

Il bambino “aggressivo”

ANGELO SPATARO

Pediatra di famiglia, Palermo

Il pediatra, nella sua attività quotidiana, riscontra sempre più spesso nei bambini disturbi del comportamento. Di fronte a questa realtà ci chiediamo come si possa intervenire per ridurre l'entità di questo fenomeno. Le cause sono molteplici e gli interventi dovrebbero quindi avvenire a più livelli. Ma quello che deve cambiare è soprattutto lo stile educativo dei genitori, e questo cambiamento dipende da una profonda riflessione che il genitore stesso deve fare sull'importanza del suo ruolo nella crescita psichica, emotiva e sociale del proprio figlio.

Nel cervello umano, così come in quello di molti mammiferi, soprattutto dei primati, esiste un forte impulso ad aiutare gli altri. A differenza dei mammiferi, i rettili non mostrano il minimo segno di condivisione di sentimenti e infatti arrivano a divorare i propri piccoli. Che cosa spinge gli esseri umani a condividere i sentimenti degli altri, ad aiutare gli altri, ad avere compassione degli altri? Si chiama empatia questa capacità di condivisione dei sentimenti, che inizia a svilupparsi fin dalle prime epoche della vita grazie a quel processo che D. Stern¹ definisce sintonizzazione affettiva tra madre e figlio, fatto da ripetuti scambi di sguardi e di affettuosità, che permette la lettura reciproca dei sentimenti e che sta alla base dell'intersoggettività, cioè della possibilità che gli stati mentali del bambino siano letti e mentalizzati dalla madre e viceversa, forma di interazione precoce fra individui e fondamento delle relazioni presenti e future². Ma nel cervello umano non esistono soltanto sentimenti di altruismo; così come esiste la predisposizione ad aiutare gli altri, esiste anche la predisposizione ad aggredire gli altri.

Una percentuale considerevole di bambini e ragazzi, infatti, mette in atto in maniera costante atti di prevaricazione verso i coetanei e/o verso gli adulti. Il comportamento aggressivo dei bambini ha alla base fattori genetici, modelli di apprendimento sociale parentali ed extraparentali devianti e una scarsa abilità sociale che si traduce

THE “AGGRESSIVE” CHILD

(Medico e Bambino 2012;31:31-34)

Key words

Aggressiveness, Oppositional defiant disorder, Conduct disorder, ADHD, Bullishness

Summary

On the one hand human brain is drawn to empathy, identification with the others and altruism (developed during the symbiotic interaction mother-child), on the other hand to an aggressive component of bullying for hierarchical aims. The interaction with the father and generally with parents, and later with the school, will moderate these impulses, thus enabling the development of a social intelligence.

The disorders caused by the aggressive component are: ODD, Oppositional Defiant Disorder, which appears at an early age and is often associated with ADHD, and CD, Conduct Disorder, which appears later and is rarer (3%), may derive from the first one and is at the base of anti-social behaviours.

The safe relationship with the mother, a balanced, neither too perfectionist nor too complaisant family and authentic affection are the protective components.

in una errata interpretazione dei segnali provenienti dall'esterno. La causa fondamentale del disturbo del comportamento va ricercata, secondo la maggioranza degli Autori, nel contesto familiare e in particolare negli stili educativi errati caratterizzati da permissivismo, incoerenza, iperprotezione, eccessivo uso di punizioni. Per arginare quindi questo fenomeno occorre innanzitutto un cambiamento del ruolo esercitato dai genitori.

