

DISORDINI DEL COMPORTAMENTO IN ADOLESCENZA: STUDIO CASISTICO E FOLLOW-UP

Behavioural disorders in adolescents: a case report study and follow-up

M. Gatta
E. Ramaglioni
E. Canetta
A. Spoto*
P.A. Battistella

*Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Università di Padova e Azienda ULSS 16 di Padova, Italia; *Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova*

RIASSUNTO

Il presente studio clinico e di follow-up si prefigge di analizzare il processo diagnostico-terapeutico, la compliance terapeutica, l'evoluzione clinica e le relazioni esistenti tra queste variabili, attraverso lo studio di una casistica di adolescenti affetti da disordini del comportamento. Il campione consta di 123 soggetti tra gli 11 e i 19 anni, 86 maschi (70%) e 37 femmine (30%). I risultati dello studio suggeriscono che il disturbo comportamentale in adolescenza si configura come dimensione transnosografica riconducibile a diversi quadri sindromici, piuttosto che ad una singola diagnosi psichiatrica. Si conferma l'opportunità di interventi multiprofessionali integrati nella cura di tali problematiche. Il follow-up a 6 e 12 mesi evidenzia che l'aderenza al progetto terapeutico è influenzata dalla tipologia di comportamento patologico (aggressività auto/eterodiretta, antisocialità, abuso di sostanze, promiscuità sessuale) e che l'efficacia dell'intervento risulta dipendere prioritariamente dalla compliance terapeutica.

SUMMARY

This is a clinical-epidemiologic case report study about adolescents affected by behavioural disorders. The aim of the research is to analyse the diagnostic and therapeutic processes and to evaluate the compliance and the clinical outcome in a 12 month period. The sample is formed by 123 individuals (70% males and 30% females) aged between 11 and 19 years. The results suggest that in adolescence the behavioural disorder is a transnosographic dimension rather than a single psychodiagnosis; therefore, it is confirmed the opportunity to treat this kind of disorder throughout a multimodal intervention. 12 month follow-up makes evident an association between pathological behaviour (aggressiveness, antisocial behaviour, drug abuse, sexual promiscuity) and therapeutic compliance; therefore, the efficacy of the therapy depends on the patient's compliance.

INTRODUZIONE

Le problematiche comportamentali in età evolutiva costituiscono un ambito di elevato interesse per la psichiatria infantile, in quanto definiscono un ampio spettro sintomatologico riconducibile a diversi quadri sindromici e sono caratterizzate da un'elevata incidenza di espressività con conseguenti costi sociali elevati, connessi alla presa in carico. Se nelle femmine le problematiche comportamentali sono spesso espressione di psicopatologie strutturali gravi con prognosi più severa¹, nei maschi è stato confermato negli ultimi anni che sussiste una relazione tra disturbi comportamentali ed alterazioni dell'umore².

La complessità dei fattori eziopatogenetici, la frequente compresenza di situazioni sociali ed ambientali a rischio, la pervasività dei disturbi rispetto ai vari contesti di vita sono tutti elementi che determinano sia la difficoltà, sia talora l'inefficacia dei trattamenti.

Anche la letteratura dimostra la severità della prognosi di questi disturbi, con tendenza a frequenti recidive e alla sovrapposizione di diverse comorbidità³⁻⁵.

PAROLE CHIAVE

Adolescenza - Disordine comportamentale - Processo diagnostico terapeutico - Aderenza al progetto terapeutico - Evoluzione clinica

KEY WORDS

Adolescence - Behaviour disorder - Diagnostic-therapeutic process - Therapeutic compliance - Clinical outcome

Per quanto riguarda l'efficacia dei trattamenti, Hengger⁶, in una rassegna della letteratura americana sulla violenza giovanile, conclude con un lapidario "nothing works", a riassumere lo scacco in cui si ritrovano i trattamenti psicoterapeutici, sia individuali che di gruppo, indipendentemente dall'orientamento teorico cui fanno riferimento.

Tuttavia recenti studi supportano che i trattamenti psicoterapici possano produrre risultati positivi nei pazienti in età evolutiva con sintomatologia di tipo esternalizzante; in particolare le terapie cognitivo-comportamentali e le terapie familiari ad orientamento sistemico determinano miglioramenti sintomatologici duraturi nel tempo⁷⁻⁹, concentrando il loro focus sulle modalità con cui il soggetto processa le informazioni sociali, come le interpreta e come può sviluppare, decidere e mettere in atto comportamenti più appropriati.

Relativamente ai trattamenti psicoterapici tradizionali, Fonagy⁴ sostiene che specie la durata e l'intensità del trattamento, più che la tecnica applicata, rivestono un ruolo di predittori dell'efficacia del trattamento.

Negli ultimi anni la presa in carico dei pazienti affetti da questo tipo di disturbi si è strutturata sempre più nell'ambito di modelli di approccio multidimensionale, che cercano di integrare diverse modalità terapeutiche, al fine di diminuire l'impatto dei diversi fattori di rischio, potenziare i fattori di resilienza, ampliare trattamenti estensivi su più fronti, monitorando periodicamente l'andamento nel tempo^{3 10}.

L'approccio terapeutico integrato è in stretta relazione con la gravità dei sintomi comportamentali, espressa sia in termini qualitativi, sia quantitativi^{2 6 8 9 11} ed è indicato soprattutto nel caso in cui i sintomi rientrino in un quadro diagnostico e prognostico severo^{2 6 8 11}.

Nei pazienti con problematiche esternalizzanti, la letteratura riporta una più elevata tendenza ad interrompere precocemente i trattamenti, soprattutto nei pazienti più giovani e clinicamente più gravi¹².

Tra i fattori che si associano ad una maggiore tendenza al precoce abbandono, sembra giocare un ruolo fondamentale anche la possibile percezione da parte dei genitori rispetto al trattamento poco organizzato o non soddisfacente¹³.

I ragazzi che interrompono precocemente il trattamento presentano inoltre successivamente più rilevanti difficoltà nei diversi contesti di vita, tanto maggiori quanto

più grave si presenta la situazione clinica all'esordio del trattamento¹⁴.

OBIETTIVI DELLA RICERCA

Scopo del presente lavoro è quello di valutare la relazione tra compliance terapeutica ed evoluzione clinica a sei e dodici mesi in una casistica di soggetti tra gli 11 e i 19 anni, affetti da disordini del comportamento. L'ipotesi di partenza è che l'evoluzione clinica sia prevalentemente legata all'aderenza alle indicazioni terapeutiche, più che alla diagnosi psichiatrica e al tipo di terapia. In relazione alla compliance terapeutica, l'ipotesi è che quest'ultima sia legata sia a fattori personali e ambientali (quali età, storia di eventi traumatici, livello socio-culturale), sia alla gravità della psicopatologia in atto.

