

UNIVERSITA' DELLA VALLE D'AOSTA  
UNIVERSITE' DE LA VALLÉE D'AOSTE

Anno accademico 2021 – 2022

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE  
PSICOLOGICHE

PROVA FINALE

“ADHD E GENITORIALITÀ: INTERVENTI E NUOVE PROPOSTE  
DI TRAINING”

Docente relatore:

Prof. Stefano Cacciamani

Candidato:

Giorgia Garofalo  
matricola: 18D03071

## Indice

Introduzione	3
Capitolo 1 Che cos'è l'ADHD?	6
1.1 Definizione, descrizione clinica e classificazione	6
1.2 I segni e i sintomi di ADHD nei bambini	9
1.3 La comorbilità del disturbo	11
1.4 Sviluppo e fattori di rischio dell'ADHD	13
1.5 Conclusioni	15
Capitolo 2 Gli interventi terapeutici	16
2.1 MTA: "The Multimodal Treatment Study of Children with ADHD"	16
2.2 La terapia farmacologica per l'ADHD	17
2.3 Trattare l'ADHD con le terapie psicologiche	19
2.4 ADHD e <i>Parent Training</i>	19
2.5 ADHD e <i>Teacher Training</i>	21
2.6 ADHD e <i>Child Training</i>	22
2.7 Conclusioni	23
Capitolo 3 Percorso formativo alla consapevolezza all'ADHD basato sulla mindfulness	25
3.1 Il rapporto tra genitore e figlio con ADHD	25
3.2 I limiti dei trattamenti farmacologici e cognitivo-comportamentale	26
3.3 Un intervento innovativo: <i>Mindfulness Training</i>	27
3.4 <i>Mindful Parenting</i> (MP) e <i>Mindful Child Training</i> (MC): modalità di svolgimento	28
3.5 I risultati dei training	30
3.6 Conclusioni	31

Conclusioni 32

Riferimenti Bibliografici 35

## Introduzione

Alla base di questo lavoro di tesi vi è l'analisi del disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) nei bambini. In particolare, la domanda di ricerca su cui tale lavoro si focalizza è la seguente: quali benefici potrebbe avere la formazione alla consapevolezza per bambini con ADHD e per i loro genitori?

In particolare, si pone l'attenzione su quali sono le tecniche di intervento possibili al fine di migliorare la qualità di vita sia del bambino con ADHD, sia dei suoi genitori, all'interno del contesto familiare, ma non solo; un altro contesto potrebbe essere quello scolastico.

Le motivazioni che mi hanno spinto ad approfondire tale tema poggiano soprattutto su una radice. L'interesse nei confronti del disturbo da deficit di attenzione e iperattività, soprattutto nei bambini è stato influenzato e incentivato da alcune esperienze vissute personalmente durante il mio lavoro presso la scuola dell'infanzia, sia come maestra di sostegno, che come maestra curricolare.

L'obiettivo di questa tesi di laurea è quello di fornire un quadro sui vari tipi di interventi, i quali possono essere d'aiuto nell'affrontare le problematiche legate all'ADHD. Da una parte vi è un'analisi sui vari tipi di interventi tradizionali, dall'altra si passa a presentare una tecnica per così dire innovativa di training, basata sulla *Mindfulness*. Poiché il momento storico non ha permesso un'indagine di tipo empirico sull'argomento, è stata condotta un'indagine bibliografica. Partendo dall'analisi di articoli scientifici riguardo l'ADHD, mi sono soffermata soprattutto su quegli articoli che andavano a proporre delle tecniche e strategie di intervento innovative per tale disturbo.

La tesi è articolata in tre capitoli. Nel primo capitolo viene fornita un'introduzione del disturbo da deficit di attenzione e iperattività, andandolo a definire clinicamente. Attraverso un excursus storico, che parte dalla prima volta che il termine "ADHD" venne utilizzato: nello specifico questo avvenne nel 1902 quando un medico inglese di nome George F. Still, pubblicò sulla rivista scientifica di ambito medico "The Lancet", qualche osservazione su un gruppo di bambini che presentavano <<una straordinaria mancanza di controllo morale>>. L'excursus arriva a come gli studi e le conoscenze riguardo a tale disturbo si siano sviluppati ed evoluti nel corso soprattutto degli ultimi

decenni. In seguito, si passa ad analizzare il tema dello sviluppo e delle cause che si ipotizzano essere alla base dell'ADHD.

Tali cause come vedremo nello specifico nel capitolo, non sono ancora state definite in modo consensuale. Nella parte finale invece viene trattato l'argomento legato alla sintomatologia dei bambini con ADHD e alcune comorbidità che si possono verificare in concomitanza con tale disturbo.

Nel secondo capitolo ci si occupa dei possibili interventi terapeutici da mettere in atto con bambini con ADHD, i quali, affinché abbiano una buona riuscita, è necessario che siano di tipo multimodale, cioè che vadano ad includere il bambino, la famiglia e l'ambiente scolastico. L'obiettivo principale di tale capitolo è permettere al lettore di conoscere in linea generale i possibili interventi terapeutici, che, come si potrà vedere più avanti nello specifico, sono: l'intervento farmacologico, il *Parent Training*, il *Teacher Training* e il *Child Training*. Questi interventi terapeutici non sono solo d'aiuto ai bambini con ADHD, ma danno un grande supporto anche alle famiglie e al contesto scuola.

Il terzo ed ultimo capitolo si concentra sull'analisi dei *Parent Training* che non prevedono la punizione come parte integrante del training. un esempio di tale tipo di training è quello basato sul metodo della Mindfulness. Si parte presentando il rapporto che molto spesso si può creare tra bambino con ADHD e genitori: questi ultimi spesso non riescono a controllare i propri livelli di stress, andando ad avere delle reazioni automatiche ed impulsive verso i propri figli, le quali però non permettono di avere dei risultati positivi. Vengono poi esposti i limiti che si possono riscontrare con i Training tradizionali, quali l'intervento farmacologico, il *Parent Training*, il *Teacher Training* e il *Child Training*. Infine, si passa a definire la *Mindfulness Training* vera e propria, esponendo la metodologia; quindi, come il training viene organizzato ed effettuato e vengono presentati i risultati che si possono ottenere grazie a tale training, i quali possono essere ad esempio una significativa riduzione della disattenzione e dei sintomi di iperattività/impulsività del bambino; ma anche una maggiore consapevolezza nei genitori riguardo il disturbo dell'ADHD.

Grazie a questo elaborato è stato possibile analizzare le principali caratteristiche dell'ADHD, in una visione positiva riguardo la ricerca di strategie per poter affrontare i problemi collegati. Infatti, tali strategie aiutano in primis il bambino ad autocontrollarsi nei momenti in cui si verificano degli episodi di disattenzione e/o iperattività; ma allo stesso tempo sono utili anche ai genitori e agli insegnanti, poiché

offrono un'altra prospettiva del disturbo, un modo nuovo di approcciarvisi e di affrontarlo.

# CAPITOLO 1

## “Che cos’è l'ADHD?”

In questo capitolo iniziale viene definito e descritto clinicamente il disturbo da deficit di attenzione e iperattività. Il discorso viene avviato con una presentazione storica del disturbo, evidenziando come le conoscenze a riguardo si siano evolute e di conseguenza anche il modo di approcciarsi all'ADHD.

Successivamente si passerà ad affrontare il tema dello sviluppo e delle cause legate all'ADHD. Quest'ultime non sono ancora state definite scientificamente, ma da diversi decenni gli studiosi, si sono concentrati sui fattori di rischio, riscontrando che essi possono essere ad esempio genetici, ambientali, ed altri ancora.

Nella parte finale verranno presentati i sintomi che si riscontrano nei bambini con ADHD e alcune delle comorbilità possibili con tale disturbo.

### 1.1 Definizione, descrizione clinica e classificazione

ADHD è l'acronimo della forma completa di disturbo da deficit di attenzione/iperattività, traduzione di Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Esso è un disturbo del neurosviluppo che riguarda sia l'area dei comportamenti sia l'area cognitiva. Tra la popolazione generale l'ADHD è più frequente nei maschi che nelle femmine, con un rapporto approssimativamente di 2:1 nei bambini. I bambini affetti da ADHD incontrano difficoltà nel concentrarsi su un'attività particolare, sono disorganizzati nello svolgerla e caratterizzati da una bassa persistenza, inoltre sono impulsivi e sempre irrequieti; infatti, difficilmente riescono a mantenere la calma per tempi prolungati. Questo perché le specifiche di tale disturbo sono proprio la carenza di attenzione e gli elevati livelli di comportamenti impulsivi e iperattivi.

La disattenzione si manifesta a livello comportamentale, soprattutto come difficoltà a mantenere l'attenzione per un periodo di tempo prolungato e quindi si presenta come divagazione dal compito, mancanza di perseveranza, disorganizzazione; c'è da specificare però che essa non è causata da un atteggiamento di sfida o da mancanza di comprensione.

L'iperattività si presenta a livello motorio, come un'eccessiva attività motoria che si manifesta specialmente in momenti non appropriati, ad esempio un eccessivo dimenarsi, tamburellamenti delle dita o anche eccessiva loquacità.

L'impulsività infine viene definita come un'incapacità di inibire i comportamenti e si riferisce ad azioni affrettate non preceduta da premeditazione, le quali possono anche essere dannose per l'individuo. Comportamenti impulsivi possono manifestarsi in varie forme, ad esempio come invadenza sociale oppure prendere decisioni affrettate senza pensare alle conseguenze a lungo termine.

Bisogna tenere presente che le manifestazioni del disturbo devono essere presenti in più di un contesto, da quello casalingo e scolastico, a quello lavorativo. Affinché si possa ottenere una conferma della presenza di sintomi rilevanti, è necessario consultare persone informate che hanno osservato l'individuo in tali ambienti. Solitamente i sintomi variano anche in relazione del contesto all'interno di un dato ambiente, nello specifico si può osservare che i sintomi del disturbo sono minimi o assenti quando l'individuo riceve frequenti ricompense per aver tenuto un comportamento adeguato, è sotto stretta sorveglianza, è in un ambiente nuovo, è particolarmente interessato all'attività svolta, riceve una cospicua stimolazione esterna, o interagisce vis-à-vis con un altro individuo, così come accade ad esempio nello studio del clinico.

Il termine "ADHD" venne utilizzato per la prima volta nel 1902 da un medico inglese di nome George F. Still, il quale pubblicò sulla rivista scientifica di ambito medico "The Lancet", qualche osservazione su un gruppo di bambini che presentavano <<una straordinaria mancanza di controllo morale>>. Egli portò all'attenzione dei ricercatori il fatto che tali bambini, pur non potendo controllare la propria condotta come i bambini normodotati, erano intelligenti.

