



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione
**Corso di Laurea Triennale in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della
Personalità e delle Relazioni Interpersonali**

Elaborato finale

Lo stile genitoriale nei bambini con ADHD: confronto tra profili specifici

Parenting styles in children with ADHD:
a comparison between specific profiles

Relatrice

Prof.ssa Irene Cristina Mammarella

Correlatrice

Dott.ssa Giulia Crisci

Laureanda: Bassini Nicole

Matricola: 2056836

Anno Accademico 2023/2024

Indice

Introduzione	1
Capitolo 1	4
Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività	4
1.1 Definizione e descrizione dei sintomi	4
1.2 Criteri diagnostici e gravità del disturbo	5
1.3 Comorbilità	8
1.4 Eziologia	10
1.5 Epidemiologia ed evoluzione del disturbo	11
1.6 Modelli teorici di riferimento	13
1.7 Interventi per il trattamento dell'ADHD	14
Capitolo 2	16
Lo stile genitoriale nei bambini con ADHD	16
2.1 La genitorialità e le sue funzioni	16
2.2 Gli stili genitoriali	18
2.3 Impatto degli stili genitoriali nello sviluppo	22
2.4 Impatto degli stili genitoriali sui bambini con ADHD	23
2.5 Relazioni con i genitori e differenze di genere nell'ADHD	24
Capitolo 3	26
Il progetto di ricerca	26
3.1 Ricerca	26
3.2 Partecipanti	26
3.3 Metodo	27
3.4 Strumenti di Screening	27
3.4.1 Disegno con Cubi	27
3.4.2 Vocabolario	29
3.4.3 Conners' Parent Rating Scale-Revised: Short Form	30
3.5 Strumenti sperimentali	30
3.5.1 Alabama Parenting Questionnaire	31
3.6 Procedura	32
Capitolo 4	34

Discussione dei risultati	34
4.1 La ricerca	34
4.2 Analisi dei dati relativi al campione	35
4.2.1 Test di screening	35
4.2.2 Test sperimentale	36
4.3 Discussione dei risultati	37
4.4 Limiti della ricerca	40
Bibliografia	42

Introduzione

Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) è un disturbo del neurosviluppo che ha esordio nella prima infanzia ed è caratterizzato da pattern persistenti di disattenzione e/o iperattività-impulsività che interferiscono con il funzionamento o lo sviluppo (APA, 2013). Diversi autori (Baumrind, 1971, 1978; Lamborn et al., 1991; Steinberg, 2001) hanno evidenziato come lo stile genitoriale abbia un impatto significativo sull'adattamento di questi bambini. In particolare, lo stile autorevole, che combina un alto livello di controllo con elevato supporto e calore, è considerato lo stile genitoriale più efficace da adottare con i bambini con ADHD. Al contrario, gli stili autoritario, permissivo e trascurante tendono ad aggravare i sintomi. I genitori autoritari impongono regole rigide e hanno aspettative elevate, mentre i genitori permissivi offrono molto affetto, ma esercitano poco controllo e disciplina. Infine, i genitori trascuranti mostrano un basso livello sia di affetto sia di controllo.

La presente ricerca si pone, quindi, l'obiettivo di approfondire lo stile genitoriale dei genitori di bambini con ADHD, esaminando, inoltre, le possibili variazioni nel parenting in relazione al genere dei figli. Nello specifico, sono state confrontate le pratiche genitoriali dei genitori di quattro minori, un bambino e una bambina con diagnosi e un bambino e una bambina a sviluppo tipico, mediante questionari creati ad hoc per la presente ricerca. Si ipotizza che i genitori di bambini con ADHD, soprattutto con i figli di genere maschile, metteranno maggiormente in atto stili autoritari, permissivi o trascuranti, che possono aggravare i sintomi e influenzare negativamente l'atteggiamento del bambino; al contrario nel gruppo senza diagnosi verranno riscontrati alto sostegno emotivo e regole chiare, tipiche del parenting autorevole.

Il presente lavoro è suddiviso in quattro capitoli; il primo capitolo descriverà l'ADHD, delineandone le caratteristiche basilari, i criteri diagnostici secondo i principali manuali (DSM-5 e ICD-11), le comorbidità esistenti con altri disturbi, l'eziologia, gli aspetti evolutivi, i modelli neurocognitivi e le tipologie di trattamento che possono essere attuate. Nel secondo capitolo verrà affrontato il tema dello stile genitoriale con particolare attenzione alle interazioni che questo può

avere nello sviluppo dei bambini con ADHD. Il terzo capitolo sarà dedicato alla spiegazione della ricerca, descrivendone le ipotesi, gli obiettivi, il campione di studio, il metodo e le prove di screening e sperimentali utilizzate. Infine, nel quarto capitolo verranno riportati i risultati qualitativi riscontrati e questi verranno discussi sulla base della principale letteratura di riferimento.

Capitolo 1

Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività

1.1 Definizione e descrizione dei sintomi

Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (DDAI), altresì conosciuto con l'acronimo inglese ADHD (Attention Deficit Hyperactive Disorder), classificato all'interno della quinta versione del Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) come disturbo del neurosviluppo, ha esordio nella prima infanzia ed è caratterizzato, come descritto nel DSM-5, da pattern persistenti di disattenzione e/o iperattività-impulsività che interferiscono con il funzionamento o lo sviluppo (DSM-5, APA, 2013). Il deficit di attenzione, l'iperattività e l'impulsività costituiscono i sintomi centrali dell'ADHD. La presenza di un deficit a carico delle funzioni attentive riguarda sia l'attenzione sostenuta, che prevede il mantenimento dell'attenzione per un tempo prolungato, sia l'attenzione selettiva, che prevede la focalizzazione su stimoli precisi. Da un punto di vista dei sintomi c'è la tendenza a distrarsi, l'incapacità a mantenere l'attenzione, la presenza di evidenti difficoltà nel seguire un discorso, l'interruzione di attività iniziate e l'evitamento di attività che richiedono sforzo cognitivo (APA, 2013). L'iperattività comporta l'incapacità di stare fermi e regolare il proprio comportamento difatti l'attività motoria risulta incongrua e afinalistica, il gioco è rumoroso e disorganizzato e sono presenti eccessive verbalizzazioni (Cornoldi et al., 2001). L'impulsività, infine, è legata all'incapacità di regolare il tipo di risposta e di inibire quelle automatiche (Cornoldi et al., 2001). I bambini con ADHD faticano a rispettare il proprio turno, mostrano una tendenza ad interrompere gli altri e ad intromettersi nelle conversazioni rendendosi spiacevoli agli occhi dei pari (Barkley, 2015). Ai sintomi nucleari dell'ADHD (inattenzione, iperattività e impulsività) si accostano i cosiddetti sintomi secondari: difficoltà relazionali, bassa autostima e difficoltà scolastiche. I sintomi secondari, che si manifestano in conseguenza a quelli primari, presentano caratteristiche che influiscono negativamente nella vita dell'individuo (Cornoldi et al., 2001). In merito alle difficoltà relazionali i bambini con ADHD molte volte sperimentano emarginazione da parte dei coetanei in quanto, conseguentemente alle difficoltà riscontrate nella

gestione dell'interazione con i pari, sfociano in atteggiamenti aggressivi senza tenere conto delle conseguenze delle proprie azioni (Cornoldi et al., 2001). Le interazioni avvengono più frequentemente con bambini più piccoli in quanto il gioco risulta disorganizzato come il loro e i comportamenti sono simili, ma è presente in via maggiore la tendenza all'isolamento in quanto, per via della facile perdita di interesse, le amicizie durature sono scarse. A discapito delle interazioni si aggiunge, inoltre, l'attenzione fluttuante che rende assente la capacità di cogliere indizi sociali non verbali per individui con diagnosi di ADHD (Cornoldi et al., 2001). Gli impedimenti generati dai sintomi nucleari possono portare ad esperienze di insuccesso che possono influenzare in maniera negativa la percezione della persona con ADHD e dunque a sviluppare una bassa autostima. Il senso di inadeguatezza provato dal singolo viene accresciuto dai continui feedback negativi provenienti dall'ambiente che lo circonda, come ad esempio i rimproveri da parte delle figure di riferimento che, non comprendendo completamente il funzionamento cognitivo dell'individuo, si rifanno ad attribuzioni causali errate (Barkley, 2015). Nonostante le difficoltà in ambito socio-relazionale appena descritte, sono presenti casi in cui i bambini con ADHD tendono ad autodescrivere come molto più competenti e felici di quanto siano realmente e tale tendenza a sovrastimare la propria competenza viene definita Positive Illusory Bias (Crisci et al., 2022; Owens et al., 2007). Infine, relativamente alle difficoltà scolastiche i bambini con ADHD, soprattutto per via della loro inattenzione ed iperattività, vanno incontro ad un percorso scolastico travagliato (Cantwell & Satterfield, 1978), tanto che il 30-40% degli studenti ha bisogno di un piano didattico personalizzato (PDP) il 30% ripete almeno un anno di scuola e il 10-35% non completa la scuola superiore.

1.2 Criteri diagnostici e gravità del disturbo

L'ADHD fino all'edizione precedente del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV), veniva associato ai disturbi del controllo degli impulsi (Disturbo Oppositivo-Provocatorio e Disturbo della Condotta) e dunque inserito tra i Disturbi del Comportamento. Attualmente, nonostante permanga la comorbilità con i disturbi sopracitati, in virtù delle evidenze scientifiche che dimostrano la presenza di un'alterazione nel funzionamento cerebrale e di predisposizioni genetiche allo sviluppo del disturbo, l'ADHD rientra tra i Disturbi del

Neurosviluppo. Una caratteristica importante è la diversa espressività delle manifestazioni sintomatologiche in relazione all'età. Per la diagnosi di ADHD, il DSM-5 (APA, 2013) prevede la presenza persistente per almeno sei mesi di sei o più sintomi relativi a una o entrambe le categorie: disattenzione e iperattività-impulsività.

I criteri diagnostici sono:

- A. Un pattern persistente di disattenzione e/o iperattività (caratterizzato dai sintomi descritti al punto 1 e/o 2) che interferisce con il funzionamento e lo sviluppo dell'individuo.
1. Disattenzione: sei o più dei sintomi sottoelencati per i casi al di sotto dei 17 anni, o cinque per gli individui con età superiore ai 17 anni, si sono presentati per almeno sei mesi, interferendo sulle attività sociali, scolastiche o lavorative:
 - spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari, o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, o in altre attività;
 - ha spesso difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco;
 - spesso non ascolta (es. la mente sembra altrove, anche in assenza di distrazioni evidenti);
 - spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti, o i doveri sul posto di lavoro;
 - ha spesso difficoltà ad organizzarsi nei compiti o nel lavoro;
 - spesso evita o è riluttante ad impegnarsi in compiti che richiedono uno sforzo cognitivo prolungato;
 - perde spesso gli oggetti necessari per i compiti o le attività;
 - spesso è facilmente distratto da stimoli esterni;
 - è spesso sbadato nelle attività quotidiane (es. sbrigare faccende, fare commissioni ecc.).
 2. Iperattività e impulsività: sei o più dei sintomi sottoelencati per i casi al di sotto dei 17 anni, o cinque per gli individui con età superiore ai 17 anni, si sono presentati per almeno 6 mesi, interferendo sulle attività sociali, scolastiche o lavorative:

- spesso si agita o batte mani e piedi o si dimena sulla sedia;
 - spesso si alza dal posto in situazioni in cui si dovrebbe restare seduti (es. in classe, in ufficio);
 - spesso scorrazza (o risulta irrequieto per adolescenti e adulti) in situazioni inappropriate;
 - è spesso incapace di giocare o svolgere attività ricreative tranquillamente;
 - è spesso sotto pressione, agendo come fosse “azionato da un motore” (es. è incapace di rimanere fermo e si sente a disagio nel farlo);
 - spesso parla troppo;
 - spesso “spara” una risposta prima di aver sentito l’intera domanda;
 - ha spesso difficoltà nell’aspettare il suo turno;
 - spesso interrompe gli altri o è invadente.
- B. Diversi sintomi di disattenzione o di iperattività/impulsività erano presenti prima dei 12 anni.
- C. Diversi sintomi di disattenzione o di iperattività/impulsività si presentano in due o più contesti (es. a casa, a scuola/lavoro, con amici o parenti, in altre attività).
- D. I sintomi interferiscono con la qualità del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.
- E. I sintomi non si presentano durante il decorso di una schizofrenia, o di un altro disturbo psicotico e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (es. disturbo dell’umore, disturbo d’ansia, disturbo di personalità, intossicazione o astinenza da sostanze).

