



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI PADOVA**

**DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO E
DELLA SOCIALIZZAZIONE**

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

Elaborato Finale

**Abilità prosociali e aggressività in bambini con ADHD:
confronto tra profili specifici**

**Prosociality and aggressiveness in children with ADHD: comparisons
between specific profiles**

Relatore

Prof. Irene Mammarella

Correlatore

Dott./Prof. Giulia Crisci

***Laureando/a: Aferdita Ramadan
Matricola: 1236816***

Anno Accademico 2021/2022

Indice	
Introduzione	3
Capitolo 1:	5
Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività	5
1.1 Definizioni e caratteristiche	5
1.2 Il decorso del disturbo	6
1.3 Criteri diagnostici	8
1.4 Epidemiologia.....	11
1.5 Comorbilità	12
1.6 Eziologia	13
1.7 Interventi per il trattamento dell'ADHD.....	15
Capitolo 2:	19
Abilità prosociali e aggressività	19
2.1 Le abilità sociali.....	19
2.2 L'aggressività.....	20
2.3 Le abilità prosociali.....	24
2.4 Abilità prosociali e aggressività nell'ADHD.....	26
Capitolo 3:	30
La ricerca	30
3.1 Partecipanti:.....	30
3.2 Metodo.....	30
3.3 Strumenti.....	31
3.3.1 Strumenti di screening.....	31
3.3.2 Strumenti sperimentali	35
Capitolo 4:	38
Discussione dei risultati	38
4.1 Analisi dei dati relativi al campione	39
4.1.1 Le analisi dei dati	39
4.1.2 Test di screening	39
4.1.3 Test sperimentali	41
4.2 Discussione dei risultati.....	43
4.3 Limiti della ricerca.....	46
Bibliografia	48

Introduzione

Il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività (ADHD, acronimo inglese) è un disturbo del neurosviluppo, caratterizzato da un pattern pervasivo di disattenzione e/o iperattività-impulsività che interferisce con il funzionamento o lo sviluppo dell'individuo (DSM-5, APA, 2013). I sintomi, secondo il medesimo manuale diagnostico, insorgono prima dei 12 anni di età, devono perdurare per almeno sei mesi e costituire un disagio per l'individuo e il suo adattamento all'ambiente, inoltre tale disturbo pur insorgendo in età evolutiva, può essere diagnosticato anche in età adulta, infatti ha una prevalenza elevata sia nella popolazione infantile (7%), sia nella popolazione adulta (4%), (Faraone et al., 2006). Il rapporto tra maschi e femmine secondo il DSM 5 è approssimativamente pari a 2:1 nei bambini e 1,6:1 negli adulti.

Spesso chi è affetto da ADHD presenta anche un deficit nelle relazioni sociali, poiché i sintomi influenzano le modalità con cui queste persone entrano in relazione con l'ambiente circostante. I sintomi di disattenzione, ed impulsività si riversano, infatti, nella quotidianità di bambini e ragazzi come, ad esempio, nell'incapacità di rispettare le regole di un gioco, prestare attenzione alle regole sociali implicite delle relazioni, difficoltà di autocontrollo dei propri comportamenti e delle proprie emozioni. L'esito di queste manifestazioni risulta essere l'emarginazione sociale e fallimenti nelle relazioni sociali, sia con i pari che con gli adulti. Inoltre, diversi studi hanno rilevato come i bambini con ADHD mettano in atto maggiori comportamenti aggressivi e minori comportamenti prosociali. L'aggressività può essere definita in modo generico come "un'azione volta ad infliggere in maniera intenzionale qualche tipo di danno agli altri"; include sia forme reattive che proattive, la prima emerge come conseguenza ad una minaccia percepita, anche erroneamente, ad esempio il risultato di una provocazione (Dodge et al., 2006), mentre la seconda è l'esito di una pianificazione per raggiungere un obiettivo o un vantaggio personale (Dodge, 1990). Le abilità prosociali al contrario si costituiscono di un insieme di azioni sociali positive volte al benessere fisico e psicologico altrui (Wispe, 1972).

Nello specifico, la presente ricerca si pone l'obiettivo di indagare nel dettaglio le manifestazioni di comportamenti aggressivi e prosociali nei bambini e ragazzi con ADHD rispetto ai loro coetanei a sviluppo tipico, ponendo particolare attenzione alle differenze presenti per età.

Per realizzare questo intento i partecipanti della ricerca sono stati reclutati in due gruppi, uno sperimentale che include due bambini con diagnosi di ADHD (gruppo ADHD), ed uno di controllo a cui appartengono due partecipanti a sviluppo tipico (gruppo TD).

Sono stati impiegati diversi strumenti di valutazione nelle diverse fasi della ricerca, descritti nel dettaglio nel capitolo terzo, sia per indagare il funzionamento intellettuale e confermare la diagnosi clinica nella prima fase di screening, che nella seconda fase per approfondire i comportamenti aggressivi e prosociali mediante il Reactive Proactive Questionnaire (RPQ) (Raine et al., 2006) e la Prosociality Scale (Caprara et al., 2005).

Nel quarto ed ultimo capitolo sono stati descritti i risultati della ricerca, i suoi limiti e suoi futuri possibili sviluppi.

Capitolo 1:

Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività

1.1 Definizioni e caratteristiche

Il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività, meglio conosciuto come DDAI (acronimo italiano) o ADHD (acronimo inglese per attention-deficit/hyperactivity disorder), è un disturbo neurobiologico ad esordio infantile caratterizzato da marcati, persistenti e disadattivi pattern di disattenzione, iperattività ed impulsività che risultano inadeguati rispetto all'età cronologica del bambino/ragazzo (APA, DSM 5, 2013).

Le principali caratteristiche sintomatologiche dei bambini e ragazzi con ADHD relative alla disattenzione sono legate alla facile distraibilità. Tendono a focalizzare l'attenzione su aspetti fuorvianti del compito loro assegnato e alle difficoltà di attenzione sostenuta, infatti non solo in compiti ripetitivi, ma anche nelle attività ludiche tendono ad effettuare passaggi continui e repentini da un gioco all'altro risultando distraibili anche da stimoli apparentemente banali.

Seconda caratteristica centrale risulta essere l'iperattività, ovvero un eccessivo livello di attività motoria e/o vocale. I ragazzi e bambini con ADHD spesso si sentono a disagio nel rimanere fermi, eseguono ad esempio attività motoria afinalistica in situazioni non appropriate, come lanciare oggetti all'interno di una stanza.

Infine l'impulsività, definita da Barkley come l'incapacità nel controllo comportamentale e nel dilazionare la gratificazione. Emerge conseguentemente una difficoltà ad inibire risposte automatiche, anche nelle interazioni sociali, ad esempio faticano ad attendere il proprio turno durante le conversazioni rischiando di risultare invadenti. L'impulsività è una caratteristica piuttosto stabile negli individui con ADHD anche in età adulta, ma può apparire in forme diverse a seconda dell'età, ad esempio gli adolescenti con ADHD risultano essere maggiormente esposti ad incidenti automobilistici rispetto ai coetanei, circa due volte tanto (Barkley, 1995).

Tali caratteristiche possono manifestarsi in concomitanza l'una all'altra, ma vi sono dei fattori che possono moderarli o accentuarli a seconda della loro presenza o assenza (Barkley, 1997); quali il livello di stanchezza, l'incremento della complessità del compito, l'aumento dei limiti e dei vincoli, il livello di stimolazione dell'ambiente, le conseguenze immediate associate al compito o la presenza di un supervisore adulto durante l'esecuzione del compito.

Associati ai sintomi nucleari vi è una costellazione di sintomi secondari che inficiano il benessere e l'adattamento dei bambini e ragazzi affetti da questo disturbo e possono essere una conseguenza dei sintomi principali. Sono associati ad esempio difficoltà scolastiche, spesso dovute alle manifestazioni comportamentali quali le dimenticanze del materiale, la difficoltà a seguire le lezioni e la difficoltà degli insegnanti nel gestire i ragazzi con queste problematiche che rendono complessa la loro carriera scolastica. L'impulsività rende maggiormente difficili le relazioni sociali con i coetanei a causa della tendenza a voler sempre intervenire, cercare di dettare le regole e di non riuscire a rispettare le regole dei giochi, rischiando così di non riuscire ad integrarsi nel gruppo né all'interno dell'ambiente scolastico né nelle attività sportive, specialmente di squadra.

Una conseguenza diretta può essere, infine, un abbassamento generale dell'autostima dovuta alle molteplici esperienze di fallimento provate e ai rimproveri continui che non rispecchiano l'impegno dei ragazzi stessi.

1.2 Il decorso del disturbo

Nel corso dello sviluppo i sintomi tendono a manifestarsi in maniera differente: l'iperattività e l'impulsività si attenuano con il tempo, al contrario la disattenzione rimane stabile, inoltre emergono ulteriori sintomi come ansia e tono dell'umore basso (Manuzza et al., 1993).

Lo sviluppo dell'ADHD si può suddividere in 5 fasi:

- prima della nascita, in cui si valutano i fattori di rischio,
- primi tre anni di vita,
- età della scuola dell'infanzia,
- età della scuola primaria,
- età della pre-adolescenza e dell'adolescenza

I bambini con ADHD vengono descritti come soggetti difficili sin dalla nascita, di temperamento irritabile, tendenti ad un pianto inconsolabile e con difficoltà nell'addormentamento, di alimentazione e con bassa tolleranza alla frustrazione. Tali caratteristiche rendono le tecniche educative tradizionali poco efficaci e il rapporto con i genitori rischia di divenire conflittuale innescando un circolo vizioso che porta ad un'accentuazione dei sintomi.

Negli anni della prima infanzia prevalgono i sintomi di iperattività ed impulsività, che fanno apparire i bambini più immaturi rispetto all'età cronologica.

La loro gestione risulta maggiormente problematica nelle situazioni più strutturate, in cui è richiesto il rispetto di particolari schemi, rispetto al gioco libero, ma anche in questo caso si osserva una facile affaticabilità e la ricerca continua di nuovi stimoli. In generale si apprezza una difficoltà a portare a termine un'attività anche se si tratta di un gioco.

Con l'ingresso nella scuola primaria le problematiche aumentano a causa dell'incremento delle richieste da parte dell'ambiente, come compiti da eseguire e regole da rispettare. Gli insegnanti descrivono questi alunni come immaturi dal punto di vista comportamentale rispetto ai coetanei, sin dal primo anno della scuola primaria faticano ad accettare anche le regole più basilari.

Le difficoltà scolastiche invece emergono con il passaggio ai livelli di scolarizzazione superiori, in cui sia il carico di lavoro che la richiesta di autonomia possono diventare un problema per il ragazzo con ADHD. Le difficoltà consistono nel trovare una motivazione intrinseca ed a lungo termine nell'organizzare lo studio mantenendo sotto controllo diverse attività.

Vengono esacerbati poi i problemi interpersonali presenti già nell'infanzia, questo perché le interazioni sociali richiedono sempre di più, con l'andare dell'età, abilità sociali e di autocontrollo più raffinate, carenti in questi ragazzi.

Gli aspetti di iperattività vengono interiorizzati e si esprimono in un senso generale di irrequietezza interiore, impazienza ed insofferenza. Questi aspetti alimentano comportamenti problematici come prepotenza o labilità dell'umore, soprattutto negli anni della pre-adolescenza.

La mancanza di autocontrollo e disattenzione sono responsabili della difficoltà a mantenere le amicizie e nel risolvere i conflitti interpersonali, se non potenziate le capacità sociali da bambini (Cornoldi et al., 2001).

L'adolescenza risulta più complessa per i ragazzi con ADHD; la labilità dell'umore, tipica di questa fase di sviluppo si tramuta in veri e propri episodi depressivi, ansiosi e di bassa stima di sé, aggravati dalle diverse esperienze di fallimento sociale vissute durante l'età infantile.

Altro aspetto che permane negli anni è la difficoltà nella pianificazione, competenza sempre più indispensabile con l'avanzare dell'età, che rende complessa la vita lavorativa e la gestione del denaro; ad esempio persone adulte con ADHD rischiano di prendere troppi impegni senza riuscire a portarli a termine o di essere spesso in ritardo

e perdere appuntamenti, risultando inefficaci e imprevedibili agli occhi del mondo del lavoro (Rensnick & Shaffer, 1994).

Ulteriori problemi nell'età adulta possono essere l'ostinazione, conflitti con le autorità, con il coniuge, con i pari e frequenti cambi di lavoro dovute alla scarsa tolleranza alla frustrazione.

Questo potrebbe portare allo sviluppo di psicopatologie, come studiato da Spencer e collaboratori (1998) gli adulti con ADHD presentano una comorbidità con disturbi d'ansia nel 50% dei casi, 27-40% uso di sostanze stupefacenti e 12-27% disturbo anti sociale di personalità. Non sempre soddisfano pienamente i criteri diagnostici, ma spesso manifestano di provare ansia e tono dell'umore deflesso a causa dell'eccessivo senso di responsabilità loro richiesto al quale non riescono a fare fronte.

1.3 Criteri diagnostici

Le manifestazioni sintomatologiche sono varie, tale la complessità del disturbo, che rendono articolata la sua diagnosi, infatti le stesse si modificano ed evolvono con lo sviluppo psicobiologico dell'individuo, ragione per cui i criteri diagnostici differiscono a seconda dell'età.