CASISTICA

Su 252 adolescenti pervenuti agli ambulatori di psicopatologia dell'adolescenza dell'Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UOC di NPIA) dell'ULSS 16 di Padova tra gennaio e dicembre 2008, sono stati selezionati 123 soggetti afferiti per turbe del comportamento, 86 maschi (70%) e 37 femmine (30%), di età compresa tra gli 11 e i 19 anni. Essi sono stati suddivisi in tre fasce d'età: 11-13 anni (44 soggetti, corrispondenti al 35,8%), 14-16 anni (50 soggetti, corrispondenti al 40,6%), 17-19 anni (29 soggetti, corrispondenti al 23,6%). La totalità dei casi è residente nella regione Veneto: 60 soggetti nel comune di Padova (48,8%), 45 soggetti in provincia di Padova (36,6%), 18 soggetti in altre località della regione veneto (14,6%).

MATERIALI E METODI

Nell'ambito del Servizio ambulatoriale di psicopatologia dell'adolescenza collocato presso l'UOC di NPIA dell'Azienda ULSS 16 di Padova, sono state selezionate le richieste di consultazione neuropsichiatrica in merito a problematiche comportamentali (aggressività, impulsività, antisocialità) dal mese di gennaio 2008 al mese di dicembre 2008; la segnalazione sulla base del protocollo per la richiesta di

consultazione NPI prevede un primo contatto telefonico in cui un clinico raccoglie il motivo della richiesta di consultazione. La consultazione psicodiagnostica è stata condotta da una coppia di terapeuti, un neuropsichiatra infantile e uno psicologo, e ha previsto 4 sedute con l'adolescente (durante le quali è stato anche somministrato del materiale testale psicometrico e/o proiettivo) e 3 colloqui anamnestico-clinici con i genitori; al termine è stato condotto un colloquio clinico di restituzione.

Per ogni caso, una volta raccolto il consenso informato al progetto di studio, è stata compilata un'apposita scheda anamnestica per la raccolta strutturata dei dati anagrafici e di identificazione dell'adolescente, dei dati relativi alla situazione familiare e psicosociale e dei dati clinici emersi durante i colloqui di valutazione (compresa la diagnosi e l'eventuale indicazione terapeutica), ed infine dei dati relativi al follow-up (compliance, evoluzione clinica).

La diagnosi psichiatrica è stata effettuata utilizzando la classificazione ICD-10¹⁵, quella psicodinamica si è basata sui criteri di Kernberg^{16 17}, circa la definizione di organizzazione di personalità (nevrotica, borderline, psicotica). I neuropsichiatri infantili e gli psicologi che hanno condotto le consultazioni sono di orientamento psicodinamico e specializzati nell'uso dell'ICD 10. A tutti i pazienti è stato proposto un successivo controllo clinico a 6 e 12 mesi dalla restituzione, informandoli sulle finalità di verificare l'adesione alle indicazioni terapeutiche e l'evoluzione della sintomatologia comportamentale nel tempo. Le famiglie che si sono presentate al controllo clinico sono state 80 su 123 a 6 mesi (65%) e 44 su 123 a 12 mesi (35,7%). In questa occasione per ogni adolescente è stato compilato il Clinical Global Impressions (CGI) – nella parte relativa al Global Improvement – da parte del clinico che aveva condotto la valutazione psicodiagnostica: il paziente è stato considerato clinicamente migliorato quando il punteggio era di 1-2, invariato quando il punteggio era di 3-5 e peggiorato quando il punteggio era 6-7.

Analisi Statistica: i dati sono stati espressi in valore numerico assoluto e percentuale. Le variabili sono state espresse in scala nominale ed ordinale. I confronti tra valori e la loro significatività sono stati valutati mediante il test del chi quadrato (χ^2). Si è considerato significativo un valore di $p \leq 0,05$.

RISULTATI

Su 252 soggetti pervenuti agli ambulatori dell'Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza tra gennaio 2008 e dicembre 2008 per problematiche affettivo-relazionali, scolastiche, somatiche e comportamentali, 123 (48,8%) hanno richiesto la consultazione per disordini comportamentali. I dati anamnestico-clinici personali e familiari dei soggetti sono riassunti nella Tabella I.

Nel campione esaminato è presente una prevalenza del sesso maschile (70%) rispetto a quella femminile (30%).

Relativamente all'età del campione, emerge una sostanziale omogeneità nelle fasce 11-13 anni (35,8% dei soggetti) e 14-16 anni (40,6% dei soggetti), con un decremento di numerosità nella fascia 17-19 anni (23,6% dei soggetti).

La relazione tra le variabili sesso ed età, statisticamente significativa ($\chi^2(2) = 6,05$; $p < ,05$), mostra che i maschi si distribuiscono prevalentemente nelle fasce d'età relative alla prima (42%) e media (40%) adolescenza, mentre le femmine si concentrano nelle fasce d'età relative alla media (43%) e tarda (35%) adolescenza. I dati relativi alla scolarizzazione evidenziano che circa la metà del campione di sesso maschile frequenta la scuola media inferiore (53,5%), mentre una maggior parte delle femmine frequenta la scuola media superiore (65%), in sintonia con la distribuzione per età; la sospensione della frequenza scolastica risulta sovrapponibile tra i due sessi e si colloca complessivamente attorno all'8%; nelle diverse fasce d'età la percentuale di sospensione tende progressivamente ad aumentare fino ad arrivare al 21% nella fascia tra i 17 i 19 anni.

Il livello culturale delle famiglie di provenienza, definito sulla base della scolarità dei genitori (valutando per singolo nucleo familiare la presenza di licenza di scuola elementare, media, diploma superiore o laurea dei due genitori), è risultato basso nel 25,4% dei casi, medio nel 55,7% dei casi e alto nel 18,9% dei casi. Nella presente casistica è risultato che nelle famiglie con livello culturale alto i figli tendono a presentare con maggior frequenza comportamenti antisociali (20%) oppure impulsività/oppositività e aggressività verbale (20%), mentre l'aggressività agita, in termini

prevalentemente di scontro fisico, è espressa con maggior frequenza dai figli di famiglie con livello culturale basso (65%).

I dati clinico-diagnostici e relativi alla presa in carico terapeutica sono riportati nelle tabelle II e III. La diagnosi è stata formulata secondo la classificazione ICD 10: si rilevano disturbi della condotta (F91-93) nel 28% dei casi; disturbi di personalità (F60-61) nel 22,3% dei casi; disturbi affettivi (F30-39) nel 15,7% dei casi; disturbi d'ansia (F40-48) nel 14% dei casi; ritardo mentale (F70-79) nell'9,2% dei casi; disturbi psicotici (F20-29) nell'8,3% dei casi (Tab. II). Dalla distribuzione delle diagnosi in base al sesso emerge una prevalenza nei maschi di disturbi della condotta (32,1%), disturbi psicotici (10,7%) e ritardo mentale (9,8%), mentre nelle femmine sono più frequenti le diagnosi di disturbo di personalità (27%) e di sindromi ansiose (24,3%). I disturbi affettivi si distribuiscono invece in maniera omogenea tra i due sessi (15%). In base all'età, è evidente una maggior percentuale di disturbi della condotta nella fascia d'età 11-13 anni (40%), che progressivamente diminuisce con l'aumentare dell'età, lasciando maggior spazio in tarda adolescenza alla diagnosi di disturbo di personalità (35%).

