



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di psicologia dello sviluppo e della socializzazione

Corso di Laurea in Scienze psicologiche dello sviluppo, della personalità e delle
relazioni interpersonali

Tesi di Laurea Triennale

**Abilità Sociali nel Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività: confronto
tra profili specifici**

Social Skills in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: comparison between
specific profiles

Relatrice: Prof. Irene Cristina Mammarella

Laureanda: Mattiolo Giulia

Matricola: 1230332

Anno accademico 2021-2022

INDICE

INTRODUZIONE.....	4
CAPITOLO 1. ADHD: DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE E IPERATTIVITA'	6
1.2 Criteri Diagnostici.....	8
1.3 Modelli.....	10
1.4 Sintomi ed eziologia.....	11
1.4.1 Fattori genetici e biologici	12
1.4.2 Fattori ambientali e socioculturali.....	13
1.5 I profili specifici dell'ADHD.....	13
1.6 Comorbidità	14
1.7 Evoluzione del disturbo	15
1.8 Trattamenti.....	16
CAPITOLO 2. ABILITA' SOCIALI.....	18
2.1 Definizione.....	18
2.2 Modelli delle abilità sociali.....	19
2.3 Lo sviluppo delle Abilità sociali	21
2.4 Abilità sociali e ADHD.....	23
2.4.1 Abilità sociali e profili specifici di ADHD	24
CAPITOLO 3. LA RICERCA	26
3.1 Partecipanti.....	26
3.2 Metodo	26
3.3 Strumenti.....	27
3.3.1 Strumenti di screening	27
3.3.1.1 Disegno con i cubi.....	27
3.3.1.2 Vocabolario	28
3.3.1.3 Conners' Parent Rating Scale-Revised: Short Form (CPRS-R:S)	29
3.3.2 Strumenti sperimentali	29
3.3.2.1 SIP.....	29
3.3.2.2 SISS.....	30
3.4 Procedura	31
CAPITOLO 4. RISULTATI	32
4.1 Analisi dei dati relativi al campione.....	32
4.1.1 Caso di Giulio	33
4.1.2 Caso di Marco	33
4.2 Prove somministrate.....	33
4.2.1 Prove di screening.....	33

4.2.1.1 Conners' Parent Rating Scale-Revised: Short Form (CPRS-R:S)	33
4.2.1.2 WISC-IV: Disegno con i cubi e Vocabolario.....	34
4.2.2 Prove sperimentali.....	35
4.2.2.1 SIP.....	35
4.2.2.2 SISS.....	36
4.2 Discussione dei risultati	39
4.3 Limiti della ricerca	41
BIBLIOGRAFIA	42
ALTRE FONTI.....	46

INTRODUZIONE

Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI, nella letteratura italiana), conosciuto con l'acronimo ADHD (*attention deficit/hyperactivity disorder*), è caratterizzato da una mancata capacità nel mantenere l'attenzione per un periodo prolungato e/o dall'eccessiva attività e nella difficoltà di controllare il proprio comportamento e da impulsività, comportamenti non adeguati all'età del bambino; i sintomi devono manifestarsi prima dei 12 anni di età e devono essere presenti per un tempo di almeno 6 mesi. L'ADHD comporta ostacoli che interferiscono nella vita quotidiana del bambino; nonostante si riscontri la presenza di una componente comportamentale non è da identificarsi come un disturbo del comportamento ma bensì del neurosviluppo (DSM-5 -Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali- American Psychiatric Association – APA-, 2013). La presenza di ADHD è stimata in circa il 5% dei bambini ed il 2,5% degli adulti, con un rapporto maschi-femmine di 2:1 (DSM-5, APA, 2013).

La presente indagine si è posta l'obiettivo di osservare le relazioni tra l'ADHD e le abilità sociali, con questo termine si intendono quelle capacità verbali e non verbali che gli individui utilizzano per capire, interagire, comunicare e collaborare con gli altri. In particolare, sono state indagate le differenze tra 2 bambini a sviluppo tipico (TD) e 2 bambini con diagnosi clinica di ADHD, con però profili diversi, uno di tipo disattento e uno di tipo combinato. I 4 bambini sono stati scelti sulla base di un'attenta campionatura in base all'età, al genere, e al QI in modo tale che eventuali discrepanze riscontrate potessero essere riferite esclusivamente alle specifiche variabili indagate, quali le difficoltà d'attenzione, l'iperattività e le abilità sociali.

Nel primo capitolo del presente elaborato vengono descritte le caratteristiche generali dell'ADHD, riportando alcuni cenni storici e descrivendo l'evoluzione del disturbo nel corso degli anni, vengono inoltre riportati i criteri diagnostici presenti all'interno del DSM-5 (APA, 2013) e nell'ICD-11 (International Classification of Disease, Organizzazione Mondiale della Sanità -OMS-, 2019), vengono citati i modelli interpretativi di riferimento per tale disturbo di Virginia Douglas (Douglas, 1983), di Barkley (1997) e di Sonuga-Barke (2003). Successivamente viene descritta l'eziologia e la sintomatologia espressa in relazione ai profili specifici di ADHD, oltre alla comorbidità con altri quadri psicopatologici, l'evoluzione del disturbo e le possibili tecniche di intervento.

Nel secondo capitolo viene descritto il costrutto d'interesse per la nostra ricerca ovvero le Abilità Sociali, oltre ad approfondire il loro sviluppo, la relazione con l'ADHD e le differenze in merito ai profili specifici del disturbo, saranno presi in considerazione i modelli di riferimento per tale costrutto di Beauchamp & Anderson (SOCIAL, 2010) e di Crick e Dodge (SIP, 1994).

Nel terzo capitolo sarà presentata la ricerca, nello specifico i partecipanti che hanno preso parte allo studio, il metodo e la procedura utilizzata, gli strumenti di screening e sperimentali somministrati. Nel quarto capitolo, infine, sono descritti i due casi clinici di ADHD presi in considerazione per la nostra ricerca, vengono inoltre esposti i risultati ottenuti ai test ed ai questionari dei partecipanti, confrontandoli, sulla base di quanto riportato in letteratura, con il campione a sviluppo tipico (TD).

CAPITOLO 1. ADHD: DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE E IPERATTIVITA'

1.1 Definizione e inquadramento storico

Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI, nella letteratura italiana), conosciuto con l'acronimo ADHD (*attention deficit/hyperactivity disorder*), rappresenta la più recente etichetta diagnostica utilizzata per indicare un disturbo del neurosviluppo che comprende difficoltà in merito al controllo dell'attenzione, impulsività e iperattività. Come la stessa diagnosi riporta, è caratterizzato da una mancata capacità nel mantenere l'attenzione per un periodo prolungato e/o dall'eccessiva attività e nella difficoltà di controllare il proprio comportamento, impulsività, non adeguato all'età del bambino. Nonostante la presenza di una componente comportamentale non è comunque da identificarsi come un disturbo del comportamento.

A causa dell'elevata incidenza che è stata riscontrata all'interno della popolazione infantile, stimata intorno al 3-5%, l'ADHD rappresenta una delle sindromi più studiate negli ultimi decenni in merito a questo range di età. Una delle caratteristiche principali è costituita dall'iperattività che si esprime attraverso un livello eccessivo di attività motoria e/o vocale (Cornoldi, et al., 2001), seguita poi dalla disattenzione, aspetto per cui i soggetti risultano maggiormente distratti. L'attenzione sostenuta risulta essere l'abilità principalmente compromessa, caratteristica, quest'ultima, più o meno associata al sottotipo iperattivo. Una terza componente, che compare spesso assieme all'iperattività, è l'impulsività, definita come l'incapacità di inibire i comportamenti con una difficoltà nel dilazionare la gratificazione (Barkley, 1998). L'impulsività dei bambini con ADHD si manifesta nel non pensare alle conseguenze delle proprie azioni, per questo motivo vengono talvolta giudicati come rudi e insensibili, e da questa derivano problematiche nell'instaurare relazioni mature e durature, difficile le relazioni con i coetanei, ed isolamento.

Il primo contributo medico sull'ADHD risale al 1798 con l'opera "An Inquiry Into the Nature and Origin of Mental Derangement: Comprehending a concise System of the Physiology and Pathology of the human Mind and a History of the Passions and their effects" dello scozzese Alexander Crichton, nella quale l'autore descrisse una sindrome che possedeva caratteristiche molto simili all'odierno deficit di attenzione dell'ADHD; la disattenzione si esprimeva nell'incapacità di partecipare allo stimolo esterno che, secondo l'autore, si rendeva evidente già dal primo anno di vita, conclamandosi, con le altre caratteristiche di impulsività e iperattività, nell'età scolare.

Nel 1846 Hoffman è il primo ad isolare alcune caratteristiche che avrebbero poi costituito aspetti salienti della sindrome attraverso una filastrocca per bambini dal titolo "Der Struwwelpeter", ovvero storielle e immagini divertenti per bambini dai 3 ai 6 anni, descrivendo le malefatte di un bambino che possedeva le caratteristiche tipiche del soggetto iperattivo e impulsivo.

Successivamente, agli inizi del Novecento, importante fu l'osservazione e pubblicazione del pediatra inglese George Still su *Lancet*; l'autore individuò un gruppo di bambini che esprimevano “un deficit nel controllo morale ed un'eccessiva vivacità e distruttività” (Still, 1902), presentando queste caratteristiche come conseguenza di un carente sviluppo del controllo morale, da qui la definizione di “*defect in moral control*”. A questa pubblicazione segue, nel 1908, il volume “Mental deficiency” edito da Alfred Frank Tredgold, secondo l'opera dell'autore la “debilità mentale” era la diretta conseguenza di un danno cerebrale, concettualizzazione che venne consolidata dal diffondersi di un'epidemia di encefalite, che appoggiò l'idea per cui comportamenti con sintomi analoghi a quelli dell'ADHD fossero il risultato di un danno cerebrale da encefalite epidemica.

Di rilevante importanza, nella storia della terapia dell'ADHD, fu il contributo di Leandro Panizzon che diede la prima risposta farmacologica a questi comportamenti, sintetizzando il Metilfenidato, oggi giorno alla base di farmaci come il Ritalin.

Più recentemente si è posta l'attenzione sulla sintomatologia grazie al contributo nosografico proposto dell'American Psychiatric Association (APA) nel DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*). Il primo tentativo per descrivere sintomi di questo tipo appare nella seconda edizione del manuale DSM-II (APA, 1968) con l'espressione “Reazione Ipercinetica del Bambino”; con “ipercinesia” si volevano sottolineare i preponderanti sintomi motori rispetto a quelli cognitivi. Con la successiva edizione, DSM-III (APA, 1980), si pone l'accento sui problemi cognitivi rispetto a quelli del comportamento con la definizione di “Sindrome da Deficit di Attenzione con o senza iperattività” (ADD/H, dove l'H indica la presenza o meno dell'iperattività); con l'introduzione, nella nuova edizione del Manuale, del sistema di valutazione multiassiale, le differenti manifestazioni come l'eccessiva attività o irrequietezza, il comportamento impulsivo, i problemi di attenzione sostenuta e lo scarso controllo, vennero posti sullo stesso piano con specifici criteri diagnostici relativi ad ogni disturbo. Successivamente, nel DSM-III-R l'iperattività diventa parte integrante con l'utilizzo dell'acronimo ADHD (DSM-III-R, APA, 1987).

Si sono poi susseguiti alcuni cambiamenti all'interno della quarta edizione del Manuale (DSM-IV, APA, 1994) dove venne stabilito che per formulare la diagnosi fosse necessaria la presenza del sintomo in almeno due contesti di vita del soggetto con la comparsa della sintomatologia prima dei 7 anni; nel DSM-IV-TR (APA, 2000), la descrizione di ADHD coincide con quella di Sindrome Ipercinetica contenuta nell'ICD-10 pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1992).

Nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5, APA, 2013), l'ADHD fa parte dei Disturbi del Neurosviluppo, caratterizzati dall'esordio nelle prime fasi dello sviluppo e dal persistere di questi sintomi lungo la vita del soggetto, a differenza dell'edizione

precedente che lo vedeva inserito all'interno dei Disturbi del comportamento dirompente. Per fare una diagnosi di ADHD è necessario che queste problematiche siano mantenute nel corso dello sviluppo, siano numerose e influenzino la vita quotidiana del soggetto, avendo un impatto negativo in contesti scolastici, ludici o lavorativi, deve, inoltre, comparire prima del 12 anni e persistere per un periodo di almeno 6 mesi presentandosi in almeno due dei contesti di vita del soggetto in linea con quanto riportato nell'*International Classification of Disease-11th Edition* (ICD-11, OMS, 2019).

La presenza di ADHD è nettamente superiore nei ragazzi (13%) rispetto alle ragazze (4%), con un rapporto maschi-femmine di 2:1 (DSM-5, APA, 2013); è stimata in circa il 5% dei bambini e nel 2,5% degli adulti.

I bambini con ADHD possiedono, spesso, un QI (quoziente intellettivo) minore di 7-15 punti rispetto allo sviluppo tipico seppur all'interno dei range di norma, possibile conseguenza delle loro problematiche comportamentali (Barkley, 1997), oltre a deficit in test neuropsicologici legati al basso funzionamento scolastico (Biederman *et al.*, 2004).

1.2 Criteri Diagnostici

I criteri diagnostici presenti nel DSM-5 in merito al Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) sono i seguenti:

- A. Un pattern persistente di disattenzione e/o iperattività-impulsività che interferisce con il funzionamento o lo sviluppo del soggetto, come caratterizzato da 1 e/o 2 sotto citati:
 - 1. Disattenzione: sei (o più) dei seguenti sintomi presenti da almeno 6 mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e hanno un impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche/lavorative:
 - a. Spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro o in altre attività.
 - b. Ha spesso difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco.
 - c. Spesso non sembra ascoltare quando gli/le si parla direttamente.
 - d. Spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le incombenze o i doveri sul posto di lavoro.
 - e. Ha spesso difficoltà ad organizzarsi nei compiti e nelle attività.
 - f. Spesso evita, prova avversione o è riluttante a impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto.
 - g. Perde spesso gli oggetti necessari per i compiti o le attività.
 - h. Spesso è facilmente distratto/a da stimoli esterni.
 - i. È spesso sbadato/a nelle attività quotidiane.

2. Iperattività e impulsività: sei (o più) dei seguenti sintomi presenti da almeno 6 mesi con un grado di intensità incompatibile con il livello di sviluppo e che hanno un impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche/lavorative:
- a. Spesso agita o batte mani e piedi o si dimena sulla sedia.
 - b. Spesso lascia il proprio posto in situazioni in cui si dovrebbe rimanere seduti.
 - c. Spesso scorrazza e salta in situazioni in cui farlo risulta inappropriato (negli adolescenti e negli adulti prevale invece un sentimento di irrequietezza).
 - d. È spesso incapace di giocare o svolgere attività ricreative tranquillamente.
 - e. È spesso “sotto pressione”, agendo come se fosse “azionato/a da un motore” (incapacità di rimanere fermo/a; descritto/a dagli altri come una persona irrequieta).
 - f. Spesso parla troppo.
 - g. Spesso “spara” una risposta prima che la domanda sia stata completata (non riesce ad attendere il proprio turno della conversazione).
 - h. Ha spesso difficoltà nell’aspettare il proprio turno.
 - i. Spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti
- 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. Vi è una chiara evidenza che i sintomi interferiscono con, o riducono, la qualità del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.
- E. I sintomi non si presentano esclusivamente durante il decorso della schizofrenia o di un altro disturbo psicotico e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale.