Secondo il DSM 5 (American Psychitric Association -APA, 2013) per fare diagnosi è necessario presentare per almeno sei mesi, o più, i sintomi al punto 1 o 2 o entrambi, quali disattenzione e iperattività/impulsività, i quali interferiscano con il funzionamento e lo sviluppo dell'individuo.

È necessario che i sintomi si manifestino prima dei 12 anni di età, inoltre è importante che i sintomi non siano soltanto una manifestazione di comportamento oppositivo, sfida, ostilità o incapacità di comprendere i compiti o le istruzioni.

La diagnosi per gli adolescenti più grandi e per gli adulti, di età compresa tra i 17 anni in poi, prevede almeno cinque sintomi.

Il manuale diagnostico definisce nel dettaglio i sintomi per agevolare il clinico nella diagnosi:

A1. Disattenzione: sei (o più) dei sintomi seguenti sono persistiti per almeno sei mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e che hanno un impatto negativo diretto sulle attività sociali, scolastiche e lavorative:

a) spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro o in altre attività (ad esempio, trascura o omette dettagli, il lavoro non è accurato);

b) ha spesso difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco (ad esempio, ha difficoltà a rimanere concentrato/a durante una lezione, una conversazione o una lunga lettura);

c) spesso non sembra ascoltare quando gli/le si parla direttamente (ad esempio, la mente sembra altrove, anche in assenza di distrazioni evidenti);

d) spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le incombenze o i doveri sul posto di lavoro (ad esempio, inizia i compiti ma perde rapidamente la concentrazione e viene distratto/a facilmente);

e) ha spesso difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle attività (ad esempio, difficoltà nel gestire compiti sequenziali; difficoltà nel tenere in ordine i materiali e oggetti; lavoro disordinato, disorganizzato; gestisce il tempo in modo inadeguato, non riesce a rispettare le scadenze);

f) spesso evita, prova avversione o è riluttante a impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto (ad esempio, compiti scolastici o compiti a casa; per gli adolescenti più grandi e per gli adulti, stesura di relazioni, compilazione moduli, revisione di documenti);

g) smarrisce spesso gli oggetti necessari per i compiti o le attività (ad esempio, materiale scolastico, matite, libri, strumenti, portafogli, chiavi, documenti, occhiali, telefono cellulare);

h) spesso è facilmente distratto/a da stimoli esterni (per gli adolescenti più grandi e per gli adulti, possono essere compresi pensieri incongrui);

i) è spesso sbadato/a nelle attività quotidiane (ad esempio, sbrigare le faccende; fare commissioni, per gli adolescenti più grandi e per gli adulti, ricordarsi di fare una telefonata; pagare le bollette, prendere appuntamenti).

2. Iperattività e impulsività: sei (o più) dei sintomi seguenti persistono per almeno sei mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e hanno un impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche e/o lavorative:

- a) spesso agita o batte le mani e piedi o si dimena sulla sedia;
- b) spesso lascia il proprio posto in situazioni in cui si dovrebbe rimanere seduti (ad esempio, lascia il posto in classe, in ufficio o in un altro luogo di lavoro, o in altre situazioni che richiedono di rimanere al proprio posto);
- c) spesso scorrazza e salta in situazioni in cui farlo risulta inappropriato;
- d) è spesso incapace di giocare o svolgere tranquillamente attività ricreative;
- e) è spesso sotto pressione, agendo come se fosse azionato/a da un motore;
- f) spesso parla troppo;
- g) spesso «spara» una risposta prima che la domanda sia stata completata;
- h) ha difficoltà ad 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;

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.

Il DSM 5 descrive tre sotto tipi di disturbo in funzione della prevalenza dei sintomi:

- **Manifestazione combinata:** se il criterio A1 (disattenzione) e il criterio A2 (iperattività-impulsività) sono soddisfatti entrambi negli ultimi sei mesi
- **Manifestazione con disattenzione predominante:** se il criterio A1 (disattenzione) è soddisfatto ma il criterio A2 (iperattività-impulsività) non è soddisfatto negli ultimi sei mesi
- **Manifestazione con iperattività/impulsività predominante:** se il criterio (iperattività-impulsività) è soddisfatto e il criterio A1 (disattenzione) non è soddisfatto negli ultimi sei mesi

Altra specifica importante riguarda la possibilità di definire la gravità del disturbo attraverso tre differenti livelli:

- **lieve:** sono presenti pochi, ove esistenti, sintomi oltre quelli richiesti per porre la diagnosi, i sintomi comportano solo compromissioni minori del funzionamento sociale o lavorativo
- **moderata:** sono presenti sintomi o compromissione funzionale compresi tra lievi e gravi
- **grave:** sono presenti molti sintomi oltre quelli richiesti per porre la diagnosi, o diversi sintomi che sono particolarmente gravi, o i sintomi comportano una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo.

Secondo l'ICD-10 (OMS, 1992) invece la diagnosi viene definita dalla compresenza nel bambino di almeno sei sintomi di disattenzione, tre di iperattività e uno di impulsività. Altra differenza importante risulta essere l'età di esordio dei sintomi che viene anticipata ai 6 anni rispetto ai 12 per il DSM V. Vi è accordo invece per quanto riguarda il criterio che prevede la compromissione del funzionamento in almeno due contesti di vita che mini il funzionamento sociale, scolastico/lavorativo dell'individuo.

L'ICD-10 colloca il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività nel settore V: "disturbi psichiatrici e comportamentali", specificatamente nella sezione "Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza". Utilizza tre codici per identificare i diversi sotto-tipi quali:

- F.90.0: disturbo da deficit attentivo con iperattività tipo disattento
- F.90.1: disturbo da deficit attentivo con iperattività tipo impulsivo
- F.90.2: disturbo da deficit attentivo con iperattività, tipo combinato

1.4 Epidemiologia

La ricerca scientifica mostra che ne sia afflitto il 7% circa della popolazione infantile e il 4% di quella adulta (Faraone, et al., 2006). La frequenza nella popolazione infantile, può variare molto da Paese a Paese tra il 3 e il 5%, inoltre risulta più frequente nei maschi che nelle femmine, con un rapporto che oscilla tra 3:1 a 9:1 (DSM IV, APA, 1994), tale variazione è legata alla diversa proporzione tra maschi e femmine nei diversi studi, ma tutti hanno rilevato una maggiore frequenza nei maschi. Secondo alcuni autori tale disparità è dovuta alla minore manifestazione dell'iperattività nelle femmine rispetto alla controparte maschile, il che porterebbe alla rilevazione e riconoscimento tardivo del disturbo (e.g. Episteman, et al., 1991), infatti altre ricerche che hanno analizzato i database relativi alle caratteristiche delle ragazze con ADHD evidenziano come vi sia una

maggior incidenza del sottotipo disattento rispetto al sotto tipo iperattivo-impulsivo, mentre il sottotipo misto era il più diffuso in entrambi i sessi (Biederman, et al., 2002).

L'ADHD risulta così essere universale perché rilevato in diverse culture e nazioni e presente in entrambi i generi.

1.5 Comorbilità

La letteratura evidenzia come l'ADHD è un disturbo persistente, infatti si stima che circa il 60% dei bambini con ADHD soddisfi i criteri per la diagnosi anche in età adulta (Spencer, et al., 1998) e che circa il 20% incontri i criteri per una diagnosi di disturbo anti sociale di personalità (Manuzza, et al., 1993). Inoltre uno studio longitudinale che ha seguito lo sviluppo di bambini di sei e sette anni per 10 anni ha riscontrato un forte rischio per lo sviluppo del disturbo antisociale di personalità e più in generale per problemi relazionali (Taylor et al., 1996).

La letteratura scientifica mostra un'alta comorbilità, ovvero la compresenza di più patologie, tra l'ADHD e il disturbo oppositivo provocatorio (30-40%), disturbo della condotta (36%), disturbi d'ansia (25%) e disturbi dell'umore più in generale (32%) (Munir et al., 1987).

Per quanto concerne la relazione tra ADHD e disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) ricerche recenti evidenziano l'elevata comorbilità che, a seconda dei criteri diagnostici oscilla tra il 25 e il 50% (Mayes et al. 2000), nel dettaglio per la lettura tra il 15 e 44%, mentre per la matematica tra il 31 e il 60% (Mayes & Calhoun, 2006).

Questi autori suggeriscono pertanto di disporre i due disturbi su di un continuum dove ad un capo si pone l'ADHD e dall'altro il DSA e al centro un insieme di casi intermedi, così secondo questo modello, ad esempio, un bambino con DSA può presentare dei sintomi di disattenzione senza soddisfare i criteri per la diagnosi di ADHD e viceversa per avere così una visione più ampia e efficace nella valutazione e trattamento di questi disturbi.

1.6 Eziologia

Ad oggi non vi è ancora una spiegazione univoca circa le cause dell'ADHD, data la complessità e varietà delle manifestazioni sintomatologiche del disturbo. Risulta chiaro però che influiscono sia i fattori genetici sia quelli ambientali, i primi sono correlati all'emergere del disturbo stesso, mentre i secondi spiegano il decorso, la gravità e la persistenza.

Molte ricerche nella letteratura (ad esempio Barrey et al., 2003) che indagano le cause organiche dell'ADHD utilizzando l'EEG, i potenziali evocati, RMf, ecc. per visualizzare l'attività cerebrale dei pazienti affetti da ADHD, hanno mostrato il coinvolgimento di alcune aree cerebrali quali la corteccia prefrontale, i gangli della base, il nucleo caudato, il globo pallido, il cervelletto, mentre alcuni studi (Sieg, et al., 1995) sul flusso ematico cerebrale osservano un'ipoperfusione delle aree prefrontali della corteccia che, mediante il nucleo caudato, si collegano alle regioni limbiche. Ulteriori analisi hanno confermato che la neuroanatomia dei soggetti con ADHD è leggermente diversa da quella dei soggetti a sviluppo tipico (Castellanos et al., 1994), infatti la corteccia prefrontale destra, il corpo calloso e il globo pallido presentano un volume inferiore del 10% rispetto ai controlli (Swanson et al., 1998), così come il cervelletto, in particolare il verme cerebellare è di dimensioni ridotte rispetto alla norma per età. Studi di neuroanatomia funzionale, che hanno utilizzato RMf e Pet, dimostrano un'ipoattivazione del giro cingolato anteriore destro, del lobo prefrontale dorsolaterale e ventrolaterale destro e del nucleo caudato sinistro (Rabia, et al., 1999).

La dimensione ridotta e l'ipoattivazione di queste aree permettono di approfondire la comprensione del funzionamento delle persone con ADHD, infatti queste stesse aree sono responsabili delle funzioni esecutive, ovvero l'insieme dei processi cognitivi di ordine superiore che permettono la pianificazione, focalizzare l'attenzione, la messa in atto di comportamenti diretti ad uno scopo e l'autoregolazione, intesa come la capacità di attuare un controllo deliberato e proattivo su pensieri, emozioni e comportamenti (Moffit et al., 2011), anello evolutivo debole nei soggetti con ADHD. Le funzioni esecutive e le competenze di autoregolazione dipendono da tre tipi di funzioni cerebrali, altamente interconnesse e integrate tra loro: la memoria di lavoro, la flessibilità mentale e l'autocontrollo, competenze deficitarie nei bambini e ragazzi con ADHD, ma è necessario ricordare che non sono innate, bensì è inscritta nella struttura cerebrale una predisposizione ad acquisirle. L'ambiente circostante e il rapporto con gli adulti rivestono un ruolo chiave nell'agevolare la loro acquisizione, nonostante una disfunzione nello

sviluppo cerebrale predeterminata a livello genetico, o, tali influenze, possono essere fonti di stress tossico tanto da compromettere o ritardarne l'acquisizione e alterare l'architettura del cervello (Center on the Developing Child at Harvard University, 2011).

A livello dei neurotrasmettitori risulta un danno nel sistema dopaminergico motivato da un'eccessiva ricaptazione della dopamina nello spazio intersinaptico, prima che possa legarsi ai rispettivi recettori del neurone post-sinaptico impedendone così l'azione inibitoria per modulare il comportamento. Tale esito è dettato da una mutazione nel recettore DRD4, il cui gene si trova nel cromosoma 11, che determina e codifica la ricezione della dopamina (Castellanos, 1997), si tratta di una forma rara e disfunzionale presente nel 20% della popolazione in cui vi sono sette ripetizioni di DNA, questa stessa mutazione ha una prevalenza del 40% nella popolazione con ADHD rispetto alla popolazione generale (Faraone, et al., 2001) e spiegherebbe in parte le difficoltà di autoregolazione e motivazionali di questi ragazzi. Un altro responsabile delle manifestazioni del disturbo sembrerebbe essere il trasportatore DAT, alcune ricerche mostrano che nella popolazione con ADHD vi sia una maggiore probabilità di avere delle variazioni a livello del gene per il trasportatore DAT1, che determinerebbe una sovrastimolazione dei trasportatori della dopamina, i quali reagirebbero eliminando il neurotrasmettitore prima che possa legarsi ai recettori (Cook, et al., 1995). Il rischio di sviluppare il disturbo aumenterebbe dal 20 al 40% nei soggetti portatori della mutazione.

