

IL COPING POWER PROGRAM COME POSSIBILE INTERVENTO DI MODIFICAZIONE DEGLI SCOPI E DEI VALORI SOGGETTIVI NEI DISTURBI DA COMPORTAMENTO DIROMPENDE (DCD)

Pietro Muratori¹, Laura Ruglioni¹, Lisa Polidori¹, Francesca Lenzi¹, Azzurra Manfredi¹,
Annarita Milone¹, Carlo Buonanno², Rosario Capo², Lorenza Isola², Francesco Mancini²

¹ IRCCS Fondazione Stella Maris, Pisa.

² Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), Roma

Riassunto

Negli ultimi anni molti studi hanno valutato l'efficacia di *trattamenti psicoterapeutici di gruppo* per i disturbi del comportamento in età evolutiva che prevedono sessioni per gruppi di bambini in piccolo numero e che hanno come obiettivo quello di ridurre i comportamenti aggressivi dei bambini. Nella prima parte di questo articolo verranno discussi gli obiettivi generali dell'intervento di gruppo per i bambini sperimentato nel Servizio "Al di là delle nuvole" per il trattamento dei disturbi da comportamento dirompente in età evolutiva. In particolare verrà discusso un modello di intervento strutturato per i bambini della fascia di età compresa tra 7 e 12 anni, ispirato al modello del Coping Power Program di J. Lochman e collaboratori (Università dell'Alabama), che si basa sugli interventi cognitivo-comportamentali già esistenti e sul modello socio-cognitivo di Dodge (Dodge e Crik 1994), che ha come obiettivi principali, l'aumento di competenze quali riconoscere e modulare i segnali fisiologici della rabbia, riconoscere il punto di vista altrui e risolvere adeguatamente le situazioni conflittuali. Nella seconda parte verrà ipotizzato come dopo l'intervento psicoterapeutico di gruppo, si modifichi nei soggetti l'insieme di scopi e assunzioni, da cui deriverebbe principalmente scarso rispetto dei diritti degli altri e delle autorità (Mancini et al 2009, Capo et al. 2010).

Parole chiave: Disturbi da Comportamento Dirompente (DCD), trattamento psicoterapeutico di gruppo, scopi e assunzioni.

THE COPING POWER PROGRAM AS POSSIBLE MODIFIER OF ASSUMPTIONS AND GOALS IN
DISRUPTIVE BEHAVIOUR DISORDER (DBD)

Abstract

In the last years many studies evaluated the efficacy of group treatment for children with Disruptive Behaviour Disorder (DBD) that foresee sessions for children in small groups and that have the objective of reduce aggressive behaviour in children. In the first part of this article will be discussed general objectives of group intervention for children denominated "Al di là delle nuvole-beyond the clouds", service for diagnosis and treatment on DBD in child and adolescence. Particularly will be discuss a structured intervention model for children of inclusive age among 7 and 12 years old, inspired at model of Coping Power Program, developed by J. Lochman (Alabama University), that it founds on behavioural-cognitive

interventions existed and on social-cognitive model by Dodge (Dodge and Crick 1994). This treatment has like principal objectives that to increase some abilities of recognize and modulate physiological signals of anger, to recognize other's point of view and resolve conflict situation. In the second part will be done the hypothesis that after group intervention, can change in subjects, the whole of assumptions and goals, from which would mainly derive scarce respect of the rights of the others and the authorities (Mancini et al 2009; Capo et al. 2010).

Key words: Disruptive Behaviour Disorder (DBD), group psychotherapy treatment, goals and assumptions.

Introduzione

I disturbi da comportamento dirompente (DCD) si associano ad un significativo peggioramento del funzionamento del bambino o dell'adolescente sia in ambito scolastico (scarso rendimento, deficit attentivo, fallimento scolastico, espulsione), familiare (conflittualità verbale, aggressività fisica, fughe) e sociale (emarginazione, abbandono scolastico, ingresso in gruppi dis-sociali). (APA, 2004).

I DCD sono abitualmente distinti in Disturbo della Condotta (DC), Disturbo Oppositivo-Provocatorio (DOP) e Disturbo di Attenzione ed Iperattività (DDAI) (American Psychiatric Association 2004).

La diagnosi di DC è basata sulla presenza di 4 aree sintomatologiche: 1) aggressività nei confronti di persone e/o animali; 2) distruzione di proprietà; 3) comportamenti di inganno e furto; 4) grave violazione di regole sociali. Nel DSM-IV vengono distinte 2 tipologie di DC in base all'età di insorgenza: il tipo ad esordio nella fanciullezza in cui almeno uno dei criteri caratteristici della patologia deve essere comparso prima dei 10 anni di età ed il tipo ad esordio nell'adolescenza in cui tutti i criteri caratteristici della patologia devono essere assenti prima dei 10 anni. Il primo sottotipo è presente prevalentemente in soggetti maschi, che hanno frequenti condotte eteroaggressive verbali e/o fisiche, hanno importanti difficoltà relazionali con i dei pari, possono aver avuto un DOP o un DDAI nella prima fanciullezza e hanno sintomi che soddisfano pienamente i criteri per il DC prima della pubertà. L'esordio precoce del DC tende ad essere predittivo di una prognosi peggiore e di un aumentato rischio di sviluppare in età giovanile e adulta un Disturbo Antisociale di Personalità ed Uso di sostanze (Caspi 1990). I pazienti del secondo tipo hanno meno probabilità di manifestare comportamenti aggressivi e tendono ad avere relazioni con i compagni più adeguate. La probabilità di avere un DC persistente o di sviluppare un disturbo antisociale di personalità è minore e non vi è una così netta prevalenza del sesso maschile come nel primo tipo (Aguilar 2000).

Il DOP è un disturbo caratterizzato da un comportamento sistematicamente provocatorio, negativista ed ostile. Per poter essere diagnosticato, la sintomatologia deve persistere per almeno 6 mesi e creare un disfunzionamento sociale. Il DOP diviene di solito evidente prima degli 8 anni di età e non è diagnosticabile dopo l'adolescenza; i sintomi di opposizione spesso emergono inizialmente nell'ambiente familiare ma col tempo tendono ad estendersi ad altri contesti; l'esordio è tipicamente graduale e può precedere la comparsa di un DC (Loeber 2000).

La distinzione tra DOP e DC è essenzialmente basata sulla presenza nel DC di una componente francamente dissociale che è assente nel DOP.

Non sempre facile in età scolare è la distinzione tra Disturbo della condotta (DC) e Disturbo Oppositivo-Provocatorio (DOP) (American Academy Child and Adolescence Psychiatry 1997) in quanto queste due distinte modalità espressive sintomatologiche, spesso costituiscono un

continuum evolutivo e condividono fattori di rischio individuali e familiari; in particolare il DOP è considerato un precursore e un fattore predisponente all'insorgenza del DC (Biederman e Faraone 1996) e le due patologie hanno in comune molti fattori di rischio (Kroll 2006).

La dimensione impulsività rappresenta, comunque, un elemento clinico cruciale comune sia ai DC che ai DOP (Vitiello e Stoff 1999): in particolare numerose ricerche segnalano come clinicamente significativa la distinzione tra aggressività impulsiva e non impulsiva (Vitiello e Stoff 1997). L'aggressività impulsiva è associata ad uno stato affettivo instabile o rabbioso, è esplosiva e spesso reattiva ad uno stimolo che viene interpretato in termini ostili. Questo tipo di aggressività non è intenzionale o programmata in senso stretto anche se è indirizzata quantomeno alla salvaguardia di una condizione desiderabile per il soggetto. Al contrario, l'aggressività non impulsiva è pianificata, predatoria e finalizzata all'ottenimento di un vantaggio, è spesso mascherata e furtiva, ed è maggiormente correlata ad un comportamento antisociale stabile, quale il mentire, il rubare, il raggirare (Vitiello e Stoff 1997).

