

## **I disturbi del comportamento in classe: definizioni e caratteristiche.**

**Mauro Mario Coppa  
Antonella Melchiorri  
Silvia Vignini  
(Gruppo G.A.I.D.A., Ancona)**

### **Il bambino con Disturbo Oppositivo Provocatorio**

La caratteristica fondamentale del Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP) consiste in una modalità ricorrente di comportamento negativistico, provocatorio, disobbediente, ed ostile nei confronti delle figure dotate di autorità che persiste per almeno 6 mesi ed è caratterizzato dall'insorgenza di almeno uno dei seguenti comportamenti: perdita di controllo, litigi con gli adulti, opposizione attiva o rifiuto di rispettare richieste o regole degli adulti, azioni deliberate che danno fastidio agli altri, accusare gli altri dei propri sbagli o del proprio cattivo comportamento, essere suscettibile o facilmente infastidito dagli altri, essere collerico e risentirsi, o essere dispettoso o vendicativo (DSM IV).

Le manifestazioni di disturbo possono essere presenti nell'ambiente familiare, ma non manifestarsi a scuola o nella comunità, sono tipicamente più evidenti nelle interazioni con gli adulti o i coetanei che il soggetto conosce bene e possono quindi non manifestarsi durante l'esame clinico.

Le manifestazioni e i disturbi associati variano in funzione dell'età del soggetto e della gravità del Disturbo Oppositivo Provocatorio; ha maggiore prevalenza nei maschi rispetto alle femmine in epoca prepuberale, mentre le percentuali sembrano essere uguali dopo la pubertà con sintomi simili in entrambi i generi. Il DOP si fa di solito evidente prima dei 18 anni di età e di solito non più tardi dell'adolescenza; con un esordio tipicamente graduale e di solito avviene nel corso dei mesi o di anni, ha maggiore prevalenza nelle famiglie in cui l'accudimento del bambino è turbato da un susseguirsi di diverse persone preposte all'accudimento stesso, o in famiglie in cui sono comuni pratiche educative rigide, incoerenti, o distratte. Il DOP sembra essere più comune nelle famiglie in cui almeno uno dei genitori ha una storia di Disturbo dell'Umore, Disturbo

della Condotta, Disturbo Oppositivo Provocatorio, Disturbo da deficit dell'Attenzione/Operatività, Disturbo Antisociale di Personalità, o Disturbo Correlato a Sostanze. Inoltre, alcuni studi suggeriscono che madri con Disturbo Depressivo hanno maggiori probabilità di avere bambini con comportamento oppositivo ed è più comune nelle famiglie in cui vi è un grave disaccordo coniugale.

Sembra opportuno sottolineare che il comportamento oppositivo è una tipica caratteristica di certi stadi di sviluppo (per es. la prima fanciullezza e l'adolescenza); una diagnosi di Disturbo Oppositivo Provocatorio dovrebbe essere presa in considerazione solo se i comportamenti si manifestano più frequentemente e hanno conseguenze più gravi rispetto a quelli tipicamente osservati in altri soggetti e che portano ad una significativa compromissione del funzionamento sociale, scolastico e lavorativo.

### **Il bambino con Disturbo della condotta**

La prevalenza del Disturbo della Condotta sembra essersi accresciuta negli ultimi decenni e può essere maggiormente osservata negli ambienti urbani piuttosto che in quelli rurali. Le percentuali variano ampiamente a seconda della natura della popolazione campionata e dei metodi di valutazione, studi condotti sulla popolazione generale riportano percentuali che variano da meno dell'1% a più del 10%. I tassi di prevalenza sono maggiori tra gli uomini che tra le donne, l'esordio del Disturbo della Condotta può verificarsi anche in età prescolare, ma i primi sintomi significativi emergono nel periodo tra la media infanzia e la media adolescenza.

