

Strumenti per il lavoro  
psico-sociale ed educativo



**PERCORSI PROSOCIALI  
PER IPERATTIVITÀ,  
DEFICIT DI ATTENZIONE  
E DISTURBI  
DELLA CONDOTTA**

Il trattamento multilivello

A cura di Fiorella Monteduro

**FrancoAngeli**



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

**Strumenti per il lavoro  
psico-sociale ed educativo**

**PERCORSI PROSOCIALI  
PER IPERATTIVITÀ,  
DEFICIT DI ATTENZIONE  
E DISTURBI  
DELLA CONDOTTA**

Il trattamento multilivello

A cura di Fiorella Monteduro

**FrancoAngeli**

In copertina: *Puzzle di puzzle @ Lemony* by Dreamstime.com

*Illustrazioni di Nando De Vecchis*

Copyright © 2013 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

*Dedico questo libro a mio marito,  
che sempre mi ha sostenuto nell'impegno professionale;  
alle mie figlie, che ben presto hanno compreso il valore  
di un lavoro al servizio del prossimo;  
a tutte le maestre che hanno contribuito allo sviluppo del TAP  
e a tutti i bambini e ragazzi con cui ho lavorato in questi anni  
e che hanno permesso la realizzazione di questo lavoro*



# Indice

<b>Prefazione</b> , di <i>Paolo Meazzini e Donato Salfi</i>	pag.	9
<b>Introduzione</b>	»	15
<b>1. Il deficit di attenzione, iperattività (ADHD) e disturbi della condotta</b>	»	17
1. Difficoltà di inquadramento diagnostico e comorbidità	»	17
2. Incidenza, decorso, fattori di rischio	»	22
3. Le caratteristiche cognitive e comportamentali dei soggetti con ADHD	»	26
4. Eziologia multifattoriale: genetica, neuroanatomica, neurochimica, ambientale	»	31
5. Principali filoni di trattamento e ricerca	»	34
6. Disturbi della condotta e sviluppo antisociale	»	36
6.1. I criteri diagnostici	»	36
6.2. Fattori predittivi e protettivi	»	40
<b>2. Il trattamento multilivello</b>	»	47
1. Perché multilivello	»	47
2. Architettura del trattamento	»	48
3. L'ambiente di sviluppo del modello multilivello	»	49
3.1. La prosocialità come comportamento di autoregolazione	»	49
3.2. Il costrutto teorico della prosocialità	»	53
4. Linee guida nell'applicazione del modello multilivello	»	56
4.1. La strutturazione, modalità e tempi delle sedute	»	56
4.2. La progressione delle fasi del trattamento	»	59

5. Descrizione dei “livelli”: tecniche e strumenti	pag. 62
5.1. L’assessment	» 62
5.2. Il livello familiare	» 66
5.2.1. Il parent training prosociale: educare al “positivo”	» 66
5.2.1.1. Abilità per la gestione dei comportamenti: le tecniche comportamentali	» 69
5.2.1.2. Le tecniche che diminuiscono la frequenza dei comportamenti	» 71
5.2.1.3. Le tecniche che aumentano la frequenza dei comportamenti	» 73
5.2.2. L’educazione prosociale	» 79
5.2.2.1. Abilità relazionali ed emotive del parent training prosociale	» 80
5.3. Il livello individuale	» 85
5.3.1. Il programma: training di abilità prosociali (TAP)	» 85
5.3.1.1. Le componenti e le attività strutturate del training di abilità prosociale	» 85
5.3.2. Tecniche e strategie per l’attenzione: programma TAI	» 122
5.4. Il livello sociale ed ambientale	» 133
5.4.1. I rapporti con la scuola e gli interventi	» 133
5.4.2. Il tempo libero e gli amici	» 134
<b>3. Alcuni percorsi realizzati</b>	» 135
1. Il caso di “Pierino”	» 135
2. Il caso di “Giampierino”	» 149
<b>4. Gli strumenti operativi</b>	» 155
1. L’intervista semistrutturata	» 155
2. Scala di valutazione dei comportamenti prosociali	» 158
3. Lo “stile” del trainer	» 160
4. Modalità per l’osservazione diretta dei comportamenti e la costruzione delle griglie	» 162
<b>Bibliografia</b>	» 167

