

AREA
PSICOEDUCATIVA

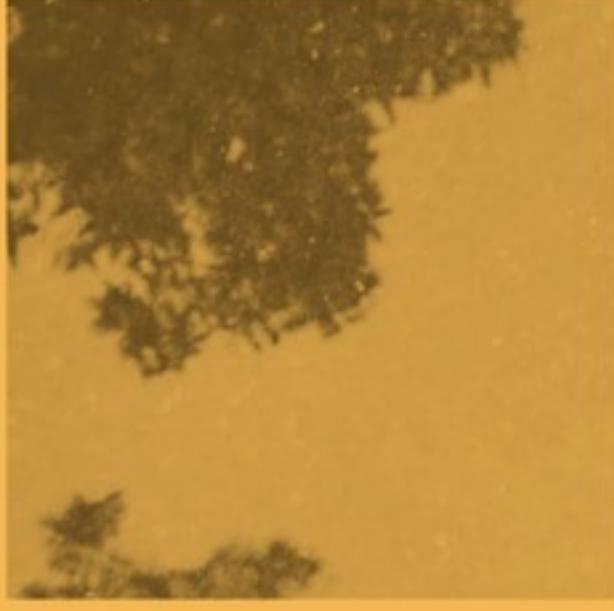
rivista
n. 5

Fondazione
Luigi
Clerici

**FORMAZIONE
PER IL DOMANI**

Roberta Galentino

L'aggressività nell'età evolutiva



L'aggressività: quel vecchio istinto primordiale che noi tutti possediamo e che mostriamo alla società in diversi gradi.

Tanto positiva per difenderci, tanto negativa per isolarci.

Alla società non piace e prova a contenerla, ma la crescita e la patologia dell'individuo l'ammettono.

Non è dunque meglio imparare a gestirla, anziché ghettizzarla?

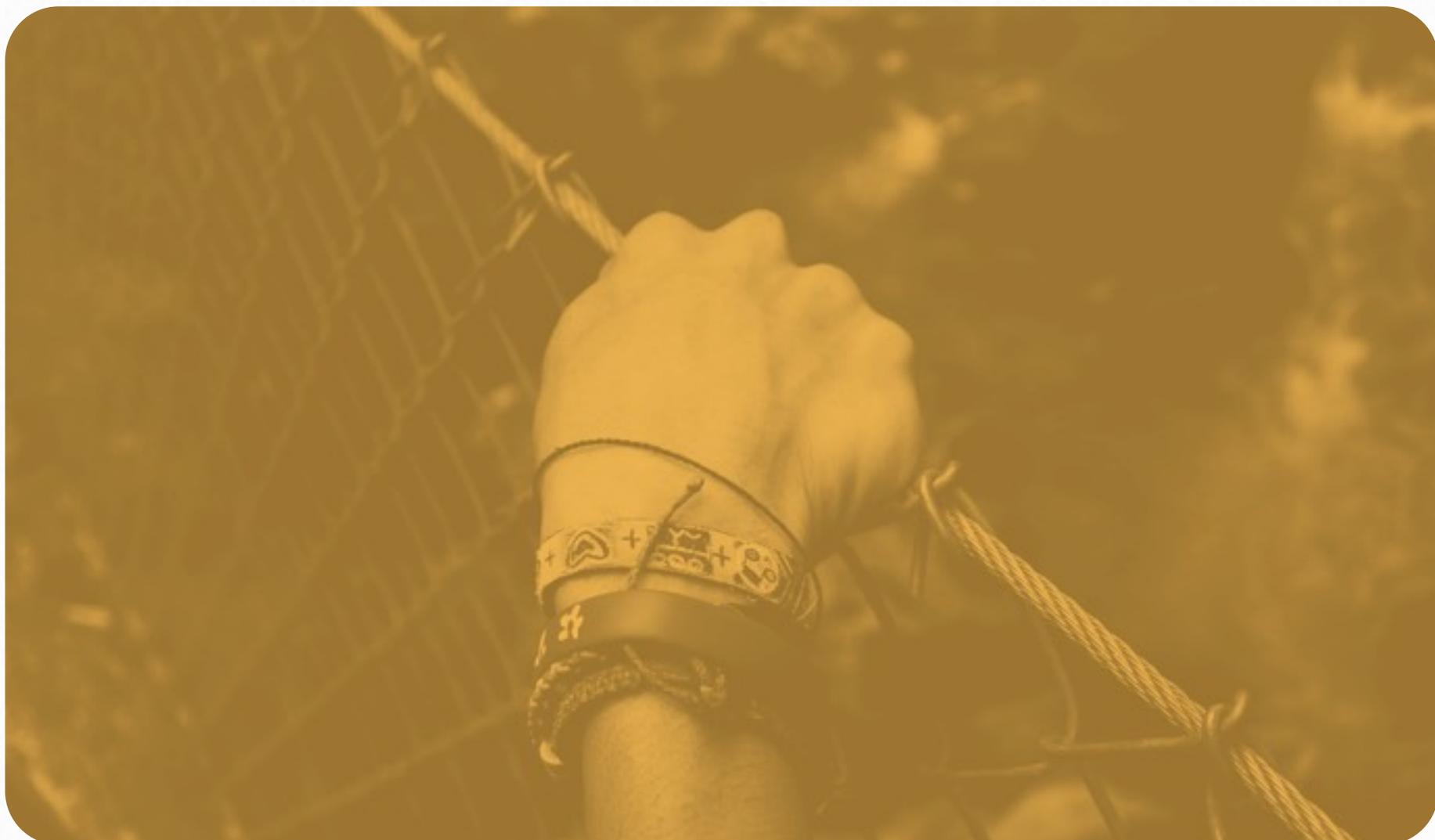
Una serie di fascicoli che prendono in esame l'aggressività nella società, nella clinica e nella scuola per approfondirne i suoi aspetti.