La caratteristica fondamentale del Disturbo della Condotta è una modalità di comportamento ripetitiva e persistente in cui i diritti fondamentali degli altri, le norme o le regole della società appropriate all'età vengono violate. Questi comportamenti si inseriscono in quattro gruppi fondamentali: condotta aggressiva che causa o minaccia danni fisici ad altre persone o ad animali, condotta non aggressiva che causa perdita o danneggiamento della proprietà, frode furto, e gravi violazioni di regole.

Per diagnosticare il Disturbo della Condotta devono essere stati presenti, durante i 12 mesi precedenti, almeno tre comportamenti caratteristici con almeno un comportamento presente nei sei mesi precedenti e l'anomalia del comportamento deve portare alla compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo (DSM-IV). Il disturbo della Condotta può essere diagnosticato in

soggetti che hanno più di 18 anni ma solo se non vengono soddisfatti i criteri del Disturbo Antisociale di Personalità, inoltre va sottolineato che i soggetti con Disturbo della Condotta tendono a minimizzare i propri problemi di condotta.

I bambini o gli adolescenti con questo disturbo spesso innescano comportamenti aggressivi e reagiscono aggressivamente contro gli altri; possono mostrare un comportamento prepotente, minaccioso, o intimidatorio; dare inizio frequentemente a colluttazioni fisiche; usare un arma che può causare seri danni fisici; essere fisicamente crudeli con le persone o con gli animali; rubare affrontando la vittima ( ad esempio scippo ed estorsione, rapina a mano armata), oppure forzare un'altra persona all'attività sessuale (stupro, violenza).

Sono stati stabiliti due sottotipi di Disturbo della Condotta a seconda dell'età all'esordio del disturbo: *Tipo con Esordio nella Fanciullezza e Tipo con Esordio nell'Adolescenza* (DSM-IV). Questi due sottotipi si differenziano in base alla natura dei problemi di condotta, al decorso durante lo sviluppo, dalla prognosi e dalla distribuzione tra i generi. Entrambi i sottotipi possono manifestarsi in forma lieve, moderata o grave.

Nei Disturbi della Condotta ancora non si sa con certezza che parte realmente giochino l'ereditarietà e i fattori organici, ma sta di fatto che di fronte a situazioni familiari frustranti, i bambini possono reagire nei modi più diversi; comportamenti aggressivi e oppositivi, difficili da gestire anche in psicoterapia.

Le valutazioni da studi su gemelli e su soggetti adottati mostrano che il Disturbo della Condotta ha componenti sia genetiche che ambientali. Il rischio di Disturbo della Condotta è aumentato nei bambini con un genitore biologico o adottivo con Disturbo Antisociale di Personalità o con un fratello con Disturbo della Condotta. Il disturbo sembra anche essere più comune nei figli di genitori biologici con dipendenza da alcol, Disturbi dell'Umore o Schizofrenia, o di genitori biologici che hanno una storia di Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività o di Disturbo della Condotta.

### **Il bambino con Deficit di Attenzione e di Iperattività**

Nell'ambito del sempre più crescente interesse per i Disturbi di Attenzione con Iperattività (DDAI), una delle nuove frontiere sembra essere quello della diagnosi e dell'intervento precoce. Data la grande variabilità del comportamento dei bambini in età prescolare è molto difficile fare una diagnosi precoce, la maggior parte delle ricerche

nell'ambito del DDAI ha coinvolto i bambini dai 7 anni in su, mentre sono rimaste scarse le conoscenze e gli strumenti per la validazione dei bambini della scuola dell'infanzia (Riello, Re, Cornoldi, 2005).

La scuola costituisce un osservatorio privilegiato del comportamento quotidiano del bambino in situazioni non sempre facili dal punto di vista emotivo, cognitivo e sociale. L'insegnante grazie alla sua esperienza e al fatto che trascorre molto tempo con il bambino può riconoscere elementi di problematicità che potranno costruire il punto di partenza per un approfondimento diagnostico e l'implementazione di adeguate procedure di aiuto. Questa scala non può essere considerata un vero strumento diagnostico ma soltanto un primo aiuto per un percorso da avviare con il bambino.