## Prefazione

*di Paolo Meazzini<sup>1</sup> e Donato Salfi<sup>2</sup>*

Questo libro costituisce un fertile terreno del singolare incontro tra due paradigmi culturali e scientifici che, sino agli anni '90, pochi avrebbero pensato di accostare tra loro: l'approccio cognitivo-comportamentale e la prosocialità, il rigore metodologico dato dalle opzioni metateoriche del primo, quali fra tutte il determinismo e il riduzionismo e la focalizzazione sui valori morali, propria del secondo. Quest'incontro è iniziato nel 1991 a Sorrento, quando, nel corso del congresso "Il bambino sociale", dopo aver riconosciuto il ruolo determinante dell'assertività e del training assertivo nel trattamento della passività, abbiamo convenuto che sei miliardi di persone assertive, ognuna delle quali è impegnata a perseguire i propri obiettivi, costituiscono un modello di socialità difficilmente sostenibile perché, piuttosto che costituire una comunità, assomigliano ad una mandria di mucche al pascolo, ognuna delle quali è intenta a brucare e ruminare la propria erba. Da quel momento la prosocialità è entrata a far parte integrante del percorso di formazione dei nostri corsi di specializzazione in psicoterapia cognitivo-comportamentale, oltre che dei programmi di ricerca di cui si è fatto carico l'Istituto di Scienze dell'Apprendimento e del Comportamento Prosociale (Salfi e Monteduro, in press).

Fiorella Monteduro era tra gli specializzandi che parteciparono al congresso di Sorrento e da allora ha realizzato un percorso di ricerca in ambito psicoeducativo e psicoterapeutico che finalmente trova visibilità in questo volume. Alle pagine di questo libro infatti ha affidato il compito ambizioso, ma a noi pare ben riuscito, di presentare al vaglio della comunità scientifica

<sup>1</sup> Paolo Meazzini, già ordinario di Psicologia Clinica e di Comunità nell'Università La Sapienza di Roma e di Udine e Facoltà di Psicologia dell'Università Salesiana di Venezia.

<sup>2</sup> Donato Salfi, direttore della Formazione dell'ASL di Taranto, professore a contratto di Psicologia Sociale dell'Università di Bari.

un modello che, pur non potendo ancora contare sull'evidenza della ricerca sperimentale controllata, apre nuove prospettive. Potremmo affermare, con Thomas Kuhn (1970), che, in questo momento, la ricerca psicoeducativa relativa ai disturbi del comportamento si trova in una delle periodiche fasi "zero", nel periodo "pre-paradigmatico", quando le teorie preesistenti fanno fatica a spiegare nuovi fenomeni e questa dissonanza crea l'ambiente di coltura più adatto per far crescere un nuovo bisogno di ricerca e di indagine, un rinnovato atteggiamento di curiosità intellettuale, scientifica e sociale: è questo il momento in cui, a partire dagli elementi preesistenti, qualcuno riesce ad immaginare ed a proporre nuovi scenari, soluzioni e punti di vista originali che possono generare un nuovo approccio. In questa fase, lo sviluppo scientifico è piuttosto simile a quello dell'arte: è intuitivo, è caratterizzato da un elevato tasso di ambiguità e l'inevitabile confusione che ne deriva, rischia di assimilare il ricercatore ad una massaia creativa e i processi di ricerca ad un minestrone variopinto. La carenza di rigore, tuttavia, si rivela funzionale alla fertilizzazione delle idee ed all'arricchimento di nuovi punti vista.

