

I disturbi del comportamento in età evolutiva

Fattori di rischio, strumenti
di assessment e strategie
psicoterapeutiche

Pietro Muratori e Furio Lambruschi

GUIDE
PSICOLOGIA



Erickson

IL LIBRO

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO IN ETÀ EVOLUTIVA

Negli ultimi anni si è assistito a una diffusione quasi epidemica dei disturbi del comportamento nell'età evolutiva, tanto da portare alcuni ricercatori a definire questa problematica come una vera e propria *health crisis* dell'epoca moderna.

I disturbi del comportamento compromettono in modo significativo il funzionamento adattivo e possono avere delle gravi ripercussioni sul contesto scolastico, familiare e sociale.

A fronte di tale situazione, questa guida fornisce un valido supporto alle diverse figure che si occupano di costruire un percorso riabilitativo o educativo con bambini e adolescenti con disturbi del comportamento.

Il volume rappresenta un utile strumento per portare con gradualità bambino e genitori a tenere saldamente tra le mani il timone della loro relazione nel mare spesso burrascoso della vita quotidiana, facendo scelte adatte al contesto ed efficaci.

GLI AUTORI

PIETRO MURATORI

Psicologo e psicoterapeuta. È formatore Italiano ufficiale per il metodo Coping Power e opera come psicologo clinico e ricercatore presso l'IRCCS Fondazione Stella Maris. La sua attività clinica e di ricerca ruota attorno al trattamento e alla prevenzione dei comportamenti aggressivi nei bambini e negli adolescenti. È docente presso la Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva e presso l'Università di Pisa nei corsi di laurea di Psicologia e di Scienze della Formazione.

Nel processo di comprensione della genesi dei disturbi del comportamento, le caratteristiche del *parenting* hanno un ruolo primario tra i fattori ambientali e rappresentano target essenziali degli interventi terapeutici

FURIO LAMBRUSCHI

Psicologo e Psicoterapeuta presso il Centro di Terapia Cognitiva di Forlì. Direttore e docente della Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, a indirizzo Costruttivista ed Evolutivo. Didatta della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva e docente in diverse scuole italiane di specializzazione in psicoterapia cognitiva. È autore e curatore di numerose pubblicazioni nel campo della psicopatologia dello sviluppo e della teoria dell'attaccamento.

€ 24,00



www.erickson.it

Indice

- 7 Prefazione (*A. Milone*)
- 15 Introduzione
- 17 CAP.1 Approccio descrittivo ai disturbi del comportamento in età evolutiva
- 57 CAP.2 *Parenting* e disturbi esternalizzanti
- 73 CAP.3 Procedure e Strumenti di Assessment
- 105 CAP.4 Un approccio neuroscientifico-cognitivo alla terapia dei disturbi del comportamento in età evolutiva
- 177 Bibliografia

Introduzione

In un recente articolo, Burt e colleghi (2018) definiscono i disturbi del comportamento in età evolutiva una vera e propria *health crisis* dei tempi moderni. A sostegno di questa tesi portano dati che confermano la diffusione epidemica di queste difficoltà di comportamento in bambini e adolescenti, nonché la necessità di interventi mirati e precoci per interrompere il percorso che vede questi soggetti a forte rischio di problematiche di adattamento, insuccesso scolastico e comportamenti antisociali. Anche in età prescolare emergono sempre di più bambini con difficoltà a regolare le loro emozioni e a rispettare le regole.

Cosa fare? Anzitutto è essenziale un cambio di prospettiva concettuale da parte dei contesti socio-educativi: le gravi difficoltà di regolazione del comportamento non devono essere viste, banalmente, come problematiche legate a mancanze educative da parte dei genitori. I bambini con gravi e precoci difficoltà di comportamento sono bambini con bisogni speciali, e le famiglie andrebbero aiutati a comprendere e ad affrontare tali bisogni dei loro figli. Così come andrebbero aiutati gli insegnanti a gestire e prevenire le esplosioni comportamentali di questi bambini nel contesto scolastico.

Nel definire i bisogni speciali e le caratteristiche di questi bambini, il presente volume sostiene l'idea di un'interazione dinamica e complessa tra variabili di rischio e variabili protettive nello sviluppo delle difficoltà precoci di comportamento. Si cercherà, quindi, di delineare ciò che un

operatore dovrebbe valutare e approfondire in fase di assessment, fornendo indicazioni pratiche e strumenti di valutazione aggiornati. Saranno indicati alcuni processi cognitivo-affettivi che con il loro sviluppo atipico possono contribuire all'emergere del comportamento aggressivo nel bambino e, per ognuno di essi, si tenterà di offrire una descrizione clinica ed evolutiva e alcuni suggerimenti operativi per l'intervento terapeutico con il bambino e con i suoi *caregiver*.

Questo volume, dunque, si prefigge di fare il punto su un'area psicopatologica di grande interesse e di forte impegno per i servizi sanitari, educativi e sociali che a vario titolo si occupano di infanzia e di età scolare. La nostra speranza è che possa aiutare chi opera in questo campo a collocare la rabbia del bambino e le possibili costellazioni sintomatologiche ad essa connesse entro una cornice che fa dell'intreccio fra fattori di rischio bio-psico-sociali e pattern relazionali la sua complessità e al tempo stesso il suo punto di forza, in quanto indispensabile per cogliere le possibili funzioni, i possibili significati interpersonali del comportamento dissociale e con questi le dolorose rappresentazioni interne di sé e dell'altro ad essi sottese.

Approccio descrittivo ai disturbi del comportamento in età evolutiva

Cosa è l'aggressività?

I bambini con difficoltà di comportamento sono spesso bambini aggressivi. Quando però parliamo di aggressività, ci riferiamo a un costrutto ampio, che racchiude al suo interno manifestazioni varie e differenti.

In generale, distinguiamo i comportamenti aggressivi facendo riferimento a due dimensioni: la *forma* e la *funzione*. La forma si riferisce alla modalità con cui il comportamento stesso viene emesso, il *come*: potremo quindi, ad esempio, avere aggressività di tipo fisico, verbale, o relazionale. La funzione, invece, riguarda le motivazioni sottostanti un determinato atto aggressivo, il *perché*: magari il comportamento era necessario a raggiungere uno scopo, a ottenere un vantaggio, oppure rappresentava la risposta comportamentale legata a un'emozione (non necessariamente la rabbia) di base.

Entrando maggiormente nel dettaglio, possiamo distinguere principalmente tre forme di aggressività. L'*aggressività fisica* prevede l'uso della forza, così come la minaccia di ferire una persona. Essa può manifestarsi in molti modi, come ad esempio mordere, dare calci o pugni, prendere le cose degli altri o spingere. L'*aggressività relazionale*, invece, prevede il porre fine, o anche in questo caso la minaccia di mettere fine, a una relazione, con l'intenzione di ferire l'altro; fanno parte di questa categoria il *gossip*, il diffondere menzogne su un compagno, il rivelare segreti e l'esclusione attiva

di qualcuno da una relazione. Infine, l'*aggressività sociale* racchiude forme di aggressività (verbale e non) che hanno il preciso scopo di danneggiare l'autostima e lo *status* sociale della vittima. Comportamenti tipici dell'aggressività sociale sono gli insulti.

Sul versante delle funzioni, invece, siamo soliti distinguere l'*aggressività proattiva* e l'*aggressività reattiva*. L'aggressività proattiva è caratterizzata da comportamenti intenzionali, premeditati, strumentali e volti al raggiungimento di un preciso scopo; è definita, infatti, anche aggressività fredda. L'aggressività reattiva, al contrario, è una forma calda di aggressività; riguarda comportamenti impulsivi, ostili e vendicativi, messi in atto in risposta al comportamento o alle offese, reali o percepite, degli altri.

