

IL Disturbo della Condotta, o dell'attuale fenomeno delle baby-gang

Francesco Malvasi – Psicologo e Psicoterapeuta

Premessa

Il comportamento di ogni essere umano è frutto dell'interazione di due componenti: da un lato dipende dalle strutture innate, ovvero quelle parti biologiche meglio conosciute come *temperamento*, dall'altro lato dagli apprendimenti che si consolidano nel corso dello sviluppo, e che derivano dall'*ambiente* nel quale sin dalla nascita è immerso. La particolare ed unica combinazione determinata dai due fattori stabilisce dei fenotipi comportamentali differenti.

Definire cosa sia la "normalità" in ambito comportamentale è un compito arduo, in quanto chiama in causa paradigmi legati alla cultura di appartenenza. Ogni società ha una sua epistemologia di comportamento, spesso codificata nel corso di millenni, altre volte frutto di narrative più recenti. Nella nostra cultura, i parametri comportamentali sono spesso legati ai campi psicologici nei quali il minore è inserito. All'interno della famiglia la normalità comportamentale è lo specchio della cultura familiare, delle sue tradizioni e ideologie.

Nel contesto scolastico, sovente sono richieste prestazioni comportamentali che si rifanno ad un modello di bambino ideale. Si definisce "normale" un minore che abbia un comportamento sintonico con la vita quotidiana che si svolge nei contesti scolastici, ovvero un bambino che conosce le regole della grammatica sociale, rispetta gli adulti e i coetanei, possiede una serie di condotte che anticipano quelle dell'età adulta, fatte di responsabilità, cultura dell'impegno, rispetto dell'etica sociale.

I disturbi del comportamento

I disturbi comportamentali dell'età evolutiva comprendono diversi quadri clinici che vanno dai Disturbi dell'Attenzione con Iperattività, fino ai Disturbi del Comportamento propriamente detti e al bullismo. Questa gamma di disturbi si caratterizza per una serie di manifestazioni che si compendiano, in modo molto semplificato, nei seguenti segni: atteggiamenti provocatori, ostili e negativistici; perdita frequente dell'autocontrollo; condotte violente nell'interazione sociale con violazione delle regole e dei diritti degli altri. I comportamenti considerati sintomatici del Disturbo della Condotta devono essere più gravi e frequenti delle birbanterie e ragazzate che sono assai comuni tra i bambini e gli adolescenti. La letteratura sottolinea come questi disturbi del comportamento siano spesso associati a problemi ambientali, familiari e sociali (Cicchetti e Cohen, 1994; Satterfield e coll., 1997).

La remissione almeno parziale di un Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP) oppure la sua evoluzione in un più grave Disturbo della Condotta che costituirebbe uno degli elementi anamnestici per diagnosticare nell'adulto il Disturbo Antisociale di Personalità dipendono, sicuramente, anche dalle opportunità che l'ambiente in genere (e quindi non soltanto la famiglia, ma anche lo psicologo, i servizi sociali, le strutture territoriali di rete, l'oratorio o un centro di aggregazione) riesce ad offrire al ragazzo (Stainback e Stainback, 1993). Il Disturbo della Condotta è il più grave tra i disturbi del comportamento. È piuttosto frequente (il tasso oscilla dal 6 al 16%, con una netta prevalenza a favore dei maschi) ed è caratterizzato da alcuni sintomi significativi: l'aggressività, spesso anche fisica, la distruzione della proprietà, la frode, la menzogna e il furto, il marinare la scuola.

Forse, più di qualunque altro disturbo dell'infanzia, il Disturbo della Condotta è caratterizzato dall'impatto del comportamento del bambino sulle persone e sull'ambiente che lo circondano. Di solito sono la scuola, i genitori, i coetanei e il sistema giudiziario a determinare quali comportamenti esternalizzanti siano da ritenersi inaccettabili. Frequentemente le autorità giudiziarie si trovano a dover identificare problemi di condotta nei preadolescenti e negli adolescenti. Molti bambini con Disturbo della Condotta manifestano anche altri problemi, fra cui il più frequente è l'abuso di sostanze. Secondo alcune ricerche il Disturbo della Condotta precorre l'abuso di sostanze, ma secondo altre i due fenomeni paiono essere concomitanti e rafforzano a vicenda la propria gravità (Loeber et al., 2000).

