

L'esperienza lombarda del parent training con genitori di bambini con ADHD

GIAN MARCO MARZOCCHI

Professore Associato, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Milano Bicocca

VERONICA SGARIBOLDI

Psicologa, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Milano Bicocca

STEFANO CONTE

Neuropsichiatra Infantile, UONPIA Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza ASST – «Papa Giovanni XXIII» di Bergamo

VALERIA RENZETTI

Psicologa, UONPIA Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza ASST – «Papa Giovanni XXIII» di Bergamo

EMIDIO FORNARO

Neuropsichiatra Infantile, UONPIA Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano

ALESSANDRA VALENTINO

Psicologa, UONPIA Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano

CHIARA BATTAINI

Psicologa, UONPIA Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano

SOMMARIO

Il trattamento elettivo per l'ADHD è di tipo multimodale e include il bambino, gli insegnanti e i suoi genitori. Il Parent Training per i genitori di bambini con ADHD rappresenta un percorso terapeutico la cui efficacia è dimostrata da diversi decenni. In questo studio sono stati coinvolti 81 genitori di bambini con ADHD afferenti a 7 Centri Clinici della Lombardia che hanno seguito un percorso di Parent Training semistrutturato per un numero di sedute comprese tra 7 e 10. Sono state confrontate due versioni di Parent Training: quella di Vio e colleghi (1999) e quella di Paiano e colleghi (2014), tramite la compilazione di 5 questionari prima e dopo il completamento del Training. I risultati hanno mostrato che i genitori dichiarano di migliorare le proprie pratiche disciplinari, riportano una riduzione del livello di stress, percepiscono che i propri figli presentano meno sintomi dell'ADHD e si ritengono più efficaci dal punto di vista educativo. Nell'articolo si discutono anche le associazioni tra i risultati ottenuti, le variabili relative alla modalità di Parent Training e gli aspetti socio-economici e culturali dei partecipanti.

PAROLE CHIAVE

ADHD, Parent Training, Interventi comportamentali.

VERA VALENTI

*Neuropsichiatra Infantile, UONPIA
Unità Operativa di Neuropsichiatria
dell'Infanzia e dell'Adolescenza
dell'Ospedale Fatebenefratelli e
Oftalmico di Milano*

SILVIA MERATI

*Psicologa, UONPIA Unità Operativa
di Neuropsichiatria dell'Infanzia
e dell'Adolescenza dell'Ospedale
Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano*

GAIA OLDANI

*Neuropsichiatra Infantile, UONPIA
Unità Operativa di Neuropsichiatria
dell'Infanzia e dell'Adolescenza
dell'Ospedale Fatebenefratelli e
Oftalmico di Milano*

CLAUDIO BISSOLI

*Psicologo, UONPIA Unità Operativa
di Neuropsichiatria dell'Infanzia e
dell'Adolescenza Fondazione IRCCS
Ca' Granda Ospedale Maggiore
Policlinico di Milano*

ANTONELLA COSTANTINO

*Direttrice, UONPIA Unità Operativa
di Neuropsichiatria dell'Infanzia e
dell'Adolescenza Fondazione IRCCS
Ca' Granda Ospedale Maggiore
Policlinico di Milano*

JESSICA BABBONI

*Psicologa, UONPIA Unità Operativa
di Neuropsichiatria dell'Infanzia e
dell'Adolescenza Fondazione IRCCS
Ca' Granda Ospedale Maggiore
Policlinico di Milano*

ISABELLA CROPA NESE

*Psicologa, UONPIA Unità Operativa
di Neuropsichiatria dell'Infanzia e
dell'Adolescenza Fondazione IRCCS
Ca' Granda Ospedale Maggiore
Policlinico di Milano*

ALESSIA GROPELLI

*Psicologa, UONPIA Unità Operativa
di Neuropsichiatria dell'Infanzia e
dell'Adolescenza ASST-Melegnano-
Martesana*

MATTEO ALESSIO CHIAPPEDI

*Ricercatore, IRCCS Fondazione
Mondino, Pavia*

ELENA VLACOS

*Psicologa, IRCCS Fondazione
Mondino, Pavia*

Introduzione

Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder – ADHD) è una delle condizioni psichiatriche più diffuse in età evolutiva (Zuddas et al., 2006). Secondo la definizione del DSM-5 (APA, 2014), l'ADHD è un disturbo del neurosviluppo, caratterizzato da un pattern persistente di deficit dell'attenzione e del controllo inibitorio e di comportamento iperattivo, inappropriato rispetto alla specifica età di sviluppo, che si presenta in almeno due contesti e che interferisce con la qualità del funzionamento sociale (American Psychiatric Association, 2014). Si tratta, quindi, di un disturbo evolutivo di origine neurobiologica che influisce sul normale sviluppo psicologico del bambino ed impedisce lo svolgimento delle attività quotidiane. Le manifestazioni principali sono difficoltà di attenzione e concentrazione, incapacità a controllare l'impulsività e difficoltà nel regolare il livello di attività motoria.

L'ADHD è un disturbo cronico che può durare tutta la vita, anche se insorge tipicamente durante l'età prescolare (Sonuga-Barke e Halperin, 2010). I bambini di questa età con sintomi ADHD (ma anche con altri disturbi comportamentali) spesso vivono in situazioni di problematiche familiari che contribuiscono all'innalzamento del livello di stress familiare e dei problemi di salute mentale (DeWolfe, Byrne e Bawden, 2000). È necessario quindi, per un bambino con ADHD, prendere in considerazione le esperienze vissute nel suo ambiente sociale, in modo particolare nel contesto familiare in cui inizia a costruire la propria personalità (Pezzica et al., 2013).

Spesso i genitori di bambini con un comportamento «difficile» tendono a esprimere giudizi globali che difficilmente si modificano nel tempo, perché hanno una percezione irrealistica delle capacità del proprio figlio, hanno aspettative troppo alte sulle loro capacità di autocontrollo in rapporto all'età cronologica.

Frequentemente, gli errori di giudizio dei genitori verso i propri figli sono associati a depressione o stress dei genitori stessi, quindi si può dire che la percezione del genitore del comportamento del proprio figlio possa dipendere anche dallo stato emotivo del genitore stesso (Braswell e Bloomquist, 1991; Barkley, 1987).

Le famiglie di bambini con ADHD sono caratterizzate da meno «calore affettivo» e reattività positiva (Hurt et al., 2007), inoltre si osservano alcune peculiarità: percezione di scarsa competenza genitoriale (soprattutto nelle madri; Mash e Johnston, 1989; Pisterman et al., 1992), disciplina negativa (strategie educative negative; Johnston, 1996), conflittualità intrafamiliare (Lange et al., 2005), stress familiare, attribuzione erronea (per spiegare le cause dei comportamenti messi in atto dal bambino).

Molte ricerche evidenziano, infatti, il legame presente tra i problemi comportamentali del bambino e le pratiche genitoriali che, se caratterizzate da calore affettivo, coerenza educativa e positività relazionale, si associano maggiormente a bambini con ADHD che presentano una sintomatologia meno grave, una maggiore accettazione sociale e maggiori abilità sociali (Hurt et al., 2007). La famiglia quindi è una risorsa importante a cui attingere per il trattamento, per la modificazione dei comportamenti di disattenzione-iperattività, oltre che di quelli oppositivi, aggressivi dei bambini. L'intervento che risulta maggiormente indicato per la costruzione di competenze genitoriali specifiche risulta essere il Parent Training – PT (Chiarenza et al., 2006), e poiché il genitore dovrà fungere da modello per il figlio, è necessario che venga aiutato ad essere più riflessivo, più organizzato nelle attività e più coerente nello stile educativo (Vio et al., 1999). Ciò non significa che le famiglie con figli con ADHD debbano impostare un ambiente e crearsi uno stile di vita rigido, colmo di regole, ma devono creare un contesto che dia spazio e tempo al bambino per riflettere su ciò che sta facendo. Inoltre questi programmi forniscono un supporto psicologico ai genitori che devono affrontare situazioni problematiche e difficili (Marzocchi, 2017).