Nei soggetti con Deficit di Attenzione e Iperattività la compresenza trasversale è particolarmente elevata. Si parla di comorbilità trasversale quando nello stesso soggetto si manifestano due o più disturbi contemporaneamente; mentre si parla di comorbilità longitudinale quando i disturbi compaiono in successione. Almeno 2/3 dei bambini con DDAI presentano un disturbo psicopatologico associato e tale comorbilità può influenzare la fenomenologia, la gravità, la prognosi e il trattamento; le associazioni più frequenti sono quelle con i disturbi della condotta esternalizzate (oppositivo provocatorio e della condotte) e internalizzate (ansia, disturbo bipolare e depressione) (Masi, Millepiedi, Pizzica, 2005). In età evolutiva i disturbi che hanno maggiore compresenza con il DDAI sono i seguenti: disturbi di apprendimento; problematiche associate all'autostima; disturbo oppositivo provocatorio; disturbo della condotta; ansia; autismo ad alto funzionamento; disturbo di Tourette (Cornoldi, Molin, Marcon, 2004).

Munir e colleghi stimano una percentuale di compresenza DDAI e Disturbo della Condotta pari a 36%, e al 59% per il Disturbo Oppositivo Provocatorio. Nel Disturbo della Condotta si assiste ad una modalità di comportamento ripetitiva e persistente che viola i diritti fondamentali degli altri oppure norme e regole condivise dalla società. Il comportamento dei bambini con questo disturbo è caratterizzato da aggressività, prepotenza e distruttività, collera, ira, sfida e ipersensibilità.

Nel caso di comorbilità con il DDAI c'è un'esacerbazione dei sintomi; i bambini sono più aggressivi, più ansiosi, hanno una minore autostima e sono più a rischio di sviluppare depressione, hanno relazioni povere con il gruppo dei pari e più spesso

risultano fra i bambini rifiutati, hanno più problemi scolastici e comportamenti antisociali.

Un altro disturbo associato al DDAI è quello di Tourette che fa parte dei disturbi da tic ed è caratterizzato da movimenti e/o vocalizzazioni improvvisi, rapidi, ricorrenti, aritmici, stereotipati e involontari. Circa il 40-50% dei soggetti con disturbo di Tourette manifesta anche sintomi di iperattività e disattenzione; in molti casi i sintomi del disturbo da deficit di attenzione e iperattività precedono di alcuni anni la comparsa dei tic. I soggetti sono più aggressivi, reagiscono in maniera sproporzionata alle provocazioni, mostrano di avere scarsa autostima, un'immagine negativa di sé, sono irritabili, scarsamente tolleranti alle frustrazioni e presentano deficit di inibizione e problemi cognitivi.

Anche la depressione, considerata piuttosto rara nei bambini, è un'altra tra le sindromi associate al disturbo da deficit attentivo e iperattività. Attualmente si stima un'incidenza della depressione in età scolare di circa il 2%, più della metà potrebbe interessare il gruppo DDAI. La sintomatologia nei bambini mostra un'accentuazione dell'irritabilità e delle lamentele relative allo stato fisico, le caratteristiche principali sono umore depresso e perdita di interesse per quasi tutte le attività, per un periodo di almeno di due settimane, ma nei bambini è più facile riscontrare umore irritabile o instabile piuttosto che triste e abbattuto. I bambini con questo tipo di comorbilità presentano con più frequenza la "triade cognitiva" caratterizzata da visione negativa di sé, del mondo e del futuro.

I disturbi d'ansia sono i più frequentemente diagnosticati nei bambini in età scolare e quello ad esordio infantile è il disturbo d'ansia da separazione. Esso è caratterizzato da un'ansia eccessiva riguardante la separazione da casa o da coloro a cui il soggetto è attaccato. La percentuale nella popolazione normale è stimata attorno al 4%, tra i bambini con DDAI sale al 25%. I bambini con questo disturbo hanno difficoltà all'ora di andare a letto, presentano risvegli notturni frequenti, incubi, fobie, paura a stare da soli, riluttanza nell'andare a scuola, lamentano ripetutamente malesseri fisici ed eccessiva preoccupazione riguardo a eventi spiacevoli o imprevisti come incidenti, malattie e morti.