Complessa è anche la correlazione tra *pattern* d'attaccamento e disturbi del comportamento, infatti, se in età prescolare il *pattern* d'attaccamento disorganizzato risulta chiaramente correlato con elevati livelli di ostilità e di aggressività (Lyons-Ruth et al. 1989; Shaw et al. 1994; Shaw et al. 1996; Shaw et al. 2000), una recente ricerca (Kochanska et al. 2009) ha mostrato che, in età scolare, i bambini con attaccamento sicuro e quelli con attaccamento insicuro non mostravano differenze relativamente ai comportamenti oppositivi ed aggressivi. Tale studio suggerisce che l'attaccamento sicuro, di per sé, non garantisce l'assenza di disturbi del comportamento, mentre l'attaccamento disorganizzato, non quello insicuro, ha un ruolo importante nel dare inizio al ciclo coercitivo in cui l'assertività genitoriale scatena l'oppositività dei bambini.

Anche i quadri familiari correlati ai Disturbi da Comportamento Dirompente (DCD) sono eterogenei: disciplina inefficace, mancanza di coinvolgimento, madri con sintomi depressivi e padri con tratti di personalità antisociale (Pfinner 2005). Alcuni studi correlano inoltre lo stress genitoriale e le attribuzioni ostili delle madri con il comportamento aggressivo del figlio (Nelson 2008).

La gestione delle pratiche educative da parte dei genitori di bambini con DCD è caratterizzata, come già evidenziato da Patterson (Patterson 1986), da interazioni coercitive; ovvero un tipo di processo interpersonale basato sul rinforzo negativo. Queste caratteristiche dell'interazione genitore-bambino sono state delineate come fattori di rischio, ad esempio è largamente sostenuto che un atteggiamento educativo punitivo e rigido, che spesso assume le caratteristiche di abuso fisico, risulta strettamente correlato all'insorgenza dei DCD con marcata componente aggressiva (Vitiello e Stoff 1997), mentre un atteggiamento inconsistente, incoerente e trascurante si correla maggiormente ai DCD a prevalente componente delinquenziale (Loeber et al. 2000). Questi due tipi di interazioni genitore-figlio che, come abbiamo detto si sviluppano dalle prime relazioni tra i genitori e i figli, diventando con il passare del tempo e l'aumento delle capacità cognitive del bimbo, sempre più coercitive e intense, fino ad arrivare alla forma estrema di *pattern* di relazione coercitiva come l'abuso fisico correlato in numerose ricerche longitudinali al disturbo della condotta (Crick e Dodge 1994).

In entrambi, DOP e DC, può essere presente la comorbilità con problemi internalizzanti (Boylan 2007) e ADHD (Connor 2008). È talmente frequente la comorbilità che alcuni studi vedono nella manifestazione comportamentale tipica del DOP un esito comune a diverse dimensioni di personalità: testarda, irritabile e provocatoria. La dimensione irritabile maggiormente legata a sviluppo di problemi internalizzanti, mentre quella testarda maggiormente legata a sviluppo di problemi esternalizzanti (Goodman 2009). Mentre per il DC le dimensioni della prosocialità, della difficoltà a modulare tristezza e rabbia, della spregiudicatezza sembrano essere

quelle meglio correlate con la sintomatologia, anche se con differenti basi neurobiologiche o socio ambientali fra le dimensioni (Waldman 2011).

Quindi il DOP ed il DC, come sostenuto anche dal futuro passaggio al DSM V, possono essere gli esiti sintomatologici di diverse problematiche temperamentali ed ambientali. Fra le caratteristiche a base neurobiologica la presenza di tratti callosi-anemozionali (scarsa percezione di colpa, scarsa sensibilità alle emozioni degli altri, scarso interesse per la scuola, difficoltà a condividere emozioni) è sicuramente quella che è maggiormente collegata a peculiari esiti psicopatologici e risposte a trattamento (Salekin 2010) non solo nei maschi ma può essere un utile criterio anche per l'individuazione di prodromi di DC nelle femmine (Keenan 2010). La presenza, l'esito evolutivo di tali tratti, è comunque legato anche a specifiche caratteristiche socio-economiche (Lynam 2008).

Efficacia dei modelli di trattamento

Vi sono numerosi interventi con dimostrata efficacia (Kazdin e Whitley 2003; Eyberg et al. 2008) che basano il percorso terapeutico su una presa in carico di tipo ambulatoriale. Tali percorsi terapeutici prevedono interventi che mirano ad aumentare le competenze di risoluzione di situazioni potenzialmente conflittuali attraverso sedute con il minore oppure con i suoi genitori in setting paralleli ma separati. Con questi ultimi l'obiettivo principale è quello di aiutarli ad adottare metodologie educative e atteggiamenti relazionali maggiormente prevedibili, strutturati e "caldi".

In un recente lavoro Garland et al. (2008) hanno identificato gli elementi in comune ai trattamenti *evidence-based* per minori dai 4 ai 13 anni con disturbi del comportamento e le loro famiglie. Tali elementi si riferiscono al contenuto del trattamento o ad aspetti tecnici specifici e alcuni intervengono direttamente sull'assetto cognitivo ed emotivo del bambino, mentre altri intervengono indirettamente sul minore attraverso il cambiamento degli approcci relazionali ed educativi del genitore.

Per bambini in età scolare (8-12 anni) i trattamenti descritti in letteratura prevedono in generale sessioni parallele per i genitori e per i loro figli e hanno come obiettivo quello di ridurre i comportamenti aggressivi dei bambini anche attraverso un aumento delle competenze socio-relazionali dei genitori (Kazdin 2003; Eyberg 2008; Lochman 2003). Riguardo agli interventi per i genitori i programmi di *parent training* hanno ottenuto numerose prove di efficacia nel ridurre il rischio della comparsa di nuovi comportamenti antisociali (Woolfenden e Peat 2002) anche in caso di comorbidità con disturbo dell'attenzione e dell'iperattività (Hartman e Stage 2003). Gli incontri si basano sull'applicazione a situazioni di conflitto di tecniche educative ritenute efficaci e spiegate precedentemente all'interno del gruppo come uso dei premi, *token economy*, dialogo basato sulla spiegazione delle conseguenze logiche, time-out, dare istruzioni chiare e gratificare i comportamenti positivi. Questi esercizi in una prima fase vengono svolti proponendo situazioni standard per poi proseguire discutendo episodi verificatisi nella quotidianità. Alcuni dei modelli di trattamento sviluppati a partire dal *Parent Training* (Lochman 2003; Webster Stratton 1992) hanno come obiettivo parallelo quello di riconoscere i punti di forza e la qualità del bambino, spesso offuscate agli occhi dei genitori dai comportamenti problematici, di incrementare il tempo che i genitori passano con i figli nel fare attività piacevoli e condivise ed infine quello di migliorare la comunicazione fra i membri della famiglia rendendola esplicita ed efficace. Tutti i percorsi terapeutici per genitori risultati efficaci sono comunque legati all'adozione di un approccio orientato al problema e alla ricerca, fin dall'inizio degli

incontri, di dare agli stessi genitori il ruolo di sperimentatori attivi delle tecniche e dei suggerimenti affrontati nelle sedute.

