturbo oppositivo-provocatorio viene classificato all'interno della sezione "Sindromi e Disturbi comportamentali ed emozionali ad esordio nell'infanzia e nell'adolescenza" (F90-F92).

L'ICD-10 pertanto, differenzia le seguenti tipologie cliniche (OMS, 1992):

- Sindromi ipercinetiche (F90);
- Disturbo della Condotta con introduzione di sottocategorie diagnostiche (F91):
 - Disturbo della condotta limitato al contesto familiare (F91.0);
 - Disturbo della condotta con ridotta socializzazione (F91.1);
 - Disturbo della condotta con socializzazione normale (F91.2);
 - Disturbo oppositivo provocatorio (F91.3): caratterizzato da un comportamento persistente, ripetitivo e marcatamente ostile, oppositivo e provocatorio, in assenza di attività antisociali e aggressive. Il comportamento scorretto si manifesta verso adulti e bambini con rapporti di confidenza. Le manifestazioni più frequenti sono: sfide, provocazioni, scontri verbali e insulti, opposizioni alle regole e alle richieste di partecipazione, facile irritabilità, atteggiamenti negativizzanti, insolenti e offensivi.

I criteri diagnostici dell'ICD-10 per il Disturbo Oppositivo Provocatorio sono i seguenti:

- 1) si tratta di un Disturbo della Condotta che si verifica abitualmente nei bambini di età inferiore a 9 o 10 anni ed è caratterizzato da comportamento marcatamente provocatorio e disobbediente che non include atti di delinquenza o manifestazioni aggressive o antisociali estreme;
- 2) devono essere soddisfatti tutti i criteri per F91 (Disturbi della Condotta) ad eccezione delle violazioni delle norme sociali; neppure un comportamento marcatamente molesto o impertinente è sufficiente per la diagnosi.

3. INCIDENZA E PREVALENZA

Il disturbo oppositivo-provocatorio si riscontra con maggior prevalenza tra i maschi sotto i 18 anni in percentuali che variano tra il 6% e il 16% (nelle femmine tra il 2% e il 9%) (Speranza, 2001). Queste percentuali variano molto a seconda del campione che si sceglie o con cui si lavora (variazioni su base geografica, socioeconomica e razziale).

Farruggia et al. (2008) segnalano che la frequenza del disturbo nei paesi occidentali varia tra il 5% e il 10% nei soggetti di età compresa tra gli 8 e i 16 anni.

La frequenza del disturbo è maggiore nelle famiglie in cui un genitore presenta un disturbo antisociale ed è più comune nei figli di genitori biologici con dipendenze da alcool, disturbi dell'umore, schizofrenia, o di genitori con una storia di disturbo da deficit di attenzione e iperattività o di disturbo della condotta. Inoltre questo disturbo è frequentemente associato a condizioni ambientali e psicosociali sfavorevoli: povertà,

disoccupazione, sovraffollamento, frequente cambiamento di residenza, frequente ricorso ai servizi sociali.

Una valutazione dell'ambiente domestico rileva che, i soggetti con disturbo oppositivo-provocatorio, 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 sia a livello fisico (Lambruschi, 2007).

L'esordio può essere precoce, intorno ai 5-6 anni, ma più spesso si verifica in età successive. L'esordio precoce tende ad essere predittivo di una prognosi peggiore e di un aumentato rischio di disturbo antisociale e di disturbi correlati ad abuso di sostanze in età adulta. Tali individui sono anche a rischio di successivi disturbi dell'umore o d'ansia e di disturbi somatoformi. Le ricerche indicano l'importanza di diagnosticare precocemente i comportamenti aggressivi e il disturbo oppositivo-provocatorio, dal momento che gli interventi precoci si sono dimostrati i più efficaci in quest'ambito, mentre tali disturbi si sono rivelati estremamente resistenti al trattamento soprattutto in adolescenza. Un esordio dopo i sedici anni è molto raro in entrambi i sessi (Kazdin, 1997).

Alcuni studi hanno indicato che i predittori del disturbo oppositivo-provocatorio nell'infanzia sono simili a quelli che vengono indicati nelle età successive (Shaw, Keenan & Vondra, 1994): l'aggressività e i pattern comportamentali negativi identificano in maniera attendibile e precoce il disturbo oppositivo-provocatorio. È inoltre improbabile che i bambini che non hanno mostrato comportamenti aggressivi nella prima infanzia sviluppino livelli elevati di aggressività nelle età successive (Shaw, Gilliom & Giovannelli, 2000).

Molti studi longitudinali infine, hanno evidenziato che l'evoluzione naturale più frequente del disturbo oppositivo-provocatorio è, nel 75%

dei maschi, verso comportamenti delinquenti, antisociali e di abuso di sostanze stupefacenti; nell'11% delle donne, verso una patologia di tipo ansioso-depressivo (Muratori & Milone, 2001).

4. STRUMENTI DIAGNOSTICI

La valutazione diagnostica si propone due scopi principali:

- a) **identificazione del problema.** Lo psicologo è chiamato a decidere, in base ai dati raccolti, se la situazione del bambino è tale da rientrare in una particolare categoria diagnostica. Per questo è opportuno raccogliere informazioni da diverse fonti, al fine di verificare se il problema esiste veramente o se effettivamente si tratta di un problema del bambino, oppure se invece è solo un problema dei genitori o degli insegnanti.
- b) **analisi del problema.** Occorre identificare le particolari aree disfunzionali, gli specifici comportamenti disadattivi e i meccanismi cognitivi da modificare attraverso il trattamento.

Vi sono tre caratteristiche principali dello sviluppo del bambino che hanno rilevanza sia per la valutazione diagnostica che per l'intervento terapeutico (Kendall, Lerner e Craighead, 1984).

Il bambino va considerato come:

- “*struttura*” che viene influenzata dall'ambiente, ma che a sua volta ha la possibilità di influenzare l'ambiente attraverso l'interazione sociale;
- “*elaboratore di informazioni*” in grado di perfezionare rapidamente l'abilità di interpretare e rappresentare gli stimoli provenienti dall'ambiente, oltre che di reagire ad essi;

- “*organizzatore del suo ambiente*” che può effettuare delle scelte che modellano il suo mondo creandogli nuove opportunità di azione.

Alla luce di tali considerazioni, il bambino non deve essere considerato come un ricettacolo passivo di stimoli. Le competenze e le abilità con cui egli effettua le sue decisioni si modificano progressivamente con il passare del tempo. Tali cambiamenti determinano differenze tra un bambino e l'altro, ma esse sono dovute alla particolare fase di sviluppo raggiunta più che alla semplice differenza d'età. Per questo è più corretto e rilevante, ai fini di una valutazione diagnostica, esaminare bambini e adolescenti considerando non solo l'età cronologica, ma anche il livello di sviluppo raggiunto sul piano cognitivo, emotivo e fisico (Kendall & Di Pietro, 1995).

Una valutazione diagnostica esaustiva dovrebbe includere rilevazioni sugli aspetti comportamentali, cognitivi e fisiologici, oltre ai dati riguardanti il contesto in cui il problema si manifesta. Il primo passo allora consiste nel raccogliere le informazioni generali sul bambino e il suo ambiente (dati sulla nascita e la crescita, sulla famiglia, sulla scuola), per poi focalizzare l'attenzione sulle specifiche modalità di reazione. Ciò avviene mediante un colloquio clinico con i genitori (ed eventualmente con altri membri del nucleo familiare), un colloquio con il bambino e la somministrazione di vari strumenti d'indagine e raccolta dati (questionari, scale, checklist, schede di monitoraggio).

4.1 Questionari e scale di valutazione

- *K-SADS-PL/Kiddie Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia. Present and Life-time version (Kaufman, Birmaher, Rao & Ryan, 2004)*. È un'intervista diagnostica semi-strutturata per

la valutazione dei disturbi psicopatologici (passati e attuali) in bambini e adolescenti tra i 6 e i 17 anni secondo i criteri del DSM-IV. Consente di ottenere un punteggio complessivo che tiene conto di tutti i dati raccolti dalle varie fonti disponibili (familiari, bambini, insegnanti, pediatri, ecc.). Essa è composta da:

- Un'intervista introduttiva non strutturata che permette di raccogliere i dati della famiglia e la storia del bambino, sia medica che di sviluppo. Inoltre sono indagati adattamento scolastico e relazioni sociali. Questa parte fornisce una misura del funzionamento quotidiano del minore.
 - Un'intervista diagnostica di screening. Il terapeuta, sulla base del colloquio con i genitori, della richiesta e dell'invio ricevuto, somministra l'intera intervista o solo alcune parti. La diagnosi è data dalla concorrenza di più sintomi all'interno di un determinato cluster. L'indagine avviene secondo una serie di domande che il terapeuta può porre al genitore o al minore, ma in modo non rigido.
 - Una checklist per la somministrazione dei supplementi diagnostici.
 - Cinque supplementi diagnostici (disturbi dell'umore, disturbi psicotici, disturbi d'ansia, disturbi da deficit di attenzione e da comportamento dirompente, abuso di sostanze) per ciascuno dei quali sono forniti i criteri richiesti dal DSM. I supplementi hanno lo scopo di delineare meglio la diagnosi e valutare eventuali disturbi secondari o associati.
- *CDI/Children Depression Inventory (Kovacs, 1981)*. È un questionario di autovalutazione della depressione somministrabile a soggetti di età compresa tra gli 8 e i 17 anni. È composto da 27 item, aventi lo scopo di evidenziare una varietà di sintomi depressivi quali umore negativo, incapacità di provare piacere, bassa autostima, ritiro

dalle attività sociali. Ogni item prevede tre possibilità di risposta e il soggetto deve scegliere quella che più si adatta alla sua situazione in base ai sentimenti e ai pensieri avuti nelle ultime due settimane. È stata effettuata una validazione italiana di tale strumento somministrandolo ad una campione di alunni delle scuole elementari e medie residenti nel comune di Roma (Camuffo, Cerutti, Lucarelli & Mayer, 1985; Camuffo, De Giorgis & Mayer, 1985).

- *CBCL/Children Behavior Checklist* (Achenbach, 1991). È un questionario che consente di indagare le competenze sociali e i problemi comportamentali dei bambini di età compresa fra i 4 e i 18 anni. È strutturata sotto forma di questionario che può essere compilato dal genitore, dall'insegnante (TRF) o dal ragazzo stesso (YSR). Al fine di costruire un profilo comportamentale generale del ragazzino, la scala CBCL contiene 113 item relativi ad una vasta gamma di problemi manifestati dai soggetti di età compresa fra i 4 e 18 anni. Il questionario consente di ottenere informazioni sulle competenze dimostrate dal soggetto nelle attività sportive, scolastiche, sociali e sulla capacità di giocare e lavorare da solo; permette inoltre di mettere in luce eventuali problematiche quali la depressione, l'ansia, l'aggressività, la disattenzione e l'impulsività manifestate dal bambino. Dal questionario CBCL si possono ottenere tre tipi di profili: il profilo delle competenze (Competence Scale), il profilo psicologico e/o psicopatologico (Syndromes Scale) e il profilo di valutazione (Oriented Scales).
- *TAD/Test dell'ansia e depressione nell'infanzia e adolescenza* (Newcomer, Barenbaum & Bryant, 2010). Il test fornisce tre fonti di dati sui pensieri, le emozioni e il comportamento: le valutazioni da parte di insegnanti, genitori (o di chi ne fa le veci) e dei ragazzi stessi. Le informazioni che provengono da queste tre diverse

prospettive fanno luce sul mondo interiore del ragazzo e rivelano l'entità dei suoi problemi nel suo ambiente, cioè a scuola e a casa. Il TAD infatti è composto di tre scale:

- Scala A: scala di valutazione per l'alunno. Contiene 22 item: 11 misurano la depressione e 11 l'ansia. È una scala Likert a quattro punti e la maggioranza degli item rappresenta pensieri e sentimenti piuttosto che comportamenti;
 - Scala I: scala di valutazione per l'insegnante. Contiene 20 item: 13 per la depressione e 7 per l'ansia. Si avvale di una struttura vero/falso per identificare la presenza di un comportamento o atteggiamento. Gli item si focalizzano su atteggiamenti e comportamenti strettamente correlati al processo di apprendimento;
 - Scala G: scala di valutazione per i genitori. Contiene 28 item formulati in modo positivo o negativo e usa anch'essa una struttura vero/falso. Misura tre dimensioni, anziché due: depressione (13 item), ansia (8 item) e disadattamento sociale (7 item), ovvero l'incapacità dei ragazzi di mettersi in relazione con gli altri;
- *SAT/Separation Anxiety Test* (Attili, 2001). È un test semi-proiettivo, indirizzato a bambini e adolescenti, che si propone di misurare le caratteristiche di personalità e i possibili risvolti psicopatologici relativi a eventuali separazioni dai genitori o da altre figure di attaccamento. Il test nella sua versione originale è stato proposto dall'americano Henry G. Hansburg nel 1972, al fine di effettuare una valutazione delle reazioni dei soggetti preadolescenti e adolescenti (fascia di età compresa tra 11 e 17 anni) rispetto alla separazione dai loro caregiver. L'ultima revisione è stata effettuata nel 2001 dalla dottoressa Attili, docente presso l'Università la Sapienza di Roma. In

quest'ultima versione, il test si adatta a soggetti di età compresa tra 4 e 17 anni e le fotografie della versione originale sono state sostituite da vignette i cui protagonisti hanno espressioni del volto neutre. La recente versione del SAT prevede due serie di immagini in base al sesso del soggetto, costituite da sei vignette ciascuna. Di queste sei immagini, tre hanno per oggetto separazioni brevi, definite da Bowlby situazioni moderate, mentre le altre tre rappresentano separazioni più lunghe, definite severe. Il test prevede che le due tipologie di scene vengano presentate alternativamente, al fine di non caricare eccessivamente il soggetto di emozioni negative e ansiogene.

- *TRS/Conner's Teacher Rating Scale* (Conners et al., 1969). È un questionario diretto agli insegnanti composto da 39 item, volti a comprendere i problemi attentivi e i comportamenti problematici e gravemente non collaborativi. Esiste anche una versione per i genitori, il *Parent Symptom Questionnaire (PSQ)*, che indaga tutte le aree di difficoltà ed è composta da 48 item, di cui 10 riguardano i sintomi relativi all'iperattività/impulsività e disattenzione, mentre i rimanenti indagano i problemi di apprendimento, l'aggressività e problemi comportamentali, problemi psicosomatici e problemi legati all'ansia. Per entrambe le scale è chiesto di esprimere quanto spesso o con quale gravità il bambino manifesta il dato problema.
- *DBD/Distruptive Behaviour Disorder Rating Scale* (Pelham, 1992).
Le versioni validate italiane sono:
 - la scala *SCOD-G (Scala di valutazione dei Comportamenti Dirompenti)* nella versione per Genitori;
 - la scala *SCOD-I (Scala di valutazione dei Comportamenti Dirompenti)* nella versione per insegnanti.

È un questionario che contiene i 42 sintomi elencati nel DSM-IV-TR relativi al disturbo da deficit d'attenzione/iperattività, 8 sintomi del disturbo oppositivo provocatorio e 16 sintomi del disturbo di condotta. (Marzocchi et al., 2001; 2003). Al genitore e all'insegnante viene chiesto di esprimere la frequenza di comparsa dei sintomi elencati su una scala a 4 punti.

- *SDQ/Strengths and Difficulties Questionnaire* (Marzocchi e al., 2002). È uno strumento di valutazione per i disturbi del comportamento. Questo “Questionario sui punti di forza e debolezza” è un utile ausilio per identificare le problematiche psicologiche infantili da parte di insegnanti e genitori.
- *WISC-III-R/Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised* (Wechsler, 1991). È una scala finalizzata a valutare l'efficienza intellettiva attraverso prove verbali, numeriche e di performance tali da misurare abilità di natura diversa attraverso 13 subtest. I subtest sono:
 - completamento di figure;
 - informazioni;
 - cifrario;
 - somiglianze;
 - storie figurate;
 - aritmetica;
 - disegno con cubi;
 - vocabolario;
 - ricostruzione di oggetti;
 - comprensione;
 - ricerca di simboli;
 - memoria di cifre;
 - labirinti.

La performance del bambino è sintetizzata in tre punteggi che forniscono una valutazione delle abilità intellettive:

- QI verbale (QIV): dato dalla somma dei punteggi ponderati dei 5 subtest verbali;
- QI di performance (QIP): dato dalla somma di punteggi ponderati dei 5 subtest di performance;
- QI totale (QIT): dato dalla combinazione dei punteggi ai subtest verbali e di performance.

In più vengono forniti quattro Quozienti di Deviazione Fattoriale (QDF):

- comprensione verbale (CV);
- organizzazione percettiva (OP);
- libertà dalla distraibilità (LD);
- velocità di elaborazione (VE).

4.2 Il colloquio clinico con i genitori

Il primo colloquio con i genitori consente di raggiungere i seguenti obiettivi (Grieger e Boyd, 1983):

- ottenere dati descrittivi sul problema del bambino e su come i genitori lo percepiscono;
- ottenere informazioni sul ruolo svolto dai genitori nell'evoluzione e nel mantenimento del problema;
- ricerca dei fattori precipitanti e degli eventi di vita familiare stressanti;
- descrizione di situazioni specifiche in cui si presenta il problema, indagando durata, intensità e frequenza (Antecedenti);
- descrizione del o dei comportamenti problematici del bambino;

- descrizione delle reazioni dei genitori al comportamento-problema (identificazione dei circoli viziosi di mantenimento del problema);
- analisi su come i genitori percepiscono e valutano il problema del figlio (individuazione di convinzioni irrazionali);
- valutazione dello stile relazionale-educativo della famiglia;
- valutazione della presenza di precedenti analoghi in famiglia;
- valutazione dei tentativi di soluzione messi in atto per risolvere il problema.

Dopo aver ottenuto una prima descrizione del problema presentato, è necessario raccogliere alcune informazioni sulle tappe e sugli episodi più importanti della crescita del bambino. Per ottenere un'anamnesi completa del bambino, occorre includere i seguenti elementi:

- notizie riguardanti la gestazione e il parto;
- dati neonatali;
- sviluppo fisico e motorio;
- sviluppo del linguaggio;
- acquisizione dell'autonomia personale;
- dati sulle condizioni di salute in passato e al momento attuale;
- abitudini e comportamenti relativi al sonno;
- abitudini e comportamenti relativi all'alimentazione;
- sviluppo emotivo e dinamiche affettive intrafamiliari;
- eventuali avvenimenti traumatici recenti o remoti;
- comportamento sociale;
- manifestazioni emotive e comportamentali di rilievo;
- comportamenti e atteggiamenti relativi alla scuola;
- sistema di rinforzi a cui è sensibile il bambino;
- aspetti positivi e punti di forza del bambino;
- aspettative dei genitori riguardo al problema.

4.3 Il colloquio clinico con il bambino

I principali obiettivi da conseguire attraverso il colloquio con il bambino sono:

- fargli capire il ruolo dello psicologo (per far ciò, egli si presenta e spiega con parole semplici qual è il suo compito);
- ottenere informazioni per comprendere come lui percepisce il problema. Può accadere infatti che il bambino abbia una visione del problema in parte o del tutto diversa da quella dei genitori o degli insegnanti. Sono poi da considerare le eventuali lamentele nei confronti della scuola o dei familiari;
- ottenere dati sulle situazioni specifiche in cui si manifesta il problema. Può essere utile anche chiedergli qual è, secondo lui, la causa del problema. Ciò consentirà di esaminare alcune sue convinzioni ed eventuali atteggiamenti di accusa nei confronti di persone significative del suo ambiente;
- ricavare una descrizione, dal suo punto di vista, di quali sono le conseguenze situazionali di certi suoi comportamenti e chiedergli cosa ritiene che i suoi genitori pensino delle sue paure e del suo modo di comportarsi;
- giungere ad una prima identificazione funzionale delle sue modalità di pensiero prevalenti. Occorre quindi, comprendere cosa pensa lui prima e dopo il verificarsi delle sue reazioni di ansia e di paura;
- ottenere infine, una prima definizione degli scopi che lui desidera raggiungere attraverso il percorso terapeutico. È da considerare quanto questi scopi siano realistici e quanto siano derivati da una sua scelta autonoma o quanto invece siano stati influenzati dagli atteggiamenti delle persone significative del suo ambiente.

5. DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Nel disturbo oppositivo-provocatorio si evidenzia una frequente comorbidità con altre patologie. Ampiamente documentata è l'associazione con i Disturbi dell'Umore (Depressione Maggiore, Distimia, Disturbo Bipolare). In particolare, alcuni lavori (Muratori & Milone, 2001) sottolineano la frequente comorbidità con gli episodi maniacali ad insorgenza precoce, con una percentuale di coesistenza dei due disturbi che va dal 69% al 42%. Questo dato si basa sul fatto che la sintomatologia con cui più frequentemente insorge il disturbo bipolare si caratterizza per la presenza di alti livelli di irritabilità che sfociano in atti aggressivi nel contesto familiare e/o scolastico. Frequente è anche la comorbidità tra disturbo oppositivo-provocatorio e disturbo d'ansia: in tal caso siamo in presenza di un disturbo con un minor livello di aggressività e di comportamenti violenti e con una maggiore sensibilità al trattamento. Il disturbo oppositivo-provocatorio per di più, è considerato un precursore e un fattore predisponente all'insorgenza del disturbo della condotta. La sintomatologia del disturbo oppositivo-provocatorio è molto simile a quella del disturbo della condotta, ma i comportamenti tipici di quest'ultimo sono molto più gravi e persistenti, tanto che gli esperti sono soliti considerarlo come una prosecuzione del disturbo oppositivo-provocatorio. I due disturbi sono strettamente interconnessi e, sebbene non sempre si verifichi 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 di disturbo oppositivo-provocatorio.

È ampiamente dimostrata anche la comorbidità tra disturbo oppositivo-provocatorio e disturbo da deficit dell'attenzione e dell'iperattività. I casi in cui si associa una comorbidità tra disturbo della condotta, disturbo da

deficit dell'attenzione e dell'iperattività e disturbo oppositivo-provocatorio presentano un quadro sintomatologico più grave e un'evoluzione più sfavorevole, con condotte antisociali e problemi con la giustizia, o abuso di sostanze stupefacenti (MTA cooperative group, 2005).

Si procederà ad una doppia diagnosi solo nel caso in cui siano contemporaneamente soddisfatti i criteri di 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 comorbilità è realmente presente, rappresenta un grave fattore di rischio evolutivo, che potrà portare all'insorgenza del disturbo della condotta e del disturbo antisociale della personalità.

Dati i problemi di comorbilità e di associazione con altre condizioni, nel disturbo oppositivo-provocatorio diventa molto importante non solo rilevare il cluster di comportamenti allarmanti, ma anche poter avere un quadro emotivo, affettivo e relazionale il più possibile completo del bambino, in una prospettiva diagnostica più ampia e attendibile.

Le condotte aggressive infantili, oltre a rappresentare la caratteristica principale del disturbo oppositivo-provocatorio, sono spesso manifestazioni collaterali di altre problematiche psichiche o emotive. Prima di procedere ad una diagnosi corretta del disturbo bisogna accertarsi che l'ostilità e gli atteggiamenti provocatori siano persistenti e non collegabili ad altre patologie. L'oppositività, ad esempio, è comune anche 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 disturbo oppositivo-provocatorio 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 uguale genere e gravità.

Il disturbo oppositivo-provocatorio non può essere diagnosticato neanche se 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 disturbo oppositivo-provocatorio si procederà alla diagnosi di un disturbo di disadattamento (Lambruschi, 2007).

Se prendiamo in considerazione la classificazione dell'ICD-10, la diagnosi differenziale va fatta nei confronti di:

- *Sindromi da disadattamento* (F43.2) che insorgono in un periodo di adattamento a un evento stressante (lutto, malattia grave, separazioni, ecc..) o ad un sostanziale cambiamento di vita (cambio di città, migrazione, ecc..). I sintomi sono rappresentati da depressione, ansia, regressione.
- *Sindromi ipercinetiche* (F90), in quanto con una discreta frequenza il disturbo crea conflitti con le figure di riferimento con facili isolamenti, colpevolizzazioni e punizioni, inducendo anche a far diventare il bambino capro espiatorio nel gruppo sociale di appartenenza; a queste situazioni il bambino reagisce con provocazioni e aggressioni.

- *Disturbo della condotta e delle emozioni* (F92) caratterizzato da un comportamento provocatorio, aggressivo e antisociale, associato a sintomi depressivi o d'ansia.
- *Disturbo da rivalità tra fratelli* (F93.3) con intensa gelosia, ostilità e spesso aggressività verso il fratello o la sorella che ritiene essere considerato avvantaggiato nel rapporto con i genitori.

6. TEORIE EZIOPATOGENENTICHE

L'eziologia del disturbo può essere ricercata in diversi fattori:

- *fattori neurobiologici*: in alcuni bambini con disturbo oppositivo-provocatorio 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. Sono state riscontrate anche anomalie nel Sistema Nervoso Centrale rispetto alla popolazione generale (Giancola, 2005). In particolare risulterebbero compromessi sia il Sistema di Inibizione del Comportamento (che impedisce l'azione quando si intuisce che essa potrebbe condurre ad esperienze spiacevoli) sia il Sistema di Attivazione del Comportamento (che inizia un'azione quando se ne presenta l'opportunità). Inoltre, si riscontrano alterazioni nelle funzioni esecutive e si registra una scarsa attivazione fisiologica che si esprime con livelli più bassi di sensibilità al pericolo (Giancola, 2000);
- *fattori psicologici*: bambini rifiutati e abbandonati dai genitori 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 (Lovejoy et al., 2000);

- *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 (Sanders & Woolley, 2005);
- *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 (Mammen, Kolko, & Pilkonis, 2002);
- *fattori socioculturali*: quali, lo svantaggio socio-economico, l'esposizione a modelli aggressivi adulti, alcuni eventi stressanti che possono colpire la famiglia, la mancanza di stimoli cognitivi, il desiderio di voler raggiungere lo status sociale desiderato (Harnish, Dodge, & Valente, 1995).

Diversi autori sostengono che alla base dello sviluppo di un disturbo oppositivo-provocatorio vi sia una predisposizione ereditaria associata a modelli familiari e/o sociali in contrasto con le necessità evolutive di un bambino con determinate caratteristiche personali. Raine et al. (1990; 1994) ipotizzano una diminuita funzionalità del Sistema Nervoso Autonomo e la maggiore attività di neurotrasmettitori implicati nei meccanismi aggressivi e nel metabolismo della serotonina (Lahey et al., 1993).

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. Tuttavia è possibile mettere in evidenza quei fattori di rischio che possono influenzare la genesi, l'evoluzione e la prognosi della malattia. Come affermato nei precedenti paragrafi infatti, la patologia si sviluppa 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 (disturbo oppositivo provocatorio, disturbo della condotta, disturbo da deficit d'attenzione ed iperattività e disturbo antisociale di personalità), ma non sappiamo se questa "familiarità" sia conseguenza di una trasmissione genetica o di una sorta di adattamento ad un ambiente problematico (AACAP Official Action, 1997).

Le teorie che fanno risalire l'origine della patologia a fattori fisiologici, sostengono inoltre che il disturbo si manifesta in quei soggetti predisposti allo sviluppo di condotte antisociali ed aggressive a causa di particolari caratteristiche genetiche o neurobiologiche.

Negli anni Sessanta e Settanta del Novecento infatti, le ricerche sull'aggressività sembravano aver trovato nella presenza di un cromosoma Y in sovrannumero la base genetica di comportamenti particolarmente violenti. 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 (Beltz, 2005). Tale conclusione è nata 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. In realtà molti tra gli stessi sostenitori dell'influenza sul comportamento di quest'anomalia cromosomica sostennero poi che tale effetto sarebbe dovuto al fatto che i portatori dell'anomalia sono di intelligenza inferiore alla norma, designati quindi all'insuccesso scolastico e professionale, e quindi più portati a comportarsi in modo antisociale. Questi dubbi hanno fatto sospendere nel 1975, negli Stati Uniti, alcuni programmi di ricerca iniziati nel 1968, tendenti a individuare alla nascita tutti i portatori dell'anomalia, ritenendo che l'etichetta di criminali potenziali attribuita ai bambini fosse più dannosa degli ipotetici benefici sociali che si potevano trarre dalla ricerca.

Tuttavia però, da studi più approfonditi è emerso che i soggetti dotati di un cromosoma Y sovranumerario, 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 (Geerts, Steyaert, & Fryns, 2003).

Ad una conclusione simile è giunto anche un gruppo di ricercatori americani (Mustillo et al., 2003) a seguito di una indagine longitudinale sugli effetti dell'obesità infantile. Lo studio, condotto su un campione di 1000 bambini di età compresa tra i 9 ed i 16 anni, ha mostrato i gravi effetti che l'obesità può avere, non solo sull'organismo, ma anche sulla psiche dei giovani. Dai dati raccolti è emerso, infatti, che l'obesità infantile cronica raddoppia il rischio di sviluppare il disturbo oppositivo-provocatorio, e nei maschi, 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 aumenti con l'età, soltanto negli obesi cronici sono state 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 corporatura 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.

Continuando a parlare delle ipotesi causali di tipo fisiologico, dobbiamo rivolgere uno sguardo anche a quelle teorie che individuano l'origine del disturbo oppositivo-provocatorio 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 dell'arousal più bassa del normale, che favorirebbe delle risposte irruenti anche in situazioni apparentemente tranquille.

L'arousal è una sorta di interruttore biologico che di fronte a stimoli avversi, attraverso 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 (Savron, 2004).

Secondo la teoria psicanalitica di Freud, l'aggressività è una manifestazione dell'istinto di morte, o *thanatos*, che rappresenta la tendenza di tutto ciò che è vivente a tornare allo stato inorganico. La pulsione di morte è all'origine, interna al soggetto e si manifesta esternamente solo combinandosi e fondendosi con l'istinto sessuale. Nei casi normali fornisce all'individuo l'energia per la conquista delle mete pulsionali; nei casi patologici dà origine a forme sempre più gravi di sadismo e masochismo, oltre alle forme estreme sia di autodistruzione che di eterodistruzione. Adler vedeva invece nell'aggressività un tentativo di superare il sentimento di inferiorità (Ansbacher & Ansbacher, 1997). Un'interpretazione diversa fu elaborata da Dollard nel 1939 e dai suoi collaboratori con l'ipotesi “frustrazione-aggressività”. Essi svilupparono un concetto di Freud secondo cui le frustrazioni possono portare all'aggressività (cosiddetta aggressività *reattiva*). Secondo Dollard, quindi, ogni volta che si manifesta un comportamento aggressivo, alla sua base deve ricercarsi una frustrazione; di conseguenza veniva abbandonata ogni interpretazione del comportamento aggressivo basata su principi biologici e l'aggressività veniva a essere solo una risposta “appresa” (William, 2004).

Secondo la teoria del condizionamento operante di Skinner, se un certo comportamento è seguito da un rinforzo positivo, la ricomparsa dell'azione stessa sarà più probabile. Sulla base di questo assunto è necessario prestare attenzione anche agli ambienti che possono mantenere e potenziare le condotte aggressive infantili.

Secondo i teorici del cognitivismo invece, alla base di una così intensa reattività, potrebbe esserci una disfunzione nei meccanismi di elaborazione delle informazioni, che porterebbe l'individuo a percepire in maniera distorta gli input sociali. Tali individui manifestano infatti, ipocontrollo, scarsa riflessività, difficoltà ad assumere una prospettiva diversa dalla propria, assenza di problem solving e quindi, un deficit cognitivo incapace di attivare processi di pensiero che guidino in modo funzionale il comportamento (Kendall, 2000).

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 un'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 bambini con il disturbo oppositivo-provocatorio 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. I bambini e gli adolescenti con frequenti comportamenti aggressivi infatti, a differenza di quelli non aggressivi e a parità di livello intellettuale, esposti a situazioni-stimolo sociali (ostili, benevole e neutrali) tendono a ricordare pochi segnali sociali rilevanti, mantenendo invece in memoria soprattutto le ultime informazioni udite (Lochman & Dodge, 1994). Inoltre, decidono di prestare attenzione a pochi segnali sociali mentre

tentano di interpretare il significato del comportamento altrui, selezionando, in genere, quelli che veicolano più connotazioni ostili. La loro aggressività, quindi, non sarebbe altro che una forma di difesa da eventi, individui e contesti, considerati avversi e pericolosi e di conseguenza, quelle che appaiono come reazioni esagerate, in realtà non lo sono, se rapportate alle percezioni che questi soggetti hanno della realtà (Crick & Dodge, 1994).

Il modello cognitivo-comportamentale della rabbia e dei comportamenti aggressivi nell'età evolutiva prevede che le emozioni e i relativi agiti aggressivi del bambino siano regolati dal modo in cui egli percepisce, elabora e media gli eventi ambientali, piuttosto che dagli eventi in sé (Nelson & Finch, 2000). La rabbia è una reazione soggettiva ai problemi e agli eventi frustranti quotidiani, pertanto si configura come un'integrazione dell'elaborazione cognitiva di eventi fisiologici. Si assume che i bambini pronti all'aggressività difettino, appunto, delle risorse psicologiche necessarie per fronteggiare gli eventi critici e abbiano bisogno di essere aiutati a sviluppare le abilità necessarie per gestire efficacemente gli stimoli ambientali esterni e gli stimoli interni, nonché le specifiche risposte aggressive a questi stimoli: ciò attraverso procedure orientate sia all'azione, e cioè al piano comportamentale, sia alle rappresentazioni interne e cognitive.

Bowlby (1983) sostiene che l'insicurezza e la paura degli altri, non sempre sono una conseguenza di un'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.

Le ipotesi di Bowlby hanno trovato conferma in uno studio longitudinale, condotto da Mary Ainsworth e colleghi (1978), sulle interazioni madre-figlio nel corso del primo anno di vita.

Nel corso di tale indagine, utilizzando la tecnica della Strange Situation, è stato possibile individuare gli effetti che i diversi tipi di attaccamento hanno sulla capacità dei bambini di affrontare una situazione di stress caratterizzata dall'assenza materna.

Dai risultati è emerso che alcuni bambini insicuri dei loro legami affettivi, reagivano alla "strange situation" 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, quando lei ritornava, rispondevano aggressivamente ad ogni suo tentativo di avvicinarsi. Questi bambini, 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 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: al contrario 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.

La teoria ecologica di Bronfenbrenner (1986) esamina le condotte umane in chiave socio-culturale, soffermandosi sui processi attraverso i quali i rapporti e le dinamiche ambientali influenzano lo sviluppo degli individui.

La definizione di “ambiente” che egli propone si estende ben oltre la situazione immediata nella quale l’individuo vive personalmente, e si allarga fino a comprendere un complesso sistema di strutture, collocate l’una dentro l’altra. L’apprendimento deviante, causa delle condotte aggressive infantili, può avere origine in ognuno di questi livelli ecologici e quindi influenzare il comportamento del bambino che ne subisce le influenze. 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, scuola, enti sportivi...) 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.

Infine, un altro elemento fondamentale che può innescare un disturbo oppositivo-provocatorio è lo “stile educativo” dei genitori del bambino. Esso è l’insieme degli atteggiamenti, comportamenti ed emozioni con cui il genitore si rapporta con il bambino. Molti disturbi emotivi e comportamentali del bambino sono la risultante di uno stile educativo particolarmente disturbato.

Possiamo individuare cinque stili educativi disturbati (Di Pietro, 1992):

- 1. Stile iperprotettivo:** è tipico dei genitori che si preoccupano dell'incolumità emotiva in modo eccessivo e cercano di evitare al bambino ogni minima frustrazione, perché temono che potrebbe soffrire in modo irreparabile per il resto della sua vita. Ciò può costituire un grosso problema in quanto viene ostacolata nel bambino la possibilità di imparare a tollerare i disagi e le frustrazioni. Il bambino viene al mondo con una capacità di tollerare la frustrazione che è a livello zero. La tolleranza ad essa si sviluppa gradualmente con l'esperienza durante la crescita, ma se il genitore impedisce questo sviluppo, il bambino si sentirà sopraffatto quando si troverà in circostanze che provocano in lui disagio o sofferenza anche minima. I genitori che adottano questo stile educativo temono di sentirsi in colpa se non riescono a eliminare tutte le possibili fonti di disagio dalla vita del bambino, per cui spesso riversano sul bambino dimostrazioni di affetto in modo eccessivo e indiscriminato, rinforzando in lui anche la tendenza ad evitare le difficoltà. Il modo di pensare di questi genitori è caratterizzato da convinzioni del tipo: "I bambini non devono mai ricevere nessuna frustrazione"; "Ogni esperienza spiacevole può diventare un trauma che segnerà per sempre il bambino"; "È terribile se il mio bambino sperimenta una sofferenza anche minima, quindi devo prevenire ad ogni costo che ciò avvenga"; "Il mio valore dipende da come mi comporto come genitore, quindi devo assolutamente evitare ogni possibile errore". Questo stile educativo crea spesso bambini con bassa tolleranza alla frustrazione ed eccesso di egocentrismo. Più frequentemente ancora genera bambini insicuri, non preparati ad affrontare reazioni diverse da quelle a cui si sono abituati nell'ambiente

familiare. Diventa difficile, per questi bambini, prevedere quale possa essere per loro il comportamento più adeguato da adottare ed in seguito a ciò spesso cominciano a considerare "terribili" le conseguenze di eventuali azioni sbagliate e a nutrire dubbi sul proprio valore personale.

- 2. Stile iperansioso:** è riscontrabile in quei genitori che si preoccupano eccessivamente per la sicurezza fisica del bambino. Una mamma potrebbe, ad esempio riprendere il bambino con commenti del tipo: "Non salire sull'albero, potresti cadere", "Non correre, potresti inciampare e spaccarti la testa", "Non salire sul muretto, potresti scivolare e romperti una gamba", "Non toccare il gatto, potrebbe avere le pulci". Un bambino che si sente frequentemente lanciare messaggi di questo tipo apprenderà una visione della vita basata su convinzioni del tipo: "I pericoli sono dappertutto e potrebbero succedere cose orribili"; "Bisogna stare sempre all'erta e preoccuparsi in continuazione di ciò che può accadere"; "Si può stare tranquilli solo se si ha la certezza che le cose vadano bene".

I genitori nei quali prevale questo stile educativo tendono ad avere figli timidi, paurosi, insicuri e alla ricerca ossessiva di sicurezza. Con un atteggiamento di questo genere, il bambino ha molte probabilità di diventare un adulto ansioso. Si verifica una sorta di contagio emotivo che avviene attraverso la mediazione di questo tipo di messaggi che il genitore trasmette in continuazione al bambino.

- 3. Stile ipercritico:** è caratterizzato dalla tendenza a notare ed ingigantire gli errori e i difetti commessi dal bambino. L'adulto sarà sempre pronto ad intervenire per notare ogni minimo difetto, ogni comportamento negativo senza mai far caso, invece, ai

comportamenti positivi, adeguati; quindi l'interazione col bambino avviene quasi esclusivamente sotto forma di rimproveri. È un modo di rapportarsi caratterizzato da un'elevata frequenza di comportamenti di critica che possono essere manifestati apertamente oppure in modo sottile. Tali comportamenti sono: rimproveri eccessivi, rimbeccate, manifestazioni di biasimo, commenti moralistici, messa in ridicolo e svalutazione del bambino. In questo caso il genitore difficilmente nota i comportamenti adeguati del figlio, mentre è sempre pronto a coglierlo in fallo. Questo stile determina in lui paura di sbagliare, paura di essere disapprovato, isolamento sociale, basso livello di autostima, comportamenti di evitamento.

- 4. Stile perfezionistico:** è tipico di quei genitori che considerano sbagliato tutto ciò che non è perfetto al cento per cento, in quanto esigono, dai propri figli, livelli di prestazione molto elevata, senza essere abbastanza oggettivi nel considerare quali siano le difficoltà del compito. Questo stile educativo è sostenuto dalla convinzione che bisogna riuscire bene in tutte le cose e che il valore di un bambino, come quello dei suoi genitori, dipende dai successi che egli riesce a conseguire. Tali genitori comunicano al bambino che egli vale qualcosa e merita di essere amato solo se riesce in tutto quello che fa. Il bambino acquisisce egli stesso un atteggiamento perfezionistico ed impara a temere la disapprovazione ed il rifiuto qualora non riesca completamente bene in ciò che intraprende. Tutto ciò porta il bambino ad essere molto in ansia quando si cimenta in qualcosa di impegnativo (compiti, esami, gare ecc.) in quanto la possibilità di sbagliare viene considerata una catastrofe.
- 5. Stile incoerente:** è tipico dei genitori che tendono a gratificare o a punire il bambino a seconda del loro umore anziché in base

all'adeguatezza o meno del comportamento. L'incoerenza può essere intrapersonale, come nel caso appena citato, oppure può essere interpersonale, quando i genitori reagiscono in maniera differente allo stesso comportamento. Si tratta di genitori che spesso rimproverano il bambino per i suoi errori senza stabilire con lui delle regole chiare. Chi adotta uno stile educativo caratterizzato da incoerenza tende a coltivare convinzioni del tipo: "Qualsiasi cosa io senta di fare è giusta"; "E' troppo faticoso cercare di essere coerenti"; "Sono troppo debole e privo di risorse per sapere ciò che è giusto fare".