Qualsiasi forma di comportamento aggressivo pervasivo ha una forte base di rischio genetico. Giusto per riportare alcuni dati, studi stimano che i fattori genetici siano in grado di spiegare il 65% della varianza per quanto riguarda i comportamenti aggressivi e il 48% di quelli delinquenziali (Burt, 2009). Risultati analoghi emergono per quanto riguarda l'aggressività fisica (Brendgen et al., 2005). D'altra parte, sostenere una predisposizione genetica verso un comportamento non indica in che modo la suscettibilità genetica abbia modificato la traiettoria di vita dell'individuo. Ovvero, correlazioni fra fattori ambientali e caratteristiche genetiche sembrano essere determinanti per lo sviluppo di comportamenti aggressivi, ma non è ancora chiaro quali tipologie di correlazioni geni-ambiente (*rGE*) giochino il ruolo principale in questo processo. Vengono, infatti, distinti tre tipi di correlazioni geni-ambiente: parliamo di *rGE* attive (o selettive), quando un individuo seleziona e modifica attivamente il suo ambiente sulla base delle sue caratteristiche geneticamente determinate. Questo è il caso in cui, ad esempio, un ragazzo con problemi di aggressività, determinati almeno parzialmente da fattori genetici, sceglierà volontariamente di unirsi a gruppi di amici con le medesime caratteristiche. Quando invece le caratteristiche (geneticamente determinate) di un individuo inducono specifiche reazioni nell'ambiente sociale, abbiamo una *rGE* evocativa: può succedere, pertanto, che l'aggressività di un bambino induca risposte di rifiuto e una generale antipatia da parte dei pari, che porterà all'esclusione sociale del bambino stesso. In entrambi questi esempi, le caratteristiche dell'ambiente sono direttamente influenzate dalle caratteristiche ereditate del bambino. Il terzo tipo di correlazioni è rappresentato dalle *rGE* passive: in questo caso sono le caratteristiche personali dei genitori, anch'esse parzialmente determinate da fattori genetici, a influenzare l'ambiente del bambino. Le esperienze ambientali che sono offerte al bambino non sono

elicitate, quindi, dal suo comportamento, ma da quello dei genitori: per portare un esempio, i bambini con genitori con una disposizione genetica per comportamenti aggressivi si trovano a esperire pratiche disciplinari rigide più frequentemente, indipendentemente dalle loro caratteristiche e dal loro comportamento.

Un altro aspetto da tenere in considerazione sono le interazioni gene-ambiente ($G \times E$), ovvero quei processi per cui l'espressione di una disposizione genetica varia in funzione dell'ambiente o per cui l'effetto dell'ambiente varia sulla base di una disposizione genetica. Anche in questo caso, i meccanismi che guidano le interazioni $G \times E$ sono molteplici. Si parla di *trigger process* quando una condizione ambientale elicitava o esacerba una disposizione genetica. Un esempio di trigger process si ha quando un bambino, con una predisposizione genetica, vittima di continue vessazioni da parte dei compagni, sviluppa comportamenti aggressivi. In questo caso, la vittimizzazione ha favorito la manifestazione di una predisposizione genetica. Quando le condizioni ambientali riducono il ruolo dei fattori genetici nello spiegare le differenze interindividuali nel comportamento, abbiamo un *processo di soppressione*. Con una certa facilità, possiamo immaginare che l'esposizione alla guerra, ad esempio, possa favorire l'emergere di comportamenti aggressivi anche in soggetti senza una vulnerabilità genetica. Infine, possiamo avere un'interazione $G \times E$ indotta da un *processo di compensazione*: un ambiente positivo riduce o, nel migliore dei casi, previene l'espressione genetica di un comportamento problematico. Per portare un esempio: un bambino, con una suscettibilità genetica, se esposto a un ambiente supportivo, potrebbe non sviluppare problemi legati all'aggressività.

I fattori genetici, inoltre, influenzano molto la spinta verso i comportamenti aggressivi, sia quelli di natura reattiva che proattiva. Ad ogni modo, è necessario tenere in considerazione che ciò non significa che i fattori genetici siano gli unici a giocare un ruolo nell'eziopatogenesi dei problemi di aggressività ed è altrettanto importante non pensare che la presenza di una vulnerabilità genetica porti inevitabilmente allo sviluppo di comportamenti aggressivi. Infatti, molti studi hanno dimostrato che i fattori ambientali esercitano una notevole influenza nel moderare la spinta genetica verso l'aggressività. A tal proposito, risultano di estrema importanza il contesto familiare, con particolare riferimento allo stile di *parenting* adottato dai *caregiver* (si veda ad esempio Hyde et al., 2016), il contesto scolastico e la relazione con i pari (si veda ad esempio Brendgen et al., 2008; 2011). Esce parzialmente dal quadro appena delineato l'aggressività relazionale. Studi hanno infatti evidenziato che solo il 20% della varianza è spiegato da fattori

genetici (ad esempio Brendgen et al., 2005): essa sembra maggiormente legata al contesto in cui cresce il bambino e a quanto esso approvi o disapprovi comportamenti di aggressività relazionale.

Essenzialmente, quello che vedono i clinici è come questo delicato intreccio fra genetica e ambiente dia vita a differenti *pattern* di attivazione del Sistema Nervoso Autonomo (SNA). Il SNA è composto da due differenti branche: il Sistema Nervoso Simpatico (SNS), che è quel sistema deputato alla preparazione dell'organismo ai meccanismi di attacco/fuga in situazioni di minaccia o pericolo; il Sistema Nervoso Parasimpatico (SNP), che si occupa invece di ristabilire l'equilibrio e riportare il corpo a uno stato di quiete. Differenti gradi di attivazione sembrano associarsi specificamente all'aggressività reattiva e a quella proattiva. In particolare, l'aggressività reattiva risulta associata a una generale iperattivazione autonoma, che sembra riflettere una risposta automatica allo stress e alle emozioni negative, alla quale i bambini reagiscono con comportamenti aggressivi. Quando gli stimoli sono percepiti come una minaccia, il SNS prende il sopravvento, portando a un aumento della pressione sanguigna e della frequenza cardiaca. Al contrario, l'aggressività proattiva sembra associarsi a un'ipoattivazione autonoma: soggetti con ipoattivazione del SNA hanno difficoltà a prestare attenzione e a rispondere agli stimoli ambientali e, per questo, potrebbero avere un maggior rischio di sviluppare comportamenti aggressivi. L'aggressività proattiva si manifesta, quindi, nei bambini meno sensibili agli aspetti positivi dell'ambiente che li circonda. In quest'ottica, le esperienze sociali precoci assumono un ruolo di estrema rilevanza.

Vogliamo ora offrire una panoramica dell'approccio clinico ai comportamenti aggressivi nei bambini in età preadolescenziale. Questo approccio risponde, di fatto, a una domanda che spesso un clinico dell'età evolutiva si pone, ovvero: «Cosa devo valutare per essere sicuro della presenza di un determinato quadro diagnostico?», e ancora: «Quali strumenti possono guidarmi nell'individuazione di un determinato quadro diagnostico?».

Dedicare il primo capitolo di questo volume all'inquadramento diagnostico delle problematiche comportamentali in età evolutiva può aiutare il clinico innanzitutto a far chiarezza su quali siano gli aspetti sintomatologici e in particolare i criteri che permettono di formulare una precisa diagnosi descrittiva. Tale diagnosi permette di delineare uno specifico disturbo che può essere «sottotipizzato», prendendo in esame variabili come l'epoca di insorgenza, la presenza di familiarità e le caratteristiche temperamentali del bambino. Questo obiettivo nosografico, condiviso dai principali manuali diagnostici, va soprattutto nella direzione di individuare specifiche entità

cliniche a cui indirizzare interventi terapeutici cuciti sulle caratteristiche del quadro che il clinico ha di fronte.

I Disturbi da Comportamento Dirompente (DCD), più precisamente il Disturbo Oppositivo-Provocatorio (DOP) e il Disturbo della Condotta (DC), costituiscono anche nel nostro Paese uno dei motivi più frequenti di richiesta di consultazione presso i Servizi di salute mentale dell'infanzia e adolescenza. I minori che presentano quadri clinici riferibili a questa categoria diagnostica hanno elevati rischi evolutivi e una compromissione rilevante e pervasiva del loro funzionamento adattivo, che spesso rende fallimentare il loro percorso sia in ambito scolastico che sociale. Le loro problematiche comportamentali influenzano negativamente il funzionamento del contesto familiare, scolastico e sociale in cui crescono o vengono inseriti nelle varie fasi della loro vita. Infine, le loro traiettorie evolutive verso l'età adulta possono portare allo sviluppo di varie patologie connesse con la marginalità sociale, come nel caso dello sviluppo di un Disturbo Antisociale di Personalità o di un Disturbo da Abuso o Dipendenza da Sostanze (Frick & Viding, 2009).

