



ISSN: 2038-3282

**Pubblicato il: 1 Luglio 2010**

©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](http://www.qtimes.it)  
Registrazione Tribunale di Frosinone N. 564/09 VG

**Understanding Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Part one:  
symptomatological case**  
**Comprendere il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività. Parte prima: il  
quadro sintomatologico**  
di Alessia Giangregorio  
Psicologa educativa

**Abstract**

All'ampia letteratura disponibile sul tema dell'iperattività, un disturbo che sembra molto diffuso nella popolazione scolastica, non sembra corrispondere una effettiva conoscenza del problema da parte degli operatori scolastici e/o socio-educativi. Questa non comprensione del problema e la sua errata interpretazione impediscono di fatto l'attuazione di interventi educativi e didattici adeguati, sia a scuola, sia in famiglia. È perciò opportuno offrire una informazione che, partendo da una esplicitazione delle manifestazioni disfunzionali, contribuisca a sgomberare il campo dai pregiudizi a favore di una più chiara identificazione dei problemi, per arrivare a prefigurare scenari di intervento possibili.

**Parole chiave:** disturbo da deficit di attenzione, iperattività, sintomatologia, scuola, apprendimento

**Introduzione**

Gli studi sull'iperattività sono documentati da un'ampia e accreditata letteratura scientifica, anche di tipo divulgativo. Questo farebbe pensare a una conoscenza del problema non circoscritta agli

specialisti del settore ma diffusa anche tra chi opera in ambito socio-educativo e scolastico. Tuttavia, nel lavoro sul campo, si riscontra a volte come tale conoscenza sia spesso offuscata da stereotipi e luoghi comuni, che producono distorsioni nell'interpretazione delle manifestazioni proprie del disturbo, lette come espressione di "maleducazione".

Certamente l'iperattività è un disturbo complesso e quindi la gestione delle dinamiche che lo caratterizzano, soprattutto quando si manifestano in contesti collettivi come quello scolastico, presenta notevoli problematiche. Può essere quindi utile esaminare le diverse sfaccettature del disturbo e approfondirne la comprensione anche attraverso esempi di casi reali. In considerazione dell'ampiezza dell'argomento viene proposta una serie di contributi che, partendo da un quadro generale rispetto alla sintomatologia, approfondiranno gli aspetti legati alle difficoltà attentive, all'insorgenza dei sintomi secondari e alle loro implicazioni, all'eziologia e ai modelli interpretativi, ai percorsi di Parent Training e di Teacher Training.

### **Chi è il bambino con ADHD**

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività è indicato con le sigle DDAI o ADHD a seconda che si scelga di utilizzare l'acronimo italiano o quello inglese di Attention Deficit and Hyperactivity Disorder; costituisce un disturbo evolutivo dell'autocontrollo che determina difficoltà sia nel conseguire un adeguato livello di acquisizioni funzionale al successo scolastico e lavorativo sia nel raggiungere la regolazione comportamentale necessaria ai fini dell'adattamento e dell'inserimento sociale. Si può dire pertanto che l'ADHD si pone a cavallo tra i Disturbi dell'Apprendimento e i Disturbi del Comportamento.

Nel bambino con ADHD, a fronte di livelli intellettivi nella norma, si evidenziano manifestazioni di vivacità e di disattenzione eccessivi per intensità e frequenza, tali da inficiare il rendimento scolastico e la qualità delle relazioni interpersonali, fino al possibile sviluppo di forme di disagio sociale.

### **Definizione del disturbo e cluster sintomatologici**

L'ADHD rappresenta una sindrome neuropsichiatrica che esordisce nella prima infanzia (cioè prima dei sette anni) la cui frequenza è particolarmente elevata nel periodo scolastico, tanto che i dati epidemiologici riferiscono valori che fanno ipotizzare la presenza di un bambino con DAHD in ogni classe. In particolare questo disturbo si riscontra più frequentemente nei maschi piuttosto che nelle femmine, con una proporzione di circa 3:9 (Andreoli-Cassano-Rossi, 2007).