La diagnosi di disturbo di personalità risulta più frequente nei soggetti che manifestano atteggiamenti sessuali trasgressivi (75%), abuso di sostanze (70%) e antisocialità (40%), mentre il disturbo della condotta prevale negli adolescenti con tendenza all'aggressività agita eterodiretta, sola o associata ad antisocialità (rispettivamente 32% e 47% dei casi), e con impulsività/oppositività (37%).

Tab. I. Dati anamnestico-clinici personali e familiari.

Scolarizzazione	Frequenza	Percentuale
scuola primaria inferiore	2	1,6
scuola primaria superiore	56	45,5
scuola superiore	55	44,7
sospensione frequenza scolastica	10	8,1
totale	123	100
Livello culturale della famiglia d'origine	Frequenza	Percentuale
basso	31	25,4
medio	68	55,7
alto	23	18,9
totale	122	100
Presenza di fratelli	Frequenza	Percentuale
figlio unico	38	31
1 fratello	58	47
2 o più fratelli	27	22
totale	123	100
Accesso al servizio ambulatoriale	Frequenza	Percentuale
spontaneo	34	28
su invito	87	72
totale	121	100
Durata del problema	Frequenza	Percentuale
< 1 mese	1	0,8
> 1 mese < 6 mesi	8	6,5
> 6 mesi	114	92,7
totale	123	100
Urgenza	Frequenza	Percentuale
non urgenza	77	62,6
urgenza soggettiva	11	8,9
urgenza oggettiva	35	28,5
totale	123	100
Storia di eventi stressanti	Frequenza	Percentuale
negativa	33	27
positiva	89	73
totale	122	100
Tipologia di eventi stressanti	Frequenza	Percentuale
lutto familiare	12	13,3
malattia fisica e/o mentale in famiglia	12	13,3
stress scolastico	7	7,8
malattia fisica	5	5,5
conflittualità/separazione genitori	21	23,3
maltrattamento/abuso	6	6,7
adozione	8	8,9
due o più eventi stress	19	21,2
totale	90	100
Età di accadimento evento stressante	Frequenza	Percentuale
prima infanzia (0-5 anni)	20	23
latenza (6-10 anni)	18	20,7
adolescenza (11-17 anni)	18	20,7
stress ripetuto	31	35,6
totale	87	100

La relazione tra psicodiagnosi e progetto terapeutico, statisticamente significativa ($\chi^2(56) = 83,84$; $p < ,05$), mostra come nelle sindromi ansiose ed affettive è stata data più spesso indicazione a un intervento di tipo psicologico (psicoterapia strutturata o sostegno psicologico) (rispettivamente 50% e 62,5%); nei disturbi psicotici, nei disturbi di personalità e nei disturbi della condotta sono stati più frequentemente proposti interventi integrati (intervento psicologico associato ad intervento educativo o a trattamento farmacologico) (rispettivamente 55,6%, 41,6% e 33,3%); il ricovero è stato attuato nell'83% dei casi affetti da ritardo mentale o disturbo psicotico. Il progetto terapeutico risulta correlato in modo statisticamente significativo ($\chi^2(32) = 78,06$; $p < ,05$) all'area patologica prevalente (nevrotica, borderline, psicotica) e conferma che la frequenza di indicazione ad un intervento psicologico isolato diminuisce con l'aumentare della gravità della struttura psicopatologica, lasciando il posto ad interventi multidisciplinari integrati o al ricovero.

Tra le opzioni terapeutiche, anche l'invio della coppia genitoriale per una presa in carico è risultato associarsi ($\chi^2(8) = 35,29$; $p < ,05$) con l'area patologica prevalente e con la terapia prevista per il figlio: si è rilevata una maggior frequenza di invio nei casi in cui il figlio presentava una organizzazione di personalità di tipo borderline (50%) o psicotico (45%) e per il quale era stato attuato un piano di intervento clinico-educativo integrato piuttosto che un intervento unidisciplinare.

A 6 mesi dalla formulazione del progetto terapeutico, il 63,4% dei

Tab. II. Dati clinico-diagnostici.

Sintomi generali rilevati	Frequenza	Percentuale
comportamentali	6	4,9
comportamentali + psicologici	57	46,3
comportamentali + fisici	5	4,1
comportamentali + psicologici + fisici	55	44,7
totale	123	100
Sintomi comportamentali	Frequenza	Percentuale
aggressività eterodiretta	56	45,5
aggressività agita etero e autodiretta	14	11,4
aggressività verbale, impulsività, oppositività	13	10,6
antisocialità	15	12,2
abuso sostanze	3	2,4
sessualità	4	3,3
aggressività agita+antisocialità	18	14,6
totale	123	100
Materiale testale somministrato	Frequenza	Percentuale
non somministrazione di materiale testale	40	32,5
test proiettivi	38	30,9
test psicometrici	13	10,6
test proiettivi e psicometrici	32	26
totale	123	100
Numero colloqui adolescente	Frequenza	Percentuale
0-3	53	43,1
4-8	68	55,3
> 8	2	1,6
totale	123	100
Interruzione iter diagnostico	Frequenza	Percentuale
interruzione	18	14,6
non interruzione	105	85,4
totale	123	100
Area patologica prevalente	Frequenza	Percentuale
nevrosi	40	33,3
borderline/quadro limite	56	46,7
psicosi	15	12,5
RM	9	7,5
totale	120	100
Diagnosi	Frequenza	Percentuale
non disturbo mentale secondo ICD 10	3	2,5
sdr. ansiose (f40/48)	17	14
dist. affettivi (f30/39)	19	15,7
dist. psicotici (f20/29)	10	8,3
dist. personalità (f60/61)	27	22,3
dist. condotta e misto emoz/condotta (f90/93)	34	28
RM, alterato sviluppo psicologico (f70/79)	11	9,2
totale	123	100

pazienti rivalutati risulta seguire le indicazioni al trattamento, mentre il 18,3% dei pazienti non ha mai iniziato la terapia e il restante 18,3% risulta averla interrotta entro due mesi (drop-out). Per quanto riguarda l'evoluzione clinica, nel 50% dei casi i sintomi comportamentali risultano migliorati, nel 28,8% dei casi sono invariati e nel 21,3% dei casi peggiorati.

