



ISSN: 2038-3282

Publicato il: 07 Ottobre 2013

©Tutti i diritti riservati. Tutti gli articoli possono essere riprodotti con l'unica condizione di mettere in evidenza che il testo riprodotto è tratto da www.qtimes.it

Registrazione Tribunale di Frosinone N. 564/09 VG

The various faces of disorder of the behaviour

I molti volti del disturbo della condotta

di Francesca Giangregorio

Insegnante

Francygiangregorio@libero.it

Abstract

Le manifestazioni aggressive sono l'espressione di un disagio personale non funzionale e coerente con il contesto nel quale si verificano. L'aggressività, infatti, non è sempre disfunzionale: vi è un'aggressività reattiva, che è atta alla difesa, diversa dall'aggressività proattiva, che ha carattere predatorio. Il Disturbo della Condotta costituisce un'alterazione del comportamento in cui l'aggressività è amplificata e deflagrante; investe la vita personale e sociale dell'individuo, con effetti che tendono a permanere nel tempo.

Parole chiave: disturbo della condotta, disagio, aggressività

Introduzione

Le manifestazioni aggressive sono l'espressione di un disagio personale non funzionale e coerente con il contesto nel quale si verificano. L'aggressività, infatti, non è sempre disfunzionale: vi è

un'aggressività reattiva, che è atta alla difesa, diversa dall'aggressività proattiva, che ha carattere predatorio. Il Disturbo della Condotta costituisce un'alterazione del comportamento in cui l'aggressività è amplificata e deflagrante; investe la vita personale e sociale dell'individuo, con effetti che tendono a permanere nel tempo. Si tratta di un disturbo complesso, che presenta molteplici elementi di comorbilità con altri disturbi. È perciò particolarmente importante per chi opera in campo educativo conoscerne le diverse caratterizzazioni, per evitare rischio di etichettature improprie, dettate dal senso comune o dal timore che l'aggressività può suscitare.

Il disturbo della condotta: la prospettiva del DSM-IV

Secondo il manuale diagnostico DSM-IV-TR l'espressione *Disturbo della condotta* (DC) indica un comportamento pervasivo caratterizzato da «atteggiamenti di tipo oppositorio - provocatorio, condotte aggressive verso persone o animali o cose, e condotte antisociali come furti, vandalismo, fughe» (Muratori, 2005, p. 87). Questa pervasività tende a mantenere il disturbo stabile nel tempo; non è infrequente, infatti, che – con il sopraggiungere dell'età giovane - adulta (ovvero dopo i 18 anni) – il disturbo della condotta possa degenerare nel disturbo antisociale di personalità.

Il DSM-IV pone il *Disturbo della condotta* «all'interno di una categoria più estesa di disturbi denominati Disturbi da comportamento dirompente, assieme ai Disturbi da deficit di attenzione e iperattività e al Disturbo oppositivo provocatorio» (Muratori, 2005, p. 89); da questa molteplicità nosografica deriva un profilo diagnostico composito, incentrato su quattro macrotipologie sintomatologiche, quali:

- l'aggressività diretta verso persone o animali;
- il furto e l'inganno;
- la distruzione di proprietà;
- la violazione di regole.

È opportuno sottolineare che le manifestazioni comportamentali tipiche del Disturbo della Condotta differiscono in base al genere; mentre i maschi si caratterizzano per aggressività fisica con fronteggiamento della vittima, furto, vandalismo, problemi di disciplina scolastica e violenza sessuale, nelle femmine si assiste a comportamenti come l'aggressività indiretta (cioè senza fronteggiamento della vittima), la menzogna, le assenze scolastiche, la fuga, l'uso di sostanze e la prostituzione.

Il periodo in cui insorge il DC ha valore prognostico e permette di individuarne – come specificato nel DSM-IV – due sottotipi: il *Tipo con Esordio nella Fanciullezza* e il *Tipo ad Esordio nell'Adolescenza*. Il primo, ovvero il *Tipo con Esordio nella Fanciullezza*, con insorgenza infantile, è caratterizzato dall'«l'esordio di almeno uno dei criteri caratteristici del Disturbo della Condotta prima dei 10 anni di età. I soggetti con Tipo ad Esordio nella Fanciullezza sono di solito maschi, mostrano frequenti aggressioni fisiche contro altri, hanno relazioni disturbate con i coetanei, possono aver avuto un Disturbo Oppositivo Provocatorio nella prima fanciullezza, e di solito hanno sintomi che soddisfano pienamente per Disturbo della Condotta prima della pubertà. Molti bambini con questo sottotipo presentano anche Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività. I bambini con Tipo ad Esordio nella

Fanciullezza hanno maggiori probabilità di avere un Disturbo della Condotta Persistente e di sviluppare un Disturbo Antisociale di Personalità rispetto ai soggetti con Tipo ad Esordio nell'Adolescenza» (Andreoli – Cassano – Rossi, 2007, p.112).

