



ISSN: 2038-3282

Publicato il: 3 Gennaio 2011

©Tutti i diritti riservati. Tutti gli articoli possono essere riprodotti con l'unica condizione di mettere in evidenza che il testo riprodotto è tratto da www.qtimes.it
Registrazione Tribunale di Frosinone N. 564/09 VG

**Understanding Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Second part.
Secondary Symptoms: school failure and social rejection
Comprendere il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività. Parte seconda.
Sintomi secondari: insuccesso scolastico e rifiuto sociale**

di Alessia Giangregorio
Psicologa – AISME
g.alessia84@yahoo.it

Abstract

Nei soggetti con Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività si evidenzia la presenza di tre dimensioni psicopatologiche primarie: la disattenzione, l'iperattività e l'impulsività. Tali dimensioni interagendo con l'ambiente di vita e le richieste che questo pone, danno luogo all'insorgere di dinamiche disfunzionali che investono l'ambito scolastico e affettivo - relazionale. Gli effetti che ne conseguono non sono solo quelli immediatamente rilevabili perché resi evidenti dalle prestazioni e dai comportamenti non adattivi, ma investono anche aspetti più profondi e pervasivi della persona, quali l'identità personale, l'autoefficacia e l'autostima.

Parole chiave: disturbo da deficit di attenzione, iperattività, insuccesso scolastico, rifiuto sociale

Introduzione

Nei soggetti affetti da Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività si evidenzia la presenza di tre dimensioni psicopatologiche primarie, quali la disattenzione, l'iperattività e l'impulsività. Queste costituiscono le caratteristiche centrali nel disturbo, ma la loro interazione con l'ambiente sociale e scolastico può dare origine a ulteriori difficoltà, definibili come sintomi secondari, quali l'insuccesso scolastico e il rifiuto sociale, che incidono in modo particolarmente significativo sullo sviluppo del senso di autoefficacia, sull'autostima e sul senso di identità.

Difficoltà scolastiche e autoefficacia

Il deficit nell'elaborazione cognitiva delle informazioni e il basso livello di motivazione, sommandosi ai sintomi primari, contribuiscono a determinare l'elevato livello di insuccesso scolastico sperimentato dai soggetti con DDAI, una grande percentuale dei quali ha subito almeno una bocciatura o presenta, comunque, prestazioni scolastiche inferiori a quelle dei coetanei, pur disponendo delle medesime abilità intellettive. Le difficoltà di rendimento si manifestano già nei primi periodi di inserimento nella scuola primaria; le richieste dal punto di vista attentivo, infatti, sono molto più elevate rispetto a quanto avveniva nella scuola dell'infanzia e ciò rende maggiormente evidenti le problematiche del bambino. Se negli anni precedenti erano l'impulsività e l'iperattività motoria ad attirare l'attenzione e la preoccupazione degli adulti, con il passaggio al livello di scolarità successivo, e il conseguente aumento di richieste nei compiti di apprendimento, emergono con maggiore chiarezza le difficoltà di carattere cognitivo, la cui presenza rappresenta spesso il campanello d'allarme che porta alla richiesta di una consulenza specialistica, finalizzata nella maggior parte dei casi a ottenere l'assegnazione di un insegnante di sostegno (cfr. Vio – Marzocchi – Offredi, 2006). Le difficoltà di controllo motorio che caratterizzano questo disturbo vengono invece più frequentemente associate a fattori educativi; non essendo perciò identificate quali parte integrante di un quadro patologico, non generano una domanda specifica di aiuto, nonostante provochino un disagio evidente tanto nel bambino quanto in coloro che gli sono vicini.

Il confronto con i pari, dal quale i bambini con DDAI escono nella maggior parte dei casi sconfitti, induce forti stati di frustrazione, dovuti principalmente al ripetersi di esperienze di insuccesso; ciò si ripercuote negativamente sull'immagine di sé che l'alunno struttura nell'interazione con l'ambiente scuola e sullo sviluppo di un adeguato senso di autoefficacia scolastica. Questa espressione definisce l'insieme di convinzioni che i bambini e i ragazzi posseggono rispetto alle loro capacità di studiare le materie scolastiche, di mantenere e regolare il livello di motivazione e di individuare e sviluppare modalità di studio che favoriscano l'apprendimento (cfr. Caprara, 2001).