2

Aggressività patologica



I disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta



Gli psicologi, come le tante figure mediche e sanitarie che gravitano intorno ai giovani d'oggi, stanno notando sempre più l'intensificarsi del numero di diagnosi di disturbi del comportamento nei bambini e nei giovani.

Si tratta solo di maggiore sensibilità circa l'argomento e dunque di una maggiore ricerca di diagnosi da parte di genitori e docenti? Non credo si tratti solo di questo. Le cause sono in realtà molteplici, ma una in particolare merita attenzione: lo stile educativo dei genitori.

A tal proposito, questo capitolo ha lo scopo di approfondire i disturbi del comportamento maggiormente invalidanti per il bambino, o ragazzo, ed essere uno spunto di riflessione per tutti i genitori o caregiver, affinché tornino a riflettere sull'importanza del loro ruolo nella crescita psichica, emotiva e sociale del proprio figlio.

Fin dalla nascita il bambino porta con sé le sue innate tendenze aggressive, che noi tutti possiamo osservare durante i momenti di frustrazione o di rabbia, in cui mostra irrequietezza motoria, grida o da calci a cose e persone, oppure quan-

do “strappa” dalle mani di un altro bambino un gioco non suo. Il bambino mostra questi comportamenti non curante delle regole sociali ed emotive che poi imporrà la società.

La comprensione di queste regole sociali avverrà successivamente grazie anche all’aiuto dei genitori, che avranno lo scopo di accrescere in lui: la riflessione, in modo da ragionare sul suo comportamento e sulle conseguenze; il linguaggio, così da poter raggiungere i suoi scopi verbalmente; e l’empatia, affinché abbia la capacità di “mettersi nei panni degli altri” e comprendere le necessità emotive dell’altro.

Sarà a quel punto che il bambino avrà acquisito quella che viene chiamata “intelligenza sociale”, quella capacità di empatizzare, cooperare, aiutare e comprendere l’altro (1).

Esiterà sempre una sorta di “aggressività distruttiva” o “dirompente”, che dovrà essere occasionale. Tuttavia, quello a cui bisogna puntare è allo sviluppo di un’ “aggressività costruttiva”, con cui il bambino può affermare la sua identità attraverso le sole capacità verbali e sociali.