Studi condotti su gemelli omozigoti e dizigoti permettono di approfondire l'eziopatogenesi dell'ADHD, i primi mostrano una probabilità di sviluppare la sindrome dell'81% rispetto al 29% dei secondi (Gillis, et al., 1992), confermando così che l'ADHD è determinato per l'80% da fattori genetici ereditari (Stevenson, 1994).

Centrali e non da sottovalutare restano, infine, i fattori ambientali (Barkley, 1997) che spiegano circa il 20-30% dei casi soprattutto nei maschi, ad esempio i fattori perinatali (come lo stress fetale) che possono portare ad un'alterazione nel normale sviluppo dei lobi frontali, dei gangli della base e dello striato (Lou, 1996). Altri autori hanno proposto l'ipotesi di un disturbo transazionale secondo cui l'ambiente e le relazioni instaurate con esso influenzino il decorso della sindrome. A tal proposito Barkley nel 1995 ha condotto un'interessante studio in cui ha osservato il rapporto tra i bambini con ADHD e le loro madri constatando che i bambini iperattivi parlano il 20% in più rispetto ai controlli e le loro madri fanno lo stesso, successivamente, a seguito di un trattamento con il Ritalin (farmaco più utilizzato per il trattamento dell'ADHD) vi fu una riduzione del 30% delle interazioni da entrambe le parti, Barkley concluse quindi che il comportamento dei

caregiver dipenda, in parte, da quello dei bambini stessi. Così risulta chiaro che lo stress familiare o una cattiva gestione del figlio sono correlate a quello che è lo sviluppo del disturbo nel bambino.

L'autore elenca inoltre quelli che sono i fattori di rischio per lo sviluppo dell'ADHD. In ordine di importanza:

- presenza di disturbi psicologici nei familiari, in particolare ADHD stesso (i figli di genitori con ADHD hanno il 50% in più di probabilità di sviluppare il disturbo);
- abuso di sigarette o alcol da parte della madre in gravidanza;
- assenza di un genitore o educazione non adeguata;
- problemi di salute o ritardi dello sviluppo del bambino;
- precoce insorgenza di elevati livelli di attività motoria nel bambino;
- atteggiamenti critici e/o direttivi della madre nei primi anni di vita.

Campbell nel 1994 aggiunge poi i fattori protettivi che sostengono il ragazzo a limitare gli esiti negativi dell'ADHD tra cui:

- elevato livello di scolarizzazione della madre;
- buona salute del bambino dopo la nascita;
- buone capacità cognitive del bambino;
- stabilità familiare.

1.7 Interventi per il trattamento dell'ADHD

Il tema del trattamento dell'ADHD è ampio e in continua evoluzione grazie allo scambio reciproco tra ricerca e pratica clinica, che permette di ideare strategie sempre più efficaci per sostenere lo sviluppo di bambini e ragazzi, così da rendere il loro adattamento, anche nell'età adulta, più semplice.

Ciò che ad oggi si è rivelato il metodo più efficace è l'intervento multimodale secondo cui è necessario intervenire sui vari agenti (bambino, genitore, scuola) con diverse modalità, predisponendo il contesto per supportare la crescita difficile e strutturare delle attività per implementare le abilità carenti dell'individuo.

Esistono tre principali interventi per il trattamento dell'ADHD, farmacologico che consiste nella prescrizione del metilfenidato, comunemente conosciuto come Ritalin, che inibisce la ricaptazione della dopamina; psicologico, ovvero interventi psicoeducativi e parent-training; combinato in cui si uniscono entrambi gli approcci.

Il trattamento psicologico si pone come obiettivo il miglioramento generale del funzionamento dell'individuo lavorando sulle difficoltà maggiori come l'attenzione e il

controllo degli impulsi, sostenendo le relazioni interpersonali con i pari e gli adulti; motivo per cui è importante mettere in atto un intervento multifocale in cui sono coinvolti i diversi contesti di vita del bambino o ragazzo, specialmente scuola e casa, quindi insegnanti e genitori devono collaborare per dare continuità alle pratiche di intervento. È consigliato l'utilizzo del farmaco in presenza di sintomi severi e accanto all'aiuto riabilitativo del contesto e dell'individuo (MTA, 1999, 2004).

Lo studio MTA, Multimodal Treatment Study of Children with ADHD, ha voluto determinare quale fosse l'intervento più efficace nel trattamento per l'ADHD, per farlo ha messo a confronto i tre principali metodi e il gruppo di controllo che seguiva le indicazioni del medico di base. Le conclusioni mostrarono che, subito dopo il trattamento gli interventi che portavano maggiori benefici erano quello farmacologico e combinato, ma un'analisi approfondita riporta l'intervento psicologico e psicoeducativo come più efficaci nel lungo periodo, grazie all'implemento di maggiori capacità sociali rispetto alla condizione in cui era previsto il solo uso del farmaco, mentre la condizione combinata rimane quella maggiormente correlata ad esiti positivi quali maggiori capacità sociali, sia con i pari che con gli adulti, un senso di maggiore efficacia da parte dei genitori e la prescrizione di dosi inferiori del farmaco.

Tale analisi permette di comprendere come sia importante intervenire su più fronti per permettere un esito positivo dell'intervento, perché questo sia possibile è necessario pensare a delle strategie individualizzate in funzione del singolo individuo e del suo contesto di vita.

L'intervento sul bambino si rifà ai principi del condizionamento operante, per mezzo della token economy, un programma comportamentale in cui il bambino a seguito di un comportamento adeguato ottiene dei gettoni che poi può scambiare con altri rinforzatori. Questo programma permette l'instaurarsi di un circolo virtuoso in cui le gratificazioni migliorano le relazioni con gli adulti e i pari e l'aumento di comportamenti positivi, inoltre come effetto immediato vi è una riduzione dello stress sia nei genitori che negli insegnanti. Un limite risulta essere però la difficile generalizzabilità nei contesti di vita quotidiana e il mantenimento nel lungo periodo, motivo per cui vengono integrate tecniche cognitive, quali l'apprendimento di nuove strategie di coping e autoistruzioni verbali per agevolare l'autoregolazione. Si lavora inoltre su aspetti attributivi e motivazionali così da insegnare a dare il giusto peso ai diversi tipi di comportamenti e compiti.

Si unisce a tutto ciò il parent training di coppia o di gruppo, in cui uno psicologo gestisce degli incontri per sostenere i genitori nel percorso educativo, efficaci in età pre-scolare e scolare dei figli. Questo intervento oltre a ridurre i sintomi dell'ADHD migliora il benessere e il clima familiare.

Centrale è anche il coinvolgimento della scuola per garantire una continuità delle pratiche e aiutare il bambino a migliorare le sue capacità sociali specialmente con i pari. Lo psicologo in questo caso è chiamato a fornire delle consulenze periodiche agli insegnanti con l'obiettivo di fornire pratiche educative utili per la gestione e l'integrazione del bambino all'interno del contesto classe, delle strategie di apprendimento individualizzate per i bambini con ADHD per permettere il loro successo scolastico, come la suddivisione dei compiti in parti, inoltre è importante fornire delle informazioni sulle caratteristiche del disturbo così da evitare eventuali colpevolizzazioni del bambino, che ostacolerebbero il rapporto con gli insegnanti.

Risulta chiaro come sia indispensabile dare una struttura coerente all'ambiente di vita del bambino, che egli possa così interiorizzarla per sostenere le sue difficoltà di autoregolazione. Inoltre è sempre importante esplicitare una routine per mantenere periodi di lavoro più lunghi ed efficaci.

È necessario ricordare che l'ADHD è un disturbo persistente lungo l'arco di vita dell'individuo, si possono trovare delle strategie per modulare le manifestazioni sintomatologiche ed imparare a convivere riuscendo ad adattarsi alle richieste dell'ambiente; nonostante ciò i bambini con ADHD, restano difficili da gestire, ad esempio in classe a causa dei numerosi stimoli che elicitano il loro comportamento. Ragione per cui è importante pensare a degli interventi individualizzati in funzione delle caratteristiche specifiche del bambino e del suo contesto di vita.

Capitolo 2:

Abilità prosociali e aggressività

2.1 Le abilità sociali

Le abilità sociali sono un insieme di capacità che permette all'individuo di relazionarsi con gli altri e l'ambiente circostante.

Intervengono nello sviluppo di queste capacità sia fattori biologici che sociali. Ad esempio, con l'avvento delle neuroscienze affettive si è visto il ruolo dei neuroni specchio nello sviluppo dell'empatia e più in generale si è scoperto il ruolo del cosiddetto cervello sociale, ovvero il network di aree cerebrali coinvolte nelle capacità umana di relazionarsi con gli altri (Adolphs, 2009). D'altra parte, gli aspetti interattivi, come per esempio le esperienze precoci con i caregiver di riferimento, permettono di apprendere più modalità relazionali contemporaneamente. Ne è una dimostrazione la teoria cognitivo-interazionista dell'attaccamento di Bowlby, secondo cui il legame affettivo che si costruisce nei primi anni di vita rimane inscritto nella mente in schemi relazionali che poi vengono riprodotti nelle interazioni successive da adulti. Conseguentemente è necessario ricercare le cause dell'impedimento sociale nella mancata acquisizione di solide conoscenze sociali nell'ambiente di crescita dell'individuo.

Per acquisire diverse competenze al fine di interpretare e rispondere adeguatamente alle situazioni sociali, risultano salienti abilità sociocognitive quali: il riconoscimento delle emozioni, l'autoregolazione, lo sviluppo della teoria della mente (ovvero comprendere lo stato mentale degli altri), l'empatia (che permette la comprensione dello stato affettivo altrui) (Adolphs, 2001).

Le competenze sociali risultano cruciali per un buon adattamento all'ambiente e determinano la capacità di interagire e comunicare con gli altri in maniera efficace, così da riuscire nella partecipazione sociale (Ackerman & Brown, 2006). Le competenze sociali influiscono inoltre sul successo accademico, la salute mentale e più in generale la stabilità emotiva nell'arco della vita; infatti i problemi sociali aumentano il rischio di sviluppo atipico in termini di scarsi obiettivi accademici, relazioni disfunzionali e rifiuto dei pari (Beauchamp & Anderson, 2010).

Beauchamp e Anderson (2010) hanno proposto un modello comprensivo ed integrativo della competenza sociale "SOCio-Cognitive Integration of Abilities model" (acronimo SOCIAL), che tiene conto dei domini e dei fattori di influenza sia dello

sviluppo tipico, sia delle condizioni cliniche secondo cui i fattori coinvolti nello sviluppo di tali abilità includono domini sociali e cognitivi.

Il modello SOCIAL integra nozioni legate alle basi biologiche come la maturazione e l'integrità cerebrale a fattori esterni distali (come l'ambiente di vita e lo status socioeconomico) e interni prossimali (come il temperamento, i tratti di personalità, le interazioni genitore-bambino o il funzionamento familiare). Secondo questo modello, i fattori interni ed esterni interagiscono per sostenere lo sviluppo del cervello del bambino. Nel dettaglio, secondo gli autori, le competenze sociali si rifanno alle seguenti funzioni: Attenzione e funzioni esecutive, capacità di comunicazione, funzionamento socio-emotivo e socio-cognitivo. Tali funzioni determinano insieme il funzionamento sociale ed adattivo dell'individuo; un esempio è ravvisabile nelle difficoltà di interazione sociale dovute spesso ad una cattiva interpretazione delle intenzioni degli altri (Soto-Icaza et al., 2015).

2.2 L'aggressività

L'aggressività è definita nei testi moderni come "un'azione volta ad infliggere in maniera intenzionale qualche tipo di danno agli altri", una definizione così generica consente di includere una vasta gamma di comportamenti dai più semplici, come lo scambio di parole scortesi, a quelli più espliciti come la violenza fisica.

I comportamenti aggressivi sono una delle ragioni più diffuse che porta a rivolgersi ai centri di salute mentale e rappresentano un'importante preoccupazione nei paesi occidentali, a causa delle loro conseguenze (The Netherlands, Sociaal en Cultureel Planbureau, 1999).

La persistenza di questi comportamenti incorre nel rischio di sviluppare sintomatologie internalizzanti, ad esempio ansia e depressione, ed esternalizzanti come il disturbo antisociale di personalità o l'abuso di sostanze, porta inoltre a maggiore isolamento sociale e rifiuto da parte dei pari ed è associato ad un maggiore tasso di abbandono scolastico (Coie & Dodge, 1998).

Le difficoltà di queste persone hanno delle conseguenze non solo su loro stessi e sul loro ambiente, ma anche nella società più in generale.

Dal punto di vista evolutivo (e.g. Dodge et al., 2006), nel primo anno di vita compaiono i precursori, rabbia e aggressività direzionati verso l'oggetto della frustrazione, non propriamente considerati comportamenti aggressivi.

Nel corso del secondo anno appaiono forme di aggressione strumentale, non finalizzate a produrre un danno, ma a raggiungere un obiettivo, ad esempio impadronirsi del giocattolo di un altro. In età prescolare insorgono forme di aggressione fisica vere e proprie finalizzate a danneggiare gli altri. Con il passaggio all'età scolare le aggressioni verbali tendono a sostituire quelle fisiche, mentre con l'ingresso alla scuola primaria compare l'aggressività indiretta, in cui non vi è un atto aggressivo direttamente rivolto all'altra persona, bensì forme più sottili di esclusione, come impedire di giocare nel gruppo o diffondere dei pettegolezzi che feriscono la persona che ne è oggetto.