Le ragioni per cui un genitore può avere uno stile educativo inadeguato sono riconducibili a due fattori:

- disinformazione: i genitori non hanno le informazioni basilari necessarie per una gestione corretta del comportamento del bambino;
- disturbo psicologico: si tratta di genitori sofferenti per qualche problema emotivo-comportamentale.

7. PRINCIPI DI TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO E FARMACOLOGICO

È stato ampiamente dimostrato che gli interventi multimodali e multisistemici hanno maggior efficacia terapeutica per il trattamento del disturbo oppositivo-provocatorio (Southam-Gerow & Kendall, 1997) perché tengono conto dell'origine complessa del disturbo, cercando di influire sui diversi fattori che contribuiscono all'emergere del comportamento deviante e prevedendo interventi individuali, familiari ed extrafamiliari, ed eventualmente anche psicofarmacologici. È necessario improntare un setting multiplo che offra aspetti relazionali differenti, ma

integrati, perché è il più adatto a confrontarsi con contesti relazionali e organizzazioni del Sé caratterizzati da scarsi livelli di integrazione e da modelli multipli e incoerenti del Sé e dell'altro che spesso sono agiti sul piano comportamentale (Liotti, 2001). Il terapeuta dovrà, pertanto, proporsi come base sicura per il bambino, accogliendo con equilibrio livelli spesso elevati di sofferenza e riconoscendo nei propri atteggiamenti eventuali sbilanciamenti relazionali (quali l'ipercoinvolgimento o l'eccessivo distanziamento emotivo dall'altro) che possono crearsi nei contesti di aggressività e oppositività e diventare forti ostacoli al processo di cambiamento.

L'approccio cognitivo-comportamentale classico ha messo a punto un insieme di procedure che si sono dimostrate piuttosto utili nella terapia del disturbo oppositivo-provocatorio, come i "training dell'autocontrollo" nei quali i bambini vengono supportati nell'individuare le esperienze o le sensazioni fisiologiche che segnalano la comparsa di una reazione di rabbia, e incoraggiati a graduare i livelli di intensità dell'emozione avvertita. Questo approccio si focalizza su come il bambino con disturbo oppositivo-provocatorio si relaziona alle situazioni che percepisce come frustranti e pericolose, quindi sui pensieri e sulle emozioni, in particolare la rabbia, che ne derivano e punta ad insegnargli delle tecniche per imparare a gestirle. La concettualizzazione dei dati percettivi consente al bambino di identificare gradualmente la rabbia a livelli più bassi e più facilmente controllabili. Infine, si agisce sul dialogo interno aiutando il bambino ad identificare i pensieri che possono aumentare o ridurre l'attivazione emotiva della rabbia, condizionando i comportamenti. Per far ciò si ricorre al modello ABC nel quale si annota la "A: Situazione", ovvero il contesto in cui il comportamento si è manifestato e gli eventi che hanno preceduto la sua comparsa, le "C: Emozioni" che si sono scatenate con eventuale

indicazione della loro intensità su una scala da 0 a 100, e i “B: Pensieri automatici” che hanno generato le emozioni.

Questo modello si rifà alla teoria cognitiva di A. T. Beck (Beck, 1964; Ellis, 1962). Essa ipotizza che le emozioni e i comportamenti delle persone siano influenzati dalla loro percezione degli eventi. Non è la situazione di per sé a determinare ciò che le persone sentono, ma è piuttosto il modo in cui queste interpretano tale situazione. All’origine dei disturbi vi è, dunque, un modo distorto di pensare, che influenza negativamente l’umore e il comportamento. Secondo la teoria di Beck (1976) esistono tre livelli di cognizioni:

- a) i *pensieri automatici* (il livello cognitivo più superficiale): attraversano in maniera rapida e incontrollata la mente di una persona di fronte a certe situazioni specifiche e ne condizionano negativamente l’umore. Questi pensieri compaiono improvvisamente e non sono il risultato di una riflessione o di un ragionamento. L’individuo potrebbe esserne appena consapevole, ma più probabilmente è consapevole delle emozioni che ad essi seguono;
- b) le *credenze intermedie*: opinioni, regole e assunzioni disfunzionali che l’individuo sviluppa e fa proprie per soddisfare il bisogno di organizzare la sua esperienza in modo coerente al fine di agire adattivamente (Rosen, 1988);
- c) le *credenze di base* (il livello cognitivo più profondo): sono globali, rigide e ipergeneralizzate e vengono apprese durante l’infanzia e l’adolescenza. Queste idee sono considerate verità assolute e sono talmente profonde che spesso le persone non le esplicitano neppure a se stesse.

In una situazione specifica quindi, le credenze sottostanti influenzano la percezione, espressa dai pensieri automatici, di quella specifica situazione. Questi pensieri, a loro volta, influenzano le emozioni e il

comportamento e spesso portano ad una reazione fisiologica (Beck, 2008). A partire dall'individuazione dei pensieri automatici allora, possiamo risalire alle credenze sottostanti attraverso una serie di tecniche specifiche. In tal modo sarà possibile comprendere lo schema entro cui la persona si muove che lo porta ad agire in quel determinato modo e ad interpretare le diverse situazioni in modo negativo.

Le terapie comportamentali sono altrettanto importanti per il trattamento del disturbo oppositivo-provocatorio e si basano sul principio secondo il quale tutti 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 è quindi, utile per aiutarlo a "disapprendere" le condotte problematiche e a sostituirle con comportamenti desiderabili.

Per ottenere una maggiore prova di efficacia sperimentale, la terapia cognitiva e la terapia comportamentale vengono attuate in modo combinato, e per questo la terapia cognitivo-comportamentale risulta essere il trattamento elettivo per il disturbo oppositivo-provocatorio (Lyddon & Jones, 2002). Questa terapia è basata su un modello volto ad elicitarne la rabbia nei bambini e i processi attraverso i quali questa sfocia in risposte aggressive. Per una buona riuscita del trattamento è necessario costruire una solida alleanza terapeutica poiché i bambini con problemi di rabbia e aggressività non solo non vogliono venire in terapia ma spesso vengono costretti dai genitori e dunque considerano il terapeuta come gli altri adulti con i quali si relazionano quotidianamente. Ne consegue che solitamente, si incontrano numerose difficoltà nell'instaurare una relazione collaborativa con questi bambini. Dal momento che l'intervento cognitivo-comportamentale è efficace se fondato su un empirismo collaborativo, il terapeuta deve prima di tutto

tentare di stabilire una cooperazione tra lui e il bambino contro la rabbia e l'aggressività.

Il trattamento farmacologico può essere attuato in associazione con gli interventi sopra descritti.

Gli psicostimolanti risultano essere a tutt'oggi la terapia più efficace per i bambini con disturbo oppositivo-provocatorio in quanto determinano miglioramenti nel 70-90% dei casi.

Il trattamento farmacologico di prima scelta infatti, è quello con amfetamine:

- Metilfenidato (0.2-1,5 mg/kg/die). Si riscontrano però effetti collaterali quali insonnia, inappetenza, gastralgie, cefalea, vertigine. Ad alto dosaggio (0.5-1.5mg) può dare ritardo della crescita e tic.
- Desamfetamina (0.1-0.4 mg/die);
- Pemolina (60-100 mg/die).

La seconda scelta è rappresentata dagli antidepressivi la cui efficacia varia tra il 68% e l'83%:

- Triciclici: Imipramina, Clomipramina, Nortriptilina, Amitriptilina (10-150 mg/die). Sono utili in soggetti ansiosi e depressi, ma meno indicati in soggetti con disturbo oppositivo-provocatorio.

I farmaci di terza scelta sono i neurolettici:

- Tioridazina (50-400 mg/die);
- Aloperidolo (0.25-0.50 mg/die iniziali, in seguito 0.05 mg/kg/die);
- Clorpromazina (150-400 mg/die).

Altri farmaci utilizzabili sono:

- SSRI, Fluoxetina sopra i 14 anni (20-60 mg/die);
- Clonidina (3-5 µg/kg/die);
- IMAO.

In generale i farmaci favoriscono l'aumento della vigilanza e dei processi attentivi e si dimostrano efficaci soprattutto nei casi più gravi. Il trattamento ha comunque necessità di essere protratto nel tempo e non modifica quelle che sono le preesistenti interazioni negative con l'ambiente.

Uno studio longitudinale della durata di dieci anni (Biederman et al., 2009) ha evidenziato che la somministrazione di stimolanti ai soggetti con disturbo oppositivo-provocatorio diminuisce il rischio che, crescendo, essi sviluppino altri disordini psichiatrici come il disturbo della condotta e la depressione.

Tra le conseguenze negative prodotte dall'intervento esclusivamente farmacologico è opportuno sottolineare la tendenza a stigmatizzare il disturbo come "malattia", deresponsabilizzando chi interagisce con il ragazzo e favorendo quindi una serie di attribuzioni esterne da parte di genitori e educatori.

Per quanto gli effetti indesiderati del Metilfenidato siano in genere modesti e facilmente gestibili, si possono comunque verificare effetti collaterali di carattere fisico. Una prescrizione attenta della sua posologia è necessaria per stabilire le dosi e le modalità di somministrazione ottimali (SINPIA, 2006). Inoltre la terapia dovrebbe essere sospesa qualora non vengano osservati miglioramenti clinici significativi dopo gli appropriati aggiustamenti posologici (Braswell e Bloomquist, 1991).

8. IL COINVOLGIMENTO DEI GENITORI NELLA TERAPIA

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 oppostive 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.

È stata più volte ribadita l'importanza della famiglia per quanto concerne il contesto educativo e relazionale nel quale vive il bambino con disturbo oppositivo-provocatorio. Bisogna sottolineare che la famiglia non è necessariamente una famiglia con problemi psicopatologici e con disordini gravi e che non è vero che i genitori siano incapaci di utilizzare strategie educative adeguate per quel tipo particolare di bambino. È importante quindi che la famiglia non venga colpevolizzata, ma che sia, al contrario, costantemente coinvolta e sollecitata a collaborare per promuovere dei miglioramenti nel figlio. Spesso i genitori attribuiscono genericamente ai problemi del figlio quelle caratteristiche comportamentali che sfuggono al loro controllo: possono vedere il figlio come portatore di un problema su cui loro non hanno alcun potere sul piano educativo e ciò si riscontra da frasi del tipo: "è fatto così"; "assomiglia a...". Talvolta al contrario, non riescono ad intravedere nel figlio caratteristiche specifiche del problema e si addossano la colpa dell'insuccesso educativo come unica causa. Spesso il genitore non ha aspettative: egli non crede che il bambino potrebbe comportarsi adeguatamente e in modo diverso e sottolinea ostinatamente una serie di cattive condotte, sempre le stesse, ignorando altri aspetti positivi del bambino che possono diventare invece un punto di forza per creare un rapporto più sereno, non caratterizzato da continui rimproveri che instaurano circoli viziosi. Avere la collaborazione dei genitori, attraverso un attento e misurato coinvolgimento, si dimostrerà di estremo vantaggio quando sarà necessario che il bambino trovi un adeguato supporto e incoraggiamento nell'applicazione pratica delle regole di autocontrollo nella vita quotidiana. Talvolta i genitori vivono con un senso di impotenza la loro incapacità di controllo sul comportamento del figlio e

per questo motivo sarà necessario mettere in atto una serie di accorgimenti:

- rivedere le loro attribuzioni relative alle cause del problema del figlio;
- formarli nella gestione del figlio per aiutarlo a governare e risolvere le sue difficoltà;
- aiutarli a ottenere collaborazione da parte del figlio.

I genitori di bambini con disturbo oppositivo-provocatorio infatti, hanno bisogno di essere sostenuti sia nella gestione delle regole educative quotidiane, sia in una maggiore comprensione delle motivazioni neurobiologiche e relazionali del comportamento del bambino. La ristrutturazione di questi aspetti cognitivo-comportamentali viene affrontata con percorsi di parent training (Vio, Marzocchi, & Offredi, 1999) che tendono a migliorare sia le abilità interpersonali del genitore che quelle del bambino, con il risultato di un comportamento sociale più efficace (Hanish, Tolan & Guerra, 1996).

Il lavoro con i genitori parte dall'analisi funzionale e dai sintomi: in primo luogo da una definizione delle aree avvertite come maggiormente problematiche nell'interazione quotidiana con il figlio, quelle in cui la sua aggressività e la sua oppositività si manifestano in forma più marcata. Tali aree problematiche vengono successivamente, analizzate attraverso una serie di episodi narrativi. Su tali episodi si chiederà al genitore di portare avanti un'autosservazione attenta e prolungata. Gli eventi registrati vengono poi rielaborati in seduta con le procedure tipiche della terapia cognitiva, ricostruendo dettagliatamente la sequenza di scene in cui l'evento si sviluppa e lavorando sull'alternanza tra l'esperienza immediata e la sua spiegazione. È importante aiutare il genitore a calarsi emotivamente nella situazione come se la stesse rivivendo fino ad arrivare all'individuazione delle loro credenze di base.

Nella maggior parte dei casi, questo lavoro di consapevolezza degli schemi interpersonali centrali nell'organizzazione conoscitiva del genitore risulta sufficiente sul piano terapeutico. Altre volte invece, la situazione richiede la costruzione di un'ulteriore prospettiva utile ad incrementare nel genitore una serie di aspetti diversi:

- le capacità di distanziamento critico;
- le capacità metacognitive;
- la prospettiva storica;
- la comprensione di come tali schemi abbiano preso forma entro i propri legami di attaccamento.

9. EFFICACIA DELLA TERAPIA

Vi sono varie forme di intervento psicologico che vanno dalla psicoterapia a indirizzo psicodinamico, alla terapia cognitivo-comportamentale, al lavoro con la famiglia (Richter et al., 1995).

La psicoterapia tradizionale, soprattutto se di tipo introspettivo o rivolta esclusivamente al ragazzo, non ha dato finora risultati chiari e definitivi (Vio, Marzocchi, & Offredi, 1999). Le tecniche cognitive comportamentali si avvalgono invece, di un intervento mirato allo sviluppo dell'autoregolazione (Kendall & Wilcox, 1980), che aiuta il ragazzo a costruire strategie di approccio per risolvere problemi cognitivi e interpersonali ispirandosi ai programmi di autoistruzione originati dal lavoro di Meichebaum (1977).

Nei trattamenti psicoterapeutici ad orientamento psicodinamico il lavoro terapeutico consiste prevalentemente nel far riaffiorare le radici di meccanismi disadattativi e di conflitti che causano difficoltà di relazione e di adattamento nel mondo reale e attuale, oltre che nell'analisi dei meccanismi e dei processi psichici alla base del comportamento e della

personalità di una persona. Alla base di tali interventi ritroviamo i principi e i presupposti teorici della psicoanalisi freudiana secondo cui il “disturbo psicologico”, cioè il sintomo, è una risposta inadeguata alla realtà, causata da “meccanismi di difesa” assunti in età infantile, che diventano disfunzionali nei successivi periodi evolutivi (Gabbard Glen, 2005).

Lo strumento psicologico centrale del trattamento psicodinamico è pertanto, il colloquio. Il terapeuta lavora insieme al bambino per individuare i suoi conflitti emotivi, affettivi o cognitivi che soggiacciono ai problemi presentati. Il terapeuta non svaluta né allontana le resistenze del bambino, ma le accoglie con interesse, ricercando anche il suo aiuto per comprenderne l'origine. Questo tipo di approccio consente al bambino di sentirsi valorizzato, non sottoposto a giudizio e trattato da persona, percependo sempre e comunque disponibilità e apertura da parte del terapeuta.

La psicoterapia psicodinamica per il disturbo oppositivo-provocatorio quindi, consiste nell'esplorazione dei diversi aspetti del Sé che non sono completamente conosciuti da bambino, e delle influenze che ne derivano nelle relazioni attuali e nei sintomi psicopatologici che lui manifesta o riconosce di aver manifestato. Inoltre, questi aspetti vengono ulteriormente conosciuti e indagati perché influenzano implicitamente la relazione terapeutica (Safran & Muran, 2000).

Per le caratteristiche fin qui descritte, i trattamenti ad orientamento psicodinamico non sono indicati per tutti i pazienti, e per tutti i tipi di disturbi. Per intraprendere una terapia psicodinamica infatti, è necessario disporre di una adeguata capacità di verbalizzazione per esprimere i propri stati emotivi e i vissuti sulla base dei quali poi si svolgerà il lavoro terapeutico. Un altro requisito importante è la presenza di una sincera motivazione al cambiamento, che spinga il paziente ad aprirsi nei

confronti del terapeuta per lavorare sui propri affetti e stati emotivi, per rivedere stili relazionali e modalità di attaccamento e per “rileggere” con l’aiuto del terapeuta fatti e avvenimenti e trovare nuovi significati nella e per la propria vita (Rocco & Montorsi, 2010).

Per tutti questi motivi e per le peculiarità intrinseche della terapia psicodinamica, essa non è la terapia elettiva per il trattamento del disturbo oppositivo-provocatorio.

La psicoterapia sistemico-familiare invece, è rivolta a tutti i membri della famiglia ed ha come scopo quello di capire, con l’aiuto del terapeuta, come la storia delle relazioni possa aver portato ad una situazione di stallo, di sofferenza ed eventualmente alla presenza di un sintomo in uno dei suoi membri. Il terapeuta non considera il singolo individuo come “malato” e gli altri “sani”, ma considera tutti i membri come appartenenti allo stesso sistema all’interno del quale si strutturano le diverse personalità. Allora il sintomo manifestato dal paziente acquista un significato e una specifica funzione, all’interno delle relazioni familiari (Bruni & De Filippi, 2007).

Il paziente infatti, non è colui che subisce ed esibisce un sintomo ma, paradossalmente, è esso stesso un sintomo che esprime, anche a nome degli altri membri della famiglia, un malessere che si ricollega a un’organizzazione disfunzionale del sistema nella sua totalità.

Con questo tipo di terapia si favorisce la possibilità di trovare nuove e più funzionali modalità di ascolto reciproco e di espressione dei bisogni personali. Pertanto, l’intervento terapeutico ha tre scopi (Andolfi, 2005):

- la soluzione del problema presentato dalla famiglia;
- il benessere psicofisico di ciascun suo membro;
- l’incremento della differenziazione del sé rispetto agli altri.

I principi della terapia sistemico-familiare sono molto efficaci per il trattamento del disturbo oppositivo-provocatorio, ma la loro efficacia è

risultata inferiore rispetto al trattamento combinato con la terapia cognitivo-comportamentale.

La psicoterapia cognitivo comportamentale combina due differenti forme di terapia (Beck, 2008):

- 1) *la psicoterapia comportamentale* che aiuta a modificare la relazione fra le situazioni che creano difficoltà e le abituali reazioni emotive e comportamentali che la persona mette in atto in tali circostanze, mediante l'apprendimento di nuove modalità di risposta, l'esposizione graduale alle situazioni temute e il fronteggiamento attivo degli stati di disagio;
- 2) *la psicoterapia cognitiva* che aiuta ad individuare certi pensieri ricorrenti, gli schemi fissi di ragionamento e di interpretazione della realtà, che sono concomitanti alle forti e persistenti emozioni problematiche vissute dal paziente, a correggerli, ad arricchirli, ad integrarli con altri pensieri più realistici, o, comunque, più funzionali al proprio benessere. Il cambiamento dei contenuti e dei processi cognitivi problematici (convinzioni, valutazioni, aspettative, emozioni, distorsioni cognitive, ecc.) non viene perseguito, quindi, soltanto mediante la discussione e la riformulazione delle convinzioni disfunzionali dei pazienti, bensì mediante numerosi e variegati metodi d'intervento, diretti non solo agli aspetti cognitivi del funzionamento dell'individuo, ma anche a quelli specificamente emotivi e comportamentali.

