



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TRIESTE

XXIV CICLO DEL DOTTORATO DI RICERCA IN MEDICINA MATERNO INFANTILE, PEDIATRIA DELLO SVILUPPO E DELL'EDUCAZIONE, PERINATOLOGIA

Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività Effetti sulla percezione di sé e sulla relazione con gli altri

Settore Scientifico-Disciplinare: M-PED/03 DIDATTICA E PEDAGOGIA SPECIALE

**DOTTORANDA
MADDALENA VULCANI**

**COORDINATORE
PROF. ALESSANDRO VENTURA**

**RELATORI
DOTT. ALDO SKABAR
DOTT.SSA CINZIA SCHERIANI**

ANNO ACCADEMICO 2010/2011

Possa io insegnare almeno la centesima parte di ciò che imparo da te.

William Wordsworth

Desidero ringraziare la Dottoressa Cinzia Scheriani, Dirigente scolastico, Psicopedagoga e Presidente dell'Associazione AIDAI-ONLUS FVG, che fin dall'inizio ha creduto in me e in questo progetto.

Un ringraziamento particolare va al Dottor Aldo Skabar, Neuropsichiatra dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, per la sua sensibilità e per la grande disponibilità dimostratami.

Grazie al Dottor Luca Ronfani del Servizio di Epidemiologia e Biostatistica dell'IRCCS Burlo Garofolo per l'importante "aiuto statistico".

Ringrazio le Professoressa Manuela Sichich, Anna Stuparich e Fiorella Daris della Scuola media statale "Divisione Julia" di Trieste, che mi hanno consentito di svolgere la ricerca nelle loro classi, tutti i ragazzi coinvolti e i loro genitori.

Grazie alla mia famiglia e a tutti gli amici che accolgono con entusiasmo ogni mia iniziativa.

INDICE GENERALE

Introduzione.....	1
1 CAPITOLO PRIMO: IL DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE CON IPERATTIVITÀ.....	5
1.1 Che cos'è l'ADHD	5
1.1.1 Mancanza di attenzione, impulsività e iperattività	6
1.1.2 L'autocontrollo.....	9
1.1.3 Quanti sono i bambini con ADHD?	11
1.2 La diagnosi	11
1.2.1 I manuali psicodiagnostici	12
1.2.2 Questionari e interviste diagnostiche.....	13
1.2.3 Altri strumenti diagnostici	16
1.2.4 L'osservazione nel contesto scolastico	18
1.3 Ipotesi eziopatogenetiche	20
1.4 Comorbilità e diagnosi differenziale	23
1.4.1 Disturbi associati all'ADHD	24
1.4.2 ADHD e disturbi dell'apprendimento	26
1.4.3 ADHD e disturbi del comportamento.....	27
1.4.4 ADHD e disturbo di Tourette	28
1.4.5 ADHD e disturbi dell'umore	29
1.4.6 ADHD e disturbi d'ansia	31
1.4.7 ADHD e disturbi pervasivi dello sviluppo	33
1.4.8 ADHD e ritardo mentale.....	33
2 CAPITOLO SECONDO: COME SI INTERVIENE NELL'ADHD	35
2.1 Gli interventi Psicoeducativi	36
2.2 Il ruolo della famiglia nel trattamento	38
2.2.1 Il Parent training	39
2.3 Il ruolo della scuola nel trattamento	41
2.4 Il trattamento farmacologico	42
2.4.1 Effetti collaterali	43
2.4.2 Il Registro Nazionale dell'ADHD nell'età evolutiva	44

2.4.3	Il punto della situazione	45
2.5	Il trattamento multimodale	46
3	CAPITOLO TERZO: ADOLESCENZA E ADHD	49
3.1	L'evoluzione del disturbo	50
3.2	L'adolescenza	54
3.3	L'amicizia.....	58
3.4	La prosocialità.....	61
3.5	Le problematiche sociali del soggetto con ADHD.....	64
3.6	L'autostima	68
3.6.1	Il concetto di autostima	69
3.6.2	Autostima globale o specifica	71
3.6.3	Alta autostima, bassa autostima	72
3.6.4	L'autostima nel contesto scolastico.....	74
3.6.5	Autostima e sviluppo.....	75
3.6.6	Lo sviluppo dell'autostima.....	77
3.6.7	L'autoefficacia	79
3.7	Le problematiche di autostima dei ragazzi con ADHD	80
3.7.1	L'impotenza appresa	81
4	CAPITOLO QUARTO: IL PROGETTO DI RICERCA	85
4.1	Premessa.....	85
4.2	Obiettivo della ricerca	86
4.3	I soggetti della ricerca	87
4.4	Materiali e procedure	88
4.5	Il Test TMA (Valutazione multidimensionale dell'autostima).....	89
4.6	Il Questionario SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire).....	93
4.7	Il Questionario CBCL (Child Behavior Checklist).....	95
5	CAPITOLO QUINTO: ANALISI DEI RISULTATI	99
5.1	L'analisi statistica	99
5.2	Il Test TMA.....	99
5.2.1	Il gruppo di ragazzi con Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività. 100	
5.2.2	Il gruppo di controllo.....	101

5.2.3	Autostima globale.....	103
5.2.4	Autostima scolastica.....	107
5.3	Il Questionario SDQ.....	111
5.4	Il Questionario CBCL.....	118
5.4.1	La scala "Problemi sociali".....	119
5.4.2	La scala delle "Competenze".....	125
6	CAPITOLO SESTO: IL RETEST SUI SOGGETTI CON ADHD.....	133
6.1	Il Test TMA.....	133
6.1.1	Autostima globale.....	134
6.1.2	Autostima scolastica.....	137
6.2	Il Questionario SDQ.....	141
6.3	Il Questionario CBCL.....	145
6.3.1	I problemi sociali.....	147
6.3.2	La Competenza di socialità.....	149
	Conclusioni.....	153
	ALLEGATO 1: Criteri diagnostici del DSM IV- TR (APA, 2004) per il Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività.....	159
	ALLEGATO 2: Questionario TMA.....	161
	ALLEGATO 3: Questionario SDQ.....	168
	ALLEGATO 4: Questionario CBCL.....	170
	ALLEGATO 5: Elementi di statistica.....	176
	Bibliografia.....	179
	Siti internet.....	191

Introduzione

Uno dei problemi con cui si confronta quotidianamente e in misura crescente il mondo della scuola è costituito dai bambini affetti dal Disturbo dell'Attenzione con Iperattività (ADHD).

Bambini e bambine che non riescono a stare fermi e pensano ad altro, attivi ma annoiati, imprevedibili e creativi, provocatori e simpatici, inconcludenti e geniali, oppositivi e spiritosi, bambini dotati di un'intelligenza sottile che disorienta, aggressivi e teneri, egocentrici e soli.

L'ADHD, patologia attualmente al centro di dibattiti e discussioni, non consiste in una semplice manifestazione di scarsa concentrazione o di eccessiva vivacità, presente in quasi tutti i bambini, non è neppure una normale fase di sviluppo che ognuno deve superare e nemmeno la risultante di una disciplina educativa impropria in quanto troppo permissiva. Si tratta di un vero e proprio disturbo neurobiologico (Barkley, 1997) che ha conseguenze negative per l'individuo stesso, in quanto rappresenta un serio ostacolo al raggiungimento di obiettivi di vita personali, e per gli adulti di riferimento, poiché causa loro sofferenza, stress e sconforto.

I soggetti con il "Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività" manifestano sintomi che si presume derivino dall'interazione tra le caratteristiche patognomiche del disturbo con l'ambiente sociale e scolastico in cui si trovano inseriti e le problematiche associate all'ADHD determinano conseguenze negative sia per il soggetto che per il contesto in cui vive.

Le difficoltà del bambino con ADHD nel modulare i propri comportamenti in funzione delle richieste esterne, per un periodo di tempo prolungato, emergono soprattutto nell'ambiente classe. I bambini con un disturbo di attenzione vivono momenti di disagio quotidiano nelle interazioni con i coetanei e con gli insegnanti; il loro percorso di apprendimento risulta notevolmente ostacolato ed essi sono destinati a dover fronteggiare situazioni di insuccesso scolastico e alla costruzione di una visione del sé negativa (sono un bambino cattivo, sono incapace...). Contemporaneamente si assiste ad un disorientamento da parte dei docenti, che non sanno come interpretare i comportamenti di questi alunni e sono esasperati e scoraggiati dall'inefficacia dei loro tentativi.

La scuola costituisce dunque un osservatorio privilegiato del comportamento quotidiano del bambino in situazioni non sempre facili dal punto di vista emotivo, cognitivo e sociale.

L'insegnante, grazie alla sua esperienza, al contatto diretto con l'alunno e a quel particolare rapporto affettivo che instaura con lui, sa identificare elementi di problematicità che potranno costituire il punto di partenza per un approfondimento diagnostico e per l'attivazione, nei vari contesti, di procedure di intervento adeguate.

Il lavoro di tesi, derivato da un lungo periodo di studi e dalle esperienze dirette come insegnante di scuola primaria, è nato proprio dalla consapevolezza di quanto sia importante che i docenti conoscano le caratteristiche del disturbo, siano formati per sviluppare le competenze necessarie e si sentano coinvolti e responsabili dell'educazione e del buon inserimento del bambino all'interno della classe.

Fondamentali risultano inoltre la disponibilità degli insegnanti al confronto con la famiglia e con gli specialisti e, soprattutto, la volontà di affrontare il problema. Se i docenti sono in grado di utilizzare strategie volte ad evitare l'emarginazione e la stigmatizzazione del bambino con ADHD e di sperimentare tecniche che facilitino l'apprendimento rinforzando i suoi comportamenti positivi, ne potrà derivare una condizione di benessere per il soggetto, per i suoi compagni di classe e per l'insegnante stesso.

“Gran parte di ogni miglioramento sta nella volontà di migliorare” (Seneca, I sec. a.C.)

Il primo capitolo è dedicato alla definizione secondo la letteratura medica del “Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività”, sono state delineate le caratteristiche del disturbo, gli strumenti diagnostici abitualmente utilizzati e le ipotesi eziopatogeniche. Sono stati considerati anche i disturbi che possono associarsi all'ADHD, focalizzando l'attenzione in particolare alla comorbilità con i disturbi d'ansia e dell'umore, che ha particolare rilievo in questo progetto di ricerca.

Nella seconda parte sono state esposte le indicazioni terapeutiche specifiche per il trattamento del disturbo; ho descritto gli interventi psicoeducativi che coinvolgono il soggetto, la famiglia e gli insegnanti e il trattamento farmacologico.

Successivamente ho trattato l'evoluzione del disturbo e le caratteristiche durante le varie fasi dello sviluppo. Si parla spesso di bambini iperattivi, dimenticando che essi cresceranno, diventeranno adolescenti e poi adulti. In questo lavoro si fa riferimento, in particolare, al periodo dell'adolescenza e proprio sui soggetti di questa età è stato deciso di

progettare la ricerca. Il ragazzo con ADHD ha certamente atteggiamenti diversi dal bambino vivacissimo che era stato, ma molti dei suoi problemi persistono: le ripetute esperienze di inadeguatezza comportamentale e una sempre maggior consapevolezza della sua diversità dagli altri lo portano ad una riduzione di intensità del comportamento iperattivo, ma persistono i problemi di ordine attentivo, scolastico, educativo e sociale.

Durante la fase adolescenziale risultano particolarmente importanti i legami instaurati con i pari e, per questo motivo, in questo lavoro vengono trattati nello specifico gli argomenti dell'amicizia e della prosocialità, modalità usuale di interazione sociale caratterizzata dalla tendenza a far ricorso ad azioni che si contraddistinguono per gli effetti benefici che producono negli altri. In linea con la letteratura esistente, vengono riportate le problematiche sociali dei ragazzi con ADHD: i problemi interpersonali e i deficit di abilità sociali, sebbene non siano considerati dal Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM IV-TR, APA, 2004) come difficoltà di primaria importanza, vengono costantemente rilevati da genitori ed insegnanti.

Elemento centrale della maturazione di un ragazzo è la formazione dell'identità: crescendo si sviluppano nuove abilità cognitive volte all'introspezione e ad una maggiore preoccupazione per come si viene visti e valutati dagli altri. L'approfondimento passa quindi alla definizione dei concetti di autostima, intesa come la considerazione che un individuo ha di se stesso, e di autoefficacia, che corrisponde alla convinzione di avere successo in specifiche attività.

Secondo quanto riportato da Vio, Marzocchi e Offredi (1999), il ragazzo con ADHD non riesce a regolare il livello di motivazione, la fiducia nell'impegno e nel suo sforzo: egli sviluppa scarsa opinione di sé ed una bassa autostima in conseguenza alle ripetute esperienze di insuccesso e alla sua difficoltà di valutare i propri risultati in base allo sforzo compiuto.

È stato riportato infine il concetto di "impotenza appresa" (Cornoldi, 1996), risposta alle situazioni di insuccesso che può sfociare in stati d'ansia e di depressione significativi.

Gli ultimi capitoli della tesi sono dedicati alla ricerca, diretta proprio alla valutazione degli effetti dell'ADHD sulla percezione di sé e sulla relazione con gli altri. Attraverso l'utilizzo di tre questionari sono stati valutati questi aspetti in un campione composto da 14 ragazzi con ADHD e in un gruppo di controllo, formato da 45 ragazzi di una scuola media di Trieste.

Sui ragazzi con ADHD è stato effettuato un retest, a distanza di circa un anno dal primo, per verificare come evolvono nel tempo l'autostima e la percezione della propria competenza sociale.

Le problematiche sociali vengono spesso segnalate da chi circonda i giovani con ADHD: nel corso di questa ricerca, utilizzando delle schede di valutazione nella forma *self report*, è stato possibile constatare che anche i ragazzi stessi si rendono conto di quanto il loro disturbo interferisca con la qualità delle loro relazioni interpersonali.

Emerge dunque l'urgente necessità di delineare futuri interventi, soprattutto all'interno dall'ambiente scolastico, che considerino questi aspetti e di creare, attraverso un lavoro di rete, percorsi specifici e personalizzati.

1 CAPITOLO PRIMO: IL DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE CON IPERATTIVITÀ

1.1 Che cos'è l'ADHD

Il “Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività” è un disordine dello sviluppo neuropsichico del bambino e dell'adolescente, caratterizzato da deficit di attenzione, impulsività e iperattività. (APA, DSM IV-TR, 2004).

Per descrivere questa patologia, oggi ampiamente conosciuta e studiata nelle sue manifestazioni, sono state usate nel corso del tempo diverse definizioni. All'inizio del '900 il medico inglese Still descrisse un gruppo di bambini che manifestavano un'eccessiva vivacità, distruttività e un deficit del controllo morale (Still, 1902). Nel 1968 apparve per la prima volta la dicitura “reazione ipercinetica” del bambino nella II edizione del Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali pubblicato dall'American Psychiatric Association: la dicitura evidenziava l'esistenza di una problematica di tipo motorio e non cognitivo, fattore che venne invece considerato nella successiva edizione del Manuale (DSM III, APA, 1980). In questa stesura il manuale riporta la dicitura “Disturbo dell'Attenzione”.

Nel DSM III-R (1987) venne introdotto il termine di Attention Deficit Hyperactivity Disorder, il cui acronimo è ADHD, tradotto in italiano con “Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività” (DDAI). L'International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD, Organizzazione Mondiale della Sanità) descrive nel 1992 il disturbo come “sindrome ipercinetica” (ICD-9, 1992) e successivamente come “disturbo ipercinetico” (ICD-10, 1997).

L'ultima descrizione nosografica del disturbo usata dal DSM IV-TR del 2004 prevede la suddivisione dell'ADHD in tre diversi sottotipi (forma inattentiva, iperattiva e combinata), considerando la prevalenza dei sintomi.

I sintomi cardine dell'ADHD sono la mancanza di attenzione, l'iperattività e l'impulsività. Essi possono essere considerati come delle dimensioni in un continuum tra normalità e patologia e risulta necessario quindi individuare una soglia di rilevanza clinica ed una soglia di allarme subclinico, che pur non determinando una sindrome conclamata, si associno ad una compromissione funzionale nella sfera scolastica o sociale.

La difficoltà di individuare una chiara soglia tra normalità e patologia è stata considerata come un elemento a sostegno dell'inconsistenza dell'ADHD come entità clinica definita. Per alcuni soggetti con ADHD può essere difficile discriminare tra un'eccessiva vivacità ed una lieve forma di ADHD, ma la maggior parte dei soggetti che vengono riferiti ai clinici presenta una sintomatologia ben superiore alla soglia.

1.1.1 Mancanza di attenzione, impulsività e iperattività

L'attenzione è, secondo William James *“l'atto per cui la mente prende possesso in forma limpida e vivace di uno fra tanti oggetti e fra diverse correnti di pensieri che si presentano come simultaneamente possibili...essa implica l'abbandono di certe cose, allo scopo di trattare più efficacemente con altre, ed è uno stato che trova precisamente il suo opposto in quello stato di dispersione, confusione, che viene detto “distrazione”* (1890, pag. 298).

Hebb (1949) ritiene che l'attenzione sia dipendente dalla selettività della risposta dove l'informazione, veicolata dalle vie sensoriali, determina gli aspetti di una azione.

L'ambiente dove il soggetto con deficit di attenzione incontra maggiori difficoltà è ovviamente la scuola. Fare attenzione alle istruzioni per svolgere un determinato compito implica la capacità di essere tranquilli, la capacità di ignorare o di non rispondere a stimoli esterni, non pertinenti al compito, quella di isolare la voce dell'insegnante da altri stimoli uditivi e interpretare dal suo tono, dall'atteggiamento, dall'espressione, la sua richiesta di attenzione.

Significa anche resistere alla tentazione di chiedere il permesso di uscire e di fare continuamente domande, organizzare il proprio materiale e accorgersi tempestivamente dei propri cali di attenzione, per recuperare prontamente le informazioni perse.

Come indica Marzocchi (2003) “*l’attenzione è definibile in molteplici modi, poiché diversi sono i processi che sottostanno allo stesso processo*”.

Questi processi che costituiscono l’attenzione, diversi tra loro e per nulla semplici, vengono racchiusi nelle definizioni di attenzione selettiva, capacità attentiva ed attenzione prolungata.

Per *attenzione selettiva* si intende la capacità del soggetto di rispondere solo agli aspetti rilevanti di un compito o di una situazione, ignorando o non rispondendo quindi a quelli non essenziali.

La *capacità attentiva* si identifica con l’abilità di prestare attenzione a più stimoli contemporaneamente; la maggior parte dei compiti di apprendimento si presenta con stimoli multipli e richiede quindi l’adattamento e lo spostamento dell’attenzione da un contesto all’altro.

L’*attenzione prolungata* è l’abilità del soggetto di seguire le richieste del compito, senza distrarsi, per un sufficiente periodo di tempo, mentre l’*attenzione focalizzata* è la capacità di archiviare nella memoria quelle informazioni che sono state selezionate.

Le definizioni di attenzione possono essere estese fino a comprendere anche le attività di *problem solving* e si possono identificare delle variabili attinenti al difficile compito di concentrarsi e mantenere un buon livello di attenzione nel tempo.

In classe, prima di iniziare il suo lavoro, l’alunno dovrà essere in grado di comprendere la vera natura del compito e gli obiettivi finali, dovrà rendersi conto se gli manca tale adeguata comprensione o la chiarezza necessaria in relazione alle richieste e agli obiettivi, mettere a punto un piano o una strategia e procedere ad un’analisi preliminare sulla fattibilità della strategia, prima di applicarli e definire dei metodi alternativi.

L’alunno dovrà inoltre valutare il tempo richiesto dall’esercizio e quello a disposizione e, successivamente, dovrà controllare il progresso conseguito verso la soluzione, riprendendo, se necessario dall’inizio il ragionamento. Lo stile di pensiero che dovrà adottare sarà di tipo consequenziale (se faccio questo, allora...); egli dovrà gestire l’incertezza e il fallimento e, in caso di insuccesso, sfruttare le proprie risorse (anziché chiedere immediatamente aiuto o rinunciare), ricorrendo alla memoria ed alle soluzioni adottate in precedenza.

Questo elenco di variabili di problem solving, unitamente alle variabili attentive, esemplifica la complessità racchiusa nell’istruzione “fai attenzione!”.

Se l'attenzione ha il carattere di dare risalto a bisogni endogeni che portano specifici comportamenti si può definire come *motivazione*.

La motivazione è infatti una terza variabile del processo attentivo: essa consente di mettere in risalto ciò che è desiderato o utile ad uno scopo ed eliminare dal campo percettivo ciò che invece non interessa. A questo riguardo James (1899, pag. 101) afferma che *“quando si studia un argomento di scarso interesse e ci si accorge di essere portati alla distrazione, è necessario, per concentrarsi, far ricorso a degli sforzi deliberati, grazie ai quali la materia riacquisterà interesse, anche se per un breve periodo. La concentrazione sarà dunque nuovamente spontanea per qualche minuto, fino a quando sopraggiungerà un altro pensiero ad interferire ed a spostare ancora una volta l'attenzione. Si dovrà quindi riattivare uno sforzo intenso di volontà. In questa situazione, l'attenzione è un evento purtroppo poco duraturo.”*

Secondo Pelham et al. (1981) molti bambini iperattivi sono in grado di mantenere una buona attenzione per un notevole periodo di tempo, ma solo su attività che li interessano molto, come ad esempio guardare la televisione o giocare con i videogame. Ciò dimostrerebbe che questi soggetti, se sono realmente coinvolti, riescono a mantenere viva l'attenzione e che hanno semplicemente bisogno di una continua sollecitazione esterna in compiti di scarso interesse. Pelham osserva che quando si chiede di specificare i programmi televisivi preferiti, i bambini con ADHD ed i loro genitori citano invariabilmente i cartoni animati e gli sceneggiati con una trama elementare. Si tratta di programmi privi di correlazione o sequenzialità, per cui il ragazzo resta passivo dal punto di vista cognitivo ed ha scarsa comprensione nei confronti del programma stesso.

Come questo tipo di programmi, che non sollecitano un'attenzione prolungata ed un impegno strategico da parte del ragazzo e per questo sono molto gratificanti, così i compiti per i quali i soggetti con ADHD sembrano essere motivati sono quelli che non richiedono uno sforzo strategico e cognitivo considerevole. Al bambino con sindrome ADHD manca prevalentemente la capacità di utilizzare di regolare la concentrazione per mantenere l'attenzione e l'impegno in fase di problem-solving.

La comprensione degli aspetti attentivi, cognitivi e motivazionali dell'attenzione prolungata risulta di fondamentale importanza se si vuole riuscire a cogliere la vera natura dei problemi scolastici e sociali incontrati del soggetto con ADHD. Inoltre, il fallimento dei processi inibitori dei bambini ADHD non aiuta il processo attentivo. Cornoldi (1996) parla inoltre di un *“Deficit dell'inibizione dell'informazione irrilevante”*: la memoria di

lavoro dei ragazzi ADHD sarebbe ostacolata, nei processi di elaborazione, da quegli input ancora attivi che normalmente, per riuscire a memorizzare e ad apprendere in modo efficace, dovrebbero essere inibiti.

L'impulsività è una caratteristica individuale abbastanza stabile nel tempo; i bambini hanno la tendenza ad agire prima di aver riflettuto adeguatamente, "sparano" una risposta prima che sia terminata la domanda e non riescono ad attendere il proprio turno nel gioco e in altre attività di gruppo. Oltre che nella persistente impazienza, l'impulsività si manifesta anche con l'intraprendere azioni pericolose prima di aver considerato le possibili conseguenze negative che esse possono generare.

L'iperattività è caratterizzata da una continua agitazione, dall'incapacità di rimanere seduti e fermi e dall'eccessiva attività verbale e motoria. In genere il movimento aiuta a prolungare il tempo di attenzione e ad affrontare meglio lo sforzo cognitivo; le manifestazioni di iperattività tendono a modificarsi nel corso degli anni: molto marcata nei primi sei anni, l'iperattività successivamente diminuisce in frequenza ed intensità e si sostituisce con un senso di irrequietezza e con l'incapacità di sostenere un impegno prolungato.

1.1.2 L'autocontrollo

Un aspetto importante della sindrome è l'incapacità di mettere in atto processi di controllo e di autoregolazione del proprio comportamento. In letteratura il termine autocontrollo indica la capacità di inibire o di posporre le immediate risposte motorie ed emotive ad un evento ed è fondamentale per l'esecuzione di qualsiasi compito. Humphrey (1982) e Work (1987) delineano due categorie fondamentali nei processi dell'autocontrollo: una riferita ad un fattore cognitivo personale e l'altra ad un fattore comportamentale interpersonale. Kendall e Wilcox (1980), invece, propendono per la monofattorialità dei processi di autocontrollo e pongono maggior enfasi sugli aspetti comportamentali piuttosto che su aspetti cognitivi (attenzione selettiva, strategie di allocazione delle risorse). Per conseguire un obiettivo nel lavoro o nel gioco bisogna infatti essere in grado di ricordare lo scopo (retrospezione), bisogna sapere ciò che serve per raggiungere quell'obiettivo (previsione), tenere a freno le emozioni e avere una motivazione. Se una persona non riesce ad evitare l'interferenza di pensieri e impulsi, nessuna di queste funzioni può essere portata a termine con successo. Vengono definite

funzioni esecutive (Costanzi, 2002) le abilità cognitive complesse che consentono all'individuo il controllo volontario dei processi cognitivi e del comportamento in vista di uno specifico obiettivo. Tali abilità ci permettono di pianificare il nostro agire: esse implicano un'articolata interazione di competenze come l'organizzazione, il monitoraggio e infine l'esecuzione di attività già premeditate. Crescendo, la maggior parte dei bambini matura la capacità di impegnarsi in queste attività mentali e riesce a vincere le distrazioni, a ricordare gli obiettivi e a compiere i passi necessari per raggiungerli. I soggetti ADHD, invece, presentano una compromissione nell'inibizione comportamentale che a sua volta determina un deficit nelle funzioni esecutive, ossia nella memoria di lavoro, nell'autoregolazione emotiva e nella capacità di analisi e sintesi degli eventi (Barkley, 1997).

Levin (1988) assume che la gerarchia di abilità esecutive come la semplice abilità di pianificazione emerge intorno ai sei anni sotto forma di comportamenti di problem-solving.

Fletcher e Perrot (1998) dimostrano che il bambino che ha subito danni prefrontali mostra povere ed inefficienti abilità adattive.

La complessa efficienza di pianificare matura infatti nella prima adolescenza; nei primi sei anni di vita, le funzioni esecutive sono eteroregolate: i bambini spesso parlano tra sé ad alta voce, richiamando alla mente un compito o interrogandosi su un problema (la cosiddetta memoria di lavoro, inizialmente mediata verbalmente). Durante la scuola elementare, i bambini imparano a interiorizzare, a rendere "proprie" le funzioni esecutive, tenendo per sé i propri pensieri (interiorizzazione del discorso autodiretto), vengono educati a riflettere su sé stessi, a seguire regole ed istruzioni, ad auto-interrogarsi ed a costruire "sistemi mentali" per capire le regole in modo da poterle adoperare. Successivamente i bambini imparano a regolare i propri processi attentivi e le proprie motivazioni, a posporre o modificare le reazioni immediate ad un evento potenzialmente distraente, a tenere per sé le proprie emozioni ed a porsi degli obiettivi (autoregolazione). Mediante l'acquisizione di queste capacità, i bambini arrivano infine a scomporre i comportamenti osservati nelle loro singole componenti ed a ricomporli in nuove azioni che non fanno parte del proprio bagaglio di esperienze (ricomposizione).

1.1.3 Quanti sono i bambini con ADHD?

L'uso di criteri condivisi ed un più chiaro riconoscimento di questo disturbo da parte dei clinici hanno portato negli ultimi anni ad un costante aumento delle diagnosi; le stime nella popolazione pediatrica variano, tuttavia, secondo i criteri diagnostici e la metodologia utilizzata. Il DSM IV-TR (2004) indica che l'ADHD varia dal 3 al 5% nella popolazione in età scolare ed è 5 volte più frequente nei maschi che nelle femmine. L'ICD 10 indica invece una quota del 2% della popolazione infantile. In Italia, gli studi epidemiologici condotti da Camerini e collaboratori (1996) e da Cornoldi e Marzocchi (2000) indicano una frequenza del disturbo pari al 4%.

1.2 La diagnosi

La diagnosi di ADHD è clinica e compete al neuropsichiatra, che la determina sulla base di una raccolta attenta di informazioni provenienti da fonti multiple (genitori insegnanti, educatori) utilizzando interviste semistrutturate e/o questionari standardizzati sui diversi aspetti del comportamento e del funzionamento sociale del bambino. L'osservazione ed il colloquio con genitori e bambino permettono di ottenere preziose informazioni che possono confermare o attenuare il sospetto di ADHD e sono utili per verificare la presenza di altri disturbi associati.

È necessario effettuare l'esame medico e neurologico, considerando l'esistenza di possibili patologie associate e gli effetti di eventuali altre terapie in atto, valutare le capacità cognitive e l'apprendimento scolastico e stimare in maniera oggettiva le capacità attentive, di pianificazione delle attività e di autocontrollo; può essere utile, talvolta, valutare anche la possibile presenza di disturbi del linguaggio. Non esiste quindi un solo strumento diagnostico in grado di rilevare la presenza del disturbo; la diagnosi deve essere basata sulla raccolta di più elementi clinici quali un'accurata anamnesi, colloqui con i genitori, gli insegnanti ed il bambino, esame medico e valutazione neuropsicologica attraverso strumenti standardizzati specifici. Le *interviste cliniche*, che hanno lo scopo di inquadrare il problema, possono essere rivolte alla famiglia o al bambino/ragazzo stesso. L'intervista abbraccia tutti i settori della vita e della storia del bambino che possono far luce sul suo problema e mira, inoltre, a far emergere una serie di problematiche, indispensabili per il successivo iter diagnostico e terapeutico.

Sono estremamente utili per valutare la severità del disturbo test e scale di valutazione del comportamento compilate da genitori ed insegnanti e nelle Linee Guida vengono descritti alcuni strumenti diagnostici, usati a livello internazionale, ai quali far riferimento.

1.2.1 I manuali psicodiagnostici

- Il DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), nelle sue forme III-R e IV TR è lo strumento diagnostico principale per porre una diagnosi fondata. Secondo il DSM IV la diagnosi va posta quando il bambino presenta un marcato livello di disattenzione e comportamenti eccessivamente impulsivi ed iperattivi, che causano problemi scolastici e difficoltà con i coetanei. Il bambino deve presentare almeno 6 sintomi per un minimo di sei mesi e in almeno due contesti; inoltre, è necessario che tali manifestazioni siano presenti prima dei 7 anni di età e che compromettano significativamente il rendimento scolastico e/o sociale del bambino (vedi Allegato 1)
1) Se un soggetto presenta esclusivamente 6 dei 9 sintomi di disattenzione, viene posta diagnosi di ADHD-sottotipo disattento; se presenta solo 6 dei 9 sintomi di iperattività-impulsività, allora viene posta diagnosi di ADHD - sottotipo iperattivo-impulsivo; infine se il soggetto presenta entrambe le problematiche, allora la diagnosi è di ADHD-sottotipo combinato. I 18 sintomi presentati nel DSM-IV sono gli stessi contenuti nell'ICD-10 (OMS, 1992), l'unica differenza si trova nell'item f della categoria iperattività-impulsività (parla eccessivamente) che, secondo l'OMS, è una manifestazione di impulsività e non di iperattività.
- ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1997), condivide la maggior parte dei criteri diagnostici del DSM-IV, ma con una categorizzazione più definita. Nel DSM-IV vengono richiesti 6 item per il problema di attenzione o 6 item per l'iperattività/impulsività. Nell'ICD-10 invece la valutazione diagnostica viene fatta con almeno 6 item di disattenzione, almeno 3 item di iperattività e almeno 1 item di impulsività. L'ICD-10 differisce dal DSM-IV in quanto tutti e tre i problemi (attenzione-iperattività-impulsività) devono essere presenti contemporaneamente e deve essere soddisfatto il criterio più

rigoroso della loro presenza in una molteplicità di setting, mentre la presenza di un altro disturbo costituisce un criterio di esclusione.

1.2.2 Questionari e interviste diagnostiche

Per la raccolta di informazioni vengono spesso utilizzati sia questionari che interviste semistrutturate. Tali strumenti possono essere esclusivamente centrati sulla sintomatologia ADHD, oppure spaziare sui diversi ambiti della psicopatologia, per individuare possibili disturbi associati (come disturbi specifici dell'apprendimento, disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi della condotta).

I questionari per la valutazione comportamentale raccolgono una serie di dati informazioni utili ai fini diagnostici e per seguire l'andamento del disturbo nel tempo. Quelli maggiormente utilizzati, di cui esistono versioni italiane standardizzate o in corso di standardizzazione sono:

- CBCL (Child Behavior Checklist - Questionario sul comportamento del bambino, Achenbach, 1991); molto usato in studi epidemiologici, consente di definire e misurare un fattore "generale" relativo ai disturbi "esternalizzanti" del comportamento. Al fine di costruire un profilo comportamentale generale del ragazzino, la scala CBCL contiene 113 item relativi ad una vasta gamma di problemi manifestati dai soggetti di età compresa fra i 4 e 16 anni. Il genitore indicherà se l'item è vero (punteggio 2), abbastanza vero (punteggio 1), non vero (punteggio 0). Il questionario consente di ottenere informazioni sulle competenze dimostrate dal soggetto nelle attività sportive, scolastiche, sociali e sulla capacità di giocare e lavorare da solo; permette inoltre di mettere in luce eventuali problematiche quali la depressione, l'ansia, l'aggressività, la disattenzione e l'impulsività manifestate dal bambino. Nel corso di questa ricerca è stato usato il test CBCL nella versione YSR, compilata dal ragazzo stesso.
- ADHD Rating Scale IV (DuPaul et al., 1998, di cui esiste una versione italiana curata da Marzocchi e Cornoldi).
- SNAP IV (sviluppata da Swanson, Noland e Pelham come revisione della scala di Swanson del 1983). La scala è costituita da 90 item che corrispondono ai criteri del DSM-IV con subscale multiple per la diagnosi di ADHD e altri disturbi

psicopatologici. La scala permette di valutare il livello di compromissione per il bambino e la famiglia, l'appropriatezza all'età, la frequenza, l'intensità e la pervasività dei comportamenti. Ciascun item può essere valutato con punteggio che va da 0 (non presente) a 3 (marcatamente patologico). Il punteggio di ciascuna subscale è dato dalla somma dei punteggi di ciascun item diviso il numero degli item della subscale, espresso come media per item.

- TRS (Conner's Teacher Rating Scale - Conners, 1969) il questionario, diretto agli insegnanti, è composto da 39 item, volti a comprendere non solo i problemi attentivi, ma anche i comportamenti problematici e gravemente non collaborativi. Esiste anche una versione per i genitori, il Parent Symptom Questionnaire (PSQ), che indaga tutte le aree di difficoltà ed è composta da 48 item, di cui 10 riguardano i sintomi relativi all'iperattività/impulsività e disattenzione mentre i rimanenti indagano i problemi di apprendimento, l'aggressività e problemi comportamentali, problemi psicosomatici e problemi legati all'ansia. Per entrambe le scale è chiesto di esprimere quanto spesso o con quale gravità il bambino manifesta il dato problema.
- DBD (Disruptive Behaviour Disorder Rating Scale, Pelham, 1992); le versioni validate italiane sono la scale SCOD (Scala di valutazione dei Comportamenti Dirompenti) nella versione per Genitori (SCOD-G) e nella versione per insegnanti (SCOD-I). il questionario contiene i 42 sintomi elencati nel DSM-IV relativi al Disturbo da Deficit d'Attenzione/Iperattività (ADHD), 8 sintomi del Disturbo Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP) e 16 sintomi Disturbo di Condotta (DC). (Marzocchi et al., 2001 e 2003). Al genitore e all'insegnante viene chiesto di esprimere la frequenza di comparsa dei sintomi elencati su una scala a 4 punti: "per nulla, abbastanza, molto e moltissimo".
- SCRS (Self Control Rating Scale) è una scala di valutazione su 33 item, elaborata da Kendall e Wilcox (1980) per l'età scolare, e contiene domande sia sull'autocontrollo che sull'impulsività. Il genitore, in base a una scala di valori da 1 a 7, indica il punteggio che meglio caratterizza il bambino in ciascun item.
- SDAI (Scala per l'individuazione di comportamenti di disattenzione e iperattività, Cornoldi et al., 1996). La scala deve essere compilata rispettivamente dai genitori e dagli insegnanti al fine di evidenziare il livello di disattenzione e iperattività/

impulsività nei bambini: consiste in 18 item corrispondenti ai sintomi riportati nel DSM-IV: i 9 item dispari compongono la subscale relativa alla disattenzione e i 9 item pari compongono quella relativa all'iperattività-impulsività.

È opportuno somministrare anche la scala di Wechsler (Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised, WISC-III, 1991) finalizzata a valutare l'efficienza intellettuale attraverso prove verbali, numeriche e di performance tali da misurare abilità di natura diversa (logica, percettiva).

L'utilizzo di questi strumenti va sempre accompagnato dall'utilizzo delle interviste diagnostiche che esplorano l'intera gamma della psicopatologia: ciò consente di individuare eventuali patologie associate, quali disturbi del comportamento (Disturbo Oppositivo Provocatorio, Disturbo della Condotta), disturbi dell'umore (Depressione e Distimia, Disturbo bipolare), disturbi d'ansia (ansia generalizzata, panico, ecc.), disturbi di apprendimento, tic e Disturbo Ossessivo Compulsivo. Le più utilizzate sono:

- DICA (Diagnostic Interview for Children and Adolescents, Reich et al., 1997):
- K-SADS-PL (Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Life-time version, Kaufman, 1997);
- PICS-IV (Parent Interview of Child Symptom, Schachar, 1996), un'intervista semistrutturata specificamente sviluppata per la diagnosi dei disturbi dirompenti del comportamento (ADHD, disturbo oppositivo provocatorio e disturbo della condotta) e per lo screening di altri disturbi psichiatrici;
- SAFA (Scala psichiatrica di auto somministrazione per fanciulli e adolescenti, 2001) validata solo in Italia.

È necessario ricordare che le scale di valutazione completate da genitori, insegnanti e dallo stesso bambino non consentono di formulare una diagnosi clinica: sono comunque strumenti preziosi come complemento diagnostico per una stima quantitativa, per valutare l'andamento clinico o la risposta ai trattamenti.

Uno dei più frequenti motivi d'invio dei bambini con ADHD alle strutture sanitarie è costituito dalle difficoltà scolastiche: è pertanto necessario eseguire sui bambini in età scolare una rapida prova di screening delle abilità di lettura e comprensione del testo e alcune semplici prove di calcolo aritmetico, integrate, nei casi dubbi, dalle prove per la valutazione della dislessia. Bambini ed adolescenti sono gli informatori migliori per i

propri sintomi internalizzanti, più attendibili di genitori ed insegnanti. Le informazioni dirette devono essere integrate con la compilazione delle scale:

- MASC (Multidimensional Anxiety Scale for Children - Scala di Auto-Valutazione dell'ansia per Bambini, March, 1997) è un questionario *self report* per la rilevazione di problemi d'ansia in soggetti di età compresa tra 8 e 19 anni. È composto da 39 item che, nella versione originale, si distribuiscono in quattro fattori: sintomi fisici, evitamento del danno, ansia sociale e ansia da separazione.
- CDI (Children Depression Inventory - Questionario per la Depressione nei Bambini, Kovacs 1992). È un questionario di autovalutazione per rilevare la presenza e la gravità della Depressione in bambini dagli 8 ai 17 anni d'età.

1.2.3 Altri strumenti diagnostici

Come descritto in precedenza, non esistono test diagnostici specifici per l'ADHD: la caratterizzazione e misurazione delle capacità di attenzione prolungata, di pianificazione, categorizzazione e di inibizione delle risposte automatiche (funzioni neuropsicologiche localizzate nei lobi frontali) e dei processi di apprendimento consentono una più precisa caratterizzazione della sindrome ed una migliore impostazione dei piani di trattamento. Va sottolineato che il disturbo cognitivo non è limitato al disturbo dell'attenzione; l'elemento caratterizzante sembra essere piuttosto quello di un deficit dei processi di controllo e regolazione strategica delle risposte cognitive (le cosiddette funzioni esecutive), che si riflettono su diversi ambiti del funzionamento dell'intelligenza (attenzione, memoria, ecc.). Alcuni strumenti diagnostici per valutare questi aspetti sono:

- CPT (Continuous Performance Test, Marzocchi e Menazza, 1998) valuta il mantenimento della vigilanza per un lungo periodo di tempo. Il soggetto deve dare risposte (premendo un pulsante) ad uno stimolo target mescolato tra diversi distrattori (con possibilità di omissioni per inattenzione o false risposte per impulsività).
- MFFT (Matching Familiar Figure Test, Cornoldi, 1996) valuta la capacità di inibire risposte eccessivamente rapide ed automatiche. Vengono valutate la riflessività/impulsività del bambino attraverso esercizi di appaiamento, in cui il soggetto deve individuare, tra sei diverse alternative, la figura uguale a quella

presentata nella parte superiore del foglio. Il valore di impulsività/riflessività viene definito come la combinazione dei dati di latenza ed errore.

- CHANGE TASK (De Jong, Coles e Logan, 1995; Oosterlaan e Sergeant, 1998) è un adattamento dello stop task e permette di misurare la capacità di inibizione di una risposta preponderante, i tempi e correttezza nell'esecuzione di una risposta semplice, la flessibilità cognitiva. Il Change Task consiste in una serie di possibili risposte "di Go" (premere un pulsante, la maggior parte) e "di Stop". Oltre che calcolare il tempo medio di reazione e il numero di errori, il test permette di misurare le funzioni di inibizione e di riattivazione di processi mentali e motori ed è in grado di differenziare i bambini con ADHD da quelli di controllo e da quelli con disturbi d'ansia o dell'apprendimento.
- TOL (Test della Torre di Londra, Krikorian et al., 1994) è spesso utilizzato per valutare la capacità del bambino o dell'adolescente di usare strategie complesse per la risoluzione di problemi e si basa sull'utilizzo di uno strumento costituito da tre pioli di diversa lunghezza, nei quali sono infilate tre biglie (una rossa, una verde e una blu): il soggetto deve spostare queste biglie in un certo numero di mosse in modo da ottenere la configurazione indicata dall'esaminatore.

La più recente raccolta di strumenti diagnostici per il Disturbo di Attenzione/Iperattività è la Batteria Italiana per l'ADHD (BIA, Marzocchi, Re e Cornoldi, 2010). Si tratta di sette test e di una serie di questionari con taratura italiana utili per l'assessment, per l'individuazione e per la comprensione dei problemi specifici dei bambini con ADHD.

Va sottolineato che, oltre alla somministrazione dell'intervista, dei test e delle scale di valutazione, l'esame obiettivo medico e neurologico è sempre necessario: molti bambini con ADHD presentano infatti alcuni "soft neurological signs", come asimmetria dei riflessi profondi e scarsa coordinazione. Si deve inoltre considerare che ogni forma di deficit sensoriale parziale, sia visivo che uditivo, o un disturbo dello sviluppo linguistico, o un disturbo specifico dell'apprendimento, un ritardo mentale o un livello intellettuale borderline possono determinare sia un disturbo dell'attenzione, sia un aumento della attività motoria. Esistono infine condizioni patologiche generali che possono più facilmente associarsi a sintomi tipo ADHD come alcune forme di epilessia (es. piccolo male), esiti di traumi cranici, disturbi tiroidei, alcune facomatosi (come ad es.

neurofibromatosi di tipo 1), disturbi del sonno, nascita pretermine, ed anche alcuni farmaci (antiepilettici, benzodiazepine, anti-istaminici).

Un vero disturbo psicopatologico come l'ADHD si differenzia dai disturbi sopra elencati per la sua precocità, per la sua pervasività nei diversi ambienti, indipendentemente dalle loro caratteristiche, per la scarsa capacità di finalizzare l'iperattivismo in attività costruttive, ma soprattutto per la marcata interferenza sul funzionamento scolastico, familiare, sociale e nel tempo libero. Esistono condizioni ambientali particolarmente sfavorevoli che possono associarsi alla sintomatologia dell'ADHD, come contesti sociali degradati, situazioni familiari caotiche, con incoerenza dei modelli di riferimento, oppure condizioni educative incongrue (come un'ipostimolazione), inadeguatezza della organizzazione scolastica (eccessiva rigidità), oppure condizioni psicopatologiche familiari (depressione materna) o problemi familiari situazionali (come divorzi traumatici). In questi casi si osserva frequentemente un'interazione tra eventi vitali negativi e condizioni di vulnerabilità costituzionale (come un deficit nei processi di controllo inibitorio), che aumentano la sensibilità all'azione di tali eventi esterni.

Naturalmente non sarà possibile gestire il problema della diagnosi e della terapia senza prevedere un lavoro sinergico di tutte le figure professionali coinvolte, come gli insegnanti, i pediatri, i neuropsichiatri e gli psicologi e fondamentale risulterà la collaborazione dei genitori.

I soggetti con ADHD a cui sono stati sottoposti i questionari nel corso di questa ricerca hanno una diagnosi di Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività effettuata presso l'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, in base ai criteri del DSM-IV.

I soggetti, inoltre, sottoposti alla compilazione della scala WISC, riportano un QI maggiore di 70.

1.2.4 L'osservazione nel contesto scolastico

Come detto in precedenza, il punto di partenza per una valutazione diagnostica è rappresentato dall'osservazione attenta del soggetto: essa costituisce un momento rilevante dell'iniziale valutazione effettuata dal medico, che osserverà il comportamento del bambino e la sua capacità di interagire con gli altri durante la visita. È tuttavia fondamentale che anche gli insegnanti e gli psicologi dell'educazione conducano un'osservazione sistematica dei bambini con ADHD presenti nelle classi.

Per poter intervenire in maniera efficace sui problemi dei bambini è necessario infatti che vi sia accordo e condivisione tra le figure che lavorano con loro: genitori, insegnanti, educatori, medici e specialisti. Nel caso di bambini con difficoltà comportamentali gravi è infatti importante ricordare che *“i parametri di giudizio non possono essere soggettivi, riconducibili alle convinzioni morali e pedagogiche o all'umore e al livello di burn-out di chi opera con le persone disabili”* (Ianes, 1994, pag 12).

Prima di progettare e di mettere in atto delle strategie operative è indispensabile quindi definire in maniera univoca il problema, restringere l'elenco dei comportamenti disfunzionali e cercare di quantificarli, dando loro un “peso” nelle varie situazioni.

Uno strumento utile in questo senso è l'osservazione sistematica: si tratta di un'attività programmata, con regole precise e fissate a priori, che può essere condotta dall'insegnante stesso o da un osservatore esterno. Se l'osservazione casuale porta a considerazioni del tipo “Luca è un bambino impossibile”, l'osservazione sistematica ha invece come risultato un dato preciso: “in un'ora Luca si è alzato dal banco 7 volte”. L'osservazione sistematica si basa infatti sui parametri di “frequenza” (numero di casi in cui il comportamento si verifica in un periodo di tempo), “durata” (misura del tempo in cui esso perdura) e “intensità” (forza di una risposta in una precisa circostanza).

Il comportamento può essere registrato ogniqualvolta è messo in atto dal soggetto o, più realisticamente, durante un'unità temporale ridotta, stabilita a priori (campionamento a tempo).

Dopo aver effettuato un'osservazione sistematica ci si potrebbe rendere conto che un determinato comportamento, sebbene eclatante, è in realtà poco frequente e quindi non necessita di un programma speciale, mentre potrebbe rivelarsi più urgente un intervento in un'altra area problematica. A questo punto risulterà essenziale la condivisione con il team di adulti che ruota attorno al bambino, che porterà ad una legittimazione sociale degli interventi da attuare.

L'osservazione sistematica consente di ricevere informazioni sulla situazione di partenza, ma è utile che sia continuata regolarmente nel corso dell'anno scolastico, per valutare l'efficacia del percorso intrapreso e *“per andare avanti se i dati ci diranno che il comportamento negativo sta diminuendo, per correggere il tiro se ci accorgeremo che qualcosa non va”* (Ianes e Celi, 2001). Attraverso questo tipo di strumento è dunque possibile valutare, sulla base di riscontri oggettivi e non su impressioni soggettive, se gli interventi funzionano e se i comportamenti problema dell'alunno diminuiscono.

1.3 Ipotesi eziopatogenetiche

Quali siano le ragioni dell'insorgenza del ADHD è ancora una questione intricata nei campi della psichiatria, psicologia e genetica clinica dell'infanzia.

Sin dalle prime descrizioni del disturbo (Still, 1902) si suggerisce l'ipotesi che l'ADHD sia dovuto, in parte, a fattori neurobiologici. Durante il XX secolo numerosi autori hanno notato una forte somiglianza tra i sintomi dell'ADHD e i comportamenti di soggetti che presentavano lesioni cerebrali alle regioni frontali (in particolare l'area prefrontale) della corteccia cerebrale (Benton, 1991 in Barkley, 1998): disinibizione, problemi di mantenimento dell'attenzione, difficoltà di pianificazione e di uso di strategie cognitive.

In tempi più recenti si assiste ad una generale identità di vedute sul fatto che, sebbene "il danno cerebrale minimo" o altri disturbi neurologici possano essere causa di alcuni tratti caratteristici dell'ADHD, anche molti altri disturbi comportamentali non prevedibili e molto diversificati sono imputabili a lesioni cerebrali (Rutter, Graham e Yule, 1970).

Negli ultimi dieci anni, i ricercatori hanno dimostrato che l'ADHD nasce da un difetto evolutivo nei circuiti cerebrali che stanno alla base dell'inibizione e dell'autocontrollo. A sua volta, questa mancanza di autocontrollo pregiudica altre importanti funzioni cerebrali necessarie per il mantenimento dell'attenzione, tra cui la capacità di posticipare le gratificazioni immediate in vista di un successivo e maggiore vantaggio. In particolare, alcuni studi fondati sulle moderne tecniche di elaborazione di immagini hanno indicato quali potrebbero essere le regioni cerebrali il cui cattivo funzionamento spiegherebbe i sintomi dell'ADHD. In uno studio del 1996, Castellanos, Rapoport e i loro colleghi del National Institute of Mental Health, hanno scoperto che, nei bambini affetti da ADHD, la corteccia pre-frontale destra e due gangli basali, il nucleo caudato e il globo pallido, sono significativamente meno estesi del normale. Agli inizi del 1998, il gruppo di Castellanos ha trovato che in questi bambini anche il verme del cervelletto è di dimensioni inferiori alla norma.

Queste informazioni risultano molto significative in quanto le aree cerebrali di dimensioni ridotte nei soggetti affetti da ADHD sono proprio quelle che regolano l'attenzione: la corteccia pre-frontale destra, ad esempio, è coinvolta nella programmazione del comportamento, nella resistenza alle distrazioni e nello sviluppo della consapevolezza di sé e del tempo. Il nucleo caudato e il globo pallido agiscono interrompendo le risposte

automatiche per consentire una decisione più accurata da parte della corteccia e per coordinare gli impulsi, che attraverso i neuroni raggiungono le diverse regioni della corteccia. L'esatto ruolo del verme del cervelletto non è stato ancora chiarito, ma indagini recenti sembrano concordare sul fatto che sia coinvolto nei processi che regolano la motivazione.

L'anomalo funzionamento di queste strutture cerebrali ha molteplici cause: in più della metà dei casi sembra che tale fenomeno sia dovuto ad una disfunzione di alcuni dei numerosi geni che normalmente sono attivi durante la formazione e lo sviluppo della corteccia pre-frontale e dei gangli basali (Barkley, 1999).

Alcuni studi molto convincenti mettono in particolare evidenza il ruolo svolto dai geni che impartiscono le istruzioni per la produzione dei recettori e dei trasmettitori della dopamina: questi geni sono molto attivi nella corteccia pre-frontale e nei gangli basali.

La dopamina, sostanza che funziona da neurotrasmettitore, trasportando segnali chimici da una cellula nervosa a un'altra, è secreta dai neuroni in particolari zone del cervello per inibire o modulare l'attività di altri neuroni, in particolare di quelli coinvolti nell'emozione e nel movimento.

Sembra che i bambini con ADHD abbiano una maggior probabilità di presentare una particolare variante del gene che regola la concentrazione della dopamina in aree specifiche (Cook et al., 1995).