Le manifestazioni disfunzionali a livello attentivo e comportamentale emergono in diversi contesti; ad esempio a casa, a scuola, al lavoro; ai fini della diagnosi vi deve essere una compromissione in almeno due di questi ambiti. Va tenuto presente, però, che il livello di malfunzionamento varia in base al contesto e alla situazione specifica in cui si trova il bambino, il quale è solitamente più problematico di fronte ad attività che richiedono attenzione o sforzo mentale protratti o che mancano di attrattiva e novità.

Si nota invece una diminuzione dei segni del disturbo in ambienti nuovi, di fronte ad attività interessanti e stimolanti e in contesti in cui sia possibile esercitare uno stretto controllo; questo elemento in particolare spiega la maggiore facilità che si incontra nel gestire i soggetti con DDAI in situazioni di interazione a due piuttosto che in quelle di gruppo. Un altro fattore che facilita il

contenimento o la diminuzione delle manifestazioni iperattive è dato dall'uso frequente di rinforzi positivi per premiare l'emissione di comportamenti appropriati (Giusti-Lupinacci, 2000).

Dal punto di vista sintomatologico l'ADHD è caratterizzato dalla presenza di due dimensioni psicopatologiche, che tendono a permanere in modo stabile e quindi a cronicizzarsi determinando conseguenti ripercussioni sia sul piano degli apprendimenti sia su quello dell'adattamento sociale: la disattenzione e l'iperattività/impulsività. È interessante notare che i sintomi di iperattività e di impulsività, che saranno singolarmente trattati di seguito per favorire la comprensione degli aspetti correlati, vengono considerati congiuntamente; si ritiene infatti che costituiscano nel loro insieme l'espressione di difficoltà nell'autoregolazione comportamentale (Fedeli, 2008).

### **Disattenzione**

La disattenzione sembra costituire il deficit principale del disturbo e si configura come una problematica particolarmente complessa in quanto tende a permanere stabilmente nell'adolescenza e nell'età adulta e a comportare difficoltà invalidanti dal punto di vista dell'apprendimento. Parlare di disattenzione significa inoltre parlare di mancanza di attenzione, un'abilità costituita da molteplici processi ciascuno dei quali svolge funzioni specifiche. Sarebbe quindi opportuno dedicare all'argomento un maggiore spazio di approfondimento per favorire la comprensione delle dimensioni che concorrono a strutturare l'abilità attentiva e di conseguenza l'effettiva portata delle difficoltà che una sua compromissione ai vari livelli può comportare nei bambini con ADHD. Poiché questo argomento sarà trattato diffusamente in un successivo contributo, in questa sede mi limito a dire che la disattenzione rappresenta l'incapacità di agire selettivamente sull'attività in modo da inibire l'interferenza di stimoli estranei o concorrenti. Di conseguenza la disattenzione si manifesta nella difficoltà a prestare attenzione ai particolari e a portare a termine i compiti intrapresi a causa di rapidi passaggi da un'attività all'altra, nel fare errori di distrazione. Comporta, inoltre, problematiche a svolgere attività che richiedono maggiori abilità organizzative -e ciò determina anche la tendenza ad essere disordinati- e l'inclinazione a perdere frequentemente oggetti, anche significativi, o a dimenticare attività importanti. Nelle situazioni di interazione sociale, infine, la disattenzione si manifesta nella tendenza a non ascoltare gli altri, a non eseguire le istruzioni che vengono date e a cambiare spesso argomento di conversazione. A titolo esemplificativo riporto uno stralcio tratto dal profilo di un bambino con ADHD:

“Luca ha otto anni e frequenta il terzo anno della scuola primaria. Mostra notevoli difficoltà dal punto di vista attentivo che richiedono una costante supervisione del lavoro svolto. Il bambino, infatti, si distrae frequentemente lasciando le attività incomplete a motivo di tempi di attenzione molto brevi. Fatica ad ascoltare le consegne che è necessario ripetere più volte e in modo frazionato. Luca appare spesso assorto nei propri pensieri e si mostra attratto da qualunque rumore o movimento, anche da quelli apparentemente irrilevanti, interrompendo per questo le attività in atto”.