Se il lettore ha la pazienza di seguirci per un breve tratto, sapremo ricompensare la sua decisione spiegando nelle prossime pagine quali possano essere le ragioni per interessarsi all'approccio TAP – Training Abilità Prosociali-Multilivello per il trattamento dell'ADHD. E tuttavia, fin da ora lo invitiamo a considerare che la multifattorialità nella genesi dei comportamenti disfunzionali dei bambini con ADHD evidenzia l'importanza di agire su più aspetti di vita del bambino e sulla necessità di incrementare i comportamenti positivi piuttosto che aggredire quelli negativi.

Questi presupposti sono all'origine della convinzione, oggi oramai consolidata, che l'educazione non debba rimanere avvilita dentro lo sviluppo dell'intelligenza cognitiva e che educare a "vivere bene" concorre in misura determinante a generare la salute.

Come spesso accade, questa illuminante intuizione è figlia di un fallimento. Essa è nata infatti dalla dissonanza tra gli effetti drammatici dei fenomeni di dipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope e la laconica constatazione dell'inutilità dei cosiddetti interventi di informazione e prevenzione. Negli anni '80 in molti Stati si è diffusa la convinzione che la sempre più ampia diffusione dei fenomeni di dipendenza e il dilagare di forme di disagio individuale e sociale fossero tra loro interdipendenti: esiste infatti un innegabile rapporto di causa-effetto tra la diffusione dell'abuso di droghe, tabacco, alcool e l'ampia diffusione di violenze, aggressioni, dispersione scolastica, disoccupazione, bullismo e comportamenti disfunzionali socialmente indesiderabili. Ma, in una perversa circolarità, il disagio sociale e la carente competenza relazionale, a sua volta, è anche causa dell'espandersi dei fenomeni di dipendenza.

Questa complessità del fenomeno ha messo in crisi gli interventi di informazione e prevenzione decisi dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), attuati in vari Stati membri in tutto il mondo e costruiti intorno alla fallacia dell'ipotesi secondo la quale una maggiore informazione si sarebbe correlata con una diminuzione dei fenomeni di dipendenza. In quegli anni, l'evidenza dei fatti ha convinto che l'informazione, anche se diffusa, tecnologica, avanzata, non abbia prodotto un decremento del fenomeno dipendenza che, invece, ha mostrato di continuare a crescere.

Negli anni '80 l'OMS si apre ad un nuovo punto di vista secondo il quale la radice del problema deve essere cercata dentro le coordinate culturali e sociali della comunità, cosicché, se il problema nasce dalla cultura e dalla socialità, la sua soluzione non può che trovarsi nel cambiamento delle coordinate culturali e sociali della collettività.

Il cambiamento di strategia viene infine documentato nel testo *Life skills education in schools* che l'OMS pubblica nel 1993. Esso rappresenta la declinazione delle competenze umane e personali di *coping*, per far fronte agli eventi della vita e abilità relazionali per rapportarsi con gli altri: *decision making, problem solving, pensiero creativo, pensiero critico, autoconsapevolezza, gestione delle emozioni, gestione dello stress, comunicazione funzionale, empatia, capacità relazionali*.

Si fa strada nella comunità internazionale la convinzione che il benessere non è uno stato né una condizione stabile e irreversibile o immodificabile, ma – al contrario – rappresenta il risultato dell'interazione incessante tra la persona e il suo ambiente, la ricerca dell'equilibrio e dell'armonia nel rapporto della persona con l'ambiente relazionale e sociale e, per un bambino, con l'ambiente educativo, oltre che con quello naturale. In altre parole, ciascuno di noi può apprendere a star bene perché la salute costituisce la risultante di un processo educativo, di apprendimento e di cambiamento. Intervenire efficacemente sulla capacità del bambino e dell'adolescente di comunicare, di sviluppare un'equilibrata emozionalità, di allargare la propria competenza a tessere interazioni prosociali nell'ambiente relazionale che lo circonda equivale dunque a lavorare per la sua salute.