Il secondo tipo, *ad Esordio nell'Adolescenza*, al contrario, è «definito dall'assenza di tutti i criteri caratteristici del Disturbo della Condotta prima dei 10 anni di età. Rispetto a coloro che sono affetti dal Tipo ad Esordio nella Fanciullezza, questi soggetti hanno meno probabilità di manifestare comportamenti aggressivi e tendono ad avere relazioni con i compagni maggiormente nella norma (sebbene essi mostrino spesso problemi di condotta in compagnia di altri). Questi soggetti hanno meno probabilità di avere un Disturbo della Condotta persistente o di sviluppare da adulti il Disturbo Antisociale di Personalità. Il rapporto tra maschi e femmine affetti da Disturbo della Condotta è minore per il Tipo ad Esordio nell'Adolescenza che per il Tipo ad Esordio nella Fanciullezza» (Andreoli – Cassano – Rossi, 2007, p.112-113). Il valore di questa distinzione è di tipo prognostico, infatti è peggiore la prognosi delle forme ad insorgenza infantile rispetto a quelle la cui insorgenza si ha nell'età adolescenziale.

La diagnosi di *Disturbo della condotta* è possibile solo quando la *quantità*, l'*intensità* e la *frequenza* dei comportanti-problema sono tali da compromettere in maniera importante – tanto nell'ambito scolastico quanto nel contesto familiare – il funzionamento globale della persona.

LIVELLI DI À DEL DISTURBO DELLA CONDOTTA	
Lieve	I «problemi della condotta che vanno al di là di quelli richiesti per fare la diagnosi, se presenti, sono pochi, e i problemi di condotta causano danno relativamente lieve agli altri (per es., mentire, marinare la scuola, stare fuori la sera senza permesso)» (Andreoli – Cassano – Rossi, 2007, p.113);
Moderato	I «problemi della condotta e gli effetti sugli altri sono intermedi tra il lieve e il “grave” (per es., rubare senza affrontare la vittima, vandalismo)» (Andreoli – Cassano – Rossi, 2007, p.113);
Grave	Vi è la presenza di «molti problemi di condotta che vanno al di là di quelli richiesti per fare la diagnosi, oppure i problemi di condotta causano notevoli danni agli altri (per es., rapporti sessuali forzati, crudeltà fisica, uso di armi, furto con aggressione alla vittima, violazione di proprietà, scasso)» (Andreoli – Cassano – Rossi, 2007, p. 113).

Il Disturbo della Condotta: la prospettiva del Icd-10

Il sistema diagnostico europeo per le malattie mentali (Icd-10), in sostanziale accordo con la caratterizzazione sintomatologica presentata nel DSM-IV, prospetta a sua volta un elenco di 23 sintomi specifici, quali:

«1. Manifesta eccessi d'ira insolitamente frequenti o marcati per il suo livello di sviluppo.

2. Litiga spesso con gli adulti.
3. Mostra spesso disobbedienza alle richieste e agli ordini degli adulti.
4. Compie spesso azioni, apparentemente deliberate, che irritano gli altri.
5. Attribuisce spesso agli altri i propri errori e comportamenti sbagliati.
6. Presenta suscettibilità e facile irritabilità.
7. Mostra spesso risentimento ed ira.

8. È spesso dispettoso e vendicativo.
9. Mente o non mantiene le promesse allo scopo di ottenere cose o favori o di evitare obblighi.
10. Frequentemente provoca l'inizio di risse.
11. Ha usato armi che possono causare seri danni fisici agli altri.
12. Resta spesso fuori dopo il tramonto nonostante il divieto dei genitori (prima dei 13 anni).
13. Manifesta crudeltà fisica nei confronti delle altre persone (legando, ferendo, ecc.).
14. Mostra crudeltà fisica verso gli animali.
15. Distrugge volontariamente cose che appartengono agli altri.
16. Provoca incendi volontariamente con il rischio o l'intenzione di causare danni (2005, p. 91).