Un altro contesto sempre più spesso coinvolto nel percorso di trattamento per promuovere la generalizzazione delle abilità acquisite dai bambini è rappresentato dalla scuola. Molto spesso interventi rivolti unicamente ai bambini o ai genitori falliscono nel tentativo di generalizzare i miglioramenti ottenuti a contesti diversi da quello familiare, in particolare all'ambiente scolastico, dove fra l'altro i problemi di comportamento si manifestano in maniera importante e dove esperienze negative, sia per quanto riguarda i risultati accademici che le relazioni sociali, possono contribuire al mantenimento e all'aggravamento dei disturbi della condotta (Henggeller 2003; Lochman 2003).

Un aspetto non del tutto chiaro in letteratura è se, e in presenza di quali caratteristiche, in età evolutiva un minore possa beneficiare maggiormente di un trattamento di gruppo o individuale. Van Manen (Van Manen 2004) ha dimostrato come un percorso di gruppo sia più efficace nel diminuire la presenza di comportamenti aggressivi rispetto ad un trattamento individuale. Certamente le attività possibili in gruppo come quelle che prevedono la provocazione, attraverso attività strutturate, di stati di attivazione della rabbia, rendono possibile da parte del terapeuta un intervento in vivo per insegnare ai pazienti tecniche e strategie per modulare questa emozione che è spesso alla base dei loro problemi comportamentali (Lochman 2003; Lambruschi 2004). D'altra parte tali attivazioni emotive, per quanto inserite all'interno di attività organizzate, possono risultare incontrollabili e mettere il bambino in una situazione di ulteriore frustrazione per l'incapacità provata a controllarsi anche in questo nuovo contesto di gruppo. Inoltre bisogna tenere presente, nel momento in cui si sceglie di strutturare un percorso di gruppo, il rischio possibile che si verifichi un apprendimento, fra i membri del gruppo, anche di strategie e comportamenti disadattativi (Dishion 2003).

Infine, un aspetto ancora poco indagato in letteratura ma che molte ricerche cominciano a sottolineare, è l'importanza di stabilire con il bambino e i suoi genitori un'alleanza terapeutica basata su un legame affettivo e caratterizzata dalla condivisione di obiettivi terapeutici (Garland et al. 2008; Lambruschi 2004; Capo 2007). Kazdin et al. (2006) hanno evidenziato come l'alleanza terapeutica sia con il bambino che con i suoi genitori sia altamente correlata non solo ai cambiamenti terapeutici nel bambino ma anche all'incremento delle capacità genitoriali e alla percezione dei miglioramenti nella situazione problematica da parte del genitore.

Il Servizio Al di là delle nuvole e il Coping Power Program

A Settembre 2005 è stato attivato presso l'IRCCS "Fondazione Stella Maris" il servizio ambulatoriale "Al di là delle nuvole", che ha come obiettivo la sperimentazione di un modello multi-sistemico e multi-modale per il trattamento di minori con Disturbi del comportamento di età compresa tra 8 e 16 anni (Polidori et al. 2010). Tale modello prevede colloqui di psicoterapia individuale per il minore e colloqui di counseling per i suoi genitori. Inoltre i bambini e gli adolescenti sono inseriti in gruppi di massimo sei coetanei in cui svolgono attività psicoeducative in piccolo gruppo. Viene richiesta la frequenza settimanale per almeno dodici mesi di trattamento. La fine del ciclo di trattamento e le modalità di trattamento successive vengono concordate con gli operatori sociali e clinici territoriali e con gli insegnanti, con i quali sono previsti incontri stabili durante il ciclo di trattamento. Il lavoro in rete con le equipe territoriali e scolastiche prevede per ogni minore due incontri a semestre.

Dall'Aprile 2008, il servizio, in base ad una serie di osservazioni, primo fra tutti l'abbassar-

si dell'età di richiesta dell'intervento, ha iniziato a sperimentare un modello di psicoterapia di gruppo. Per queste ragioni è iniziata la sperimentazione di un intervento terapeutico che si ispira al modello del Coping Power Program di J. Lochman e prevede circa 15 mesi di incontri strutturati, con frequenza monosettimanale, della durata di un ora e mezzo per i bambini della scuola primaria e per i bambini dei primi anni della scuola secondaria di primo grado.

Il Coping Power Program, nella componente per i bambini, prevede l'utilizzo di tecniche cognitive comportamentali ed attività volte al potenziamento di diverse abilità quali intraprendere obiettivi a breve e a lungo termine, organizzare efficacemente lo studio, riconoscere e modulare i segnali fisiologici della rabbia, riconoscere il punto di vista altrui (*perspective taking*), risolvere adeguatamente le situazioni conflittuali, resistere alle pressioni dei pari ed entrare in contatto con gruppi sociali positivi. Il role-playing e l'interazione con i pari sono i principali strumenti utilizzati dal programma allo scopo di incrementare la generalizzazione delle competenze acquisite al di fuori del setting terapeutico. La scelta del lavoro in gruppo permette ai bambini di fare esperienza "in vivo" di apprendimento di abilità interpersonali e competenze sociali, inoltre il rinforzo sociale del gruppo dei pari è in larga misura più efficace di quello dell'adulto in situazione diadica (Lochman 1993; Van Manen 2004).

L'intervento si articola in 34 sessioni ciascuna con un tema e degli obiettivi specifici della durata di circa un'ora. Inoltre, di sessione in sessione, il bambino deve raggiungere degli obiettivi minimi a scuola o nel contesto familiare, che di settimana in settimana vengono verificati dal trainer del gruppo attraverso la verifica del "Foglio dei traguardi", un semplice contratto comportamentale la cui novità è che è il bambino stesso, nel contesto di gruppo, a proporre il tema sul quale vuole impegnarsi. Questo traguardo a lungo termine, con l'aiuto del trainer, viene operazionalizzato in uno o più obiettivi comportamentali che vengono definiti settimana per settimana. Il raggiungimento di queste piccole mete permetterà al bambino di accedere ad un sistema a premi presentato all'inizio del percorso.

Lo schema generale di ciascuna sessione prevede quindi:

- 1) Verifica degli obiettivi conseguiti a scuola o a casa
- 2) Introduzione al tema specifico che verrà affrontato durante l'incontro
- 3) Attività specifiche, di volta in volta diverse, riguardanti il tema affrontato
- 4) Assegnazione dei punti in base agli obiettivi raggiunti e all'impegno profuso nell'attività di gruppo
- 5) Acquisizione dei premi
- 6) Momento di gioco libero

Uno degli aspetti caratteristici e unici di questo tipo di intervento è l'inclusione di attività che prevedono l'induzione di un certo grado di attivazione affettiva; il bambino quindi può apprendere tecniche di controllo della rabbia proprio mentre è emotivamente attivato. Come, infatti, è stato sottolineato precedentemente, le difficoltà di problem solving dei bambini aggressivi tendono ad essere più marcate proprio quando i bambini si trovano in uno stato di attivazione emotiva. Per questo motivo vengono proposti degli esercizi di role playing in risposta ad una provocazione che offrono al bambino la possibilità di modulare la rabbia proprio mentre sono affettivamente coinvolti, questo dovrebbe incrementare la generalizzazione degli effetti del trattamento. Tra gli esercizi più interessanti in questo senso il Coping Power Program prevede un'attività in cui un bambino del gruppo viene deriso dal resto del gruppo: mentre i bambini lo prendono in giro il bambino può muoversi su un tappeto su cui è disegnato un grande "termometro della rabbia" allo scopo di graduare il livello di emozione esperita. Inoltre, con l'aiuto del terapeuta, cerca di mettere in pratica opportune strategie e autoistruzioni che lo aiutino a fron-

teggere la rabbia in maniera adattativa. Un'altra interessante attività focalizzata sul problem solving in situazioni sociali comporta un'attività di *role playing* di situazioni conflittuali, anche mediati dall'esperienza di vita dei bambini stessi, in cui si aiuta il bambino ad identificare e a sperimentare le diverse soluzioni alla situazione. Questa attività può essere eventualmente videoripresa in modo da valutare insieme al gruppo le alternative emerse nel corso del *role playing* ed eventualmente suggerirne di nuove. Successivamente viene proposto ai bambini di valutare le conseguenze positive e negative alla situazione presentata. I bambini sono, inoltre, inviati a riconoscere come la stessa situazione può essere interpretata in modi diversi chiedendo ai bambini di identificare le diverse ragioni del comportamento di una persona. L'obiettivo ultimo di questi esercizi, non è tanto quello del "cosa" fare in diverse situazioni, piuttosto quello di promuovere la loro capacità di autoriflessione, di "come" pensare in situazioni difficili.