Le linee guida per la diagnosi e la terapia farmacologica del DDAI, pubblicata dalla Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, hanno fornito un aggiornamento delle conoscenze sul disturbo, delle possibili cause sulle diverse

manifestazioni comportamentali, nonché le raccomandazioni basate sull'evidenza, per la diagnosi, la gestione e il trattamento (Cavolina, Sanna, Ancilletta, 2005).

Alcuni autori hanno individuato nel DDAI un fattore di rischio per la messa in atto di comportamenti prevaricanti in classe. Al fine di analizzare le aree di sovrapposizione e le aree indipendenti fra ragazzi con DDAI e alunni coinvolti nel bullismo è stata condotta una ricerca su un campione di 703 soggetti. I risultati hanno confermato che il DDAI incrementa il rischio di rendersi autori di prevaricazioni a scuola, individuando nella componente impulsiva del DDAI il fattore correlato alla componente prepotente (Caravita, Fabio, 2006).

### **Le condotte aggressive**

Negli ultimi quarant'anni si è assistito a un enorme sviluppo della conoscenza e delle strategie di intervento sul disadattamento sociale dei bambini. La ricerca ha evidenziato l'importanza delle relazioni positive fra coetanei come contesto di socializzazione e sviluppo emozionale e ha contribuito a definire la vulnerabilità dei bambini rifiutati dai coetanei, infatti, molti studenti con difficoltà hanno scarse abilità sociali e non sono accettati dai pari. La presenza in classe di alunni con problemi di comportamento aggressivi e distruttivi può incidere in maniera molto negativa sia sulla didattica che sulla qualità del clima sociale. Studi sulla vita sociale di studenti normodotati mostrano che il rifiuto da parte dei pari e i deficit nelle abilità sociali sono associati a successivi problemi di adattamento.

Nel corso di tutta la loro carriera scolastica, i ragazzi costruiscono la propria identità e il proprio status attraverso le interazioni sociali e le relazioni con i pari. Già nella scuola dell'infanzia i bambini sviluppano strutture sociali di gruppi distinti e sono selettivi nell'affiliarsi ai pari. Tale selettività si mantiene nel corso degli anni via via che il ragazzo crea e modifica la sua identità, i suoi comportamenti e i suoi valori tramite le affiliazioni e i ruoli sociali. I conflitti interpersonali nella scuola sono il riflesso di dinamiche sociali naturali che emergono quando gli studenti cercano di salvaguardare o migliorare la loro posizione sociale e i confini del loro gruppo dei pari.

I bambini che da piccoli sono molto aggressivi, durante l'adolescenza e l'età adulta tendono ad essere rifiutati dai pari ed hanno una maggiore probabilità di sviluppare problemi di adattamento. I ragazzi aggressivi e distruttivi possono suscitare nel loro

ambiente risposte che mantengono il loro comportamento, attraverso queste interazioni il ragazzo con comportamento antisociale tende a affiliarsi con pari che ricambiano il suo comportamento, che sono cioè al loro volta aggressivi o fanno da complemento ad essi, vale a dire essere dei seguaci o delle vittime.

Nella struttura sociale i ragazzi aggressivi e distruttivi possono quindi rivestire una varietà di ruoli; alcuni possono essere dei bulli che esercitano un'influenza considerevole sulla struttura sociale della classe, altri possono essere seguaci che si guadagnano il favore dei compagni più di rilievo comportandosi in modo aggressivo e distruttivo, altri ancora possono fare la parte della vittima e mostrare comportamenti aggressivi e distruttivi in risposta alle provocazioni dei pari o perché sono privi delle abilità sociali necessarie per soddisfare i propri bisogni con modalità socialmente competenti.