Molti osservatori comportamentali si sono dedicati all’argomento riguardante l’aggressività nei bambini e/o nei giovani. Bowlby, per esempio, fu fortemente interessato a studiare la delinquenza infantile e sviluppò l’idea che il più delle volte era determinata dal tipo di attaccamento presente tra madre e figlio. Anche Mary Ainsworth (2) proseguì il lavoro e rafforzò l’idea di Bowlby (3), sostenendo che forme di attaccamento insicuro a causa di madri rifiutanti, rabbiose, fredde, eccessivamente punitive, violente o al contrario intrusive, ipercontrollanti, permissive ed imprevedibili, erano spesso associate a bambini che in età adolescenziale mostravano bassa autostima, difficoltà relazionali con i pari e con gli adulti, comportamenti antisociali, alcolismo, tabagismo, disturbi dell’umore, ansia e depressione (4).

Molteplici sono le patologie racchiuse nella categoria dei disturbi del comportamento dirompente, che prevedono nei bambini l’esacerbazione di comportamenti aggressivi, ma in questo capitolo approfondi-

remo nello specifico il Disturbo Oppositivo Provocatorio e il Disturbo della Condotta.

Il Deficit di Attenzione ed Iperattività (ADHD), pur facendo parte nel DSM-5 dei Disturbi dello Sviluppo, rappresenta un terreno talvolta fertile per lo sviluppo di patologie più complesse come i disturbi del comportamento.

ADHD, DOP e DC, che in ordine di presentazione descrivono condotte sempre più complesse e di difficile gestione, condividono tuttavia diversi aspetti: difficoltà di controllare e gestire le proprie emozioni, incapacità di adattare il proprio comportamento al contesto e di sapersi “mettere nei panni degli altri”, ricercare gratificazioni immediate, bassa performance scolastica, aggressività e difficoltà ad aderire a norme sociali.

Nello specifico il DOP e il DC possono essere anticipati da ADHD ed essere oltremodo precursori del Disturbo Antisociale di Personalità (ASPD), la cui diagnosi è possibile effettuarla solo dopo i 18 anni (5).

I due disturbi che di fatto mostrano, nei bambini e nei giovani, i maggiori aspetti aggressivi sono proprio il DOP e il DC.

IL DISTURBO OPPOSITIVO- PROVOCATORIO

Il disturbo oppositivo-provocatorio (DOP) è proprio di bambini esacerbanti irritabilità, ostilità, opposività e sfida. I pattern comportamentali caratteristici sono, infatti, l'aggressività e la tendenza ad infastidire ed irritare gli altri. Tali sintomi sono persistenti, pervasivi e non adeguati all'età, tanto da compromettere in modo significativo il funzionamento sociale e scolastico. Si tratta di agiti aggressivi prevalentemente verbali.

I bambini affetti da DOP rappresentano il 5-15% dei bambini in età scolare. Una percentuale altissima!

La prevalenza maschile è riscontrabile solo nei primi anni di vita, dopodichè con l'avanzare degli anni tale discrepanza tra i sessi viene meno.

Un altro aspetto fondamentale da chiarire è che il 50% dei bambini che hanno una diagnosi di DOP hanno anche una diagnosi di ADHD e che il 15-20% di bambini con DOP sono anche affetti da disturbo d'Ansia e Disturbo Depressivo (6).

In questi quadri sindromici, il bambino sembra non essere in grado di decifrare correttamente il comportamento altrui, interpretandolo spesso come ostile, questo per effetto della mancata capacità di empatizzare, come sopra citato. Inoltre, sembra essere sprovvisto della dialettica efficace per risolvere conflitti attraverso modalità verbali, non ha la consapevolezza di sapersi autoregolare, non percepisce il pericolo e non valuta le conseguenze derivate dal proprio comportamento.

Cosa causa il DOP?

Ad oggi non ci sono cause del tutto accertate, ma sappiamo che i sintomi compaiono precocemente, dal 1 anno di vita fino ai 3 anni.

Come nella maggior parte dei disturbi comportamentali, si ipotizza che alla base ci sia un'interazione tra fattori biologici, come la familiarità o un disequilibrio neurotrasmettitoriale, e fattori ambientali, esposizione del feto a tossine, malnutrizione della madre, uso di sostanze in gravidanza...

Molti studi associano una maggior quota di responsabilità del disturbo ai fattori ambientali, rilevando come un genitore alcolista o che ha avuto problemi con la legge, abbia una possibilità 3 volte maggiore di avere un figlio con sintomi DOP.