Gli altri due importanti obiettivi terapeutici che si pone il modello di trattamento sopra descritto sono quello di permettere al minore di capire e accettare il punto di vista dell'altro e secondo quello di insegnargli la modalità adeguata per entrare a far parte del gruppo dei pari. Il primo obiettivo è conseguito attraverso attività di "*perspective taking*" in cui il minore deve calarsi nel punto di vista di altri svolgendo attività di *role play* in cui deve cimentarsi nell'esprimere i punti di vista dei vari personaggi coinvolti nella scena interpretata e trovare le motivazioni del loro comportamento, in termini di pensieri ed emozioni. Altri esercizi mirati a questo obiettivo consentono al minore di vedere un problema da più angolazioni e prospettive in basi agli attori coinvolti nel problema.

Il secondo obiettivo consente al bambino di trovare strategie nuove, ritenute più efficaci di quelle abituali per farsi accettare dai coetanei, attraverso la promozione, in ultima analisi, di abilità relazionali in cui è promosso uno stile comunicativo assertivo al posto di quello aggressivo

In generale tutte queste attività terapeutiche possono assumere un valore straordinario nel promuovere le capacità di mentalizzazione dei bambini con problemi di comportamento, perché offrono loro la possibilità di esplorare, in forma di gioco, il rapporto tra i loro pensieri, i loro sentimenti ed i loro comportamenti, di capire quali cose possono dire a se stessi per modulare la propria esperienza emotiva, che costituisce il primo grande obiettivo terapeutico del Coping Power Program.

Variabili causali del DC e del DOP e Coping Power Program

Diverse ricerche (Lochmann e Wells 2003; Lochmann et al. 2007; Van de Wiel et al. 2007) hanno messo in luce l'efficacia del CPP nella riduzione di condotte aggressive, impulsive ed oppositive.

Ma perché funziona il Coping Power Program? Quali variabili vengono manipolate attraverso le attività previste nel protocollo di trattamento? Per quali ragioni alcuni soggetti non rispondono come gli altri alle sollecitazioni cliniche proposte loro? Sarebbe, dunque, possibile incrementare ulteriormente l'efficacia del CPP?

Nelle pagine precedenti si è evidenziata la specifica azione del CPP rispetto a: (1) incremento delle abilità di auto-controllo emozionale (comprensione e gestione delle fluttuazioni emotive) e di interazione sociale assertiva (piuttosto che aggressiva); (2) miglioramento della competenza di *role-taking* e *mindreading* (riduzione della frequenza e della certezza attribuita ad attribuzioni ostili rispetto alle intenzioni altrui); (3) ottimizzazione delle abilità di problem-solving interpersonale; (4) resistenza alla pressione dei pari e coinvolgimento in gruppi non devianti.

Di particolare rilevanza risulterebbe comprendere in che misura ed, eventualmente, in che modo il CPP altera ulteriori variabili di particolare rilievo clinico rispetto alla determinazione e al mantenimento dei comportamenti oppositivi, provocatori ed antisociali: le gerarchie di valori e di scopi sociali (Lochman et al. 1993).

Lo stesso Lochman (*ibidem*), infatti, evidenzia il peso specifico di tali fattori all'interno del DC e del DOP. Eppure, il CPP non fa esplicito riferimento all'intervento sui valori e sugli scopi sociali, seppur sia ipotizzabile che diverse attività previste nel programma possano incidere su tali variabili psicologiche, ed in particolare: (1) la costruzione di amicizie, (2) insegnare a sopportare provocazioni e umiliazioni benigne, (3) la promozione di condotte socialmente adeguate. Con tutta probabilità, essendo il CPP un intervento precoce (prevenzione secondaria), si indirizza prevalentemente sulle variabili maggiormente implicate nella generalizzazione e nella stabilizzazione di attitudini antisociali ed aggressive, con l'obiettivo di frenare tale esito, piuttosto che su tratti maggiormente stabili e generalizzate come i valori e gli scopi sociali (elementi già "cristallizzati"). E' ragionevole pensare che, in virtù di particolari e dolorose esperienze di apprendimento, alcuni soggetti sviluppino però molto precocemente attitudini sociali dominanti, non cooperative e socialmente insensibili (Mancini et al. 2009) e, dunque, potrebbero necessitare anche di interventi più direttamente indirizzati alla modificazione delle gerarchie di valori e scopi.

Risulterebbe, inoltre, di particolare rilevanza approfondire maggiormente il peso generale dei valori nella determinazione e nel mantenimento del DOP e del DC rispetto alle altre variabili citate, target esplicito del CPP, anche al fine di comprendere meglio il perché di alcune insufficienti risposte al trattamento per incrementare, eventualmente, le attività direttamente indirizzate alla modifica del coefficiente di valore soggettivo attribuito a certi scopi e valori sociali (condizioni di sé e del mondo desiderate e/o reputate necessarie) quali, in particolare, la dominanza e il rango a discapito dell'appartenenza, della cooperazione e dell'amicalità.

Rilevanza dei valori sociali rispetto alle condotte oppostive ed antisociali

I soggetti che attuano sistematicamente comportamenti antisociali si ritiene generalmente presentino scarsi sensi di colpa (American Psychiatric Association 2004). A questa carenza è abitualmente ricondotta larga parte della fenomenologia del disturbo come la violazione di regole sociali ed etiche, i raggiri e le manipolazioni, l'opposizione alle regole comuni, lo scarso rispetto della proprietà altrui e l'aggressività fisica e/o verbale.

Da questa considerazione conseguono almeno due domande:

a) La scarsità di freni morali che si osserva nei soggetti aggressivi ed oppositivi dipende da una scarsa sensibilità al senso di colpa altruistico o da una scarsa sensibilità al senso di colpa deontologico? Gli antisociali sono poco attenti alla sofferenza dell'altro o sono poco attenti al rispetto dei diritti altrui?

b) La seconda domanda riguarda invece la ragione della scarsa sensibilità: essa dipende da un deficit di funzioni di base, come l'empatia, o da una particolare insieme di assunzioni e scopi (valori)?

In letteratura si rintracciano due tesi attualmente dominanti rispetto allo scarso senso di colpa manifestato dai soggetti oppositivi, che violano le regole o che compiono espliciti atti etero-lesivi: (1) quella relativa alla presenza di ipotetici deficit di empatia che caratterizzerebbero i soggetti antisociali (Blair, 1995) e (2) quella che ipotizza l'esistenza di deficit di *fearfulness* (scarsa propensione a provare paura) (Hare 1970; Kochanska 1997; Patrick 1994)

La prima posizione sostiene la presenza di una significativa correlazione positiva tra empatia e rimorso. Secondo la prospettiva della scarsa *fearfulness*, invece, il senso di colpa carente degli antisociali sarebbe il prodotto di una scarsa sensibilità e considerazione nei confronti delle possibili conseguenze punitive (effetti aversivi, costi) dell'azione lesiva (es.: minacce, danni, dolore fisico, paura ecc.).