La psicoterapia cognitivo comportamentale si caratterizza per le seguenti peculiarità:

- *è scientificamente fondata*: l'intervento è coerente con le conoscenze sulle strutture e sui processi mentali ricavate dalla ricerca psicologica di base;

- *è orientata allo scopo*: il terapeuta cognitivo-comportamentale lavora insieme al paziente per stabilire gli obiettivi della terapia, formulando una diagnosi e concordando con il paziente stesso un piano di trattamento che si adatti alle sue esigenze, durante i primissimi incontri. Si preoccupa poi di verificare periodicamente i progressi in modo da controllare se gli scopi sono stati raggiunti;
- *è pratica e concreta*: lo scopo della terapia si basa sulla risoluzione dei problemi psicologici concreti;
- *è collaborativa*: paziente e terapeuta lavorano insieme per capire e sviluppare strategie che possano indirizzare il soggetto alla risoluzione dei propri problemi. La psicoterapia cognitivo comportamentale è, infatti, una psicoterapia sostanzialmente basata sulla collaborazione tra paziente e terapeuta. Entrambi sono attivamente coinvolti nell'identificazione e nella messa in discussione delle specifiche modalità di pensiero che possono essere causa dei problemi emotivi e comportamentali che angosciano il paziente;
- *è a breve termine*: la durata della terapia varia di solito dai quattro ai dodici mesi, a seconda del caso, con cadenza il più delle volte settimanale. Problemi psicologici più gravi, che richiedano un periodo di cura più prolungato, traggono comunque vantaggio dall'uso integrato della terapia cognitiva, degli psicofarmaci e di altre forme di trattamento;
- *utilizza una serie di tecniche che servono a gestire gli stati emotivi dolorosi del paziente*: le tecniche utilizzate variano in base al tipo di problema presentato e alla fase della terapia. Alcune di queste tecniche, tuttavia, non sono di origine cognitivista ma provengono da altri orientamenti, in particolare da quello comportamentista.

- *mira a far diventare il paziente terapeuta di se stesso*: il terapeuta istruisce il paziente sulla natura del suo disturbo, sul processo della terapia e sulle tecniche cognitive e comportamentali. Il paziente, quindi, viene allenato a prendere consapevolezza del proprio funzionamento mentale e ad utilizzare le tecniche per gestire la propria sofferenza. L'acquisizione delle abilità di gestione delle emozioni dolorose permette al soggetto di beneficiare del trattamento anche dopo la conclusione della terapia (Beck, 2008).

A differenza di altri terapeuti, per esempio gli psicoanalisti, il terapeuta cognitivo-comportamentale è attivamente impegnato nella conversazione con il paziente. Durante i colloqui inoltre, utilizza una serie di procedure e tecniche sia cognitive sia comportamentali, al fine di individuare e modificare le convinzioni disfunzionali del paziente e di favorire nuove modalità di gestione della sofferenza. Il terapeuta sceglie la tecnica da usare in base alla natura del disturbo, alla fase della terapia, agli obiettivi terapeutici e a quanto la persona è motivata a cambiare.

Sulla base di tali principi, possiamo concludere che la psicoterapia cognitivo comportamentale è attualmente considerata a livello internazionale uno dei più affidabili ed efficaci modelli per la comprensione ed il trattamento del disturbo oppositivo-provocatorio.

10. PREVENZIONE DELLE RICADUTE

Per prevenire il ripresentarsi del disturbo oppositivo-provocatorio, possiamo insegnare al paziente il concetto di “resilienza”, che nell’ambito dell’ingegneria è la capacità di un materiale di resistere ad un urto improvviso senza spezzarsi. Nella tecnologia metallurgica

invece, indica la capacità di un metallo di resistere alle forze che vi vengono applicate.

In psicologia la resilienza è la capacità di fronteggiare situazioni di crisi attivando energie e risorse al fine di proseguire lungo una traiettoria di crescita. È la capacità di far fronte, resistere, integrare, costruire e riuscire a riorganizzare positivamente la propria vita nonostante situazioni difficili che fanno pensare a un esito negativo. Stefan Vanistendael (Vanistendael & Lecomte, 2000) sostiene che la resilienza designa non solo la capacità di opporsi alle pressioni dell'ambiente, ma implica una dinamica positiva, una capacità di andare avanti, non si limita a una resistenza, ma permette la costruzione, anzi la ricostruzione di un percorso di vita. Anna Oliverio Ferraris (2003) ritiene che l'azione della resilienza può essere paragonata al sistema immunitario con cui il nostro organismo risponde alle aggressioni dei batteri. Di fronte agli stress e ai colpi della vita, la resilienza dà infatti luogo a risposte flessibili che si adattano alle diverse circostanze ed esigenze del momento.

È resiliente chi:

- ha speranza nella vita e fiducia nelle proprie potenzialità;
- crede nella possibilità di cambiamento;
- coglie i segnali che vengono dall'ambiente;
- sente che per lei c'è qualcosa che potrebbe essere bello;
- sa sopportare i dolori senza lamentarsi;
- sa reggere le difficoltà senza disperarsi;
- ha il coraggio di intraprendere una via che sa essere tortuosa.

Gli individui che si dimostrano resilienti di fronte a esperienze traumatiche crescono sotto tre aspetti:

- l'immagine di sé si modifica;
- la natura delle relazioni si chiarifica e arricchisce;

- la scala delle priorità cambia.

La resilienza quindi, è l'interazione dinamica:

- delle caratteristiche esterne (ciò che io ho);
- delle forze interiori (ciò che io sono);
- delle capacità di risolvere i problemi;
- delle competenze sociali (ciò che io posso fare).

Occorre quindi insegnare al bambino:

- ad avere speranza nella vita e fiducia nelle proprie potenzialità;
- a credere nella possibilità di cambiamento;
- a cogliere i segnali che vengono dall'ambiente;
- a sentire che per lui c'è qualcosa che potrebbe essere bello;
- a sopportare i dolori senza lamentarsi;
- a reggere le difficoltà senza disperarsi;
- ad avere il coraggio di imboccare anche una via tortuosa.

Un'altra disciplina che si può insegnare al bambino è la "Mindfulness" (Montano, 2007). Questo termine è la traduzione in inglese della parola "Sati" in lingua Pali, che significa "attenzione consapevole" o "attenzione nuda". L'idiogramma cinese per "Mindfulness" è "nian" (念) che è la combinazione di due caratteri diversi, ognuno dei quali ha il suo significato. La parte superiore dell'idiogramma significa "adesso", mentre la parte inferiore significa "cuore" o "mente". Letteralmente l'idiogramma completo indica l'atto di vivere il momento presente con il cuore.

Secondo la definizione di Jon Kabat-Zinn (1994), "Mindfulness" significa "porre attenzione in un modo particolare: intenzionalmente, nel momento presente e in modo non giudicante".

Si tratta cioè di dirigere volontariamente la propria attenzione a quello che accade nel proprio corpo e intorno a sé, momento per momento,

ascoltando più accuratamente la propria esperienza, e osservandola per quello che è, senza valutarla o criticarla.

La pratica di questo particolare "atteggiamento della mente", che possiamo definire anche "consapevolezza", deriva dal buddismo theravada, una delle due maggiori correnti del pensiero buddista, diffusa da 2500 anni in Asia meridionale e sudorientale sia nell'ambiente monastico che laico.

L'utilizzo, da parte della medicina occidentale, di Mindfulness per la promozione della salute si è invece attuato negli anni '70 negli Stati Uniti. Benché l'origine della pratica Mindfulness derivi dal pensiero buddista, non è necessario abbracciare la religione buddista per praticare lo sviluppo della consapevolezza. Essa è infatti una forma di meditazione non concettuale universalmente accessibile e non dipende da alcuna ideologia.

Con la Mindfulness si impara a rimanere concentrati sul momento presente, su quello che accade proprio adesso.

Nella pratica, la Mindfulness è una forma di meditazione che richiede tempo, energia, determinazione e disciplina. Essa consiste nel prestare attenzione, nel momento presente, a quattro elementi:

- 1) il proprio corpo;
- 2) le proprie percezioni sensoriali;
- 3) le formazioni mentali (rabbia, dolore, compassione);
- 4) gli oggetti della mente.

L'osservazione di questi elementi avviene in uno stato di autentica calma non reattiva, nel quale si accetta ciò che viene osservato per quello che è, consentendo ai cambiamenti di avvenire naturalmente, senza ostacolarli né promuoverli ed evitando la solita resistenza o il solito giudizio che causano ulteriore sofferenza.

Lo scopo della pratica Mindfulness è di generalizzare ed estendere questa particolare modalità di "porre attenzione" a tutte le situazioni e i contesti della vita quotidiana. Si tratta, dunque, di una progressiva e stabile trasformazione del nostro modo di essere e dell'acquisizione di una nuova abitudine mentale.

Negli ultimi anni sono state pubblicate alcune ricerche su popolazioni in età evolutiva, tutte dimostranti l'applicabilità dei programmi di Mindfulness ai bambini (Black et al., 2011).

Essi hanno evidenziato una serie di benefici, quali:

- il miglioramento del funzionamento della capacità attentiva e del sistema esecutivo in generale;
- la riduzione dei livelli di ansia e stress esperiti, legata a un atteggiamento di maggiore accettazione di sé e una minore reattività agli stimoli negativi (grazie all'allenamento a inibire le risposte automatiche e a osservare le emozioni senza farsi assorbire da esse);
- effetti positivi sulle relazioni sociali per via di una maggiore conoscenza di sé e capacità di accettare l'altro.

Sul piano psichico la pratica della Mindfulness:

- aiuta a riconoscere le emozioni, a "sentirle" e localizzarle nel corpo";
- migliora la capacità di regolare stati emotivi disturbanti senza mettere in atto fughe difensive o strategie disfunzionali e dannose;
- permette un maggiore equilibrio emozionale (nel non lasciarsi trascinare dalle emozioni ma poterle "incontrare" e gestire);
- permette un decremento delle emozioni negative che, quando emergono, vengono percepite come meno dolorose ed invasive;

- aumenta la capacità di mantenere il focus sul presente, senza giudizio e con accettazione verso le emozioni e i pensieri che sorgono nello stato mentale;
- si è dimostrata significativamente utile nella gestione di molti stati psicopatologici: disturbi alimentari, disturbi d'ansia, attacchi di panico, ricadute depressive;
- aiuta a sviluppare ed amplificare le emozioni positive.

Sul piano comportamentale/relazionale la pratica della Mindfulness:

- permette di aprirsi a tutte le situazioni (piacevoli e spiacevoli) e questo alimenta curiosità, fiducia e disponibilità ricettiva ad esse;
- aumenta l'apertura mentale priva di pregiudizio alle innovazioni, sviluppa quindi una mente non giudicante che permette di incontrare l'esperienza così come è e valutarla senza etichette stereotipate o luoghi comuni;
- stimola ad una maggiore attenzione alla "qualità" nella relazione: contenuti, toni emotivi e tempi della comunicazione diventano congrui e finalizzati al "prendersi cura", al "rispetto" e a trarre dalla relazione con l'altro beneficio e senso di benessere;
- sviluppa una rinnovata capacità di ascolto, una diminuzione dei pregiudizi durante l'incontro;
- sviluppa una maggiore disponibilità verso gli altri, una migliore modalità di comunicazione e una maggiore sensazione di connessione con l'altro;
- permette un maggiore accesso alle possibili risorse interiori ed alle proprie qualità personali, grazie ad un training sostenuto che coltiva la capacità di entrare in contatto con se stessi a tutti i livelli: sensoriale, mentale, emozionale (Hill & Updegraff, 2012).

Un'ulteriore modalità con cui può essere praticata la Mindfulness è l'hatha yoga, una serie di esercizi fisici della tradizione yogica più

attenta all'aspetto corporeo, a cui si accompagnano l'attenzione sul respiro e l'atteggiamento generale di accettazione di ciò che siamo, così come siamo, qui e ora. Gli esercizi di hatha yoga insegnano a raggiungere l'armonia e l'integrazione tra mente e corpo, così come tra se stessi e l'ambiente.

A tal proposito, possiamo citare tre tipi di meditazione particolarmente adatti ai bambini:

- a) Meditazione dell'Albero;
- b) Meditazione a 4 zampe;
- c) Meditazione in posizione fetale.

Un'altra possibilità di prevenire le ricadute consiste nell'insegnare al bambino a gestire la rabbia, attraverso l'insegnamento di tecniche di rilassamento.

BIBLIOGRAFIA

- AACAP Official Action (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36 (suppl):122–139.
- Ainsworth, M. D. S. (1985). Patterns of Infant-Mother Attachment: Antecedents and Effects on Development. II. Attachment across Life Span, *Bull. New York Acad. Med.*, 61: 771-91.
- Ajuriaguerra, J. (1976). *Manuale di psichiatria del bambino*. Milano: Masson.
- American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 4^a ed. Milano: Masson.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. *Edizione Italiana*. Milano: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 5^a ed. Milano: Masson.
- Andolfi, M. (2005). *I pionieri della terapia familiare*. Milano: Franco Angeli.
- Ansbacher, H. L. & Ansbacher, R. R. (1997). *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*. Firenze: Martinelli.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10: 561-571.

- Beck, J. S. (2008). *Le sfide della terapia cognitiva - cosa fare quando le tecniche cognitive di base non funzionano*. Roma: Firera & Liuzzo Publishing.
- Beck, J. S. (2008). *Terapia cognitiva. Fondamenti e prospettive*. Ed. It. A cura di Montano, A. Firenze: Mediserve.
- Beltz, C. L. (2005). *XYY Syndrome*, in Narins, Brigham (ed. a cura di), *The Gale Encyclopedia of Genetic Disorders*, 2nd ed., pp. 1369–1371. Detroit: Thomson Gale.
- Bender, L. (1953). *Aggression, hostility and anxiety in children*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher.
- Biederman, J. et al. (2009). Do Stimulants protect against Psychiatric Disorders in Youth with ADHD? A 10-Year Follow-up Study. *Pediatrics*, 124: 91-78.
- Bowlby J. (1983). *Attaccamento e perdita*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Braswell, L. & Bloomquist, M. (1991). *Cognitive- Behavioural Therapy with DOP Children: Child, Family and School Intervention*. New York: Guilford Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). *Ecologia dello sviluppo umano*. Bologna: Il Mulino.
- Bruni, F. & De Filippi, P. G. (2007). *La tela di Penelope. Origini e sviluppi della terapia familiare*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Cohen, A. K. (1969). *Controllo sociale e comportamento deviante*. Bologna: Il Mulino.
- Colvin, G., Ainge, D., & Nelson, R. (1998). Provocazioni ed aggressioni verso gli insegnanti: alcune strategie educative. *Difficoltà di apprendimento*, vol.3, n.3. Trento: Erickson.

- Conners, C. K. (1969). A teacher rating scale for use in drug studies with children. *American Journal of Psychiatry*, 126: 884-888.
- Crick, N. R. & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social-information-processing mechanism in children's social adjustment. In *Psychological Bulletin*, 115, 1: 74-101.
- Despinoy, M. (2001). *Psicopatologia del bambino e dell'adolescente*. Torino: Einaudi.
- Di Scipio, R. & Romani, M. (2001). Riflessioni sul disturbo oppositivo provocatorio e i suoi percorsi di sviluppo. *I care* n.4, anno 26 Ottobre-Dicembre.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Fabre, N. (2001). *Questi bambini che ci provocano*. Roma: Edizioni scientifiche Magi.
- Farmer, T. W. (2001). Rifiuto dei pari e comportamenti problema: comprendere l'aggressività negli studenti con difficoltà. *Difficoltà di apprendimento*, vol.7, n.1. Trento: Erickson.
- Farruggia, R., Romani, M., & Bartolomeo, S. (2008). Disturbi della Condotta/Disturbi della Personalità: riflessioni teorico-cliniche per una presa in carico precoce. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 75: 3-4, 503-513.
- Fonzi, A. (2001). *Manuale di psicologia dello sviluppo*. Firenze: Giunti.
- Gabbard Glen, O. (2005). *Introduzione alla Psicoterapia Psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Galimberti, U. (1994). *Dizionario di psicologia*. Torino: UTET.
- Geerts, M., Steyaert, J., & Fryns, J. P. (2003). The XYY syndrome: a follow-up study on 38 boys. *Genet Couns.* 14(3): 267-79.

- Giancola, P. R. (2000). Temperament and antisocial behavior in preadolescent boys with or without a family history of a substance use disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14: 56-68.
- Giancola, P. R. (2005). *A further examination of gender differences in alcohol-related aggression*. Presented at the annual convention of the Research Society on Alcoholism. Santa Barbara, CA.
- Grieger, R. M. & Boyd, J. D. (1983). *Childhood anxieties, fears and phobias: a cognitive-behavioral psychosituational approach*, in A. Ellis e M. E. Bernard (a cura di), *Rationale-emotive approaches to the problems of childhood*. New York: Plenum Press.
- Hanish, L. D., Tolan, P. H., & Guerra, N. G. (1996). *Treatment of Oppositional Defiant Disorder*, in M. Reinecke, T.M. Dattilo & A. Freeman, *Casebook of cognitive-behavior therapy with children and adolescent*: 62-78. New York: Guilford Press.
- Harnish, J. D., Dodge, K. A., & Valente, E. (1995). Mother-child interaction quality as a partial mediator of the roles of maternal depressive symptomatology and socioeconomic status in the development of child behavior problems. *Child Development*, 66, 739-753.
- Hill, C. L. M. & Updegraff, J. A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. Boston: *Emotion*. 12: 81-90.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A. (1998). *Psichiatria-Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica*. Torino: Centro Scientifico Internazionale.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Rao, U. & Ryan, N. (2004). *Test K-SADS-PL - Intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini e adolescenti*. Trento: Erickson.

- Kazdin, A. E. (1997). Practitioner review: psychosocial treatments for conduct disorder in children. *J Child Psychol Psychiatry*, 38:161–178.
- Kendall, P. C. & Wilcox, L. E. (1980). Self-control in Children: development of a rating scale, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 48: 80-91.
- Kendall, P. C. (2000). *Child and Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures*. New York: Guilford.
- Kendall, P. C., Lerner, R. M. & Craighead, W. E. (1984). Human Development and Intervention in Childhood Psychopathology, *Child Development*. 53:71-82.
- Kendall, P., & Di Pietro M. (1995). *Terapia scolastica dell'ansia. Guida per psicologi e insegnanti*. Trento: Erickson.
- Lahey, B. B., Hart, E. L., Pliszka, S., Applegate, B., & McBurnett, K. (1993). Neurophysiological correlates of conduct disorder: a rationale and a review. *J Clin Child Psychol*. 22:141–153.
- Lambruschi, F. (a cura di) (2007). *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva. Procedure di assessment e strategie psicoterapeutiche*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lochman, J. E. & Dodge, K. A. (1994). Social-Cognitive Processes of Several Violent, moderately Aggressive and Non-Aggressive Boys. *Journal consult. clinic.Psychol*. 62: 366-74.
- Lochman, J., Wells, K., & Lenhart, A. (2012). *Coping Power. Programma per il controllo di rabbia e aggressività in bambini e adolescenti*. Trento: Erickson.
- Lorenz, K. (1963). *On Aggression*. New York: Mariner Books.

- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). *Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review*. *Clinical Psychology Review*, 20(5): 561-592.
- Lyddon, W. J. & Jones, J. V. (2002). *L'approccio evidence-based in psicoterapia. Protocolli di trattamento sperimentalmente validati*. Ed.it. a cura di Mancini, F. Psicologia. Milano: McGraw-Hill.
- Mammen, O. K., Kolko, D. J., & Pilkonis, P. A. (2002). Negative affect and parental aggression in child physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 26: 407-424.
- Marzocchi, G. M. (2003). *Bambini disattenti e iperattivi, cosa possono fare per loro genitori, insegnanti e terapeuti*. Bologna: Il Mulino.
- 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.
- Marzocchi, G. M., Oosterlan, J., De Meo, T., Di Pietro, M., Pezzica, S. et al. (2001). Scala di valutazione dei Comportamenti Dirompenti per insegnanti (SCOD-I): validazione e standardizzazione di un questionario per la valutazione dei comportamenti dirompenti a scuola, in *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*. n. 21: 378-393.
- Mastroeni, G. (1997). *Aggressività e homo sociologicus*. Roma: Armando Editore.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behaviour Modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- Micalizzi, F. (a cura di) (1967). *Aggressività e sanità mentale*, Milano: Vita e pensiero.
- Minio, A. (a cura di) (1989). *Aggressività e comportamenti difficili*, Arrone: Thyrus.