Non sussistendo una sufficiente concentrazione di neurotrasmettitori che garantisca un adeguato trasporto del segnale nervoso, si verifica essenzialmente un'alterazione della funzione di blocco della reazione agli impulsi sensoriali: la conseguenza è che il bambino non sarà in grado di reagire agli stimoli ambientali attraverso un'adeguata scelta e graduazione del repertorio motorio e comportamentale. In definitiva, si potrebbe affermare che i difetti genetici e di struttura cerebrale osservati nei bambini affetti da ADHD portano ai comportamenti caratteristici del disturbo dell'attenzione associato a iperattività riducendo la capacità di inibire comportamenti inadeguati e di autocontrollo.

Un altro filone di ricerca è rappresentato dagli studi di genetica: il disturbo sembra essere in gran parte di natura ereditaria (Barkley, 1997). Indicazioni sull'origine genetica dell'ADHD sono derivate da ricerche condotte sulle famiglie dei bambini affetti dal disturbo: si è osservato che i fratelli e le sorelle di bambini con ADHD hanno una probabilità di sviluppare la sindrome da cinque a sette volte superiore a quella dei bambini

appartenenti a famiglie non colpite; inoltre, i figli di un genitore affetto da ADHD hanno fino a cinquanta probabilità su cento di sperimentare le stesse difficoltà.

La prova più convincente del contributo genetico all'ADHD, però, proviene dagli studi sui gemelli, come quello di Gills e colleghi (1992): essi scoprirono che il rischio di ADHD in un gemello monozigote di un bambino affetto dal disturbo è tra 11 e 18 volte superiore a quello di un fratello non gemello di un bambino con ADHD; si valuta che una percentuale tra il 55 e il 92% di gemelli monozigoti di bambini affetti da ADHD finisca con sviluppare la sindrome.

Uno dei più ampi studi sull'ADHD relativo a gemelli, condotto da Gjone e Sundet dell'Università di Oslo, insieme con Stevenson dell'Università di Southampton in Inghilterra, coinvolgeva 526 gemelli monozigoti, che ereditano esattamente gli stessi geni, e 389 gemelli eterozigoti, la cui somiglianza genetica è analoga a quella di fratelli nati a distanza di anni. Il gruppo di ricerca scoprì che l'ADHD è ereditario quasi all'80%, cioè che circa l'80% delle differenze nell'attenzione, nell'iperattività e nell'impulsività tra persone affette da ADHD e persone sane può essere spiegato da fattori genetici¹. Queste teorie sono confermate anche dalle recenti ricerche di Banashewsky (2010).

Tra gli altri fattori eziologici, Barkley (1997) distingue quelli che appartengono *all'ambiente condiviso*, cioè le variabili sociali come lo status educativo/occupazionale della famiglia, il clima familiare, il regime alimentare e le caratteristiche interpersonali dei componenti della famiglia e all'*ambiente non condiviso*, che include tutti quei fattori di natura biologica non ereditari (modificazioni verificatesi dopo la nascita del bambino).

L'ambiente non condiviso sarebbe responsabile della probabilità di sviluppare il disturbo, mentre l'ambiente condiviso potrebbe spiegare solo il mantenimento di tale sintomatologia.

I fattori non genetici che sono stati collegati all'ADHD includono la nascita prematura, l'uso di alcool e tabacco da parte della madre, l'esposizione a elevate quantità di piombo nella prima infanzia e le lesioni cerebrali, soprattutto quelle che coinvolgono la corteccia pre-frontale. Presi insieme, tuttavia, questi fattori possono spiegare dal 20 al 30% dei casi di ADHD tra i maschi, e ancora di meno tra le femmine.

Nel 1975 Feingold (1975) avanzò l'ipotesi e dimostrò, poi, conducendo alcune ricerche di discutibile rigurosità metodologica, che l'iperattività fosse una reazione di tipo

¹ dal sito <http://www.aifa.it>

tossico e/o allergico ai coloranti e ai conservanti contenuti in numerosi cibi di cui i bambini, durante gli anni della scuola, fanno largo uso e che l'esclusione dalla loro dieta migliorava sensibilmente il loro comportamento. In realtà, i suoi risultati non sono stati confermati e una seria dieta sembra realisticamente difficile da realizzare. Inoltre, poiché molti bambini con allergie non presentano l'ADHD e molti bambini con ADHD non hanno allergie è necessario essere molto cauti nel trarre facili conclusioni; potrebbe esistere un sottotipo di soggetti iperattivi che presentano intolleranze alimentari e/o allergie a causa di un irregolare funzionamento del SNC che determina anche una scarsa regolazione del livello di attenzione (Marshall, 1989).

Infine si può sottolineare il fatto che l'ambiente ha un'importanza decisiva nella genesi del disturbo: l'esperienza esistenziale del bambino con ADHD, caratterizzato da "insuccessi" e frustrazioni nel campo relazionale, sociale e scolastico, potrà determinare disturbi comportamentali secondari su base psico-emotiva, che spesso accentuano e confondono gli stessi sintomi di iperattività e impulsività con cui il disturbo si presenta. In questo senso, la patogenesi dell'intero sistema di sintomi dell'ADHD si può considerare effetto della confluenza di fattori neuro-biologici e psicosociali, mediata da un disturbo dello sviluppo cognitivo-emotivo che assume un ruolo centrale.

1.4 Comorbilità e diagnosi differenziale

Per comorbilità, in campo medico, si intende la coesistenza di due o più patologie diverse in uno stesso individuo². In psichiatria il concetto non comprende necessariamente due malattie distinte, ma anche la presenza di molteplici diagnosi ad un paziente sulla base dei sintomi presentati.³

Secondo quanto tipicamente osservato, la presenza di più sintomi che afferiscono a quadri diagnostici diversi, in uno stesso soggetto, non è un evento raro, ma è quasi la norma. (Cornoldi et al., 2004). In molti casi risulta complesso stabilire se si tratta di modalità espressive ampie e diversificate di una stessa patologia oppure di manifestazioni appartenenti a quadri clinici differenti, ma compresenti, e se tali manifestazioni siano una la causa dell'altra oppure se esse siano indipendenti.

² Segen, J. C. (2006); *Concise Dictionary of Modern Medicine*, McGraw-Hill, New York.

³ First M.B. (2005); *Mutually exclusive versus co-occurring diagnostic categories: the challenge of diagnostic comorbidity*. *Psychopathology* 38, pag. 206–210.

Anche se certe associazioni sono particolarmente frequenti tanto da far supporre uno stretto legame, un atteggiamento prudente, di fronte alla complessità di certi quadri diagnostici, suggerisce di interpretare la comorbidità come compresenza di sindromi. Risulta quindi di importanza fondamentale un attento procedimento diagnostico, in quanto la definizione dei disturbi in comorbidità condiziona non soltanto l'espressività del quadro clinico, ma anche la prognosi e le strategie di trattamento.

1.4.1 Disturbi associati all'ADHD

Numerosi studi sono concordi nell'affermare che almeno il 70% dei soggetti con disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività ha un disturbo associato, sia in campioni clinici che epidemiologici.

L'associazione tra disturbi è trasversale quando, nello stesso soggetto, si manifestano contemporaneamente sintomi di due o più disturbi, oppure longitudinale quando compaiono in successione. Nei soggetti con ADHD è particolarmente elevata la compresenza trasversale.

Secondo quanto evidenziato dalle Linee Guida (2002), è auspicabile una valutazione multidisciplinare dei sintomi dell'ADHD. Come per altre patologie, appare opportuna la definizione di un protocollo diagnostico e terapeutico comune e condiviso: è infatti sempre più evidente che l'ADHD è probabilmente un'entità non omogenea e che possono essere individuati specifici sottotipi con diverso quadro clinico, diverso rischio genetico e diversi percorsi evolutivi.

Lo studio della comorbidità consente di individuare dei raggruppamenti più omogenei di pazienti, che da un punto di vista clinico hanno fenomenologia e gravità diverse, allo scopo di precisare meglio le prognosi e gli interventi. Ad esempio, il fatto di avere soggetti con ADHD associato a disturbi internalizzati come ansia o disturbi dell'umore, oppure ADHD associato a disturbi esternalizzati come il disturbo della condotta, oppure ancora associato ad entrambi, permette di individuare tre diversi possibili percorsi evolutivi e risposte ai diversi trattamenti.

Lo studio della comorbidità può rappresentare inoltre un utile complemento nella comprensione della storia naturale dell'ADHD dal bambino all'adulto, poiché la tipologia dei disturbi in associazione è probabilmente diversa nelle diverse fasi della vita.

Masi (2005) indica alcune possibilità che si possono presentare nel rapporto tra ADHD e disturbi associati, che non necessariamente si escludono l'una con l'altra:

Vi è una “falsa” comorbilità quando:

- i quadri clinici non rappresentano condizioni associate, ma sono diverse espressioni dello stesso disturbo ADHD, dovute a variabilità del fenotipo;
- esistono diversi sottotipi, come le varianti genetiche, nella eterogenea sindrome di ADHD, che giustificano la multiformità della espressione clinica.

Si parla invece di “vera” comorbilità quando:

- i sintomi sono riferibili a disturbi diversi ed indipendenti (come disturbo della condotta, disturbo depressivo);
- i disturbi sono tra loro diversi ed indipendenti, ma la loro frequente associazione è legata alla presenza di una vulnerabilità comune, genetica e/o ambientale.

Infine Masi (2005) precisa che vi è un possibile rapporto evolutivo tra l'ADHD e le condizioni associate che giustificherebbe l'elevata frequenza delle associazioni. In particolare, l'ADHD può rappresentare:

- una precoce manifestazione del disturbo associato che può comparire successivamente;
- una condizione in grado di aumentare il rischio di comparsa di altri disturbi in fasi successive.

Per la rilevazione da parte della scuola o dei Servizi di problematiche associate al disturbo di attenzione/iperattività è stata elaborata la scala COM (Cornoldi, Molin e Marcon, 2004). È uno strumento agile e veloce in grado di utilizzare le conoscenze degli insegnanti che osservano e interagiscono con il bambino da molto tempo in situazioni “naturali”. Il questionario può fornire indicazioni utili per la progettazione di uno specifico trattamento.

Per una lettura più chiara e immediata delle comorbilità si fa qui riferimento al sistema classificatorio standard previsto nel DSM-IV e sostanzialmente utilizzato anche nel sistema ICD-10 predisposto dalla Organizzazione Mondiale della Sanità. I più frequenti disturbi associati all'ADHD, con riferimento alle ricerche condotte da Munir et. al., (1987) e Barkley (1981) sono i seguenti:

- disturbi di apprendimento
- disturbo oppositivo provocatorio e disturbo della condotta
- disturbi dell'umore
- disturbi d'ansia
- disturbo ossessivo compulsivo e sindrome di Tourette
- disturbi pervasivi dello sviluppo (autismo ad alto funzionamento) e ritardo mentale.

1.4.2 ADHD e disturbi dell'apprendimento

Tra i disturbi associati, sono frequenti quelli dell'apprendimento scolastico (tra il 50% e l'80%) e le problematiche relative alla bassa stima di sé. Nel caso del disturbo specifico di apprendimento, appare evidente il dislivello tra quello che il bambino potrebbe acquisire (potenziale intellettivo) e gli effettivi obiettivi che riesce a raggiungere in campo scolastico. Nell'ambito dell'apprendimento tra le aree di deficit emergono: la comprensione del testo, che è un processo fondamentale in tutte le discipline, lo studio orale con difficoltà nelle sintesi ragionate, la composizione scritta, che richiede abilità di pianificazione ed il problem solving, legato alla difficoltà di effettuare operazioni logiche (Scheriani, 2007).

Le scarse competenze strategiche ed organizzative non permettono quindi al ragazzino di utilizzare al meglio la memoria a breve e a lungo termine e le altre funzioni cognitive, che pure risultano nella norma (Cornoldi et al., 2001). Alle difficoltà scolastiche, possono associarsi problemi relativi alla percezione e interazione sociale, accompagnati da bassa autostima legata ad una storia più o meno lunga d'insuccesso. Il problema di apprendimento si colloca in un sistema di interazione circolare tra processi cognitivi regolati dall'attenzione in modo inefficace e strategie cognitive deboli o che non vengono sfruttate in modo funzionale.

Cantewell e Satterfield (1978) hanno riscontrato che il 58% degli studenti con ADHD ha subito almeno una bocciatura durante la carriera scolastica. Questi insuccessi sono attribuibili al loro deficit cognitivo di elaborazione dell'informazione, alla loro scarsa motivazione e alla comorbilità con i disturbi dell'apprendimento (Vio, 1999).

Un recente International Consensus Statement on ADHD (2002), analizzando numerosi studi effettuati su campioni clinici controllati con soggetti non affetti, riporta che

frequentemente i soggetti che soffrono di ADHD non completano l'obbligo scolastico (32-40% dei casi) e arrivano all'università solo nel 5-10% dei casi (Linee Guida, 2006).

1.4.3 ADHD e disturbi del comportamento

I disturbi del comportamento che possono associarsi all'ADHD sono il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP) ed il Disturbo della Condotta (DC).

Il primo è caratterizzato da comportamento negativistico, provocatorio e disobbediente e da un atteggiamento di ostilità e sfida nei confronti delle figure dotate di autorità. Spesso il bambino accusa gli altri dei propri errori o attribuisce loro le proprie colpe.

Nel Disturbo della condotta, più grave, sono ricorrenti comportamenti aggressivi e distruttivi, furti, menzogne e sistematica violazione delle regole sociali; vengono violati i diritti fondamentali degli altri o le principali norme o regole societarie (DSM-IV, APA, 2004). Munir et al., (1987) stimano una percentuale di compresenza di ADHD e Disturbo Oppositivo Provocatorio pari al 59% ed una percentuale di compresenza di ADHD con il Disturbo della Condotta del 36%.

L'idea che il Disturbo Oppositivo Provocatorio sia una forma lieve di Disturbo della Condotta e che spesso ne preceda l'avvento ha portato molti ricercatori a considerare insieme i due disturbi nella loro relazione con l'ADHD. Nel caso di comorbilità con l'ADHD c'è un aggravamento dei sintomi: i bambini sono più aggressivi, più ansiosi, hanno una minore autostima e sono più a rischio di sviluppare depressione, hanno relazioni povere con il gruppo dei pari e più spesso risultano tra i bambini "rifiutati", hanno più problemi scolastici e comportamenti antisociali (Stahl e Clarizio, 1999). Il periodo di rischio maggiore è la preadolescenza; spesso in corrispondenza all'attenuarsi dei sintomi di iperattività e impulsività, infatti, compaiono o si intensificano i sintomi di aggressività tipici dei disturbi da comportamento dirompente (Loeber e Keenan, 1994).

Quando la comorbilità tra ADHD e DC è vera, probabilmente essa individua un sottogruppo distinto di soggetti caratterizzato da una prognosi specifica. Quello che appare evidente in molti studi epidemiologici è che la precocità dell'associazione ADHD-DC rappresenta un fattore di forte rischio evolutivo e richiede quindi interventi terapeutici tempestivi, per evitare l'evoluzione verso un disturbo antisociale a varia espressività. Studi in follow up tendono a confermare come ADHD e DOP-DC possano essere considerate

condizioni cliniche almeno parzialmente distinte e che il rischio di evoluzione verso un disturbo antisociale sia legato a questa comorbidità piuttosto che all'ADHD di per sé.

Se è vero che circa un terzo dei bambini o adolescenti con DC evolvono verso un disturbo antisociale della personalità, appare probabile che i soggetti con comorbidità ADHD-DC possano rappresentare un sottogruppo a più alto rischio sul piano prognostico, in particolare se l'ADHD permane in adolescenza. Il rischio di disturbo antisociale è, invece, molto inferiore, se non assente, nei bambini con ADHD senza DC.

Si può ritenere, inoltre, che l'evoluzione dell'ADHD verso un disturbo disadattivo sociale (disturbo antisociale, tossicodipendenza, ecc.) sia fortemente influenzata da fattori sociali oltre che biologici. Essendo la gran parte dei dati della letteratura provenienti da casistiche nordamericane, è probabile che la peculiare condizione psicosociale negli ambienti urbani americani condizioni la prognosi e che quindi alcune percentuali certamente allarmanti siano solo parzialmente esportabili al contesto italiano.

La definizione della comorbidità tra ADHD e disturbo del comportamento, oltre ad avere implicazioni prognostiche ha anche implicazioni terapeutiche. Lo studio MTA (2004), condotto dal National Institute of Health americano, che ha messo a confronto i trattamenti farmacologici e non farmacologici, da soli o in associazione, in bambini con ADHD, ha dimostrato che, nei soggetti con comorbidità con DOP o DC l'intervento farmacologico appariva significativamente più efficace dell'intervento non farmacologico.

1.4.4 ADHD e disturbo di Tourette

L'ADHD è frequentemente associato con il Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC) e con la Sindrome di Tourette, probabilmente anche per una parziale sovrapposizione dei substrati biologici, quali la disfunzione del circuito fronto-striato-talamo-corticale. Queste sindromi condividono, inoltre, un'incapacità nel controllo inibitorio. Caratteristiche essenziali del Disturbo Ossessivo Compulsivo sono pensieri, immagini o impulsi ricorrenti che creano allarme o paura e che costringono la persona a mettere in atto comportamenti ripetitivi o azioni mentali. La Sindrome di Tourette è un disturbo che fa parte dei disturbi da Tic ed è caratterizzato da movimenti, e/o vocalizzazioni, improvvisi, rapidi, ricorrenti, aritmici, stereotipati e involontari; colpisce fra lo 0,3 e l'1% della popolazione, in modo prevalente i giovani sotto i 18 anni. Il disturbo è molto più frequente, con una comparsa da 4 a 10 volte superiore, nel gruppo di bambini con ADHD. Circa il 40-50% dei soggetti con

Sindrome di Tourette manifesta anche i sintomi di iperattività e disattenzione; in molti casi i sintomi del Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività precedono di alcuni anni la comparsa dei Tic. Confrontando i soggetti con comorbidità e quelli con forme pure di Tourette si nota come nel primo gruppo vi siano un'acutizzazione dei sintomi esternalizzanti, più problemi con i pari e maggiori difficoltà nell'adattamento. I soggetti sono più aggressivi, reagiscono in maniera sproporzionata alle provocazioni, mostrano di avere scarsa autostima, un'immagine negativa di sé, sono irritabili, scarsamente tolleranti alle frustrazioni e presentano deficit di inibizione e problemi cognitivi (Stephens e Sandor, 1999).

Tipicamente l'ADHD precede l'esordio dei tic e del DOC, spesso peggiora con il progredire dei tic e contribuisce significativamente alla gravità del quadro clinico, in termini di disturbi comportamentali (impulsività comportamentale), difficoltà scolastiche ed alterazione delle prestazioni ai test di funzioni esecutive.

I disturbi dell'attenzione sono solo in parte riferibili all'effetto distraente dei tic e delle ossessioni-compulsioni e al disperato tentativo da parte dei soggetti affetti di controllare tali manifestazioni, ma anche ad una disfunzione dei substrati neurali attentivi che sostengono anche i processi inibitori. Infatti le difficoltà attentive permangono nelle fasi di remissione dei tic e spesso ostacolano significativamente attività scolastiche e quotidiane.

1.4.5 ADHD e disturbi dell'umore

ADHD e disturbi dell'umore coesisterebbero, oscillando tra condizioni sottosoglia e acuti aggravamenti, in una percentuale variabile dal 15 al 75% dei casi. L'enorme scarto nelle stime epidemiologiche sottolinea la discordanza tra i ricercatori nell'interpretare manifestazioni depressive come una demoralizzazione implicita al disturbo oppure come un disturbo depressivo associato. La frequenza di depressione nei bambini ADHD e nei loro parenti di primo grado è maggiore rispetto alla popolazione generale sia in campioni clinici che epidemiologici; inoltre i figli di soggetti con disturbo depressivo hanno una più elevata incidenza di ADHD. I soggetti con ADHD associato a disturbi depressivi (e/o ansiosi) hanno un'insorgenza più tardiva, una minore compromissione cognitiva e minori segni di disfunzione neurologica minore; tali dati avrebbero fatto pensare ad un sottogruppo con distinta eziologia.

La comorbidità tra ADHD e il disturbo bipolare solleva delicati problemi di diagnosi differenziale, esistendo una parziale sovrapposizione tra il quadro clinico delle due manifestazioni, ma è di notevole importanza, perché il suo riconoscimento individua un sottogruppo di soggetti con un andamento clinico e prognostico particolarmente negativo.

Distraibilità, impulsività, iperattività, labilità attentiva accomunano sia l'ADHD che la mania. L'irritabilità e l'aggressività dei bambini con mania sono generalmente più gravi; le reazioni sono esplosive e violente ed i sintomi più frequenti sono l'ostilità e l'aggressività, sia verbale che fisica, le "tempeste affettive" e le crisi di rabbia. La difficoltà diagnostica risiede soprattutto nel fatto che le manifestazioni maniacali nei bambini raramente sono caratterizzate da umore euforico, mentre è più frequente la disforia. In questi casi l'impulsività può esprimersi attraverso la ricerca di attività piacevoli, ma pericolose, mentre nell'ADHD è l'espressione di una globale perdita di inibizione. L'iperattività motoria è in genere più finalizzata di quella caotica, pervasiva e afinalistica dei soggetti con ADHD, può emergere rapidamente e determinare il rapido mutamento del grado dell'attività. La grandiosità può esprimersi attraverso un'identificazione con figure onnipotenti del cinema o dei fumetti o la convinzione di poter fare cose impossibili agli altri, attraverso l'idea di una propria superiorità nei confronti dei genitori, degli insegnanti o di altre figure di autorità, o ancora attraverso l'intolleranza verso regole o limitazioni oppure con comportamenti oppositori o provocatori. Comportamenti anti-sociali, come la vittimizzazione dei coetanei, piccoli incendi e furti sono prevalentemente associati alla convinzione di essere al di sopra della legge. L'ipersessualità (seduttività, esibizionismo, linguaggio esplicitamente sessualizzato, masturbazione compulsiva) sono frequenti e pongono il delicato problema della diagnosi differenziale con un abuso sessuale cronico o acuto. Su una stabile condizione di eccitamento (aumento dell'energia, riduzione del sonno, logorrea, ideorrea) possono irrompere acutamente sentimenti e verbalizzazioni di natura depressiva, con autosvalutazione, pensieri di morte, idee pessimistiche sul significato della vita, ecc.

Esiste comunque una certa evidenza clinica che un disturbo bipolare sia più frequente nei bambini ADHD (intorno al 10%) che nella popolazione generale e che quindi i bambini ADHD hanno un rischio maggior di sviluppare un disturbo bipolare, con un esordio particolarmente precoce (intorno ai 7-8 anni). Confrontati con gli altri bambini ADHD, quelli con comorbidità bipolare hanno più frequentemente Depressione maggiore, Disturbo della Condotta o Disturbo Oppositivo Provocatorio, disturbi d'ansia e necessità di

ospedalizzazione, oltre che una più grave compromissione del funzionamento sociale. L'esito verso un'evoluzione in senso antisociale sarebbe più elevato in questi soggetti. Inoltre, un'associazione tra ADHD e disturbo dell'umore bipolare è presente significativamente nei soggetti che realizzano o tentano un suicidio.

Anche la Depressione, considerata in un recente passato piuttosto rara nei bambini, è una tra le sindromi associate al disturbo da deficit attentivo e iperattività. Si stima, attualmente, un'incidenza della depressione in età scolare, di circa il 2%. La sintomatologia nei bambini mostra un'accentuazione dell'irritabilità e delle lamentele relative allo stato fisico (Sanavio e Cornoldi, 2001). Le caratteristiche principali sono umore depresso e perdita di interesse o piacere per quasi tutte le attività, ma nei bambini è più facile riscontrare umore irritabile o instabile piuttosto che triste o abbattuto, sebbene possano comparire tristezza, astenia, affaticabilità e autosvalutazione, pensieri di morte e ansia da separazione. In concomitanza di un episodio depressivo, può esserci una precipitosa riduzione dei voti scolastici a causa della perdita di interesse e delle difficoltà di concentrazione. I bambini con questo tipo di comorbidità presentano con più frequenza la "Triade cognitiva" caratterizzata da visione negativa di sé, del mondo e del futuro.

Diverse sono le spiegazioni date rispetto all'eziologia di questi due disturbi e della loro relazione: una prima ipotesi è che i sintomi depressivi siano la conseguenza degli insuccessi e delle difficoltà cui va incontro il bambino iperattivo, ma questa ipotesi viene scartata nel momento in cui si riscontra un persistere dei sintomi depressivi anche quando si verifica una remissione dall'ADHD e in questo caso i due disturbi sembrano avere un'evoluzione indipendente. Una seconda ipotesi si basa sulla possibilità di una diagnosi di ADHD errata in quanto il clinico non avrebbe riconosciuto i sintomi della depressione. Una terza ipotesi infine riguarda la possibilità che i due disturbi siano forme diverse in cui si manifesta uno stesso genotipo. Il rischio di depressione sarebbe, infatti, maggiore nei genitori di bambini con ADHD rispetto ai controlli, indipendentemente dal fatto che il bambino abbia o meno comorbidità con disturbi dell'umore.

1.4.6 ADHD e disturbi d'ansia

I disturbi d'ansia sono i più frequentemente diagnosticati nei bambini in età scolare; il DSM-IV ne indica tipi diversi (Fobie sociali e semplici, Agorafobia, Disturbo post-traumatico da stress, Disturbo d'ansia generalizzato...), ma l'unico disturbo ad essere

citato ad esordio infantile è quello d'Ansia di Separazione. Esso è caratterizzato da un'ansia eccessiva riguardante la separazione da casa o da coloro a cui il soggetto è attaccato. La percentuale, nella popolazione generale, è stimata attorno al 4%, ma tra i bambini con ADHD la percentuale salirebbe al 25%. Tale frequenza è maggiore nei soggetti senza iperattività, che rappresentano anche la popolazione che pone nei confronti dei disturbi d'ansia i problemi più spinosi di diagnosi differenziale. Infatti sintomi cognitivi (difficoltà di concentrazione), comportamentali (irritabilità, agitazione psicomotoria) ed affettivi (labilità emotiva, demoralizzazione, necessità di rassicurazioni) possono essere presenti sia in soggetti ADHD che in soggetti con disturbi d'ansia.

I bambini con questo disturbo hanno difficoltà al momento di addormentarsi, presentano risvegli notturni frequenti, incubi, fobie, paura a stare soli, riluttanza nell'andare a scuola, lamentano ripetutamente malesseri fisici ed eccessiva preoccupazione riguardo ad eventi spiacevoli o imprevisti come incidenti, malattie e morti. Essi vengono descritti come bambini intrusivi, oppure bisognosi di attenzione, compiacenti, coscienziosi e con umore depresso.

I bambini con comorbilità ansiosa sembrano essere meno impulsivi e hanno minore frequenza di DC, mentre sono più frequenti le difficoltà nella socializzazione, in particolare in adolescenza. In altri termini sembra che l'associazione con disturbi d'ansia eserciti una azione protettiva nei confronti di una possibile evoluzione dissociale. Inoltre, l'ADHD è più frequente in figli di genitori con disturbo d'ansia.

Nello studio MTA (2004) è emerso che mentre nei soggetti senza comorbilità ansiosa il trattamento farmacologico o il trattamento combinato farmaci-terapia pedagogica e comportamentale erano chiaramente più efficaci rispetto al trattamento pedagogico-comportamentale da solo, nei bambini con comorbilità ansiosa la differenza tra trattamento comportamentale e trattamento farmacologico non era più significativa, mentre appariva chiaramente superiore il trattamento combinato. Questi dati indicano da un lato l'utilità di interventi non farmacologici, dall'altro il fatto che questi interventi, pur non centrati sui sintomi ansiosi ma piuttosto sui sintomi nucleari dell'ADHD, migliorano comunque la sintomatologia ansiosa. Quindi tale sintomatologia è almeno in parte secondaria all'esperienza stressante dell'aver sintomi ADHD e un miglioramento su questo fronte può migliorare anche il quadro generale, compresa l'ansia.

1.4.7 ADHD e disturbi pervasivi dello sviluppo

Sia nel DSM-IV che nell'ICD-10 la diagnosi di un disturbo pervasivo dello sviluppo (di tipo autistico e non) esclude quella di ADHD; tuttavia, le ricerche che mettono a confronto i soggetti con le due sindromi e in particolare con l'Autismo ad alto funzionamento sono molto numerose.

Le caratteristiche fondamentali del disturbo autistico sono un deficit nell'interazione sociale (scarso o nullo interesse per gli altri, mancanza di condivisione con altri di obiettivi, emozioni ed interessi), compromissione della comunicazione (ecolalia, stereotipie, ripetitività, compromissione di intonazione, ritmo e velocità) e modalità comportamentali ristrette, ripetitive e stereotipate.

Alcuni comportamenti tipici dei bambini autistici si avvicinano molto ai sintomi del disturbo da Deficit di Attenzione con iperattività. Anche i bambini autistici, infatti, spesso sono iperattivi, impulsivi, scarsamente attenti, possono essere aggressivi, autolesivi, presentare anomalie alimentari, del sonno, disturbi dell'umore o dell'affettività.

Inoltre, Buitelaar e colleghi (1999), confrontando le prestazioni di bambini con ADHD e di bambini con Autismo con un quelle di un gruppo di controllo, in compiti di riconoscimento delle emozioni e in compiti derivati dalla "Teoria della mente", evidenziano che le prestazioni dei bambini con ADHD sono molto simili a quelle dei soggetti autistici ed entrambe risultano significativamente inferiori a quelle degli altri gruppi.

L'ambito di ricerca dove più frequentemente i due disturbi sono stati associati e confrontati è quello farmacologico: è stato dimostrato che, dove c'è comorbilità tra i due disturbi, gli effetti collaterali nelle terapie con Metilfenidato sono più frequenti e gravi; si notano un aumento dell'irritabilità e tristezza, torpore, pianto senza motivo e lamentosità. Il farmaco, inoltre, sembra intervenire solo sui sintomi di iperattività e disattenzione lasciando inalterate le caratteristiche centrali dell'autismo (Castellanos et al., 2009).

1.4.8 ADHD e ritardo mentale

Si ritiene che la frequenza di Disturbi dell'Attenzione con Iperattività sia 3-4 volte superiore in soggetti con ritardo mentale rispetto ai soggetti normodotati, anche se una diagnosi di ADHD non dovrebbe essere fatta in soggetti con ritardo mentale grave o profondo. In questi casi è infatti spesso difficile riconoscere i disturbi comportamentali

impliciti nel ritardo mentale da quelli legati ad una comorbidità ADHD. In generale il problema della comorbidità in questi soggetti è spesso trascurato, per un effetto generale di mascheramento diagnostico che il ritardo mentale esercita sulle manifestazioni psicopatologiche ad esso associate.

Anche in questi casi deve essere affrontato, tuttavia, il problema della diagnosi differenziale, che è rilevante soprattutto in età prescolare, quando bambini con ritardo mentale presentano una marcata disorganizzazione del comportamento, con iperattività, mancanza di autocontrollo, instabilità affettiva, aggressività, che possono essere confusi con i sintomi dell'ADHD.

Un approccio corretto alla comorbidità, che ricerchi tutte le componenti cliniche che partecipano ad un disturbo emotivo e comportamentale complesso, aiuta a chiarire quelle situazioni in cui i sintomi potrebbero essere attribuiti a situazioni cliniche diverse, in associazione, ma anche in alternativa. Quindi comorbidità e diagnosi differenziale sono tra loro strettamente associate, poiché i disturbi in diagnosi differenziale sono anche quelli che possono associarsi all'ADHD in comorbidità (King et al., 1997). Quando si pone clinicamente un problema di diagnosi differenziale, può essere opportuno procedere ad una valutazione che comprenda, oltre al colloquio, anche tecniche di osservazione di gioco (Kernberg, 1998) e tecniche proiettive (Thomas e Silk, 1990) per la valutazione del funzionamento mentale globale della persona e della sua struttura di personalità.

Il problema della diagnosi differenziale appare quindi cruciale, ed implica un'adeguata conoscenza non soltanto dell'ADHD, ma anche di tutte le condizioni cliniche con le quali esso può essere confuso, allo scopo di evitare strategie di gestione e provvedimenti terapeutici inutili o addirittura dannosi (Masi, 2005).

2 CAPITOLO SECONDO: COME SI INTERVIENE NELL'ADHD

Secondo i dati della letteratura scientifica il trattamento ideale per l'ADHD è di tipo multimodale: esso implica il coinvolgimento del bambino stesso, della famiglia e della scuola e prevede anche un eventuale intervento di tipo farmacologico¹⁰

I genitori, gli insegnanti e il bambino devono sempre essere coinvolti nella messa a punto di un programma terapeutico, basato sui sintomi più severi e sui punti di forza identificati nel singolo soggetto, che presenti una discriminazione ed una gerarchizzazione delle varie manifestazioni (impulsività, problema di attenzione, iperattività, difficoltà relazionali, problemi della condotta); è auspicabile quindi un approccio flessibile e individualizzato alle problematiche presentate dal ragazzo e dalla famiglia.

I trattamenti, che si dividono principalmente nel filone psicologico e in quello farmacologico, sono i seguenti:

- Sul bambino
 - Intervento di tipo psicoeducativo, terapia cognitivo-comportamentale
 - Terapia farmacologica
- Sui genitori
 - Parent training
- Sulla scuola
 - Teacher training

¹⁰ Vedi SINPIA (2006); *Linee Guida per la diagnosi e la terapia farmacologica del Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) in età evolutiva.*

2.1 Gli interventi Psicoeducativi

Nella terapia con il bambino i settori di intervento saranno mirati al miglioramento dei sintomi cardine quali disattenzione, iperattività, impulsività e alla gestione di eventuali disturbi associati (es. disturbo d'ansia, disturbo oppositivo provocatorio, dell'umore), delle difficoltà relazionali, delle emozioni e della tolleranza alla frustrazione.

Vi sono varie forme di intervento psicologico che vanno dalla psicoterapia a indirizzo psicodinamico, alla terapia cognitivo-comportamentale, al lavoro con la famiglia (Richter et al., 1995).

La psicoterapia tradizionale, soprattutto se di tipo introspettivo o rivolta esclusivamente al ragazzo, non ha dato finora risultati chiari e definitivi (Vio, 1996).

Le tecniche cognitivo comportamentali si basano invece in gran parte sulle procedure di rinforzamento positivo; un recente e promettente approccio si avvale di un intervento che mira allo sviluppo dell'autoregolazione (Kendall e Wilcox, 1980), aiutando il ragazzo a costruire strategie di approccio per risolvere problemi cognitivi e interpersonali ispirandosi ai programmi di autoistruzione originati dal lavoro di Meichebaum (1977).

L'approccio psicoeducativo è costituito da un varietà di interventi accomunati dall'obiettivo di modificare l'ambiente fisico e sociale del bambino al fine di migliorare il comportamento. Questi interventi sono focalizzati a garantire al bambino maggiore attenzione e minori distrazioni; le modificazioni ambientali sono implementate istruendo genitori ed insegnanti su specifiche tecniche di ricompensa per comportamenti desiderati (rinforzo positivo) o di punizione/perdita di privilegi per il mancato raggiungimento degli obiettivi richiesti: l'applicazione ripetuta di tali premi e punizioni può correggere progressivamente il comportamento disfunzionale. La "Token economy" (tecnica a punti) utilizza punti, stelline, o gettoni che possono essere guadagnati dal paziente per i comportamenti desiderabili (e persi per i comportamenti problematici) e scambiati per un accumulo di rinforzi, che possono essere soldi, cibo, giocattoli, privilegi o tempo da dedicare a un'attività piacevole per il bambino. Il sistema a punti può essere usato con successo dai genitori, dagli insegnanti e dai clinici, sia lavorando con gruppi che individualmente.

Nel breve termine gli interventi comportamentali possono migliorare le abilità sociali e le capacità di apprendimento e fanno spesso ridurre i comportamenti disturbanti;

generalmente risultano però meno utili nel ridurre i sintomi cardine dell'ADHD quali inattenzione, iperattività o impulsività.

Secondo quanto viene riportato nelle Linee Guida (SINPIA, 2002), gli interventi psicoeducativi diretti sul bambino/adolescente sono quindi prevalentemente basati su tecniche cognitive e metacognitive focalizzate su:

- **Terapia del Problem solving** (Cornoldi et al., 1996): questo tipo di intervento, che può essere condotto sia individualmente che in gruppo, combina l'insegnamento di strategie cognitive (l'approccio ad una problema viene suddiviso in fasi: riconoscimento del quesito, ricerca di soluzioni alternative, pianificazione di procedure di soluzione e verifica della qualità del lavoro svolto), con tecniche di modificazione del comportamento, come per esempio i rinforzi, gli auto-rinforzi e il modeling (si presentano al bambino modelli che illustrano i comportamenti richiesti).
- **Insegnamento di varie tecniche di autoistruzione verbale**: questo metodo, descritto da Douglas (1976), è basato sull'interiorizzazione dei comandi verbali. La mancanza di autoregolazione del bambino con ADHD viene colmata dalla verbalizzazione delle strategie cognitive (il bambino viene aiutato a creare un dialogo interno che lo guidi nelle situazioni problematiche).
- **Stress inoculation training** (consapevolezza e controllo delle emozioni in situazioni stressanti): con questo approccio il bambino viene stimolato ad auto-osservare le proprie esperienze e le proprie emozioni, soprattutto in coincidenza di eventi stressanti e, successivamente, aiutato ad esprimere una serie di risposte alternative adeguate al contesto. L'acquisizione di queste risposte alternative dovrà sostituire gli atteggiamenti impulsivi e aggressivi.

In generale, hanno dato risultati interessanti i metodi che hanno come obiettivo il miglioramento delle relazioni con gli altri, tenendo in considerazione il sistema interattivo e il contesto di azione del ragazzo. Nelle sedute settimanali attuabili dallo psicologo, sono previste anche riflessioni ed elaborazioni con cui l'operatore cerca di aiutare il ragazzo ad acquisire uno stile attribuzionale interno, che gli consenta cioè di percepire i propri risultati come il frutto dell'impegno e delle strategie messe in atto.

Il maggior limite dei diversi programmi oggi disponibili consiste nel fatto che, in molti bambini, si assiste alla progressiva scomparsa del miglioramento comportamentale ed alla

mancata generalizzazione, nei diversi contesti ambientali, dei comportamenti positivi acquisiti. Le difficoltà sono dunque quelle di mantenere nel tempo il miglioramento ottenuto e nel mettere in pratica le tecniche apprese in situazioni diverse da quelle che si sono create all'interno del trattamento.

Anche se spesso risulta difficoltoso per genitori e insegnanti sostenere con costanza un programma di tipo comportamentale, il massimo beneficio ricavabile da questo tipo di intervento si ottiene grazie alla cooperazione tra la famiglia e la scuola.

Nel supporto alla famiglia gli ambiti di lavoro convergeranno rispetto ai problemi genitoriali, alla mancanza di controllo, al senso di inefficacia, ai problemi relazionali, alla gestione del conflitto interpersonale, attraverso un approccio prevalentemente cognitivo - comportamentale.

2.2 Il ruolo della famiglia nel trattamento

È stato più volte fatto cenno all'importanza della famiglia per quanto concerne il contesto educativo e relazionale nel quale vive il ragazzo con ADHD. Bisogna sottolineare che la famiglia non è necessariamente una famiglia con problemi psicopatologici e con disordini gravi e che non è vero che i genitori sono incapaci di utilizzare strategie educative adeguate per quel tipo particolare di ragazzo. È importante quindi che la famiglia non venga colpevolizzata, ma che sia, al contrario, costantemente coinvolta e sollecitata a collaborare per promuovere dei miglioramenti nel figlio.

Spesso i genitori attribuiscono genericamente ai problemi del figlio quelle caratteristiche comportamentali che sfuggono al loro controllo: possono vedere il figlio come portatore di un problema su cui loro non hanno alcun potere sul piano educativo: “è fatto così”; “assomiglia a...”. Talvolta, al contrario, non riescono ad intravedere nel figlio caratteristiche specifiche del problema e si addossano la colpa dell'insuccesso educativo come unica causa. Spesso il genitore non ha aspettative: egli non crede che il bambino potrebbe comportarsi adeguatamente e in modo diverso e sottolinea ostinatamente una serie di cattive condotte, sempre le stesse, ignorando altri aspetti positivi del ragazzo che possono diventare invece un punto di forza per creare un rapporto più sereno, non caratterizzato da continui rimproveri che instaurano circoli viziosi. Avere la collaborazione dei genitori, attraverso un attento e misurato coinvolgimento, si dimostrerà di estremo vantaggio quando sarà necessario che il ragazzo trovi un adeguato supporto e

incoraggiamento nell'applicazione pratica delle regole di autocontrollo nella vita quotidiana. Talvolta i genitori vivono con un senso di impotenza la loro incapacità di controllo sul comportamento del figlio e per questo motivo sarà necessario:

- rivedere le attribuzioni dei genitori relative alle cause del problema del figlio;
- formare i genitori nella gestione del figlio per aiutarlo a governare e risolvere le sue difficoltà;
- aiutarli a ottenere collaborazione da parte del figlio.

2.2.1 *Il Parent training*

Il Parent training, trattamento introdotto in maniera sistematica da Hanf (1969), è un intervento basato sulla modificazione del comportamento dei genitori di bambini non cooperativi, oppositivi e aggressivi (Vio, Marzocchi, Offredi, 1999). Il percorso terapeutico prevede, inizialmente, la sensibilizzazione dei genitori verso i comportamenti positivi del figlio ignorando quelli lievemente disturbanti e secondariamente l'introduzione dell'uso del "Time out" una tecnica punitiva per ridurre i comportamenti inappropriati⁴.

Il Parent training si fonda sulla teoria dell'apprendimento sociale ed è stato sviluppato per aiutare i genitori ad acquisire un ruolo attivo nell'organizzazione della vita sociale del bambino e a facilitare l'accordo fra adulti nell'ambiente in cui il bambino vive. Ai genitori viene insegnato a dare chiare istruzioni, a rinforzare positivamente i comportamenti accettabili, a ignorare alcuni comportamenti problematici e a utilizzare in modo efficace le punizioni. Il problema del bambino viene quindi considerato in un'ottica relazionale e anche il genitore diviene parte integrante dell'intervento.

Uno dei più diffusi modelli di Parent training è quello sviluppato da Barkley (1987), che prevede un percorso di 9-12 incontri settimanali da attuarsi con un gruppo di genitori di bambini con ADHD ed un terapeuta specificamente formato. Il programma delle sessioni è focalizzato al miglioramento della comprensione da parte dei genitori delle caratteristiche del bambino con ADHD e nell'insegnamento di abilità che permettano di gestire e migliorare le difficoltà che tali caratteristiche comportano; nell'ambito di tale training

⁴ La tecnica è efficace per interrompere la sequenza di comportamenti inadeguati: il bambino viene fatto sedere su una sedia per alcuni minuti, senza che egli si impegni in alcuna attività. Al termine del tempo stabilito viene riformulata la richiesta alla quale il bambino non ubbidiva; se viene eseguita il comportamento viene rinforzato, altrimenti si ricomincia la procedura (Vio, 1999, pag 127).

vengono pianificate inoltre anche le attività di mantenimento dei risultati acquisiti di prevenzione delle ricadute (Barkley, 1998; Pelham, 1992; Vio, Marzocchi e Offredi, 1999).

Gli obiettivi del Parent training sono:

- fornire informazioni relative alle caratteristiche del disturbo e al programma per i genitori;
- favorire la comprensione delle modalità di interazione genitore-bambino;
- insegnare al genitore a stare con il bambino in modo non direttivo;
- insegnare a prestare attenzione ai comportamenti positivi in particolare quando viene manifestata autonomia e collaborazione;
- concordare con il bambino un sistema di rinforzo a punti;
- utilizzare il "costo della risposta" e di "Time out";
- generalizzare l'uso del "Time out" ad altri comportamenti negativi;
- gestire il comportamento del bambino nei luoghi pubblici;
- prevedere probabili e future difficoltà comportamentali;
- mettere in atto un richiamo e un ripasso delle tecniche apprese.

Questo tipo di programma formativo è applicabile sia con un gruppo che con singole coppie di genitori. Si può affermare che gli incontri individualizzati permettono una più rigorosa applicazione delle tecniche educative ed una maggiore puntualità nella valutazione delle reazioni della famiglia alle proposte contenute nel training, ma gli incontri di gruppo si rivelano più efficaci nell'alleviare il senso di frustrazione e di isolamento che spesso vivono i genitori di bambini con difficoltà comportamentali. Tra i vantaggi offerti dall'intervento collettivo vi è la possibilità di confronto di situazioni e di tecniche da utilizzare. In letteratura viene inoltre consigliata la presenza al training di entrambi i genitori (Vio, 1999).

Kendall e Braswell (1993) sottolineano la necessità che i genitori comprendano gli scopi dell'intervento terapeutico e maturino delle aspettative adeguate rispetto ai risultati che il loro figlio può raggiungere. Solo se essi condividono la loro rappresentazione del problema sarà possibile trovare le strategie adeguate, per apportare significativi cambiamenti alla rappresentazione stessa e al comportamento del genitore rispetto al figlio. All'interno della loro ricerca Kendall e Braswell (1993) evidenziano il fatto che l'influenza

dei genitori diminuisce con l'età del figlio. Da uno studio condotto da Barkley (2004) risulta che nei bambini al di sotto degli 11 anni vi è un miglioramento nel 65-75 % dei casi, mentre per gli adolescenti questa percentuale scende a 25-30%.

L'operatore, che deve stabilire con i genitori un'alleanza terapeutica, dovrebbe possedere delle buone conoscenze empiriche e abilità interpersonali, utilizzare un linguaggio semplice e facilmente comprensibile dalla famiglia e trasmettere il messaggio che l'intervento è un potente aiuto se attuato con la collaborazione di tutti. Il contributo di ognuno permetterà di aumentarne i benefici, aiuterà a sostenere la fatica, potrà essere utilizzato e in seguito generalizzato per ogni situazione problematica della vita quotidiana del ragazzo.

Se da un lato questo tipo di intervento può risultare estremamente rigido e complesso, dall'altro è necessario sottolineare che l'apprendimento e il cambiamento non sono processi facili, diretti e di semplice attivazione e che solamente l'impegno e la costanza potranno condurre a dei cambiamenti significativi e duraturi.

2.3 Il ruolo della scuola nel trattamento

È nel contesto scolastico che spesso si riflettono i limiti, le problematiche e talvolta le diversità del ragazzo: se le strategie di intervento educativo, didattico e relazionale non sono adeguate, gli insegnanti e i compagni possono rappresentare un ulteriore problema all'interno delle difficoltà dei ragazzi con ADHD.

Come sottolineato dalla recenti CM del MIUR Prot. num. 6013 del 9/12/2009 e Prot. Num 4089 del 15/06/2010, il coinvolgimento degli insegnanti fa parte integrante ed essenziale di un percorso terapeutico per il trattamento dei casi diagnosticati ADHD: gli insegnanti devono essere innanzitutto coinvolti dagli specialisti ed informati dell'attività che sta svolgendo il ragazzo e degli obiettivi che sono stati stabiliti (Vio, Marzocchi e Offredi, 1999).

Nell'ambito scolastico i settori di intervento riguarderanno le difficoltà di apprendimento e di insuccesso scolastico, la riduzione dei comportamenti problema, l'integrazione sociale tra studenti, il rapporto insegnante-studente.

La gravità e la persistenza dei sintomi del Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività risentono pesantemente dalle variabili ambientali come, ad esempio, il modo in cui il bambino si sente aiutato e accettato di fronte alle difficoltà (Barkely, 1997) e proprio

l'atteggiamento adottato dagli insegnanti ha un forte impatto sul loro rapporto con il bambino. Taylor (1996) riporta che un miglior esito del disturbo in età adolescenziale è correlato proprio al rapporto instaurato con gli insegnanti durante la scuola dell'obbligo. Esistono per questo motivo alcuni accorgimenti che l'insegnante deve adottare in un'ottica di comprensione delle difficoltà dell'alunno.

Molte volte l'insegnante identifica il problema quando si accorge che il ragazzo è distratto e presenta delle difficoltà, ma spesso considera l'alunno poco attento perché demotivato o immaturo; le strategie educative spesso si esauriscono in continui richiami, castighi, rimproveri, umiliazioni e, anche se il docente comprende che c'è un problema non imputabile interamente alla volontà dell'alunno, non è in grado di intervenire in modo sistematico. Negli insegnanti, come nei genitori, si assiste in molti casi alla formulazione di attribuzioni che divengono degli ostacoli nella costruzione del rapporto. I docenti vanno guidati a vedere la situazione secondo angolature e prospettive che mutano e integrano la visione del problema e, per questo motivo, è auspicabile organizzare alcuni incontri tra specialisti e insegnanti nei quali condividere le informazioni e impostare una proficua collaborazione.

2.4 Il trattamento farmacologico

Se il clinico responsabile della salute mentale del bambino con ADHD ritiene che la severità e la pervasività del quadro sintomatologico siano significative, è opportuno prendere in considerazione l'utilizzo di un trattamento farmacologico, da attuare in associazione con gli interventi sopra descritti.

Negli ultimi tempi numerose sono state le polemiche riguardo alla somministrazione di farmaci ai bambini. Gli psicostimolanti, assunti in modo responsabile, risultano tuttavia essere a tutt'oggi la terapia più efficace per i bambini con ADHD, in quanto determinano miglioramenti nel 70-90% dei casi. Il trattamento farmacologico migliore è quello con gli stimolanti, soprattutto con il Metilfenidato (Ritalin).

Negli Stati Uniti, dove l'utilizzo degli psicostimolanti è pratica accettata da decenni e alcune restrizioni sono state allentate, le Linee Guida raccomandano l'utilizzo del farmaco in tutti i casi di ADHD moderato o severo, a condizione che il bambino viva con un adulto responsabile che controlli la terapia farmacologica, che il personale scolastico sia disponibile per la somministrazione in orario scolastico e che siano state considerate altre

modalità di intervento quali il Parent training od altri interventi psicoeducativi (SINPIA, 2002).

In Europa, dove le attitudini cliniche e le restrizioni legali hanno limitato l'uso del farmaco, i clinici (Taylor et al., 1998) raccomandano un primo intervento basato su rigorosi ed intensi approcci psicosociali che non precludano tuttavia, anche l'uso degli psicostimolanti (Santosh e Taylor, 2000).

In generale i farmaci favoriscono l'aumento della vigilanza e dei processi attentivi e si dimostrano efficaci soprattutto nei casi più gravi. Il trattamento ha comunque necessità di essere protratto nel tempo e non modifica quelle che sono le preesistenti interazioni negative con l'ambiente. Gli effetti del Ritalin sono visibili dopo un'ora dall'ingestione del farmaco e gli effetti durano per 3-5 ore: è necessario quindi assumere il farmaco per 2-3 volte al giorno. Di solito il Ritalin si somministra durante alcuni periodi dell'anno con una sospensione durante il periodo estivo e la dose varia secondo il peso (0,3 mg per ogni kg del soggetto).

I risultati migliori sono stati riscontrati nei bambini tra i 6 e i 12 anni, soprattutto in termini di migliori capacità attentive e di regolazione del comportamento.

In letteratura viene riportato che gli effetti terapeutici non diminuiscono con l'uso prolungato, l'abuso e la dipendenza sono praticamente inesistenti (Barkley et al., 1990). È stato anche dimostrato che la farmacoterapia dell'ADHD riduce il rischio di abuso di sostanze in adolescenza (Santosh e Taylor, 2000).

Un recente studio longitudinale della durata di dieci anni (Biederman et al., 2009) evidenzia che la somministrazione di stimolanti ai soggetti con ADHD diminuisce il rischio che, crescendo, essi sviluppino altri disordini psichiatrici come il disturbo della condotta e la depressione.

2.4.1 Effetti collaterali

Tra le conseguenze negative prodotte dall'intervento esclusivamente farmacologico è presente la peculiarità di sottolineare ed evidenziare una sorta di stigmatizzazione del disturbo come "malattia", deresponsabilizzando chi interagisce con il ragazzo e favorendo quindi una serie di attribuzioni esterne da parte di genitori e educatori.