In linea con la concettualizzazione del DSM-5 viene richiesto di identificare il sottotipo:

- Sottotipo disattento: quando il soggetto presenta esclusivamente 6 dei 9 sintomi di disattenzione (criterio A1 ma non A2 soddisfatto negli ultimi 6 mesi).
- Sottotipo iperattivo-impulsivo: quando il soggetto presenta esclusivamente 6 dei 9 sintomi di iperattività-impulsività (criterio A2 ma non A1 soddisfatto negli ultimi 6 mesi).
- Sottotipo combinato: quando il soggetto presenta entrambe le caratteristiche (criterio A1 e A2 soddisfatti negli ultimi 6 mesi).

Risulta, inoltre, necessario esporre il livello di gravità del disturbo:

- Lieve: sono presenti pochi sintomi, o nessuno, oltre a quelli richiesti per fare diagnosi e comportano solo compromissioni minori del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.
- Moderato: situazione intermedia tra il livello lieve ed il livello grave.

- Grave: sono presenti molti sintomi oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi e comportano una marcata compromissione del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo
- In remissione parziale: tutti i criteri erano soddisfatti precedentemente ma non tutti erano presenti negli ultimi 6 mesi; i sintomi comportano compromissione del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.

Nell'ICD-11 (OMS, 2019), in linea con quanto riportato nel DSM-5 (APA, 2013), l'ADHD è caratterizzato come un “modello persistente (almeno 6 mesi) di disattenzione e/o iperattività-impulsività che ha un impatto negativo diretto sul funzionamento accademico, lavorativo o sociale”. L'esordio di questi sintomi deve comparire prima dei 12 anni di età, generalmente tra la prima e la metà dell'infanzia, il grado di disattenzione ed iperattività-impulsività risulta essere al di fuori dei limiti della normale variazione in linea con l'età ed il livello di funzionamento intellettuale ed ha un impatto negativo nella vita quotidiana del soggetto. L'ICD-11 inoltre afferma, dal momento che la manifestazione dell'ADHD varia da persona a persona, i sintomi devono essere presenti in più contesti per poterne formulare la diagnosi; anche l'ICD-11 prevede la suddivisione in sottotipi: prevalentemente distratto, prevalentemente iperattivo-impulsivo, combinato (ICD-11, OMS, 2019).

1.3 Modelli

In merito alla letteratura si possono riscontrare tre modelli principali che spiegano l'ADHD.

Negli anni Settanta e Ottanta a dare un grande impulso sugli studi cognitivi dei bambini che presentavano questo tipo di sintomatologia è Virginia Douglas, in linea con la definizione presente nel DSM-III (APA, 1980) che sottolineava, a discapito degli aspetti comportamentali, quelli cognitivi. Il modello proposto dalla psicologa prevedeva quattro deficit primari: debole impegno nel mantenimento dello sforzo, difficoltà nella modulazione dell'arousal psicofisiologico, ricerca elevata di stimolazioni e gratificazioni forti e immediate, deficit nel controllo degli impulsi. Queste difficoltà si esprimevano in un più ampio deficit di autoregolazione che implicava difficoltà nelle funzioni esecutive, pianificazione, organizzazione, metacognizione, flessibilità cognitiva e auto-correzione (Douglas, 1983).

Nel 1997 Barkley propone il cosiddetto Modello Ibrido, secondo il quale il problema per questi soggetti si riscontrava in un deficit di inibizione comportamentale che procurava difficoltà a livello delle funzioni esecutive che dipendono, appunto, dell'inibizione: memoria di lavoro, autoregolazione dell'affetto-motivazione-eccitazione, analisi/sintesi di eventi (ricostruzione), interiorizzazione del linguaggio (Barkley, 1997). A loro volta queste funzioni vanno ad influenzarne altre, condizionando il sistema motorio, sensoriale, percettivo, linguistico, mnemonico ed emotivo; è da questo

meccanismo, per cui disfunzioni portano ad una disgregazione del comportamento, che deriva l'ADHD.

Il modello più recente, ad opera di Sonuga-Barke (2003), è il Modello a due vie (*The Dual Pathway Model of AD/HD*) che considera come elemento principale la motivazione, questo perché i bambini con ADHD sono più favorevoli e desiderano un rinforzo immediato. Il modello propone, appunto, due vie di indagine: la via “energetica” e la via “organizzativa” nei tre fattori di maggiore interesse quali la componente motoria, le attività cognitive e le componenti socio-emotive; i soggetti con ADHD possono manifestare una compromissione in una delle due vie, l'obiettivo di questo modello è quello di andare a riscontrare possibili ricadute sia sul piano degli apprendimenti sia su quello delle relazioni (Fedeli, Vio; 2017). Le componenti della via energetica prevedono: lo stato di allerta, la motivazione, la percezione del ritmo temporale, l'impegno, lo sforzo e le emozioni; d'altro canto, le componenti della via organizzativa sono: l'inibizione, flessibilità, pianificazione, memoria di lavoro, monitoraggio. La prima viene messa in atto quando si inizia volontariamente un'attività, nel realizzare un progetto nuovo o nel rispondere ad uno stimolo proveniente dall'ambiente, nella seconda, invece, viene richiesta l'attivazione delle funzioni esecutive. (Figura 1.1)

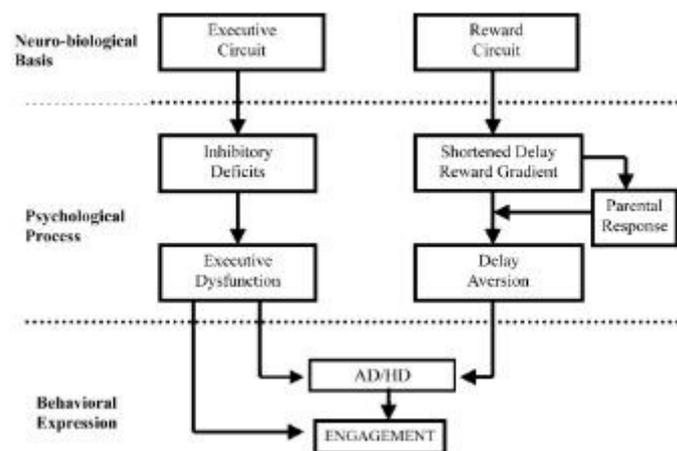


Figura 1.1 Modello Sonuga-Barke (2003)

1.4 Sintomi ed eziologia

Le caratteristiche sintomatologiche relative all'ADHD si possono riassumere in tre dimensioni/sottotipi principali: disattenzione, impulsività, iperattività. Per disattenzione si intende la forte distraibilità di questi soggetti che tendono a concentrarci maggiormente su aspetti di poco conto rispetto al compito che viene loro assegnato, questo non si manifesta solo nel contesto scolastico o con assegnazioni ritenute noiose e ripetitive, ma anche nel contesto ludico (Douglas & Peter, 1979);

l'impulsività viene esplicitata come la mancata capacità di inibire alcuni comportamenti e dalla difficoltà nel dilazionare la gratificazione (Barkley, 1998), questo si manifesta nel non rispettare il proprio turno all'interno di una conversazione o nell'espone le proprie emozioni senza filtri in modo immediato e aggressivo, da qui deriva la loro nomina di persone insensibili e rudi, sembra, infatti, che questi bambini sappiamo cosa sia giusto fare ma che non siano in grado di metterlo in pratica e di usare in modo adeguato le proprie conoscenze. Infine, l'iperattività si esprime nel livello eccessivo di attività motoria e/o vocale (Cornoldi, et al., 2001), manifestano uno smisurato movimento non adeguato alla situazione nella quale si ritrovano. Accanto alla principale sintomatologia, sopra elencata, sono presenti sintomi secondari o fattori che costituiscono la conseguenza dei primi: un bambino con ADHD può avere maggiori difficoltà scolastiche, una più difficile carriera, difficoltose relazioni con i pari, aspetto, quest'ultimo, maggiormente legato all'impulsività, un abbassamento dell'autostima come possibile conseguenza ai continui rimproveri e alle esperienze di fallimento. Data la complessità della sindrome risulta impossibile fornire una spiegazione univoca, presenta caratteristiche multidimensionali e grande variabilità che suggeriscono la compresenza e l'interazione tra diversi fattori sia genetici e biologici sia ambientali e socioculturali, a prova di questo esistono bambini con tale disturbo che vivono in contesti familiari positivi, d'altro canto bambini privi di tale sindrome che nascono in contesti molto svantaggiati; vengono esposti, nei seguenti paragrafi, tali fattori.

1.4.1 Fattori genetici e biologici

Dal punto di vista genetico è stato dimostrato, attraverso studi di EEG, RM, RMf, un coinvolgimento di alcune specifiche aree cerebrali che includono: la corteccia prefrontale, il nucleo caudato, il globo pallido e il cervelletto; queste regioni, che presiedono alla regolazione delle funzioni attentive, alla pianificazione dei comportamenti, al controllo dei movimenti, alla regolazione delle emozioni e alla motivazione, risultano di dimensioni inferiori nei soggetti con ADHD rispetto al gruppo di controllo (Castellanos, et al. 1994; Giedd, et al., 1994); tale deficit non è imputabile a un danno cerebrale quanto a disfunzioni nello sviluppo. Collegato all'aspetto neuroanatomico è presente il funzionamento dei neurotrasmettitori, le aree sopra citate sono ricche di recettori per la dopamina, il principale neurotrasmettitore responsabile delle manifestazioni sintomatologiche nell'ADHD, si parla quindi, in questi termini, di un danno al sistema dopaminergico. Dal momento che la dopamina ha funzione inibitoria, un'eccessiva ricaptazione ne diminuisce la presenza all'interno dello spazio intersinaptico, riducendo, di conseguenza, la capacità di inibire comportamenti inappropriati.

Sono stati indagati, come possibili responsabili della trasmissione del disturbo, i geni legati al sistema dopaminergico; tra i recettori quello maggiormente studiato e il più degno di nota è il DRD4, dal

momento che è stata riportata un'associazione tra la mutazione genetica per la codifica del recettore D4 della dopamina e l'ADHD, in questi soggetti la forma più rara, con 7 ripetizioni anziché 4, è più diffusa rispetto al resto della popolazione (Faraone, et al., 2001).

Altri studi hanno posto luce sulla possibile responsabilità del gene per il trasportatore della dopamina DAT1; mutazioni del gene potrebbero sovrastimolare l'azione dei trasportatori causando l'eliminazione della dopamina prima ancora di legarsi al suo recettore (Cook, *et al.*, 1995), il rischio di sviluppare il disturbo, nei soggetti portatori dell'allele mutante, accresce del 20-40%.

Sono molte le ricerche che si sono concentrate sull'ereditabilità di tale sindrome; si è indagato che la probabilità di sviluppare l'ADHD sale da cinque a sette volte, rispetto alla popolazione generale, quando i soggetti sono fratelli o sorelle di bambini con tale disturbo (Biederman, *et al.*, 1990), allo stesso modo figli di genitori con ADHD hanno fino al 50% di probabilità di svilupparla (Vianello & Mammarella, 2015), la probabilità in gemelli monozigoti arriva fino all'81%, scendendo al 29% nel caso di gemelli dizigoti (Gillis, et al., 1992). Conclude, Stevenson (1994), affermando come l'ADHD sia determinata per l'80% da fattori ereditari.

1.4.2 Fattori ambientali e socioculturali

Ci sono numerose cause che concorrono allo sviluppo della sindrome, tra questi troviamo componenti di matrice perinatale come lo stress fetale al quale il soggetto è sottoposto. Questo fattore può danneggiare i neuroni dello striato e il normale sviluppo dei lobi frontali e dei gangli della base (Lou, 1996). Barkley (1997) introduce i fattori eziologici relativi all'ambiente condiviso e fattori eziologici nell'ambiente non condiviso; per ambiente condiviso si intende il clima familiare, il regime alimentare o lo status socio-economico, responsabile del mantenimento della sintomatologia, d'altro canto, per ambiente non condiviso, responsabile del 15-20% nello sviluppo del disturbo, si fa riferimento ai fattori di natura biologica non ereditari e tutti quegli aspetti ed esperienze proprie della vita del soggetto, che lo rendono individuo nella sua unicità. L'autore, inoltre, riporta i fattori di rischio per ordine di importanza: dalla presenza di disturbi psicologici nei famigliari, all'abuso di sigarette o alcool della madre durante la gravidanza, alla presenza di un'educazione non adeguata, problemi di salute, ritardi nello sviluppo, ad atteggiamenti critici della madre nei primi anni di vita del figlio/a. Nonostante questi fattori di rischio, Campbell (1994), definisce i possibili fattori protettivi tra cui: una buona salute del soggetto e buone capacità cognitive, un livello di scolarizzazione elevato della madre e stabilità familiare.

1.5 I profili specifici dell'ADHD

Come riportato dal DSM-5 (APA, 2013) esistono tre diversi sottotipi legati al disturbo da ADHD; si preferisce parlare di "manifestazioni prevalenti" per sottolineare la possibilità che un sottotipo possa

evolvere in un altro durante lo sviluppo del soggetto, a sostegno del fatto che non tutti i bambini presentano i medesimi e tutti i sintomi primari. Sulla base di questa distinzione sono stati condotti alcuni studi, tra cui quelli di Barkley, e colleghi (1990), che riportano come il sottotipo disattento abbia spesso difficoltà nel sostenere l'attenzione per un periodo prolungato di tempo, appare sbadato, fa fatica a focalizzarsi ed a impegnarsi su un compito, sembra essere maggiormente timido, apatico, ansioso e confuso rispetto al sottotipo iperattivo-impulsivo che invece appare eccessivamente agitato, interrompendo e non attendendo il proprio turno all'interno di una conversazione, maggiormente aggressivo ed impulsivo, faticando a tollerare una possibile attesa; infine, è presente il sottotipo combinato che presenta entrambe le caratteristiche e relative aree problematiche con principali problemi di mantenimento dell'errore e mancanza di inibizione riguardo ad informazioni non rilevanti, non elaborando le informazioni della memoria di lavoro (Barkley, 1997).

La presenza di maggiori sintomi di disattenzione, rispetto a quelli di impulsività ed iperattività risulta essere in linea con le maggiori interazioni relazionali rispetto a soggetti con ADHD, perciò il differente sottotipo incide all'interno delle relazioni con i pari; sintomi di disattenzione sono più nascosti e meno evidenti rispetto a quelli di impulsività e iperattività, aspetto che conferma l'ipotesi sopra citata.