In realtà queste convinzioni erano già consolidate nella comunità degli psicologi cognitivo-comportamentali. Ricerche come quella di Annalisa Rolandi (1983) avevano reso evidente che i giovani adulti con un disagio psicologico non erano stati dei bambini con un piccolo disturbo, ma avevano sviluppato una carente competenza sociale. Altre ricerche (Hastings *et al.*, 2000) avevano cercato i fattori protettivi nell'infanzia per lo sviluppo dei disturbi del comportamento e del successivo sviluppo deviante nell'adolescenza, trovandoli nell'interesse per gli altri, nell'empatia, nella competenza sociale, nella frequenza dei comportamenti prosociali. Avevamo

compreso che i comportamenti socialmente inaccettabili sono appresi (Meazzini, 1978) e che questo avviene prevalentemente con un processo di apprendimento da modello (Salfi, 1989); che anche i comportamenti sociali, così come i valori e gli atteggiamenti positivi quali la collaboratività, la condivisione, l'aiuto, la donazione, la partecipazione, ecc. sono appresi e, pertanto, sono educabili (Salfi e Barbara, 1994); che esistono comportamenti sociali alternativi e incompatibili tra loro: ad esempio, le condotte prosociali sono alternative e incompatibili con quelle aggressive e oppostive o dirompenti. Pertanto, l'azione psicoeducativa, anziché aggredire i comportamenti inadeguati può essere riorientata ad educare le condotte socialmente desiderabili che, essendo incompatibili con le prime, ne ridurranno le probabilità di comparsa (Salfi e Barbara, 1990).

E tuttavia i tentativi di realizzare programmi di educazione della competenza sociale per l'età evolutiva introducendo nelle istituzioni esperti esterni capaci di implementare programmi strutturati di apprendimento della socialità sono franati paurosamente quando sono stati sottoposti al vaglio dell'evidenza sperimentale. Ricci, Lambardelli, Gagliardini e Crucillà (1988) trovarono che l'efficacia di queste procedure sul comportamento sociale degli allievi non è maggiore di quella ottenuta con i gruppi di controllo: i soggetti del gruppo sperimentale, dopo la somministrazione del curriculum mostrarono un cambiamento cognitivo ai test carta e matita, ma presentarono lo stesso risultato del gruppo di controllo nelle prove strutturate di comportamento. I ricercatori hanno dunque dovuto concludere che il *training* era stato efficace per modificare la struttura cognitiva degli alunni ai quali veniva somministrato, ma non aveva prodotto un impatto sul comportamento reale e che gli effetti della somministrazione del *training* erano paragonabili a quelli che potevano essere ottenuti raccontando loro favole a sfondo morale.

Come spesso accade, tuttavia, la falsificazione di un'ipotesi si è rivelata fertile, perché ha permesso di produrre nuove ipotesi da sottoporre al vaglio dell'evidenza sperimentale. Il gruppo di ricerca dell'ISACPro, infatti, ha cercato la ragione dell'inefficacia del training sulla modificazione dei comportamenti dei bambini ed ha ipotizzato che essa doveva risiedere nel fatto che il *training* veniva messo in atto da esperti esterni, che realizzavano un accesso estemporaneo nelle classi.

Pertanto i ricercatori dell'ISACPro hanno formulato una nuova ipotesi secondo la quale due sono le condizioni correlate con il successo del trattamento: l'esposizione dei bambini a modelli di condotte prosociali da parte degli adulti significativi e l'implementazione, da parte di questi stessi modelli, di programmi strutturati di apprendimento.

I risultati ottenuti evidenziarono (Salfi e Monteduro, 2003):

- un incremento significativo dei comportamenti prosociali ed un corrispondente;
- decremento dei comportamenti aggressivi e passivi;
- un aumento dei comportamenti prosociali;
- maggiore competenza comunicativa nel dare e chiedere informazioni utili alla soluzione di un compito;
- maggiore sensibilità interpersonale intesa come abilità nel riconoscere i sentimenti dell'interlocutore, decodificando correttamente i messaggi della comunicazione metaverbale;
- competenza nella collaborazione con un interlocutore;
- produzione di possibili soluzioni ad un problema cognitivo, nell'ambito di una discussione in gruppo.