Poniamo in evidenza da subito che le problematiche di comportamento in età evolutiva, come l'aggressività e i problemi di condotta, possono manifestarsi nel bambino per le più diverse ragioni. Possono manifestarsi durante i passaggi evolutivi e di crescita, in seguito a eventi di vita che il bambino non riesce ad affrontare con le proprie risorse, oppure a seguito di scompensi nel quadro familiare cui il bambino reagisce con rabbia. L'attenzione del clinico deve certamente andare anche verso l'analisi della storia del sintomo del bambino (si veda il capitolo 3), ma innanzitutto dovrebbe, a nostro avviso, andare verso un'attenta risposta a tre domande:

- «Da quanto tempo i comportamenti “sintomo” sono presenti nel bambino?»
- «Con che frequenza il bambino manifesta tali comportamenti?»
- «Posso ritenermi sicuro che manifesti tali comportamenti in almeno due contesti di vita (ad esempio scuola e casa)?».

La ricerca attenta di una risposta a ognuna di queste tre domande orienterà il clinico nel poter definire la situazione che ha davanti come collocabile all'interno di un quadro nosografico, che presuppone un intervento primario sui sintomi del bambino e sui fattori contestuali che contribuiscono al mantenimento di tale sintomo (si veda il capitolo 4). Nel caso in cui si escluda la presenza di un quadro diagnostico specifico l'intervento primario va progettato al fine di individuare e modulare il fattore di scompensamento che ha portato il bambino a manifestare alcuni comportamenti aggressivi. Nei

prossimi paragrafi cercheremo di descrivere cosa è essenziale valutare per ottenere un ampio e completo quadro diagnostico.

Evoluzione nosografica dei DCD

L'importanza di descrivere quadri clinici associati alla comparsa di condotte antisociali, tra i disturbi psichiatrici che insorgono in età evolutiva, risale alla pubblicazione del DSM-II (1968). In questa edizione, infatti, venivano descritte tre tipologie cliniche che si ricollegavano a tre diversi comportamenti di devianza: le condotte di fuga, le condotte aggressive non socializzate e le condotte delinquenti di gruppo. Il DSM-II descrive queste tipologie cliniche sulla base sia di studi osservazionali sia sull'analisi dei *cluster* sintomatologici evidenziati in popolazioni di minori che arrivavano all'attenzione della giustizia minorile. I comportamenti disfunzionali descritti venivano interpretati come modalità reattive, motivate anche da una spinta «auto-conservativa», che il bambino o l'adolescente metteva in atto in contesti familiari caratterizzati da schemi educativi inconsistenti o eccessivamente punitivi e in contesti sociali svantaggiati in cui il monitoraggio degli adulti era comunque molto scarso.

Nel DSM-III (1980) compaiono per la prima volta le categorie diagnostiche del Disturbo Oppositivo-Provocatorio (DOP) e del Disturbo della Condotta (DC) associate al Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività (ADHD), all'interno della sottoclasse dei Disturbi con Comportamento Dirompente, a sua volta collocata nel grande capitolo dei Disturbi dell'Infanzia, Fanciullezza e Adolescenza. Rispetto a quanto proposto nel DSM-II, è evidente il passaggio a una visione di queste patologie come non esclusivamente «reattive» al contesto di vita del minore, ma motivate da caratteristiche endogene del bambino/adolescente che si intrecciano a fattori di rischio ambientali.

La formulazione presente nel DSM-III del DOP, infatti, prevedeva la presenza di almeno due sintomi negli ultimi 6 mesi, con compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo del soggetto. I due sintomi dovevano essere scelti tra 5 condotte problematiche: violazione di regole minori, crisi di rabbia, polemicità, condotte provocatorie, eccessiva testardaggine. Nella descrizione dei criteri diagnostici del DC si evidenziava la maggiore gravità delle condotte devianti presenti e, a tali condotte, doveva sottintendere l'obiettivo di ledere i diritti o l'incolumità degli altri e/o la volontà di non aderire alle principali regole sociali.

Nel DSM-III veniva, inoltre, sottolineata l'importanza di distinguere le due categorie diagnostiche DOP e DC che, pur condividendo fattori di rischio e modelli eziologici comuni e facilitando l'uno (DOP) l'insorgenza dell'altro (DC), non potevano essere diagnosticati in comorbidità. Nella descrizione dei criteri diagnostici del DC veniva proposta anche una prima sottotipizzazione, in base sia alle condotte disfunzionali prevalenti, se aggressive (condotte eterolesive) o non aggressive (condotte di furto o di menzogna) e in base alle potenzialità relazionali del minore, distinguendo se presenti in un soggetto inserito in un contesto sociale o in un soggetto che tende a isolarsi. Quest'ultima sottotipizzazione cercava di distinguere due tipologie di minori con DC, particolarmente interessanti dal punto di vista delle modifiche proposte più recentemente nella nuova formulazione del DSM-5. Infatti, i minori con DC che, comunque, presentavano competenze relazionali e capacità empatiche e di sintonizzazione emotiva verso i pari, venivano distinti dai minori che presentavano scarse competenze emotive e una specifica difficoltà a sentirsi in colpa dopo agiti aggressivi o dissociali. Questi ultimi, valutati in studi longitudinali, avevano una prognosi peggiore con maggior rischio di deriva antisociale e arrivavano più frequentemente all'attenzione della giustizia minorile.

Lo sforzo descrittivo del DSM-III, sia nel definire in modo specifico differenti categorie diagnostiche per DOP e DC, sia nel delineare sottotipi nel DC, in realtà non ha prodotto, come auspicato, un significativo miglioramento della concordanza diagnostica tra clinici, alcuni dei quali hanno criticato la categorizzazione proposta come un tentativo di stigmatizzare condotte aggressive parafisiologiche in età evolutiva. Anche i criteri diagnostici per il DOP furono criticati perché troppo aspecifici, finendo per descrivere una forma minore o iniziale di DC più che un'entità clinica specifica.

Negli anni seguenti, in particolare nella revisione del DSM-III (APA, 1987) e negli anni che precedettero la pubblicazione del DSM-IV (APA, 1994) e DSM-IV-R (APA, 2000), il gruppo di lavoro coinvolto nella nuova formulazione dei criteri diagnostici del DC tese ad ampliare il kit di criteri sintomatologici del DOP, aggiungendo ulteriori condotte disfunzionali quali l'essere dispettoso o vendicativo, arrabbiato e risentito. Inoltre, per evitare la sovrastima clinica di comportamenti parafisiologici, nei criteri diagnostici del DOP venne aggiunto il suggerimento di considerare un comportamento disfunzionale solo se manifestato più frequentemente rispetto a quanto si osserva tipicamente in soggetti comparabili per età e livello di sviluppo. Anche i criteri diagnostici del DC vennero modificati inserendo condotte

che andavano a descrivere in modo più circostanziato le modalità aggressive verso persone o animali, mentre per le condotte di frode o menzogna si inserirono specifiche sintomatologiche tese a stigmatizzarne la gravità di tali condotte, valutandone sia l'intento strumentale e quindi premeditato che la precocità di insorgenza (prima dei 13 anni). L'obiettivo di questa tipizzazione era di distinguere forme precoci (considerate più infauste a livello di prognosi perché più frequentemente correlate allo sviluppo di condotte di devianza sociale in età successive), da forme adolescenziali (più sensibili agli interventi terapeutici e spesso limitate a questa fascia di età nel loro decorso verso la risoluzione sintomatologica).

Nel DSM-IV e nel DSM-IV-R si dà continuità alla scelta dell'edizione precedente, continuando a mantenere il DOP e DC in un gruppo unitario insieme all'ADHD, compreso a sua volta nel raggruppamento relativo ai Disturbi Psichiatrici che insorgono solitamente nell'infanzia e nell'adolescenza. In questa edizione però tale scelta fa riferimento non soltanto alle analogie sintomatologiche tra i disturbi, ma alla presenza di fattori eziologici comuni e alla loro frequente associazione sia in quadri di comorbidità che di continuum evolutivo.

