



FREIE UNIVERSITÄT BOZEN

LIBERA UNIVERSITÀ DI BOLZANO

UNIVERSITÀ LIEDIA DE BULSAN

Brixen

Bressanone

Persenon

Fakultät für Bildungswissenschaften

Facoltà di Scienze della Formazione

Facoltà de Sciënza dla Formazion

Progetto di ricerca

**Individuazione precoce dei
“Disturbi da Deficit Attentivo/Iperattività”
(DDAI-ADHD)
nella scuola dell’infanzia**

Facoltà di Scienze della Formazione

Libera Università di Bolzano

Prof. Dott. Dario Ianes

Dicembre 2005

INDICE

- 1.) Titolo della ricerca
- 2.) Posizionamento dell'ambito di ricerca nella comunità scientifica
- 3.) Abstract
 - 3.1) Stato dell'arte nella ricerca internazionale
- 4.) Ipotesi della ricerca e obiettivi
- 5.) Output e ricadute applicative
- 6.) Metodologia
- 7.) Responsabili e Staff
- 8.) Partnership
- 9.) Svolgimento/durata della ricerca e costi
 - 9.1.) Durata e articolazione del tempo
 - 9.2.) Costi
 - Personale
 - Servizi e consulenza esterna
 - Materiali e apparecchiature
 - Pubblicazione report
 - Diffusione e disseminazione dei risultati
- 10.) Bibliografia

1.) TITOLO DELLA RICERCA

Individuazione precoce dei “Disturbi da Deficit Attentivo/Iperattività” (DDAI – ADHD) nella scuola dell’infanzia.

2.) POSIZIONAMENTO DELL’AMBITO DI RICERCA NELLA COMUNITÀ SCIENTIFICA

Il progetto di ricerca è collocato nei seguenti settori scientifici – disciplinari: Pedagogia e Didattica Speciale, Pedagogia Generale e Sociale, Didattica Generale (M-Ped/01 e M-Ped/03), Psicologia dello Sviluppo

3.) ABSTRACT

Il progetto ha lo scopo primario di verificare se l’individuazione precoce di un disturbo comportamentale – nel caso specifico del ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – DDAI, Disturbo da Deficit Attentivo/Iperattività) - è possibile già nella scuola dell’infanzia. Si tratta di individuare, sperimentando tre strumenti di osservazione diversi, quale sia il più predittivo riguardo all’identificazione dei bambini a rischio ADHD. In seguito, si andrà ad osservare e seguire il percorso della prassi dalla segnalazione alla diagnosi effettiva. In questo contesto verrà tenuto conto anche dell’aspetto epidemiologico. L’ ultima fase del progetto è dedicata all’intervento tramite un’indagine sugli interventi proposti ai genitori dei bambini e poi svolti, e successivamente sperimentazione di due diversi tipi di interventi scolastici (di approccio autoregolativo metacognitivo e psicoeducativo neocomportale).

Keywords: ADHD, DDAI (Deficit di Attenzione/Iperattività), Disturbi comportamentali, Disturbi dell’attenzione, Iperattività, Autoregolazione cognitiva, Impulsività, Pedagogia e Didattica Speciale, Psicologia dello Sviluppo

3.1.) Stato dell’arte nella ricerca internazionale

Il disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) è recentemente la più diffusa etichetta di

diagnosi per bambini che presentano significativi problemi di attenzione, impulsività e iperattività. I bambini con ADHD rappresentano un gruppo eterogeneo che mostra una notevole variabilità nel grado dei sintomi e nella presenza degli stessi. Molti altri disturbi inoltre vengono associati al ADHD pur non essendolo. Il disturbo rappresenta negli Stati Uniti uno dei più comuni motivi per cui i genitori si rivolgono agli psicologi e insieme all'ampio gruppo dei disturbi comportamentali, è oggi uno dei più diffusi nell'infanzia (Barkley, 1949/1998)

Da un secolo, la storia del disturbo è oggetto di studi che sono al centro di pubblicazioni cliniche e scientifiche.

Anche in Europa ci sono sempre più pubblicazioni riguardanti i bambini che manifestano disturbi nell'area cognitiva (attenzione), nell'area motoria (iperattività) e nell'area emotivo-relazionale (impulsività). Se si domanda agli educatori ed ai genitori, si ha la sensazione che questi comportamenti rappresentino un problema dilagante nella prassi della scuola dell'infanzia e della scuola. Per questo da decenni sono al centro dell'interesse scientifico. Ricerche e studi però si concentrano soprattutto su bambini in età scolare, perché proprio nella scuola i comportamenti problematici risultano più evidenti e non vengono più "giustificati" con una differenza causata da uno sviluppo tardivo rispetto gli altri bambini. Un dato però riconosciuto nella comunità scientifica è che il disturbo si sviluppa già prima dell'età scolare (Döpfner, 2000). I sistemi correnti di classificazione (DSM-IV e ICD-10) si basano su una manifestazione dei sintomi prima dei sette e sei anni di vita. Nonostante ciò nell'ambito della scuola dell'infanzia e dell'età prescolare non esistono programmi adatti e specifici di prevenzione e di intervento che possano evitare sviluppi "negativi" ai bambini.

Anche se i bambini con disturbi comportamentali precoci spesso nella frequenza o nell'intensità dei sintomi non corrispondono a tutti i criteri del DSM-IV o ICD-10, in ogni caso, rappresentano un gruppo "a rischio" per diversi disturbi nell'età adolescenziale ed adulta. Il 15 % - 26 % dei disturbi comportamentali che compaiono già nell'età della scuola dell'infanzia, avrebbero una necessità di un intervento terapeutico (Schmidt, Goering & Armbuster, 1984).

Eziologia del disturbo:

Le varie ipotesi discordanti sul ADHD si rispecchiano anche nelle teorie eziologiche.

Sin dalla prima descrizione, nel 1902, da parte di Still, è sempre stata confermata l'ipotesi che il ADHD sia in parte dovuto a fattori neurobiologici (Barkley, 1997). Si tratta di lesioni o ipofunzionalità del lobo frontale della corteccia cerebrale. Altra causa di natura neurobiologica sarebbe una ipoperfusione nelle regioni prefrontali della corteccia.

A livello biochimico, il neurotrasmettitore coinvolto nel ADHD, e oggetto di numerose ricerche, è la dopamina (Freed & Parson, 2001, Neuhaus, 2000, Skrodzki, 1996).