Il lavoro clinico svolto nell'ultimo decennio e che qui viene presentato ha preso le mosse da questi risultati, ma ha a che vedere con una nuova ipotesi, tesa a verificare se una metodologia simile possa essere applicata con successo nel trattamento dell'iperattività, dei deficit di attenzione e dei disturbi della condotta.

I bambini con ADHD mostrano disturbi comportamentali, perché hanno una notevole difficoltà nell'inibizione delle risposte, nella pianificazione e nel controllo dei propri comportamenti nelle relazioni sociali, infatti l'empatia e l'autocontrollo risultano essere carenti in queste persone. Un'esemplificazione valga per tutte:

Angelo ha 7 anni, frequenta il 2° anno di scuola primaria.

Secondo la diagnosi clinica è affetto da *“sindrome ipercinetica con disturbo dell'attenzione, impulsività e scarsa tolleranza alle frustrazioni”*.

La sua esistenza sembra essere pervasa da iperattività, impulsività, mancanza di rispetto delle regole di convivenza, da comportamenti aggressivi e, in qualche caso, violenti.

L'osservazione condotta nei primi giorni di scuola descrive così la situazione:

“Interrompe frequentemente gli altri e non riesce ad attendere il suo turno, risponde prima che venga completata la domanda e irrompe nei giochi e nelle conversazioni dei compagni senza rispettare il ritmo della comunicazione e non permettendo agli altri di intervenire.

La sua impulsività si manifesta con azioni pericolose per gli altri e per le cose e non sembra badare alle possibili conseguenze negative delle proprie azioni.

L'alunno evidenzia difficoltà nel mantenere l'attenzione in qualsiasi attività e spesso è riluttante ad impegnarsi in compiti che richiedono concentrazione; si lascia facilmente distrarre da stimoli esterni: non ascolta chi gli parla e orienta lo sguardo lontano dall'interlocutore.

Al mattino, sin dal suo ingresso in classe, manifesta iperattività: se sta seduto muove continuamente mani e piedi, subito si alza e cammina per la classe, a volte corre e cerca di scappare fuori dall'aula.

L'alunno è oppositivo e provocatorio e non accetta richiami.

Anche nelle attività ludiche ha difficoltà a giocare e impegnarsi in modo funzionale, predilige giochi dove corre e può spingere i compagni.

La carenza di autocontrollo ha influenzato negativamente l'interazione con i compagni che è inadeguata sia nei contesti strutturati che nel gioco libero.

L'alta frequenza di comportamenti verbali e non verbali socialmente inaccettabili ha generato nei compagni di classe una percezione di Angelo diffusamente negativa. Lo considerano come un intruso aggressivo e provocatore.

Alcuni alunni reagiscono ai suoi attacchi urlando spaventati e piangendo, di conseguenza si rifiutano di giocare con lui e si spaventano quando lui si avvicina temendo di essere aggrediti, si sentono minacciati e in pericolo ed evitavano di interagire spontaneamente sia durante i giochi strutturati che durante la ricreazione".

L'ipotesi di questo libro e del modello che esso intende presentare si fonda sulla convinzione che lo sviluppo del comportamento prosociale, incompatibile con tutti comportamenti disfunzionali che, come è evidente nell'esempio, costituiscono il repertorio ricorrente dei bambini con ADHD, produce un incremento dell'autoregolazione emotiva, della coesione sociale, dello sviluppo di abilità relazionali e della costruzione di valori morali evoluti.

Nel TAP – Training Abilità Prosociali-Multilivello l'associazione del modello di educazione prosociale con l'approccio cognitivo-comportamentale offre l'innegabile vantaggio di poter agire, in modo coerente con la complessità etiologica dell'ADHD, su una molteplicità di fattori nel contesto di vita del bambino: individuali, familiari, scolastici, sociali, assicurandosi così l'incremento dei comportamenti funzionali a danno di quelli disfunzionali.