Esistono molteplici teorie che cercano di spiegare la complessità e varietà delle manifestazioni qualitativamente diverse di questo fenomeno.

L'approccio biologico suppone che l'aggressività sia insita nella natura umana, un modello di azione innato universale e condiviso tra le specie, la teoria evoluzionistica lo vede come l'esito della selezione naturale per permettere la sopravvivenza della specie. Altri autori invece sottolineano il ruolo dell'ambiente come fattore protettivo nello sviluppo delle tendenze aggressive, nonostante siano parte del bagaglio comportamentale umano, ne sono un esempio le diverse teorie sociali accumulate dal principio secondo cui il comportamento aggressivo viene in parte acquisito. Mentre approcci biosociali si pongono nel mezzo integrando la ricerca delle basi biologiche con le influenze ambientali.

La teoria psicodinamica si colloca all'interno degli approcci biologici, secondo cui l'aggressività nasce da un innato istinto di morte contrapposto all'istinto di vita che nei primi mesi dopo la nascita è diretto verso sé stessi per poi dirigersi verso gli altri con la crescita; la teoria è mono-fattoriale, infatti lo stimolo aggressivo insorge da tensioni fisiche e necessita di essere espresso. Autori successivi ampliano la teoria osservando che l'essere umano cerchi uno sfogo salutare degli istinti alla base di tutte le specie animali (Hartmann et al., 1994).

Un'altra ipotesi è quella di considerare l'aggressività come una risposta ad una precedente frustrazione che necessita di un'espressione catartica che dissipi l'energia attivata contro l'agente frustrante, per restituire equilibrio al sistema psicologico (Dollard et al., 1939). Inoltre secondo tale approccio l'aggressività è un comportamento che può essere appreso mediante il processo di socializzazione, infatti la teoria del modellamento sociale di Bandura nel 1973 vede l'apprendimento per esperienza vicaria, osservazione di un modello rinforzato dall'ambiente, come mezzo per interiorizzazione dello stesso comportamento.

Un modello molto importante per comprendere il comportamento aggressivo è il social information processing model (SIP) di Crick & Dodge (1996), secondo cui tale comportamento è l'esito di un'ordinata elaborazione dell'informazione sociale scandita in sei differenti fasi: innanzitutto l'informazione sociale proveniente dall'ambiente viene codificata e rappresentata accuratamente, successivamente viene specificato l'obiettivo di un'appropriata interazione sociale, al fine di raggiungere lo scopo vengono formulate molteplici alternative di risposta, poi valutate in termini di efficacia ed efficienza, a seguito di tale valutazione si seleziona la risposta più appropriata al contesto sociale, che viene messa in atto tramite un piano comportamentale.

In accordo con questo modello la modalità con cui un individuo procede nei diversi step è influenzata da tre fattori, quali: stimolo della situazione, capacità di processare le informazioni e le influenze delle proprie esperienze passate sotto forma di associazioni, ricordi e schemi comportamentali, anche detti "database".

Diversi studi mostrano come il comportamento aggressivo sia il risultato di un divario nell'elaborazione dell'informazione sociale in uno dei diversi passaggi prima descritti, in funzione di quale di questi è coinvolto si possono distinguere forme diverse di aggressività, quali aggressività reattiva o proattiva (Dodge, 1990). Il primo tipo è dovuto ad un bias a livello del secondo passaggio del processamento dell'informazione sociale, denominato hostile attribution bias, per cui vi è un'errata attribuzione delle intenzioni alle azioni sociali degli altri, infatti si osserva che bambini con tendenze aggressive attribuiscono maggiori intenzioni negative a stimoli ambigui o situazioni provocatorie rispetto ai controlli (Guerra & Slaby, 1989), per questi bambini che interpretano il comportamento dei pari come potenziale minaccia, la risposta aggressiva risulta quindi una forma di difesa. Tale tendenza è correlata a forme di punizioni fisiche subite in età evolutiva che deviano la normale elaborazione dell'informazione sociale (Weiss, et al.,1992). L'aggressività proattiva, invece, risulta pianificata, viene utilizzata come uno strumento per raggiungere uno scopo, motivo per cui è associato ad una peculiare valutazione e scelta delle risposte comportamentali (Crick & Dodge, 1996), inoltre è correlato ad una valutazione positiva del comportamento aggressivo, considerato il più funzionale per raggiungere i propri obiettivi, che spesso sono più di natura strumentale rispetto che relazionale. Il modello SIP può essere utilizzato per interventi cognitivi comportamentali per ridurre problemi relazionali (Kazdin, 2003).

Il modello appare più astratto, razionale e riflessivo rispetto alla sua esecuzione più inconsapevole ed automatica da parte degli individui, nella vita quotidiana infatti non sempre viene selezionata la risposta più adeguata al contesto. Il modello SIP non tiene in particolare considerazione le emozioni, che invece rivestono un ruolo cruciale nel processo decisionale. Pochi autori (Lemerise & Arsenio, 2000) hanno studiato l'influenza delle emozioni nel processamento dell'informazione sociale, ma risulta che il modello SIP possa dipendere dalle emozioni in diversi modi:

- codifica e rappresentazione dello stimolo sociale possono rispecchiare le emozioni della persona o degli altri;
- le rappresentazioni stesse possono scatenare emozioni;
- le emozioni possono spingere le persone a valutare e selezionare le risposte in modo meno razionale;
- le emozioni intense possono spingere a generare una singola risposta e metterla in atto senza alternative.

Dopo la nascita tutti sviluppano forme di aggressività, in molti bambini queste diminuiscono, ma in una piccola proporzione della popolazione rimangono presenti. Alcuni autori teorizzano che ciò sia dovuto a diverse traiettorie parallele di sviluppo del modello SIP (Muthe'n & Muthe'n, 2000; Nagin, 1999; Van Lier, 2003):

- Traiettoria generale o percorso emozionale, in cui nei primi anni di vita l'aggressività è una reazione alla frustrazione di non poter raggiungere un proprio obiettivo. Una volta acquisite le capacità cognitive e quando vengono ingaggiati in relazioni sociali più complesse, i bambini sviluppano abilità riflessive che permettono loro di inibire i processi emozionali e procedere con un percorso riflessivo nell'elaborazione dell'informazione sociale, sia tenendo conto delle intenzioni degli altri sia delle conseguenze di alternative multiple di risposta, riuscendo a prendere in considerazione le norme sociali secondo cui le proprie reazioni aggressive devono essere proporzionali alle intenzioni e sentimenti altrui. Ciò consente di capire gli intenti benevoli e le capacità riflessive non rimpiazzando il percorso emozionale, ma modificandolo sotto determinate circostanze quando la società lo ritiene inappropriato.
- Traiettoria del comportamento aggressivo reattivo persistente: il processamento dell'informazione emozionale rimane dominante in bambini con scarse capacità di autocontrollo, le loro azioni sono difficili da regolare a causa delle abilità riflessive mai sviluppate, codificano in maniera negativa i comportamenti sociali

e le loro risposte aggressive difficilmente sono correlate ad un comportamento riflessivo, spesso dovuto alla relazione tra temperamento, caratterizzato da scarsa capacità di controllo degli impulsi e ambiente di crescita inadatto, negligente.

- Traiettorie proattive: il processamento riflessivo dell'informazione segue uno sviluppo atipico, ciò accade quando le risposte aggressive vengono rinforzate. Non è associato a problemi relazionali, ma piuttosto con un effettivo uso dell'aggressività nell'interesse dello stesso bambino, infatti l'aggressione proattiva emerge quando si sviluppa il comportamento riflessivo legato allo sviluppo neurocognitivo. Non viene data importanza agli intenti benevoli bensì al raggiungimento degli obiettivi e aspettative positive a fronte di comportamenti aggressivi. È dovuto anche ad atteggiamenti positivi nei confronti dei comportamenti aggressivi.

2.3 Le abilità prosociali

All'aggressività si contrappongono i comportamenti prosociali, un'ampia categoria di azioni con conseguenze sociali positive, che contribuisce all'altrui benessere fisico e psicologico (Wispè, 1972); sono inclusi condivisione, aiuto, sostegno e cooperazione; anche l'altruismo ne è una manifestazione come speciale forma di comportamento di aiuto talvolta dispendiosa, caratterizzata dall'interesse per i propri simili compiuta senza aspettative di ricompensa (Batson, 1991).

Questa definizione permette di comprendere come siano le norme sociali a determinare i comportamenti prosociali che risultano così collegati al sistema morale dell'individuo. Altro aspetto centrale è l'intenzionalità dell'azione stessa e l'assenza di secondi fini, infatti ad esempio l'aiuto può rivelarsi talvolta antisociale quando è diretto allo scopo di far apparire i beneficiari inferiori (Gilbert & Silvera, 1996).

Le abilità prosociali sono di estrema rilevanza nella società odierna dal momento che la complessità e l'interdipendenza sociale rendono indispensabile il riconoscimento dell'altro per il raggiungimento degli obiettivi comuni, inoltre la ricerca psicologico-sociale lo inquadra come necessario per un buon adattamento sociale e antagonista di diverse forme di disagio (Caprara & Bonino, 2006), poiché favorisce lo sviluppo di relazioni sociali positive, che a loro volta sono correlate a maggiore benessere, successo e percezione di autoefficacia, risulta quindi un fattore protettivo nel corso di tutto lo sviluppo (Bandura et al., 2001).

Anche in ambito scolastico le abilità prosociali rivestono un ruolo decisivo per la formazione di legami sociali, del benessere scolastico e del successo accademico (Caprara et al., 2000).

Lo sviluppo dei comportamenti prosociali è influenzato dall'ambiente educativo familiare del bambino e dalle relazioni con i coetanei che possono porre le condizioni ottimali per la loro manifestazione precoce (Eisenberg et al., 2006), nel dettaglio i genitori possono favorire l'esercizio della disciplina, il rispetto delle regole, insegnare a costruire un rapporto costruttivo e supportivo con i pari grazie al suo esercizio all'interno delle mura domestiche. Tale clima educativo permette al bambino di sviluppare le capacità di autoregolazione emotiva e comportamentale e la capacità di considerare la prospettiva altrui riuscendo a sintonizzarsi emotivamente (Eisenberg et al., 2006).

La traiettoria evolutiva delle abilità prosociali, intese non solo come comportamenti, include anche gli antecedenti motivazionali, valoriali e lo sviluppo di empatia e simpatia verso l'altro, e vede con l'aumentare dell'età un incremento di condotte prosociali in termini quantitativi e qualitativi.

Già alla nascita i bambini manifestano forme di empatia globale, ad esempio nelle nursery quando un neonato inizia a piangere lo seguono anche gli altri nelle culle. A partire dal secondo anno si osserva preoccupazione verso l'altro e tentativi di conforto mediante la vicinanza fisica. In età prescolare aumentano notevolmente le risposte prosociali, grazie allo sviluppo della teoria della mente che permette al bambino di comprendere come gli altri possano avere bisogni, pensieri ed emozioni diverse di propri, riescono inoltre a provare maggiore empatia così da poter mettere in atto comportamenti di aiuto più specifici ed adatti. Nello stesso periodo si evolve la preoccupazione che si compone delle verbalizzazioni e iniziano a manifestarsi i comportamenti di condivisione, come dei giocattoli. Durante l'età della scuola primaria questi comportamenti diventano più frequenti e adeguati al contesto sino all'età adolescenziale, quando si affinano la condivisione, l'empatia, il confronto e l'ascolto. È necessario ricordare che per favorire lo sviluppo di queste abilità sono indispensabili delle condizioni ambientali in cui la messa in atto di questi comportamenti viene seguita da un rinforzo (Grusac, 1991), insegnate delle specifiche istruzioni normative che dettano gli stessi comportamenti (Grusec, 1978) e fornire dei modelli di comportamento coerenti (Rushton, 1976).

Esistono molteplici modelli che spiegano l'origine e lo sviluppo delle abilità prosociali, l'approccio biologico lo interpreta come una tendenza innata, tanto quanto la spinta a nutrirsi, poiché aiutare il prossimo rappresenta un vantaggio evolutivo dal punto

di vista evolutivista (Krebs, 1975); questa prospettiva è avvalorata dal principio della selezione familiare, secondo cui un cooperatore dimostra tendenze sistematiche all'aiuto verso i parenti perché ciò permette la diffusione dei propri geni (Jeffrey & Stevens, 2005). Ne consegue l'evidenza di una base evolutivista del comportamento altruistico, ma necessita di essere integrato con approcci sociali che permettano di dipanare la complessità sottostante.

Gli approcci sociali pongono l'accento sul fatto che il comportamento prosociale permette di costruire legami relazionali più duraturi basati sull'empatia, capacità di sperimentare le esperienze di un'altra persona, identificarsi e condividere pensieri, emozioni e atteggiamenti.

Importante, inoltre, è l'attivazione fisiologica che precede il comportamento prosociale, infatti maggiore sarà l'attivazione aumenterà la probabilità che lo spettatore metta in atto un comportamento d'aiuto, ad esempio più ravvicinati sono i battiti cardiaci dello spettatore più è rapida la risposta dello stesso (Gaertner & Dovidio, 1977).