Nei 6 mesi successivi si evidenzia un lieve aumento della percentuale di pazienti che seguono l'indicazione al trattamento (69,3%), determinata per lo più dall'avvio del piano terapeutico da parte dei pazienti che non lo avevano ancora iniziato: la percentuale di adolescenti che continuano a disattendere le indicazioni scende, infatti, al 12,8%, mentre rimane sostanzialmente invariata la frequenza di drop-out (17,9%). Anche la percentuale di adolescenti che presenta un miglioramento sintomatologico aumenta (da 50 a 70%), riferendosi per lo più alla percentuale dei casi che a 6 mesi risultavano invariati (da 28,8 a 11,4%). Mentre le femmine tendono a disattendere più frequentemente le indicazioni (25% a 6 mesi; 30% a 12 mesi), i maschi più spesso interrompono il trattamento (20% a 6 mesi; 22% a 12 mesi). La percentuale di soggetti che segue le indicazioni terapeutiche tende ad aumentare all'aumentare dell'età (45% dei soggetti tra 11 e 13 anni; 78% dei soggetti tra 17 e 19 anni), così come la percentuale di soggetti che risulta migliorata (35% tra 11 e 13 anni; 55% tra 17 e 19 anni). A 12 mesi, inoltre, il miglioramento clinico risulta lievemente maggiore in tutte le fasce d'età, mantenendo

lo stesso trend di crescita all'aumentare dell'età (a 12 mesi risulta migliorato il 58% dei soggetti tra 11 e 13 anni e l'82% dei soggetti tra 17 e 19 anni).

Dall'analisi dei dati emerge una relazione statisticamente significativa ($\chi^2(12) = 26,61$; $p < ,05$) tra la tipologia di sintomi comportamentali e l'aderenza al progetto terapeutico a 6 mesi: gli adolescenti con comportamenti sessuali trasgressivi disattendono completa-

Tab. III. Dati relativi a progetto terapeutico, compliance terapeutica ed evoluzione clinica.

Invio coppia genitoriale o singolo genitore	Frequenza	Percentuale
non invio	69	62,2
invio coppia/singolo genitore	42	37,8
totale	111	100
Progetto terapeutico	Frequenza	Percentuale
sostegno psicologico o psicoterapia	45	36,6
monitoraggio clinico e/o farmacologico	4	3,3
intervento educativo	8	6,5
intervento psicologico + intervento educativo	18	14,6
intervento psicologico + farmacoterapia	16	13
ricovero ospedaliero	6	4,9
conclusione con restituzione	13	10,6
non possibile progetto terapeutico	13	10,6
totale	123	100
Aderenza al progetto terapeutico a 6 mesi	Frequenza	Percentuale
indicazioni seguite al follow-up	45	63,4
indicazioni disattese	13	18,3
drop out	13	18,3
totale	71	100
Evoluzione sintomi comportamentali a 6 mesi	Frequenza	Percentuale
migliorato clinicamente	40	50
invariato clinicamente	23	28,8
peggiorato clinicamente	17	21,2
totale	80	100
Aderenza al progetto terapeutico a 12 mesi	Frequenza	Percentuale
indicazioni seguite	27	69,3
indicazioni disattese	5	12,8
drop out	7	17,9
totale	39	100
Evoluzione sintomi comportamentali a 12 mesi	Frequenza	Percentuale
migliorato clinicamente	31	70,5
invariato clinicamente	5	11,4
peggiorato clinicamente	8	18,1
totale	44	100

mente le indicazioni terapeutiche (100%); i ragazzi che abusano di sostanze disattendono le indicazioni nel 50% dei casi, mentre nell'altro 50% abbandonano precocemente la terapia (drop-out); gli adolescenti che presentano aggressività agita eterodiretta associata ad antisocialità disattendono le indicazioni nel 30% dei casi e interrompono il trattamento nel 35% dei casi; le indicazioni vengono invece seguite nei casi di aggressività agita eterodiretta associata ad aggressività autodiretta (100%), nei casi di impulsività/oppositività/aggressività verbale (80%), nei casi di aggressività agita eterodiretta (70%) ed antisocialità (65%). Dopo 12 mesi, la compliance terapeutica tende lievemente ad aumentare per la maggior parte delle tipologie comportamentali: si discostano da questo andamento i comportamenti sessuali trasgressivi, fra i quali continuano ad essere disattese le indicazioni nel 100% dei casi. L'evoluzione clinica a 6 mesi evidenzia un peggioramento della trasgressività sessuale (100%) e dell'uso di sostanze (70%); l'aggressività agita eterodiretta associata ad antisocialità peggiora nel 30% dei casi e rimane invariata nel 40% dei casi; migliorano l'impulsività/oppositività/aggressività verbale (70%) e l'antisocialità (60%); l'aggressività agita eterodiretta in associazione all'autodiretta migliora nel 52% dei casi e resta invariata nel 40% dei casi; l'aggressività agita eterodiretta da sola migliora nel 50% dei casi e resta invariata nel 32% dei casi. L'evoluzione clinica a 12 mesi mostra più frequentemente un miglioramento in caso di abuso di sostanze (100% dei casi), impulsività/oppositività/aggressività verbale (75%), antisocialità (72%), aggressività agita eterodiretta da sola (75%) o in associazione all'autodiretta (80%); la trasgressività sessuale risulta essere invariata nel 100% dei casi; l'aggressività agita eterodiretta associata ad antisocialità migliora nel 50% dei casi e peggiora nell'altra metà dei casi.

La compliance terapeutica a 6 mesi è in relazione statisticamente significativa con l'evoluzione clinica sia a 6 mesi ($\chi^2(4) = 24,86$; $p < ,05$) che a 12 mesi ($\chi^2(4) = 23,78$; $p < ,05$): gli adolescenti che seguono le indicazioni cliniche nei primi 6 mesi migliorano nel 62% dei casi, quelli che interrompono il percorso terapeutico non presentano modificazioni cliniche nel 50% dei casi e peggiorano nel 40% dei casi; a 12 mesi, in questi due gruppi che hanno comunque inizia-

to il trattamento terapeutico (nel primo caso in maniera continuativa e nel secondo in maniera discontinua) si evidenzia più spesso un miglioramento (rispettivamente 85% e 80%) rispetto a chi disattende le indicazioni terapeutiche. Tra coloro che non iniziano il trattamento terapeutico suggerito prevale un peggioramento clinico che aumenta progressivamente nel tempo (62% a 6 mesi; 85% a 12 mesi).

L'aderenza al progetto terapeutico rispettivamente a 6 e quella a 12 mesi sono in relazione statisticamente significativa tra loro ($\chi^2(4) = 42,07$; $p < ,05$), mostrando come i ragazzi che disattendono le indicazioni a 6 mesi continuano a farlo anche a 12 mesi (70% dei casi che avevano disatteso a 6 mesi), mentre coloro che avevano interrotto il trattamento più frequentemente lo riprendono (80% dei casi che avevano interrotto) e coloro che avevano seguito le indicazioni terapeutiche continuano a farlo (75% dei casi che avevano seguito).