1.6 Comorbidità

Sono molto frequenti studi che sostengono una comorbidità tra soggetti che presentano ADHD ed altri disturbi del Neurosviluppo, circa il 70% dei soggetti con ADHD presenta altre problematiche associate (Masi, et al., 2008); le comorbidità più diffuse riguardano associazioni tra ADHD e disturbi del comportamento esternalizzante, come il Disturbo della Condotta e il Disturbo Oppositivo-Provocatorio, precursori di un possibile sviluppo del Disturbo Antisociale di Personalità, oltre a connessioni con i Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) e condotte internalizzanti (ansia e depressione), nonché a Disturbi dell'umore.

Per quanto riguarda la comorbidità con i DSA, attraverso una metanalisi si è riscontrato come circa il 45% dei bambini presentava questa associazione (DuPaul, et al., 2013); in uno studio (Mayes, et al., 2000) si notò come il 70% dei soggetti con ADHD manifestasse anche DSA e che un disturbo specifico di scrittura fosse due volte più comune rispetto a matematica, lettura o spelling. Interessante notare come non tutti i casi siano uguali e che possano sorgere più varianti, a volte sembra esserci una compresenza di problematiche distinte, altre volte un problema sottostante può produrre sintomi nell'una o nell'altra diagnosi, in altre ancora, un profilo potrebbe influenzare l'altro (Marzocchi, et al., 2008).

Altre ricerche hanno portato ad osservare come ragazzi con ADHD hanno una probabilità del 25-33% di avere un episodio depressivo durante l'età evolutiva (Biederman, et al., 1991). Risultati di Larson *et al.* (2011) hanno evidenziato, a disconferma di studi precedenti, come la presenza di disturbi di tipo esternalizzante non comprometta il funzionamento dell'individuo in ambito accademico in quanto non si è trovata una differenza significativa, in performance, tra bambini con diagnosi di ADHD con o senza disturbi del comportamento dirompente o disturbi della condotta; stesso risultato rilevato tra ADHD e disturbi d'ansia e umore.

Studi longitudinali in soggetti con ADHD hanno, infine, rilevato un rischio di maggior abuso di sostanze, come alcool e nicotina, rispetto al gruppo di controllo (Smith, et al., 2002), risultato confermato anche in età adulta (Pomerleau, et al., 1995); nonostante questi dati negativi, è stato riscontrato che, un tale seguito, sia la conseguenza del mancato trattamento per sintomi da ADHD (Lambert & Hartsough, 1998).

Negli adulti tale sindrome è diffusa a livello mondiale intorno al 1-7% (de Zwaan et al., 2012), spesso in comorbidità con Disturbi dell'umore, come il Disturbo di depressione maggiore, Disturbi d'ansia, abuso di sostanze, Disturbi di Personalità (Miller et al., 2007; Sobanski et al., 2007), possiede inoltre un'elevata comorbidità con il disturbo bipolare stimata intorno al 9,5% laddove il Disturbo Bipolare I risulta essere più comune rispetto al tipo II.

1.7 Evoluzione del disturbo

Nonostante l'ADHD sia un disturbo che si manifesta prevalentemente durante dell'infanzia, può essere considerato un disturbo life span, con caratteristiche psicopatologiche relativamente stabili nel tempo (Guidetti & Galli, 2006); studi longitudinali hanno rilevato la permanenza dei sintomi anche durante l'adolescenza e l'età adulta (Klein & Mannuzza, 1991; Mannuzza & Klein, 2000). La manifestazione dei sintomi durante l'arco di vita cambia, ad esempio tratti del disturbo, come l'iperattività, tendono a diminuire, d'altro canto, sintomi cognitivi, quali la disattenzione e difficoltà di pianificazione e/o di organizzazioni, rimangono stabili e presenti.

Già della scuola primaria il bambino manifesta comportamenti non in linea con l'età cronologica, prevalgono aspetti legati ad una eccessività attivazione motoria, accanto ai quali possono sorgere problemi interpersonali: le relazioni con i coetanei richiedono abilità sociali e di autocontrollo che l'iperattività limita fortemente. Con il progredire dell'età questi tratti tendono ad affievolirsi ma non a scomparire, sono infatti trasformati in "agitazione interiorizzata" che si tramuta a sua volta in: insofferenza, impazienza, scarsa obbedienza alle regole, prepotenza, cambi d'umore, mancanza di tolleranza alla frustrazione, ridotta autostima e scatti d'ira (Fischer *et al.*, 1993; Kirby e Grimley, 1986).

Nella fase della preadolescenza e nell'adolescenza, la mancata acquisizione delle abilità sociali e l'accumulo delle precedenti esperienze di insuccesso nelle relazioni con i pari (Re, et al., 2010), diventa sempre più rilevante, portando al possibile sviluppo di episodi di depressione, ansia e bassa stima di sé (Barkley *et al.*1990); la disattenzione e la scarsa capacità di autocontrollo diventano responsabili della mancata competenza nel mantenere le proprie amicizie e nel risolvere possibili conflitti con un abbassamento ulteriore delle abilità sociali già precedentemente messa alla prova (Cornoldi *et al.*,2001). Tali aspetti sono stati confermati in una ricerca longitudinale da parte di Taylor (1996), evidenziando come l'iperattività possa condurre a condotte antisociali, problematiche interpersonali e presenza di altri disturbi psichici.

Nell'età adulta i soggetti con ADHD possono manifestare Disturbi di personalità antisociale, possibili problemi coniugali o difficoltà nella gestione del denaro (Son et al.,2017), la diagnosi di ADHD continua a creare problematiche a livello sociale, lavorativo e difficoltà di pianificazione anche in età matura; in uno studio di Faraone e colleghi (2006) è stato riscontrato come la presenza del disturbo permanga in forma "completa" in circa il 15% dei soggetti divenuti adulti.

1.8 Trattamenti

Il trattamento nei confronti dell'ADHD non risulta essere scontato ma piuttosto delicato, esiste una multi-variabilità e multidimensionalità nelle manifestazioni del disturbo ed, al suo presentarsi, concorrono molti fattori. In linea generale sono possibili tre tipi di intervento: intervento psicologico, intervento farmacologico, la combinazione dei due.

L'intervento farmacologico risulta essere al centro di molte controversie soprattutto per l'uso di farmaci stimolanti come il Ritalin, uso che sta aumentando in modo preponderante nella cura degli adolescenti (Zuvekas & Vitiello, 2012), il dato interessante è l'effetto calmante che questo farmaco possiede nei bambini rispetto agli adulti; i farmaci stimolanti determinano una diminuzione dei tratti di iperattività, distraibilità, aumentando la vigilanza (Konrad et al.,2004) e diminuendo il manifestarsi di comportamenti aggressivi (Fava, 1997). Questi effetti, puramente positivi, costituiscono, però, solo una delle due facce della medaglia; il Ritalin, infatti, possiede molti effetti indesiderati che possono danneggiare la vita della persona, per questo negli ultimi anni viene utilizzata una variante del farmaco, il Concerta, che può essere usato in dosaggi più adeguati durante l'età dello sviluppo (Mott & Leach, 2004; Spencer, 2004). Oltre a questi, sul mercato ne esistono altri tra cui il Pemolina, che possiede meno effetti indesiderati potenziando i processi cognitivi (Bostic, et al.2000; Pelham, et al., 2005), e l'Adderall, con effetti simili ai precedenti (Miller-Horn et al., 2008).

La comparsa di effetti indesiderati, la mancanza di dati sulle conseguenze a lungo termine e il possibile abuso o uso a scopo ricreativo, durante l'adolescenza (Chutko et al., 2010), ha posto dubbi sul loro utilizzo e sulla scelta di una via alternativa.

Il trattamento psicologico (Concoran, 2010; Pelham & Fabiano, 2008) prevede l'adozione di tecniche utili sia nel contesto scolastico sia nell'ambiente familiare. Per quanto riguarda il primo caso si utilizzano metodi come il rinforzo positivo di comportamenti desiderabili e relativi interventi di supporto alla scuola come il teacher training, di fondamentale importanza dal momento che gli insegnanti rivestono un duplice ruolo: non solo lavorano sulla gestione del comportamento ma anche su aspetti legati al rendimento scolastico; nel secondo caso si prevedono terapie familiari, con forme di parent training e la relativa promozione ed importanza di uno stato di benessere da parte dei genitori (Arnold et al., 2003) con l'utilizzo, in entrambi i casi, di approcci di tipo cognitivo comportamentale o tecniche più cognitive.

Nell'ottica cognitivo-comportamentale il primo obiettivo è quello di rendere il bambino consapevole delle proprie difficoltà e di aiutarlo nell'ottenere una maggiore autoregolazione, si passa così al modificare l'ambiente di vita del soggetto, al contesto sociale nel quale vive, in modo da renderlo idoneo nel favorire quei processi che risultano deficitari nell'individuo, a questo vengono associate tecniche cognitive di autoistruzioni verbali o problem solving (Meichenbaum, 1977, 1990); per accrescere, nel soggetto con ADHD, la consapevolezza delle proprie azioni, si adotta il discorso autodiretto (Barkley, 1997) importante nelle funzioni di pianificazione e organizzazione.

CAPITOLO 2. ABILITA' SOCIALI

2.1 Definizione

Per abilità sociali si intendono le capacità verbali e non verbali che gli individui utilizzano per capire, interagire, comunicare e collaborare con gli altri, permettendo di socializzare, di stare nel contesto e di comprendere. Se da un lato consentono di confrontarsi con il pensiero altrui dall'altro offrono l'opportunità di conoscere sé stessi, i propri stati d'animo, le emozioni provate; la persona diviene così consapevole dei propri punti di forza e debolezza.

I bambini neuro tipici, durante lo sviluppo, continuano a perfezionare questa abilità, aumentando la capacità di comunicare e di connettersi con gli altri, tenendo in considerazione l'opinione altrui e, allo stesso modo, essendo critici nei confronti della propria, arrivando, nell'età adolescenziale, ad essere in grado di lavorare efficacemente in gruppo, costruendo una rete consolidata di rapporti. (Winner & Giler, 2011).

Bedell e Lennox (1997, p.9) includono nel termine "Social Skills": *“la capacità di selezionare accuratamente informazioni utili e pertinenti da un contesto interpersonale, utilizzare tali informazioni per determinare un comportamento appropriato diretto all'obiettivo, eseguire comportamenti verbali e non verbali che massimizzano la probabilità di raggiungimento dell'obiettivo e il mantenimento di buone relazioni con gli altri”*.

Tali capacità di natura psicologica, relazionale e comunicativa, si sviluppano prendendo in considerazione anche il dominio della "Cognizione Sociale", dimensione che può essere delineata come *“L'abilità di costruire rappresentazioni della relazione fra sé stessi e gli altri e di usare queste rappresentazioni per realizzare comportamenti finalizzati e adattati al contesto”* (Adolphs, 2003). Tale dominio interessa le aree che costituiscono ciò che viene chiamato Cervello sociale (Brothers, 1990) che include l'amigdala, la corteccia fronto-orbitale e la corteccia temporale, e comprende anche i neuroni specchio, utilizzati nella codifica delle emozioni, nei pensieri e nelle intenzioni che guidano le azioni future (Rizzolatti *et al.*, 2001).

In particolare, il solco temporale superiore e il giro fusiforme sono importanti nel riconoscimento delle emozioni nei volti, l'amigdala e l'insula nella loro percezione (Adolphs *et al.*, 2003), la corteccia prefrontale mediale, il polo frontale, la corteccia cingolata e la corteccia orbitofrontale sottostanno alla loro regolazione; danni in quest'ultima parte portano a cambiamenti nel comportamento, nella regolazione delle emozioni, nella personalità e all'interno del funzionamento sociale.

La cognizione sociale ci permette di capire le emozioni, i pensieri, le condotte e le intenzioni delle altre persone, il suo sviluppo segue un processo che si basa sull'esplorazione, su tentativi ed errori (Fiske & Taylor, 1991), rappresenta il modo attraverso cui gestiamo e rispondiamo alla grande mole

di informazioni che ci proviene dall'ambiente e dal contesto nel quale siamo inseriti: *Those aspects of higher cognitive function which underline smooth social interactions by understanding and processing interpersonal cues and planning appropriate responses*" (Scourfield et al., 1999, p.559).

2.2 Modelli delle abilità sociali

Tra i modelli psicologi che spiegano le abilità sociali troviamo il SIP (*Social Information Processing*) di Crick e Dodge (1994) e il SOCIAL (*The Socio-Cognitive Integration of Abilities Model*) di Beauchamp e Anderson (2010).

Il SIP (Crick & Dodge, 1994) offre un modello che pone l'accento sulla comprensione dei processi coinvolti nel momento in cui un bambino agisce all'interno di una situazione sociale; afferma come i ragazzi si espongano all'interno delle relazioni e situazioni sociali con un bagaglio di informazioni predeterminate sia biologicamente, sia dalle esperienze precedentemente acquisite, il comportamento è visto come la risultate tra la comprensione e l'interazione con il loro mondo di appartenenza (Crick & Dodge, 1994). Il modello prevede, perciò, diverse fasi distinte, 6 per l'esattezza, passate in rassegna al fine di risolvere e far fronte ad una determinata situazione problematica, ovvero: interpretare e codificare i segnali, focalizzare degli obiettivi, generare possibili ed ipotetiche risposte, selezionare e mettere in atto un'azione specifica, valutare il risultato finale. Il modello propone quindi che un particolare stimolo sia interpretato seguendo una serie di passaggi prima dell'effettiva messa in atto di un determinato comportamento.

Autori recenti hanno anche enfatizzato il ruolo dei valori morali e l'importanza delle emozioni nel guidare le decisioni prese in determinati contesti (Arsenio & Lemerise, 2000; 2004). L'aggiornamento proposto nel 1994 sottolinea il passaggio da una struttura sequenziale rigida, ad un modello più connesso, in linea con le teorie connessioniste proposte di Rumelhart e colleghi (Rumelhart, McClelland, & PDP Research Group, 1986) che sottolineano come l'elaborazione di informazioni avvenga attraverso percorsi simultanei. (Figura 2.1).