Nei programmi di Parent Training viene insegnato ai genitori a rinforzare positivamente i comportamenti accettabili, a dare ai figli chiare istruzioni, a utilizzare in modo efficace le punizioni e a ignorare alcuni comportamenti problematici. Infine, ci si concentra sulle interpretazioni che i genitori fanno riguardo ai comportamenti negativi dei figli, per poter migliorare il loro rapporto e per poter aumentare il benessere personale. I percorsi di PT offrono l'opportunità ai genitori di apprendere nuove strategie educative efficaci nella gestione delle situazioni problema che si presentano nell'educazione del figlio, evitando strategie punitive, povere di monitoraggio, tipiche di queste famiglie in cui aumenta il rischio di esiti negativi per i bambini e gli adolescenti (Lochman e Wells, 2002). Tutto ciò permette di migliorare l'ambiente di vita del bambino e dei genitori stessi.

Diversi studi hanno analizzato l'efficacia dei Parent Training: ad esempio, un'importante meta-analisi è stata condotta da Reyno e McGrath (2006), con l'obiettivo di

identificare i predittori dell'efficacia del PT per problemi comportamentali esternalizzanti in età evolutiva. In questo lavoro, sono stati inclusi tutti gli studi, pubblicati tra il 1980 e il settembre 2004, inerenti le variabili familiari, genitoriali e relative al figlio, che possono influenzare la risposta al PT. Nel dettaglio, sono stati esaminati quattro principali cluster di predittori: variabili demografiche (genitore single, dimensione della famiglia, basso reddito familiare, basso livello culturale/occupazionale, giovane età della madre, appartenenza a una minoranza), variabili connesse al bambino (fonte della segnalazione e gravità del comportamento), variabili genitoriali (psicopatologia/depressione materna, eventi negativi agenti stressanti) e variabili relative alla frequenza (partecipazione e barriere percepite nei confronti della frequenza al trattamento), tutte variabili valutate in relazione sia alla risposta che all'interruzione del trattamento. Dai risultati non sono emerse associazioni di rilievo, a eccezione della variabile «basso reddito familiare», la quale ha mostrato una notevole associazione con l'esito del trattamento. Reyno e McGrath (2006) spiegano questo risultato adottando il modello dello stress familiare delle ristrettezze economiche: si ipotizza infatti che la pressione economica faccia aumentare le preoccupazioni e lo stress dei genitori, deteriorando così il livello della loro salute mentale e comportando, di conseguenza, l'aumento di pratiche genitoriali inadeguate.

Dopo circa dieci anni un'altra meta-analisi condotta da Coates e colleghi (2015) ha considerato un campione complessivo di 325 bambini con ADHD, mostrando una riduzione di sintomi ADHD in termini di effect size medio pari a 0,68. Anche i sintomi di disturbi della condotta si sono ridotti in modo significativo (Effect size medio = 0.59), ma soprattutto è aumentata l'autostima dei genitori (ES = 0.93).

In un altro studio, Loren e colleghi (2015) hanno evidenziato importanti e significativi cambiamenti a seguito della partecipazione dei genitori al PT; in questo studio sono stati coinvolti i genitori di 241 bambini con ADHD, che hanno partecipato a 8 sessioni di gruppo, il PT è stato condotto secondo il programma *Behavioral Parent Training* (BTP) elaborato da Barkley (1987). In particolare, è emersa una significativa riduzione dei problemi comportamentali nei bambini con un contestuale miglioramento delle pratiche genitoriali che ha influito in modo positivo sull'interazione genitore-bambino.

Risultati simili sono riscontrabili anche nello studio di Gerdes, Haack e Schneider del 2013, nel quale si evidenziano importanti cambiamenti in alcune aree della genitorialità sia materna che paterna dopo la partecipazione al PT. Gli autori riscontrarono che le madri iniziarono ad attuare una disciplina più coerente con una riduzione delle punizioni corporali oltre che un significativo decremento dello stress genitoriale, mentre i padri mostrarono un maggior coinvolgimento nella relazione con i propri figli.

Anche nel panorama italiano il Parent Training per l'ADHD ha trovato importanti attuazioni. In particolare, il programma che ha trovato maggiore riscontro è quello proposto da Vio, Marzocchi e Offredi (1999), composto da tre sezioni e strutturato in nove incontri condotti da un operatore esperto. Benedetto e colleghi (2012) hanno condotto una

ricerca sull'efficacia del Parent Training la cui finalità era quella di valutare l'impatto del profilo ADHD sul sistema familiare e la presenza di eventuali cambiamenti nelle credenze genitoriali e nelle interazioni problematiche, a seguito della partecipazione da parte dei genitori a un percorso di Parent Training. I risultati hanno messo in evidenza nei bambini una riduzione della gravità e numerosità dei comportamenti negativi, e nei genitori un decremento dei livelli di stress e nell'uso della punizione, accompagnati da un aumento del senso di autoefficacia e percezione del controllo del figlio.

Pezzica e colleghi (2013) hanno condotto uno studio con il duplice scopo di valutare l'efficacia del Parent Training e di verificare quali fossero i contenuti verbali dei genitori durante le sedute di Parent Training. Poiché in questo studio il numero di partecipanti era ridotto ($N = 4$), non vennero riscontrati dei cambiamenti quantitativi nella sintomatologia dei bambini, tuttavia i genitori riportarono un aumento delle pratiche genitoriali positive e una riduzione delle punizioni fisiche.

Un'altra esperienza significativa riguardo l'efficacia dei Parent Training è quella di Gagliardini e colleghi (Gagliardini et al., 2013): gli autori definiscono questo percorso un'esperienza di PT come forma di *Parent Training Integrato – PTI*, in quanto includono anche tre incontri con insegnanti. Al progetto hanno partecipato 10 coppie di genitori; il programma è stato impostato su 9 incontri con cadenza quindicinale della durata di due ore ciascuno, il conduttore era un terapeuta di orientamento cognitivo-comportamentale, supportato in alcuni momenti da altri colleghi per trattare alcuni argomenti particolari (Gagliardini et al., 2013). È stato condotto un confronto tra i risultati pre vs post utilizzando diverse misure: i sintomi ADHD, le prestazioni dei bambini a test di attenzione e funzioni esecutive, lo stress genitoriale e il senso di competenza dei genitori. I risultati mettono in evidenza una diminuzione del livello di stress genitoriale e l'aumento del senso di competenza solo nelle madri. Per quanto riguarda le prestazioni ai test e i sintomi ADHD dei figli gli autori riportano un miglioramento delle funzioni esecutive e una riduzione dei sintomi dell'ADHD solo secondo le madri.

Più recentemente, Paiano e collaboratori (Paiano et al., 2014), con lo scopo di costruire una modalità di intervento integrata, attenta agli aspetti sia cognitivo-comportamentali sia emotivo-relazionali, hanno sviluppato un programma per genitori di bambini con ADHD, che hanno denominato CERG – *Cognitive Emotional Groups*. L'obiettivo principale dei gruppi CERG è stato quello di potenziare nei genitori l'utilizzo di strategie comportamenti funzionali per gestire il bambino con ADHD, includendo anche una dimensione emotivo-relazionale con un'impostazione psico-dinamica. Le caratteristiche di questo progetto hanno previsto la conduzione del gruppo da parte di due specialisti, uno a impostazione cognitivo-comportamentale e l'altro a impostazione psicodinamica. Durante gli incontri venivano trattate le seguenti tematiche: il potenziamento di strategie cognitive per la risoluzione dei conflitti, una particolare attenzione agli aspetti emotivi, relazionali e cognitivi che fanno parte della relazione genitore-bambino,

infine la presenza di uno spazio non strutturato alla fine di ogni incontro, denominato «tempo privilegiato del gruppo», strumento utile per il confronto con gli altri membri del gruppo, nel quale possano emergere ed essere analizzate problematiche emotive e relazionali (Corbella, Girelli e Marinelli, 2004).

I risultati emersi dopo il Parent Training e misurati con *L'Alabama Parenting Questionnaire* (Frick, 1991), mostrano una tendenza al miglioramento nelle aree legate agli aspetti positivi delle capacità genitoriali (Coinvolgimento e Parenting positivo), la riduzione dell'incoerenza educativa e la scarsa supervisione; d'altro canto si osserva a un lieve aumento del ricorso alla punizione fisica (Paiano et al., 2012). Inoltre, per mezzo del questionario *Parenting Stress Index* (Abidin, 2008) è stato riscontrato un decremento del livello di stress genitoriale, in particolare la sotto-scala relativa alla relazione con il figlio. Per quanto riguarda invece i sintomi è emerso un discreto miglioramento percepito da parte dei genitori sia per la disattenzione che per l'iperattività (Paiano et al., 2012).