Se prima di questo momento, la documentazione clinica sull'ADHD era quasi del tutto inesistente, negli ultimi decenni, l'ADHD è invece diventata una delle sindromi infantili più studiate e discusse al mondo.

L'American Psychological Association nel 1952, pubblicò il primo "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali" (DSM), inserendovi tutte le malattie mentali riconosciute fino a quel momento, menzionandone le cause conosciute di ogni condizione, i fattori di rischio e le loro terapie. In questa edizione iniziale, l'ADHD non venne riconosciuta. La si vede inserita per la prima volta all'interno della versione del DSM pubblicata nel 1968, ma sotto la dicitura di Disturbo Ipercinetico degli Impulsi.

Nel 1980, l'APA divulgò la terza versione del DSM (DSM-III), nel quale il Disturbo Ipercinetico degli Impulsi venne rinominato in Disturbo da Deficit di Attenzione (ADD). Tale denominazione deriva dal fatto che in questo frangente storico, gli scienziati non ritenevano l'iperattività un segno frequente della condizione. Come



risultato di tale classificazione, emersero due sottogruppi di ADD: il primo, ADD con iperattività, e il secondo ADD senza iperattività.

Nel 1987, l'APA nella nuova versione del DSM-III, raggruppò i tre sintomi, ossia disattenzione, impulsività e iperattività, in un'unica categoria, non distinguendo i sottotipi della condizione.

Nel 2000, venne pubblicato il DSM-IV, qui vi si definirono tre sottotipi di ADHD, il primo ADHD di tipo misto, il secondo ADHD della disattenzione e il terzo ADHD iperattiva e impulsiva.

Si arriva infine al 2013, anno in cui l'APA pubblicò l'attuale versione del DSM, ora nella sua quinta edizione.

Qui vi troviamo un'importante caratterizzazione dell'ADHD, cioè quella di essere stata inserita all'interno del capitolo dei Disturbi del neurosviluppo, a differenza dell'edizione precedente che la vedeva insieme ai Disturbi del comportamento dirompente. Come nell'edizione precedente, per porre diagnosi di ADHD è necessario che compaiano almeno 6 dei 9 sintomi di disattenzione e/o di iperattività-impulsività che vengono descritti nel manuale e che essi perdurino per un periodo di almeno 6 mesi. Sono presenti però diverse differenze rispetto alla precedente edizione, che rendono più flessibile la possibilità di fare una diagnosi di ADHD, soprattutto in riferimento ad adolescenti e adulti.

Infatti, è ammesso che i sintomi possano comparire entro i 12 anni e non più solo entro i 7 anni; inoltre, per la diagnosi ad adolescenti e adulti sono richiesti almeno 5 sintomi (invece di 6) sui 9 descritti.

La nuova edizione del DSM presenta anche altre differenze, come ad esempio il fatto che non si parli più di tre «sottotipi», ma di tre «manifestazioni prevalenti», riflettendo la possibilità che un sottotipo possa modificarsi in un altro durante lo sviluppo.

Le tre manifestazioni prevalenti che il DSM-5 classifica sono:

- Manifestazione con disattenzione predominante (F90.0): se il Criterio A1 (disattenzione) è soddisfatto ma il Criterio A2 (iperattività-impulsività) non è soddisfatto negli ultimi 6 mesi.
- Manifestazione con iperattività/impulsività predominanti (F90.1): se il Criterio A2 (iperattività-impulsività) è soddisfatto e il Criterio A1 (disattenzione) non è soddisfatto negli ultimi 6 mesi.
- Manifestazione combinata (F90.2): se il Criterio A1 (disattenzione) e il Criterio A2 (iperattività-impulsività) sono soddisfatti entrambi negli ultimi 6 mesi.

Inoltre, compaiono per la prima volta delle specifiche sul livello di gravità del disturbo (lieve, moderato, grave), come a voler rendere più dimensionale e meno categoriale la descrizione del disturbo.

Un'altra importante novità riguarda il fatto che è ora prevista una «remissione parziale dei sintomi», con la quale si intende che se in precedenza erano stati soddisfatti tutti i criteri ma negli ultimi sei mesi non tutti i sintomi sono ancora presenti, pur causando ancora compromissione del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo, è possibile ancora fare diagnosi.

Infine, è possibile diagnosticare contemporaneamente l'ADHD e il disturbo dello spettro autistico (Autistic Spectrum Disorder, ASD), perché quest'ultimo non è più un criterio di esclusione diagnostica (Tannock, 2013).

Per quanto riguarda invece l'ICD-11, pubblicato dall'OMS nel 2018, ha apportato diverse modifiche alla definizione di ADHD ed è molto più allineato con il DSM. Infatti, la prima differenza con l'edizione precedente che è subito possibile notare riguarda proprio l'etichetta diagnostica: mentre nell'edizione precedente si parlava di disturbo dell'attività e dell'attenzione adesso si parla di disturbo da deficit di attenzione e iperattività, proprio come nel DSM e anche in questo manuale il disturbo viene fatto rientrare tra i disturbi del neurosviluppo. Come nel DSM e diversamente dall'edizione precedente, si parla anche qui di varie manifestazioni del disturbo. E vengono indicati tre sottotipi che sono praticamente uguali al DSM in quanto si parla di:

- 6A05.0 Disturbo da deficit di attenzione e iperattività, presentazione prevalentemente disattenta.
- 6A05.1 Disturbo da deficit di attenzione e iperattività, presentazione prevalentemente iperattivo-impulsiva.
- 6A05.2 Disturbo da deficit di attenzione e iperattività, presentazione combinata.

Per quanto riguarda le differenze rimaste tra i due manuali, possiamo evidenziare il fattore età di insorgenza del disturbo: mentre nel DSM si parla di 12 anni nell'ICD si parla «dell'inizio e metà infanzia».

Un altro fattore discordante riguarda il fatto che l'ICD-11 mantiene, tra i criteri di esclusione, i disturbi dello spettro autistico.

## 1.2 I segni e i sintomi di ADHD nei bambini

Nel momento in cui al bambino viene richiesto di soddisfare le richieste dell'ambiente e ciò non avviene, è proprio in questa situazione che le difficoltà sono maggiormente evidenti. Pertanto, è in coincidenza di «scatti» di richieste ambientali

legati allo sviluppo che le problematiche diventano più evidenti: ad esempio in coincidenza con l'ingresso nella scuola primaria, con l'aumento delle complessità dei compiti, con le nuove richieste sociali durante la preadolescenza e l'adolescenza.

Le difficoltà aumentano in corrispondenza dell'ingresso alla scuola primaria, perché si espone il bambino all'effettiva presenza di regole da rispettare e compiti da eseguire.

Gli insegnanti, di conseguenza, denotano un atteggiamento immaturo soprattutto dal punto di vista comportamentale: durante i primi anni della scuola dell'obbligo, il bambino affetto da ADHD, nonostante l'intelligenza pari a quella dei suoi coetanei, si mostra molto attivo e con un atteggiamento biologicamente poco maturo rispetto all'età cronologica. Presenta, inoltre, problematiche anche negli apprendimenti, sia per una predisposizione genetica che accomuna ADHD e DSA, sia come conseguenza secondaria delle sue caratteristiche.

La disattenzione, infatti, comporta importanti difficoltà nella pianificazione e nell'organizzazione dei propri compiti o nella coordinazione delle proprie attività, andando così a ostacolare il percorso scolastico dei bambini e dei ragazzi con ADHD. Ad esempio, Barkley, Fischer., Smallish e Fletcher, 2006) hanno rilevato che, per questi ragazzi, la probabilità di essere bocciati almeno una volta è 8 volte superiore rispetto alla media.

Il comportamento del bambino con ADHD varia nella sua problematicità a seconda della situazione con cui soggetto si trova ad interagire. Nei momenti di gioco libero, ad esempio, condizione con una possibilità di movimento maggiore rispetto al tipico contesto di una lezione frontale, l'alunno mostra un maggior controllo rispetto a circostanze in cui, invece, si richiede il rispetto di regole precise stabilite. In quest'ultimo caso, il bambino con ADHD tende ad assumere un atteggiamento considerato e descritto solitamente dagli insegnanti come «problematico e difficile da gestire».

L'iperattività e la difficile gestione dell'autocontrollo tendono a presentarsi in modo meno frequente e meno intenso con la crescita, per essere poi parzialmente sostituite da una sorta di "agitazione interiorizzata" caratterizzata da manifestazioni quali insofferenza, impazienza e continui cambi di attività o movimenti del corpo (Fischer, Barkley, Fletcher e Smallish, 1993).

L'inserimento alla scuola primaria, inoltre, tende ad influire anche sui problemi interpersonali. La difficoltà in oggetto, infatti, nonostante si presenti nella maggior parte dei casi in età prescolare, è stimolata ed aggravata dalle interazioni positive con i coetanei che richiedono sforzi sempre maggiori in termini di abilità sociali, comunicazione e autocontrollo.

Questo tipo di interazione sociale può essere ulteriormente ostacolato da atteggiamenti oppositivi come ostinazione, limitato obbedienza alle regole, prepotenza, labilità dell'umore, scarsa tolleranza alla frustrazione, scatti d'ira e una bassa autostima.

### 1.3 La comorbilità del disturbo

Nei contesti clinici, sono frequenti i disturbi di comorbilità tra gli individui i cui sintomi soddisfano i criteri per l'ADHD. Nella popolazione generale, si può osservare che il disturbo oppositivo provocatorio<sup>1</sup>, si presenta in concomitanza dell'ADHD in circa la metà dei bambini con una manifestazione combinata e in circa un quarto che presenta una manifestazione con disattenzione predominante.