### **Iperattività**

Il termine iperattività indica, un eccesso nell'attività motoria o verbale, che risultano, tra l'altro non adeguate alle circostanze e afinalistiche. Si tratta in questo caso della dimensione che più di ogni altra determina seri ostacoli alla gestione dei bambini, soprattutto considerando che può frequentemente associarsi ad atteggiamenti oppositivi e aggressivi. Prima di descrivere le

espressioni che caratterizzano il comportamento iperattivo, è bene precisare, a fronte di un frequente abuso del termine, che l'irrequietezza motoria generale, in forma moderata, è tipica dei soggetti in età prescolare e si attenua con lo sviluppo, ma è proprio la presenza di un eccesso e afinalismo delle azioni che consente di distinguere i soggetti con DDAI da quelli normalmente vivaci. Non tutti i bambini, infatti, mostrano lo stesso tipo di iperattività; questa può essere distinta in tre livelli di intensità crescente, quali:

- l'irrequietezza, che si riferisce prevalentemente ad un sentimento, ma non comporta un eccesso nel movimento;
- l'agitazione motoria, che porta invece ad un minore controllo motorio, palesato dal dondolare le gambe, picchiettare con le dita e da altri comportamenti di questa entità che non richiedono al soggetto di abbandonare il proprio posto durante lo svolgimento di un compito;
- l'iperattività vera e propria (Fedeli, 2006). Secondo alcuni studi i soggetti DDAI occupano quindi una posizione estrema lungo un continuum che va dal polo "calmo-ben organizzato" al polo "irrequieto-inattento". Nello specifico l'iperattività può manifestarsi, ad esempio, nella difficoltà a restare seduti per il tempo necessario a svolgere le attività in modo tranquillo, nel correre e saltare in situazioni in cui ciò è fuori luogo, nel toccare qualsiasi cosa. A queste modalità si unisce inoltre la difficoltà a rispettare le regole, i tempi e gli spazi dei coetanei e la tendenza a parlare troppo e con uno scarso controllo del tono di voce.

Le manifestazioni appena descritte possono variare in base all'età e al livello di sviluppo; solitamente, infatti, i bambini che muovono i primi passi e quelli in età prescolare mostrano i comportamenti iperattivi con una frequenza e un'intensità maggiori rispetto ai bambini in età scolare, fino a che, nell'adolescenza e nell'età adulta, tali manifestazioni si trasformano in senso di irrequietezza e in difficoltà a dedicarsi ad attività tranquille e sedentarie (Andreoli-Cassano-Rossi, 2007). È ancora il report delle osservazioni condotte con Luca a offrirci un esempio concreto del modo in cui un soggetto con ADHD si comporta nell'interazione con l'ambiente scolastico:

“L'iperattività è particolarmente evidente in Luca. Il bambino esce spesso dall'aula, anche senza permesso, e passeggia o corre per il corridoio. La necessità di movimento è avvertita in modo molto intenso, tanto che durante l'esecuzione di un compito, si è avvicinato alla maestra chiedendole di poter uscire dicendo, con le mani giunte, «ti prego devo giocare un attimo per forza», palesando l'urgenza del bisogno motorio. In generale comunque si alza spesso dal posto e se ripreso reagisce aggressivamente, oppure piangendo e accusando con rabbia l'insegnante di avercela sempre con lui. L'iperattività comporta anche che molto spesso il bambino sia impegnato in giochi per nulla tranquilli e si butti a terra provocandosi numerosi lividi. Le braccia di Luca, infatti, ne sono visibilmente segnate e presentano anche i segni di numerose escoriazioni che il bambino stuzzica continuamente. Questi comportamenti a carattere autolesionista compaiono in particolare in momenti di maggiore stress e nervosismo. Il suo linguaggio, inoltre, è particolarmente colorito, per cui è solito insultare anche pesantemente sia i compagni sia le insegnanti e bestemmiare” .