Importante è anche il grado di coinvolgimento empatico, elemento della teoria del comportamento di aiuto, in cui i sentimenti di affetto, disponibilità e compassione nei confronti di una persona in difficoltà, permettono allo spettatore di sentirsi simile alla vittima e agevolerà il suo intervento (Batson, 1981), ma il comportamento di aiuto è influenzato anche da una valutazione di costi e benefici della possibile risposta in termini di efficacia di intervento (Piliavin, 1981).

2.4 Abilità prosociali e aggressività nell'ADHD

Le condotte prosociali e l'aggressività rivestono un ruolo cruciale nella sintomatologia dell'ADHD, tali comportamenti si esprimono attraverso modalità peculiari, rispetto che nei coetanei, a causa delle caratteristiche stesse del disturbo, generando delle complicazioni a livello relazionale sia con i pari, che con gli adulti.

I bambini e ragazzi con ADHD mettano in atto maggiori comportamenti aggressivi che prosociali rispetto ai controlli, determinando un maggiore rischio di sviluppare problemi con i pari, essere rifiutati dal gruppo, non essere apprezzati socialmente ed avere poche amicizie diadiche, a causa della probabile violazione delle aspettative sociali (Diamantopoulou et al., 2005). La persistenza di queste condotte può portare, in età adulta, a un'ampia varietà di risposte comportamentali maladattive, come ansia, depressione o condotte delinquenti (Parker et al., 2006).

È necessario sottolineare che in funzione del sottotipo del disturbo (i.e., prevalente iperattività/impulsività o disattenzione o combinato), sono associati diversi deficit sociali e un differente adattamento sociale con i coetanei (Wheeler & Carlson, 1994).

I bambini affetti dal sottotipo iperattivo-impulsivo, risultano alla percezione dei coetanei come spiacevoli, sgradevoli e in parte fastidiosi (Wheeler & Carlson, 1994), ma il deficit sociale non può essere imputabile alla mancanza di opportunità di essere coinvolti nelle situazioni sociali, infatti hanno tante interazioni quante i coetanei (Pelham & Bender, 1982), né alla minore messa in atto di comportamenti prosociali, poiché risultano equivalenti ai controlli (Wheeler & Carlson, 1994).

Ne segue che le difficoltà non sono dovute ad una mancanza nelle competenze sociali o alle opportunità di interazione, bensì potrebbero essere ascrivibile ad una difficoltà nella performance sociale che risulta inadeguata a determinati contesti, quali quelli che coinvolgono i pari, forse a causa della natura impulsiva del loro comportamento dirompente e alla mancanza di autocontrollo (Mrug et al., 2001).

I bambini affetti da sottotipo disattento, invece, manifestano maggiore timidezza e ritiro sociale, e tendono a partecipare a minori interazioni sociali rispetto ai coetanei (Wheeler & Carlson, 1994). Le loro difficoltà possono essere ascritte all'incapacità di cogliere i segnali sociali e nell'aderire a certe regole implicite a causa del deficit attentivo rischiando di risultare insensibili, e suscitando così avversione nei coetanei.

Altra differenza importante nelle manifestazioni comportamentali tra i diversi sottotipi riguarda l'aggressività, genitori ed insegnanti riportano, infatti, maggiori comportamenti aggressivi nei bambini con ADHD di sottotipo iperattivo-impulsivo e combinato, rispetto ai bambini del sottotipo disattento (Tseng et al., 2000;)

Potrebbe essere proprio l'aggressività, sia fisica che verbale, a fungere da variabile moderatrice della bassa integrazione sociale che questi bambini subiscono, infatti sembra essere un importante predittore del rifiuto sociale da parte dei coetanei (Coie et al., 1990).

In generale le abilità prosociali sono negativamente correlate con i sintomi dell'ADHD, aspetto più evidente nel sottotipo disattento in cui passività sociale e ritiro determinano una minore messa in atto di questi comportamenti (Diamantopoulou et al., 2005), conseguentemente i diversi sotto tipi del disturbo, mendiate traiettorie di sviluppo diverse, portano al medesimo effetto negativo nelle relazioni sociali.

Per concludere, è presente, inoltre, una differenza di genere in questo ambito, alcuni studi mostrano come le bambine con sintomatologia ADHD meno severa rispetto ai maschi incorrano in un più alto rischio di rifiuto sociale (Diamantopoulou et al., 2005), lo conferma anche una ricerca recente in cui la manifestazione di sintomi esternalizzanti risultava maggiormente correlata a difficoltà relazionali con i pari per le bambine che per la controparte maschile (Mikami & Lorenzi, 2011). Una possibile spiegazione può essere legata alle aspettative di genere, i pari tendono a tollerare maggiormente comportamenti impulsivi ed aggressivi nei maschi poiché considerati comportamenti normativi, inoltre le ragazze tendono ad utilizzare forme di aggressività relazionale più dirette, come minacciare di porre fine ad un'amicizia, invece di forme più nascoste e premeditate ad esempio la diffusione di pettegolezzi (Ohan & Johnston, 2007). Altro aspetto da sottolineare è la maggiore prevalenza del sottotipo disattento nel genere femminile che egualmente tende a violare le aspettative sociali del comportamento delle bambine. Ma sono necessarie ulteriori ricerche per approfondire le differenze di genere che intercorrono nel funzionamento sociale dei bambini con ADHD, poiché nella letteratura vi è una prevalenza del campione maschile.

Capitolo 3:

La ricerca

La presente ricerca si pone l'obiettivo di studiare le differenze che intercorrono nelle manifestazioni di comportamenti aggressivi e prosociali tra bambini e ragazzi a sviluppo tipico (TD) e con diagnosi di ADHD, confrontati in età scolare e in età pre-adolescenziale. Tale ricerca costituisce un approfondimento tratto da un progetto più ampio che studia, oltre a questi costrutti anche altri come il riconoscimento delle emozioni. In questo capitolo saranno analizzati metodologie e strumenti essenziali alla comprensione di questo approfondimento.

3.1 Partecipanti:

Sono stati selezionati quattro bambini, dal campione più ampio della ricerca, appaiati in funzione del genere, dell'età e del quoziente intellettivo (Sattler, 1988), due dei quali appartenenti al gruppo a sviluppo tipico (TD) e due partecipanti del gruppo clinico, i quali avevano ricevuto precedentemente una diagnosi di ADHD, presso centri specializzati. Due dei bambini selezionati frequentano la terza classe della scuola primaria, mentre i ragazzi del secondo appaiamento frequentano la terza classe della scuola secondaria di primo grado.

Le caratteristiche degli appaiamenti sono qui riportate, è stato assegnato un nome fittizio al fine di rendere più agevole l'interpretazione dei risultati.

Nomi	Classe	Genere	Gruppo
Francesco	classe 3 [^] primaria	M	ADHD
Edoardo	classe 3 [^] primaria	M	TD
Elia	classe 3 [^] secondaria di primo grado	M	ADHD
Paolo	classe 3 [^] secondaria di primo grado	M	TD

Tabella 3.1 caratteristiche degli appaiamenti

3.2 Metodo

Il disegno di ricerca prevede due fasi, una di screening volta ad indagare il funzionamento intellettivo (tramite la somministrazione in sessioni individuali di due subtest della batteria multicomponentiale WISC-IV, Weschler, 2012), e a confermare la diagnosi clinica precedentemente effettuata di ADHD (tramite il Conners' Parent Rating Scale: Short Form, (CPRS-R:S, Conners, 1997), somministrato ai genitori). La seconda fase prevede l'utilizzo di prove sperimentali per indagare il costrutto dell'aggressività e

della prosocialità, rispettivamente verificati con i seguenti questionari: Reactive Proactive Questionnaire (Raine et al., 2006) e Prosociality Scale (Caprara et al., 2005).

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

Si tratta di uno dei subtest principali del test multicomponenziale WISC-IV (Wechsler, 2012), che valuta il funzionamento intellettivo generale di bambini tra i 6 e i 16 anni ed 11 mesi, con l'ausilio di molteplici indici elaborati dalla somministrazione della scala. Il disegno con i cubi (DC) valuta la capacità di sintetizzare e analizzare stimoli visivi astratti cogliendo le relazioni spaziali che li legano. Permette di approfondire le abilità visuo-percettive dei bambini, che sono un indice dell'intelligenza fluida, caratterizzata ad esempio delle capacità di ideare strategie nuove di risoluzione dei problemi (Cattell & Horn, 1966). La somministrazione consiste nel mostrare ai soggetti dei cubi colorati con due facce rosse, due bianche e due metà rosse e metà bianche, successivamente viene richiesto loro di riprodurre delle figure dal modello proposto dall'esaminatore, negli item iniziali, o dal libro stimoli in un tempo prestabilito che varia da 30' a 120' secondi. Con il susseguirsi delle prove queste divengono sempre più complesse, infatti nel primo item è necessario l'utilizzo di soli due cubetti, per poi passare a quattro ed infine, nelle ultime, ne occorrono nove per riprodurre le figure. Il protocollo di notazione implica il cronometrare l'esecuzione delle prove così da assegnare un punteggio in sua funzione negli item dal 9 al 14, inoltre se il bambino completa correttamente la figura senza rispettare il limite di tempo il punteggio da assegnare è pari a 0. Sono indicati, nel protocollo di notazione, anche il punto di inizio della somministrazione in base all'età del soggetto, ma qualora non venissero raggiunte due risposte corrette consecutive è indispensabile retrocedere agli stimoli precedenti sino a raggiungerne due risposte corrette consecutive. Il punto di interruzione della prova,

definito livello tetto, è determinato da un punteggio di 0 per tre prove di seguito, o al termine degli stimoli somministrabili. Il punteggio grezzo ottenuto dalla somma delle prove viene poi convertito in punteggio standard attraverso le tavole di conversione per età, che seguono una scala con media 10 e deviazione standard 3.



figura 3.1. Immagine disegno con i cubi

3.3.1.2 Vocabolario

Il test di vocabolario (VC) è tratto dalla batteria multicomponentiale WISC-IV (Weschler, 2012) e rappresenta uno dei 10 subtest principali dello strumento clinico. La prova di vocabolario si costituisce di 36 item e richiede ai soggetti di denominare delle figure presenti nel libro stimoli, nelle prime prove, successivamente devono dare delle definizioni di alcune parole, lette ad alta voce dall'esaminatore, che progressivamente divengono sempre più complesse. Lo strumento dà una misura della conoscenza lessicale, della formazione dei concetti verbali da parte del bambino. Si tratta di un indice dell'intelligenza cristallizzata, quell'insieme di capacità influenzate dal background socio-culturale e dall'istruzione dell'individuo (Cattell & Horn, 1966). Insieme ad altri subtest permette di calcolare l'indice di comprensione verbale, che valuta l'abilità di compiere ragionamenti ed astrazioni per mezzo di strategie verbali. Il punteggio assegnabile per ogni risposta varia a seconda dell'item, nei primi quattro item visivi il punteggio può essere 0 o 1 a seconda della correttezza della denominazione, invece per quelli successivi si procede con un punteggio che può variare da 0, risposta sbagliata, 1 parzialmente corretta e 2 corretta. L'attribuzione del punteggio completo dipende dalla capacità del bambino di dare un buon sinonimo della parola, definire una categoria generale a cui appartiene o un insieme di caratteristiche non essenziali, ma che

complessivamente rendono la comprensione del termine stesso. Nel caso di punteggio parziale la risposta è caratterizzata da una definizione povera di contenuto, un sinonimo vago, ma non pertinente o da una definizione che utilizza la stessa parola. Per poter attribuire un punteggio nullo pari a 0 si apprezzano risposte scorrette, definizioni riportate gestualmente prive di una spiegazione verbale o di risposte non completamente sbagliate, che non vedano una chiarificazione dopo l'inchiesta, una richiesta di specificazione svolta dall'esaminatore. Per agevolare il processo di attribuzione del punteggio il manuale fornisce per ciascun item degli esempi di risposta per punteggio. In questo caso il livello base è determinato da due risposte corrette consecutive, mentre il criterio di interruzione prevede cinque risposte di seguito a cui viene attribuito un punteggio nullo. Il punteggio standardizzato si ottiene dalla somma dei singoli item, che rappresenta il punteggio grezzo, poi convertito attraverso le tavole di conversione specifiche per età, alternate di tre mesi in tre mesi, anche queste sono tarate su una scala con media 10 e deviazione standard 3.



17. Assorbire
18. Imitare
19. Pestifero
20. Assurdità

Fig. 3.2 libro stimoli Vocabolario

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

Le scale Conners' Parent Rating Scale-Revised: Short Form (CPRS-R:S, Conners, 1997) è un questionario che rileva i sintomi caratteristici dell'ADHD, come impulsività, disattenzione e aggressività, ragione per cui viene utilizzato nella pratica clinica per fare diagnosi o osservare eventuali soggetti a rischio, inoltre fornisce informazioni su eventuali disturbi psicosociali e problemi legati all'ansia. Ne esistono diverse forme in letteratura quali, self report per i ragazzi dagli otto ai diciotto anni di età, proxy report per gli insegnanti e per i genitori, quest'ultima è stata adoperata nella presente ricerca nella versione ridotta costituita da 27 item, che formano 4 sub scale differenti:

- Oppositività;
- Problemi cognitivi/disattenzione;
- Iperattività;
- Indice ADHD.