La nuova concezione dei disordini del comportamento nel DSM-5[®]

Per molti autori (Moffit et al., 2008), anche i criteri diagnostici proposti per il DOP e il DC nel DSM-IV non sono riusciti a ridurre il fenomeno dell'elevata comorbidità di questi disturbi e a individuare gruppi specifici di soggetti che differiscono per gravità sintomatologica, decorso e prognosi tra quelli che hanno in comune la presenza di condotte aggressive e/o antisociali. Carol Bernstein sottolinea come i clinici che utilizzano il DSM-IV si trovino spesso a porre diagnosi in molti pazienti associando più categorie diagnostiche (Bernstein, 2011). Molti cluster di disturbi, infatti, tendono a presentare un'elevata comorbidità, come accade per i disturbi del cosiddetto cluster internalizzante e per i disturbi caratterizzati da comportamenti dirompenti, raggruppabili nel cluster esternalizzante. L'autrice si chiede se forse non sia più giusto identificare forme di «spettro» per varie categorie di disturbi, seguendo ciò che è stato fatto recentemente per la nuova categorizzazione del disturbo autistico. Ad esempio, in uno studio in cui si sono confrontate le potenzialità predittive di *outcome* clinico in età adulta per indicatori del DOP e del DC espressi con modalità dimensionali o categoriali, si è rilevato come il modello dimensionale renda possibile rilevare quadri subclinici di

DOP o DC che costituiscono comunque un significativo indice di rischio evolutivo (Fergusson, Boden, & Horwood, 2010).

In generale, siamo ancora lontani dalla condivisione di un approccio dimensionale alla diagnosi descrittiva in età evolutiva; d'altra parte, il DSM-5 ha sicuramente raggiunto alcuni obiettivi che si era preposto.

I gruppi di lavoro chiamati a rivedere il DSM hanno cercato di fornire criteri più specifici che permettessero di delineare la gravità della patologia mentale, proponendo l'utilizzo di un criterio dimensionale accanto a quello categoriale, che è stato l'unico adottato sino alla scorsa edizione del manuale. Per valutare quindi la presenza di uno specifico disturbo non è più, quindi, solo necessario accertare la presenza o l'assenza di un indicatore sintomatologico, ma anche valutarne il grado di intensità nella presentazione e, quindi, il gradiente di menomazione che il sintomo provoca nel funzionamento globale di quel soggetto. La maggior parte degli strumenti di valutazione della psicopatologia in età evolutiva, usati sia in ambito clinico e di ricerca o epidemiologico, sono basati su un approccio dimensionale al sintomo e quindi forniscono indici di varianza dei sintomi, considerando *range* normativi e permettendo di raccogliere elementi clinici da più fonti di informazione (paziente, genitori, insegnanti) e quindi di valutare il sintomo in contesti diversi di vita del minore.

Un altro concetto su cui si è andata organizzando la nuova struttura del DSM-5 è «la prospettiva di sviluppo»; sappiamo, infatti, che la maggior parte dei disturbi psichiatrici dell'età adulta possono presentare un esordio precoce in età evolutiva. Questo criterio è stato scelto per organizzare la sequenza delle categorie diagnostiche inserite, iniziando appunto con i Disturbi del Neurosviluppo (DN), in cui rimane inserita buona parte dei disturbi che nel DSM-IV erano inclusi nella categoria Disturbi dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Anche nell'organizzazione interna delle altre categorie diagnostiche viene utilizzato un gradiente secondo età d'insorgenza, inserendo per primi i disturbi che hanno più frequentemente esordio nell'infanzia (APA, 2013).

I gruppi di lavoro che hanno partecipato all'elaborazione del DSM-5 hanno discusso il criterio in base al quale i vari disturbi vengono inclusi in una stessa categoria diagnostica. Il principio scelto è stato quello della condivisione di caratteristiche comuni, che sono alla base di manifestazioni sintomatologiche che possono anche essere diverse ma che fanno riferimento ad alcuni fattori specifici (Krueger & South, 2009). I fattori condivisi dai disturbi che vengono raggruppati all'interno della stessa categoria diagnostica sono fattori di rischio (genetici, familiari, ambientali), substrati neuronali e *marker* biologici, aspetti specifici temperamentali, anomalie dell'elabora-

Parenting e disturbi esternalizzanti

Il *parenting*

Il termine *parenting* («genitorialità») si riferisce a un costrutto ampio e certamente di non semplice definizione. A prescindere dalle diverse possibili tipologie di famiglia oggi esistenti e dalle singole individualità, ciò che risulta essenziale è il legame di dipendenza che unisce il bambino a chi si prende cura di lui, aspetto che implica una disparità di responsabilità, doveri e ruoli nella diade. Questo nonostante la competenza che il bambino presenta fin dalla nascita come partner attivo e partecipe all'interno della relazione (Lambruschi & Lionetti, 2015; Barone, 2007; Reddy, 2010).

Sul piano *procedurale*, prendendo in considerazione cioè i modelli taciti, la «genitorialità» si esprime in specifici modelli comportamentali volti all'accudimento del figlio riguardo a una varietà di bisogni: a) di tipo *fisico*, come quelli inerenti l'alimentazione, la salute, l'igiene, il vestiario, la sicurezza fisica, le condizioni ambientali, abitative, ecc. (*nurtural caregiving* e *material caregiving*; Bornstein, 1995); b) di tipo *psicologico*, come l'apprendimento di conoscenze e autonomie personali e sociali capaci di orientare e sostenere il bambino nella realtà; l'acquisizione di regole educative e morali e di adeguate strategie di socializzazione; il bisogno di sicurezza emotiva e affettiva, di conforto e rassicurazione in situazioni di vulnerabilità e distress emotivo, ecc. (*didactic caregiving* e *social caregiving*; Bornstein, 1995). Le configurazioni di

risposta dell'adulto a questi bisogni del bambino si esprimono in una gamma più o meno ampia di atteggiamenti e comportamenti interpersonali osservabili, che vanno a definire ciò che usualmente si intende per *stile genitoriale*.

Nella definizione di genitorialità vi sono due costrutti teorici che sul piano della ricerca e degli strumenti di valutazione sono stati tradizionalmente distinti in due importanti sotto-funzioni: la componente cosiddetta *educativa*, ossia relativa ad aspetti disciplinari come porre limiti, definire le regole, promuovere strategie di socializzazione, veicolare modelli culturali e morali; e la componente cosiddetta *affettiva* che, come abbiamo già sottolineato parlando di sensibilità e responsività, riguarda la capacità di cogliere, interpretare e rispondere in modo adeguato (e con il giusto *timing* di sintonizzazione) ai segnali comunicativi del proprio bambino.

Anche un vasto ambito di ricerca nell'ambito della *Developmental Psychopathology* tende a distinguerli per meglio focalizzarne e articolarne le singole funzioni (Greenberg, 1999; DeKlyen & Greenberg, 2008). Così inquadrati, capacità di porre regole e di veicolare affettività potrebbero apparire come costrutti diversi e lontani tra loro, eppure l'esperienza clinica e i dati dalla ricerca mostrano come queste due componenti siano strettamente correlate, suggerendo di fatto come sia impossibile educare senza amare e viceversa. In altri termini, come vedremo, le strategie di regolazione emotiva che il bambino sviluppa nella relazione affettiva con il genitore influenzano anche il grado di adesione ad aspetti di tipo educativo sul piano comportamentale e sociale (Lambruschi & Muratori, 2013).

Il ruolo del *caregiver* è fondamentale per sostenere lo sviluppo fisico, emotivo, relazionale e cognitivo del bambino, il quale a sua volta mostra una motivazione innata e primaria alla ricerca di un adulto affettivamente significativo, più forte e più saggio, che con responsabilità sappia fornire cure sul piano non solo fisico ma anche emotivo, rappresentando una base sicura da cui partire per brevi o lunghe escursioni, e un porto cui far ritorno per ritrovare vicinanza e supporto (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978a, 1978b; Bowlby, 1969). Nel corso di questi primi scambi relazionali, tra ricerca di protezione ed esplorazione, grazie alla mutua interazione tra processi neurobiologici e relazioni interpersonali, fin dalla prima infanzia si forma la mente. Durante questa evoluzione i rapporti con le figure genitoriali agiscono favorendo o inibendo lo sviluppo e organizzazione dei circuiti neurali e il loro attivarsi.