Fattori di rischio legati al contesto

L'aspetto ambientale assume ancora più valore quando osserviamo che esistono dei fattori di rischio quasi tutti legati al contesto:

- instabilità o difficoltà economica
- disturbi psichiatrici familiari
- comportamenti punitivi perpetrati nel tempo da parte dei caregiver
- ruolo del genitore inconsistente
- impossibilità di creare una rete sociale stabile (per es. traslochi frequenti)

Importantissimo, a questo proposito, è sottolineare la scoperta di Dodge. Lo studioso ha analizzato l'aspetto cognitivo di questi giovani e ha potuto notare come questi presentino un deficit delle abilità sociali, ossia interpretano in modo errato segnali sociali, mettendo così in atto risposte sproporzionate rispetto al contesto senza avere la possibilità di valutare le conseguenze (7).

Come riconoscere se si tratta di aggressività “normale” o patologica?

Sicuramente per un’analisi oggettiva, che pone un professionista, torna utile fare riferimento al DSM-5, la cosiddetta Bibbia dei disturbi mentali, ma per un genitore o un insegnante, che osserva un bambino o ragazzo, è importante chiedersi quanto quei comportamenti così poco contestualizzati siano pervasivi, persistenti e patologici nella vita del minore.

Interessante è anche soffermarsi sulle comorbilità che i giovani con DOP presentano: raramente si osserva il disturbo singolarmente, molti hanno un disturbo dell’apprendimento, ma per entrare nello specifico il 50-65 % dei casi presentano ADHD, il 35% disturbo dell’Affettività (Ansia e Depressione), il 20% disturbo dell’umore e il 15% disturbo di personalità (5). Dunque, osservare la compresenza di altri sintomi potrebbe portare a considerare precocemente l’idea di chiedere un consulto ad uno specialista.

Quale prognosi si prevede in assenza di attività psico-pedagogiche specifiche?

Purtroppo, il 75% dei bambini ADHD svilupperà un DOP, il 25% dei bambini con DOP riceveranno una diagnosi di DC e solo il 5% dei DOP non sarà affetto da altri disturbi.

Come possiamo notare fare prevenzione fin dall’inizio, fin dai primi sintomi di ADHD, è vincente. Potendo lavorare su diverse aree di vita del bambino, come la scuola e la famiglia, sarà molto più probabile modificare il decorso comportamentale del minore, garantendogli una qualità di vita nettamente migliore.

IL DISTURBO DELLA CONDOTTA

Il disturbo della condotta (DC) rientra tra i disturbi ad esordio in età evolutiva, e sono caratterizzati da comportamenti antisociali ripetitivi e di violazione delle regole sociali.

Nella maggioranza dei casi il DC è preceduto e associato al DOP.

A differenza di quello che possiamo pensare il DC comporta un carico di sofferenza enorme per il giovane e la sua famiglia.

Infatti, nel capitolo dei comportamenti dirompenti quando parliamo di DC, non intendiamo più la presenza di comportamenti aggressivi solo verbali, ma prendiamo in considerazione comportamenti aggressivi volti alla distruzione di cose o persone.

In base ai criteri presenti nel DSM-5, fanno parte del DC comportamenti come:

- Aggressioni a persone o animali
- Distruzione della proprietà
- Frode o furto

Questi comportamenti possono essere accompagnati da:

- emozioni prosociali limitate
- mancanza di rimorso e senso di colpa
- mancanza di empatia
- disinteresse sulle performance
- affetti superficiali o carenti

Leggendo queste caratteristiche comportamentali può facilmente venire alla mente l'associazione con il bullismo, tuttavia questa rappresenta un'ulteriore categoria, differente dal DOP o dal DC.

La maggiore differenza la rintracciamo nell'immagine sociale che questi gruppi mostrano: il bullo è popolare nel gruppo dei pari, i bambini affetti da DOC o DC, invece non sono popolari, anzi sono schivati e non apprezzati dagli altri compagni.