Per quanto gli effetti indesiderati del Metilfenidato siano in genere modesti e facilmente gestibili, si possono comunque verificare effetti collaterali di carattere fisico e deve sempre essere considerata la possibilità di uso inadeguato, specie in adolescenza.

Innanzitutto, secondo quanto riportato nelle Linee Guida, il Metilfenidato deve essere utilizzato con estrema prudenza nei bambini con ADHD di età inferiore ai 6 anni e nei bambini ed adolescenti che presentano sintomi o storia familiare di tic o di sindrome di Tourette, ipertiroidismo o tireotossicosi, angina o aritmie cardiache, glaucoma. Deve essere prescritto con cautela nei soggetti ed adolescenti con epilessia, disturbo bipolare, e precedenti di dipendenza da alcool o da sostanze psicotrope. Una titolazione attenta della posologia é necessaria per stabilire le dosi e le modalità di somministrazione ottimali e la terapia dovrebbe essere sospesa qualora non vengano osservati miglioramenti clinici significativi dopo gli appropriati aggiustamenti posologici.

Gli effetti collaterali più frequenti sono la mancanza o il calo dell'appetito e del sonno e la riduzione della crescita (Braswell e Bloomquist, 1991). In alcuni casi, anche quando i sintomi dell'ADHD migliorano, si può osservare un peggioramento, in termini di irritabilità e variazioni del tono dell'umore.

Sono in fase di completamento numerosi studi clinici di validazione/registrazione di nuovi farmaci non-psicostimolanti potenzialmente efficaci nella terapia dell'ADHD. È auspicabile che tali studi permettano la definizione e la verifica di terapie farmacologiche alternative di pari efficacia con minore potenziale di abuso/uso incongruo (SINPIA, 2002).

2.4.2 Il Registro Nazionale dell'ADHD nell'età evolutiva

Dall'8 marzo 2007, l'autorizzazione all'immissione in commercio del Metilfenidato e dell'Atomoxetina in Italia, dispensabile dal SSN, rende necessario il monitoraggio dell'uso di questa sostanza nella popolazione pediatrica affetta dalla Sindrome da Deficit di Attenzione con Iperattività trattata con il farmaco, da solo o in associazione con altri interventi terapeutici (farmacologici o non farmacologici), al fine di garantirne l'accuratezza della prescrizione, la sicurezza d'uso e verificare il beneficio della terapia e l'adesione alla stessa da parte dei pazienti (compliance) nel medio e lungo periodo.

In risposta a queste esigenze, dal giugno 2007, è attivo il "Registro Nazionale dell'ADHD nell'età evolutiva" per il monitoraggio dei soggetti affetti da ADHD, coordinato dal Dipartimento del Farmaco dell'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione

con l'Agencia Italiana del Farmaco, la Conferenza Permanente degli Assessori alla Sanità delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano e la Direzione Generale dei Medicinali e dei Dispositivi Medici del Ministero della Salute.

Il Registro vincola la prescrizione del Metilfenidato alla predisposizione di un piano terapeutico semestrale da parte del Centro clinico accreditato (Centro di riferimento) per garantire l'accuratezza diagnostica e evitare l'uso improprio del medicinale. Ha l'obiettivo di costituire una banca dati anonima, allocata presso l'Istituto Superiore della Sanità che ne è responsabile della gestione e protezione, la cui popolazione di riferimento è composta da pazienti fra i 6 e i 18 anni sottoposti a terapia farmacologia, la cui prescrizione avviene esclusivamente nell'ambito del Registro stesso. Il trattamento dei dati personali è autorizzato con consenso informato da parte dei genitori e o dei tutori legali dei bambini e l'adesione è volontaria. Il fine è inoltre l'armonizzazione della gestione globale dei pazienti affetti da ADHD, tramite la rete dei Neuropsichiatri e dei centri di riferimento regionali coordinati dall'ISS.

2.4.3 Il punto della situazione

Secondo quanto viene riportato da Pani e Bonati⁵ i bambini con ADHD in terapia con psicofarmaci sono molto meno di quelli previsti e la temuta "epidemia" di prescrizioni di psicofarmaci ai bambini italiani con ADHD non si è verificata.

In 20 mesi di attività sono stati iscritti nel registro 1090 pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione di Atomoxetina (639 pazienti pari al 57% dei registrati) o Metilfenidato (451 pazienti pari al 43%). Il 40% dei pazienti risiedono in Lombardia, Veneto e Sardegna e il 25% risulta in carico a 3 degli 86 Centri di riferimento accreditati dalle Regioni e dalle Province autonome.

Solo il 30% dei pazienti ha ricevuto una terapia psicofarmacologica associata a counseling e ad una terapia cognitivo-comportamentale, come previsto dal protocollo del Registro e dalle nazionali e internazionali. Interventi di counseling sono stati effettuati al 59% dei pazienti, di Parent training al 37% e di Child training al 25%.

In 35 pazienti si sono verificati eventi avversi: 8 durante terapia con Metilfenidato (1,8% dei casi) e 27 durante terapia con Atomoxetina (4,2% dei casi). Per 12 dei 35

⁵ Pani P., Bonati M., Comunicato stampa del 17 aprile 2009, *Molto meno di quelli previsti i bambini con ADHD in terapia con psicofarmaci*, Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri, Milano.

pazienti le reazioni sono state giudicate gravi (1 Metilfenidato e 11 Atomoxetina) ed è stata necessaria la sospensione della terapia. In 3 degli 11 casi in terapia con Atomoxetina la reazione avversa è stata l'ideazione suicidaria.

Il Registro si è quindi rivelato uno strumento utile per monitorare l'uso dei farmaci per la terapia dell'ADHD, migliorandone l'appropriatezza e identificando in modo più accurato gli effetti avversi. Anche se la prevalenza dell'ADHD in Italia sembra essere considerevolmente inferiore a quanto descritto in altri Paesi europei, l'applicazione dell'intero percorso diagnostico e terapeutico riconosciuto come il più appropriato è ancora ampiamente disattesa sull'intero territorio nazionale e rimanda alla necessità di attivare adeguate risorse (umane e organizzative) a livello locale, nell'ambito dei servizi sanitari e sociali preposti alla salute per l'età evolutiva.

2.5 Il trattamento multimodale

Sulla base di numerosi studi di efficacia, la letteratura medica appare sempre più orientata a sostenere la necessità di adottare un approccio multimodale, che integri l'intervento farmacologico, la terapia cognitivo comportamentale, il Parent training e la consulenza sistematica agli insegnanti. Un'importante ricerca svolta nell'ambito dell'approccio multimodale alla patologia è il Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA, 2004), coordinato dall'Istituto Nazionale per la Salute Mentale degli Stati Uniti. La ricerca confrontava, su un totale di 579 bambini affetti da ADHD di tipo combinato di età compresa tra i 7 e i 9,9 anni, l'efficacia del trattamento psicoeducativo e comportamentale intensivo (Parent Training prolungato, intervento comportamentale e training sulle abilità sociali dei bambini, formazione e supervisione per gli insegnanti), del trattamento esclusivamente farmacologico, dell'intervento combinato farmacologico e di quello psicoeducativo, confrontandoli con un trattamento di routine (farmaci o consigli terapeutici) effettuato presso le strutture territoriali. Dopo 14 mesi tutti e quattro i gruppi risultavano migliorati: la terapia esclusivamente farmacologica e quella combinata risultavano più efficaci dell'intervento psicoeducativo intensivo senza farmaci o del trattamento di routine. Nessuna differenza si evidenziava, invece, tra il trattamento esclusivamente farmacologico e quello combinato. Risulta, tuttavia, ancora aperta la questione relativa agli effetti a lungo termine degli esiti positivi collegati a tale trattamento.

Le Linee Guida della SINPIA suggeriscono che i sintomi cardine dell'ADHD (disattenzione, iperattività e impulsività) nei casi più gravi vadano gestiti mediante terapia farmacologica, mentre ritengono che i disturbi eventualmente associati, specialmente i disturbi della condotta, dell'apprendimento e i problemi d'interazione sociale, richiedano terapie psicosociali e psicoeducative centrate sulla famiglia, sulla scuola e sul bambino.

Gli interventi terapeutici dovranno tendere a migliorare le relazioni interpersonali con i genitori, i fratelli, gli insegnanti e i coetanei, diminuire i comportamenti inadeguati, migliorare l'apprendimento scolastico (quantità e qualità delle nozioni, metodo di studio), aumentare il senso di autostima e l'autonomia nei vari ambiti della vita sociale.

3 CAPITOLO TERZO: ADOLESCENZA E ADHD

L'età media di insorgenza del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività è compresa tra i 3 e i 4 anni; esistono comunque numerosi casi descritti, che hanno presentato la sintomatologia dell'ADHD verso i 6-7 anni, limite d'età stabilito rispettivamente dall'ICD-10 e dal DSM-IV per poter porre diagnosi di ADHD (Barkley, 1998).

Per quanto riguarda l'evoluzione del disturbo, è necessario sottolineare che esso si manifesta secondo tempi e modalità differenti a seconda di una serie di variabili che mediano le manifestazioni sintomatologiche. Infatti, pur essendoci implicazioni di tipo biologico-funzionale, giocano un ruolo fondamentale l'ambiente e i sistemi relazionali con cui il ragazzo viene a contatto durante il suo sviluppo. Se un ambiente disorganizzato non aiuta lo strutturarsi di un ordine mentale, un ambiente troppo rigido, con eccessivi rimproveri da parte degli adulti, espone il bambino a continui fallimenti e frustrazioni. La mancanza di supporto e la troppa libertà, lasciano invece il ragazzo solo e con scarse possibilità di interiorizzare i comportamenti adeguati (Cornoldi, 2001).

Inoltre, le implicazioni emotive/affettive non possono non influire nello sviluppo dell'autostima e delle relazioni sociali con adulti e coetanei (Prior e Sanson, 1996). Il contesto ambientale risulta essere dunque un mediatore cruciale per l'evoluzione del disturbo.

In ogni caso, *“un intervento precoce e concordato da parte di tutte le agenzie educative che ruotano attorno al bambino favorisce un miglioramento delle manifestazioni comportamentali più problematiche e contribuisce a mantenere attive nel tempo le tecniche insegnate al bambino per affrontare meglio le sue difficoltà”* (Vio, 1999, pag. 75).

3.1 L'evoluzione del disturbo

Barkley (1998) ha proposto un elenco di fattori di rischio, ordinati per livello d'importanza, associati allo sviluppo dell'ADHD:

- presenza di disturbi psicologici nei familiari, in particolare l'ADHD;
- abuso di sigarette e alcool della madre durante la gravidanza, associato o meno ad altri problemi di salute della madre;
- assenza di un genitore o educazione non adeguata;
- problemi di salute o ritardi di sviluppo del bambino;
- precoce insorgenza di elevati livelli di attività motoria;
- atteggiamenti critici e/o direttivi della madre durante i primi anni del bambino.

Contrapposti ai fattori di rischio è stata elaborata una lista di fattori che possono essere definiti “protettivi” che consentono di mantenere un equilibrio in condizioni di esposizione a fattori di rischio e aiutano il ragazzo a limitare gli esiti negativi del ADHD (Campbell, 1990). Tra questi ricordiamo:

- elevato livello educativo della madre
- buona salute del neonato
- buone capacità cognitive del bambino (in particolare linguistiche)
- stabilità familiare.

Numerosi studi di genetica (per una rassegna, Levy, 1999⁶) hanno dimostrato che alcune caratteristiche dei genitori sono predittive della presenza dell' ADHD nel figlio: fattori di rischio sono la depressione o la condotta antisociale dei genitori, problemi di alcoolismo durante la gravidanza e complicazioni durante la gravidanza o il parto.

La stessa presenza di problematiche attentive e/o comportamentali nei genitori, rappresentano un importante elemento di rischio per l'insorgenza del ADHD: in questo caso, le probabilità di un genitore con ADHD di avere un figlio con lo stesso disturbo arrivano fino al 57% (Biederman et al., 1995).

Spesso i bambini con ADHD sono “difficili” sin dalla nascita: molto irritabili, inclini ad un pianto inconsolabile, si frustrano facilmente, hanno difficoltà di sonno e

⁶ dal sito internet http://www.aidaiassociazione.com/aspectti_evolutivi.htm

alimentazione. Inoltre questi bambini sono meno sensibili alle ricompense e sono anche più difficili da educare, in quanto danno risposte imprevedibili alle tecniche educative solitamente utilizzate per il controllo comportamentale. Di conseguenza, l'impulsività e la bassa tolleranza alla frustrazione del bambino possono compromettere la relazione con i genitori, innescando un circolo vizioso che porta ad un'accentuazione dei sintomi.

Durante gli anni della scuola dell'infanzia, nelle situazioni di gioco libero, in cui c'è ampia possibilità di movimento, il bambino con ADHD non mostra particolari problemi, mentre in contesti in cui si richiede il rispetto di determinate regole il bambino risulta essere molto più difficile da coinvolgere e da gestire. Il gioco è meno articolato, più stereotipato, povero di significato, caratterizzato da semplici atti motori e continui cambi di interesse (Alessandri, 1992). In questi bambini si riscontrano inoltre repentini mutamenti dell'umore (spesso reagiscono in modo catastrofico a frustrazioni anche non gravi, con pianto o rabbia).

I problemi, che iniziano alla scuola materna, dove il bambino viene continuamente richiamato perché non rispetta le regole, dà fastidio agli altri, alza le mani e rompe i giocattoli, continuano e peggiorano alla scuola primaria, dove alle stesse problematiche si aggiungono spesso importanti difficoltà di apprendimento. A questa età il bambino con ADHD è molto attivo e, sebbene abbia un'intelligenza uguale a quella dei suoi coetanei, dimostra un comportamento poco maturo, ovvero poco responsabile, rispetto all'età cronologica. Emergono chiaramente le difficoltà di attenzione e concentrazione; inoltre, i problemi interpersonali, spesso già presenti durante l'età prescolare, persistono e tendono ad aggravarsi, soprattutto perché le interazioni con i compagni richiedono, con il progredire dell'età, sempre maggiori abilità sociali, di comunicazione e di autocontrollo.

Come descritto in precedenza, sono moltissimi i bambini che soffrono del disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività ed il numero sembra essere in costante aumento. Chi presenta questa patologia viene per lo più individuato e sottoposto alla valutazione del neuropsichiatra negli anni della scuola elementare: il problema viene inizialmente individuato dal genitore o dall'insegnante che si scontra con l'incapacità del bambino di eseguire le istruzioni, con la sua disorganizzazione nel lavoro e la sua difficoltà nello svolgere i compiti.

Si parla dunque spesso di bambini iperattivi, dimenticando che essi cresceranno, diventeranno adolescenti e poi adulti. Un "mito" clinico diffuso fino all'inizio degli anni Settanta è che la sintomatologia si attenui o sparisca con la crescita (Kirby, 1986); tale

opinione è stata confutata da una serie di studi longitudinali (Taylor et al., 1996) che hanno dimostrato che solo il 20% dei ragazzi che hanno avuto una diagnosi di ADHD durante l'infanzia risolvono nel periodo post adolescenziale il loro problema. In una ricerca di follow-up condotta da Lambert (1989), si è osservato che tra i ragazzi diagnosticati con ADHD durante gli anni della scuola elementare, il 70% e l'80% presenta ancora i sintomi del disturbo durante la scuola media.

In particolare, nel corso di questa ricerca, verranno approfondite le caratteristiche del disturbo dei ragazzi tra gli 11 e i 14 anni. L'adolescente con ADHD ha certamente degli atteggiamenti diversi dal bambino vivacissimo, ma molti dei suoi problemi persistono: le ripetute esperienze di inadeguatezza comportamentale e una sempre maggior consapevolezza della sua diversità dagli altri lo portano ad una riduzione di intensità del comportamento iperattivo, ma persistono i problemi di ordine attentivo, scolastico, educativo e sociale. Le problematiche adolescenziali tipiche di formazione dell'identità, di accettazione nel gruppo e di sviluppo fisico, difficilmente riescono ad essere affrontate in modo efficace da un ragazzo con ADHD. Gli inevitabili insuccessi possono determinare problemi di autostima, scarsa fiducia in se stessi, o addirittura ansia e depressione clinicamente significative (Barkley, Fisher et al., 1990).

Durante la preadolescenza il comportamento incontrollato e la disattenzione non consentono una facile acquisizione delle abilità sociali: i ragazzi con ADHD infatti dimostrano scarsa capacità di mantenere amicizie e risolvere i conflitti interpersonali (Kirby e Grimley, 1986). Con la crescita, l'iperattività tende a diminuire in termini di frequenza e intensità e può venire parzialmente sostituita da "un'agitazione interiorizzata" che si manifesta soprattutto con insofferenza, impazienza e continui cambi di attività o movimenti del corpo (Fischer, 1993). Inoltre, con lo sviluppo si possono generare dei tratti comportamentali che ostacolano ulteriormente il buon inserimento del bambino nel suo ambiente sociale, come ad esempio: l'ostinazione, la scarsa obbedienza alle regole, la prepotenza, la maggior labilità dell'umore, la scarsa tolleranza alla frustrazione, gli scatti d'ira e la ridotta autostima.

Bisogna sottolineare il fatto che questo disturbo, oltre ad avere una natura prevalentemente cronica, ha una prognosi più infausta se presenta una comorbilità con il disturbo oppositivo provocatorio, che può condurre a condotte antisociali e a problemi con la giustizia. Altri fattori che possono determinare una prognosi negativa sono situazioni

familiari difficili, depressione della madre comportamenti antisociali all'interno della famiglia (Lambert, 1998).

Crescendo, i bambini con ADHD possono manifestare altri disturbi psichiatrici, tra il cui il disturbo della condotta, che in numero considerevole di casi evolve in un disturbo antisociale in età adulta. Una ricerca di Barkley (1998), riporta una percentuale tra il 10% e il 37% di rischio di abuso di sostanze stupefacenti in adulti con diagnosi di disturbo antisociale e di personalità. La concomitante presenza di un Disturbo Oppositivo Provocatorio o di un Disturbo della Condotta determina quindi una prognosi più infausta (Braswell e Bloomquist, 1991), in quanto il ragazzo può manifestare gravi condotte antisociali (Disturbo di Personalità Antisociale) e problemi con la giustizia. Questi risultati sono in linea con quelli di una ricerca di follow-up (Taylor et al., 1996), durante la quale, per 10 anni, sono stati analizzati i comportamenti di un gruppo di bambini londinesi di 6-7 anni con iperattività: ne è risultato che tale sintomatologia rappresenta un importante fattore di rischio di successive condotte antisociali, problematiche interpersonali e compresenza di altri disturbi psichiatrici

In generale la prognosi per il soggetto ADHD non sottoposto ad un adeguato trattamento non è felice: *“si possono riscontrare problemi della salute mentale e non si possono escludere problemi relazionali anche nella vita di coppia e di inserimento lavorativo”* (Kirby, 1986, pag. 50).

Nonostante ci siano criteri chiari ed esaustivi per porre diagnosi di ADHD in età pediatrica (sia nel DSM-IV che nell'ICD-10), gli stessi criteri, sono difficili da applicare per una diagnosi da effettuare in età adulta. Innanzitutto, la presenza ormai ben documentata di altri disturbi psichiatrici in comorbilità con l'ADHD negli adulti, rende particolarmente difficile l'attribuzione della responsabilità del danno al funzionamento, che è necessaria per la diagnosi di ADHD. In secondo luogo, è necessaria la presenza anamnestica di ADHD nell'infanzia e spesso i pazienti non sono accompagnati da persone che possano documentare in modo attendibile e confermare quello che essi ricordano. È frequente però che i genitori di figli ADHD riconoscano, attraverso la diagnosi fatta al figlio, di essere stati a loro volta bambini ADHD.

L'ADHD non è quasi mai un disturbo infantile benigno ed autolimitantesi: l'incidenza del disturbo negli adulti è dell'1-4% ⁷ e in particolare, gli aspetti di impulsività persistono

⁷ Fonte: conferenza stampa svoltasi al ventiduesimo congresso ECNP del 15 settembre 2009, a Istanbul, Turchia (<http://www.ecnp.eu>)

nell'età adulta nel 30-50% dei casi (Hill e Schoener, 1996). Nel periodo in cui l'opinione generale era che questo disturbo scomparisse con la pubertà o con l'adolescenza, Wender e colleghi (1985) sono stati tra i primi ad identificare la presenza di ADHD negli adulti. In genere, pazienti adulti hanno difficoltà in ambito sociale e professionale; c'è una significativa compromissione delle competenze sociali, accademiche e lavorative e bassa stima di sé, con demoralizzazione e senso di ridotta autostima. Sono minori gli anni di scolarità (Mannuzza et al., 1997), maggiori gli incidenti d'auto, l'uso di alcool, l'uso di droghe, le presenze in tribunale e gli arresti per atti criminosi. Questi individui, rispetto ai controlli sani, presentano anche una maggior prevalenza di tentativi di suicidio e di disturbi d'ansia (Shaffer, 1994).

Secondo quanto riportano le Linee Guida (2002) il decorso del disturbo può essere così riassunto:

- **25-35% Recupero completo in adolescenza:** all'inizio della vita adulta i soggetti non manifestano più sintomi di inattenzione o di iperattività, ma permane un ritardo di sviluppo di specifiche funzioni esecutive.
- **15-20% Evoluzione verso altra psicopatologia:** i soggetti, divenuti adolescenti e poi adulti possono mostrare una sorta di "cicatrici" causate dal disturbo; essi manifestano oltre che sintomi di inattenzione, impulsività ed iperattività, anche altri disturbi psicopatologici quali abuso di sostanze o disturbo di personalità antisociale
- **40-50% Persistenza in adolescenza:** il soggetto ha sviluppato alcune strategie di compensazione, ma presenta un minor grado di scolarizzazione, possibili difficoltà occupazionali, sociali ed emozionali.

3.2 L'adolescenza

Lo sviluppo è un processo dinamico che ha le basi nei primissimi anni di vita, è in stretta relazione con le caratteristiche dell'ambiente, procede per tappe successive e attraversa dei momenti "critici", caratterizzati da assenza di equilibrio, che una volta superati portano ad un progresso e ad una organizzazione nuova, più differenziata ed integrata di quella precedente.

Una di queste fasi difficili dello sviluppo della persona è quello dell'adolescenza, periodo piuttosto lungo della vita che va dalla pubertà (11-12 anni) ad un'età quasi adulta (Palmonari, 1991). È importante considerare che mentre l'inizio dell'adolescenza può

essere marcato da un indice biologico (lo sviluppo puberale, che è comunque relativo al contesto di vita), la fine dell'adolescenza è legata a criteri di ordine sociale.

Nell'adolescenza psicologicamente intesa si possono distinguere tre sottoperiodi: c'è una "prima adolescenza" che è caratterizzata da rilevanti mutamenti somatici e psicologici, da cambiamenti a livello di scuola, da un aumento della conflittualità in famiglia e da una gruppaltà ancora contraddistinta dalla segregazione sessuale tipica dell'infanzia, a cui seguono un periodo di transizione ed una fase detta "tarda adolescenza" dove prevalgono la preoccupazione per il futuro, un minor conflitto con i genitori e una gruppaltà mista (Fonzi, 2001, pag. 281).

Questo periodo della vita è caratterizzato dalla necessità delle persone di affrontare e fronteggiare una molteplicità di compiti di sviluppo (Havighurst, 1952), con lo scopo fondamentale di giungere ad una ridefinizione del proprio concetto di sé che permetta di avere a propria disposizione le conoscenze, le competenze, le abilità ed il repertorio comportamentale adeguato ad entrare a pieno titolo entro nel contesto sociale che caratterizza la realtà adulta delle società in cui sono inseriti.

Secondo Havighurst (1948, 1953) l'adolescenza sarebbe quindi caratterizzata dai seguenti compiti di sviluppo:

- instaurare relazioni nuove e più mature con i coetanei
- acquisire un ruolo maschile o femminile
- accettare il proprio corpo ed utilizzarlo in modo efficace
- conseguire indipendenza emotiva dai genitori e da altri adulti
- raggiungere la sicurezza derivante dall'indipendenza economica
- prepararsi ad un'occupazione
- prepararsi al matrimonio ed alla vita familiare
- sviluppare competenze intellettuali per acquisire competenza civica
- acquisire un comportamento socialmente responsabile
- acquisire un sistema di valori ed una coscienza etica.

Erickson (1950), delinea una teoria dello sviluppo suddivisa in otto fasi che riguardano l'infanzia, la fanciullezza, l'adolescenza e l'età adulta fino alla vecchiaia. Non esiste, secondo Erickson, uno schema evolutivo determinato; ogni individuo ha i propri ritmi in

sensu evolutivo e le fasi precedenti non vengono mai abbandonate, ma gradualmente esse si integrano in un “insieme funzionale”. L’adolescenza rappresenta la quinta fase del ciclo di vita e, secondo Erickson, il compito dell’adolescente è quello di acquisire un senso di identità che sia stabile ed integrato, rispetto ad uno precedente più diffuso. In questa fase il ragazzo inizia a prendere consapevolezza dei tratti della propria individualità, delle proprie preferenze, dei propri obiettivi e desideri, delle proprie potenzialità, ma anche dei propri limiti.

Questo processo inizierebbe grazie all’identificazione con i propri pari e con le figure significative a cui l’adolescente riconosce autorità.

La transizione dall’infanzia all’età adulta è un momento difficoltoso che vede la coesistenza di due tendenze: una che spinge verso un mondo adulto, complesso, in buona parte sconosciuto e per alcuni versi inquietante ed un’altra dominata dalla riluttanza a lasciare un mondo sicuro, garantito tipico dell’infanzia.

L’adolescente si trova quindi in una situazione di sofferenza determinata dalla confusione di identità: la crisi di identità di cui parla Erickson nasce proprio dal tentativo messo in atto dall’adolescente di superare l’ambivalenza per lasciare poi spazio alla propria identità, con le caratteristiche di stabilità, di coerenza e di separatezza dagli altri.

È in questa fase che si integrano il senso della fedeltà ai propri schemi di riferimento (valori e ideologie), l’adesione a forme ideologiche e l’appartenenza ad un gruppo che confermi l’adeguatezza dei propri valori. Solo una volta che si è acquisita un’identità si può arrivare ad una reale intimità con l’altro e con se stessi.

In genere durante l’adolescenza si possono riscontrare i seguenti modelli relativi all’immagine di sé (Damon e Hart, 1982); il giovane:

- dà sempre più importanza ai propri sentimenti e alle proprie emozioni
- riflette di più su se stesso
- si attribuisce qualità caratteriali sempre più stabili riguardo le relazioni sociali
- sviluppa la tendenza a vedere le sfaccettature della propria personalità

Secondo le teorie di Erickson (in De Wit e Van der Veer, 1993) la consapevolezza della propria identità comporta il fatto di avvertire la coincidenza fra lo stile di vita personale e ciò che si rappresenta per gli altri: uno sviluppo positivo dell’identità dell’Io è dato dal sentirsi riconosciuti e accettati dalle persone che stimiamo e dall’essere

consapevoli che l'immagine che abbiamo di noi stessi coincide con la percezione che gli altri hanno di noi.

In un periodo della vita ricco di scelte e decisioni si possono scatenare tensioni e modificazioni repentine spesso accompagnate da esternazioni di squilibrio emotivo: l'adolescente può cominciare a dubitare di se stesso, delle sue qualità, delle sue capacità, del suo funzionamento e a volte anche del senso della sua vita.

Il processo evolutivo adolescenziale si dispiega all'interno di alcuni ambiti sociali privilegiati: la famiglia, la scuola ed il gruppo di coetanei. In questi contesti gli adolescenti entrano in relazione con adulti significativi (i genitori, gli insegnanti, i responsabili dei gruppi adolescenziali) che sono caricati di responsabilità nei loro confronti o con altri coetanei con i quali condividono lo stesso destino evolutivo; essi costituiscono i punti di riferimento essenziali per accompagnare gli adolescenti ad affrontare i compiti di sviluppo.

I sistemi relazionali della famiglia, degli adulti e dei pari, nelle loro intersezioni e articolazioni, costituiscono la trama funzionale in cui si inserisce il processo di crescita adolescenziale in senso evolutivo o, viceversa, patologico. Proprio dall'articolarsi dei diversi sistemi tra cui l'adolescente si muove, in questo gioco evolutivo, si modificano continuamente le qualità dei legami, i vincoli e le relazioni che definiscono la sua stessa "appartenenza" a ciascuno dei sistemi relazionali.

I giovani sono generalmente accompagnati alla maturità dagli adulti responsabili della loro crescita personale e sociale: i rapporti con gli adulti significativi rappresentano dei punti di riferimento imprescindibili per la costruzione del proprio sé e per poter giungere alla maturità adulta come membri positivamente integrati nella realtà sociale in cui vivono.

Coloro che sperimentano, invece, gravi carenze nei rapporti significativi con gli adulti e con i loro pari, soprattutto durante i passaggi critici delle fasi esistenziali più propriamente evolutive (infanzia ed adolescenza) incontrano difficoltà a sviluppare la propria personalità in maniera positiva ed integrata e a stabilire rapporti sociali significativi.

La scuola costituisce un contesto di socializzazione centrale ed un luogo di importanza primaria per la definizione dell'identità adolescenziale. In tale ambito, gli adolescenti sperimentano relazioni sia con i propri coetanei, sia con adulti significativi; in particolare, è la qualità del rapporto con gli insegnanti, che spesso si configura come problematica, a rivestire un'importanza fondamentale. In particolare, sulla base del modello concettuale sviluppato da Smith e Tyler (1998), la percezione di essere considerati e trattati con

giustizia dai propri referenti adulti significativi contribuisce in maniera significativa ad una positiva ristrutturazione del concetto di sé ed alla soddisfazione di sé in termini di autostima personale e collettiva. La frequentazione dei coetanei generalmente stimola i bambini ad identificarsi con le norme approvate dal gruppo di appartenenza, a coltivare atteggiamenti e sistemi di attribuzione a cui dare significato e ordine al reale e ad impersonare ruoli inediti che, se gratificanti, contribuiscono ad arricchirli sul piano del prestigio.

Uno dei compiti di sviluppo più importanti per l'adolescente consiste nel raggiungimento dell'indipendenza, che passa attraverso un processo di "emancipazione" dalle figure parentali, che, tuttavia, non significa necessariamente rottura e conflitti nei rapporti familiari (Palmonari, 1997).

Le relazioni familiari, infatti, rivestono un ruolo cruciale nel determinare la competenza e la fiducia con cui gli adolescenti ristrutturano il concetto di sé ed affrontano il periodo di transizione dall'infanzia all'età adulta. Aspetti che sono particolarmente importanti sono l'incoraggiamento dell'autonomia e dell'indipendenza dei figli, la forza dei legami familiari e il sostegno che la famiglia è in grado di offrire agli adolescenti.

Il progressivo distacco dai genitori provoca una sorta di vuoto emotivo e per colmarlo, il giovane ricorre al gruppo di pari.

3.3 L'amicizia

Un bambino che chiama amici tutti i suoi compagni di scuola probabilmente non ha nessun amico (Coleridge).

Sono noti l'universale e benefico sentimento che tiene uniti gli amici, ma anche l'impegno e i difficili equilibri che entrano in gioco nella costruzione e nel mantenimento di un'amicizia.

All'interno delle relazioni umane, i legami amicali ampliano gli scenari dell'esperienza e della visione della vita che nascono dai più ristretti rapporti familiari: l'amicizia è risorsa, fonte di benessere, ma è anche motivo di delusione e di sofferenza. Nell'amicizia le persone soddisfano il bisogno umano di valutarsi attraverso il confronto con gli altri.

In particolare, come evidenzia Tesser (1984, in Venuti e De Falco, 2004), il segreto per una buona amicizia è la capacità di trovare nell'altro un termine di paragone da superare, per alimentare il proprio Ego, ma prevede contemporaneamente la capacità di gioire per i successi dell'amico e di saperli condividere. In questo modo l'amicizia fornisce

l'opportunità di confronto e di sviluppo del senso dell'identità in un contesto relazionale sicuro, protetto. Numerosi studi, inoltre, evidenziano che i bambini con una storia attuale di scarse amicizie hanno più possibilità di essere un giorno adulti disturbati (Rubin, 1980; Ginsberg, Gottman e Parker, 1986).

Il bambino è considerato “un essere socialmente competente fin dalla nascita” (Camaioni, 1981). In particolare, le teorie dell'attaccamento derivate dai lavori pionieristici di Bowlby (1969) e di Ainsworth (1973), riconducono una buona qualità delle relazioni sociali ad una relazione sicura di attaccamento madre-bambino relativa al primo anno di vita. Tra le varie discipline che sottolineano l'importanza delle prime esperienze sociali tra pari, l'etologia ha dimostrato che cuccioli di scimmia cresciuti senza la madre, ma a contatto con gli altri piccoli, sviluppano rapporti sociali ben più adeguati rispetto ai cuccioli cresciuti dalla sola madre ed isolati dal contatto con gli altri cuccioli (Harlow, 1969). La genetica inoltre, suggerendo l'analisi delle differenze biologiche individuali, dimostra come specifici aspetti del nostro temperamento, già misurabili tra i 3 e i 6 mesi di età (Lewis e Feiring, 1989), siano predittivi di caratteristiche quali l'estroversione, la socievolezza e la popolarità in bambini di 9 anni di età. Howes (1983) parlando di “protoamicizia” afferma che attorno ai due anni di età emerge il criterio della selettività: a partire da quest'età infatti i bambini non interagiscono con i loro pari in modo interscambiabile, ma prediligono un compagno in particolare. I rapporti tra i bambini contengono tutte le componenti dei rapporti sociali degli adulti: l'attenzione prolungata, l'alternanza di turni, la reciprocità delle risposte e il gioco parallelo. Il sostegno emotivo tra pari è un ulteriore elemento che non va sottovalutato: già alla scuola dell'infanzia i bambini forniscono infatti aiuto e conforto all'amico e offrono un “rifugio sicuro” per elaborare l'eventuale ansia legata alla separazione dal genitore.

Verso la seconda metà del secondo anno di vita l'interazione si arricchisce grazie alla conversazione, alla cooperazione e al gioco di fantasia. Tra i 3 e i 7 anni la maggior capacità di controllare l'emozioni e la regolazione del comportamento rendono possibile un “gioco coordinato” con le esigenze dell'amico e dal legame del gioco si passa, negli anni successivi, al legame e ai valori del gruppo. È con l'adolescenza che l'amicizia diventa il nesso tra sviluppo sociale e sviluppo emozionale e diventa predominante e intensa la componente affettiva. Gli adolescenti analizzano le implicazioni affettive degli eventi interpersonali e delle relazioni e condividono pensieri personali, sentimenti, modi di

definire e di svelare le proprie opinioni sulla vita e di pensare al proprio futuro (Younnis, 1980).

Secondo Selman (1981) la conquista psicologica più importante che permette di sviluppare e mantenere una relazione amicale duratura e intima è la capacità di coordinare le differenti prospettive sociali, il livello più evoluto di amicizia si basa sul riconoscere l'indipendenza di ciascuno e quindi si basa sulla reciproca accettazione dei bisogni dell'altro. Accettare le esigenze e le differenze dell'altro significa anche poter crescere attraverso le sue esperienze e trarne forza vitale e intelligenza sociale.

Grazie alla capacità dell'adolescente di staccarsi dall'interazione e di coordinare simultaneamente le prospettive di più parti coinvolte nello scambio amicale, nascono il gruppo, la capacità e l'esigenza di parteciparvi, il supporto, il coraggio e l'orgoglio che deriva dal farvi parte.

Avere e saper conservare degli amici presuppone comunque una gamma di abilità personali e di risorse e richiede l'acquisizione di specifiche competenze sociali. Caratteristiche che un amico deve avere sono la capacità di:

- esprimere i pensieri e i sentimenti intimi
- infondere fiducia
- assumere la prospettiva dell'altro
- essere altruista
- essere empatico e sensibile

I giovani adolescenti sono un insieme di isolati che in vari modi si sforzano di formare un aggregato, adottando un'identità di gusti (Winnicot, 1965).

Come descritto in precedenza, l'adolescenza è caratterizzata da una ridefinizione della relazione con alcune entità sociali significative e dall'allentamento delle relazioni familiari. Il più intenso rapporto ed il confronto con i pari permette infatti agli adolescenti di esplorare nuovi spazi e sperimentare la propria autonomia di comportamento e di scelta: il gruppo amicale viene vissuto come un sostegno strumentale ed emotivo nella ristrutturazione di sé e nella costruzione della propria reputazione e visibilità sociale. Il gruppo svolge delle funzioni importanti (Coleman, 1980):

- funziona come una base sicura: aiuta nei confronti del mutamento. Il gruppo omogeneo come genere, tipico della prima adolescenza, può servire come "base di lancio" per l'approccio con l'altro sesso;

- svolge una funzione nell'orientare l'adolescente verso i valori della propria coorte e nel mettere in discussione gli standard dell'adulto. Il gruppo scolastico aiuta l'adolescente nella formazione delle norme morali e nella comprensione delle condotte da seguire.

Nel formare valori e standard propri, il gruppo favorisce processi di assimilazione e differenziazione dagli altri gruppi. L'adolescente può sapere "chi è" imparando a conoscere "chi non deve essere".

Il gruppo è il contenitore o il tramite per la formazione di rapporti più esclusivi come le amicizie o le relazioni sentimentali.

Queste considerazioni conducono all'aspetto forse più importante dal ruolo svolto dal gruppo: esso aiuta l'adolescente a ricercare una propria identità.

3.4 La prosocialità

Secondo la definizione di numerosi psicologi (Batson, 1998; Eisenberg et al., 2006; Fiske, 2004), può essere definito prosociale qualsiasi comportamento volontario diretto a favorire altre persone. La riflessione sulla prosocialità si estende alle differenze individuali al di là dei comportamenti manifesti: aiutare, donare, consolare; la loro connessione a particolari sentimenti e la loro ricorrenza in contesti e tempi diversi hanno portato ad indagare l'organizzazione mentale in grado di assicurare coerenza a questo tipo di condotte. Un nuovo orientamento della ricerca psicologica dirige quindi la sua attenzione ai processi affettivi e cognitivi che sottendono le condotte e le strutture mentali che organizzano tali processi.

La prosocialità, intesa come tendenza a far ricorso ad azioni che si contraddistinguono per gli effetti benefici che producono negli altri, appartiene infatti alla sfera delle abitudini, alle modalità usuali di interazione sociale.

Nei bambini la prosocialità risulta un importante predittore del rendimento scolastico. I bambini prosociali sono spesso intellettualmente dotati, ma non sono le loro abilità intellettuali che determinano il loro successo e la loro popolarità. La tendenza ad aiutare i compagni, a condividere i giochi e ad offrire un sostegno affettivo si rivela decisiva nel sostenere il percorso scolastico oltre che nel contrastare tendenze aggressive e depressive (Caprara, Barbanelli, Pastorelli, Radura e Zimbardo, 2000). Inoltre, intuire e assecondare le

richieste altrui sono da considerare elementi di promozione in quanto apportano simpatia, riconoscenza e apprezzamento.

Le condotte prosociali non sono fortuite, ma intenzionali e, in quanto tali, rispecchiano la concentrazione di strutture emotive, conoscitive e motivazionali come sentimenti, convinzioni di efficacia, valori e aspettative. Esse rappresentano uno stile di comunicazione interpersonale fortemente evoluto almeno per due ragioni: determinano effetti positivi in contesti in cui vi siano rapporti umani e sono sempre il risultato di una serie articolata di fattori come l'autocontrollo, l'assertività, l'empatia e le capacità di problem solving.

In particolare, l'empatia, ossia la capacità di sintonizzarsi cognitivamente ed emotivamente con gli altri, è uno dei fattori motivazionali più importanti del comportamento prosociale ed ha un ruolo centrale in quanto precursore e segnale della capacità di percepire e sentire i bisogni e le esigenze altrui. Secondo Eisenberg (2008) l'empatia viene definita come percezione del bisogno dell'altro ed implica comprensione e simpatia. Il contagio emotivo, frequente nei bambini, consiste nel sentire la stessa emozione dell'altro e nel rifletterla, ma non è una risposta cognitiva e può presentarsi in bambini molto piccoli che non differenziano chiaramente tra il proprio e l'altrui disagio.

Con il progredire dell'età le risposte empatiche, oltre a riconoscere le emozioni e a reagirvi istintivamente, si arricchiscono di altri valori: sul piano dello sviluppo cognitivo identificare e comprendere il significato delle emozioni dell'altro costituisce un'abilità complessa e discriminativa che implica il superamento dell'egocentrismo. Solo se i soggetti sono in grado di differenziare il proprio stato emotivo da quello di un altro possono sviluppare sentimenti di compassione e compartecipazione emotiva, capaci di sollecitare tentativi di aiuto adeguati ad alleviare lo stato di bisogno altrui. L'empatia è stata riconosciuta come una fondamentale leva in grado di inibire le condotte aggressive e di favorire le condotte prosociali (Feshbach, 1978; Hoffman, 1984). L'empatia e la capacità di autoregolazione ed esecuzione sono quindi elementi decisivi per l'efficacia dell'agire prosociale. Lo sviluppo dei comportamenti prosociali se da un lato è strettamente legato allo sviluppo della capacità empatica (Hoffman, 2001; Eisenberg, 2006), dall'altro è favorito dall'accuratezza della comprensione della situazione dell'altro (Zahn e Waxler, 1982).

Le risposte empatiche e prosociali richiedono quindi la capacità di padroneggiare la propria attivazione emotiva e presuppongono un grado elevato di decentramento cognitivo, ossia la capacità di considerare le situazioni dal punto di vista dell'altro.

Non va sottovalutato il ruolo positivo dell'empatia nel ridurre l'aggressività: la condivisione empatica svolge infatti un'importante funzione di adattamento dell'individuo al gruppo riducendo il ricorso a comportamenti aggressivi (Bonino, Lo Coco e Tani, 1998).

Possono essere proposti quindi ai bambini progetti volti a migliorare le capacità empatiche, allo scopo di ridurre i conflitti presenti nelle classi. Gli studi di Feshbach (1996) indicano che in tale contesto ad un aumento dell'empatia corrisponde un parallelo aumento del comportamento prosociale. La messa in atto di specifici programmi pedagogici volti allo sviluppo della capacità empatica, basati su una serie di semplici esercizi sotto forma di gioco finalizzati a promuovere lo sviluppo delle capacità di riconoscere le emozioni altrui e di rispondervi empaticamente, porteranno ad una maggior cooperazione, socievolezza e competenza interpersonale dei bambini

All'interno del contesto scolastico sono attuabili anche numerose attività volte allo sviluppo della prosocialità. Sarebbe opportuno, come avviene per l'educazione linguistica o per quella logico matematica, che l'insegnante pianificasse il suo intervento finalizzato ad educare gli allievi a star bene con gli altri, a condividerne emozioni e stati d'animo, a prevenire e risolvere i conflitti, ad esprimere il proprio punto di vista, ad accogliere o rivolgere una critica, a collaborare, ad aiutare.

In ogni caso, una variabile determinante nell'educazione prosociale dell'allievo è la figura dell'insegnante: egli stesso rappresenta un modello di comportamenti altruistici e collaborativi. La tecnica più adatta nei contesti educativi, sebbene si possano proporre attività e applicare strategie, resta sempre quella del "modellamento" o *modeling*, vale a dire l'apprendimento per imitazione, che fa leva su modelli rappresentati dagli stessi docenti, oppure su modelli di compagni che vengono sistematicamente rinforzati nel loro essere prosociali.

L'educazione alla prosocialità può essere promossa attraverso protocolli di apprendimento cooperativo e *role playing* in classe (Olweus, 1993; Fonzi, 1997) che attivino risorse personali (allenare al riconoscimento delle emozioni, all'empatia, alla ricerca di alternative di negoziazione e al controllo degli impulsi) e che ristrutturino il clima sociale (negli spettatori delle prepotenze, nella classe, tra gli insegnanti e i genitori).

La possibilità di promuovere negli individui un senso di adeguatezza personale e un buon concetto di sé sembra incidere notevolmente nel favorire lo sviluppo di comportamenti prosociali: numerosi studi sottolineano il ruolo svolto dall'empatia nel contrastare l'aggressività e nel promuovere le relazioni sociali positive di accettazione reciproca.

3.5 Le problematiche sociali del soggetto con ADHD

Negli anni della preadolescenza la componente psicosociale acquista un rilievo particolare (Irwin e Millstein, 1992) e, generalmente, la rete di relazioni di un ragazzo comprende adulti (genitori, parenti, insegnanti) e altri ragazzi. Le relazioni interpersonali hanno una dimensione evolutiva nel senso che esse, come la maggior parte delle altre caratteristiche umane acquisite, si modificano e si differenziano in rapporto all'età. Man mano che i ragazzi interagiscono con maggior indipendenza con una gamma più ampia di persone e contesti, essi vengono esposti a nuove esperienze, a successi, fallimenti e reazioni di individui che permettono loro di valutarsi come soggetti sociali in ognuno degli ambienti con cui vengono a contatto.

Parker e Asher (1987) sottolineano che le relazioni interpersonali sono un elemento necessario per l'adattamento psicosociale dei bambini e degli adolescenti e che i ragazzi che presentano problemi nell'ambito delle relazioni interpersonali corrono il rischio di soffrire di problemi psicologici. Le relazioni problematiche dei ragazzi possono essere vissute con gli adulti in generale, oppure con specifici adulti, con coetanei dello stesso o dell'altro sesso ed è stato rilevato che gli effetti a lungo termine delle difficoltà di relazione sono legati a molte aree di funzionamento in età adulta (Roff, 1961; Buhs e Ladd, 2001; Miller-Johnson et al., 2002; Ollendick et al., 1992; Pedersen et al., 2007). Le relazioni dei bambini con i coetanei e con gli adulti influenzano direttamente il loro livello globale di adattamento psicologico in età evolutiva ed adulta (Parker e Asher, 1987). Un'identificazione precoce ed un tempestivo intervento sulle difficoltà relazionali possono contribuire ad un adattamento psicosociale sano e positivo dei bambini e degli adolescenti.

I problemi interpersonali e i deficit di abilità sociali non vengono considerati dal DSM-IV come difficoltà di primaria importanza per i bambini con ADHD. Vengono costantemente rilevate da genitori ed insegnanti, tuttavia, difficoltà relazionali causate dall'esuberanza incontrollata del bambino che apporta conseguenze estremamente negative per il suo inserimento sociale e per il suo benessere. In letteratura, Pelham e Millich (1984)

affermano che genitori, insegnanti e gli stessi coetanei concordano sul fatto che i ragazzi con ADHD presentano difficoltà in ambito sociale, in particolare nelle relazioni interpersonali. Gli studi di Garcìa-Castellar et al. (2006) dimostrano la severità dei problemi sociali dei bambini con ADHD in ambito scolastico.

I bambini con ADHD hanno infatti un disturbo legato alla capacità di autocontrollo e alla capacità di interiorizzare le regole e ciò si ripercuote naturalmente sulle relazioni con i coetanei e con gli adulti che si mostrano, spesso comprensibilmente, infastiditi dal loro comportamento. Kirby (1986) riporta i tratti comportamentali che ostacolano il buon inserimento di questi bambini e cioè:

- l'ostinazione
- il negativismo (scarsa obbedienza alle regole)
- l'autoritarismo e la prepotenza
- la maggior labilità dell'umore
- la presunzione
- la scarsa tolleranza alla frustrazione
- gli scatti d'ira
- la ridotta autostima.

Gli insegnanti valutano negativamente i ragazzi con ADHD non necessariamente dal punto di vista del profitto, ma soprattutto sotto l'aspetto comportamentale e del rispetto delle regole sociali.

Infatti, la qualità delle loro interazioni non è adeguata, sia in contesti strutturati che nel gioco: si osservano un'alta frequenza di comportamenti negativi sia verbali che non verbali, minore interazione con i compagni, bassi livelli di espressione affettiva e maggior ritiro sociale seguito da aggressività (Whalen e Henker, 1991).

Studi di tipo sociometrico (Carlson, 1987), inoltre, hanno confermato che i soggetti con ADHD ricevono minori apprezzamenti e maggiori rifiuti dai loro compagni di scuola. Essi vengono descritti dai loro compagni come non cooperativi in situazioni di gruppo, intrusivi e in alcuni casi aggressivi e provocatori, e rischiano di non beneficiare delle opportunità di socializzazione con i compagni.

I ragazzi con ADHD manifestano minor capacità di cooperazione e di empatia: il deficit di autoregolazione e l'incapacità di posticipare la propria reazione emotiva di fronte a qualsiasi evento portano ad una forte componente egocentrica ed all'incapacità di assumere il ruolo psicologico altrui. Barkley, DuPaul e McMurray (1990) attraverso ricerche sociometriche, hanno constatato che i bambini con ADHD (sottotipi combinato e iperattivo) ricevono più frequentemente valutazioni negative da parte dei compagni, mentre quelli con disattenzione prevalente ricevono meno valutazioni in generale. Più comportamenti cooperativi sono stati osservati in contesti strutturati tra compagni, dove i ragazzini con ADHD sono in grado di assumere un ruolo più attivo e collaborante rispetto a quando si trovano in contesti meno organizzati (Grenell, 1987). Quando il loro ruolo è più passivo e non ben definito, i bambini iperattivi diventano maggiormente contestatori e incapaci di comunicare proficuamente con i loro coetanei. Sicuramente la presenza di aggressività, frequentemente associata al disturbo, è in parte responsabile di una maggiore gravità dei disturbi comportamentali (Pelham e Millich, 1984).

È stato dimostrato (Hoza et al., 2005) che la presenza di comorbidità con il Disturbo Oppositivo Provocatorio o con il Disturbo della Condotta determina un maggior rifiuto da parte dei pari.

L'adattamento psicosociale dipende in maniera considerevole dalle percezioni reciproche che sviluppano gli elementi all'interno di un gruppo.

"...con gli esseri umani c'è il problema che se pensiamo a loro come se fossero dei pezzi di legno, finiscono col somigliare a dei pezzi di legno" (Bateson e Bateson, 1979).

Ogni persona vive una fitta rete di relazioni, alcune sono occasionali, altre caratterizzate da stabilità e permanenza. Queste ultime costituiscono i sistemi di riferimento di ogni soggetto e come già descritto, esse sono costituite dalla famiglia, dai compagni di classe, dagli insegnanti, dagli amici. Il sistema classe, come ogni altro sistema, è caratterizzato da legami che intercorrono tra i singoli soggetti e dalla qualità delle reazioni instaurate.

La percezione del ruolo agito è vissuta dal soggetto, spesso in modo inconsapevole, con diversi livelli di malessere. È possibile che prenda forma un circolo vizioso per cui il bambino vissuto come "cattivo" percepisca questa attribuzione di ruolo, la viva con sofferenza e adotti comportamenti di rifiuto e di rabbia. Tali comportamenti rafforzano la primitiva assegnazione di ruolo e i fenomeni che l'hanno determinata: in altre parole il

bambino si adatta alle aspettative degli altri e consolida i suoi comportamenti, peggiorando la percezione che gli altri hanno di lui (Pierotti et al., 2005).

Queste considerazioni sono facilmente rapportabili ai soggetti con ADHD e con il fatto che essi vengono percepiti dagli altri come “bambini terribili”. Le abitudini di pensiero diventano progressivamente “programmate nei circuiti” (Bateson e Bateson, 1979, pag 98): il ragazzo terribile continuerà ad essere tale e lo sarà sempre di più.

Numerosi studi hanno evidenziato come un clima di classe positivo risulti essere un fattore di protezione sia per gli apprendimenti sia per il benessere generale dello studente (Wentzel, 1997). La classe è uno spazio di crescita in cui il ragazzo sviluppa la propria identità in un continuo scambio con i pari e, in tale contesto, i processi emotivi e relazionali assumono un ruolo centrale.

Nella maggior parte dei casi il ragazzo con ADHD disturba, distrae i compagni e condiziona il clima della classe, impedendo il tranquillo svolgersi della lezione e innescando tensione e nervosismo sia nell’insegnante sia nei compagni. La tendenza è in questi casi, soprattutto se il ragazzo è seguito dall’insegnante di sostegno, quella di allontanare “lo scocciatore” dall’aula.

I momenti di recupero effettuati al di fuori dell’aula a volte “regalano tranquillità” al docente e ai compagni, ma per il ragazzo con ADHD i vantaggi del rapporto a due vengono annullati dal senso di perdita del resto della classe e dal fatto che egli percepisce in quel momento il suo ruolo negativo di inadeguatezza.