Il presente studio si pone l'obiettivo di verificare se e in che misura due programmi di PT (Vio et al, 1999 vs Paiano et al., 2014) sono in grado di produrre cambiamenti significativi in vari gruppi di genitori con figli con ADHD e residenti nella Regione Lombardia. In particolare, ci domandiamo se, dopo aver seguito un ciclo di incontri di Parent Training sull'ADHD, i genitori:

1. riportano di applicare strategie educative più efficaci nei confronti dei figli;
2. mostrano maggiori conoscenze in merito alla sindrome ADHD;
3. evidenziano un livello di stress genitoriale inferiore rispetto al periodo antecedente al Parent Training;
4. dichiarano che i propri figli hanno minori sintomi di disattenzione e iperattività/impulsività;
5. asseriscono di sentirsi maggiormente competenti come genitori, in particolare affermano di percepire un maggior senso di efficacia e soddisfazione.

Metodo

Partecipanti

Al progetto di Parent Training (PT) hanno partecipato 81 genitori di bambini con ADHD. I percorsi di PT sono stati realizzati presso sette centri clinici della Regione Lombardia: sei del servizio pubblico e un Centro privato. 68 genitori hanno partecipato in coppia, mentre 13 hanno partecipato singolarmente. Nella tabella 1 vengono riportate le caratteristiche dei genitori e dei figli coinvolti nel Parent Training, suddivisi in base al Centro clinico dove hanno usufruito del Parent Training. Il titolo di studio è stato espresso con un punteggio compreso tra 1 e 4, in cui 1 rappresenta la licenza elementare, 2 la

licenza di scuola media, 3 il diploma delle scuole superiori e 4 il diploma di laurea. Per quanto riguarda la professione dei genitori è stata richiesta un'autovalutazione in base alla scala di Hollingshead a 9 punti (Hollingshead, 1975), nella quale il punteggio più alto corrisponde a professioni di livello superiore e al punteggio più basso corrispondono professioni di livello inferiore:

- 9: dirigente superiore, proprietario di grandi imprese, grandi professionisti;
- 8: amministratori, professionisti minori, titolare di medie imprese;
- 7: proprietari piccole imprese, proprietari di aziende agricole, manager, professionisti minori;
- 6: tecnici, semi-professionisti, proprietari di piccole imprese (attività del valore di € 50.000-70.000 annui);
- 5: impiegati e venditori, piccola azienda agricola e imprenditori (affari del valore di € 25.000-50.000 annui);
- 4: imprenditori più piccoli (< € 25.000 annui), operai specializzati, artigiani, mezzadri;
- 3: lavoratori semi-qualificati;
- 2: lavoratori non qualificati;
- 1: fattoria braccianti, addetti ai servizi umili, studenti, casalinghe;
- 0: non applicabile o sconosciuti.

Undici genitori (13.6%) si collocano nella fascia alta della scala (tra 7 e 9), 45 genitori (55.6%) svolgono professioni di medio livello (da 6 a 4), 15 genitori (18.5%) svolgono un lavoro considerato di fascia bassa (da 1 a 3); infine i restanti 10 (12.3%) non hanno indicato la loro professione.

I bambini complessivamente erano 46 (di cui 2 femmine), con un'età media di oltre 9 anni.

TABELLA 1 Caratteristiche socio-demografiche dei genitori partecipanti al PT suddivisi nei 7 Centri

Variabili/Centri	Bergamo	Niguarda	Fatebenefratelli	Policlinico Milano	Melegnano	Centro età evolutiva - Bergamo	Pavia
N. Partecipanti	6	9	5	10	12	25	14
Genere genitori	M = 3 F = 3	M = 4 F = 5	M = 2 F = 3	M = 5 F = 5	M = 6 F = 6	M = 12 F = 13	M = 3 F = 11
Età media genitori	46,33 (±11,60)	41,22 (±6,28)	43,50 (±4,43)	43,10 (±4,45)	43,58 (±5,35)	45,89 (±5,53)	41,86 (±5,85)

Variabili/Centri	Bergamo	Niguarda	Fatebenefratelli	Policlinico Milano	Melegnano	Centro età evolutiva - Bergamo	Pavia
Titolo di studio genitori	2.17	3.11	3.25	3.20	2.50	3.07	2.86
Professione genitori	4.17	5.22	4.00	5.33	3.56	4.89	3.21
Età media figli	8.67 (± 1.03)	7.00 (± 1.58)	10.40 (± 0.55)	6.61 (± 0.52)	8.51 (2.24)	9.74 (± 2.19)	10.72 (± 2.49)
Manuale PT*	2	1	2	1	1	1	1
Numero incontri	11	10	9	10	9	8	9
Numero conduttori	2	1	2	2	2	1	1

Nota. Centri Clinici: Bergamo = UONPIA di Bergamo, Niguarda = UONPIA Niguarda di Milano, Fatebenefratelli = UONPIA Fatebenefratelli di Milano, Policlinico = UONPIA del Policlinico di Milano, Melegnano = UONPIA di Melegnano, Centro Età Evolutiva = Centro per l'Età Evolutiva - Studio di Psicologia di Bergamo, Pavia = UONPIA della Fondazione Mondino di Pavia. *Manuali PT:* 1 = Vio, Marzocchi e Offredi (1999), Il bambino con deficit di attenzione e iperattività 2 = Paiano et al. (2014). Programma CERG: sostegno Cognitivo, Emotivo e Relazionale dei Genitori.

Strumenti

Sono stati consegnati ai genitori cinque questionari per indagare le pratiche disciplinari, la conoscenza dell'ADHD, lo stress genitoriale, il senso di competenza in quanto genitori e i sintomi di disattenzione e iperattività dei figli. I genitori hanno compilato i questionari con le scale di punteggi originali, tuttavia nella presentazione dei risultati si è preferito orientare i punteggi nella stessa direzione per consentire al lettore una maggiore facilità di comprensione dei risultati, pertanto se tra il pre e il post test si riscontra un punteggio più elevato significa che il PT ha prodotto un effetto positivo. Riteniamo che questa scelta di presentazione dei risultati sia una facilitazione per il lettore senza snaturare il costrutto descritto dai vari questionari.

Di seguito riportiamo la descrizione dei questionari.

Alabama Parenting Questionnaire – APQ (Frick, 1991). Si tratta di uno strumento che consente di analizzare alcuni aspetti della funzione educativa genitoriale e le loro pratiche disciplinari. Il questionario è suddiviso in 6 scale che valutano altrettante dimensioni dello stile genitoriale. La risposta indica la frequenza con cui il genitore ritiene di adottare specifici comportamenti nelle interazioni con il figlio. Le prime due scale Coinvolgimento e Parenting Positivo – hanno una direzione positiva (più alto è il

punteggio, più di frequente il genitore adotta uno stile adeguato), le altre quattro scale hanno una valenza negativa (alti punteggi indicano tecniche inadeguate); tuttavia per comodità di lettura dei punteggi per questa ricerca i punteggi delle 4 scale «negative» sono stati invertiti per cui un aumento dei punteggi è rappresentativo di un miglioramento delle pratiche disciplinari dei genitori. Il range delle risposte è compreso tra 1 e 5 (1 = mai; 2 = quasi mai; 3 = qualche volta; 4 = spesso; 5 = sempre), quindi i range di risposta possono variare fra 10 e 50 per le scale con 10 item (coinvolgimento e scarsa supervisione), fra 6 e 30 per quelle composte da 6 item (parenting positivo e disciplina incoerente), fra 3 e 15 per le punizioni fisiche. Il questionario APQ è riportato in Appendice. Le scale dell'APQ sono descritte di seguito.