Per convesso, tra i due sistemi diagnostici si evidenzia una discrepanza di tipo nosografico; l'Icd-10 infatti attribuisce al *Disturbo della condotta* un codice identificativo indipendente rispetto a quello assegnato al Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD), classificando il Disturbo Oppositivo Provocatorio come una forma lieve di *DC*. Permane invece la distinzione tra *Disturbo della condotta* circoscritto al contesto familiare, *Disturbo della condotta* con socializzazione ridotta e *Disturbo della condotta* con socializzazione normale. Di particolare rilevanza è l'introduzione, da parte dell'Icd-10 della categoria diagnostica dei Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale. Ciò conferisce lo status di categoria nosografica indipendente a una realtà clinica che si osserva piuttosto frequentemente, costituita dall'associazione di un comportamento aggressivo, antisociale o provocatorio con evidenti sintomi emozionali. In particolare, mantiene chiaramente individuato all'interno di questi disturbi misti il Disturbo della condotta depressivo. Numerosi studi, effettuati attraverso l'adozione delle categorie del DSM – IV, corroborano la tesi proposta dall'Icd-10 circa un rapporto di continuità tra il DC e i disturbi emozionali.

- gravi.
17. Ruba oggetti di valore evitando di affrontare la vittima, dentro casa o fuori.
 18. Marina frequentemente la scuola.
 19. Scappa via da casa dei genitori o dei tutori.
 20. Commette un crimine che prevede il confronto con la vittima (scippo, estorsione, ecc.).
 21. Obbliga un'altra persona ad un'attività sessuale contro la sua volontà.
 22. Prevarica gli altri; ad esempio fa soffrire o offende volontariamente.
 23. Si introduce nelle case, negli edifici o nelle auto altrui» (Muratori ,

Comorbilità con i disturbi dell'umore e i disturbi d'ansia

Sotto il profilo psicopatologico, il *Disturbo della condotta* presenta frequentemente una comorbilità con i disturbi internalizzati, quali: i disturbi dell'umore, il bipolarismobipolare, la distimia, la depressione maggiore e i disturbi d'ansia.

In generale, i *disturbi dell'umore* si caratterizzano per un'alterazione preponderante dell'*umore*, cioè di quella disposizione o stato affettivo, pervervasivo, diffuso e durevole che assume la valenza di una condizione-contesto; questa condiziona processi mentali e attività, sia pure in maniera non tangibile. Il DSM-IV suddivide questa sfera in tre categorie macro, quali:

- gli *episodi di alterazione dell'umore*, in cui rientrano:
- l'episodio maniacale

IL DSM- IV-TR STABILISCE PER L'EPISODIO MANIACALE I SEGUENTI CRITERI DIAGNOSTICI - PRESENTAZIONE SINTETICA-	
Criteri o A.	«Un periodo definito di umore anormalmente e persistentemente elevato, espansivo o irritabile, della durata di almeno una settimana (o di qualsiasi durata se è necessaria l'ospedalizzazione)» (Andreoli – Cassano – Rossi, 2007, p. 393-394)
Criterio B.	«Durante il periodo di alterazione dell'umore, tre (o più) dei seguenti sintomi sono stati persistenti e presenti a un livello significativo (quattro se l'umore è solo irritabile): 1) autostima ipertrofica o grandiosità 2) diminuito bisogno di sonno [...] 3) maggiore loquacità del solito, oppure spinta continua a parlare 4) fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente 5) distraibilità (cioè l'attenzione è troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti) 6) aumento delle attività finalizzate (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) oppure agitazione psicomotoria 7) eccessivo coinvolgimento in attività ludiche che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose» [...] (Andreoli – Cassano – Rossi, 2007, p. 393-394).