## Introduzione

Lo sviluppo del modello di trattamento multilivello si inserisce nell'ambito della psicologia e psicoterapia cognitivo comportamentale ed al tempo stesso rappresenta l'applicazione del modello di educazione prosociale, sviluppato da Roche (1985) e poi modificato da Salfi e Monteduro (2004), nella psicoterapia dell'infanzia ed adolescenza.

Il presente modello nasce come una proposta, che dovrà essere ulteriormente testata sperimentalmente, di un percorso a più "livelli" (individuale, familiare, scolastico, sociale), che ha al suo interno anche innegabili riferimenti alla psicologia umanistica e rogersiana.

Per la sua complessità e l'ampiezza delle aree trattate si può configurare come un intervento di tipo psicosociale.

Il trattamento multilivello ha trovato la sua evoluzione nella lunga esperienza di applicazione della prosocialità in ambito educativo, scolastico e formativo (Salfi e Monteduro, 2003, 2004, Monteduro, 1998), sia dall'esigenza, in ambito psicoterapeutico, di strumenti che permettessero interventi articolati su fenomeni complessi quali l'ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) ed i disturbi della condotta frequentemente associati.



# 1. Il deficit di attenzione, iperattività (ADHD) e disturbi della condotta

## 1. Difficoltà di inquadramento diagnostico e comorbidità

Nella pratica clinica sono spesso presenti difficoltà diagnostiche nell'inquadramento dell'ADHD, legate alla comorbidità con altri disturbi come quelli della condotta ed oppositivo-provocatori (DSM, 1995).

Descriviamo brevemente i criteri diagnostici del DSM-IV (1995):

### A.

1. Sei (o più) dei seguenti sintomi di **disattenzione** sono persistiti per almeno sei mesi con una intensità che provoca disadattamento e che contrasta con il livello di sviluppo:

#### *Disattenzione*

- a. spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro, o in altre attività;
- b. spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco (e) spesso non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente;
- c. spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le incombenze, o i doveri sul posto di lavoro (non a causa di comportamento oppositivo o di incapacità di capire le istruzioni);
- d. spesso ha difficoltà ad organizzarsi nei compiti e nelle attività;
- e. spesso evita, prova avversione, o è riluttante ad impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto (come compiti a scuola o a casa);
- f. spesso perde gli oggetti necessari per i compiti o le attività (per es. giocattoli, compiti di scuola, matite, libri, o strumenti) (h) spesso è facilmente distratto da stimoli estranei (i) spesso è sbadato nelle attività quotidiane.

2. Sei o più sintomi di iperattività sono persistiti per almeno 6 mesi con una intensità che causa disadattamento e contrasta con il livello di sviluppo:

*Iperattività*

- a. spesso si muove con irrequietezza mani o piedi o si dimena sulla sedia;
- b. spesso lascia il proprio posto a sedere in classe o in altre situazioni in cui ci si aspetta che resti seduto;
- c. spesso scorrazza e salta dovunque in modo eccessivo in situazioni in cui ciò è fuori luogo (negli adolescenti e negli adulti, ciò può limitarsi a sentimenti soggettivi di irrequietezza);
- d. spesso ha difficoltà a giocare o a dedicarsi a divertimenti in modo tranquillo;
- e. è spesso “sotto pressione” o agisce come fosse “motorizzato”;
- f. spesso parla troppo.

*Impulsività*

- g. spesso “spara” le risposte prima che le domande siano state completate;
- h. spesso ha difficoltà ad attendere il proprio turno (i) spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti (per es., si intromette nelle conversazioni o nei giochi).

**B.** Alcuni dei sintomi di iperattività-impulsività o di disattenzione che causano compromissione, erano presenti prima dei 7 anni di età.

