



ADHD negli adulti

Un modello per l'intervento
psicoeducativo

Giovanni Migliarese, Viviana Venturi,
Yacob Levin Reibman e Claudio Mencacci

**MATERIALI
PSICOLOGIA**

Erickson

ADHD NEGLI ADULTI

Il disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività (ADHD), pur essendo peculiare dell'età evolutiva, continua a manifestarsi in almeno due terzi dei soggetti in età adulta. Gli adulti con ADHD possono andare incontro a fatiche, frustrazioni, fallimenti e a una serie di problematiche in diversi ambiti della loro vita, tali da influire negativamente sulla percezione di sé e sull'autostima, con importanti conseguenze sul piano psicoemotivo.

Il testo si pone l'obiettivo di descrivere e proporre un modello per l'intervento psicoeducativo, per favorire lo sviluppo di una capacità di autovalutazione realistica delle proprie disfunzionalità e fornire metodi e strategie trasferibili nella vita quotidiana.

Il manuale è indirizzato a operatori e operatrici della salute mentale (psichiatri, psicologi, educatori, terapisti della riabilitazione psichiatrica) ed è organizzato in quattro parti.

1. Nella *prima parte* vengono affrontate le principali tematiche relative alla descrizione dell'ADHD nell'adulto: epidemiologia, eziologia, manifestazioni cliniche, complessità e modalità diagnostiche, comorbidità, possibili indirizzi di trattamento.
2. Nella *seconda parte* sono descritti gli ambiti su cui costruire un intervento psicoeducativo, concentrandosi sulle principali aree disfunzionali, attraverso approfondimenti, aspetti specifici e suggerimenti.
3. La *terza parte* illustra il modello di psicoeducazione di gruppo, suggerendo come strutturare gli incontri e quali aspetti approfondire di volta in volta attraverso 8 moduli.
4. La *quarta parte* contiene schede e homework per gli utenti, rispettivamente una sintesi dei concetti psicoeducativi e una serie di compiti per proseguire in autonomia il lavoro a casa.

GLI AUTORI

GIOVANNI MIGLIARESE

Medico psichiatra, ha diretto per diversi anni l'Ambulatorio per la diagnosi e il trattamento dell'ADHD nell'adulto dell'ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano. Attualmente è direttore di Struttura Complessa di Psichiatria presso l'ASST di Pavia.

VIVIANA VENTURI

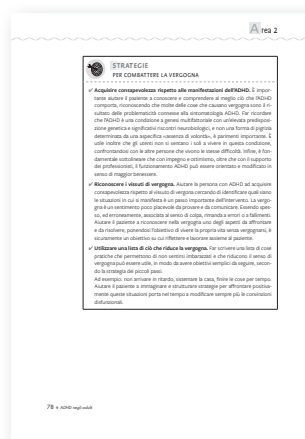
Psicologa psicoterapeuta, responsabile per diversi anni dell'équipe psicologica dell'Ambulatorio per l'ADHD nell'adulto dell'ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano. Attualmente lavora presso il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST di Lodi.

YACOB LEVIN REIBMAN

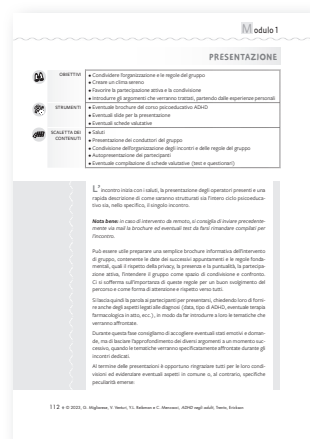
Medico psichiatra, psicoanalista della Società Psicoanalitica Italiana, responsabile del Centro Diurno e del Centro Psicossociale Ricordi dell'ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano. È responsabile dell'Ambulatorio per la diagnosi e il trattamento dell'ADHD in età adulta dell'ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano.

CLAUDIO MENCACCI

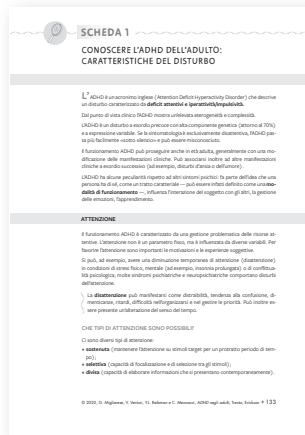
Medico psichiatra, Direttore emerito del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze-Neuroscienze dell'ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano. Attuale co-Presidente della Società Italiana di Neuropsicofarmacologia. È stato per diversi anni Presidente della Società Italiana di Psichiatria.