I giudizi di autoefficacia che i soggetti sviluppano in ambito scolastico risentono di una serie di fattori, tra i quali si collocano sicuramente le abilità cognitive possedute dai compagni; queste diventano infatti termini di paragone con i quali l'alunno si confronta e rispetto alle quali si autovaluta. Occorre tuttavia considerare con attenzione anche il peso fondamentale di altri fattori, costituiti principalmente dalla valutazione offerta dagli insegnanti e dai genitori e, in particolare, dalle attribuzioni causali da questi formulate rispetto ai successi o agli insuccessi conseguiti dal bambino. Tali attribuzioni possono produrre effetti estremamente deleteri per il soggetto, soprattutto nel momento in cui emerge la tendenza a imputare i comportamenti disfunzionali a disposizioni stabili di personalità. La presenza negli adulti di una simile convinzione veicolerebbe, sia pure in modo inconsapevole, messaggi di sfiducia, che lasciando intendere l'impossibilità di conseguire un

cambiamento nella direzione di una maggiore adattività.

Gli stereotipi che si hanno in merito alla sindrome DDAI generano delle aspettative che possono condizionare il tipo di interazione che gli adulti instaurano con questi bambini. Da questo rischio non sono immuni neppure gli insegnanti, i quali intervenendo nella relazione con gli alunni alla luce delle loro precompressioni possono tendere a cogliere solo gli elementi che confermano le proprie attese o le proprie previsioni. In tal modo si può originare però una deformazione percettiva della realtà che, non permettendo di vedere l'altro nella sua autenticità, impedisce anche di individuarne le necessità, in risposta alle quali pianificare e attuare adeguati interventi di sostegno. Una conoscenza non preconcepita dell'allievo reale, basata su dati realmente osservati che ne evidenziano le risorse e non solo le mancanze, è certamente uno strumento efficace per arginare il rischio che le situazioni di interazione a scuola e le esperienze didattiche possano trasformarsi in occasioni di insuccesso, che favorirebbero lo sviluppo di una sensazione di inadeguatezza anziché promuovere un senso di autoefficacia.

È noto che l'adozione di metodi di insegnamento rigidi e sostanzialmente uniformi, nei modi e nei tempi, per il gruppo classe è tra le modalità didattiche meno efficaci per favorire l'apprendimento da parte di tutti gli allievi, indipendentemente da una condizione di disagio o di disabilità. Questo è tanto più vero per i soggetti con DDAI, per i quali un aiuto valido e rispondente alle loro caratteristiche deriva dall'adozione di una didattica flessibile nei tempi e nelle modalità di trasmissione dei contenuti, affinché questi possano essere adeguatamente compresi e acquisiti.

Un analogo discorso si può fare per le modalità di valutazione. La preferibilità da accordare a una valutazione basata su standard di miglioramento individuale, che pone un allievo in confronto con se stesso e con il proprio miglioramento, con un bambino che presenti deficit di attenzione/iperattività diventa quanto mai necessaria. Attuando una valutazione basata sulla comparazione con i pari, dalla quale possono scaturire dinamiche competitive, si imporrebbe al bambino DDAI il confronto con livelli di prestazione che le difficoltà di controllo dell'attenzione e dell'impulsività gli rendono estremamente complesso, quando non impossibile, raggiungere. È altamente probabile che da questo possano scaturire, a causa della già citata sperimentazione di ripetuti fallimenti, effetti negativi sulla strutturazione di un'immagine di sé positiva, seppur sempre realisticamente connotata, e sullo sviluppo di un generale senso di autostima; questa, a differenza dell'autoefficacia, investe la persona in modo globale.

A questo proposito preme sottolineare come la centralità dei giudizi formulati da coloro che interagiscono con il bambino è data proprio dal fatto che questi influenzano non solo il senso di autoefficacia percepita e il livello di motivazione allo studio che a questa si lega, ma anche la più generale valutazione di sé (Bandura, 2000). Dal senso della propria efficacia derivano infatti le mete che le persone si prefiggono e dipendono gli sforzi che sono disposte a fare per raggiungerle. I soggetti con DDAI, vivendo un basso livello di autoefficacia, tendono a manifestare un scarso impegno nelle attività, fino al loro totale abbandono; le previsioni negative che formulano rispetto alle loro prestazioni, infatti, non sostengono la motivazione allo sforzo, creando il deleterio fenomeno della "profezia che sia autoavvera".