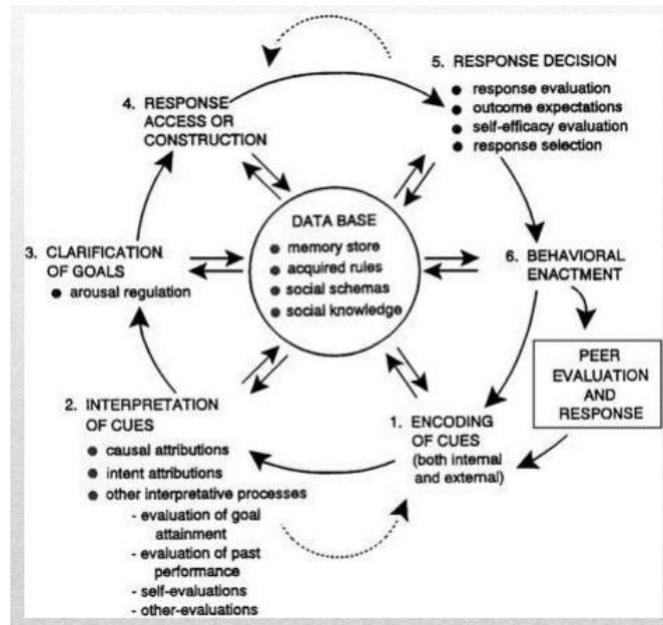


Figura 2.1 Il modello SIP

Il modello SOCIAL (Beauchamp & Anderson, 2010) è un modello bio-psico-sociale dello sviluppo, un modello integrativo che ha lo scopo di verificare quali fattori influenzano e ostacolano l’emergere delle abilità sociali. Tale modello afferma l’importanza e l’influenza che le basi biologiche, i fattori interni, le abilità socio-cognitive e i fattori esterni/ambientali hanno sullo sviluppo delle abilità sociali ed il ruolo fondamentale che rivestono per la competenza relazionale nel contesto di vita del soggetto. L’obiettivo è di fornire un modello teorico per comprendere le origini delle disfunzioni sociali e i fattori che influenzano tali abilità in bambini con sviluppo sia tipico che atipico.

Per fattori interni si intendono quelle caratteristiche proprie del bambino quali il temperamento, la personalità e gli attributi fisici; nei fattori esterni rientrano invece gli aspetti legati all’ambiente familiare ed il livello socioculturale nel quale il soggetto è immerso, esse hanno un effetto sulla qualità delle relazioni ed interazioni a cui il bambino è stato esposto ed abituato; fattori interni ed esterni interagiscono in modo bidirezionale influenzando l’emergere delle funzioni cognitive e lo sviluppo sociale. Entrambi questi aspetti sono collegati alla “brain development and integrity” ovvero lo sviluppo e l’integrità del cervello, le connessioni neurali strutturali e funzionali delle abilità sociali. All’interno delle funzioni cognitive troviamo i processi che regolano l’attenzione e funzioni esecutive, la comunicazione e il riconoscimento delle emozioni (abilità socio-emotive), tutto ciò porta all’ultimo passaggio, ovvero lo sviluppo delle abilità e funzioni sociali. (Figura 2.2) Le prime due componenti vengono definite come processi “freddi” e sottostanno all’aspetto della neurocognizione, il dominio socio-emotivo rappresenta la componente “calda”, affettiva della cognizione sociale; questi processi sono collegati tra di loro sia a livello comportamentale che a livello neurale, formando

un sistema sociale funzionale. Un fallimento in uno di questi processi, che stanno alla base delle abilità sociali, avrà un impatto nelle capacità relazionali dell'individuo.

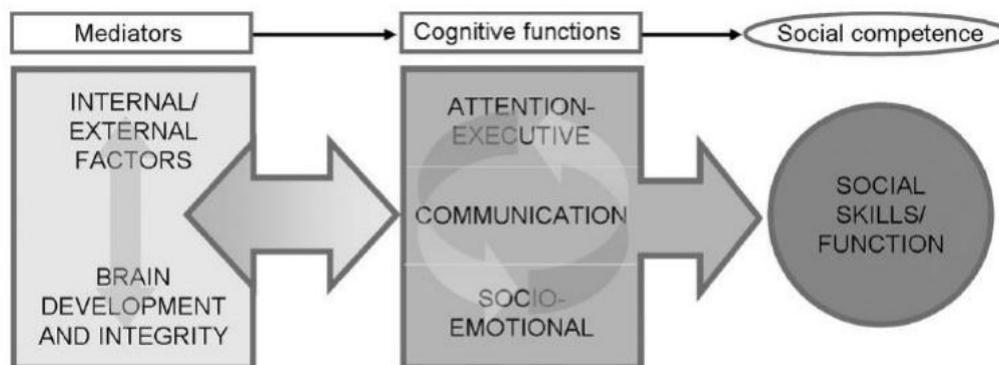


Figura 2.2 Il modello SOCIAL

2.3 Lo sviluppo delle Abilità sociali

Il termine stesso “sociale” presuppone l’idea che il bambino, già dalla nascita, sia dotato di predisposizioni che lo collegano al mondo circostante: *“I bambini vengono al mondo con la motivazione e la capacità per cominciare a stabilire un’immediata relazione sociale con chi li cura”* (Volkmar et al., 1997). I bambini osservano, imitano e sono in continua interazione con l’ambiente circostante, è questo il modo in cui sviluppano la maggior parte del loro apprendimento; le abilità sociali includono sentimenti, credenze, valori e strategie con le quali il bambino sopravvive e che gli permettono di avanzare, in modo sano, nel suo percorso comunitario ed emotivo. Tra le capacità racchiuse all’interno delle abilità sociali troviamo: la percezione corretta dei messaggi che provengono dall’esterno, l’interazione con l’altro, l’abilità nell’uso funzionale di strumenti, la capacità di una teoria della mente, l’abilità di problem solving, le capacità empatiche, intersoggettive, di comunicazione e coerenza; comprende inoltre l’assertività, quale competenza di esprimere la propria opinione, pensiero e le proprie doti senza scavalcare, giudicare eccessivamente o essere supponenti nei confronti di un’idea altrui, rappresenta una modalità relazionale basata sulla reciprocità in cui il punto centrale è la relazione positiva con l’altro.

Il loro apprendimento avviene in contesti terapeutici, strutturati attraverso diversi meccanismi quali: il modeling, role playing, task analysis, storie sociali, role modeling. Il modeling rappresenta l’osservazione della messa in atto di un comportamento adeguato e il suo apprendimento mediante imitazione; nel role playing viene chiesto al soggetto di esercitare un ruolo mai sostenuto o esercitato in altre circostanze; la task analysis scompone compiti complessi in sottogruppi più semplici, esercizio particolarmente importante nei soggetti ADHD laddove l’obiettivo più vicino è visto come più allettante; le storie sociali aiutano il soggetto, attraverso racconti, a capire come ci si deve

comportare in determinati contesti seguendo specifiche “regole sociali” (Chierigato & Rocci, 2016); infine, il role modeling, prevede l’impiego di stimoli che attirino l’attenzione o il rinforzo di comportamenti appropriati nel contesto nel quale sono stati messi in atto, l’utilizzo di elogi incoraggianti favorisce l’apprendimento di risposte sociali adeguate dal momento che non considera solo la qualità dell’azione, ma anche lo sforzo che è stato necessario al bambino per compierla, non focalizzandosi esclusivamente sul risultato finale ma sui punti di forza e sulle risorse del soggetto (AIDAI – Associazione Italiana per i Disturbi di Attenzione ed Iperattività).

Le abilità sociali seguono una traiettoria di evoluzione, in questi termini il rilevamento del movimento biologico, la sensibilità agli stimoli oculari, l’imitazione e il riconoscimento facciale sono considerati precursori di capacità più complesse come l’attenzione congiunta (*join attention*) (Happé & Frith, 2014). Seguendo la sequenza temporale del loro sviluppo si può notare come all’inizio il bambino mostri una preferenza verso il guardare volti di persone che ricambiano il suo sguardo (Farroni et al., 2002), passa poi ad una complessità maggiore, dirigendo la propria attenzione verso il partner di riferimento, per poi giungere all’attenzione congiunta, definita come la capacità di condividere l’aspetto di interesse con un’altra persona, segnando la transizione dalla relazione sociale diadica all’interazione triadica; la *join attention* assume un ruolo fondamentale non solo nello sviluppo delle competenze nell’infanzia ma in tutto il corso della vita (Sigman & Mundy, 2006).

Secondo Moll e Kadipasaoglu (2013) successivamente emerge la prospettiva sociale, con l’obiettivo di generare previsioni più accurate verso il comportamento messo in atto dall’altro, l’individuo diventa così in grado di prevedere l’azione altrui, anche in virtù del proprio background di esperienze e conoscenze acquisite. In un secondo momento si sviluppa la teoria della mente, quale abilità sociale che permette all’individuo di identificare le false credenze, capire scopi, pensieri, assegnare stati emotivi a sé stessi e agli altri, trasferendo al bambino l’idea per cui non tutte le menti sono uguali e facendolo così uscire dall’ottica del suo egocentrismo infantile; come mediatore tra la percezione di base e aspetti cognitivi più avanzati, ad esempio la teoria della mente, si pone l’attribuzione. Come ultimo aspetto evolutivo troviamo il ragionamento morale, quale capacità che consente agli individui di considerare il mondo circostante e di prendere decisioni giuste o sbagliate in merito. Queste abilità diventano sempre più raffinate, specializzandosi e consentendo al soggetto di entrare pienamente in relazione con il mondo (Aboitiz *et al.*, 2015) (Figura 2.3).

È inoltre importante sottolineare, come anche il modello SOCIAL metta in evidenza, l’importanza e il ruolo cruciale che rivestono i fattori socioeconomici, culturali e familiari nel quale è inserito l’individuo (McLoyd, 1998); il SES (status socioeconomico) determina l’opportunità, qualità e la frequenza non sono delle relazioni sociali ma anche l’ambiente più o meno stimolante al quale il soggetto è esposto nella sua quotidianità.

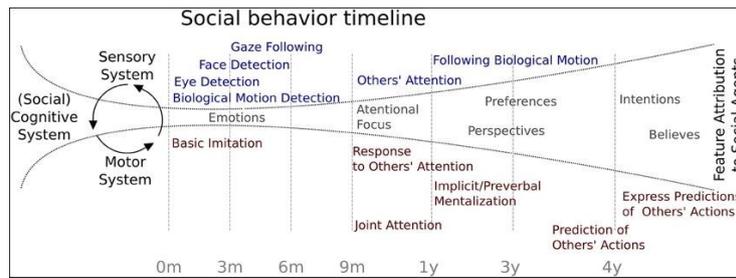


Figura 2.3 Evoluzione delle Abilità Sociali

2.4 Abilità sociali e ADHD

L'ADHD è associato ad una serie di difficoltà, tra cui deficit nelle abilità sociali, che possono essere interpretati in relazione alla disfunzione fronto-striatale. I soggetti con ADHD spesso non hanno consapevolezza delle loro difficoltà in quest'ambito, che vengono maggiormente riferite da genitori e insegnanti (Bagwell *et al.*, 2001); nonostante questo, vivono situazioni di rifiuto ed isolamento dai pari che possono avere ripercussioni sul loro futuro, sulla loro autostima, essendo quindi dei fattori di rischio per possibili conseguenze a lungo termine.

I bambini con ADHD possiedono una minore cognizione sociale, anche definita pensiero sociale, di conseguenza non rispettano le regole sociali "non dette" come: l'aspettare il proprio turno all'interno della conversazione, il considerare una prospettiva diversa dalla propria, l'essere sensibili alle problematiche altrui, il confrontarsi con ciò che si sta provando, pensando o sentendo in quel momento, l'essere capaci nel rispondere ad una situazione sociale; si mostrano così come rudi e imperturbabili (Garcia Winner, 2008).

Ricerche riportate dall'APA (*American Psychological Association*, 1927-2009) esplicitano un'associazione tra ADHD e compromissione della cognizione sociale che coinvolge il viso emotivo e la prosodia.

I risultati di uno studio, (Allen, 2018) che voleva indagare la relazione tra cognizione sociale e il funzionamento comportamentale in bambini di età compresa tra i 7 e 13 anni, hanno confermato prestazioni peggiori, nei soggetti ADHD, sulle misure di ToM (Teoria della Mente) e riconoscimento degli affetti, con valutazioni minori nel linguaggio pragmatico e nell'empatia rispetto ai coetanei; è presente quindi una relazione tra capacità cognitive sociali e il comportamento messo in atto nella quotidianità.

I bambini con ADHD possiedono quindi difficoltà ad interagire in modo attivamente positivo e cooperativo con i pari (Mrug *at al.*, 2007) venendo da questi rifiutati nel 50-80% dei casi (Hoza, 2007); d'altro canto, risulta importante ricordare che i problemi sociali non esistono solo come entità indipendente o come problematica di per sé, ma anche come sintomo, anche secondario, di altre condizioni di sofferenze dell'individuo.

Da uno studio emerge l'importanza dell'utilizzo, a livello scolastico, di procedure di apprendimento cooperativo, le abilità sociali dei bambini con ADHD aumentano così come la loro accettazione da parte dei pari (Capodieci *et al.*, 2019).

2.4.1 Abilità sociali e profili specifici di ADHD

L'ADHD può essere considerato un disturbo dell'autoregolazione cognitiva e comportamentale, per poter avere tale diagnosi è necessario che le difficoltà riscontrate siano pervasive, stabili, presenti nei principali contesti di vita del soggetto, compromettendo la sua quotidianità; è associato, come sopra citato, a problematiche e difficoltà all'interno delle relazioni sociali che si esprimono diversamente in relazione alle 3 dimensioni principali: attentive, impulsive, iperattive.

In genere, se prevalgono le difficoltà nel mantenimento dell'attenzione, il soggetto riscontra problemi di apprendimento scolastico, mentre, se sono più rilevanti l'iperattività e l'impulsività, il soggetto avrà problematiche nell'adattamento sociale (Fedeli & Vio, 2016).

La disattenzione si manifesta, dal punto di vista comportamentale, nella mancata concentrazione, divagazione, disorganizzazione rispetto ad un compito assegnato; l'iperattività evidenzia un'eccessiva attività motoria o loquacità messi in atto in situazioni inappropriate; l'impulsività si esprime nel prendere decisioni affrettate e nella richiesta di un'immediata ricompensa, quest'ultima caratteristica è presente anche a livello più generale, una preponderata predisposizione verso il piacere e il soddisfacimento immediato, nei soggetti ADHD, che di fronte ad un divieto e/o ostacolo mettono in atto atteggiamenti maggiormente aggressivi rispetto ai coetanei.

I comportamenti messi in atto dai soggetti con prevalente profilo impulsivo/iperattivo si manifestano nell'interrompere le conversazioni, nel fornire risposte senza pensarci e senza aspettare il proprio turno, condotte che portano conseguenze all'interno delle relazioni sociali.

Gli individui, d'altro canto, con profilo prevalentemente disattento, manifestano meno problemi legati alle difficoltà nell'interazione con i pari, essendo la disattenzione meno visibile; questo offre anche una spiegazione al perché siano presenti maggiori casi di diagnosi maschili rispetto a quelli femminili, le donne manifestano maggiormente tratti di disattenzione rispetto a quelli di impulsività/iperattività. Oltre a questi profili con una caratteristica prevalente disattenta o impulsiva-iperattiva, è presente il profilo combinato, manifestazione più tipica in età evolutiva; tali soggetti possiedono un quadro combinato di sintomi di disattenzione e d'iperattività-impulsività, in linea con le dimensioni iperattiva-impulsiva manifestano maggiori comportamenti aggressivi, ricevendo nel 30% dei casi una seconda diagnosi per Disturbo della Condotta o Disturbo Oppositivo-Provocatorio (Satterfield *et al.*, 1997).