○ l'*episodio ipomaniacale*

IL DSM- IV-TR STABILISCE PER L'EPISODIO IPOMANIACALE I SEGUENTI CRITERI DIAGNOSTICI - PRESENTAZIONE SINTETICA-	
Criterio A.	«Un periodo di umore definito persistentemente elevato, espansivo o irritabile, che dura ininterrottamente per almeno 4 giorni, e che è chiaramente diverso dall'umore non depresso abituale» (Andreoli – Cassano – Rossi, 2007, p. 399- 400).
Criterio B.	«Durante il periodo di alterazione dell'umore tre (o più) dei seguenti sintomi sono stati persistenti e presenti ad un livello significativo (4 se l'umore è solo irritabile): 1) autostima ipertrofica o grandiosa 2) diminuito bisogno di sonno [...] 3) maggiore loquacità del solito, oppure spinta continua a parlare 4) fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente 5) distraibilità [...] 6) aumento dall'attività finalizzata [...] oppure agitazione psicomotoria eccessivo coinvolgimento in attività ludiche che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose» [...] (Andreoli – Cassano – Rossi, 2007, p. 399- 400).

○ *l'episodio depressivo maggiore*

IL DSM- IV-TR STABILISCE PER L'EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE I SEGUENTI CRITERI DIAGNOSTICI - PRESENTAZIONE SINTETICA-	
Criterio A.	<p>«Cinque (o più) dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti per un periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è costituito da 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o piacere.</p> <p>Nota Non includere sintomi chiaramente dovuti ad una condizione medica generale o deliri o allucinazioni incongrui all'umore.</p> <p>1) umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto (per es., si sente triste o vuoto), o come osservato dagli altri (per es., appare lamentoso). Nota Nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile</p> <p>2) marcata diminuzione dell'interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come riportato dal soggetto o come osservato da altri)</p> <p>3) significativa perdita di peso, senza essere a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese) oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno. Nota Nei bambini, considerare l'incapacità di raggiungere i normali livelli ponderali</p> <p>4) insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno</p> <p>5) agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno (osservato da altri, non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto o rallentato)</p> <p>6) faticabilità o mancanza di energia quasi tutto il giorno</p> <p>7) sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi ogni giorno (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per essersi ammalato)</p> <p>8) ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi ogni giorno (come impressione soggettiva o osservata da altri)</p> <p>9) pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio, o l'ideazione di un piano specifico per commettere un suicidio». [...] (Andreoli – Cassano – Rossi, 2007, p.337-338).</p>

○ *l'episodio misto*. è opportuno precisare che le manifestazioni declinate nella tabella che segue viste singolarmente non rappresentano una diagnosi, ma costituiscono le fondamenta per diagnosi dei disturbi” (cfr. Falabella, 2009);

IL DSM- IV-TR STABILISCE PER L'EPISODIO MISTO I SEGUENTI CRITERI DIAGNOSTICI - PRESENTAZIONE SINTETICA-	
Criterio A.	«Risultano soddisfatti sia i criteri per l'Episodio Maniacale [...] che per l'Episodio Depressivo Maggiore [...] (eccetto per la durata) quasi ogni giorno per almeno 1 settimana» (Andreoli – Cassano – Rossi, 2007, p.396).
Criterio B.	«L'alternanza dell'umore è sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del funzionamento lavorativo o delle attività sociali abituali o delle relazioni interpersonali, o da richiedere l'ospedalizzazione per prevenire danni a sé o agli altri, oppure sono presenti manifestazioni psicotiche» [...] (Andreoli – Cassano – Rossi, 2007, p.396).

o i *disturbi depressivi*, che comprendono sia i disturbi depressivi – tra cui il disturbo distimico e la depressione unipolare (o depressione maggiore) – sia i disturbi bipolari;

IL DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE	
Il Disturbo Depressivo Maggiore deriva dalla ricorrenza e dalla persistenza di Episodi depressivi. Come noto, con il termine depressione si fa riferimento a una «condizione emotiva di base che investe l'intera vita psichica del soggetto e viene descritta come una <i>sensazione pervasiva, persistente e non modulabile di malinconia, tristezza o assenza di sentimenti</i> » (Lingiardi, 2004, p. 472) che influenza la sfera cognitiva, emotiva e interpersonale della persona.	