- Montano, A. (2007). *Mindfulness. Guida alla meditazione di consapevolezza. Una terapia per tutti*. Salerno: Ecomind.
- Muratori, F. & Milone, A. (2001). *Acting out e condotte aggressive: l'approccio farmacologico*, relazione al convegno "Le terapie in psichiatria dell'età evolutiva", Bologna 16-17 marzo.
- Nelson, W. M. & Finch A. J. (2000). *Managing Anger in Youth: a Cognitive-Behavioral Intervention Approach*. Guilford: New York.
- Oliverio Ferraris, A. (2003). *La forza d'animo*. Milano: Rizzoli.
- Patterson, G. R., De Baryshe, B. D., & Ramshey, E. (1989). *A developmental perspective on antisocial behaviour*, *American Psychologist*. 44: 329-335.
- Pelham, W., Gnagy, E. M., Greenslade, K. E., & Milich, R. (1992). *Teacher Ratings of DSM-III-R Symptoms for the Disruptive Behaviour Disorders*, in *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 31: 210-218.
- Raine, A., Brennan, P., & Mednick, S. A. (1994). *Birth complications combined with early maternal rejection at age 1 year predispose to violent crime at age 18 years*. *Arch Gen Psychiatry*. 51: 984–988.
- Raine, A., Venables, P. H., & Williams, M. (1990). *Relationships between central and autonomic measures of arousal at age 15 years and criminality at age 24 years*. *Arch Gen Psychiatry*. 47:1003–1007.
- Redl, F. & Wineman, D. (1965). *Children Who Hate: The Disorganization and Breakdown of Behavior Controls*. New York: Free Press.
- Richter, J. E. et al, (1995). *Nimh Collaborative Multimodal Treatment Study of Children With ADHD: Background and rationale*. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 34, n. 8: 987-1000.

- Rifkin, J. (2010). *La civiltà dell'empatia: La corsa verso la coscienza globale nel mondo in crisi*, traduzione di Paolo Canton. Milano: Mondadori.
- Rocco, D. & Montorsi, A. (2010). *Evoluzione della tecnica nel colloquio psicodinamico. Un percorso storico*. Padova: Domeneghini editore.
- Rosen, H. (1988). The constructivist-development paradigm. In R. A. Dorfman (Ed.), *Paradigms of clinical social work* (pp. 317-355). New York: Brunner/Mazel.
- Safran, J. D. & Muran, C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*, Guilford, New York. Trad. It. *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*, (2003). Bari: Laterza.
- Sanders, M. R. & Woolley, M. L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: implications for parent training. *Child: Care, Health, & Development*. 31: 65-73.
- Savron, G. (2004). Le fobie. *Caleidoscopio Italiano*, 174.
- Schindler, N. (1994). *I tutori del disordine: rituali della cultura giovanile agli inizi dell'età moderna*. In: Levi G., Schmitt J.C. (Eds.). *Storia dei giovani. Dall'antichità all'età moderna*. Roma-Bari: Laterza.
- Shaw, D. S., Gilliom, M., & Giovannelli, J. (2000). Aggressive Behavior Disorders. In: Zeanah CH, editor. *Handbook of infant mental health*. 2: 397-411. New York: Guilford Press.
- Shaw, D. S., Keenan, K. E., & Vondra, J. I. (1994). Developmental Precursors of Externalizing Behavior: Age 1 to 3. *Dev. Psychol.* 30: 355-64.
- SINPIA (2006). *Linee-guida per DOP e DSA*. Trento: Centro Studi Erickson.

- Southam-Gerow, M. A. & Kendall, P. C. (1997). *Parent Focused and Cognitive Behavioral Treatments of Antisocial Youth*, in Stoff, Breiling e Maser. *Handbook of antisocial behavior*: 384-394. New York: John Wiley & Sons.
- Speltz, M. L., McClellan, J., DeKlyen, M., & Jones K. (1999). Preschool boys with oppositional defiant disorder: Clinical presentation and diagnostic change. *Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(7): 838-845.
- Speranza, A. M. (2001). *Disturbi da Deficit di Attenzione /Iperattività e Disturbi della Condotta*, in Ammaniti, M., *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Milano: Raffaello Cortina.
- The MTA cooperative group (2005). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA cooperative group multimodal treatment study of children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry*. 56: 1073-86.
- Vanistendael, S., & Lecomte, J. (2000). *Le bonheur est toujours possible. Construire la resilience*. Parigi: Bayard Culture.
- Vico, G. (1988). *Educazione e devianza*. Brescia: La Scuola.
- Vio, C., Marzocchi, G., & Offredi, F. (1999). *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività*, Trento: Centro Studi Erickson.
- Wechsler, D. W. (1991). *Wechsler intelligence scale for children—Third edition*, San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- William, R. (2004). John Dollard: Caste and Class Revisited. *Southern Cultures* 10 (2): 7–18.
- World Health Organization (1992). *The tenth revision of the International Classification of Diseases and related health problems (ICD-10)*. Geneva: Who.

CASO CLINICO

1. INVIO E INFORMAZIONI GENERALI

Claudio è un bambino di 9 anni, figlio unico, che frequenta la quarta elementare. I genitori si rivolgono al dirigente psicologo-psicoterapeuta con cui ho svolto il mio tirocinio perché riferiscono di essere continuamente chiamati dalla scuola a causa dei comportamenti di loro figlio. Secondo le insegnanti, il bambino in classe è irrequieto e dispettoso nei confronti dei compagni e delle maestre, in particolare dell'insegnante di italiano che trascorre molte ore in aula. Claudio non segue le regole scolastiche e influenza pertanto le attività dell'intera classe. I genitori sostengono che il bambino racconta di essere provocato dai suoi compagni. Quando torna da scuola è molto arrabbiato e, prima ancora di appoggiare lo zaino all'ingresso, comincia ad urlare contro la madre. Non vuole che gli si facciano domande sulla scuola. Questo tuttavia, è solo il momento della giornata in cui la rabbia di Claudio raggiunge il suo picco, ma di solito è sempre scontroso e di malumore. I genitori riferiscono di essere molto stanchi perché si sentono continuamente sfidati da Claudio che si oppone a tutto ciò che loro gli propongono. I capricci sono all'ordine del giorno, non vuole essere rimproverato e, se ciò accade, lui si alza, gira le spalle e va via. Sbatte la porta della sua camera, la blocca con una sedia (visto che i genitori hanno tolto le chiavi per evitare che si chiuda), si sdraia sul letto e guarda il soffitto. I momenti di calma sono circoscritti alla sera quando tutti e tre cenano insieme e poi guardano la tv sul divano. Claudio frequenta un corso di calcetto due volte a settimana che gli piace molto, ma anche lì sta avendo dei problemi perché spesso litiga con i compagni di squadra.

2. ASSESSMENT

2.1 Raccolta di informazioni con i genitori

Dal colloquio con i genitori si evince che la signora ha 40 anni e fa la badante, mentre il marito ne ha 42 ed è saldatore presso una ditta privata. Il titolo di studio di entrambi è la licenza di scuola media inferiore. La signora ha perso la madre all'età di 15 anni ed, essendo figlia unica, ha vissuto con il padre fino a quando lui non si è ammalato di tumore ed è morto quando lei aveva 26 anni. Dopo questo episodio, la signora ha sofferto di depressione ed ha seguito una psicoterapia cognitivo-comportamentale di due anni grazie alla quale è riuscita a risolvere il problema. Successivamente ha incontrato il suo attuale marito e dopo un anno di matrimonio, è nato Claudio.

Dopo essersi sposati si sono trasferiti dalla città in un paese di provincia per motivi di lavoro. Il trasferimento non è stato particolarmente traumatico. I nonni paterni vivono in città e spesso vanno a trovarli, anche se la mamma di Claudio ha un rapporto conflittuale con la suocera che sfocia spesso in discussioni che avvengono in presenza del bambino. La gravidanza è stata desiderata, non vengono riferiti aborti precedenti o successivi e il bambino è nato a termine con parto cesareo.

Dall'indagine sul profilo evolutivo emerge che il bambino è stato allattato regolarmente dalla madre. Lo svezzamento è avvenuto nella norma, così come sono state raggiunte in regola le tappe dello sviluppo motorio. L'acquisizione del linguaggio è stata raggiunta leggermente in ritardo ma poi il suo sviluppo è proseguito in modo regolare. Il controllo degli sfinteri è stato raggiunto a due anni. Non si riscontrano particolari malattie, né ricoveri.

Nella ricostruzione della madre, si evince che fin da piccolo Claudio si mostrava già oppositivo:

- a 3 mesi e mezzo, si rotolava nervosamente sul fasciatoio;
- a 4 mesi, tentava di uscire dal seggiolone;
- a 7 mesi tentava di uscire dal lettino a sbarre.

Anche durante i primi anni di asilo Claudio manifestava comportamenti oppositivi, gettando oggetti per terra e correndo tra i banchi.

Secondo la madre, Claudio non ha mai avuto un sonno regolare e, attualmente, si sveglia molto presto la mattina.

Ha rifiutato il triciclo, passando direttamente alla bicicletta: mostra una notevole padronanza del mezzo, con quale spesso va in giro per il paese da solo. Gli piace giocare “alla guerra” e i suoi videogame sono tutti incentrati sul tema della lotta e del conflitto armato.

La socializzazione del bambino è bloccata e pregiudicata da un atteggiamento di resistenza e ostilità nei confronti degli altri ed in particolare dei suoi compagni di classe, dai quali Claudio riferisce di non sentirsi accettato. Il suo rendimento scolastico non è buono e torna a casa molto spesso con una nota disciplinare.

I genitori riferiscono che spesso non sono in accordo sulle strategie educative da adottare con Claudio: la signora rinfaccia al marito di essere troppo duro con suo figlio e di credere di risolvere tutto urlando e dando schiaffi e botte a Claudio durante le sue crisi di rabbia. Il marito invece, spiega come a volte la moglie asseconi troppo il figlio e gliela dia vinta. Ma allo stesso tempo, quando perde la pazienza, lo sgrida, gli dice di non sopportarlo più, che lui è cattivo e che la fa “esaurire”. Per giunta ciò avviene in modo del tutto imprevedibile e in alcuni casi, è fuori luogo. Entrambi i genitori tuttavia, appaiono preoccupati per la salute di Claudio e per il suo futuro scolastico.

2.2 Raccolta di informazioni con le insegnanti

Dal colloquio con le maestre emerge che a scuola Claudio è irrequieto e indisponente. La sua presenza in aula crea scompiglio perché scatena risate generali con i suoi comportamenti. Non rispetta le regole: tenta spesso di anticipare l'orario della merenda e di prolungarne la durata, spesso si sbottona il grembiule, si rifiuta di fare i compiti che secondo lui sono noiosi e di scrivere durante il dettato. È piuttosto tranquillo solo nelle ore delle materie che gli interessano, come matematica e scienze. Inoltre, spesso innervosisce i compagni, spostando le loro sedie, adottando una sorta di resistenza verbale e cercando di attirare la loro attenzione facendo commenti o imitando i gesti degli altri. Spesso, quando si parla con lui, fa smorfie e guarda in un'altra direzione. Se viene rimproverato, fa finta di niente oppure finge di ascoltare e poi scoppia a ridere in segno di scherno.

La sua ostilità è spesso esagerata, soprattutto quando non vuole proprio raggiungere un compromesso o una negoziazione. In questi casi, l'unica che riesce a calmarlo è l'insegnante di matematica. In caso di sua assenza le maestre sono costrette ad accompagnare Claudio fuori dall'aula finché non si calma.

2.3 Colloquio con il bambino

Dal colloquio con il bambino emerge fin da subito un atteggiamento ostile e diffidente nei miei confronti. Claudio infatti, siede in maniera scomposta sulla sedia e si dondola, fa commenti disprezzanti sull'arredamento della stanza e fa delle battute ridendo. Mi dice di sbrigarci e di aver accettato di incontrarmi solo perché i suoi genitori gli avevano promesso un regalo in cambio. Quando gli si chiede di parlare

di lui, Claudio risponde chiedendomi se fossi proprio sicura di volerlo sapere perché per me non c'erano buone notizie. Dice di essere un bambino "monello" e che anche la mamma lo definisce come "terribile". Dice che a scuola fa sempre arrabbiare le maestre e anche i suoi compagni, ma che in realtà la colpa è loro perché lo provocano e lui reagisce nascondendo i loro astucci e i loro quaderni. Secondo lui, loro spesso lo escludono e così lui si vendica facendo loro i dispetti. Gli viene chiesto di eseguire un disegno usando gli acquerelli, i pennarelli o le tempere, ma lui si rifiuta dicendo di non sapere cosa disegnare e che non potevo obbligarlo perché non ero la sua insegnante. Dopo un po' dice di annoiarsi e che, pur di andar via, mi avrebbe accontentata. Esegue così la consegna. Alla fine dell'incontro Claudio dice che a lui piacciono le materie scientifiche, l'arte (verrà programmato un incontro in cui lavoreremo la creta, descritto in **Appendice 2**) e la matematica: questo diventa il motivo per fissare un nuovo appuntamento, così da potermi "sfidare" in una gara di tabelline.

2.4 Esordio

L'esordio vero e proprio della patologia è avvenuto l'anno scorso quando Claudio, insieme alla mamma, aveva organizzato la sua festa di compleanno a casa, invitando tutti i suoi compagni di classe. Alla festa però si erano presentati solo pochi bambini e Claudio ci era rimasto molto male al punto che, per tutta la festa si era comportato in maniera ostile con i piccoli invitati, rovesciava di proposito i bicchieri pieni di bevande sui loro vestiti e faceva delle smorfie durante le fotografie. Alla fine della serata, era visibilmente arrabbiato: ha strappato tutti i festoni, ha urlato contro la mamma e ha accusato i suoi amici di essere cattivi. La mamma lo ha prima rimproverato per questi suoi comportamenti e gli ha

urlato di smetterla, poi ha tentato di consolarlo, ma lui se n'è andato nella sua stanza. È andato a letto molto agitato e nervoso e durante la notte si è svegliato più volte. Il giorno seguente si è comportato malissimo a scuola: le maestre infatti, non riuscendo proprio a gestirlo, hanno preferito telefonare alla mamma per riportare Claudio a casa. Da quel giorno i comportamenti oppositivi e negativi di Claudio sono diventati sempre più frequenti.

2.5 Vulnerabilità storica

Gli eventi traumatici che hanno contraddistinto l'infanzia e la giovinezza della mamma di Claudio, ovvero la perdita di entrambi i genitori, hanno certamente contribuito all'insorgenza dei problemi di Claudio in quanto la signora, essendo stata privata, nell'infanzia, di un modello genitoriale, ha “sempre dovuto cavarsela da sola” e quindi si arrabbia quando suo figlio mostra segnali di debolezza, piagnucola o chiede aiuto in situazioni nelle quali, a suo parere, potrebbe farcela autonomamente. La signora ha riferito infatti, di aver provato sentimenti di rabbia nei confronti del mondo per la perdita dei genitori. Inoltre, la conseguente depressione di cui ha sofferto le ha causato un'instabilità interna con tendenza alla preoccupazione, a provare un senso di colpa inappropriato e rammarico che, seppur avendoli reinterpretati, ristrutturati e quindi risolti con la psicoterapia, sono diventati suoi tratti caratteriali.

Sulla base di ciò, i fattori riscontrabili nella storia di Claudio che hanno contribuito alla nascita e all'insorgenza del suo disturbo oppositivo-provocatorio sono rintracciabili innanzitutto nei metodi educativi adottati dai genitori, che risultano spesso contraddittori, violenti e disorganizzati. Oltre a ciò, quando sgridano Claudio, essi tendono ad etichettarlo, definendolo “insopportabile”, “aggressivo”, “terribile”. Queste

espressioni, pur essendo dettate da un momento di ira, sono state interiorizzate dal bambino che, come risulta dai colloqui, le considera ormai come caratteristiche personali. Inoltre il loro basso livello culturale può aver contribuito a non fornire a Claudio adeguati stimoli cognitivi, e quindi una scarsa capacità di elaborare le informazioni provenienti dai contesti interpersonali. Ciò può aver portato Claudio a percepire in maniera distorta gli input sociali.

Inoltre, i rapporti apertamente ostili tra la signora e la suocera spesso sono caratterizzati da litigi che avvengono in casa anche in presenza di Claudio e che coinvolgono anche il marito. A questi episodi seguono commenti e sfoghi da parte della signora quando la suocera non c'è.

Si possono infine individuare in Claudio altri fattori predisponenti allo sviluppo del suo disturbo oppositivo-provocatorio, ovvero:

- l'essere figlio unico;
- l'essere diffidente;
- l'aver una scarsità di stimoli cognitivi e ambientali;
- l'ipersensibilità alle critiche;
- l'ipersensibilità al rifiuto;
- le difficoltà ad essere assertivo;
- la bassa autostima.

2.6 Vulnerabilità attuale

Attualmente Claudio si sente rifiutato e non accettato dagli altri ai quali attribuisce la colpa dei suoi comportamenti. Per questo, 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. Ha un'immagine di sé molto svalutata, espressa da frasi del tipo “tanto

nessuno mi vuole bene”, “so di essere insopportabile”, “per gli altri sono un problema”, “sono cattivo”. Si considera un incapace e crede che nessuno mai gli potrà essere amico. È convinto che anche chi cerca di avvicinarsi a lui come amico, chi dice di volergli bene e di volerlo aiutare, alla fine, imparando a conoscerlo cambierà idea, quindi preferisce mettere subito alla prova queste persone, verificare il loro grado di sopportabilità, perché tanto è convinto che “anche loro impareranno ad odiarmi ed è meglio che questo accada prima che mi illuda”.

Dal punto di vista genitoriale, i fattori che espongono Claudio al manifestarsi della sua problematica sono:

- il permissivismo della madre che, non definendo delle regole precise e chiare, impedisce al bambino di capire quali saranno le risposte genitoriali alle sue azioni;
- l’incoerenza degli interventi educativi, che alternano punizioni e ricompense senza una ragione precisa, lasciandosi molto condizionare dai loro stati d’animo e da quello di Claudio;
- l’uso eccessivo delle punizioni come metodo prescelto per contrastare l’aggressività di Claudio comprese punizioni corporali.

2.7 Interviste e test somministrati

A Claudio sono stati somministrati i seguenti test:

- WISC-R-III che ha evidenziato un quoziente intellettivo (Q.I.) nella norma. La **Tabella 1** riporta i punteggi ottenuti da Claudio;

Q.I. VERBALE	Q.I. PERFORMANCE	Q.I. TOTALE
97	104	101

TABELLA 1. Punteggi ottenuti alla WISC-R-III

- K-SADS-PL. Sia Claudio sia i suoi genitori hanno raggiunto i punteggi soglia in tutti i criteri indagati nell'intervista. Risultano infatti presenti scoppi di ira da due a cinque volte a settimana, litigi con genitori e insegnanti e frequenti rifiuti alle richieste degli adulti e alle loro regole. Inoltre si sono raggiunti i punteggi soglia anche per quanto riguarda la tendenza ad arrabbiarsi con facilità, a sentirsi risentito e ad essere dispettoso. È risultato anche che in molte occasioni ha deliberatamente importunato altre persone e incolpato gli altri per dei propri errori. Sono soddisfatti anche i criteri di durata e compromissione del funzionamento nell'area sociale, familiare e scolastica.
- CDI: in cui Claudio ha ottenuto punteggi rilevanti nell'ambito delle categorie di bassa autovalutazione e difficoltà nei rapporti interpersonali.
- TAD: i cui risultati, riportati in **Figura 1**, hanno messo in luce lievi tratti depressivi che non sono ancora del tutto strutturati e che pertanto, fanno escludere una diagnosi di questo tipo.

FIGURA 1. Protocollo di valutazione del Test TAD

- SAT: che ha evidenziato un attaccamento ambivalente (**Figura 2**);

FIGURA 2. Tabella di correzione del Test SAT

- TEST CARTA E MATITA (**Figure 3a., 3b., 3c., 3d.**).