Questo processo relazionale vede progressivi cambiamenti nel tempo e richiede un continuo riaggiustamento dell'equilibrio tra il ruolo di protezione svolto dal *caregiver* e i progressivi bisogni di autonomia ed esplora-

zione del bambino che cresce, rappresentando un vero e proprio *compito di sviluppo congiunto*. In questo scambio relazionale è importante il grado in cui il genitore riesce a riconoscere e a interpretare correttamente i segnali del bambino, attribuendo a essi un significato (Downing, Bürgin, Reck, & Ziegenhain, 2008) e sostenendo lo sviluppo con affettività e disponibilità emotiva (Biringen, 2000) ma anche con capacità di struttura e definizione delle regole in modo sensibile (Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2008; Barone & Lionetti, 2013).

È nella relazione con le figure d'attaccamento primarie che si organizza il Sé del bambino, fin dalle prime fasi di vita. Ecco perché un'adeguata valutazione della genitorialità è così importante nell'ambito dei disturbi esternalizzanti come anche di tutta la psicopatologia infantile: individuarne precocemente eventuali vulnerabilità e fattori di rischio rappresenta il primo passo per sostenerla in modo efficace e, indirettamente, promuoverne l'adattamento e l'armonico sviluppo del bambino stesso. Ciò è tanto più vero quanto più il disturbo del comportamento (in termini oppositivo provocatori o di primi allarmanti segnali di rabbia) si presenta precocemente alla nostra osservazione. Qui le figure genitoriali dovranno essere tenute saldamente al centro del processo terapeutico fin dalle prime fasi d'*assessment*.

Le modalità di *parenting* osservabili nel genitore sono frutto della sua *storia evolutiva*, che si esprime in un particolare *stato mentale*, caratterizzato da livelli più o meno buoni di integrazione del sé, di *mentalizzazione* in prima e in terza persona e quindi di *mind-mindedness* o *insightfulness* (Meins, 1997; 2003; Oppenheim & Koren-Karie, 2002), cioè di orientamento alla mente del proprio figlio. Tutto ciò si riflette, insieme a gradi maggiori o minori di sensibilità e responsività osservabili nell'interazione con il figlio, in una maggiore o minore sicurezza nel legame d'attaccamento che egli svilupperà nei confronti del genitore e quindi di armonia nello sviluppo affettivo, sociale e morale (per una descrizione più approfondita di tali passaggi, si veda Lambruschi & Lionetti, 2015).

Disciplina sensibile

Il concetto di «disciplina sensibile» (Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2008; Barone & Lionetti, 2013) sta diventando centrale sia nella comprensione che nei percorsi di trattamento dei disturbi esternalizzanti.

Le disposizioni temperamentali innate del bambino (con relativi correlati neurobiologici) già di per sé possono porre importanti vincoli al

Procedure e Strumenti di Assessment

Le basi dell'assessment clinico nei disturbi del comportamento

L'ampia gamma di manifestazioni sintomatologiche, associata alla complessità dei contesti socio-familiari in cui i disturbi esternalizzanti si originano, rende particolarmente difficile la pianificazione e la realizzazione di un intervento terapeutico, che deve tener conto dei molteplici aspetti implicati nel disturbo e dei diversi fattori di rischio/protettivi coinvolti nell'etiopatogenesi.

Nei DC, in effetti, è ormai ampiamente dimostrato come sia possibile ottenere risultati più evidenti e più stabili nel tempo solo attraverso interventi *multi-modal*i e *multi-dimensionali* (Eyberg, Nelson, & Boggs, 2008; Farmer, Compton, Burns, & Robertson, 2002; Henggeler & Borduin, 1990; Kazdin, 2000; Kazdin & Weisz, 2003; Lochman & Wells, 2002; Weisz & Kazdin, 2010), in cui vengono adeguatamente integrati e dosati interventi psicoterapeutici per il minore e per i genitori e interventi di *counseling* rivolti a tutti gli operatori che interagiscono con il minore nei vari contesti di vita (scolastico, sportivo, sociale).

La possibilità, inoltre, di prevedere *setting multipli* per il paziente, vale a dire più figure professionali che a vario titolo interagiscono con il bambino, rappresenta un ulteriore elemento di tutela e di garanzia rispetto alla «tenuta» dell'intervento. Tale assetto terapeutico permette di agire con una

varietà di strumenti e modalità operative sui molteplici fattori di rischio che contribuiscono all'emergere del comportamento problematico del bambino (Burke, Loeber, & Birmaher, 2002; Garland, Hawley, & Hurlburt, 2008; Lochman & Wells, 2002). Inoltre, la pluralità di operatori che interagiscono con il bambino e la sua famiglia consente di esprimere, di volta in volta, posizionamenti relazionali e modalità comportamentali che, adeguatamente coordinate tra loro, offrono l'opportunità di una maggiore comprensione e regolazione delle complesse manifestazioni emotive e comportamentali espresse dal bambino e dal suo sistema familiare.

Come abbiamo visto, i disturbi della condotta sono spesso connessi a contesti relazionali particolarmente critici e complessi, con strutturazioni del Sé talvolta connotate da gravi deficit nelle competenze autoriflessive e metacognitive. Nel confrontarsi con tali contesti relazionali (così come accade nei gravi disturbi di personalità nell'adulto; Liotti, 1999; 2001; Liotti & Farina, 2011), il terapeuta dovrebbe sapere, quasi come regola, che occorre rinunciare all'idea onnipotente di compensare tali limiti metacognitivi affidandosi solo alle proprie risorse e al potere della relazione terapeutica che il bambino e il suo sistema familiare hanno stabilito con lui. Quella relazione, anzi, proprio nell'attivarsi degli stati emotivi e affettivi connessi all'attaccamento, diverrà con ogni probabilità teatro di drammatici agiti, esito delle imponenti disconnessioni interne tra i sistemi di memoria, e più adeguatamente gestibili entro un contesto terapeutico strutturato su setting multipli.

L'introduzione di un *setting parallelo* (l'educatore domiciliare, il neuropsichiatria infantile che gestisce il piano farmacologico, un setting grupppale per il bambino o per i genitori, ecc.) ha, quindi, l'effetto benefico di limitare l'attivazione intensa del sistema motivazionale dell'attaccamento e impedisce che un'unica relazione divenga ricettacolo di rappresentazioni non integrate, contraddittorie e sature di intensi stati affettivi, positivi e negativi, divenendo confondente e minacciosa e determinando agiti impulsivi e *drop-out* «inspiegabili».

Un adeguato assessment clinico in età evolutiva dovrebbe consentire la raccolta di tutti i dati comportamentali e cognitivi utili alla formulazione di una buona *diagnosi descrittiva*, sulla base dei manuali di classificazione diagnostica attualmente disponibili: DSM-5 e ICD-11. Contemporaneamente dovremo tentare di formulare anche una *diagnosi esplicativa*, capace di spiegare come mai quel particolare bambino, con quella particolare organizzazione del Sé, nel rapporto con quelle particolari figure d'attaccamento, sia giunto a esprimere proprio quel particolare quadro sintomatologico, in

quel particolare momento del suo ciclo di vita. Pertanto, dovremo raccogliere dati che ci consentano di comprendere il funzionamento interno, lo stile di regolazione emotiva del bambino, le sue capacità di negoziazione, le sue strategie interpersonali, così come l'organizzazione cognitivo/emotiva dei genitori, il loro stato mentale rispetto agli attaccamenti, e il modo in cui tutto ciò si declina nella qualità del sistema di accudimento-cura che i genitori sono in grado di esprimere verso il figlio. Ugualmente, dovremo indagare gli sbilanciamenti affettivi e i meccanismi di scompenso che possono aver condotto alla sofferenza sintomatologica del bambino, e quindi il significato che tali sintomi possono rivestire nella logica del sistema di fronte al quale ci si trova.