IL DSM- IV-TR STABILISCE PER IL DISTURBO DISTIMICO I SEGUENTI CRITERI DIAGNOSTICI - PRESENTAZIONE SINTETICA-	
Criterio A.	« Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riferito dal soggetto ed osservato dagli altri, per almeno 2 anni. Nota Nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile, e la durata deve essere di almeno 1 anno» (Andreoli – Cassano – Rossi, 2007, p. 412-413).
Criterio B.	« Presenza, quando depresso, di due (o più) dei seguenti sintomi: 1) scarso appetito o iperfagia 2) insonnia o ipersonnia 3) scarsa energia o stenia 4) bassa autostima 5) difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni 6) sentimenti di disperazione» [...] (Andreoli – Cassano – Rossi, 2007, p.412-413).

I *disturbi d'ansia* derivano da un'alterazione iperbolica e ingiustificata dell'ansia, cioè di quel disagio emotivo – associato a modificazioni fisiologiche di fastidio (come tachicardia, vertigini, oppressione e sudorazione) – che scaturisce da una sensazione di paura o di pericolo imminente, e contestualmente tanto dalla capacità di identificare la minaccia e la propria responsabilità, quanto dall'incapacità di gestire le proprie risorse in modo efficace sotto il profilo del controllo e dalla funzionalità. Il DSM individua per il disturbi d'ansia sei macrocategorie: le *fobie*, il *disturbo di panico*, il *disturbo d'ansia generalizzato*, il *disturbo ossessivo-compulsivo*, il *disturbo post-traumatico da stress* e il *disturbo acuto da stress*.

Rispetto al Disturbo della Condotta, la comorbilità con i disturbi dell'umore, il disturbo bipolare, la distimia e la depressione maggiore comporta l'aumento del rischio globale che la persona abbia un cattivo funzionamento sociale, al quale si può accompagnare l'emergenza di condotte autolesive, che possono condurla fino ai tentativi di suicidio e l'abuso di sostanze. Al contrario, i disturbi d'ansia danno luogo a manifestazioni comportamentali di minore gravità e il soggetto è maggiormente permeabile al trattamento rispetto ad altri tipi di patologie.

Comorbilità con il Disturbo Oppositivo Provocatorio, l'ADHD e i Disturbi di Personalità

In letteratura è ampiamente riconosciuta la comorbilità tra *Disturbo della condotta*, Disturbo oppositivo provocatorio (DOP) e Disturbo da deficit di attenzione (ADHD); secondo alcuni studi, il Disturbo oppositivo-provocatorio costituisce un precursore e un fattore predisponente all'insorgenza del Disturbo della condotta. La relazione con l'ADHD

si presenta invece duplice; se, infatti, da un lato l'associazione tra questo e il DOP aumenterebbe la possibilità di insorgenza del Disturbo della Condotta, dall'altro è vero il caso contrario: soggetti affetti da Disturbo da deficit di attenzione, che non hanno Disturbo oppositivo provocatorio non mostrano di avere una maggiore propensione a sviluppare comportamenti antisociali rispetto ai loro coetanei che non hanno patologie.

Un'altra area di comorbilità con il DC è costituita dai Disturbi di Personalità, e nello specifico con il Disturbo antisociale di personalità (Dap), con il Disturbo *borderline* e con il Disturbo narcisistico di personalità.

Gli studi inerenti il Disturbo antisociale di personalità tendono a descrivere il Disturbo antisociale in età adulta come un «adattamento delle precedenti caratteristiche del disturbo della condotta tipico degli adolescenti o dei preadolescenti. In particolare, bisogna sottolineare che l'aggressività intenzionale è un segnale precoce di Dap, e che al di fuori di tale situazione clinica raramente si vede un bambino in grado di pianificare in modo deliberato di distruggere o di ferire qualcuno» (Muratori, 2005, p.95).

Il Disturbo *borderline* affonda le proprie radici sia sull'instabilità dell'umore, dell'immagine di sé e delle relazioni sociali sia sull'impulsività; si è quindi in presenza di una personalità rigida, pervasiva, alloplatica (cioè tendente ad adattare e modificare l'ambiente in funzione delle proprie esigenze) ed egosintona (ovvero armonizzata con l'immagine personale) che porta a sperimentare se stessi e il mondo in maniera stressante. La complessità del Disturbo Borderline di Personalità può essere spiegata alla luce del concetto di *organizzazione borderline di personalità* (BPO), un costrutto che impernia la propria capacità esplicativa nella conoscenza approfondita dei meccanismi di difesa che sostanziano il disturbo stesso.