Ai genitori viene richiesto di indicare con quale frequenza nell'ultimo mese si verificano le affermazioni riportate nel questionario e in base a quanto hanno rappresentato un problema possono selezionare un punteggio da 0 (non vero) a 3 (molto vero). Il punteggio grezzo si calcola sommando le diverse risposte riportate dai genitori per ogni scala poi da convertire in punti T, una scala con media 50 e deviazione standard 10, mediante le tavole di conversione diverse per età e genere. Un punteggio T pari a 65 rappresenta sintomi sotto soglia clinica, ai quali è importante prestare attenzione, mentre punti T che superano 70 si attestano in fascia clinica.

CPRS-R:S
C. Keith Conners
Adattamento italiano a cura di M. Nobite, B. Alberti e A. Zudda

Nome del soggetto _____ Sesso: M F
 Data di nascita: _____ / _____ / _____ Età _____ Classe _____ Nome del genitore _____ Data odierna: _____ / _____ / _____

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, chiedetevi "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 è 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.

1. È poco attento/a, 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. Discute in modo polemico con gli adulti	0 1 2 3
7. Clocherella con le mani o i piedi o si agita sulla sedia	0 1 2 3
8. Non riesce a portare a termine quanto gli/le viene assegnato	0 1 2 3
9. È difficile da controllare 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. Perde la pazienza	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 qualcosa lo/la interessa 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 intabile	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/le 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

Fig.3.3 Conners' Parent Rating Scale -Revised: Short Form (CPRS-R:S):

3.3.2 Strumenti sperimentali

Nella fase sperimentale del progetto di ricerca sono stati impiegati due questionari sperimentali per valutare aggressività e prosocialità, rispettivamente il Reactive Proactive Questionnaire (RPQ) (Raine et al., 2006) e la Prosociality Scale (Caprara et al., 2005).

3.3.2.1 Reactive Proactive Questionnaire (Raine et al., 2006)

È un questionario self report ideato da Raine e collaboratori (Raine et al., 2006) per misurare il costrutto dell'aggressività in generale e nel dettaglio le differenze nelle manifestazioni proattive e reattive (Dodge, 1990). È composto da 23 item afferenti a due sub-scale, la prima è formata da 11 item e rileva l'aggressività reattiva, mentre la seconda si compone dei restanti 12 item per misurare l'aggressività proattiva. La scala di risposta varia da 0 (quasi mai) a 2 (spesso). Gli autori hanno selezionato gli item in funzione delle descrizioni fornite da genitori ed insegnanti circa bambini e ragazzi con queste tendenze, unite alla letteratura teorica e concettuale su modelli di aggressività reattiva e proattiva. Le domande poste ai soggetti descrivono un livello di aggressività frequente, generico ed adatto all'età e consente così di esporsi evitando risposte difensive, includono inoltre forme verbali e fisiche di aggressività, per poter comprendere il contesto situazionale e motivazionale delle diverse manifestazioni. Il test è somministrabile a bambini di età compresa tra gli otto e i sedici anni di età, in quanto è stato utilizzato un linguaggio semplice che agevola la comprensione anche per i bambini più piccoli con una capacità di lettura limitata, inoltre permette di mantenere il focus attentivo dei soggetti in quanto il tempo richiesto per la compilazione è di circa cinque minuti.

RPQ

Quante spesso ti capita quello che è descritto nelle affermazioni seguenti? Rispondi con "0" se non ti capita mai, "1" se ti capita a volte, "2" se ti capita spesso.

	Mai	A volte	Spesso
1. Urlo agli altri quando mi hanno infastidito	0	1	2
2. Litigo con gli altri per mostrare che ero io il migliore	0	1	2
3. Reagisco con rabbia quando gli altri mi provocano	0	1	2
4. Prendo cose da altri studenti (senza che loro lo sappiano)	0	1	2
5. Mi arrabbio quando non riesco a fare qualcosa	0	1	2
6. Rovino qualcosa per divertimento	0	1	2
7. Faccio capricci che portano a scoppi di ira	0	1	2
8. Danneggio cose perché mi senti arrabbiato	0	1	2
9. Faccio a botte in gruppo per sentirmi forte	0	1	2
10. Ferisco gli altri per riuscire a vincere un gioco	0	1	2
11. Arrabbiarmi o essere fuori di me quando non ottengo ciò che voglio	0	1	2
12. Uso la forza fisica per convincere gli altri a fare quello che voglio	0	1	2
13. Arrabbiarmi o infuriarmi quando perdo a un gioco	0	1	2
14. Arrabbiarmi quando gli altri mi minacciano	0	1	2
15. Uso la forza per ottenere denaro o cose dagli altri	0	1	2
16. Sentirmi meglio dopo aver picchiato o urlato contro qualcuno	0	1	2
17. Minaccio o bullizzo qualcuno	0	1	2
18. Faccio telefonate oscene per divertimento	0	1	2
19. Colpisco gli altri per difendermi	0	1	2
20. Convinco gli altri a coalizzarsi contro qualcuno	0	1	2
21. Porto un'arma da usare in una lite	0	1	2
22. Arrabbiarmi o colpisco gli altri quando vengo preso in giro	0	1	2
23. Urlo agli altri in modo che facciano le cose per me	0	1	2

Fig. 3.4 RPQ Questionnaire (Raine et al. 2006)

3.3.2.2 Prosociality scale (Caprara et al., 2005)

La prosociality scale (Caprara et al., 2005) è un questionario self report composto da 15 item che indaga il costrutto della prosocialità, valutando la frequenza con cui le persone tendono a condividere, prendersi cura degli altri e comprendere quando gli altri hanno bisogno di aiuto. Misura, quindi, forme di aiuto ed empatia verso il prossimo. La scala di risposta è una scala likert a tre punti: 0= mai, 1= a volte, 2= spesso. La scala è strutturata in modo tale che vi siano cinque item di controllo (3, 6, 8, 11, 14) così da osservare la veridicità delle risposte dei soggetti. La validazione del questionario ha evidenziato come gli item maggiormente informativi del costrutto indagato fossero quelli relativi ai comportamenti di cura e aiuto (specialmente l'item 13), al contrario quelli meno informativi, ma ugualmente validi, riguardano gli stimoli relativi ai comportamenti di condivisione. La scala ha dimostrato, dalla analisi IRT, di essere principalmente sensibile alle forme moderate e basse di prosocialità e meno per quelle elevate, risulta inoltre non efficace a rilevare le manifestazioni estreme di questo tratto da ambo i versi. Interessanti, inoltre, sono le differenze di genere rilevate nella somministrazione del test, infatti i soggetti di genere femminile tendono ad ottenere punteggi più elevati negli item di supporto emotivo ed empatia, mentre i soggetti di genere maschile negli item che descrivono comportamenti di aiuto e assistenza immediata (Caprara et al., 2005). Tale risultato è in linea con la letteratura la quale mostra come per gli uomini riveste un ruolo centrale la valutazione della propria efficacia di aiuto nella messa in atto di comportamenti prosociali e ai ruoli di genere tradizionali. Ne consegue che lo strumento risulta valido per entrambi i generi, ma differiscono le aspettative nei valori che possono attribuire nelle scale per i diversi item.

PROSOCIALITY SCALE

Quante spesso ti capita quello che è descritto nelle affermazioni seguenti? Rispondi con "0" se non ti capita mai, "1" se ti capita a volte, "2" se ti capita spesso.

	Mai	A volte	Spesso
Cerco di rendere felici le persone tristi	0	1	2
Trascorro del tempo con i miei amici	0	1	2
Mi arrabbio quando devo fare cose che non mi piacciono	0	1	2
Cerco di aiutare gli altri	0	1	2
Sono gentile con gli altri	0	1	2
Piango per cose di poco conto	0	1	2
Condivido le cose che mi piacciono con i miei amici	0	1	2
Mi infastidisco	0	1	2
Aiuto gli altri a fare i compiti	0	1	2
Lascio che gli altri usino i miei giochi	0	1	2
Faccio brutti sogni	0	1	2
Mi piace giocare con gli altri	0	1	2
Mi fido degli altri	0	1	2
Mi mangio le unghie	0	1	2
Abbraccio i miei amici	0	1	2

3.5 Prosociality scale (Caprara et al., 2005)

Capitolo 4:

Discussione dei risultati

La presente ricerca si pone come obiettivo di indagare le differenze che intercorrono nella messa in atto di condotte prosociali ed aggressive in ragazzi e bambini con una diagnosi di disturbo da deficit di attenzione ed iperattività (gruppo ADHD) rispetto ai coetanei a sviluppo tipico (gruppo TD), inoltre ha lo scopo di osservare le diversità nella manifestazione di questi stessi comportamenti ad età differenti.

A tale scopo sono stati selezionati quattro partecipanti, appaiati per genere, età e quoziente intellettivo (Sattler 1988), di cui due frequentati la scuola primaria e due frequentanti la scuola primaria di primo grado.

La scelta di tali criteri per gli appaiamenti è stata dettata dalla necessità di escludere la possibilità che le differenze riscontrate tra i partecipanti potessero essere attribuite a discrepanze nelle capacità cognitive, alla differenza di età o sesso tra gli stessi.

Per confermare la presenza dei tratti di iperattività ed impulsività tipici dell'ADHD è stato somministrato il questionario *Conners' Parent Rating Scale-Revised: Short Form* (CPRS-R:S, Conners, 1997) ai genitori dei partecipanti, da cui ci si attende che i bambini in possesso di una diagnosi di ADHD superino i cut-off di punteggio (65 punti T), che indicano la presenza di disturbi comportamentali, emotivi e sociali di interesse clinico, al contrario per i partecipanti a sviluppo tipico (gruppo TD) tali punteggi ci si aspetta non vengano raggiunti.

Nei test sperimentali, invece, si prevede di rilevare una maggiore presenza di comportamenti aggressivi nei bambini con ADHD rispetto ai coetanei appartenenti al gruppo TD, poiché la letteratura evidenzia nello specifico una maggiore presenza di comportamenti aggressivi in questi bambini dovuti alla loro minore capacità di autocontrollo e inibizione degli impulsi, specialmente nel sotto-tipo iperattivo\impulsivo e combinato (Tseng et al., 2012). Si attende nello specifico una maggiore prevalenza di comportamenti aggressivi di tipo reattivo, dovuti alla loro difficoltà ad interpretare le situazioni sociali da un lato e all'impulsività dall'altro. Inoltre ci si aspetta che in generale questi comportamenti varino sulla base dell'età in termini di prevalenza sia nel gruppo ADHD sia nel gruppo TD, poiché durante lo sviluppo si acquisiscono capacità che permettono di controllare i propri impulsi e a controllare le proprie emozioni sia a livello educativo che psicobiologico, si prevede che aumenti l'aggressività proattiva e viceversa

diminuisca l'aggressività reattiva (Dodge et al., 2006) in entrambi i gruppi mantenendo però una prevalenza maggiore nei ragazzi con ADHD.

Per quanto concerne le abilità prosociali si ipotizza che tali comportamenti siano maggiormente frequenti nei partecipanti appartenenti al gruppo di controllo (TD) a confronto con i partecipanti del gruppo ADHD, poiché questi ragazzi sono maggiormente in difficoltà a leggere le situazioni sociali e comprendere ad esempio quando prestare aiuto, infatti le abilità prosociali sono negativamente correlate all'ADHD (Diamantopoulou et al., 2005), ma in generale ci si aspetta che queste abilità vengano implementate nel tempo e che conseguentemente aumentino i comportamenti prosociali stessi.

4.1 Analisi dei dati relativi al campione

I partecipanti sono stati appaiati per:

- Genere
- Età
- QI (Sattler 1988).

4.1.1 Le analisi dei dati

Nella seguente sezione verranno riportati i risultati, in termini di punteggio ottenuto nelle prove di screening e sperimentali somministrati ai partecipanti del gruppo sperimentale (ADHD) e di controllo (TD).

4.1.2 Test di screening

WISC IV: QI

Sono stati somministrati due sub-test della batteria multicomponentiale WISC IV (Wescler, 2012) quali, disegno con i cubi e vocabolario, a fine di misurare il QI (Aattler 1988), ovvero una stima delle effettive capacità cognitive dei partecipanti. Il QI, coerentemente con le ipotesi iniziali, è risultato in norma, infatti i punteggi rientrano tra 90 e 115, sia per i bambini del gruppo ADHD sia per il gruppo TD. Risultano così correttamente appaiati in funzione del QI.

Nel dettaglio, come è possibile osservare nella tabella 4.1 sottostante, Francesco ha un QI pari a 100 (gruppo ADHD), Edoardo di 106 (gruppo TD), Elia 106 (gruppo ADHD), in fine Paolo raggiunge un QI di 97 (gruppo ADHD).