- *Coinvolgimento*: si tratta di comportamenti che denotano una partecipazione attiva del genitore alle attività svolte dal figlio quali il gioco, i compiti scolastici e lo sport (item 1, 4, 7, 9, 11, 14, 15, 20, 23, 26); un punteggio elevato denota un coinvolgimento positivo del genitore.
- *Parenting positivo*: questa sottoscala include comportamenti di incoraggiamento, rinforzo e interazioni fisiche positive con il bambino da parte del genitore (item 2, 5, 13, 16, 18, 27); un punteggio crescente descrive uno stile di parent positivo.
- *Supervisione*: descrive una serie di comportamenti di controllo e monitoraggio delle attività svolte dal figlio al di fuori del contesto familiare (item 6, 10, 17, 19, 21, 24, 28, 29, 30, 32). Gli item descrivono una bassa supervisione per cui i punteggi sono stati invertiti e i valori elevati indicano un maggiore monitoraggio del figlio.
- *Disciplina incoerente*: gli item (3, 8, 12, 22, 25, 31) descrivono una scarsa coerenza educativa, pertanto i punteggi sono stati invertiti in modo che un incremento dei punteggi rappresenti una maggiore coerenza nello stile educativo.
- *Punizione fisica*: indica l'utilizzo di strategie di punizione corporale per gestire i comportamenti inadeguati del figlio (item 33, 35, 38). Anche in questo caso i punteggi sono stati invertiti per dare un'omogeneità di valutazione, per cui un aumento di punteggio rappresenta una riduzione delle punizioni fisiche.
- *Altre pratiche di disciplina* (item 34, 36, 37, 39, 40, 41). Questa scala residua include 6 strategie educative di varia natura; alcune vengono ritenute negative (item 34, 35, 36, 38), altre positive (39, 40, 41), pertanto i punteggi delle strategie negative sono stati invertiti e un aumento di punteggio significa l'applicazione di più strategie positive.

Questionario sulla conoscenza dell'ADHD (Frigerio et al., 2014). Il questionario prevede 19 item dicotomici (vero/falso), contenenti affermazioni volte a indagare le conoscenze che i genitori di bambini con ADHD hanno del disturbo. In particolare, si indagano le conoscenze relative al ruolo dei fattori biologici e delle influenze familiari

nella genesi del disturbo, quelle relative agli interventi previsti per il suo trattamento e la presenza di alcune idee erranee sull'ADHD quali, ad esempio, l'esistenza di un legame tra ADHD e dieta.

Ai genitori viene chiesto di indicare se ciascuna affermazione sia per loro vera o falsa o, nel momento in cui non si è sicuri della risposta, di effettuare la scelta che comunque sembri migliore. Il punteggio rappresenta il numero di risposte corrette in merito alla conoscenza dell'ADHD, da 0 a 19.

Questionario sul senso di competenza genitoriale (Mash e Johnston, 1989, ad. italiano in Vio et al., 1999). Il questionario permette di valutare il senso di competenza dichiarato dai genitori rispetto al loro ruolo di madre o padre. Il costrutto di autoefficacia genitoriale può essere fatto ricondurre al proprio senso di competenza che si divide in Soddisfazione e Senso di Efficacia. Con la prima scala, il questionario misura il livello di gratificazione nell'essere genitore, con la seconda intende rilevare la percezione di essere in grado di modificare attivamente il comportamento del figlio e la relazione con questi. Il Questionario del Senso di Competenza dei Genitori è stato utilizzato dagli stessi autori (Mash e Johnston, 1989) per confrontare i vissuti personali di genitori di bambini con iperattività e quelli di genitori di bambini con sviluppo tipico: da questa indagine è emerso che i primi dimostrano inferiori livelli del senso di efficacia, mentre la soddisfazione è inversamente correlata con la gravità dei problemi del figlio.

Il questionario è composto di 16 item di cui 9 appartengono al costrutto «Soddisfazione» (item n. 2, 3, 4, 5, 8, 9, 12, 14, 16) e gli altri 7 appartengono a quello di «Efficacia» (item n. 1, 6, 7, 10, 11, 13, 15). Ai genitori viene chiesto di indicare il loro grado di accordo (da 1 = fortemente d'accordo a 6 = fortemente in disaccordo) con le informazioni riportate. I punteggi più alti indicano maggiori Soddisfazione ed Efficacia.

Parent Stress Index – PSI Forma Breve (Abidin, 2008). Questo strumento si propone di identificare le relazioni genitore-bambino sottoposte a situazioni di forte stress e a rischio di essere caratterizzate dallo sviluppo di comportamenti parentali disfunzionali e/o di problemi comportamentali ed emotivi da parte dei figli.

Livelli eccessivi di stress all'interno del sistema parentale risultano critici in relazione allo sviluppo emozionale/comportamentale del bambino nonché allo sviluppo di una positiva relazione con i genitori. Nella forma breve esso si compone di 36 item, articolati in 3 sottoscale: distress genitoriale, difficoltà di relazione genitore-figlio e percezione di bambino difficile. Le risposte ai 36 item sono riportate su una scala a 5 punti, da «Molto d'accordo» a «Molto in disaccordo». Per omogeneità con gli altri questionari abbiamo rovesciato i punteggi per far sì che un incremento di punteggio rappresenti un cambiamento positivo, quindi rappresenti la capacità di gestire meglio la relazione con i figli da parte dei genitori.

- *Distress genitoriale*: questa scala indaga il livello di distress che un genitore sta sperimentando nel suo ruolo genitoriale, inteso come derivante da fattori personali direttamente collegati a tale ruolo; un punteggio alto indica la capacità di gestire lo stress.
- *Interazione genitore-bambino*: questa scala indaga il grado di soddisfazione raggiunto dal genitore nella propria interazione con i figli in particolare, rispetto alle attese e alle aspettative rivolte dall'adulto al minore; un punteggio alto indica senso di efficacia e basso stress nella relazione del genitore con il figlio.
- *Bambino difficile*: questa scala chiede al genitore di riportare la sua percezione rispetto alle problematiche specifiche del bambino che lo potrebbero rendere facile o difficile da gestire, a causa delle sue caratteristiche temperamentali o pattern acquisiti di sfida o disobbedienza.

Questionario della Sindrome da Deficit Attentivo – Genitori SDAG (Marzocchi, Re e Cornoldi, 2010). La scala SDAG è stata utilizzata per valutare il comportamento del bambino nel contesto domestico e per identificare i comportamenti sintomatici dell'ADHD. Si compone di 2 sottoscale di 9 item ciascuna (18 item totali) che descrivono comportamenti di disattenzione (item dispari) e iperattività-impulsività (item pari), così come riportati nel DSM-IV (APA, 1995). Per ogni item le risposte rispetto alla manifestazione di ciascun sintomo vengono fornite su una scala Likert a 4 punti, da 0 (mai) a 3 (molto spesso). Un punteggio alto rappresenta un'elevata manifestazione dei sintomi ADHD.

Programmi di Parent Training

Per quanto riguarda la procedura e la struttura dei PT i manuali di riferimento che sono stati utilizzati dai conduttori sono quelli di Paiano, Re, Ferruzza e Cornoldi (2014) e di Vio, Marzocchi e Offredi (1999). La scelta del tipo di Parent Training è stata effettuata dal Centro Clinico a cui i genitori si erano affidati per la terapia del proprio figlio con ADHD. Precisiamo che la presente ricerca non aveva lo scopo di comparare i due programmi perché erano presenti numerose altre variabili intervenienti che non avrebbero permesso di trarre conclusioni valide sui due tipi di programmi psico-educativi.

La prima proposta di parent training è quella di Vio, Marzocchi e Offredi (1999), che prevede 9 unità di lavoro, ciascuna che affronta una specifica tematica. Ogni unità di lavoro corrisponde a un incontro di circa 1 ora e mezza /2 ore, a cadenza bisettimanale. Il numero ideale di partecipanti per un lavoro di gruppo va da 4 a 10, la presenza di entrambi i genitori è preferibile anche se non essenziale per il raggiungimento dei risultati positivi del parent training. Questa proposta psico-educativa prevede 3 sezioni: (1) informazioni relative all'ADHD; (2) l'analisi dei pensieri e dei comportamenti più frequenti dei genitori per aiutarli a modificare alcune cognizioni e pratiche inefficaci;

(3) presentazione e discussione delle strategie cognitivo-comportamentali più efficaci con i bambini con ADHD.

Il secondo programma di Parent Training è quello pubblicato da Paiano e colleghi (2014) che prevede 10 incontri di 90 minuti ciascuno, preceduti e seguiti da incontri personalizzati con ogni singola coppia genitoriale. Le caratteristiche del programma di Paiano e colleghi sono già state descritte nell'introduzione teorica.

Procedura

I partecipanti di questa ricerca sono genitori di pazienti diagnosticati con ADHD presso i Centri Clinici descritti nella tabella 1. Ogni Centro clinico poteva realizzare il Parent Training in base alle proprie scelte cliniche e, inoltre, doveva compilare una scheda in cui indicava: numero di partecipanti (quanti in coppia e quanti singoli), numero di incontri del PT, manuale di PT di riferimento, la presenza di uno o due conduttori. Al termine dei gruppi di PT i Centri Clinici inviavano al coordinatore della ricerca i questionari che i genitori avevano compilato prima e dopo il training (dopo circa 4 mesi). Ogni genitore compilava i 5 questionari e riportava le informazioni socio-demografiche.