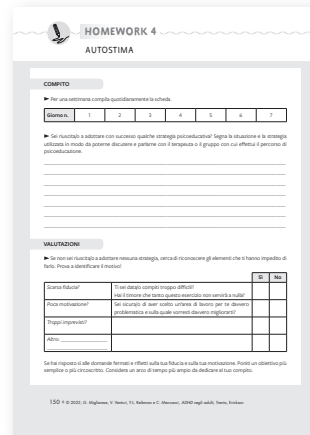
Strategie per combattere la vergogna



Primo modulo della psicoeducazione di gruppo



Scheda per l'utente



Homework per l'utente

€ 23,00

9 788859 030294

www.erickson.it

INDICE

- 7 Introduzione
Perché questo libro. Consigli pratici per l'uso del volume e dei materiali

- 13 PRIMA PARTE – Clinica dell'ADHD in età adulta
- 15 CAP. 1 Le manifestazioni dell'ADHD nell'adulto (*G. Migliarese*)
- 25 CAP. 2 La complessità clinica: comorbilità apparenti e reali
(*Y.L. Reibman*)
- 31 CAP. 3 La compromissione in diversi ambiti di vita nell'età adulta
(*V. Venturi e G. Cerveri*)
- 37 CAP. 4 L'intervento clinico: programmazione e opportunità
(*G. Migliarese e P. Landi*)

- 47 SECONDA PARTE – La psicoeducazione in età adulta:
aree disfunzionali e strategie psicoeducative
- 49 Premessa – Cenni di psicoeducazione nell'ADHD: obiettivi (*V. Venturi*)
- 55 Area 1 – Organizzazione dei tempi e degli spazi (*V. Viganò*)
- 67 Area 2 – Autostima e vergogna (*G. Midili, G. Migliarese e V. Venturi*)
- 79 Area 3 – Relazioni interpersonali: i rapporti affettivi, familiari e sociali
(*V. Viganò, G. Midili, V. Venturi e G. Migliarese*)
- 87 Area 4 – Prendersi cura di sé – I ritmi biologici: sonno, alimentazione,
attività fisica (*G. Migliarese e G. Midili*)
- 99 Conclusioni sul percorso: sviluppare le potenzialità
(*D. Caldara e G. Migliarese*)

- 103 TERZA PARTE – La psicoeducazione di gruppo
- 105 Introduzione – La psicoeducazione di gruppo per l'ADHD (*V. Venturi*)
- 107 Descrizione e struttura – Gli incontri di psicoeducazione di gruppo
(*D. Caldara*)
- 111 I moduli – Schede per programmare interventi psicoeducativi
(*D. Caldara e G. Migliarese*)

- 129 QUARTA PARTE – Schede per gli utenti

- 161 Bibliografia

Introduzione

Perché questo libro. Consigli pratici per l'uso del volume e dei materiali

I find it so easy to get distracted – I try not to do more than one thing at any one time.
(Elliott Gould)

[Trovo così semplice essere distratti – per questo cerco di non fare più di una cosa per volta.]

L'ADHD in età adulta

L'ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, in lingua italiana disturbo da deficit di attenzione/iperattività), descrive una condizione clinica a esordio precoce caratterizzata da un pattern persistente di inattenzione o iperattività/impulsività o entrambe (forma combinata), che causa significative compromissioni del funzionamento (sociale, relazionale o scolastico).

La classificazione internazionale del DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5*; APA, 2013) colloca l'ADHD nel gruppo dei Disturbi del neurosviluppo, ovvero tra le condizioni cliniche caratterizzate da un esordio in epoca infantile, spesso già prima dell'età scolare. Pur essendo stato descritto come patologia peculiare dell'età evolutiva, fino a due terzi dei soggetti con ADHD continuano a manifestare il disturbo anche in età adulta.

Gli studi epidemiologici più recenti hanno riscontrato per l'ADHD nell'adulto una prevalenza attorno al 3% nella popolazione generale, seppure con diverse manifestazioni cliniche e intensità. Di fatto comunque questo dato lo rende uno dei disturbi psichiatrici più diffusi e frequenti (Song et al., 2021).

Manifestandosi precocemente, l'ADHD agisce come una specifica modalità di disfunzionamento, che influisce su numerosi ambiti e impatta su diverse competenze che il soggetto dovrà raggiungere nel corso dello sviluppo (risultati scolastici e lavorativi, modalità relazionali e di adattamento a diversi contesti di vita).