È dunque compito degli insegnanti, è più in generale degli educatori, creare le condizioni favorevoli perché un bambino che presenti questo tipo di problematica possa sviluppare gradualmente e poi consolidare un senso di competenza, attraverso la proposta di attività che lo aiutino nel raggiungimento di risultati positivi. A tale proposito è utile attuare alcune condizioni fondamentali, quali:

- proporre compiti che seguano il principio della facilitazione, ovvero predisposti in ordine di difficoltà crescente;
- favorire una valutazione realistica delle prestazioni conseguite attraverso la comunicazione degli obiettivi da conseguire, una contrattazione previa delle modalità e dei tempi di svolgimento, una esplicitazione dei criteri in base ai quali si valuterà la prestazione;
- offrire occasioni di apprendimento e di rinforzo vicario all'interno di attività di carattere cooperativo.

La formazione di un'adeguata immagine di sé e delle proprie capacità richiede in primo luogo lo sviluppo di abilità autoregatorie che consistono nella capacità di pianificare, organizzare e gestire le attività, procurarsi le risorse e applicare le abilità metacognitive necessarie per valutare l'adeguatezza delle proprie conoscenze e strategie. In questo modo gli apprendimenti conseguiti in contesti formali possono essere generalizzati e utilizzati per conseguire ulteriori acquisizioni in modo sempre più autonomo anche nei contesti informali e non formali (Bandura, 2000).

La dimensione socio-relazionale nel DDAI

La capacità di autoregolarsi, in ambito scolastico, nell'esecuzione dei compiti richiesti può essere gradualmente generalizzata al più ampio contesto relazionale e alla sfera emotiva, determinando lo sviluppo di abilità prosociali e una maggiore accettazione da parte dei pari e degli adulti. I soggetti con DDAI, i quali sperimentano invece forti difficoltà o addirittura una completa incapacità nell'autoregolazione, manifestano frequentemente comportamenti aggressivi fisici e verbali, specie nei casi in cui è presente un sottotipo combinato oppure predominano iperattività/impulsività. Le difficoltà di autocontrollo determinano dunque notevoli inconvenienti a livello relazionale, sia nel rapporto con gli adulti sia nell'interazione con i coetanei e generano il sintomo secondario del rifiuto sociale. Questi bambini e ragazzi ricevono infatti un elevato numero di rifiuti e scarsi apprezzamenti, poiché all'incapacità di controllarsi si aggiunge frequentemente la tendenza a non rispettare le regole sociali o quelle richieste dall'attività che stanno svolgendo.

Queste manifestazioni possono essere contenute se i soggetti sono inseriti in contesti molto strutturati, all'interno dei quali hanno la possibilità di assumere dei ruoli attivi. In simili condizioni, come ad esempio nel caso di gruppi di mutuo aiuto, questi bambini sono in grado sia di assumere atteggiamenti e comportamenti cooperativi sia di instaurare e mantenere relazioni di amicizia; se invece il loro ruolo è passivo o non chiaramente definito possono attivare modalità comunicative disfunzionali, come la contestazione afinalistica. I bambini affetti da DDAI quindi sono in grado di sperimentare scambi sociali positivi se l'ambiente è organizzato in modo da prevenire l'insorgenza delle disfunzionalità tipiche del disturbo. Si deve tuttavia tenere presente che nella maggior parte dei casi le modalità di interazione sociale si contraddistinguono per i livelli atipici di intensità. Si può pertanto presupporre che sia proprio la mancata modulazione dell'intensità dei comportamenti a determinare le difficoltà a livello di rapporto interpersonale in quanto generano condotte che spesso si scontrano con i bisogni o con la sensibilità altrui.

Oltre a quelli elencati vi sono anche altri fattori da considerare, come la presenza piuttosto frequente di tratti oppositivi e provocatori; questi possono concorrere a determinare ripetuti insuccessi sia nelle attività, scolastiche o extrascolastiche, sia nelle relazioni interpersonali. Si possono configurare inoltre come predittori di prognosi negative, quali lo sviluppo di comportamenti delinquenti, di condotte antisociali o anche precludere all'uso di sostanze stupefacenti.