Insegnare le abilità sociali è comunque possibile: un approccio educativo ampiamente sperimentato è il training di Problem solving cognitivo-interpersonale volto ad insegnare attività di problem solving sociale ai bambini (Urbain e Kendall, 1980; Pellegrini e Urbain, 1985).

Assunto fondamentale di questo tipo di programma è che processi cognitivi inadeguati svolgano un ruolo fondamentale nell’insorgenza di disturbi psicosociali e di difficoltà interpersonali e che un training centrato sulle abilità sociali possa avere effetti permanenti e significativi sui meccanismi di pensiero e di azione del soggetto in relazione ai suoi problemi relazionali (Kirby, 1986).

Il training proposto da Kirby (1989), ad esempio, ha lo scopo di insegnare a trattenere le reazioni impulsive, anche attraverso tecniche di rilassamento, a produrre soluzioni alternative in situazioni problematiche, ad utilizzare il pensiero consequenziale

sviluppando l'abilità di ragionare secondo una prospettiva esterna, considerando cioè il problema dal punto di vista dell'altro e a riconoscere e gestire le emozioni.

Un problema diffuso derivante da questo tipo di training, tuttavia, è la difficoltà di generalizzazione, ossia di riprodurre i tratti comportamentali corretti appresi durante l'intervento in altre situazioni e contesti (Abikoff, 2009).

3.6 L'autostima

Gli aspetti relativi alla percezione di se stessi e alla relazione con gli altri, centrali in questo lavoro di ricerca, sono stati ampiamente esplorati nell'ambito della psicologia. In particolare, gli studi condotti sul ruolo della motivazione nel comportamento delle persone evidenziano che nell'essere umano, accanto ai bisogni fisiologici, emergono ed agiscono motivazioni connesse all'immagine di sé, alla formazione dell'autostima, alla realizzazione delle proprie aspirazioni e aspettative.

Lungo il percorso individuale che porta alla formazione della personalità, secondo McClelland (1988) emergono il *bisogno di affiliazione*, che si manifesta nel bisogno di compagnia, nel desiderio di essere amati e accettati dagli altri e di essere integrati in un gruppo e il *bisogno di successo* che consiste nell'agire al meglio delle proprie possibilità per un intrinseco bisogno di affermazione e di eccellenza.

Secondo Maslow (1954), benché ogni individuo sia unico e irripetibile, esistono dei bisogni comuni a tutti ed è una proprietà della persona umana perseguire e creare le condizioni ottimali per la piena realizzazione delle proprie potenzialità. Egli propone un modello esplicativo attraverso una gerarchia dei bisogni: vi è un ordine secondo cui le persone soddisfano i bisogni più primitivi (fisiologici) prima di quelli più evoluti e complessi.

Alla base della piramide che rappresenta sistematicamente la sua teoria ordinando i bisogni dell'uomo, sono disposti i *bisogni di carenza* (come quelli fisiologici, di sicurezza e di appartenenza) nella parte più alta vi sono i *bisogni di stima* (bisogno di essere rispettato, apprezzato e approvato) e, al vertice, i *bisogni di autorealizzazione* (cioè il compimento delle proprie potenzialità e aspettative), che traducono la vocazione di ciascun individuo a realizzare pienamente se stesso trascendendo i vincoli del proprio corpo.

3.6.1 Il concetto di autostima

Non vediamo le cose per come sono ma per come siamo.
(Anais Nin)

Gli studi sul concetto del sé e sull'autostima hanno ricevuto considerevole attenzione nella letteratura psicologica. Il concetto di sé viene definito come l'insieme di elementi a cui una persona fa riferimento per descrivere se stessa; esso riguarda tutte le conoscenze sul sé, come il nome, la razza, le preferenze, le credenze, i valori e le descrizioni fisiche. L'autostima è, invece, una valutazione sulle informazioni contenute nel concetto di sé ed è collegata alle convinzioni personali sulle proprie abilità e capacità, sui rapporti sociali e sui risultati futuri. L'autostima viene determinata da informazioni oggettive e soggettive, riferite a tre tipi di sé:

- sé reale: è la valutazione oggettiva delle proprie competenze
- sé percepito: è la valutazione del sé reale, che difficilmente coincide con esso
- sé ideale: è come il soggetto desidera essere. Il sé ideale è influenzato dalla cultura e dalla società.

Tra le prime definizioni di autostima vi è quella data da James (1890) secondo il quale l'autostima di una persona sarebbe determinata dal rapporto tra il sé percepito e il sé ideale.

Secondo James, una persona sperimenterà un livello di autostima tanto più basso quanto il sé percepito si distanzierà dal livello del sé ideale. In altre parole, l'autostima sarebbe il risultato del confronto tra successi concretamente ottenuti e corrispondenti aspettative.

Autostima = Successo/Aspettative

La formula elaborata da James (1890) lega l'autostima ai successi concreti della persona, trascurando tuttavia di considerare l'effetto dei fattori ambientali. L'autostima viene quindi considerata come una caratteristica psicologica unitaria, indipendente dai contesti di vita.

Anche i fattori ambientali, tuttavia, interagendo con l'individuo, contribuiscono a migliorarne o peggiorare le prestazioni. Le persone infatti sviluppano un'idea di sé sulla base di come sono trattate o viste dagli altri; quello che gli altri pensano di noi, cioè l'immagine di noi che ci rimandano, diventa pian piano ciò che noi pensiamo di noi stessi.

Per contro, tuttavia, anche gli altri sono influenzati dal nostro giudizio su noi stessi e tendono a vederci come noi ci vediamo.

Ulteriori studi (Harter, 1985; Marsh e Holmes, 1990) hanno considerato l'autostima in termini multidimensionali ed hanno evidenziato quali fattori più importanti dell'autostima le relazioni interpersonali, la competenza di controllo dell'ambiente, l'emotività, il successo scolastico, la vita familiare ed il vissuto corporeo.

Secondo la definizione di Bracken (1993, pag. 30), *“l'autostima è uno schema comportamentale e cognitivo appreso, multidimensionale e riferito ai diversi contesti, che si basa sulla valutazione espressa da un individuo delle esperienze e dei comportamenti passati, influenza i suoi comportamenti attuali e predice quelli futuri”*.

La Figura 3.1 rappresenta gli ambiti che concorrono alla formazione della "Autostima globale" dell'individuo.

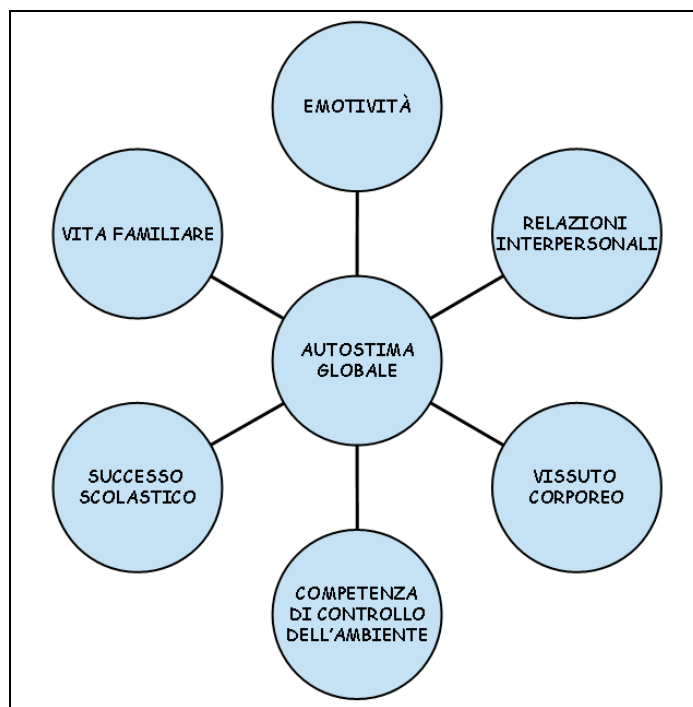


Figura 3.1: ambiti che concorrono alla formazione della "Autostima globale" dell'individuo

Secondo Galimberti (2006), l'autostima corrisponde alla *“considerazione che un individuo ha di se stesso”* e tale considerazione si esplica tramite un atteggiamento, una valutazione cognitiva o un insieme di affetti rivolti verso il sé. Ogni persona dà valore in modo differente alle cose che la riguardano. Già William James (1890) espresse molto bene quest'idea: *“Io, che ho puntato tutto me stesso sull'essere uno psicologo, mi sento mortificato se altri conoscono la psicologia più di me. Ma non mi crea problemi il fatto di*

convivere con la più crassa ignoranza del greco. Le mie deficienze in quell'ambito non mi danno alcun senso di umiliazione personale. Se avessi la pretesa d'essere un linguista, sarebbe stato esattamente il contrario” (James, 1890, pag. 309).

L'autostima comprende tre diversi aspetti: l'aspetto cognitivo, costituito dalle opinioni che ognuno ha di sé e che riguardano l'aspetto fisico, la vita affettiva e sociale, le sue conoscenze, la sua professione, la sua moralità, il raggiungimento degli obiettivi prefissati e quindi la sua auto-realizzazione; l'aspetto emotivo, determinato dalle emozioni che la persona prova nei propri confronti, come ad esempio affetto, indifferenza, ostilità ed infine l'aspetto comportamentale, ovvero gli atteggiamenti della persona nei propri riguardi (il rispetto di sé, il soddisfacimento dei propri bisogni, la cura della salute).

È stato dimostrato (Campbell e Lavalley, 1993) che l'autostima influisce su:

- cognizione
- motivazione
- emozioni
- comportamento

3.6.2 Autostima globale o specifica

Rosemberg e collaboratori (1995) distinguono l'autostima *globale* dall'autostima *specifica*, definendo la prima come un giudizio complessivo sul proprio valore, che deriva dal rapporto fra le proprie aspirazioni di successo e le competenze effettivamente acquisite (concetto riconducibile a quello di autoefficacia espresso da Bandura, 1996); la seconda, invece, è un giudizio che riguarda un particolare settore autovalutativo (fisico, intellettuale, morale, sociale, ecc.), è legata al livello di auto-accettazione e rispetto per se stesso dell'individuo ed è connotata più dagli affetti che dalla razionalità.

L'autostima globale non corrisponde necessariamente alla somma o alla media delle varie autostime specifiche. C'è infatti chi, pur mietendo dei successi in qualche area, è afflitto da un fondamentale e generico disprezzo per sé stesso; questo si verifica perché le persone assegnano ad ogni settore un diverso peso; quindi quanto più è importante per una persona riuscire a valutarsi bene in un dato campo, tanto più quell'autostima specifica influirà (positivamente o negativamente) sulla sua autostima globale (es. se sono un

brillante imitatore, ma per me avere successo in questo campo ha scarso valore, la mia autostima globale ne trarrà ben poco beneficio).

Essendo il concetto di sé e l'autostima necessariamente correlati agli aspetti importanti della vita, l'autostima complessiva di una persona dipenderà dagli svariati contesti in cui si trova ad agire, ma soprattutto dall'importanza che essa attribuisce a ciascuna delle componenti.

3.6.3 *Alta autostima, bassa autostima*

Secondo Galimberti (2006), l'autovalutazione, che è alla base dell'autostima, può esprimersi come sopravvalutazione o come sottovalutazione a partire da una considerazione di se stessi diversa da quella degli altri oppure alterata rispetto alla situazione contingente.

Avere un'alta autostima è uno dei più chiari segnali di benessere psicologico e l'autostima positiva è considerata il fattore centrale di un buon adattamento socio-emozionale. Avere una buona autostima rende infatti più sicuri, più desiderabili agli occhi degli altri e aiuta a rispondere adeguatamente alle sfide e alle opportunità della vita.

Non si può affermare che un'alta autostima determini una buona performance o, al contrario, che una buona performance sia la causa di un'alta autostima, ma è verosimile che la causalità operi in entrambe le direzioni in quanto l'impressione sulla propria performance influenza le proprie autovalutazioni ed allo stesso tempo le convinzioni che un individuo ha su sé stesso hanno un forte impatto sull'efficacia della sua prestazione. Le persone con alta autostima prima di intraprendere ogni attività, risolvere un problema, affrontare una prova, appaiono in genere sicure di sé e sono convinte di avere buone probabilità di successo; spesso infatti hanno alle spalle una storia di precedenti buoni risultati che alimentano le loro aspettative, per questi soggetti le situazioni e le prove difficili risultano stimolanti, sono una sfida da raccogliere per dimostrare a sé e agli altri il loro valore. Le conquiste delle persone con alta autostima saranno ben più numerose ed elevate di quelle delle persone con bassa autostima a causa del grado di impegno e persistenza che mettono negli obiettivi che si prefiggono.

Le persone con bassa autostima si trovano nella situazione opposta: prima di ogni prova, si sentono ansiose e preoccupate, hanno molti dubbi sull'esito dei loro sforzi, non hanno fiducia nelle loro capacità; l'esperienza passata non suggerisce loro pronostici favorevoli e quindi si raffigurano già il momento in cui dovranno confrontarsi con

l'ennesimo fallimento. Spesso risultano sopraffatte dall'ansia se i primi tentativi sono inefficaci e non sono in grado di persistere perseverare nei loro sforzi. La bassa autostima porta quindi al circolo vizioso rappresentato dalla Figura 3.2:

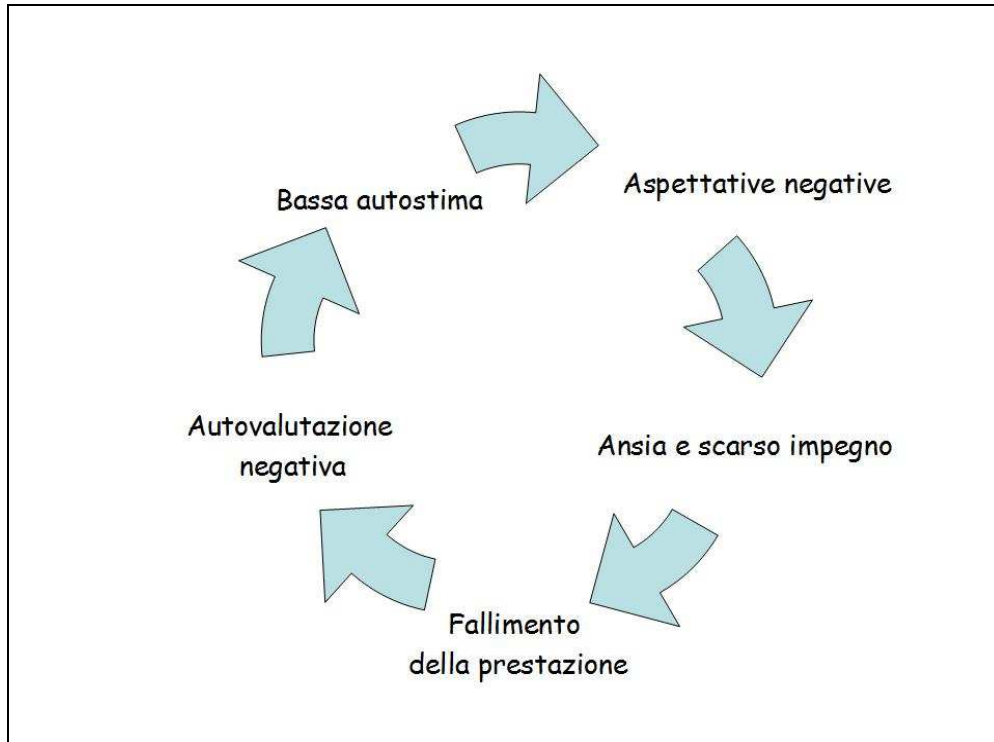


Figura 3.2: circolo vizioso generato da una bassa autostima, che porta al fallimento della prestazione e ad un successivo peggioramento nel livello del senso di valore del sé

La bassa stima di sé può rinforzare i comportamenti disturbanti e impedire una motivazione al cambiamento creando una spirale in cui il comportamento negativo provoca una reazione sociale che rinforza a sua volta la sintomatologia e il rifiuto verso il cambiamento. Il ragazzo, che appare spavaldo e provocatorio, soffre in realtà di un disagio profondo; egli vorrebbe modificare il suo comportamento, ma non ne è capace. Le esperienze fallimentari protratte nel tempo possono condurre alla formazione di un'identità negativa: il ragazzo assume un'immagine negativa di sé e non trova una motivazione per modificare il suo comportamento (Corbo, 2002, pag 21).

La bassa autostima inoltre può essere causa di:

- disturbi d'ansia
- disturbi dell'umore come la depressione

- difficoltà interpersonali

Le malattie psichiche che intaccano l'autostima della persona sono la depressione, collegata a uno stile cognitivo che comporta una valutazione eccessivamente critica e negativa del sé, i disturbi d'ansia, i disturbi fobici connessi ai comportamenti di evitamento e la mania.

In ogni caso, sembra plausibile che un'autostima forte possa, entro certi limiti, controbilanciare alcuni problemi psicologici infantili, diminuendo con tale compensazione il grado di difficoltà vissuta dal bambino. Un bambino che si sente bene con se stesso può fronteggiare meglio i problemi che incontra e di solito riesce a limitarne gli effetti dannosi.

3.6.4 *L'autostima nel contesto scolastico*

Oltre ad essere una componente base della salute mentale, l'autostima appare strettamente associata ai successi scolastici (Pope, 1988). La maggior parte degli educatori considera un'autostima positiva il fattore centrale di un buon adattamento socio-emozionale. Tale correlazione è ancora più forte quando si considerano specificamente le valutazioni che i bambini danno di se stessi come studenti (la loro autostima scolastica). Non si può essere certi che un'alta autostima sia ragione di buoni voti, o che sia vero il contrario, ma è verosimile che la causalità operi in entrambe le direzioni.

L'autostima è un aspetto importante del funzionamento generale di un bambino: essa è collegata a vari ambiti, tra i quali possiamo includere la salute psicologica e la performance scolastica, in modo interattivo. Essa è anche strettamente collegata allo stile attributivo di ciascuno, quel processo cognitivo attraverso il quale si cerca di attribuire una causa agli eventi, di interpretare i fatti che si verificano nell'ambiente.

In ambito psicopedagogico si stanno approfondendo lo studio e la comprensione di quei soggetti il cui rendimento scolastico è inferiore alle loro concrete possibilità di riuscita ed a quanto ci si potrebbe aspettare dalle loro abilità e competenze; la situazione di questi alunni, viene definita con il nome di "sotto rendimento" scolastico, in inglese *underachievement*. Questo disturbo interessa circa il 16% degli studenti⁸ e riguarda quindi il divario tra il rendimento scolastico effettivo e quello potenziale.

In genere questi soggetti nutrono una scarsa stima rispetto alle loro capacità scolastiche, hanno un basso concetto di sé e hanno spesso temono paura sia del tanto il

⁸ Vedi Avalor U. (2009); *Il ben essere a scuola*, Milano, Pearson Paravia Mondadori S.p.A

successo che il fallimento; esprimono giudizi negativi sulla scuola e sugli insegnanti affermando di non essere capiti e si lamentano di continuo. Può essere fatta una distinzione tra l'*underachievement situazionale*, quando i risultati scolastici scendono temporaneamente rispetto al livello atteso, e l'*underachievement cronico*, quando il rendimento inferiore alle reali potenzialità dura per un lungo periodo di tempo (Avalle, 2009, pag 31).

Alcuni autori considerano l'autostima come una variabile di soglia: il suo effetto potrebbe non essere così forte o significativo sul successo scolastico quando si trova a livelli medi o superiori alla media, ma inibisce gravemente la perseveranza, la fiducia e la performance scolastica quando si trova a livelli bassi. Indipendentemente dagli assunti sulla direzione della causalità tra la bassa autostima e il successo scolastico, è fondamentale che, nel caso di una autostima particolarmente bassa, si cerchi di incrementarla prima di intraprendere qualsiasi insegnamento di recupero (Gurney, 1988).

Nonostante la mancanza di dati certi provenienti dalla ricerca, fattore importante da ricordare è il grande peso che il bambino attribuisce al feedback positivo da parte delle persone significative della sua vita; ogni loro sguardo, commento, azione ha il potere di contribuire al suo concetto di sé e al suo senso di valore personale.

Gli insegnanti si trovano in un'ottima posizione per far crescere l'autostima dei bambini che vengono loro affidati, ma nel caso di bambini che presentano difficoltà in questo ambito essi avranno un compito piuttosto arduo, che richiederà un approccio specifico e costante. Un ambiente di classe che incoraggi il confronto attivo e mostri ai bambini che il loro contributo ha valore e viene rispettato potrà fare molto per accelerare questo processo.

Il senso di mancanza di valore personale, essendo un sentimento appreso, può sicuramente essere disimparato e per questo motivo gli insegnanti devono sviluppare competenze per elaborare approcci insegnamento che possano essere adattati a rispondere all'enorme diversità dei bisogni individuali all'interno delle loro classi.

3.6.5 Autostima e sviluppo

L'autostima, non è un tratto irreversibile della personalità, ma cambia proporzionalmente ai mutamenti personali di ognuno. Si tratta di uno schema cognitivo-comportamentale che si sviluppa precocemente sin dall'infanzia e dipende sia da fattori interni, cioè dagli schemi cognitivi della persona, dalla sua soggettiva visione della realtà e

di sé stessa, sia da fattori esterni, come ad esempio i successi che ottiene e la qualità delle riposte che riceve dalle altre persone.

L'autostima comincia a formarsi sin dall'infanzia e si struttura durante l'arco della vita. È importante sottolineare che *“il sentimento di autostima non è innato: lo si impara in famiglia, nella scuola, nella società in genere. Dipende dai messaggi che un bambino riceve, se egli si sente accettato e prezioso”* (Satir, 1972).

Un bambino piccolo, per confermare il proprio valore personale e la propria competenza, si basa prevalentemente su criteri esterni: egli si aspetta che siano le persone significative della sua vita (genitori, nonni, insegnanti) a dimostrargli amore e approvazione. Virginia Satir, terapeuta della famiglia, sostiene che un bambino, nei suoi primi anni di vita, non ha né un passato né esperienze da cui trarre indicazioni per gestire se stesso, nessuna scala grazie a cui giudicare le sue capacità. Egli deve affidarsi alle esperienze che ha con le persone che gli stanno intorno e sui messaggi che esse gli inviano riguardo al suo valore come persona (Satir, 1972).

Il modo in cui il piccolo interpreta i messaggi verbali e non verbali degli altri gioca un ruolo fondamentale nello sviluppo della sua autostima: se le esperienze precoci di un bambino sono state prevalentemente positive, egli sarà in grado di interiorizzare i sentimenti di valore personale e si baserà sempre di meno sulle opinioni degli altri per ricercare approvazione e conferma di sé.

Di conseguenza, il bambino riuscirà più facilmente a sfruttare le sue potenzialità e a formare delle relazioni positive, svilupperà un certo grado di autonomia e sarà più preparato ad affrontare e a superare le inevitabili difficoltà della vita.

Tutti noi possediamo delle immagini interiori, che sono uno degli strumenti più precoci che possediamo per dare significato al mondo circostante; esse formano le basi della conoscenza di noi stessi, degli altri e dell'ambiente intorno a noi; molte di queste immagini si sviluppano durante la prima infanzia, periodo in cui l'immaginazione rappresenta lo stile di pensiero dominante; esse guidano non solo i nostri pensieri, ma anche il nostro funzionamento corporeo e il nostro intero modo di essere (Glouberman, 1992). Durante tutto il corso della vita ogni individuo si crea una banca dati di queste immagini interiori: solo una piccola parte di esse è conscia, mentre la maggior parte è inconscia, ma comunque capace di orientare le azioni. Secondo Pope (1988) i bambini con una bassa autostima possiedono un “pattern di immagini negative” che li portano a valutarsi complessivamente come incapaci.

I bambini con una bassa autostima sembrano dare poco valore alle loro abilità e scarso peso ai loro successi; trovano difficile porsi degli obiettivi e risolvere i problemi, si arrendono facilmente e di conseguenza ottengono dei risultati ben al di sotto delle loro capacità scolastiche e sociali. Tra cento persone che li elogiano, crederanno all'unico che dirà loro che non hanno fatto abbastanza. La convinzione autolimitante diventa profezia che si auto avvera.

Crescendo ed entrando nell'età dell'adolescenza il ragazzo sviluppa nuove abilità cognitive che lo indirizzano all'introspezione e ad una maggiore preoccupazione di come egli viene visto dagli altri; inizia inoltre ad immaginare la sua vita nell'età adulta.

Insieme a questi cambiamenti sopraggiunge una crescente capacità di controllare il proprio comportamento, di determinare, almeno parzialmente, il tipo di reazioni suscitate negli altri (approvazione, disapprovazione) e di comprendere in quale area sarà in grado di eccellere. Ogni ragazzo cambia in modo diverso dai suoi coetanei e le sue capacità in certe aree possono svilupparsi più rapidamente o più lentamente che in altre.

3.6.6 Lo sviluppo dell'autostima

Una considerazione essenziale è che l'autostima di ciascuna persona può migliorare: è stato infatti dimostrato da Kagan (in Strocchi, 2002), che il temperamento acquisito su basi ereditarie può essere cambiato con apprendimenti gradualmente. È dunque importante impegnarsi a cambiare e ad acquisire una maggiore stima di sé per la propria salute e per la propria autorealizzazione. Si può fare molto per aiutare i bambini a costruire e a mantenere elevata la propria autostima o per sostenere quelli il cui fragile senso di autostima è già stato ferito. Gli adulti devono consentire ai ragazzi di lavorare al giusto livello e fornire loro i mezzi per stimolare un uso creativo dell'immaginazione in modo che essi possano formarsi una visione più ampia del loro mondo interiore ed esteriore, considerando gli eventi, i problemi e le difficoltà da un altro punto di vista. I giovani devono essere aiutati a puntare a obiettivi realistici per conseguire maggiori successi e a trovare il modo più appropriato per soddisfare i loro bisogni individuali.

Affinché un ragazzo sviluppi un'autostima positiva è importante che egli comprenda che gli standard ideali devono coincidere con obiettivi realizzabili e che non si deve sentire colpevole se non riesce a raggiungere gli standard imposti da altri. Va quindi sottolineata

l'importanza di massimizzare la valutazione positiva degli sforzi compiuti, aiutando il bambino a sviluppare le sue peculiari capacità e caratteristiche.

Spesso l'educazione non favorisce la stima di sé, mettendo in risalto i difetti, ma è più facile che un ragazzo progredisca se riceve sostegno e incoraggiamento dagli altri. In ciascuna delle sei aree dell'autostima descritte da Bracken (1993) un individuo può aumentare il proprio successo attraverso:

- L'istruzione: è sempre possibile insegnare ad agire in modo più efficace. Tale insegnamento aumenta l'accettazione sociale dei bambini in un gruppo (Bierman, 1986).
- Il modellamento (*modeling*) di comportamenti appropriati: Bandura (1977) e altri teorici dell'apprendimento sociale hanno dimostrato che un comportamento può essere appreso attraverso l'osservazione e il modellamento.
- Il rinforzamento di approssimazioni successive al comportamento adeguato (*shaping*): le azioni del ragazzo possono essere considerate su un continuum che va da comportamenti desiderati a comportamenti antitetici. Ogni manifestazione che si avvicini all'estremo positivo viene rinforzata da genitori o insegnanti e questo processo di rinforzamento dovrà continuare finché il comportamento arriverà quasi a coincidere con il modo di agire desiderato.
- La modificazione dell'ambiente: consiste nel mutare l'ambiente fisico del ragazzo, nel modificare il comportamento degli altri presenti nel contesto o nel rimuovere quegli stimoli situazionali che influiscano negativamente sul comportamento del soggetto.

Come descritto precedentemente, la conseguenza più importante dell'autostima è la sua influenza sullo stato emotivo generale dell'individuo, che a sua volta influenza il grado di motivazione e di interesse nelle occupazioni proprie di ogni età. In conclusione, si riporta una citazione di Satir (1972): *“Le possibilità di apprendere una visione migliore di sé ci sono sempre, dalla nascita in poi, non è mai troppo tardi. Una persona può cominciare a sentirsi meglio in qualsiasi momento della sua vita”*.

3.6.7 L'autoefficacia

L'autostima influenza il tono dell'umore, le relazioni, le scelte di ogni tipo e la consapevolezza di poter raggiungere obiettivi nella vita.

Bandura (1996) introduce il concetto di *self-efficacy* o autoefficacia, se l'autostima è un giudizio sul valore del sé, l'autoefficacia corrisponde alla convinzione di poter riuscire in specifiche attività.

L'autoefficacia è quindi il meccanismo cognitivo che media le informazioni sull'efficacia personale: le persone valutano, elaborano ed integrano le informazioni inerenti le loro capacità, provenienti da diverse fonti ed agiscono di conseguenza. L'impatto di un'informazione sulle aspettative di efficacia dipenderà dunque da come essa viene valutata e trasformata cognitivamente. Le persone con un basso senso di autoefficacia tendono a sottostimare le potenzialità e le opportunità, esagerano le avversità predisponendosi al fallimento; le persone con un alto senso di autoefficacia percepiscono invece le difficoltà come sfide, si impegnano a fondo e non indulgono a ripensamenti (Bandura, 1997).

Le condizioni di autoefficacia sono delle condizioni relative alle proprie capacità di essere all'altezza delle varie situazioni; nell'insieme di tali convinzioni giocano un ruolo considerevole le lezioni che la persona ha tratto dell'esperienza: da queste derivano le capacità individuali di orchestrare il proprio rapporto con la realtà traendo il massimo vantaggio dalle proprie potenzialità e dalle opportunità ambientali. Le informazioni relative al proprio senso di efficacia provengono da quattro fonti principali:

- la realizzazione di prestazioni: dalla riuscita del compito richiesto derivano le informazioni principali relative alla propria capacità. Esse sono basate su reali esperienze di abilità personale e il successo aumenta le aspettative di efficacia, mentre ripetuti fallimenti le abbassano. Dal punto di vista didattico è fondamentale la formulazione di obiettivi adeguati a caratteristiche e abilità soggettive. È importante una volta stabiliti gli obiettivi, fornire feedback sulla prestazione che consentano ad ognuno una valutazione dei propri progressi (Bandura e Cervone, 1983).
- Le esperienze sostitutive: vedere qualcun altro riuscire in una certa attività può determinare in chi osserva la convinzione di esserne anch'egli capace. Un aumento significativo della *self-efficacy* si determina dopo aver visto eseguire positivamente

il compito da un modello simile in caratteristiche come sesso ed età e come livello di abilità (Gould e Weiss, 1981).

- La persuasione, che influenza positivamente il comportamento ed è un modalità di intervento didattico facile ed immediato. È utile come stimolo, ma presuppone comunque una certa valutazione delle possibilità dell'allievo.
- L'attivazione emozionale: la teoria della *self-efficacy*, in quanto teoria cognitivista attribuisce molta importanza al modo in cui la persona valuta ed interpreta il proprio stato psicofisiologico e considera tali processi cognitivi determinati ai fini delle modalità con cui viene affrontata una certa situazione.

Nello specifico, l'autoefficacia emotiva, che fa riferimento alla capacità di controllare le emozioni negative e di esprimere quelle positive, tende a predisporre l'individuo a relazionarsi positivamente con il proprio contesto di riferimento. Infatti, tanto più una persona si percepirà capace di regolare il proprio mondo emozionale più sarà in grado di rapportarsi efficacemente con l'ambiente circostante. La capacità di concertare l'azione di entrambe queste serie di convinzioni esercita un'influenza determinante rispetto alle esperienze ed al funzionamento individuale nei diversi ambiti di vita.

Diviene allora importante identificare e promuovere le determinanti dell'adattamento psicosociale e del benessere. In tal senso appare necessario considerare la centrale rilevanza della qualità dei rapporti che l'individuo instaura con gli altri, dal momento che la propria rete sociale rappresenta generalmente una risorsa fondamentale (Bandura, 2002).

3.7 Le problematiche di autostima dei ragazzi con ADHD

La psicologa dello sviluppo Harter (1985) si è occupata dello sviluppo dell'autostima durante l'infanzia e l'adolescenza ed ha identificato e descritto tre componenti di ciò che ha definito come "sistema del sé":

- concetto di sé
- autocontrollo
- autostima.

La capacità di autocontrollo è strettamente collegata all'autostima, poiché il bambino capace di governare le proprie attività ed espressioni emozionali può sentirsi "competente"; un bambino che riesce a rendere il proprio comportamento socialmente

accettabile ed adeguato avrà maggiori probabilità di ricevere approvazione e considerazione positiva dagli altri.

Alcuni studi hanno mostrato che i bambini provvisti di un'alta autostima hanno anche un forte senso di efficacia personale e di controllo (Harter, 1985).

Secondo (Kanfer, 1970) il processo di autocontrollo sembra articolarsi in tre fasi:

- l'automonitoraggio: essere osservatori delle proprie azioni
- l'autovalutazione: sapere se un dato comportamento è o non è accettabile
- l'autorinforzamento: ricompensare se stessi per aver tenuto un comportamento accettabile

I bambini, in età differenti, saranno in grado di eseguire ciascuno di questi compiti in modo più o meno efficace.

Come descritto precedentemente, il bambino con ADHD non riesce a regolare il livello di motivazione, la fiducia nell'impegno e nel suo sforzo: egli sviluppa scarsa opinione di sé ed una bassa autostima in conseguenza alle ripetute esperienze di insuccesso e alla sua difficoltà di valutare i propri risultati in base allo sforzo compiuto. Secondo quanto riporta Vio (in Vio, Marzocchi e Offredi, 1999, pag. 73) *“alcuni bambini ADHD hanno un livello di autostima molto fluttuante: possono dire di essere dei veri campioni in una cosa che riesce loro bene, mentre affermano di essere del tutto incapaci e di non saper fare niente non appena incontrano una difficoltà”*

Come già specificato, se le relazioni con i pari sono negative esse possono avere un effetto negativo e duraturo sull'autostima.

3.7.1 L'impotenza appresa

I ragazzi che presentano problemi di autostima, se non vengono adeguatamente supportati, possono sviluppare uno stile di *“Learned helplessness”* o impotenza appresa (Cornoldi, 1996).

Questo concetto venne introdotto da Seligman all'inizio del 1965: assieme ai suoi colleghi, egli studiò il rapporto tra la paura e l'apprendimento, attraverso esperimenti di condizionamento classico, il cui scopo era quello di esaminare la condizione in cui i cani non possono evitare la punizione.

Nel corso dell'esperimento, un primo cane viene sottoposto a una serie di scosse evitabili, un secondo a una serie di scosse identiche, ma impossibili da sfuggire e infine un terzo cane viene utilizzato per controllo e non riceve alcuna scossa. Successivamente si utilizza una gabbia divisa in due parti da una barriera bassa, in modo che al momento della scossa il cane può saltare dall'altra parte della gabbia ed evitare la scarica elettrica.

Il primo cane, che ha precedentemente imparato a controllare le scosse, salta la barriera e anche il terzo cane, che non ha subito alcuna scossa nella prima fase, reagisce allo stesso modo. Il secondo cane invece, che ha fatto esperienza dell'inefficacia delle sue reazioni, non fa alcun tentativo di scappare nonostante possa facilmente vedere la bassa barriera che lo separa dalla zona libera da elettricità e miseramente si arrende, rimanendo sdraiato e subendo passivamente le scosse. In tal modo non riuscirà mai a scoprire che le scariche elettriche si sarebbero potute evitare semplicemente saltando la barriera.

La conclusione che scaturisce da questi esperimenti è che solamente gli eventi per i quali non c'è possibilità di fuga causano sottomissione: una volta appresa la fallacia delle proprie azioni la tendenza è quella di rinunciare a reagire. Risulta quindi possibile "apprendere l'impotenza".

La teoria dell'impotenza appresa è stata poi estesa anche al comportamento umano ed ha fornito un modello per spiegare la depressione, patologia dell'umore caratterizzata da un insieme di sintomi cognitivi, comportamentali, somatici ed affettivi che, nel loro insieme, sono in grado di diminuire in maniera da lieve a grave il tono dell'umore, compromettendo il "funzionamento" di una persona, nonché le sue abilità ad adattarsi alla vita sociale⁹. Le persone depresse sviluppano questa patologia perché "hanno imparato" a essere impotenti, sanno di non avere alcun controllo sulla loro vita e che ogni loro sforzo è inutile.

Di fronte ad una serie di errori o di fallimenti, il soggetto rischia quindi di sviluppare un sentimento di rassegnazione (Seligman, 1991). Anche in ambito scolastico, la motivazione all'apprendimento diminuirà allora pericolosamente, comportando un calo delle prestazioni che provocherà a sua volta, come in un circolo vizioso, una diminuzione della motivazione all'apprendimento, e così via.

Il lavoro della Dweck (2000) è costituito intorno all'idea che le persone sviluppano delle convinzioni (*meaning systems*) in base alle quali organizzano il loro mondo e danno significato alle loro esperienze. Secondo il modello dell'impotenza appresa quando il ragazzo sbaglia, la situazione diventa ingestibile e nulla può essere fatto per modificarla.

⁹ Galeazzi A. e Meazzini P. (2006); *Mente e comportamento. Trattato italiano di psicoterapia cognitivo-comportamentale*, Firenze, Giunti, pag. 279

Questo modello include tutte le reazioni che gli studenti mostrano quando si imbattono nell'insuccesso tra le quali:

- disprezzo per la propria capacità e intelligenza a causa degli errori commessi
- demotivazione
- incapacità di utilizzare strategie
- stati d'animo negativi
- minor persistenza
- peggioramento della prestazione

I ragazzi che sviluppano questo stile di pensiero rinunciano troppo rapidamente a risolvere il compito, colpevolizzano le proprie incapacità e precipitano in uno stato d'animo depresso e preoccupato, che può ostacolare l'apprendimento di nuove materie scolastiche. La risposta di impotenza è una delle meno adattive, poiché non corrisponde ad una precisa valutazione della situazione, ma è una reazione all'insuccesso che comporta implicazioni negative per il sé e indebolisce la capacità degli studenti di utilizzare le proprie capacità in modo efficace (Dweck e Legget, 1988).

Al contrario, il modello definito "di padronanza" è caratterizzato da una risposta fortemente motivata davanti all'insuccesso: in questo caso gli studenti rimangono concentrati sul proprio compito e si sforzano di padroneggiare la situazione nonostante le difficoltà.

I ragazzi con ADHD possono essere aiutati strutturando ed organizzando l'ambiente in cui vivono. Innanzitutto, genitori e insegnanti devono essere dei buoni osservatori, devono imparare ad analizzare ciò che accade intorno al bambino prima, durante e dopo il comportamento inadeguato o disturbante e a rendere comprensibili le conseguenze delle sue azioni e permettere al bambino iperattivo di ampliare il proprio repertorio interno di informazioni, regole e motivazioni.

Per aiutare un bambino con ADHD genitori ed insegnanti dovrebbero acquisire le seguenti abilità (Linee Guida, 2002):

- potenziare il numero di interazioni positive col bambino
- dispensare rinforzi sociali o materiali in risposta a comportamenti positivi
- ignorare i comportamenti lievemente negativi

- aumentare la collaborazione dei figli usando comandi più diretti, precisi e semplici
- prendere provvedimenti coerenti e costanti per i comportamenti inappropriati

Si tratta di insegnare ai bambini modalità di organizzazione e pianificazione, non solo per contenere il loro comportamento, ma per offrire loro strategie diverse di autocontrollo e per correggere alcune modalità relazionali disfunzionali che spesso si sono consolidate fra adulto e bambino.

4 CAPITOLO QUARTO: IL PROGETTO DI RICERCA

4.1 Premessa

Un processo fondamentale della fase adolescenziale è la formazione dell'identità, concetto che integra la dotazione biologica, l'ambiente culturale e l'esperienza personale. I problemi di identità, di accettazione nel gruppo e di sviluppo fisico sono problematiche che non sempre riescono ad essere efficacemente affrontate da un ragazzo con ADHD. Se da un lato è assodato che con l'avanzare dell'età gli atteggiamenti dei ragazzi mutano radicalmente, è vero anche che si modificano le richieste dell'ambiente sociale in cui essi sono inseriti. Un gruppo di adolescenti esige, all'interno delle relazioni interpersonali, il rispetto di certe regole che possono risultare troppo complesse e articolate per i ragazzi con ADHD, i quali spesso dimostrano di non avere le competenze necessarie per far fronte a tali richieste. Sia nell'ambito scolastico sia in quello educativo, ci si aspetta che i giovani si assumano responsabilità personali sempre maggiori per strutturare ed organizzare il proprio tempo, dando priorità ai compiti richiesti e rispettando le scadenze. Il disturbo spesso rappresenta un ostacolo per il conseguimento degli obiettivi personali generando stress e sconforto: il sommarsi di esperienze di vita fallimentari, che spesso iniziano nell'infanzia e si protraggono nell'adolescenza, si ripercuotono sul giovane con ADHD e lo inducono in molti casi a sviluppare una bassa autostima; la mancanza di motivazione può sfociare in ansia e depressione clinicamente significative (Barkley, Fisher, et al., 1990). Il ragazzo con ADHD può essere facilmente irritabile, volubile e mutare spesso stato d'animo.

Durante il periodo adolescenziale hanno luogo numerosi cambiamenti sul piano affettivo determinati da un progressivo distacco dalla famiglia con conseguente indebolimento dei legami stabiliti nell'infanzia, dall'instabilità emotiva e dalla ricerca di sicurezza nel gruppo dei pari. I problemi di autocontrollo comportamentale caratteristici degli adolescenti con ADHD naturalmente si ripercuotono anche sulle relazioni interpersonali: la condizione clinica

rappresenta una difficoltà sia per il soggetto stesso che per tutti coloro che lo circondano. L'ADHD è infatti un disturbo che colpisce il soggetto, ma al tempo stesso coinvolge la famiglia, i compagni e gli insegnanti: l'adolescente affetto da questa sindrome vive interazioni difficili sia a casa che a scuola e i rapporti con gli altri rappresentano una sfida quotidiana.

I ragazzi con ADHD hanno un enorme bisogno di avere dei punti di riferimento in qualcuno, ma nella maggior parte dei casi stabiliscono con gli altri rapporti turbolenti. Spesso sono essi stessi i primi a soffrire dei propri sentimenti estremi e delle reazioni che provocano, è probabile che avvertano un senso di diffidenza o alienazione nelle situazioni sociali, una sensazione di inadeguatezza che aumenta nella misura in cui la loro impulsività e aggressività sono causa di fastidio agli altri. Anche il consistente disadattamento derivato dalla mancanza di amicizie e di attività di svago influisce sulla qualità della vita del giovane.

4.2 Obiettivo della ricerca

Obiettivo della ricerca è stato quello di valutare il funzionamento socio-emozionale del ragazzo con ADHD, individuando gli effetti della patologia sulla percezione di sé e sulla relazione con gli altri.

In particolare sono state analizzate l'autostima e le relazioni interpersonali dei ragazzi con diagnosi di ADHD attraverso tre questionari e i dati acquisiti sono stati confrontati con i risultati ottenuti da un gruppo di controllo; è stata presa in esame la fascia di età della scuola secondaria di primo grado (11-15 anni).

La ricerca ha quindi lo scopo di accertare se il passaggio dall'infanzia alla preadolescenza sia caratterizzato da bassi livelli di autostima e autoefficacia e di valutare in particolare i sentimenti di sicurezza personale e di adeguatezza sociale dei ragazzi con ADHD.

In linea con la letteratura e con le considerazioni precedenti, ci si attende che, rispetto al gruppo di controllo, composto da ragazzi di pari età, il gruppo di ragazzi con ADHD riporti risultati più bassi nel livello di autostima (test TMA) e maggiori difficoltà nel rapporto con i pari (test CBCL - scale dei Problemi sociali e della Competenza di Socialità, test SDQ scale dei Rapporti con i pari e della Prosocialità).

Il retest sui soggetti con ADHD ad un anno dal primo test è stato condotto allo scopo di verificare se vi siano stati dei mutamenti nel corso del tempo sia nel livello di autostima che nell'ambito delle relazioni sociali.

4.3 I soggetti della ricerca

La ricerca, che è stata condotta all'interno dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste e presso la Scuola media statale "Divisione Julia" di Trieste, ha un disegno sperimentale classico su due gruppi: uno sperimentale ed uno di controllo. Complessivamente sono stati coinvolti 59 ragazzi che frequentano la scuola secondaria di primo grado, di età compresa tra i 10 e i 15 anni.

Per confrontare i due gruppi, poiché nel gruppo di ragazzi con ADHD è stata reclutata solo una femmina, sono state eliminate le femmine anche dal gruppo di controllo (il campione iniziale era costituito da 93 soggetti, di cui 45 maschi e 48 femmine).

È stato effettuato comunque lo scoring di tutti i questionari, per poter restituire agli insegnanti che hanno aderito alle proposta un quadro generale dell'andamento delle loro classi.

Caratteristiche del campione

I maschi del gruppo di controllo che hanno compilato i questionari sono quindi 45, hanno un'età media di 12,5 anni e la mediana è 13 anni (range: 11-15 anni).

I ragazzi del gruppo ADHD che hanno compilato i questionari sono 14 hanno un'età media di 12,3 anni e la mediana è di 12, 6 anni (range: 10-13 anni).

I 59 ragazzi coinvolti risultano suddivisi come evidenziato dalla Tabella 4.1:

	ADHD	CONTROLLO	TOTALE
10 anni	1	1	2
11 anni	0	7	7
12 anni	6	11	17
13 anni	7	19	26
14 anni	0	6	6
15 anni	0	1	1
Totale	14	45	59

Tabella 4.1: dati demografici del campione

I genitori che hanno permesso ai loro figli di partecipare allo studio (aderendovi liberamente in conformità con la vigente normativa sulla privacy) non hanno ricevuto nessun compenso per

la partecipazione alla ricerca. La richiesta di adesione è stata accompagnata da una lettera in cui sono stati esposti in maniera semplice, ma puntuale, gli obiettivi e la procedura della ricerca. Ai genitori che hanno espresso il desiderio di avere un riscontro del questionario completato dal loro figlio, sono stati presentati oralmente i risultati dello studio.

La diagnosi di ADHD del gruppo selezionato per la ricerca è stata effettuata presso l'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, secondo i Criteri del DSM-IV (APA, 1994). Tutti i soggetti a cui sono stati sottoposti i questionari presentano un livello intellettuale adeguato (QI > 70) misurato tramite la scala WISC-III (Wechsler, 1991).

4.4 Materiali e procedure

Per svolgere la ricerca sono stati utilizzati tre questionari:

- il test TMA¹⁰ (Test di valutazione multidimensionale dell'autostima) di Bracken (1993)
- il Questionario SDQ¹¹ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, Questionario sulle capacità e sulle difficoltà) di Goodman (1997)
- il Questionario CBCL¹² (*Child Behaviour Checklist*) di Achenbach (1991) nella versione YSR (*Youth Self Report*)

I questionari somministrati ai ragazzi con diagnosi di ADHD durante la visita semestrale di controllo presso l'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste. La compilazione dei test ha avuto una durata di circa 45 minuti e si è rivelata, per alcuni di essi, lunga e difficoltosa. Qualche volta il tempo non è risultato sufficiente e in questi casi il dossier è stato terminato a casa e successivamente riconsegnato dalla famiglia.

Il retest è stato effettuato a distanza di circa un anno dalla precedente raccolta di dati, con le stesse procedure.

La compilazione dei questionari da parte dei ragazzi appartenenti al gruppo di controllo si è svolta durante l'orario di lezione negli anni scolastici 2009/2010 e 2010/2011 in 5 classi della Scuola media statale "Divisione Julia" di Trieste. Sebbene i questionari siano stati compilati da tutti gli alunni che hanno aderito alla proposta, successivamente il campione è stato standardizzato per età e per sesso e il gruppo è stato ristretto alla popolazione maschile.

¹⁰ vedi allegato 2

¹¹ vedi allegato 3

¹² vedi allegato 4

4.5 Il Test TMA (Valutazione multidimensionale dell'autostima)

Presupposto di questo test elaborato da Bracken (1993) è quello che l'autostima si sviluppi in modo strutturato secondo i principi dell'apprendimento: essa è uno stile di risposta appresa che riflette la valutazione effettuata dall'individuo delle sue esperienze. L'autostima si evolve in numerosi contesti, che presentano un notevole grado di sovrapponibilità e sono interrelati; l'autore considera quelli più vicini ai ragazzi e valuta le seguenti componenti dell'autostima:

- *Relazioni interpersonali*: i familiari, gli insegnanti e i compagni sono il gruppo di persone con cui il ragazzo interagisce con regolarità. L'autostima interpersonale è influenzata dalla positività delle relazioni sociali.
- *Competenza di controllo dell'ambiente*: i soggetti riescono o falliscono nei loro tentativi di funzionare efficacemente nel loro ambiente, risolvendo problemi e raggiungendo obiettivi.
- *Emotività*: le reazioni emotive si manifestano in base al rinforzo o alla punizione dei comportamenti. Maturando, i ragazzi imparano a riconoscere, valutare, descrivere e controllare le proprie emozioni.
- *Successo scolastico*: in questo contesto il ragazzo valuta i suoi successi e le sue esperienze in tutte le situazioni connesse con la scuola.
- *Vita familiare*: si riferisce ad ogni individuo dal quale il ragazzo dipende per l'assistenza, la sicurezza e l'educazione.
- *Vissuto corporeo*: le persone ricevono continui feedback diretti e indiretti sulla loro situazione corporea. Le reazioni altrui e le convinzioni del ragazzo sulle sue caratteristiche fisiche contribuiscono a formare la sua autostima corporea.

Queste dimensioni specifiche sono intercorrelate e sovrapponendosi rappresentano l'autostima globale, al centro del modello. Poiché l'autostima è uno stile di risposta appreso nel tempo, essa viene ritenuta relativamente stabile e modificabile solo gradualmente.

Il test, di facile somministrazione e interpretazione, è adatto per bambini e adolescenti di età compresa tra i 9 e i 19 anni ed è possibile somministrarlo individualmente o a gruppi.

Il modello TMA presuppone che le persone valutino le loro azioni e i risultati dei loro comportamenti nella continua interazione con il proprio ambiente. Questo processo di valutazione si basa su informazioni provenienti da due *prospettive* (quella personale e quella degli altri) e da quattro *standard* (oggettivo, intraindividuale, sociale ed ideale).

- La *prospettiva personale* è il processo attraverso il quale le informazioni vengono percepite dall'interazione diretta dell'individuo con il suo ambiente. La persona, che influenza direttamente il proprio ambiente, talvolta ha successo e talvolta fallisce nel raggiungere gli obiettivi prefissati. Le esperienze e le osservazioni dirette sulle conseguenze delle proprie azioni costituiscono le basi della prospettiva personale.
- La *prospettiva degli altri* è il processo per il quale la valutazione del proprio comportamento è elaborata attraverso l'assimilazione della valutazione fatta da un'altra persona.
- Lo *standard oggettivo* corrisponde all'applicazione del criterio minimo: il ragazzo valuta se il suo livello attuale di comportamento sia minimamente accettabile o adeguato. La propria prestazione viene valutata confrontandola con quello che normalmente viene considerato il livello minimo di accettabilità. Bisogna tener naturalmente conto che un comportamento considerato minimamente accettabile in un certo campo e ad una determinata età potrebbe risultare inaccettabile in un ambito o ad un'età diversi.
- Lo *standard intraindividuale* corrisponde alla valutazione delle proprie aree specifiche di funzionamento rispetto alla capacità generale. Il ragazzo valuta la sua performance in un'area particolare secondo il suo livello di abilità e secondo il grado di importanza che attribuisce al successo in quel campo specifico. Ad esempio, un ragazzo che possieda un talento musicale vedrà aumentare la propria autostima se le persone che lo circondano terranno in considerazione le sue capacità musicali.
- Lo *standard sociale* corrisponde al confronto che il ragazzo fa tra il proprio livello di prestazione e l'osservazione della performance di altri individui.
- Lo *standard ideale* è la valutazione ideale basata sulla prestazione che il ragazzo ritiene di dover essere capace di eseguire. Questo standard va a di là del livello attuale e può riflettere una valutazione personale o imposta direttamente o indirettamente dagli altri.

Applicazioni del Test

Il test TMA consente di esaminare la relazione tra autostima multidimensionale e altri costrutti psicologici (ad esempio il concetto di sé, l'autoefficacia, ecc.).