L'AGGRESSIVITÀ

Il termine *aggressività* deriva dal latino *adgredior* che significa *avvicinarsi a qualcuno o a qualcosa, intraprendere, cercare di ottenere* ma anche *assali-*

re, accusare con intenzioni alternativamente positive e negative. Quindi alla base dell'*aggressione* troviamo un desiderio, una necessità di soddisfare un bisogno che può avere un significato costruttivo o distruttivo³. Fino all'età di sei-sette mesi i genitori approvano tutto quello che il bambino compie. All'età di otto-nove mesi il bambino ha già imparato a strisciare e a stare in verticale e, successivamente, all'età di dodici mesi, inizia a camminare e ad esplorare il mondo spinto da un impulso istintivo e senza capacità di auto-controllo. I genitori devono ora limitare l'azione del bambino e quindi devono per la prima volta pronunciare la parola “no”^{3,4}. Da qui le proteste del bambino che si oppone ai limiti imposti dal genitore, interpretati come un impedi-

mento a conquistare la propria autonomia. Quindi affiorano nel bambino sentimenti di frustrazione e di rabbia che manifesta con irrequietezza motoria, grida, calci a cose e persone. Anche durante il gioco il bambino non riesce a controllare il proprio istinto aggressivo, per cui “strappa” un oggetto da lui desiderato dalle mani di un altro bambino. Solo successivamente, quando avrà acquisito le abilità sociali, emotive e cognitive proprie di un’età più matura, non agirà più in modo impulsivo e aggressivo ma imparerà ad essere ponderato nelle azioni, a usare il linguaggio per manifestare le proprie esigenze; imparerà ad acquisire la capacità di differire il bisogno o di rinunciare ad esso, svilupperà cioè quella che gli psicologi definiscono *intelligenza sociale*, una intelligenza che conduce l’individuo a instaurare rapporti “intelligenti” con le altre persone, di comprensione, di cooperazione, di simpatia e di aiuto⁵. Nel corso della vita esisterà sempre una forma di “aggressività distruttiva” occasionale, ma soprattutto esisterà una “aggressività costruttiva”, grazie alla quale l’individuo affermerà la propria identità mediante comportamenti più evoluti, basati sulle capacità verbali e sociali.

Aggressività “patologica”

All’inizio della sua carriera di psicoanalista e psichiatra infantile Bowlby⁶ fu attirato dal problema della delinquenza infantile. Studiando alcuni giovani delinquenti, constatò in essi una situazione sociale disgregata e soprattutto l’assenza di una famiglia su cui poter contare. Secondo Bowlby risultava di fondamentale importanza, nelle prime epoche della vita, la creazione di una forma di *attaccamento sicuro* tra madre e bambino. Ainsworth⁷, proseguendo il lavoro di Bowlby, affermava che la presenza di un forte attaccamento tra madre e figlio costituiva per il bambino una *base sicura* per l’esplorazione del mondo circostante, per l’acquisizione delle regole dell’interazione con gli altri, per la comprensione delle intenzioni e delle emozioni degli altri e per lo sviluppo di sentimenti di empatia e fiducia in se stessi. La creazione di una base sicura sem-

brava dipendere, secondo l’Autrice, dalla quantità di tempo che la madre passa con il suo bambino, dalla qualità del rapporto che si instaura tra madre e figlio, dall’interesse mostrato dalla madre al comportamento del bambino e, infine, dal piacere che essa trae dall’allattamento al seno. Forme di *attaccamento insicuro* dovute alla presenza di madri rifiutanti, colleriche, ostili, insensibili alle richieste dei figli o, al contrario, intrusive e ipercontrollanti, e *stili educativi* errati, caratterizzati da permissivismo, incoerenza, rifiuto, disinteresse, uso eccessivo di punizioni, iperprotezione provocano nei bambini impulsività, incapacità di controllare i sentimenti, comportamenti negativisti e ostili, violenze fisiche e psicologiche, bassa autostima e, nella tarda fanciullezza e nell’adolescenza, scarsa autonomia, difficoltà relazionali con i coetanei e con gli adulti, difficoltà a stabilire relazioni affettuose con l’altro sesso, comportamenti antisociali, alcolismo, tabagismo, uso di sostanze, disturbi d’ansia, depressione⁸.