Risultati

La tabella 2 riporta i punteggi medi (con relative DS) ottenuti con il gruppo di 81 genitori, prima e dopo il percorso di parent training. Prima di effettuare le analisi dei dati sono state analizzate le distribuzioni delle 14 variabili ottenute dalle differenze tra pre e post per verificare se fossero normali e per decidere se applicare statistiche parametriche o non parametriche. Sono state considerate l'asimmetria e la curtosi: se i valori rientravano nel range -1 e $+1$, la distribuzione può essere considerata normale ed è possibile applicare le statistiche parametriche (in questo caso t-test per campioni appaiati); in alternativa è necessario applicare le statistiche non parametriche. Per tre variabili (APQ-Supervisione, APQ-Coerenza, Conoscenza ADHD) la distribuzione non era normale gaussiana per cui sono stati applicati per campioni appaiati secondo la procedura di Wilcoxon. Per tutte le altre variabili sono state condotte statistiche parametriche.

Per analizzare l'efficacia del PT è stata anche inclusa una colonna che riporta l'effect size calcolata secondo il metodo di Cohen (1988): $[(Media_1 - Media_2) / (DS_1 + DS_2)/2]$. Un valore compreso tra 0.2 e 0.4 è considerato un effetto lieve; tra 0.4 e 0.8 effetto medio, maggiore di 0.8 effetto elevato.

TABELLA 2 Punteggi medi ottenuti con il gruppo di genitori, prima e dopo il percorso di Parent Training

Misure	Pre-training		Post-training				Effect size
	Media	DS	Media	DS	t-Student	p	d
<i>Alabama Parenting Questionnaire (APQ)</i>							
Coinvolgimento genitore	3.61	.60	3.55	.63	1.209	.230	.10
Parenting positivo	4.01	.64	3.98	.61	.389	.698	.05
Supervisione	4.47	0.74	4.28	.64		.004	.28
Disciplina coerente	3.52	.65	3.79	.76		< .001	.38
Non-Punizione fisica	3.13	.63	3.26	.63	2.198	.031	.21
Altre pratiche di disciplina*	3.13	.39	3.35	.60	3.062	.003	.44
Conoscenza ADHD (range 0-19)	13.58	2.23	13.86	2.23		.249	.13
<i>Parent Stress Index</i>							
PSI – distress genitoriale	3.53	.65	3.79	.70	-4.216	< .001	.39
PSI – interazione genitore/ bambino	3.68	.53	3.81	.58	-2.642	.010	.23
PSI – bambino difficile	2.84	.60	3.07	.71	-3.596	< .001	.35
<i>Senso di competenza genitoriale</i>							
Soddisfazione	3.91	.79	4.04	1.19	-1.006	.317	.13
Efficacia	3.49	.66	4.17	1.25	-4.679	< .001	.71
<i>Sintomi ADHD</i>							
SDAG – disattenzione	1.99	.57	1.84	.48	3.272	.002	.29
SDAG – iperattività/impulsività	1.88	.48	1.74	.53	3.150	.002	.28

Legenda. APQ = Alabama Parenting Questionnaire; PSI = Parent Stress Index; SDAG = Scala del Disturbo di Attenzione – Genitori.

Note. * = «APQ – Altre pratiche disciplinari» include i seguenti item: 34. Ignori tuo figlio quando si comporta male; 35. Come punizione privi tuo figlio del denaro o limiti qualche sua attività; 36. Mandi tuo figlio nella sua stanza come punizione; 38. Urli e strilli quando tuo figlio ha fatto qualcosa di sbagliato; 39. Con calma spieghi a tuo figlio perché ha sbagliato quando si è comportato male; 40. Come punizione fai sedere o fai stare tuo figlio in un angolo per un po' di tempo; 41. Come punizione dai a tuo figlio lavori extra.
In grassetto i valori significativi.

Rispetto alla scala Altre pratiche disciplinari” dell’APQ, per comprendere quali item mostrano un cambiamento significativo, prima e dopo il PT, sono stati condotti dei confronti a misure ripetute (t-test per campioni appaiati) da cui è emerso che sono aumentati in modo significativo i punteggi relativi agli item 40 e 41. L’item 40 riguarda l’uso del time-out da parte del genitore in caso il figlio mostri un di comportamento incontrollato, l’item 41 si riferisce alla comminazione di punizioni con lavori extra. I punteggi medi pre e post, i valori di t e p sono riportati di seguito: Item 40 (Pre: Media = 1,69 DS = 0,99; Post: Media = 2,03 DS = 1,14; $t(80) = 2,023$; $p = .047$); Item 41 (Pre: Media = 1,61 DS = 0,86; Post: Media = 2,05 DS = 1,01; $t(76) = 3,412$; $p = .001$).

In generale, come si può osservare dalla tabella 2, i genitori riportano di adoperare più frequentemente pratiche educative efficaci, di percepire un minor stress, sperimentare una maggiore efficacia e vedono nei loro figli minori problemi di disattenzione e iperattività impulsività. Non si è modificata la conoscenza dell’ADHD e il senso di soddisfazione genitoriale. L’effect size medio di tutte le 14 variabili è pari a 0.28 che denota un lieve, seppur significativo cambiamento tra pre e post training. L’indice che mostra un maggior cambiamento positivo è il senso di efficacia riportato al Questionario sul senso di competenza genitoriale.

Una volta effettuato il confronto tra pre e post training abbiamo cercato di comprendere quali fossero i fattori che potrebbero aver determinato degli effetti dovuti al PT. In particolare, abbiamo considerato le variabili socio-demografiche e le caratteristiche specifiche di ogni parent training.

Rispetto alle variabili socio-demografiche abbiamo considerato: il genere, l’età, il titolo di studio e la professione dei genitori e l’età del figlio. Per valutare l’entità dei cambiamenti a seguito del Parent Training per ogni variabile riportata nella tabella 1 (scale dei questionari) è stata calcolata la differenza tra pre e post, dove un punteggio positivo rappresenta un miglioramento. Per comprendere la relazione tra le variabili socio-demografiche e le differenze di punteggi ai questionari (post-pre) è stato condotto un confronto per campioni indipendenti per confrontare se vi fossero differenze significative tra madri e padri. Successivamente abbiamo condotto una correlazione tra le altre 4 misure socio-demografiche (l’età dei genitori, il titolo di studio e la professione dei genitori e l’età del figlio) e le 14 differenze tra pre e post nelle scale dei questionari. Dall’analisi dei dati non è stata riscontrata nessuna differenza tra madri e padri; inoltre nessuna delle quattro correlazioni con le misure socio-demografiche è risultata significativa.

Successivamente abbiamo condotto delle analisi per comprendere se alcuni fattori metodologici possono influenzare i risultati del PT. Sono state considerate le seguenti variabili: numero di partecipanti nel gruppo (da 5 a 14), numero di incontri del PT (da 7 a 11), numero di partecipanti in coppia e singolarmente (34 coppie e 13 singoli), utilizzo di uno dei due programmi di PT (11 hanno usufruito di Paiano et al., 2014;

70 hanno usufruito di Vio et al, 1999); la presenza di uno o due conduttori (48 con un conduttore; 33 con due conduttori).

Sono state condotte delle correlazioni bivariate di per valutare la relazione tra i cambiamenti dovuti al PT, il numero di incontri e di partecipanti. Anche in questo caso non è stata riscontrata alcuna correlazione significativa tra i cambiamenti tra il pre e il post training e il numero di partecipanti o di incontri.

Successivamente sono stati condotti tre confronti non parametrici per campioni indipendenti per analizzare l'effetto del tipo di programma di PT, della partecipazione di entrambi i genitori e della presenza di uno o due conduttori. Per quanto riguarda il tipo di programma di PT, i risultati ottenuti mostrano che non ci sono differenze significative tra la proposta di Vio et al (1999) e quella di Paiano et al (2014).

Rispetto alla partecipazione di entrambi i genitori vs singoli, l'unica differenza significativa riguarda la variabile «Parenting positivo» del questionario APQ, e il Senso di Efficacia del Questionario del Senso di Competenza in quanto i genitori che hanno partecipato singolarmente hanno mostrato un cambiamento positivo minore rispetto ai genitori che hanno partecipato come coppia ($p = .011$; $p = .042$, rispettivamente). Globalmente, la partecipazione anche individuale non altera significativamente i risultati che il PT può produrre.