Un altro importante filone di ricerca in ambito eziologico è rappresentato dagli studi di genetica, in quanto il “tratto ADHD” sembra essere in gran parte di natura ereditaria (Franke, 1999, Schäfer, 2000).

Un altro aspetto molto dibattuto e controverso nell'eziologia del disturbo, sono le diete e le allergie. Feingold avanzò l'ipotesi che l'iperattività fosse una reazione allergica ai coloranti e ai conservanti.

Un'opinione comune sulle cause dell'iperattività è l'aumento della velocità nei ritmi di vita. Holowenko (1999) e Skrodzki (1996) sostengono che l'incremento della velocità e della frenesia con cui le famiglie gestiscono i propri impegni induce una sorta di sovrastimolazione in questi bambini che sono più “a rischio” di altri a sviluppare una condotta iperattiva. Oltre a ciò, gli elementi aggressivi a volte associati al ADHD sono correlati a (o forse anche causate dal) basso stato-economico della famiglia e dalla presenza di aggressività da parte dei genitori nell'educazione del bambino (Cornoldi, 1999).

Altre posizioni nella ricerca sono le classiche teorie comportamentali (ad esempio Willis e Lovaas, 1977), secondo le quali il ADHD sarebbe il risultato di un'inefficace disciplina dei genitori, incapaci di esercitare un adeguato controllo sul comportamento del bambino. In questo contesto sono stati svolti anche vari studi sul rapporto madri/figli (Barkley, 1998).

Un ulteriore aspetto nell'eziologia si concentra sulla psicologia cognitiva, specialmente sull'aspetto autoregolativo. Il bambino ha una mancanza di concentrazione, cioè è incapace di focalizzarsi su un contenuto e di mantenere l'attenzione su di esso. In questo contesto si parla di problema di attenzione sostenuta o attenzione mantenuta. Quando però il bambino è sotto pressione sembra capace di mantenere l'attenzione per un tempo sufficientemente lungo. Negli studi svolti presso la Facoltà di Psicologia dell'Università di Padova, si è osservato infatti che l'attenzione può essere eteroregolata (un'altra persona ci pone richieste, ci guida e regola quindi il nostro comportamento) o autoregolata (quando tocca noi stessi a gestirci e quindi controllare la nostra attenzione); in questo contesto si parla di deficit di autoregolazione. I bambini soggetti a ADHD cercano con ansia e frequenza il rapporto con un'altra persona, perché avvertono il bisogno di interazione e perché anche in questo modo possono essere aiutati a procedere nei momenti di difficoltà. La loro difficoltà di autoregolazione si associa ad altri problemi relativi al controllo dell'attività della mente, come per esempio la capacità di pianificare, organizzarsi e utilizzare strategie (Cornoldi, 1999).

Epidemiologia:

L' ADHD rappresenta con una prevalenza del 3-5% uno dei disturbi psicologici più diffuso nell'infanzia (McGee, Patridge, Williams & Silva, 1991). Anche Döpfner (2000) conferma questa tesi. Altri studi epidemiologici stimano la cifra più alta. Lauth e Lamberti (1995) trovarono in una ricerca nelle scuole germaniche una prevalenza del 5,9%; in uno studio di Baumgaertel, Moraich & Dietrich (1995) la prevalenza si trovava chiaramente sopra con il 17,8%. In un rilevamento di Döpfner und Lehmkühl (2000), in conformità ad un questionario per insegnanti e genitori in riferimento al DSM-IV, i risultati oscillavano tra il 8,8% e il 17,8%. Nell'età prescolare raggiungono circa 10-15% dei bambini il criterio di lievi problemi e il 7-15% il criterio di problemi medi fino a problemi gravi (Earls, 1990; Crowther, Richman, Stevenson und Graham, 1982). Nel quadro clinico i bambini con questi disturbi rappresentano fino il 50% dei pazienti della sanità (Döpfner et al, 1979). Marzocchi (2003) sostiene che la cifra varia a seconda del manuale di classificazione: secondo il DSM-IV, i pazienti con ADHD sono circa il 5%, mentre secondo l'ICD-10 sono meno del 2%. Occorre però precisare che nel Nordamerica viene quasi utilizzato esclusivamente il DSM-IV, mentre in Europa si tende a usare l' ICD-10. In Alto Adige la cifra nella scuola dell'infanzia è ancora sconosciuta, perché non ci sono ricerche a riguardo. L'Assessora Kasslatte-Mur (2003) ha riferito ad un convegno, che nelle scuole elementari di lingua tedesca, il 3,5% di tutte le diagnosi funzionali erano sul ADHD ed il 2,17% nelle scuole medie tedesche.

Anche nel rapporto maschi/femmine ci sono discordanze che vanno da 4:1 a 9:1 (APA, 1994).

Strumenti di valutazione:

Come già sopra nominato, la classificazione del disturbo da deficit di attenzione/iperattività si trova nei due più importanti manuali dalla psicodiagnostica, il DSM-IV (*Diagnostical and Statistical Manual, quarta edizione*) pubblicato dall' APA (*American Psychiatric Association 1994*), e il ICD-10 (*International classification of diseases, decima edizione*) pubblicato dall' OMS (*Organizzazione Mondiale della Sanità*). L'unica differenza tra i due manuali nell'elenco dei sintomi riguarda l'item "spesso parla eccessivamente", secondo l'APA è segno di iperattività, mentre secondo l'OMS di impulsività. Entrambi riportano 18 sintomi, ma secondo il DSM-IV questi devono essere comparsi prima dei 7 anni di età, mentre secondo l'ICD-10 devono essere comparsi prima dei 6 anni. In entrambi, i criteri esigono che tali disturbi si manifestino pervasivamente in almeno due ambienti di vita (per esempio scuola e famiglia) e soprattutto che compromettano il rendimento scolastico e/o sociale. Questo almeno per sei sintomi per un minimo di sei mesi.

Inoltre il DSM-IV distingue tre principali sottotipi del ADHD:

- ADHD di tipo combinato (il caso più frequente in cui sono presenti in modo vistoso sia l'iperattività che il deficit attentivo)
- ADHD con disattenzione prevalente (in cui la caratteristica dominante è la accentuata difficoltà attentiva)
- ADHD con iperattività prevalentemente (in cui la caratteristica dominante è l'iperattività)

Per l'individuazione e la diagnosi del ADHD vengono ulteriormente utilizzati vari test, interviste e questionari. In seguito nella tabella "Strumenti di valutazione" (Vio, Marzocchi & Offredi, 1999, p. 29) sono riportati i più usuali a livello internazionale.