IL DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO E IL DISTURBO DI CONDOTTA

Secondo la classificazione del DSM-IV⁹ questi due disturbi rientrano nel capitolo “Disturbi da deficit di attenzione e da comportamento dirompente”. Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD), spesso associato al disturbo oppositivo provocatorio, non ha le caratteristiche di un disturbo “aggressivo”, a differenza degli altri due disturbi, disturbo oppositivo provocatorio (DOP) e disturbo di condotta (DC), che presentano invece dei comportamenti “esternalizzanti inopportuni” verso oggetti e persone. Spesso tra normalità e patologia esiste un confine molto sottile che diventa quasi impercettibile quando si analizzano i comportamenti del bambino. Il DOP, ad esempio, è caratterizzato da modalità di comportamenti ostili, negativisti, provocatori, che nei primi anni di vita sono del tutto normali. Il bambino molto piccolo infatti, come abbiamo visto, con

l’aggressività esprime il cosiddetto *egoismo infantile* che possiamo definire fisiologico e che serve per potere imparare a distinguere il sé dagli altri, a diventare autonomo, a capire le regole sociali. All’ingresso a scuola, intorno ai tre-quattro anni di età, cominciano a comparire però i primi sintomi del disturbo. Prima degli otto anni e, in genere, non più tardi dell’adolescenza, il quadro è completo. Il comportamento scontroso, oppositivo, litigioso, vendicativo, si presenta amplificato e tale da compromettere in modo “ clinicamente significativo e persistente il funzionamento sociale, scolastico e lavorativo ”¹⁰. Si tratta di una forma di aggressività prevalentemente verbale verso i coetanei e verso gli adulti. I compagni cominciano ad avere paura delle reazioni aggressive del bambino con DOP e lo allontanano dal gruppo. Secondo le statistiche il DOP si presenta in percentuali che variano dal 3% al 5% dei campioni analizzati⁹. Il 25% circa dei soggetti diagnosticati come affetti da DOP dopo alcuni anni non possono essere classificati come tali in quanto non soddisfano più i criteri del DSM-IV. Nel 75% dei casi il disturbo persiste. In questi bambini i comportamenti oppositivi e provocatori potranno restare stabili nel tempo o potranno anche evolversi in un DC⁹. Il DC è una forma più grave di comportamento antisociale in quanto determina la violazione dei diritti altrui e delle norme sociali con atti di prepotenza e minaccia, colluttazioni fisiche, uso di armi, furti, distruzione della proprietà altrui. La “modalità del comportamento è ripetitiva e persistente ed è causa di compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico e lavorativo”⁹. I dati ci dicono che il 3-5% dei ragazzi presentano i comportamenti tipici di questo disturbo⁹. Se il disturbo esordisce prima dei 10 anni, il decorso è grave; in questi casi il disturbo è spesso preceduto da un DOP, le aggressioni fisiche sono frequenti, è molto probabile che il disturbo persista e si trasformi nell’età adulta in *disturbo antisociale di personalità*. Il disturbo che esordisce dopo i dieci anni ha meno probabilità di manifestarsi con aggressioni fisiche, non compromette in modo significativo il rapporto

con i compagni, ha meno probabilità di persistere e di evolvere in un *disturbo antisociale di personalità*⁹.