Nome partecipante	Classe	Gruppo	QI
Francesco	3 [^] primaria	ADHD	100
Edoardo	3 [^] primaria	TD	106
Elia	3 [^] secondaria di primo grado	ADHD	106
Paolo	3 [^] secondaria di primo grado	TD	97

Tabella 4.1 risultati test di screening

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

La somministrazione del questionario Conners Parent Rating Scale-Revised: Short Form (CPRS-R:S, Conners, 1997) ai genitori dei partecipanti alla ricerca ha reso possibile la conferma della presenza di tratti riconducibili all'ADHD nei bambini e ragazzi con una pregressa diagnosi del disturbo ed escluderla, al contrario, nei partecipanti appartenenti al gruppo TD.

In linea con le aspettative intercorrono delle differenze tra i due gruppi in tutti i punteggi nelle sub scale del questionario tra il gruppo sperimentale e di controllo, infatti i ragazzi ADHD ottengono dei valori che superano il cut-off di 65 punti T nella maggior parte degli indici, al contrario questo non accade nei questionari compilati dai genitori dei partecipanti appartenenti al gruppo TD. Nel dettaglio Francesco (ADHD) risulta avere significative difficoltà sia per quanto concerne i problemi cognitivi/disattenzione (p.to T= 80), l'iperattività (p.to T=70) e oppositività (p.t T= 69), raggiunge inoltre un indice ADHD pari a 77. Anche i genitori di Elia (ADHD) riportano che il figlio presenta importanti difficoltà in diversi ambiti, quali l'oppositività (p.to T= 77), problemi cognitivi/disattenzione (p.to T= 73) e raggiunge un indice ADHD complessivo pari ad un punto T di 72, mentre non vengono segnalate problematiche legate all'iperattività (p.to T= 52). I partecipanti del gruppo di controllo non raggiungono in nessuna sub-scala punteggi significativi che possano indicare la presenza di tratti riconducibili alla sintomatologia tipica dell'ADHD.

I partecipanti risultano così appaiati correttamente per età, genere ed abilità cognitive.

4.1.3 Test sperimentali

Nei paragrafi successivi verranno descritti i risultati dei test sperimentali, ottenuti dai partecipanti alla ricerca, volti ad indagare le abilità prosociali e i comportamenti aggressivi tramite, rispettivamente, il Reactive Proactive Questionnaire (RPQ, Raine et al., 2006) e la prosociality scale (Caprara, 2005)

Reactive Proactive Questionnaire (RPQ, Raine et al., 2006)

I dati sono stati rilevati mediante il Reactive Proactive Questionnaire (RPQ, Raine et al., 2006), questionario self report che indaga il costrutto dell'aggressività con l'ausilio di due sub scale che si focalizzano rispettivamente sull'aggressività reattiva (i.e., si manifesta in risposta ad un evento percepito come minaccia) e sull'aggressività proattiva (i.e., processo di elaborazione dove l'aggressività risulta un mezzo per raggiungere un obiettivo e può caratterizzarsi come fenomeno silente) (Dodge, 1990).

Il grafico permette di osservare chiaramente le differenze che intercorrono tra i due gruppi, sperimentale e di controllo, si evince come i bambini della scuola primaria riportino di manifestare maggiori comportamenti aggressivi, sia di tipo proattivo che reattivo rispetto agli adolescenti. Inoltre, per quanto riguarda le differenze tra ADHD e TD, nella scuola primaria emerge come Francesco ottiene un punteggio di 0.5 nella subscale che misura l'aggressività proattiva, che è due volte maggiore di quanto riferito da Edoardo. Entrambi riportano, però, una maggiore prevalenza di comportamenti relativi all'aggressività reattiva, con Francesco con punteggi lievemente più elevati, infatti raggiunge un punteggio grezzo pari a 0.8, mentre Edoardo di 0.7. Il trend si inverte per i partecipanti frequentanti la scuola secondaria di primo grado, in questo caso i ragazzi con ADHD riportano di manifestare meno comportamenti aggressivi rispetto ai coetanei, sia di tipo proattivo che reattivo, tendenzialmente i partecipanti riferiscono una bassa presenza di forme di aggressività proattiva (Elia= 0, Paolo= 0.1), al contrario riportano più comportamenti legati all'aggressività reattiva, in questo caso la differenza tra i due gruppi risulta significativa Elia consegue un punteggio grezzo pari a 0.18 mentre Paolo di 0.06.

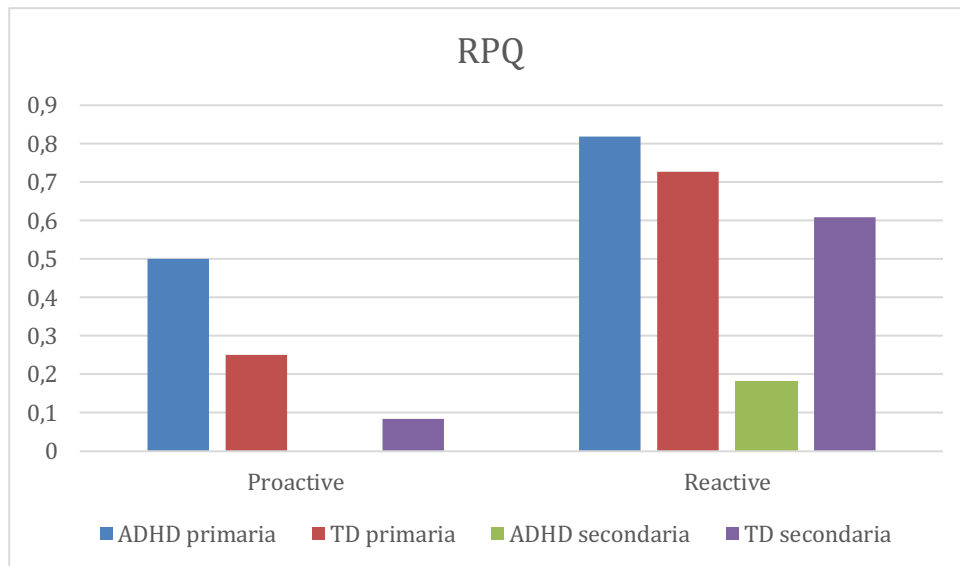


Grafico 4.2 risultati Reactive Proactive Questionnaire (RPQ, Raine et al., 2006),

Prosociality Scale (Caprara et al., 2005)

I risultati emersi dalla somministrazione del questionario self report Prosociality scale (Caprara et al., 2005), che rileva le capacità di condividere, entrare in empatia con l'altro e la capacità di comprendere le diverse situazioni sociali al fine di prestare aiuto, evidenzia, coerentemente con le aspettative, una minore presenza di questi comportamenti nei bambini e ragazzi con ADHD rispetto ai coetanei del gruppo di controllo, sia nei bambini frequentanti la scuola primaria, sia nei ragazzi frequentanti la scuola secondaria di primo grado. Nel dettaglio si osserva come Francesco (gruppo ADHD) ottenga un punteggio grezzo pari a 1.2 rispetto ad Edoardo (gruppo TD) che riporta maggiori comportamenti prosociali ottenendo un punteggio di 1.4. Questa discrepanza aumenta nel corso del tempo, infatti i soggetti pre-adolescenti con ADHD riferiscono di mettere in atto comportamenti prosociali tendenzialmente con una frequenza molto inferiore rispetto ai coetanei, infatti Elia (gruppo ADHD) ottiene un punteggio di 1.6, rispetto a Paolo (gruppo TD) che raggiunge il punteggio più alto di 2,2. In generale si osserva inoltre, come evidente dal grafico, con l'avanzare dell'età le abilità prosociali implementano, sia nei soggetti a sviluppo tipico, sia nei partecipanti con una diagnosi di ADHD, sebbene questi ultimi restino deficitari rispetto alla controparte.

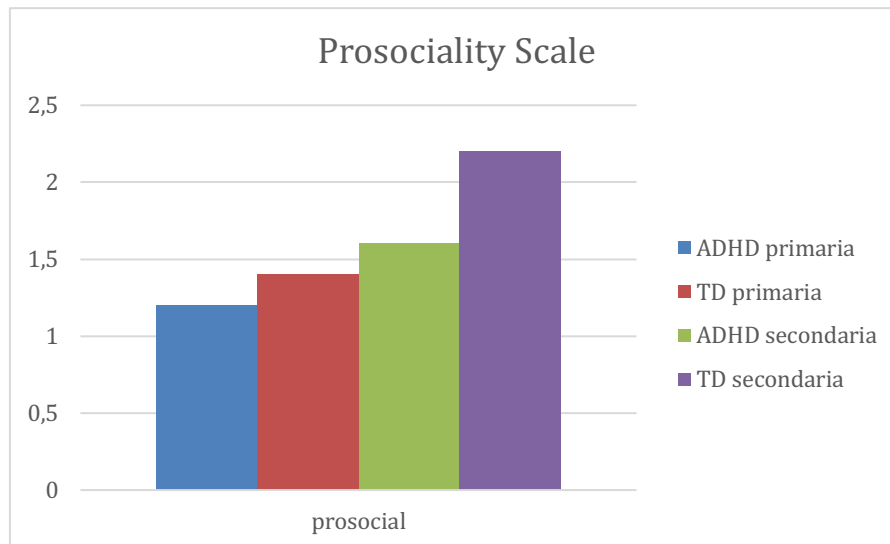


Grafico 4.1 risultati Prosociality Scale (Caprara et al., 2005)

4.2 Discussione dei risultati

I seguenti paragrafi hanno lo scopo di comprendere i risultati emersi nel corso della ricerca, alla luce della letteratura scientifica che la precede. Come descritto nella sezione precedente, l'obiettivo del presente studio è quello di indagare le abilità prosociali, da un lato, e i comportamenti aggressivi, dall'altro, in bambini e ragazzi con disturbo da deficit di attenzione ed iperattività (ADHD), mediante l'ausilio di molteplici test che differiscono a seconda della fase della ricerca stessa, quali di screening e sperimentale.

I partecipanti sono quattro, tra bambini e ragazzi, di sesso maschile di età compresa tra i 9 e 12 anni, a cui nel corso della fase di screening, sono stati somministrati due test, disegno con i cubi e vocabolario tratti dalla batteria multicomponentiale WISC IV (Wescler, 2012) per esaminare le loro capacità cognitive, da cui emerge un QI (Sattler, 1988) in norma sia per i partecipanti a sviluppo tipico (gruppo TD) che con diagnosi di ADHD (gruppo ADHD).

Contemporaneamente è stato compilato dai genitori un questionario per rilevare la presenza di tratti ADHD nei partecipanti tramite le *Conners' Parent Rating Scale-Revised: Short Form* (CPRS-R:S, Conners, 1997), che ha permesso di confermare la diagnosi nel gruppo sperimentale e di escluderla per i partecipanti del gruppo di controllo. Così è stato possibile effettuare gli appaiamenti tra i due gruppi seguendo il criterio di aderenza di sesso, età e funzionamento intellettivo.

Nella fase sperimentale della ricerca è stato richiesto ai partecipanti di compilare dei questionari self report per approfondire le abilità prosociali, mediante la Prosociality

Scale (Caprara, 2005), e dell'aggressività, tramite il Reactive Proactive Questionnaire (RPQ, Raine et al., 2006).

I risultati emersi dallo scoring del Prosociality Scale (Caprara et al., 2005) permettono di supporre che le abilità prosociali nel tempo implementino sia per i bambini con ADHD che per i controlli, ma permane una differenza nella messa in atto di questi comportamenti che risultano maggiormente presenti nei ragazzi a sviluppo tipico. Si può ipotizzare che questo sia perché, come riscontrato in ricerche precedenti, i comportamenti prosociali, generalmente sono negativamente correlati con la sintomatologia ADHD, specialmente per chi affetto dal sotto-tipo disattento del disturbo (Diamantopoulou et al., 2005). La ragione per cui persiste questa discrepanza è probabilmente dovuta alla difficoltà di prestare la corretta attenzione al contesto sociale al fine di cogliere i messaggi contestuali ed aderire alle norme sociali implicite conseguenti. Importante è osservare anche come vi sia un'evoluzione crescente nel tempo nella frequenza con cui si esprimono comportamenti prosociali, poiché sono influenzati dalla maturazione del sistema nervoso che consente lo sviluppo di nuove capacità cognitive, come il decentramento dell'io e l'assunzione di ruolo, che rivestono un ruolo chiave nella condotta prosociale insieme ad una maggiore consapevolezza di sentimenti e motivazioni degli altri che possono differire dalle proprie (De Beni, 1998). Altro aspetto cruciale da evidenziare è il ruolo rivestito dall'educazione nel corso dell'infanzia che permette di accrescere tali competenze, in quanto permette di apprendere norme sociali e standard di comportamento ai quali aderire. Infatti già dagli studi di Green e Schneider del 1974, i comportamenti di aiuto sono, a seguito della maturazione delle capacità cognitive, dettati dalle predisposizioni individuali e contingenze ambientali, le quali risultano più complesse da interpretare da chi è affetto da ADHD (Diamantopoulou et al., 2005).

Le analisi dei questionari RPQ (Raine et al., 2006) somministrati ai partecipanti hanno mostrato una maggiore presenza di comportamenti aggressivi di tipo reattivo, indipendentemente sia dall'età che dal gruppo. Possiamo ipotizzare che questo sia dovuto al fatto che le manifestazioni di aggressività reattiva sono maggiormente diffuse rispetto ai comportamenti dettati dall'aggressività proattiva (Dodge & Coie 1987).