Reattivo		Autori	Bibliografia
INTERVISTE E QUESTIONARI			
<i>SCDI</i>	Ital.	Spietzer et al.	Spietzer R.L., Williams J.B.W., Gibbon M. e First M.B. (1990), <i>SCID-Intervista clinica strutturata per il DSM-III-R</i> , Firenze, OS.
<i>ADHD parent interview</i>	Ingl. Ital.	Russel Barkley	Barkley R.A. (1990). <i>Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. Manual</i> , New York, Guilford Press. Di Pietro M. (adattamento in preparazione)
<i>(CBCL)Child Behavior Checklist</i>	Ital.	Achenbach e Edelbrock	Kirby E. e Grimley L. (1989), <i>Disturbi dell'attenzione e iperattività</i> (edizione originale 1986), Trento, Erickson.
<i>CPRS e CTRS</i> <i>Scala CTRS (adattam.)</i>	Ingl. Ital.	Goyette, Conners e Ulrich	Goyette C.H., Conners c.K. e Ulrich R.F. (1978), <i>Normative data on revised Conners Parent and Teacher Rating Scales</i> , "Journal of Abnormal child Psychology", vol.6, pp.221-236 Cornoldi C., Gardinale m., Masi A. e Pettinò L. (1996), <i>Impulsività e autocontrollo</i> , Trento, Erickson
<i>SDAI e SDAG</i>	Ital.	Cornoldi et al.	Cornoldi C., Gardinale m., Masi A. e Pettinò L. (1996), <i>Impulsività e autocontrollo</i> , Trento, Erickson
TEST			
<i>MFFT</i>		Kagan	Cornoldi C., Gardinale m., Masi A. e Pettinò L. (1996), <i>Impulsività e autocontrollo</i> , Trento, Erickson
<i>CPT</i>		Rosvold et al.	Marzocchi G.M e Menazza C. (1998), <i>Il Continuos</i>

			<i>Performance Test: una prova per la valutazione dell'attenzione e dell'impulsività</i> , Relazione presentata al VII Congresso Nazionale AIRIPA, Verona, 16-17 Ottobre 1998.
<i>Prova CP</i>		Cornoldi et al.	Cornoldi C., Gardinale m., Masi A. e Pettinò L. (1996), <i>Impulsività e autocontrollo</i> , Trento, Erickson
<i>Test delle Campanelle</i>		Biancardi e Stoppa	Biancardi A. e Stoppa E. (1997), <i>Il test delle campanelle modificata: una proposta per lo studio dell'attenzione in età evolutiva</i> , "Psichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza", vol. 64, pp.73-84
<i>Torre di Londra</i> <i>Wisconsin Card Sorting Test</i>		Krikorian et al.	Krikorian R., Bartok J. E Gay N. (1994), <i>Tower of London procedure: A standard method and development data</i> , "Journal of Clinical and Experimental Psychology", n.16, pp.840-850
			Tagliabue M.E., Umiltà C.A., Simion F. e Borsoi C. (1998), <i>Componenti delle funzioni esecutive: un confronto tra il Wisconsin Card Sorting Test e il doppio compito</i> , "Psicologia clinica dello sviluppo", vol. 2, pp.25-50

Si aggiunge a quest'elenco il *Questionario IPDA e i Materiali IPDA per la prevenzione delle difficoltà di apprendimento*. (Terreni A., Tretti M.L., Corcella P.R., Cornoldi C., Tressoldi, *IPDA, Questionario Osservativi per l'identificazione precoce delle difficoltà di apprendimento*, Erickson, Trento, 2002, Terreni A., Tretti M.L., Corcella P.R., *Materiali IPDA per la prevenzione delle difficoltà di apprendimento, Strategie e interventi*, Erickson, Trento, 2002).

Questi due volumi comprendono uno dei pochi tentativi di ricerca, che propongono un programma completo di intervento con strumenti per identificare precocemente le difficoltà di apprendimento e che presentano dei piani operativi che si articolano all'interno di un percorso sistematico da realizzare nel corso dell'ultimo anno della scuola dell'infanzia. Il Questionario Osservativo IPDA, però si concentra, a differenza degli altri strumenti di valutazione sopra elencati, sui prerequisiti all'apprendimento scolastico; cioè sui bambini in età prescolare, valutando aspetti comportamentali, motricità, comprensione linguistica, espressione orale, metacognizione e altre abilità cognitive (memoria, orientamento, ecc.) Si tratta di un primo screening generale per individuare delle carenze nelle capacità del bambino sui disturbi dell'apprendimento.

Un'altro contributo in Italia per la costruzione di uno strumento per l'identificazione precoce del disturbo da deficit di attenzione e/o iperattività è la *scala IPDDAI Identificazione Precoce del disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività*).

È stata sviluppata per rilevare eventuali difficoltà attentive e di autocontrollo in bambini di età prescolare, e quindi per realizzare interventi mirati e tempestivi. Tramite una ricerca longitudinale è stato costruito questo questionario di tipo osservativo proprio perchè la ricerca ha dimostrato che è uno degli strumenti più attendibili per un primo screening nel caso di problematiche comportamentali. La validità predittiva dello strumento riguardo i bambini che mostreranno caratteristiche cognitive e comportamentali tipiche del ADHD, sembra essere moderata. Su una nuova versione della Scala IPDDAI è stato avviato un lungo lavoro di standardizzazione per stabilire "i punteggi criterio" per poter considerare i bambini valutati "a rischio". (Marcotto, Paltenghi, Cornoldi, *Università di Padova*, 2002)

Trattamenti del ADHD:

Come nell'eziologia del disturbo anche nei trattamenti del ADHD ci sono vari filoni di tendenza. In seguito vengono riportati i tre tipi di interventi che vengono solitamente applicati nei casi di disturbo da deficit di attenzione/iperattività.

La terapia farmacologica:

Negli ultimi anni, la discussione circa i trattamenti farmacologici hanno diviso i clinici americani da quelli europei: mentre nel Nordamerica se n'è sempre fatto largo uso, in Europa fino a poco fa, si era molto più prudenti.