È uno strumento di screening per individuare problemi di autostima, per conoscere le tendenze e le caratteristiche della popolazione giovanile, per dare indicazioni a insegnanti e genitori su alcune aree di difficoltà, per prevenire l'insuccesso scolastico.

I risultati del TMA, combinati con ulteriori informazioni ricavate da altri strumenti o fonti, possono essere utili per orientare gli interventi educativi e psicologici.

Attribuzione dei punteggi

Gli item, semplici e coincisi, prevedono per risposta la scelta tra le alternative:

- assolutamente vero = 4 punti
- vero = 3 punti
- non è vero = 2 punti
- non è assolutamente vero = 1 punto

Poiché le scale comprendono sia item *positivi* che item *negativi*, sono necessarie procedure opposte per la determinazione dei punteggi.

Una volta determinato il punteggio di ogni item, sono stati sommati i punteggi di ciascuna scala. La somma dei punteggi permette di definire i punteggi grezzi di ogni singola scala, che mediante la determinazione dei ranghi percentili, vengono convertiti in punteggi standard.

Per determinare quindi i punteggi standard in ciascuna delle sei scale del TMA e nella scala totale, è stata utilizzata l'Appendice 1 (Bracken, 1993, pag. 101) in cui vi sono tutti i punteggi grezzi e il loro equivalente in punteggi standard. Una volta completata la conversione nei punteggi standard, la distribuzione di questi punteggi è stata adeguata per ridurre gli effetti della variabilità dovuta al caso. La distribuzione finale dei punteggi standard è stata basata sull'unità di misura del QI e cioè con una media di 100 e una deviazione standard di 15. I punteggi standard del TMA vanno da un punteggio basso di 45 a un punteggio alto di 145. Dal momento che l'autostima è un costrutto asimmetrico in negativo, c'è un ventaglio più ampio di possibilità nella parte negativa della distribuzione dei punteggi standard, che si traduce in una gamma più vasta di punteggi bassi che di punteggi alti (da 45 a 100).

L'attribuzione di punteggi per le scale non interamente completate

Nel caso in cui un ragazzo non abbia risposto a tutti gli item di una scala, il punteggio da attribuire alla scala totale è stato calcolato con il metodo proporzionale.

Il calcolo proporzionale è stato eseguito sommando i punteggi di tutti gli item ai quali è stato risposto, dividendo la somma per il numero di item completati e moltiplicando il valore ottenuto

per 25 (il numero totale degli item dell'intera scala). In tal modo, il risultato rappresenta una stima del concetto di sé del soggetto come sarebbe emersa se egli avesse risposto a tutti gli item.

Se il ragazzo ha omesso la compilazione di più di cinque item in qualunque delle sei scale (più del 20% del numero degli item di una scala), quel risultato è stato considerato come una rappresentazione non valida dell'autostima in quell'ambito.

Gli intervalli di fiducia

Per valutare la significatività del punteggio standard ottenuto si è tenuto conto anche della quantità di errore insita in tale punteggio: le gamme di fiducia dei punteggi sono state elaborate ad un livello di fiducia del 99% e l'intervallo di fiducia è stato calcolato sommando o sottraendo l'Errore Standard di misurazione (più o meno 7).

Determinazione dei ranghi percentili

Sono stati individuati anche i ranghi percentili per ogni punteggio standard (Bracken, 1993, Appendice 3): per esempio, un punteggio standard di 88 corrisponde al 21° percentile, il che significa che l'autostima del ragazzo, così come è stata valutata, è migliore di quella del 21% degli individui del campione di standardizzazione e, per inferenza, della popolazione in generale.

Interpretazione dei punteggi

I dati ottenuti dalla compilazione del questionario possono essere interpretati significativamente sia in termini normativi che intraindividuali.

L'interpretazione basata sulle norme permette di considerare la situazione del soggetto in relazione al campione di standardizzazione, mentre l'interpretazione intraindividuale confronta il risultato del soggetto in ciascuna scala individuale con il risultato globale del test, per determinare se esistono aree specifiche che deviano significativamente dal livello globale di funzionamento ed evidenziare i punti di forza e i lati deboli. La classificazione dell'autostima corrispondente a fasce di punteggi standard è:

- > 135 Estremamente positiva
- 126-135 Molto positiva
- 116-125 Lievemente positiva
- 86-115 Nella media

- 76-85 Lievemente negativa
- 66-75 Molto negativa
- < 66 Estremamente negativa

Da ogni punteggio standard delle sei scale viene sottratto il punteggio medio e si ottiene un "valore di differenza". La differenza viene poi confrontata con i valori presenti nella tabella 3.4 (Bracken, 1993, pag 63) per determinare se la scala devia significativamente dalla media. Tutte le deviazioni della scala vengono classificate "nella media", (nessuna variazione dal punteggio medio), "punto di forza" (significativamente al di sopra del punteggio medio della scala) o "punto debole" (al di sotto del punteggio medio della scala).

Per quanto riguarda il mutamento dell'autostima in relazione all'età, dai dati del TMA emerge che l'autostima globale non registra grandi o sistematiche differenze di punteggio medio dovute all'età. In accordo con le conclusioni di Wylie (1979) l'autostima appare quindi un costrutto costante durante le diverse età.

4.6 Il Questionario SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)

Il Questionario sui punti di forza e di debolezza di Goodman (1997) è uno strumento piuttosto conciso, che permette tuttavia di ottenere numerose informazioni sul comportamento del bambino. L'SDQ è stato inizialmente costruito per i paesi di lingua inglese e successivamente è stato tradotto in più di 40 lingue; tutti gli studi pubblicati confermano le buone proprietà psicometriche del questionario e l'ottimo rapporto tra tempo impiegato per compilarlo e numero di informazioni raccolte.

La taratura italiana dell'SDQ è stata ottenuta su un campione di 528 alunni delle scuole elementari delle province di Vicenza e Venezia. Questo test, che contiene 25 item, riferiti ad attributi positivi o negativi del comportamento, suddivisi in 5 subscale (Iperattività, Disturbi di condotta, Problemi emotivi, relazioni con i pari, Comportamenti prosociali), ha dimostrato buone proprietà psicometriche (struttura fattoriale e consistenza interna) e semplicità e velocità nella compilazione.

Lo stesso questionario può essere somministrato sia agli insegnanti sia ai genitori, per valutare bambini di età compresa tra i 4 e i 16 anni. Nel corso della presente ricerca si è utilizzata la versione *self report*, per i ragazzi tra i 11 e i 16 anni.

Chi compila il questionario dispone di una scala di Likert a 3 punti per indicare quanto un certo attributo è descrittivo del comportamento.

4. Il progetto di ricerca

Le valutazioni sono:

- non vero = 0 punti
- parzialmente vero = 1 punto
- assolutamente vero = 2 punti

Cinque item descrivono comportamenti positivi (item 7, 11, 14, 21 e 25) per cui è necessario rovesciare il punteggio prima di sommarli ai punteggi delle 5 subscale.

Per le scale Emotività, Condotta, Iperattività e Rapporti con i pari un punteggio elevato corrisponde a un maggior grado di disagio psicologico, mentre un punteggio alto nella scala Comportamenti prosociali indica che il bambino è capace di assumere comportamenti di altruismo. La somma delle prime quattro scale dà il punteggio totale delle difficoltà (20 item).

Se almeno 12 dei 20 item sono stati completati, si può ricorrere alla valutazione riportata nella Tabella 4.2:

	NORMALE	CASO LIMITE	ANORMALE
Sintomi emozionali	0 - 5	6	7 - 10
Problemi di comportamento	0 - 3	4	5 - 10
Iperattività/Disattenzione	0 - 5	6	7 - 10
Rapporto con i pari	0 - 3	4 - 5	6 - 10
Comportamenti prosociali	6 - 10	5	0-4
Punteggio totale sulle difficoltà	0 - 15	16 - 19	20 - 40
Punteggio di impatto	0	1	2

Tabella 4.2: classificazione relativa al punteggio ottenuto nelle varie scale del questionario SDQ

Le analisi statistiche dimostrano che esistono differenze significative tra maschi e femmine: i maschi evidenzerebbero maggiori problemi di condotta e di iperattività, minori comportamenti prosociali, ma migliori rapporti con i pari. Il livello di emotività sarebbe equivalente tra i due gruppi. Le differenze di età indicano invece che i bambini più grandi manifestano maggiori competenze rispetto ai comportamenti prosociali.

Applicazioni del questionario

Insegnanti, educatori ed altri operatori professionali possono trovare nell'SDQ un utile strumento in grado di cogliere la manifestazione di alcune problematiche psicologiche nei bambini. Il questionario è stato realizzato per raccogliere informazioni sui diversi aspetti psicologici del bambino, ma non si configura, e non può essere utilizzato, come un mezzo per formulare una diagnosi clinica. Lo specialista che riceve la segnalazione accompagnata dal questionario SDQ si trova maggiormente orientato circa gli ambiti nei quali il bambino incontrerebbe difficoltà nella propria crescita e dispone di una descrizione oggettiva in relazione a quanto sono percepite come "gravi" queste problematiche dagli adulti che vivono con il bambino. Sarà poi decisione del clinico approfondire quelle variabili psicologiche che egli ritiene più utili per completare correttamente la valutazione diagnostica.

Gli insegnanti possono usare il test per raccogliere informazioni sull'alunno e per effettuare uno screening nelle scuole elementari allo scopo di individuare bambini a rischio di disturbi psicologici. Per ottenere maggiori dati sul profilo comportamentale, interpersonale ed emotivo degli alunni è necessario considerare in modo separato i punteggi delle 5 subscale.

Un valore compreso tra l'80° e il 90° percentile indica un problema psicologico di grado lieve, mentre un valore superiore al 90° percentile indica un problema psicologico di maggiore gravità.

Il questionario SDQ presenta anche alcune domande supplementari, che formano il "punteggio di impatto": esso riguarda le perturbazioni risultanti e l'interferenza dei problemi del ragazzo nella vita quotidiana. Quando il soggetto non crede di avere problemi psicologici, non è chiesto di completare le domande successive e il punteggio di impatto è automaticamente 0; se il ragazzo afferma di avere delle preoccupazioni compilerà le domande successive e il punteggio di impatto potrà variare da 0 a 10 punti.

Un punteggio totale di 2 è *anormale*, il punteggio di 1 rappresenta invece un *caso limite*.

4.7 Il Questionario CBCL (Child Behavior Checklist)

La CBCL è una delle scale di valutazione del comportamento infantile più diffuse e utilizzate a livello internazionale in ambito sia clinico sia di ricerca.

Ideata e validata presso l'Università del Vermont dal prof. Achenbach, la scala consente di indagare le competenze sociali e i problemi comportamentali dei bambini di età compresa fra i 4

e i 18 anni. È strutturata sotto forma di questionario che può essere compilato dal genitore, dall'insegnante (TRF) o dal ragazzo stesso (YSR).

La CBCL consente di:

- valutare la sintomatologia dell'ADHD e verificare le comorbilità
- valutare i problemi comportamentali ed emotivi dei ragazzi affetti da ADHD (con particolare riferimento alle sindromi di ansia/depressione, comportamento delinquenziale e comportamento aggressivo).
- ricevere informazioni per fasce d'età diverse (in particolare per questa ricerca si utilizza la scala YSR).

Nella prima parte, il questionario contiene item che indagano la qualità della partecipazione del bambino ad attività varie (sportive, domestiche e scolastiche) e la qualità delle sue relazioni con fratelli, genitori e coetanei; la seconda parte contiene 118 item, valutati su una scala di risposta a tre livelli:

- non vero = 0 punti
- qualche volta vero = 1 punto
- molto vero = 2 punti

Il punteggio totale non viene calcolato se mancano i punteggi relativi a più di 8 item. Dai dati del punteggio totale derivano poi gli indici globali sul comportamento del bambino; il punteggio totale delle scale e degli item discrimina i soggetti *clinici* da quelli *non clinici*, tra i quali viene individuata una fascia *borderline*. Inoltre, dalla somma delle prime tre subscale derivano i punteggi di *Internalizzazione*, mentre dalla somma delle subscale 7 e 8 quelli di *Esternalizzazione*. La distinzione tra problemi di *Esternalizzazione* e di *Internalizzazione* può essere clinicamente utile agli operatori per scegliere l'intervento più appropriato.

I percentili, indicati sulla sinistra del profilo, consentono di confrontare il punteggio grezzo ottenuto dal ragazzo in ciascuna delle scale con i percentili del campione normativo di riferimento per sesso e fascia di età.

Dal questionario CBCL si possono ottenere tre tipi di profili:

Il profilo delle competenze (Competence Scale) è derivato da 20 item e suddiviso in 3 scale:

- scala dell'attività, che valuta la quantità e la qualità della partecipazione del ragazzo a sport, hobby, giochi e attività, la quantità e la qualità dei lavori e/o lavoretti svolti;

- scala della socialità, che valuta la capacità del ragazzo di andare d'accordo con gli altri, giocare e lavorare in autonomia;
- scala della scuola, che valuta il funzionamento scolastico.

Il profilo psicologico e/o psicopatologico (Syndromes Scale) è composto da 118 item sui problemi del comportamento del bambino/ragazzo ed è suddiviso in otto sindromi: Ansia/Depressione, Ritiro, Lamentele somatiche, Problemi sociali, Problemi di pensiero, Problemi di attenzione, Comportamento delinquenziale e Comportamento aggressivo.

Gli item “Altri problemi” non costituiscono una scala, si tratta di item che vengono riportati raramente o hanno contenuti diversi e per questo motivo non sono emerse delle associazioni tra loro tali da giustificare la costituzione di una scala a se stante. Tuttavia, ciascuno di questi problemi potrebbe essere importante di per sé e tutti vengono quindi inclusi nel punteggio totale sui problemi di comportamento.

Il profilo di valutazione (Oriented Scales) che individua sei scale: problemi affettivi, problemi di ansia, problemi somatici, problemi di attenzione/iperattività, problemi oppositivo/provocatori, problemi di condotta.

Applicazioni del questionario

La CBCL, oltre a fornire una descrizione di molti comportamenti problematici nei bambini, consente di individuare delle sindromi su una base empirica, a partire dalle quali costruire una tassonomia dei disturbi infantili. La parola sindrome si riferisce a quei problemi che tendono a presentarsi associati, senza presupporre alcun modello specifico che spieghi la natura o la causa dei disturbi. Tali sindromi sono state ricavate dai punteggi degli item sui problemi del comportamento ottenuti dai soggetti *clinici*.

Non essendo legato a nessuna teoria specifica, il test consente di valutare e analizzare i risultati in base a teorie e scopi diversi e può essere usato insieme ad altri strumenti. Risulta, quindi un buon punto di partenza per una prima valutazione globale e può essere uno strumento di screening utile e di veloce somministrazione per contribuire ad identificare casi di ADHD.

La versione italiana dello strumento e la taratura del questionario sulla popolazione italiana sono state curate dal dott. Molteni e dalla dott.ssa Frigerio, due tra i ricercatori che da più lungo tempo si occupano dell'applicazione e dell'utilizzo della CBCL, sotto la supervisione del prof. Achenbach.

5 CAPITOLO QUINTO: ANALISI DEI RISULTATI

5.1 L'analisi statistica

L'analisi statistica dei dati è stata compiuta secondo le linee riportate in letteratura, sia sui dati ricavati dai questionari compilati dal gruppo di ragazzi con sindrome ADHD che su quelli del campione di controllo (vedi Allegato 5). È stata condotta un'analisi statistica descrittiva attraverso:

- il calcolo del Chi Quadro per variabili categoriche
- il calcolo della Mediana e descrittive per variabili continue
- il confronto con test parametrico (Anova/T di Student)
- il confronto con test non parametrico (Mann-Whitney)

Per ogni test statistico è stata valutata la significatività statistica per $p < 0.05$

L'elaborazione statistica dei risultati è stata effettuata con la collaborazione del dott. Ronfani dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, mediante il programma SPSS 15.0 per Windows.

5.2 Il Test TMA

Per analizzare l'autostima degli alunni, valutata attraverso il Test TMA, sono state considerate le seguenti componenti:

- "Relazioni interpersonali"
- "Competenza di controllo dell'ambiente"
- "Emotività"
- "Successo scolastico"

- "Vita familiare"
- "Vissuto corporeo"

Si è calcolata poi la "Autostima globale" dell'individuo, data dalla somma delle sei scale. La classificazione dell'autostima corrispondente a fasce di punteggi standard è:

- > 135 *estremamente positiva*
- 126-135 *molto positiva*
- 116-125 *lievemente positiva*
- 86-115 *nella media*
- 76-85 *lievemente negativa*
- 66-75 *molto negativa*
- < 66 *estremamente negativa*

5.2.1 Il gruppo di ragazzi con Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività

Nel gruppo di ragazzi con ADHD la mediana della scala "Autostima globale" si colloca nella fascia *nella media* ed è pari ad 88.

Le scale più alte risultano essere "Autostima dell'emotività" e "Autostima corporea" (mediana = 97), mentre quella più bassa è "Autostima scolastica" che rientra nella fascia di autostima *lievemente negativa* (mediana = 82,5).

Non ci sono soggetti che presentano una "Autostima globale" al di sopra della media.

I ragazzi che hanno un'autostima al di sotto della media sono 4/14 (percentuale = 28,5%) e di questi 1 ragazzo presenta un'autostima *estremamente negativa* (con un punteggio = 71).

I soggetti che presentano una "Autostima globale" *nella media* sono 10 (percentuale = 71,4%).

Nella Figura 5.1 sono evidenziati i valori mediani riportati dal gruppo di ragazzi con ADHD nella varie scale; il *cut off* al di sotto del quale l'autostima è negativa è pari al punteggio di 85.

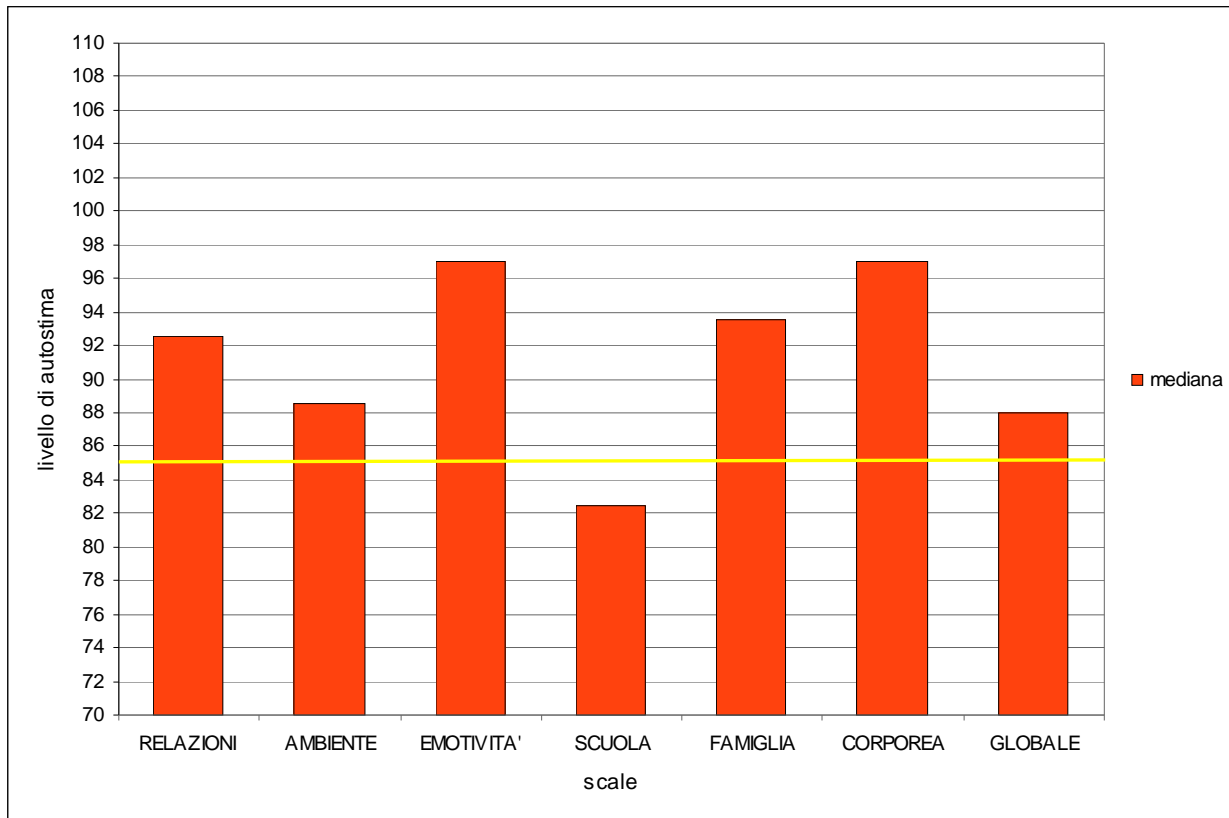


Figura 5.1: valori mediani riportati dal gruppo di ragazzi con ADHD nella varie scale del test TMA

5.2.2 Il gruppo di controllo

Per quanto riguarda la “Autostima globale”, il punteggio medio dei ragazzi del gruppo di controllo si colloca nella fascia di autostima *nella media* (mediana = 99).

La scala più alta risulta essere quella della “Autostima corporea” (mediana = 101), mentre quella più bassa è la “Autostima scolastica” (mediana = 93).

In totale i soggetti che presentano una “Autostima globale” al di sopra della media sono 4/45 (percentuale = 8,8%).

I ragazzi che hanno una “Autostima globale” al di sotto della media sono 8/45 (percentuale = 17,7%) e di questi solo 1 ragazzo presenta una “Autostima globale” *estremamente negativa* (con punteggio = 67).

I soggetti che presentano una “Autostima globale” nella media sono 33 (percentuale = 73,3%).

Nella Figura 5.2 sono evidenziati i valori mediani riportati dal gruppo di controllo nella varie scale; il *cut off* al di sotto del quale l'autostima è negativa è pari a un punteggio di 85:

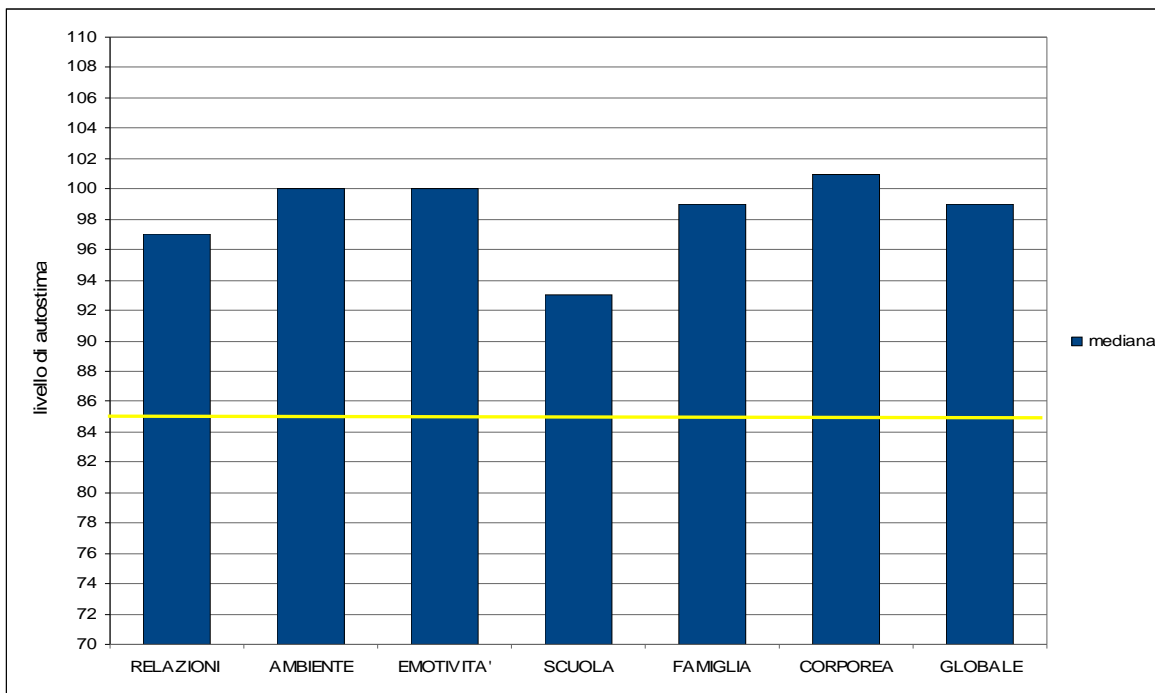


Figura 5.2: valori mediani riportati dal gruppo di controllo nella varie scale

La Figura 5.3 riporta il confronto tra le mediane dei punteggi ottenuti dai due gruppi nelle varie scale.

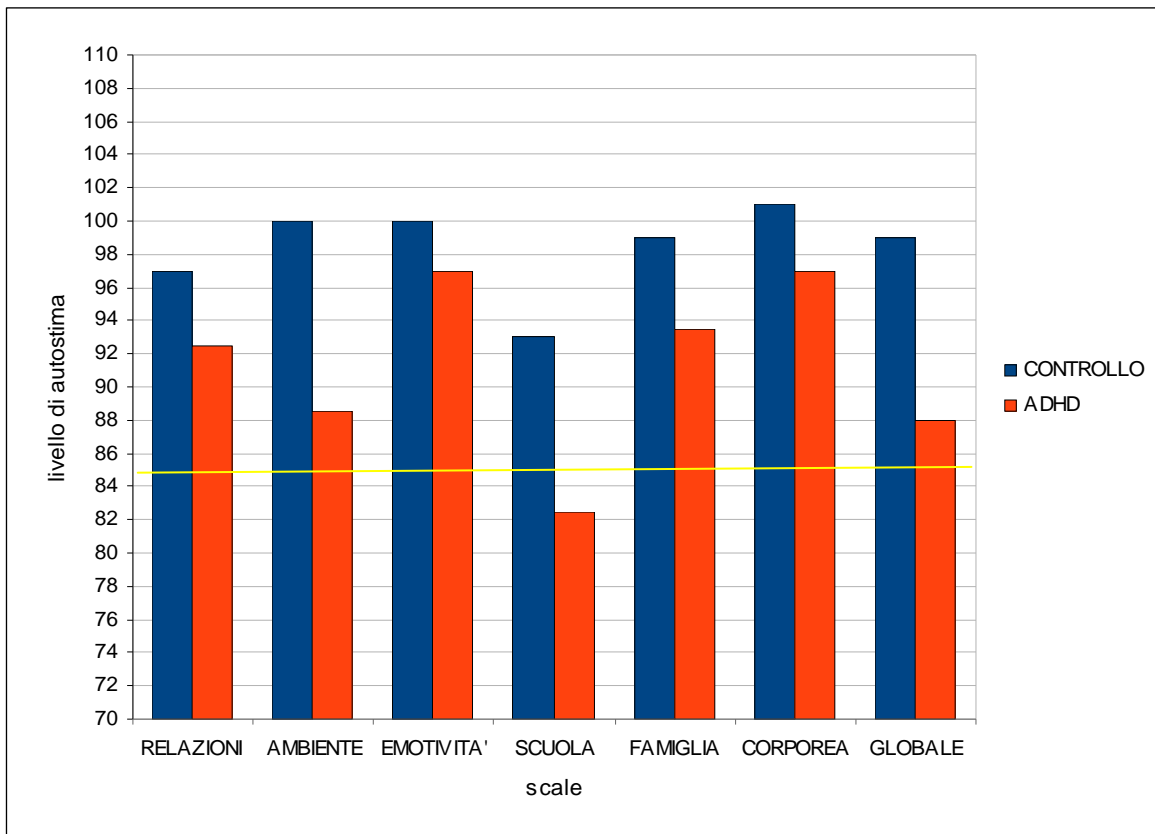


Figura 5.3: mediane dei punteggi standard ottenuti dai due gruppi nelle varie scale

Nel gruppo ADHD, le mediane sono inferiori a quelle del gruppo di controllo in tutte le scale.

Nel corso di questa ricerca sono state analizzate in particolare le scale “Autostima globale” e “Autostima scolastica” dei due gruppi. Proprio in queste scale si riscontrano ampie differenze nel punteggio mediano e la mediana della “Autostima scolastica” nel gruppo ADHD è inferiore al *cut off*.

5.2.3 Autostima globale

Per valutare se effettivamente esiste una differenza di autostima nei due gruppi, è stato assunto come valore soglia il punteggio standard 85 (corrispondente al 16° percentile), limite sotto il quale l'autostima è *lievemente negativa*.

Nel gruppo con diagnosi di ADHD 4 ragazzi non raggiungono o uguagliano il *cut off*: la percentuale di soggetti con un punteggio nel range *autostima negativa* è del 28,6%.

Nel gruppo di controllo 8 ragazzi non raggiungono o uguagliano il *cut off*: la percentuale di soggetti che presentano una “Autostima globale” negativa è quindi del 17,8%.

La Tabella 5.1 riporta la percentuale di ragazzi con “Autostima globale” positiva e la percentuale di ragazzi con “Autostima globale” negativa nei due gruppi.

TMA - AUSTOSTIMA GLOBALE			
	Autostima negativa	Autostima positiva	Totale
ADHD	4	10	14
	28,60%	71,40%	100,00%
CONTROLLO	8	37	49
	17,80%	82,20%	100,00%
Totale	12	47	59
	20,30%	79,70%	100,00%

Tabella 5.1: percentuale di ragazzi con “Autostima globale” positiva e percentuale di ragazzi con autostima negativa nei due gruppi

La Figura 5.4 riporta nel dettaglio le percentuali relative alle classificazioni di “Autostima globale” previste dal Test TMA, nei due gruppi considerati.

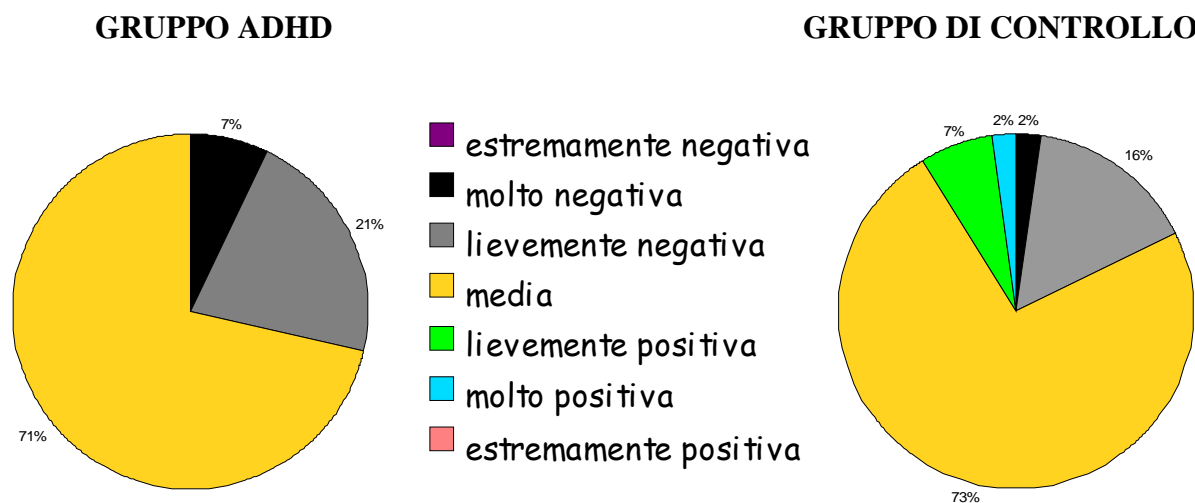


Figura 5.4: percentuali relative alle classificazioni di autostima previste dal Test TMA nel gruppo ADHD e nel gruppo di controllo.

Benché le percentuali di ragazzi con "Autostima globale" *nella media* siano quasi uguali (71% nel gruppo ADHD e 73% nel gruppo di controllo), va notato che nel gruppo ADHD non c'è nessun ragazzo con un'autostima *lievemente positiva*.

La Tabella 5.2 riporta l'analisi statistica effettuata mediante il Test Chi Quadro sulle frequenze nel campo "Autostima globale".

TMA - AUSTOSTIMA GLOBALE			
TEST CHI QUADRO			
	Valore	Significatività (2 code)	Sig. Esatta (2 code)
CHI QUADRO DI PEARSON	0,768 ^a	0,381	
TEST ESATTO DI FISHER			0,453
NUMERO DI CASI VALIDI	59		
^a In una cella il valore atteso è inferiore a 5			

Tabella 5.2: analisi statistica effettuata mediante il Test Chi Quadro sulle frequenze nel campo "Autostima globale"

Eseguendo il Test Chi Quadro e considerando il Test Esatto di Fisher risulta che tra i due gruppi non c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. = 0,453 per $p < 0,05$).

La Tabella 5.3 riporta il calcolo della Media, della Mediana e le descrittive per variabili continue nella dimensione "Autostima globale".

TMA - AUTOSTIMA GLOBALE		
	ADHD	CONTROLLO
MEDIA	90,5	99
ERRORE STANDARD	2,861	1,868
MEDIANA	88	99
VARIANZA	114,577	157
DEVIAZIONE STANDARD	10,704	12,53
MINIMO	71	74
MASSIMO	111	126
RANGE	40	52
RANGE INTERQUARTILE	12,5	20

Tabella 5.3: calcolo della Media, della Mediana e descrittive per variabili continue nella "Autostima globale"

La Tabella 5.4 riporta i valori percentili che descrivono la distribuzione della frequenza nel campo della "Autostima globale".

AUTOSTIMA GLOBALE - PERCENTILI							
	5	10	25	50	75	90	95
ADHD	71	76	84,5	88	97	110	
CONTROLLO	76,9	81,8	89	99	109	115,4	120,4

Tabella 5.4: valori percentili che descrivono la distribuzione della frequenza nel campo "Autostima globale"

La Figura 5.5 riporta il *box plot*, o diagramma a scatola e baffi, che fornisce una rappresentazione grafica della distribuzione dei dati, evidenziando dove cade la maggioranza dei valori e quei valori che differiscono dalla norma, nell'ambito "Autostima globale".

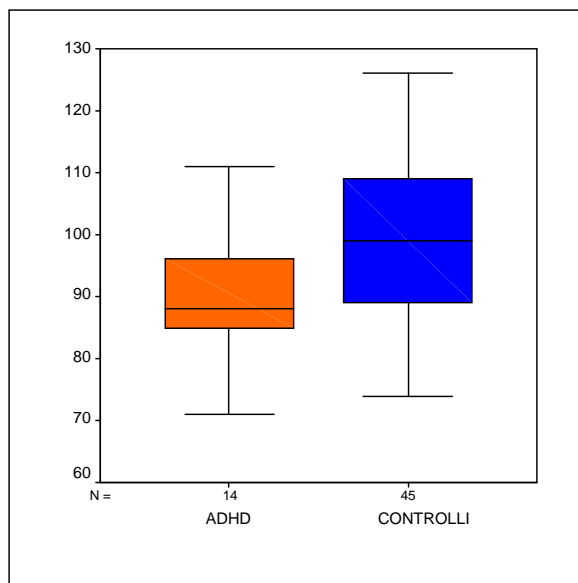


Figura 5.5: riporta il *box plot* relativo alla distribuzione dei dati nel nell'ambito "Autostima globale" dei due gruppi

Analisi statistica attraverso il test Anova/T di Student

La Tabella 5.5 riporta l'analisi statistica compiuta attraverso il "Test parametrico Anova/T di Student" per verificare se vi sia una differenza statisticamente significativa tra il gruppo ADHD e il gruppo di controllo nella scala "Autostima globale".

TEST ANOVA / T di STUDENT	
	SIG.
Autostima globale	0,026

Tabella 5.5: analisi statistica compiuta attraverso il "Test parametrico Anova/T di Student" per verificare se vi sia una differenza statisticamente significativa tra il gruppo ADHD e il gruppo di controllo nella scala "Autostima globale"

Eseguendo il Test Parametrico Anova/T di Student risulta che tra i due gruppi c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. = 0,026 per $p < 0,05$).

Analisi statistica attraverso i test non parametrici

La Tabella 5.6 riporta l'analisi statistica compiuta attraverso i Test non parametrici di "Mann-Whitney" e "Wilcoxon" per verificare se vi sia una differenza statisticamente significativa tra il gruppo ADHD e il gruppo di controllo nella scala "Autostima globale".

Mann-Whitney U	191,500
Wilcoxon	296,500
Z	-2,202
Asymp. Sig. (2-t.)	0,028

Tabella 5.6: analisi statistica compiuta attraverso i Test non parametrici di "Mann-Whitney" e "Wilcoxon"

Eseguendo i Test non Parametrici di "Mann-Whitney" e "Wilcoxon" risulta che tra i due gruppi c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. = 0,028 per $p < 0,05$).

5.2.4 Autostima scolastica

La Tabella 5.7 riporta la percentuale di ragazzi con "Autostima scolastica" positiva e la percentuale di ragazzi con autostima negativa nei due gruppi.

TMA - AUSTOSTIMA SCOLASTICA			
	Autostima negativa	Autostima positiva	Totale
ADHD	8	6	14
	51,7%	42,9%	100,0%
CONTROLLO	14	31	49
	31,10%	68,90%	100,0%
Totale	22	37	59
	37,30%	62,70%	100,0%

Tabella 5.7: percentuale di ragazzi con "Autostima scolastica" positiva e percentuale di ragazzi con autostima negativa nei due gruppi

La Figura 5.6 riporta le percentuali relative alle classificazioni di "Autostima scolastica" previste dal Test TMA.

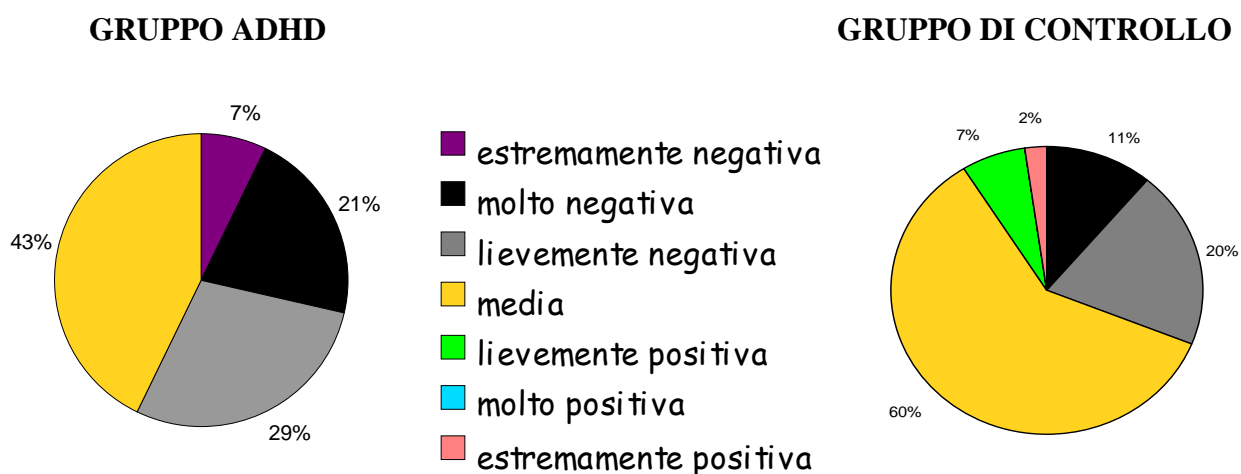


Figura 5.6: percentuali relative alle classificazioni di "Autostima scolastica" previste dal Test TMA nel gruppo ADHD e nel gruppo di controllo.

Nei grafici appare evidente la differenza di autostima tra i due gruppi nella scala "Autostima scolastica": nel gruppo ADHD vi è una percentuale del 7% di ragazzi con autostima *estremamente negativa*, una percentuale del 21% di ragazzi con autostima *molto negativa* e una percentuale del 29% di ragazzi con autostima *lievemente negativa*, mentre non si registrano ragazzi con "Autostima scolastica" superiore alla fascia *nella media*, a differenza del gruppo di controllo in cui c'è una percentuale del 9% di ragazzi con autostima superiore alla fascia *nella media*. La Tabella 5.8 riporta l'analisi statistica effettuata mediante il Test Chi Quadro sulle frequenze nel campo "Autostima scolastica".

TMA - AUSTOSTIMA SCOLASTICA			
TEST CHI QUADRO			
	Valore	Significatività. (2 code)	Sig. Esatta (2 code)
CHI QUADRO DI PEARSON	3,094	0,079	
TEST ESATTO DI FISHER			0,114
NUMERO DI CASI VALIDI	59		

Tabella 5.8: analisi statistica effettuata mediante il Test Chi Quadro sulle frequenze nel campo "Autostima scolastica"

Eseguendo il Test statistico Chi Quadro risulta che tra i due gruppi non c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. = 0,079 per $p < 0,05$).

La Tabella 5.9 riporta il calcolo della Media, della Mediana e le descrittive per variabili continue nella dimensione dell'autostima valutata.

TMA – AUTOSTIMA SCOLASTICA		
	ADHD	CONTROLLO
MEDIA	81,07	94,29
ERRORE STANDARD	3,215	2,267
MEDIANA	82,5	93
VARIANZA	144,687	231,346
DEVIAZIONE STANDARD	12,029	15,21
MINIMO	52	71
MASSIMO	98	138
RANGE	46	64
RANGE INTERQUARTILE	19,25	23,5

Tabella 5.9: calcolo della Media, della Mediana e descrittive per variabili continue nella "Autostima scolastica"

La Tabella 5.10 riporta i valori percentili che descrivono la distribuzione della frequenza nel campo "Autostima scolastica".

AUTOSTIMA SCOLASTICA - PERCENTILI							
	5	10	25	50	75	90	95
ADHD	52	61	71	82,5	90,25	94,5	
CONTROLLO	73,3	74	80	93	103,5	114,8	122,6

Tabella 5.10: valori percentili che descrivono la distribuzione della frequenza nel campo "Autostima scolastica"

La Figura 5.7 riporta il *box plot*, che fornisce una rappresentazione grafica della distribuzione dei dati, nell'ambito "Autostima scolastica".

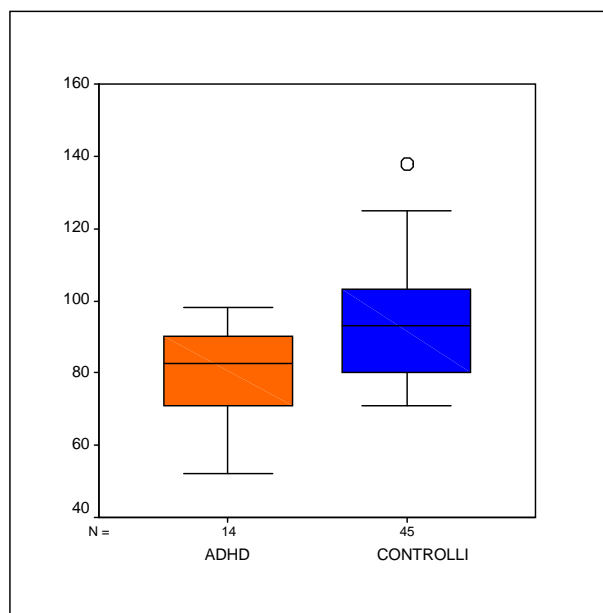


Figura 5.7: *box plot* sulla distribuzione dei dati nei due gruppi nell'ambito "Autostima scolastica"

Analisi statistica attraverso il test Anova/T di Student

La Tabella 5.11 riporta l'analisi statistica compiuta attraverso il "Test parametrico Anova/T di Student" per verificare se vi sia una differenza statisticamente significativa tra il gruppo ADHD e il gruppo di controllo nella scala "Autostima scolastica".

TEST ANOVA / T di STUDENT	
	SIG.
TMA Autostima scolastica	0,004

Tabella 5.11: analisi statistica compiuta attraverso il "Test parametrico Anova/T di Student" per verificare se vi sia una differenza statisticamente significativa tra il gruppo ADHD e il gruppo di controllo nella scala "Autostima scolastica"

Eseguendo il Test Parametrico Anova/T di student risulta che tra i due gruppi c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. = 0,004 per $p < 0,05$).

Analisi statistica attraverso i test non parametrici

La Tabella 5.12 riporta l'analisi statistica compiuta attraverso i Test non parametrici di "Mann-Whitney" e "Wilcoxon" per verificare se vi sia una differenza statisticamente significativa tra il gruppo ADHD e il gruppo di controllo nella scala "Autostima scolastica".

Mann-Whitney U	159,000
Wilcoxon	264,000
Z	-2,782
Asymp. Sig. (2-t.)	0,005

Tabella 5.12: analisi statistica compiuta attraverso i Test non parametrici di "Mann-Whitney" e "Wilcoxon"

Eseguendo i Test non Parametrici di "Mann-Whitney" e "Wilcoxon" risulta che tra i due gruppi c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. = 0,005 per $p < 0,05$).

5.3 Il Questionario SDQ

Il Questionario SDQ (Questionario sulle capacità e sulle difficoltà) si suddivide nelle scale:

- "Sintomi emozionali"
- "Problemi di comportamento"
- "Iperattività/Disattenzione"
- "Rapporti problematici con i pari"
- "Prosocialità"

Ad eccezione della scala "Prosocialità", maggiore è il punteggio, maggiore è il livello di problematicità, suddiviso nelle classificazioni:

- *normale*
- *caso limite*
- *anormale*

Nel gruppo ADHD, il punteggio mediano attribuito alle scale "Sintomi emozionali", "Problemi di comportamento", "Iperattività/Disattenzione e "Prosocialità" colloca i ragazzi nella fascia *normale*.

Nella scala "Rapporti problematici con i pari", che viene considerata come cruciale per l'obiettivo dello studio, è stato assunto come *cut off* il valore 4, corrispondente al 90° percentile. Il punteggio mediano della scala "Rapporti problematici con i pari" rientra nella fascia *caso limite*.

Il punteggio mediano attribuito ad ogni scala colloca i ragazzi del gruppo di controllo nella fascia *normale*.

Nel gruppo di controllo la percentuale di soggetti con un punteggio che rientra nel range *caso limite o anormale* nel rapporto con i coetanei è del 8,8% (4/45) mentre nel gruppo ADHD tale percentuale è del 64,2%. (9/14)

La Tabella 5.13 riporta la percentuale di ragazzi che ritengono di avere delle relazioni con i pari positive e la percentuale di ragazzi che ritengono di avere delle relazioni con i pari negative nei due gruppi.

SDQ - RAPPORTI PROBLEMATICI CON I PARI			
	Relazioni negative (> = 4)	Relazioni positive (< = 4)	Totale
ADHD	9	5	14
	64,3%	37,5%	100,0%
CONTROLLO	8	37	49
	17,8%	82,2%	100,0%
Totale	17	42	59
	28,8%	71,2%	100,0%

Tabella 5.13: percentuale di ragazzi che ritengono di avere delle relazioni con i pari positive e percentuale di ragazzi che ritengono di avere delle relazioni con i pari negative nei due gruppi

La Figura 5.8 riporta queste percentuali:

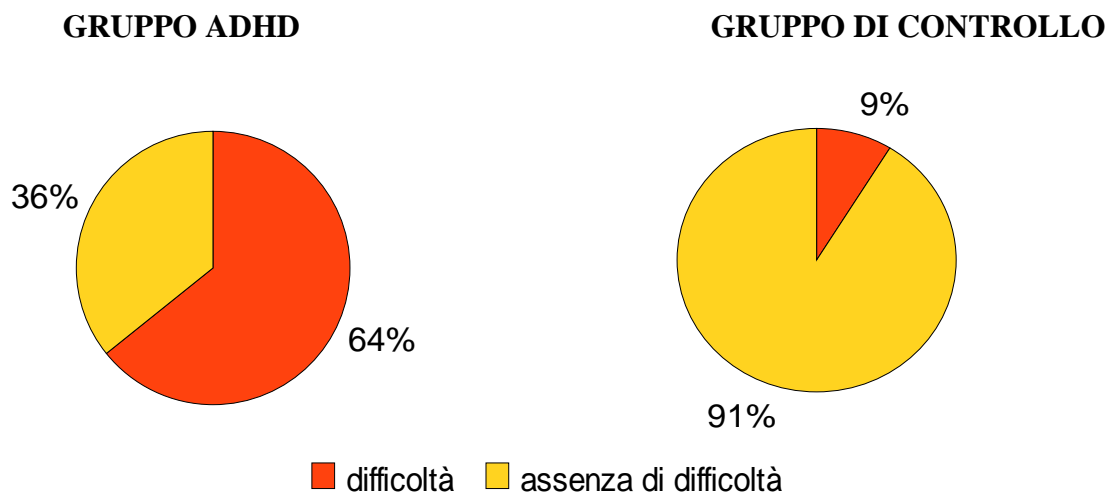


Figura 5.8: percentuale di soggetti con un punteggio che rientra nel range *caso limite* o *anormale* nel rapporto con i coetanei nel gruppo ADHD e nel gruppo di controllo

La Tabella 5.14 riporta l'analisi statistica effettuata mediante il Test Chi Quadro sulle frequenze nel campo "Rapporti problematici con i pari".

SDQ - RAPPORTI PROBLEMATICI CON I PARI			
TEST CHI QUADRO			
	Valore	Significatività (2 code)	Sig. Esatta (2 code)
CHI QUADRO DI PEARSON	11,26 ^a	0,001	
TEST ESATTO DI FISHER			0,002
N. DI CASI VALIDI	59		
^a In una cella il valore atteso è inferiore a 5			

Tabella 5.14: analisi statistica effettuata mediante il Test Chi Quadro sulle frequenze nel campo "Rapporti problematici con i pari"

Eseguendo il Test Chi Quadro e considerando il Test Esatto di Fisher risulta che tra i due gruppi c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. = 0,002 per $p < 0,05$).

La Tabella 5.15 riporta il calcolo della Media, della Mediana e le descrittive per variabili continue nella scala "Rapporti problematici con i pari" valutata all'interno del questionario SDQ.

SDQ - RAPPORTI PROBLEMATICI CON I PARI		
	ADHD	CONTROLLO
MEDIA	3,29	1,67
ERRORE STANDARD.	0,597	0,234
MEDIANA	4	1
VARIANZA	4,98	2,455
DEVIAZIONE STANDARD	2,234	1,567
MINIMO	0	0
MASSIMO	8	5
RANGE	8	5
RANGE INTERQUARTILE.	3,25	2,5

Tabella 5.15: Media, Mediana e descrittive per variabili continue nella scala "Rapporti problematici con i pari" valutata all'interno del questionario SDQ.

La Figura 5.9 riporta la mediana dei punteggi ottenuti dai ragazzi dei due gruppi.

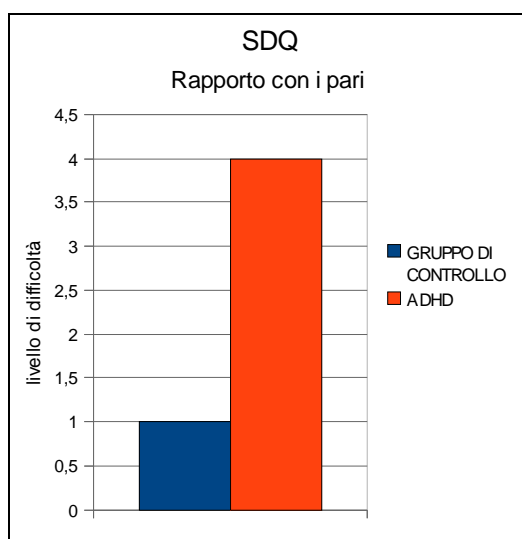


Figura 5.9: mediana dei punteggi ottenuti dai ragazzi dei due gruppi nella scala "Rapporti problematici con i pari"

La Tabella 5.16 riporta i valori percentili che descrivono la distribuzione della frequenza nella scala "Rapporti problematici con i pari".

RAPPORTI PROBLEMATICI CON I PARI - PERCENTILI							
	5	10	25	50	75	90	95
ADHD	0	0	1	4	4,25	6,5	
CONTROLLO	0	0	0	1	2,5	4	5

Tabella 5.16: valori percentili che descrivono la distribuzione della frequenza nella scala "Difficoltà di relazione con i pari"

La Figura 5.10 riporta il *box plot* della distribuzione dei dati, nell'ambito delle difficoltà di relazione con i pari.