Noi riteniamo piuttosto che sia opportuno abbracciare una tesi diversa che fa riferimento non a presunti deficit e disfunzioni cognitive ma alla mente del soggetto, cioè all'insieme dei suoi scopi e delle sue rappresentazioni, e che enfatizza il ruolo della scarsa importanza, o addirittura del valore negativo, attribuito al rispetto dei diritti altrui (Mancini et al 2009; Capo et al. 2010).

Per ragioni legate ai limiti di spazio, non possiamo dilungarci sui punti critici relativi alle due tesi esposte, va notato però che:

- a) la maggior parte delle ricerche non hanno trovato differenze tra antisociali e non, nel riconoscimento di espressioni di paura e tristezza (Kosson et al. 2002; Glass e Newman 2006);
- b) la capacità degli antisociali di riconoscere le espressioni dei volti diventa normale se le espressioni corrispondono al set attentivo dei soggetti (Newman e Lorenz 2003; Glass e Newman 2006).
- c) tale fenomeno è stato riscontrato anche in soggetti in età evolutiva con tendenze psicopatiche (Dadds et al. 2006), in particolare la capacità di riconoscimento si normalizza se i soggetti sono invitati a guardare gli occhi dell'altro.

Da una ricerca di Singer et al. (2006), inoltre, risulta che le risposte neurali alla sofferenza di un altro individuo sono diverse a seconda se colui che soffre è giudicato sleale (*unfair*) o meno. Nel primo caso, infatti, assistere alla sofferenza dell'altro implica l'attivazione delle aree che plausibilmente sottendono la soddisfazione del desiderio di vendetta.

Inoltre la percezione della sofferenza altrui non implica di per sé alcuna obbligazione morale, come del resto ben argomentato da Nichols (2002). È necessario avere delle norme morali sentite come proprie, vale a dire avere lo scopo di rispettarle, affinché vi sia senso di colpa e un freno morale. In altri termini, la risonanza empatica della sofferenza dell'altro dentro di noi può avere diverse implicazioni. Ad esempio, la risonanza empatica della sofferenza di un'altra persona può implicare non senso di colpa ma ad esempio pena o derisione.

Inoltre, possiamo normalmente sentirci in colpa anche se non facciamo del male a nessuno: è il caso delle colpe strettamente deontologiche come ad esempio accade ad un credente se trasgredisce precetti religiosi o come accade a tutti nel caso di alcuni comportamenti sessuali (Mancini, 2008). Ad esempio i rapporti sessuali tra fratelli sono considerati peccaminosi, almeno intuitivamente, in tutte le culture anche quando vi è certezza che non sussiste alcun rischio di procreazione e anche se i due sono entrambi adulti e consenzienti (Haidt et al. 2000). Per provare colpa deontologica, dunque, non è necessaria alcuna capacità empatica visto che non vi è alcuna vittima che soffre.

La scarsa empatia mostrata dai soggetti aggressivi e *rule breakers*, dunque, non può spiegare l'assenza di senso di colpa quando trasgrediscono norme deontologiche che non implicano particolari danni o sofferenze per nessuno, come ad esempio il vandalismo, i furti o le frodi commessi ai danni di Enti o Istituzioni.

Più che avere un deficit di empatia i soggetti aggressivi potrebbero avere, quindi, scopi antisociali e non avere quei valori che danno peso morale alla rappresentazione della sofferenza dell'altro.

Il problema che si pone, dunque, è: ci sono scopi sociali e valori che gli individui aggressivi

ed oppositivi perseguono in modo caratteristico e quali sono?

Che non abbiano scopi morali in senso stretto lo si comprende da alcuni risultati sperimentali. Gli antisociali, infatti, hanno una conoscenza adeguata delle regole morali ma le considerano sullo stesso piano delle norme convenzionali (Hauser 2006) per quanto riguarda la permissibilità, la gravità e la contingenza della loro trasgressione. I soggetti antisociali distinguono correttamente ciò che è giusto da ciò che è sbagliato ma non gli interessa (Cima et al. 2010).

L'eventuale minore presenza di emozioni in grado di inibire condotte antisociali (empatia, colpa, imbarazzo, paura) riscontrata in alcuni gruppi di soggetti (scarsa *fearfulness*, anemozionalità, ecc.) potrebbe agire, dunque, solo nell'urgenza di dover fronteggiare una situazione impellente (Kiehl 2007).

Lo scarso peso attribuito alla sofferenza degli altri, al pari dello scarso senso morale, sembra nascere pertanto dalla limitata importanza attribuita al rispetto degli scopi morali e al peso rilevante attribuito a scopi esplicitamente antisociali quali: dominanza, rango e vendetta (Lochman et al. 1993).

Lo scarso senso di colpa dei soggetti aggressivi e la bassa propensione a rispettare norme sociali ed etiche possono essere spiegati, dunque, come il frutto di particolari esperienze evolutive in grado di predisporre il soggetto a specifici investimenti (scopi e valori) e credenze, quali ad esempio:

a) rappresentazione dell'autorità come ingiusta ed inadeguata al suo ruolo (eccessivamente controllante o lassista, disinteressata, non protettiva e sensibile, umiliante o eccessivamente colpevolizzante, ecc.) (Bugental e Happaney 2000; Lovejoy et al. 2000; Kochanska 2002; Obsuth et al. 2006; Eiden et al. 2007; Patterson 2002);

b) precoce sviluppo nelle interazioni coercitive con le figure di riferimento (Patterson 2002) di una spiccata propensione a percepire gli altri ostili, iniqui e rifiutanti (*unfair*) (Dodge 1993; Lochman e Dodge 1994);

c) investimento difensivo sulla dominanza e avversione per la subordinazione (Morrison e Gilbert 2001; Koenig et al. 2000);

d) esperienze di non appartenenza e diversità rispetto al gruppo generale dei coetanei a causa del precoce rifiuto sociale dovuto ai comportamenti oppositivi ed aggressivi (Dishion et al. 1991; Campbell 1991): tale eventualità, inoltre, spesso implica un precoce inserimento in sub-culture devianti.

Ci si deve, dunque, interrogare con maggiore attenzione circa **il peso dei valori e degli scopi** che i soggetti con DC e DOP intrattengono e su come questi possano determinare condotte aggressive ed oppostive.

Alcuni dati sono già noti ed assodati: da diverse ricerche (Boardley e Kavussanu 2010; Froggio e Lori 2010; Romero et al. 2001; Lochman e Dodge 1994; Lochman et al. 1993), infatti, si evidenzia che le gerarchie di valori e scopi manifestate dai soggetti proni a comportamenti oppositivi ed antisociali attribuiscono un particolare coefficiente di valore alla **dominanza**, al **potere**, all'**autodeterminazione** e all'**individualismo**.