A seconda della prevalenza dei sintomi sopracitati, il DSM-5 (APA, 2013) descrive tre sottotipi di disturbo:

- Sottotipo combinato (F90.2): si tratta del sottotipo più frequente in entrambi i sessi e prevede la presenza sia di sintomi di inattenzione, sia di sintomi di iperattività-impulsività presenti negli ultimi sei mesi;
- Sottotipo inattentivo (F90.0): prevede la presenza di sintomi di inattenzione e l’assenza di sintomi di iperattività-impulsività negli ultimi sei mesi;

- Sottotipo iperattivo-impulsivo (F90.1): prevede la presenza di sintomi di iperattività-impulsività e l'assenza di sintomi di inattenzione negli ultimi sei mesi.

L'ICD-10 (OMS, 1992) invece, classifica ancora l'ADHD come un disturbo del controllo degli impulsi e dunque in questo caso è presente una distinzione differente che, in base ai sintomi, distingue il disturbo in:

- Disturbo dell'attività e dell'attenzione (F90.0): che equivale al sottotipo combinato;
- Disturbo ipercinetico della condotta (F90.1): comprende sintomi di ADHD e sintomi afferenti a disturbi della condotta.

Il DSM-5 (APA, 2013), inoltre, prevede la possibilità di specificare la gravità del disturbo e in base alla sintomatologia distingue le forme di ADHD in:

- Lieve: sono presenti pochi sintomi oltre a quelli necessari per la diagnosi. Le compromissioni sul funzionamento dell'individuo sono minori;
- Moderato: è una condizione che si situa a metà tra i criteri per la severità lieve e grave;
- Grave: sono presenti diversi sintomi oltre a quelli necessari per la diagnosi o sono particolarmente gravi. Le compromissioni sul funzionamento dell'individuo sono marcate.

È prevista anche la diagnosi "in remissione parziale" se sono stati soddisfatti tutti i criteri diagnostici e vi è ancora compromissione sul funzionamento dell'individuo.

1.3 Comorbilità

La presenza di altre condizioni mediche o psicologiche in concomitanza al Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività rappresenta un argomento di grande interesse nella letteratura scientifica. Lo studio MTA (Multimodal Treatment Study of Children with ADHD) condotto nel 1999 dal MTA Cooperative Group, volto ad indagare l'efficacia di diversi trattamenti in bambini con ADHD, ha fornito importanti informazioni in merito alle comorbilità associate all'ADHD

evidenziando come tale disturbo difficilmente si presenta in maniera isolata. Dallo studio sopracitato (MTA, 1999) emergono i seguenti risultati:

- Nel 40% dei casi vi è comorbidità con il disturbo oppositivo provocatorio (DOP) che prevede la messa in atto di comportamenti di opposizione nei confronti di figure autoritarie come i caregivers o gli insegnanti;
- Nel 34% dei casi vi è comorbidità con disturbo d'ansia;
- Nel 14% dei casi vi è comorbidità con disturbo della condotta mosso dal desiderio di nuocere deliberatamente agli altri;
- Nel 11% dei casi vi è la presenza di tic;
- Nel 4% dei casi vi è la presenza di comorbidità con i disturbi dell'umore.

Oltre alle comorbidità emerse dallo studio, ad oggi in percentuali lievemente differenti, se ne aggiungono ulteriori in associazione all'ADHD. Negli ultimi decenni è accresciuto l'interesse in merito alla co-occorrenza di tratti di autismo (ASD) presenti in circa due terzi degli individui con ADHD (Davis & Kollins, 2012). In comorbidità al disturbo da deficit di attenzione e iperattività si possono trovare inoltre disturbi del sonno in una percentuale del 25-50% (Tsai & Huang, 2010), e i disturbi da uso di sostanze stupefacenti intorno al 45-55% (Kooij et al., 2010). Lo studio MTA (1999), inoltre, non prende in considerazione i disturbi specifici dell'apprendimento. In base a quanto riportato dalla letteratura, basandosi sui criteri diagnostici, secondo alcuni si associano i disturbi dell'apprendimento all'ADHD in una percentuale del 50-80% (Barkley, 1981; Lambert & Sandoval, 1980), mentre secondo altri in una percentuale del 25-50% (Mayes et al., 2000). Da una ricerca americana (Barkley et al., 1990) emerge che da un campione di bambini con diagnosi di ADHD:

- Il 21% manifestava un problema di lettura strumentale;
- Il 26% un deficit in ortografia;
- Il 28% problemi nell'area logico-matematica.

Rilevare la presenza di comorbidità in maniera precisa è importante in quanto garantisce la possibilità di creare un trattamento che sia mirato e che tenga in considerazione di tutte le condizioni presenti. In base alle comorbidità si possono prevedere, inoltre, le traiettorie di sviluppo dell'individuo.

1.4 Eziologia

La complessità dell'ADHD, disturbo multifattoriale, rende ancora oggi difficile riconoscere una singola causa scatenante per la manifestazione dei sintomi. Esistono una componente innata (genetica e neurobiologica) e una componente appresa (ambiente e fattori psicosociali) che concorrono nella determinazione del disturbo. In merito alla componente innata, l'ADHD è un disturbo poligenetico, ossia determinato dal concorso di più geni. I figli di genitori con diagnosi di ADHD hanno fino al 50% di probabilità di sviluppare a loro volta il disturbo, probabilità che risulta da 5 a 7 volte superiore in fratelli di bambini con la sindrome e che aumenta ulteriormente di 11-18 volte nel caso di un gemello di un bambino con diagnosi di disturbo da deficit di attenzione e iperattività. Stevenson, nel 1994, riassunse le ricerche condotte su gemelli monozigoti ed eterozigoti arrivando alla conclusione che l'ADHD sarebbe determinato per l'80% da fattori ereditari (Vio et al., 1999). In secondo luogo, è importante tenere in considerazione i fattori neurobiologici: l'ADHD può sorgere a seguito di disfunzioni di alcune aree cerebrali come la corteccia prefrontale, il sistema limbico, i gangli della base e il cervelletto e, oltre a ciò, tale disturbo può essere associato anche ad uno squilibrio di alcuni neurotrasmettitori come la noradrenalina e la dopamina responsabili del controllo di funzioni cerebrali come l'attenzione e il movimento (Gian Marco Marzocchi & Ilaria Bacchetta, 2011). La predisposizione genetica aumenta il rischio di sviluppare l'ADHD che si concretizza a seguito dell'interazione tra i fattori genetici e i fattori di rischio ambientali che partecipano allo sviluppo del disturbo. D'altro canto, fra le cause ambientali che concorrono allo sviluppo del disturbo si annoverano: nascita prematura, uso di alcool e tabacco da parte della madre, elevato numero di complicazioni mediche durante la gravidanza, lesioni cerebrali, condizioni socioeconomiche svantaggiate, situazioni psicologiche difficili in famiglia, rapporto disfunzionale tra genitore e figlio con ADHD, scarse risorse cognitive generali. Barkley sostiene che il 20-30% di casi, soprattutto nei maschi, è spiegato da fattori di matrice ambientale e suddivide i fattori eziologici in relazione all'ambiente condiviso e non condiviso (Barkley, 1997a). L'ambiente condiviso, che riguarda lo status socioculturale, il regime alimentare, il clima familiare e le caratteristiche interpersonali, potrebbe spiegare il mantenimento della

sintomatologia. L'ambiente non condiviso invece, costituito dai fattori di natura biologica non ereditati, è determinante per un 15-20% dello sviluppo del disturbo (Vianello & Mammarella, 2015).

1.5 Epidemiologia ed evoluzione del disturbo

La prevalenza di ADHD nella popolazione infantile, ad oggi, oscilla tra il 3% e il 5%, tenendo in considerazione la variabilità legata al Paese di riferimento. In Italia sono stati condotti tre studi epidemiologici, citati nelle linee guida elaborate nel 2002 dalla Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA). Il primo studio avvenne in Umbria e Toscana ad opera di Gallucci e collaboratori (1993), mentre il secondo e il terzo studio, svolti rispettivamente da Camerini e collaboratori (1996) e da Marzocchi e Cornoldi (2000), vennero condotti entrambi in Emilia. Le tre ricerche, mostrano che, quando il disturbo viene specificatamente ricercato, nella popolazione infantile generale la sua frequenza è di circa il 4% (SINPIA, 2002). L'ADHD, patologia tipica dell'età evolutiva, viene definita come disturbo "persistente" sia dal DSM-5 (APA, 2013) sia dall'ICD-10 (OMS, 1992). Il 60% circa dei bambini con ADHD continua a soddisfare i criteri per la diagnosi anche in età adulta (Spencer et al., 1998) e il 20% circa incontra i criteri per una diagnosi di disturbo antisociale di personalità (Mannuzza et al., 1993). Uno studio longitudinale, che ha seguito bambini di sei-sette anni per un periodo di dieci anni, ha rilevato, inoltre, un forte rischio per lo sviluppo di disturbo antisociale e in generale per problemi relazionali (Taylor et al., 1996). Come in quasi tutti i disturbi del neurosviluppo è più diagnosticato nei maschi che nelle femmine con un rapporto 3:1. Il fatto che il disturbo di ADHD sia prevalente nel genere maschile potrebbe essere attribuito al fatto che le femmine con ADHD tendono a presentare meno comportamenti iperattivi ed impulsivi, più facilmente osservabili, e manifestare invece sintomi di disattenzione che possono essere meno evidenti, tanto da rendere difficile riconoscere il disturbo come tale. La manifestazione sintomatologia associata all'ADHD subisce mutamenti con il passare degli anni: di particolare rilevanza sono i periodi di transizione come l'ingresso alla scuola primaria e il passaggio dalle scuole elementari alle scuole medie. Con l'ingresso in adolescenza i sintomi esternalizzanti, come l'iperattività, si attenuano di contro ai sintomi legati alla disattenzione che non seguono la stessa

tendenza. Spesso emergono problematiche legate all'ansia o basso tono dell'umore (Mannuzza et. al.,1993). L'evoluzione della patologia può essere suddivisa in varie fasi: prima della nascita in cui si valutano i fattori di rischio di insorgenza del disturbo, l'età prescolare, l'età scolare, l'adolescenza e l'età adulta (Vianello & Mammarella, 2015). In età prescolare non ci si aspettano prestazioni attentive elevate, infatti, si tende a posticipare la diagnosi all'età scolare in quanto i sintomi cognitivi sono difficili da valutare prima dei sei anni ed inoltre è un periodo in cui tutti i bambini sentono il bisogno di sfogarsi sotto il punto di vista motorio e dunque risultano essere particolarmente iperattivi (Caselli & Vicari, 2017). In età scolare è possibile trovare la comparsa di sintomi cognitivi (disattenzione ed impulsività) che portano a difficoltà scolastiche, evitamento di compiti prolungati e comportamento oppositivo provocatorio. Con il passaggio alla scuola secondaria aumenta il carico di lavoro, che richiede una maggiore autonomia, presentando spesso un problema (Vianello & Mammarella, 2015). Il bambino potrebbe mostrare difficoltà: nel trovare motivazione intrinseca, riuscire ad organizzare autonomamente lo studio, nel mantenere sotto controllo diverse attività e vi è un peggioramento delle difficoltà relazionali (Vianello & Mammarella, 2015). Nel periodo adolescenziale c'è manifestazione evidente delle comorbilità eventuali e in base ad esse vi sono tre possibili esiti evolutivi:

- Esito positivo: superamento dei sintomi, tuttavia, le difficoltà scolastiche possono persistere portando a prestazioni inferiori nei soggetti con ADHD (Vianello & Mammarella, 2015);
- Esito più comune: permanenza della sindrome con attenuazione dell'iperattività, ma crescente compromissione emotiva e sociale (Vianello & Mammarella, 2015);
- Esito negativo: associazione dell'ADHD con DOP e disturbi della condotta, con peggioramento della relazione del soggetto con il contesto di riferimento (Vianello & Mammarella, 2015).

In età adulta, infine, a seconda della traiettoria evolutiva delineatasi durante l'adolescenza si differenziano esiti migliori da esiti più frequenti. In caso di esiti positivi c'è un facile inserimento lavorativo, buoni risultati per le ottime capacità cognitive, tenendo in considerazione che occupazioni noiose e d'ufficio sono da

evitare (Weiss et al., 2008). Nei casi di esito più frequente, invece, si presentano: bassa autostima, condotte rischiose, difficoltà relazionali con rischio di emarginazione sociale e vulnerabilità psicopatologica. In età adulta, inoltre, permangono i problemi legati alla disorganizzazione e pianificazione della vita (Vianello & Mammarella, 2015).