IL BULLISMO

Per le particolari peculiarità comportamentali e per le dinamiche relazionali che si instaurano all'interno del gruppo sociale, il *bullismo* è una forma di devianza antisociale diversa dal *disturbo da comportamento dirompente* (DCD). Il bullismo è una particolare situazione relazionale intenzionale, continua e persistente, caratterizzata da una oppressione esercitata da un soggetto prevaricatore più potente, definito *bullo*, ai danni di soggetto prevaricato percepito come più debole, definito *vittima*³. Gli episodi di prepotenza si possono manifestare con diverse modalità: spingere, prendere a calci e pugni, graffiare, offendere e prendere in giro oppure escludere la vittima dal gruppo dei coetanei schernendola e calunniandola. Il bullo è un soggetto con un forte bisogno di dominare sugli altri, incapace di provare empatia. La sua popolarità presso i coetanei è nella media o addirittura al di sopra di essa, circondato e aiutato dai cosiddetti *bulli gregari* e da *spettatori* che, pur rimanendo nel silenzio, di fatto incoraggiano il bullo a compiere atti di prevaricazione. I soggetti implicati nel fenomeno del bullismo sono bambini e adolescenti in una fascia di età compresa fra i 7 e i 16 anni. Da un'indagine condotta su un campione risulta che il 15,5% degli alunni della scuola elementare e l'8,9% degli alunni della scuola media dichiarano di subire costantemente atti di bullismo¹⁰. Nelle scuole superiori i casi diminuiscono ulteriormente, con una percentuale di ragazzi che va dal 2,5% all'1,9% che dichiara di subire in maniera costante offese e prepotenze¹¹. Dopo l'età adolescenziale i casi di bullismo diminuiscono notevolmente, però gli atti di prevaricazione residui esercitati da alcuni si protraggono nel tempo e si manifestano in tutti gli ambienti fino ad arrivare a comportamenti devianti e antisociali caratterizzati da crimini, furti, atti di

vandalismo, alcolismo e abuso di sostanze. Le *vittime* manifestano sentimenti di bassa autostima e di insicurezza, si isolano, spesso abbandonano la scuola e soffrono di ansia e di depressione³.

LE CAUSE

Ma perché esistono bambini e adolescenti permanentemente cattivi e lesivi nei confronti degli altri? Che cosa c'è alla base di questi comportamenti devianti? I bambini con un DCD sono uguali ai bambini *bulli*? Lorenz¹² sostiene che l'aggressività sia un *istinto innato*, appartenente cioè al patrimonio genetico dell'uomo, necessario per la conservazione della specie. Bandura¹³ sostiene invece la teoria dell'*apprendimento sociale* secondo la quale, nel determinare un comportamento aggressivo, hanno rilevanza fattori ambientali, parentali ed extra-parentali. L'apprendimento per osservazione dei modelli parentali determina così un bagaglio comportamentale che può rinforzare un comportamento aggressivo innato. Nello studiare il comportamento aggressivo, Dodge¹⁴ ha analizzato l'aspetto cognitivo e afferma che i bambini aggressivi hanno un *deficit di abilità sociale*, nel senso che essi sono "prevenuti" nei confronti delle azioni e delle situazioni attribuendo ad essi un significato di provocazione; commettono cioè degli errori nel processo di interpretazione dei segnali sociali, pongono in atto risposte nettamente sproporzionate e non riescono a valutare le conseguenze delle loro azioni violente.

Secondo la maggior parte degli Autori fra i fattori che generano il comportamento aggressivo gioca un ruolo di primo piano il contesto familiare³. Nella famiglia odierna sia i padri che le madri assumono spesso atteggiamenti di rinuncia del loro ruolo educativo e sono incapaci di trasmettere ai figli norme e valori ben precisi da rispettare e confini ben delimitati tra ciò che si può fare e ciò che non si può fare. I bambini con DCD hanno generalmente genitori che esercitano metodi educativi ora autoritari, im-

nendo il loro volere con punizioni, insegnando così ai figli a utilizzare la prepotenza per prevaricare il prossimo; ora iperprotettivi, suscitando comportamenti di ribellione; ora permissivi, senza regole definite, inducendo quindi nei figli comportamenti aggressivi e di ribellione alle figure dotate di autorità. Le famiglie dei *bulli* sono descritte come fredde e rigide, dove spesso viene esercitata violenza fisica e psicologica e dove vige una severa disciplina fatta di obblighi e divieti che i figli devono rispettare senza discutere. La comunicazione fra i componenti della famiglia è scarsa, priva di calore e di segnali di affetto. A volte è proprio la famiglia a rinforzare il comportamento aggressivo del bambino in quanto interpretato come manifestazione che può condurre a un vantaggio sociale³.