Un disturbo della condotta<sup>2</sup> può verificarsi in concomitanza con l'ADHD in circa un quarto dei bambini o degli adolescenti che presentano una manifestazione combinata, a seconda dell'età e del contesto. La maggior parte dei bambini e degli adolescenti con disturbo da disregolazione dell'umore dirompente<sup>3</sup>, presenta sintomi che soddisfano anche i criteri per l'ADHD; invece, vi è una percentuale minore di bambini con correlazione inversa. In concomitanza con l'ADHD possono manifestarsi anche

---

<sup>1</sup> Disturbo oppositivo provocatorio: *“la caratteristica essenziale è un pattern frequente e persistente di umore collerico/irritabile, comportamento polemico/provocatorio o vendicativo. [ ] I sintomi del disturbo oppositivo provocatorio possono essere limitati a un unico ambiente e questo è il più delle volte la casa.” (DSM-5, 2014, p. 541)*

<sup>2</sup> Disturbo della condotta: *“La caratteristica fondamentale del disturbo è un pattern di comportamento ripetitivo e persistente in cui vengono violati diritti fondamentali degli altri oppure le principali norme o regole sociali appropriate all'età. Questi comportamenti si inseriscono in quattro gruppi fondamentali: condotta aggressiva che causa o minaccia danni fisici ad altre persone o ad animali, condotta non aggressiva che causa perdita o danneggiamento della proprietà, frode o furto e gravi violazioni di regole. Tre o più comportamenti caratteristici devono essere stati presenti durante i 12 mesi presi precedenti, con almeno un comportamento presente nei sei mesi precedenti. L'anomalia del comportamento causa una compromissione clinica significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo. Il pattern di comportamento di solito presente in diversi ambienti, come la casa, la scuola o la comunità.” (DSM-5, 2014, p. 552)*

<sup>3</sup> Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente: *“la caratteristica principale del disturbo è una cronica, grave e persistente irritabilità. Tale grave irritabilità ha due manifestazioni cliniche preminenti, la prima delle quali sono i frequenti scoppi di collera che vengono tipicamente in risposta alla frustrazione e possono essere verbali o comportamentali. Essi devono verificarsi frequentemente nell'arco di almeno un anno, in almeno due contesti, come la casa e la scuola, e devono essere in appropriati allo stadio di sviluppo. La seconda manifestazione di grave irritabilità consiste in un umore persistentemente o cronicamente arrabbiato, tra i gravi scoppi di collera. Tale umore irritabile o arrabbiato deve essere caratteristico del bambino, essendo presente per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, ed evidente a chi fa parte dell'ambiente del bambino.” (DSM-5, 2014, p. 181)*

disturbi specifici dell'apprendimento<sup>4</sup>. I disturbi d'ansia<sup>5</sup> e il disturbo depressivo maggiore<sup>6</sup> si manifestano in una minoranza di individui con ADHD, ma più spesso che nella popolazione generale. Il disturbo esplosivo intermittente<sup>7</sup> si manifesta in una minoranza di adulti con ADHD ma con maggiore frequenza rispetto alla popolazione generale.

---

<sup>4</sup> Disturbo specifico dell'apprendimento: "è un disturbo del neurosviluppo con un'origine biologica che alla base delle anomalie a livello cognitivo che sono associate ai sintomi comportamentali del disturbo. Una caratteristica essenziale del disturbo specifico dell'apprendimento è la persistente difficoltà di apprendimento delle abilità scolastiche chiave, con esordio durante gli anni scolastici. Le abilità scolastiche chiave comprendono la lettura delle singole parole in modo preciso e fluente, la comprensione della lettura, espressioni scritte, spelling, calcolo aritmetico e ragionamento matematico (risoluzione di problemi matematici). Esempi di tale disturbo sono: dislessia, disgrafia, disortografia e discalculia." (DSM-5, 2014, p. 181)

<sup>5</sup> Disturbi d'ansia: "comprendono quei disturbi che condividono caratteristiche di paura e ansia eccessive e disturbi comportamentali correlati. La paura e la risposta emotiva a una minaccia imminente, reale o percepita, mentre l'ansia e l'anticipazione di una minaccia futura. Naturalmente, questi due stati si sovrappongono, ma sono anche differenti: la paura è più spesso associata a picchi di attivazione autonoma necessarie alla lotta o alla fuga, pensieri di pericolo immediato e a comportamenti di fuga, mentre l'ansia è più frequentemente associata alla tensione muscolare e alla vigilanza in preparazione al pericolo futuro e a comportamenti prudenti o di Evitamento. Essi differiscono dalla normale paura o ansia evolutive perché sono eccessivi o persistenti rispetto allo stadio di sviluppo." (DSM-5, 2014, p. 217)

<sup>6</sup> Disturbo depressivo maggiore: "i sintomi per tale disturbo devono essere presenti quasi tutti i giorni, eccezione della modificazione di peso e dell'ideazione suicidaria. L'umore depresso deve essere presente per la maggior parte del giorno, oltre che quasi tutti i giorni. Spesso l'insonnia o la faticabilità rappresentano il sintomo di manifestazione []. In un'alta percentuale di casi sono presenti faticabilità e alterazioni del sonno; disturbi psicomotori sono molto meno comuni ma indicativi di una maggiore gravità complessiva, così come lo è la presenza di sensi di colpa deliranti o semi deliranti. La caratteristica essenziale di un episodio depressivo maggiore è un periodo di almeno due settimane durante il quale vi è la presenza di umore depresso o la perdita di interesse o piacere in quasi tutte le attività. Nei bambini l'umore può essere irritabile piuttosto che triste. L'individuo deve anche avere almeno quattro sintomi aggiuntivi derivanti da una lista che include modificazioni dell'appetito e del peso, del sonno e dell'attività psicomotoria; diminuzione di energia; sensi di autosvalutazione o di colpa; difficoltà nel pensare, concentrarsi o prendere decisioni; oppure pensieri ricorrenti di morte o ideazione suicida aria o piani per commettere suicidio o tentativi di suicidio. [] L'episodio deve essere accompagnato da disagio clinicamente significativo o da compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti." (DSM-5, 2014, p. 188-190)

<sup>7</sup> Disturbo esplosivo intermittente: "Le esplosioni di aggressività impulsive (o generate dalla rabbia) si scatenano rapidamente e, tipicamente, non hanno un periodo prodromico, oppure questo è breve. Tali esplosioni durano tipicamente meno di 30 minuti e comunemente si verificano in risposta a una provocazione di scarsa entità da parte di un familiare stretto o un amico. Gli individui con disturbo esplosivo intermittente e spesso presentano episodi meno gravi di attacchi verbali o fisici che non comportano danni, distruzioni e ferite alternati episodi più gravi con distruzione di proprietà o aggressione." (DSM-5, 2014, p. 546)

Bisogna però tenere presente che la comorbilità tra ADHD e gli altri disturbi, è un tema delicato sul quale vi è ancora un dibattito aperto in letteratura.

Prendendo come esempio il tema della comorbilità tra ADHD e Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA), secondo Cornoldi (2019), diversi studi hanno mostrato che vi è un profilo neuropsicologico differente tra i bambini che presentano sia ADHD che DSA e invece i bambini che presentano uno solo tra i due disturbi. A tale proposito ci sono alcuni autori, ad esempio, Taylor (1986) che trattano il gruppo con disturbo misto come un sottotipo dell'ADHD, il quale presenta un profilo neuropsicologico diverso rispetto a quello dell'ADHD "puro".

Altri autori, come Pennington, Groisser e Welsh (1993) ritengono che l'ADHD associato al DSA possa essere un fenomeno secondario al disturbo di apprendimento, questo perché le prestazioni cognitive del gruppo con ADHD+DSA sono risultate più simili a quelle dei bambini con DSA (ipotesi della "fenocopia"). Questo modello interpretativo presuppone che un soggetto abbia primariamente un disturbo dell'apprendimento, complicato successivamente da un quadro comportamentale che ricalca le caratteristiche dell'ADHD.

#### 1.4 Sviluppo e fattori di rischio dell'ADHD

Durante i primi anni di vita del bambino spesso capita che i genitori osservino un'eccessiva attività motoria, ma vi è da tener presente che prima dei 4 anni difficilmente i sintomi sono distinguibili dai comportamenti normali altamente variabili.

La maggior parte delle volte l'ADHD viene identificata negli anni della scuola primaria, periodo in cui la disattenzione diventa più evidente e invalidante, mentre nell'età prescolare la principale manifestazione è l'iperattività.

Solitamente il disturbo è relativamente stabile durante la prima adolescenza, ma alcuni individui possono avere un decorso peggiore legato allo sviluppo di comportamenti antisociali. In molti individui, con l'avvenire dell'adolescenza e dell'età adulta, i sintomi dell'iperattività motoria diventano meno evidenti, ma permangono le difficoltà legate a irrequietezza, disattenzione, scarsa pianificazione e impulsività.

Sebbene le cause esatte dell'ADHD siano ancora sconosciute, da diversi decenni i ricercatori si concentrano sull'individuazione dei fattori scatenanti dell'ADHD, spaziando da quelli genetici a quelli ambientali, fino ad arrivare a quelli temperamentali.

Le neuroscienze hanno dato un notevole contributo alla comprensione delle cause dell'ADHD perché includono diversi approcci e strumenti della comprensione del disturbo.

Faraone e Larsson (2018) hanno analizzato 37 studi di genetica delle popolazioni con gemelli con ADHD e hanno calcolato che la percentuale media di ereditabilità dei sintomi dell'ADHD dovuta a fattori genetici si attesta al 74%, l'ereditabilità è quindi consistente. Questo significherebbe che per circa tre quarti della popolazione, le cause dell'ADHD dipendono da fattori genetici, mentre il resto dipende da eventi di natura ambientale.

Tra i fattori prenatali non genetici le cause maggiormente studiate e predittive dell'ADHD sono l'uso da parte della madre di nicotina e di alcol durante la gravidanza, oppure anche un bambino nato prematuro o sottopeso (inferiore a 1500 grammi) ha un rischio maggiore di sviluppare tale disturbo.

Una minoranza di casi di ADHD può essere correlata con reazioni ad aspetti della dieta, la presenza di una storia di abuso durante l'infanzia, trascuratezza, adozioni multiple, esposizioni a neurotossine, infezioni.

Nella comprensione delle cause dell'ADHD, abbiamo poi la genetica molecolare che si occupa di comprendere quali siano gli specifici geni coinvolti nel disturbo. La genetica molecolare utilizza due metodi: quello del linkage e quello del genoma-scan.

Attraverso la strategia del linkage (Plomin e Colledge, 2001), si identificano le aree dei cromosomi che contengono i geni coinvolti, studiando il DNA del bambino con ADHD e quello dei suoi genitori. Cornoldi (2019) indica che nell'ADHD la maggior parte degli studi si sono focalizzati sull'analisi dei geni regolatori delle catecolamine. In particolare, il focus delle ricerche è stato posto sul sistema dopaminergico, il cui ruolo nella sindrome è stato stabilito su basi indipendenti:

- a) i farmaci utilizzati con successo nel trattamento dell'ADHD agiscono principalmente su questo sistema;
- b) ulteriori evidenze sono state trovate grazie agli studi di neuroimmagine e a quelli basati sui modelli animali.