La famiglia del minore con disturbi comportamentali

Scabini e Iafrate (2003) vedono la famiglia come un'organizzazione che mette insieme le differenze, quelle di genere (maschile e femminile), di generazioni (genitori e figli) e di stirpi (materna e paterna). Una delle caratteristiche di questo aggregato sociale è dato dalle relazioni che intercorrono fra i vari membri. Tali relazioni divengono legami, che laddove sono positivi producono benessere, mentre se assumono una valenza negativa generano patologia. Le diversità che caratterizzano il nucleo familiare, se non si amalgamano per costituire una cultura familiare che trascenda le differenze, permangono e generano conflitti. Spesso, nelle famiglie, oggetto delle dispute sono proprio le differenze: i coniugi litigano sulle ingerenze o sulla sola presenza delle famiglie di origine, sulle diversità di comportamento legate all'appartenere ad un genere sessuale differente, per la provenienza di un coniuge da un contesto sociale e culturale differente caratterizzato da specifici valori, credenze, e stili di vita diversi. Altro motivo di litigio è rappresentato dal coesistere di due generazioni differenti, laddove la generazione dei genitori deve educare quella dei figli. Quest'ultimo è un compito complesso, nella misura in cui c'è divergenza nella concezione della vita, nelle scelte lavorative, nell'assunzione di responsabilità.

Le famiglie dei minori che manifestano Disturbi del Comportamento sono frequentemente attraversate da conflitti e la patologia del minore diviene l'epifenomeno di tale conflittualità. In questo caso bisogna intervenire sull'intero nucleo familiare per riportarlo verso modalità di interazione meno distoniche e disfunzionali possibili. Più spesso di quanto non si creda, non è possibile individuare con precisione la causa e l'effetto del disturbo: una tendenza del minore alla *aggressività a valenza negativa* (Camaioni, 1993) intesa come l'insieme di atti deliberatamente lesivi sul piano fisico (colpire, ferire) e psicologico (minacciare, insultare, deridere) potrebbe innescare una escalation di reazioni inappropriate da parte dei genitori.

Numerose ricerche (Campbell, 2002; DeKlyen e Speltz, 2001; Shaw, Bell e Gilliom, 2000; Shaw et al. 2001) suggeriscono che l'interazione di fattori individuali – come il temperamento, l'eventuale psicopatologia dei genitori con le relative interazioni disfunzionali genitori/figli – con i fattori socioculturali – come la povertà e uno scarso supporto sociale – possa accrescere le probabilità che il soggetto manifesti comportamenti aggressivi precoci e persistenti. Anche l'appartenere ad una sub-cultura in cui la delinquenza sia considerata accettabile rientra tra i fattori che contribuiscono al comportamento antisociale.

Eziologia del Disturbo della Condotta

Nell'eziologia del Disturbo della Condotta sono stati implicati vari fattori di rischio, che comprendono fattori neurobiologici, comportamentali, cognitivi, e inoltre socioculturali. Tra questi ultimi, quindi, la presenza nei genitori di una condizione psicopatologica, lo stile genitoriale (*parenting*) e l'influenza dei coetanei. Una rassegna piuttosto recente è giunta alla conclusione che le evidenze depongono a favore di un'eziopatogenesi in cui caratteristiche ereditabili interagiscono con problemi neurobiologici – per es. deficit neuropsicologici – oltre che con i fattori più sopra menzionati.

Sul piano ambientale, la disorganizzazione dell'attaccamento, gli stili di Parenting caratterizzati dal ricorso a strategie di controllo psicologico, il neglect e l'abuso, le esperienze traumatiche, una storia familiare di abuso di sostanze, il ricorso ad una disciplina incoerente da parte dei genitori sono tutti fattori che possono contribuire allo sviluppo del disturbo della condotta. Numerosi esperti ritengono che il DC possa riflettere un problema che coinvolge ragionamento e consapevolezza morale. In particolare, caratteristica centrale sarebbe la mancanza di senso di colpa e l'assenza di rimorso, fenomeni fondati sulla considerazione del fatto che le regole vengano *imposte* da autorità riconosciute come ostili ed umilianti.