FIGURA 3a. Test dell'albero

Questo disegno appare povero di dettagli: il tronco è troppo grande rispetto alla chioma ed è assottigliato nella parte inferiore, tanto da sembrare in equilibrio precario. La chioma, invece è ristretta e

schacciata. L'albero è disegnato nella parte inferiore del foglio decentrato a destra. Le sue dimensioni sono eccessivamente ridotte rispetto alla grandezza del foglio. Queste caratteristiche potrebbero rispecchiare un senso di solitudine e incertezza di Claudio e una sua tendenza al percepirsi in costante "pericolo di cadere" a causa di basi poco solide.

FIGURA 3b. Test della famiglia

In questo disegno i componenti della famiglia sono stati rappresentati sorridenti e si tengono per mano. Claudio si è disegnato accanto al padre e lontano dalla madre. Ciò potrebbe essere indice di un suo rapporto migliore con la figura paterna. Il disegno, comunque, trasmette un senso di serenità familiare.

FIGURA 3c. Test dell'omino sotto la pioggia

In questo disegno Claudio ha rappresentato la pioggia occupando tutto lo spazio del foglio. L'ombrello del bambino appare troppo piccolo per riuscire a ripararlo in modo adeguato e ciò potrebbe essere indice di un'incapacità di Claudio a fronteggiare le difficoltà in modo adeguato e di una tendenza a percepire i pericoli come eccessivi rispetto alle sue risorse.

FIGURA 3d. Disegno spontaneo

In questo disegno Claudio ha rappresentato una serie di oggetti che potrebbero simboleggiare la sua rabbia: l'ombrello tenuto come una spada, il mento disegnato appuntito e il sasso tenuto nella mano sinistra.

3. VALUTAZIONE DELLA RELAZIONE GENITORE-BAMBINO E STORIA DELL'ATTACCAMENTO

Il test SAT ha evidenziato che Claudio ha sviluppato un attaccamento di tipo ambivalente. Claudio infatti ha fornito risposte che non hanno mostrato una chiara contraddittorietà. Alla **Tavola 1**, che racconta l'episodio in cui il papà e la mamma stanno andando fuori per la sera e lasciano il bambino a casa, Claudio risponde ridendo e dicendo: “Che faccia ha il padre! Sicuramente andranno al bar! Sono arrabbiato e triste perché vorrei andare con loro”.

La Tavola 1 è riportata nella **Figura 4**.

FIGURA 4. Tavola 1 del Test SAT

Alla **Tavola 5**, che racconta l'episodio in cui i genitori prima di partire per due settimane e lasciare il bambino a casa, gli fanno un bel regalo, Claudio risponde immediatamente: “Prima il regalo! Poi però dico a mamma e papà che non sono contento di rimanere solo e gli chiedo perché non posso andare con loro” e ancora “Mentre loro sono via, io rompo qualcosa in casa”.

La Tavola 5 è riportata nella **Figura 5**.

FIGURA 5. Tavola 5 del Test SAT

Nelle altre risposte fornite da Claudio, si evidenzia una forma di incoerenza perché, da una parte manifesta ai genitori una richiesta affettiva di essere accolto, dall'altra manifesta sentimenti di frustrazione e rabbia, perché consapevole che questo bisogno non verrà soddisfatto. Questa ambivalenza porta Claudio ad un continuo conflitto tra il suo

senso di inadeguatezza e la possibilità di arrivare a soddisfare il modello che lui crede i genitori abbiano in mente, quale prerequisito essenziale per avere il loro affetto.

Nell'ambito della relazione, pertanto, Claudio alterna manifestazioni di forte rabbia ad altre di notevole arrendevolezza.

Da ciò si evince che anche il modello della figura di attaccamento è caratterizzato da imprevedibilità: il bambino infatti, percepisce la madre talvolta come capace di fornire protezione e cure, talvolta come distante. Ciò è conseguenza del fatto che i genitori mettono in atto uno stile educativo incoerente, infatti tendono a gratificare o a punire il bambino a seconda del loro umore anziché in base all'adeguatezza o meno del comportamento. Questa incoerenza è soprattutto interpersonale, perché i genitori reagiscono in maniera differente allo stesso comportamento. Essi spesso rimproverano Claudio per i suoi errori senza stabilire con lui delle regole chiare.

4. DIAGNOSI SECONDO IL DSM-IV-TR

Sulla base dei dati raccolti, dei test somministrati, delle osservazioni comportamentali e dei sintomi manifestati da Claudio si formula la diagnosi di disturbo oppositivo-provocatorio.

Claudio infatti soddisfa tutti i criteri del DSM-IV-TR:

- A.** si comporta in modo ostile, e provocatorio da almeno un anno, durante il quale si è riscontrato che:
 - a. spesso va in collera con i genitori, con i compagni e gli insegnanti;
 - b. spesso litiga con gli adulti, in particolare con i genitori;

- c. spesso sfida attivamente o si rifiuta di rispettare le richieste degli adulti. A scuola infatti non esegue i compiti e, se viene rimproverato, ride apertamente;
 - d. spesso irrita deliberatamente le persone;
 - e. spesso accusa gli altri per i propri errori o il proprio cattivo comportamento. In particolare accusa i suoi compagni di provocarlo per farlo “esplodere”;
 - f. è spesso arrabbiato;
 - g. è spesso dispettoso e vendicativo. Soprattutto quando, a scuola, getta per terra gli oggetti dei compagni.
- B.** L’anomalia del comportamento causa una compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale e scolastico. Il rendimento scolastico di Claudio infatti, non è soddisfacente, spesso riceve note disciplinari e i suoi amici, non vogliono stare con lui a causa dei suoi atteggiamenti;
- C.** non presenta un disturbo psicotico o un disturbo dell’umore;
- D.** non sono soddisfatti i criteri per il disturbo della condotta e per il disturbo antisociale di personalità perché i suoi comportamenti non violano le norme sociali.

4.1 Diagnosi differenziale

Si esclude una diagnosi di disturbo della condotta perché i comportamenti tipici di Claudio non sono eccessivamente gravi e persistenti e non includono aggressioni contro persone o animali, distruzione di proprietà o il furto.

I comportamenti oppositivi di Claudio non derivano dalla sua incapacità di mantenere l’attenzione focalizzata sul compito o dalla tendenza all’impulsività, perché in varie occasioni, a scuola e durante l’assessment

ha dimostrato di riuscire a portare a termine tutte le attività che gli interessavano e per le quali si sentiva gratificato. Pertanto si esclude anche una diagnosi di disturbo da deficit di attenzione/iperattività.

L'oppositività di Claudio potrebbe rientrare sia nei disturbi dell'umore che nei disturbi psicotici, ma non si procede ad una doppia diagnosi, perché a Claudio non sono state diagnosticate tali patologie.

Si esclude anche la diagnosi di ritardo mentale, che pure può determinare l'insorgenza di condotte aggressive, perché i risultati ottenuti da Claudio alla WISC-R-III hanno stabilito che il Q.I. del bambino rientra nei limiti della norma.

Il disturbo oppositivo-provocatorio viene diagnosticato anche perché il mancato rispetto delle regole genitoriali da parte di Claudio, non avviene a causa di una sua incapacità di comprensione linguistica, legata a patologie dell'apparato uditivo, né ad un disturbo di espressione e ricezione del linguaggio.

Si esclude anche un disturbo di disadattamento perché gli atteggiamenti oppositivi e provocatori non si verificano in risposta ad un evento ansiogeno grave.

Si esclude anche una diagnosi di disturbo da rivalità tra fratelli perché l'ostilità di Claudio non è causata da alcuna gelosia rispetto alle attenzioni dei genitori, essendo lui figlio unico.

4.2 Concettualizzazione clinica del caso

Esperienze primarie

Claudio è un bambino di 9 anni, figlio unico, che frequenta la quarta elementare.

La gravidanza è stata desiderata, non vengono riferiti aborti precedenti o successivi, e il bambino è nato a termine con parto cesareo.

Dall'indagine sul profilo evolutivo emerge che il bambino ha raggiunto le tappe dello sviluppo in modo regolare

Fin da piccolo Claudio si mostrava già oppositivo:

- a 3 mesi e mezzo, si rotolava nervosamente sul fasciatoio, dal quale qualche volta è caduto;
- a 4 mesi, usciva dal seggiolone tentando di buttarsi;
- a 7 mesi usciva dal lettino a sbarre;
- a 10 mesi cominciava a camminare mostrando subito un'eccezionale competenza motoria.

Non ha mai avuto, secondo la madre, un sonno regolare e, attualmente, si sveglia molto presto la mattina. La socializzazione del bambino è bloccata e pregiudicata da un atteggiamento di resistenza e diffidenza nei confronti degli altri. Il suo rendimento scolastico non è buono.

Credenze di base

“Sono cattivo”, “Sono monello e dispettoso”, “Tutti mi evitano”, “Tutti mi provocano”, “Sono forte”

Assunzioni, credenze, regole condizionate

“se mi arrabbio è colpa degli altri”, “se i miei genitori mi sgridano, significa che sono cattivo”, “se mi faccio vedere arrabbiato, gli altri alla fine mi accontentano”, “chi si arrabbia, è forte perché vince sempre”, “Nessuno mi può obbligare a fare qualcosa se non voglio”

Situazione 1

Durante una partita a calcetto, Claudio subisce un fallo ma l'arbitro non fischia

Pensieri automatici

“L'ha fatto di proposito”, “È un cretino”, “Deve chiedere scusa, altrimenti gli tiro un calcio”, “io sono più forte”, “L'arbitro è uno stupido”

Emozioni

Rabbia, tristezza, nervosismo

Comportamenti

Arrabbiarsi, urlare contro l'avversario e l'arbitro, tirare un calcio al pallone

Pensieri automatici, assunzioni, credenze, regole condizionate dei genitori

“È troppo faticoso”, “Se non lo accontento, mi tormenterà tutto il giorno”, “Se non riesco a gestirlo, non sono una buona madre”, “Ci prende in giro come vuole”, “Sono una stupida”.

Emozioni dei genitori

Ansia, frustrazione, senso di colpa

Comportamento dei genitori

A volte la madre accontenta il bambino e fa quello che lui le chiede, altre volte lo rimprovera e urla contro di lui.

A questo punto sono state individuate le risorse del paziente:

- *individuali*:
 - primogenitura;
 - sensibilità;
 - simpatia;
 - autonomia;
 - buona attenzione;
 - interesse per le passeggiate in bicicletta;
 - interesse per le attività, sportive, manipolatorie e scientifiche.
- *familiari*:
 - elevata attenzione riservata al bambino nel primo anno di vita;
 - disponibilità alla collaborazione e al coinvolgimento in terapia;
 - supporto dei vicini di casa;

- rispetto e impegno verso le prescrizioni del terapeuta.
- *ambientali*:
 - contesto familiare: disponibilità allo scambio di idee e al confronto, capacità di chiedere aiuto.
 - contesto scolastico: i compagni di classe sono disponibili e collaborativi, sono contenti di essere coinvolti per aiutare Claudio. Anche i professori sono aperti a qualsiasi suggerimento che possa aiutare Claudio e si impegnano ad attenersi alle regole per l'implementazione della token economy.
 - relazioni sociali: Claudio desidera avere un buon rapporto di amicizia con i suoi compagni, anche se ha paura di rovinare tutto.

Di seguito riportiamo i fattori di mantenimento del disturbo che sono stati individuati:

- 1) *circoli viziosi bambino-genitore*: i genitori mantengono il problema reagendo alle crisi di Claudio con modalità educative incoerenti, disorganizzate e contraddittorie. Tendono ad assecondarlo nella maggior parte dei casi per farlo stare tranquillo, ma altre volte lo sgridano e gli danno le botte. Non riescono ad essere sufficientemente autorevoli nei suoi confronti, ma credono che Claudio sia troppo irrequieto per loro e che lui riesca a prenderli in giro e ad avere la meglio nella maggior parte dei casi.
- 2) *credenze sul bambino da parte del genitore*: sono convinti che Claudio sia un bambino troppo difficile e che loro non sono in grado di gestirlo adeguatamente. Lui è troppo furbo per loro e credono che spesso lui si comporti in modo oppositivo di proposito per provarli;

- 3) *credenze sul problema da parte del genitore*: “è un capriccio”, “è colpa nostra”, “lo fa apposta”, “è furbo”, “è terribile”;
- 4) *situazioni scolastiche avverse*: frequenti note disciplinari, rimproveri, obbligo di uscire dall’aula;
- 5) *comportamenti di evitamento e di ricerca della sicurezza*: sbatte la porta della sua camera, la blocca con una, si sdraia sul letto e guarda il soffitto;
- 6) *bias attentivi*: attenzione selettiva ai segnali ostili provenienti dagli altri, adulti o coetanei, che lo portano a percepire continue ingiustizie e ostilità nei suoi confronti, che giustificano il suo rancore o rabbia o rifiuto ad ubbidire.
- 7) *recupero mnestico selettivo*: Claudio ricorda con maggiore vividezza e in modo selettivo solo gli episodi in cui ritiene di aver subito un torto.

5. CONTRATTO TERAPEUTICO

In primo luogo si determinano gli obiettivi dell’intervento terapeutico:

a) a breve termine:

- alleanza terapeutica;
- psicoeducazione sulla rabbia;

b) a medio termine:

- normalizzazione delle reazioni di rabbia, aiutando Claudio ad identificare le emozioni di collera e ostilità e le sue reazioni a queste;
- fornire un modello di fronteggiamento delle situazioni ostili;

c) a lungo termine:

- eliminare i comportamenti oppositivi e aggressivi;
- elaborare strategie di coping;

- insegnare il pensiero realistico e l'interpretazione alternativa;
- aumentare le competenze sociali.

6. RELAZIONE TERAPEUTICA CON CLAUDIO

Durante i primi incontri Claudio ha mostrato una certa resistenza. Anche se veniva agli incontri, voleva decidere lui cosa fare. A proposito dei suoi comportamenti, riferiva che era lui a comandare (“sono più forte dei miei genitori e anche di te!”) e che non aveva paura di nulla e di nessuno. Concordo con il bambino di continuare a incontrarci per “conoscerci meglio”, allo scopo di instaurare un’alleanza terapeutica funzionale alla comprensione del suo disagio, stabilendo però che un’attività in seduta l’avrebbe scelta lui, e un’altra io. Claudio ha accettato anche se cercava spesso di non rispettare gli accordi. Lo scopo degli incontri era di instaurare una relazione significativa con un triplice obiettivo:

- 1) far rispettare a Claudio il setting terapeutico;
- 2) aiutare il bambino a prendere consapevolezza della sua focalizzazione e attenzione ai segnali ostili provenienti dagli altri, adulti o coetanei, che lo portava a percepire continue ingiustizie e ostilità nei suoi confronti, che giustificavano il suo rancore, la sua rabbia o il rifiuto ad ubbidire. Claudio infatti, riferiva che erano i genitori che lo sgridavano o gli davano le botte, che erano i compagni che lo infastidivano, che erano le insegnanti che ingiustamente lo obbligavano a fare delle cose noiose;
- 3) poter lavorare con il bambino sull’espressione adeguata ed esplicita delle sue emozioni, attraverso la verbalizzazione e non solo attraverso i comportamenti agiti. Inoltre questo era funzionale ad aumentare le sue competenze di mentalizzazione.

7. RELAZIONE TERAPEUTICA CON I GENITORI

Lo scopo dell'intervento con i genitori è stato quello di eliminare il rinforzo che essi involontariamente fornivano ai comportamenti oppositivi e ostili di Claudio perché sembrava chiaro, dalle sequenze descritte dai genitori, che Claudio faceva di tutto per arrivare all'assecondamento delle proprie richieste.

Claudio, tuttavia, ha risposto al cambiamento nelle modalità educative dei suoi genitori, con un iniziale aumento dei suoi comportamenti aggressivi (arrivando a gettarsi a terra e ad urlare moltissimo). Pur avvertiti e messi al corrente che questa sarebbe stata la conseguenza immediata del cambiamento messo in atto, i genitori hanno espresso le loro perplessità circa l'utilità della strategia perché temevano che i comportamenti di Claudio sarebbero peggiorati. Discutendo insieme delle loro difficoltà e valutando attentamente i loro timori e i loro ostacoli emotivi e cognitivi al proseguimento del trattamento, abbiamo concordato di proseguire.

8. TRATTAMENTO

PARTE 1:

PSICOEDUCAZIONE E RICONOSCIMENTO DELLE EMOZIONI

Inizialmente è stato presentato a Claudio un piccolo fascicolo relativo alla rabbia, alle sue cause, alle sue diverse manifestazioni e a come può influenzare la vita di una persona.

Questa piccola dispensa è stata accompagnata dalla visione di alcuni filmati che mostravano i diversi modi per esprimere la rabbia: dai più

violenti e inaccettabili ai più adeguati e positivi. Tutto ciò allo scopo di dimostrare che la rabbia è un'emozione innata che fa parte della natura umana e che è una risposta delle persone quando non vengono soddisfatti i loro bisogni e le loro richieste. Ciò che può essere modificato è il modo in cui viene espressa.

Successivamente è stata utilizzata con Claudio la scheda “*Body chart*” (**Figura 6**) per il riconoscimento delle sensazioni fisiche collegate alla rabbia. Il bambino ha individuato la zona della testa e delle mani, come le parti che riesce a sentire maggiormente quando si arrabbia. Claudio infatti riferiva che la testa “sembra che rimbombi”, mentre le mani iniziano a sudare e tremare.

FIGURA 6. Body Chart

È stata utilizzata anche una scala a 10 punti per il riconoscimento dell'intensità delle emozioni che è rappresentata nella **Figura 7**.

Questa scala è stata utilizzata da Claudio per valutare il livello di rabbia nelle diverse situazioni ostili allo scopo di dimostrargli che non tutte lo facevano arrabbiare nello stesso modo e che pertanto, poteva riuscire a modulare l'espressione aggressiva dei suoi comportamenti.

FIGURA 7. Scala per il riconoscimento dell'intensità delle emozioni

PARTE 2:

RIDUZIONE DELLE MANIFESTAZIONI FISILOGICHE LEGATE ALLA RABBIA (COPING POWER PROGRAM) E RILASSAMENTO

Al fine di insegnare a Claudio il controllo e la gestione della sua rabbia, è stato implementato con lui il Coping Power Program (Lochman, Wells & Lenhart, 2012) che è un programma basato su interventi cognitivo-comportamentali e sul modello socio-cognitivo di elaborazione dell'informazione di Dodge (Crick e Dodge, 1994).

Questo programma ha avuto una durata di 10 mesi e ha previsto l'utilizzo di tecniche cognitive comportamentali ed attività volte al potenziamento di diverse abilità per Claudio, quali:

- organizzare efficacemente lo studio (Schede in Appendice 1);
- riconoscere e modulare i segnali fisiologici della rabbia;
- riconoscere il punto di vista altrui (perspective taking);
- risolvere adeguatamente le situazioni conflittuali;
- resistere alle pressioni dei pari ed entrare in contatto con gruppi sociali positivi (Scheda "Organizzare una festa" in Appendice 1).

L'intervento si è articolato in 25 sessioni della durata di un'ora, ciascuna con un tema e degli obiettivi specifici. Inoltre, di sessione in sessione, Claudio era chiamato a raggiungere degli obiettivi minimi a scuola o nel contesto familiare, che di settimana in settimana venivano verificati attraverso il "Foglio dei traguardi" (Figura 8), un semplice contratto comportamentale nel quale era Claudio stesso a proporre il tema sul quale voleva impegnarsi.

FIGURA 8. Foglio dei traguardi.

Il raggiungimento di queste piccole mete permetteva a Claudio di accedere ad un sistema a premi.

Lo schema generale di ciascuna sessione prevedeva:

- 1) la verifica degli obiettivi conseguiti a scuola o a casa;
- 2) l'introduzione al tema specifico che sarebbe stato affrontato durante l'incontro;
- 3) le attività specifiche, di volta in volta diverse, riguardanti il tema affrontato;
- 4) l'assegnazione dei punti in base agli obiettivi raggiunti e all'impegno profuso;
- 5) l'acquisizione dei premi;
- 6) il momento di gioco libero.

Il programma ha previsto anche 15 sessioni con i genitori con l'obiettivo di sviluppare le loro abilità in diverse aree, quali:

- la promozione dell'organizzazione e delle abilità di studio di Claudio;
- lo sviluppo di adeguate pratiche educative;
- l'incremento della comunicazione familiare;
- la promozione delle abilità di problem solving che Claudio, di volta in volta, acquisiva.