## **Impulsività**

L'impulsività rappresenta la tendenza a rispondere alle stimolazioni in modo eccessivamente rapido ma non adeguato. L'inadeguatezza è data dal fatto che tali reazioni non sono frutto di una precedente attività di riflessione e sono spesso poste in essere in modo non intenzionale, per cui possono prodursi reazioni inaspettate a stimoli apparentemente privi di significato. L'impulsività si manifesta nella presenza di uno stato di impazienza, nella difficoltà a controllare le proprie reazioni, a posticipare le gratificazioni e a rispettare il proprio turno in situazioni di gioco e/o di interazione in gruppo, e nella tendenza ad interrompere spesso gli altri, risultando frequentemente invadenti. Questi soggetti sono portati, inoltre, a fare commenti inappropriati e rispondere con eccessiva velocità (a danno dell'appropriatezza delle risposte date), a toccare anche cose che non dovrebbero toccare e a non considerare le possibili conseguenze delle loro azioni; possono così esporsi a potenziali pericoli, come ad esempio attraversare la strada senza guardare se stanno sopraggiungendo delle macchine.

Le manifestazioni problematiche appena descritte fanno capo a diverse forme di impulsività, che possono essere o meno compresenti nel soggetto o la cui rilevanza può variare nel corso dello sviluppo:

- l'impulsività comportamentale è data da un agire non guidato da un previo processo di riflessione per cui i soggetti si espongono frequentemente a situazioni pericolose;
- l'impulsività cognitiva, caratterizzata da un repentino passaggio da un'idea all'altra senza che si possa identificare tra loro l'esistenza di collegamenti di nesso logici. È la ragione per cui risulta particolarmente difficile per questi soggetti svolgere attività che richiedono il riordino di sequenze;
- l'impulsività emotiva, infine, si manifesta nella forte difficoltà a sopportare eventi frustranti, anche di lieve entità, e nella tendenza a mostrare repentini cambi d'umore. Facciamo ancora un esempio di questo tipo di situazione:

“Per Luca la gestione delle frustrazioni risulta particolarmente difficoltosa. Ad esempio, disturbato dalla presenza di un Assistente Educativo-Culturale (A.E.C.) diverso da quello normalmente presente nella sua classe, ha reagito colpendo la ragazza al volto non appena questa si è avvicinata e lamentandosi apertamente per il cambiamento”.

## **Sottotipi**

La presenza dei sintomi primari della disattenzione e dell'impulsività/iperattività può variare da soggetto a soggetto, evidenziando l'esistenza di alcuni sottotipi definibili in relazione all'area nella quale si rileva una maggiore compromissione. Nel caso in cui la compromissione si attesti prevalentemente a livello cognitivo/attentivo si parla di

Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività con disattenzione predominante; se questa si riferisce invece al livello comportamento/iperattività si può identificare un Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività con iperattività/impulsività predominanti. I cluster di sintomi possono però comparire anche congiuntamente, dando luogo al Tipo Combinato, ossia all'ADHD puro.

I tre sottotipi mostrano manifestazioni patologiche molto diverse tra loro, ragione per cui la loro chiara identificazione rappresenta un elemento di fondamentale importanza per poter approntare interventi terapeutici, ma anche prettamente didattici, adeguati.

Ne consegue un quadro particolarmente complesso data l'eterogeneità delle manifestazioni patologiche, per cui appare necessario approfondire i singoli sottotipi per rilevarne le specifiche.

- Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, Tipo Combinato: questo sottotipo rappresenta il DDAI puro e si manifesta nella maggior parte dei bambini e degli adolescenti che presentano il disturbo. Questi soggetti evidenziano sia manifestazioni di disattenzione sia di iperattività/impulsività. Secondo i dati raccolti da Barkley, lo studioso statunitense che ha sviluppato il programma di intervento maggiormente utilizzato nel Nord America, questo sottotipo mostrerebbe soprattutto problemi di perseverazione nello svolgimento dei compiti e nell'inibizione di stimoli irrilevanti, nonché difficoltà ad elaborare adeguatamente le informazioni presenti nella memoria di lavoro. I soggetti che rispondono al sottotipo combinato, così come a quello iperattivo-impulsivo che illustrerò tra breve, inoltre tenderebbero maggiormente ad opporsi alle richieste che gli vengono rivolte; possono anche presentare aggressività e «nel 30% dei casi ricevono una seconda diagnosi di disturbo della condotta o di disturbo oppositivo-provocatorio» (Vio-Marzocchi- Offredi, 2004, p. 14). Attraverso la somministrazione di una batteria neuropsicologica per indagare le funzioni esecutive è stata evidenziata nel sottotipo combinato la presenza, di un deficit nell'inibizione comportamentale, che determinerebbe l'incapacità di interrompere un'attività inadeguata, anche nel momento cui viene percepita come tale.
- Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, Tipo con Disattenzione Predominate: nonostante i numerosi studi compiuti, non è ancora chiaro se sia possibile considerare il sottotipo disattento come un'autentica manifestazione del DDAI o se questo si configuri come un disturbo a sé stante. I risultati dell'analisi fattoriale condotta su dati relativi ad osservazioni comportamentali hanno inoltre evidenziato la presenza in ambito scolastico di due tipi di difficoltà di ordine attentivo, definite come “disattenzione-passività” e “persistenza-distraibilità”; ciò indica che il sottotipo disattento potrebbe inglobare soggetti con caratteristiche psicologiche e comportamentali molto differenti tra loro. Tali dati sottolineano quindi l'effettiva necessità di ulteriori ricerche al riguardo. Gli studi condotti fino ad ora evidenziano il prevalere in questi soggetti di difficoltà nella selezione, focalizzazione e mantenimento dell'attenzione, una scarsa accuratezza e caoticità nell'elaborazione dell'informazione a causa di difficoltà di processamento.

I bambini in cui prevale la disattenzione sembrerebbero essere maggiormente ansiosi, timidi e socialmente ritirati; si tratta di soggetti tranquilli, gentili e affettuosi, ma che apparentemente sembrano non applicarsi. Il fatto che manifestino minori problemi di aggressività e impulsività rispetto ai coetanei con difficoltà riferibili al tipo iperattivo-impulsivo e a quello combinato (nel

sottotipo disattento, infatti, l'irrequietezza motoria è ridotta o del tutto assente), determina anche delle minori difficoltà dal punto di vista relazionale, ma al contempo questo comportamento meno invasivo pone spesso problemi di individuazione del disturbo. Tale genere di problematiche, infine, non sembra attenuarsi con l'età e non emergono differenze tra i due sessi (Fabio, 2004).

I bambini che rientrano in questa categoria presentano un profilo in parte simile a quello dei soggetti con Disturbi di Apprendimento propriamente detti -che sono diagnosticati quando il soggetto ottiene, a test standardizzati, risultati significativamente al di sotto di quelli previsti per la sua età, in merito alla lettura, al calcolo o all'espressione scritta- e manifestano una presenza maggiore di problematiche scolastiche rispetto agli altri sottotipi, anche se le ricerche condotte non hanno mostrato la presenza di sostanziali differenze dal punto di vista cognitivo.

I soggetti prevalentemente disattenti incontrerebbero difficoltà soprattutto a livello della pianificazione e del set-shift, misurati attraverso la somministrazione del Test della Torre di Londra di Krikorian e con il Trialmarking di Reitan; è apparsa deficitaria anche la capacità di controllare le interferenze, indagata attraverso il test di Stroop, benché le analisi statistiche abbiano mostrato che questo dato potrebbe essere attribuibile ad un disturbo della lettura piuttosto che ad una difficoltà nell'inibizione delle interferenze (Fedeli, 2008).

- Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, Tipo con Iperattività-Impulsività Predominanti: come per il sottotipo disattento, anche per quello iperattivo-impulsivo vi sono delle incertezze in ambito scientifico. Il dubbio in questo caso si riferisce al fatto se questo sia effettivamente differente dal sottotipo combinato oppure se costituisca una fase precedente all'esordio di quest'ultimo, la cui manifestazione potrebbe essere legata all'ingresso nella scuola elementare e quindi alla maggiore quantità di richieste avanzate ai bambini sia dal punto di vista dell'impegno scolastico sia dal punto di vista del rispetto delle regole all'interno di un contesto maggiormente strutturato. Il DDAI con iperattività-impulsività predominanti, comunque, viene diagnosticato prima del sottotipo combinato (che è a sua volta diagnosticato prima del sottotipo disattento), probabilmente a causa della maggior evidenza dei comportamenti-problema nella prima infanzia. Questi bambini, infatti, manifestano un'estrema vivacità ed impulsività e vengono descritti come irrequieti ed in perenne movimento. Le loro difficoltà risiedono essenzialmente nel non riuscire a controllare i propri comportamenti, impulsi ed emozioni attraverso un meccanismo di ponderazione e di discernimento. Le manifestazioni del disturbo, in questo caso, tendono a diminuire con l'età. L'incidenza è maggiore nei maschi, i quali presentano inoltre elevate problematiche dal punto di vista sociale, associate frequentemente ad altri disturbi della sfera comportamentale quali il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP) e il Disturbo della Condotta (DC), che determinano elevati tassi di rifiuto tra i pari, con conseguenti stati emozionali di ansia, depressione e bassa autostima. Di frequente, inoltre, questi soggetti sono inseriti in contesti familiari svantaggiati caratterizzati da conflittualità e disturbi psichiatrici nei genitori.