Attraverso alcuni studi è stato dimostrato come bambini con tratti d'iperattività hanno maggiori problemi nel tollerare la struttura di un ambiente scolastico, caratterizzando il loro stile interpersonale con comportamenti aggressivi, prepotenti e fastidiosi, traducendosi da parte dei coetanei in valutazioni di antipatia (Pelham & Bender, APA, 1982).

Dal punto di vista della prognosi, attraverso uno studio di follow up, si è scoperto come bambini con diagnosi di ADHD (profilo combinato) presentano difficoltà maggiori durante l'adolescenza indipendentemente dal trattamento riservato a loro (Molina et al., 2009).

Iperattività e impulsività si riflettono anche nella gestione delle emozioni causando una forte instabilità emotiva, legata allo scarso autocontrollo comportamentale del soggetto e ad una mancata autoregolazione; questi aspetti rendono il bambino una persona disturbante con una notevole attivazione, di conseguenza vengono esclusi ed isolati dai coetanei.

Per autoregolazione si intende l'abilità di avere un controllo proattivo su ciò che pensiamo, proviamo e facciamo in un dato momento (Moffitt *et al.*, 2011), selezionando le strategie più appropriate per raggiungere determinati obiettivi, è collegata anche alla capacità di controllare le proprie emozioni e il proprio comportamento in risposta alle richieste che provengono dall'ambiente.

CAPITOLO 3. LA RICERCA

Il presente studio, facente parte di un progetto di ricerca più ampio, si è posto l'obiettivo di approfondire le abilità sociali in bambini con ADHD. Nello specifico si è scelto di indagare le differenze associate a tali abilità per quanto riguarda il profilo combinato ed il profilo prevalentemente disattento in due bambini di 9 anni con ADHD. In particolare, i bambini sono stati confrontati con due partecipanti a sviluppo tipico, facenti parte del gruppo di controllo, con la medesima età, allo scopo di andare ad osservare la variabilità dei loro comportamenti. La ricerca proposta fa parte di un progetto più ampio nella quale sono stati coinvolti bambini tra gli 8 e i 16 anni e analizzate le loro prestazioni in diversi ambiti. Di seguito vengono illustrati gli strumenti presi in considerazione ed il sopra citato campione ristretto, esemplificativo degli aspetti che si vogliono osservare.

3.1 Partecipanti

I partecipanti presi in esame sono due bambini di sesso maschile a sviluppo tipico (TD) e due bambini, sempre di sesso maschile, a sviluppo atipico, ovvero soggetti con diagnosi di ADHD; per mantenere il rispetto nei confronti della privacy è stato scelto di utilizzare dei nomi fittizi per identificare i partecipanti alla ricerca.

I bambini scelti all'interno del gruppo di controllo presentano età (massimo 6 mesi di differenza), QI e genere adeguatamente appaiato con il campione clinico; Luca (TD) ha 9 anni e 6 mesi, Giulio (ADHD) ha invece 9 anni e 11 mesi, Riccardo (TD) ha 9 anni e 6 mesi, infine, Marco (ADHD) ha 9 anni e 10 mesi. (Figura 3.1)

	Età	Genere	Gruppo
Luca	9 anni e 6 mesi	M	TD
Giulio	9 anni e 11 mesi	M	ADHD
Riccardo	9 anni e 6 mesi	M	TD
Marco	9 anni e 10 mesi	M	ADHD

Figura 3.1 I partecipanti alla ricerca

3.2 Metodo

La ricerca presentata è suddivisa in due parti principali; la fase iniziale di screening, nella quale viene stimato il QI (Quoziente Intellettivo, Sattler, 1988) dei bambini, al fine di escludere partecipanti con punteggio al di fuori della norma, e confermata la diagnosi clinica dei bambini con ADHD, escludendola in quelli con TD. In questa prima fase rientrano, quindi, due prove appartenenti alla

scala WISC-IV (Wechsler, 2012) quali il Disegno con cubi (DC) e il Vocabolario (VC) e il questionario CPRS-R:S (Conners' Parent Rating Scale: Short Form, Conners, 1997) per i genitori. Le prime due prove indagano il livello di sviluppo cognitivo dei partecipanti mentre, le scale Conners, nella versione per genitori in forma breve, vengono utilizzate al fine di verificare la presenza, in bambini con ADHD, di tratti di disattenzione e iperattività e, d'altro canto, la relativa assenza in soggetti a sviluppo tipico.

Nella fase successiva della ricerca, allo scopo di osservare le Abilità Sociali, sono state somministrate prove sperimentali; in particolare verranno presi in considerazione il test semi-naturistico SIP (Social Information Processing, Van Rest et al., 2019) e il questionario SISS (Social Skills Improvement System, M.Gresham & N.Elliott, 2008).

3.3 Strumenti

Le prove che verranno qui approfondite sono solo alcune di quelle somministrate ai partecipanti della ricerca, e sono state necessarie per indagare il costrutto d'interesse.

3.3.1 Strumenti di screening

Gli strumenti di screening presi in considerazione sono: il Disegno con i Cubi (DC) e il Vocabolario (VC) facenti parte di una batteria più ampia e ricca di altre prove, la WISC-IV (Wechsler, 2012), e le Conners' Parent Rating Scale: Short Form (CPRS-R:S, Conners, 1997).

3.3.1.1 Disegno con i cubi

In questa prova vengono consegnati al bambino alcuni cubetti a 6 facce con 2 lati rossi, 2 bianchi e 2 metà rossi e metà bianchi, lo scopo della prova è riprodurre il modello, in formato tridimensionale, proposto dall'esaminatore (Figura 3.1). Le figure da duplicare, presentate all'interno del libro stimoli, sono suddivise per fasce di età e comprendono in totale 14 prove, che aumentano di volta in volta il livello di difficoltà: inizialmente vengono utilizzati solo due cubetti, poi quattro, arrivando all'utilizzo 9 cubetti per le immagini più complesse. Il protocollo prevede due punti di partenza sulla base dell'età del partecipante: per i bambini dagli 8 anni, come nel caso preso in esame per il nostro particolare studio, il punto di partenza corrisponde all'item 3 (Wechsler, 2012). Per la prova di DC viene preso il tempo che è stato necessario al bambino per concludere correttamente ogni item, a questo viene assegnato un punteggio che varia sempre in relazione alla difficoltà propria del modello da riproporre; in caso di errore o mancata esecuzione entro il tempo stabilito, viene attribuito un punteggio di 0; se dovessero susseguirsi tre errori sarà necessario interrompere la somministrazione, d'altro canto se il bambino non dovesse rispondere correttamente al primo item proposto, per la regola dell'inversione, si procederà a ritroso fino al raggiungimento del punteggio pieno in due item consecutivi (Wechsler,

2012). Una volta completato il test verrà calcolato il punteggio grezzo, ovvero verranno sommati i punteggi ottenuti dal partecipante, per poi essere convertiti in punteggi standard sulla base delle apposite tabelle suddivise per età proposte dal manuale.



Figura 3.1 Disegno con i Cubi (WISC-IV, Wechsler, 2012)

3.3.1.2 Vocabolario

La prova di Vocabolario è composta da 36 item, i primi 4 sono immagini che il bambino deve denominare, i successivi sono costituiti da parole alle quali il bambino deve dare una definizione (Figura 3.2). Analogamente alla prova del Disegno con i Cubi, il punto di partenza varia a seconda dell'età del partecipante (i bambini dai 6 agli 8 anni cominciano dall'item 5), la difficoltà aumenta con l'avanzare degli item. In relazione all'accuratezza della risposta fornita dal bambino, viene assegnato un punteggio da 0 a 2. Vengono, inoltre, posti criteri di interruzione qualora venga attribuito un punteggio di 0 a 5 item consecutivi e di inversione laddove non ottenga un punteggio pieno nei primi 2 item (Wechsler, 2012). Conclusa la somministrazione vengono sommati i punteggi ottenuti dal partecipante, che costituiscono il punteggio grezzo, questi poi sono convertiti in punteggio standard sulla base delle apposite tabelle suddivise per età, fornite dal manuale.



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

Figura 3.2 Vocabolario (WISC-IV, Wechsler, 2012)

3.3.1.3 Conners' Parent Rating Scale-Revised: Short Form (CPRS-R:S)

Il presente questionario ha lo scopo di indagare la presenza di tratti ADHD ed è presente in tre differenti versioni: la versione self-report, completata da parte del soggetto partecipante, quella dedicata agli insegnanti ed infine quella rivolta ai genitori; quest'ultima viene presa in considerazione per la ricerca proposta. La versione per genitori, nella sua forma breve, è composta da 27 affermazioni alle quali deve essere attribuita una valutazione che varia da 0 a 3, da "non vero" a "molto vero", sulla base del comportamento messo in atto dal bambino nell'ultimo mese.

Lo scoring segue con una somma dei punteggi assegnati dai genitori in ciascun item, suddivisi sulla base di 4 indici: Oppositività, Problemi cognitivi/Disattenzione, Iperattività e Indice ADHD; successivamente, utilizzando le tabelle di conversione proposte dal manuale, tali valori vengono trasformati in punteggi T, tenendo in considerazione età e genere del partecipante (Conners, 1997) (Figura 3.3). Un punteggio T uguale o superiore a 65 è da considerarsi all'interno della fascia clinica.

Questionario CRS-R

Nome del soggetto				Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Data di Nascita		Età	Classe	Data odierna	
giorno mese anno			Nome del genitore	giorno mese anno	

ISTRUZIONI: Di seguito viene riportata una serie di problemi comuni che bambini e adolescenti presentano. Rispondete a ogni affermazione a seconda del comportamento di vostro figlio nell'ultimo mese. Per ogni affermazione, chiedete "Quanto ha rappresentato un problema in quest'ultimo mese?" e fate un cerchietto attorno alla risposta che vi sembra più appropriata. Se quanto affermato non ha mai rappresentato un problema, o se lo ha stato raramente o molto poco di frequente, fate un cerchietto attorno a 0. Se ha rappresentato un problema in misura notevole, o molto spesso o di frequente, fate un cerchietto attorno a 3. Fate un cerchietto attorno a 1 o 2 per le altre situazioni. Rispondete a tutte le affermazioni.

	0	1	2	3
1. È poco attento, si distrae facilmente.	0	1	2	3
2. È arrabbiato/a e permaloso/a.	0	1	2	3
3. Ha difficoltà a svolgere o a completare i compiti di casa.	0	1	2	3
4. È sempre in movimento o si comporta come se andasse "a motore".	0	1	2	3
5. Ha un tempo di attenzione limitato.	0	1	2	3
6. Distingue in modo polemico con gli adulti.	0	1	2	3
7. Giocherella con le mani o i piedi o si agita sulla sedia.	0	1	2	3
8. Non riesce a portare a termine quanto gli viene assegnato.	0	1	2	3
9. È difficile da consultare nei centri commerciali o quando si va a fare la spesa.	0	1	2	3
10. È disordinato/a o disorganizzato/a a casa o a scuola.	0	1	2	3
11. Pone le mani in bocca.	0	1	2	3
12. Ha bisogno che qualcuno lo/la segua attentamente per terminare quanto gli/le viene assegnato.	0	1	2	3
13. Si applica solo se qualcuno lo/la incanta veramente.	0	1	2	3
14. Corre di qua e di là o si arrampica in situazioni in cui non dovrebbe.	0	1	2	3
15. È distratto/a o la capacità di mantenere l'attenzione costituisce un problema.	0	1	2	3
16. È irritable.	0	1	2	3
17. Evita, è riluttante o ha difficoltà a impegnarsi in compiti che comportano uno sforzo mentale continuo (come i compiti a scuola o a casa).	0	1	2	3
18. È irrequieto/a nel senso che si agita.	0	1	2	3
19. Si distrae quando gli/le si impartiscono istruzioni su come fare qualcosa.	0	1	2	3
20. Ha un atteggiamento di sfida nei confronti degli adulti o rifiuta di svolgere quanto richiesto.	0	1	2	3
21. Ha difficoltà a concentrarsi in classe.	0	1	2	3
22. Ha difficoltà ad aspettare in fila o ad attendere il proprio turno in giochi o attività di gruppo.	0	1	2	3
23. Si allontana dal posto in classe o in altre situazioni in cui dovrebbe restare seduto/a.	0	1	2	3
24. Intenzionalmente fa cose che infastidiscono gli altri.	0	1	2	3
25. Non segue le istruzioni e non termina i compiti o i lavori assegnati o le incombenze sul posto di lavoro (non per atteggiamento oppositivo o incapacità di comprendere le istruzioni).	0	1	2	3
26. Ha difficoltà a giocare o ad impegnarsi in attività di gioco in modo tranquillo.	0	1	2	3
27. Si sente facilmente frustrato/a nei suoi sforzi.	0	1	2	3

Figura 3.3 CPRS-R:S (Conners, 1997)

3.3.2 Strumenti sperimentali

All'interno delle prove sperimentali, allo scopo di indagare le Abilità Sociali e relativi comportamenti messi in atto dai bambini nei contesti relazionali, sono stati scelti il test SIP (Social Information Processing, adattato da Van Rest et al., 2019) e il questionario SISS (Social Skills Improvement System, Gresham & Elliott, 2008).

3.3.2.1 SIP

Il SIP è una prova adattata per la ricerca presa in considerazione, tratta dall'omonimo modello esistente in letteratura (Crick & Dodge, 1994); il bambino è sottoposto alla visione di tre brevi filmanti che rappresentano un'interazione difficoltosa tra pari, con varie problematiche al loro interno. Lo scopo della prova è quello di valutare, attraverso una serie di domande poste dall'esaminatore, le diverse fasi del modello SIP sulla base delle risposte fornite dal partecipante, in modo particolare: la

comprensione della situazione e l'identificazione del problema (con punteggi da 0 a 2 in base all'accuratezza e alla completezza della risposta fornita), l'interpretazione negativa dell'atteggiamento del protagonista del video da parte del partecipante (con un punteggio da 0 a 5), il tipo di obiettivi scelti se fosse stato in quella situazione (chiedendo di valutare ciascuna opzione: vendicarsi, dimostrarsi superiore, imporsi sull'altro- con un punteggio da 0 a 5), i possibili comportamenti che il bambino avrebbe messo in atto se si fosse trovato lui stesso nella situazione (classificando la risposta come aggressiva, assertiva o passiva), tali risposte mostrano il modo nel quale il soggetto, trovandosi nel contesto proposto dalla scenetta, avrebbe agito e la sua predilezione verso azioni orientate alla prospettiva relazionale piuttosto che vendicativa, di evitamento di una lite o di dominanza sull'altro; infine, quale, tra le 3 possibilità presentate nella fase finale del test, ritenesse maggiormente adeguata. La parte finale della prova, infatti, attraverso la proposta delle tre alternative, volutamente scelte come possibili comportamenti assertivi, aggressivi o passivi, chiedeva quindi al bambino quale preferisse e in quale si ritenesse più efficace, ottenendo così una valutazione sul comportamento che il bambino sinceramente avrebbe messo in atto nella quotidianità, rispecchiando le sue abilità relazionali e il suo modo di porsi.