Ai genitori sono stati assegnati degli homework che prevedevano l'osservazione sistematica dei comportamenti di Claudio e la registrazione delle loro reazioni in base al tema sviluppato nella sessione di riferimento. L'obiettivo di tali attività era quello di suscitare nei genitori una visione più positiva del loro figlio e del suo comportamento, oltre a favorire l'instaurarsi di momenti relazionali positivi.

Due delle 15 sessioni sono state dedicate alla modulazione dello stress genitoriale e hanno previsto un momento di riflessione comune su

quanto lo stress avesse potuto influenzare negativamente le loro abilità genitoriali. I genitori, inoltre, sono stati invitati a progettare concretamente momenti per la cura di sé durante la settimana al fine di sollecitare l'attivazione della rete sociale.

Il controllo e la gestione della rabbia sono state insegnate a Claudio anche attraverso tre tecniche di rilassamento:

1) Respirazione diaframmatica

“Mettiti seduto comodamente. Concentrati sul respiro. Riesci a sentire? L'aria entra e il petto si gonfia; l'aria esce e il petto si sgonfia. Di solito noi respiriamo in questo modo. Ora vorrei insegnarti un nuovo modo di respirare, che ti aiuterà a sentirti più tranquillo quando sei agitato o a disagio. Immagina di avere un palloncino nella pancia e che questo deve gonfiarsi ogni volta che inspiri e sgonfiarsi quando espiri. Quindi prova...inspira e spingi l'aria giù verso la pancia, senti che il palloncino si gonfia? Conta fino a 3 e poi espira lasciando che il palloncino si sgonfi. Aspetta qualche secondo, conta di nuovo fino a 3 e poi inspira di nuovo. Ricordati di respirare in questo modo ogni volta che ti sentirai agitato e continua a farlo fino a quando non ti sentirai più tranquillo”.

2) Rilassamento per immagini

Si è preferito leggere il testo del rilassamento dal vivo per mantenere un tono di voce calmo e un ritmo di lettura lento. A causa della diffidenza di Claudio si è preferito far eseguire gli esercizi seduto su una poltrona comoda.

a) Rilassamento di mani e braccia

“Immagina di avere mezzo limone nella tua mano sinistra. Adesso immagina di spremere con forza il limone. Cerca di spremerlo fino all’ultimo goccio di succo. Adesso lascia andare il limone. Cerca di notare la sensazione che provi al braccio quando smetti di stringere il pugno. Adesso prendi un altro limone e spremilo. Cerca di spremerlo con più forza che puoi. Adesso lascia andare il limone e rilassa il braccio. Cerca di notare quanto si sentono meglio il braccio e la mano quando sono rilassati. Ancora una volta prendi un limone nella tua mano sinistra e spremi tutto il succo. Non lasciare neanche una goccia. Spremi più forte che puoi. Bene, adesso lascia cadere il limone e rilassa il braccio e la mano”.

(L’intera procedura è stata ripetuta per la mano destra).

b) Rilassamento di braccia e spalle

“Immagina di essere un gatto molto pigro che si vuole stiracchiare dopo aver fatto una bella dormita. Stendi le braccia in avanti e sollevale sopra la testa. Ora spingi le braccia all’indietro e stendile più che puoi. Adesso lasciale andare giù. Bene, adesso stiracchiati ancora. Stendi le braccia in avanti e sollevale sopra la testa. Spingi le braccia all’indietro, spingile più che puoi. Adesso lascia cadere giù le braccia. Cerca di sentire quanto sono rilassate le braccia. Adesso ti stirerai più che puoi. Cerca di stendere le braccia e di voler toccare il soffitto. Sollevale più che puoi sopra la testa. Adesso spingi le braccia all’indietro e cerca di sentire quanto sono tese anche le spalle. Tieni ancora un attimo le braccia ben tese. Benissimo, adesso lasciale cadere giù e senti come si rilassano le

spalle e le braccia. Adesso le spalle e le braccia sono piacevolmente rilassate”.

c) Rilassamento di spalle e collo

“Adesso immagina di essere una tartaruga. Sei sopra un sasso sulla riva di un laghetto e ti stai riposando al piacevole calore del sole. Ti piace il paesaggio e ti senti rilassato. All’improvviso ti accorgi di qualcosa di pericoloso e tiri la testa all’indietro dentro il tuo guscio. Cerca di sollevare le spalle avvicinandole alle orecchie, mentre tiri dentro la testa tenendola incassata tra le spalle. Rimani fermo così, non è facile essere una tartaruga nel suo guscio. Adesso il pericolo è passato. Puoi uscire di nuovo fuori al sole e puoi sentirti rilassato e tranquillo. Ma attenzione, c’è di nuovo un pericolo! Svelto, ritira di nuovo la testa dentro la tua casetta e rimani stretto dentro il guscio. Devi rimanere rannicchiato con la testa incassata tra le spalle per sentirti protetto. Bene, ti puoi rilassare. Tira di nuovo fuori la testa e lascia che le spalle si rilassino. Senti quanto si sta meglio, quando si è rilassati invece che irrigiditi. Adesso, ancora una volta: pericolo! Ritira la testa all’interno porta le spalle in su e avvicinale alle orecchie. Senti come sono irrigiditi le spalle e il collo. Bene, ora puoi tornare fuori, sei di nuovo al sicuro, perciò puoi rilassarti e cercare di stare comodo. Ogni pericolo è scomparso, non c’è più niente di cui avere paura, ti senti tranquillo e contento”.

d) Rilassamento delle mascelle

“Immagina di avere in bocca un’enorme gomma da masticare. È molto grossa e molto dura. Masticala con forza e tienila schiacciata tra i denti. Adesso allenta le mandibole e rilassati. Senti come si sta bene con le

mandibole rilassate. Bene, ora schiaccia di nuovo la gomma tra i denti in fondo alla bocca. Tienila schiacciata con forza, senti quanto è dura. Adesso rilassati ancora e cerca di sentire le mandibole che si distendono. Ti senti molto meglio ora che non devi più tenere la gomma schiacciata. Bene, ripetiamo tutto ancora una volta. Schiaccia la gomma con forza, la stai proprio lacerando, premi con forza, più forte che puoi. Benissimo, adesso basta, lascia andare ogni tensione alle mandibole e rilassale. Non hai più niente in bocca da masticare, senti le mascelle e le guance che si rilassano. Cerca di sentire tutto il corpo rilassato”.

e) Rilassamento di viso e naso

“Adesso sta arrivando una mosca rompiscatole. Si è posata proprio sul tuo naso. Cerca di cacciarla via senza usare le mani e senza muovere la testa. Proprio così, tieni il naso arricciato, cerca di tenerlo più arricciato che puoi. Bene, la mosca se n’è andata. Adesso ritorna con il naso disteso e rilassalo. Oops, ecco di nuovo la mosca! Cacciala via arricciando il naso. Tienilo ancora un attimo più arricciato che puoi. Bene, se n’è andata. Adesso puoi rilassare tutto il viso. Forse hai notato che quando arricci il naso anche le guance, la bocca, la fronte e gli occhi diventano tesi. Quando invece rilassi il naso, anche il resto del viso si rilassa. Adesso cerca di sentire tutto il viso piacevolmente rilassato. Ma accipicchia, è tornata la mosca! Questa volta però si è posata sulla tua fronte. Cerca di cacciare la mosca facendo le rughe con la fronte. Tieni la fronte ben corrugata. Bene, la mosca è andata via. Adesso puoi rilassarti. Cerca di sentire tutto il viso morbido e disteso, il tuo viso adesso è piacevolmente rilassato”.

f) Rilassamento dello stomaco

“Ecco che adesso sta arrivando un piccolo elefantino molto monello. Non guarda neanche dove cammina e non si accorge che ci sei tu sdraiato in mezzo all’erba. Sta venendo verso di te e sta per camminare proprio sul tuo stomaco. Non muoverti, ormai non fai più in tempo a spostarti, cerca di irrigidire più che puoi lo stomaco. Tieni tutti i muscoli dello stomaco più tesi che puoi. Rimani ancora un istante con lo stomaco duro... L’elefantino ha cambiato direzione, adesso puoi rilassarti. Lascia andare i muscoli dello stomaco. Cerca di sentire lo stomaco morbido e piacevolmente rilassato. Lo stomaco si rilassa e si distende... Ma, attenzione! Ecco di nuovo l’elefantino. Preparati e irrigidisci lo stomaco. Indurisci lo stomaco più che puoi. Se l’elefantino ti calpesta mentre tieni lo stomaco irrigidito, non ti farà male. Il tuo stomaco è duro come una roccia. Bene, se ne sta andando in un’altra direzione, puoi rilassarti. Lascia andare completamente ogni tensione e cerca di notare la differenza tra uno stomaco irrigidito e uno stomaco rilassato. Il tuo stomaco adesso diventa morbido e piacevolmente rilassato... Non ci crederai, ma quel monello di un elefantino sta tornando verso di te. Questa volta procede più velocemente. Irrigidisci subito lo stomaco... tienilo ben duro come una roccia. Ecco che l’elefantino sta arrivando sopra il tuo stomaco, irrigidisci bene lo stomaco, ecco che è arrivato con la zampa sopra di te... è passato, ma non ti ha fatto male. Va tutto bene, ora puoi proprio rilassarti completamente. Lascia andare ogni tensione dallo stomaco. Cerca di sentirti completamente rilassato e disteso. Lo stomaco è morbido come fosse di gomma e ti senti piacevolmente rilassato. Adesso immagina di dover passare per un cancello che è quasi completamente chiuso. La tua palla è andata dall’altra parte e vuoi recuperarla. Il cancello è stato verniciato da poco e la vernice non è

ancora completamente asciutta. Inoltre il cancello è bloccato, per cui non può essere aperto di più, ma tu devi passare proprio per quel cancello. Dovrai cercare di farti più sottile che puoi, cercando di tenere lo stomaco in dentro. Prova a tenere lo stomaco completamente schiacciato verso l'interno in modo da non sfregare contro la vernice ancora fresca di cancello. Bene, ce l'hai fatta. Puoi tornare con lo stomaco normale. Lascia andare completamente i muscoli dello stomaco e rilassati. Adesso hai recuperato la palla e, dopo averla lanciata dall'altra parte, cerchi di passare di nuovo per il cancello semichiuso facendoti più sottile che puoi per non sfregare contro la vernice fresca. Il tuo stomaco adesso è proprio sottile, completamente schiacciato verso l'interno. Rimani ancora un attimo così mentre passi per il cancello. Bene, ce l'hai fatta e non ti sei sporcato neanche un po'. Adesso sei soddisfatto e puoi rilassarti completamente. Il tuo stomaco è tornato normale. I muscoli sono distesi e tu ti senti piacevolmente rilassato”.

g) Rilassamento di gambe e piedi

“Adesso immagina di essere al mare e di giocare sulla riva. Ti trovi nel punto in cui la sabbia è bagnata e le onde arrivano quasi a sfiorarti i piedi. Ti stai divertendo a cercare di affondare i piedi sempre più nella sabbia e tieni le dita ben allargate mentre cerchi di premere con le gambe sulla sabbia bagnata. Senti le gambe e i piedi irrigiditi mentre stai affondando nella sabbia. Ora però hai deciso di sederti un po' sulla sabbia asciutta e di rilassarti. Le tue gambe e i tuoi piedi si distendono e li senti rilassati. Ti stai gustando questa piacevole sensazione di rilassamento alle gambe e ai piedi. Adesso ti è venuta di nuovo voglia di giocare sulla riva. Sei in piedi e premi forte contro la sabbia bagnata cercando di affondare sempre più. Senti la sabbia che passa attraverso le

dita dei piedi, mentre le tue gambe sono completamente irrigidite. Bene, adesso torni di nuovo a distenderti sulla sabbia asciutta e senti le gambe e i piedi che si rilassano completamente. Ti senti piacevolmente rilassato, le dita dei piedi e delle gambe si rilassano sempre di più”.

3) Mindfulness

Come già analizzato nei paragrafi precedenti, Mindfulness è, nella pratica, una forma di meditazione che si sostanzia nel prestare attenzione, nel momento presente, a quattro elementi: il proprio corpo, le proprie percezioni sensoriali, le formazioni mentali e gli oggetti della mente.

Il modo più efficace per praticare questo tipo di concentrazione consiste nell’ eseguire una rotazione sistematica dell’ attenzione consapevole alle varie parti del corpo, con l’ obiettivo di “sentirle autenticamente” e soffermarsi su ciascuna di esse. La tecnica prende spunto da un’ antichissima pratica yogica: lo yoga nidra. È un metodo che, se applicato in modo costante e sistematico, induce un completo rilassamento fisico, mentale ed emozionale.

Per questo motivo, sono stati insegnati a Claudio tre tipi di meditazione:

a) Meditazione dell'Albero

“Stai dritto, unisci i piedi e tieni le braccia lungo il corpo. Assicurati di essere dritto e tieni le spalle larghe indietro. Cerca di tenere il petto in fuori, come se qualcuno te lo tirasse con una corda. Ora rivolgi il palmo delle mani in avanti, e allontana le mani dal corpo. Lentamente solleva le braccia mantenendo i gomiti dritti se ci riesci. Quando le braccia saranno entrambe completamente su, le tue mani saranno unite e le tue dita

saranno tese verso il cielo. Allungati e cerca di diventare più alto possibile, tenendo i piedi ben saldi a terra. Prova a spingere la parte superiore della colonna vertebrale tirandola verso l'alto e a chiudere le spalle. Continua a cercare di toccare il cielo con la punta delle dita e spingi i tuoi piedi verso il pavimento come se fossero le radici di un albero (quando fai questo i muscoli delle gambe diventeranno tesi). La parte superiore del tuo corpo si allunga in su mentre la parte inferiore tira verso il basso. Mentre fai questo, sentiti fiducioso verso te stesso e senti il tuo corpo aprirsi ed allungarsi man mano che ti distendi”.

b) Meditazione a 4 zampe

“Stenditi sul pavimento a pancia sotto, piega i gomiti in modo che le tue mani siano appoggiate a terra all'altezza del petto.

Solleva il corpo aprendo le dita ma rimanendo con il palmo delle mani e le ginocchia a terra come se fossi a 4 zampe. Ora sollevati sui piedi, rimanendo appoggiato al pavimento solo con le dita, alza il bacino e continua a mantenere le mani a terra. Le mani devono essere oltre la linea delle spalle. Continua a sollevare il bacino e a stirare la schiena. Mantieni le dita aperte e spingi le mani verso il pavimento e il bacino verso l'alto per permettere alla colonna vertebrale di allungarsi sempre di più. Solleva, solleva. Senti la tensione. Molto bene! Ora lentamente torna a quattro zampe, poi distenditi appoggiando lo stomaco a terra e rilassati”.

c) Meditazione in posizione fetale

“Adagiati sul pavimento facendo in modo che i tuoi alluci si tocchino mentre stai seduto sui talloni. Allarga le ginocchia verso l'esterno.

Piegati in avanti in modo che la tua pancia e il tuo ombelico siano il più possibile vicini al pavimento. Le cosce e le ginocchia sono divaricate. Allunga le braccia e le dita in avanti, di fronte a te, lasciando le mani sollevate e toccando il pavimento solo con i polpastrelli. Mentre lo fai prova a sentire la parte alta della tua schiena e la colonna vertebrale. Senti che si allungano. Ora porta le braccia in basso lungo il corpo, con le mani (a palmo in su) ancora sul pavimento lungo il corpo o sotto i piedi. Rilassati solamente e stai in questo modo. Lascia andare ogni tensione nel tuo corpo”.

All’inizio Claudio era riluttante a praticare questi esercizi: faceva commenti ilari sul tono della mia voce, rideva e diceva che erano noiosi e che gli facevano venire sonno. Dopo qualche incontro però ha riferito che le sensazioni di tensione che provava durante gli esercizi, erano le stesse che avvertiva quando era arrabbiato. In particolare avvertiva con maggiore intensità la tensione alle mani e alle braccia, come aveva riferito in precedenza, e aveva scoperto che sentiva anche una stretta allo stomaco.

Questi suoi commenti spontanei sono stati spunto per una discussione sui suoi segnali fisiologici. Claudio è stato invitato a prestare attenzione a questi segnali che provenivano dal suo corpo e che lo avvertivano che si stava per arrabbiare, così, come un detective, aveva il compito di riconoscerli e combatterli con il rilassamento.

Anche in questo caso, Claudio ha ottenuto risultati molto soddisfacenti, riducendo i suoi comportamenti ostili agiti e manifesti.

Tra gli esercizi di meditazione mindfulness, il suo preferito era quello in posizione fetale che assomigliava alla modalità che lui adottava già prima dell’intervento terapeutico per rilassarsi, quando si sdraiava sul letto.

PARTE 3:

METODO ABC E RISTRUTTURAZIONE COGNITIVA

Durante questa fase è stata insegnata a Claudio la tecnica degli ABC utilizzando le schede in Appendice 1, per favorire il riconoscimento dei pensieri automatici e del loro contenuto, nonché dei “virus mentali”, ovvero delle distorsioni cognitive.

L'ABC è una tecnica che serve ad identificare il contenuto dei pensieri automatici. È stato chiesto a Claudio quali fossero le emozioni principali che provava nelle situazioni in cui era arrabbiato (C), in quali situazioni insorgevano (A) e quali pensieri o immagini (pensieri automatici) le precedevano, accompagnavano e seguivano (B).

Per aiutare Claudio ad identificare i propri pensieri automatici, abbiamo prima fatto degli esercizi di allenamento per riconoscerli in seduta e, in un secondo momento, è stato chiesto a Claudio di utilizzare questa tecnica di autosservazione durante la settimana.

Con mio grande stupore, a Claudio piaceva molto questo “gioco” perché gli ricordava un esperimento di scienze fatto a scuola in cui dovevano osservare al microscopio alcune sostanze e riuscire ad individuare i batteri che si erano formati su di esse. Ciò ha favorito una sua partecipazione collaborativa e una pratica piuttosto assidua anche a casa.

Nella **Figura 9** sono riportati due esempi di ABC eseguiti da Claudio.

FIGURA 9. Esempi di ABC

PARTE 4:

PARENT TRAINING

Ai genitori di Claudio è stato fornito un fascicolo di psicoeducazione per insegnare loro metodi più costruttivi di gestione dell'oppositività del bambino e per spiegare loro come essere un modello di fronteggiamento dell'aggressività del loro figlio riducendo la disorganizzazione e il disaccordo genitoriale. Anche a loro è stato insegnato il metodo ABC, sono state spiegate ed evidenziate le distorsioni cognitive riguardo a loro stessi e a Claudio e successivamente si è proseguito con la messa in discussione delle convinzioni irrazionali attraverso la compilazione degli ABCDE. In particolare si è lavorato sui seguenti meccanismi cognitivi:

- le loro aspettative nocive nei confronti di Claudio e nei confronti di se stessi;
- le loro considerazioni irrazionali riguardo il loro comportamento e quello di Claudio.

La ristrutturazione cognitiva è avvenuta sottoponendo ai genitori di Claudio le seguenti domande:

- questo suo pensiero si basa su fatti concreti che possono essere verificati o dimostrati?
- quali altri fatti potrebbe aver ignorato o trascurato?
- questo pensiero l'aiuta a sentirsi meglio, a raggiungere i suoi scopi, o a stare meglio con gli altri?
- qual è la cosa più probabile che potrebbe accadere in questa situazione? Quanto è probabile che si verifichi davvero? Sarebbe proprio terribile se ciò si verificasse?
- qual è la cosa più probabile che può verificarsi? Come può affrontare la cosa peggiore che potrebbe accadere?

- come vorrebbe sentirsi e cosa vorrebbe fare in questa situazione?
Cosa potrebbe pensare per sentirsi veramente così?

È stata anche insegnata ai genitori la corretta somministrazione di lodi e ricompense, ovvero le procedure di rinforzo, ricordando loro che l'obiettivo di tali tecniche era quello di rinforzare i comportamenti positivi di Claudio e non quello di punire i suoi comportamenti negativi.