Infine per quanto riguarda la presenza o meno di un secondo conduttore, è stata riscontrata una differenza significativa solamente in una scala del questionario APQ (Coinvolgimento): inaspettatamente, i genitori che hanno usufruito di un PT con 2 conduttori ($N = 33$) sono quelli che hanno riportato dei cambiamenti negativi rispetto ai genitori che hanno seguito il PT con un solo conduttore. I punteggi nei due sottogruppi sono: un conduttore $M = .09$; $DS = .34$; due conduttori: $M = -.28$; $DS = .46$. La differenza tra i due sottogruppi è statisticamente significativa ($p < .001$).

Discussione

Questa ricerca ha avuto l'obiettivo di valutare l'efficacia di due diversi programmi di Parent Training per genitori di bambini con ADHD, coinvolgendo sette diversi Centri Clinici della Regione Lombardia per un totale di 81 genitori di 46 bambini con diagnosi di ADHD. In base alle nostre conoscenze, questo rappresenta lo studio più ampio che sia stato finora condotto nel territorio nazionale sul Parent Training ADHD. Per motivi etici e pratici non è stato possibile reclutare un gruppo di genitori di controllo e con figlio ADHD a cui chiedere di compilare 5 questionari per due volte a distanza di circa 4-5 mesi. Dal punto di vista etico non volevamo fare attendere inutilmente i genitori che potevano usufruire del PT, dal punto di vista pratico e psicometrico non volevamo che questi stessi genitori si dovessero trovare a compilare troppe volte gli stessi questiona-

ri, riducendo la validità delle misure, in quanto il gruppo di controllo avrebbe dovuto compilare i questionari quando si trovava in lista d'attesa e quando avrebbe usufruito del Parent Training.

Dal confronto tra pre e post training si osserva che per 10 misure su 14 sono stati ottenuti dei cambiamenti statisticamente significativi. In particolare, per quanto riguarda le pratiche educative genitoriali rilevate tramite il Questionario APQ (Alabama Parenting Questionnaire) i genitori riportano di esercitare meno supervisione nei confronti dei figli, sono più coerenti nell'educazione, comminano meno punizioni fisiche e mettono in atto un maggior numero di strategie educative positive. Non riportano invece cambiamenti significativi per quanto riguarda il loro coinvolgimento nelle attività quotidiane del figlio e nello stile di parenting positivo.

Nello specifico è emerso che al questionario APQ i genitori dichiarano di essere maggiormente in grado di applicare strategie educative e comportamentali positive, ma non riportano un vissuto di maggior coinvolgimento nelle attività quotidiane del figlio. Questi risultati confermano quanto ottenuto da Pezzica e colleghi (2013) e da Benedetto e colleghi (2012) rispetto alla riduzione di punizioni fisiche e l'aumento di pratiche genitoriali positive. Facendo un confronto con altri studi i nostri risultati concordano sul fatto che i genitori del PT dichiarano di aver acquisito maggiori e migliori strategie educative, tuttavia ci sono alcune differenze tra gli studi; ad esempio rispetto al monitoraggio del figlio questi risultati sono in contrasto con quelli riportati da Webster-Stratton, Reid e Beauchaine (2013) in quanto i genitori di quello studio dichiarano di concedere maggior spazio ai propri figli e probabilmente di essere meno intrusivi in quanto un figlio con ADHD induce spesso il genitore ad essere eccessivamente controllante con il rischio di innescare un circolo vizioso di richiamo, stress e peggioramento del comportamento del figlio. A differenza dello studio di Webster-Stratton e colleghi (2013) il nostro campione era composto soprattutto da bambini più giovani, in età di scuola primaria, pertanto non si poneva il problema di controllare maggiormente i figli come potrebbe essere stato nel caso dei figli adolescenti dello studio americano. Quindi riteniamo che la minor supervisione dei genitori significhi la riduzione di un comportamento troppo controllante da parte dei genitori che hanno acquisito dopo aver seguito il PT. Molti più studi sono concordi nel ritenere che il PT consenta ai genitori di mettere in atto una maggiore coerenza educativa e un minor ricorso a punizioni fisiche (Gerdes, Haack e Schneider, 2013; Paiano et al, 2012; Corbella et al, 2004; Benedetto et al, 2012). In alcuni casi questo miglioramento è stato riscontrato solo nelle madri e meno nei padri (Gerdes, Haack e Schneider, 2012); tale differenza tra genitori non è stata osservata nel nostro studio, in quanto il cambiamento era simile sia nelle madri che nei padri. Un'altra differenza tra alcuni risultati presenti in letteratura e i dati di questo studio riguarda gli aspetti legati al Coinvolgimento e al Parenting Positivo: Corbella e colleghi (2004) hanno dimostrato che i genitori dopo il PT avevano aumentato sia il Coinvolgimento che

il Parenting Positivo, mentre nel nostro studio e in quello di Gerdes e colleghi (2012) questo cambiamento non è stato osservato. Si può ipotizzare che il tipo di intervento proposto in questo studio rispetto a quello di Corbella e colleghi (2004) abbia delle differenze rispetto agli obiettivi e alle attività proposte: più centrato sulla relazione ed emozioni quello di Corbella e colleghi (2004), mentre il PT del presente studio ha un approccio più educativo e comportamentale. È possibile ipotizzare che i genitori del nostro studio si sentano maggiormente capaci di applicare correttamente delle strategie, ma questo cambiamento non è accompagnato da una significativa modificazione nella relazione con il figlio.

Migliorando la loro competenza sul piano educativo si è ridotto anche lo stress genitoriale come rileva il Parent Stress Index; i genitori infatti riportano meno stressante il loro ruolo di genitore, la relazione con il figlio e la percezione di problematicità del figlio. È possibile che anche se i genitori non sono diventati più capaci di monitorare il proprio figlio, lo vedano comunque più controllabile e meno problematico rispetto al periodo prima del Parent Training. I risultati del presente studio rispetto alla riduzione dello stress trova conferme in tutti gli studi più recenti sul Parent Training per ADHD e che analizzano lo stress genitoriale (Gerdes, Haack e Schneider, 2012; Paiano et al, 2012; Corbella et al, 2004; Benedetto et al., 2012; Gagliardini et al., 2013).

Questa percezione di minore problematicità del figlio è confermata anche dal questionario SDAG in cui i genitori dichiarano che il proprio figlio sia meno disattento e meno iperattivo rispetto al periodo prima del PT. Quanto questo riscontro possa basarsi su una reale diminuzione dei sintomi, o quanto piuttosto sia il frutto di un atteggiamento più tollerante e meno negativistico dei genitori, è difficile da dimostrare in quanto in questo studio non sono state raccolte altre misure di valutazione diretta (test di attenzione e impulsività somministrato direttamente al bambino) o indiretta (questionari compilati dagli insegnanti). Anche rispetto alla riduzione dei sintomi, la letteratura è concorde su questo risultato e in linea con i dati ottenuti nel presente studio (Paiano et al, 2012; Benedetto et al, 2012; Gagliardini et al., 2013; Webster-Stratton et al, 2013; Coates et al, 2015). In particolare, nella presente ricerca si osserva che i bambini con ADHD, secondo il giudizio dei loro genitori, riducono maggiormente la disattenzione rispetto all'iperattività-impulsività.

Un parametro su cui i genitori non dimostrano alcun cambiamento riguarda la conoscenza dell'ADHD; infatti i genitori hanno risposto correttamente a circa il 70-75% delle domande, sia prima che dopo il parent training. Bisogna sottolineare che il PT non è un corso teorico sulla conoscenza del disturbo ma riguarda gli aspetti comportamentali e relazionali dei figli. La conoscenza teorica del disturbo non era un obiettivo del PT e in effetti, non si sono registrati cambiamenti significativi in questa dimensione. In letteratura questa variabile viene poco considerata, probabilmente perché la maggior conoscenza teorica di un disturbo non implica l'acquisizione di un atteggiamento più

positivo da parte dei genitori, come in effetti abbiamo riscontrato anche in questo studio. Solamente lo studio di Weinberg (1999) riporta che i genitori migliorando le conoscenze sull'ADHD migliorano anche le loro competenze educative.