Anche in Europa infatti, (Italia compresa dal 2004) si sta verificando una riliberalizzazione nella somministrazione degli psicostimolanti a favore dei bambini con ADHD. Per esempio, specialmente in Gran Bretagna, si sta assistendo ad un incremento nell'uso degli anfetamino-derivati, soprattutto Metilfenidato (nome commerciale Ritalin®), per far fronte alle difficoltà comportamentali e cognitive dei bambini con ADHD (Vio, Marzocchi & Offredi, 1999).

Ci sono vari dati contrastanti rispetto ai risultati d'uso del farmaco a lungo termine e dati certi rispetto ai numerosi effetti collaterali. Non ci sono invece dati che supportino l'opinione che i farmaci, soprattutto gli psicostimolanti, diano dipendenza o abbiano bisogno d'incrementi di dosaggio per riuscire a mantenere una certa attenuazione dei sintomi del disturbo. Cosa certa in ogni caso è che dosaggi troppo alti possono provocare allucinazioni visive e uditive.

Training comportamentali (Applied Behavior Analysis):

Nel corso degli ultimi 30 anni circa, i training comportamentali sono stati formulati usando le conoscenze e le tecniche dell'Applied Behavior Analysis nel tentativo di ridurre i sintomi del ADHD.

Il Applied Behavior Analysis si basa sui principi del condizionamento operante, lavorando con rinforzi o punizioni sugli atteggiamenti del bambino. I bambini soggetti di ADHD manifestano sia deficit che eccessi comportamentali, per questo tali interventi tentano di ridurre i comportamenti negativi e nello stesso tempo di aumentare quelli positivi. Solitamente vengono usati sistemi di rinforzo positivo a punti o a gettoni, all'interno di contesti controllati come la classe o l'ambulatorio del terapeuta.

Nei bambini soggetti di ADHD le contingenze comportamentali risultano particolarmente efficaci. Bisogna però tener conto, che anche i rinforzi e le punizioni, probabilmente per cause motivazionali, possono perdere rapidamente il loro potere. Per questo motivo, le contingenze devono essere accuratamente selezionate e gestite da un clinico-esperto (Kinsbourne, 1984). Quanto riguarda il mantenimento dei risultati conseguiti, numerosi genitori hanno affermato di aver notato miglioramenti rilevanti subito dopo la conclusione della terapia, però all'incontro successivo hanno riferito che la situazione era di nuovo degenerata (Kirby e Grimley, 1989).

Trattamenti cognitivo-comportamentali di autoregolazione:

Ricerche importanti riguardo i training cognitivo-comportamentali sono state quelle della Douglas et. al. nel 1976, di Meichenbaum del 1977 e di Kendall e Braswell del 1985.

Questi training prevedono oltre alla gestione delle contingenze (rinforzi e conseguenze negative, come nei programmi comportamentali), l'insegnamento di varie tecniche tra cui: le autoistruzioni verbali, il problem solving e la consapevolezza e controllo delle emozioni in situazioni stressanti. I risultati dei training cognitivo-comportamentali sono poco chiari: mentre gli insegnanti affermano effetti positivi sul comportamento del bambino, i genitori riferiscono di non aver trovato miglioramenti nell'autocontrollo del comportamento e nell'iperattività. Riassumendo, si notano gli stessi problemi di generalizzazione e mantenimento dei risultati conseguiti come nei training comportamentali.

Dauglas (1994) sostiene che interventi concentrati al singolo bambino e condotti attraverso un solo presidio terapeutico (il farmaco, oppure il trattamento psicologico, oppure il lavoro con la famiglia e la scuola), abbiano un'efficacia relativa, in particolar modo a lungo termine: rispetto alla riduzione dei sintomi del ADHD si hanno maggior percentuali di successo attraverso un lavoro integrato con vari tipi di trattamenti.

In questo contesto Cantwell (1996) sottolinea la necessità di un approccio multimodale. Questo approccio combina farmaco con un intervento di tipo psicosociale rivolto sia al bambino che ai genitori e alla scuola. Specialmente la formazione di competenze educative nei genitori, il parent training, è una condizione importante per il trattamento del ADHD.

Attualmente, questo tipo di trattamento (farmacologico e psicoeducativo per il bambino e psicologico per i genitori), sembra la modalità più accreditata, specialmente nei Paesi di area anglosassone. Anche se l'approccio non è risolutivo, sembra abbastanza funzionale per contrastare l'ampia ed eterogenea combinazione di disfunzioni del bambino con ADHD. La proposta in Italia, di Vio, Marzocchi & Offredi (1999), è di un intervento multifocale di tipo cognitivo-comportamentale (diretto a bambino, genitori e insegnanti). L'intervento combinato di farmaco e psicoterapia con il bambino andrebbe riservato solo ai casi di particolare gravità. A riguardo questo tipo di trattamento vari programmi sono stati elaborati specificamente per il coinvolgimento della scuola nella gestione degli alunni disattenti/iperattivi. (Marzocchi, 2005)

In America e in Europa sono in corso numerosi studi, che cercano di trovare una "ricetta che curi" il disturbo dell'attenzione e iperattività.

4.) IPOTESI DELLA RICERCA E OBIETTIVI

1. Ipotesi: Quale strumento è il più predittivo per individuare i bambini "a rischio ADHD"?

Lo scopo primario della ricerca è accertare se l'individuazione precoce di un disturbo comportamentale – specialmente del ADHD, è possibile già nella scuola dell'infanzia. Si tratta quindi, di determinare quale metodo o sistema di questionari sia più idoneo allo scopo.

Questa ipotesi comprende anche l'obiettivo di osservare se c'è una percezione soggettiva differente tra insegnanti e una differenza nei bambini che vivono in città o in paese.

2. Ipotesi: Come avviene il percorso della prassi dalla segnalazione alla diagnosi effettiva?

Gli obiettivi in questa fase di ricerca si concentreranno sul seguire le modalità che avvengono nella prassi e cioè qual è il percorso seguito in Alto Adige dalla prima percezione del possibile disturbo degli insegnanti e genitori fino all'intervento concreto.

3. Ipotesi: Quanti bambini sono affetti da questo disturbo in Alto Adige?

Un altro obiettivo sarà l'aspetto epidemiologico: la prevalenza dei bambini "a rischio" ADHD in Alto Adige e quanti fra questi segnalati effettivamente arrivano a una diagnosi.

4. Ipotesi: Tra i tipi di interventi analizzati nel progetto di ricerca, quale dà più aiuti efficaci nella prassi agli insegnanti e ai bambini stessi?