Anche se il comportamento aggressivo e distruttivo è associato allo status di rifiuto, non tutti i ragazzi aggressivi e distruttivi però hanno una bassa posizione sociale, anzi le ricerche dimostrano che in alcune classi occupano una posizione di rilievo nella struttura sociale e vengono percepiti, sia dai pari che dagli insegnanti, come persone popolari, ciò dimostra che lo status di uno studente può dipendere in parte dalle norme e dai valori presenti nel contesto dei pari. Questi dati invitano alla prudenza nel concludere che il rifiuto dei pari sia l'unico fattore che determina lo sviluppo di psicopatologie e a dubitare dell'utilità dello status di rifiuto come indice predittore di successivi disturbi. Quando si considerano gli effetti dello status di rifiuto occorre tenere presente anche se ci sono altri fattori che contribuiscono alle difficoltà di adattamento.

Se gli effetti evolutivi di un'amicizia saranno positivi o negativi dipende sia dalla qualità della relazione che dalle caratteristiche dell'amico. Giordano e coll. Sostengono che a volte la mancanza di attaccamenti sociali abbia una funzione protettiva perché in alcune situazioni il fatto di trovarsi con un compagno aggressivo può suscitare comportamenti aggressivi anche in un ragazzo di per se non aggressivo, inoltre, nei contesti in cui il comportamento aggressivo è associato alla popolarità è possibile che i ragazzi prima diligenti, studiosi e cooperativi inizino a manifestare comportamenti problema per farsi accettare dai pari antisociali.

Gli studi condotti in questo settore hanno evidenziato l'importanza delle relazioni positive fra coetanei in quanto contesto di socializzazione e sviluppo emozionale ed hanno contribuito a definire la vulnerabilità dei bambini rifiutati dai coetanei; il rifiuto

cronico dei coetanei provoca sofferenze e danni duraturi, l'amicizia ha un'importanza fondamentale per i bambini nel periodo della scuola elementare (Bierman, 2005).

A questa età pensano e parlano continuamente delle persone che piacciono o non piacciono e si preoccupano di come vengono trattati dagli altri. Accade che alcuni non riescono ad ottenere l'accettazione dei loro coetanei e per questo crescono nella solitudine e nell'isolamento, quando poi diventano adolescenti e poi adulti molti di loro continuano a provare insicurezza e difficoltà relazionali con gli altri e soffrono di depressione e altri disturbi psichiatrici. Il perché alcuni bambini rifiutano alcuni coetanei può essere rintracciato nel loro comportamento antisociale: irritano, disturbano, non si comportano in modo amichevole. È importante sottolineare che il rifiuto è un processo di gruppo e non una caratteristica individuale. Rifiuto e vittimizzazione sono il riflesso di atteggiamenti e comportamenti che i coetanei riservano ad alcuni bambini, il contesto e le dinamiche del gruppo dei coetanei danno al processo di rifiuto un contributo importante.

È nelle scuole elementari che i bambini devono imparare ad adattarsi, conformarsi, a misurarsi con una varietà di complessi contesti di gruppo. Negli anni della scuola elementare i bambini partecipano a interazioni positive più ricche e strutturate in gruppi di coetanei e la loro capacità di comportarsi da amici si evolve, le interazioni iniziano a coprire periodi di tempo sempre più lunghi ed emergono amicizie sempre più stabili.

Dagli studi effettuati risulta che i bambini rifiutati rispetto a quelli ignorati tendono ad avere più problemi di comportamento, sofferenze psicologiche e difficoltà di adattamento, molti bambini rifiutati presentano anche un'alta frequenza di comportamento disadattivo in classe, disattenzione e isolamento ostile autoimposto. Gli studi in campo evolutivo hanno evidenziato che la condizione del bambino ignorato è meno stabile nel tempo rispetto a quella del bambino rifiutato (Farmer, 2001).