Il secondo metodo di indagine prevede lo scan dell'intero genoma, ma i risultati ottenuti sono piuttosto contraddittori, pertanto, l'effetto di singole regioni di DNA nel predire l'insorgenza dell'ADHD è molto limitato. Una prima metanalisi (Zhou et al., 2008) ha dimostrato che solamente nel cromosoma 16 è stata individuata una variante di DNA che può essere associata all'ADHD.

Per valutare le basi neuroanatomiche dell'ADHD le ricerche hanno utilizzato soprattutto la tecnica della risonanza magnetica (RM) che consente di ottenere un'immagine delle strutture del cervello e del cervelletto, e la risonanza magnetica

funzionale che permette inoltre di verificare la fisiologia del cervello, in particolare il consumo di glucosio e di ossigeno.

Numerosi sono gli studi che concordano nel ritenere che nell'ADHD il circuito principalmente coinvolto sia quello che include le regioni prefrontali, il corpo striato e il cervelletto. Questo lungo circuito controlla diversi processi cognitivi (frontale), emotivi (corpo striato) e di regolazione di vari meccanismi, tra cui anche quelli motori, linguistici e di stima temporale (cervelletto). Nel dettaglio: le regioni prefrontali di destra sarebbero più coinvolte nell'ADHD rispetto a quelle di sinistra (Van Ewijk, Heslenfelda, Zwiers, Buitelaar e Oosterlaan, 2012), così come i gangli della base di destra, la capsula interna bilaterale e il cervelletto di sinistra (Nakao, Radua, Rubia e Mataix-Cols, 2011).

Un altro dato a sostegno della base neurologica dell'ADHD riguarda il ridotto spessore della materia grigia della corteccia: i bambini con ADHD hanno lo spessore corticale pari a quello di bambini sani di un'età inferiore di 2 anni, suggerendo un ritardo maturativo del cervello di circa due anni.

Altre regioni cerebrali che sembrano avere un ruolo nelle basi neurologiche dell'ADHD sono i lobi occipitali bilaterali.

## 1.5 Conclusioni

In conclusione, il capitolo appena presentato ha avuto l'obiettivo di presentare il quadro generale del disturbo da deficit di attenzione e iperattività.

Grazie a quanto detto nella prima parte, si può affermare che tale disturbo comporta difficoltà nel dominio cognitivo, comportamentale ed emotivo-relazionale.

I segni e sintomi più evidenti dell'ADHD nei bambini sono l'iperattività, l'impulsività e la disattenzione, le quali possono diventare più evidenti nel momento in cui viene chiesto al bambino di rispondere a delle richieste ambientali legate allo sviluppo.

Sulle cause dell'ADHD il dibattito è ancora aperto, però grazie agli studi degli ultimi decenni è stato chiarito che esistono dei fattori di rischio in diversi geni che controllano la regolazione delle catecolamine e l'organizzazione di diversi circuiti cerebrali.



## CAPITOLO 2

### “Gli interventi terapeutici”

L'intervento terapeutico con un bambino con ADHD affinché abbia una buona riuscita, è necessario che sia un intervento di tipo multimodale, che includa il bambino, la famiglia e la scuola.

Spesso però è difficile che si riesca a trovare una piena applicazione di tale intervento, sia per quanto riguarda i servizi pubblici sia per quelli privati: ciò deriva principalmente da una difficoltà di coordinamento e da un'esiguità di risorse che possono essere messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale o dalle famiglie stesse.

L'obiettivo del capitolo è quello di dare al lettore una visione generale e dettagliata dei possibili interventi terapeutici che possono essere d'aiuto per i bambini con ADHD, i loro genitori ed insegnanti.

Nei vari paragrafi si andranno ad analizzare nello specifico l'intervento farmacologico, il *Parent Training*, il *Teacher Training* e il *Child Training*.

#### 2.1 MTA: “The Multimodal Treatment Study of Children with ADHD”

Il più importante studio sull'intervento multimodale per l'ADHD, è stato condotto negli Stati Uniti nel secolo scorso e finanziato dal National Institute of Mental Health. Esso venne denominato MTA e coinvolse sei team indipendenti di ricerca e 579 bambini con le rispettive famiglie e scuole di appartenenza (Hinshaw, et al., 2000). Lo scopo di tale studio fu quello di confrontare l'efficacia dei possibili trattamenti per il bambino con ADHD. Essi erano: il trattamento farmacologico, quello psicologico di tipo comportamentale, la combinazione di questi due tipi di intervento e il trattamento di controllo, il quale consisteva nella cura di solito fornito dal pediatra di base.

Nel 1999, vennero pubblicati i primi risultati di tale studio, essi misero in evidenza il ruolo cruciale del trattamento farmacologico per la riduzione dei sintomi, in presenza o meno di terapie farmacologiche associate (MTA Cooperative Group 1999a). Nel momento in cui però vennero svolte delle analisi più approfondite si riscontrò che il trattamento combinato diede dei risultati migliori anche rispetto al farmacologico

soprattutto per gli aspetti definiti secondari, ad esempio, le relazioni con i pari (MTA Cooperative Group 1999b; Hinshaw, et al., 2000).

Un altro fattore importante è che i bambini del gruppo combinato progressivamente necessitavano di un dosaggio inferiore del farmaco, arrivando a ridurlo di circa il 20% (Swanson et al., 2002) e che il livello di soddisfazione dei genitori e degli insegnanti fosse significativamente più alto con questo tipo di trattamento e con quello psicologico rispetto a quello farmacologico (Arnold, et al., 2004).

Otto anni dopo l'inizio della terapia, attraverso uno studio di follow-up, venne osservato che il miglioramento, il quale si osservava nei primi 14 mesi grazie alla terapia farmacologica, non si manteneva negli anni successivi dopo la conclusione del protocollo terapeutico. Questo perché è stato possibile osservare che l'evoluzione dei sintomi negli adolescenti con ADHD veniva predetta dalla gravità del disturbo nelle età precedenti e dallo status socioeconomico di appartenenza (Molina et al., 2009).

## 2.2 La terapia farmacologica per l'ADHD

Pur essendo l'ADHD un disturbo permanente, i suoi sintomi possono essere tenuti sotto controllo con l'aiuto dei farmaci: essi possono essere efficaci per quanto riguarda l'impulsività, la disattenzione e l'iperattività, aiutando il paziente a rimanere concentrato sul compito da svolgere, pianificare le attività correttamente e a controllare i propri impulsi.

Amadeo (2021) afferma che già negli anni Ottanta i clinici americani trattavano l'ADHD farmacologicamente, mentre i clinici europei in quegli anni erano riluttanti a tale terapia. In Italia, ad esempio, si preferivano interventi psicoterapeutici: l'utilizzo di farmaci viene introdotto solo dall'aprile 2007, a seguito della costituzione di un Registro nazionale, il quale aveva lo scopo di tenere monitorata la prescrizione del metilfenidato e dell'atomoxetina. Dopo alcuni anni di sperimentazione del Registro nazionale in Italia vennero trattate farmacologicamente alcune migliaia tra bambini e adolescenti con diagnosi di ADHD, mentre dal 2016 tutti i registri per l'ADHD sono stati affidati alle singole regioni.

Sempre secondo Amadeo (2021) per quanto riguarda il processo di trattamento del l'ADHD esistono due gruppi di farmaci utilizzati. Uno di questi gruppi sono i farmaci stimolanti (ad esempio ne fa parte il metilfenidato) e l'altro è quello dei farmaci non stimolanti (ne è un esempio l'atomoxetina).

Prendendo in esame il gruppo dei farmaci stimolanti, essi hanno la principale funzione di aumentare i livelli di dopamina nel cervello. La dopamina è un

neurotrasmettitore appartenente alla categoria delle catecolamine che tra le sue tante funzioni, è responsabile del movimento, dell'attenzione, del piacere e della motivazione. Quindi l'assunzione di farmaci stimolanti può portare a dei miglioramenti in termini di concentrazione.

Al momento ci sono due tipi di farmaci stimolanti che vengono utilizzati (Amadeo, 2021):

- Stimolanti a lunga durata: essi generalmente sono farmaci che vengono prescritti per essere assunti una sola volta al giorno. Questo perché il loro effetto solitamente persiste per un lungo periodo di tempo che va dalle otto alle dodici ore. Ed è anche per questo che vengono conosciuti come stimolanti a rilascio prolungato.

- Stimolanti a breve durata: l'effetto di questi farmaci è di massimo 12 ore e il loro effetto massimo si avverte dopo diverse ore di consumo. Essi devono essere presi almeno due volte al giorno.

Se si prende in considerazione, ad esempio il metilfenidato, il cui principio attivo agisce sulla modulazione della ricaptazione della dopamina, è risultato efficace in circa il 70% dei pazienti con ADHD, andando a ridurre i sintomi di disattenzione e iperattività (Amadeo, 2021).

Sono stati riscontrati alcuni possibili effetti collaterali, tra i quali si ha la riduzione dell'appetito, l'insonnia, l'irrequietezza e il mal di stomaco; bisogna tener presente che, nella maggior parte dei casi, questi sintomi avversi possono essere controllati o comunque ridotti andando a regolare il dosaggio del farmaco.

Prendendo ora in valutazione il gruppo di farmaci non stimolanti, è bene tener presente che di solito essi non vengono subito prescritti, in quanto la prima scelta è sempre il farmaco stimolante. Nel caso in cui al paziente non fosse però possibile prescrivere farmaci stimolanti a causa di alcuni problemi di salute esistenti o se i farmaci stimolanti non funzionassero con tale paziente, si passa alla prescrizione di farmaci non stimolanti.

Un non stimolante comunemente utilizzato per il trattamento dell'ADHD è la strattera, il cui nome comune è atomoxetina. Tale farmaco è stato approvato dalla Food and Drug Administration, ossia l'ente governativo statunitense che si occupa della regolamentazione dei prodotti alimentari e farmaceutici.

Se, come abbiamo detto in precedenza, i livelli di dopamina nel cervello sono influenzati dei farmaci stimolanti, nel caso dell'atomoxetina, sono i livelli di norepinefrina ad essere aumentati. Ciò che si è riscontrato è che l'effetto di tale farmaco

sul corpo umano è piuttosto duraturo: infatti, si può ottenere sollievo dei sintomi per un'intera giornata (Amadeo, 2021).

Gli effetti indesiderati che si possono verificare in seguito all'assunzione dell'atomoxetina sono: frequenti sbalzi d'umore, vomito nausea, mal di stomaco, dolore addominale, vertigini, sonnolenza, e altri ancora.