Infine, vogliamo prendere in esame il senso di competenza dei genitori: la Soddisfazione riflette una percezione di benessere e gratificazione nell'essere genitore, mentre l'Efficacia descrive un grado di controllo sulla disciplina del figlio. Con questo questionario è stata riscontrata una dissociazione tra queste due dimensioni, in quanto il PT ha influito molto positivamente sul senso di Efficacia ma non sulla Soddisfazione genitoriale. Per quanto riguarda le scale dell'APQ, sembra che i genitori abbiano acquisito migliori strategie educative e comportamentali con i loro figli producendo un maggior monitoraggio della situazione, sebbene questo cambiamento non abbia portato con sé anche un maggior controllo sul figlio. Probabilmente, dopo anni di difficoltà nella gestione dei comportamenti problematici del bambino e per la presenza di un disturbo comportamentale cronico, questi risultati accendono la speranza affinché i genitori percepiscano una qualità della vita migliore rispetto a prima.

Alcuni studi presenti in letteratura hanno verificato se il parent training per ADHD è in grado di modificare il senso di competenza dei genitori: Coates e colleghi (2015) hanno riscontrato che i genitori riportano un maggior senso di efficacia con un effect size simile a quello ottenuto nel presente studio, lo stesso cambiamento non l'hanno osservato rispetto alla dimensione relativa alla soddisfazione del proprio ruolo genitoriale. Sempre relativamente al senso di competenza genitoriale, la nostra ricerca non ha differenziato i cambiamenti di percezione tra madre e padre (i cambiamenti erano simili), come invece hanno osservato Gagliardini e colleghi (2013), a vantaggio di un maggior cambiamento positivo nelle madri rispetto ai padri. In realtà, nel nostro studio non abbiamo riscontrato nessuna differenza tra genitori rispetto a tutte le variabili demografiche, per cui anche il fattore genere del genitore non è stato una variabile discriminante nei risultati. Da un certo punto di vista possiamo dire che il PT sia un percorso aperto a tutti: madri e padri, indipendentemente dal loro livello culturale e status socio-economico. Sono state condotte altre analisi per verificare se i due modelli di Parent Training (Paiano et al., 2014; Vio et al., 1999) consentivano di ottenere risultati diversi, ma in realtà i due programmi hanno determinato risultati simili. Inoltre, nessuna differenza è stata riscontrata rispetto alla numerosità del gruppo di partecipanti e se il PT veniva condotto da uno o due operatori. Queste informazioni possono essere incoraggianti anche per i servizi i quali possono continuare a proporre PT per genitori di ADHD affidandolo anche a un singolo operatore, purché esperto, anche con gruppi fino a 10-12 partecipanti. Infine la partecipazione del singolo genitore non ha ridotto l'efficacia del PT secondo la percezione dell'interessato stesso. Spetterà poi al clinico valutare se consentire al genitore singolo di partecipare al PT, valutando se la sua par-

tecipazione può essere utile o controproducente nella logica della presa in carico della famiglia del bambino con ADHD.

In sintesi, il percorso di Parent Training per genitori di bambini con ADHD si è rivelato utile, soprattutto perché in grado di far aumentare in loro la percezione di efficacia genitoriale e di maggior monitoraggio nei confronti del figlio. L'effect size medio calcolato sulle 14 misure è risultato pari a .28, un valore inferiore rispetto a quelli medi riportati in altre ricerche internazionali (da .40 a .70), sebbene dobbiamo ricordare che i Parent Training di estrazione anglosassone siano molto più intensivi e prolungati nel tempo e per tale motivo anche il bambino potrebbe mostrare cambiamenti positivi in un arco temporale maggiore.

Il presente studio ha alcuni punti di forza e alcuni limiti. Tra i punti di forza ricordiamo la buona numerosità del campione, considerando che si tratta di uno studio italiano. Sono stati confrontati due percorsi di PT che hanno prodotto risultati simili. Inoltre, in questo studio i risultati positivi non sono stati influenzati dalle variabili socio-demografiche, per cui possiamo ipotizzare che il PT è una proposta psico-educativa accessibile a tutti i genitori, senza distinzioni di status culturale e sociale.

Tra i limiti dello studio dobbiamo sottolineare l'assenza di un gruppo di controllo che non ci consente di affermare che tali cambiamenti positivi siano esclusivamente il frutto della partecipazione al PT, sebbene abbiamo buone ragioni per ipotizzare che un bambino con ADHD, in età infantile e preadolescenziale, se non segue alcuna terapia, solo raramente può mostrare dei cambiamenti positivi spontanei. Dal punto di vista metodologico, dobbiamo anche ricordare che i compilatori dei questionari erano gli stessi genitori che hanno partecipato al PT, pertanto non erano ciechi alla terapia e non possiamo escludere che possano avere compilato in modo benevolo i questionari per mostrarsi maggiormente competenti o per compiacere il conduttore del PT. Infine, i risultati positivi ottenuti dalla rilevazione dei punteggi ai questionari, prima e dopo il PT, non è possibile compararli con altre misure dirette (test ai bambini) o indirette (questionari di insegnanti).

In futuro sarebbe estremamente interessante organizzare altri studi che prevedano la presenza di un gruppo di controllo (lista d'attesa) e che prevedano la raccolta di dati tramite questionari agli insegnanti e misure dirette con i bambini.

PARENT TRAINING EXPERIENCE FOR PARENTS OF CHILDREN WITH ADHD IN LOMBARDY

ABSTRACT

Virtual environments have been used to assess children with ADHD but have never been tested as therapeutic tools. We tested a new virtual classroom cognitive remediation program to improve symptoms in children with ADHD.

Elective treatment for ADHD is a multimodal kind that includes the child themselves, their teachers and their parents. Parent Training for parents of children with ADHD represents a therapeutic choice whose effectiveness has been demonstrated for several decades. In this study 81 parents of children with ADHD attending 7 Clinical Centres in Lombardy were involved in this study. They followed semi-structured Parent Training for a number of sessions between 7 and 10. Two Parent Training versions were compared (Vio et al., 1999; Paiano et al., 2014) by 5 questionnaires filled in by parents, at pre- and post-intervention. The results showed that parents state an improvement in their own disciplinary practices, a reduction in parental stress, a perception that their children had fewer ADHD symptoms and the conviction that they rate themselves as being more effective. The paper also discusses the links between the results and the variables related to the format of the Parent Training and socio-economic and cultural variables.

KEYWORDS

ADHD, Parent Training, Behavioural Interventions

CORRISPONDENZA

Gian Marco Marzocchi
Dipartimento Psicologia
Università di Milano Bicocca
P.zza Ateneo Nuovo, 1
20126 Milano

Bibliografia

- Abidin R.R. (2008), *Parent stress index- forma breve*, Firenze, Giunti OS.
- American Psychiatric Association (1995), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, (DSM-IV)*, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2014), *DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fifth Edition, American Psychiatric Publishing, Washington, DC. Trad. it., *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