Abbastanza recentemente, una brillante ricerca ha esaminato l'interazione fra fattori genetici e ambientali quale elemento predittivo del manifestarsi di comportamenti antisociali nell'età adulta (Caspi et al., 2002). La ricerca ha riguardato il gene MAO-A, che è localizzato sul cromosoma X e controlla il rilascio di una delle MAO, un enzima dal quale dipende la degradazione metabolica di numerosi neurotrasmettitori tra cui la dopamina, la serotonina e la noradrenalina. L'attività di questo gene presenta un'ampia variabilità: in alcune persone è elevata, in altre bassa. Lavorando su un campione di oltre 1000 bambini di Dunedin, Nuova Zelanda, i ricercatori hanno misurato l'attività MAO-A e quantificato l'entità dei maltrattamenti subiti dai bambini. L'essere stato maltrattato nell'infanzia non era di per sé sufficiente a prevedere l'insorgere di un successivo DDC., né lo era una bassa attività enzimatica MAO-A. Piuttosto, i bambini che avevano subito maltrattamenti e presentavano una bassa attività del gene avevano più probabilità di sviluppare un DDC.

Rispetto ai bambini che erano stati maltrattati ma avevano alti livelli di MAO, o che non erano stati maltrattati e avevano bassi livelli di MAO. Quindi entrambi i tipi di fattori, quelli genetici e quelli ambientali, parevano avere un effetto determinante sull'eziologia del disturbo. Un altro studio condotto su oltre 2000 gemelli ha trovato lo stesso risultato: l'essere maltrattato si associava ad un comportamento antisociale nell'età adulta solo in presenza di una particolare dotazione genetica. I deficit neuropsicologici comprendono: scarse abilità verbali, difficoltà nelle funzioni esecutive (ovvero la capacità di prevedere, pianificare, usare l'autocontrollo, capacità di problem solving) e problemi di memoria. Inoltre i bambini che presentano questo disturbo in un'età più precoce hanno solitamente un QI inferiore di una deviazione standard dalla media dei coetanei non affetti dal disturbo.

Psicopatologia dei disturbi della condotta secondo l'ottica psicodinamica

Il furto è la condotta delinquenziale più frequente nel bambino e nell'adolescente, dato che rappresenta il 70% circa dei "delitti" dei minori. Lo si osserva molto più spesso nel bambino che nella bambina e la sua frequenza aumenta con l'età. Tuttavia, non si può parlare di furto prima che il minore abbia acquisito una chiara nozione di proprietà: Anna Freud (1996) sostiene che: *"I concetti di "mio" e di "non mio" si sviluppano molto gradualmente, parallelamente ai progressi che conducono il bambino alla acquisizione della sua individualità"*. La nozione di "mio" è, d'altra parte, acquisita molto prima dell'altra nozione, che richiede la rinuncia del bambino al suo iniziale egocentrismo. Il bambino passa fisiologicamente attraverso un periodo in cui ogni cosa gli appartiene, o per lo meno in cui ogni cosa è di sua potenziale proprietà. In questo periodo dello sviluppo, "essere privato di" ha per lui un significato, mentre "prendere a" o "rubare" non ha nessun significato. La nozione di furto richiede, oltre ad uno sviluppo sufficiente del concetto di proprietà, di limite del sé e dell'altro, lo sviluppo del concetto morale di bene e di male, con tutte le sue implicazioni socioculturali. Ed è solo nell'epoca in cui la socializzazione comincia ad avere un significato per il bambino, cioè verso i 6-7 anni, che la condotta di furto può essere chiamata così, non solo dall'osservatore, ma dal bambino stesso.

Il luogo del furto è dapprima domestico: il bambino ruba in casa ghiottonerie o monete ai genitori o ai fratelli; poi il cerchio dei latrocinii si estende ai vicini o agli amici, alla scuola (capi di abbigliamento), al club sportivo, infine alla strada e ai grandi magazzini, in particolare gli scaffali dei supermercati. Gli oggetti rubati, inizialmente anodini e significativi delle richieste del bambino (caramelle, cibo, piccoli giochi), con l'età diventano rapidamente più utili: il furto di denaro può raggiungere somme importanti, oggetti desiderati o talvolta collezionati, bicicletta quindi motorino, fino a giungere alla macchina nell'adolescente. L'utilizzazione dell'oggetto rubato è molteplice. Talvolta questo è direttamente consumato o utilizzato. Altre volte è attentamente nascosto. *Nelle situazioni di carenza affettiva* vi è un rimando alla figura genitoriale materna.