3.3.2.2 SISS

Il questionario sperimentale scelto, SISS (Social Skills Improvement System, Gresham & Elliott, 2008), ha lo scopo di effettuare una valutazione mirata per comprendere i comportamenti pro-sociali e problematici del bambino nel contesto relazionale, quanto questi aspetti siano frequenti, influenzino ed interferiscano nella loro capacità di acquisire e mettere in atto abilità sociali.

Al bambino vengono proposte una serie di affermazioni: 46 per quanto riguarda le capacità sociali e 29 per il comportamento. All'interno delle capacità sociali viene valutata la comunicazione, cooperazione, assertività, responsabilità, empatia, impegno e auto-controllo; nel comportamento, vengono prese in considerazione sia problematiche esternalizzanti che internalizzanti. A tali affermazioni l'individuo deve attribuire, tramite una scala a 4 punti, un punteggio in merito a quanto la ritenga vera per sé stesso, valutandola da 0 a 3 (non vera =0, un po' vera = 1, molto vera= 2, verissima =3) (Figura 3.4).

Capacità Sociali																									
1. Chiedo informazioni quando ne ho bisogno.	0	1	2	3	11. Esprimo agli altri i miei sentimenti.	0	1	2	3	21. Mantengo la calma quando vengo preso in giro.	0	1	2	3	31. Cerco di trovare una soluzione per porre fine ad un litigio.	0	1	2	3	41. Mantengo la calma quando gli altri mi danno fastidio.	0	1	2	3	
2. Sto attento quando gli altri esprimono le loro idee.	0	1	2	3	12. Faccio quello che l'insegnante mi chiede di fare.	0	1	2	3	22. Seguo le regole della scuola.	0	1	2	3	32. Faccio attenzione quando l'insegnante parla alla classe.	0	1	2	3	42. Vado d'accordo con i miei compagni di classe.	0	1	2	3	
3. Cerco di perdonare gli altri quando mi chiedono scusa.	0	1	2	3	13. Cerco di far sentire meglio gli altri.	0	1	2	3	23. Chiedo agli altri di fare le cose insieme.	0	1	2	3	33. Gioco con gli altri.	0	1	2	3	43. Cerco di fare nuove amicizie.	0	1	2	3	
4. Sto attento quando uso cose che non sono mie.	0	1	2	3	14. Collaboro nel gruppo.	0	1	2	3	24. Sono ben educato.	0	1	2	3	34. Faccio i compiti per casa in tempo.	0	1	2	3	44. Ammetto quando commetto un errore.	0	1	2	3	
5. Difendo gli altri quando vengono trattati male.	0	1	2	3	15. Dico agli altri quando c'è un problema.	0	1	2	3	25. Parlo bene di me stesso senza vantarmi.	0	1	2	3	35. Faccio notare agli altri quando non vengo trattato bene.	0	1	2	3	45. Chiedo aiuto quando mi serve.	0	1	2	3	
6. Dico "per piacere" quando chiedo le cose.	0	1	2	3	16. Guardo le persone quando parlo con loro.	0	1	2	3	26. Mantengo la calma quando qualcuno mi fa notare i miei errori.	0	1	2	3	36. Mantengo la calma quando devo far fronte ai problemi.	0	1	2	3	46. Mantengo la calma quando non sono d'accordo con qualcuno.	0	1	2	3	
7. Mi dispiace quando gli altri sono tristi.	0	1	2	3	17. Aiuto i miei amici quando hanno dei problemi.	0	1	2	3	27. Cerco di pensare a come gli altri si sentono.	0	1	2	3	37. Sono gentile con gli altri quando sono tristi.	0	1	2	3						
8. Vado d'accordo con gli altri bambini/adolescenti.	0	1	2	3	18. Faccio amicizia facilmente.	0	1	2	3	28. Incontro e cerco di conoscere nuove persone.	0	1	2	3	38. Chiedo di partecipare quando gli altri fanno qualcosa che mi piace.	0	1	2	3						
9. Ignoro i compagni che si comportano male in classe.	0	1	2	3	19. Faccio il mio lavoro senza dare fastidio agli altri.	0	1	2	3	29. Faccio la cosa giusta senza che qualcuno me lo debba dire.	0	1	2	3	39. Mantengo le mie promesse.	0	1	2	3						
10. Aspetto il mio turno quando parlo con altre persone.	0	1	2	3	20. Sono educato quando parlo con gli altri.	0	1	2	3	30. Sorrido o faccio un cenno alle persone quando le vedo.	0	1	2	3	40. Dico "grazie" quando qualcuno mi aiuta.	0	1	2	3						

Figura 3.4 SISS (Gresham & Elliott, 2008)

3.4 Procedura

La ricerca proposta ha preso in considerazione ed analizzato quattro partecipanti di 9 anni, due a sviluppo atipico con diagnosi di ADHD, valutati all'interno di centri clinici specializzati, e due a sviluppo tipico, scelti sulla base di un'attenta campionatura.

I partecipanti sono stati appaiati per età, QI e genere in modo che punteggi differenti non potessero essere ricondotti a variazioni in tali aspetti; le prove somministrate sono state suddivise in tre incontri da circa un'ora ciascuno per evitare di affaticare ulteriormente il bambino. Durante la somministrazione si è cercato di creare un ambiente il più favorevole possibile al benessere del partecipante, mettendolo a suo agio e fornendogli tutte le istruzioni utili per il corretto svolgimento delle prove richieste.

Precedentemente alla somministrazione è stato chiesto di firmare, da parte di entrambi i genitori, un consenso informato in merito all'adesione del progetto.

Terminata la fase di somministrazione si è proceduto allo scoring potendo, una volta ottenuti i risultati, effettuare un confronto tra i vari partecipanti e le loro prestazioni.

CAPITOLO 4. RISULTATI

La presente ricerca si è posta l'obiettivo di indagare le differenze in merito alle Abilità Sociali in quattro bambini di 9 anni, due bambini con diagnosi clinica di Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività (ADHD) e due a sviluppo tipico (TD), in particolare confrontando, all'interno dei partecipanti con ADHD, bambini con profilo prevalentemente disattento e profilo combinato, laddove disattenzione ed iperattività-impulsività sono quindi entrambe presenti.

Per individuare le differenze relative al costrutto in esame sono stati scelti bambini con analoghe età, genere e QI in modo che le differenze riscontrate non potessero essere attribuite a tali fattori.

La diagnosi di ADHD è stata inoltre confermata grazie al questionario Conners' Parent Rating Scale-Revised: Short Form (CPRS-R:S, Conners, 1997) compilato dai genitori. Analogamente il questionario è stato somministrato ai genitori dei bambini TD per escludere possibili difficoltà legate a Oppositività, Problemi Cognitivi/Disattenzione, Iperattività, e ADHD.

Successivamente sono state proposte due prove sperimentali per rilevare le differenze relative alle abilità sociali, il SIP (Van Rest et al., 2019) e il SISS (Gresham & Elliott, 2008); da queste si prevede di osservare differenze specifiche tra i due gruppi. In particolare ci si attende, sulla base di quanto presente in letteratura, una maggiore predisposizione, nei bambini ADHD, nel mettere in atto comportamenti aggressivi e nel percepirsi maggiormente efficaci in tali azioni, questi aspetti risultano rilevabili grazie alla prova SIP; all'interno del SISS, per il quale si è scelta l'analisi delle risposte date dagli stessi partecipanti, in modo da rilevare la loro percezione di efficacia nella vita quotidiana e la capacità percepita all'interno delle Abilità Sociali, si prevede di riscontrare le medesime ipotesi sulla base di quanto affermato dalla letteratura, in modo particolare tratti di disattenzione inficerebbero meno, rispetto ad iperattività-impulsività, nelle relazioni con i coetanei.

4.1 Analisi dei dati relativi al campione

I partecipanti sono stati scelti in base ad una attenta campionatura basata su:

- QI (Sattler, 1988)
- Età (+/- 6 mesi)
- Genere

Nei paragrafi sottostanti vengono descritti i profili dei due bambini clinici.

4.1.1 Caso di Giulio

Giulio ha 9 anni e 11 mesi e frequenta il quarto anno della scuola primaria di primo grado; durante il secondo anno della scuola elementare i genitori e gli insegnanti riscontravano nel bambino difficoltà di attenzione e mancata abilità di focalizzarsi su un compito, prestando attenzione ai diversi stimoli che provenivano dall'ambiente esterno, erano presenti numerosi errori nelle verifiche scolastiche dovuti a distrazione o mancata attenzione nell'ascoltare le istruzioni riportate dal docente, aspetto, quest'ultimo, che si riversava anche all'interno delle dinamiche di gioco con i suoi compagni; molto spesso si presentava a scuola senza il materiale necessario per seguire le lezioni, era molto sbadato nelle attività di vita quotidiana ascoltando di sfuggita anche quando si parlava direttamente a lui. In merito a questi sintomi da lui manifestati, la diagnosi di ADHD sottotipo prevalentemente disattento è stata effettuata in tenera età presso un centro clinico; tali caratteristiche sono ancora presenti attualmente.

4.1.2 Caso di Marco

Marco è un bambino di 9 anni e 10 mesi che frequenta il quarto anno della scuola elementare, fin da piccolo è descritto dai genitori come un bambino agitato e sempre in movimento; durante il primo anno di scuola materna i genitori, così come gli educatori, riportavano problematiche all'interno della relazioni con i pari, questo era dovuto ai comportamentali messi in atto da Marco: non rispettava le regole durante il momento del gioco, era molto iperattivo ed impulsivo, si mostrava nei confronti dei suoi compagni aggressivo, si distraeva facilmente, faceva fatica a rimanere concentrato in un compito assegnatoli; tali aspetti si riversavano all'interno della abilità sociali nella volontà di cambiare continuamente attività ludica svolta, possedeva difficoltà nella gestione delle proprie ed altrui emozioni presentandosi agli occhi degli coetanei come rude ed insensibile.

La diagnosi di ADHD sottotipo prevalentemente combinato è stata effettuata in infanzia presso un centro clinico, attualmente Marco manifesta tale sintomatologia, possiede alti tassi di iperattività-impulsività e disattenzione.

4.2 Prove somministrate

4.2.1 Prove di screening

4.2.1.1 Conners' Parent Rating Scale-Revised: Short Form (CPRS-R:S)

La prova Conners' Parent Rating Scale-Revised: Short Form (CPRS-R:S, Conners, 1997) prevede di verificare la presenza di caratteristiche riconducibili all'ADHD nei partecipanti alla ricerca tramite la somministrazione del questionario nella versione rivolta ai genitori.

Come si poteva ipotizzare, sono state riscontrati punteggi al di sopra del cut off per entrambi i partecipanti con diagnosi clinica di ADHD rispetto ai partecipanti TD. In modo particolare Giulio manifesta un valore estremamente alto all'interno dell'indice ADHD, arrivano al punteggio di 100 punti T per quanto riguarda la disattenzione; d'altro canto, Marco, con diagnosi di ADHD di tipo combinato, mostra valori elevanti in entrambe le scale di disattenzione e iperattività, dimostrando come in tale caso i sintomi siano equi-presenti. Per quanto riguarda Luca e Riccardo, bambini a sviluppo tipico, come riporta la tabella (Tabella 4.1) i valori risultano invece nella media ed inferiori al livello di criticità, situato nel cut-off di 65 punti T.

	Gruppo	Oppositività	Disattenzione	Iperattività	Indice ADHD
Luca	TD	49	41	40	43
Giulio	ADHD	71	100	63	90
Riccardo	TD	49	44	50	40
Marco	ADHD	46	73	80	75

Tabella 4.1 Punteggi ottenuti nelle CPRS-R:S

4.2.1.2 WISC-IV: Disegno con i cubi e Vocabolario

All'interno delle prove di screening vengono usate due prove della WISC-IV (Wechsler, 2012) in modo particolare la prova di Disegno con i cubi e Vocabolario. Con la prova di Disegno con i cubi (DC) si chiede al bambino di duplicare una serie di figure, in formato tridimensionale, proposte all'interno del libro stimoli, con cubetti a 6 facce (2 lati rossi, 2 bianchi e 2 metà rossi e metà bianchi). Di seguito vengono riportati i risultati ottenuti dai partecipanti, tali punteggi sono derivati dalla conversione dei punteggi grezzi, ricavati sulla base della difficoltà dell'item proposto e del tempo impiegato dai bambini per completarlo, in punteggi ponderati (Tabella 4.2). Nel Vocabolario (VC) viene chiesto al bambino di denominare o definire una serie di item proposti dall'esaminatore, anche in questo caso il punteggio grezzo, ottenuto dal bambino sulla base della correttezza di risposta da lui fornita, è convertito in ponderato (Tabella 4.2). Coerentemente con le aspettative non si notano differenze tra i bambini TD e bambini ADHD o tra i profili specifici di ADHD, tutti i risultati rientrano all'interno del range di norma.

	Gruppo	DC	VC
Luca	TD	15	11
Giulio	ADHD	10	9
Riccardo	TD	11	10
Marco	ADHD	14	14

Tabella 4.2 Punteggi ottenuti nelle prove di Disegno con i cubi e Vocabolario (WISC IV, Wechsler, 2012)

4.2.2 Prove sperimentali

Di seguito vengono riportati i risultati ottenuti dai bambini nelle prove sperimentali, nello specifico i punteggi ottenuti all'interno della prova SIP (Van Rest et al., 2019) e nel questionario SISS (Gresham & Elliott, 2008).

4.2.2.1 SIP

Attraverso la prova SIP (adattata da Van Rest et al., 2019) sono stati approfonditi i diversi step del SIP model, specificatamente le abilità del bambino di: comprensione della situazione e identificazione del problema sociale presentato, interpretazione ostile del comportamento del protagonista, scelta di un obiettivo, capacità di fornire una risposta spontanea (categorizzata come aggressiva, assertiva o passiva) e valutazione dell'efficacia percepita di tale risposta.

Gruppo		Riconoscimento problema	Interpretazione ostile	Obiettivi negativi	Autoefficacia			Generazione risposta		
					Risposte Aggressive	Risposte Assertive	Risposte Passive	AGG	ASS	PASS
Luca	TD	1.67	4.67	0	1	4.66	2.33	0	2	1
Giulio	ADHD	1.33	5	4	1.33	1.33	2.16	0	1	2
Riccardo	TD	1.67	5	0	0	3.16	3	0	1	2
Marco	ADHD	1.67	4.83	3.5	2.16	4.5	2.66	3	0	0

Tabella 4.3 Punteggi ottenuti dai partecipanti nella prova SIP

A livello generale si può notare (Tabella 4.3) come non vi siano differenze nel riconoscimento del problema e nell'interpretazione del comportamento del protagonista tra le due coppie; al contrario, i bambini a sviluppo tipico mostrano totale assenza, di scelta di obiettivi negativi rispetto al gruppo

clinico (ADHD); entrambi i bambini con ADHD dimostrano una maggiore percezione di autoefficacia nel mettere in atto condotte aggressive rispetto al gruppo a sviluppo tipico che, dal canto suo, mostra punteggi più elevati nell'autoefficacia di comportamenti assertivi. Infine, per quanto riguarda la generazione di risposte spontanee, si nota una maggiore predisposizione, nei soggetti a sviluppo tipico (TD), nel mettere in atto risposte assertive o passive, rispetto al gruppo clinico; si osserva, inoltre, una totale assenza di scelte aggressive.