In una recente ricerca di Capo et al. (2010) tale indicazione è stata ulteriormente corroborata. All'interno di un campione di 305 soggetti (14-18 anni) di un Istituto Professionale di Napoli si è riscontrato che i soggetti con tendenze antisociali¹ (> 80° percentile) presentavano scarsa

¹ Sulla base della *Youth Self-Report* di Achenbach

introiezione di **principi morali**² e uno spiccato investimento nei riguardi di **valori**³ quali: **Apertura al Cambiamento** (autodirezione, edonismo, ecc.), **Autoaffermazione** (potere, rango, successo, ecc.). Bassa desiderabilità veniva attribuita, invece, all'**Autotrascendenza** (benevolenza, prosocialità, cooperazione) e al **Conservatorismo** (tradizione, organizzazione sociale strutturata, ecc.).

Di grande interesse preventivo e psicoterapico sarebbe, dunque, comprendere più approfonditamente le ragioni dell'iper-investimento dei soggetti con DOP e DC sulla dominanza, il potere, il rango, l'autodirezione e l'edonismo.

Per numerosi autori (Baumeister et al. 1996; Meloy 1988; Tedeschi e Felson 1994) la ricerca di dominanza e rango avrebbe la funzione per il soggetto antisociale di **evitare subordinazioni umilianti, ingiuste ed eccessive** attraverso comportamenti indirizzati ad ottenere controllo/potere sull'interlocutore e a scoraggiare ulteriori tentativi dell'altro di umiliarlo, criticarlo o non tenere conto delle sue richieste. E' plausibile pensare, a tale proposito, che gli antisociali siano *shame-intolerant* (Lewis 1971; Schore 1994) e poco capaci di accettare le proprie responsabilità e colpe (Thomas-Peter 1996) e di subordinarsi all'autorità e alle regole da esse promulgate.

Ma perché i soggetti aggressivi ed oppositivi giungerebbero a rifiutare la subordinazione a norme etiche e sociali comunemente accettate e rispettare?

In riferimento a questo va detto che l'**introiezione dei valori e dei principi etici** e l'**obbedienza spontanea** (o *Committed Compliance*, cfr. Kochanska 2002) si realizzano in un contesto di **guida e direzione** (controllo e disciplina) **sicura, calda, sensibile** e, soprattutto, **rispettosa del bisogno di autonomia psicologica** (autodeterminazione) del **bambino** (Grolnick et al. 1997; Ryan e Deci 2000; Kochanska 2002; Eiden et al. 2007)

È stato dimostrato, inoltre, che (Kochanska 2002) aver esperito una relazione con le figure di riferimento caratterizzata dalla possibilità di realizzare un'obbedienza alle regole serena e soddisfacente (orgoglio, sicurezza, ecc.) si associa allo sviluppo di un **concetto di sé come "persona perbene"** (valore personale connesso con la dignità etica) e, questo elemento, inoltre, sembra essere uno dei **mediatori più rilevanti per l'introiezione dei valori e dei principi etici di comportamento**. In tali frangenti il bambino ha la **sensazione di aver scelto** di comportarsi nel modo proposto dai genitori e si sente, dunque, **autodeterminato** (Grolnick et al. 1997; Grusec e Goodnow 1994; Ryan e Deci 2000)

Al contrario, la **disciplina esercitata in modo severo e punitivo** e attraverso un **Controllo Psicologico** sistematico (Buonanno et al. 2010), ossia, manipolazioni e coercizioni, scarsa negoziazione, induzione di vergogna e colpa tramite il disprezzo, mortificazione dell'autodeterminazione, freddezza e scarso supporto affettivo, tende al contrario a generare: (a) opposizione alle regole dettate dall'autorità, (b) rifiuto della subordinazione e (c) scarsa introiezione dei valori promulgati dalla figura di riferimento (Obsuth et al. 2006; Bugental e Happaney 2000; Kochanska 2002; Eiden et al. 2007; Walling et al. 2007) o, all'opposto, (d) obbedienza "compulsiva", rigida e connotata da paura ed ansia (Crittenden e DiLalla 1988).

In riferimento ai profili valoriali connessi con condotte aggressive ed oppostive va ulteriormente rilevato che soltanto i **valori legati al Conformismo** (cfr. PVQ di Shwartz et al. 2001) sembrano **in grado di contrastare il ricorso ad atteggiamenti francamente antisociali** (Capo

² Il dato è stato ottenuto tramite il *Guilt Inventory* di Kugler e Jones

³ Dato rilevato con il *Portrait Values Questionnaire* (PVQ) di Schwartz

et al. 2010). Si è portati a concludere, dunque, che solo il continuare a sperare/credere/investire nell'ordine sociale (principi morali di equità e giustizia) e nella cooperazione con la comunità di appartenenza riduca la tendenza a cedere al degrado etico e comportamentale tipico degli antisociali (*ibidem*).

Rilievi conclusivi: i valori e il CPP

Da quanto appena discusso, si evidenzia come le variabili “valori” e “scopi sociali” rendano ben conto dei fenomeni comportamentali (aggressività, oppositività, *rule breaking*, ecc.) ed emozionali (empatia, senso di colpa, sensibilità, ecc.) riscontrabili, in varia misura, nel DOP e nel DC. La considerazione della rilevanza di tali tratti psicologici nella determinazione e nel mantenimento di attitudini antisociali suggerisce di dedicare interventi mirati e specifici indirizzati a modificare i profili e le gerarchie di valori e scopi nei soggetti aggressivi ed oppositivi, anche con il fine di incrementare ulteriormente l'efficacia di interventi in età evolutiva di prevenzione secondaria e terziaria (terapia) come il Coping Power Program di Lochman.

Sarebbe, dunque, auspicabile verificare l'eventuale aumento di soggetti *responders*⁴, oltre che la possibile ottimizzazione dell'efficacia sui soggetti *responders* del CPP, in seguito all'introduzione nel programma di unità dedicate specificamente alla modificazione dei profili valoriali attraverso, ad esempio:

- 1) la presa di consapevolezza dei propri valori sociali ed esistenziali e degli eventi sensibilizzanti e stabilizzanti tali stati disposizionali (es.: esperienze di umiliazione, colpevolizzazione disprezzante e/o di controllo psicologico; esposizione a modelli aggressivi e competitivi, ecc.);
- 2) la riduzione, ad esempio tramite procedure di contro-condizionamento, dell'attrattività di modelli dominanti, egocentrati, impulsivi ed aggressivi (spesso determinata dal valore funzionale attribuito a tali atteggiamenti interpersonali e sociali rispetto all'autostima, alla libertà psicologica e all'evitamento di ingiustizie e danni immeritati);
- 3) la proposta di modelli di identificazione (personaggi fittizi o persone reali) cooperativi, equi, prosociali e non aggressivi ma, piuttosto, assertivi;
- 4) l'insegnamento e la sperimentazione di vie strumentali alternative (rispetto alla dominanza, all'aggressività, alla manipolazione, all'oppositività e alle attitudini impulsive) per vedere realizzati i propri bisogni e scopi.

Bibliografia

- Aguilar B, Sroufe LA, Egeland B, Carlson E (2000). Distinguishing the early-onset/persistent and adolescence-onset antisocial behaviour types: from birth to 16 years. *Development and Psychopathology* 12, 2, 109-132.
- American Psychiatric Association (2004). *DSM IV-TR: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali: Text Revision*. Masson, Milano.
- Baumeister RF, Stillwell A e Heatherton TF (1994). Guilt: An Interpersonal Approach. *Psychological Bulletin* 115, 243-67.