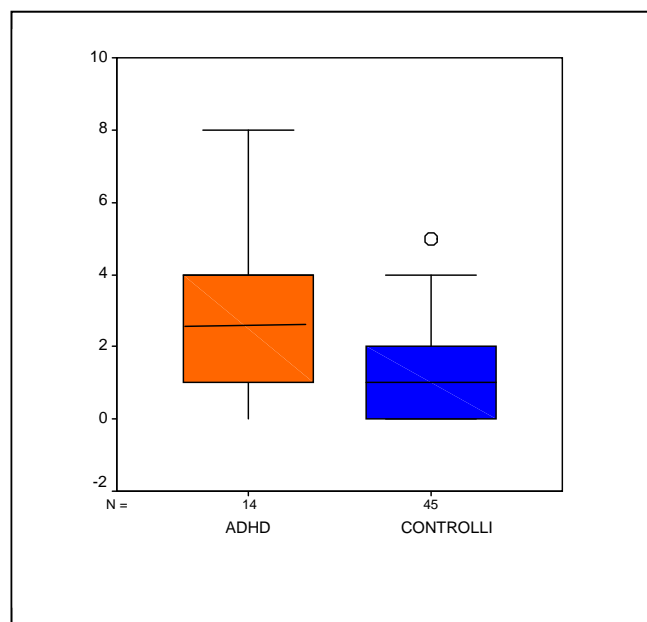


Figura 5.10: *box plot* relativo alla distribuzione dei dati, nell'ambito delle difficoltà di relazione con i pari nei due gruppi

Analisi statistica attraverso il test Anova/T di Student

La Tabella 5.17 riporta l'analisi statistica compiuta attraverso il "Test parametrico Anova/T di Student" per verificare se vi sia una differenza statisticamente significativa tra il gruppo ADHD e il gruppo di controllo nella scala "Rapporti problematici con i pari".

TEST ANOVA / T di STUDENT	
	SIG.
SDQ "Rapporti problematici con i pari"	0,004

Tabella 5.17: analisi statistica compiuta attraverso il "Test parametrico Anova/T di Student" per verificare se vi sia una differenza statisticamente significativa tra il gruppo ADHD e il gruppo di controllo nella scala "Rapporti problematici con i pari"

Eseguendo il Test Parametrico Anova/T di Student risulta che tra i due gruppi c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. = 0,004 per $p < 0,05$).

Analisi statistica attraverso i test non parametrici

La Tabella 5.18 riporta l'analisi statistica compiuta attraverso i Test non parametrici di "Mann-Whitney" e "Wilcoxon" per verificare se vi sia una differenza statisticamente significativa tra il gruppo ADHD e il gruppo di controllo nella scala "Rapporti problematici con i pari".

Mann-Whitney U	182,000
Wilcoxon	1217,000
Z	-2,419
Asymp. Sig. (2-t.)	0,016

Tabella 5.18: analisi statistica compiuta attraverso i Test non parametrici di "Mann-Whitney" e "Wilcoxon".

Eseguendo i Test non Parametrici di "Mann-Whitney" e "Wilcoxon" risulta che tra i due gruppi c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. = 0,016 per $p < 0,05$).

Nella scala "Prosocialità" viene considerato come valore limite il punteggio di 5, al di sotto del quale la classificazione risulta *anormale*. Nel gruppo di controllo ci sono 10 ragazzi che hanno ottenuto un punteggio minore o uguale a 5 (percentuale = 22,2%), nel gruppo ADHD i ragazzi con problematiche prosociali sono 2 (percentuale = 14,2%).

Entrambi i gruppi riportano un punteggio mediano pari a 7, che rientra nella fascia *normale*.

La Figura 5.11 riporta la mediana dei punteggi ottenuti dai ragazzi dei due gruppi in questa scala.

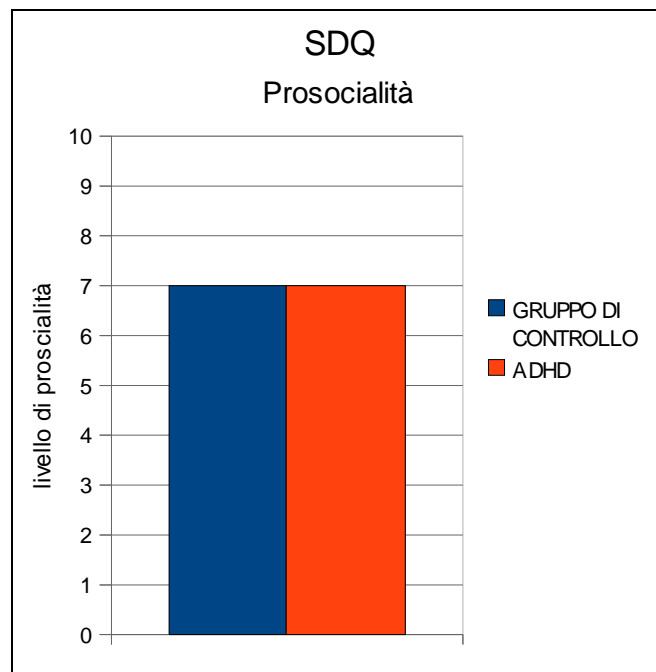


Figura 5.11: mediana dei punteggi ottenuti dai ragazzi dei due gruppi nella scala "Prosocialità"

Non c'è differenza nei valori mediani ottenuti dai tra i due gruppi nella scala "Prosocialità"

Per quanto riguarda il "Totale delle difficoltà", nel gruppo di controllo ci sono 6 ragazzi che hanno ottenuto un punteggio maggiore a 16, *cut off* per la categoria *anormale* di questa scala (percentuale = 13,3%), mentre nel gruppo ADHD i ragazzi con questo punteggio sono 5 (percentuale = 35,7%).

La Figura 5.12 riporta la mediana dei punteggi ottenuti dai ragazzi dei due gruppi in questa scala.

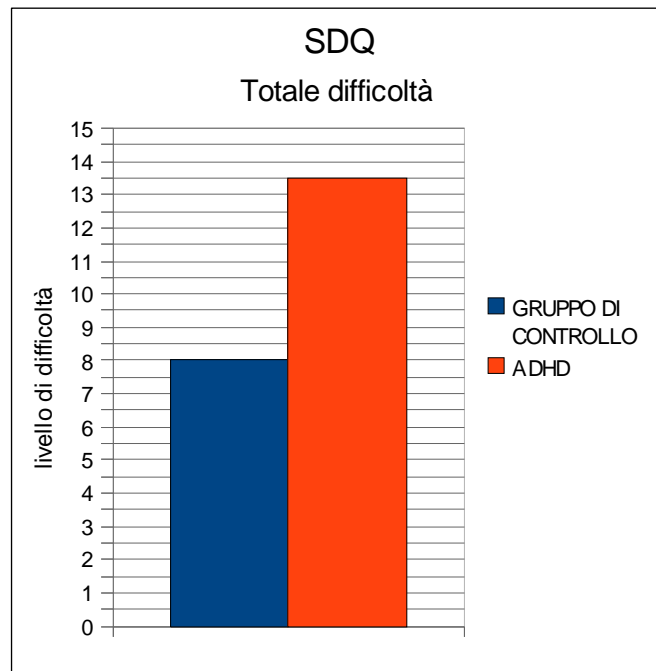


Figura 5.12: mediana dei punteggi ottenuti dai ragazzi dei due gruppi nella scala "Totale delle difficoltà"

5.4 Il Questionario CBCL

La valutazione basata sulla *Syndrome Scales* si divide nelle scale:

- "Comportamento ansioso"
- "Comportamento depresso"
- "Problemi somatici"
- "Problemi sociali"
- "Problemi di pensiero"
- "Problemi di attenzione"
- "Trasgressione delle regole"
- "Comportamento aggressivo"
- "Altro"

I punteggi portano alle classificazioni:

- *normal range*
- *borderline clinical range*
- *clinical range*

Sia nel gruppo di controllo che nel gruppo ADHD, la mediana dei valori ottenuti dai ragazzi in tutte le scale della Syndromes Scales rientra nel *normal range*.

Ad eccezione della scala "Depressione", in cui i due gruppi riportano pari punteggio, in tutte le altre scale il gruppo ADHD presenta un maggior livello di problematicità.

La Figura 5.13 riporta le differenze tra il gruppo di controllo e il gruppo ADHD nelle varie scale della Syndromes Scales.

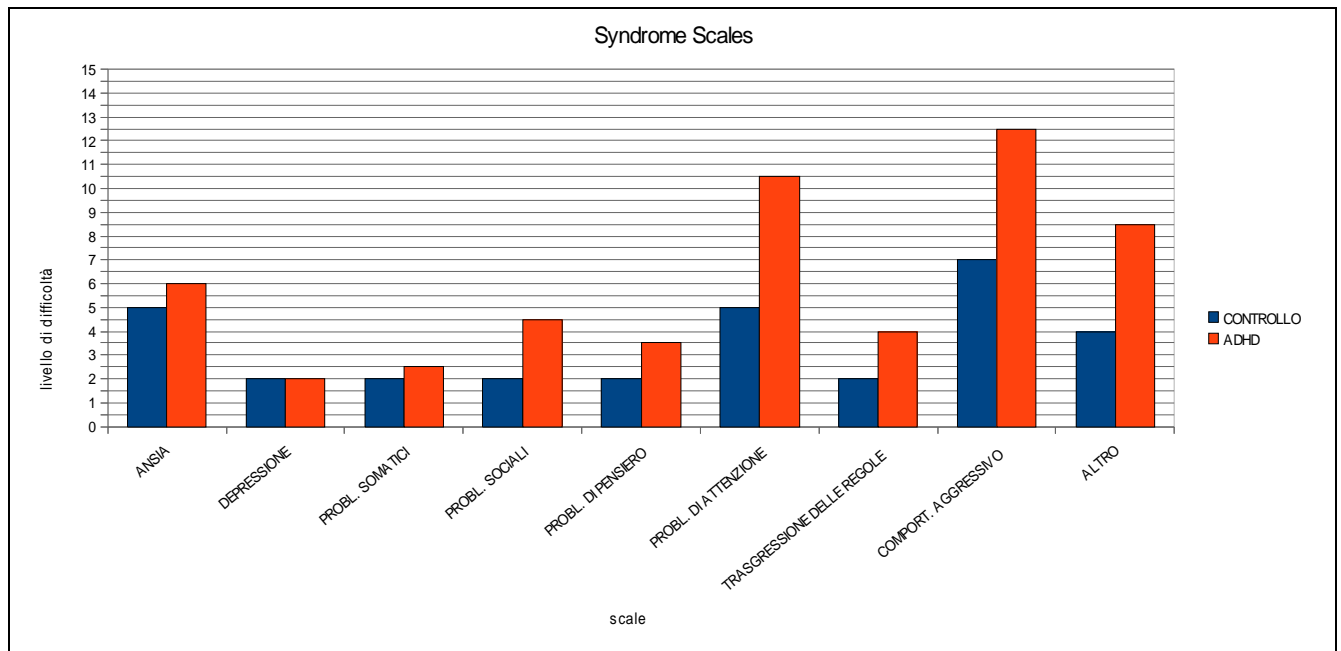


Figura 5.13: differenze tra il gruppo di controllo e il gruppo ADHD nelle varie scale della Syndromes Scales

5.4.1 La scala "Problemi sociali"

In particolare, per quanto riguarda la scala "Problemi sociali", che interessa questa ricerca, si possono fare le seguenti considerazioni:

- la mediana dei valori ottenuti dal gruppo di controllo è pari a 2
- la mediana dei valori ottenuti dal gruppo di ragazzi con ADHD è pari a 4,5
- la percentuale di ragazzi del gruppo di controllo che presentano problemi sociali (con punteggio che rientra nel range *borderline* o *clinical*) è del 4,4% (2/45)
- la percentuale di ragazzi del gruppo ADHD che presentano problemi sociali è del 35,7% (5/14)

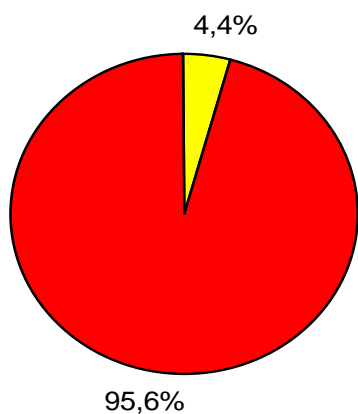
La Tabella 5.19 riporta la percentuale di ragazzi che risultano avere dei problemi sociali e la percentuale di ragazzi che non risultano avere problemi sociali nei due gruppi.

CBCL - PROBLEMI SOCIALI			
	Probl. Positiva (> 7)	Probl. Negativa (< = 7)	Totale
ADHD	5	9	14
	35,7%	64,3%	100,0%
CONTROLLO	2	43	49
	4,4%	95,6%	100,0%
Totale	7	52	59
	11,9%	88,1%	100,0%

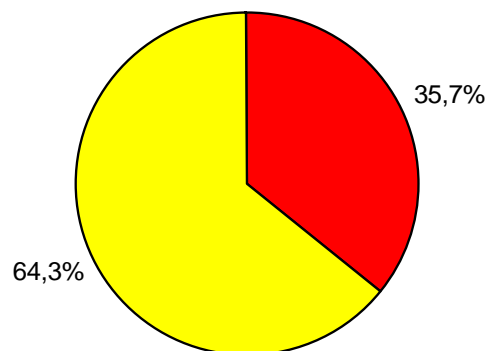
Tabella 5.19: percentuale di ragazzi che risultano avere dei problemi sociali e percentuale di ragazzi che non risultano avere problemi sociali nei due gruppi

La Figura 5.14 riporta queste percentuali.

GRUPPO ADHD



GRUPPO DI CONTROLLO



■ difficoltà ■ assenza di difficoltà

Figura 5.14: percentuale di ragazzi del gruppo ADHD e del gruppo di controllo che presentano problemi sociali

La Tabella 5.20 riporta l'analisi statistica effettuata mediante il Test Chi Quadro sulle frequenze nel campo "Problemi sociali".

CBCL - PROBLEMI SOCIALI			
TEST CHI QUADRO			
	Valore	Significatività (2 code)	Sig. Esatta (2 code)
CHI QUADRO DI PEARSON	9,985 ^a	0,002	
TEST ESATTO DI FISHER			0,006
NUMERO DI CASI VALIDI	59		
^a In una cella il valore atteso è inferiore a 5			

Tabella 5.20: analisi statistica effettuata mediante il Test Chi Quadro sulle frequenze nel campo "Problemi sociali"

Eseguendo il Test Chi Quadro e considerando il Test Esatto di Fisher risulta che tra i due gruppi c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. = 0,006 per $p < 0,05$)

La Tabella 5.21 riporta il calcolo della Media, della Mediana e le descrittive per variabili continue nella scala "Problemi sociali" valutata all'interno del questionario CBCL.

CBCL - PROBLEMI SOCIALI		
	ADHD	CONTROLLO
MEDIA	5,14	3,02
ERRORE STANDARD	0,87	0,356
MEDIANA	4,5	2
VARIANZA	10,593	5,704
DEVIAZIONE STANDARD	3,255	2,388
MINIMO	1	0
MASSIMO	9	10
RANGE	8	10
RANGE INTERQUARTILE	7	4

Tabella 5.21: Media, Mediana e descrittive per variabili continue nella scala "Problemi sociali" valutata all'interno del questionario CBCL

La Tabella 5.22 riporta i valori percentili che descrivono la distribuzione delle frequenze nel campo dei "Problemi sociali".

PROBLEMI SOCIALI - PERCENTILI							
	5	10	25	50	75	90	95
ADHD	1	1,5	2	4,5	9	9	
CONTROLLO	0	0,6	1	2	5	6,4	7,7

Tabella 5.22: valori percentili che descrivono la distribuzione delle frequenze nel campo dei "Problemi sociali"

La Figura 5.15 riporta il *box plot* della distribuzione dei dati, nell'ambito dei problemi sociali dei due gruppi.

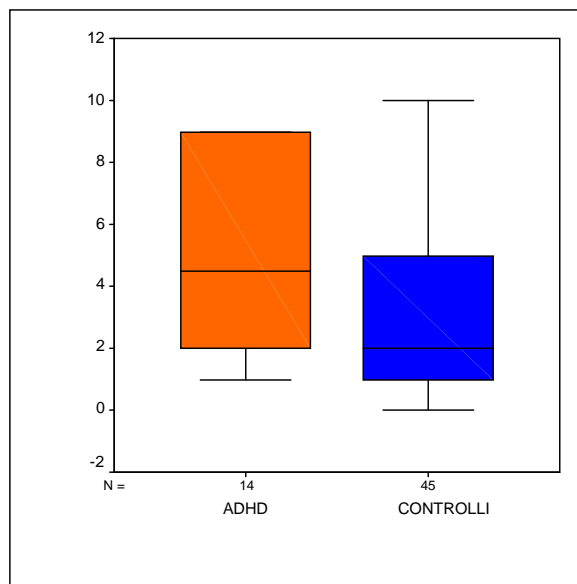


Figura 5.15: *box plot* della distribuzione dei dati, nell'ambito dei problemi sociali dei due gruppi

Analisi statistica attraverso il test Anova/T di Student

La Tabella 5.23 riporta l'analisi statistica compiuta attraverso il "Test parametrico Anova/T di Student" per verificare se vi sia una differenza statisticamente significativa tra il gruppo ADHD e il gruppo di controllo nella scala "Problemi sociali".

TEST ANOVA / T di STUDENT	
	SIG.
CBCL "Problemi sociali"	0,01

Tabella 5.23: analisi statistica compiuta attraverso il "Test parametrico Anova/T di Student" per verificare se vi sia una differenza statisticamente significativa tra il gruppo ADHD e il gruppo di controllo nella scala "Problemi sociali"

Eseguendo il Test Parametrico Anova/T di Student risulta che tra i due gruppi c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. = 0,01 per $p < 0,05$).

Analisi statistica attraverso i test non parametrici

La Tabella 5.24 riporta l'analisi statistica compiuta attraverso i Test non parametrici di "Mann-Whitney" e "Wilcoxon" per verificare se vi sia una differenza statisticamente significativa tra il gruppo ADHD e il gruppo di controllo nella scala "Problemi sociali".

Mann-Whitney U	189,000
Wilcoxon	1224,000
Z	-2,271
Asymp. Sig. (2-t.)	0,023

Tabella 5.24: analisi statistica compiuta attraverso i Test non parametrici di "Mann-Whitney" e "Wilcoxon"

Eseguendo i Test non Parametrici di "Mann-Whitney" e "Wilcoxon" risulta che tra i due gruppi c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. = 0,023 per $p < 0.05$).

Inoltre, la valutazione basata sulla "Syndrome scales" raccoglie inoltre i punteggi in "Problemi internalizzati", in "Problemi esternalizzati" e in "Altri problemi". La Figura 5.16 riporta le differenze tra il gruppo di controllo e il gruppo ADHD in queste categorie:

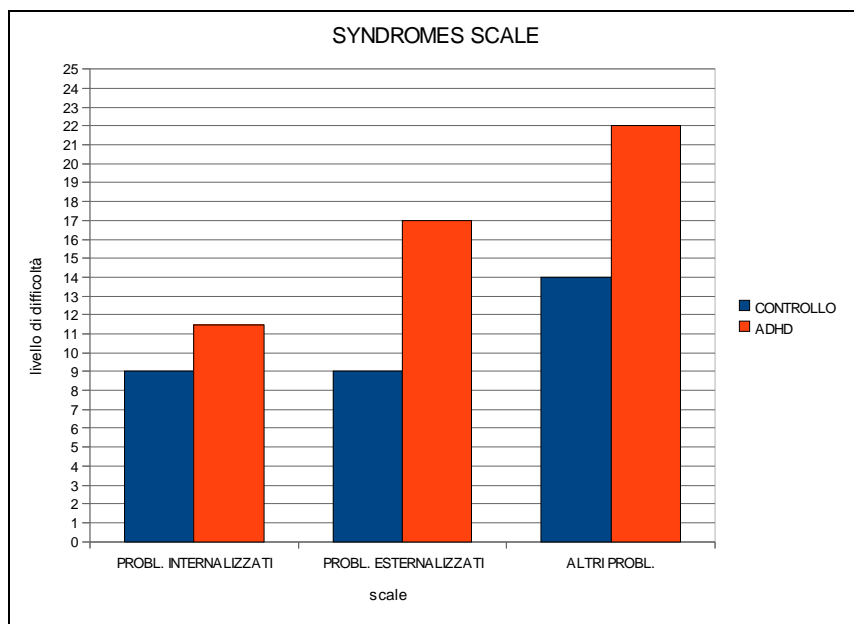


Figura 5.16: differenze tra il gruppo di controllo e il gruppo ADHD nelle categorie "Problemi internalizzati", "Problemi esternalizzati" e "Altri problemi"

5.4.2 La scala delle "Competenze"

Il punteggio relativo alle competenze totali è ottenuto dalla somma di quello delle scale "Attività", "Socialità" e "Scuola".

Considerando *normale* un punteggio superiore a 19,5 punti, *borderline* un punteggio tra 17,5 e 19 punti e *clinico* un punteggio inferiore ai 17,5 punti si può osservare che:

- la mediana delle competenze totali del gruppo ADHD è di 12,5 (*anormale*);
- la mediana delle competenze totali del gruppo di controllo è di 18,3 (*borderline*);
- la percentuale dei soggetti del gruppo ADHD che hanno ottenuto un punteggio *clinico* è 78,5% (11/14);
- la percentuale di soggetti del gruppo di controllo che hanno ottenuto un punteggio clinico è 53,3% (24/45).

La Figura 5.19 riporta i valori mediani ottenuti dai due gruppi nella scala delle "Competenze totali".

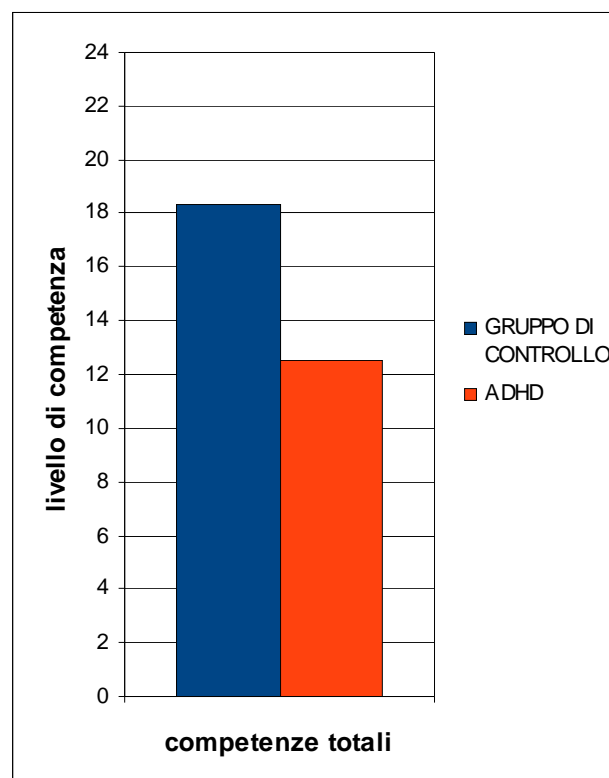


Figura 5.19: valori mediani ottenuti dai due gruppi nella scala delle "Competenze totali"

Le scale che compongono le competenze totali vengono di seguito analizzate singolarmente:

Scala delle attività

- la percentuale di soggetti del gruppo di controllo che hanno ottenuto un punteggio *clinico* è 8,8% (4/45);
- la percentuale dei soggetti del gruppo ADHD che hanno ottenuto un punteggio *clinico* è 57,1% (8/14);
- la mediana del gruppo di controllo è di 8,8 punti (*normale*);
- la mediana del gruppo ADHD è di 6,7 punti (*caso limite*);

Scala della scuola

Per questa scala non è previsto un riferimento standardizzato, il punteggio ottenuto concorre però al conteggio delle competenze totali.

Sebbene di poco, la mediana dei punteggi ottenuti dal gruppo di controllo risulta comunque più alta di quella del gruppo ADHD:

- la mediana del gruppo di controllo è di 2 punti;
- la mediana del gruppo ADHD è di 1,7 punti.

Scala della socialità

Nella scala della competenza nel campo della socialità, che interessa questa ricerca, si possono fare le seguenti considerazioni:

- la percentuale di soggetti del gruppo di controllo che hanno ottenuto un punteggio *clinico* è 10,9% (6/55);
- la percentuale dei soggetti del gruppo ADHD che hanno ottenuto un punteggio *clinico* è 53% (7/13);
- la mediana del gruppo di controllo è di 7,5 punti (*normale*);
- la mediana del gruppo ADHD è di 4 punti (*anormale*).

La Figura 5.17 riporta i punteggi mediani riportati dai due gruppi nella scala delle "Competenze nella socialità".

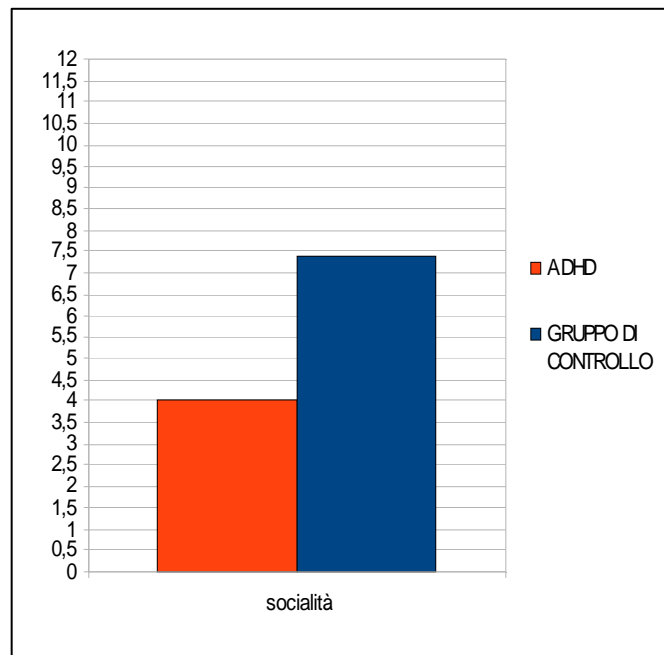


Figura 5.17: punteggi mediani riportati dai due gruppi nella scala "Competenza nella socialità"

La Tabella 5.25 riporta la percentuale di ragazzi che presentano una "Competenza nella socialità" *positiva* e la percentuale di ragazzi con una "Competenza nella socialità" *negativa* nei due gruppi.

CBCL - COMPETENZA DI SOCIALITA'			
	Comp. Positiva ($\leq 5,5$)	Comp. Negativa ($> 5,5$)	Totale
ADHD	8	6	14
	57,1%	42,9%	100,0%
CONTROLLO	6	39	49
	13,3%	86,7%	100,0%
Totale	14	45	59
	23,7%	76,3%	100,0%

Tabella 5.25: percentuale di ragazzi che presentano competenza sociale positiva e percentuale di ragazzi con competenza sociale negativa nei due gruppi

La Tabella 5.26 riporta l'analisi statistica effettuata mediante il Test Chi Quadro sulle frequenze nel campo "Competenza nella socialità".

CBCL - COMPETENZA DI SOCIALITÀ			
TEST CHI - QUADRO			
	Valore	Significatività (2 code)	Sig. Esatta (2 code)
CHI QUADRO DI PEARSON	11,324 ^a	0,001	
TEST ESATTO DI FISHER			0,002
NUMERO DI CASI VALIDI	59		
^a In una cella il valore atteso è inferiore a 5			

Tabella 5.26: analisi statistica effettuata mediante il Test Chi quadro sulle frequenze nel campo "Competenza nella socialità"

Eseguendo il Test Chi Quadro e considerando il Test Esatto di Fisher risulta che tra i due gruppi c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. = 0,002 per $p < 0,05$)

La Tabella 5.27 riporta il calcolo della Media, della Mediana e le descrittive per variabili continue nella scala "Competenza nella socialità" valutata all'interno del questionario CBCL.

CBCL - COMPETENZA DI SOCIALITA'		
	ADHD	CONTROLLO
MEDIA	5,3	7,7
ERRORE STANDARD	0,764	0,317
MEDIANA	4,75	7,75
VARIANZA	8,166	4,415
DEVIATIONE STANDARD	2,858	2,101
MINIMO	2	2
MASSIMO	12	12
RANGE	10	10
RANGE INTERQUARTILE	4,25	3,15

Tabella 5.27: calcolo della Media, della Mediana e descrittive per variabili continue nella scala "Competenza nella socialità" valutata all'interno del questionario CBCL.

La Tabella 5.28 riporta i valori percentili che descrivono la distribuzione delle frequenze nel campo della "Competenza nella socialità".

COMPETENZA DI SOCIALITÀ - PERCENTILI							
	5	10	25	50	75	90	95
ADHD	1,5	1,75	3	4,75	7,25	10	
CONTROLLO	3,7	4,8	6,3	7,75	9,45	10,45	10,83

Tabella 5.28: valori percentili che descrivono la distribuzione delle frequenze nel campo della "Competenza nella socialità".

La Figura 5.18 riporta il *box plot* relativo alla distribuzione dei dati, nell'ambito della "Competenza nella socialità" dei due gruppi.

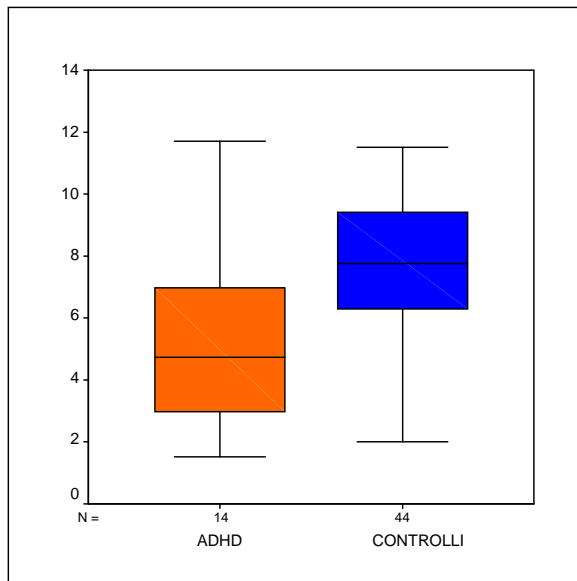


Figura 5.18: *box plot* relativo alla distribuzione dei dati, nell'ambito della "Competenza nella socialità" dei due gruppi.

Analisi statistica attraverso il test Anova/T di Student

La Tabella 5.29 riporta l'analisi statistica compiuta attraverso il "Test parametrico Anova/T di Student" per verificare se vi sia una differenza statisticamente significativa tra il gruppo ADHD e il gruppo di controllo nella scala "Competenze nella socialità".

TEST ANOVA / T di STUDENT	
	SIG.
CBCL "Competenze nella socialità"	0,001

Tabella 5.29 analisi statistica compiuta attraverso il "Test parametrico Anova/T di Student" per verificare se vi sia una differenza statisticamente significativa tra il gruppo ADHD e il gruppo di controllo nella scala "Competenza nella socialità"

Eseguendo il Test Parametrico Anova/T di Student risulta che tra i due gruppi c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. = 0,001 per $p < 0,05$).

Analisi statistica attraverso i test non parametrici

La Tabella 5.30 riporta l'analisi statistica compiuta attraverso i Test non parametrici di "Mann-Whitney" e "Wilcoxon" per verificare se vi sia una differenza statisticamente significativa tra il gruppo ADHD e il gruppo di controllo nella scala "Competenze nella socialità".

Mann-Whitney U	144,500
Wilcoxon	249,500
Z	-2,974
Asymp. Sig. (2-t.)	0,003

Tabella 5.30: analisi statistica compiuta attraverso i Test non parametrici di "Mann-Whitney" e "Wilcoxon"

Eseguendo i Test non Parametrici di "Mann-Whitney" e "Wilcoxon" risulta che tra i due gruppi c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. = 0,003 per $p < 0.05$).

6 CAPITOLO SESTO: IL RETEST SUI SOGGETTI CON ADHD

Il retest è la compilazione degli stessi test dagli stessi soggetti (con ADHD) per determinare il grado di concordanza dei risultati ottenuti nelle due applicazioni.

Al follow-up a 12 mesi è stato possibile distribuire i questionari a 13 dei 14 ragazzi del gruppo iniziale; sono state utilizzate le stesse modalità di somministrazione dei questionari del primo test. Per l'analisi dei dati sono stati confrontati i risultati dei tre questionari con i risultati ottenuti dagli stessi ragazzi negli stessi questionari, a distanza di un anno dalla prima compilazione. Nel confronto è stato eliminato un questionario, compilato da uno dei ragazzi la prima volta, ma non ripetuto a distanza di un anno.

L'età media del gruppo è di 14,3 anni, nel corso dell'anno i ragazzi sono stati sottoposti ad una terapia farmacologica personalizzata, ma non hanno ricevuto alcun training mirato sulle problematiche emerse dallo scoring del primo test.

Per l'analisi statistica dei dati è stato usato il Test Chi Quadro e, per il confronto tra medie, il test di Wilcoxon. Questo test non parametrico per dati appaiati è risultato il più idoneo visto il basso numero di osservazioni e poiché non vi è normalità nella distribuzione dei dati.

6.1 Il Test TMA

I risultati ottenuti dalla somministrazione del questionario ai ragazzi con ADHD a distanza di un anno dalla prima compilazione provano che vi sono nei miglioramenti nelle scale "Relazioni interpersonali", "Competenza di controllo dell'ambiente", "Vita familiare" e "Vissuto corporeo", mentre peggiorano i valori mediani nelle scale "Emotività" e "Autostima scolastica".

La "Autostima globale" migliora e il valore mediano, pari a 99, si colloca nella fascia *nella media*.

I ragazzi che hanno una “Autostima globale” al di sotto della media sono 2/13 (percentuale del 15,3%)

La Figura 6.1 riporta i valori mediani ottenuti in ogni scala dal gruppo di ragazzi con ADHD nel primo e nel secondo test.

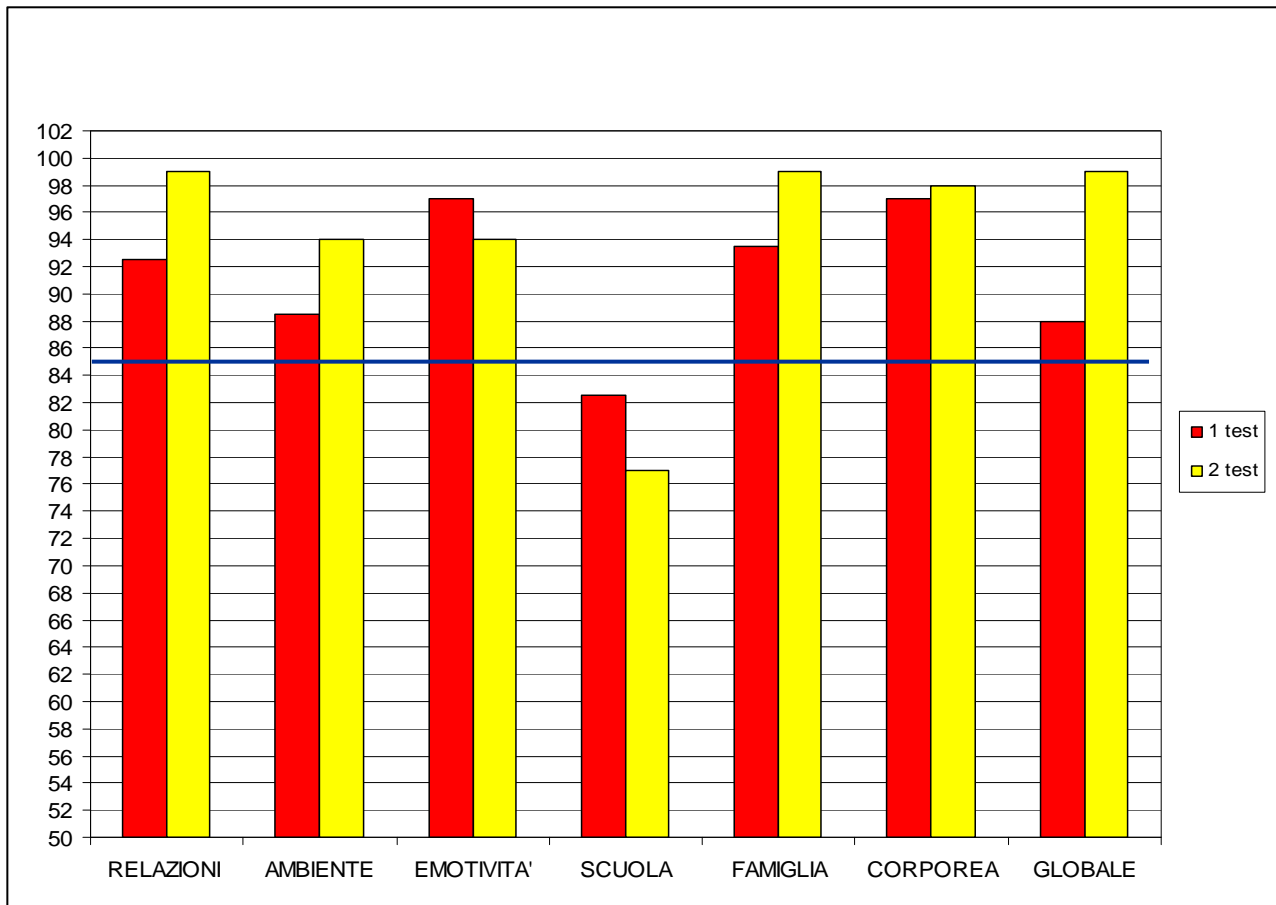


Figura 6.1: valori mediani in ogni scala ottenuti dal gruppo di ragazzi con ADHD nel primo e nel secondo test (cut off per l'autostima negativa = 85).

6.1.1 Autostima globale

La Tabella 6.1 riporta la percentuale di ragazzi con "Autostima globale" positiva e la percentuale di ragazzi con "Autostima globale" negativa nel primo e nel secondo test.

TMA - AUSTOSTIMA GLOBALE			
	Autostima negativa	Autostima positiva	Totale
TEMPO 1	4	9	13
	30,8%	69,2%	100,0%
TEMPO 2	3	10	13
	23,10%	76,90%	100,0%
Totale	7	19	26
	26,90%	73,10%	100,0%

Tabella 6.1 percentuale di ragazzi con "Autostima globale" positiva e percentuale di ragazzi con "Autostima globale" negativa nel primo e nel secondo test

La Tabella 6.2 riporta l'analisi statistica effettuata mediante il Test Chi Quadro sulle frequenze nel campo "Autostima globale", nel primo e nel secondo test.

TMA - AUSTOSTIMA GLOBALE			
TEST CHI QUADRO			
	Valore	Significatività (2 code)	Sig. Esatta (2 code)
CHI QUADRO DI PEARSON	0,195 ^a	0,658	
TEST ESATTO DI FISHER			1,000
NUMERO DI CASI VALIDI	26		
^a In due celle il valore atteso è inferiore a 5			

Tabella 6.2: analisi statistica effettuata mediante il Test Chi Quadro sulle frequenze nel campo "Autostima globale" nel primo e nel secondo test

Eseguendo il Test Chi Quadro e considerando il Test Esatto di Fisher risulta che tra i due gruppi non c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. = 1,000 $p < 0,05$)

La Tabella 6.3 riporta il calcolo della Media, della Mediana e le descrittive per variabili continue nella dimensione dell'Autostima globale nel Tempo 1 e nel Tempo 2.

TMA - AUTOSTIMA GLOBALE		
	T1	T2
MEDIA	90,85	95,69
MEDIANA	89	97
VARIANZA	112,8	91,28
DEVIAZIONE STANDARD	11,059	9,945
MINIMO	71	82
MASSIMO	111	118
RANGE	40	36
RANGE INTERQUARTILE	14	15,5

Tabella 6.3: calcolo della Media, della Mediana e descrittive per variabili continue nella "Autostima globale" in T1 e in T2

Analisi statistica attraverso il test di Wilcoxon

Le Tabelle 6.4 e 6.5 riportano l'analisi statistica compiuta attraverso il Test non parametrico di "Wilcoxon" per verificare se vi sia una differenza statisticamente significativa tra i risultati di T1 e quelli di T2 nella scala "Autostima globale".

	Numero	Media dei ranghi	Somma dei ranghi
Ranghi negativi	6 ^a	4,5	27
Ranghi positivi	7 ^b	9,14	64
Code	0 ^c		
Totale	13		

^a Autostima globale 2 < Autostima globale 1

^b Autostima globale 2 > Autostima globale 1

^c Autostima globale 2 = Autostima globale 1

Z	-1,294 ^a
Asymp. Sig. (2 code)	0,196

^a basato sui ranghi negativi

Tabelle 6.4 e 6.5: analisi statistica compiuta attraverso il Test di "Wilcoxon" nella scala "Autostima globale"

Eseguendo il Test statistico di Wilcoxon risulta che tra i risultati ottenuti nei due tempi non c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. =0,196 per $p < 0,05$)

6.1.2 Autostima scolastica

Anche nel retest la mediana della "Autostima scolastica" rimane inferiore al *cut off* (= 85) ed è ancora la scala con il punteggio più basso.

La Figura 6.2 riporta il confronto delle mediane nel primo e nel secondo test, nel campo "Autostima scolastica".

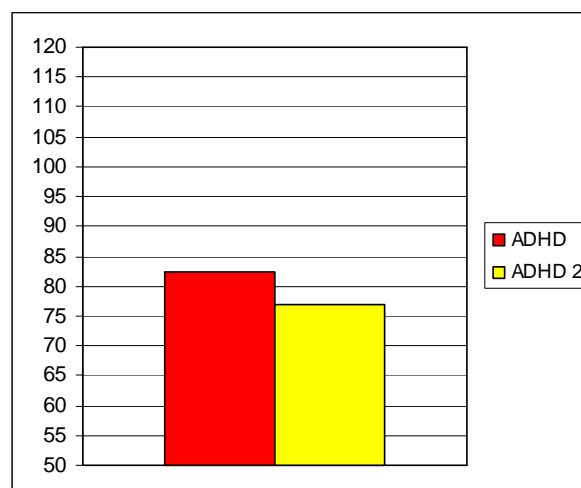


Figura 6.2: confronto delle mediane nel primo e nel secondo test, nel campo "Autostima scolastica"

Nella Figura 6.3 vengono evidenziate le percentuali relative a ciascuna classificazione di "Autostima scolastica" ottenute dai ragazzi con ADHD nel secondo test.

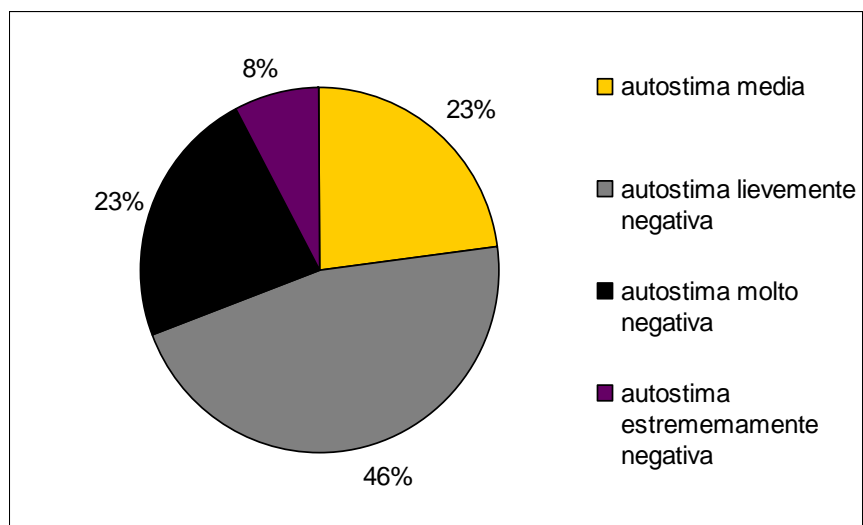


Figura 6.3: percentuali relative alle classificazioni di "Autostima scolastica" ottenute dai ragazzi con ADHD nel secondo test.

Considerando nel complesso il range di autostima negativa inferiore al *cut off*, si può osservare che il 77% dei ragazzi ha una "Autostima scolastica" negativa.

La Tabella 6.6 riporta la percentuale di ragazzi con "Autostima scolastica" *positiva* e la percentuale di ragazzi con "Autostima scolastica" *negativa* nel secondo test.

TMA - AUSTOSTIMA SCOLASTICA			
	Autostima negativa	Autostima positiva	Totale
TEMPO 1	7	6	13
	53,8%	46,2%	100,0%
TEMPO 2	10	3	13
	76,90%	23,10%	100,0%
Totale	17	9	26
	37,30%	62,70%	100,0%

Tabella 6.6 percentuale di ragazzi con "Autostima scolastica" positiva e percentuale di ragazzi con "Autostima scolastica" negativa nel secondo test

La Tabella 6.7 riporta l'analisi statistica effettuata mediante il Test Chi Quadro sulle frequenze nel campo "Autostima scolastica", nel primo e nel secondo test.

TMA - AUSTOSTIMA SCOLASTICA			
TEST CHI QUADRO			
	Valore	Significatività (2 code)	Sig. Esatta (2 code)
CHI QUADRO DI PEARSON	1,529	0,216	
TEST ESATTO DI FISHER			0,411
NUMERO DI CASI VALIDI	26		
^a In due celle il valore atteso è inferiore a 5			

Tabella 6.7: analisi statistica effettuata mediante il Test Chi Quadro sulle frequenze nel campo "Autostima scolastica" nel primo e nel secondo test

Eseguendo il Test Chi Quadro e considerando il Test Esatto di Fisher risulta che tra i due gruppi non c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. = 0,411 $p < 0,05$)

La Tabella 6.8 riporta il calcolo della Media, della Mediana e le descrittive per variabili continue nella dimensione della "Autostima scolastica" nel Tempo 1 e nel Tempo 2.

TMA - AUTOSTIMA SCOLASTICA		
	T1	T2
MEDIA	81,85	81,08
MEDIANA	84	77
VARIANZA	136,28	157,6
DEVIAZIONE STANDARD	12,151	13,087
MINIMO	52	61
MASSIMO	98	114
RANGE	46	53
RANGE INTERQUARTILE	16	12,5

Tabella 6.8: calcolo della Media, Mediana e descrittive per variabili continue nella "Autostima globale" in T1 e in T2

Analisi statistica attraverso il test di Wilcoxon

Le Tabelle 6.9 e 6.10 riportano l'analisi statistica compiuta attraverso il Test non parametrico di "Wilcoxon" per verificare se vi sia una differenza statisticamente significativa tra i risultati di T1 e quelli di T2 nella scala "Autostima scolastica".

	Numero	Media dei ranghi	Somma dei ranghi
Ranghi negativi	8 ^a	6,75	54
Ranghi positivi	5 ^b	7,4	37
Code	0 ^c		
Totale	13		

^a Autostima scolastica 2 < Autostima scolastica 1

^b Autostima scolastica 2 > Autostima scolastica 1

^c Autostima scolastica 2 = Autostima scolastica 1

Z	-0,595 ^a
Asymp. Sig. (2 code)	0,552

^a basato sui ranghi positivi

Tabelle 6.9 e 6.10: analisi statistica compiuta attraverso il Test di "Wilcoxon" nella scala "Autostima scolastica"

Eseguendo il Test statistico di Wilcoxon risulta che tra i risultati ottenuti nei due tempi non c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. =0,552 per $p < 0,05$)

6.2 Il Questionario SDQ

Nel retest, solo il punteggio mediano attribuito alla scala "Iperattività/disattenzione" risulta peggiorato e colloca i ragazzi del gruppo ADHD nella fascia *anormale*, mentre il punteggio mediano attribuito a tutte le altre scale colloca i ragazzi nella fascia *normale*.

Nella scala "Rapporti problematici con i pari", che viene considerata come cruciale per l'obiettivo dello studio, per la quale è stato assunto come *cut off* il punteggio 4, la mediana dei punteggi ottenuti è pari a 2.

La Figura 6.4 riporta il confronto dei punteggi mediани ottenuti nella scala "Difficoltà di rapporto con i pari" nel primo e nel secondo test.

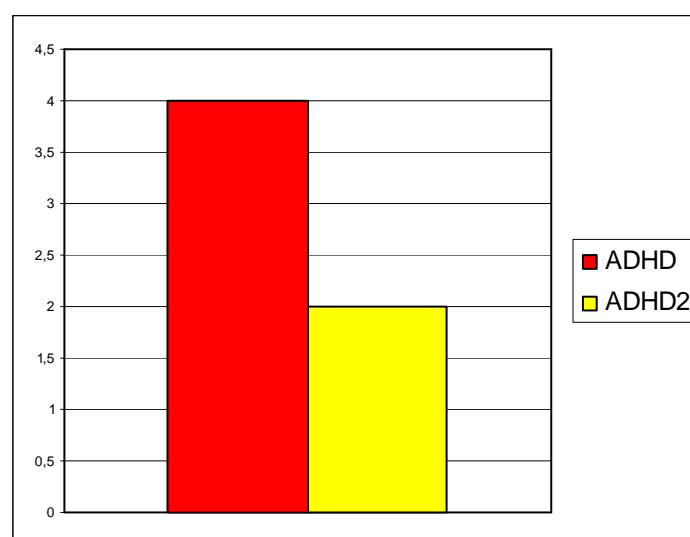


Figura 6.4: confronto dei punteggi mediани ottenuti nella scala "Rapporti problematici con i pari" nel primo e nel secondo test

La percentuale di soggetti con un punteggio che rientra nel range *caso limite o anormale* nel rapporto con i coetanei è del 26% (3/13) mentre nel primo test tale percentuale era del 64,2% (9/14).

I ragazzi hanno quindi la percezione di aver minori problemi con i coetanei, il miglioramento si registra nel 84% dei ragazzi.

Le Figure 6.5 e 6.6 riportano le percentuali di ragazzi con "Rapporti problematici con i pari" nel primo e nel secondo test.

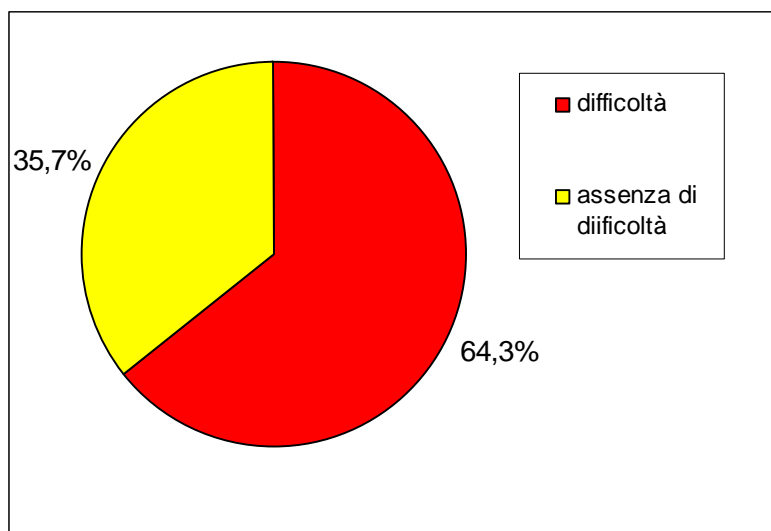


Figura 6.5: percentuale di ragazzi con "Rapporti problematici con i pari" nel primo test

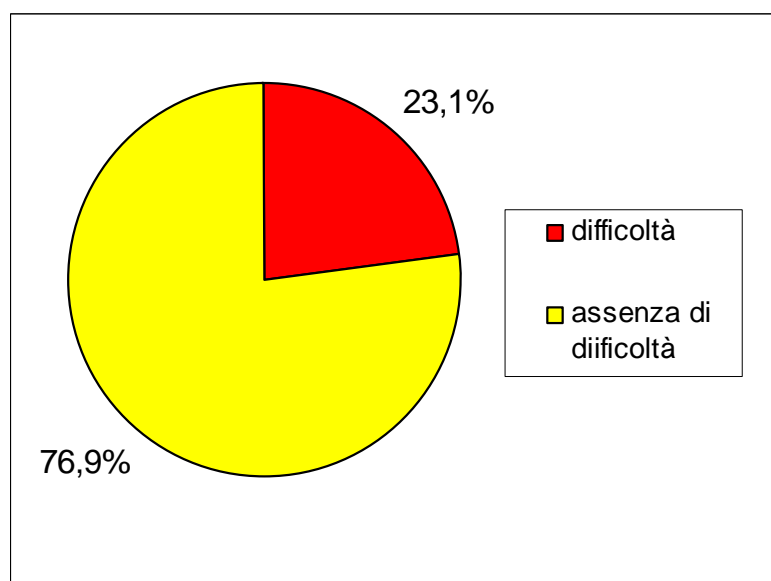


Figura 6.6: percentuale di ragazzi con "Rapporti problematici con i pari" nel secondo test

La Tabella 6.11 riporta la percentuale di ragazzi che ritengono di avere delle relazioni con i pari positive e la percentuale di ragazzi che ritengono di avere delle relazioni con i pari negative.