Concretamente, gli adulti con ADHD possono andare incontro a fatiche, frustrazioni, fallimenti e a una serie di problematiche in diversi ambiti della loro vita che possono influire negativamente sulla percezione di sé e sull'autostima, con importanti conseguenze sul piano psicoemotivo. Possono insorgere problemi in vari ambiti: sul lavoro (nei rapporti con colleghi e superiori, occupazioni di status socio-economico più basso, più frequenti cambi lavorativi e licenziamenti) e nelle relazioni familiari e interpersonali (maggiore conflittualità nei rapporti, più probabili separazioni e divorzi) (Holst & Thorell, 2020).

La vita del soggetto adulto con ADHD è pertanto caratterizzata da svariati ostacoli, per cui necessita di supporto e di interventi mirati che la aiutino ad affrontarli.

In età adulta si riscontrano pertanto le tipiche modalità di funzionamento associate al disturbo, spesso «mascherate» da condizioni cliniche a esordio successivo, che possono essere descritte come «psicopatologie secondarie» (Mencacci & Migliarese, 2020), dando vita a quadri di complessità che necessitano di trattamenti specifici.

Diverse linee guida raccomandano, come elettivo per l'ADHD nell'adulto, il *trattamento multimodale*, che combina interventi di tipo farmacologico e psicosociale (Faraone et al., 2021).

Il trattamento farmacologico risulta un presidio spesso imprescindibile, soprattutto in quadri clinici gravi, per poter lavorare sui sintomi nucleari del disturbo. Tuttavia, accanto al trattamento farmacologico, è importante effettuare un intervento che ampli le conoscenze del paziente rispetto al proprio funzionamento e a eventuali modalità disadattive di gestirlo.

C'è inoltre da considerare che i farmaci non sono un'opzione disponibile sempre per ogni soggetto con ADHD; ci sono infatti casi di adulti con ADHD *non responder*, oppure che sospendono la terapia a causa di effetti collaterali, o perché affetti da patologie organiche, oppure che semplicemente manifestano una sintomatologia di grado lieve e quindi non richiedente un supporto farmacologico. Per questo tipo di soggetti ancora di più risulta dunque necessario un approccio non farmacologico che aiuti ad avere benefici nella propria quotidianità.

Purtroppo il tema dell'ADHD negli adulti è a oggi poco conosciuto nella comune pratica psichiatrica del nostro Paese e le opportunità di trattamento dell'ADHD sono purtroppo ancora carenti. La necessità di implementare tra gli operatori della salute mentale le nozioni di base relativamente al disturbo in età adulta si associa alla necessità di una maggior diffusione della reale disponibilità di interventi terapeutici mirati. In quest'ottica diffondere una adeguata formazione relativa alla psicoeducazione è un aspetto centrale da sviluppare.

Il ruolo della psicoeducazione

Con il termine «psicoeducazione» ci si riferisce a interventi volti a conferire ai pazienti (e ai loro familiari) informazioni riguardanti le caratteristiche peculiari di un disturbo psichico, le eventuali comorbilità associate, la tipologia dei trattamenti e la possibile prognosi, chiarificare i dubbi e correggere le informazioni distorte. La psicoeducazione si propone di aiutare chi ne è affetto a comprendere meglio il disturbo e a intraprendere le decisioni terapeutiche più adeguate, promuovendo così la motivazione al cambiamento, una maggiore aderenza alle terapie, la partecipazione ai trattamenti e — di conseguenza — una riduzione dei sintomi (Bégin, Bluteau, Arseneault, & Pronovost, 2012; Burlingame, Ridge, Matasuno, Hwang, & Ernshaw, 2006). Spesso infatti i pazienti mettono in atto strategie di adattamento o di compensazione poco o per nulla efficaci, apprese nel proprio percorso di vita: frequentemente tendono a non riconoscere alcune modalità poco funzionali del proprio comportamento e a non prendere precauzioni per limarne gli aspetti maggiormente problematici.

La psicoeducazione ha una storica efficacia nell'ambito dei disturbi psicotici e bipolari, sia con i pazienti sia con i familiari. Numerosi studi evidenziano i suoi

effetti terapeutici in tali patologie, poiché aumenta la *compliance*, diminuisce il rischio di nuove ospedalizzazioni, migliora il funzionamento familiare e sociale e in generale la qualità della vita (Vidal et al., 2013).

Anche nel soggetto adulto con ADHD la psicoeducazione ha ottenuto buoni risultati. Comprendendo il proprio disturbo, sfatando miti e pregiudizi errati, acquisendo nuove strategie più funzionali nell'affrontare le problematiche, il paziente conosce meglio se stesso e diviene anche pro-attivo e partecipe del processo cura, al fine di raggiungere un maggiore benessere psicologico.