L'evoluzione clinica a 6 mesi è in relazione significativa dal punto di vista statistico con l'aderenza al progetto terapeutico a 12 mesi ($\chi^2(4) = 17,89$; $p < ,05$): i ragazzi che dopo 6 mesi presentano un miglioramento sintomatologico o non presentano modificazioni cliniche sono quelli che più spesso mostrano un'adeguata compliance terapeutica a 12 mesi (rispettivamente 70% e 84%), mentre coloro che dopo 6 mesi risultano essere clinicamente peggiorati, a 12 mesi risultano più spesso non aver ancora iniziato alcuna terapia (45% dei casi) o averla precocemente interrotta (30% dei casi). L'evoluzione clinica a 6 mesi e a 12 mesi sono in relazione statisticamente significativa tra loro ($\chi^2(4) = 26,65$; $p < ,05$): a 12 mesi risultano migliorati i soggetti che a 6 mesi erano già migliorati oppure invariati, mentre risultano peggiorati esclusivamente soggetti già peggiorati a distanza di 6 mesi.

La compliance terapeutica a 12 mesi è in relazione statisticamente significativa con l'invio della coppia genitoriale ($\chi^2(2) = 3,80$; $p < ,05$), evidenziando come la maggioranza dei pazienti complianti dopo un anno (80% dei casi) corrisponde ai casi in cui è stata data indicazione ad un parallelo sostegno psicologico genitoriale.

Circa l'evoluzione clinica, è globalmente risultato che il 70,5% dei soggetti è migliorato clinicamente, l'11,4% è invariato e il 18,1% è peggiorato a 12 mesi. Nello

specifico è emerso che tra chi ha seguito le indicazioni terapeutiche a 12 mesi il 92,6% è migliorato, il 7,4% è invariato e nessuno è peggiorato; tra chi ha interrotto precocemente la terapia il 28,6% è migliorato, il 28,6% è invariato e il 42,9% è peggiorato; tra chi ha disatteso le indicazioni terapeutiche nessuno è migliorato, il 20% è invariato e l'80% è peggiorato.

La relazione tra compliance terapeutica ed evoluzione clinica è stata valutata per singola tipologia comportamentale. Nei pazienti con aggressività agita eterodiretta la relazione tra aderenza al progetto terapeutico ed evoluzione clinica risulta statisticamente significativa ($\chi^2(4) = 5,89$; $p < ,05$) ed evidenzia che nei soggetti che disattendono le indicazioni terapeutiche la sintomatologia comportamentale peggiora, mentre – a sei mesi – non sono presenti differenze sostanziali tra i pazienti che iniziano il trattamento continuandolo o interrompendolo: in entrambe le situazioni, infatti, i sintomi migliorano nel 50% dei casi e restano invariati nell'altra metà dei soggetti. A 12 mesi, tuttavia, il 100% dei pazienti che non risultano in trattamento sono peggiorati: questo dato è statisticamente significativo ($\chi^2(4) = 15,00$; $p < ,05$).

Tutti i pazienti con aggressività agita eterodiretta associata ad aggressività autodiretta hanno seguito le indicazioni a 6 mesi e di questi il 50% risulta clinicamente migliorato e il 40% invariato. A 12 mesi un quarto di questi ragazzi (25%) tende ad interrompere il trattamento senza mostrare alcuna variazione nell'evoluzione clinica, mentre coloro che lo continuano tendono progressivamente a migliorare (80% dei casi).

Tutti i pazienti che presentano impulsività, oppositività ed aggressività verbale risultano a 6 mesi di aver iniziato il trattamento: in coloro che lo hanno successivamente interrotto i sintomi rimangono sostanzialmente invariati mentre in coloro che lo continuano i sintomi migliorano: questa relazione è risultata statisticamente significativa ($\chi^2(1) = 5,00$; $p < ,05$) e si mantiene tale anche a 12 mesi ($\chi^2(1) = 4,00$; $p < ,05$).

I pazienti che presentano antisocialità risultano a 6 mesi migliorare clinicamente solo se seguono le indicazioni terapeutiche: i sintomi comportamentali peggiorano in assenza di trattamento o con drop out; comunque se quest'ultimo è tardivo, cioè dopo i primi 6 mesi, non si osserva un peggioramento a 12 mesi. Tutti i pazienti con comportamenti sessuali trasgressivi

risultano aver disatteso le indicazioni a 6 mesi, ma sono comunque migliorati clinicamente; tale andamento si mantiene inalterato anche a 12 mesi.

DISCUSSIONE

Su 252 soggetti pervenuti agli ambulatori dell'Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza tra gennaio 2008 e dicembre 2008 per problematiche affettivo-relazionali, scolastiche, somatiche e comportamentali, 123 (48,8%) hanno richiesto la consultazione per disturbi comportamentali.

La prevalenza del sesso maschile (70%) è in accordo con i dati riportati dalla letteratura circa l'associazione tra disturbi comportamentali e tipo di genere¹⁸⁻²⁰, come anche il rapporto sesso/età che definisce il disturbo comportamentale più tipico del genere maschile in prima e media adolescenza, mentre nelle età successive la differenza tra i sessi diminuisce. Relativamente all'età del campione si evidenzia un decremento di numerosità nella fascia d'età 17-19 (23,6% dei soggetti), il che suggerisce una minore frequenza di espressione del disagio con modalità comportamentali nei tardo adolescenti da un lato e riflette dall'altro l'organizzazione in Padova e provincia della Neuropsichiatria territoriale in termini di collaborazione tra questa e la Psichiatria dell'adulto, con una continuità dei percorsi di presa in carico dopo i 18 anni.

La sospensione della frequenza scolastica risulta sovrapponibile tra i due sessi e si colloca complessivamente attorno all'8%; nelle diverse fasce d'età la percentuale di sospensione tende progressivamente ad aumentare fino ad arrivare al 21% tra i 17 e 19 anni. Questo dato conferma l'associazione esistente tra disturbi comportamentali ed insuccesso scolastico²¹⁻²² ed è superiore alla media italiana riferita dall'ISTAT per il 2008, da cui risulta un abbandono scolastico al primo anno delle superiori pari a l'11,1%²³.

Il livello culturale delle famiglie di provenienza, risultato prevalentemente medio-basso (80,5% dei casi), è in linea con quanto riportato in letteratura circa l'associazione tra livello socio-culturale e disordini mentali in generale e problematiche comportamentali in particolare²⁴⁻²⁶.

Le diagnosi, formulate secondo la classificazione ICD 10, risultano varie e potenzialmente collocabili in ognuno dei tre ambiti di personalità (nevrotico, borderline e psicotico), il che denota come il disturbo comportamentale si configura come dimensione transnosografica riconducibile a diversi quadri sindromici psichiatrici (disturbo psicotico, disturbo di personalità, disturbo affettivo, ritardo mentale,...), piuttosto che come elemento strutturante una singola diagnosi.

Le diverse tipologie di intervento terapeutico suggerito a fine valutazione diagnostica sono riportate nella Tabella III.