1.6 Modelli teorici di riferimento

In merito ai core deficit del disturbo si sono susseguite diverse teorizzazioni neuropsicologiche a riguardo. Sono presenti due linee di ricerca che prevalgono sulle altre e prendono in considerazione due differenti meccanismi in tale disturbo: il primo filone di studi si concentra sul deficit delle funzioni esecutive, mentre il secondo considera l'ADHD come prevalentemente caratterizzato da un deficit motivazionale (Marzocchi et al., 2022). Per quanto riguarda la prima corrente di pensiero, uno dei modelli che ha ricevuto maggiori riconoscimenti è il modello di Barkley (1977) per il quale l'ADHD sarebbe dovuto a un deficit molto precoce nell'inibizione comportamentale (Barkley, 1997b). Tale deficit inibitorio ha ripercussioni su diversi aspetti come il funzionamento della working memory, la capacità di autoregolare le emozioni, l'utilizzo del discorso interiorizzato che prevede la capacità di darsi delle regole ed istruzioni verbali e la pianificazione delle azioni da mettere in atto (Barkley, 2011). L'incapacità dei soggetti di regolare il proprio comportamento a seconda delle richieste ambientali, osservabile anche negli scarsi risultati ottenuti nei compiti sperimentali "GO-NoGo" (Marzocchi et al., 2022), porta a intendere l'ADHD come un disturbo dell'autoregolazione (Barkley, 2011). L'altra tipologia di modello esplicativo dell'ADHD è quello motivazionale, che sostiene che le difficoltà nella posticipazione della gratificazione o ricompensa e l'avversione nell'attesa, definita Delay Aversion, giocherebbero un ruolo fondamentale nell'ADHD (Marzocchi et al., 2022). Il modello di Sonuga-Barke (Sonuga-Barke, 2003), infine, unisce gli aspetti dei due modelli sopradescritti e propone la presenza di due vie compromesse nei soggetti con ADHD. Da un lato vi sarebbe una difficoltà di regolazione dell'azione e del pensiero, con una compromissione del controllo inibitorio, riprendendo il modello di Barkley. Dall'altro lato questi soggetti presenterebbero uno stile motivazionale

caratterizzato da una ridotta tolleranza dell'attesa, riprendendo il modello della Delay Aversion.

1.7 Interventi per il trattamento dell'ADHD

Nei casi di ADHD sono possibili tre tipologie di intervento: psicologico (o psico-educativo) sul bambino, farmacologico o la combinazione di entrambi che consente di ottenere maggiori benefici. Lo studio MTA (1999) mette in evidenza come sia fondamentale prendere in considerazione tutti gli aspetti che riguardano l'individuo con ADHD per predisporre un intervento individualizzato che risulti efficace. L'intervento è importante, infatti, che si basi su un approccio multifocale che coinvolga i principali contesti di vita del bambino come la famiglia e la scuola e deve essere personalizzato in base alle caratteristiche del bambino come l'età, il contesto sociale o la compresenza di altri disturbi. A volte ci si può trovare a lavorare solo con una componente delle tre (scuola, famiglia, bambino) pur sapendo che l'intervento sarà meno efficace. L'obiettivo principale dell'intervento psicologico è di migliorare il funzionamento globale dell'individuo e le relazioni con i pari, i genitori e gli insegnanti, mentre il trattamento farmacologico si basa principalmente sull'utilizzo del metilfenidato, uno psicostimolante che riduce i comportamenti impulsivi e migliora l'attenzione (*Linee guida per il DDAI e i DSA*, 2006). È fondamentale l'utilizzo di interventi combinati quando il quadro di espressività del disturbo è grave. Lo scopo principale del trattamento con il bambino è di renderlo consapevole dei propri ostacoli e di aiutarlo a superarli indirizzandolo verso l'autoregolazione e, a tale scopo, la token economy, tecnica psicologica che prevede l'utilizzo di gettoni da consegnare al bambino ogni qualvolta venga messo in atto un comportamento positivo, è lo strumento maggiormente utilizzato. I bambini con ADHD richiedono, infatti, un continuo ed immediato feedback sul proprio comportamento (Kinsbourne et al., 1984) e dunque attuare il principio del rinforzo è particolarmente utile (Vianello & Mammarella, 2015). Le tecniche comportamentali, tuttavia, sono difficili da mantenere nel tempo e dunque ad esse vengono spesso associate tecniche cognitive come le autoistruzioni verbali (Vianello & Mammarella, 2015). Per quanto concerne l'intervento con la famiglia del bambino con ADHD, i parent training di gruppo o di coppia sono l'intervento maggiormente utilizzato e risultano particolarmente efficaci in coppie con bambini

in età prescolare (Pisterman et al., 1992) e in età scolare (Vianello & Mammarella, 2015). L'obiettivo principale del parent training è di aiutare il genitore a cambiare prospettiva e di fornirgli sia una maggiore consapevolezza del disturbo sia strategie di coping. È importante che entrambi i genitori siano presenti agli incontri o per lo meno ci sia una collaborazione fra di loro in modo da non esasperare la situazione ed aiutare al meglio il bambino. Infine, è importante il contributo degli insegnanti, figure educative di riferimento del bambino. Come il parent training, è previsto il teacher training che aiuta i docenti nella comprensione e conseguente gestione dell'ADHD. Agli insegnanti, in aggiunta, è possibile affiancare il tutoraggio gestito dai coetanei (peer tutoring), tecnica efficace che permette un confronto fra compagni sul lavoro svolto (Vianello & Mammarella, 2015).

Capitolo 2

Lo stile genitoriale nei bambini con ADHD

2.1 La genitorialità e le sue funzioni

La genitorialità è definita come una funzione autonoma dell'essere umano che si sviluppa fin dall'infanzia attraverso l'interiorizzazione delle esperienze di cura ricevute (George & Solomon, 2008). La funzione genitoriale implica la capacità del genitore di protezione, fornire cure fisiche e affettive, accudimento e comprensione dei bisogni dell'altro, riconoscendone la soggettività (Simonelli, 2014). In tale processo, però, possono intervenire numerosi fattori di rischio che possono ostacolare il normale sviluppo della genitorialità (Simonelli, 2014). Incidenti di percorso o fattori che compromettono una sana genitorialità possono portare a esiti evolutivi sfavorevoli, colpendo la diade madre-bambino e danneggiando il sistema di sintonizzazione affettiva. Secondo la letteratura, gli elementi che caratterizzano una genitorialità positiva includono: il calore emotivo, la disponibilità, l'empatia e la comprensione, una comunicazione efficace e il supporto dell'autonomia. Una genitorialità sana prevede la dimostrazione di affetto nei confronti dei figli e la creazione di un ambiente sicuro che favorisca il legame emotivo (Ainsworth, 1978). Una genitorialità "sufficientemente buona" prevede la disponibilità e la capacità del genitore di rispondere ai bisogni del bambino (Winnicott, 1965). La dimostrazione di empatia e comprensione del genitore verso le emozioni e le esperienze del figlio aiuta a sviluppare una relazione di fiducia e rispetto reciproco (Siegel & Hartzell, 2005) ed una comunicazione chiara e aperta tra genitori e figli è cruciale per lo sviluppo emotivo e sociale del bambino. I genitori devono essere in grado di ascoltare e rispondere alle esigenze e alle preoccupazioni dei loro bambini (Gottman & DeClaire, 1997). I genitori sani, in conclusione, incoraggiano l'autonomia e l'indipendenza del bambino, permettendo loro di esplorare e sviluppare le proprie capacità e interessi (Grolnick et al., 1997). La transizione alla genitorialità e la traiettoria di sviluppo del bambino sono fortemente influenzate dal contesto ambientale, relazionale e intrapsichico, incidendo sulla genesi della funzione genitoriale e il suo sviluppo nelle generazioni. A tal proposito, Jay Belsky ha elaborato, nel 1984, un modello processuale (*Figura 2.1*) secondo il quale la

funzione genitoriale è direttamente influenzata dalle caratteristiche del singolo genitore (la sua personalità), del singolo figlio (caratteristiche dell'individualità del figlio) e dal più ampio contesto sociale in cui il rapporto genitore-bambino è inserito, in particolare, le relazioni coniugali, le reti sociali e le esperienze professionali dei genitori.

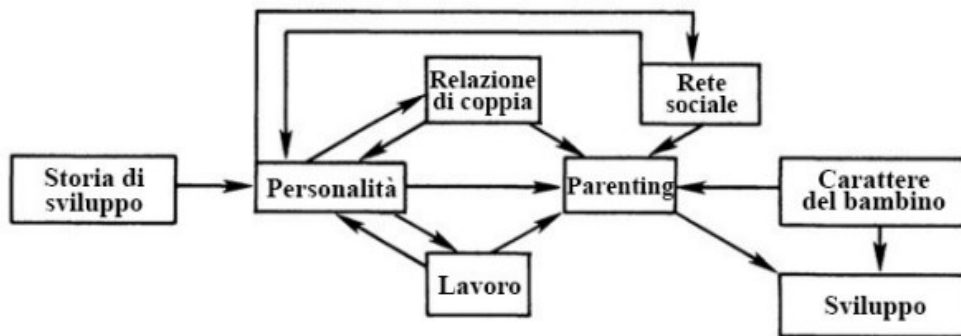


Figura 2.1 Modello processuale delle determinanti della genitorialità

Il modello di Belsky presuppone dunque che le storie di sviluppo dei genitori, le relazioni coniugali, le reti sociali e i posti di lavoro influenzino la personalità individuale e il benessere psicologico generale dei genitori e di conseguenza, il funzionamento dei caregivers e, nello stesso tempo, lo sviluppo dei bambini. La genitorialità, pertanto, è multideterminata. Lo sviluppo dell'individuo non è un processo piatto, ma procede per adattamenti e ristrutturazioni sulla traiettoria evolutiva della genitorialità che assolve, in corrispondenza all'iter di crescita del bambino, svariate funzioni (Tambelli, 2017):

- La *funzione protettiva* consiste nel fornire cure e protezioni al bambino fin dai primi momenti della nascita.
- La *funzione affettiva* si basa sulla sintonizzazione affettiva (Stern, 1985), ovvero un processo dinamico in cui il genitore si sintonizza in modo affettivo ed empaticamente responsivo sugli affetti e i segnali comunicativi mostrati dal bambino.

- La *funzione regolativa* avviene per mezzo di processi di intersoggettività primaria e secondaria che regolano lo scambio diadico, caratterizzato da rotture e riparazioni.
- La *funzione rappresentativa* vede nella mente del genitore avvenire il passaggio da bambino immaginario a bambino reale. Questo processo si manifesta attraverso modelli di interazione chiamati “schemi di stare con” (Stern, 1985), che aiutano il bambino a sviluppare un modello personale di come interagire e relazionarsi.
- La *funzione proiettiva* vede la proiezione del passato irrisolto dei genitori nei bambini. Gli aspetti del passato dei genitori, proiettati nella relazione con i figli, sono stati descritti da Selma Fraiberg e colleghi (1975) come “fantasmi nella stanza dei bambini”.
- La *funzione mentalizzante* è quel processo mediante il quale le madri attraverso la funzione di *reverie* (Bion, 1962) strutturano la mente del bambino nella capacità di riflettere i propri e altrui stati mentali. Il termine *reverie* indica la capacità del caregiver di ricevere le impressioni emotivo-sensoriali del bambino, elaborarle in una forma che la psiche del neonato non è ancora pronta a produrre da sola, restituendole in una forma che il bambino possa introiettare e assimilare.

Tali funzioni genitoriali sopradescritte vengono esercitate attraverso modalità specifiche che si manifestano negli stili genitoriali.