La locuzione *organizzazione borderline di personalità* ricomprende al proprio interno un'ampia gamma di patologie della sfera caratteriale e identitaria, aventi in comune le medesime caratteristiche, quali: *sindrome di diffusione di identità*, presenza preponderante di *meccanismi di difesa primitivi* (scissione, il diniego e identificazione proiettiva), mantenimento dell'esame di realtà (distinzione tra stimoli intrapsichici ed esterni), manifestazione di debolezza dell'Io (assenza di controllo degli impulsi e dell'ansia). Ne deriva un concetto di sé non integrato, che elimina gli aspetti di contraddittorietà di sé e degli altri attraverso una considerazione alternata e di mutua esclusione degli stessi a livello cosciente. In altri termini, ogni gesto, ogni frammento di vita vissuta risulta legato alla contingenza, ha validità solo nel momento in cui si verifica e solo per sé stessi; di qui, lo sviluppo di un particolare disturbo della memoria legato – non a una compromissione delle facoltà mnemoniche – ma all'assenza della capacità di storicizzare il proprio vissuto pregresso. Questa mancanza costringe la persona affetta da disturbo *borderline* a ricreare continuamente se stessa attraverso il ricorso a meccanismi percettivi; questa instabilità sfocia generalmente in un'aggressività improvvisa e deflagrante, ma non pianificata.

IL DSM- IV-TR STABILISCE PER IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ I SEGUENTI CRITERI DIAGNOSTICI	
Criterio A.	<p>« Una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, comparse nella prima età adulta e presenti in vari contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono. 2) un quadro di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione. 3) alterazione dell'identità: immagine di sé marcatamente e persistentemente instabili 4) impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto, quali spendere, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate). Nota Non includere i comportamenti suicidari o automutilanti considerati nel Criterio 5. 5) ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari o comportamento automutilante. 6) instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per es., episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore, e soltanto raramente più di pochi giorni) 7) sentimenti cronici di vuoto 8) rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira o rabbia costante, ricorrenti scontri fisici) 9) ideazione paranoide, o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress» <p>(Andreoli – Cassano – Rossi, 2007, p. 756).</p>

Il *Disturbo narcisistico di personalità* è caratterizzato da un «un quadro pervasivo di grandiosità, necessità di ammirazione, e mancanza di empatia che comincia entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti» (Andreoli – Cassano – Rossi, 2007, p. 760); si è in presenza di una personalità solo apparentemente coesa, che si cela dietro la maschera di un'immagine iperbolica del proprio sé. L'io grandioso trova alimento e sopravvive solo nella gratificazione e nell'ammirazione costante; l'assenza – anche solo momentanea – di questi due elementi genera una svalutazione insopportabile del sé che si traduce in sentimenti di rabbia improvvisi ed intollerabili, caratterizzati da un'aggressività pianificata, finalizzata a mantenere attiva sia la convinzione di potenza personale (lato *overt*) sia la svalutazione dell'altro da sé: quest'ultimo elemento che costituisce la difesa controlopolare tipica del narcisismo (cfr. Muratori, 2005). In altri termini, il narciso percepisce se stesso come un essere superiore, che non può relazionarsi se non con un *altro-rispecchiante* altrettanto unico e perfetto, in grado di sostenere il suo senso di eccezionalità; il bisogno di attaccamento non può essere soddisfatto, poiché da questo deriverebbe una dipendenza dall'altro che renderebbe il narciso vulnerabile; di qui la necessità di mantenere il controllo attraverso la denigrazione e la vittimizzazione. L'ipersensibilità alle critiche è anche alla base di comportamenti remissivi, come la svalutazione personale, la fragilità, la frustrazione, la paura del confronto; questi aspetti concorrono a definire il lato *covert* del disturbo narcisistico di personalità. Tanto la sfera *overt* quanto la sfera *covert* possono coesistere, tuttavia non sono infrequenti casi in cui uno dei due spetti sia preponderante.

È opportuno precisare che nella nuova edizione del DSM, il DSM V, la categoria diagnostica di disturbo narcisistico di personalità verrà eliminata, e il narcisismo verrà considerato come un tratto che complica i disturbi di personalità.