Ma i bambini con DCD e i bambini *bulli* come valutano se stessi e le loro azioni? Sono contenti del loro modo di essere? I bambini con DCD non riescono a instaurare rapporti con i coetanei e con gli adulti in quanto il loro comportamento prevaricatore e ostile suscita fastidio e paura. Vengono quindi allontanati dal gruppo e non riescono a sviluppare quelle competenze sociali necessarie per vivere in una comunità. A un'analisi superficiale potrebbe sembrare che essi provino piacere nel suscitare il pianto dei compagni. I bambini affetti da DCD invece non vivono una vita felice e serena e non sono contenti dell'opinione che gli altri hanno di loro. Si considerano incapaci, indegni di essere amati dagli altri a causa del loro comportamento che non sono in grado di cambiare perché il contesto familiare diseducativo condiziona permanentemente il loro comportamento che è caratterizzato dal procurare il male in risposta al male ricevuto in famiglia. Sviluppano quindi una bassa autostima che li conduce a sottovalutarsi, a ritenersi incapaci di amare e di essere amati³.

Il *bullo*, al contrario, è un soggetto spavaldo e dispotico che ama atteggiarsi a capo, dominare i più deboli con atteggiamenti violenti. Vuole essere apprezzato e temuto per quello

che fa e vuole circondarsi di amici ma a condizione che accettino la sua superiorità. A differenza quindi dei bambini con DCD che non godono di successo e vengono allontanati dal gruppo dei coetanei, i bambini *bulli*, anche se scartati da molti compagni, godono di popolarità, contano sull'appoggio dei seguaci e hanno quindi una immagine di loro stessi abbastanza positiva dalla quale troverà giovamento anche la loro autostima che verrà mantenuta a livelli sufficientemente alti. Le *vittime* sono generalmente bambini timidi, insicuri, con scarsa autostima, a volte portatori di handicap o particolarmente bravi a scuola, appartenenti a famiglie normali ma spesso con genitori iperprotettivi che, con il loro atteggiamento, ostacolano la loro crescita emotiva e sociale³.

CONCLUSIONE

Secondo gli studiosi i comportamenti aggressivi sono in continuo aumento perché viviamo in una società il cui obiettivo principale è il raggiungimento a tutti i costi del benessere economico, del successo nella politica, nello spettacolo, nello sport, e che sembra tollerare le prepotenze esercitate dai più forti sui più deboli. I programmi televisivi, i film e i videogame fanno ricorso all'uso di linguaggi volgari e di comportamenti violenti che i bambini fanno propri per prevalere sugli altri. Oggi prevalgono famiglie in cui vengono adottati stili educativi caratterizzati da permissivismo, incoerenza, metodi punitivi, iperprotezione, da cui conseguono nei figli scarse abilità sociali, difficoltà a esprimere le proprie idee e i propri sentimenti, incapacità di rispettare i diritti degli altri e di sapere perdonare. Esistono inoltre genitori che consentono le condotte aggressive dei figli al fine di farli prevalere sugli altri. Che cosa deve cambiare per limitare la crescita di questo fenomeno? Occorre innanzitutto un cambiamento del ruolo esercitato dai genitori. I genitori devono *educare* i figli al rispetto degli altri, devono porre dei limiti e insegnare le regole della convivenza sociale; devo-

no insegnare ai figli con le parole, ma soprattutto con l'esempio che i veri valori sono l'amicizia e il rispetto del più debole. I genitori non devono essere né autoritari né iperprotettivi né permissivi, ma genitori che "stanno nel mezzo", genitori "quasi perfetti", come afferma Bettelheim: Per essere dei genitori "quasi perfetti" occorre riuscire a sentirsi sicuri di sé come genitori, sicuri nel rapporto con il figlio. Talmente sicuri che, pur usando la massima attenzione nel trattare il figlio, non ci si preoccupi più di tanto, e non ci si senta in colpa all'idea di essere genitori "quasi perfetti". La sicurezza del genitore sarà l'origine della sicurezza del bambino¹⁵. Non bisogna cercare di essere genitori perfetti e non bisogna aspettarsi che perfetti siano i figli. Il genitore deve essere "quasi perfetto", scrive Bettelheim, rifacendosi al concetto di "genitori passabili" di Winnicott¹⁶, deve cioè mettersi nei panni dei loro figli, cercando di comprenderne le ragioni e costruire in questo modo un profondo rapporto di comunicazione, premessa per una buona crescita psichica, emotiva e sociale del figlio.