Per fare ciò è stato consegnato il seguente vademecum:

- premiare i comportamenti positivi, anche piccoli che conducono alla condotta desiderata e allontanano da quella indesiderata;
- preferire i premi per i comportamenti positivi (anche piccoli) alle punizioni;
- evitare le prediche e i confronti con il comportamento di altri bambini;
- preferire sempre la perdita di un privilegio (es. uscire o guardare la tv) alla punizione (es. fare qualcosa di spiacevole);
- scegliere le punizioni solo per comportamenti molto gravi e solo se si è provato prima tutto il resto;
- decidere tre regole espresse in positivo che tutti dovranno osservare in casa o a scuola (ad esempio: “parlare a voce bassa” piuttosto che “non urlare”);
- rimproverare Claudio con poche e specifiche parole;
- punire Claudio senza usare la violenza fisica perché non farebbero altro che peggiorare la situazione e fornire al bambino un cattivo esempio di gestione della situazione;
- premiare Claudio o togliergli un privilegio subito dopo il comportamento problema senza lasciar passare troppo tempo. Ciò al fine di evitare che l'effetto sul comportamento svanisca;
- essere sempre chiari e leali;

- dare il “buon esempio”;
- attenuare l’esposizione agli antecedenti che normalmente conducono a comportamenti oppositivi;
- ricercare le condizioni che attenuano i comportamenti indesiderati;
- se si è in un luogo pubblico, rimproverare in privato o comunque in modo tale che non possano udire i presenti;
- 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;
- rimuovere il rinforzo derivante dall’attenzione data ai comportamenti oppositivi;
- 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 Claudio più del dovuto, come zone buie o confinate;
- premiare e punire attraverso guadagno o perdita di punti;
- non dare indicazioni vaghe, come per esempio: “Comportati bene” o “Bravo, oggi ti sei comportato bene”, ma preferire espressioni come: “Bravo. Hai apparecchiato la tavola senza fartelo ripetere due volte, ti meriti un premio”.

I genitori si sono dimostrati aperti e collaborativi, anche se spesso hanno avuto timori e perplessità circa l’efficacia degli interventi, ma il loro impegno e il loro cambio di atteggiamenti e stile educativo ha avuto

ripercussioni positive fin da subito sui comportamenti di Claudio e sul clima generale della famiglia.

PARTE 5:

COINVOLGIMENTO DEGLI INSEGNANTI

Per ridurre i comportamenti oppositivi e disturbanti di Claudio in classe, sono stati organizzati degli incontri con le insegnanti per condividere la strategia comune di gestione delle provocazioni e dei comportamenti oppositivi del bambino nel contesto classe. Al corpo docente, in presenza dei genitori, (che avrebbero riproposto la tecnica a casa) è stato pertanto insegnato il metodo della *Token Economy* così da modificare l'ambiente classe, introducendo opportuni stimoli in relazione a determinati comportamenti.

Il programma di token economy è stato suddiviso in due fasi:

1) Fase di preparazione del programma

In questa fase le insegnanti hanno stabilito, insieme a me e ai genitori:

- i *comportamenti oggetto dell'intervento* che sono stati registrati per frequenza ed intensità al fine di valutare la reale necessità di impiegare il programma sui comportamenti stabiliti e di confrontare i nuovi dati con quelli di base poter valutare obiettivamente l'efficacia dell'intervento;
- i *rinforzi*, cioè le ricompense da scambiare con i gettoni guadagnati. Per essere adeguati, era necessario che essi fossero realmente desiderabili e appetibili. Per fare ciò, è stato chiesto direttamente a Claudio di elencare una serie di possibili rinforzatori efficaci da cui poi scegliere. È stato specificato che le ricompense scelte non

dovevano riguardare rinforzatori normalmente a disposizione di Claudio o che costituivano una violazione etica, (come per esempio mettere in palio la merenda o uno dei pasti principali);

- il *tipo di token da utilizzare*. Le insegnanti hanno scelto di realizzare un cartellone che potesse essere sempre visibile da tutti gli alunni sul quale segnare di volta in volta i progressi di ogni bambino.

2) Fase di attuazione del programma

Le insegnanti sono state invitate a consegnare in maniera positiva e immediatamente visibile i gettoni a Claudio (ma anche agli altri bambini) dopo una risposta desiderata, assicurandosi che lui avesse compreso il motivo per cui aveva ricevuto il gettone. Le insegnanti potevano anche utilizzare lo strumento delle “multe”, in forma di costo della risposta per scoraggiare comportamenti indesiderati. Quando cioè un bambino emetteva un comportamento inadeguato si poteva sottrarre un gettone.

All’inizio dell’applicazione di tale procedura, Claudio si arrabbiava molto quando non guadagnava un gettone e ancor di più quando lo perdeva. Inoltre litigava con i suoi compagni e le insegnanti per le ingiustizie che secondo lui erano state commesse nei suoi confronti, avvantaggiando gli altri. Grazie alle spiegazioni delle insegnanti sui motivi delle loro decisioni e grazie al suo impegno nel guadagnare gettoni, i comportamenti oppositivi di Claudio si sono gradualmente ridotti.

9. PREVENZIONE DELLE RICADUTE

Per prevenire il ripresentarsi dei comportamenti ostili, è stato insegnato a Claudio il concetto di “resilienza”, ovvero la capacità di fronteggiare situazioni di crisi attivando energie e risorse per proseguire lungo una traiettoria di crescita. Di fronte agli stress e ai colpi della vita, la resilienza dà infatti luogo a risposte flessibili.

È stato pertanto insegnato a Claudio:

- ad avere speranza nella vita e fiducia nelle proprie potenzialità;
- a credere nella possibilità di cambiamento;
- a cogliere i segnali che vengono dal proprio corpo;
- a cogliere i segnali che vengono dall’ambiente;
- a reggere le difficoltà senza disperarsi;
- ad esprimere le proprie emozioni in modo funzionale.

Poiché i livelli di oppositività aumentano in concomitanza con alti livelli di stress, il trattamento di prevenzione delle ricadute ha previsto anche l’insegnamento della gestione dello stress.

Il livello di stress può essere gestito in 2 modi:

1) prevenzione: consiste nell’evitare che il livello di stress superi una certa soglia. Gli ambiti in cui intervenire sono:

- sonno: dormire un numero di ore sufficiente; non rimanere a letto senza dormire per oltre 20 minuti: A letto si dorme e basta;
- alimentazione: una corretta alimentazione include tre pasti salutari ogni giorno, più due spuntini. Affinchè sia salutare, la dieta deve includere verdura, frutta e cereali integrali. Bere inoltre 8-10 bicchieri di acqua al giorno;
- esercizio fisico: va praticato regolarmente.

- pratica di rilassamento;
- esprimere le proprie emozioni e sentimenti in maniera adeguata;
- rimanere distaccati dalle cose senza lasciarsi travolgere da esse;
- guardare le cose nella giusta prospettiva;

2) cura: consiste nell'abbassare il livello di stress se la soglia è già stata superata. Per farlo sono state suggerite a Claudio alcune attività:

- fare un bagno caldo o una doccia calda;
- fare 100 salti o una corsa intorno all'isolato, oppure lanciare la palla contro il muro e riprenderla finchè non ci si sente più tranquilli;
- fare una verticale contro il muro e aspettare di sentirsi più rilassati;
- distrarsi leggendo un libro, guardando la TV o un film, o ascoltando della musica rilassante;
- scrivere che cosa ci ha fatto innervosire e come si può affrontarlo;
- piangere, tirare fuori la rabbia, lo stress e l'ansia attraverso le lacrime;
- uscire da casa. Andare a fare una passeggiata o chiedere ai genitori di portarci in un posto nuovo;
- usare una delle tecniche per il rilassamento;
- chiedere a un familiare di farci un piccolo massaggio sulle spalle e sul collo, alle mani o ai piedi;
- compilare un ABC.

10. ESITO

L'intervento terapeutico ha prodotto i seguenti risultati:

- una diminuzione significativa del comportamento oppositivo di Claudio. Le sue crisi aggressive infatti, avevano una frequenza non più giornaliera o settimanale, ma mensile, con lunghi periodi di completa assenza, soprattutto durante il periodo estivo. I genitori di Claudio comunque, riuscivano a gestirle meglio e pertanto esse erano meno intense, più brevi e meno drammatiche;
- un rapporto più sano e coerente con la madre che aveva imparato a fornire lodi e rimproveri in modo contingente e prevedibile;
- un migliore rapporto anche con il padre che aveva quasi del tutto eliminato gli schiaffi e le botte dal suo repertorio per punire Claudio;
- un clima più sereno in classe che ha favorito non solo un migliore rendimento scolastico, ma anche una maggiore capacità di Claudio di legare con i suoi compagni perché la "gara dei gettoni" gli offriva occasioni di confronto e di condivisione delle emozioni sia positive sia negative;
- la possibilità della famiglia di fare una vita sociale più stimolante (uscire per andare nella piazza del paese e incontrare i genitori dei compagni di Claudio, uscire con loro e andare in vacanza);
- la possibilità di Claudio di frequentare alcune attività extra-scolastiche (calcetto, passeggiate in bicicletta con i suoi amici, campi estivi);
- maggior desiderio e capacità del bambino di socializzare sia con i coetanei, sia con gli adulti. Ciò ha favorito anche un aumento dei livelli di autostima.

11. FOLLOW UP A TRE MESI

Claudio appare più sereno e riferisce di aver imparato a controllarsi e a chiedere spiegazioni agli altri se gli sembra che gli abbiano fatto un torto.

Ormai dice, “Sono il re dei gettoni! Quando, ogni tanto gioco con mamma o con i miei amici, nessuno mi batte!”.

Il suo rendimento scolastico è in progressivo miglioramento e i suoi compagni lo coinvolgono maggiormente nei loro giochi perché lui dimostra di essere più incline alla cooperazione.

Il comportamento di Claudio è notevolmente migliorato anche a calcetto, tanto che il mister, per premiarlo, gli ha affidato compiti di responsabilità che lo gratificano molto.

Dopo tre mesi dalla dimissione di Claudio, si sono ripresentati i comportamenti oppositivi in concomitanza di un litigio avvenuto tra la madre e la nonna in casa riguardo ad un giocattolo costoso per Claudio. La nonna voleva acquistarlo, mentre la signora si rifiutava. Il bambino, sentendo le urla, e desiderando il giocattolo aveva iniziato a fare capricci per ottenere ciò che voleva, urlava contro la madre, alleandosi con la nonna. Si è chiuso in camera sua sbattendo la porta, poi è riuscito e ha continuato ad urlare. La madre riferisce che era in uno stato di estrema agitazione. Lei allora, ha cercato di ritornare calma e di non continuare a rinforzare queste manifestazioni e ha chiesto anche alla suocera di fare lo stesso. Successivamente ha aiutato Claudio a comprendere cosa gli stesse succedendo, poi lo ha aiutato a rilassarsi invitandolo ad utilizzare le tecniche che aveva appreso e che già aveva utilizzato in perfetta autonomia. Lo ha quindi incoraggiato e sostenuto circa le sue abilità di gestione della situazione. Quando Claudio è finalmente tornato calmo, la mamma gli ha riferito che ci sarebbero state conseguenze negative per

questo suo comportamento che le avrebbe stabilite con il papà al suo ritorno da lavoro. Gli ha spiegato, in presenza della nonna, le ragioni per cui era contraria all'acquisto di quel giocattolo e, seppur continuando a borbottare, Claudio lo ha accettato.

In virtù di questo episodio la signora è stata invitata a cercare di migliorare il rapporto con la suocera e ad aiutarla a comprendere i segnali predittivi delle potenziali crisi di Claudio così da adottare uno stile educativo coerente anche nel contesto dell'intera famiglia.

Appendice I.

Materiale fornito al bambino, ai genitori e agli insegnanti

- 1. SCHEDE PER IMPARARE IL METODO ABC**
- 2. SCHEDE PER RICONOSCERE LE DISTORSIONI COGNITIVE**
- 3. SCHEDE PER MIGLIORARE L'ESPRESSIONE ADEGUATA DELLE EMOZIONI**
- 4. SCHEDE PER GLI ESERCIZI DI RILASSAMENTO**
- 5. SCHEDE PER LE INSEGNANTI**
- 6. SCHEDE PER FAVORIRE L'ORDINE E LE RELAZIONI POSITIVE**
- 7. SCHEDE PER FAVORIRE L'ORGANIZZAZIONE DELLO STUDIO**

Appendice II.

Stralci di dialogo clinico con il bambino

Di seguito, proponiamo la descrizione di un incontro nel quale è stata proposta a Claudio un'attività con l'argilla:

T.: “Hai mai lavorato con la creta?”

CLAUDIO: “Creta è la città dei cretini?” (*ride*).

T.: “È simile all'argilla”.

CLAUDIO: “Visto che tu la usi, sei anche tu una cretina!” (*ride*).

T.: (*Ignorando le battute e iniziando a modellare la creta*). “Ecco, la puoi toccare e modellare, se ti sembra troppo secca puoi usare dell'acqua...”.

CLAUDIO: “Veramente, una volta ho fatto dei personaggi con quell'addormentato del maestro di arte! Feci Homer Simpson e il maestro mi disse che ero stato bravo”.

T.: “Ecco cominciamo a schiacciarla, così, come faccio io.. poi facciamo dei buchi con le dita e la appiattiamo tutta... poi ne tiriamo via dei pezzi così..”.

CLAUDIO: “Ah ah ah, e la facciamo anche a pezzi se vogliamo! Distruggiamola!!”.

T.: “Il bello con la creta è che anche quando la fai a pezzi poi la puoi rimettere insieme come prima. Ora proviamo a buttarla sul tavolino, urlando, così....”.

CLAUDIO: “È divertente!! Siamo i distruttori della creta!”

T.: “Ora facciamola tornare piatta e tocchiamola come se stessimo dandole delle carezze piano piano, così...”

CLAUDIO: “Ma queste cose sono da femmina! Che schifo!”

T.: “Provaci, senti come è liscia.. È una bella sensazione alle mani!”

CLAUDIO: “Mah!”

T.: “Schiacciamola di nuovo”.

CLAUDIO: “Siiii”.

T.: “Guarda: è diventata come un tamburo e la possiamo colpire come se volessimo farla risuonare..”.

CLAUDIO: “ E vai!!!! Battiamo!!!”.

T.: “Ora strizziamola un po' e ne prendiamo un pezzo...”.

CLAUDIO: “Ti faccio a pezzi di nuovo!!” (*guardando la creta*).

T.: “Cosa è diventata?”.

CLAUDIO: “Un serpente... (*lo agita davanti alla mia faccia*)”.

T.: “Ora facciamo diventare il serpente una pallina”.

T.: “Ora appoggia le tue mani su questo blocchetto di creta. Ti chiedo di chiudere gli occhi, fai un lungo respiro e quando soffi via l'aria immagina che il tuo respiro attraverso le tue mani arrivi al blocchetto di creta... ecco ora la creta ha la tua energia e, sempre con gli occhi chiusi puoi immaginare di modellarla di fare qualcosa, tanto anche se poi non sarà proprio come l'hai immaginata.., è naturale perché avevi gli occhi chiusi, ma intanto vedrai che ne sarai sorpreso”.

CLAUDIO: “Tu sei strana! Mi stai sfidando? Ma io sono più forte di te e ti dimostrerò che farò una cosa bellissima!” (*inizia a modellare*).

T.: “Ecco, ora puoi aprire gli occhi e guardarla e finire quello che avevi iniziato a fare con gli occhi chiusi...”.

CLAUDIO: (*in silenzio, apre gli occhi e continua a modellare*).

T.: “Ecco questa è una parte di te, ora tu sei questa creta e mi puoi dire come ti senti..”.

CLAUDIO: “In realtà dovrebbe essere una balena e quindi una balena nuota”.

T.: “Allora puoi dire: «sono una balena e nuoto»”.

CLAUDIO: “Sono una balena e mi piace nuotare, vado sott'acqua, nel profondo, mi piace mangiare i pesci”.

T.: “Ne hai mangiati?”.

CLAUDIO: “Tantissimi”.

T.: “Sei una balena buona o una balena cattiva?”.

CLAUDIO: “Cattiva”.

T.: “Cosa te lo fa pensare?”

CLAUDIO: “Perché tutti pensano che li voglia mangiare”.

T.: “E dimmi hai una famiglia?”.

CLAUDIO: “Sì ce l'ho, c'è la mamma e il papà”.

T.: “E nuotano con te? O sei una balena indipendente?”.

CLAUDIO: “ Qualche volta sono con me, qualche volta no. Non so dove vanno!”.

T.: “Nuotare ti piace anche nella realtà?”.

CLAUDIO: “Sì, mi diverto al mare”.

Di seguito riportiamo un altro stralcio di colloquio con CLAUDIO nel quale gli chiedo di elencare gli aspetti positivi e negativi di sua madre e di suo padre.

T.: “Ecco, bene. Ora vorrei che tu mi dicessi una cosa che ti piace e una che non ti piace di tua madre”.

CLAUDIO: “Mi piace quando mi porta in città e mi porta al centro commerciale, a giocare in piazza o da altre parti e non mi piace quando magari ho fatto una cosa sbagliata e mi rimprovera e parla, urla, mi dice delle brutte parole e certe volte mi da uno schiaffo...”.

T.: “Ora passiamo a papà. Mi dici una cosa che ti piace e una che non ti piace di lui?”.

CLAUDIO: Mi piace quando guardiamo le partite di calcio alla tv, non mi piace quando litiga con la mamma perché io ho fatto il monello..”.

T.: “Ora ti do questo martello di gomma. Puoi farmi vedere, battendolo, Come ti senti quando non puoi dire qualcosa?”.

CLAUDIO: “Mi sento arrabbiato”.

T.: “Ecco, puoi farmi vedere con il martello come è essere arrabbiato?”.

CLAUDIO: (*Batte forte*)

T.: “Possiamo immaginare una situazione in cui ti senti arrabbiato?”.

CLAUDIO: “Quando voglio fare qualcosa che per me è importante e non vengo preso sul serio perché tutti pensano che sia un'altra delle mie trovate...”.

T.: “Proviamo a vedere come lo diresti, per esempio ad un tuo amico”.

CLAUDIO: “Voglio che mi prendi sul serio!”.

T.: “È difficile dirlo?”.

CLAUDIO: “Sì, infatti poi va a finire che mi arrabbio e che combino un guaio”.

T.: “E ti dispiace?”.

CLAUDIO: “Agli altri dico di no, ma mi dispiace”.

T.: “Come ti sentiresti se riuscissi ad esprimere le tue emozioni?”.

CLAUDIO: “Non lo so, penso meglio”.

T.: “È importante riuscire a dire come ti senti se no poi tutto resta dentro di te... È importante tirar fuori le cose per poter stare meglio. Forse possiamo trovare insieme qualcosa e tu puoi pensare a delle cose che ti possono farti stare meglio. Facciamo un elenco”.

CLAUDIO: “Il calcetto”.

T.: “Quando giochi riesci a pensare che stai tirando fuori una cosa che ti fa arrabbiare?”.

CLAUDIO: “Sì qualche volta lo faccio così mi sfogo”.

T.: “Beh non è importante dire necessariamente il perché... e poi...?”.

CLAUDIO: “Guardare la tv”.

T.: “Io pensavo più a cose che ti fanno tirar fuori la furia, perché con la tv si tende più a dimenticare”.

CLAUDIO: “Già, allora...”.

T: “Per esempio, scrivere su un foglio di carta "sono furioso" e poi strapparlo? Strappare altre cose come le riviste? Vecchie però eh?...!”.

CLAUDIO: “Sì, e anche dare un pugno ai cuscini!”.

T: “Ah, bello questo..”.

CLAUDIO: “Sì! Oppure stringere forte tra le mani gli animali di peluche”.

T: “Bene, ne hai?”

CLAUDIO: “Sì”.

T.: “Ecco ora ti do questa lista e magari tu puoi tenerla da una parte, aggiungere altre cose e poi tirarla fuori quando ti serve, quando sei arrabbiato, per fare qualcosa per te, in privato, in segreto, ok?”.

CLAUDIO: “Ok”.

Request PDF on ResearchGate | ASD concordance of twins across DSM-IV-TR and DSM-5 diagnostic criteria | Background Previous research has supported a high degree of concordance for ASD among monozygotic twins, but no studies have examined concordance rates using DSM-5 diagnostic criteria for ASD. This pilot study examines monozygotic concordance for ASD from the perspective of...
Diagnoses were assigned to 14 pairs of monozygotic twins, among whom at least one twin had an autism diagnosis, using DSM-IV-TR and DSM-5 criteria. McNemar tests were performed to determine whether there was a significant difference in sample pairwise concordance rates between the two diagnostic systems.