È stato dimostrato che la psicoeducazione non solo agisce sulla severità della sintomatologia nucleare del disturbo, diminuendo l'iperattività e l'impulsività, incrementando l'attenzione e il livello di autostima (Vidal et al., 2013), ma riduce altresì — in conseguenza a tali miglioramenti — anche i sintomi ansioso-depressivi spesso associati a tale condizione.

Gli obiettivi dell'approccio psicoeducazionale possono essere raggiunti attraverso interventi individuali ma anche attraverso un intervento di gruppo, quale la psicoeducazione solitamente è. Il lavoro in gruppo possiede infatti degli indubbi vantaggi in quanto favorisce anche il confronto, il dialogo, la condivisione e permette di superare la vergogna, il senso di solitudine e di impotenza, stimolando così anche le capacità relazionali. Inoltre, in un'epoca in cui gli interventi clinici forniti dai servizi pubblici devono uniformarsi non solo all'efficacia ma anche all'efficienza e alla sostenibilità economica, l'intervento psicoeducativo di gruppo è sicuramente una strategia indicata e che merita di essere implementata e favorita in ambito territoriale.

Poiché il quadro clinico dell'ADHD è estremamente variegato, è importante che la psicoeducazione possa divenire uno strumento il più possibile individualizzato, che inserisca all'interno di una cornice di informazioni comuni le modalità peculiari del funzionamento del singolo individuo, le modalità di adattamento che si sono sviluppate in relazione al proprio funzionamento, i punti di forza e i punti di debolezza specifici.

Obiettivi e struttura del testo

Al momento attuale non sono presenti nel panorama nazionale, per le persone adulte, strumenti o modelli psicoeducativi strutturati per il trattamento dell'ADHD. L'assenza di testi italiani e la scarsità di esperienze internazionali rendono complesso, per chi si approccia al trattamento non farmacologico di queste persone, avere riferimenti per poter proporre interventi, tanto individuali quanto di gruppo.

Questo testo nasce dall'esperienza che il nostro gruppo di lavoro multidisciplinare (costituito da psichiatri, psicologi, educatori, terapisti della riabilitazione psichiatrica, infermieri) ha intrapreso a partire dal 2014, occupandosi di adulti affetti da ADHD presso uno specifico ambulatorio inserito nel contesto di un servizio psichiatrico pubblico territoriale a Milano.¹ Nasce anche da riflessioni

¹ L'Ambulatorio per la diagnosi e il trattamento dell'ADHD nell'adulto è nato nel 2014 presso il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Fatebenefratelli Sacco di Milano. L'ambulatorio si propone di offrire a soggetti maggiorenni con dubbio diagnostico di ADHD una valutazione multi-specialistica e testale mirata alla definizione del quadro clinico e all'impostazione di un corretto intervento terapeutico. Il trattamento dei soggetti con diagnosi di ADHD avviene in collaborazione con i servizi territoriali di primo livello.

condivise con colleghi degli altri centri che nel nostro Paese si occupano di questa tematica e dal confronto con altre realtà europee ed extraeuropee. Si basa inoltre su una valutazione critica della letteratura scientifica sull'argomento, sia tramite consultazione di testi sia di articoli scientifici.

Nasce ancora dall'esigenza — emersa dall'incontro con i bisogni e le difficoltà riportati dai nostri utenti — di favorire in loro lo sviluppo di una capacità di autovalutazione realistica delle proprie disfunzionalità, che li aiuti a dare un senso a ciò che accadeva loro fin da piccoli e apra lo spazio a interventi semplici e accessibili. Inoltre, che li fornisca di metodi e strategie trasferibili nella propria realtà quotidiana e che non dimentichi le loro competenze e i punti di forza.

Il manuale è indirizzato a operatori della salute mentale (psichiatri, psicologi, educatori, terapisti della riabilitazione psichiatrica) ed è organizzato in tre parti.

Nella *prima parte* vengono affrontate in modo semplice e conciso le principali tematiche relative alla descrizione dell'ADHD nell'adulto: epidemiologia, eziologia, manifestazioni cliniche, complessità e modalità diagnostiche, comorbidità, possibili indirizzi di trattamento. È descritta la complessità e la varietà del panorama sintomatologico che emerge nella pratica clinica, a partire non solamente dalle manifestazioni nucleari e accessorie del disturbo ma anche da tutte quelle manifestazioni a insorgenza secondaria il cui emergere è favorito proprio dal disturbo stesso. Viene effettuata quindi una riflessione sull'impatto del disturbo sul funzionamento in tutta una serie importante di ambiti (lavorativo, scolastico, psicologico) che deriva non solo dalle alterazioni dell'attenzione e dell'impulsività/iperattività ma anche dagli adattamenti più o meno efficaci a questi. Infine, questa parte espone alcune considerazioni sulle modalità di trattamento che, come detto, deve giocoforza essere un trattamento integrato, in cui il trattamento farmacologico apre una finestra di opportunità per favorire cambiamenti stabili nella gestione delle disfunzionalità, ambito centrale del percorso psicoeducazionale.