- Traduzione italiana della Quinta edizione di Francesco Saverio Bersani, Ester di Giacomo, Chiarina Maria Inganni, Nidia Morra, Massimo Simone, Martina Valentini.
- Atkinson M. e Hollis C. (2010), NICE guideline: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, «Archives of Disease in Childhood: Education & Practice», vol. 95, pp. 24–27.
- Barkley R.A. (1987), *Defiant children: A clinician's manual for parent training*, New York, Guilford Press.
- Bellak L. e Black R.B. (1992), *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in adults*, «Clinical Therapeutics», vol. 14, pp. 138-147.
- Benedetto L. e Ingrassia M. (2015), *Misurare le pratiche genitoriali: l'Alabama Parenting Questionnaire (APQ). L'Alabama Parenting Questionnaire per la fascia prescolare (APQ-Pr). Contributo all'adattamento italiano*, «Disturbi di Attenzione e Iperattività», vol. 79, n. 1515-30-167.
- Benedetto L., Ingrassia M., Gagliano A., Germanò E., Ilardo G., Rando A. e Siracusano R. (2012), *Il parent training modifica le credenze dei genitori? Effetti sull'autoefficacia e sulla percezione di controllo nelle interazioni con bambini ADHD*, «Psicologia Clinica dello Sviluppo», vol. 16, pp. 651-660.
- Braswell L. e Bloomsquit M. (1991), *Cognitive-behavioral therapy with ADHD children; child, family and school intervention*, New York, Guilford Press.
- Caspi A. e Silva P.A. (1995), *Temperamental qualities at age three predict personality traits in young adulthood: longitudinal evidence from a birth cohort*, «Child Development», vol. 66, pp. 486-498.
- Chiarenza G.A., Bianchi E. e Marzocchi G.M. (2006), *Linee guida della SINPIA del trattamento cognitivo comportamentale dei disturbi da deficit dell'attenzione con iperattività (ADHD)*, «Disturbi di Attenzione e Iperattività», vol. 1, pp. 177-195.
- Chronis A.M., Chacko A., Fabiano G.A., Wymbs B.T. e Pelham Jr W.E. (2004), *Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions*, «Clinical Child and Family Psychology Review», vol. 7, pp. 1-27.
- Coates J., Taylor J.A. e Sayal K. (2015), *Parenting Interventions for ADHD A Systematic Literature Review and Meta-Analysis*. «Journal of Attention Disorders», vol. 19, pp. 831-843.
- Corbella S., Girelli R., e Marinelli S. (2004), *I gruppi omogenei. Teoria e clinica del campo mentale omogeneo*, Torino, Borla.
- DeWolfe N.A., Byrne J.M., Bawden H.N. (2000). *ADHD in preschool children: parent-rated psychosocial correlates*, «Developmental Medicine e Child Neurology», vol. 42, pp. 825-830.
- Fabiano G. A., Pelham W. E., Cunningham C. E., Yu J., Gangloff B., Buck M., ... e Gera S. (2012), *A waitlist-controlled trial of behavioral parent training for fathers of children with ADHD*, «Journal of Clinical Child e Adolescent Psychology», vol. 41, 337-345.
- Fabiano G.A., Pelham W.E., Coles E.K., Gnagy E.M., Chronis-Tuscano A., O'Connor B.C. (2009), *A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder*, «Clinical Psychology Review», vol. 29, pp. 129-140.
- Faraone S.V., Biederman J., Lehman B.K., Spencer T., Norman D., Seidman L., Kraus I., Perrin J., Chen W. e Tsuang M.T. (1993), *Intellectual performance and school failure in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and in their siblings*, «Journal of Abnormal Psychology», vol. 102, pp. 616-623.

- Frick P.J. (1991), *Alabama parenting questionnaire*, University of Alabama, Author.
- Frigerio A., Montali L. e Marzocchi G.M. (2014), *Italian Teachers' Knowledge and Perception of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)*, «International Journal of School e Educational Psychology», vol. 2, pp. 126-136.
- Gagliardini I., D'Agati E., Rosa C., Gentile B., Lettieri S.P., Ruggiero S. e Pasini A. (2013), *Un programma di Parent Training Integrato (PTI) con genitori di bambini con ADHD*, «Disturbi di Attenzione e Iperattività», vol. 9, pp. 35-64.
- Gerdes A.C., Haack L.M., e Schneider B.W. (2013), *Parental Functioning in Families of Children With ADHD: Evidence for Behavioral Parent Training and Importance of Clinically Meaningful Change*, «Journal of Attention Disorders», vol. 17, pp. 171-171.
- Hollingshead A.A. (1975), *Four-factor index of social status*, Unpublished manuscript, Yale University, New Haven.
- Hurt E.A., Hoza B. e Pelham W.E. Jr. (2007), *Parenting, family loneliness, and peer functioning in boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, «Journal of Abnormal Child Psychology», vol. 35, pp. 543-555.
- Johnston, C. (1996), *Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior*, «Journal of Abnormal Child Psychology», vol. 24, pp. 85-104.
- Kalbag A.S. e Levin F.R. (2005), *Adult ADHD and substance abuse: diagnostic and treatment issues*. «Substance Use and Misuse», 40, pp. 1955-1981.
- Lange G., Sheerin D., Carr A., Dooley B., Barton V., Marshall D., Mulligan A., Lawlor M., Belton M. e Doyle M. (2005), *Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children*, «Journal of Family Therapy», vol. 27, pp. 76-96.
- Lochman J.E. e Wells K.C. (2002), *The Coping Power Program at the middle-school transition: Universal and indicated prevention effects*, «Psychology of Addictive Behaviors», vol. 16, pp. 40-54.
- Loren R.E., Vaughn A.J., Langberg J.M., Cyran J.E., Proano-Raps T., Smolyansky B.H., ... e Epstein J.N. (2015), *Effects of an 8-session behavioral parent training group for parents of children with ADHD on child impairment and parenting confidence*, «Journal of Attention Disorders», vol. 19, pp. 158-166.
- Maedgen J.W. e Carlson C.L. (2000), *Social functioning and emotional regulation in the Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder subtypes*, «Journal of Clinical Child Psychology», vol. 29, pp. 30-42.
- Marzocchi G.M., Re A.M. e Cornoldi C. (2010), *Batteria Italiana per l'ADHD – BIA*, Trento, Erickson.
- Marzocchi G.M. (2017), *Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività*. In S. Vicari e C. Caselli (a cura di), *Manuale di Neuropsicologia dell'età evolutiva*, Bologna, il Mulino.
- Mash C. e Johnston E. J. (1989), *A measure of parenting satisfaction and efficacy*, «Journal of Clinical Child Psychology», vol. 18, pp. 167-175.
- MTA Cooperative Group (1999), *A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder*, «Archives of General Psychiatry», vol. 56, pp. 1073-1086.
- Paiano A., Boatto E., Re A.M., Ferruzza E. e Cornoldi C. (2012), *I gruppi cognitivo-emotivo-relazionali CERG: una sperimentazione con genitori di bambini con ADHD*, «Disturbi di Attenzione e Iperattività», vol. 8, pp. 31-52.

- Paiano A., Re A.M., Ferruzza E. e Cornoldi C. (2014), *Parent Training per l'ADHD. Programma CERG: sostegno cognitivo, emotivo e relazionale dei genitori*, Trento, Erikson.
- Pezzica S., Bigozzi L., Tarchi C., e Piccinelli F. (2013), *Analisi quantitative e di contenuto di un parent training per genitori di bambini con ADHD: uno studio pilota*, «Psicologia Clinica dello Sviluppo», vol. 17, pp. 45-72.
- Pisterman S., Firestone P., McGrath P., Goodman J.T., Webster I., Mallory R., Goffin B. (1992), *The role of parent training in treatment of preschoolers with ADDH*, *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 62, pp. 397-408.
- Reyno S.M. e McGrath P.J. (2006), *Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems-a meta-analytic review*, «Journal of Child Psychology and Psychiatry», vol. 47, pp. 99-110.
- Riddle M.A., Yershova K., Lazzaretto D., Paykina N., Yenokyan G., Greenhill L., Abikoff H., Vitiello B., Wigal T., McCracken J.T., Kollins S.H., Murray D.W., Wigal S., Kastelic E., McGough J.J., dos Reis S., Bauzó-Rosario A., Stehli A. e Posner K. (2013), *The Preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS) 6-year follow-up*, «Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», vol. 52, pp. 264-278.
- Sonuga-Barke E.J.S. e Halperin J.M. (2010), *Developmental phenotypes and causal pathways in attention deficit/hyperactivity disorder: Potential targets for early intervention?*, «Journal of Child Psychology and Psychiatry», vol. 51, pp. 368-389.
- Vio C., Marzocchi G.M. e Offredi F. (1999). *Il bambino con deficit di attenzione e iperattività. Diagnosi psicologica e formazione dei genitori*, Trento, Edizioni.
- Webster-Stratton C., Reid M.J., e Beauchaine T.P. (2013), *One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD*, «Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology», vol. 42, pp. 251-261.
- Weinberg H.A. (1999), *Parent training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Parental and child outcome*, «Journal of Clinical Psychology», vol. 55, pp. 907-913.
- Weiss G. e Hechtman L.T. (1993). *Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults (2nd ed.)*, New York, Guilford Press.
- Zuddas A., Marzocchi G.M., Oosterlaan J., Cavolina P., Ancilletta B. e Sergeant J.A. (2006), *Factor structure and cultural aspects of Disruptive Behaviour Disorders symptoms in Italian children*, «European Psychiatry», vol. 21, pp. 410-418.

Marzocchi G.M., Sgariboldi V., Conte S., Renzetti V., Fornaro E., Valentino A., Battaini C., Valenti V., Merati S., Oldani G, Bissoli C., Costantino A., Babboni J., Cropanese I., Groppelli A., Chiappedi A.M. e Vlacos E. (2019), *L'esperienza lombarda del Parent Training con genitori con ADHD*, «DdAI – Disturbi di Attenzione e Iperattività», vol. 14, n. 2, pp. ##, doi: 10.14605/DdAI1421902