2.2 Gli stili genitoriali

Gli stili genitoriali comprendono l'insieme di atteggiamenti, comportamenti e strategie che i genitori utilizzano nell'interazione con i loro figli per guidarli nel loro sviluppo. Un contributo significativo allo studio degli stili genitoriali è stato fornito dalla psicologa dello sviluppo Diana Baumrind. Secondo Baumrind (1967, 1971) lo stile educativo dei genitori si articola principalmente su due componenti: la componente emotivo-affettiva e la componente relativa alla funzione di controllo. Il bilanciamento di queste due componenti, in combinazione con il contesto familiare e le caratteristiche individuali della famiglia, determina se lo stile genitoriale risultante sarà positivo o negativo. Il livello di supporto si riferisce al

grado di sostegno, vicinanza emotiva e disponibilità che i genitori mostrano nel soddisfare i bisogni dei loro figli, incoraggiando l'autoregolazione e l'affermazione di sé (Baumrind, 1967). Diversamente, il livello di controllo concerne le pressioni esercitate dai genitori per promuovere comportamenti socialmente adeguati nei figli, attraverso meccanismi di controllo e supervisione. Nella componente di controllo si possono differenziare quattro aspetti (Baumrind, 1967): la restrittività pura e semplice, il controllo esercitato tramite la coerenza della disciplina, la richiesta di maturità da parte del bambino, l'incoraggiamento verso l'indipendenza. In primo luogo, la restrittività pura e semplice fa riferimento alla quantità e alla rigidità delle regole imposte dal genitore. Un alto livello di restrittività implica che il genitore stabilisce numerose regole e limita severamente la libertà del bambino. Questo approccio può ridurre le opportunità per il bambino di esplorare e fare esperienze in modo autonomo (Baumrind, 1967). Il secondo aspetto riguarda il controllo esercitato tramite la coerenza della disciplina, ovvero il grado di coerenza con cui il genitore applica le regole. La coerenza nell'applicazione delle regole è fondamentale poiché aiuta il bambino a comprendere meglio le aspettative e le conseguenze del proprio comportamento. Un'applicazione coerente delle regole fornisce un senso di sicurezza e prevedibilità, permettendo al bambino di sapere cosa aspettarsi in diverse situazioni (Baumrind, 1967). Nella componente di controllo rientra anche la richiesta di maturità da parte del bambino, in riferimento alle aspettative dei genitori. Essi richiedono che il bambino assuma responsabilità appropriate alla sua età e dimostri un certo livello di indipendenza e autocontrollo. Questo aspetto è cruciale per il suo sviluppo poiché incoraggia il bambino a crescere e a comportarsi in modo più autonomo (Baumrind, 1967). Infine, l'incoraggiamento verso l'indipendenza concerne il supporto che il genitore fornisce al bambino per promuovere la sua autonomia e la sua capacità di prendere decisioni indipendenti. Questo incoraggiamento è essenziale per lo sviluppo della fiducia in sé stessi e per l'acquisizione di competenze decisionali. I genitori che promuovono l'indipendenza aiutano i loro figli a diventare individui più sicuri e competenti, capaci di affrontare le sfide della vita con maggiore autonomia e resilienza (Baumrind, 1967). Attraverso la combinazione della componente emotivo-affettiva e della componente di controllo, Baumrind ha identificato tre tipologie di stile

educativo adottate dai genitori, in aggiunta ai quali Maccoby e Martin (1983) hanno introdotto un ulteriore stile educativo, denominato stile trascurante, basato sulle ricerche precedenti di Baumrind (1967, 1971) e altri autori (Ainsworth & Bell, 1970; Bowlby, 1982; Bronfenbrenner, 1992).

- Autorevole: lo stile autorevole si caratterizza per un elevato grado di sostegno emotivo accompagnato da un forte controllo. Questo approccio genitoriale si fonda sull'istituzione di regole e linee guida che il bambino è tenuto a rispettare; tuttavia, si distingue per il suo carattere democratico, poiché il genitore è aperto a negoziare e adattare le regole alle esigenze e ai desideri del figlio attraverso il dialogo (Baumrind, 1967, 1971). Il genitore autorevole bilancia le richieste di obbedienza con un sostegno affettivo e un'attenzione attenta alle necessità del bambino. Promuove l'indipendenza e l'autonomia, intervenendo con autorità quando necessario. Questo stile genitoriale è caratterizzato da una flessibilità che consente di riconsiderare e aggiustare le regole in base a valide motivazioni (Baumrind, 1967). Nel caso di comportamenti non conformi alle aspettative, il genitore autorevole preferisce ricorrere a metodi educativi non punitivi, permettendo al bambino di esprimere le proprie opinioni. In situazioni di fallimento, il genitore offre supporto, conforto e perdono piuttosto che punizioni. Questo approccio educativo mira a sviluppare nel bambino assertività, responsabilità sociale, capacità di autocontrollo e cooperazione senza dominare o sottomettersi agli altri (Baumrind, 1971).
- Autoritario: lo stile autoritario si caratterizza per l'uso inflessibile del potere genitoriale, elevate aspettative e una comunicazione affettiva limitata. Questo approccio genitoriale è contraddistinto da un alto livello di controllo e una bassa manifestazione di calore emotivo. Il genitore autoritario enfatizza il controllo esterno anziché promuovere l'autocontrollo e l'autoregolazione nel bambino. Non aiuta il bambino a gestire i propri comportamenti né a considerare le alternative e le conseguenze delle sue azioni (Baumrind, 1967, 1971). Il genitore autoritario stabilisce aspettative rigide, è inflessibile ed esige molto sia

da sé stesso che dagli altri. Mostra difficoltà nel comprendere e soddisfare i bisogni emotivi dei figli e nel comunicare in modo empatico. Non fornisce spiegazioni o feedback, ma si affida a punizioni fisiche o verbali di fronte alle violazioni delle regole stabilite. Il figlio è tenuto a seguire regole coercitive e rigide, con conseguenti sanzioni immediate per il mancato rispetto di tali norme (Baumrind, 1967, 1971). I bambini cresciuti in un ambiente autoritario non vengono incoraggiati a sviluppare indipendenza, autonomia o una consapevolezza dei propri limiti, ma sono invece orientati a conformarsi passivamente alle aspettative sociali. Gli effetti di questo stile genitoriale si riflettono negativamente sulle competenze sociali e sul rendimento scolastico dei bambini (Baumrind, 1971).

- Permissivo: lo stile permissivo si caratterizza per un mix di affetto e incoerenza, con un'alta manifestazione di calore emotivo e un basso livello di controllo. Questo approccio è definito dalla concessione di libertà ai figli senza la promozione dell'autoregolazione. Lo stile genitoriale permissivo si caratterizza per aspettative ridotte riguardo alla maturità e alla capacità di autoregolazione del bambino (Baumrind, 1967, 1971). Il genitore permissivo favorisce il dialogo aperto e manifesta affetto, cercando di soddisfare le richieste e i bisogni del bambino senza imporre regole chiare o modelli comportamentali definiti, pone poche richieste al figlio e spesso stabilisce un rapporto più amichevole che autoritario. Lo stile genitoriale permissivo tende a mancare di aspettative chiare di confini di ruolo definiti, il che può contribuire alla mancanza di una forte disciplina personale nel bambino (Baumrind, 1967).
- Trascurante: lo stile trascurante si contraddistingue per la scarsa combinazione di controllo e affetto, caratterizzato da famiglie che limitano gli sforzi e il tempo dedicato all'interazione con i figli. In questo stile genitoriale l'attenzione principale è rivolta alla soddisfazione dei bisogni fondamentali del bambino senza investire emotivamente nella sua crescita e formazione. Il genitore trascurante

non offre un ambiente sicuro né si configura come un punto di riferimento affidabile, mostrando poca sensibilità verso i bisogni del figlio e talvolta esibendo indifferenza o trascuratezza (Maccoby & Martin, 1983). I bambini cresciuti in famiglie di questo tipo tendono a mostrare bassi risultati non solo a scuola, ma anche in altre sfere della loro vita. La mancanza di limiti e regole contribuisce alla difficoltà nel mantenere comportamenti adeguati in contesti sociali, e ciò può predisporli a sviluppare difficoltà cognitive, emotive e relazionali (Maccoby & Martin, 1983).

2.3 Impatto degli stili genitoriali nello sviluppo

I quattro stili genitoriali descritti nel precedente paragrafo danno origine a differenti esiti evolutivi. Lo stile educativo autorevole è frequentemente associato a risultati positivi, come alti livelli di autostima e competenza sociale. I bambini manifestano uno sviluppo armonico, sia dal punto di vista emotivo che educativo, in cui le richieste dei genitori vengono negoziate piuttosto che imposte e lo scambio affettivo sostiene quello educativo (Baumrind, 1967). La genitorialità autorevole è considerata lo stile più efficace in quanto i genitori stabiliscono un buon equilibrio tra controllo e autonomia, sono maggiormente disposti a impegnare i bambini in scambi verbali e a permettere loro di esprimere il loro punto di vista. Il calore e coinvolgimento genitoriale rendono il bambino più recettivo all'influenza parentale (Baumrind, 1971). In contrapposizione, adottare uno stile educativo autoritario o permissivo è correlato ad una scarsa indipendenza dei figli seppur obbedienti, con atteggiamento poco responsabili verso gli altri e, talvolta, aggressivi e impulsivi. Nel dettaglio, bambini di genitori autoritari spesso sperimentano infelicità, apprensività e ansia nei confronti degli altri, presentano difficoltà a iniziare le attività e mostrano scarse abilità comunicative. Dall'altro lato, figli di genitori permissivi non imparano a controllare il loro comportamento e a rispettare gli altri (Baumrind, 1971, 1978). Infine, lo stile trascurante può risultare in esiti negativi significativi per i bambini, tra questi sono inclusi problemi comportamentali, rischio di delinquenza e scarsa autostima. I figli di genitori trascuranti sviluppano la sensazione che altri aspetti della vita siano più importanti di loro e sono socialmente incompetenti, mostrano scarso autocontrollo e gestiscono male

l'indipendenza, hanno una bassa autostima e in adolescenza possono marinare la scuola e manifestare atteggiamenti delinquenti (Maccoby & Martin, 1983).

2.4 Impatto degli stili genitoriali sui bambini con ADHD

Gli stili genitoriali possono svolgere un ruolo cruciale nell'influenzare l'esperienza e la gestione dei sintomi dell'ADHD nei bambini. Lo stile autorevole, che combina alto controllo con elevato supporto e calore, è considerato lo stile più efficace da adottare con bambini ADHD. I genitori autorevoli stabiliscono aspettative chiare e utilizzano strategie di disciplina coerenti, mantenendo una comunicazione aperta e affettuosa. Questo stile può aiutare i bambini con ADHD a sviluppare migliori abilità di autoregolazione e a sentirsi supportati e compresi, migliorando così il loro comportamento e il rendimento scolastico (Steinberg, 2001). I genitori autoritari, che adottano un approccio caratterizzato da elevato controllo e bassa affettività, tendono a imporre regole rigide e aspettative elevate. Questo stile può aggravare notevolmente i sintomi dell'ADHD, poiché i bambini con ADHD spesso lottano con l'autocontrollo e il rispetto delle regole. La mancanza di calore e comprensione può portare a sentimenti di ansia e bassa autostima nei bambini, peggiorando ulteriormente il loro comportamento impulsivo e iperattivo (Baumrind, 1971). I genitori permissivi tendono a mostrare molto affetto, esercitando però poco controllo e disciplina. Questo può risultare problematico per i bambini con ADHD, che beneficiano di una struttura chiara e aspettative ben definite. La mancanza di limiti può portare a un aumento dei comportamenti impulsivi e difficoltà nel gestire le proprie emozioni, complicando ulteriormente la gestione dei sintomi dell'ADHD (Baumrind, 1978). Infine, lo stile trascurante, caratterizzato da una bassa componente affettiva e di controllo, è il più dannoso per i bambini con ADHD. La mancanza di coinvolgimento e di supporto può esacerbare i problemi comportamentali ed emotivi, portando a una scarsa autostima e a difficoltà nelle relazioni sociali e accademiche. I bambini con ADHD in queste famiglie possono sentirsi isolati e non supportati, aggravando ulteriormente i sintomi del disturbo (Lamborn et al., 1991). La letteratura scientifica, dunque, suggerisce che uno stile genitoriale autorevole, in cui è presente un equilibrio fra la componente di controllo e la componente emotivo-affettiva, sia il più benefico per i bambini con ADHD. Questo approccio educativo può aiutare a mitigare i sintomi del disturbo, migliorare

le competenze sociali e accademiche e promuovere un sano sviluppo emotivo. È cruciale che i genitori di bambini con ADHD ricevano supporto e formazione adeguata in modo da poter adottare strategie genitoriali efficaci, contribuendo così al benessere dei loro figli.