IL DSM- IV-TR STABILISCE PER IL DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ I SEGUENTI CRITERI DIAGNOSTICI	
<p> Criterio A. </p>	<p> «Un quadro pervasivo di grandiosità (nella fantasia o nel comportamento), necessità di ammirazione e mancanza di empatia, che compare entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi : </p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ha un senso grandioso di importanza (per es., esagera risultati e talenti, si spetta di essere notato come superiore senza una adeguata motivazione) 2) è assorbito da fantasie di illimitati successo, potere, fascino, bellezza, e di amore ideale 3) crede di essere “speciale” e unico, e di dover frequentare e di poter essere capito solo da altre persone (o istituzioni) speciali o di classe elevata 4) richiede eccessiva ammirazione 5) ha la sensazione che tutto gli sia dovuto, cioè, la irragionevole aspettativa di trattamenti di favore o di soddisfazione immediata delle proprie aspettative 6) sfruttamento interpersonale, cioè, si approfitta degli altri per i propri scopi 7) manca di empatia: è incapace di riconoscere o di identificarsi con i sentimenti e le necessità degli altri 8) è spesso invidioso degli altri, o crede che gli altri lo invidino mostra comportamenti o atteggiamenti arroganti e presuntuosi» (Andreoli – Cassano – Rossi, 2007, p. 763-764).

La presenza di condotte aggressive tuttavia non è sempre un segnale predittivo di Disturbo della Condotta; questo infatti non deve essere confuso con i comportamenti autoprotettivi che un individuo può mettere in atto di fronte circostanze o contesti problematici. Al riguardo, il DSM-IV-TR stabilisce che «la diagnosi di Disturbo della Condotta dovrebbe essere applicata solo quando il comportamento in questione è sintomatico di un sottostante mal funzionamento all'interno del soggetto, e non semplicemente una reazione al contesto sociale immediato. Inoltre, la gioventù immigrata da paesi devastati dalla guerra, con una storia di comportamenti aggressivi che potrebbero essere stati necessari per la propria sopravvivenza in quel contesto, non merita necessariamente una diagnosi da Disturbo della Condotta. Può essere utile [...] considerare il contesto economico e sociale in cui i comportamenti indesiderabili si sono manifestati» (Andreoli – Cassano – Rossi, 2007, p.113).

IL DSM- IV-TR STABILISCE PER IL DISTURBO DELLA CONDOTTA	
<p> Criterio A. </p>	<p> « Una modalità di comportamento ripetitiva ed persistente in cui i diritti fondamentali degli altri o le principali norme o regole societarie appropriate per l'età vengono violati, come manifestato dalla presenza di tre (o più) dei seguenti criteri nel 12 mesi precedenti, con almeno un criterio presente negli ultimi 6 mesi: </p> <p> Aggressioni a persone o animali </p> <ol style="list-style-type: none"> 1) spesso fa il prepotente, minaccia o intimorisce gli altri 2) spesso dà inizio a colluttazioni fisiche 3) ha usato un'arma che può causare seri danni fisici ad altri (per es., un bastone, una barra, una bottiglia rotta, un coltello, una pistola) 4) è stato fisicamente crudele con le persone 5) è stato fisicamente crudele con gli animali 6) ha rubato affrontando la vittima (per es., aggressione, scippo, estorsione, rapina mano armata) 7) ha forzato qualcuno ad attività sessuali <p> Distruzione della proprietà altrui </p> <ol style="list-style-type: none"> 8) ha deliberatamente appiccato il fuoco con l'intenzione di causare seri danni 9) ha deliberatamente distrutto proprietà altrui (in modo diverso dall'appiccare il fuoco) <p> Frode o furto </p> <ol style="list-style-type: none"> 10) è penetrato in un edificio, un domicilio, o una automobile altrui 11) spesso mente per ottenere vantaggi o favori o per evitare obblighi (cioè, raggira gli