Costruzione dell'alleanza di lavoro con i genitori e il bambino

Com'è noto, tutto il processo diagnostico e, successivamente, quello terapeutico sono ampiamente influenzati in ogni loro fase dalla qualità della relazione terapeutica costruita con il bambino e con la sua famiglia (Norcross, 2002). La qualità dell'alleanza terapeutica, sia con il bambino che con i suoi genitori, correla non solo con significativi cambiamenti nel bambino, ma anche con un evidente incremento delle competenze genitoriali e nella percezione dei miglioramenti nella situazione problematica da parte del genitore (Kazdin, Whitley, & Marciano, 2006). Pertanto, al di là delle metodologie e delle tecniche specifiche utilizzate, l'analisi e la gestione di tale spazio relazionale dovranno costituire una delle variabili cruciali nella strutturazione di ogni fase dell'intervento, soprattutto nel lavoro clinico con il bambino con DC, il cui Sé tende in genere a esprimersi nel setting, in forma emotivamente immediata, attraverso agiti impulsivi e talora drammatici. Il bambino con DC è infatti un paziente assai poco paziente e prevedibile, con il quale tutte le rassicuranti regole del *setting* clinico, tipiche del lavoro in età evolutiva, mostrano inesorabilmente i loro limiti, sollecitando costantemente nel terapeuta risonanze emotive più o meno intense, che richiedono di essere monitorate, comprese e adeguatamente gestite. Parallelamente, anche nella relazione con la coppia genitoriale, il terapeuta si trova implicato in complesse dinamiche emozionali connotate ora da allarme e urgenti aspettative di cura e di rassicurazione, ora intrise di sentimenti di colpa e necessità di impellenti agiti riparativi, sentimenti di inadeguatezza, incapacità e bisogno di conferma, rabbia e ostilità verso il mondo esterno, compreso, talvolta, il terapeuta stesso.

Un approccio neuroscientifico-cognitivo alla terapia dei disturbi del comportamento in età evolutiva

Introduzione

Come già rilevato nei capitoli precedenti, il comportamento aggressivo e antisociale rappresenta uno dei motivi più frequenti di richiesta di consultazione ai servizi socio-sanitari. È risaputo, inoltre, che questi comportamenti portano spesso i bambini e gli adolescenti a incorrere in outcome negativi quali difficoltà scolastica, comportamenti delinquenziali, uso di sostanze e permanenza della diagnosi psichiatrica. Per questi motivi sono stati sviluppati tanti modelli che cercano di identificare i fattori di rischio e i meccanismi di mantenimento del comportamento aggressivo e antisociale in età evolutiva. In generale tutti questi modelli di trattamento descrivono vari target terapeutici che non sono altro che la manifestazione del funzionamento di diversi sistemi a base neurobiologica, nonché il prodotto di come questi sistemi sono stati regolati dai *caregiver* nel corso dell'itinerario di sviluppo del bambino.

Il modello psicopatologico e di trattamento che verrà presentato in questo capitolo si basa sull'approccio denominato Psicopatologia dello Sviluppo (*Developmental Psychopathology*; Sameroff, 2010) che, in primo luogo, sottolinea l'importanza del principio di *multifattorialità* nella determinazione delle problematiche comportamentali ed emotive di rilievo clinico in età evolutiva. In altri termini, le ragioni di una data manifestazione psicopatologica sono sempre ricercate nell'intreccio e nell'equilibrio dinamico tra fattori di rischio,

da un lato, e fattori protettivi, dall'altro. In particolare, nell'osservazione di come le *caratteristiche neurogenetiche e neurobiologiche* proprie del bambino e le diverse *variabili ecologiche o ambientali* (avversità economiche, stress sociali, gruppi di pari, ecc.) vanno a ingranarsi con la qualità del *parenting* (strategie educative e di socializzazione, qualità dei legami di attaccamento) così come è stata descritta nel capitolo 2. Diverse combinazioni di fattori di rischio possono condurre allo stesso tipo di disturbo (principio di *equifinalità*). Inoltre, l'effetto di ogni singolo fattore di rischio dipenderà dal momento in cui interviene e dalla combinazione con altri fattori (*multifinalità*).

Tale approccio, dunque, cerca di integrare lo studio dello sviluppo tipico e atipico al fine di spiegare come determinati compiti di sviluppo possono non arrivare a compimento nell'individuo. In tal senso, ha uno stretto legame con l'approccio che un clinico dovrebbe tenere di fronte a un bambino con seri problemi di condotta: il clinico già in fase di assessment dovrebbe delineare i diversi compiti di sviluppo che si sono bloccati nel bambino e che lo hanno portato poi a manifestare seri problemi di condotta. È, altresì, importante sottolineare come l'approccio della psicopatologia dello sviluppo veda sia lo sviluppo tipico che quello atipico non come un assetto statico, ma come un processo dinamico e sempre in divenire. I fattori di rischio possono essere affrontati e manipolati, attraverso interventi specifici, a volte anche attraverso la relazione terapeutica, portando il bambino a riacquisire quelle competenze atte a ridimensionare i problemi nel controllo dell'aggressività e nelle problematiche di condotta.

L'intento di questo capitolo è di delineare alcuni processi cognitivo-affettivi che con il loro sviluppo atipico possono aver contribuito all'emergere del comportamento aggressivo nel bambino. Per ognuno di questi processi vengono proposti una descrizione clinica ed evolutiva e alcuni suggerimenti per l'intervento terapeutico. Al di là delle criticità nell'ambito del *parenting* che possono rappresentare una variabile aggiuntiva di rischio e su cui comunque ci soffermeremo, essenzialmente il clinico che si occupa di disturbi del comportamento può trovarsi di fronte tre diversi fenotipi, descrivibili come segue (si veda la figura 4.1):

- *il bambino con difficoltà a riconoscere l'ansia*, spesso contagiato emotivamente dal contesto e con scarsa capacità di leggere le intenzioni altrui; i *caregiver* di questo bambino danno spesso vita a un contesto di vita ansiogeno e, talvolta, maltrattante;
- *il bambino con scarso interesse e scarsa empatia affettiva verso l'altro*, spesso caratterizzato da aggressività pianificata; i *caregiver* di questo bambino danno spesso vita a un contesto di vita poco coinvolto e poco premiante;

– *il bambino con difficoltà nel processo di problem solving*, spesso caratterizzato da un comportamento impulsivo e da una forte sensibilità alla frustrazione; i *caregiver* di questo bambino danno spesso vita a un contesto educativo incoerente e inconsistente.

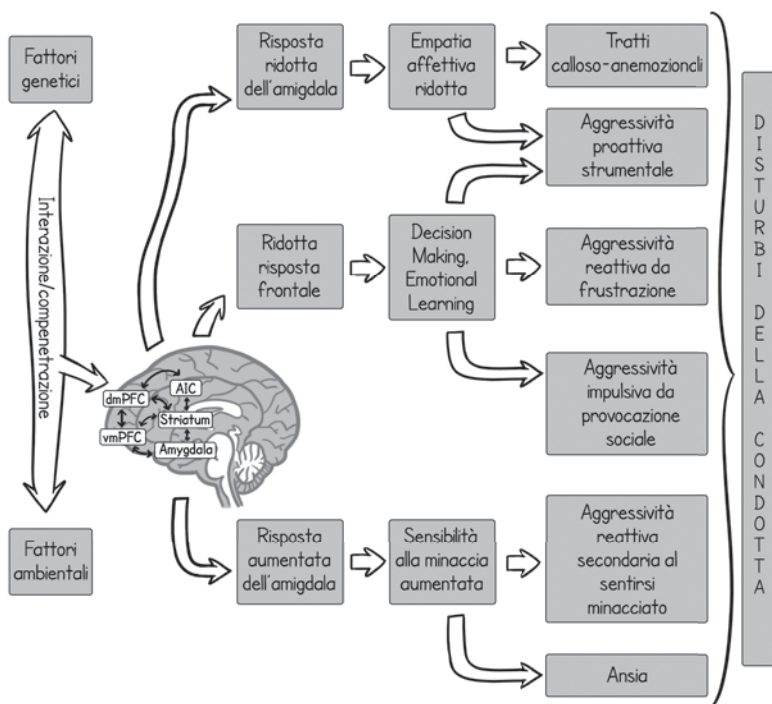


Fig. 4.1 Fenotipi caratteristici dei disturbi del comportamento. Attualmente la valutazione si concentra sugli aspetti del comportamento, sulle funzioni cognitive sottostanti e sui fattori patogenetici di tipo ambientale. In futuro essa potrà estendersi allo studio delle disfunzioni del cervello (in particolare amigdala e corteccia frontale) mediante fMRI, e allo studio dei fattori genetici (MAOA, 5HTTLPR, COMT) mediante genetica molecolare (da Blair, 2013, modificato).

Nella pratica clinica quotidiana, i quadri psicopatologici spesso appaiono più confusi di quanto ora cercheremo di descrivere, tuttavia siamo profondamente convinti che un'attenta analisi funzionale degli episodi in cui più spesso si manifestano le difficoltà comportamentali del bambino possa portare il clinico a individuare uno specifico fenotipo primario e di conseguenze a cucire il suo intervento su queste caratteristiche primarie del bambino e del suo contesto familiare.