Donald Winnicott (Winnicott, 1969) sottolinea a questo proposito che *"il bambino che ruba un oggetto non cerca l'oggetto rubato, ma cerca la madre sulla quale ha dei diritti"*. Quando la madre viene meno al bambino, quest'ultimo ritiene di avere dei diritti su di lei: il furto – dal punto di vista di una terza persona – è per lui solo la giusta riappropriazione di un bene suo. Winnicott, insiste sul significato non sempre negativo del furto: persiste una rivendicazione in una situazione di privazione affettiva, una speranza verso l'oggetto. È assai importante non deludere questa attesa.

È proprio partendo da questo sentimento di iniziale mancanza (reale o immaginaria da parte del bambino) e di reazione dei genitori ai primi furti che questa condotta acquista un significato nella sua organizzazione psicopatologica. Ancora una volta, all'interno dei processi mentali di interiorizzazione della legge parentale (prima materna, quindi paterna) e della legge sociale, vale a dire l'organizzazione progressiva del Super-Io, il furto si colloca in un *continuum* che va da un'estremità che si caratterizza dall'eccessivo rigore super-egoico, da cui il minore non può liberarsi, all'altro estremo, caratterizzato dalla assenza totale di istanza critica il cui risultato è una condotta antisociale. La rivendicazione di un affetto o di una autorità assume sovente le tinte del senso di colpa nei figli di genitori separati.

Nelle inchieste francesi (Choquet e Ledoux, 1994), il tabagismo precoce – definito come il consumo quotidiano di 10 o più sigarette – appare come uno dei più importanti fattori di rischio per ulteriori difficoltà psicopatologiche (abuso di altre sostanze, difficoltà scolastiche e abbandono precoce degli studi, disturbi comportamentali e condotte delinquenti). Il ruolo dei coetanei è essenziale, soprattutto per quanto riguarda l'iniziazione al consumo, mentre per la continuazione del consumo il ruolo di quegli stessi coetanei è incerto (Ledoux e coll., 2000).

Tutti gli studi epidemiologici condotti nei diversi Paesi (Francia, Paesi scandinavi, Stati Uniti, Russia, ecc.) mettono in luce alcuni dati comuni. Nel bambino il primo contatto con l'alcool avviene in famiglia, in occasione di feste e cerimonie (matrimoni, anniversari, ecc.) contrariamente all'alcolismo negli adolescenti che bevono tra loro nel gruppo dei pari. L'età di inizio della prima assunzione è sempre precoce: 7, 8, 9, anni sono le età riportate frequentemente. Questo punto è tanto più inquietante in quanto l'età di esordio dell'assunzione sembra giocare un ruolo nella futura assunzione impropria dell'adulto. Così, tra i giovani di 11-12 anni che cominciano ad assumere alcool, si riscontra un 13,5% che comincia ad abusarne e un 15,9% che soddisfa i criteri di dipendenza da alcool dieci anni più tardi (Dewitt e coll. 2000). Questi valori sono rispettivamente del 2% e dell'1% quando l'assunzione è iniziata a 19 o più anni. Segnalo, tuttavia, che la correlazione è più difficile da affermare quando si ha un esordio precoce nella assunzione di alcool, prima di 10 anni di età (si tratta di una difficoltà ad ottenere dei dati affidabili in ragione della dimensione sovente ridotta dei campioni).

In termini di prevalenza, una percentuale non trascurabile di bambini beve regolarmente: birra a tavola il 6,4% tra i 6-10 anni, vino l'1,3%. Fra gli 11 e i 13 anni, il 30% dei ragazzi, il 21% delle ragazze assumono alcool in modo occasionale e il 5% dei ragazzi e il 2% delle ragazze bevono regolarmente alcool (Choquet e Ledoux, 1994). Queste cifre sono rimaste costanti dal 2003 (ESPAD 2003).

A livello di fattori di rischio, i fattori ambientali sembrano giocare un ruolo preponderante. I ragazzi crescono generalmente in un ambiente psicosociale gravoso. Sovente la madre è sola e il padre, abitualmente, è ubriaco quando torna a casa. Da qui sembrerebbero derivare le frequenti condotte di disadattamento a casa e a scuola.