### 2.3 Trattare l'ADHD con le terapie psicologiche

Come scrive Cornoldi (2019) affinché l'intervento terapeutico abbia una buona riuscita, esso deve essere personalizzato a seconda delle caratteristiche del bambino, sia per quanto riguarda quelle emotive, neuropsicologiche, sia per i contesti familiare e scolastico. Per poter raggiungere gli obiettivi prefissati è necessario che si instauri una buona alleanza di lavoro tra lo psicologo e il bambino, i genitori e gli insegnanti; e che tra il bambino, i genitori e gli insegnanti, ci sia un'apertura alla collaborazione.

Non sempre il raggiungimento di un'alleanza di lavoro è semplice, spesso può capitare che gli insegnanti non accettino certe condizioni di lavoro proposte da uno specialista esterno, in quanto ne temono la valutazione oppure perché pensano che tali richieste siano una trasposizione di uno stile iper-protettivo dei genitori nei confronti del proprio figlio, attuate per poter ottenere delle facilitazioni scolastiche. In altri casi invece può avvenire che sia il genitore a non accettare la segnalazione dell'insegnante, essendo poco collaborativo e cercando di sminuire o addirittura negare i problemi del figlio. In queste situazioni il ruolo del clinico è proprio quello di mediare tra le parti coinvolte, svolgendo la funzione di supervisore.

Ovviamente anche il bambino ha un ruolo centrale e specifico, ossia di collaborare attivamente nelle attività che gli vengono presentate e cercare di creare un contatto empatico e comunicativo con i vari adulti coinvolti.

### 2.4 ADHD e *Parent Training*

I sintomi dell'ADHD, quali disattenzione, iperattività e impulsività, sono naturalmente presenti anche nel contesto familiare andando a mettere in crisi la relazione fra genitori e figlio e di conseguenza aumentando il livello di stress e di frustrazione nei genitori (Cornoldi, 2019).

Per far sì che non si sviluppino delle conseguenze negative sia per la gestione dell'educazione del bambino, sia per la qualità della vita familiare, dovute a delle convinzioni dei genitori (quali ad esempio "non so fare il genitore"), vengono realizzati

dei corsi di formazione per i genitori chiamati *Parent Training*, i quali hanno lo scopo principale di sostenere i genitori nel compito di capire come educare bambini con ADHD, ma anche quello di insegnare loro delle tecniche educative diverse da quelle tradizionali.

Solitamente il *Parent Training* consiste in una serie di incontri gestiti da uno psicologo che prende contatto con gruppi di genitori. Secondo Marzocchi e Offredi (1999) gli obiettivi di tali incontri sono:

- Sostenere i genitori nell'educazione del loro bambino con ADHD;
- Evidenziare alcune abitudini di interazione problematica;
- Migliorare e/o risolvere situazioni problematiche all'interno del contesto di vita quotidiano.

Al momento in Italia vi sono tre percorsi differenti di *Parent Training*, il primo percorso, sviluppato da Vio, Marzocchi e Offredi nel 1999, lo si può definire "classico" perché è stato il primo ad essere introdotto in Italia e in quanto riprende i modelli di PT americani ed è a stampo prevalentemente comportamentale; il secondo percorso è di impronta maggiormente cognitiva e psicodinamica: esso lavora anche sul vissuto dei genitori (Paiano, Re, Ferruzza e Cornoldi, 2014); infine il terzo percorso è specifico per la fascia di età prescolare (Vio e Spagnoletti, 2013).

Prendendo in esame ad esempio il percorso "classico", esso si divide in tre fasi. La prima fase ha una funzione conoscitiva e informativa: questo perché durante i primi incontri si cerca di andare a creare un clima di fiducia tra i genitori se poi devono lavorare in gruppo e tra lo psicologo e i genitori. In questa fase si forniscono informazioni sull'ADHD, si sfatano i falsi miti riguardo all'argomento e si cerca di preparare i genitori a tutti quei cambiamenti che il percorso comporterà. Una volta raggiunti e consolidati gli obiettivi della prima fase, si può passare alla seconda. In questa seconda fase si insegnano delle tecniche di gestione del comportamento del bambino, le quali solitamente sono di tipo comportamentale, basate sull'attribuzione di un rinforzo e sul costo della risposta. Perciò a livello concreto, si va ad insegnare al genitore come rinforzare i comportamenti positivi, con dei premi concreti se si tratta di bambini più piccoli oppure con degli elogi verbali con bambini più grandi. Inoltre, vengono insegnate anche delle tecniche per fare in modo di diminuire l'insorgenza di comportamenti negativi. Un esempio è il *Time out*. Esso è una tecnica attraverso la quale si cercano di individuare e selezionare i comportamenti negativi realmente significativi, ossia quelli che sono da "punire", da quelli che sono lievemente negativi, sui quali si può anche "sorvolare". La tecnica del *Time out*, prevede che il bambino si ritiri per

qualche minuto (uno per ogni anno di età) in tranquillità in uno spazio che gli permetta di allontanarsi dal comportamento non funzionale emesso, così da elaborarlo e calmarsi. Prima di iniziare, i genitori discutono e concordano con il proprio figlio i motivi che fanno scattare il *Time out* e il numero di segnali di avvertimento che il genitore darà al bambino, prima di utilizzarlo. Al termine del *Time out*, il bambino torna alla propria attività.

Si arriva infine alla terza ed ultima fase, nella quale vengono presentate delle tecniche di tipo cognitivo. Al genitore viene fatta la richiesta di operare da modello per il bambino, nel senso che si va ad effettuare un modellamento comportamentale dei genitori in modo che essi poi riescano a trasferire le abilità e le strategie di comportamento apprese ai propri bambini. In pratica il genitore si auto-osserva su come si pone ai propri figli di fronte alle situazioni complesse e come lui stesso applica le strategie di soluzione dei problemi. Ciò che si va a fare, è utilizzare il modellamento del comportamento dei genitori per trasferire queste abilità nel bambino.

## 2.5 ADHD e *Teacher Training*

Offrire formazione agli insegnanti è uno dei punti cardine nell'intervento per i bambini con ADHD. Grazie al percorso di training, l'insegnante diventa parte attiva nel processo educativo e terapeutico, attraverso l'acquisizione di abilità e di nuovi stili educativi relazionali che gli permettono di affrontare situazioni problematiche e assimilare uno stile educativo improntato sul problem-solving.

Il *Teacher Training* (TT) è un percorso formativo psicoeducativo di gruppo (*ADHD guida per gli operatori del Teacher Training*. A cura dei centri di riferimento per l'ADHD della Regione Lombardia aderenti al Progetto Regionale Condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici per l'ADHD (pp. 11-14)): proprio grazie al gruppo si innesca e viene facilitato il processo di apprendimento, consapevolezza e cambiamento, il tutto in un clima di fiducia e confronto. In linea generale il TT è un percorso complesso articolato, il quale inizia con l'apprendimento di informazioni sul disturbo, attraverso cui è possibile prendere coscienza degli elementi critici che possono caratterizzare la relazione insegnante-alunno. Tra gli obiettivi principali del *Teacher Training* vi sono: rispondere nel migliore dei modi alle difficoltà del bambino, instaurare con lui una buona relazione e favorirne l'inserimento all'interno del contesto classe, il tutto favorendo gli apprendimenti.

Uno dei fattori da tenere presente è che, all'interno dell'ambiente scolastico, il bambino con ADHD, così come tutti i suoi coetanei, passa la maggior parte della sua quotidianità; è quindi fondamentale la qualità delle relazioni che instaura, sia con i compagni, sia con gli insegnanti. Questo perché gli permette di sviluppare strategie di autocontrollo e di sostenere l'attenzione.

Nel contesto classe spesso capita che gli insegnanti si trovino disorientati dai bambini con ADHD, in quanto pur essendo alunni intelligenti, essi mostrano fatica nel mantenere un controllo consono all'ambiente scolastico e poiché alle volte mostrano reazioni che possono apparire aggressive, pericolose e ingestibili, preoccupando così gli insegnanti.

Ciò che succede nel contesto scolastico è che l'insegnante deleghi a terzi il percorso educativo, quali ad esempio gli insegnanti di sostegno, nel caso in cui il bambino ne abbia l'appoggio.

Il *Teacher Training* ha come scopo quello di riuscire a modificare alcune conoscenze, stili comunicativi e relazionali con il fine ultimo di andare a migliorare il clima della classe, andando di conseguenza ad aumentare il benessere del bambino e dell'insegnante, favorendo da una parte la partecipazione attiva del bambino all'apprendimento, e l'integrazione nel gruppo dei compagni dall'altra.

Il trainer assume il ruolo di formatore, in quanto permette al gruppo di insegnanti di avere informazioni sul disturbo, di conoscere strategie e competenze adeguate per poter rispondere alle criticità quotidiane; e di facilitatore, poiché attraverso la guida del gruppo permette che il docente vada a sviluppare una nuova visione riguardo all'essere insegnante di un bambino con ADHD.

## 2.6 ADHD e *Child Training*

Il *Child Training* dice Cornoldi (2019) spesso si basa su tecniche cognitivo-comportamentali che vengono messe in atto in situazioni sia ludiche che durante attività scolastiche.

Nei vari tipi di *Child Training* ci possono essere dei colloqui e delle riflessioni che portano il bambino ad acquisire uno stile attributivo interno, ossia gli permettono di comprendere che i risultati ottenuti in certe attività sono la conseguenza dell'utilizzo delle strategie che lui stesso ha messo in atto e dell'impegno che ha applicato.

L'obiettivo principale del *Child Training* è quello di rendere consapevole il bambino delle proprie difficoltà e di aiutarlo nell'acquisizione di una maggiore autoregolazione. In quanto l'autoregolazione si basa sui processi di controllo sono stati proposti degli

interventi che pongono l'attenzione sulle funzioni cognitive che implicano il controllo della memoria di lavoro (Capodieci, Gola, Cornoldi, e Re, 2018). Il programma più famoso è il CogMed (Hulme e Melby-Lervag, 2012). Esso è un programma software di allenamento della memoria di lavoro comunemente usato come terapia complementare per l'ADHD. È un programma per computer che comprende 25 sessioni di formazione online, ognuna lunga da 30 a 45 minuti. Solitamente vengono proposte 5 sessioni a settimana per 5 settimane. Un professionista formato istruisce il bambino con ADHD nell'uso del software e lo guida attraverso i compiti e gli obiettivi, se necessario.

Durante ogni sessione, vengono presentati al bambino otto giochi. Quest'ultimi devono essere tutti completati eseguendoli in un ordine a piacere. Il programma autoregola il livello di difficoltà in relazione alle prestazioni dell'utente, in questo modo il bambino viene sottoposto a sfida, ma non sopraffatto da essa.