**C.** Una certa menomazione a seguito dei sintomi è presente in due o più contesti (per es., a scuola o al lavoro e a casa).

**D.** Deve esserci una evidente compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo.

**E.** I sintomi non si manifestano esclusivamente durante il decorso di un disturbo generalizzato dello sviluppo, di schizofrenia, o di un altro disturbo psicotico, e non risultano meglio attribuibili ad un altro disturbo mentale (per es., Disturbo dell’umore, Disturbo d’ansia, Disturbo Dissociativo, o Disturbo di personalità).

In genere, questi bambini vengono segnalati più per i problemi relazionali e di aggressività e spesso è la richiesta di soluzione di questi problemi, che divengono di difficile gestione soprattutto in ambito scolastico, che spinge i genitori e prima ancora gli insegnanti a richiedere il trattamento psicoterapeutico.

Permanendo un certa difficoltà nel valutare il problema comportamentale come primario o secondario all’impulsività e all’attenzione, alcuni autori (Cornoldi *et al.*, 1997) suggeriscono la valutazione del contesto relazionale del bambino o ragazzo. Ritengono, infatti, che i disturbi della condot-

ta siano correlati con una maggiore presenza di problematiche familiari, mentre appaiono meno rilevanti le difficoltà cognitive. Questa osservazione, però, non scioglie gli interrogativi, in quanto nella pratica clinica con soggetti adolescenti devianti è frequente individuare nei resoconti di atti delinquenti l'impulsività come caratteristica delle loro azioni. Alla base di questi atti troviamo spesso una mancata valutazione delle conseguenze dell'azione a breve, medio e lungo termine, così come una difficoltà a procrastinare le gratificazioni, caratteristiche difficoltà di tipo cognitivo. Anche nella valutazione degli aspetti di relazione familiare, troviamo spesso difficoltà nella gestione del comportamento dei figli con ADHD, elevati livelli di conflittualità nei rapporti genitori-figlio e spesso anche nella coppia genitoriale. In questo quadro diviene difficile stabilire quali di questi problemi siano primari o secondari allo sviluppo dell'ADHD nei bambini. Alcuni autori ritengono (Fedeli, 2003), che questa conflittualità all'interno della famiglia possa essere generata secondariamente per via del comportamento disturbato dei figli. Talvolta, questi bambini vengono descritti dai genitori come "nervosi" sin da molto **bambini** (prima dei quattro anni), in quanto tendevano a piangere frequentemente ed a fare i "capricci" in modo esagerato rispetto alle situazioni, a dormire poco ed a dare problemi anche nell'alimentazione, nel senso di un rifiuto del cibo (Nisi e Ceccarani, 1989).

Il DSM-IV, rispetto alla sua precedente versione offre un valido aiuto nell'inquadramento diagnostico dell'ADHD, permettendo di distinguere tre diversi sottotipi: disturbo da deficit attenzione/iperattività, tipo combinato in cui sono presenti la disattenzione e l'iperattività, tipo con disattenzione predominante se la disattenzione è la caratteristica prevalente, tipo con iperattività-impulsività predominanti, se i sintomi dell'iperattività e impulsività sono la caratteristica prevalente.

Secondo alcune stime il 70% (Mazzocchi, Scuranti, 2005) dei soggetti con ADHD presenta comorbidità con altri disturbi.

Generalmente, viene descritta comorbidità con:

- **Disabilità di apprendimento.** Circa il 20-30% (Nimh, 2003), mentre altre stime parlano di range tra l'8% e l'80% (in Fedeli, 2004), presenta una disabilità di apprendimento, tra queste più frequenti sono le difficoltà di scrittura, lettura e matematica, diffusa appare la dislessia. Accanto a questo si osserva una grande discrepanza tra QI e rendimento scolastico;
- **Sindrome di Tourette.** Una piccola percentuale di bambini con ADHD presenta questa sindrome che è un disturbo neurologico, che si manifesta con tic di vario genere e manierismi ripetitivi;