Uno studio particolarmente importante è stato condotto da Coie e Kupersmind in cui vengono illustrate le differenze tra le traiettorie evolutive dei bambini rifiutati e quelle dei bambini ignorati. Da questo studio emerge che a differenza dei bambini ignorati, i bambini rifiutati che si guadagnano rapidamente l'antipatia nei nuovi gruppi, hanno deficit di abilità sociali e problemi di controllo comportamentale che rendono loro difficile avviare o mantenere relazioni positive con i coetanei. La differenza fra i bambini rifiutati e bambini ignorati indicano che essere simpatici ai coetanei non è

semplicemente l'opposto dell'essere antipatici, e che servono abilità diverse per essere accettati e per evitare il rifiuto.

Sembra opportuno sottolineare che la principale fonte di sostegno sociale ed emozionale nei primi anni di vita del bambino è rappresentata dai genitori; si è osservato infatti che i bambini a più alto rischio per lo sviluppo di problemi implicanti aggressività, depressione sono quelli le cui madri da poco separate soffrono di depressione cronica (Forgatch, 1987). Studi successivi hanno dimostrato che quando la madre soffre di depressione cronica sono i bambini più piccoli che risentono maggiormente del rischio; spiegazione rintracciabile nel modo in cui la madre gestisce i confronti di tipo disciplinare con i figlio. Più la madre è sottoposta a tensioni più il comportamento antisociale del bimbo è influenzato dalle scadenti abitudini delle madri in fatto di disciplina. Questo sfaldamento nel comportamento materno di controllo della disciplina mette in moto un processo in cui i bambini imparano i comportamenti antisociali dalle interazioni con i membri della famiglia. Gli effetti di questo processo vengono generalizzati alla scuola e alla comunità e provocano delle reazioni piuttosto prevedibili nell'ambiente sociale. Come sostiene Patterson, i bambini antisociali vengono rifiutati dal loro gruppo di coetanei, i loro comportamenti disubbidienti e coercitivi all'interno della classe li conducono a dedicare un tempo significativamente minore alle attività scolastiche e anche a non riuscire a portare a termine i compiti assegnati per casa. Questi insuccessi portano i bambini a sperimentare frequentemente stati d'animo depressivi e bassa autostima. È possibile intervenire sia mirando a ridurre la depressione della madre e/o aumentando il livello generale di abilità di esse nell'imporre la disciplina ai propri figli.

Concludendo si può dire che il trattamento delle relazioni problematiche fra coetanei devono tener conto di tutta la gamma di fattori personali e delle dinamiche relazionali di gruppo che contribuiscono ai processi di rifiuto, gli interventi devono tener conto del ruolo del gruppo dei pari, trattando il rifiuto dei coetanei come un processo interpersonale e non come una caratteristica personale; gli interventi dovrebbero considerare le abilità utili a costruire le amicizie, dovrebbero sviluppare l'accettazione dei compagni sia a scuola che fuori.

Questi dati confermano la necessità di sviluppare interventi sociali a favore di studenti aggressivi e distruttivi che prendono in considerazione il loro particolare

contesto sociale. Per sviluppare interventi completi ed efficaci, che soddisfano i bisogni dei singoli studenti occorre considerare tre aspetti: gli *obbiettivi*; migliorare la loro accettazione da parte dei pari, aiutarli a sviluppare amicizie e promuovere il loro concetto di Sé; *l'integrazione e l'adeguamento*; modificare sia il comportamento dello studente che il contesto sociale in maniera che entrambi supportino gli effetti positivi dell'intervento e *l'organizzazione*; vale a dire proporre interventi individualizzati e a largo raggio.

### **Bulli e prepotenti in classe**

Le prime ricerche sistematiche sul fenomeno del bullismo a scuola, realizzate in diverse città italiane, hanno messo in evidenza una sua elevata e costante diffusione sul territorio nazionale con delle differenze in rapporto al contesto geografico, all'età dei soggetti e al genere sessuale (Bacchini, Fusco, Occhinegro, 1999). Il bullismo si manifesta attraverso atti di prepotenza e vessazioni da parte di alcuni alunni a spese di altri ed è un fenomeno ben noto in molte scuole.