Nei casi più gravi di ADHD può essere utile ricorrere a tecniche comportamentali, come ad esempio la Token economy.

La Token economy, letteralmente "economia a gettone" è un metodo per la modificazione del comportamento andando a sostituire un comportamento disfunzionale con uno più adeguato.

Questo metodo si basa sull'erogazione di token, cioè oggetti simbolici che vanno a rinforzare positivamente il comportamento desiderabile. Ogni volta che il bambino mette in atto un comportamento desiderabile riceve un gettone. Essi sono cumulabili e possono essere scambiati per ricevere un premio. La Token economy risulta molto utile in situazioni di bambini con ADHD, ma non solo, esso è utilizzato anche con bambini autistici o affetti da disabilità intellettiva.

## 2.7 Conclusioni

In questo capitolo sono stati descritti i possibili interventi terapeutici al fine di migliorare ed attenuare le criticità del disturbo da deficit di attenzione/iperattività, le quali hanno un forte impatto sul clima familiare, scolastico e in generale sulle dinamiche sociali.

Come si è potuto riscontrare nel capitolo, solitamente si ha un intervento di tipo farmacologico, affiancato preferibilmente da interventi psicoeducativi, basati su training. Ne sono stati identificati di tre tipi: il *Parent Training*, il *Teacher Training* e il *Child Training*.



Tra gli obiettivi principali dei training vi sono: formare e rendere competenti i genitori e gli insegnanti, sul disturbo dell'ADHD; far acquisire strategie al bambino che gli permettano di autoregolarsi, essendo anche più consapevole delle proprie difficoltà.

## CAPITOLO 3

### “Percorso formativo alla consapevolezza all’ADHD basato sulla mindfulness”

Nel capitolo precedente ci siamo soffermati sul *Parent Training*, osservando che esso ha lo scopo principale di sostenere i genitori nel compito di capire come educare bambini con ADHD, ma anche quello di insegnare loro delle tecniche educative diverse da quelle tradizionali.

In questo capitolo andremo ad analizzare le proposte di *Parent Training e Mindful Child Training* che non prevedono le punizioni come parte integrante del training. Questo tipo *Parent Training* è stato incluso negli studi basati sul metodo della mindfulness (e.g., Altmaier and Maloney, 2007; Singh et al., 2006b, 2007). In particolare, la *Mindfulness Training* permette ai genitori di controllare i propri livelli, evitando così di avere delle reazioni automatiche ed impulsive verso i propri figli con ADHD.

#### 3.1 Il rapporto tra genitore e figlio con ADHD

All'interno delle famiglie di bambini con ADHD, il rapporto tra genitore e figlio spesso risulta essere fortemente disturbato (Deault, 2010; Seipp e Johnston, 2005).

Principalmente sono stati individuati quattro motivi per il quale si riscontra questo tipo di rapporto. Il primo, è che i genitori diventano meno pazienti con i propri figli con ADHD, mettendo in atto comportamenti più impulsivi. Tale atteggiamento è definito in gergo “esagerazione genitoriale” (Johnston et al., 2002; Miller-Lewis et al., 2006). Il secondo, è legato al fatto che in relazione all’ipotesi che l’ADHD possa avere caratteristiche di ereditarietà, gli stessi genitori potrebbero avere le stesse difficoltà di attenzione e di comportamento dei propri figli (Thapar et al., 2007). Terzo, i genitori basandosi sulle loro esperienze educative e sul loro giudizio riguardo ai figli di “bambino con un cattivo comportamento”, rispondono in modo automatico ai comportamenti dirompenti dei loro bambini con ADHD (Dumas, 2005). Quarto, nei genitori dei bambini con ADHD i livelli di stress sono elevati, accade che i genitori, sentendosi sotto stress, potrebbero iniziare ad avere delle reazioni di vario genere nei confronti dei figli, come ad esempio respingerli (Bögels et al., 2010).

Il trattamento affinché possa essere efficace deve perciò tenere conto di questi motivi. In particolare, considerando tali punti critici, si va ad attuare un trattamento che si focalizza sia sul bambino che sui suoi genitori, il quale risulterebbe essere più benefico.

### 3.2 I limiti dei trattamenti farmacologici e cognitivo-comportamentale

Pur avendo grande importanza, il trattamento farmacologico e quello comportamentale hanno delle limitazioni.

Partendo da quello farmacologico, ci sono studi che dimostrano che tale trattamento comporta in alcuni casi degli effetti limitati: un esempio è il fatto per il quale è stato riscontrato che, una percentuale di bambini con ADHD non è reattiva al trattamento farmacologico, nello specifico si parla tra il 10 e il 20% dei bambini con ADHD (Greenhill et al., 1999).

Nel complesso all'intervento comportamentale o cognitivo, basandosi sugli studi attuali, si riconosce di essere efficace nel produrre cambiamenti comportamentali nei genitori e nei bambini con ADHD. I trattamenti comportamentali per i bambini con ADHD, infatti, pongono al centro dell'attenzione l'apprendimento delle abilità del bambino oppure i metodi di coping, al fine di poter tenere sotto controllo l'ADHD o i sintomi ad essa associati (Hambles e Ollendick, 2001; Pelham e Fabiano, 2008). A livello empirico però i criteri degli interventi comportamentali o cognitivi non vengono soddisfatti, poiché gli effetti a lungo termine spesso non permettono un'attuazione generalizzata delle competenze acquisite grazie al trattamento al di fuori del contesto terapeutico (Hambles e Ollendick, 2001; Pelham e Fabiano, 2008). Gli interventi comportamentali o cognitivi, infatti, spesso non possono essere attuati ad esempio nel contesto casalingo o scolastico, poiché non vi sono le caratteristiche adatte per l'attuazione delle strategie apprese durante il contesto terapeutico.

Un altro elemento centrale di spicco è che tali approcci non insegnano al bambino delle tecniche di autocontrollo, impedendogli di avere l'opportunità di esercitare il controllo sui propri comportamenti messi in atto (Anastopoulos e Farley, 2003; Pelham et al., 1998; Van Den Hoofdakker et al., 2007). Per questo motivo vi è la necessità di

trovare nuovi trattamenti, che vadano ad affiancare quelli tradizionali, per poter aiutare i bambini con ADHD e le loro famiglie.

### 3.3 Un intervento innovativo: *Mindfulness Training*

La *Mindfulness Training* è un intervento che si basa sulle tecniche di meditazione orientale, la quale aiuta ad aumentare la propria consapevolezza del presente, migliora un'osservazione senza giudizio e riduce la risposta automatica (Kabat-Zinn, 2003). La “*mindful parenting*” rientra nella *mindfulness training*, e viene definita come: “prestare attenzione ai vostri bambini e ai vostri genitori in modo particolare: intenzionalmente, qui e ora, e senza giudicare” (Kabat-Zinn e Kabat-Zinn, 1997).

I genitori imparano a interagire con i propri figli senza giudicarli, soffermandosi sulla graduale consapevolezza del momento presente con il loro bambino e imparando a gestire le proprie reazioni automatiche (spesso negative). In più, grazie alla pratica quotidiana della meditazione, li stessi genitori comprendono come prendersi cura di sé stessi, andando a migliorare e a stabilizzare il clima familiare. Un trattamento incentrato sia sul bambino sia sul genitore è probabile che sia utile, anche perché la generalizzazione dei risultati dei trattamenti cognitivi comportamentali incentrati sul bambino è piuttosto bassa nei trattamenti per l'ADHD (Pelham e Fabiano, 2008), includendo anche i genitori nel trattamento ciò può essere migliorato.

Seppur in linea generale, l'intervento con la pratica della *Mindfulness* può essere efficace per bambini con ADHD e i loro genitori (Bogels et al., 2008; Singh et al., 2010), diversi autori hanno sostenuto che non ci sarebbero prove per dimostrarne l'effettiva efficacia (Sawyer-Cohen e Semple, 2010). Per quest'ultimo motivo, è stato condotto uno studio pilota al fine di studiare l'efficacia di una *Mindfulness Training* per i bambini con ADHD e i loro genitori (Van der Oord, Bögels e Peijnenburg, 2011).

L'ipotesi portante è che tale formazione andrebbe a ridurre la disattenzione e l'iperattività/impulsività dei bambini e dei genitori, andando a migliorare allo stesso tempo la consapevolezza dei genitori riguardo i propri figli e ridurrebbe lo stress e l'eccessiva reattività dei genitori, senza però avere effetti sul lassismo genitoriale.

### 3.4 *Mindful Parenting* (MP) e *Mindful Child Training* (MC): modalità di svolgimento

Per quanto riguarda i suoi aspetti più generali, il trattamento è condotto in gruppi di 4-6 bambini e genitori e di durata di 8 settimane di 90 minuti di sessione di gruppo. Parallelamente alla *Mindfulness Training* dei bambini, anche i genitori affrontano un *Mindful Parent Training* di 8 settimane. Entrambi i training si basano sulla *Mindfulness-based Cognitive Therapy* (MBCT, Segal et al., 2002) e sulla *Mindfulness-based Stress Reduction Training* (MBSR, Kabat-Zinn, 1990), pur venendo adattati per essere utilizzati con i genitori e i bambini.

La *Mindful Parenting* si propone di promuovere nei genitori lo sviluppo delle seguenti competenze:

- Essere intenzionalmente e completamente presenti nel qui e ora con i loro figli in un modo non giudicante,
- Prendersi cura di loro stessi,
- Accettare che i loro bambini hanno delle difficoltà,
- Rispondere piuttosto che reagire ai comportamenti difficili dei propri figli.

Un altro tema affrontato durante il corso è quello dello stress genitoriale, il quale spesso provoca nei genitori, ad avere reazioni istintive nei confronti dei propri figli. Ai genitori viene insegnato come incoraggiare il loro bambino a praticare gli esercizi di *Mindfulness*, e a come praticarli insieme. Oltre al percorso di meditazione insieme ai propri bambini, i genitori iniziano a praticare la *Mindfulness* anche da soli, per riuscire ad ottenere consapevolezza di sé (Van der Oord, Bögels e Peijnenburg, 2011).

Parlando del *Mindful Child Training* (MC) i bambini imparano come concentrare e migliorare la loro attenzione, prendendo consapevolezza e autocontrollo, il tutto attraverso gli esercizi di meditazione durante il training e i compiti che gli vengono assegnati da svolgere a casa. Di forte rilevanza è il fatto che gli viene insegnato ad applicare la pratica nelle situazioni difficili, come ad esempio quando percepisce o gli fanno notare di essere distratto a scuola.