SDQ - RAPPORTI PROBLEMATICI CON I PARI			
	Relazioni negative (> = 4)	Relazioni positive (< = 4)	Totale
TEMPO 1	9	4	13
	69,2%	30,8%	100,0%
TEMPO 2	3	13	13
	23,1%	76,9%	100,0%
Totale	12	14	26
	46,2%	53,8%	100,0%

Tabella 6.11: percentuale di ragazzi che ritengono di avere delle relazioni con i pari positive e percentuale di ragazzi che ritengono di avere delle relazioni con i pari negative nei due tempi

La Tabella 6.12 riporta l'analisi statistica effettuata mediante il Test Chi Quadro sulle frequenze nel campo "Difficoltà di relazione", nel primo e nel secondo test.

SDQ - RAPPORTI PROBLEMATICI CON I PARI			
TEST CHI QUADRO			
	Valore	Significatività (2 code)	Sig. Esatta (2 code)
CHI QUADRO DI PEARSON	5,571	0,018	
TEST ESATTO DI FISHER			0,024
NUMERO DI CASI VALIDI	26		

Tabella 6.12 analisi statistica effettuata mediante il Test Chi Quadro sulle frequenze nel campo "Difficoltà di relazione", nel primo e nel secondo test

In questo caso eseguendo il Test Chi Quadro risulta che tra i due tempi c'è una differenza statisticamente significativa (Sig.= 0,018 per $p < 0,05$).

La Tabella 6.13 riporta il calcolo della Media, della Mediana e le descrittive per variabili continue nel campo "Difficoltà di relazione con i pari" Tempo 1 e nel Tempo 2.

SDQ - RAPPORTI PROBLEMATICI CON I PARI		
	T1	T2
MEDIA	3,54	2,54
MEDIANA	4	2
VARIANZA	4,094	6,402
DEVIAZIONE STANDARD	2,106	2,634
MINIMO	0	0
MASSIMO	8	10
RANGE	8	10
RANGE INTERQUARTILE	3	2

Tabella 6.13: calcolo della Media, della Mediana e descrittive per variabili continue nel campo "Difficoltà di relazione con i pari" in T1 e in T2

Analisi statistica attraverso il test di Wilcoxon

Le Tabelle 6.14 e 6.15 riportano l'analisi statistica compiuta attraverso il Test non parametrico di "Wilcoxon" per verificare se vi sia una differenza statisticamente significativa tra i risultati di T1 e quelli di T2 nella scala "Difficoltà di relazione".

	Numero	Media dei ranghi	Somma dei ranghi
Ranghi negativi	8 ^a	6,38	51
Ranghi positivi	3 ^b	5.00	15
Code	2 ^c		
Totale	13		

^a Difficoltà di relazione 2 < Difficoltà di relazione 1

^b Difficoltà di relazione 2 > Difficoltà di relazione 1

^c Difficoltà di relazione 2 = Difficoltà di relazione 1

Z	-0,1.616 ^a
Asymp. Sig. (2 code)	0,106

^a basato sui ranghi positivi

Tabelle 6.14 e 6.15: analisi statistica compiuta attraverso il Test di "Wilcoxon" nella scala "Difficoltà di relazione"

Eseguendo il Test statistico di Wilcoxon risulta che tra i risultati ottenuti nei due tempi non c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. =0,106 per $p < 0,05$).

6.3 Il Questionario CBCL

Il retest del questionario CBCL è stato completato da 12 dei 13 ragazzi che avevano aderito alla ricerca, pertanto l'analisi è stata fatta solo sui 12 soggetti che hanno effettuato il test nei due momenti (T1 e T2).

A distanza di un anno, la mediana dei valori ottenuti dai ragazzi in tutte le scale della sezione "Syndromes scales" rientra nel *Normal range*

Si evidenzia l'aumento di problematicità nelle scale "Ansia" e "Problemi somatici", mentre diminuiscono i valori mediani di problematicità nelle altre scale.

La Figura 6.7 riporta i valori mediani riportati in ogni scala della "Syndromes scales" nel primo e nel secondo test.

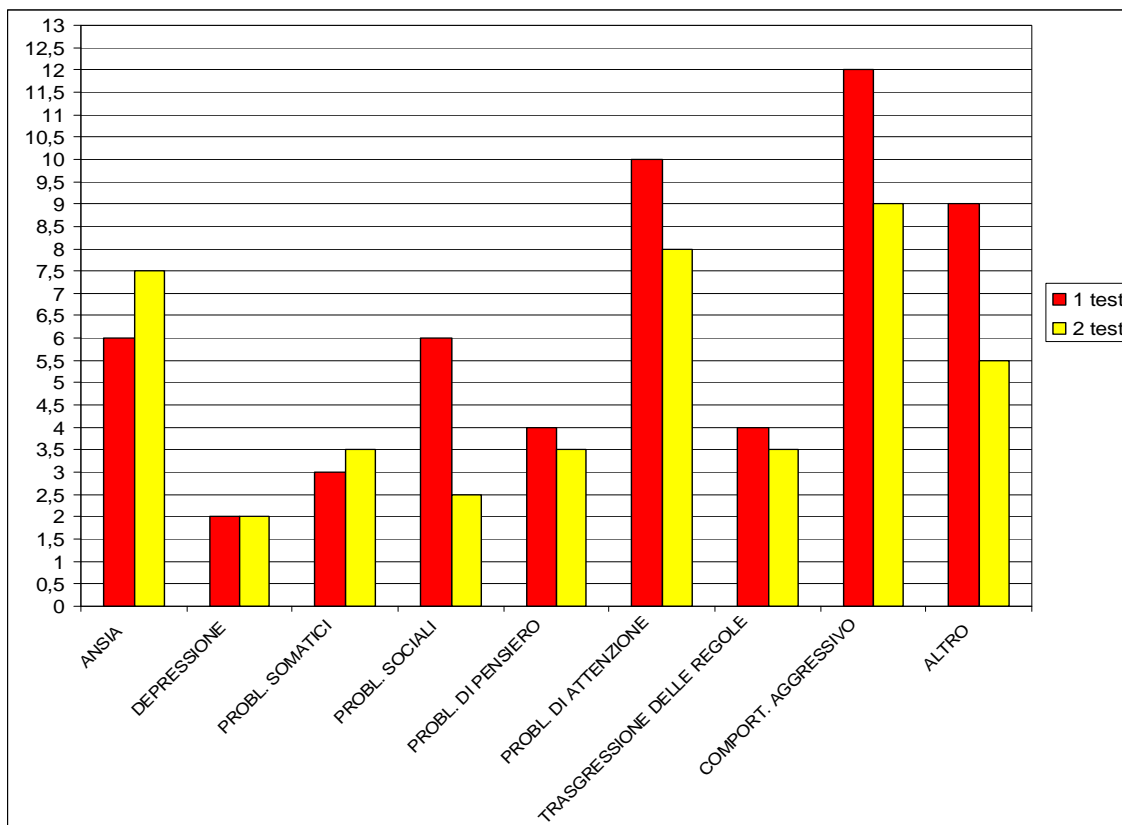


Figura 6.7: valori mediani riportati in ogni scala della "Syndromes scales" nel primo e nel secondo test

Raccogliendo i punteggi ottenuti nel secondo test in “Problemi internalizzati”, in “Problemi esternalizzati” e in “Altri problemi” si nota come il livello di problematicità si sia abbassato nel secondo test in entrambe le categorie.

La Figura 6.8 riporta le differenze tra le mediane dei due test in queste categorie:

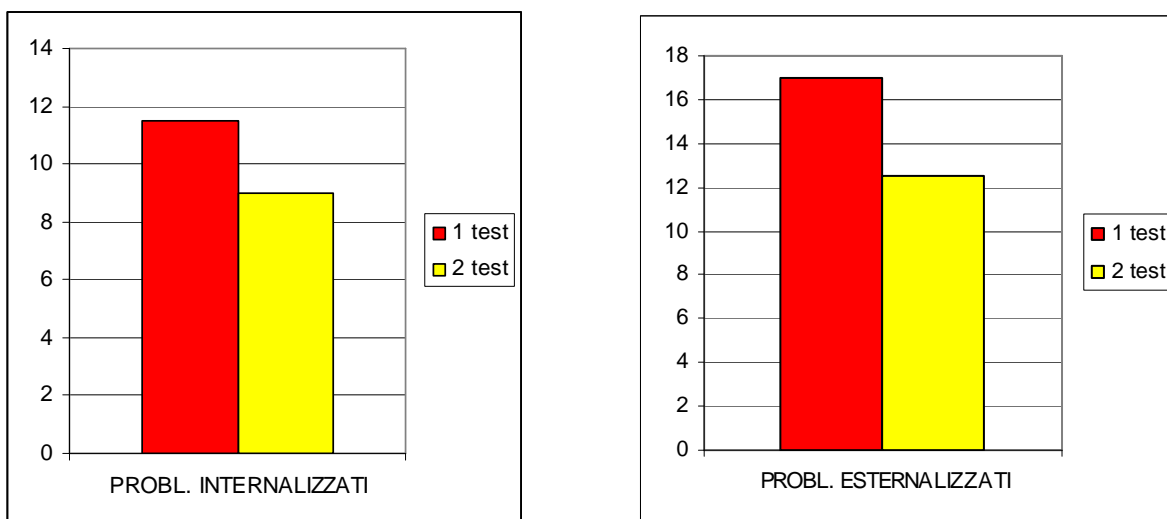


Figura 6.8 riporta le differenze tra le mediane dei due nelle categorie “Problemi internalizzati” e “Problemi esternalizzati”

6.3.1 I problemi sociali

La Tabella 6.16 riporta la percentuale di ragazzi che ritengono di avere delle problemi sociali e la percentuale di ragazzi che non ritengono di avere tali problemi nei due tempi.

CBCL - PROBLEMI SOCIALI			
	> 7 Problemi	< =7 Assenza di problemi	Totale
TEMPO 1	5	8	13
	38,5%	61,5%	100,0%
TEMPO 2	1	11	12
	8,3%	91,7%	100,0%
Totale	6	19	25
	24,0%	76,0%	100,0%

Tabella 6.16: percentuale di ragazzi che ritengono di avere problemi sociali e percentuale di ragazzi che non ritengono di avere problemi sociali nei due tempi

La Tabella 6.17 riporta l'analisi statistica effettuata mediante il Test Chi Quadro sulle frequenze nel campo "Problemi sociali", nel primo e nel secondo test.

CBCL - PROBLEMI SOCIALI			
TEST CHI QUADRO			
	Valore	Significatività (2 code)	Sig. Esatta (2 code)
CHI QUADRO DI PEARSON	3,105 ^a	0,078	
TEST ESATTO DI FISHER			0,160
NUMERO DI CASI VALIDI	25		
^a in due celle il valore atteso è inferiore a 5			

Tabella 6.17 analisi statistica effettuata mediante il Test Chi quadro sulle frequenze nel campo "Problemi sociali", nel primo e nel secondo test

Eseguendo il Test Chi Quadro e considerando il Test Esatto di Fisher risulta che tra i risultati ottenuti nei due tempi non c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. = 0,160 $p < 0,05$)

La Tabella 6.18 riporta il calcolo della Media, della Mediana e le descrittive per variabili continue nel campo "Problemi sociali" nel Tempo 1 e nel Tempo 2.

CBCL - PROBLEMI SOCIALI		
	T1	T2
MEDIA	5,38	2,92
MEDIANA	6	1
VARIANZA	9,77	15,57
DEVIAZIONE STANDARD	3,254	4,122
MINIMO	1	0
MASSIMO	9	15
RANGE	8	15
RANGE INTERQUARTILE	7	3,25

Tabella 6.18: calcolo della Media, della Mediana e descrittive per variabili continue nel campo "Problemi sociali" in T1 e in T2

Analisi statistica attraverso il test di Wilcoxon

Le Tabelle 6.19 e 6.20 riportano l'analisi statistica compiuta attraverso il Test non parametrico di "Wilcoxon" per verificare se vi sia una differenza statisticamente significativa tra i risultati di T1 e quelli di T2 nella scala "Problemi sociali".

	Numero	Media dei ranghi	Somma dei ranghi
Ranghi negativi	8 ^a	5,56	44,50
Ranghi positivi	2 ^b	5,25	10,50
Code	2 ^c		
Totale	12		

^a Problemi sociali 2 < Problemi sociali 1

^b Problemi sociali 2 > Problemi sociali 1

^c Problemi sociali 2 = Problemi sociali 1

Z	-1,736 ^a
Asymp. Sig. (2 code)	0,083

^a basato sui ranghi positivi

Tabelle 6.19 e 6.20: analisi statistica compiuta attraverso il Test di "Wilcoxon" nella scala "Problemi sociali"

Eseguendo il Test statistico di Wilcoxon risulta che tra i risultati ottenuti nei due tempi non c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. = 0,083 per $p < 0,05$).

6.3.2 La Competenza di socialità

La Tabella 6.21 riporta la percentuale di ragazzi con una "Competenza di socialità" positiva e di ragazzi con una "Competenza di socialità" negativa nel primo e nel secondo test.

CBCL - COMPETENZA DI SOCIALITÀ			
	Competenza positiva (< 6)	Competenza negativa (> = 6)	Totale
TEMPO 1	8	5	13
	61,5 %	38,5 %	100,0%
TEMPO 2	6	6	12
	50,0%	50,0%	100,0%
Totale	14	11	25
	56,0%	44,0%	100,0%

Tabella 6.21: percentuale di ragazzi che ritengono di avere una "Competenza di socialità" positiva e percentuale di ragazzi che ritengono di avere una "Competenza di socialità" negativa nei due tempi

La Tabella 6.22 riporta l'analisi statistica effettuata mediante il Test Chi Quadro sulle frequenze nel campo "Competenza di socialità", nel primo e nel secondo test.

CBCL - COMPETENZA DI SOCIALITÀ			
TEST CHI QUADRO			
	Valore	Significatività (2 code)	Sig. Esatta (2 code)
CHI QUADRO DI PEARSON	0,337	0,561	
TEST ESATTO DI FISHER			0,695
NUMERO DI CASI VALIDI	25		

Tabella 6.22: analisi statistica effettuata mediante il Test Chi Quadro sulle frequenze nel campo "Competenza di socialità", nel primo e nel secondo test

Eseguendo il Test Chi Quadro risulta che tra i due tempi non c'è una differenza statisticamente significativa (Sig.= 0,561 per $p < 0,05$).

La Tabella 6.23 riporta il calcolo della Media, della Mediana e le descrittive per variabili continue nel campo "Competenza di socialità" nel Tempo 1 e nel Tempo 2.

CBCL - COMPETENZA DI SOCIALITÀ		
	T1	T2
MEDIA	5,169	6,842
MEDIANA	4	6,3
VARIANZA	7,92	3,14
DEVIATIONE STANDARD	2,9304	1,8510
MINIMO	1,5	5,0
MASSIMO	11,7	10,0
RANGE	10,2	5
RANGE INTERQUARTILE	4,3	3,75

Tabella 6.23: calcolo della Media, della Mediana e descrittive per variabili continue nel campo "Competenza di socialità" in T1 e in T2

Analisi statistica attraverso il test di Wilcoxon

Le Tabelle 6.24 e 6.25 riportano l'analisi statistica compiuta attraverso il Test non parametrico di "Wilcoxon" per verificare se vi sia una differenza statisticamente significativa tra i risultati di T1 e quelli di T2 nella scala "Competenza di socialità".

	Numero	Media dei ranghi	Somma dei ranghi
Ranghi negativi	4 ^a	5,25	21,00
Ranghi positivi	8 ^b	7,13	57,00
Code	0 ^c		
Totale	12		

- ^a Competenza nella socialità 2 < Competenza nella socialità 1
- ^b Competenza nella socialità 2 > Competenza nella socialità 1
- ^c Competenza nella socialità 2 = Competenza nella socialità 1

Z	-1,413 ^a
Asymp. Sig. (2 code)	0,158

^a basato sui ranghi negativi

Tabelle 6.24 e 6.25: analisi statistica compiuta attraverso il Test di "Wilcoxon" nella scala "Competenza di socialità"

Eseguendo il Test statistico di Wilcoxon risulta che tra i risultati ottenuti nei due tempi non c'è una differenza statisticamente significativa (Sig. = 0,158 per $p < 0,05$).

Conclusioni

Il presente studio ha avuto l'obiettivo di portare un contributo alla ricerca nel campo del Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività esplorando, attraverso il ricorso a strumenti psicometrici, i tratti psicopatologici e di personalità in pazienti con questo disturbo in età evolutiva e di correlarli con l'evoluzione della malattia.

La ricerca si è situata all'interno delle più recenti prospettive sull'ADHD che considerano fondamentale, nel trattamento di questa sindrome, un training centrato sulla motivazione e sulle capacità emozionali e relazionali dell'individuo (Miranda, 2011).

Vermigli et al. (2002) definiscono "correlati del successo scolastico" tutti quei fattori che in maniera diversa contribuiscono alla formazione del livello di autostima di un individuo: si tratta di caratteristiche individuali, come il temperamento e il senso di autoefficacia, familiari, come i rapporti con i genitori o sociali, come la popolarità all'interno del gruppo classe. Queste variabili possono influenzare o essere influenzate dal successo scolastico; una buona riuscita scolastica rappresenta, per un adolescente, il raggiungimento di un traguardo importante nella costruzione di una buona immagine di sé. Vale però anche l'inverso: la motivazione allo studio e l'impegno per gli obiettivi prefissati sono strettamente connessi ad un'idea positiva delle proprie capacità (Zimmermann, 1995).

La ricerca condotta conferma l'ipotesi che esiste una forte correlazione tra la valutazione che fanno di sé i ragazzi, l'effettivo rendimento scolastico, la motivazione a studiare e le relazioni sociali.

In linea con la letteratura sull'argomento, i risultati ricavati dal questionario TMA (Test di valutazione multidimensionale dell'Autostima) hanno infatti evidenziato che:

- in tutte le scale l'autostima dei ragazzi con ADHD risulta minore di quella del gruppo di controllo;
- nella scala "Autostima globale" vi è una differenza significativa tra i due gruppi (significatività statistica nel Test Anova/T di Student e nei Test non parametrici di "Mann-Whitney" e "Wilcoxon");
- la scala con punteggio più basso in entrambi i gruppi è "Autostima scolastica";

- nella scala "Autostima scolastica" vi è una differenza significativa tra i due gruppi (significatività statistica nel Test Anova/T di Student e nei Test non parametrici di "Mann-Whitney" e "Wilcoxon").

Per quanto riguarda le relazioni sociali, i risultati ottenuti dal test SDQ (Questionario sulle capacità e sulle difficoltà) hanno evidenziato che:

- i ragazzi del gruppo ADHD ritengono di avere delle consistenti difficoltà nelle relazioni sociali;
- nella scala esaminata vi è una differenza significativa nei punteggi ottenuti dal gruppo ADHD e dal gruppo di controllo (c'è significatività statistica nel Test esatto di Fisher, nel Test Anova/T di Student e nei Test non parametrici di "Mann-Whitney" e "Wilcoxon");
- non sono state rilevate invece differenze tra i due gruppi in merito al comportamento prosociale.

Sempre nell'ambito dei rapporti interpersonali, i risultati ottenuti dal test CBCL (Child Behaviour Checklist, scale dei "Problemi sociali" e della "Competenza di socialità") hanno evidenziato che:

- i ragazzi del gruppo ADHD hanno maggiori livelli di problematicità in questi ambiti.
- nelle scale esaminate vi è una differenza significativa nei punteggi ottenuti dal gruppo ADHD e dal gruppo di controllo (significatività statistica nel Test esatto di Fisher, nel Test Anova/T di Student e nei Test non parametrici di "Mann-Whitney" e "Wilcoxon").

Al follow-up annuale i questionari compilati dal gruppo di ragazzi con ADHD indicano:

- un leggero miglioramento nella scala "Autostima globale" (la differenza di punteggio con il primo test, valutata statisticamente con il Test esatto di Fisher e con il Test non parametrico di "Wilcoxon" non risulta tuttavia significativa);
- un peggioramento nella scala "Autostima scolastica", che permane la scala con punteggio più basso (la differenza di punteggio con il primo test, valutata statisticamente con il Test esatto di Fisher e con il Test non parametrico di "Wilcoxon" non risulta tuttavia significativa);
- un miglioramento nell'ambito delle relazioni sociali: il questionario SDQ rileva che l'84% dei ragazzi ha ottenuto un punteggio inferiore a quello del primo test nella scala "Difficoltà di rapporto con i pari" (c'è significatività statistica nel Test esatto di Fisher,

nel Test Anova/T di Student e nei Test non parametrici di "Mann-Whitney" e "Wilcoxon");

- un lieve miglioramento nella scala "Problemi sociali" del questionario CBCL: il 58% dei ragazzi ha ottenuto un punteggio inferiore a quello del primo test (la differenza di punteggio con la prima compilazione di questa scala, valutata statisticamente con il Test esatto di Fisher e con il Test non parametrico di "Wilcoxon" non risulta tuttavia significativa);
- un leggero miglioramento anche nella scala delle "Competenze sociali": il 66% dei ragazzi ha ottenuto un punteggio maggiore di quello del primo test (la differenza di punteggio con la prima compilazione del questionario CBCL, valutata statisticamente con il Test esatto di Fisher e con il Test non parametrico di "Wilcoxon" non risulta tuttavia significativa).

La bassa autostima dei ragazzi con Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività rilevata dalla ricerca può essere indice di un senso di inadeguatezza, associato alla percezione di non gestibilità delle situazioni e di svalorizzazione delle proprie capacità. Lo stile disadattivo che ne risulta si ripercuote soprattutto a livello di performance scolastica.

La percezione del ruolo agito è vissuta dal soggetto, spesso in modo inconsapevole, con diversi livelli di malessere ed è frequente che prenda forma un circolo vizioso per cui il ragazzo etichettato come "incapace", avverte questa attribuzione, la vive con sofferenza e adotti di conseguenza comportamenti aggressivi, di rifiuto e di rabbia. In seguito ai feedback ambientali, diretti e indiretti, i bambini apprendono infatti schemi di risposta, che incorporano le esperienze passate, sono coerenti con esse e influiscono in certa misura sui comportamenti futuri.

Inoltre, poiché la consapevolezza di essere cercati, compresi e accettati dai compagni gioca un ruolo determinante nella costruzione di una buona idea di sé e nella formazione della propria identità, si può concludere che anche la scarsa competenza sociale dei ragazzi con ADHD influisce sulla loro percezione di sé. La frustrazione che deriva dall'essere escluso dai coetanei innesca un meccanismo per cui più il giovane è isolato, meno ha la possibilità di fare pratica e di costruirsi un repertorio di abilità sociali e più si consolida il rifiuto da parte dei pari (Hinshaw e Melnick, 1995).

Una ricerca più estesa potrebbe confermare l'ipotesi che vi sia una peggiore autostima nei soggetti con ADHD che hanno il Disturbo Oppositivo Provocatorio in comorbilità. Maggiori livelli di impulsività e minore autostima potrebbero infatti essere indici precoci di casi a maggior rischio di evoluzione verso il Disturbo da comportamento dirompente.

I dati sembrano suggerire che le difficoltà di autostima abbiano un'origine precoce e i risultati ottenuti dalla somministrazione dei questionari a distanza di un anno forniscono un quadro della situazione piuttosto stabile: non vi sono né miglioramenti né peggioramenti significativi. Si può supporre che i ragazzi con ADHD, che non hanno ricevuto un training mirato durante il periodo intercorso tra i due test, non abbiano effettivamente mutato la valutazione di sé stessi e delle loro performance scolastiche.

La valutazione dell'autostima non è parte integrante dei protocolli per il follow up dei bambini con ADHD in terapia, essa rappresenta tuttavia un indicatore indiretto molto sensibile delle necessità percepite dal paziente.

La ricerca suggerisce che anche la valutazione dell'autostima dovrebbe far parte della diagnosi di ADHD, risulta tuttavia necessario individuare e proporre test di più agevole compilazione e decodifica.

Un'indagine di questo tipo ed in particolare l'utilizzo del retest possono essere strumenti utili per individuare ulteriori interventi sui singoli bambini con ADHD.

I risultati confermano che la permanenza del disturbo è uno dei fattori che maggiormente incidono sull'outcome e si sottolinea pertanto l'importanza di una presa in carico precoce dei ragazzi con ADHD, con un training che comprenda attività specifiche per il potenziamento delle abilità sociali. L'intervento psicoeducativo sulle abilità interpersonali è dunque un aspetto importante di cui occuparsi, in quanto la qualità delle relazioni che il ragazzo riesce ad instaurare con gli altri influirà direttamente sulla sua autostima personale; una ricerca futura potrebbe considerare la progettazione e la realizzazione di un intervento riabilitativo per i ragazzi con questo disturbo, per i loro compagni e i loro insegnanti, al fine di migliorare la qualità della vita di classe.

L'autostima in un ambito specifico potrebbe essere incrementata aumentando le opportunità di successo in quest'area, attraverso l'istruzione, il *modeling* di comportamenti appropriati, il rinforzo per approssimazioni successive al comportamento adeguato (*shaping*) e la modificazione dell'ambiente. Per intervenire efficacemente su queste problematiche risulta fondamentale sensibilizzare i docenti, stimolandoli a favorire e a promuovere nei ragazzi una maggiore consapevolezza del proprio valore e una maggiore motivazione nei confronti dell'impegno scolastico. Gli interventi sporadici risultano tuttavia inefficaci: appare invece indispensabile che le attività vengano proposte in modo continuativo e regolare, in modo che entrino a far parte integrante della normale programmazione e organizzazione della vita quotidiana della classe e dello stile che caratterizza la relazione educativa.

La disseminazione dei dati di questa ricerca ha implicato la presentazione e la discussione dei risultati ottenuti sia con i ragazzi ADHD e con i loro genitori che con gli insegnanti che hanno aderito alla ricerca e la pubblicazione di articoli scientifici e divulgativi.

Sono stati organizzati inoltre degli incontri di formazione per insegnanti presso alcuni Istituti Comprensivi di Trieste con gli obiettivi di sensibilizzare i docenti alla conoscenza del disturbo e di fornire alcuni consigli pratici per una gestione più efficace degli alunni con ADHD nelle classi.

Infine, è in fase di realizzazione un opuscolo dal titolo “ADHD - Manuale di sopravvivenza per insegnanti” da distribuire alle scuole della provincia di Trieste.

Il limite della ricerca è stato l'esiguità del campione: entrambi i gruppi sono risultati infatti meno numerosi del previsto. Per quanto riguarda il gruppo di ragazzi con ADHD è stata individuata un'unica femmina (il numero di ragazze con questo disturbo è nettamente inferiore ai maschi, con un rapporto di circa 1:4) e di conseguenza i gruppi sono stati ristretti alla popolazione maschile.

Nel gruppo di controllo, invece, il principale ostacolo è stato il reclutamento di insegnanti disponibili ad aderire al progetto ed interessati ad avere un riscontro di queste problematiche nelle loro classi.

I genitori del gruppo di ragazzi con ADHD a cui è stata proposta la partecipazione alla ricerca si sono resi immediatamente disponibili, mentre è stato difficoltoso ottenere il consenso da parte dei genitori dei ragazzi del gruppo di controllo.

Per quanto riguarda la compilazione, le obiezioni sollevate dai ragazzi sono state la lunghezza dei test e la comprensione di alcuni item. In particolare, si ritiene importante per le ricerche future in cui si intenda proporre uno strumento *self report*, scegliere questionari più concisi e semplici nella compilazione.

Lo studio ha tuttavia anche diversi punti di forza quali la creazione di un lavoro di rete tra l'unità di Neuropsichiatria dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste ed il mondo della scuola, con un proficuo scambio di informazioni e la formulazione di una metodologia di ricerca poco usata nel campo dell'ADHD, ossia la somministrazione di questionari compilati direttamente da ragazzi con questo disturbo.

La ricerca ha cercato di fornire nuove linee di approccio al problema, utili ad orientare gli interventi psicologici e didattico educativi per prevenire i comportamenti a rischio e l'insuccesso scolastico. Un lavoro diretto agli aspetti di personalità può aiutare l'adolescente a tollerare gli

stress emotivi e ad affrontare le esperienze sociali in modo più adattativo, diventando così meno vulnerabile alle caratteristiche del disturbo.

Un ulteriore sviluppo di questa ricerca potrebbe analizzare, ampliando il campione di ragazzi con ADHD, se vi sia una differenza negli ambiti dell'autostima e delle relazioni tra pari tra un sottogruppo di ragazzi trattati farmacologicamente e un sottogruppo di ragazzi che abbia beneficiato di un altro tipo di intervento.

Il bambino con ADHD è una sfida impegnativa: è irrealistico credere che miglioramenti siano raggiungibili in tempi brevi e senza difficoltà. È necessario rispondere senza allarmismi agli insuccessi o alle ricadute e sono indispensabili conoscenza, dedizione e impegno, ma soprattutto risulta fondamentale combinare le nuove prospettive scientifiche ad interventi pratici.

L'obiettivo comune va perseguito attraverso il coordinamento e la sinergia tra specialisti ed educatori, per mezzo di uno scambio produttivo di competenze ed esperienze.

L'approfondimento scientifico e pedagogico, la ricerca e l'opera informativa e formativa dell'associazionismo rappresentano quindi un importante stimolo per la diffusione delle buone pratiche.

ALLEGATO 1: Criteri diagnostici del DSM IV- TR (APA, 2004) per il Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività

1) Tipo con disattenzione predominante

Sei o più dei seguenti sintomi di Disattenzione sono presenti per almeno sei mesi con un'intensità che provoca disadattamento e che contrasta con il livello di sviluppo

- a) spesso non riesce a prestare attenzione ai particolare o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro o in altre attività
- b) spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco
- c) spesso non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente
- d) spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le incombenze, o i doveri sul posto di lavoro (non a causa di comportamento oppositivo o di incapacità di capire le istruzioni)
- e) spesso a difficoltà ad organizzarsi nei compiti e nelle attività
- f) spesso evita, prova avversione o è riluttante ad impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto (come compiti a scuola o a casa)
- g) spesso perde gli oggetti necessari per i compiti o le attività (per esempio giocattoli, compiti di scuola, matite, libri o strumenti)
- h) spesso è facilmente distratto da stimoli esterni
- i) spesso è sbadato nelle attività quotidiane

2) Tipo con iperattività/impulsività predominante

Sei (o più) dei seguenti sintomi di Iperattività/Impulsività sono presenti per almeno 6 mesi con un'intensità che provoca disadattamento e che contrasta con il livello di sviluppo

- a) spesso muove con irrequietezze mani o piedi e si dimena sulla sedia
- b) spesso lascia il proprio posto a sedere in classe o in altre situazioni in cui ci si aspetta che resti seduto
- c) spesso scorrazza e salta dovunque in modo eccessivo in situazioni in cui ciò è fuori luogo (negli adolescenti o negli adulti ciò può limitarsi a sentimenti soggettivi di irrequietezza)

d) spesso ha difficoltà a giocare o a dedicarsi a divertimenti in modo tranquillo

e) è spesso "sotto pressione" o agisce come se fosse "motorizzato"

f) spesso parla troppo

Impulsività

g) spesso "spara" le risposte prima che le domande siano state completate

h) spesso ha difficoltà ad attendere il proprio turno

i) spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti (per esempio si intromette nelle conversazioni o nei giochi)

Il DSM-IV indica inoltre altri specifici criteri che devono essere contemporaneamente presenti per una diagnosi positiva di ADHD:

- Alcuni dei sintomi di iperattività-impulsività o di disattenzione che causano compromissione erano presenti prima dei sette anni di età.
- Una certa menomazione a seguito dei sintomi è presente in due o più contesti (per esempio a scuola o al lavoro e a casa).
- Deve esservi una evidente compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo (secondo la valutazione del clinico).
- Un criterio di esclusione adottato è di considerare che i sintomi non si manifestino esclusivamente durante il decorso di un altro disturbo mentale e non risultano meglio attribuibili ad un altro disturbo mentale.

ALLEGATO 2: Questionario TMA

TMA

Test multidimensionale dell'autostima

Bruce A. Bracken

PROTOCOLLO DI VALUTAZIONE PER L'ESAMINATORE

SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI

Nome _____

Scuola _____

Sesso _____ Classe _____

Nome e qualifica dell'esaminatore _____

Luogo della somministrazione _____

	Anno	Mese	Giorno
Data di somministrazione	_____	_____	_____
Data di nascita	_____	_____	_____
Età cronologica	_____	_____	_____

NOTE

SEZIONE II – ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Leggete le seguenti affermazioni e date una delle quattro risposte possibili a seconda di quanto credete che siano «vere» per voi. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, ma è importante che valutate ogni frase sulla base delle sensazioni che provoca in voi. Rispondete con sincerità. Per dare le risposte, basta sbarrare la casella posta sotto la sigla che, di volta in volta, corrisponde ai sentimenti che l'affermazione suscita in voi. A ogni affermazione si può rispondere:

Assolutamente Vero	Vero	Non è Vero	Non è Assolutamente Vero
(AV)	(V)	(NV)	(NAV)

© 1993, Bracken, TMA, Trento, Erickson. Questa scheda può essere liberamente fotocopiata.

SCALA DELLE RELAZIONI INTERPERSONALI								
Assolutamente Vero (AV)	Vero (V)	Non è Vero (NV)	Non è Assolutamente Vero (NAV)					
				AV	V	NV	NAV	PUNTEGGIO
1. Di solito con me ci si diverte molto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2. La gente non sembra molto interessata a parlare con me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3. Sono troppo timido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4. Piaccio alla maggior parte della gente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5. Gli altri mi evitano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6. Molte persone si burlano di me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7. Non sono accettato da coloro che mi conoscono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8. La maggior parte della gente mi trova interessante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9. Alla gente piace stare con me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10. Il più delle volte mi sento ignorato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11. Mi sento ammirato dalle persone dell'altro sesso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12. Nessuno ride quando racconto barzellette.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13. La maggior parte della gente mi apprezza così come sono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
14. Spesso mi sento lasciato fuori.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15. La gente dice bugie sul mio conto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16. Ho molti amici.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17. Passo molto tempo sentendomi solo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
18. Non sono mai sicuro di cosa fare quando mi trovo con persone che non conosco bene.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
19. Gli altri mi dicono i loro segreti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
20. La gente se la prende con me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
21. Ho l'impressione che gli altri non si accorgano di me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
22. Ricevo molte telefonate dagli amici.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
23. Molte persone hanno una scarsa opinione di me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
24. Permetto agli altri di approfittarsi di me in maniera eccessiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
25. Bisogna che gli altri mi conoscano prima che io possa piacere loro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Punteggio grezzo totale della scala interpersonale								

© 1993, Bracken, TMA, Trento, Erickson. Questa scheda può essere liberamente fotocopiata.

SCALA DELLA COMPETENZA DI CONTROLLO DELL'AMBIENTE

Assolutamente Vero (AV) Vero (V) Non è Vero (NV) Non è Assolutamente Vero (NAV)

	AV	V	NV	NAV	PUNTEGGIO
26. Sono onesto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. Troppo spesso dico qualcosa di sbagliato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. Sono troppo pigro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. Ho un buon senso dell'umorismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30. Sono sostanzialmente un debole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31. Sento che la maggior parte della gente mi rispetta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32. Non sono molto bravo nel dire come la penso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33. So far valere le mie ragioni quando è necessario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34. Sono sfortunato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35. Ho fiducia in me stesso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36. Non mi sembra di avere alcun controllo sulla mia vita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37. Spesso rimando cose importanti da fare finché è troppo tardi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
38. Do alla gente buoni motivi per fidarsi di me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
39. Non sono bravo come dovrei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40. Non riesco a stare tranquillo quando dovrei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
41. Ho successo in quasi tutto quel che faccio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
42. Riesco a gestire le mie cose con senso di responsabilità.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
43. Manco di buonsenso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
44. Sembra che io sia sempre nei guai.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
45. Riesco a fare piuttosto bene la maggior parte delle cose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
46. Non sono molto intelligente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
47. Per molti aspetti sono un vigliacco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
48. Gli altri credono che diventerò qualcuno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
49. Troppo spesso faccio stupidaggini senza pensare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
50. Butto via i soldi in modo stupido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Punteggio grezzo totale della scala della competenza					71

SCALA DELL'EMOTIVITÀ					
Assolutamente Vero (AV)	Vero (V)	Non è Vero (NV)	Non è Assolutamente Vero (NAV)		
				AV V NV NAV PUNTEGGIO	
51. Mi piace la vita.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
52. Ho paura di molte cose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
53. Ci sono molte cose che vorrei cambiare di me stesso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
54. Non riesco a prendermi in giro molto facilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
55. Non sono una persona felice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
56. Sono orgoglioso di me stesso.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
57. Mi sento un fallimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
58. La mia vita è scoraggiante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
59. Sono contento di me così come sono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
60. Sono troppo emotivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
61. Ho un buon autocontrollo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
62. Spesso deludo me stesso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
63. La mia vita è instabile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
64. Guardo la vita da una prospettiva positiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
65. Spesso sono confuso riguardo ai miei sentimenti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
66. Qualche volta mi sembra di non valere nulla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
67. Spesso mi vergogno delle cose che ho fatto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
68. Spesso mi sento indifeso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
69. Mi sento amato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
70. Vorrei essere qualcun altro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
71. Mi sento insicuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
72. Sono una brava persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
73. Non sono felice come sembro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
74. Di solito sono molto rilassato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
75. A volte non mi piaccio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Punteggio grezzo totale della scala dell'emotività					

© 1993, Bracken, TMA, Trento, Erickson. Questa scheda può essere liberamente fotocopiata.

SCALA DEL SUCCESSO SCOLASTICO

Assolutamente Vero (AV) **Vero (V)** **Non è Vero (NV)** **Non è Assolutamente Vero (NAV)**

	AV	V	NV	NAV	PUNTEGGIO
76. I compagni in genere apprezzano le mie idee.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
77. Spesso mi sento impreparato per la lezione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
78. Sono bravo in matematica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
79. Studiare è difficile per me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
80. In genere vado bene alle prove.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
81. Sono fiero del mio lavoro scolastico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
82. Riesco a scrivere meglio della maggior parte dei ragazzi della mia età.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
83. Leggo bene quanto la maggior parte dei ragazzi della mia età.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
84. Non sono capace di pensare molto in fretta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
85. Mi impegno più della maggior parte dei miei compagni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
86. Non capisco molto quel che leggo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
87. Imparo con facilità.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
88. Pare che io non abbia mai buone idee.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
89. Gli insegnanti apprezzano il mio comportamento in classe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
90. Spesso mi sento tonto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
91. Piaccio alla maggior parte dei miei insegnanti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
92. Non sono molto capace di organizzare il mio studio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
93. Le scienze sono facili per me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
94. A scuola mi sento a disagio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
95. Di solito studio sodo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
96. La maggior parte della gente preferisce lavorare con me piuttosto che con chiunque altro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
97. I miei insegnanti hanno una scarsa opinione di me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
98. La maggior parte delle materie sono piuttosto facili per me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
99. Non sono molto creativo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
100. In genere sono soddisfatto dei miei compiti scritti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Punteggio grezzo totale della scala del successo scolastico					

SCALA DELLA VITA FAMILIARE								
Assolutamente Vero (AV)	Vero (V)	Non è Vero (NV)	Non è Assolutamente Vero (NAV)					
				AV	V	NV	NAV	PUNTEGGIO
101.	I miei genitori si preoccupano della mia felicità.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
102.	La mia famiglia mi fa sentire amato.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
103.	La mia famiglia rovina tutto quello che faccio o che vorrei fare.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
104.	Nella mia famiglia ci prendiamo cura l'uno dell'altro.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
105.	Mi sento apprezzato dalla mia famiglia.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
106.	Mi diverto con la mia famiglia.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
107.	Vorrei cambiare la mia famiglia con quella di qualcun altro.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
108.	I miei genitori si interessano a me.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
109.	I miei genitori non hanno fiducia in me.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
110.	La mia casa è calda e accogliente.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
111.	Ai miei genitori non piace avermi intorno.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
112.	I miei genitori mi aiutano quando ne ho bisogno.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
113.	Sono un membro importante della mia famiglia.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
114.	I miei genitori sono orgogliosi di me.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
115.	La mia famiglia non ha niente di buono.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
116.	Nulla di ciò che faccio sembra far piacere ai miei genitori.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
117.	I miei genitori sono sempre presenti quando partecipo a gare (o altre occasioni) importanti per me.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
118.	I miei genitori credono in me.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
119.	Sono fiero della mia famiglia.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
120.	I miei genitori si prendono cura della mia educazione.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
121.	La mia famiglia è una delle cose più importanti della mia vita.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
122.	I miei genitori mi amano così come sono.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
123.	Non so perché la mia famiglia sta insieme.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
124.	I miei genitori pensano al mio futuro.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
125.	La mia casa non è un luogo felice.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Punteggio grezzo totale della scala della vita familiare								

© 1993, Bracken, TMA, Trento, Erickson. Questa scheda può essere liberamente fotocopiata.

SCALA DEL VISSUTO CORPOREO								
Assolutamente Vero (AV)	Vero (V)	Non è Vero (NV)	Non è Assolutamente Vero (NAV)					
				AV	V	NV	NAV	PUNTEGGI
126.	126.	126.	126.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
127.	127.	127.	127.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
128.	128.	128.	128.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
129.	129.	129.	129.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
130.	130.	130.	130.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
131.	131.	131.	131.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
132.	132.	132.	132.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
133.	133.	133.	133.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
134.	134.	134.	134.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
135.	135.	135.	135.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
136.	136.	136.	136.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
137.	137.	137.	137.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
138.	138.	138.	138.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
139.	139.	139.	139.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
140.	140.	140.	140.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
141.	141.	141.	141.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
142.	142.	142.	142.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
143.	143.	143.	143.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
144.	144.	144.	144.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
145.	145.	145.	145.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
146.	146.	146.	146.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
147.	147.	147.	147.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
148.	148.	148.	148.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
149.	149.	149.	149.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
150.	150.	150.	150.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Punteggio grezzo totale della scala del vissuto corporeo								

© 1993, Bracken, TMA, Trento, Erickson. Questa scheda può essere liberamente fotocopiata.

ALLEGATO 3: Questionario SDQ

Questionario sulle capacità e sulle difficoltà (SDQ-Ita) A 11-16

Per ciascuna domanda metti un crocetta su una delle tre caselle: non vero, parzialmente vero, assolutamente vero. Sarebbe utile che rispondi a tutte le domande nel migliore dei modi possibile, anche se non sei completamente sicuro o la domanda ti sembra un pó sciocca! Devi rispondere sulla base della tua esperienza negli ultimi sei mesi.

Nome Maschio/Femmina

Data di nascita

	Non Vero	Parzialmente Vero	Assolutamente Vero
Cerco di essere gentile verso gli altri; sono rispettoso dei loro sentimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono agitato(a), non riesco a stare fermo per molto tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffro spesso mal di testa, mal di stomaco o nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condivido volentieri con gli altri (dolci, giocattoli, matite ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesso ho delle crisi di collera o sono di cattivo umore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono piuttosto solitario, tendo a giocare da solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generalmente sono obbediente e faccio quello che mi è stato detto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho molte preoccupazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono di aiuto se qualcuno si fa male, è arrabbiato o malato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono costantemente in movimento; spesso mi sento a disagio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho almeno un buon amico o una buona amica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesso litigo. Costringo gli altri a fare quello che voglio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono spesso infelice o triste; piango facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generalmente sono ben accettato(a) dalle persone della mia età	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono facilmente distratto(a); trovo difficile concentrarmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le situazioni nuove mi rendono nervoso(a), mi sento poco sicuro di me stesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono gentile con i bambini piccoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono spesso accusato(a) di essere un bugiardo o un(a) ingannatore(trice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono preso(a) di mira e preso(a) in giro dalle persone della mia età	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono spesso volontario per aiutare gli altri (genitori, insegnanti, bambini)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penso prima di fare qualcosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho rubato degli oggetti che non mi appartenivano da casa, da scuola o dagli altri posti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho migliori rapporti con gli adulti che con le persone della mia età	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho molte paure, mi spavento facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono in grado di finire ciò che mi viene chiesto; rimango concentrato(a) per tutto il tempo necessario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hai qualche altro commento o preoccupazione?

Voltare la pagina - ci sono altre domande sull'altro lato

In generale, pensi di avere alcune delle difficoltà elencate nelle seguenti categorie:
L'emozioni, la concentrazione, il comportamento o la capacità di andare d'accordo con gli altri?

No	Si, difficoltà minori	Si, difficoltà importanti	Si, difficoltà severe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se hai risposto "Sì", continua con le seguenti domande:

• Da quanto tempo hai avuto queste difficoltà?

Meno di un mese	1-5 mesi	6-12 mesi	Più di un anno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Queste difficoltà ti turbano o ti fanno soffrire?

Per niente	Solo un pò	Abbastanza	Molto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Queste difficoltà interferiscono con la vita quotidiana...?

	Per niente	Solo un pò	Abbastanza	Molto
LA VITA FAMILIARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LE AMICIZIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'APPRENDIMENTO A SCUOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IL TEMPO LIBERO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Queste difficoltà rendono dura la vita per gli altri (la famiglia, gli amici, gli insegnanti, ecc.)?

Per niente	Solo un pò	Abbastanza	Molto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma

Data

Grazie per il tuo aiuto

© Robert Goodman, 2005

ALLEGATO 4: Questionario CBCL

QUESTIONARIO SUL COMPORTAMENTO DEL GIOVANE - Anni 11 - 18																								
Youth Self Report for Ages 11 - 18 di Thomas M. Achenbach – 2001																								
INDICA IL TUO NOME E COGNOME		Professione dei genitori , anche se attualmente non lavorano. <i>Per favore specificare il tipo di professione (per esempio: meccanico, insegnante di scuola superiore, casalinga, operaio, tornitore, venditore di calzature, sergente dell'esercito).</i>																						
SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETA'	GRUPPO ETNICO O RAZZA																						
DATA ODIERNA		LA TUA DATA DI NASCITA																						
CLASSE FREQUENTATA	Se stai lavorando, per favore indica il tipo di lavoro:		PADRE: Professione _____ MADRE: Professione _____																					
NON FREQUENTO LA SCUOLA <input type="checkbox"/>			Per favore compila questo questionario che deve riflettere il tuo punto di vista anche se altre persone potrebbero non essere d'accordo. Sentiti libero di esprimere commenti aggiuntivi accanto ad ogni voce e nello spazio previsto a pag. 3 e 6.																					
Accertati di rispondere a tutte le domande																								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 5px;"> I Per favore elenca gli sport che ami maggiormente praticare <i>Per esempio: nuoto, calcio, pallacanestro, pattinaggio, ciclismo, pesca, ecc.</i> <input type="checkbox"/> NESSUNO </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 5px;"> Rispetto agli altri ragazzi della tua età quanto tempo trascorri in ognuno degli sport elencati? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Meno degli altri</td> <td style="text-align: center;">Come gli altri</td> <td style="text-align: center;">Più degli altri</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 5px;"> Rispetto agli altri ragazzi della tua età come pratichi ciascuno di questi sport? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Peggio degli altri</td> <td style="text-align: center;">Come gli altri</td> <td style="text-align: center;">Meglio degli altri</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">a. _____</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">b. _____</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">c. _____</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				I Per favore elenca gli sport che ami maggiormente praticare <i>Per esempio: nuoto, calcio, pallacanestro, pattinaggio, ciclismo, pesca, ecc.</i> <input type="checkbox"/> NESSUNO	Rispetto agli altri ragazzi della tua età quanto tempo trascorri in ognuno degli sport elencati? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Meno degli altri</td> <td style="text-align: center;">Come gli altri</td> <td style="text-align: center;">Più degli altri</td> </tr> </table>	Meno degli altri	Come gli altri	Più degli altri	Rispetto agli altri ragazzi della tua età come pratichi ciascuno di questi sport? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Peggio degli altri</td> <td style="text-align: center;">Come gli altri</td> <td style="text-align: center;">Meglio degli altri</td> </tr> </table>	Peggio degli altri	Come gli altri	Meglio degli altri	a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I Per favore elenca gli sport che ami maggiormente praticare <i>Per esempio: nuoto, calcio, pallacanestro, pattinaggio, ciclismo, pesca, ecc.</i> <input type="checkbox"/> NESSUNO	Rispetto agli altri ragazzi della tua età quanto tempo trascorri in ognuno degli sport elencati? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Meno degli altri</td> <td style="text-align: center;">Come gli altri</td> <td style="text-align: center;">Più degli altri</td> </tr> </table>	Meno degli altri	Come gli altri	Più degli altri	Rispetto agli altri ragazzi della tua età come pratichi ciascuno di questi sport? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Peggio degli altri</td> <td style="text-align: center;">Come gli altri</td> <td style="text-align: center;">Meglio degli altri</td> </tr> </table>	Peggio degli altri	Come gli altri	Meglio degli altri																
Meno degli altri	Come gli altri	Più degli altri																						
Peggio degli altri	Come gli altri	Meglio degli altri																						
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 5px;"> II Per favore elenca i tuoi hobby, attività e giochi preferiti oltre agli sport. <i>Per esempio: carte, libri, pianoforte, macchine, computer, arte, ecc. (Da non includere radio e TV)</i> <input type="checkbox"/> NESSUNO </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 5px;"> Rispetto agli altri ragazzi della tua età quanto tempo dedichi a ciascuna di queste attività? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Meno degli altri</td> <td style="text-align: center;">Come gli altri</td> <td style="text-align: center;">Più degli altri</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 5px;"> Rispetto agli altri ragazzi della tua età quanto bene svolgi ciascuna di queste attività? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Peggio degli altri</td> <td style="text-align: center;">Come gli altri</td> <td style="text-align: center;">Meglio degli altri</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">a. _____</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">b. _____</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">c. _____</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				II Per favore elenca i tuoi hobby, attività e giochi preferiti oltre agli sport. <i>Per esempio: carte, libri, pianoforte, macchine, computer, arte, ecc. (Da non includere radio e TV)</i> <input type="checkbox"/> NESSUNO	Rispetto agli altri ragazzi della tua età quanto tempo dedichi a ciascuna di queste attività? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Meno degli altri</td> <td style="text-align: center;">Come gli altri</td> <td style="text-align: center;">Più degli altri</td> </tr> </table>	Meno degli altri	Come gli altri	Più degli altri	Rispetto agli altri ragazzi della tua età quanto bene svolgi ciascuna di queste attività? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Peggio degli altri</td> <td style="text-align: center;">Come gli altri</td> <td style="text-align: center;">Meglio degli altri</td> </tr> </table>	Peggio degli altri	Come gli altri	Meglio degli altri	a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II Per favore elenca i tuoi hobby, attività e giochi preferiti oltre agli sport. <i>Per esempio: carte, libri, pianoforte, macchine, computer, arte, ecc. (Da non includere radio e TV)</i> <input type="checkbox"/> NESSUNO	Rispetto agli altri ragazzi della tua età quanto tempo dedichi a ciascuna di queste attività? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Meno degli altri</td> <td style="text-align: center;">Come gli altri</td> <td style="text-align: center;">Più degli altri</td> </tr> </table>	Meno degli altri	Come gli altri	Più degli altri	Rispetto agli altri ragazzi della tua età quanto bene svolgi ciascuna di queste attività? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Peggio degli altri</td> <td style="text-align: center;">Come gli altri</td> <td style="text-align: center;">Meglio degli altri</td> </tr> </table>	Peggio degli altri	Come gli altri	Meglio degli altri																
Meno degli altri	Come gli altri	Più degli altri																						
Peggio degli altri	Come gli altri	Meglio degli altri																						
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
DOPO ESSERTI ASSICURATO DI AVER RISPOSTO A TUTTE LE DOMANDE VAI ALLA PAGINA SUCCESSIVA																								
<small> Youth Self Report for Ages 11 - 18 Copyright 2001 T. Achenbach, ASEBA, University of Vermont (USA) Questionario sul comportamento del giovane (11 - 18 anni). Riproduzione autorizzata. Versione italiana curata da A. Frigerio (Istituto Scientifico E. Medea - Associazione La Nostra Famiglia - Bosisio Parini - Lecco) Traduzioni A. Frigerio (Istituto Scientifico E. Medea - Associazione La Nostra Famiglia - Bosisio Parini - Lecco); F. Giannotti e F. Cortesi (Università "La Sapienza" di Roma); A. Milone (Istituto Scientifico Stella Maris, Calambrone - Pisa) ©2001 </small>																								
<small>Riproduzioni non autorizzate sono perseguibili per legge</small>																								
<small>1 di</small>																								

III Per favore elenca qualsiasi organizzazione, club, squadra o gruppo a cui appartieni

Rispetto agli altri ragazzi della tua età quanto sei attivo in ciascuna di queste?