L'obiettivo primo sarà di svolgere un'indagine sugli interventi proposti ai genitori dei bambini e poi svolti; cosa normalmente nella prassi viene fatto e quali pratiche vengono messe in atto. Come secondo e centrale obiettivo verrà svolta una sperimentazione di due diversi tipi di interventi scolastici che ha lo scopo di identificarne l'efficacia e le condizioni di applicabilità nella prassi scolastica.

5.) OUTPUT E RICADUTE APPLICATIVE

I risultati attesi della ricerca avranno due ricadute principali: (1) Output scientifico, (2) Output applicativo.

(1) Output scientifico

La ricerca potrà contribuire ad una discussione scientifica visto che non ci sono ricerche simili nel campo della scuola dell'infanzia e sui bambini in età prescolare.

I risultati della ricerca troveranno diffusione e ricadute tramite pubblicazioni, riunioni per insegnanti, i genitori e convegni.

Inoltre, una parte dei dati saranno raccolti ed utilizzati per la tesi di dottorato della dottoranda Vanessa Macchia, e quindi portati in un ulteriore lavoro scientifico.

(2) Output applicativo

Dopo un confronto fra strumenti, i risultati della ricerca permetteranno di validare uno strumento di valutazione precoce, che possa essere usato come supporto dagli insegnanti nella scuola dell'infanzia nel loro lavoro d'osservazione.

Il lavoro d'individuazione precoce dei bambini che possono essere definiti "a rischio" ha la finalità di ridurre la probabilità di un loro successivo insuccesso scolastico attraverso interventi di tipo educativo mirati e specifici.

A livello applicativo quindi, si definirà quali interventi risultino più efficaci nell' aiutare e seguire i bambini "a rischio" nella prassi giornaliera, dando agli/alle educatori/rici una "linea guida" operativa per il loro lavoro con i bambini.

6.) METODOLOGIA

Il progetto di ricerca si articolerà in quattro fasi principali, che comprenderanno come metodologia sia metodi quantitativi che qualitativi.

(1.) Fase:

Nella prima fase si tratta di individuare fra tre tipi diversi di questionari, quale sia il più predittivo riguardo ad individuare i bambini “a rischio” ADHD. Si utilizzano i seguenti tre tipi di questionari:

- Scala Conners, con 10 item (check-list)
- Scala SDAI e SDAG, con 18 item ciascuna (check-list)
- Scheda di tipo informale, “aperta” (è una griglia di valutazione creata insieme ad insegnanti che non riporta comportamenti già descritti da osservare.)

Con queste schede saranno osservati tutti i bambini dell’ultimo anno nella scuola dell’infanzia, in tutta la Provincia. Il lavoro d’osservazione è svolto tramite la/il rispettiva/vo insegnante. Ad ogni scuola sarà assegnato solo uno di questi tre questionari e saranno distribuiti in tal modo, che statisticamente saranno uguali su tutto il territorio.

La dottoranda Vanessa Macchia valuterà in seguito i dati raccolti mediante il software SPSS (dati quantitativi).

Se sulla base dei risultati, si manifestasse il sospetto di un bambino “a rischio”, la dottoranda si metterà in contatto con l’insegnante per un colloquio approfondito. Soltanto in questo momento verrà dato lo stesso questionario anche ai genitori del bambino in questione.

(2.) Fase:

In questa fase si osserva se tramite l’insegnante viene fatta una segnalazione del caso alla logopedista, psicologa, al medico o ad altri. Il metodo di ricerca adottato in questa fase sarà l’intervista, per valutare che modalità avvengono nella prassi. I dati delle interviste verranno analizzati mediante il software MAXqda 2001 (metodo qualitativo)

(3.) Fase:

Sempre tramite interviste si seguirà il percorso della diagnosi e ci si concentrerà sull’aspetto epidemiologico e cioè la prevalenza in Alto Adige. Parallelamente si riprodurrà lo stesso procedimento della prima fase con un altro gruppo di bambini.

(4.) Fase:

L'ultima parte del progetto è concentrata sull'intervento. Da una parte si osserverà cosa "normalmente" si fa e cosa viene proposto ai genitori come trattamento del disturbo. Dall'altra parte si eseguirà una sperimentazione di due tipi diversi di interventi scolastici:

- Un intervento che ha l'aspetto concentrato sull'autocontrollo/autoregolativo/cognitivo del bambino
- Un intervento che è più concentrato sugli aspetti educativi, comportamentali del bambino, con regole/premio-punizione, spazi/tempi.
- Confronto con un terzo gruppo di controllo

7.) RESPONSABILI E STAFF

Responsabile del progetto di ricerca:

Prof. Dott. Dario Ianes
Docente alla Facoltà di Scienze della Formazione
Libera Università di Bolzano
Via Stazione, 16
I-39042 Bressanone
Tel.: 0472/014250
Email: dario.ianes@unibz.it

Attività di ricerca sul campo e elaborazione:

dott.ssa Vanessa Macchia
Dottoranda alla Facoltà di Scienze della Formazione
Libera Università di Bolzano
Via Stazione, 16
Tel.: 0472/014771
I-39042 Bressanone
Email: Vanessa.Macchia@education.unibz.it

Consulenza esterna:

Prof. Dr. Gianni Marco Marzocchi
Università di Milano Bicocca

8.) PARTNERSHIP

Tutte le scuole dell'infanzia dell'Alto Adige in lingua italiana:

1° circolo didattico Merano

2° circolo didattico Bressanone

3° circolo didattico Bolzano

Istituti Pluricomprendivi:

I.P. Laives

I.C. Vipiteno-Alta Val Punteria

I.P. Brunico-Val Punteria

I.P. Dobbiacco

I.P. Bolzano-Europa 1

Scuola Materna Privata:

Dante Alighieri Bolzano

Operatori dei servizi sociali e sanitari.

9.) SVOLGIMENTO/DURATA DELLA RICERCA E COSTI

La durata della ricerca si estenderà sul seguente periodo di tempo, che è suddiviso in diverse fasi di lavoro (si veda anche sotto p. 6, metodologia):

Durata del progetto: 01/2006 – 12/2008

1. fase del progetto (2006): distribuzione e confronto fra strumenti di valutazione nelle scuole; elaborazione dei dati raccolti; individuazione dello strumento più predittivo.