⁴ Cosa questa che ci proponiamo di realizzare in una prossima ricerca clinica

- Biederman J, Faraone S, Wozniac J, Monuteaux MC (2000). Parsing the association between bipolar, conduct, and substance use disorders: a familial risk analysis. *Biological Psychiatry* 48, 11, 1037-1044.
- Boardley ID e Kavussanu M (2010). Effects of goal orientation and perceived value of toughness on antisocial behavior in soccer: the mediating role of moral disengagement. *Journal of Sport & Exercise Psychology* 32, 2, 176-92.
- Bugental DB e Happaney K (2000). Parent-child interaction as a power contest. *Journal of Applied Developmental Psychology* 21, 267-282.
- Buonanno C, Capo R, Romano G, Di Giunta L e Isola L. (2010). Caratteristiche genitoriali e stili di parenting associati ai disturbi esternalizzanti in età evolutiva. *Psichiatria e Psicoterapia* 29, 3, 176-188.
- Campbell SB (1991). Longitudinal studies of active and aggressive preschoolers: Individual differences in early behavior and in outcome. In D Cicchetti e SL Toth (Eds) *Rochester symposium on developmental psychopathology: Internalizing and externalizing expressions of dysfunction, Vol. 2*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Capo R (2007). Problemi di aggressività e di condotta: il disturbo oppositivo provocatorio e il disturbo della condotta. In L. Isola e F. Mancini (Eds) *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*. Franco angeli, Milano.
- Capo R, Paciello M, Buonanno C, Cosentino T, Saliani AM, Auricchio G, Barcaccia B, Mancini F (2010). Ruolo dei valori e del disimpegno morale nella determinazione e nel mantenimento di condotte aggressive. XV Congresso Nazionale SITCC, Milano 4-7 Novembre 2010.
- Caspi A, Elder JMH, Herbener ES (1990). Childhood personality and prediction of life course patterns. In L Robins e M Rutter (Eds) *Straight and Devious Pathways from childhood to adulthood*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Cima M, Tonnaer F e Hauser MD (2010). Psychopaths know right from wrong but don't care. *Social Cognitive and Affective Neuroscience* doi:10.1093/scan/nsp05.
- Crick NR e Dodge KA (1994). A review and reformulation of social information processing mechanism in children's social adjustment. *Psychological Bulletin* 115, 74-101.
- Crittenden PM e DiLalla DL (1988). Compulsive compliance: The development of an inhibitory coping strategy in infancy. *Journal of Abnormal Child Psychology* 16, 585-599.
- Dadds M, Perry Y, Hawes D, Merz S, Riddel A, Haines D, Solak E e Abeygunawardane A (2006). Attention to the eyes and fear-recognition deficits in child psychopathy. *The British Journal of Psychiatry* 189, 280-281.
- Dishion TJ, Kavanagh K, Schneider A, Nelson S e Kaufman NK (2003). Preventing early adolescent substance use: a family centred strategy for the public middle school. *Prevention Science* 3, 3, 191-201.
- Dishion TJ, Patterson GR, Stoolmiller M e Skinner ML (1991). Family, school, and behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental Psychology* 27, 172-180.
- Eiden RD, Edwards EP e Leonard KE (2007). A Conceptual Model for the Development of Externalizing Behavior Problems Among Kindergarten Children of Alcoholic Families: Role of Parenting and Children's Self-Regulation. *Developmental Psychology* 43, 5, 1187-1201.
- Eyberg SM, Nelson MM, Boggs SR (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behaviour. *Journal Clinical Child & Adolescents Psychology* 37, 1, 215-237.
- Froggio G e Lori M (2009). Deviance among young italians: investigating the predictive strength of value systems. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 54, 4, 581-96.
- Garland AF, Hawley KM, Hurlburt MS (2008). Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behaviour problems. *Journal American Academy*

Child Adolescent Psychiatry 47, 5-15.

- Glass S e Newman J (2006). Recognition of facial affect in psychopathic offenders. *Journal of Abnormal Psychology* 115, 4, 815-820.
- Goodman A, Goodman R (2009). Strengths and difficulties questionnaire as a dimensional measure of child mental health. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry* 48, 4, 400-403.
- Grolnick WS, Deci EL e Ryan RM (1997). Internalization within the family: The self-determination theory perspective. In JE Grusec e L Kuczynski (eds) *Parenting and children's internalization of values: A handbook of contemporary theory*. Wiley, New York.
- Grusec JE e Goodnow JJ (1994). Impact of parental discipline methods on the child's internalization of values: A reconceptualization of the current points of view. *Developmental Psychology* 30, 4-19.
- Haidt J, Bjorklund F, Murphy S (2000). Moral dumbfounding: When intuition finds no reason. *Manoscritto in preparazione*.
- Hare R (1970). *Psychopathy: Theory and Research*. Wiley, New York.
- Hartman RR, Stage SA, Webster-Stratton C (2003). A growth curve analysis of parent training outcomes: examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 44, 3, 388-98.
- Hauser M (2006). *Moral minds: How nature designed our universal sense of right and wrong*. HarperCollins Publisher, New York.
- Henggeler SW, Schoenwald SK, Borduin CM, Rowland MD e Cunningham PB (1998). *Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. The Guilford Press, New York.
- Kazdin AE e Whitley MK (2003). Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive behaviour. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 71, 3, 504-515
- Kazdin AE, Wassel G (2000). Therapeutic changes in children, parents and families resulting from treatment of children with conduct problems. *Journal American Academy Child Adolescents Psychiatry* 39, 414-420
- Kazdin AE, Whitley M e Marciano PL (2006). Child-therapist and parent-therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of child psychology and psychiatry* 47, 5, 436-445.
- Keenan K, Wroblewski K, Hipwell A, Loeber R e Stouthamer-Loeber M (2010). Age of onset, symptom threshold, and expansion of the nosology of conduct disorder for girls. *Journal of abnormal psychology* 119, 4, 689-98.
- Kiehl KA (2007). Without morals: the cognitive neuroscience of psycho-pathology. In Sinnott-Armstrong W (Eds.). *Moral Psychology, Volume 3: The Neuroscience of Morality: Emotion, Brain Disorders, and Development*. Bradford Books, New York.
- Kochanska G (1997). Mutually responsive orientation between mothers and their young children: Implications for early socialization. *Child Development* 68, 1, 94-112.
- Kochanska G (2002). Committed compliance, moral self, and internalization: A mediational model. *Developmental Psychology* 38, 3, 339-351.
- Kochanska G, Philibert RA, Barry RA (2009). Interplay of genes and early mother-child relationship in the development of self-regulation from toddler to preschool age. *Journal of child psychology and psychiatry* 50, 11, 1331-1338.
- Koenig AL, Cicchetti D e Rogosch FA (2000). Child compliance/noncompliance and maternal contributors to internalization in maltreating and nonmaltreating dyads. *Child Development* 71, 1018-1032.
- Kosson D, Cyterski T, Steuerwald B, Neumann C e Walker-Matthews S (2002). The reliability and validity of the psychopathy checklist: Youth version (PCL:YV) in nonincarcerated adolescent males. *Psychological Assessment* 14, 1, 97-109.