Bande ed effetto branco

Il gruppo dei pari svolge una funzione fondamentale durante l'adolescenza. Il gruppo dei coetanei si pone come un fattore di sviluppo essenziale che aiuta in molti dei compiti evolutivi tipici di quest'età, in particolare nell'allentamento dei legami familiari infantili e nella progressiva acquisizione di una identità sociale e sessuale. Lo scopo dei gruppi giovanili, quindi, è quello di favorire il passaggio dei suoi membri dall'età infantile ai compiti e alle responsabilità della vita adulta. Tuttavia, come sostiene Muratori (2005), in alcune situazioni il gruppo perde questa funzione propulsiva e assume la forma di una "aggregazione patologica" soggetta a un passaggio rapido ed irreflessivo degli impulsi violenti dalla fantasia al comportamento concreto. Il fenomeno della violenza perpetrata da gruppi di adolescenti sta ricevendo sempre più attenzione da parte dei media. Si sente sempre più parlare, spesso impropriamente, di "baby gang" o "bande giovanili"; in realtà si tratta di etichette che si riferiscono a fenomeni propri di altre nazioni.

Questo tema è stato trattato da molti autori di diverse discipline; tra gli psicoterapeuti il primo lavoro sistematico è stato quello di Salvador Minuchin nel lontano 1967, *Families of the slums*.

Da questi studi sono emerse le caratteristiche distintive di una *gang* rispetto ad altri gruppi giovanili. Questa presenta una chiara struttura gerarchica interna, è guidata da un leader carismatico ed è connotata da una fortissima coesione tra i membri. Generalmente controlla un territorio ben definito, che di solito coincide con il quartiere dove la banda ha avuto origine.

Nella realtà italiana, questa tipologia di gruppo violento è molto meno diffusa rispetto alla realtà americana ed è quasi esclusivamente limitata ad alcune zone caratterizzate da povertà, basso livello culturale e degradazione sociale: sono le bande di quartiere, spesso motorizzate e caratterizzate da un consumo precoce di sostanze. Secondo Maggiolini e Riva (1998), si tratta soprattutto di gruppi di giovani annoiati che cercano di impegnare il tempo e di divertirsi. Di solito, sono gruppi di compagni di scuola o di ragazzi che frequentano abitualmente lo stesso luogo di ritrovo

Trattamento

Per i bambini e gli adolescenti con problemi di condotta e di aggressività il trattamento è basato su un modello socio-cognitivo scientificamente fondato, relativo alle modalità di elicitazione della rabbia e ai processi attraverso i quali questa sfocia in risposte aggressive. Va operata una distinzione tra i deficit cognitivi, che si riferiscono a inabilità in specifiche attività cognitive, e le distorsioni cognitive, che si riferiscono, invece, alle percezioni erronee e/o disfunzionali dei soggetti con problemi di aggressività.

Tale modello socio-cognitivo rende evidente il fatto che, quando il bambino incontra uno stimolo potenzialmente attivante la rabbia, sono soprattutto i processi di percezione e di valutazione che questi compie ad influenzare le sue reazioni emozionali e fisiologiche, piuttosto che l'evento in quanto tale.

Queste percezioni e valutazioni possono essere accurate o inaccurate e, in larga parte, sono influenzate dalle iniziali aspettative del soggetto, che filtrano la percezione della situazione e orientano l'attenzione selettiva a specifici aspetti, o stimoli, dell'evento attivante. Se il bambino ha interpretato l'evento come minaccioso, provocatorio o frustrante, sperimenterà un'attivazione neurovegetativa intensa e successivamente adotterà uno specifico set di attività cognitive dirette a decidere circa un opportuno corso di azione per rispondere all'evento stesso, altamente influenzate dalla valutazione iniziale e dal relativo arousal.

L'arousal interno, infatti, ha un'interazione reciproca con i processi di valutazione del bambino, dal momento che egli deve interpretare ed etichettare le connotazioni emotive di tale attivazione neurovegetativa ed anche in ragione del fatto che l'accresciuta attivazione emotiva focalizza l'attenzione del bambino soprattutto sugli stimoli associati con possibili minacce, egli tenderà molto frequentemente a sentirsi arrabbiato. Questi tre insiemi di attività interne – (1) percezione e valutazione, (2) attivazione neurovegetativa e (3) problem-solving interpersonale – contribuiscono alle risposte comportamentali del bambino e alle successive conseguenze che egli elicitava da parte dei coetanei e degli adulti e che sperimenta internamente come auto-valutazioni. Le reazioni da parte delle altre persone possono poi diventare degli eventi stimolo, che danno vita ad un nuovo ciclo, attraverso circuiti di feedback, diventando ricorrenti unità comportamentali, collegate tra loro.