Disturbo del comportamento e ansia (fenotipo 1)

L'aggressività reattiva a minacce esterne, la scarsa capacità di leggere la mente altrui e lo stato emotivo perennemente attivato sono le caratteristiche cliniche dei bambini che manifestano problemi di condotta e provengono da questo itinerario di sviluppo. L'eziopatogenesi di questi quadri ha una forte matrice ambientale: questo li differenzia dagli altri due itinerari che andremo a descrivere caratterizzati, invece, da un'eziopatogenesi contrassegnata prevalentemente da fattori di rischio neurobiologici. Questi bambini sono cresciuti in contesti di vita caratterizzati dalla pervasività dell'esperienza di paura. La trasmissione della paura da parte dei loro *caregiver* passa essenzialmente attraverso due modalità. La prima caratterizza contesti familiari in cui il bambino è esposto frequentemente a forme di disciplina dura e maltrattamento fisico o psicologico (nell'ottica dell'attaccamento, il maltrattamento ci può essere anche in contesti distanzianti, ma può portare alla sottomissione compiacente e non all'ansia perché consente prevedibilità; nei pattern C ad alto indice c'è invece imprevedibilità nella minaccia che mette ansia). La seconda modalità riguarda, invece, quei contesti in cui i *caregiver* pervadono la relazione con il figlio con le loro paure, prefigurando al piccolo un mondo pericoloso che lui non sarà mai in grado di esplorare da solo. In questi casi, i modelli d'attaccamento si configurano frequentemente in termini ansioso-resistenti e la strutturazione del sé tende a evolvere con una percezione di sé in termini di vulnerabilità fisica ed emotiva e una corrispondente percezione del mondo in termini di pericolo e di minacciosità. Sono bloccati i processi di separazione e di esplorazione autonoma dell'ambiente.

Entrambi i tipi di contesti condividono la caratteristica dell'imprevedibilità. Questa imprevedibilità, associata alla minaccia cui il bambino è esposto, plasma la mente del bambino rendendola estremamente reattiva alle minacce e poco interessata a scoprire cosa può esserci cognitivamente nella mente dell'altro e all'esplorazione dell'ambiente. Da un punto di vista evolutivo, il bambino ha sviluppato un'attenzione selettiva verso i segnali di minaccia, la sua mente si è così plasmata per difendere la sua incolumità fisica e psicologica dai comportamenti dei *caregiver* minaccianti o da comportamenti ansiosi o iperapprensivi del *caregiver* che vanno a ledere la sua autostima. Con il passare degli anni il bambino si trova a generalizzare questa attenzione selettiva a tutti i suoi contesti di vita; semplificando si potrebbe dire che la sua area amigdaloidea si è tarata per captare e rispondere ai segnali di minaccia. Questo comporta che in tutti i contesti di vita del

bambino la sua attenzione sarà reattiva a tutti i possibili segnali di minaccia (anche piccoli cambiamenti nel contesto), facendolo diventare più propenso a reagire a questa ipotetica e sovrastimata minaccia con aggressività reattiva ed esplosiva. Numerosi studi (Dodge, Lochman, Harnish, Bates, & Pettit, 1997; Dodge & Pettit, 2003; Waldman, 1996), infatti, suggeriscono che per questi bambini le rappresentazioni di stati emotivi sono facilmente e frequentemente attivate da segnali emotivi inappropriati, con conseguente errore di etichettatura di questi segnali (ad esempio, l'espressione benigna di un pari può essere letta come rabbia, a partire da una lettura erronea della manifestazione di un sorriso da parte di un compagno che viene letto come un sorriso di scherno, invece che come un sorriso prosociale). In altre parole, si può dire che bambini che hanno subito un maltrattamento mostrano uno schema generale di elaborazione degli affetti atipico, anche al di fuori della consapevolezza cosciente. Data l'evidenza che l'elaborazione degli affetti preattentivi risulta alterata anche in individui con disturbi d'ansia diagnosticati, suggeriamo che questo pattern di innalzamento dell'attivazione dell'amigdala e del sistema nervoso autonomico nei bambini maltrattati possa costituire un marker neurale latente di rischio, associato a una maggiore vulnerabilità ai futuri disturbi psichiatrici, non solo a disturbi della condotta.

Come manifestano la loro aggressività?

L'aggressività di questi bambini è tipicamente *reattiva*. I mammiferi mostrano una risposta graduale e istintiva alla minaccia: le minacce lontane provocano il congelamento, mentre l'aggressività reattiva è indotta quando le minacce sono molto vicine e la fuga è impossibile. L'aggressività reattiva è caratterizzata da aggressioni non programmate e furiose rivolte all'oggetto percepito come fonte di minaccia. Studi su animali hanno dimostrato che l'aggressività reattiva è mediata da un circuito che va dall'amigdala mediale, in gran parte attraverso la stria terminale, fino all'ipotalamo mediale, e da lì alla metà dorsale della sostanza grigia periacqueduttale (Lin et al., 2011). Specifici polimorfismi genetici insieme all'esposizione a precoci condizioni ambientali sfavorevoli possono portare a una maggiore reattività dell'amigdala, in particolare modo di fronte ai segnali di minaccia. Questa aumentata reattività accresce a sua volta la sensibilità alle minacce, lo stato di perenne attivazione emotiva rende il bambino più sensibile ai cambiamenti nel contesto e ciò accresce inoltre la probabilità che anche solo un cambiamento imprevisto nel contesto inneschi un'aggressione reattiva. Questi soggetti rappresentano probabilmente il 40% dei casi con disturbo della condotta

e soddisfano spesso anche i criteri per un disturbo d'ansia (Lahey, Loeber, Burke, Rathouz, & McBurnett, 2002).

Essere esposti a un contesto maltrattante rappresenta un grave rischio nello sviluppo di un'adeguata regolazione delle emozioni nei bambini. Nelle famiglie maltrattanti, i genitori forniscono minor supporto quando i loro figli sono sconvolti, e questo nel tempo finisce per limitare la capacità dei bambini di apprendere strategie costruttive per regolare i loro stati emotivi. Inoltre, i *caregiver* maltrattanti tendono a coinvolgere i loro figli meno spesso in quelle che definiremo «discussioni emotive», dimostrando una ridotta capacità di comprendere l'espressione affettiva dei loro figli e offrendo meno strategie di gestione della rabbia rispetto ai genitori tipici.

Un rischio frequente è che un bambino che presenta spesso scoppi d'ira possa apparire ai suoi genitori, ai suoi insegnanti, e anche a se stesso come tutto tranne che ansioso. Questo è probabilmente il primo obiettivo terapeutico da porsi in questi casi: far riconoscere al bambino e al suo contesto di vita l'ansia, spesso pervasiva, che lo caratterizza. In questo caso usiamo il termine ansia, ma probabilmente la descrizione clinica più corretta che delinea questi bambini sarebbe «essere in uno stato di perenne attivazione emotiva e costante percezione di vulnerabilità». In effetti, questi bambini hanno scarse capacità di riconoscere la paura come uno stato emotivo genuino e condivisibile, piuttosto la percepiscono in termini sensoriali come somatizzazioni e la disregolano in ansia, oppure la trasformano in rabbia. Sono, insomma, quei pattern «caldi» descritti nel capitolo 2, in cui la rabbia agonistica svolge una funzione di potente ansiolitico e in cui, per il bambino, avvertire un senso minimo di controllo del rapporto con il genitore attraverso l'oppositività e la rabbia è assolutamente vitale nel mantenimento dello stato di relazione.

Spesso questi bambini mostrano anche una scarsa capacità di leggere cognitivamente la mente altrui. L'empatia cognitiva implica una comprensione esplicita dello stato mentale altrui, ma non è necessariamente accompagnata a uno stato affettivo specifico. Con questo termine ci si riferisce alla capacità di assumere intellettualmente il ruolo o il punto di vista di un'altra persona, e questo implica la decodifica e il riconoscimento delle emozioni e dei loro segnali situazionali. Infine, è noto da tempo che i deficit nello sviluppo del linguaggio e dell'intelligenza verbale sono comuni tra i bambini con problemi di condotta; tuttavia le evidenze attuali indicano che sono in qualche modo specifici per quei bambini che provengono dall'itinerario che stiamo ora descrivendo (Salekin et al., 2004; Muñoz et al., 2008). Il bambino si presenta al terapeuta carico di emozioni sulla pelle,

carico di immagini con cui descrivere ciò che gli succede, ma con scarso dialogo interno per controllare cognitivamente tutto ciò. Il profilo di cui stiamo trattando descrive un bambino con il termometro delle emozioni tarato verso l'alto, sensibile alla minaccia, che ha difficoltà a verbalizzare le sfumature dell'emozione in se stesso e negli altri (scarsa empatia cognitiva), e che sperimenta un contagio emotivo frequente e intenso, forse addirittura accentuato (empatia affettiva intatta).