- Krol N, Morton J, De Bruyn E (2004). Theories of conduct disorder: a casual modelling analysis. *Journal Child Psychology and Psychiatry* 45, 4, 727-742.
- Lahey BB, Moffitt TE, Caspi A (2003). *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency*. Guilford press, London.
- Lambruschi F e Fabbri D (2004). I disturbi della condotta. In F Lambruschi (Eds) *Manuale di psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Levin S (1971). The Psychoanalysis of Shame. *International Journal of Psychoanalysis* 52, 355-61.
- Patrick C (1994). Emotion and psychopathy: Startling new insights. *Psychophysiology* 31, 4, 319-330.
- Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years: Part I. *Journal of American Academy Child Adolescents Psychiatry* 39, 1468-84.
- Lochman JE, Boxmeyer C, Powell N, Wojnaroski M e Yaros A (2007). The use of the coping power program to treat a 10-year-old girl with disruptive behaviors. *Journal of Clinical Child Adolescents Psychology* 36, 677-87.
- Lochman JE, Coie JD, Underwood MK, Terry R (1993). Effectiveness of a social relations intervention program for aggressive and non aggressive, rejected children. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 61, 6, 1053-8.
- Lochman JE e Dodge KA (1994). Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive, and nonaggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, 2, 366-374.
- Lochman J, Wayland K e White K (1993). Social goals: Relationship to adolescent adjustment and to social problem-solving. *Journal of Abnormal Child Psychology* 21, 2, 135-151.
- Lochman JE e Wells KC (2003). Effectiveness of the Coping Power Program and of classroom intervention with aggressive children: Outcomes at a one-year follow-up. *Behavior Therapy* 34, 493-515.
- Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 20, 5, 561-92.
- Lyons-Ruth K, Zoll D, Connel D, Grunebaum HU (1989). Family deviance and family disruption in childhood: Associations with maternal behavior and infant maltreatment during the first years of life. *Development and Psychopathology* 1, 219-236.
- Mancini F (2008). I sensi di colpa altruistico e deontologico. *Cognitivismo clinico* 5, 2, 123-144.
- Mancini F., Capo R. e Colle L. (2009). La morale nel disturbo antisociale di personalità. *Cognitivismo Clinico* 6, 2, 161-177.
- Main M, Cassidy J (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predicted from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology* 24, 415-426.
- Meloy JR (1988). *The Psychopathic Mind: Origins, dynamics, and treatment*. Aranson, Northvale, NJ.
- Milone A, Donato G, Manfredi A, Muratori P, Nista G, Paziente A, Polidori L, Ruglioni L e Muratori F (2007). Il trattamento multisistemico per i Disturbi da Comportamento Dirompente: uno studio di efficacia. *Giornale di neuropsichiatria dell'età evolutiva* 27, 305-319.
- Morrison D e Gilbert P (2001). Social rank, shame and anger in primary and secondary psychopaths. *The Journal of Forensic Psychiatry* 12, 2, 330-356.
- Nelson DA, Mitchell C e Yang C (2008). Intent attributions and aggression: a study of children and their parents. *Journal of Abnormal Child Psychology* 36, 793-806.
- Nichols S (2002). Norms with feeling: toward a psychological account of moral judgment. *Cognition* 84, 221-236.
- Obsuth I, Moretti MM, Holland R, Braber K e Cross S (2006). Conduct disorder: new directions in promoting effective parenting and strengthening parent-adolescent relationships. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 15, 1, 6-15.

- Patterson GR (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist* 41, 4, 432-444.
- Peters S, Calam R e Harrington R (2005). Maternal attributions and expressed emotion as predictors of attendance at parent management training. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46, 4, 436-448.
- Petty CR, Monuteaux MC, Mick E, Hughes S, Small J, Faraone SV e Biederman J (2009). Parsing the familiarity of oppositional defiant disorder from that of conduct disorder: a familial risk analysis. *Journal of psychiatric Research* 43, 354-352.
- Pfinner LJ, Mc Burnett K, Rathouz PJ, Judice S (2005). Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology* 33, 5, 551-563.
- Polidori L, Muratori P, Baldi I, Lenzi F, Manfredi A, Ruglioni L, Viscarelli V, Milone A (2010). Il trattamento multimodale per i disturbi del comportamento e aggressività in età evolutiva: l'esperienza di "Al di là delle nuvole". *Disturbi di attenzione e iperattività* 5, 2, 173-198.
- Querido JG, Bearss K e Eyberg SM (2002). Theory, research, and practice of parent-child interaction therapy. In FW Kaslow e T Patterson (Eds) *Comprehensive handbook of psychotherapy: Vol.2*. Wiley, New York.
- Reyno SM, McGrath PJ (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems. A meta- analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47, 1, 99-111.
- Romero E, Sobral J, Luengo MA e Marzoa JA (2001). Values and antisocial behavior among Spanish adolescents. *The Journal of Genetic Psychology* 162, 1, 20-40.
- Ryan RM e Deci EL (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist* 55, 68-78.
- Salekin RT, Worley C, Grimes RD (2010). Treatment of psychopathy: a review and brief introduction to the mental model approach for psychopathy. *Behavioural science law* 28, 2, 235-66.
- Schore AN (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.
- Shaw DS, Gilliom M, Giovannelli J (2000). Aggressive behavior disorders. In CH Zeanah (Eds) *Handbook of infant mental health*. Guilford Press, New York.
- Shaw DS, Keenan KE e Vondra JI (1994). Developmental precursors of externalizing behavior: Ages 1 to 3. *Developmental Psychology* 30, 355-364.
- Shaw DS, Owens EB, Vondra JI, Keenan K e Winslow EL (1996). Early risk factors and pathways in the development of early, disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology* 8, 679-699.
- Schwartz SH, Melech G, Lehmann A, Burgess S e Harris M (2001). Extending the cross-cultural validity of the theory of basic human values with a different method of measurement. *Journal of Cross Cultural Psychology* 32, 519-542.
- Solomon J (2007). *L'attaccamento disorganizzato*. Il Mulino Edizioni, Bologna.
- Tedeschi JT e Felson RB (1994). *Violence, aggression, and coercive actions*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Thomas-Peter BA (1996). The structure of emotion in personality disordered aggressors: a motivational analysis. *Journal of Forensic Psychiatry* 7, 26-40.
- Van de Wiel NM, Matthys W, Cohen-Kettenis PT, Maassen GH, Lochman JE e Van Engeland H (2007). The effectiveness of an experimental treatment when compared to care as usual depends on the type of care as usual. *Behavioral Modification* 31, 3, 298-312.
- Van Manen T, Pier JM, Emmelkamp MG (2004). Reducing aggressive behaviour in boys with social group treatment. *Journal of American Academy Child Adolescence Psychiatry* 43, 12-20
- Vitiello B, Stoff D (1997). Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. *Journal of*

- American Academy Child Adolescence Psychiatry* 36, 307-315.
- Waldman ID, Tackett JL, Van Hulle CA, Applegate B, Pardini D, Frick PJ, Lahey BB (2011). Child and adolescence conduct disorder substantially shares genetic influences with three socioemotional dispositions. *Journal of Abnormal Psychology* 120, 1, 57-70.
- Walling BR, Mills RSL e Freeman WS (2007). Parenting cognitions associated with the use of psychological control. *Journal of Child and Family Studies* 16, 642-659.
- Wartner UG, Grossmann K, Fremmen-Bombik E e Suess G (1994). Attachment patterns at age six in south Germany: Predictability from infancy and implications for preschool behavior. *Child Development* 65, 1014-1027.
- Webster-Stratton C (1992). *The Incredible Years: A Trouble-Shooting Guide for Parents of Children Age 3-8 years*. Umbrella Press, Toronto.
- Webster-Stratton C, Reid JM e Baydar N (2004). Halting the development of conduct problems in head start children: the effects of parent training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 33, 2, 279-291.
- Widom CS (1994). Childhood victimization and adolescent problem behaviors. In RD Kitterlinus e ME Lamb (Eds) *Adolescent problem behaviors*. Erlbaum, Hillsdale.
- Wolfenden SR, Peat JK e Williams K (2002). Family and Parenting interventions for conduct disorder and delinquency: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Archives of Disease in Childhood* 86, 251-256.

Corrispondenza:

Laura Ruglioni
lruglioni@inpe.unipi.it