Il tema del bullismo costituisce, attualmente, uno degli elementi che maggiormente catalizza l'attenzione degli insegnanti, psicologi e quanti si occupano di problematiche scolastiche. Si tratta di un fenomeno particolarmente preoccupante perchè in grado di compromettere in maniera significativa il funzionamento di una classe, inoltre, nelle sue manifestazioni più gravi, costituisce un ponte tra i comportamenti problematici ed alcuni comportamenti devianti esterni ad essa.

Con il termine bullismo si vuole indicare l'esposizione ripetuta e continuativa nel tempo di uno studente ad azioni offensive messe in atto da parte di uno o più compagni; per parlare di bullismo è necessario che ci sia un'asimmetria nella relazione, occorre cioè che lo studente esposto alle azioni offensive sia in grave difficoltà nel difendersi e si trovi in una situazione di impotenza nei confronti di chi lo molesta (Fedeli, 2005).

Un elemento interessante del bullismo è costituita dalla sua progressiva riduzione all'aumentare con l'età, con il passaggio dalla scuola elementare alla media e poi alle superiori ma, se diminuiscono gli atti di bullismo, questi aumentano nella loro gravità.

Una possibile spiegazione alla riduzione del fenomeno può essere imputata all'esclusione dei soggetti più aggressivi dal circuito scolastico, è anche possibile che con l'età le vittime sviluppino maggior abilità assertive e di autodifesa che le rendono meno esposte alle

prepotenze dei compagni, inoltre, crescendo il ragazzo sviluppa delle reti di amicizia più articolate. È possibile ipotizzare anche una riduzione apparente del fenomeno, legata al fatto che i ragazzi più grandi sono meno propensi a denunciare gli atti di bullismo subiti, inoltre un ragazzo adolescente può nascondere più facilmente ai genitori i segni dell'aggressione subita rispetto ad un bambino dell'elementari (Fedeli, 2004-2005).

Per quanto riguarda le caratteristiche della vittima in genere si tratta di ragazzi più ansiosi e insicuri della media, sono spesso sensibili e calmi, se vengono attaccati da altri studenti in genere reagiscono piangendo e chiudendosi in se stessi. Le vittime soffrono di una scarsa autostima ed hanno un'opinione negativa di sé, si considerano fallite, stupide e poco attraenti, vivono a scuola una condizione di solitudine e non hanno un buon amico in classe (Olweus,1996). Esiste anche un tipo di vittima provocatrice caratterizzata da due modelli reattivi; quello ansioso proprio della vittima e quello aggressivo proprio del bullo, pertanto anche se subisce prepotenze dai compagni mostra uno stile di interazione istigatorio e reagisce con aggressività; questo tipo di alunni sono irritabili, caratterizzati da difficoltà di autocontrollo e da atteggiamenti provocatori e iper-reattivi verso gli attacchi da parte dei pari (Molin, Zambianchi, 2005).

Sono stati condotti degli studi in riferimento sulla predisposizione genetica in riferimento a quei casi di bullismo in cui il disturbo si manifesta precocemente ed è costante nel tempo, è pervasivo rispetto a diversi contesti, e nel caso in cui sono presenti altri disturbi in comorbilità, come i disturbi da dipendenza, il DDAI, i disturbi dell'umore ecc, e quando vi è una storia familiare di comportamenti aggressivi o chiaramente devianti (Fedeli, 2005). I dati finora raccolti consentono di affermare che esiste una interazione fra la predisposizione genetica a manifestare difficoltà di autoregolazione comportamentale da un lato e , alcuni fattori ambientali negativi in grado di favorire il comportamento aggressivo, dall'altro lato.

Esistono inoltre numerosi fattori ambientali che possono favorire l'insorgenza o il mantenimento dei disturbi della condotta, in particolare si ritiene che questi fattori agiscano come elementi scatenati del disturbo in soggetti che presentano qualche forma di predisposizione organica e/o genetica. I fattori di rischi ambientali e familiari possono essere raggruppati in tre grandi categorie: (a) condizioni di svantaggio socio-economico ad esempio bassi livelli di reddito, quartieri con un tasso di criminalità elevato ecc.; (b) clima familiare caratterizzato da conflittualità coniugale, assenza di supporto quando la famiglia è in difficoltà, presenza di problematiche psicopatologiche in uno dei genitori

ecc.(c)interazioni bambino-adulto, presenza di eccessivo autoritarismo, incoerenza educativa, insensibilità emotiva nei confronti del bambino ecc.