Il difficile e limitato adattamento sociale dei bambini che presentano questa tipologia di disturbo ha delle ripercussioni negative anche su chi sta loro vicino (coetanei, insegnanti, genitori). Gli studi condotti osservando le interazioni all'interno di diadi miste, formate da un bambino con DDAI e da uno senza disturbo, hanno evidenziato in queste coppie una percentuale significativamente maggiore di comportamenti negativi rispetto a quelli osservabili nelle diadi di soggetti senza disturbo. Lo stile relazionale dei soggetti con DDAI può avere quindi un impatto negativo sul contesto circostante poiché attrae gli interlocutori verso una modalità di rapporto disfunzionale. Questo fattore contribuisce a ridurre sensibilmente la possibilità per questi soggetti di instaurare interazioni sociali adeguate, e quindi accresce la probabilità che l'interazione, costituendo occasione di fallimento, possa favorire nel tempo lo sviluppo di problemi di adattamento di diverso livello di gravità.

La maggior parte delle ricerche evidenzia inoltre come il DDAI sia accompagnato, in una percentuale di casi piuttosto elevata, da condotte aggressive che contribuiscono a determinare il rifiuto sociale. Tali condotte potrebbero essere causate dal fatto che l'impulsività e il deficit di attenzione possono incrementare la tendenza dei soggetti a disturbare i compagni, causando reazioni di irritazione che inducono a isolare questi bambini. I rifiuti ricevuti possono portare quindi i soggetti più aggressivi, e meno capaci di mediare le reazioni altrui, a scontrarsi con coloro che li respingono adottando modalità aggressive, spesso rafforzate dal risentimento e dal sospetto generati dall'esperienza dell'esclusione, specie se ripetuta. Bisogna precisare però che spesso i bambini con DDAI attuano condotte aggressive a causa della loro caratteristica impulsività e non agiscono con l'intento di colpire o di offendere, tanto da essere sinceramente sorpresi di fronte agli esiti negativi che ne derivano (Pozzoli – Gini, 2006). La difficoltà di autocontrollo, infatti, ostacola in loro la capacità di collegare l'azione alle sue possibili conseguenze, e quindi di fare una scelta rispetto alla condotta da adottare basata sulla previsione delle conseguenze che ne potranno derivare.

Le problematiche a livello interpersonale non riguardano tuttavia solo l'ambito delle relazioni tra pari ma investono anche i rapporti con gli adulti, determinando spesso criticità importanti all'interno del contesto familiare. La mancanza di applicazione nei compiti, per esempio, è facilmente interpretata come indice di pigrizia, di oppositività e di mancanza di responsabilità, ovvero come comportamenti che il bambino mette volontariamente in atto. Questa percezione degli adulti innesca reazioni di risentimento e anche di rabbia per l'inutilità dei tentativi di cambiare la situazione, con conseguenze negative sulla relazione genitori-figli ma anche spesso all'interno della coppia genitoriale. Inoltre la ricerca di soluzioni rapide alla situazione scomoda, sia sul piano fisico sia sotto il profilo psicologico, che la fatica di gestire la condizione del figlio provoca, unita alle implicazioni che questa comporta per tutto il nucleo familiare anche nei rapporti sociali della famiglia stessa, può facilmente indurre i genitori ad adottare comportamenti incoerenti, soprattutto nella gestione dei premi e delle sanzioni. Come è facile prevedere in molti casi le relazioni genitori-bambino e, più in generale quelle adulto-bambino, finiscono per assumere una connotazione negativa, con l'attivazione di circuiti viziosi dai quali è molto difficile, per non dire impossibile, che la famiglia possa uscire senza l'aiuto di esperti.

Le difficoltà scolastiche e relazionali, i frequenti rimproveri e il conseguente senso di inadeguatezza che i bambini con DDAI sperimentano interferiscono inevitabilmente con il processo di inserimento e di adattamento circostante nei diversi ambienti di vita; questa combinazione di fattori portano facilmente all'instaurarsi di uno stato di ansia e di demoralizzazione che può amplificare le difficoltà esistenti fino a renderle irreversibili.

Come precedentemente accennato, gli ostacoli all'interazione e alla gestione delle richieste