Indirizzo per corrispondenza:

Angelo Spataro
e-mail: spataro.angelo@alice.it

Bibliografia

1. Stern D. Il mondo interpersonale del bambino. Torino: Bollati Boringhieri Ed. 1987.
2. Scrimali T, Alaimo SM, Grasso F. Dal sintomo ai processi. Milano: Franco Angeli Ed. 2007:365-6;413-4.
3. Civita A. Il bullismo come fenomeno sociale. Milano: Franco Angeli Ed. 2006:9-25;49-52.
4. Piergiorganni MG, Salinardi G. Touchpoint e teoria dell'attaccamento (parte II). *Medico e Bambino* 2010;29:537-8.
5. Goleman D. *Intelligenza sociale*. Milano: Rizzoli Ed. 2006:89-91;166-7.
6. Bowlby J. Forty-four juvenile thieves: their characters and home-life. *Int J Psychoanal* 1944;25:19-53;107-28.
7. Ainsworth MDS. Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità. *Scritti scelti*. Milano: Raffaello Cortina Ed. 2006.
8. Piergiorganni MG, Salinardi G. Touchpoint e teoria dell'attaccamento (parte I). *Medico e Bambino* 2010;29:468-72.

MESSAGGI CHIAVE

- Alla base dell'aggressione troviamo un bisogno, che può essere costruttivo o distruttivo. Spetta alla famiglia orientarlo in senso positivo, nella costruzione di quella intelligenza sociale che si basa anche sui "no" e sull'interazione non detta tra genitori e figli. L'acquisizione di una "base sicura" sembra prevenire i comportamenti dissociati.
- Il disturbo oppositivo provocatorio (DOP) e il disturbo di condotta (DC) costituiscono dei comportamenti externalizzanti inopportuni. Il DOP di solito (incidenza tra 3% e 5%) prima degli 8-10 anni può correggersi o procedere in DC, più severo e socialmente disturbante.
- Il bullismo è una piaga che ferisce duramente dal 10% dei bambini alle elementari al 2% degli adolescenti alle superiori. Deriva dall'ormai stabile "bisogno di aggressività" di alcuni, bisogno che a sua volta costituisce un difetto, un deficit di "abilità sociale" e una fonte di infelicità.
- Bullismo e DC sono frutto di modelli educativi eccessivamente autoritari, ovvero eccessivamente permissivi.
- I genitori non devono essere né autoritari né iperprotettivi, ma "stare nel mezzo", essere "sufficientemente buoni", "non preoccuparsi troppo", non "sentirsi in colpa". La sicurezza dei genitori sarà alla base della sicurezza dei bambini.

9. Rapoport J, Ismond D. DSM-IV. Milano: Masson Ed. 2002;22:131-43.
10. Fonzi A. Il bullismo in Italia. Prato: Giunti Ed. 1997.
11. Marini F, Mameli C. Bullismo e adolescenza. Roma: Carocci Ed. 2005.
12. Lorenz K. Il cosiddetto male. Per una storia naturale dell'aggressione. Milano: Adelphi Ed. 1989.
13. Bandura A, Ross D, Ross SA. Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *J Abnorm Soc Psychol* 1961; 63:575-82.
14. Dodge KA. A social information processing model of social competence in children. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Ed. 1986.
15. Bettelheim B. Un genitore quasi perfetto. Milano: Feltrinelli Ed. 2009:9-10.
16. Winnicott D. Dalla pediatria alla psicoanalisi. Prato: Giunti Ed. 2001:357-63.