Costi 2006:

- **Servizi e consulenza esterna:** 5.000 €
- **Materiali e apparecchiature:**
Registratore digitale audio: “TEACH MP 2000 – MP3”: ca. 250 €
- **Presentazione pubblica, pubblicazione report e disseminazione dei risultati:** 10.000 €

2. fase del progetto (2007): raccolta interviste e monitoraggio riguardo prassi della segnalazione e della diagnosi del bambino individuato “a rischio”.

Riproduzione dello stesso procedimento come nella prima fase con un altro gruppo di bambini.

Costi da definire

3. fase del progetto (09/2007 – 07/2008): monitoraggio delle pratiche usuali riguardo tipi di interventi. Sperimentazione di due tipi di interventi scolastici con un terzo gruppo di controllo.

Costi da definire

4. fase del progetto (08/2008 – 12/2008): Valutazione e conclusione del progetto di ricerca con diffusione e disseminazione dei risultati

Costi da definire

10.) BIBLIOGRAFIA

- Abels, H. (1975), *Lebensweltanalyse von Fernstudenten. Qualitative Inhaltsanalyse – theoretische und methodische Überlegungen*, Werkstattbericht, Hagen
- Ainsworth, M.D.S. & Witting, B (1969), *Attachment and the exploratory behavior of one-years-olds in a strange situation*, in Foss B.M (Hrsg.) *Determinants of infant behavior*, New York: Basic Books, S. 113-136
- Ainsworth, S. (1985), *Beiträge zur Kinderpsychotherapie*, in Bowlby, J. (Hrsg.) *Mutterliebe und kindliche Entwicklung*, München: Reinhardt, S.173-218
- Augustin, A. (1999), *Ergotherapie bei hyperaktiven Kindern*, in Franke, U. (Hrsg.) *Therapie aggressiver und hyperaktiver Kinder*, München/Jena: Urban & Fischer, S.77-104
- Aust-Claus, E. und Hammer, P. M. (2002), *Das ADS-Buch – Aufmerksamkeits Defizit Syndrom, Neue Konzentrations-Hilfen für Zappelphilippe und Träumer*, Ratingen: Oberstebrink
- Ayres, A. J. (1992), *Bausteine der kindlichen Entwicklung. Die Bedeutung der Integration der Sinne für die Entwicklung des Kindes*, Berlin/Heidelberg: Springer, amerikanische Originalausgabe (1979), *Sensory Integration and the Child*, New York: Western Psychological Services
- Barkley, R. A. (1997) *ADHD and the nature of self-control*, New York, Guilford Press
- Barkley, R. A. (1998) *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, A Handbook for Diagnosis and Treatment*, New York: Guilford Press
- Barkley, R. A., Murphy, K. R. (1998), *Attention – Deficit Hyperactivity Disorder, A Clinical Workbook*, Second Edition, New York: The Guilford Press
- Barkley, R. A. (2002), *Das große ADHS-Handbuch für Eltern, Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität*, Bern: Hans Huber, amerikanische Originalausgabe (2000), *Taking Charge of ADHD. The complete, authoritative guide for parents*, New York/London: The Guilford Press
- Bernau, S. (1996), *Hilfen für den Zappelphilipp*, Freiburg im Breisgau: Herder
- Biegert, H. (2000), *Damit Schule nicht zum Alptraum wird – Eine positive Schullaufbahn für ADS/HKS-Kinder*, in Fitzner, T. und Stark W. (Hrsg.), *ADS: verstehen – akzeptieren – helfen, die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität*, Weinheim/Basel: Beltz, S. 27

- Blech J. und Thimm K. (2002), *Kinder mit Knacks*, Der Spiegel 29; S. 122-131
- Bolvansky, R. (2002), *Offener Unterricht und Montessori-Pädagogik*, in Czerwenka, K. (Hrsg.) *Das aufmerksamgestörte und hyperaktive Kind – Ursachen, didaktische Konzepte, schulische Hilfen*, Weinheim/Basel: Beltz, S.37-51
- Bowlby, J. (1975), *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*, München: Kindler
- Bowlby, J. (1983), *Verlust – Trauer und Depression*, Frankfurt: Fischer, Originalausgabe (1980), *Attachment and Loss, 3, Loss, Sadness and Depression*, London: Hogarth Press
- Bowlby, J. (1995), *Mutterliebe und kindliche Entwicklung*, München: Reinhardt, Originalausgabe (1953), *Child Care and the Growth of Love*, Penguin Books
- Bowlby, J.(1976), *Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind*, München: Kindler
- Bortz, J.und Döring, N. (2002), *Forschungsmethoden und Evaluation – für Human- und Sozialwissenschaftler*, Berlin/Heidelberg: Springer
- Brisch, K.H. (1999), *Bindungsstörungen – von der Bindungstheorie zur Therapie*, Stuttgart: Klett-Cotta
- Cantwell D.P. (1996), *Attention Deficit Disorder: A review of the past 10 years*, “Journal of the American Academy of child e Adolescent Psychiatry”, vol.35, n.8, pp. 978-987
- Caspers-Merk, M. (2002), in Gründler E. C., *Eine Pille gegen die Überforderung*, Psychologie Heute 29,10; S.40-41
- Conners, C.K. (2000), *Attention-deficit/hyperactivity disorder – historical development and overview*, Journal of Attention Disorders, 3, 4, S. 173-191
- Cornoldi, C. (1999), *Le difficoltà di apprendimento a scuola*, Bologna: il Mulino
- Cornoldi, C., De Meo, T., Offredi, F. e Vio, C. (2001), *Iperattività e autoregolazione cognitiva*, Trento: Erickson
- Cornoldi, C., Gardinale, M., Pettendò, L. e Masi, A. (1996), *Impulsività e autocontrollo: Interventi e tecniche metacognitive*, Trento, Erickson
- Cornoldi, C., Molin, A., Marconi, V. (2004), *Il Questionario COM: uno strumento di identificazione di problematiche associate al DDAI*, Difficoltà di apprendimento, vol. 9, n.3; pp. 391-412
- Czerwenka, K. (2002), *Das aufmerksamgestörte und hyperaktive Kind – Ursachen, didaktische Konzepte, schulische Hilfen*, Weinheim/Basel: Beltz