Nella *seconda parte* sono descritti gli ambiti su cui costruire un intervento psicoeducativo all'ADHD in età adulta, concentrandosi sulle principali aree disfunzionali. Qui sono proposti approfondimenti, aspetti specifici e suggerimenti estrapolati da esperienze estere e mutuati da quanto diversi utenti ci hanno riportato rivelandosi utili nell'esperienza del nostro centro.

La *terza parte* illustra, agli operatori interessati, il modello di psicoeducazione di gruppo proposto dal nostro servizio. La necessità di perseguire gli obiettivi descritti all'interno di un servizio territoriale ci ha infatti portato a strutturare un intervento di gruppo sufficientemente breve, strutturato e mirato, che si focalizza su alcune delle aree maggiormente coinvolte dal disturbo. Viene descritto come strutturare il gruppo e vengono forniti strumenti utili agli operatori per poter organizzare gruppi simili nel contesto dei servizi.

Nella *quarta parte* sono infine presenti schede per gli utenti. Nella nostra esperienza si sono rivelate uno strumento utile perché i partecipanti potessero ritornare in modo ordinato su alcuni temi trattati.

Presso l'ambulatorio sono effettuati trattamenti psicoeducazionali di gruppo e vengono impostati trattamenti farmacologici. È una delle prime esperienze specifiche per soggetti adulti con ADHD presenti sul territorio italiano (Zadra et al., 2020).

Come utilizzare questo libro

Il testo si pone l'obiettivo di descrivere e proporre un modello operativo per l'intervento psicoeducazionale.

I colleghi intenzionati a effettuare un intervento possono fare riferimento alle basi teoriche su cui lo stesso deve essere strutturato (prima parte) e approfondire poi le aree di maggior interesse (seconda parte). Le aree di intervento psicoeducazionale possono essere proposte tramite interventi individuali o di gruppo. Per gli interventi di gruppo è proposto un modello di riferimento (terza parte) che suggerisce come strutturare gli incontri e quali aspetti approfondire di volta in volta.

Per concludere vengono proposte delle schede per gli utenti, comprensive di una parte riassuntiva dei concetti psicoeducazionali e di una per il lavoro autonomo, in modo da poter proseguire a casa la focalizzazione di alcuni comportamenti problematici.

Ringraziamenti

Per concludere vorremmo ringraziare tutti coloro che ci hanno aiutato a redigere questo testo. I nostri utenti, che sono stati spesso davvero *pazienti* a permetterci di condividere e comprendere le loro difficoltà e le loro modalità di funzionamento e che hanno accolto con entusiasmo le sollecitazioni, aiutandoci a volte anche a trovarne piccoli correttivi. I nostri colleghi italiani e stranieri, fonte di ispirazione e di confronto. L'associazione dei familiari, che è sempre stata collaborativa nel fornire le sollecitazioni di tutti coloro che vivono dall'esterno gli effetti di questa condizione.

Le manifestazioni dell'ADHD nell'adulto

Giovanni Migliarese

Premessa

L'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) descrive una condizione clinica a esordio precoce che può permanere, con parziali modifiche, anche in età adulta. È caratterizzata da una gestione poco efficace e spesso disfunzionale delle risorse attentive che si può associare a manifestazioni iperattive e/o impulsive.

Nei bambini, la *disattenzione* si manifesta generalmente con:

- distraibilità (prestare attenzione ai particolari o errori di distrazione nel lavoro scolastico o altre attività, essere distratti da un compito per la presenza di stimoli esterni o interni);
- difficoltà di concentrazione (difficoltà a rimanere concentrati durante le lezioni, le conversazioni o la lettura);
- disorganizzazione (difficoltà a gestire le attività sequenziali, difficoltà nel mantenere i materiali in ordine, cattiva gestione del tempo).

L'*impulsività* si presenta con:

- risposte di getto;
- difficoltà ad attendere il turno e intromissioni in attività altrui;
- comportamenti inadeguati.

L'*iperattività* si manifesta attraverso:

- eccessiva tendenza al movimento (agitare mani o piedi o dimenarsi sulla sedia, intolleranza a rimanere fermo);
- difficoltà a intraprendere o a impegnarsi in attività di svago in silenzio;
- eloquio logorroico (parlare eccessivamente o con eccessiva foga);
- inquietudine.