La valutazione separata di disattenzione ed iperattività/impulsività appare clinicamente necessaria, in quanto ciascun tipo può presentare una prognosi ed una risposta terapeutica almeno parzialmente diversa dagli altri (Cornoldi, 2001). È bene sottolineare, però, che sono state compiute molteplici

ricerche per verificare la presenza dei sottotipi all'interno del DDAI, sia allo scopo di provare e giustificare la proposta di classificazione fatta dal DSM-IV sia per individuare altri sottotipi differenti dal punto di vista cognitivo-comportamentale ed eziologico, considerando anche che quelli proposti dall'APA descrivono campioni molto eterogenei per quanto riguarda la compresenza di altri disturbi, il background familiare, il decorso e la risposta alla terapia, e ciò potrebbe far pensare alla necessità di operare ulteriori specificazioni. I risultati di queste ricerche permettono quindi di comprendere l'assenza in ambito scientifico di una posizione univoca circa le caratteristiche psicologiche dei sottotipi del DDAI e dell'esigenza, pertanto, di condurre ulteriori ricerche in merito.

### **Conclusioni**

Come abbiamo visto le manifestazioni principali del disturbo sono rappresentate da cluster sintomatologici notevolmente articolati, la cui interazione determina condizioni patologiche molto diverse tra loro, che richiedono interventi differenziati sia sul piano terapeutico sia sotto il profilo educativo-didattico. Occorre considerare che l'interazione con un soggetto con ADHD innesca nell'ambiente elevati livelli di stress psicosociale. Si può così determinare una condizione di malessere generale che coinvolge sia il soggetto sia coloro che interagiscono con lui, adulti o pari. L'intervento su casi di iperattività è quindi reso più complesso dalla necessità di agire non solo sul soggetto problematico ma anche sugli ambienti di vita in cui è inserito, e rispetto ai quali può esercitare una funzione destabilizzante in assenza di programmi di intervento adeguati sia sul piano socio-relazionale sia sotto il profilo cognitivo.

### **Riferimenti Bibliografici:**

- A.A. (a cura di), *Il bambino iperattivo e disattento. Come riconoscerlo ed intervenire per aiutarlo*, Milano, Franco Angeli, 2002;
- ANREOLI 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;
- CORNOLDI C., *Iperattività e autoregolazione cognitiva. Cosa può fare la scuola per il disturbo da deficit di attenzione/iperattività*, Trento, Erickson 2001;
- FABIO R.A., *L'attenzione. Fisiologia, patologie e interventi riabilitativi*, Roma, Franco Angeli, 2004;
- FEDELI D., *La sindrome di Pierino. Il controllo dell'iperattività*, Firenze, Giunti, 2006;
- FEDELI D., *Il deficit di attenzione con iperattività*, in Cottini L., Rosati L. (a cura di), *Per una didattica speciale di qualità. Dalla conoscenza del deficit all'intervento inclusivo*, Perugia, Morlacchi, 2008, pp. 173-194;
- GIUSTI L., LUPINACCI L., *Il disturbo dell'iperattività. ADHD. Trattamenti dell'impulsività e della disattenzione nello sviluppo*, in "Quadreni A.S.P.I.C.", Roma, A.S.P.I.C., 2000;
- VIO C., MARZOCCHI G.M., OFFREDI F., *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività. Diagnosi psicologica e formazione dei genitori*, Trento, Erickson.