La relazione tra psicopatologia (sia in termini di diagnosi psichiatrica, sia in termini di organizzazione di personalità) e progetto terapeutico mostra che la frequenza di un'indicazione ad un intervento psicologico isolato diminuisce con l'aumentare della gravità della patologia, lasciando il posto ad interventi multidisciplinari integrati o al ricovero. Tra le opzioni terapeutiche, anche l'invio della coppia genitoriale per una presa in carico è risultato in relazione con l'area patologica prevalente e con la terapia prevista per il figlio: si è denotata una maggior frequenza di invio nei casi in cui il figlio presentava un'organizzazione di personalità di tipo borderline (50%) o psicotico (45%) e per il quale era stato attuato un piano di intervento clinico-educativo integrato piuttosto che un intervento unidisciplinare. Tale dato sottende l'importanza di un percorso di sostegno genitoriale parallelo in caso di grave psicopatologia adolescenziale, che potrebbe essere legato all'opportunità di coordinare gli interventi clinici istituzionali con le azioni genitoriali in ambito domestico, piuttosto che alla necessità di supportare eventuali carenze genitoriali in caso di patologia di uno o entrambi i genitori, condizione più frequente in questi casi rispetto alla popolazione generale. Infatti, un recente studio del 2004²⁷ che ha esaminato distintamente l'influenza di disturbo da abuso di sostanze e di altra psicopatologia dei genitori sul rischio di sviluppare una psicopatologia nei loro figli, ha concluso per una specifica trasmissione psicopatologica genitore-figlio. Inoltre, altri studi che hanno valutato mediatori, moderatori e predittori di evoluzione clinica in bambini trattati per problematiche esternalizzanti associate o meno a problemi internalizzanti, hanno evidenziato da un lato che l'inadeguatezza genitoriale predice e media l'outcome di entrambi e dall'altra parte

che trattamenti focalizzati sull'interazione genitore-figlio e su certe competenze genitoriali sono generalizzabili nell'ambito di diverse costellazioni sintomatologiche del bambino^{28 29}.

A 6 mesi dalla formulazione del progetto terapeutico, il 63,4% dei pazienti rivalutati risulta seguire le indicazioni al trattamento, mentre il 18,3% dei pazienti non ha mai iniziato la terapia e il restante 18,3% risulta averla interrotta entro due mesi. Considerando il processo diagnostico-terapeutico come un *continuum*, i nostri dati confermano quelli di uno studio metanalitico sul drop out in psicoterapia, dove la media delle interruzioni del percorso di cura risultava del 47%³⁰. Per quanto riguarda l'evoluzione clinica, nel 50% dei casi i sintomi comportamentali risultano migliorati. È stata analizzata la relazione tra compliance terapeutica e progetto terapeutico, ma non è risultato alcun dato statisticamente significativo, come ad indicare che l'iniziare o meno il trattamento e/o il continuarlo non sia sostanzialmente influenzato dal tipo di terapia. A tal proposito uno studio di Luk et al. del 2001¹³ sul drop out di giovani pazienti con accesso a servizi di salute mentale, ha evidenziato che i ragazzi non complianti erano quelli valutati come meno suscettibili al miglioramento al momento dell'assessment, e quelli i cui genitori percepivano il trattamento come meno organizzato, a enfatizzare l'importanza, in età evolutiva, della compliance anche genitoriale.

Nei 6 mesi successivi si evidenzia un lieve aumento della percentuale di pazienti che seguono l'indicazione al trattamento (69,3%), determinata per lo più dall'avvio del piano terapeutico da parte di quei pazienti che non lo avevano ancora iniziato: ciò a suggerire che l'avvio della terapia e la costruzione di una "working alliance" si gioca nel primo periodo di trattamento ed è meno modificabile successivamente. La percentuale di soggetti che segue le indicazioni terapeutiche tende ad aumentare all'aumentare dell'età (45% dei soggetti tra 11 e 13 anni; 78% dei soggetti tra 17 e 19 anni), in linea con i dati della letteratura che evidenziano che i pazienti più giovani con problemi di tipo esternalizzante mostrano una maggiore tendenza ad interrompere il trattamento¹².

Inoltre, la relazione statisticamente significativa tra tipologia di sintomi comportamentali e aderenza al progetto terapeutico, sottolinea come i pazienti con

disordini esternalizzanti tendano ad interrompere precocemente la terapia anche in relazione alla gravità clinica, come evidenziato in altri studi^{12 14}.

Dopo 12 mesi, la compliance terapeutica tende lievemente ad aumentare per la maggior parte delle tipologie comportamentali, discostandosi da questo andamento i comportamenti sessuali trasgressivi, rispetto ai quali continuano ad essere disattese le indicazioni terapeutiche nel 100% dei casi: questo dato può essere commentato alla luce della tendenza socioculturale a non considerare la trasgressione sessuale come un disturbo, soprattutto nel sesso maschile, dandone piuttosto un giudizio prettamente morale; tra i soggetti antisociali si osserva un netto crollo della compliance terapeutica, dal 65% al 25%, a confermare l'elevata tendenza al drop-out che questa problematica sottende. Tutti i soggetti che abusano di sostanze ritornano in terapia entro l'anno, a riprova sia che il consumo di sostanze, per le nuove modalità con cui viene effettuato dagli adolescenti, può non essere fin da subito percepito come una problematica da curare, sia che nel tempo tenda a organizzarsi come dipendenza e quindi a strutturarsi come disturbo da curare specificamente in ambito socio-sanitario.

L'evoluzione clinica delle diverse tipologie comportamentali a 6 mesi e 12 mesi, suggerisce che problematiche di tipo cronico e/o indicative di organizzazione di personalità patologica, soprattutto quando in associazione (trasgressività sessuale, uso di sostanze, antisocialità associata ad aggressività agita eterodiretta) richiedono maggior tempo per modificarsi, rispetto ad altre problematiche (impulsività/oppositività/aggressività verbale, comportamenti antisociali singoli), presumibilmente indicative di crisi adolescenziale e/o problematiche di tipo reattivo.