	altri)
	12) ha rubato articoli di valore senza affrontare la vittima (per es., furto nei negozi, ma senza scasso; falsificazione)
	Gravi violazioni di regole
	13) spesso trascorre fuori la notte nonostante le proibizioni dei genitori, con inizio prima dei 13 anni di età
	14) è fuggito da casa di notte almeno due volte mentre viveva a casa dei genitori o di chi ne faceva le veci (o una volta senza ritornare per un lungo periodo)
	15) marina spesso la scuola, con inizio prima dei 13 anni di età » (Andreoli – Cassano – Rossi, 2007, p.116-117).
Criterio B.	«L'anomalia del comportamento causa compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo» (Andreoli – Cassano – Rossi, 2007, p. 116-117).
Criterio C.	«Se il soggetto ha 18 anni o più, non sono soddisfatti i criteri per il Disturbo Antisociale di Personalità» (Andreoli – Cassano – Rossi, 2007, p. 116-117).
	<i>Specificare</i> in base all'età di esordio:
	Tipo ad Esordio nella Fanciullezza: esordio di almeno un criterio caratteristico del Disturbo della Condotta prima dei 10 anni di età.
	Tipo ad Esordio nell'Adolescenza: assenza di tutti i criteri caratteristici del Disturbo della Condotta prima dei 10 anni di età.
	<i>Specificare</i> la gravità:
	Lieve: pochi o nessun problema di condotta al di là di quelli richiesti per fare la diagnosi, e i problemi di condotta causano solo lievi danni agli altri.
	Moderato: numero di problemi di condotta ed effetti sugli altri intermedi tra lieve e grave.
	Grave: molti problemi di condotta in aggiunta a quelli richiesti per fare la diagnosi oppure i problemi di condotta causano notevoli danni agli altri.

Riflessioni conclusive:

Come si è visto la grande diversificazione di manifestazioni che il DC può avere ne possono rendere difficile l'individuazione, soprattutto in soggetti in età evolutiva. È quindi particolarmente importante sensibilizzare chi è chiamato a svolgere compiti educativi, la scuola in particolare, ad acquisire conoscenze che orientino l'osservazione di possibili segnali d'allarme per favorire un intervento terapeutico tempestivo e orientare in tal senso anche le famiglie che devono confrontarsi con le complesse problematiche connesse al disturbo.

Riferimenti bibliografici:

ANDREOLI V., CASSANO G.B., ROSSI R. (a cura di), *DSM-IV-TR Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali. Text Revision* [DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Text Revision, American Psychiatric Association 2000], Milano, Elsevier Masson, 2007;

BANDURA A., *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*, Trento, Erickson 2000, pp. 131-150;

BURLA F. – CAPOZZI S. – LOZUPONE E., *Elementi di psicologia, pedagogia, sociologia per le professioni sanitarie*, Milano, Franco Angeli 2007;

CELLAMARE S., *Educare alla genitorialità: riflessioni per un percorso possibile*, in «Prospettiva EP», anno XIX, n. 1, gennaio-aprile 2006a, pp. 7-22;

E. GIUSTI – C. MONTANARI – A. IANNAZZO, *Psicodiagnosi integrata. Valutazione transitiva e progressiva del processo qualitativo e degli esiti della*

psicoterapia pluralistica fondata sull'evidenza obiettiva, Roma, Sovera Multimedia, 2006;

FALABELLA M., *ABC della psicopatologia. Esplorazione, individuazione e cura dei disturbi mentali*, Roma, Edizioni Magi, 2009, p. 117;

GIANGREGORIO A., *Comprendere il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività. Parte prima: Il quadro sintomatologico*, in QTimes Webmagazine, Anno II - N° 3, 2010, pp. 42-49;

GIANGREGORIO F., *Aggressione, violenza, abuso. La risposta della pedagogia dell'emergenza. Parte prima: i fattori umani e situazionali*, QTimes, Anno III, N° 2, p.42-50;

LINGIARDI V., *La personalità e i suoi disturbi. Lezioni di psicopatologia dinamica*, Milano, Il Saggiatore, 2004;

MEAZZINI P., *Handicap. Passi verso l'autonomia. Presupposti teorici e tecniche di intervento*, Firenze, Giunti, 1997;

MURATORI F., *Ragazzi violenti. Da dove vengono, cosa c'è dietro la loro maschera, come aiutarli*, Bologna, Il Mulino, 2005, p. 87;

STRANO M., *Manuale di criminologia clinica*, Firenze, SEE Editrice, 2003;

USAI M.C., *Deficit di controllo del comportamento*, in Zanobini M. – Usai Maria Carmen, "Psicologia della disabilità e della riabilitazione. I soggetti, le relazioni, i contesti in prospettiva evolutiva", Roma, Franco Angeli 2005, pp. 153-168;

VIOLA D., *I disturbi del comportamento nei bambini. Iperattività, comportamento dirompente, rabbia, aggressività*, Trento, Editrice UNI Service, 2010.