Come si può notare dal Grafico sottostante (Grafico 4.1), vi sono poi alcune differenze in merito ai profili specifici di ADHD tra Marco con ADHD di tipo combinato e Giulio con ADHD sottotipo prevalentemente disattento. Marco si sente maggiormente efficace nel mettere in atto condotte aggressive, tale aspetto si nota con evidenza anche nell'indice di generazione delle risposte, esclusivamente aggressive; al contrario Giulio genera prevalentemente risposte passive rispetto a Marco. Nonostante la maggior scelta di risposta passive da parte di Giulio (ADHD di tipo disattento) risulta essere Marco (ADHD di tipo combinato) colui che si sente maggiormente efficace in tali comportamenti, si nota quindi come Marco, rispetto a Giulio, si senta adeguato nel mettere in atto qualsiasi tipo di condotta.

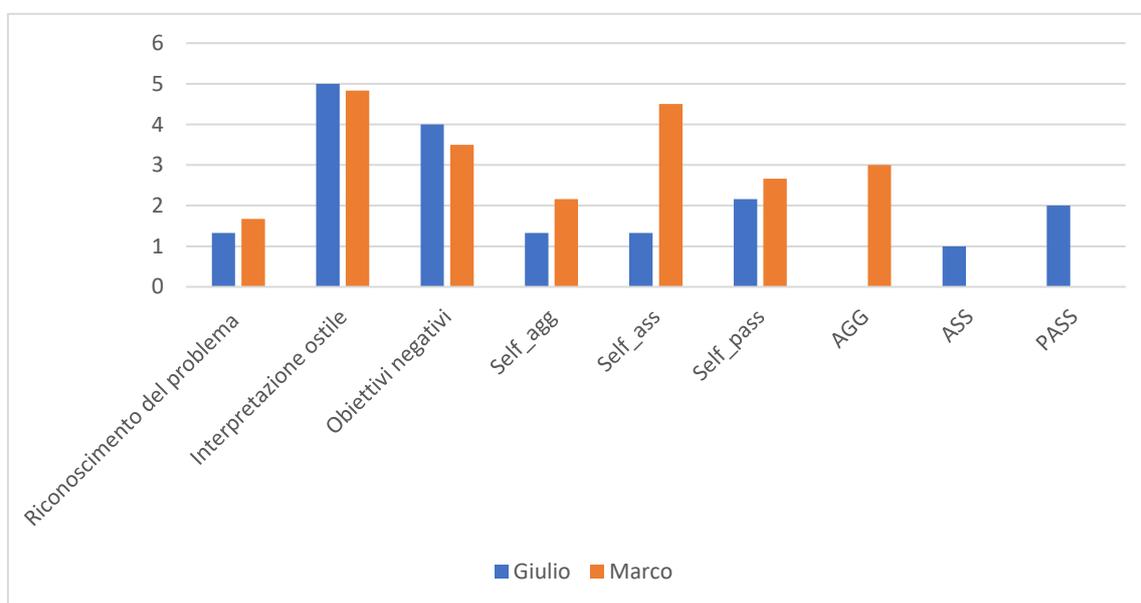


Grafico 4.1 Confronto tra Profilo Combinato (Marco) e Profilo Disattento (Giulio) all'interno della prova SIP

4.2.2.2 SISS

Il questionario sperimentale SISS (Gresham & Elliott, 2008) è utile per indagare i comportamenti prosociali e relazionali del bambino, inoltre permette di approfondire i problemi comportamentali e quanto questi siano pervasivi all'interno della sua vita quotidiana, in particolare nell'ostacolare le

abilità sociali. Come ipotizzato i bambini con ADHD riscontrano difficoltà nelle Abilità sociali rispetto allo sviluppo tipico; in particolare vengono evidenziati punteggi inferiori nelle scale di comunicazione, assertività, empatia e self-control. Non emergono altre discrepanze (Tabella 4.4).

	Gruppo	Comunicazione	Cooperazione	Assertività	Responsabilità	Empatia	Coinvolgimento	Autocontrollo	Abilità Sociali
Luca	TD	15	18	16	15	17	17	13	111
Giulio	ADHD	12	21	13	15	15	17	8	101
Riccardo	TD	16	20	21	20	18	19	18	132
Marco	ADHD	11	11	12	11	16	21	9	91

Tabella 4.4 Risultati ottenuti alla prova SISS (Capacità Sociali)

All'interno dei profili ADHD (Grafico 4.2), al contrario, si possono notare ulteriori differenze: Giulio (con ADHD tipo disattento) presenta valori più elevati in Cooperazione e Responsabilità, rispetto a Marco con ADHD di tipo combinato; al contrario, per quanto riguarda il Coinvolgimento, Marco presenta punteggi maggiori a confronto con Giulio. All'interno delle abilità sociali si riscontrano punteggi più elevati in Giulio a confronto con il tipo combinato (Tabella 4.4).

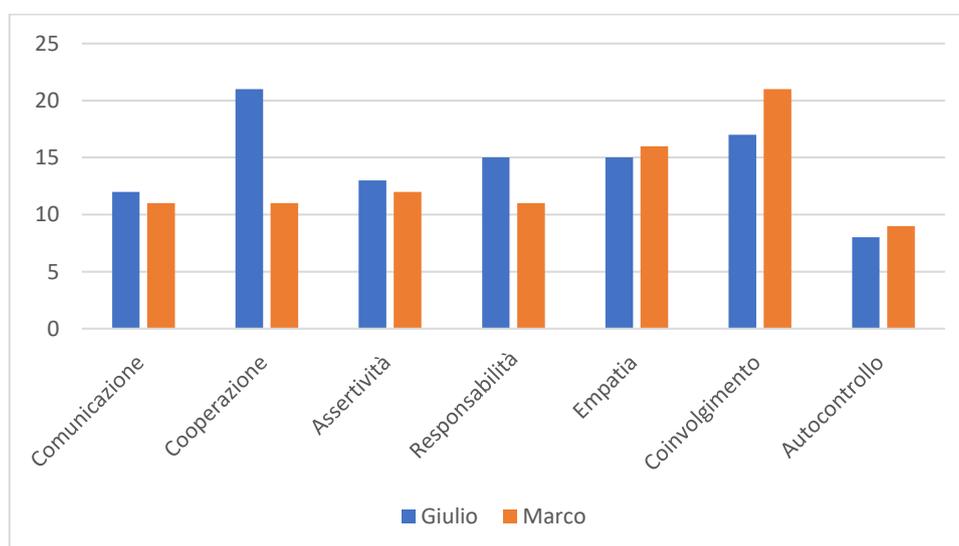


Grafico 4.2 Confronto tra Profilo Combinato (Marco) e Profilo Disattento (Giulio) in merito alle Capacità Sociali (SISS)

Infine, per quanto riguarda i problemi comportamentali (Tabella 4.5) messi in atto dai partecipanti in ambito sociale, si può notare variabilità tra partecipanti ADHD e sviluppo tipico; i bambini ADHD in generale non riportano più difficoltà nei problemi comportamentali.

	Gruppo	Problemi Esternalizzanti	“Bullismo”	Iperattività/Disattenzione	Problemi internalizzanti	Problemi comportamentali
Luca	TD	11	5	8	10	28
Giulio	ADHD	6	1	8	10	20
Riccardo	TD	5	3	2	11	16
Marco	ADHD	15	6	18	11	40

Tabella 4.5 Risultati ottenuti nella prova SISS (Comportamento)

Approfondendo però i profili dei due partecipanti con ADHD, si può notare una principale differenza: Marco riporta difficoltà comportamentali significativamente maggiori rispetto non solo allo sviluppo tipico ma anche a Giulio. Nello specifico, nei comportamenti esternalizzanti Marco (ADHD tipo combinato) ottiene un valore di 15, al contrario Giulio (ADHD tipo disattento) riporta un valore di 6; questo aspetto è in linea sia con il valore di “bullismo” (punteggi 1 per Giulio mentre 6 per Marco) sia con l’indice d’iperattività e disattenzione (Grafico 4.3).

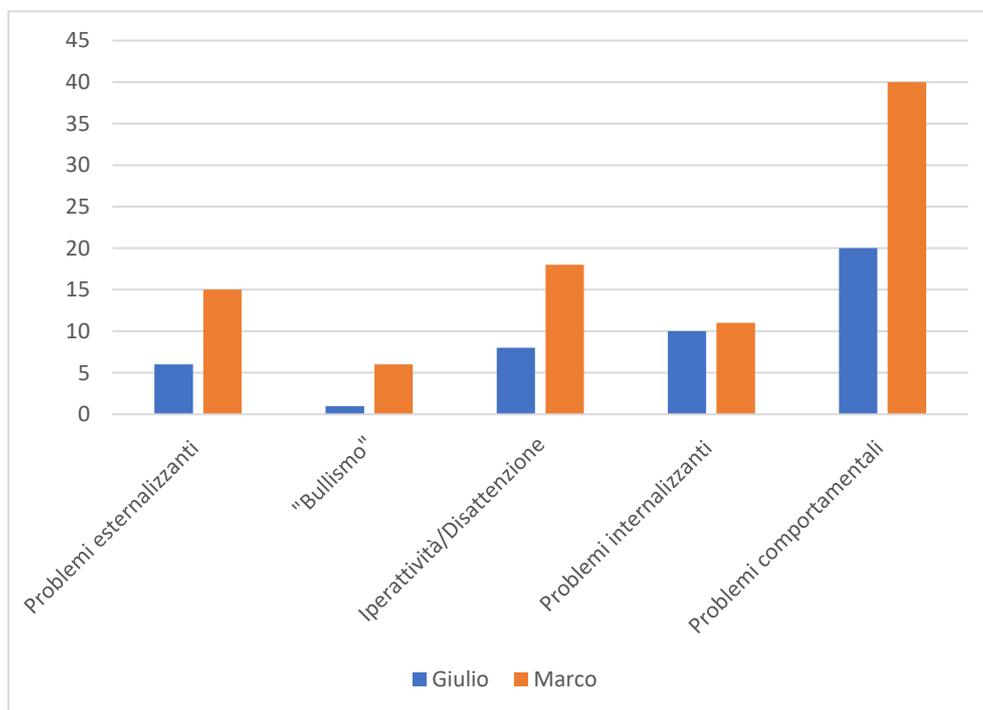


Grafico 4.3 Confronto tra Profilo Combinato (Marco) e Profilo Disattento (Giulio) in merito al Comportamento (SISS)

4.2 Discussione dei risultati

In questo paragrafo verranno discussi i risultati emersi dai questionari e test sopra riportati sulla base di quanto presente in letteratura; in modo particolare i punteggi ottenuti alle prove di screening (CPRS-R:S, Conners, 1997; Disegno con i Cubi e Vocabolario, WISC-IV, Wechsler, 2012) e nelle prove sperimentali (SIP, Van Rest et al., 2019; SISS, Gresham & Elliott, 2008).

Come precedentemente detto, i partecipanti coinvolti nella ricerca sono stati scelti sulla base di un'attenta campionatura: sono quattro bambini tutti di 9 anni e genere maschile, due a sviluppo tipico (TD) e due bambini con diagnosi di Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività (ADHD), possiedono QI nella norma, stimato grazie alle prove di screening di Disegno con Cubi e Vocabolario (WISC-IV, Wechsler, 2012). Attraverso la CPRS-R:S (Conners, 1997), somministrata ai genitori, è stata valutata e confermata la presenza di tratti ADHD nei bambini con diagnosi pregressa ed è stata esclusa l'eventuale possibilità che bambini facenti parte del gruppo TD potessero presentare sintomi del disturbo. Dai risultati si può notare come i bambini, precedentemente diagnosticati ADHD, abbiano ottenuto punteggi superiori al cut-off di 65 punti T in ogni scala: Oppositività, Disattenzione, Iperattività, Indice ADHD; d'altro canto, i partecipanti a sviluppo tipico, facenti parte del gruppo di controllo, mostrano punteggi in norma. Si può quindi affermare che le differenze riscontrate nei test di abilità sociali siano da imputare alle reali caratteristiche in tale ambito.

Per la valutazione del costrutto preso in esame, ovvero le Abilità Sociali, sono stati somministrati ai bambini il test SIP (Van Rest et al., 2019) e il questionario SISS (Gresham & Elliott, 2008).

Il test SIP valuta, attraverso la visione di tre brevi filmati, diversi step del SIP model (Crick & Dodge, 1994): comprensione della situazione e identificazione del problema, interpretazione e scelta di un obiettivo, capacità di fornire una risposta spontanea, valutata come aggressiva, assertiva o passiva e valutazione dell'efficacia percepita di tale risposta.

Il questionario SISS prevede la risposta da parte del bambino a 75 item: 46 affermazioni in merito alle capacità sociali e 29 riferite al comportamento, al fine di valutare la percezione del bambino di mettere in atto azioni pro-sociali all'interno della sua vita quotidiana.

Prendendo in considerazione le tabelle ed i grafici precedentemente riportati si può notare come emergano differenze non solo in merito alla diagnosi o meno del disturbo, ma anche sulla base del tipo di ADHD, combinato o disattento.

In modo particolare attraverso il test SIP si può notare come, a carattere generale, la differenza rilevante tra il gruppo clinico (ADHD) ed il gruppo di controllo (TD) sia la scelta da parte dei partecipanti ADHD, nel mettere in atto maggiori comportamenti aggressivi ed obiettivi negativi, (quali vendicarsi o mostrare chi è il capo). Tali aspetti, oltre a riflettersi all'interno del contesto sociale, sono in linea con quanto presente in letteratura, secondo cui soggetti ADHD possiedono

maggiori difficoltà ad interagire in modo attivamente positivo e cooperativo con i pari (Mrug *at al.*, 2007); in particolare tratti di iperattività-impulsività, rispetto alla disattenzione, si riflettono maggiormente nelle relazioni con i coetanei, laddove da questi ultimi vengono considerati come rudi ed insensibili, portando a maggiori problematiche nell'adattamento sociale (Fedeli & Vio, 2016). In linea con tale letteratura, all'interno dei profili ADHD, si può osservare come il tipo combinato si senta maggiormente efficace nel mettere in atto e generare risposte aggressive rispetto al tipo disattento che, dal canto suo, è più propenso alla scelta di risposte passive; caratterizzando il loro stile interpersonale con comportamenti aggressivi e prepotenti, i bambini con diagnosi di ADHD di tipo combinato, vengono considerati, secondo quanto presente in letteratura, antipatici e fastidiosi (Pelham & Bender, APA, 1982).