La compliance terapeutica a 6 mesi è in relazione statisticamente significativa con l'evoluzione clinica sia a 6 che a 12 mesi, ad evidenziare in maniera chiara l'importanza che la compliance del ragazzo al progetto terapeutico riveste nella predittività dell'evoluzione sintomatologica nel tempo, sottendendo tra l'altro l'efficacia terapeutica degli interventi attuati. È interessante notare che l'aderenza al progetto terapeutico a 6 e a 12 mesi sono in relazione tra loro, mostrando come i ragazzi che disattendono le indicazioni a 6 mesi continuano tendenzialmente a farlo anche a 12 mesi,

mentre coloro che avevano interrotto il trattamento più frequentemente lo riprendono e coloro che avevano seguito le indicazioni terapeutiche continuano a farlo. Tale dato suggerisce ancora che, a fronte di tempi lunghi necessari per il miglioramento clinico e la risoluzione di tali problematiche psico-comportamentali, la possibilità di stabilire un'alleanza di lavoro che favorisca un'adeguata compliance terapeutica, si gioca nella prima fase del trattamento. Tali risultati, insieme ad altri della letteratura, sembrano indicare che l'efficacia del trattamento si leghi maggiormente alla gravità psicopatologica e alla compliance terapeutica, piuttosto che allo specifico tipo di trattamento attuato^{12 14}. In particolare, due studi recenti su bambini e adolescenti affetti da disturbi del comportamento, hanno evidenziato che non esistono sostanziali differenze in termini di efficacia tra interventi diversi ('community and clinical-based modular treatment') e tra trattamenti con focus su singolo disturbo piuttosto che su patologia comorbida^{31 32}.

Dal punto di vista statistico l'evoluzione clinica a 6 mesi è in relazione significativa sia con l'aderenza al progetto terapeutico e sia con l'evoluzione clinica a 12 mesi, suggerendo ancora che, a fronte di tempi più lunghi necessari per ottenere e/o stabilizzare il miglioramento di problematiche comportamentali, l'efficacia terapeutica in termini di evoluzione clinica a lungo termine, compare fin dalla prima fase del trattamento.

Circa l'evoluzione clinica a 12 mesi è globalmente risultato che il 70,5% dei soggetti è migliorato clinicamente, l'11,4% è invariato e il 18,1% è peggiorato. Nello specifico è emerso che tra chi ha seguito le indicazioni terapeutiche a 12 mesi il 92,6% è migliorato, il 7,4% è invariato e nessuno è peggiorato; tra chi ha interrotto precocemente la terapia il 28,6% è migliorato, il 28,6% è invariato e il 42,9% è peggiorato; tra chi ha disatteso le indicazioni terapeutiche nessuno è migliorato, il 20% è invariato e l'80% è peggiorato.

La relazione tra compliance terapeutica ed evoluzione clinica è stata valutata per singola tipologia comportamentale. Nei pazienti con aggressività agita eterodiretta la relazione tra aderenza al progetto terapeutico ed evoluzione clinica evidenzia che nei soggetti che disattendono le indicazioni terapeutiche la sintomatologia comportamentale peggiora, mentre

– a sei mesi – non sono presenti differenze sostanziali tra i pazienti che iniziano il trattamento continuandolo o interrompendolo: in entrambe le situazioni, infatti, i sintomi migliorano nel 50% dei casi e restano invariati nell'altra metà dei casi. Nei sei mesi successivi, tuttavia, i soggetti che non risultano in trattamento sono peggiorati nel 100% dei casi: questo dato suggerisce che i benefici provenienti dalla terapia tendono ad esaurirsi sulle lunghe distanze se questa viene interrotta, confermando il ruolo prognostico positivo della compliance sull'evoluzione della sintomatologia.

Tutti i pazienti con aggressività agita eterodiretta associata ad aggressività autodiretta hanno seguito le indicazioni a 6 mesi e di questi il 50% risulta clinicamente migliorato e il 40% invariato. A 12 mesi un quarto di questi ragazzi (25%) tende ad interrompere il trattamento senza mostrare alcuna variazione nell'evoluzione clinica, mentre coloro i quali lo continuano tendono progressivamente a migliorare (80% dei casi). Tutti i pazienti che presentano impulsività, oppositività ed aggressività verbale risultano a 6 mesi aver iniziato il trattamento: in coloro che lo hanno successivamente interrotto i sintomi rimangono sostanzialmente invariati, mentre in coloro che lo continuano i sintomi migliorano. Tali dati suggeriscono ancora che sintomi comportamentali relativi ad oppositività e aggressività, siano inscrivibili in quadri critici di tipo reattivo, piuttosto che in organizzazioni psicopatologiche strutturate.

I pazienti che presentano antisocialità risultano migliorare clinicamente a distanza di 6 mesi solo se seguono le indicazioni terapeutiche: i sintomi comportamentali peggiorano quando il trattamento non abbia luogo o venga precocemente interrotto. Tutti i pazienti con comportamenti sessuali trasgressivi risultano aver disatteso le indicazioni a 6 mesi ma essere comunque migliorati clinicamente; tale andamento si mantiene inalterato anche a 12 mesi: questi dati potrebbero far ipotizzare che i comportamenti sessuali promiscui e trasgressivi che si manifestano come unico sintomo, non sottendano un disturbo psicopatologico strutturato; potrebbe trattarsi piuttosto di un aspetto adolescenziale, espressione delle profonde modificazioni a cui va incontro il soggetto relativamente all'immagine di sé e all'integrazione in essa del corpo sessuato³³.

Questi dati, che evidenziano come la tipologia di sintomi comportamentali, piuttosto che la diagnosi

nosografica, sia altamente indicativa dell'aderenza al progetto terapeutico, soprattutto nei primi 6 mesi (e, a sua volta, la compliance terapeutica risulti essere predittiva dell'evoluzione clinica nel tempo), sono significativi per i loro risvolti e le implicazioni pratiche in ambito di psicodiagnostica e di formulazione prognostica.

CONCLUSIONI

I risultati dello studio suggeriscono che il disturbo comportamentale si configura come dimensione transnosografica riconducibile a diversi quadri sindromici psichiatrici (disturbo psicotico, disturbo di personalità, disturbo affettivo, ritardo mentale, ...), piuttosto che come elemento strutturante una singola diagnosi.

La compliance terapeutica dei pazienti affetti da tali problematiche è risultata essere influenzata, più che dalla diagnosi psichiatrica, dalla tipologia di comportamento patologico. In generale i soggetti che agiscono comportamenti ipersessualizzati e antisociali risultano quelli meno complianti, mentre una più adeguata aderenza alle indicazioni terapeutiche suggerite a fine iter diagnostico viene dimostrata dai soggetti che presentano aggressività etero ed autodiretta, impulsività ed oppositività, abuso di sostanze come singolo problema. È inoltre risultato significativo il rapporto con le variabili sesso ed età: le femmine tendono a disattendere le indicazioni, mentre nei maschi prevale l'interruzione precoce del trattamento; rispetto all'età, la compliance terapeutica risulta aumentare con l'età nei primi sei mesi, mentre successivamente si assiste ad una discontinuità nel seguire le indicazioni terapeutiche soprattutto nella fascia d'età superiore (17-19 anni).

Circa la valutazione dell'evoluzione clinica a distanza, i risultati ottenuti indicano che in generale serve del tempo perché si verificano dei cambiamenti in senso migliorativo nella cura delle turbe del comportamento adolescenziale, e questo conferma la letteratura in merito. Dipendentemente dal tipo di disturbo comportamentale, sembrano preludere ad un miglioramento in tempi più lunghi quei comportamenti all'insegna della 'compulsività' (comportamenti sessuali, uso di sostanze e antisocialità associata ad aggressività agita eterodiretta), mentre appaiono modificarsi più velocemente (miglioramento clinico già a sei mesi) i comportamenti

sottesi da 'impulsività': aggressività agita eterodiretta e/o autodiretta ed aggressività verbale con comportamento oppositivo. Il che suggerisce un diverso inquadramento, in termini di organizzazione psicopatologica, di tali comportamenti.