- Czerwenka, K., Bolwansky, R., Kinze, W. (1997), *Hyperaktive Kinder*, Weinheim/Basel: Beltz
- Döpfner, M. (2000), *Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens*, Verhaltenstherapie, 10, S.89-100
- Döpfner, M., Frölich, J., Lehmkuhl, G. (2000), *Hyperkinetische Störungen*, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Döpfner, M., Schürmann, S. und Frölich, J. (1997), *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP*, Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Droll, W. (2000), *ADD kann man sichtbar machen*, in Fitzner, T. und Stark W. (Hrsg.) *ADS: verstehen – akzeptieren – helfen, die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität*, Weinheim/Basel: Beltz, S.161-183
- Douglas V.I. e Parry P.A. (1994), *Effect of reward and non-reward on attention and frustration in attention deficit disorder*, "Journal of Abnormal child Psychology", n.22, 281-302
- Eichlseder, W. (1999), *Unkonzentriert? Hilfen für hyperaktive Kinder und ihre Eltern*, Weinheim und Basel: Beltz
- Fabio, R. A., Mecenero, M., Antonietti, A. (2003), *Il deficit di attenzione al femminile: aspetti cognitivi, emotivi e comportamentali*, Difficoltà di apprendimento, vol. 9, n. 1; pp.49-70
- Fitzner, T. und Stark W. (2000), *ADS: verstehen – akzeptieren – helfen, die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität*, Weinheim/Basel: Beltz
- Flick, U., V. Kardorff, E., Keupp, H., v. Rosenstiel, L. und Wolff S. (1991), *Handbuch Qualitative Sozialforschung*, München: Psychologie Verlags Union
- Franke, U. (1999), *Therapie aggressiver und hyperaktiver Kinder*, München/Jena: Urban & Fischer
- Freed, J. und Parsons L. (2001), *Zappelphilipp und Störenfrieda lernen anders, wie Eltern ihren hyperaktiven Kindern helfen können, die Schule zu meistern*, Weinheim/Basel: Beltz, amerikanische Originalausgabe (1997), *Right-Brained Children in a Left-Brained-World. Unlocking the Potential of your ADD-Child*, New York: Simon & Schuster

- Graumann, C.F. (1996), *Grundzüge der Verhaltensbeobachtung*, in Meyer E. (Hrsg.), *Fernsehen in der Lehrerbildung*, München: Manz-Verlag, S.86-107
- Gründler E. C. (2000), *Eine Pille gegen die Überforderung*, *Psychologie Heute* 29,10; S.40-41
- Heinze, T. (1995), *Qualitative Sozialforschung*, Opladen: Westdeutscher Verlag
- Heinze, T. (2001), *Qualitative Sozialforschung*, München/Wien: R. Oldenbourg
- Hoffmann, K. (2003), *ADHD - Risikokinder: Entwicklung und Evaluation eines Präventionsprogrammes*, Berlin: Logos
- Holowenko, H. (1999), *Das Aufmerksamkeits – Defizit – Syndrom (ADS)*, Weinheim/Basel: Beltz
- Hopf, C. und Weingarten, E. (1979), *Qualitative Sozialforschung*, Stuttgart: Klett
- Hottinger, C. und Kesper, G. (1996), *Ein Konzept der Förderung motorisch unruhiger Kinder nach den Prinzipien der Sensorischen Integration*, in Passolt, M. (Hrsg.) *Mototherapeutische Arbeit mit hyperaktiven Kindern*, München: E. Reinhardt, S.85-109
- Imhof, M. (2003), *Zappelphilipp, Hampelliese – Schulerfolg für unruhige Kinder*, Berlin: Cornelsen
- Imhof, M., Skrodzki, K. und Urzinger M.S., (2000), Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung München (Hrsg.) *Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder und Jugendliche im Unterricht*, Donauwörth: Auer
- Kinsbourne M., (1984), *Beyond attention deficit: Search for the disorder in ADD*. In L.M. Bloomingdale (a cura di), *Attention deficit disorder: Diagnostic, cognitive and therapeutic understanding*, New York, Pergamon, pp.133-145
- Kinze, W. (2002), *Zum Stand der Diskussion um die medikamentöse Behandlung hyperkinetischer/aufmerksamkeitsgestörter Kinder*, in Czerwenka, K. (Hrsg.) *Das aufmerksamgestörte und hyperaktive Kind – Ursachen, didaktische Konzepte, schulische Hilfen*, Weinheim/Basel: Beltz, S.116-129
- Kiphard, E. J. (1993), *Das hyperaktive Kind aus psychomotorischer Sicht*, in Passolt, M. (Hrsg.) *Hyperaktive Kinder: Psychomotorische Therapie*, München/Basel: E. Reinhardt, S.64-85
- Kirby, E. A. und Grimley, L. K. (1996), *Disturbi dell'attenzione e iperattività*, Trento: Erickson, Originalausgabe (1986), *Understanding and Treating Attention Deficit Disorder*, Toronto: Pergamon Press

- Krowatschek, D. (2003), *ADS und ADHS – Diagnose und Training: Materialien für Schule und Therapie*, Dortmund: Borgmann
- Lamnek, S. (1993), *Qualitative Sozialforschung. Band 2 – Methoden und Techniken*, Weinheim: Psychologie Verlags Union
- M. Di Pietro, E. Bassi e G. Filoramo (2001), *L'alunno iperattivo in classe, Problemi di comportamento e strategie educative*, Trento: Erickson
- Main, M. & Solomon, J. (1990), *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*, in Greenberg M.T., Cicchetti D. & Cummings E.M. (Hrsg.) *Attachment in the preschool years*, Chicago: University of Chicago Press, S.121-160
- Marzocchi, G.M. (2003), *Bambini disattenti e iperattivi*, Bologna: il Mulino
- Mayring, P. (2002), *Einführung in die qualitative Sozialforschung – eine Anleitung zu qualitativem Denken*, Weinheim und Basel: Beltz
- Murphy-Witt, M. (2000), *Wie Zappelkinder ruhig werden – Spielerische Förderung für unruhige und hyperaktive Kinder*, Freiburg im Breisgau: Christophorus
- Neuhaus, C. (1999), *Das hyperaktive Kind und seine Probleme*, Berlin: Ravensburger
- Neuhaus, C. (2000) *Hyperaktive Jugendliche und ihre Probleme*, Berlin: Ravensburger
- Neuy-Bartmann, A. (2005), *ADS - erfolgreiche Strategien für Erwachsene und Kinder*, Stuttgart: Klett-Cotta
- O'Dell, Nancy E., Cook, Patricia A. (1998), *Philipp zappelt jetzt nicht mehr: hyperaktive Kinder helfen*, Kirchzarten bei Freiburg: VAK, amerikanische Originalausgabe, (1997), *A new solution. A unique and proven program of crawling exercises for overcoming hyperactivity*, New York: Avery Publishing Group
- Prekop, J. und Schweizer Ch., (1999), *Bambini iperattivi, come prevenire e risolvere l'irrequietezza infantile*, Novara: red, edizione originale, (1991), *Was unsere Kinder unruhig macht...*, Stuttgart: TRIAS
- Preuss-Lausitz, U. (2004), *Schwierige Kinder – Schwierige Schule, Konzepte und Praxisprojekte zur integrativen Förderung verhaltensauffälliger Schülerinnen und Schüler*, Weinheim und Basel: Beltz
- Reimann-Höhn, U. (2001), *ADS – So stärken sie Ihr Kind*, Freiburg im Breisgau: Herder
- Reuner, G. und Oberle, A. (2000), *ADS und was sonst noch?*, in Fitzner, T. und Stark W. (Hrsg.) *ADS: verstehen – akzeptieren – helfen, die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität*, Weinheim/Basel: Beltz, S. 139-149