Il training si svolge in una maniera predefinita, alla fine di ogni sessione al bambino viene fornito un sunto scritto dei punti chiave della settimana, con la consegna dei conseguenti compiti da svolgere a casa. La settimana seguente viene verificato che i compiti assegnati siano stati svolti dal bambino e quando ciò avviene, il bambino ottiene

dei punti che gli permettono di guadagnare una ricompensa a casa (Van der Oord et al., 2009).

Entrambi i trattamenti, quello dei genitori e quello dei bambini, sono stati supervisionati e condotti da uno psicoterapeuta cognitivo comportamentale. Nello specifico due erano assegnati al gruppo dei genitori e due al gruppo dei bambini. Tutti i trainers avevano una grande competenza nell'ambito della mindfulness, ma almeno un trainer per gruppo aveva seguito una vera e propria formazione della *Mindfulness Training*. Infatti, essi avevano ricevuto una formazione specifica da esperti internazionali, tra i quali Marx Williams. Inoltre, sempre riguardo i trainers di *Mindfulness*, essi devono avere una vasta esperienza personale di pratica e un'incarnazione dei fondamenti della mindfulness prima di iniziare ad insegnarla ai clienti (Kabat-Zinn, 2003). Acquisire queste esperienze e queste basi richiede tempo e fatica, rendendo la formazione degli insegnanti della *Mindfulness Training* costosa e in termini di tempo dispendiosa. Durante la durata del trattamento, gli psicoterapeuti si incontravano settimanalmente per supervisionare e discutere i progressi del gruppo e i pazienti presi in esame singolarmente uno per uno, anche per verificare e garantire l'integrità del trattamento (Van der Oord et al., 2009).

Hanno partecipato al trattamento 24 famiglie e 22 di queste hanno accettato di prendere parte allo studio dopo aver firmato il consenso informato. Delle 22 famiglie partecipanti i bambini con ADHD sono 16 ragazzi e 6 ragazze.

Hanno partecipato 21 bambini in coppia con la madre e 1 bambino accompagnato dal padre. Il 32% dei figli, ossia 6 del totale, stava seguendo in precedenza un trattamento di salute mentale per i problemi comportamentali. Tre dei bambini avevano ricevuto un neuro-feedback (esso è uno strumento che permette di imparare a modificare l'ampiezza, la frequenza e la coerenza degli aspetti elettrofisiologici del cervello, nello specifico consente di educare il cervello a produrre onde cerebrali in specifiche ampiezze e posizioni, tanto da divenire capace di rieducare se stesso, fino a raggiungere il pattern di attività desiderato).

uno dei quali combinato con terapia integrativa. Inoltre, tre dei genitori avevano seguito un training comportamentale. Quattro bambini seguivano un trattamento farmacologico con Metilfenidato. Il dosaggio del metilfenidato è stato tenuto stabile durante la lista di attesa, il trattamento e il follow-up. Due bambini invece avevano avviato il trattamento farmacologico con il metilfenidato successivamente il trattamento attivo. Tre bambini (due maschi e una femmina), cioè il 14% non hanno completato il

trattamento. Di conseguenza hanno partecipato al trattamento 18 famiglie. Su 18 famiglie partecipanti, 6 famiglie hanno saltato una sessione e una famiglia ha saltato due sessioni, con un tasso di frequenza complessivo del 94,44% (Van der Oord, Bögels e Peijnenburg, 2011).

### 3.5 I risultati dei training

I risultati di questo studio che valuta l'efficacia della *Mindfulness* per i bambini con ADHD ed i loro genitori, si possono riassumere come riportato di seguito (Van der Oord, Bögels e Peijnenburg, 2011).

In primo luogo, grazie alle misure ottenute, si può affermare che in generale i cambiamenti misurati non possono essere attribuiti solo all'effetto del tempo e della valutazione. In secondo luogo, secondo quanto riportato dai genitori, i sintomi di ADHD nei bambini, apparivano notevolmente ridotti dopo la *Mindful child training* (dimensioni medio-grandi effetto). In terzo luogo, i sintomi di disattenzione e iperattività nei genitori si sono significativamente ridotti. Queste stesse riduzioni sono state mantenute anche nel follow-up. In quarto luogo, dal pre test al test di follow-up c'è stata una significativa diminuzione dell'eccessiva attività genitoriale e dello stress parentale.

Nello studio presentato non sono stati coinvolti attivamente gli insegnanti e non c'era interazione insegnante-genitore sul programma di *Mindfulness Training*. Per generalizzare le competenze apprese all'ambiente scolastico potrebbe essere fondamentale informare attivamente gli insegnanti sulla *Mindfulness Training* e aiutandoli a capire come sostenere il bambino nelle applicazioni delle competenze apprese per l'ambiente scolastico (Van der Oord, Bögels e Peijnenburg, 2011).

Molte famiglie hanno chiesto un ulteriore addestramento alla consapevolezza attraverso la pratica della *Mindfulness* dopo l'ultimo incontro. Infatti, sostenere le famiglie di bambini con ADHD per continuare e approfondire la *Mindfulness Training* nel corso degli anni sembra essere una buona pratica clinica, in particolare quando i bambini si sviluppano e cambiano rapidamente, e si troveranno di fronte a nuove e diverse sfide durante lo sviluppo per le quali la pratica può essere utile per tenerli saldi nel "qui e ora". Le famiglie devono trovare il modo di continuare la pratica e ricordare gli effetti benefici della *Mindfulness Training*, sia sui bambini che sui genitori stessi (Van der Oord, Bögels e Peijnenburg, 2011).

Sarebbe interessante sviluppare un tale programma di mantenimento e di approfondimento per le famiglie di bambini con ADHD che hanno ottenuto un certo beneficio dal programma iniziale di 8 settimane e studiare gli effetti a più lungo termine di tale continuazione di addestramento di *Mindfulness*.

### 3.6 Conclusioni

In questo terzo ed ultimo capitolo ci siamo soffermati su una proposta di training abbastanza recente e innovativa per poter ridurre i sintomi dell'ADHD. Stiamo parlando della *Mindfulness Training*, la quale dalla presentazione dello studio di Van der Oord, Bögels e Peijnenburg (2011), si può affermare che può avere benefici sia sui genitori che sui bambini con ADHD. Andiamo a citare alcuni esempi. I sintomi legati all'ADHD dei bambini, alla fine del percorso di *Mindful Child Training*, si presentavano significativamente ridotti. Nei genitori invece si è registrato una riduzione dello stress parentale e grazie alla pratica della *Mindfulness Training* hanno imparato delle tecniche e delle strategie per poter controllare le proprie reazioni automatiche nei confronti delle azioni (per loro giudicate sbagliate) dei propri figli.



## Conclusioni

Giunti al termine di questo elaborato possiamo trarre delle conclusioni riguardo i temi affrontati nei vari capitoli. Come abbiamo visto l'ADHD è un disturbo del neurosviluppo che riguarda sia l'area dei comportamenti sia l'area cognitiva. Esso va a manifestarsi in contesti differenti, a partire da quello familiare, a quello scolastico, mettendo in difficoltà il bambino nel momento in cui gli viene richiesto di rispondere in maniera adeguata alle richieste dei vari ambienti in cui opera. Per quanto riguarda le cause, molti studi concordano, sull'ipotizzare differenti fattori scatenanti, che possono essere di diversi tipi. Ad esempio, ci sono i fattori di rischio genetici: diversi geni hanno la funzione di controllare la regolazione delle catecolamine e l'organizzazione di diversi circuiti cerebrali; questo tipo di fattori potrebbe spiegare il tasso di ereditabilità elevato di questo disturbo. Un altro tipo di fattori di rischio sono quelli ambientali, quali l'uso da parte della madre di nicotina e di alcol durante la gravidanza, oppure la nascita prematura o sottopeso (inferiore a 1500 grammi) di un bambino che ha un rischio maggiore di sviluppare tale disturbo. Inoltre, va ricordato che in una minoranza di casi di ADHD, è stata verificata la correlazione con reazioni ad aspetti della dieta, la presenza di una storia di abuso durante l'infanzia, trascuratezza, adozioni multiple, esposizioni a neurotossine, infezioni.

Nel secondo capitolo, si è partiti dal fatto che l'ADHD, sia un disturbo che va a rendere deficitarie diverse aree di funzionamento, da quella personale, a quella familiare, fino ad arrivare a quella scolastica o nel caso di un adulto, lavorativa. Proprio per tale motivo, è necessario attuare con i bambini con ADHD, un intervento di tipo multimodale. Il primo studio sull'intervento multimodale è stato condotto da negli Stati Uniti nel secolo scorso e finanziato dal National Institute of Mental Health, prendendo il nome di MTA. Lo scopo di tale studio è stato confrontare l'efficacia dei possibili trattamenti per il bambino con ADHD. Essi erano: il trattamento farmacologico, quello psicologico di tipo comportamentale, la combinazione di questi due tipi di intervento e il trattamento di controllo, il quale consisteva nella cura di solito fornita dal pediatra di base.

Al giorno d'oggi gli interventi maggiormente in uso sono: l'intervento farmacologico, il *Parent Training*, il *Teacher Training* e il *Child Training*. Come abbiamo visto, l'intervento farmacologico si pone l'obiettivo principale di tenere sotto

controllo i sintomi dell'ADHD, pur essendo quest'ultimo un disturbo permanente. Grazie ai farmaci si possono attenuare l'impulsività, la disattenzione e l'iperattività, aiutando il paziente a rimanere concentrato sul compito da svolgere, pianificare le attività correttamente e a controllare i propri impulsi. Il *Parent Training* ha lo scopo principale di sostenere i genitori nel compito di capire come educare bambini con ADHD, ma anche quello di insegnare loro delle tecniche educative diverse da quelle tradizionali. Il *Teacher Training* si avvia con l'apprendimento di informazioni sul disturbo, attraverso cui è possibile prendere coscienza degli elementi critici che possono caratterizzare la relazione insegnante-alunno. Tra gli obiettivi principali del *Teacher Training* vi sono: rispondere nel migliore dei modi alle difficoltà del bambino, instaurare con lui una buona relazione e favorirne l'inserimento all'interno del contesto classe, il tutto favorendo gli apprendimenti. L'obiettivo principale del *Child Training* è quello di rendere consapevole il bambino delle proprie difficoltà e di aiutarlo nell'acquisizione di una maggiore autoregolazione. Il programma più famoso il CogMed. Esso, come si è potuto leggere nell'elaborato, è un programma software di allenamento della memoria di lavoro comunemente usato come terapia complementare per l'ADHD.