2.5 Relazioni con i genitori e differenze di genere nell'ADHD

Le relazioni tra i genitori e i figli sono influenzate da molteplici fattori, tra cui il genere del bambino. Numerosi studi hanno evidenziato come le dinamiche familiari e gli stili genitoriali possano variare significativamente in base al fatto che il figlio sia maschio o femmina (Leaper, 2002). Queste differenze possono avere un impatto sullo sviluppo emotivo, comportamentale e sociale dei bambini, con implicazioni particolarmente rilevanti nei casi di bambini con ADHD. Uno dei principali ambiti di ricerca riguarda la risposta dei genitori alle espressioni emotive dei loro figli. Gli studi mostrano che le madri tendono a rispondere in modo più contingente alle manifestazioni emotive dei figli maschi rispetto alle figlie femmine (Malatesta & Haviland, 1982; Tronick & Cohn, 1989; Weinberg et al., 1999). Questo suggerisce che i ragazzi sono incoraggiati a controllare le proprie emozioni, mentre alle ragazze viene spesso consentito di esprimere una gamma più ampia di sentimenti (Brody, 2000; Haviland & Malatesta, 1981; Malatesta et al., 1989). Analogamente, si nota una differenziazione nella promozione dell'autonomia tra figlie e figli. I genitori incentivano un maggiore autocontrollo nei figli maschi fin dalla prima infanzia, specialmente quando manifestano elevata emotività negativa, rispecchiando le aspettative sociali riguardo al controllo delle emozioni (Brody, 2000; Haviland & Malatesta, 1981). Un altro aspetto significativo è rappresentato dall'interazione verbale genitore-figlio, dove i genitori tendono ad essere più assertivi con le figlie rispetto ai figli. Questo comportamento può influenzare lo sviluppo linguistico e cognitivo dei bambini, così come le loro valutazioni personali e il loro funzionamento autonomo (Crockenberg & Litman, 1990; Kuczynski et al., 1987; Pomerantz & Ruble, 1998). Inoltre, le differenze di genere nel temperamento infantile possono evocare reazioni diverse nei genitori. I maschi e le femmine possono suscitare vari livelli di pazienza e diversi orientamenti educativi da parte dei genitori, influenzando così il tipo di supporto emotivo e l'approccio genitoriale fornito. Ad esempio, i figli maschi, che tendono ad essere più impulsivi e aggressivi

rispetto alle figlie femmine, possono sfornire i loro genitori inducendoli ad adottare uno stile permissivo (Olweus, 1980). Le differenze di genere possono, inoltre, influenzare l'autostima dei bambini, con evidenze che mostrano come l'affiliazione genitore-figlio possa impattare in modo differente sull'autostima delle figlie rispetto ai figli durante l'adolescenza. L'accettazione e il supporto emotivo sono più correlati con l'autostima delle figlie, mentre il controllo può avere maggior peso per l'autostima dei figli (Leaper, 2002). In conclusione, le dinamiche delle relazioni genitore-figlio sono sensibilmente modulate dalle differenze di genere. Gli studi presenti in letteratura (Leaper, 2002; Raley & Bianchi, 2006) suggeriscono che solitamente le figlie tendono a beneficiare di un maggiore supporto emotivo e di una comunicazione più aperta, mentre i figli possono essere soggetti a una maggiore pressione per il controllo delle emozioni e l'autocontrollo. Mentre gli approcci più disciplinari con i figli maschi possono aumentare lo stress e la frustrazione, aggravando i sintomi dell'ADHD, un sostegno emotivo adeguato può favorire competenze relazionali più positive nelle figlie femmine. Tuttavia, eccessivi tentativi di protezione da parte dei genitori nei confronti delle figlie femmine potrebbe limitarle nella capacità di gestione di difficoltà e sintomi tipici dell'ADHD in maniera efficace ed autonoma (Leaper, 2002; Raley & Bianchi, 2006).

Capitolo 3

Il progetto di ricerca

3.1 Ricerca

La presente ricerca, che si inserisce nel più ampio progetto di studio “Aggressività e fattori distali”, si propone di esaminare gli stili genitoriali dei genitori di bambini con ADHD. In generale, il progetto ha l’obiettivo di analizzare i comportamenti aggressivi e prosociali nei bambini, nonché i fattori distali legati al bambino e all’ambiente in cui vive. Nello specifico, i comportamenti aggressivi sono definiti come tutte quelle azioni intraprese con l’intenzione di arrecare danno ai pari, mentre i comportamenti prosociali si riferiscono a quei comportamenti amichevoli e di aiuto. Tra i fattori distali si includono gli stili genitoriali, che possono fungere da fattori protettivi sostenendo i comportamenti prosociali, o da fattori di rischio ostacolando. Il presente studio si focalizza in particolare sull’analisi degli stili genitoriali nel contesto dello sviluppo dell’ADHD, ponendo un’attenzione speciale alle possibili variazioni nel parenting in relazione al genere dei figli.

3.2 Partecipanti

Per questo studio, dal campione più ampio di ricerca, sono stati selezionati quattro bambini frequentanti la classe seconda della scuola secondaria di primo grado: un maschio e una femmina a sviluppo tipico (ND) e un maschio e una femmina con diagnosi di ADHD. I partecipanti sono stati appaiati in base all’età, al genere e al quoziente intellettivo (Sattler, 1988). Le caratteristiche degli appaiamenti sono riportate nella tabella sottostante. Al fine di garantire la privacy dei partecipanti, a ciascun bambino è stato assegnato un nome fittizio. In particolare, ci si riferirà al bambino senza diagnosi (ND) come “Lorenzo”, al bambino con diagnosi di ADHD come “Giovanni”, alla bambina senza diagnosi (ND) come “Lara” e alla bambina con diagnosi di ADHD come “Matilde”.

Partecipanti	Età	Genere	Gruppo
Lorenzo	13 anni	M	ND
Giovanni	13 anni e 5 mesi	M	ADHD

Lara	13 anni	F	ND
Matilde	12 anni e 11 mesi	F	ADHD

Tabella 3.1 Caratteristiche degli appaiamenti

3.3 Metodo

Lo studio si compone di due fasi principali: in primo luogo sono state somministrate delle prove di screening per poi procedere, in un secondo momento, con le prove sperimentali. Per la prima fase di screening, volta ad ottenere una stima del quoziente intellettivo (Sattler, 1988) dei partecipanti, sono state proposte due prove appartenenti alla batteria WISC-IV (Wechsler, 2019): il Disegno con Cubi (DC) e la prova di Vocabolario (VC). La stima del quoziente intellettivo (QI) serve a garantire che il risultato sia nella norma, ossia superiore a 85, escludendo la presenza di potenziali problemi intellettivi, specialmente nei due bambini con ADHD. Questo consente di confrontare i partecipanti con diagnosi di ADHD con quelli a sviluppo tipico, basandosi sul loro funzionamento cognitivo. In aggiunta alle due prove rivolte ai bambini, è stato richiesto ai genitori degli stessi di compilare la Conners' Parent Rating Scale-Revised: Short Form (Conners, 1997), per verificare la presenza di tratti di disattenzione e iperattività nei bambini con ADHD ed escludere la presenza di tali tratti nei bambini a sviluppo tipico. Nella seconda fase della ricerca, è stato selezionato uno strumento per valutare come gli stili genitoriali incidano sullo sviluppo dell'ADHD: l'Alabama Parenting Questionnaire (Frick, 1991).

3.4 Strumenti di Screening

Gli strumenti di screening utilizzati per questa ricerca sono i due subtest della scala di intelligenza WISC-IV (Wechsler, 2019): il Disegno con Cubi (DC) e la prova di Vocabolario (VC) insieme al questionario Conners' Parent Rating Scale-Revised: Short Form (Conners, 1997) nella versione per i genitori.

3.4.1 Disegno con Cubi

Il Disegno con Cubi rappresenta uno dei quattro subtest della WISC-IV (Wechsler, 2019) che compongono l'indice di ragionamento visuo-percettivo (IRP) utilizzato per misurare le abilità visuo-spaziali e, più in generale, le abilità di ragionamento fluido. Questo subtest si focalizza sulla capacità dei bambini di sintetizzare e

analizzare stimoli visivi astratti, cogliendo le relazioni spaziali tra di essi. La prova richiede l'uso di cubetti a sei facce con le seguenti caratteristiche: due facce completamente rosse, due facce completamente bianche e due facce metà rosse e metà bianche. Il bambino deve riprodurre configurazioni di cubetti presentate dall'esaminatore o raffigurate nel libro stimoli. La prova è composta da quattordici configurazioni di complessità crescente, suddivise in base all'età del bambino. I bambini dai 6-7 anni cominciano la prova dall'item 1, che richiede l'uso di due cubetti che poi aumenteranno a 4 dall'item 2. I bambini dagli 8 anni in su cominciano la prova dall'item 3, che richiede l'uso di 4 cubetti. Il bambino ha un tempo limite per completare ogni configurazione: 30 secondi per l'item 1, 45 secondi per gli item che vanno dal 2 al 5, 75 secondi per gli item che vanno dal 6 al 10 e 120 secondi per gli item dall' 11 al 14. Il punteggio pieno è assegnato solo se il bambino completa correttamente la configurazione entro il tempo stabilito e senza rotazioni pari o maggiori di 30 gradi. Per gli item dal 9 in poi, il punteggio varia in base al tempo impiegato. Nel caso in cui il bambino non ottenga il punteggio pieno nei primi due item, viene applicata la regola di inversione, somministrando gli item in ordine inverso fino a raggiungere due risposte consecutive corrette. La prova viene interrotta dopo tre punteggi consecutivi pari a 0. Il punteggio grezzo, ottenuto sommando i punteggi di ogni item, viene convertito in un punteggio standardizzato (punti T) attraverso tabelle di conversione specifiche per età, con una scala che ha media 10 e deviazione standard 3.



Figura 3.1 Disegno con Cubi

3.4.2 Vocabolario

La prova di Vocabolario è uno dei cinque subtest che compongono l'indice di comprensione verbale (ICV) della batteria WISC-IV (Wechsler, 2019), progettata per misurare le abilità dei bambini nella formulazione e nell'utilizzo dei concetti verbali. Questo subtest valuta la capacità di ragionare e astrarre utilizzando strategie verbali ed è composto da 36 item con difficoltà crescente. Nei primi 4 item, al bambino è richiesto di denominare figure presenti nel libro stimoli, mentre per i successivi item, dal 5 al 36, deve fornire definizioni di parole enunciate dall'esaminatore. Per i primi 4 item, il bambino può ricevere 1 punto per ogni risposta corretta o 0 punti in caso di risposta errata. Dal quinto all'ultimo item, il punteggio può variare da 0 a 2 punti in base alla completezza e alla correttezza della definizione fornita. La corretta attribuzione del punteggio è supportata da esempi forniti nel manuale per ciascun item. L'item di partenza varia a seconda dell'età del bambino: i bambini tra i 6 e gli 8 anni cominciano dall'item 5, quelli tra i 9 e gli 11 anni dall'item 7 e, infine, quelli tra i 12 e i 16 anni iniziano dall'item 9. È prevista una regola di inversione: se un bambino non ottiene un punteggio pieno nei primi due item, l'esaminatore somministra la prova in ordine inverso fino al raggiungimento di due risposte consecutive corrette. La prova viene interrotta dopo 5 punteggi consecutivi pari a 0. Al termine della somministrazione, il punteggio grezzo risultante dalla somma dei singoli item viene convertito in punteggio standardizzato (punti T) usando le tabelle di conversione specifiche per età, tarate su una scala con media 10 e deviazione standard 3.



- 33. Emendamento
- 34. Garrulo
- 35. Dilatorio
- 36. Aberrazione

Figura 3.2 Libro stimoli Vocabolario

3.5.1 Alabama Parenting Questionnaire

L'Alabama Parenting Questionnaire (APQ) è uno strumento prezioso, sviluppato da Paul Frick per la valutazione delle pratiche genitoriali, che aiuta nell'identificazione di comportamenti che potrebbero influenzare negativamente o positivamente lo sviluppo dei bambini fornendo una base per interventi mirati e studi di ricerca. L'APQ è presente in diverse versioni: l'APQ Full Version (Frick, 1991) che consiste nella versione completa e comprende 42 domande, l'APQ Short Form (Elgar et al., 2007) che è una versione abbreviata con meno domande, utilizzata per una valutazione più rapida e l'APQ Child and Adolescent Form (Hawes & Dadds, 2006) che sono versioni adattate per essere completate direttamente dai bambini e dagli adolescenti. In questa ricerca è stata utilizzata l'APQ nella sua forma completa di 42 item. Il questionario è composto da una serie di affermazioni alle quali i genitori devono rispondere riguardo alle loro pratiche genitoriali. Le risposte vengono date su una scala Likert a 5 punti: 1 (mai), 2 (quasi mai), 3 (qualche volta), 4 (spesso) e 5 (sempre). L'APQ valuta cinque dimensioni principali delle pratiche genitoriali:

- il coinvolgimento genitoriale,
- la genitorialità positiva,
- la scarsa supervisione e monitoraggio,
- la disciplina incoerente,
- la punizione corporale.