Nell'osservare i risultati del questionario SISS, si conferma come i bambini con ADHD abbiano maggiori difficoltà in ambito sociale (Mrug *at al.*, 2007); a confronto con il gruppo a sviluppo tipico le differenze più rilevanti si osservano nell'auto-controllo, nei tratti di disattenzione/iperattività e all'interno dei punteggi totali rivolti alle abilità sociali. Nello specifico dei due diversi profili, il bambino con sottotipo prevalentemente disattento mostra punteggi più elevati in cooperazione e responsabilità, leggermente in assertività e comunicazione; d'altro canto, il sottotipo combinato manifesta punteggi più rilevanti nel coinvolgimento nelle relazioni, e nei problemi comportamentali quali: bullismo, aspetti esternalizzanti, e nella scala di disattenzione ed iperattività. Per quanto riguarda empatia, auto-controllo e aspetti internalizzanti si nota una leggera prevalenza nei partecipanti di tipo combinato rispetto al disattento. Tali risultati non solo confermano la letteratura (Satterfield et al., 1997), ma sono in linea con la sintomatologia espressa: tratti di impulsività ed iperattività sono più evidenti rispetto alla disattenzione e quindi maggiormente notati e valutati negativamente, provocando difficoltà più rilevanti all'interno delle relazioni con i coetanei a discapito delle abilità e capacità sociali.

Concludendo, tali risultati confermano l'ipotesi che bambini a sviluppo tipico (TD) possiedono un maggiore capacità di autoregolazione in relazione alle proprie ed altrui emozioni rispetto ai bambini con ADHD (Moffitt et al., 2001). Inoltre, le difficoltà nel self-control, riportate dai bambini con ADHD, potrebbero essere in linea con la maggior scelta di mettere in atto azioni e comportamenti maggiormente negativi (Pelham & Bender, APA, 1982). Infine, i risultati evidenziano come i bambini con ADHD di sottotipo combinato siano maggiormente compromessi nelle relazioni sociali, come emerge in letteratura (Fedeli & Vio, 2016).

4.3 Limiti della ricerca

La ricerca presentata si è posta l'obiettivo di indagare le differenze presenti, nell'ambito delle Abilità Sociali, tra bambini con diagnosi di ADHD e partecipanti a sviluppo tipico, in modo particolare riscontrando le differenze tra ADHD di tipo combinato e ADHD di sottotipo prevalentemente disattento; tale proposta è sicuramente fonte di spunto per eventuali ricerche future ma presenta alcuni limiti.

Nonostante siano emersi risultati interessanti, vista la ridotta disponibilità del campione preso in esame, tali considerazioni non possono essere generalizzate; è necessario, nel tentativo di confermare i medesimi risultati, indagare il costrutto e la valutazione delle Abilità Sociali all'interno di un campione più ampio, in quanto il presente non risulta rappresentativo della popolazione.

Oltre al limite sopra descritto, nella ricerca in esame sono state somministrate solo alcune prove sperimentali per la valutazione delle abilità sociali, per questo motivo uno studio più approfondito avrebbe bisogno di considerare anche altri strumenti al fine di vedere le differenti sfaccettature del costrutto e delle capacità sociali che i partecipanti possiedono.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd ed.).
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.).
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev.).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).
- Adolphs (2003). Cognitive neuroscience of human social behavior. *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 165-178.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, 2^o ed., New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997a). *ADHD and the nature of self-control*, New York: 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., Du Paul G.J. & McMurray M.B. (1990). “Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 775-789.
- Beauchamp, M.H. & Anderson, V. (2010). SOCIAL: An Integrative Framework for the Development of Social Skills. *Psychological bulleting*, 136(1), 39.
- Biederman, J., Monuteaux, M.C., Doyle, A.E., Seidman, L.J., Wilens, T.E., Ferrero, F. et al. (2004). Impact of Executive Function Deficits and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on Accademic Outcomes in Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (5), 757-766.
- Biederman T., Faraone S.V., Keenan K., Knee D. et al (1990), “Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder”, *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 29, 526-533.

- Campbell S.B. (1994), “Hard-to-Manage Preschool Boys: Externalizing Behavior, social Competence, and Family Context at Two-Year Follow-up”, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 147-166.
- Capodieci, A., Rivetti, T. & Cornoldi, C. (2019). A Cooperative Learning Classroom.Intervention for Increasing Peer’s Acceptance of Children With ADHD. *Journal of Attention Disorder*, 23, 282- 292.
- Castellanos, F.X., Giedd, J.N., Eckburg, P., Marsh, W.L., Vaituzis, A.C., Kaysen, D., et al. (1994) Quantitative Morphology of the Caudate Nucleus in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 151,1791-1796.
- Crichton, A. (1798). *An inquiry into the nature and origin of mental derangement:comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects.*
- Cadell T Jr, Davies W, London [Reprint: Crichton, A. (2008). *An inquiry into the nature and origin of mental derangement. On attention and its diseases.* J Atten Disord, 12,200-204].
- Conners, C. K. (1997). *Conners’ Rating Scale-Revised Technical Mabyak.* Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- Cook E.H., Stein M.A., Krasowsky M.D., Cox N.J., Olkon D.M., Kieffer J.E. at al. (1995), “Association of attention deficit disorder and the dopamine transporters gene”, *American Journal of Human Genetic*, 56, 993-998.
- Cooke, T. (2017). Social Information Processing:A Useful Framework for Educational Psychology. *Educational Psychology Research and Practice*,3, 50-69.
- Cornoldi C., De Meo T., Offredi F., Vio C. (2001). *Iperattività e autoregolazione cognitiva*, Trento: Erikson
- Cornoldi C. (2019). *I disturbi dell’apprendimento.* Bologna: Il Mulino.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children’s social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115(1), 74–101.
- De Zwaan, M., Graap, H., Martin, A., Glaesmer, H., et al. (2012). The estimated prevalence and correlates of adult ADHD in a German community sample. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 262(1), 79-86.
- Douglas V. I. (1983), “Attention and cognitive problems”, in M. Rutter (a cura di), *Developmental Neuropsychiatry*, New York: Guilford Press, pp. 280-329.
- Douglas V.I. & Peter K.J. (1979), “Toward a clearer definition of the attentional deficit of hyperactive children”, in G.A. Hale & M. Lewis (Eds.), *Attention and the development of cognitive skills*, New York: Plenum Press, pp. 173-248.

- Faraone S.V., Biederman J., Monuteaux M.C. Doyle A.E. & Seidmna L. J. (2001), “A psychometric measure of learning disability predicts educational failure four years later in boys with attention deficit hyperactivity disorder”, *Journal of Attention Disorders*, 4, 220-230.
- Faraone, S.V., & Khan, S. A. (2006). Candidate gene studies of attention-deficit/hyperactivity Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 13-20.
- Farroni. T., Csibra, G., Simion, F. & Johnson, M.H. (2002). Eye contact detection in humans from birth. *Psychological and cognitive sciences*, 99(14), 9602-9605.
- Fischer, M., Barkley, R. Fletcher, K. & Smallish, L. (1993). The stability of dimensions of behavior in Adhd and normal children over an 8-years follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, pp. 351-337.
- Fiske, S.T. & Taylor, S.E. (1991). *Social Cognition*. Mcgraw-Hill Book Company, (2end ed.)
- Fedeli, D. & Vio, C. (2016). *ADHD Iperattività e Disattenzione a scuola*. Firenze: Giunti EDU
- Giedd J.N., Castellanos F.X., Casey B.J., Kozuch P., King A.C., Hamburger S.D. et al. (1994), “Quantitative morphology of the corpus callosum in attention deficit hyperactivity disorder”, *American Journal of Psychiatry*, 151, 665-669.
- Gillis, J.J., Gilger, J.W., Pennington, B.F., & DeFries, J.C. (1992). Attention deficit Disorder in reading-disabled twins: Evidence for a genetic etiology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(3), 303-315.
- Guidetti, V. & Galli, F. (2006). *Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza*. Bologna: Il Mulino
- Happé, F., & Frith, U. (2014). Annual research review: towards a developmental neuroscience of atypical social cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 553-577.
- Hoffmann, H. (1845). *Der Struwwelpeter. Lustige Geschichten und drollige Bilder mit 15 schön kolorierten Tafeln für Kinder von 3-6 Jahren*. Frankfurter Originalausgabe, Loewes, Stuttgart.
- Hooley J.M. & Butcher, J.N. (2017). *Psicopatologia e psicologia clinica*. London, UK: Pearson
- Kirby, E. & Grimley, L. (1986). *Understanding and Treating Attention Deficit Disorder*. New York-Oxford, Pergamon; trad. It. *Disturbi dell’attenzione e iperattività*. Trento: Erickson, 1989.
- Klein, R.G. & Mannuzza, S. (1991). Long-term outcome of hyperactivity children: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 3, pp. 385-387.
- Lemerise, E. A., & Arsenio, W. F. (2000). An integrated model of emotion processes and cognition in social information processing. *Child Development*, 71(1), 107-118.
- Larson, K., Russ, S.A., Kahn, R.S. & Halfon, N. (2011). Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD. *Pediatrics*, 127, 462-470.
- Lucangeli, D., Maria Re, A. & Pedron, M. (2010). *ADHD e Learning Disabilities*. Milano: FrancoAngeli

- Gresham M., & Elliott N., (2008). *Social Skills Improvement System*. London, UK: Pearson
- Mayes S.D., Calhoun S.L. & Crowell E.W. (2000), *Learning disabilities and ADHD: Overlapping spectrum disorder*, vol. 33, n. 5, 417-424.
- Marzocchi G.M., Oosterlaan J., Zuddas A., Cavolina P., Geurts H., Redigolo D., et al. (2008). “Contrasting deficits on Executive Functions between ADHD and Reading Disabled children”. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 543-552.
- Masi, G., Millepiedi, S., Pezzica, S., Bettini, S. & Berloffia, S. (2005). Comorbilità e diagnosi differenziale del Disturbo da Deficit dell’Attenzione e Iperattività: Implicazioni cliniche e terapeutiche. *Disturbi di Attenzione e Iperattività*, 1(1), 89-106
- Mannuzza, S. & Klein, R.G. (2000). Long-term prognosis of attention- deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescence Psychiatric Clinics of North America*, 9, 3 pp. 711-726.
- Meichenbaum D. (1997). *Cognitive-behavior modification: an integrative approach*, New York: Plenum
- Meichenbaum D. (1990). *Al termine dello stress*, Trento: Erikson
- Molina, BS., Hinshaw, SP., Swanson, JM., Arnold,L.E., et al.. (2009). The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48,484-500.
- Moffitt, T.E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. L., Harrington, H., Houts, R., et al. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceeding of National Academy of Sciences*, 108 (7), 2693-2698.
- Owens E.B., Hinshaw S.P., Arnold L.E., Cantwell D.P., Elliot G., Hechtman L. et al. (2003), “Witch treatment and for whom for ADHD? Moderators of treatment response in the MTA”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 3, 540-552.
- Pelham, W.E. & Bender, M. E. (1982). Peer relationship in hyperactive children: Description and treatment. *Advances in Learning & Behavioral Disabilities*, 1, 365-436.
- Re A.M., De Francis V., Cornoldi C. (2010). “A Working memory control deficit in kindergarten ADHD children”, *Child Neuropsychology*, 16, 134-144.
- Rizzolatti, G., Fogassi, L. & Gallese, V. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nature Reviews Neuroscience*, 2, 661-670.
- Sattler, J. M. (1988). *Assessment of Children* (Third ed.). San Diego (CA): Jerome M. Sattler, Publisher.
- Mundy, P., & Sigman, M. (2006). Joint attention, social competence, and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Theory and method* (pp. 293–332).

- Sonuga-Barke, E. J. (2003). The dual pathway model of AD/HD: an elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(7), 593–604.
- Still, G. F. (1902). The Goulstonian Lectures on some abnormal psychical conditions in children. *The Lancet*, 159(4104), 1163–1168.
- Steer Joanne & Horstmann Kate (2012). *Aiutare gli alunni con ADHD a scuola: strategie per promuovere l'autoregolazione e il benessere in classe*. Trento: Erikson
- Stevenson J. (1994), Genetics of ADHD, relazione presentata al meeting del Professional Group for ADD and Related Disorders, London, in Vio C., Marzocchi G.M. e Offredi F. (1999), *Il bambino con deficit di attenzione/ipertattività: Diagnosi psicologica e formazione dei genitori*, Trento: Erickson, p.20.
- Son, Y.D., Han, D.H., Kim, S.M., Min, K.J. & Renshaw, P.F. (2017). A functional connectivity comparison between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder in medication-naïve adolescents with mood fluctuation and attention problems. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 263, pp.1-7.
- Taylor E., Chadwick O., Heptinstall E., & Danckaerts M. (1996). “Hyperactivity and conduct problems as risk for adolescent development”, *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 35, 1213-1226.
- Tredgold, A. (1908). *Mental deficiency (amentia)*. 1st edn. Wood, New York.
- Van Rest, M. M., Matthys, W., Van Nieuwenhuijzen, M., De Moor, M. H., Vriens, A., & Schuengel, C. (2019). Social information processing skills link executive functions to aggression in adolescents with mild to borderline intellectual disability. *Child neuropsychology*, 25(5), 573-598.
- Vianello, R., & Mammarella, I. C., (2015). *Psicologia delle disabilità, Una prospettiva Life Span*. Parma, Italia: Edizioni Junior Gruppo Spaggiari.
- Wechsler, D. (2004). *The Wechsler Intelligence Scale for children (4th ed.)*. London, UK: Pearson Assessment (ed. it.: a cura di Orsini, A., Pezzuti L., & Picone, L. 2012).

ALTRE FONTI

Associazione Italiana per i Disturbi di Attenzione e Iperattività (n.d.).

www.aidaiassociazione.com

Chieragato & Rocci. Corso online 2016. *Sviluppare Abilità Sociali*

Giunti Psychometrics, formazione online 2020. *ADHD: diagnosi e disturbi in comorbilità*

Igea, Corsi di formazione. *ADHD e comorbilità con altri disturbi*

- Mammarella, I.C., Crisci, G., Capodieci A. (2018). Le abilità di relazione sociale in bambini con Disturbo di Attenzione e Iperattività. Convegno Internazionale, *ADHD e Disturbi Dirompenti del Comportamento: traiettorie evolutive e nuove prospettive d'intervento*.
- Moll, H., and Kadipasaoglu, D. (2013). The primacy of social over visual perspective-taking. *Front. Hum. Neurosci.* 7:558. doi: 10.3389/fnhum.2013.00558
- Soto-Icaza P, Aboitiz F & Billeke P (2015) Development of social skills in children: neural and behavioral evidence for the elaboration of cognitive models. *Front. Neurosci.* 9:333. doi: 10.3389/fnins.2015.00333
- World Health Organization. (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>