Nel terzo ed ultimo capitolo ci si sofferma sui benefici che la *Mindfulness Training* potrebbe offrire ai bambini con ADHD e ai loro genitori. Il discorso è avviato partendo dal fatto che il rapporto genitore-bambino risulta essere fortemente ostacolato dai sintomi dell'ADHD, poiché gli atteggiamenti iperattivi, impulsivi e disattenti dei bambini con ADHD, provocano nei genitori sensazioni contrastanti: da una parte si sentono come se fossero in grado di fare i genitori, dall'altra riversano il loro stress sui bambini agendo impulsivamente e non pensando in quel momento, se le loro reazioni, potrebbero essere effettivamente efficaci o, se invece potrebbero addirittura peggiorare la situazione. Proprio per questi motivi, entra in gioco la *Mindfulness Training*, un intervento che si basa sulle tecniche di meditazione orientale, la quale aiuta ad aumentare la propria consapevolezza del presente, migliora un'osservazione senza giudizio e riduce la risposta automatica.

È quindi giunto il momento di rispondere alla domanda di ricerca di questo lavoro “Quali benefici potrebbe avere la formazione alla consapevolezza per bambini con ADHD e per i loro genitori?”

In primis sui bambini con ADHD tale formazione alla consapevolezza andrebbe a ridurre la disattenzione e l'impulsività/iperattività, renderebbe il bambino stesso

consapevole di se stesso e delle proprie capacità, andando ad insegnargli delle strategie di autocontrollo, in modo tale da gestire le proprie reazioni.

Per i genitori il percorso di formazione alla consapevolezza, gli aiuta ad interagire con i propri figli senza giudicarli, soffermandosi sulla graduale consapevolezza del momento presente con il loro bambino e imparando a gestire le proprie reazioni automatiche (spesso negative). In più, praticando quotidianamente, i genitori comprendere come prendersi cura di sé stessi, andando a migliorare e a stabilizzare il clima familiare.

A sostegno di quanto detto fino ad ora, è stato presentato uno studio pilota al fine di studiare e verificare l'efficacia di una *Mindfulness Training* per i bambini con ADHD e i loro genitori.

In conclusione, sarebbe interessante vedere a quali nuove prospettive di studio potrebbero portare gli studi odierni inerenti al rivoluzionario impatto che stanno dando le pratiche olistiche nella gestione dell'attenuazione dei sintomi dell'ADHD.

## Riferimenti bibliografici

ADHD - Guida per gli operatori del Teacher Training. A cura dei centri di riferimento per l'ADHD della Regione Lombardia aderenti al Progetto Regionale Condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici per l'ADHD, 11-14.

Altmaier, E., & Maloney, R. (2007). An initial evaluation of a mindful parenting program. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1231–1238.

Amadeo, B. (2021). *Guida completa alla scoperta dell'ADHD: Strategie essenziali per il disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività, soluzioni rapide per migliorare la concentrazione l'organizzazione e lo stress.*, 7. Independently Published.

Anastopoulos, A. D., & Farley, S. E. (2003). A cognitive-behavioral training program for parents of children with attention-deficit/ hyperactivity disorder. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 187–203). New York: Guilford Press.

Arnold, L.E., Chuang, S., Davies, M., Abikoff, H.B., Conners, C.K., Elliott, G. R. et al. (2004). Nine months of multicomponent behavioural treatments for Adhd and effectiveness of Mta fading procedures. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32 (1), 39-51.

Barkley, R.A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hiperactive children: Adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (2), 192-202.

Capodieci, A., Gola, M.L., Cornoldi, C., & Re, A.M., (2018). Effects of a working memory training program in preschoolers with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinic and Experimental Neuropsychology*, 40 (1), 17-29.

Bögels, S., Hoogstad, B., van Dun, L., de Schutter, S., & Restifo, K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behavioral and Cognitive Psycho- therapy*, 36 (2), 193–209.

Bögels, S. M., Lehtonen, A., & Restifo, K. (2010). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*, 1 (2), 107–120.

Cornoldi, C. (Ed.). (2019). *I disturbi dell'apprendimento*. Bologna: il Mulino.

American Psychiatric Association (2013), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi Mentali*, Quinta edizione (DSM-5), trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2014.

Deault, L. C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Child Psychiatry and Human Development*, *41* (1), 168–192.

Dumas, J. E. (2005). Mindfulness-based parent training: Strategies to Lessen the Grip of automaticity in families with disruptive children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *34* (4), 779–791.

Faraone, S.V., & Larsson, H. (2018). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, *24* (1), 562-575.

Fischer, M., Barkley, R., Fletcher, K., & Smallish, L. (1993). The stability of dimensions of behavior in Adhd and normal children over an 8-year follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *3* (1), 61-70.

Greenhill, L. L., Halperin, J. M., & Abikoff, H. (1999). Stimulant medications. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *38* (5), 503–512.

Hinshaw, Owens, E., Wells, K., Kraemer, H., Abikoff, H., Arnold, L., Conners, C., Elliott, G., Greenhill, L., Hechtman, L., Hoza, B. et al. (2000). Family processes and treatment outcome in Mta: Negative/ineffective parenting practices in relation to multimodal treatment. Special issue: Child and family characteristics as predictors and outcomes in the Multimodal treatment study of Adhd (Mta Study). *Journal of Abnormal Child Psychology*, *28* (1), 555-568.

Hulme, C., & Melby-Lervag, M. (2012). Current evidence does not support the claims made for CogMed working memory training. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, *1* (3), 197-200.

Johnston, C., Murray, C., Hinshaw, S. P., Pelham, W. E., & Hoza, B. (2002). Responsiveness in interactions of mother and sons with ADHD: Relations to maternal and child characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *30* (1), 77–88.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Bantam Doubleday Dell.

Kabat-Zinn, M., & Kabat-Zinn, J. (1997). *Everyday blessings: The inner work of mindful parenting*. New York: Hyperion.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 144–156.

Miller-Lewis, L. R., Baghurst, P. A., Sawyer, M. G., Prior, M. R., Clark, J. J., Arenty, F. M. et al. (2006). Early childhood externalising behavior problems: Child, parenting, and family- related predictors over time. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34 (1), 891–906.

Molina, B.S.G., Hinshaw, S.P., Swanson, J.M., Arnold, L.E., Vitiello, B., Jensen, P.S. et al. (2009). The MTA at 8 years: Prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48 (5), 484-500.

MTA Cooperative Group (1999a). A 14-months randomized clinical trial of treatment strategies for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Adhd). *Archives of General Psychiatry*, 56 (12), 1073-1086.

MTA Cooperative Group (1999b). Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56 (12), 1088-1096.

Nakao, T., Radua, J., Rubia, K., & Mataix-Cols, D. (2011). Gray matter volume abnormalities in ADHD: Voxel-based meta-analysis exploring the effects of age and stimulant medication. *American Journal of Psychiatry*, 168 (11), 1154-1163.

Paiano, A., Re, A.M., Ferruzza, E., & Cornoldi, C. (2014). Parent Training per l'ADHD. Programma CERG: sostegno Cognitivo e Relazionale dei genitori. Trento: Erickson.

Pelham, W. E., & Fabiano, G. A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37 (1), 184–214.

Pennington, B.F., Groisser, D., & Welsh, M.C. (1993). Contrasting cognitive deficits in attention deficit hyperactivity disorder versus reading disability. *Developmental Psychology, 29* (3), 511-523.

Plomin, R., & Colledge, E. (2001). Genetics and psychology: Beyond heritability. *European Psychologist, 6* (4), 229-240.

Sawyer-Cohen, J. A., & Semple, R. J. (2010). Mindful Parenting: A call for research. *Journal of Child and Family Studies, 19* (1), 145–151.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Seipp, C. M., & Johnston, C. (2005). Mother-son interactions in families of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder with and without oppositional behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33* (1), 87–98.

Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Fisher, B. C., Wahler, R. G., McAleavey, K. et al. (2006b). Mindful parenting decreases aggression, noncompliance, and self-injury in children with autism. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 14* (3), 169–177.

Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Singh, J., Curtis, J. W., Wahler, R. G. et al. (2007). Mindful parenting decreases aggression and increases social behavior in children with developmental disabilities. *Behavior Modification, 31* (6), 749–771.

Singh, N., Singh, A. N., Lancioni, G. E., Singh, J., Winton, A. S. W., & Adkins, A. D. (2010). Mindfulness training for parents and their children with ADHD increases the children's compliance. *Journal of Child and Family Studies, 19* (1), 157–174.

Swanson, J.M., Arnold, L.E., Vitiello, B., Abikoff, H.B., Wells, K.C., March, J.S. et al. (2002). Response to commentary on the Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Mining the meaning of the MTA. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30* (4), 327-332.

Tannock, R. (2013). Rethinking ADHD and LD in DSM-5: Proposed changes in diagnostic criteria. *Journal of Learning Disabilities, 46* (1), 5-25.

Taylor, E. (1986). Childhood hyperactivity. *British Journal of Psychiatry, 149* (5), 562-573.

Thapar, A., Langley, K., Owen, M. J., & O'Donovan, M. C. (2007). Advances in genetic findings on attention deficit hyperactivity disorder. *Psychological Medicine*, 37 (12), 1681–1692.

Van den Hoofdakker, B. J., van der Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P. M. G., Minderaa, R. B., & Nauta, M. H. (2007). Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: A randomized controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (10), 1263–1271.

Van der Oord, S., Bögels, S. M., & Peijnenburg, D. (2009). *Mijn Aandacht: Mindfulness protocol voor kinderen met ADHD. My Attention: Mindfulness manual for children with ADHD*. Firenze: Internal publication University of Amsterdam/UVA.

Van der Oord, Bögels, & Peijnenburg, D. (2011). *The Effectiveness of Mindfulness Training for Children with ADHD and Mindful Parenting for their Parents*. 21 (1), 139-147.

Van Ewijk, H., Heslenfelda, D.J., Zwiers, M.P., Buitelaar, J.K., & Oosterlaan, J. (2012). Diffusion tensor imaging in attention deficit/hyperactivity disorder: systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36 (1), 1093-1106.

Vio, C., Marzocchi, G.M., & Offredi, F. (1999). *Il bambino con Deficit di Attenzione/Iperattività. Diagnosi psicologica e formazione dei genitori*. Trento: Erickson.

Vio, C., & Spagnoletti, S. (2013). *Bambini disattenti e iperattivi: parent training. Formazione e supporto dei genitori di bambini in età prescolare*. Trento: Erickson.

Zhou, K., Dempfle, A., Arcos-Burgos, M., Bakker, S.C., Banaschewski, T., Biederman, J. et al. (2008). Meta-analysis of genome-wide linkage scans of attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetic*, 147 (8), 1392-1398.