- Rothenberger, A. und Moll G. H. (1999), *Klassifikation und neurobiologische Grundlagen des Hyperkinetischen Syndroms*, in Franke, U. (Hrsg.) *Therapie aggressiver und hyperaktiver Kinder*, München/Jena: Urban & Fischer, S.13-39
- Rutter, M., Anderson-Wood, L., Beckett, C., Bredenkamp, D., Castle, J., Groothues, C., Kreppner, J., Keaveney, L., Lord, C. & O'Connor, T.G. (1999), *Quasiautistics patterns following severe early global privation. English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(4), S. 537-549
- Rutter, M.L., Kreppner, J.M., O'Connor, T.G. & team, E.a.R.A.E.s (2001), *Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation*, *British Journal of Psychiatry*, 179, S.97-103
- Ryffel, M. (1999) *Wann und warum helfen Medikamente?*, in C. Thierstein (Hrsg.) *Unruhige, unkonzentrierte und auffällige Kinder im Alltag, POS, ADS und HKS*, Bern, Stuttgart, Wien: Haupt, S. 82
- Ryffel, M. (1996), *Die Aufmerksamkeitsstörung, Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung hyperaktiver Kinder- Was nun? 2*; S. 1-6
- Sandberg, V. (1999), *Das überaktive Kind – Mehr Ruhe, Entspannung und Konzentration für den kleinen Zappelphilipp*, München: Mosaik
- Schäfer, U. (2000), *Musst du dauernd rumzappeln? Die hyperkinetische Störung: Ein Ratgeber*, Bern: Hans Huber
- Schiffer, E. und Schiffer H. (2002), *Nachdenken über Zappelphilipp – ADS: Beweg-Gründe und Hilfen*, Weinheim/Basel: Beltz
- Simchen, H. (2002), *ADS, Unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat, Hilfen für das hypoaktive Kind*, Stuttgart: Kohlhammer
- Skrodzki, K. und Mertens K. (2000), *Hyperaktivität – Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?* Dortmund: Borgmann
- Spitzer, M. (2001), *Lindau und New Orleans...oder: gemeinsam ist besser als gegeneinander*, *Nervenheilkunde* 20; S. 252-254
- Stein, D. B. (1999), *Ritalin is not the answer – A Drug-Free, Practical Program for Children Diagnosed with ADD or ADHD*, San Francisco, California: Jossey-Bass Publishers
- Sturaro, F. (2004), *Prevenzione precoce delle difficoltà di apprendimento: l'esperienza del Programma IPDA*, *Difficoltà di apprendimento*, vol. 9, n. 3; pp. 381-389

- Thierstein, C. (1999), *Unruhige, unkonzentrierte und auffällige Kinder im Alltag, POS, ADS und HKS*, Bern, Stuttgart, Wien: Haupt
- Trapmann, H. und Rotthaus, W. (2003), *Auffälliges Verhalten im Kindesalter – Handbuch für Eltern und Erzieher – Band 1*, Dortmund: Verlag modernes lernen
- Trott, G. E. (2000), *Biologische Ursachen und Möglichkeiten der medikamentösen Therapie des Hyperkinetischen Syndroms*, in Skrodzki, K. und Mertens K. (Hrsg.), *Hyperaktivität – Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?* Dortmund: Borgmann, S.107-121
- Vianello, R. (1999), *Difficoltà di apprendimento, situazioni di handicap, integrazione*, Azzano San Paolo (BG): Edizioni junior
- Vio, C., Marzocchi G. M. e Offredi F., (1999), *Il bambino con deficit di attenzione/ipertattività, Diagnosi psicologica e formazione dei genitori*, Trento: Erickson
- Voss, R. und Wirtz, R. (2000), *Keine Pillen für den Zappelphilipp - Alternativen im Umgang mit unruhigen Kindern*, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Welsch, W. (1996), *Vernunft. Die zeitgenössische Vernunftkritik und das Konzept der transversalen Vernunft*, Frankfurt a. M. : Suhrkamp
- Wender, P. (2000), *Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Hyperaktivität ADHD bei Erwachsenen*, in Skrodzki, K. und Mertens K. (Hrsg.), *Hyperaktivität – Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?* Dortmund: Borgmann, S.43-67
- Wenzel, P. (2000), *Auch Pferde können helfen. Therapeutisches Reiten für Kinder mit ADS*, in Fitzner, T. und Stark W. (Hrsg.) *ADS: verstehen – akzeptieren – helfen, die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität*, Weinheim/Basel: Beltz, S.281-290
- Willis T.J. e Lovaas I. (1977), *A behavioral approach to treating hyperactive children: The parent's role*. In J.B. Millichap (a cura di), *Learning disabilities and related disorders*, Chicago, Yearbook Medical Publications, pp. 119-140
- Witzel, A. (1985), *Das problemzentrierte Interview*, in Jüttemann, G. (Hrsg.) *Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 227-256), Weinheim: Beltz
- Zimmer, R. (1992), *Kreative Bewegungsspiele – Psychomotorische Entwicklungsförderung im Kindergarten*, Freiburg: Herder
- Zimmer, R. (1996), *Die Bedeutung des Selbstkonzeptes für die Entwicklung hyperaktiver Kinder*, in Passolt, M. (Hrsg.) *Mototherapeutische Arbeit mit hyperaktiven Kindern*, München: E. Reinhardt, S.29-44