Inoltre, nella scuola primaria di primo grado vi è una maggiore manifestazione di comportamenti aggressivi di tipo, sia reattivo, che proattivo nel bambino con ADHD rispetto allo sviluppo tipico.

Tale evidenza potrebbe essere dovuta all'Hostil Attribution Bias, che può essere definito come la tendenza ad attribuire intenti ostili o minacciosi alle azioni degli altri, nonostante i segnali ambientali non lo indichino chiaramente (Milich & Dodge, 1984). Alcune ricerche mostrano come i bambini con ADHD e tendenze aggressive attribuiscono intenti minacciosi a situazioni ambigue maggiormente dei controlli (Milich & Chivare 1984), al contrario altre non rilevano significative differenze nella misura dell'Hostil Attribution Bias tra bambini con ADHD e gruppo di controllo (King et al., 2009). Sono quindi necessari ulteriori studi per comprendere la relazione che intercorre tra ADHD, aggressività e Hostil Attribution Bias. In generale sembra però persistere un deficit nell'elaborazione dell'informazione sociale (SIP model) nei bambini con ADHD, che potrebbe giustificare la maggiore presenza di comportamenti aggressivi; questi bambini sembrano infatti codificare meno le informazioni sociali rispetto ai controlli, elaborare un numero inferiore di possibili risposte sociali e preferire una risposta aggressiva, se proposta come alternativa, rispetto ai controlli (Mattys et al., 1999).

Per quanto riguarda la scuola secondaria di primo grado, emerge invece come il ragazzo a sviluppo tipico riporti maggiori comportamenti aggressivi sia di natura proattiva che reattiva rispetto al ragazzo con ADHD. Questo risultato, precedentemente non ipotizzato è discrepante rispetto alla letteratura che mostra, invece, un decremento di comportamenti aggressivi agevolati dalla maturazione delle abilità di pianificazione e omissione dei propri intenti aggressivi (Connor, 2004).

Tale risultato potrebbe essere mediato da molteplici fattori; in primo luogo molte ricerche evidenziano come il fenomeno del Positive Illusory Bias (PIB, Hoza et al., 2002), cioè la disparità tra le competenze autoriferite ed effettive, descritta anche come la tendenza a sottostimare la quantità e la pervasività dei propri sintomi, sia presente nelle persone con ADHD, in particolare nel periodo adolescenziale. Ad esempio la letteratura mostra come bambini e adolescenti affetti da ADHD mostrino un'elevata presenza di questo bias, infatti è presente una discrepanza positiva tra le autovalutazioni, le valutazioni di insegnanti/genitori e le effettive prestazioni nei compiti, sia per quanto concerne le abilità accademiche che sociali (Weiner et al., 2012). I dati mostrano che il fenomeno permane anche in adolescenza, i ragazzi continuano, infatti, a non riconoscere pienamente i loro deficit, sottovalutando le loro difficoltà sociali, di apprendimento e nei comportamenti oppositivi (Colomer et al., 2020). Tale PIB avrebbe ruolo di autoprotezione da sintomi depressivi e ansiosi.

La seconda ipotesi vede la desiderabilità sociale come un fattore che inibisce la totale sincerità dei partecipanti nelle risposte, infatti il Social Desiderability Bias esprime la tendenza da parte delle persone di voler dipingere un'immagine di sé più positiva, fornendo risposte socialmente desiderabili, invece di risposte che riflettano l'effettiva realtà. Tale fenomeno è spesso motivato dalla paura del giudizio degli altri e dalla volontà di voler evitare la svalutazione sociale o dal desiderio di voler impressionare l'altro (Millham & Kellogg, 1980), questo presuppone vi siano delle chiare norme sociali che regolano il comportamento o atteggiamento indagato (Tourangeau et al., 2007). Questo potrebbe spiegare i risultati emersi nella somministrazione del questionario RPQ poiché gli item descrivono comportamenti non socialmente accettabili. Tale aspetto combinato alla poca consapevolezza dei propri comportamenti per i bambini e ragazzi con ADHD possono rendere più chiara la ragione dei risultati ottenuti nel questionario RPQ.

4.3 Limiti della ricerca

I possibili limiti di questa ricerca sono legati alla ristrettezza del campione utilizzato, infatti dal punto di vista statistico è più facile ottenere dei risultati estremi a fronte di un campione poco numeroso, al contrario più è ampio è il campione selezionato per lo studio, più i risultati risultano generalizzabili alla popolazione generale di riferimento.

Altro aspetto significativo da osservare è la scelta di utilizzare come metodo di valutazione questionari self report, che possono risultare non sempre validi a causa della desiderabilità sociale, come descritto nei paragrafi precedenti; potrebbe quindi essere efficace in futuri studi confrontare le autovalutazioni dei ragazzi come quelle di insegnanti e genitori, o direttamente con le loro prestazioni oggettive, così da avere una misura non solo della loro autopercezione, ma anche del possibile PIB (Positive Illusory Bias).

Un limite importante risulta essere intrinseco al disegno sperimentale trasversale impiegato nella presente ricerca, infatti vengono misurata una medesima caratteristica in gruppi di età diverse per osservare il suo sviluppo nel tempo. Lo svantaggio principale di questo metodo consiste nella difficoltà ad attribuire i cambiamenti rilevati allo sviluppo o alle differenze individuali che intercorrono tra i partecipanti o ad altre variabili contestuali.

È importante, inoltre, proseguire con la validazione dei questionari utilizzati, così da poter avere una misura standardizzata, anche dei comportamenti aggressivi e prosociali, in modo tale da osservare più approfonditamente le effettive diversità in termini quantitativi e qualitativi di questi stessi comportamenti.

Risulta significativo quindi approfondire maggiormente questi argomenti in future ricerche poiché le implicazioni sociali e di possibile trattamento sono molteplici, infatti riuscendo ad identificare l'evoluzione dei diversi comportamenti aggressivi e prosociali nei bambini con ADHD sarebbe possibile modificare la loro traiettoria di sviluppo, così da poter influenzare positivamente la loro futura integrazione sociale e il loro successo relazionale che solitamente risultano compromesse ledendo la loro qualità di vita.

Bibliografia

- Anna Maria Re, Martina Pedron, Daniela Lucangeli (2010), ADHD e learning disabilities, metodi e strumenti di intervento. Milano: FrancoAngeli
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5. Arlington, VA. (Tr. it.: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014).
- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 148(5), 564–577.
- Caprara, G. V., Capanna, C., Steca, P., & Paciello, M. (2005). Misura e determinanti personali della prosocialità. Un approccio sociale cognitivo. *Giornale italiano di psicologia*, 32(2), 287-308.
- Caprara, G. V., & Pastorelli, C. (1993). Early emotional instability, prosocial behaviour, and aggression: Some methodological aspects. *European Journal of personality*, 7(1), 19-36.
- Caprara, G. V., Steca, P., Zelli, A., & Capanna, C. (2005). A new scale for measuring adults' prosocialness. *European Journal of psychological assessment*, 21(2), 77.
- Colomer, C., Wiener, J., & Varma, A. (2020). Do adolescents With ADHD have a self-perception bias for their ADHD symptoms and impairment?. *Canadian Journal of School Psychology*, 35(4), 238-251.
- Conners' Parent Rating Scale -Revised: Short Form (CPRS-R:S), 1997
- Crisci, G., Capodieci, A., & Mammarella, I. C. (2018). Bambini con sintomi ADHD. Relazione tra problematiche internalizzanti e abilità sociali. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 22(3), 515-534.
- D.E. Connor (2014) Aggression and Antisocial Behaviour in Children and Adolescents: Research and treatment, (pp. 28-31) Londra: The Guilford Press
- De Castro, B. O. (2004). The development of social information processing and aggressive behaviour: Current issues. *European Journal of Developmental Psychology*, 1(1), 87-102.
- Diamantopoulou, S., Henricsson, L., & Rydell, A. M. (2005). ADHD symptoms and peer relations of children in a community sample: Examining associated problems, self-perceptions, and gender differences. *International Journal of Behavioral Development*, 29(5), 388-398.
- Dodge, K.A., & Coie, J.D. (1987). Social Information Processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1146-1158.

- Dodge, K., Coie, J., & Lynam, D. (2006). Aggression and antisocial behavior in youth. In W. Damon, R. Lerner, & N. Eisenberg (Eds), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development*, 6a ed., (719–788). New York: Wiley.
- Factor, P. I., Rosen, P. J., & Reyes, R. A. (2016). The relation of poor emotional awareness and externalizing behavior among children with ADHD. *Journal of attention disorders*, 20(2), 168-177.
- Gurevitz, M., Geva, R., Varon, M., & Leitner, Y. (2014). Early markers in infants and toddlers for development of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18(1), 14-22.
- Helfritz-Sinville, L. E., & Stanford, M. S. (2014). Hostile attribution bias in impulsive and premeditated aggression. *Personality and individual differences*, 56, 45-50.
- King, S., Waschbusch, D. A., Pelham Jr, W. E., Frankland, B. W., Andrade, B. F., Jacques, S., & Corkum, P. V. (2009). Social information processing in elementary-school aged children with ADHD: Medication effects and comparisons with typical children. *Journal of abnormal child psychology*, 37(4), 579-589.
- Kofler, M. J., Larsen, R., Sarver, D. E., & Tolan, P. H. (2015). Developmental trajectories of aggression, prosocial behavior, and social-cognitive problem solving in emerging adolescents with clinically elevated attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 124(4), 1027.
- Luengo Kanacri, B. P., Eisenberg, N., Tramontano, C., Zuffiano, A., Caprara, M. G., Regner, E., ... & Caprara, G. V. (2021). Measuring prosocial behaviors: psychometric properties and cross-national validation of the prosociality scale in five countries. *Frontiers in Psychology*, 2968.
- M. A. Hogg, G. M. Vaughan (2016), *psicologia sociale*, Luciano Arcuri Vedi (a cura di), pp(243-297) Londra: Pearson
- Manor, I., Vurembrandt, N., Rozen, S., Gevah, D., Weizman, A., & Zalsman, G. (2012). Low self-awareness of ADHD in adults using a self-report screening questionnaire. *European Psychiatry*, 27(5), 314-320.
- Martel, M. M., Gremillion, M. L., Roberts, B. A., Zastrow, B. L., & Tackett, J. L. (2014). Longitudinal prediction of the one-year course of preschool ADHD symptoms: Implications for models of temperament-ADHD associations. *Personality and individual differences*, 64, 58-61.
- Matthys, W., Cuperus, J. M., & Van Engeland, H. (1999). Deficient social problem-solving in boys with ODD/CD, with ADHD, and with both disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(3), 311-321.
- Millham, J. and Kellogg, R. W. (1980). 'Need for social approval: Impression management of self-deception?' *Journal of Research in Personality*, 14: 445-457.

OMS, Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali (ICD-10), Masson, Milano, 1992.

Raine, A., Dodge, K., Loeber, R., Gatzke-Kopp, L., Lynam, D., Reynolds, C., ... & Liu, J. (2006). The reactive–proactive aggression questionnaire: Differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 32(2), 159-171.

R. Vianello, G. Gini, S. Lanfranchi, (2019), *Psicologia dello sviluppo*, pp (240-259), Torino: UTET Università

Salviato, C. (2021). Promuovere la competenza sociale nei bambini con disturbi del neurosviluppo attraverso un programma cognitivo-comportamentale sulle abilità sociali. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 25(1), 135-140.

Social Information-Processing Mechanisms in Reactive and Proactive Aggression Nicki R. Crick University of Illinois at Urbana-Champaign Kenneth A. Dodge Vanderbilt University

Vianello R, Mammarella I.(2015) *psicologia delle disabilità una prospettiva life span, il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività (ADHD)*. Bergamo: Junior. (pp. 141 -157)

Vianello R. Gini G. Lanfranchi S. (2019) *psicologia dello sviluppo terza edizione. Lo sviluppo sociale*. Bologna: il mulino. (pp. 243-259)

Tambelli Renata (2017) *psicopatologia dell'infanzia. Disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta* (pp. 350-395)

Tharp, A. L. T., Sharp, C., Stanford, M. S., Lake, S. L., Raine, A., & Kent, T. A. (2011). Correspondence of aggressive behavior classifications among young adults using the Impulsive Premeditated Aggression Scale and the Reactive Proactive Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 279-285.

Tourangeau, R., & Yan, T. (2007). Sensitive questions in surveys. *Psychological Bulletin*, 133(5), 859–883.

Tseng, W. L., Kawabata, Y., Gau, S. S. F., Banny, A. M., Lingras, K. A., & Crick, N. R. (2012). Relations of inattention and hyperactivity/impulsivity to preadolescent peer functioning: the mediating roles of aggressive and prosocial behaviors. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(3), 275-287.

Tuerk, C., Anderson, V., Bernier, A., & Beauchamp, M. H. (2021). Social competence in early childhood: An empirical validation of the SOCIAL model. *Journal of Neuropsychology*, 15(3), 477-499.

Wiener, J., Malone, M., Varma, A., Markel, C., Biondic, D., Tannock, R., & Humphries, T. (2012). Children's perceptions of their ADHD symptoms: Positive illusions, attributions, and stigma. *Canadian Journal of School Psychology*, 27(3), 217-242.

WISC-IV - Wechsler Intelligence Scale for Children quarta edizione (2012).