I risultati di questo studio indicano che l'efficacia dell'intervento dipende dalla compliance terapeutica più che dal tipo di diagnosi o dal tipo di intervento, a

suggerire che in generale il trattamento quale esso sia (psicologico, psichiatrico o educativo) è efficace nel momento in cui inizia precocemente e può svolgersi con costanza.

I risultati di tale lavoro, da considerarsi preliminari, dovrebbero costituire la base per ulteriori ricerche che possano avvalersi di studi casi-controllo con possibilità di follow-up a lungo termine.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Keenan K, Loeber R, Green S. *Conduct disorder in girls: a review of the literature*. Clin Child Fam Psychol Rev 1999;2:3-19.
- 2 Muratori F. *Ragazzi violenti*. Bologna: Il Mulino 2004.
- 3 Henggeler SW, Rodick JD, Borduin CM, et al. *Multisystemic treatment of juvenile offenders: effect on adolescent behavior and family interaction*. Dev Psychol 1986;22:132-41.
- 4 Fonagy P, Kurcz Z. *Disturbi della condotta*. In: Target M, Cotrell D, Phillips J, et al., eds. *Psicoterapie per il bambino e l'adolescente. Trattamenti e prove di efficacia*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2003, pp. 131-238.
- 5 Offord DR, Bennet KJ. *Conduct disorder: long-term outcomes and intervention effectiveness*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994;33:1069-78.
- 6 Henggeler SW, Rowland MD, Randall J, et al. *Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38:1331-9.
- 7 Brestan EV, Jacobs JR, Rayfield AD, et al. *A consumer satisfaction measure for parent-child treatments and its relation to measures of child behavior change*. Behav Ther 1999;30:17-30.
- 8 Farmer E.M, Compton SN, Bums BJ, et al. *Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: externalizing disorders*. J Consult Clin Psychol 2002;70:1267-302.
- 9 van de Wiel N, Matthys W, Cohen-Kettenis PC, et al. *Effective treatments of school-aged conduct disordered children: recommendations for changing clinical and research practices*. Eur Child Adolesc Psychiatry 2002;11:79-84.
- 10 Borduin CM, Mann BJ, Cone LT, et al. *Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: long-term prevention of criminality and violence*. J Cons Clin Psychol 1995;63:569-78.
- 11 Steiner H, Dunner JE. *Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36:1482-5.
- 12 Baruch G, Gerber A, Fearon P. *Adolescent who drop out of psychotherapy at a community-based psychotherapy centre: a preliminary investigation of the characteristics of early drop-outs, late drop-outs and those who continue treatment*. Br J Med Psychol 1998;71:233-45.
- 13 Luk ES, Staiger PK, Mathai J, et al. *Children with persistent conduct problems who dropout of treatment*. Eur Child Adolesc Psychiatry 2001;10:28-36.
- 14 Kazdin AE, Mazurick JL, Siegel TC. *Treatment outcome among children with externalizing disorder who terminate prematurely versus those who complete psychotherapy*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994;33:549-57.
- 15 ICD-10. *Classification of Mental and Behavioural Disorders*. WHO 1994.
- 16 Clarkin JF, Foelsch PA, Kernberg OF. *The Inventory of Personality Organization*. White Plains, NY: The Personality Disorders Institute. Weill College of Medicine of Cornell University 2001.
- 17 Kernberg OF. *A psychoanalytic theory of personality disorders*. In: Clarkin JF, Lenzenweger MF, eds. *Major theories of personality disorder*. New York: Guilford Press 1996.
- 18 Muratori F, Milone A. *Acting-out e condotte aggressive: l'approccio farmacologico*. In: Rigon G, Costa S, eds. *Le terapie in psichiatria dell'età evolutiva*. Atti del Convegno, Bologna: Planning Congressi Edizioni Scientifiche 2001.
- 19 Loeber R, Burke J, Lahey B, et al. *Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39:1468-84.
- 20 Maughan B, Rowe R, Messer J, et al. *Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: development epidemiology*. J Child Psychol Psychiatry 2004;45:609-21.
- 21 Gardner GE. *Aggression and violence: the enemies of precision learning children*. Am J Psychiatry 1971;128:445-50.
- 22 Maggiolini A, Riva E. *Adolescenti trasgressivi*. Milano: Franco Angeli 2003.
- 23 Indagine ISTAT *Cento statistiche del Paese, Italia* 2007.
- 24 Amoran OE, Lawoyin TO, Oni OO. *Risk factor associated with mental il-*

- ness in Oyo State, Nigeria: a community based study. *Ann Gen Psychiatry* 2005;4:19.
- ²⁵ Marsella AJ. *Urbanization, Mental Health, and Social Deviancy American Psychologist*. *Am Psychol* 1998;53:624-34.
- ²⁶ van Bokhoven I, Matthys W, van Goozen SH, et al. *Prediction of adolescent outcome in children with disruptive behavior disorders-a study of neurobiological, psychological and family factor*. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005;14:153-63.
- ²⁷ Duncan BC, Cornelius J, Wood S, et al. *Psychopathology risk transmission in children of parents with substance use disorders*. *Am J Psychiatry* 2004;161:685-91.
- ²⁸ Beauchaine TP, Webster-Stratton C, Reid MJ. *Mediators, moderators, and predictors of 1-year outcomes among children treated for early-onset conduct problems: a latent growth curve analysis*. *J Consult Clin Psychol* 2005;73:371-88.
- ²⁹ Chase RM, Eyberg SM. *Clinical presentation and treatment outcome for children with comorbid externalizing and internalizing symptoms*. *J Anxiety Disord* 2008;22:273-82.
- ³⁰ Pekarik G, Blodgett C, Evans RG, et al. *Variables related continuance in behavioral weight loss program*. *Addict Behav* 1984;9:413-6.
- ³¹ Kolko DJ, Dorn LD, Bukstein OG, et al. *Community vs clinic-based modular treatment of children with early-onset ODD or CD: a clinical trial with 3-year follow-up*. *J Abnorm Child Psychol* 2009;37:591-609.
- ³² Levy K, Hunt C, Heriot S. *Treating comorbid anxiety and aggression children*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:1111-8.
- ³³ Laufer M, Laufer E. *Adolescenza e breakdown evolutivo*. Torino: Bollati Boringhieri 1986.

Corrispondenza: Michela Gatta, Complesso Socio Sanitario dei Colli 4, 35143 Padova - Tel. +39 049 8217690 - Fax +39 049 8217708 - E-mail: michela.gatta@unipd.it