Il coinvolgimento genitoriale, altresì denominato "parental involvement" in inglese, misura il grado di partecipazione dei genitori nella vita dei loro figli. La genitorialità positiva, o "positive parenting", valuta l'uso di strategie di rinforzo positivo e supporto emotivo. La scarsa supervisione e monitoraggio, chiamata anche "poor monitoring/supervision", valuta la misura in cui i genitori controllano e supervisionano le attività del bambino. La disciplina incoerente, in inglese "inconsistent discipline", si riferisce alla poca uniformità con cui i genitori applicano le regole e le punizioni. Infine, la punizione corporale, nota anche come "corporal punishment", misura l'utilizzo di punizioni fisiche.

ID: _____

Data: _____

ALABAMA PARENTING QUESTIONNAIRE (APQ)

Legga con attenzione ciascuna delle affermazioni riportate qui sotto. Per ognuna pensi a quanto l'affermazione è vera. Segni mettendo una "x" nel numero appropriato per te (da 1 a 5) per ogni affermazione. Non lasci nessuna affermazione senza punteggio!

	Mai	Quasi mai	Qualche volta	Spesso	Sempre
1. Ho conversazioni amichevoli/gentili con mio/a figlio/a	1	2	3	4	5
2. Dico a mio/a figlio/a quando sta svolgendo bene un'attività	1	2	3	4	5
3. Minaccio di punire mio/a figlio/a senza poi punirlo/a realmente.	1	2	3	4	5
4. Mi offro come volontario/a per aiutare nelle attività extra-scolastiche in cui mio/a figlio/a è coinvolto (ad esempio, sport, boy-scout, gruppi giovanili della chiesa).	1	2	3	4	5
5. Do un premio o ricompensa mio/a figlio/a quando mi obbedisce o si comporta bene.	1	2	3	4	5
6. Mio/a figlio/a non lascia un biglietto o non fa sapere dove sta andando.	1	2	3	4	5
7. Gioco o svolgo delle attività divertenti con mio/a figlio/a.	1	2	3	4	5
8. Mio/a figlio/a cerca di dissuadermi dal punirlo/a dopo che ha fatto qualcosa di sbagliato	1	2	3	4	5
9. Chiedo a mio/a figlio/a com'è andata la sua giornata a scuola.	1	2	3	4	5
10. Mio/a figlio/a sta fuori la sera oltre l'orario stabilito (oltre il coprifuoco).	1	2	3	4	5

Figura 3.4 Alabama Parenting Questionnaire (APQ)

3.6 Procedura

Questa ricerca ha coinvolto quattro studenti della classe seconda della scuola secondaria di primo grado: un maschio e una femmina senza diagnosi (ND), selezionati attraverso delle accurate prove di screening e un maschio e una femmina con diagnosi di ADHD, identificati presso centri clinici. I partecipanti allo studio sono stati abbinati in coppie in base a età, genere e funzionamento cognitivo, stimato tramite il QI parziale, al fine di garantire che eventuali differenze nei risultati ottenuti andando ad indagare il costrutto di interesse, fossero attribuibili esclusivamente al disturbo e alle differenze di genere, piuttosto che ad altri variabili come età o QI. Per la partecipazione alla ricerca è stato richiesto ai genitori dei bambini di firmare un consenso informato, nel quale veniva illustrato e spiegato il progetto di ricerca. Le prove sono state bilanciate e distribuite in più sessioni per ridurre l'influenza di fattori come la stanchezza sulle prestazioni, con particolare attenzione ai bambini con ADHD. Prima di ogni prova, sono state fornite istruzioni dettagliate sui compiti, cercando di mettere i bambini a proprio agio. Dopo il

completamento delle somministrazioni e la valutazione dei punteggi, i dati raccolti sono stati analizzati e confrontati. Questo approccio metodologico rigoroso ha permesso di isolare le variabili di interesse, garantendo l'affidabilità e la validità dei risultati ottenuti.

Capitolo 4

Discussione dei risultati

4.1 La ricerca

Questo studio si propone di esaminare gli stili genitoriali nel contesto dello sviluppo dei bambini con ADHD, con particolare attenzione alle differenze nel parenting legate al genere dei figli. A tal fine, sono stati selezionati quattro partecipanti, suddivisi in due coppie. La prima coppia è composta da due bambini, uno con diagnosi di ADHD e l'altro senza diagnosi, rispettivamente di 13 anni e 5 mesi e 13 anni. La seconda coppia include due bambine, anch'esse una con diagnosi di ADHD e una senza diagnosi, di 12 anni e 11 mesi e 13 anni. I partecipanti sono stati abbinati in base a tre criteri: stesso genere, un'età che differisce di non più di sei mesi e un quoziente intellettivo (QI) nella norma e con una differenza massima di cinque punti. Questi criteri di appaiamento sono stati scelti per evitare che le possibili differenze riscontrate nei risultati siano influenzate da queste variabili. Oltre a quanto appena descritto, per verificare la diagnosi di ADHD e assicurarsi che i bambini senza diagnosi non presentino tratti caratteristici, è stata somministrata ai genitori la Conners' Parent Rating Scale-Revised: Short Form (Conners, 1997). Si prevede che i bambini con diagnosi di ADHD ottengano punteggi T superiori a 65, mentre quelli senza diagnosi dovrebbero ottenere punteggi inferiori. Indipendentemente dalla presenza o meno di una diagnosi, lo stile genitoriale adottato prevalentemente (autorevole, autoritario, permissivo e trascurante) influenza lo sviluppo dei bambini (Baumrind, 1967; Maccoby & Martin, 1983). Si può inoltre ipotizzare che, a causa della maggiore reattività tipica dell'ADHD, l'impatto sia diverso per i bambini a sviluppo tipico o con diagnosi di ADHD (Baumrind, 1971, 1978; Lamborn et al., 1991; Steinberg, 2001). Per esaminare questi stili è stato utilizzato l'Alabama Parenting Questionnaire (Frick, 1991), uno strumento che valuta il tipo di parenting attuato dai genitori dei partecipanti. Lo stile genitoriale autorevole, caratterizzato da un equilibrio tra controllo e autonomia, è considerato il più efficace e secondo le ipotesi di ricerca si prevede che i genitori dei bambini senza diagnosi adotteranno un parenting di questo tipo, caratterizzato da alto sostegno emotivo e regole chiare. Invece, i genitori dei bambini con ADHD, specialmente quelli con figli maschi, potrebbero tendere verso

stili autoritari, permissivi o trascuranti che potrebbero peggiorare i sintomi dell'ADHD. Le dinamiche tra genitore e figlio sono inoltre influenzate significativamente dal genere del bambino. In particolare, gli approcci disciplinari più rigidi con i figli maschi potrebbero aumentare lo stress e la frustrazione, aggravando i sintomi dell'ADHD. D'altro canto, le bambine che beneficiano di un maggiore sostegno emotivo e di una comunicazione più aperta potrebbero migliorare le loro competenze relazionali, anche se un'eccessiva protezione da parte dei genitori potrebbe limitare la loro capacità di gestire i sintomi (Leaper, 2002; Raley & Bianchi, 2006).

4.2 Analisi dei dati relativi al campione

Nella seguente sezione verranno riportati i risultati, in termini di punteggio ottenuto nelle prove di screening e sperimentali somministrate ai partecipanti del gruppo sperimentale (ADHD) e di controllo (ND). I partecipanti sono stati appaiati per: età, genere e quoziente intellettivo (QI) (Sattler, 1988).

4.2.1 Test di screening

WISC-IV

Al fine di ricavare una stima in merito al quoziente intellettivo (QI) dei partecipanti sono stati somministrati due sub-test appartenenti alla batteria multicomponenziale WISC-IV (Wechsler, 2019): Disegno con Cubi (DC) e prova di Vocabolario (VC). I punteggi di QI ottenuti dai bambini, sia quelli con ADHD sia quelli a sviluppo tipico rientrano nella norma, variano tra 100 e 120 e dunque è stato possibile appaiarli correttamente. Nello specifico, come quanto riportato nella tabella sottostante, Lorenzo ha un QI pari a 117 (gruppo ND), Giovanni ha un QI di 120 (gruppo ADHD), mentre Lara (gruppo ND) e Matilde (gruppo ADHD) hanno entrambe un QI di 100.

Partecipanti	Età	Gruppo	QI breve
Lorenzo	13 anni	ND	117
Giovanni	13 anni e 5 mesi	ADHD	120
Lara	13 anni	ND	100
Matilde	12 anni e 11 mesi	ADHD	100

Tabella 4.1 QI breve dei partecipanti

CONNERS' PARENT RATING SCALE-REVISED: SHORT FORM

Al fine di rilevare la presenza di tratti associati all'ADHD nei ragazzi con diagnosi precedente e per escluderla nei ragazzi senza diagnosi, è stato somministrato ai genitori dei partecipanti il questionario Conners' Parent Rating Scale-Revised: Short Form (CPRS-R:S) (Conners, 1997). Come previsto dalle ipotesi di ricerca, sono emerse differenze significative tra i due gruppi in tutte le sub-scale del questionario. I ragazzi con ADHD hanno ottenuto punteggi superiori al cut-off di 65 punti T nella maggior parte degli indici, mentre nei questionari compilati dai genitori dei ragazzi a sviluppo tipico, questi punteggi non sono stati raggiunti. In particolare, Giovanni (gruppo ADHD) ha mostrato difficoltà soprattutto sul versante dell'iperattività, con un punteggio T di 69. Matilde (gruppo ADHD), invece, ha evidenziato problematiche significative legate all'oppositività, con un punteggio T di 75, e problemi marcati in ambito cognitivo e di disattenzione, con un punteggio T di 100. I partecipanti del gruppo di controllo, Lorenzo e Lara (gruppo ND), hanno invece ottenuto punteggi T molto bassi in tutti gli indici, come riportato nella tabella sottostante.

Partecipanti	Gruppo	Oppositività	Problemi cognitivi- Disattenzione	Iperattività	Indice ADHD
Lorenzo	ND	47	43	44	42
Giovanni	ADHD	65	59	69	66
Lara	ND	39	42	45	45
Matilde	ADHD	75	100	66	100

Tabella 4.2 Punti T dei partecipanti nei quattro indici della scala CPRS-R:S

4.2.2 Test sperimentale

ALABAMA PARENTING QUESTIONNAIRE

I dati relativi agli stili genitoriali, oggetto di questa indagine, sono stati raccolti attraverso l'Alabama Parenting Questionnaire. Tale questionario, somministrato ai genitori dei partecipanti, valuta cinque dimensioni dello stile genitoriale, articolate in 42 item ai quali i genitori rispondono utilizzando una scala Likert a 5 punti. Il grafico alla fine del paragrafo illustra le differenze che intercorrono nel parenting dei genitori dei quattro partecipanti, Lorenzo e Lara, senza diagnosi, e Giovanni e

Matilde con diagnosi di ADHD. Analizzando ciascuna delle cinque dimensioni, si osserva che il coinvolgimento genitoriale è generalmente elevato per tutti i partecipanti, ad eccezione di Giovanni (gruppo ADHD). Lo stesso si riscontra per la genitorialità positiva, che risulta nella media per Lorenzo (gruppo ND), Lara (gruppo ND) e Matilde (gruppo ADHD), ma è bassa nel caso di Giovanni (gruppo ADHD). I genitori di Giovanni (gruppo ADHD) si distinguono inoltre per il punteggio elevato nell'indice di scarsa supervisione, che è leggermente più alto anche per Matilde (gruppo ADHD) rispetto a Lara (gruppo ND). Per quanto riguarda la disciplina incoerente, Giovanni (gruppo ADHD) registra i punteggi più alti. Nell'ultima dimensione, relativa alle punizioni corporali, non emergono differenze significative, sebbene i punteggi siano leggermente più elevati per i genitori di Lorenzo e Lara, ragazzi senza diagnosi.