Non di rado può essere utile concentrare l'attenzione sulle cognizioni dei genitori e degli insegnanti piuttosto che su quelle dei bambini. In generale, i genitori possono fare attribuzioni pessimistiche riguardo al *locus of control* del problema, la sua stabilità e la sua possibile risoluzione. Per esempio, le madri di bambini con problemi comportamentali tendono a credere che la causa (e di conseguenza la soluzione) delle difficoltà del figlio riguardi il bambino e a sottovalutare il ruolo giocato da uno o entrambi i genitori, o alla loro interazione. Le attribuzioni materne, infatti, tendono a focalizzarsi su caratteristiche stabili e disposizionali del bambino, come spiegazione primaria delle sue difficoltà. Le madri potrebbero pensare, per esempio, (a) che i loro bambini siano responsabili dei loro comportamenti; (b) che il bambino intenzionalmente si comporti male manifestando rabbia o ripicche/dispetti nei confronti dei genitori e (c) che i problemi del bambino siano relativamente non modificabili o incontrollabili.

In altre parole, i genitori dei bambini con tali problemi potrebbero non accettare facilmente la premessa che le loro pratiche genitoriali abbiano giocato un ruolo importante nello sviluppo dei problemi o che possano essere usate per modificare l'attuale situazione. Inoltre, alcuni genitori non si sentono competenti o capaci di fronteggiare il comportamento del bambino e sperano che il terapeuta si assuma la piena responsabilità di aiutare il figlio. In altri casi, alcuni genitori ritengono che i problemi del bambino siano totalmente causati da loro, perché non sono "bravi genitori".

Le attribuzioni genitoriali negative e pessimistiche sono da tenere in debito conto, dal momento che, non solo generano stati emotivi negativi nei genitori (per esempio rabbia e frustrazione), ma li inducono anche ad assumere delle pratiche disciplinari fallimentari o peggiorative.

BIBLIOGRAFIA

Camaioni L. (1993), *Manuale di psicologia dello Sviluppo*. Bologna. Il Mulino

Campbell S.B. (2002), *Behavioral problems in preschool children. Clinical and developmental issues*. New York: Guilford

Caspi et al. (2002). *Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children*. *Science*, 297, 851-854.

Cicchetti D., Cohen D.J. (a cura di) (1994), *Manual of development psychopathology*. New York: John Wiley.

Choquet M., Ledoux S. (1994): *Adolescents, enquete nationale. Analyses et prospective*. Inserm, Paris.

Deklyen M., Speltz M.L. (2001): *Attachment and conduct disorder*. In J. Hill et B. Maughan, *Conduct disorder in childhood and adolescence* (pp. 320-345).

Dewit D.J., Adlaf E.M., Offord D.R., Oghorne A. C. (2000): *Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders*. *Am. J. Psychiatry*, 2000, 157 (5), 745-750.

ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs): *Premiers resultants en France. Observatoire francaise des drogues et des toxicomanies*. www.ofdt.fr, 2004.

Ferreira A. (1963), *Family Myths and Homeostasis*, in "Archives of General Psychiatry", 9, pp.457-63

Id. (1966), *Family Myths*, in "Psychiatric Research Report", 20, pp. 85-90 (trad. It. *Miti familiari*, in P. Watzlawick, J. Weakland, a cura di, *La prospettiva relazionale*, Astrolabio, Roma, 1978, pp.47-54)

Freud Anna (1996), *Lezioni a Harvard. Il bambino, il suo ambiente, il suo sviluppo psichico*, Raffaello Cortina Editore

Maggiolini A., Riva E. (1998), *Adolescenti trasgressivi. Il significato delle azioni devianti e le risposte degli adulti*. Milano. Franco Angeli

Muratori F. (2005), *Ragazzi violenti*. Bologna. Il Mulino

Satterfield J. H., Hope C., Schell A.M. (1997), *A prospective study of delinquency in 110 adolescent boys with attention deficit disorder and 88 normal adolescent boys*. *American Journal of Psychiatry*, 139, 195-198.

Scabini E., Iafrate R.,(2003), *Psicologia dei legami familiari*. Bologna. Il Mulino

Shaw, Bell, Gilliom (2000), *A truly starter model of antisocial behavior revisited*. *Clinical and developmental issues*. New York: Guilford.

Shaw et al. (2001), *Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 36-43.

Stainback W.C., Stainback S. B. (1993), *La gestione avanzata dell'integrazione scolastica. Nuove reti organizzative per il sostegno*. Trento: Erickson.

Winnicott D.W., *De la pédiatrie à la psychanalyse: la tendance antisociale*. Payot, Paris, 1969, pp.175-184.