cognitive ed emotivo-relazionali che questo avanza nella quotidianità del vivere incidono sullo sviluppo del senso di identità personale, che Erikson definisce come “il senso soggettivo di una rinfrancata coerenza e continuità nel fluire delle esperienze” (Erikson, 1999, p. 20). Secondo la prospettiva eriksoniana, condivisa anche da altri approcci teorici, l’identità si sviluppa attraverso gli scambi interpersonali che un soggetto intesse lungo l’intero arco del suo sviluppo, in particolare nello svolgersi delle relazioni con persone significative, adulte e coetanee; l’individuo infatti si valuta anche in base al giudizio di cui si percepisce altro destinatario da parte dell’ambiente. Il riconoscimento del valore personale offerto al bambino da quanti lo circondano, in particolare dalle figure di riferimento affettivamente pregnanti, risulta pertanto un indispensabile fattore nella crescita individuale. Il percorso di acquisizione della propria identità rappresenta un itinerario complesso per chiunque, ma è evidente come il vissuto di svalutazione e autosvalutazione che le difficoltà di inserimento e adattamento provocano lo rendano ancor più difficile per i bambini con DDAI. Questi, infatti, faticano notevolmente a stabilire relazioni significative all’interno delle quali mettere in atto quei processi di sana identificazione che portano alla costituzione dell’identità. Per vedere praticamente come i fattori fin qui descritti possono agire e quali possono essere le soluzioni percorribili ci serviamo di un caso concreto.

Il caso di Simone

Simone è un bambino di 10 anni e frequenta il quarto anno della scuola primaria. Da appena un anno gli è stato diagnosticato un DDAI Sottotipo con Disattenzione Predominante. Il ritardo con il quale la diagnosi è stata effettuata ha comportato una stratificazione di problemi dal punto di vista del rendimento scolastico, in quanto non è stato possibile approntare tempestivamente dei programmi di intervento educativo-didattico che favorissero le capacità di apprendimento. Oltre a questo Simone, che è perfettamente consapevole delle proprie difficoltà, ha sviluppato una sorta di competitività rispetto ai compagni, ma non avendo acquisito le capacità necessarie a svolgere adeguatamente i compiti proposti i suoi tentativi di essere alla pari con i coetanei non hanno fatto altro che evidenziare maggiormente le disparità esistenti. I sistematici insuccessi hanno finito col rendere il bambino estremamente insicuro e chiuso in se stesso, sfuggente all’interazione poiché questa implica un confronto che ha alte probabilità di esse per lui fonte di frustrazione, come sfortunatamente le ripetute esperienze gli hanno insegnato. Occorre notare che in questa situazione un ruolo fondamentale è stato svolto dalle insegnanti, le quali hanno erroneamente (molto probabilmente sulla base delle precomprensioni di cui si è parlato all’inizio di questo contributo e non certo per scarsa attenzione nei confronti del bambino) imputato le difficoltà dell’alunno a mancanza di interesse e a un’eccessiva timidezza che lo porta a isolarsi dal resto della classe. Queste caratteristiche, a loro avviso, avrebbero determinato la tendenza a rifugiarsi nella fantasia e a manifestare il classico atteggiamento di chi “sta con la testa tra le nuvole”. Intervenendo nella situazione senza una specifica preparazione ma sulla base di conoscenze e convinzioni di senso comune hanno finito con l’assumere uno stile educativo piuttosto incoerente, alternando momenti in cui il bambino veniva coccolato, protetto e giustificato per l’incapacità di portare a termine i compiti e per la sua continua distrazione, ad altri in cui per le stesse ragioni veniva invece rimproverato, anche duramente. Questa modalità di rapporto altalenante, oltre a privare il bambino di indicazioni stabili, necessarie per comprendere le ragioni dei feedback ricevuti, ha contribuito a inoculare in lui un senso di inferiorità, a volte usato anche in modo strategico come rifugio per non eseguire compiti o attività attraverso l’exasperazione della propria incapacità. L’incoerenza del messaggio è stata inoltre un fattore che, insieme all’introversione del bambino ma anche alla sua

competitività, ha contribuito a innescare e mantenere una relazione con i compagni di classe poco costruttiva. Pur essendo socievole, infatti, Simone tende a non partecipare alle attività di gruppo; i suoi sforzi per reagire all'isolamento, in parte dovuto a esclusione e a volte indotto dal suo senso di inadeguatezza, lo spingono a mettere in atto tentativi di interazione piuttosto goffi, che finiscono con il suscitare l'ilarità, talvolta aspra, dei coetanei, accentuando la sua insicurezza.