Il bambino con ADHD, a causa di queste manifestazioni, si interfaccia con modalità complesse e spesso disfunzionali con l'ambiente familiare, scolastico e relazionale che reagisce a questi aspetti in modo più o meno contenitivo. È quindi utile immaginare l'ADHD come una modalità di funzionamento problematico che concorre, in un continuo dialogo con l'esterno, a determinare come quel particolare bambino si adatterà all'ambiente e dunque accederà all'età adulta. Fino a due terzi dei soggetti con ADHD continuano a manifestare anche in età adulta le tipiche modalità di funzionamento associate al disturbo, spesso «mascherate» da

condizioni cliniche a esordio successivo. Il (dis)funzionamento ADHD pertanto è riscontrabile in un nutrito numero di persone adulte, se conosciuto e approfondito.

Nell'adulto è possibile — schematicamente — ritrovarsi in una delle seguenti condizioni:

- soggetti già diagnosticati in età infantile che necessitano di rivalutazione e adattamento delle modalità di intervento (ad esempio perché emergono psicopatologie secondarie o l'ADHD si modifica o cambiano le condizioni del contesto);
- soggetti non diagnosticati in età pediatrica in quanto in grado di compensare il disfunzionamento (quadri clinici blandi, buone risorse cognitive, ecc.) e che per diverse cause (peggioramento clinico correlato ad alcune fasi di vita — ad esempio l'adolescenza — o per cambiamento delle richieste esterne) mostrano un apparente esordio tardivo;
- quadri erroneamente diagnosticati in età pediatrica che vengono riconosciuti tardivamente (tale aspetto è frequente in alcune comorbidità, ad esempio nelle dipendenze).

Nella tabella che segue, sono riassunti i principali fattori di stabilizzazione e destabilizzazione associati a diagnosi apparentemente tardive.

TABELLA 1.1
Fattori ambientali che influenzano l'espressione dell'ADHD

Fattori di stabilizzazione	Fattori di destabilizzazione
Presenza di elevate risorse cognitive Ambiente familiare positivo Ambiente scolastico accogliente e con strumenti compensativi adatti Buona rete amicale Buon supporto sociale Capacità di riconoscere gli aspetti problematici del proprio funzionamento	Basse risorse intellettive Situazioni familiari a elevata emotività espressa Stress elevati Episodi di bullismo Comorbidità con altri disturbi del neurosviluppo (ad esempio i disturbi dello spettro autistico) Uso di sostanze Esperienze traumatiche

BOX 1.1 Epidemiologia

Gli studi ci dicono che la prevalenza dell'ADHD in età adulta è circa la metà di quella in età infantile (in Italia attorno al 2,8% della popolazione adulta Vs circa il 4% di quella pediatrica) e che dunque un numero considerevole dei minori con questo funzionamento raggiungono una sufficiente compensazione con la crescita.

Andando ad analizzare più attentamente i dati relativi alla persistenza e alla remissione dell'ADHD nel tempo la situazione appare anche più complessa.

Circa 1 minore su 5 con ADHD conclamato rimane infatti sintomatico anche in età adulta, mentre circa 5 minori su 10 manterranno alcuni aspetti di disfunzionamento, pur non soddisfacendo più i criteri diagnostici.

Se osserviamo in senso retrospettivo i dati di prevalenza otterremo informazioni ulteriori. Solo nel 30% dei soggetti adulti con ADHD è possibile infatti evidenziare una pregressa diagnosi del disturbo, di fatto evidenziando un numero importante di persone con un apparente esordio tardivo. Queste persone mostrano in età infantile modalità di disfunzionamento che non sono sufficientemente intense da

determinare conseguenze cliniche significative o che sono in parte compensate da fattori contingenti e si rendono pienamente manifeste di fronte alle maggiori complessità comportate dalla crescita e dalle sfide dell'età adulta, da eventi traumatici o avversi o dal cambio del contesto di riferimento.

Eterogeneità delle manifestazioni cliniche dell'adulto con ADHD

Il quadro clinico dell'ADHD in età adulta è caratterizzato da elevata eterogeneità, che nasce sia da aspetti genetici sia ambientali. L'ADHD infatti mostra una predisposizione genetica importante, in parte sovrapposta a quella di altre entità cliniche. Inoltre, nel corso dello sviluppo vi sono fattori interni ed esterni al soggetto in grado sia di contenere sia di aggravare il quadro clinico. In base a come questi fattori si interfacciano con il funzionamento del soggetto si possono strutturare quadri clinici differenti, di cui alcuni a elevata complessità.