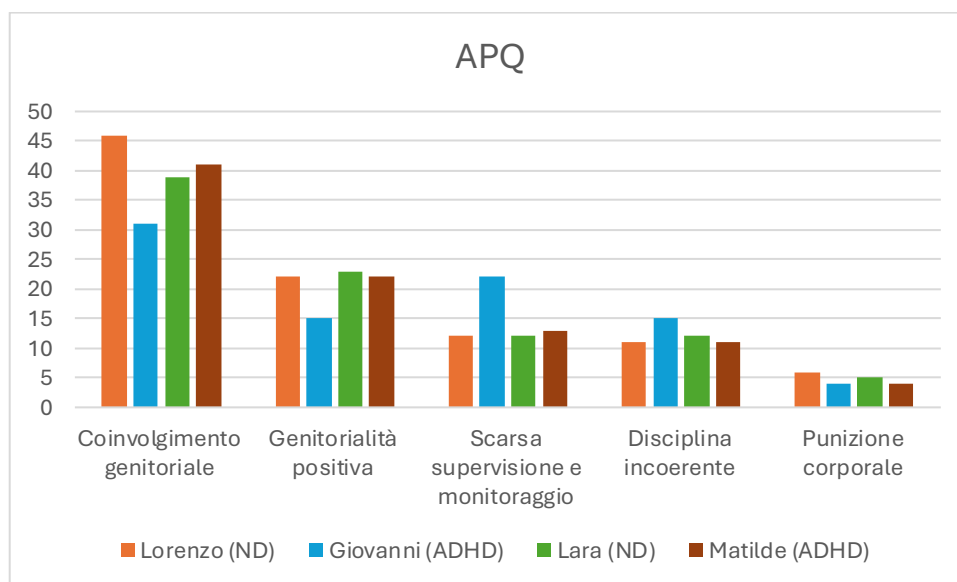


Grafico 4.1 Punteggi dell'APQ riportati sottoforma delle 5 dimensioni genitoriali

4.3 Discussione dei risultati

Il presente studio ha coinvolto quattro studenti della scuola secondaria di primo grado: un ragazzo e una ragazza con ADHD e un ragazzo e una ragazza senza diagnosi, insieme ai rispettivi genitori. Tale ricerca, condotta in due fasi, ha l'obiettivo di esplorare come gli stili genitoriali influenzino il comportamento e lo sviluppo dei bambini, con particolare attenzione alle differenze legate al genere e alla diagnosi di ADHD. Nella prima fase di screening, ai ragazzi sono state somministrate due sub-test della WISC-IV (Wechsler, 2019): Disegno con Cubi

(DC) e prova di Vocabolario (VC) per ottenere un quoziente intellettivo (QI) parziale, che, insieme all'età e al genere, è stato utilizzato per appaiare i partecipanti. Inoltre, sempre per quanto concerne la fase di screening, è stato chiesto ai genitori dei partecipanti di compilare il Conners' Parent Rating Scale-Revised: Short Form (CPRS:R-S) (Conners, 1997), per confermare le diagnosi di ADHD in Giovanni e Matilde e per escludere sintomi del disturbo in Lorenzo e Lara, i due partecipanti a sviluppo tipico. Nella seconda fase, sperimentale, sono stati utilizzati vari strumenti, tra cui l'Alabama Parenting Questionnaire (APQ) (Frick, 1991), qui utilizzato per approfondire e misurare il costrutto di interesse: gli stili genitoriali. Nel paragrafo precedente sono stati analizzati i punteggi dell'APQ suddivisi nelle cinque dimensioni del parenting. In questa sezione, analizzeremo dettagliatamente questi punteggi per ciascun partecipante, confrontando i risultati con i dati presenti in letteratura. Per quanto riguarda i partecipanti senza diagnosi, Lorenzo e Lara, i dati mostrano che entrambi beneficiano di uno stile genitoriale autorevole, caratterizzato da un alto coinvolgimento e un atteggiamento positivo dei genitori. Come documentato nella letteratura (Baumrind, 1967, 1971), lo stile autorevole è associato a esiti positivi, come alta autostima, competenze sociali ben sviluppate e un buon equilibrio tra autonomia e controllo. I punteggi di Lorenzo e Lara confermano questo quadro: il loro sviluppo emotivo e comportamentale sembra essere stato favorito da un coinvolgimento emotivo e regole chiare fornite dai genitori. Questi risultati sono in linea con quanto riportato da Baumrind (1971) e Steinberg (2001), che sostengono che lo stile autorevole sia particolarmente efficace nel promuovere l'autoregolazione e l'adattamento sociale. Al contrario, per i partecipanti con ADHD, Giovanni e Matilde, emergono differenze significative nei modelli educativi adottati dai loro genitori. I genitori di Matilde mostrano uno stile più vicino all'autorevole con elevato coinvolgimento emotivo e comunicazione aperta. Secondo la letteratura, questi elementi dovrebbero migliorare il comportamento e il rendimento scolastico (Steinberg, 2001). Tuttavia, nonostante queste premesse, è interessante osservare come Matilde continui a manifestare difficoltà particolari proprio sul piano cognitivo e nella gestione della disattenzione. Questo caso specifico potrebbe trovare spiegazione alla luce di quanto riportato in letteratura sul tema degli stili genitoriali in relazione al genere dei figli. Le femmine

infatti, come indicato da Leaper (2002), Raley e Bianchi (2006), tendono a beneficiare di un maggior sostegno emotivo e di una comunicazione più aperta, ma un eccessivo livello di protezione da parte dei genitori, come suggerito da Lamborn et al. (1991), potrebbe ostacolare la capacità delle ragazze di gestire i sintomi dell'ADHD in modo efficace e autonomo. Un'altra possibilità da tenere in considerazione potrebbe essere che le risposte fornite dai genitori non riflettano la realtà, ma siano influenzate da sentimenti di vergogna che portano i caregivers a rispondere in modo da apparire conformi alle aspettative sociali, attraverso il fenomeno della desiderabilità sociale (Paulhus, 2002). Il fenomeno della desiderabilità sociale si riferisce alla tendenza degli individui a presentarsi in una luce positiva, rispondendo in modo da essere accettati socialmente o per apparire conformi alle norme sociali e culturali. In contesti di ricerca, ciò può portare le persone a fornire risposte che non riflettono accuratamente il loro comportamento, ma che invece sono influenzate dal desiderio di essere visti in modo favorevole dagli altri (Paulhus, 2002). I genitori di Giovanni, d'altra parte, mostrano uno stile caratterizzato da scarsa supervisione e monitoraggio, con una disciplina incoerente. Questo tipo di stile, distante da quello autorevole, è in linea con quanto riportato nella letteratura riguardante lo stile prevalente nei genitori dei bambini con ADHD (Baumrind, 1971; Steinberg, 2001). I genitori di Giovanni mostrano bassi livelli di coinvolgimento e affettività, che secondo Baumrind (1971) e Lamborn et al. (1991), possono aggravare i tratti caratteristici dell'ADHD. La mancanza di calore e comprensione da parte dei genitori può portare infatti i bambini a sviluppare sentimenti di ansia e bassa autostima, peggiorando ulteriormente il comportamento impulsivo e iperattivo (Baumrind, 1971). Per l'appunto, Giovanni ottiene il punteggio T più alto nelle CPRS-R:S proprio in corrispondenza dell'iperattività, confermando l'ipotesi che uno stile genitoriale non autorevole possa intensificare le difficoltà comportamentali nei bambini con ADHD. Dai risultati emersi da questa ricerca, è evidente che lo stile genitoriale adottato influisce significativamente sullo sviluppo comportamentale ed emotivo dei figli, in particolare nello sviluppo di bambini e ragazzi con diagnosi di ADHD. I partecipanti a sviluppo tipico, sostenuti da un parenting autorevole mostrano risultati positivi, coerenti con quanto riportato in letteratura, caratterizzati da alti livelli di autostima e un buon adattamento sociale.

Al contrario, nei partecipanti con ADHD, emerge che un parenting caratterizzato da bassa supervisione e disciplina incoerente, può aggravare i sintomi del disturbo come nel caso di Giovanni, confermando che la qualità del supporto genitoriale è cruciale per la gestione e il miglioramento dei sintomi. Tuttavia, il caso di Matilde evidenzia la necessità di considerare, oltre ai benefici del parenting autorevole, le specifiche caratteristiche del bambino e dei suoi bisogni. Matilde, infatti, nonostante benefici di un parenting più autorevole rispetto a Giovanni, manifesta gravi difficoltà nella gestione dei sintomi dell'ADHD. Risulta cruciale, dunque, che i genitori di bambini con ADHD ricevano una formazione adeguata al fine di poter adottare strategie genitoriali che bilancino controllo e supporto emotivo, ma soprattutto che riescano a creare delle dinamiche familiari che meglio si adattino alle esigenze dei bambini, contribuendo così al loro benessere.

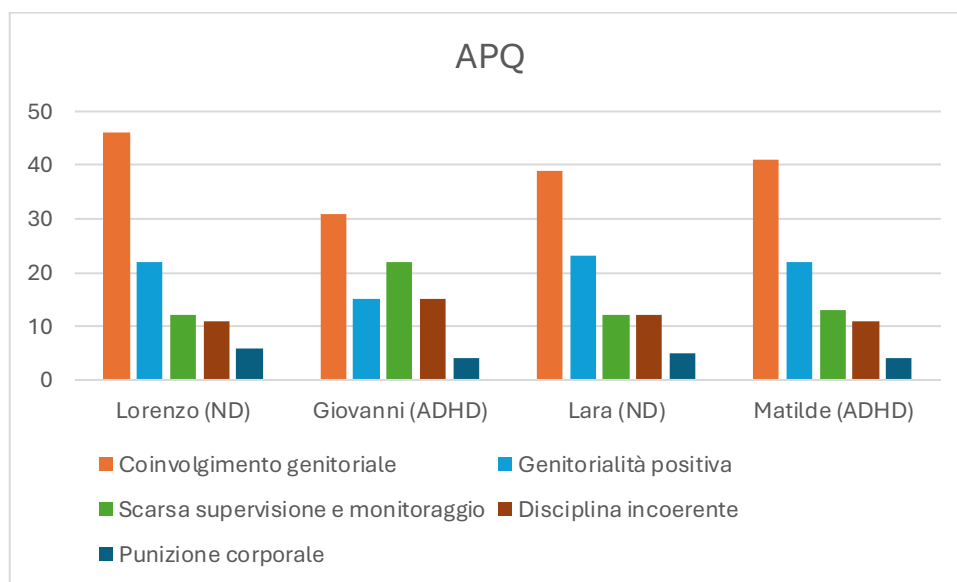


Grafico 4.2 Distribuzione delle 5 dimensioni genitoriali per ogni partecipante

4.4 Limiti della ricerca

Sebbene questa ricerca abbia prodotto risultati interessanti, presenta alcuni limiti che devono essere considerati. Il primo limite riguarda il numero ridotto di partecipanti: la piccola dimensione del campione non consente di generalizzare i risultati, poiché questi riflettono le caratteristiche specifiche dei partecipanti coinvolti e potrebbero non essere rappresentativi della popolazione più ampia. Un secondo limite deriva dal poco tempo a disposizione, che ha comportato l'utilizzo

di una stima del quoziente intellettivo (QI) anziché del QI totale. Poiché sono stati considerati solo due sub-test della WISC-IV, il QI risultante potrebbe non essere completamente accurato o rappresentativo delle capacità cognitive complessive dei partecipanti, influenzando così l'affidabilità delle conclusioni. Infine, un altro aspetto importante da considerare riguarda lo strumento utilizzato per indagare gli stili genitoriali: l'Alabama Parenting Questionnaire. Questo questionario, composto da 42 item, viene compilato dai genitori dei partecipanti, ovvero i diretti interessati di questa ricerca. Per questo, esiste il rischio che i genitori possano essere influenzati dalla desiderabilità sociale (Paulhus, 2002), rispondendo in modo non del tutto sincero per conformarsi alle norme sociali o per evitare sentimenti di vergogna. Questo potrebbe compromettere l'accuratezza dei dati raccolti. Alla luce di questi limiti, future ricerche potrebbero trarre vantaggio da un campione più ampio, che consentirebbe di ottenere risultati più generalizzabili. In aggiunta a quanto detto prima, sarebbe utile integrare l'Alabama Parenting Questionnaire con altri questionari proxy report che indaghino gli stili genitoriali, ad esempio dal punto di vista dei figli, utilizzando strumenti progettati per raccogliere feedback diretti dai ragazzi. Questa doppia prospettiva potrebbe, inoltre, offrire una visione più completa e accurata del rapporto genitore-figlio.