<input type="checkbox"/> NESSUNO	Meno attivo degli altri	Attivo come gli altri	Più attivo degli altri
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV Per favore elenca qualsiasi lavoro o lavoretto che fai

Rispetto agli altri ragazzi della tua età come svolgi queste attività?

Per esempio: fare il /la babysitter, rifare il letto, lavorare in un negozio, ecc. (Inclusi i lavori remunerati e non remunerati)

<input type="checkbox"/> NESSUNO	Peggio degli altri	Come gli altri	Meglio degli altri
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V 1. Più o meno, quanti amici intimi hai? (non includere fratelli o sorelle) NESSUNO 1 2 o 3 4 o più

2. Più o meno, quante volte alla settimana fai delle cose con gli amici al di fuori degli orari scolastici? (non includere fratelli o sorelle) Meno di una 1 o 2 3 o più

VI Rispetto agli altri ragazzi della tua età, in che modo:

	Peggio degli altri	Come gli altri	Meglio degli altri	
a. Vai d'accordo con i tuoi fratelli e sorelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Io non ho fratelli o sorelle
b. Vai d'accordo con gli altri ragazzi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Vai d'accordo con i tuoi genitori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Fai delle cose da solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DOPO ESSERTI ASSICURATO DI AVER RISPOSTO A TUTTE LE DOMANDE VAI ALLA PAGINA SUCCESSIVA

Youth Self Report for Ages 11 - 18 Copyright 2001 T. Achenbach, ASEBA, University of Vermont (USA)
 Questionario sul comportamento del giovane (11 - 18 anni). Riproduzione autorizzata.
 Versione italiana curata da A. Frigerio (Istituto Scientifico E. Medea - Associazione La Nostra Famiglia - Bosisio Parini - Lecco)
 Traduzioni A. Frigerio (Istituto Scientifico E. Medea - Associazione La Nostra Famiglia - Bosisio Parini - Lecco);
 F. Giannotti e F. Cortesi (Università "La Sapienza" di Roma); A. Milone (Istituto Scientifico Stella Maris, Calambrone - Pisa) ©2001

Riproduzioni non autorizzate sono perseguibili per legge

VII Attuale rendimento scolastico Non vado a scuola perchè: _____

Fai una crocetta per ogni voce

	Fallimento / Insuccesso	Al di sotto della media	Intorno alla media	Sopra la media
a. Lettura, scrittura, grammatica o letteratura italiana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Storia o Studi Sociali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Aritmetica o Matematica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Scienze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre materie scolastiche, per esempio: geografia, lingue straniere, informatica (non includere Educazione Fisica o altre materie non scolastiche)				
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hai qualche malattia, disabilità o handicap?

NO SI Per favore descrivere _____

Per favore descrivi qualsiasi preoccupazione o problema che hai riguardo la scuola:

Per favore descrivi qualsiasi altra preoccupazione che hai:

Per favore descrivi le cose migliori che ti riguardano:

DOPO ESSERTI ASSICURATO DI AVER RISPOSTO A TUTTE LE DOMANDE VAI ALLA PAGINA SUCCESSIVA

Youth Self Report for Ages 11 - 18 Copyright 2001 T. Achenbach, ASEBA, University of Vermont (USA)
 Questionario sul comportamento del giovane (11 - 18 anni). Riproduzione autorizzata.
 Versione italiana curata da A. Frigerio (Istituto Scientifico E. Medea - Associazione La Nostra Famiglia - Bosisio Parini - Lecco)
 Traduzioni A. Frigerio (Istituto Scientifico E. Medea - Associazione La Nostra Famiglia - Bosisio Parini - Lecco);
 F. Giannotti e F. Cortesi (Università "La Sapienza" di Roma); A. Milone (Istituto Scientifico Stella Maris, Calambrone - Pisa) ©2001

Riproduzioni non autorizzate sono perseguibili per legge

3 di 6

Di seguito è riportato un elenco di affermazioni che descrivono i ragazzi. Per ogni voce che ti descrive, allo **stato attuale o negli ultimi sei mesi**, sei pregato di mettere una crocetta: sul due (**2**) se l'affermazione è **molto vera, o per lo più vera**; sull'uno (**1**) se l'affermazione è **in parte o qualche volta vera**; sullo zero (**0**) se l'affermazione **non è vera**.

0= Non vero			1= In parte o qualche volta vero			2 = Molto vero o spesso vero		
0	1	2	1	Agisco in modo infantile per la mia età				
0	1	2	2	Bevo alcolici senza l'approvazione dei miei genitori (descrivere): _____		0	1	2
						30	Ho paura di andare a scuola	
						0	1	2
						31	Ho paura di poter pensare o fare qualcosa di male	
0	1	2	3	Discuto in modo polemico		0	1	2
0	1	2	4	Non porto a termine le cose che comincio		32	Sento di dover essere perfetto	
0	1	2	5	Ci sono veramente poche cose che mi divertono		0	1	2
0	1	2	6	Amo gli animali		33	Sento che nessuno mi ama	
0	1	2	7	Mi vanto		0	1	2
0	1	2	8	Non riesco a concentrarmi o a mantenere l'attenzione a lungo		34	Mi sento perseguitato dagli altri	
0	1	2	9	Non riesco a evitare certi pensieri (descrivere): _____		0	1	2
						35	Mi sento privo di valore o inferiore	
0	1	2	10	Non riesco a stare seduto tranquillo		0	1	2
0	1	2	11	Dipendo troppo dagli adulti		36	Accidentalmente mi faccio spesso male	
0	1	2	12	Mi sento solo		0	1	2
0	1	2	13	Mi sento confuso o con la testa nel pallone		37	Sono coinvolto spesso in zuffe e liti	
0	1	2	14	Piango molto		0	1	2
0	1	2	15	Sono molto onesto		38	Vengo spesso preso in giro dagli altri	
0	1	2	16	Sono malvagio con gli altri		0	1	2
0	1	2	17	Sogno molto ad occhi aperti		39	Frequento cattive compagnie	
0	1	2	18	Intenzionalmente mi faccio del male o ho tentato il suicidio		0	1	2
0	1	2	19	Cerco di ottenere molta attenzione		40	Sento suoni o voci che altre persone pensano non ci siano (descrivere) _____	
0	1	2	20	Distraggo le mie cose				
0	1	2	21	Distraggo cose che appartengono agli altri		0	1	2
0	1	2	22	Disobbedisco ai miei genitori		41	Agisco senza fermarmi a pensare	
0	1	2	23	Disobbedisco a scuola		0	1	2
0	1	2	24	Non mangio come dovrei		42	Preferisco stare da solo piuttosto che con gli altri	
0	1	2	25	Non vado d'accordo con gli altri ragazzi		0	1	2
0	1	2	26	Non mi sento in colpa dopo aver fatto qualcosa che non avrei dovuto fare		43	Sono bugiardo o imbroglione	
0	1	2	27	Sono geloso degli altri		0	1	2
0	1	2	28	Infrango le regole a casa, a scuola o altrove		44	Mi mangio le unghie	
0	1	2	29	Ho paura di certi animali, situazioni o posti al di fuori della scuola (descrivere): _____		0	1	2
						45	Sono nervoso o teso	
						0	1	2
						46	Movimenti nervosi o tic (descrivere): _____	
						0	1	2
						47	Ho incubi	
						0	1	2
						48	Non piaccio agli altri ragazzi	
						0	1	2
						49	Posso fare certe cose meglio della maggior parte degli altri ragazzi	
						0	1	2
						50	Sono troppo timoroso o ansioso	
						0	1	2
						51	Soffro di vertigini o di stordimenti	
						0	1	2
						52	Mi sento troppo colpevole	
						0	1	2
						53	Mangio troppo	
						0	1	2
						54	Mi sento esageratamente stanco senza una buona ragione	
						0	1	2
						55	Sono in soprappeso	
						56	Problemi fisici senza cause mediche conosciute	
						0	1	2
						a.	Dolori (non includere mal di stomaco e mal di testa)	
						0	1	2
						b.	Mal di testa	
						0	1	2
						c.	Nausea, malessere	

Youth Self Report for Ages 11 - 18 Copyright 2001 T. Achenbach, ASEBA, University of Vermont (USA)
 Questionario sul comportamento del giovane (11 - 18 anni). Riproduzione autorizzata.
 Versione italiana curata da A. Frigerio (Istituto Scientifico E. Medea - Associazione La Nostra Famiglia - Bosisio Parini - Lecco)
 Traduzioni A. Frigerio (Istituto Scientifico E. Medea - Associazione La Nostra Famiglia - Bosisio Parini - Lecco);
 F. Giannotti e F. Cortesi (Università "La Sapienza" di Roma); A. Milone (Istituto Scientifico Stella Maris, Calabrone - Pisa) ©2001

Riproduzioni non autorizzate sono perseguibili per legge.

Per favore compili. Si accerti di rispondere a tutte le domande

0= Non vero			1= In parte o qualche volta vero			2 = Molto vero o spesso vero		
0	1	2	d. Problemi agli occhi (non includere se superati con lenti correttive) (descrivere):	0	1	2	78 Sono disattento o facilmente distraibile	
			_____	0	1	2	79 Ho problemi nel parlare (descrivere)	

0	1	2	e. Eruzione cutanea o altri problemi di pelle	0	1	2	80 Lotto per i miei diritti	
0	1	2	f. Dolori di stomaco	0	1	2	81 Rubo in casa	
0	1	2	g. Vomito, conati	0	1	2	82 Rubo fuori casa	
0	1	2	h. Altro (descrivere): _____	0	1	2	83 Accumulo moltissime cose che non mi servono (descrivere): _____	

0	1	2	57 Assalgo fisicamente le persone	0	1	2	84 Faccio cose che altre persone pensano siano strane (descrivere): _____	
0	1	2	58 Mi stuzzico la pelle o altre parti del corpo (descrivere):					
			_____	0	1	2	85 Ho pensieri che altre persone riterrebbero strani (descrivere) : _____	

0	1	2	59 Posso essere molto amichevole	0	1	2	86 Sono testardo	
0	1	2	60 Mi piace provare cose nuove	0	1	2	87 Ho repentini cambiamenti di umore o di stati d'animo	
0	1	2	61 Il mio rendimento scolastico è scarso	0	1	2	88 Mi piace stare con altre persone	
0	1	2	62 Sono poco coordinato o impacciato nei movimenti	0	1	2	89 Sono sospettoso	
0	1	2	63 Preferisco stare con ragazzi più grandi che con ragazzi della mia età	0	1	2	90 Bestemmio o uso un linguaggio osceno	
0	1	2	64 Preferisco stare con ragazzi più piccoli che con ragazzi della mia età	0	1	2	91 Penso di uccidermi	
0	1	2	65 Mi rifiuto di parlare	0	1	2	92 Mi piace far ridere gli altri	
0	1	2	66 Ripeto certe azioni di continuo (descrivere): _____	0	1	2	93 Parlo troppo	
			_____	0	1	2	94 Prendo molto in giro gli altri	
			_____	0	1	2	95 Sono irascibile	
0	1	2	67 Scappo via da casa	0	1	2	96 Penso al sesso eccessivamente	
0	1	2	68 Strillo molto	0	1	2	97 Minaccio la gente	
0	1	2	69 Sono riservato, tengo le cose per me	0	1	2	98 Mi piace aiutare gli altri	
0	1	2	70 Vedo cose che altre persone pensano non ci siano (descrivere): _____	0	1	2	99 Fumo, mastico o sniffo tabacco	
			_____	0	1	2	100 Ho disturbi del sonno (descrivere): _____	

0	1	2	71 Sono ipersensibile o mi imbarazzo facilmente	0	1	2	101 Marino la scuola o salto delle lezioni	
0	1	2	72 Appicco fuochi	0	1	2	102 Non ho molte energie	
0	1	2	73 Sono abile nei lavori manuali	0	1	2	103 Sono scontento, triste o depresso	
0	1	2	74 Mi metto in mostra o faccio il pagliaccio	0	1	2	104 Sono più rumoroso degli altri ragazzi	
0	1	2	75 Sono troppo riservato o timido	0	1	2	105 Faccio uso di droga (non includere alcool o tabacco) (descrivere): _____	
0	1	2	76 Dormo di meno della maggior parte dei ragazzi					
0	1	2	77 Dormo di più della maggior parte dei ragazzi durante il giorno e/o la notte (descrivere): _____	0	1	2	106 Mi piace essere corretto con gli altri	
			_____	0	1	2	107 Mi piacciono gli scherzi	
			_____	0	1	2	108 Mi piace prendere la vita così come viene	
			_____	0	1	2	109 Cerco di aiutare gli altri quando posso	
			_____	0	1	2	110 Desidero essere del sesso opposto	

Youth Self Report for Ages 11 - 18 Copyright 2001 T. Achenbach, ASEBA, University of Vermont (USA)
 Questionario sul comportamento del giovane (11 - 18 anni). Riproduzione autorizzata.
 Versione italiana curata da A. Frigerio (Istituto Scientifico E. Medea - Associazione La Nostra Famiglia - Bosisio Parini - Lecco)
 Traduzioni A. Frigerio (Istituto Scientifico E. Medea - Associazione La Nostra Famiglia - Bosisio Parini - Lecco);
 F. Giannotti e F. Cortesi (Università "La Sapienza" di Roma); A. Milone (Istituto Scientifico Stella Maris, Calambrone - Pisa) ©2001

Riproduzioni non autorizzate sono perseguibili per legge

Per favore compili. Si accerti di rispondere a tutte le domande

0= Non vero			1= In parte o qualche volta vero			2 = Molto vero o spesso vero		
0	1	2	111	Chiuso in me stesso, non socializzo con altri				
0	1	2	112	Mi preoccupa molto				

Per favore scrivi qualsiasi altra cosa che descrive i tuoi sentimenti, comportamenti o interessi:

ASSICURATI DI AVER RISPOSTO A TUTTE LE DOMANDE

Youth Self Report for Ages 11 - 18 Copyright 2001 T. Achenbach, ASEBA, University of Vermont (USA)
 Questionario sul comportamento del giovane (11 - 18 anni). Riproduzione autorizzata.
 Versione italiana curata da A. Frigerio (Istituto Scientifico E. Medea - Associazione La Nostra Famiglia - Bosisio Parini - Lecco)
 Traduzioni A. Frigerio (Istituto Scientifico E. Medea - Associazione La Nostra Famiglia - Bosisio Parini - Lecco);
 F. Giannotti e F. Cortesi (Università "La Sapienza" di Roma); A. Milone (Istituto Scientifico Stella Maris, Calambrone - Pisa) ©2001

Riproduzioni non autorizzate sono perseguibili per legge

ALLEGATO 5: Elementi di statistica

Test Chi Quadro (χ^2)

Il test Chi Quadro è uno dei più diffusi test non parametrici di verifica d'ipotesi usati in statistica. Utilizza la variabile casuale Chi Quadro (χ^2) per verificare se l'ipotesi nulla è probabilisticamente compatibile con i dati. Lo scopo del test χ^2 è quello di conoscere se le frequenze osservate differiscono significativamente dalle frequenze teoriche.

Se $\chi^2 = 0$, le frequenze osservate coincidono esattamente con quelle teoriche, se invece $\chi^2 > 0$, esse differiscono. Più grande è il valore di χ^2 , più grande è la discrepanza tra le frequenze osservate e quelle teoriche.

La significatività in questo test delle ipotesi implica che è garantita la interpretazione delle frequenze di cella, la non significatività implica che qualsiasi differenza nelle frequenze di cella potrebbe essere spiegata dal caso.

Il test Chi Quadro si usa solo se tutte le frequenze attese hanno un valore maggiore o uguale a 5. Se la frequenza attesa più piccola è inferiore a 5 o se N è inferiore a 20, il test Chi Quadro non è più applicabile ed è necessario usare il test delle probabilità esatte di Fisher.

Test esatto di Fisher

Il test esatto di Fisher è un test per la verifica d'ipotesi utilizzato nell'ambito della statistica non parametrica, in situazioni con due variabili nominali e campioni piccoli. Infatti, quando il valore atteso è al limite in alcune celle (minore di 5), non è adatto utilizzare il test Chi Quadro.

Il test esatto di Fisher è usato quindi per verificare se i dati dicotomici di due campioni, riassunti in una tabella di contingenza 2x2, siano compatibili con l'ipotesi nulla (H_0), che le popolazioni di origine dei due campioni abbiano la stessa suddivisione dicotomica e che le differenze osservate con i dati campionari siano dovute semplicemente al caso.

Il test di Wilcoxon-Mann Whitney

Il Test di Wilcoxon-Mann Whitney (o della somma dei ranghi) è uno dei test non parametrici più potenti e serve a verificare se due gruppi indipendenti appartengono alla stessa popolazione.

Si applica nel caso in cui si chiede di confrontare le medie dei valori di due gruppi che non seguono una distribuzione normale ed è usato per campioni dipendenti o dati appaiati. Questo test è molto utile nel campo delle scienze comportamentali e consente di considerare la direzione

e la grandezza della differenza dei dati appaiati (mentre il test dei segni considera solo la direzione delle differenze delle coppie dei dati).

Analisi della varianza (ANOVA)

L'analisi della varianza (ANOVA) è un insieme di tecniche statistiche facenti parte della statistica inferenziale che permettono di confrontare due o più gruppi di dati confrontando la variabilità interna a questi gruppi con la variabilità tra i gruppi.

L'ipotesi nulla solitamente prevede che i dati di tutti i gruppi abbiano la stessa origine, ovvero la stessa distribuzione stocastica e che le differenze osservate tra i gruppi siano dovute solo al caso.

I percentili

I percentili rappresentano un modo per descrivere una distribuzione di frequenza. Un percentile è il numero che divide la distribuzione in 100 parti uguali: il 10° percentile è il valore che supera il 10% delle osservazioni ed è superato dal 90% delle osservazioni di una serie di dati. Il 75° percentile è il valore che supera il 75% dei dati, mentre la mediana rappresenta il 50° percentile.

Il box plot

Un box plot, o diagramma a scatola e baffi, è un diagramma che fornisce una rappresentazione grafica della distribuzione dei dati, evidenziando dove cade la maggioranza dei valori e di quei valori che differiscono di parecchio dalla norma, cosiddetti dati anomali. Il lato inferiore della "scatola" rappresenta il primo quartile e il lato superiore è il terzo quartile. Di conseguenza, l'altezza della scatola rappresenta lo scarto interquartile. La linea orizzontale che attraversa la scatola è la mediana. Le linee verticali che protrudono dalla scatola, i "baffi", si estendono rispettivamente ai valori minimo e massimo dell'insieme dei dati, a condizione che questi valori non differiscano dalla mediana di più di una volta e mezza lo scarto interquartile. Gli estremi dei baffi vengono evidenziati da due linee orizzontali più corte. I valori, indicati da punti, rispettivamente al di sotto e al di sopra dei baffi inferiore e superiore, sono considerati dati anomali.

Bibliografia

- ABIKOFF H.B. (2009); *ADHD psychosocial treatments: generalization reconsidered*, in "Journal of Attention Disorders" n.13, pag. 207–210
- ACHENBACH T.M. (1991); *Child Behaviour Checklist-Manuale*, Milano, Ghedini Libraio
- ACHENBACH T.M. e EDELBROCK C.S. (1983); *Manual for the Child Behaviour Checklist and Revised Child Profile*, Burlington, University of Vermont
- ACHENBACH T.M. e EDELBROCK C.S. (1987); *Manual for the Youth Self Report and profile*, Burlington, University of Vermont
- AINSWORTH M.D. (1973); *The development of infant-mother attachment*, in Caldwell B.M. e Ricciuti H.N. (a cura di), *Review of child development research*, vol. III, University of Chicago Press
- ALESSANDRI S.M., (1992); *Attention, play, and social behavior in ADHD preschoolers*, in "Journal of Abnormal Child Psychology" n. 20 pag. 289–302
- AMERICAN PSYHIATRIC ASSOCIATION (2004); *DSM IV TR, Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4rd. Ed., Revised), Washington, DC
- AVALLE U. (2009); *Il ben essere a scuola*, Milano, Pearson Paravia Mondadori
- BANASCHEWSKI T.K., BECKER S. e SCHERAG B. (2010); *Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview*, in "Eur, Child Adolesc, Psychiatry", n. 19, pag. 237-257.
- BANDURA A. (1977); *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs, NJ Prentice Hall
- BANDURA A. (1996); *Il senso di autoefficacia*, Trento, Centro Studi Erickson
- BANDURA A. (1997); *Self-Efficacy: The Exercise of Control*, New York: W.H. (trad. it. *Autoefficacia: teoria e applicazioni*, Trento, Centro Studi Erickson, 2000)
- BANDURA A. (2002); *Social Cognitive Theory in Cultural Context* in "Applied Psychology", n. 51 pag. 269–290.
- BANDURA A. e CERVONE D. (1983); *Self- evacuative and self-efficacy mechanism governing the motivational effects and goal system*, in "Journal of Personality and Social Psychology", n.45, pag. 1017-1028
- BARKLEY R.A. (1981); *Hyperactive children: a handbook for diagnosis and treatment*, New York, Guilford Press

BARKLEY R.A. (1987); *Defiant children: a clinician manual for parents' training*, New York, Guilford Press

BARKLEY R.A. (1995); *Taking charge of ADHD, The Complete Authoritative Guide for Parents*, New York, Guilford Press

BARKLEY R.A. (1997); *ADHD and the nature of self control*, New York, Guilford Press

BARKLEY R.A. (1998); *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Long Term Course, Adult Outcome and Comorbid Disorders*, in "NIH Consensus Development Conference on Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder", Bethesda, Maryland

BARKLEY R.A. (1999); *Deficit di attenzione e iperattività*, in "Le Scienze" n. 365, pag 70-76

BARKLEY R.A. (2004); *Adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview of empirically based treatment*, in "Journal of Psychiatric Practice", n.10, pag. 39-56.

BARKLEY R.A., FISHER M. e EDELBROCK, C.S. et al. (1990); *The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: an 8 year old prospective follow up study*, in "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", n. 29 pag. 546-557

BARKLEY R.A., SHELTON T.L., CROSSWEIT C. e MOOREHOUSE M. et al. (2000); *Multi-method psycho-educational intervention for preschool children with disruptive behaviour: preliminary results at post-treatment*, in "Journal of Child Psychology and Psychiatry", n. 41, pag. 319-332

BATESON G. e BATESON M.C. (1979); *Dove gli angeli esistono*, Milano, Adelphi

BATSON C.D. (1998); *Altruism and Prosocial behavior*, in D.T. Gilbert, S.T. Fiske e G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology*, vol. 2, pag. 282-316, Boston, MA, McGraw Hill.

BIEDERMAN J. (1995); *Visual object recognition*, in S.F. Kosslyn and D.N. Osherson (Eds.), *An Invitation to Cognitive Science*, 2nd edition, vol. 2, Visual Cognition, MIT Press

BIEDERMAN J. et al. (2009); *Do Stimulants protect against Psychiatric Disorders in Youth with ADHD? A 10-Year Follow-up Study*, in "Paediatrics", n. 124 pag. 91-78

BIERMAN K.L. (1986); *Process of change during social skills training with preadolescents and its relation to treatment outcome*, in "Child development", n. 57, pag. 171-178

BONINO S., LO COCO A. e TANI F. (1998); *Empatia, i processi di condivisione delle emozioni*, Firenze, Giunti

BOWLBY J. (1969), *Attachment and Loss*, vol. I, *Attachment* (trad. it. *Attaccamento e perdita*, vol. I "L'attaccamento", Torino, Boringhieri, 1975)

BRACKEN B. (1993); TMA, *Test di valutazione multidimensionale dell'autostima*, Trento, Centro Studi Erickson

BRACKEN B. (1993); TRI, *Test delle relazioni interpersonali*, Trento, Centro Studi Erickson

- BRASWELL L. e BLOOMQUIST M. (1991); *Cognitive- Behavioural Therapy with ADHD Children: Child, Family and School Intervention*, New York, Guilford Press
- BUHS E.S. e LADD G.W. (2001); *Peer rejection as antecedent of young children's school adjustment: An examination of mediating processes*, in "Developmental Psychology" n. 37 pag. 550-560
- BUITELAAR J.K. et al (1999); *Theory of mind and emotion-recognition functioning in autistic spectrum disorders and in psychiatric control and normal children*, in "Development and Psychopathology", vol. 11, pag. 39-58
- CAMAIONI L. (1981); *La prima infanzia*, Bologna, Il Mulino
- CAMERINI G.B., COCCIA M. e CAFFO E., (1996); *Il disturbo da Deficit di Attenzione/ Iperattività: analisi della frequenza in una popolazione scolastica attraverso questionari agli insegnanti*, in "Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza", n. 63, pag. 587-594
- CAMPBELL J.D. e LAVALEE L.F. (1993); *Who am I? The Role of Self-concept Confusion in Understanding the Behaviour of People with Low Self-esteem*, in Baumeister R.F, *Self-esteem. The puzzle of low Self-regard* (pag. 3-20). New York, Plenum
- CANTEWELL D.P. e SATTERFIELD J.H (1978); *The Prevalence of Academic Underachievement in Hyperactive Children*, in "Journal of Paediatric Psychology" n. 3 pag. 168-171 (in Vio C., 1999, pag. 17)
- CAPRARA G.V, BARBANELLI C. et al (2000); *Prosocial foundation of children's academic achievement*, in "Psychological Science" n.11, pag. 302-306
- CARLSON C.L. (1987); *Sociometric Status of Clinic Referred Children with Attention Deficit Disorder With or Without Hyperactivity*, in "Journal of Abnormal Child Psychology" n. 15. pag. 537-547
- CASTELLANOS F.X. et al. (1996); *Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder*, in "Arch. Gen. Psychiatry" n.53 pag. 607-616.
- CASTELLANOS F.X., KELLY C. e MILHAM M.P. (2009); *The restless brain: attention-deficit hyperactivity disorder, resting-state functional connectivity, and intrasubject variability*, in "J. Psychiatry", n. 54, pag. 665-672
- COLEMAN J. (1980); *Friendship and Peer Group in Adolescence*, in Adelson J. Ed. *Handbook of Adolescence Psychology*, Wiley, New York
- CONNERS C.K. (1969); *A teacher rating scale for use in drug studies with children*, in "American Journal of Psychiatry", n. 126, pag. 884-888.
- COOK E.H. et al. (1995); *Association of Attention Deficit Disorder and the Dopamine Transporters Gene*, Am J. Hum. Genet, n. 56, pag. 993-998
- CORBO S. et al. (2002); *Il bambino iperattivo e disattento, come riconoscerlo ed intervenire per aiutarlo*, Milano, Franco Angeli

- CORNOLDI C. et al (1996); *Impulsività e autocontrollo*, Trento, Centro Studi Erickson
- CORNOLDI C. et al. (2001); *Iperattività e autoregolazione cognitiva*, Trento, Centro Studi Erickson
- CORNOLDI C., MOLIN A. e MARCON, V. (2004); *Il Questionario COM: uno strumento di identificazione di problematiche associate al DDAI*, in "Difficoltà di apprendimento", n. 9, pag. 391-412
- COSTANZI F. (2002); *Funzioni esecutive e Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività: rassegna della letteratura*, in "Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza", vol. 69, pag.147-158
- DAMON W. e HART D. (1982); *The development of self-understanding from infancy through adolescence*, in "Child development", n. 53, pag.841-864
- DE JONG R., COLES, M.G. e LOGAN G.D. (1995); *Strategies and mechanisms in non selective and selective inhibitory motor control*, in "Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance", n.21, pag. 498-511
- DE WIT J. e VAN DER VEER G. (1993); *Psicologia dell'adolescenza*, Firenze, Giunti
- DOUGLAS V.I. (1976); *Assessment of a Cognitive Training Program for Hyperactive Children*, in "Journal of Abnormal Child Psychology", vol. 4, pag. 389-410
- DRAGHI-LORENZ R. (1995); *Stimoli espressivi e situazionali nella determinazione delle risposte empatiche di bambini nel terzo anno di vita*, in "Giornale Italiano di Psicologia" n.12, 4, pag. 577-599
- DUPAUL G.J., POWER T.J., ANASTOPOULOS A.D e REID R. (1998); *ADHD Rating Scale IV: checklists, norms, and clinical interpretation*, New York, Guilford Press
- DWECK C.S. (2000); *Teorie del Sé. Intelligenza, motivazione, personalità e sviluppo*, a cura di Moè A., Trento, Centro Studi Erickson
- DWECK C.S. e LEGGET E.L. (1988); *A social-cognitive approach to motivation and personality*, in "Psychological Review", n. 95, pag. 256-273
- EISENBERG N. (2008); *Empathy*, International encyclopedia of the social sciences, Macmillan Reference
- EISENBERG N. et al. (2006); *Prosocial Behaviour*, in Eisenberg N., Damon W., Lerner R.M. (Series Eds.), *Handbook of child psychology, vol. 3. Social, emotional, and personality development* (6th ed., pag. 646-718). New York, Wiley
- ERICKSON E.H. (1950), *Infanzia e società*, Roma, Armando editore
- FEINGOLD B.F. (1975); *Hyperkinesis and learning disabilities linked to artificial food flavours and colours*, in "American Journal of Nursing" n. 75, pag. 797-803
- FESHBACH N. (1978); *Studies of empathic behaviour in children*, in "Progress in experimental personality research", vol. 8, pag. 1-47

- FESHBACH N. (1996); *Insegnare l'empatia: bambini e non violenza*, in Attili G., Farabollini F., Messeri P. (a cura di), *Il nemico ha la coda*, Firenze, Giunti
- FISCHER M. (1993); The stability of dimensions of behavior in ADHD and normal children over an 8-year follow up, in "Journal of Abnormal Child Psychology", vol. 21, n.3, pag. 315-337
- FISCHER M., BARKLEY R.A., SMALLISH L., FLETCHER K., (2005), *Executive Functioning in Hyperactive Children as Young Adults: Attention, Inhibition, Response Perseveration, and the Impact of Comorbidity*, in "Developmental Neuropsychology", vol. 27, n.1, pag.107-133
- FISCHER M., BARKLEY R.A., SMALLISH L., et al (2007); *Hyperactive Children as Young Adults: Driving Abilities, Safe Driving Behaviour and Adverse Driving Outcomes*, in "Accident Analysis and Prevention", n. 39, pag. 94-105
- FISKE S.T. (2004); *Intent and Ordinary Bias: Unintended Thought and Social Motivation Create Casual Prejudice* in "Social Justice Research" n. 17 pag. 117-127
- FONZI A. (1997, a cura di); *Il bullismo in Italia*, Firenze, Giunti
- FONZI A. (2001); *Manuale di psicologia dello sviluppo*, Firenze, Giunti
- GALEAZZI A. e MEAZZINI P. (2006); *Mente e comportamento. Trattato italiano di psicoterapia cognitivo-comportamentale*, Firenze, Giunti
- GALIMBERTI U. (2006); *Dizionario di psicologia*, Torino, Utet Editore
- GARCIA-CASTELLAR R. et al. (2006); *The sociometric status of children with the combined subtype of attention deficit hyperactivity disorder*, in "Revista de Neurologia", Feb. 13; pag.42
- GINSBERG D., GOTTMAN J.M. e PARKER J.G. (1986); *The Importance of Friendship*, in Gottman J.M. e Parker J.G., *Conversations of Friends. Speculations of Affective Development*, Cambridge, Cambridge University Press
- GLOUBERMAN D. (1992); *Life Choices and Life Changes Through Imagework*, London, The Aquarian Press
- GOLDMAN L. et al., (1998); *Diagnosis and Treatment of ADHD in Children and Adolescent*, in "Jama" n. 279 pag. 1100-1107
- GOODMAN R. (1997); *The Strengths and Difficulties Questionnaire*, in "Journal of Child Psychology and Psychiatry", vol. 38, pag. 581-586
- GOODMAN R. e SCOTT S. (1999); *Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behaviour Checklist: Is small beautiful?*, in "Journal of Abnormal Child Psychology", n. 27, pag. 17-24
- GOULD D. e WEISS M.R. (1981); *The effects of model similarity and model talk on self-efficacy and muscular endurance*, in "Journal of sport Psychology", n. 3, pag. 17-29

GRENNELL M.M. et al (1987); *Hyperactive children and peer interaction: Knowledge and performance of social skills*, in "Journal of Abnormal Child Psychology" n. 15, pag. 1-13

GURNEY P. (1988); *Self-esteem in children with special educational needs*, Routledge, London and New York

HANF C. (1969); *A two stage program for modifying maternal controlling during mother-child interaction*, relazione presentata al Meeting della Western Psychological Association, Vancouver, USA

HARLOW H.F. (1969); *Age-mate or peer affectional system*, in Lehrman D., Hende H., Shaw E. (a cura di), *Advances in the study of behaviour*, Academic Press, NY

HARTER S. (1985); *Self perception Profile for Children* , Denver, University of Denver

HAVIGHURST R.J. (1948); *Developmental Tasks and Education*, Chicago, University of Chicago Press

HAVIGHURST R.J. (1952); *Developmental tasks and education*, New York, Davies Mc Kay

HAVIGHURST R.J. (1953); *Human Development and Education*, New York, Longmans, Green

HEBB D. (1949); *The organization of behaviour; a neuropsychological theory*, Wiley, New York, (trad. it. *L'organizzazione del comportamento*, Milano, Franco Angeli, 1975)

HILL J.C. e SCHOENER P. (1996); *Age-dependent decline of attention-deficit/hyperactivity disorder*, in "American Journal of Psychiatry"; n. 153 pag. 1143-1147

HINSHAW S.P. e MELNICK S.M. (1995); *Peer relationship in children with ADHD with and without comorbid aggression*, in "Development and Psychopathology", vol. 7, pag. 627-647

HOFFMAN M. (1984); *Empathy, Social Cognition, and Moral Action* in Kurtines, W. Gerwitz e J. Eds., *Moral Behavior and Development: Advances in Theory, Research and Applications*, New York, John Wiley and Sons.

HOFFMAN M. (2001); *Toward a comprehensive empathy-based theory of prosocial moral development*, in Bohart A.C., Stipek D.J. (eds.), *Constructive and destructive behaviour implications for family, school and society*, pag. 61-86, American Psychological Association, Washington dc

HOWES C. (1983); *Caregiver behaviour in centre and family day care* in "Journal of Applied Developmental Psychology", n.4, pag. 99-107

HOZA B., MRUG S., GERDES A.C., BUKOWSKI W.M. et al. (2005); *What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder?*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology" n. 73 pag. 411-423

HUMPHREY L.L. (1982); *Children's and teacher's perspectives on children's self control, the development of two rating scales*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology" vol. 50, pag. 624-633

- IANES D. (1994); *Autolesionismo, stereotipie, aggressività*, Trento, Centro Studi Erickson
- IANES D. e CELI R. (2001); *Il Piano educativo individualizzato*, Guida 2001-2003, Trento, Centro Studi Erickson
- IANES D., MARZOCCHI G.M. e SANNA G. (2009); *L'iperattività, aspetti clinici e interventi psicoeducativi*, Trento, Centro Studi Erickson
- INTERNATIONAL CONSENSUS STATEMENT ON ADHD (2002); in "European Child & Adolescent Psychiatry" n. 11 pag. 96-98
- IRWIN C. e MILLSTEIN S.G (1992); *Emotion, Cognition, Health and Development in Children and Adolescent*, Hillsdale, N.J Erlbaum
- JAMES W. (1890); *Principles of Psychology*, vol. I Cambridge, MA; Harvard University Press (trad. it. *Principi di psicologia*, Principato, Milano, 1983)
- JAMES W. (1899); *Talks to teachers on psychology: and to Students on some of life's ideals*, New York, Holt
- KANFER F.H. (1970); *Self-monitoring: Methodological limitations and clinical considerations*. in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", n.35, pag. 148-152
- KAUFMAN A.S. e KAUFMAN, N.L. (1987); *Kaufman Assessment Battery for Children*, Circle Pines, MI, American Guidance Services
- KENDALL P.C. e WILCOX L.E. (1980); *Self control in Children: development of a rating scale*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology" vol. 48, pag. 80-91
- KENDALL P.C. e BRASWELL L. (1993); *Cognitive-behavioural therapy for impulsive children*, New York, Guilford Press
- KERNBERG P.F., CHAZAN S.L., NORMANDIN L. (1998); *The Children's Play Therapy Instrument (CPTI)* in "Journal of Psychotherapy Practice and Research", n.7 pag. 196-207
- KING R.A., (1997); *Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Children and Adolescents* in "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", n.36 (10 Supplement), pag. 4-20
- KING C. e YUNG D. (1982); *Attention deficit with and without hyperactivity: teacher and peers perceptions*, in "Journal of abnormal Child Psychology", n.10, pag. 483-496
- KIRBY E.A. e GRIMEY L.K. (1986); *Understanding and treating attention deficit disorder* Pergamon books, USA (trad. it *Disturbi dell'attenzione e iperattività*, Trento, Centro Studi Erickson, 1989)
- KOVACS M. (1992); *Children Depression Inventory*, Toronto, Canada, Multi Health System

KOVACS M. (1988); *Children's Depression Inventory, Questionario di autovalutazione*, (Adattamento italiano a cura di Camuffo M., Cerutti R., Lucarelli L., Mayer M.), O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze

KRIKORIAN R. et al. (1994); *Tower of London Procedure: A standard method and developmental data*, in "Journal of Clinical and Experimental Psychology", n. 64 pag. 840-860

LAMBERT N.M. (1989); *The prevalence of learning disabilities in a sample of children considered Hyperactive*, in "Journal of Abnormal Psychology", n. 8. pag 33-50

LAMBERT N.M. (1998); *Adolescent Outcome for Hyperactivity Children*, in "American Psychologist" n. 43 pag. 786-789

LEVIN H. S. et al. (1988); *Memory functioning during the first year after closed head injury in children and adolescents*, in "Neurosurgery", n. 22 pag. 1043-1052

LEWIS M. e FEIRINIG C. (1989); *Early predictors of childhood friendship*, in Berndt T.J., Ladd G.W. (a cura di), *Peer relationships in child development*, Wiley, NY

LOEBER R. e KEENAN K. (1994); *The interaction between conduct disorder and its comorbid condition: effects of age and gender* in "Clinical Psychology Review" n. 14, pag. 497-523

MANNUZZA S., KLEIN R.G., BESSLER A., MALLOY P. e HYNES M.E. (1997); *Educational and occupational outcome of hyperactive boys grown up*, in "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", n. 36, pag.1222-1227

MARCH J.S. (1997); *Multidimensional Anxiety Scale for Children. Technical Manual*, New York, MHS

MARSH H.W. e HOLMES I.W. (1990); *Multidimensional Self-Concept: Construct Validation of Responses by Children*, in "American Educational Research Journal", n. 27, pag. 89-117

MARSHALL P. (1989); *Attention deficit disorder and allergy: a neurochemical model of the relation between the illness*, in "Psychological Bulletin, n. 106, pag. 434, 446

MARZOCCHI G.M. (2003); *Bambini disattenti e iperattivi, cosa possono fare per loro genitori, insegnanti e terapeuti*, Bologna, Il Mulino

MARZOCCHI G.M. e CORNOLDI C. (2000); *Una scala di facile uso per la rilevazione dei comportamenti problematici in bambini con deficit di attenzione/iperattività*, in "Psicologia clinica dello sviluppo", n. 4 pag. 43-63

MARZOCCHI G.M, RE A.M. e CORNOLDI C. (2010); *BIA-Batteria Italiana per l'ADHD*, Trento, Erickson.

MARZOCCHI G.M. e MENAZZA C. (1998); *Il Continuous Performance Test: una prova per la valutazione dell'attenzione e dell'impulsività*, Relazione presentata al VII Congresso Nazionale AIRIPA, Verona, 15-17 ottobre 1998

MARZOCCHI G.M., MOLIN A. e POLI S. (2000); *Attenzione e metacognizione*, Trento, Centro Studi Erickson

- MARZOCCHI G.M., OOSTERLAN J., DE MEO T., DI PIETRO M., PEZZICA S. et al. (2001); *Scala di valutazione dei Comportamenti Dirompenti per insegnanti (SCOD-I): validazione e standardizzazione di un questionario per la valutazione dei comportamenti dirompenti a scuola*, in "Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva", n. 21, pag. 378-393
- MASI G., MILLEPIEDI S., PIZZICA S., et al. (2005); *Comorbilità e diagnosi differenziale del disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività: implicazioni cliniche e terapeutiche*, in "Disturbi di Attenzione e Iperattività", vol.1, n.1, pag.89-106, Trento, Centro Studi Erickson
- MASLOW A.H. (1957); *Power relationships and patterns of personal development* in Kornbauser A., *Problems of Power in American Democracy*, Detroit, Wayne University Press
- McCLELLAND D.C. (1988); *Human Motivation*, Cambridge, Cambridge University
- MEICHENBAUM D. (1977); *Cognitive-Behaviour Modification: An integrative approach*, New York, Plenum.
- MILLER-JOHNSON S. COIE J.D., MAUMARY-GREMAUD A., BIERMAN K.L. (2002); *Conduct Problems Prevention Research Group Peer rejection and aggression and early starter models of conduct disorder*, in "Journal of Abnormal Child Psychology" n. 30 pag. 217-230
- MTA COOPERATIVE GROUP (2004); *National Institute of Mental health Multimodal treatment study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder*, in "Pediatrics" n. 113, pag. 754-761
- MUNIR K., BIEDERMAN J. e KNEE D. (1987); *Psychiatric comorbidity in patients with attention deficit disorder: A controlled study* in "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", n. 26, pag. 844-848
- NATIONAL CLINICAL PRACTICE GUIDELINE Number 72 (2008); *Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*, National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health and Clinical Excellence
- OLFSON M., GAMEROFF M.J., MARCUS S.C. et al. (2003); *National trends in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder*, in "American Journal of Psychiatry", n. 160, pag. 1071-1077
- OLLENDICK T.H., WEIST M.D., BORDEN M.C. e GREENE R.W. (1992); *Sociometric status and academic, behavioural, and psychological adjustment: A five-year longitudinal study*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology" n. 60, pag. 80-87
- OLWEUS D. (1993); *Bulling at school*, Oxford, Blackwell (trad it. *Il bullismo a scuola*, Firenze, Giunti, 1996)
- OOSTERLAN J. e SERGEANT J.A. (1998); *Response inhibition and response re-engagement in attention deficit/hyperactivity disorder, disruptive, anxious and normal children*, in "Behavioural Brain Research", n. 94, pag. 33-43.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA' (1997); ICD-10, *International classification of diseases*, Milano, Masson

PALMONARI A. (1991); *Gli adolescenti*, Bologna, Il Mulino

PALMONARI A. (1997); *Psicologia dell'adolescenza*; Bologna; Il Mulino

PARKER J.C. e ASHER S.R. (1987); *Peer relations and later personal adjustment Are low accepted children at risk?*, in "Psychological bulletin", n. 102 pag. 375-389

PEDERSEN S. VITARO F., BARKER E. e BERGE A. (2007); *The timing of middle-childhood peer rejection and friendship: Linking early behavior to early-adolescent adjustment*, in "Child Development" 78, pag. 1037-1051

PELHAM W., ATKLNS M. e MURPHY H.A. (1981); *ADD with and without hyperactivity: Parent, teacher, and peer rating correlates*, in W.E. Pelham, *DSAf-III category of attention deficit disorder." Rationale, operation, and correlates*, Symposium conducted at the annual meeting of the American Psychological Association, Los Angeles

PELHAM W. e MILLICH R. (1984); *Peer relation in children with hyperactivity/attention deficit disorder*, in "Journal of learning disabilities", vol. 17, pag. 560-567

PELHAM W, GNAGY E.M, GREENSLADE K.E e MILICH R. (1992); *Teacher Ratings of DSM-III-R Symptoms for the Disruptive Behaviour Disorders* in "Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", n. 31, pag. 210-218.

PELLEGRINI D. S. e URBAIN E. S. (1985); *An evaluation of interpersonal cognitive problems solving training with children*, in "Journal of Child Psychology and Psychiatry", vol. 26, pag. 17-41

PIEROTTI A., FALASCHI E. e ARCICASA L. (2005); *I sistemi relazionali nella classe*, Trento, Ed. Centro Studi Erickson,

PLUMMER D. (2003); *La mia autostima*, Trento,. Centro Studi Erickson

POPE A, McHALE S. e CRAIGHEAD E. (1988); *Self-esteem enhancement with children and adolescents*, Pergamon Press, Oxford, U.K. (trad. it *Migliorare l'autostima*, Trento, Centro Studi Erickson, 1992)

PRIOR S. e SANSON G. (1996); *Attention deficit disorder with Hyperactivity*, in "Journal of Child Psychology and Psychiatry", vol. 24 , pag. 307-319

REICH W., LEACOCK N. e SHANFELD K. (1997); *DICA-IV Diagnostic Interview for children and Adolescents-IV* , Toronto, Multi-Health Systems, Inc.

RESNICK R.J. (2000); *Impulsività, disattenzione e iperattività nell'adulto. Guida al trattamento dell'ADHD*, Milano, The McGraw Hill Companies, Publishing Group Italia

RICHTER J.E. et al, (1995); *NIMH Collaborative Multimodal Treatment Study of Children With ADHD: Background and rationale*, in "Journal of American Child and Adolescent Psychiatry", vol. 34, n. 8, pag. 987-1000

- ROFF M. (1961); *Childhood social interaction and young adult bad conduct*, in "Journal of Abnormal and Social Psychology" n. 65 pag. 95-103
- ROSEMBERG M., SCHOOLER C. e ROSEMBERG F. (1995); *Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes*, in "American Sociological Review," n. 60, pag. 141-156
- RUBIN Z. (1980); *Children's friendship*, Londra, Fontana-Open Books (trad. it. *L'amicizia tra bambini*, Milano, Armando Editore, 1981)
- RUTTER M., GRAHAM P. e YULE W.A. (1970); *A Neuropsychiatry Study in Childhood*, Philadelphia JB, Lippincott
- SANAVIO E. e CORNOLDI C. (2001); *Psicologia Clinica*, Bologna, Il Mulino
- SANTOSH P.J. e TAYLOR E. (2000); *Stimulant Drugs*, in "European Child and Adolescent Psychiatry", n. 9 (suppl.1) pag. 27-43
- SATIR V. (1972); *Peoplemaking*, London, Souvenir Press
- SCHERIANI C. (2007); *Bambini sopra le righe. Bambini affetti da disturbo da deficit attenzione/iperattività*, Roma, Armando Armando
- SELIGMAN M.E.P. (1991); *Learned Optimism*, New York: Knopf
- SELMAN R. (1981); *The child as a friendship philosopher*, in Asher S.R. e Gottman J.M. (a cura di), *The development of children's friendship*, Cambridge University Press, Cambridge
- SHAFFER D. (1994); *Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults*, in "American Journal of Psychiatry", n. 151, pag 633-638
- SINPIA (2006); *Linee-guida per il DDAI e DSA*, Trento, Centro Studi Erickson
- SMITH H.J., TYLER T.R et al. (1998); *The Self-relevant Implications of the Group Value Model: Group Membership, Self-worth and Treatment Quality*, in "Journal of Experimental Social Psychology", pag. 470-493
- STAHL N.D. e CLARIZIO H.F. (1999); *Conduct disorder and comorbidity*, in "Psychology in the Schools", n. 361, pag. 41-50
- STEPHENS R.J. e SANDOR P. (1999); *Aggressive behaviour in children with Tourette syndrome and comorbid attention-deficit hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder*, in "Canadian Journal of Psychiatry", n. 44, pag. 1036-1042
- STILL G.F. (1902); *The Coulstonian Lectures on some abnormal physical conditions in children*, Lancet n. 1, pag. 1077-1082
- STROCCHI M.C. (2002); *Autostima: Se non ami te stesso, chi ti amerà?*, Milano, Edizioni San Paolo

SWANSON J.M. (1992); *School-based assessment and intervention for ADD*, Irvine, KC Publishing

SWANSON J.M. et al. (1996); *Attention Deficit hyperactivity disorder and Hyperkinetic disorder*, in "Lancet", n. 351, pag. 429-433

SWANSON J.M. et al. (1998); *Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development*, in "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", n. 35, pag. 1213-1226

TAYLOR E. (1994); *Physical treatment*, in Rutter M, Taylor E, Hersov L., *Child and Adolescent Psychiatry*, London, Blackwell Science

TAYLOR E., CHADWICK O, HEPTINSTALL E e DANCKAERTS M. (1996); *Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development*, in "J Am Acad. Child Adolescent Psychiatry", n. 35 pag.1213-1216

TAYLOR E., SERGEANT J., DOEPFNER M. et al. (1998); *Clinical guidelines for hyperkinetic disorder*, in "European society for child and adolescent psychiatry" n. 7 pag. 184-200

TAYLOR E. e SONUGA-BARKE E. (2008); *Disorders of attention and activity*, in "Rutter's Child and Adolescent Psychiatry", 5th edn Rutter M., Taylor E., Stevenson J.S. et al., London, Blackwell Publishing, in press

THOMAS G.V e SILK A.M. (1990); *An introduction to the psychology of children's drawings*, New York, New York University Press

URBAIN E.S. e KENDALL P.C. (1980); *Review of social cognitive problem solving intervention with children*, in "Psychological Bulletin" n. 88, pag. 109-143

VENUTI P. e DE FALCO S. (2004); *Concetto di amicizia e ritardo mentale*, in "Giornale Italiano della Disabilità", anno III, n. 3, pag.30-44

VERMIGLI P. et al. (2002); *ACCESS: analisi degli indicatori cognitivo emozionali del successo scolastico*, Trento, Centro Studi Erickson

VIO C., MARZOCCHI G. e OFFREDI F. (1999); *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività*, Trento, Centro Studi Erickson

WECHSLER D.W. (1991); *Wechsler intelligence scale for children—Third edition*, San Antonio, TX, The Psychological Corporation

WENDER P.H., REIMHERR F.W.,WOOD D.R. et al. (1985); *A controlled study of methylphenidate in the treatment of attention deficit disorder, residual type in adults* in "American Journal of Psychiatry", n. 142 pag. 547-552

WENTZEL K.R. (1997); *Student motivation in the middle school: the role of perceived pedagogical caring*, in "Journal of Educational Psychology", n. 89 pag. 411-419

WHALEN C. e HENKER B. (1991); *Therapy for Hyperactive children: Comparisons, Combinations and Compromises*, in “Journal of Consulting and Clinical Psychology”, vol. 9 n. 1 pag. 126-137

WINNICOT D. (1965); *The family and the individual development*, London, Tavistock (trad. it., *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*, Roma, Armando Armando, 1970)

WOLRAICH M. et al., (1996); *Comparison diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder in a country-wide sample*, in “Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, pag. 319-324

WORK W.C. et al. (1987); *Replication and extension of Teacher self control rating scale*, in “Journal of Consulting and Clinical psychology” vol. 55, pag. 115-116

WYLIE R.C. (1979); *The Self Concept: The Theory and Research on Selected Topics* (vol.2), Lincoln, University of Nebraska Press

YOUNISS J. (1980); *Parents and peers in social development. A Sullivan-Piaget perspective*, Chicago, University of Chicago Press

ZAHN-WAXLER C. (1982); *The development of altruism: Alternative research strategies*, in Eisenberg N. (Ed.), *The development of prosocial behaviour*, pag. 109–137, New York, University Press

ZIMMERMANN B.J. (1995); *Self-efficacy and educational development* in Bandura A. (a cura di) *Self-efficacy in changing society*, New York Cambridge University Press (trad it. *Il senso dell'autoefficacia*, Trento, Centro Studi Erickson, 1996)

Siti internet

www.aidaiassociazione.com

www.aifa.it

www.iss.it/adhd