L'intervento con il bambino

Ma andiamo a indagare quali sono i processi cognitivo-affettivi che con il loro sviluppo atipico hanno contribuito all'emergere del comportamento aggressivo nel bambino nel quadro clinico sopra descritto. Crediamo che in questo caso siano la regolazione e il riconoscimento dell'emozionalità «negativa» come reazione al sentirsi minacciato e la capacità di lettura dell'ambiente circostante e della mente altrui (empatia cognitiva). Per ognuno di questi processi (riassunti nella figura 4.2) offriremo alcuni suggerimenti per l'intervento terapeutico.

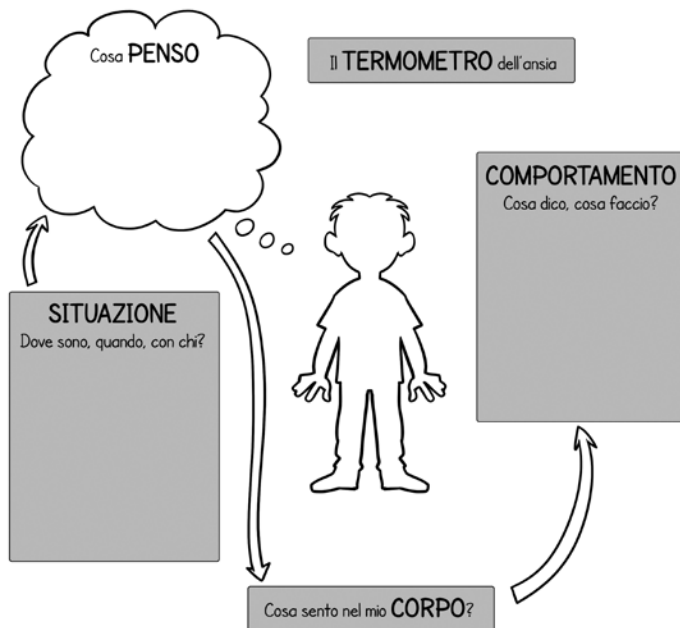


Fig. 4.2 Processi di regolazione emotiva.

Innanzitutto, è importante aiutare il bambino a sviluppare l'autosservazione/monitoraggio delle situazioni critiche e analizzare insieme alcuni episodi durante i quali recentemente ha manifestato crisi di rabbia. Il primo strumento terapeutico è a nostro avviso la scheda ABC (si veda il capitolo 3), dove per A intendiamo gli antecedenti a un episodio di «rabbia» avvenuto recentemente, possibilmente nell'ultima settimana del bambino; per B intendiamo i pensieri su di sé e sugli altri che hanno accompagnato tali episodi; e con C intendiamo le emozioni che oltre alla rabbia erano presenti nel bambino durante l'episodio. L'uso della scheda ABC può essere reso più appetibile per il bambino presentandola come un gioco, ad esempio il gioco del «detective delle emozioni» in cui si cerca di scoprire insieme chi o cosa è la causa di così tanta rabbia. Il gioco deve essere fatto passare al bambino come una modalità per aiutarlo a non incorrere più nelle conseguenze negative che la rabbia spesso gli porta: punizioni, perdita di relazioni sociali ed emozioni spiacevoli. Ma, per farlo, bisogna andare a cercare insieme cosa in particolare ha fatto scattare la rabbia. La scheda ABC è solo uno schema generale: con i bambini è bene che le schede vengano adattate, modificate e abbellite con immagini, foto o figurine in modo da renderne la compilazione piacevole e interattiva (si può partire da un foglio bianco e disegnare o scrivere insieme le diverse parti della scheda; si veda la figura 4.3).

In questo passaggio terapeutico, l'obiettivo è anzitutto di ricostruire con ordine le sequenze sintomatologiche e rendere più consapevole il bambino delle cosiddette «molle» che più frequentemente fanno scattare in lui la rabbia: in altri termini, cerchiamo di introdurre ordine cognitivo nel caos emotivo. Per fare questo bisogna aiutare il bambino a spostare la sua attenzione dalle sue emozioni e comportamento a ciò che era successo un attimo prima.

Come si può notare, l'antecedente tipico in questi itinerari viene espresso dal bambino nei termini di: «Lui ce l'ha con me». Le descrizioni sono calde e coinvolgenti, lo stile narrativo si basa principalmente su immagini sensoriali attivanti e sul linguaggio connotativo evocativo. Pertanto, il dialogo interno non ha una funzione cognitivamente «ordinante», di guida e di controllo sul proprio comportamento e sulle proprie emozioni. La lettura delle emozioni è di solito di tipo corporeo e sensoriale. Condividere e parlare dell'esistenza di queste molle alla base di molti scoppi di rabbia del bambino è il primo passo del percorso terapeutico che ci aspetta. Un'altra molla che frequentemente riscontriamo in un bambino che vive all'interno di un contesto coercitivo e controllante è la spinta verso l'autonomia, con i sentimenti di vulnerabilità e di paura (scarsamente riconosciuti) che ciò procura nel bambino. In

questo caso, oltre a lavorare sulla consapevolezza che il bambino può avere della molla che lo fa scattare, è bene anche approfondire il discorso con i genitori, cercando di mettere in evidenza quali sono le abilità quotidiane che il bambino può imparare a svolgere autonomamente: lavarsi i denti, vestirsi, prepararsi la cartella per andare a scuola.

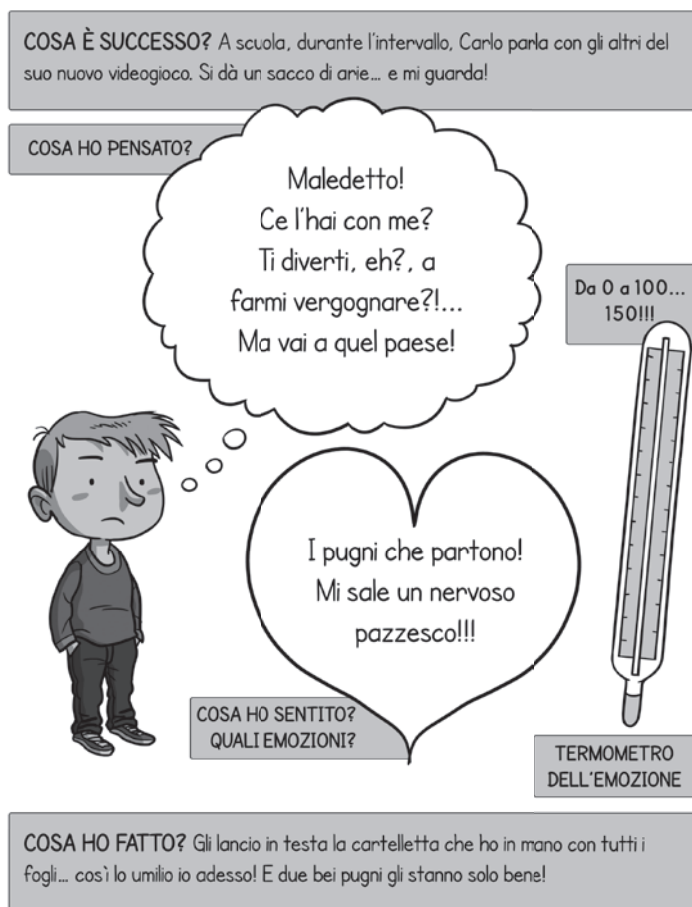


Fig. 4.3 ABC tipico di un bambino del sottotipo 1.

Ad esempio, Carlo è un bambino di 7 anni e mezzo, i cui genitori arrivano in consultazione molto preoccupati per alcuni suoi comportamenti «tirannici» espressi prevalentemente nei confronti della madre. Mentre a scuola sembra essere sufficientemente educato e adeguato, a casa con la madre