Avere un funzionamento ADHD espone al rischio di fallimenti e a tensioni e può essere quindi riconosciuto come un vero e proprio fattore traumatico: è un percorso a ostacoli che può portare a numerosi inciampi. Questo aspetto rende ragione, almeno in parte, degli elevati tassi di comorbidità riscontrati in soggetti adulti con ADHD, sebbene il termine comorbidità possa essere in parte improprio e diversi autori hanno suggerito di utilizzare quello di «quadri clinici a elevata complessità».

Nel definire un intervento terapeutico per un soggetto adulto con ADHD questa elevata eterogeneità comporta la necessità di definire interventi il più possibile individualizzati, in cui possano essere affrontati sia i sintomi nucleari del disturbo e le loro manifestazioni sia gli aspetti associati.

Manifestazioni nucleari del disturbo in età adulta

Il percorso di sviluppo comporta una parziale modifica in quelli che sono le modalità con cui i sintomi nucleari del disturbo si manifestano.

Disattenzione

L'attenzione descrive un processo cognitivo fondamentale per la sopravvivenza e l'evoluzione dell'uomo. Permette di focalizzare alcuni stimoli a discapito di altri in modo da organizzare i processi che portano alla consapevolezza del mondo esterno e del mondo interno.

I processi attentivi risultano via via più importanti e centrali con la crescita e con l'incremento delle autonomie. Pertanto gli adulti hanno bisogno di maggior attenzione rispetto ai bambini.

I deficit dell'attenzione si manifestano dunque come aspetto centrale dell'ADHD nel soggetto adulto.

L'attenzione è una dimensione complessa e multifaccettata: è possibile infatti riconoscere diverse forme di attenzione che descrivono compiti e funzionalità differenti. Attenzione selettiva, divisa, sostenuta. Inoltre è possibile differenziare l'attenzione in volontaria (ovvero determinata dallo sforzo consapevole del soggetto) e in automatica (in gran parte dipendente dalla natura e dall'intensità dello stimolo).

Con *attenzione selettiva* si definisce la capacità di porre attenzione su un target specifico. Se devo riuscire a concentrarmi su un compito ho la necessità di filtrare gli stimoli disturbanti, come ad esempio dovrebbe succedere nello studio.

L'attenzione selettiva risente delle caratteristiche degli stimoli disturbanti: intensità, tipologia, modalità di presentazione. Di fronte a un ambiente ricco di stimoli questa forma di attenzione permette di selezionare alcuni stimoli e trascurarne altri.

L'*attenzione divisa* identifica la contemporanea focalizzazione su più stimoli (quale può essere ad esempio il parlare al telefono mentre si guida l'auto). L'attenzione divisa avviene utilizzando sia processi cognitivi consapevoli sia automatici: se i compiti necessitano di risorse simili, ovvero di controllo e volizione, può esservi competizione per le risorse con il peggioramento del compito.

Nell'ADHD l'attenzione selettiva è sicuramente frequentemente compromessa e una specifica difficoltà può essere quella di mantenere l'attenzione su un compito senza che si suddivida eccessivamente su più stimoli disturbanti — interni o esterni — anche di intensità limitata.

Per sostenere le azioni finalizzate al raggiungimento di obiettivi è necessario poter resistere alle distrazioni. Nell'ADHD aumentano le difficoltà nell'*attenzione sostenuta*, ovvero nella capacità di attivarsi e mantenere l'attenzione a lungo su un medesimo compito. Questa forma attentiva sembra dipendere dal livello di arousal e nel soggetto con ADHD è frequente che la capacità di mantenere l'attenzione si riduca eccessivamente nel tempo, con la necessità di un continuo «rilancio» che possa far nuovamente focalizzare il soggetto sul compito.

Una volta distratti, è necessario tenere a mente il compito prefissato finché il nuovo compito non sia concluso e poter riportare l'attenzione sul compito originario. Gli adulti con ADHD al contrario passano spesso da un compito all'altro, lasciando dietro di sé serie di attività incompiute sia nella vita privata sia in quella lavorativa. È però al contempo possibile che si verifichi una situazione apparentemente opposta, ovvero quella dell'*iperfocusing*, caratterizzata dalla tendenza a concentrarsi molto intensamente su un particolare compito. L'*iperfocusing* può determinare la perdita concomitante del controllo sul mondo esterno e sul passare del tempo, in quanto il soggetto rimane assolutamente immerso nel compito.