Nell'ultimo anno scolastico, e quindi dal momento in cui è stata fatta la diagnosi e intrapreso il programma personalizzato di intervento psicopedagogico, attuato in una struttura esterna alla scuola ma condotto in rete con le insegnanti e la famiglia, le difficoltà del bambino si sono notevolmente ridimensionate, in particolare dal punto di vista relazionale. Il percorso individuale è stato infatti affiancato dall'inserimento in laboratori educativi, all'interno dei quali Simone ha potuto sperimentare occasioni di interazione positive, guidate e stimolate dagli operatori anche attraverso attività di simulazione che hanno preparato il bambino alla gestione delle dinamiche interpersonali nei diversi contesti. Questa esperienza, come ci si attendeva, ha rivelato effetti positivi anche nel gruppo classe. Sebbene permangano le difficoltà scolastiche legate alle prestazioni richieste dalla didattica in quanto l'intervento in tal senso, iniziato in ritardo rispetto ai tempi auspicati, procede molto lentamente, Simone è riuscito a trovare motivo di compensazione alla frustrazione precedentemente sperimentata nel legame che ha instaurato con un nuovo compagno, giunto nella sua classe da pochi mesi. Si nota comunque un miglioramento delle relazioni con l'intero gruppo classe e con le insegnanti, le quali hanno modificato il loro modo di rapportarsi al bambino accettando di seguire, non senza difficoltà, le indicazioni offerte dai professionisti che seguono Simone. Analogamente si sono registrati miglioramenti nella relazione all'interno della famiglia poiché i genitori, opportunamente guidati, hanno modificato il loro stile educativo per creare un ambiente maggiormente rispondente alle caratteristiche attuali del figlio. Per i genitori è stato inoltre gratificante notare dei cambiamenti nel comportamento di Simone che hanno consentito a tutti di vivere delle occasioni di vita sociale con maggiore tranquillità che in passato. Questo segnale è particolarmente importante poiché indica, oltre alla permeabilità del bambino all'intervento, un inizio del percorso, sicuramente lungo e probabilmente impervio, di stabilizzazione e di generalizzazione delle acquisizioni realizzate.

Conclusioni

La combinazione di aspetti primari e secondari del DDAI origina molteplici dinamiche, che investendo il rapporto del soggetto sia con se stesso sia con gli altri influenzando la sua qualità di vita. Il disagio che il bambino vive, infatti, non investe solo l'ambito delle prestazioni, scolastiche o extrascolastiche, ma anche e soprattutto la sfera affettiva ed emozionale, con ricadute particolarmente importanti sulla costruzione dell'identità personale e sul senso di autoefficacia. Poiché queste componenti si sviluppano e si consolidano nella relazione interpersonale, e soprattutto nel rapporto con le figure affettivamente significative, emerge chiaramente la necessità che gli adulti di riferimento svolgano un'azione educativa coerente, capace di sostenere il bambino nel percorso di elaborazione e gestione delle proprie difficoltà, in modo che queste non mettano in discussione il valore della persona in quanto tale.

Riferimenti Bibliografici:

ANDREOLI V. – CASSANO G. B. – ROSSI R. (a cura di), *DSM-IV-TR Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali Text Revision* [DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of

- Mental Disorder, Text Revision, American Psychiatric Association 2000], Milano, Elsevier Masson 2007;
- BANDURA A., *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*, Trento, Erickson 2000, pp. 131-150;
- CAPRARA G. V. (a cura di), *La valutazione dell'autoefficacia*, Trento, Erickson 2001;
- CELLAMARE S., *Educare alla genitorialità: riflessioni per un percorso possibile*, in «Prospettiva EP», anno XIX, n. 1, gennaio-aprile 2006a, pp. 7-22;
- CORNOLDI C et al., *Iperattività e autoregolazione cognitiva. Cosa può fare la scuola per il disturbo da deficit di attenzione/iperattività*, Trento, Erickson 2001;
- ERIKSON E. H., *Gioventù e crisi di identità* [Identity Youth and Crisis, New York, Norton Company 1968], Roma, Armando 1999;
- FISKE S. T., *La cognizione sociale*, Bologna, Il Mulino, 2006;
- POZZOLI T. – GINI G., *Comportamenti aggressivi e rifiuto sociale in bambini con disturbo da deficit di attenzione e iperattività: una rassegna*, in «Psicologia dell'educazione e della formazione», 8(2006)3;
- STERNBERG R. J. – RUZGIS P., *Personalità e intelligenza. Teorie e modelli di interconnessione*, Trento, Erickson, 2000;
- VIO C. – MAZZOCCHI G. – OFFREDI F., *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività: diagnosi psicologica e formazione dei genitori*, Firenze, Organizzazioni Speciali, 2006.

Sitografia:

- ZUDDAS A. – MASI G. (a cura di), *Linee-guida per la diagnosi e la terapia farmacologia del Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) in età evolutiva*, in <http://www.aifa.it/lineeguida.htm>.