Il bullo, infatti, è circondato da bulli gregari e spettatori che, pur tacendo, di fatto incoraggiano il bullo a compiere atti di prevaricazione, è spavaldo, ama essere il capo incondizionato e dominare i deboli. Il bambino DOC o DC, invece, possiede una bassa autostima di sé, considerandosi non degno di essere amato dagli altri, a causa del suo comportamento, che non è in grado di modificare perché non ha avuto gli strumenti per farlo durante la sua crescita.

Il bambino con DOC o DC ha difficoltà ad instaurare rapporti con i pari o con gli adulti perché il loro comportamento terrorizza o infastidisce. Viene dunque allontanato dal gruppo e non sviluppa tutte quelle abilità sociali utili a vivere in comunità.

Tuttavia, diversi sono i livelli di gravità dei comportamenti dirompenti con cui possiamo entrare in contatto, ed è possibile agire attivamente sui bambini o ragazzi che lo necessitano, al fine di rendere la loro vita molto più stabile, e dunque serena. Ovviamente agire precocemente è di grande aiuto!

Gestire bambini o ragazzi con disturbo del comportamento dirompente, può voler dire dover attivare diverse modalità di terapia in diversi momenti, alternando o sovrapponendo le attività, in base alle necessità:

- Terapia farmacologica
- Attività psicoeducativa di gruppo
- Training metacognitivi
- Colloqui individuali
- Colloqui con i genitori

- Lavoro in rete con la scuola e la clinica territoriale
- Rilassamento motorio

Tanti potrebbero essere gli spunti di riflessione, tuttavia pur essendo questi disturbi mediati anche da fattori biologici, un focus sulla famiglia è doveroso. Oggigiorno sia padri che madri tendono sempre più a mostrare atteggiamenti rinunciatari del loro ruolo educativo, con la conseguenza di non essere in grado di trasmettere le norme e i valori sociali corretti.

Questi bambini, di cui abbiamo appena trattato, il più delle volte provengono da contesti familiari autoritari, violenti o eccessivamente permissivi e tolleranti. Le famiglie dei bulli appaiono fredde, aggressive, le regole valgono senza essere discusse. La comunicazione fra i familiari è per lo più assente e priva di affetto. Possiamo considerarlo solo un caso?

Certo, dobbiamo sempre avere presente quell'interazione tra fattori biologici ed ambientali, ma chiediamoci quanto un contesto difficile possa accentuare certi temperamenti o quanto ne possa esacerbare altri. Quello che si vuole sottolineare è il potere del fattore ambientale, e dunque familiare e, oltremodo, scolastico!

Le terapie psicologiche, specialmente le tecniche ad hoc utili per la gestione di quadri clinici con comportamenti dirompenti, sono una parte della cura, ma anche queste potrebbero non risultare sufficienti fintanto che anche la famiglia, se pur insieme al professionista, non decide di educare i figli al rispetto degli altri, a porre dei limiti ed insegnare le norme sociali con la parola e con l'esempio.

Come dice Spataro “per essere dei genitori quasi perfetti occorre riuscire a sentirsi sicuri di sé come genitori, sicuri nel rapporto con il figlio. La sicurezza del genitore sarà l'origine della sicurezza del bambino. Non bisogna cercare di essere genitori perfetti e non bisogna aspettarsi che perfetti siano i figli” (8).

BIBLIOGRAFIA

1. Goleman D. (2006). *Intelligenza sociale*. Milano: Rizzoli, 89-91;166-7
2. Ainswort MDS. (2006). *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità. Scritti scelti*. Milano: Raffaello Cortina.
3. Bowlby J. (1944). Forty-four juvenile thieve: their characters and home-life. *Int J Psychoanal*, 25:19-53;107-28.
4. Piergiovanni M.G., Salinardi G. (2010). Touchpoint e teoria dell'attaccamento (parte I). *Medico e Bambino*; 29:468-72.
5. Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468-1484.
6. Rapoport J, Ismond D. (2002). *DSM-IV*. Milano: Masson; 22:131-43
7. Dodge KA. (1986). *A social information processing model of social competence in children*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
8. Spataro A. (2012). The aggressive child. *Medico e Bambino* 31:31-34.



© designed by Fondazione Luigi Clerici

Tutti i diritti riservati
© 2020 Fondazione Luigi Clerici
Via Montecuccoli 44/2, Milano
www.clerici.lombardia.it