Bibliografia

- Ainsworth, M. D. S. (A c. Di). (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Erlbaum [u.a.].
- Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Year-Olds in a Strange Situation. *Child Development*, *41*(1), 49. <https://doi.org/10.2307/1127388>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barkley, R. A. (1981). *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Press New York.
- Barkley, R. A. (1997a). *ADHD and the nature of self-control*. Guilford press.
- Barkley, R. A. (1997b). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*, *121*(1), 65–94.
- Barkley, R. A. (2011). The important role of executive functioning and self-regulation in ADHD. *J Child Neuropsych*, *113*(21), 41–56.
- Barkley, R. A. (A c. Di). (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4. ed). Guilford Press.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: II. Academic, attentional, and neuropsychological status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*(5), 580–588. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.58.5.580>

- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75(1), 43–88.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1, Pt.2), 1–103. <https://doi.org/10.1037/h0030372>
- Baumrind, D. (1978). Parental Disciplinary Patterns and Social Competence in Children. *Youth & Society*, 9(3), 239–267. <https://doi.org/10.1177/0044118X7800900302>
- Bion, W. R. (1962). The psycho-analytic study of thinking. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 306–310.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Brody, L. R. (2000). The socialization of gender differences in emotional expression: Display rules, infant temperament, and differentiation. In A. H. Fischer (A c. Di), *Gender and Emotion* (1^a ed., pp. 24–47). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511628191.003>
- Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. In *Six theories of child development: Revised formulations and current issues*. (pp. 187–249). Jessica Kingsley Publishers.
- Camerini, G. B., Coccia, M., & Caffo, E. (1996). Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione-Iperattività: Analisi della frequenza in una popolazione scolastica attraverso questionari agli insegnanti. *PSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA*, 63, 587–594.

- Cantwell, D. P., & Satterfield, J. H. (1978). The Prevalence of Academic Underachievement in Hyperactive Children. *Journal of Pediatric Psychology, 3*(4), 168–171. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/3.4.168>
- Caselli, M. C., & Vicari, S. (A c. Di). (2017). *Neuropsicologia dell'età evolutiva: Prospettive teoriche e cliniche*. Il mulino.
- Conners, C. K. (1997). *Conners rating scales-revised technical manual*. Multi-Health Systems.
- Cornoldi, C., De Meo, T., Offredi, F., & Vio, C. (2001). *Iperattività e autoregolazione cognitiva: Cosa può fare la scuola per il disturbo da deficit di attenzione/iperattività*. Erickson.
- Crisci, G., Cardillo, R., & Mammarella, I. C. (2022). The Processes Underlying Positive Illusory Bias in ADHD: The Role of Executive Functions and Pragmatic Language Skills. *Journal of Attention Disorders, 26*(9), 1245–1256. <https://doi.org/10.1177/10870547211063646>
- Crockenberg, S., & Litman, C. (1990). Autonomy as competence in 2-year-olds: Maternal correlates of child defiance, compliance, and self-assertion. *Developmental Psychology, 26*(6), 961–971. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.26.6.961>
- Davis, N. O., & Kollins, S. H. (2012). Treatment for Co-Occurring Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder. *Neurotherapeutics, 9*(3), 518–530. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0126-9>
- Elgar, F. J., Waschbusch, D. A., Dadds, M. R., & Sigvaldason, N. (2007). Development and Validation of a Short Form of the Alabama Parenting

- Questionnaire. *Journal of Child and Family Studies*, 16(2), 243–259.
<https://doi.org/10.1007/s10826-006-9082-5>
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the Nursery. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 387–421.
[https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61442-4](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61442-4)
- Frick, P. J. (1991). The Alabama parenting questionnaire. *Unpublished rating scale, University of Alabama*.
- Gallucci, F., Bird, H. R., Berardi, C., GALLAI, V., PFANNER, P., & WEINBERG, A. (1993). Symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder in an Italian school sample: Findings of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(5), 1051–1058.
- George, C., & Solomon, J. (2008). The caregiving system: A behavioral systems approach to parenting. In *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, 2nd ed.* (pp. 833–856). The Guilford Press.
- Gian Marco Marzocchi & Ilaria Bacchetta. (2011). Quali sono le cause dell'ADHD? Il contributo delle neuroscienze. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 2, 309–334. <https://doi.org/10.1449/35337>
- Gottman, J. M., & DeClaire, J. (1997). *The heart of parenting: How to raise an emotionally intelligent child*. Simon & Schuster.
- Grolnick, W. S., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1997). *Internalization within the family: The self-determination theory perspective*.
<https://api.semanticscholar.org/CorpusID:149339945>
- Haviland, J. J., & Malatesta, C. Z. (1981). The Development of Sex Differences in Nonverbal Signals: Fallacies, Facts, and Fantasies. In C. Mayo & N. M.

- Henley (A c. Di), *Gender and Nonverbal Behavior* (pp. 183–208). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4612-5953-4_10
- Hawes, D. J., & Dadds, M. R. (2006). Assessing Parenting Practices Through Parent-Report and Direct Observation During Parent-Training. *Journal of Child and Family Studies*, *15*(5), 554–567. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9029-x>
- Kinsbourne, M., Bradshaw-McAnulty, G., & Hicks, R. E. (1984). Pathological left-handedness and familial sinistrality in relation to degree of mental retardation. *Brain and cognition*, *3*(4), 349–356.
- Kooij, S. J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué, M., Carpentier, P. J., Edvinsson, D., Fayyad, J., Foeken, K., Fitzgerald, M., Gaillac, V., Ginsberg, Y., Henry, C., Krause, J., Lensing, M. B., Manor, I., Niederhofer, H., Nunes-Filipe, C., Ohlmeier, M. D., ... Asherson, P. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*, *10*(1), 67. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-67>
- Kuczynski, L., Kochanska, G., Radke-Yarrow, M., & Girnius-Brown, O. (1987). A developmental interpretation of young children's noncompliance. *Developmental Psychology*, *23*(6), 799–806. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.6.799>
- Lambert, N. M., & Sandoval, J. (1980). The prevalence of learning disabilities in a sample of children considered hyperactive. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *8*(1), 33–50. <https://doi.org/10.1007/BF00918160>

- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of Competence and Adjustment among Adolescents from Authoritative, Authoritarian, Indulgent, and Neglectful Families. *Child Development*, 62(5), 1049–1065. <https://doi.org/10.2307/1131151>
- Leaper, C. (2002). Parenting girls and boys. In *Handbook of parenting: Children and parenting, Vol. 1, 2nd ed.* (pp. 189–225). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Linee guida per il DDAI e i DSA: Diagnosi e interventi per il disturbo da deficit di attenzione/ iperattività e i disturbi specifici dell'apprendimento.* (2006). Erickson.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Handbook of child psychology / Paul H. Mussen, editor Vol. 4, Socialization, personality and social development (pp. 1-101); E. Mavis Hetherington, volume editor. In *Handbook of child psychology / Vol. 4, Socialization, personality and social development; E. Mavis Hetherington, volume editor.* (4th ed.). Wiley.
- Malatesta, C. Z., Culver, C., Tesman, J. R., & Shepard, B. (1989). The development of emotion expression during the first two years of life. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 54(1–2), 1–104.
- Malatesta, C. Z., & Haviland, J. M. (1982). Learning Display Rules: The Socialization of Emotion Expression in Infancy. *Child Development*, 53(4), 991. <https://doi.org/10.2307/1129139>
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P., & LaPadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of general psychiatry*, 50(7), 565–576.

- Marzocchi, G. M., & Cornoldi, C. (2000). Una scala di facile uso per la rilevazione dei comportamenti problematici dei bambini con Deficit di Attenzione e Iperattività. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 4(1), 43–64.
- Marzocchi, G. M., Viterbori, P., Pecini, C., & Usai, M. C. (A c. Di). (2022). *Le funzioni esecutive nei disturbi del neurosviluppo: Dalla valutazione all'intervento*. Hogrefe.
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., & Crowell, E. W. (2000). Learning Disabilities and ADHD: Overlapping Spectrum Disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 33(5), 417–424. <https://doi.org/10.1177/002221940003300502>
- Olweus, D. (1980). Familial and temperamental determinants of aggressive behavior in adolescent boys: A causal analysis. *Developmental Psychology*, 16(6), 644–660. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.16.6.644>
- Owens, J. S., Goldfine, M. E., Evangelista, N. M., Hoza, B., & Kaiser, N. M. (2007). A Critical Review of Self-perceptions and the Positive Illusory Bias in Children with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(4), 335–351. <https://doi.org/10.1007/s10567-007-0027-3>
- Paulhus, D. L. (2002). Socially desirable responding: The evolution of a construct. In *The role of constructs in psychological and educational measurement*. (pp. 49–69). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Pisterman, S., Firestone, P., McGrath, P., Goodman, J. T., Webster, I., Mallory, R., & Goffin, B. (1992). The role of parent training in treatment of preschoolers with ADDH. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(3), 397–408. <https://doi.org/10.1037/h0079356>

- Pomerantz, E. M., & Ruble, D. N. (1998). The Multidimensional Nature of Control: Implications for the Development of Sex Differences in Self-Evaluation. In J. Heckhausen & C. S. Dweck (A c. Di), *Motivation and Self-Regulation across the Life Span* (1^a ed., pp. 159–184). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511527869.008>
- Raley, S., & Bianchi, S. (2006). Sons, Daughters, and Family Processes: Does Gender of Children Matter? *Annual Review of Sociology*, 32(1), 401–421. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.32.061604.123106>
- Sattler, J. M. (1988). *Assessment of children, 3rd ed.* (pp. xxviii, 995). Jerome M. Sattler.
- Siegel, D. J., & Hartzell, M. (con un contributo di Riva Crugnola, C.). (2005). *Errori da non ripetere: Come la conoscenza della propria storia aiuta a essere genitori*. Cortina.
- Simonelli, A. (A c. Di). (2014). *La funzione genitoriale: Sviluppo e psicopatologia* (1. ed). Cortina.
- SINPIA. (2002). *Linee-Guida per la Diagnosi e la Terapia Farmacologica del Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) in età Evolutiva*.
- Sonuga-Barke, E. J. S. (2003). The dual pathway model of AD/HD: An elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(7), 593–604. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2003.08.005>
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T. E., & Faraone, S. V. (1998). Adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A controversial diagnosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(7), 59–68.

- Steinberg, L. (2001). We Know Some Things: Parent–Adolescent Relationships in Retrospect and Prospect. *Journal of Research on Adolescence*, *11*(1), 1–19. <https://doi.org/10.1111/1532-7795.00001>
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Basic Books.
- Tambelli, R. (2017). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Il mulino.
- Taylor, E., Chadwick, O., Heptinstall, E., & Danckaerts, M. (1996). Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *35*(9), 1213–1226.
- Tronick, E. Z., & Cohn, J. F. (1989). Infant-Mother Face-to-Face Interaction: Age and Gender Differences in Coordination and the Occurrence of Miscoordination. *Child Development*, *60*(1), 85. <https://doi.org/10.2307/1131074>
- Tsai, M.-H., & Huang, Y.-S. (2010). Attention-deficit/Hyperactivity Disorder and Sleep Disorders in Children. *Medical Clinics of North America*, *94*(3), 615–632. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2010.03.008>
- Vianello, R., & Mammarella, I. C. (2015). *Psicologia delle disabilità: Una prospettiva life span*. Junior.
- Vio, C., Marzocchi, G., & Offredi, F. (1999). *Il bambino con deficit di attenzione - iperattività: Diagnosi psicologica e formazione dei genitori*. Erickson.
- Wechsler, D. (2019). *WISC-IV Wechsler intelligence scale for children—Quarta edizione manuale di somministrazione e scoring* (A. Orsini & L. Pezzuti, A c. Di; S. Trevisani, Trad.). Giunti Psychometrics.

- Weinberg, M. K., Tronick, E. Z., Cohn, J. F., & Olson, K. L. (1999). Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during early infancy. *Developmental Psychology*, 35(1), 175–188. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.1.175>
- Weiss, M., Safren, S. A., Solanto, M. V., Hechtman, L., Rostain, A. L., Ramsay, J. R., & Murray, C. (2008). Research Forum on Psychological Treatment of Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 642–651. <https://doi.org/10.1177/1087054708315063>
- Winnicott, D. W., 1896-1971. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment; studies in the theory of emotional development*. International Universities Press; WorldCat.