Questi fattori presentano delle correlazioni altamente significative con il Disturbo della condotta e, in maniera meno importante, con il Disturbo Oppositivo-Provocatorio. Spesso è stata riscontrata una forte associazione tra i disturbi della condotta e le cosiddette funzioni esecutive. Con questo termine si intende una serie di abilità particolarmente complesse tra cui mantenere l'attenzione sul compito, formulare gli obiettivi comportamentali, pianificare il proprio comportamento e anticipare le possibili conseguenze delle proprie azioni, inibire comportamenti impulsivi e non funzionali all'obiettivo, modificare il proprio comportamento quando non permette di raggiungere gli obiettivi desiderati.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Bacchini Dario, Fusco Clotilde, Occhinegro luca (1999), Fenomenologia del bullismo a scuola: i racconti dei ragazzi. *Età Evolutiva*, pp. 14-17
- Bierman Karen, (2005), Il bambino rifiutato dai compagni: valutazione e intervento. *Difficoltà di Apprendimento*, vol. 7, n.1, pp.23-53. Erickson
- Caravita S., Fabio R.A. (2006), Il DDAI come fattore di rischio dei comportamenti prevaricanti in classe: uno studio pilota. *Difficoltà di Apprendimento*, vol.11, n.3, pp. 329-346. Erickson
- Cavolina P., Sanna G., Ancilletta B., e All. (2005), Linee guida per la diagnosi e la terapia farmacologia del DDAI: sintesi, commenti e implicazioni nella vita quotidiana. *Disturbi di Attenzione e Iperattività*, vol. 1, n.1, pp. 55-88. Erickson
- Cornoldi C., Molin A., Marcon V. (2004), *Il questionario COM: uno strumento di identificazione di problematiche associate al DDAI*. *Difficoltà di Apprendimento*, vol. 9, n.3, pp. 391-412. Erickson
- Farmer Thomas W., (2001), Rifiuto dei pari e comportamento problema: comprendere l'aggressività negli studenti con difficoltà. *Difficoltà di Apprendimento*, vol.7, n.1, pp.23-53
- Fedeli Daniele, (2004-2005), Il bullismo... ma non solo. Parte seconda: caratteristiche e dimensioni del bullismo. *Psicologia e Scuola*, n.122, pp. 42-55
- Fedeli Daniele, (2005), Il bullismo...ma non solo. Parte terza: i modelli causali del bullismo. Verso un eziologia multidimensionale. *Psicologia e Scuola*, n.123, pp.45-53
- Fedeli Daniele, (2005), Il bullismo... ma non solo. Parte quarta: fattori di rischio e modelli psicoambientali. *Psicologia e Scuola*, n.124, pp. 44-55
- Forgatch Marion S., (1987), Bambini aggressivi e stress familiare. *HD*, n.18/19, pp. 57-64
- Masi G., Millepiedi S., Pizzica S., et Al. (2005), Comorbilità e diagnosi differenziale del disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività: implicazioni cliniche e terapeutiche. *Disturbi di Attenzione e Iperattività*, vol.1, n.1, pp.89-106. Erickson
- Molin A., Zambianchi E., (2005), Il questionario con l'analisi del bullismo a scuola. *Difficoltà di Apprendimento*, vol.10, n.3, pp. 329-348
- Olweus D., (1996), Il bullismo, gli insegnanti, la scuola. Che cosa sappiamo e che cosa possiamo fare. *Psicologia e Scuola*, n.77, pp.15-18
- Riello M., Cornoldi C., (2005), Costruzione di uno strumento rivolto alla famiglia per l'identificazione precoce del DDAI. *Disturbi di Attenzione e Iperattività*, vol.1, n.1, pp. 9-26. Erickson