Concludendo possiamo immaginare il disturbo attentivo nell'ADHD come un aspetto assolutamente centrale, definito da un funzionamento anomalo che oscilla tra le polarità della disattenzione/disorganizzazione e della iperattenzione/*overfocusing*.

BOX 1.2 Mind wandering

Una manifestazione cognitiva strettamente associata agli aspetti attentivi è il *mind wandering*, letteralmente la «mente errante». Descrive la tendenza a perdersi all'interno dei propri pensieri, a vagare da un argomento a un altro in modo subcontinuo, senza riuscire a focalizzare pienamente l'obiettivo. La mente è naturalmente caratterizzata da un flusso di pensieri inarrestabile, che derivano da fattori contingenti dal passato o da progettualità per il futuro, oltre che da tutto un insieme di informazioni sensoriali e propriocettive. Questo flusso continuo di dati e pensieri rimane generalmente in sottofondo, senza impattare in modo significativo sulla competenza del soggetto di focalizzare l'attenzione. In persone adulte con ADHD il *mind wandering* è un aspetto piuttosto tipico che comporta la tendenza a perdersi, ad essere scarsamente efficiente dal punto di vista prestazionale, lenti. Se la mente vaga troppo, una persona può trovarsi a rileggere lo stesso paragrafo più e più volte perché costantemente preso da altri pensieri, può immaginare o rivivere momenti passati, fantasticare o sognare a occhi aperti.

Il *mind wandering* descrive quindi una distrazione non dovuta a elementi nell'ambiente circostante che distolgono l'attenzione dal compito, ma piuttosto una «distraibilità interna» di base.

Iperattività

Generalmente gli adulti tendono ad essere meno iperattivi rispetto ai bambini e hanno una modalità differente di «scarica» emotiva e nervosa. Nei soggetti con ADHD l'iperattività spesso permane anche in età adulta, seppur mascherata e generalmente meno evidente. Può esserci la tendenza all'irrequietezza, scarsa capacità ad attendere, la tendenza a giocherellare con le mani e con le dita, a muovere le gambe sul posto. Le persone possono cercare scuse plausibili per allontanarsi frequentemente dalla loro postazione lavorativa (andare in bagno, la pausa caffè o la sigaretta), possono tamburellare con la penna. Alcuni comportamenti possono manifestarsi con modalità simili a tic ed entrano in diagnosi differenziale con altre condizioni cliniche (ad esempio giocare con i capelli con la tricotillomania).

In alcune situazioni l'iperattività può essere mascherata da adattamenti: il ricorso all'attività sportiva ad esempio può compensare questo aspetto.

Impulsività

L'impulsività è una dimensione complessa e sfaccettata, non unitaria. Nell'ambito costruito dell'impulsività è possibile riconoscere la commistione di vari aspetti, che coinvolgono prevalentemente:

- la difficoltà a frenare il comportamento;
- l'incapacità di attendere.

Queste caratteristiche possono essere presenti nell'adulto con ADHD distribuendosi in modo differente in soggetti diversi. Alcune persone ad esempio possono mostrare la prevalenza di uno di questi aspetti, che però possono essere presenti anche in contemporanea, generalmente con intensità differenti.

I deficit nel controllo del comportamento possono a loro volta essere suddivisi e riguardano in generale le capacità inibitorie: inibire l'inizio di una risposta, interrompere delle risposte già avviate e infine resistere a interferenze.

L'incapacità di attendere, che sembra derivare dalla difficoltà a investire in modo congruo su un beneficio futuro (spesso sono persone che tendono a preferire ricompense immediate) è strettamente correlata al senso del tempo e a deficit nella sua percezione, che dal punto di vista clinico emergono in modo estremamente chiaro nella disregolazione dei ritmi biologici e nella disorganizzazione della quotidianità.

La tendenza a una scarsa capacità di attesa in vista di un beneficio futuro può essere considerata strettamente legata alle difficoltà nell'elaborazione temporale che sono state rilevate nell'ADHD. Esiste una consistente quantità di dati che dimostra deficit nella percezione del tempo.

L'impulsività del soggetto con ADHD può essere influenzata in modo particolarmente significativo dagli aspetti emotivi: stimoli emotivamente rilevanti possono infatti amplificare le difficoltà del controllo inibitorio o nella gestione dell'attesa.

Dal punto di vista emotivo, l'impulsività si caratterizza per una bassa reattività e per una marcata difficoltà nella regolazione delle proprie emozioni e si correla alla disregolazione emotiva.

Alcuni comportamenti sono abbastanza paradigmatici. Ad esempio alcune persone possono fare fatica ad aspettare il proprio turno nella conversazione, tendono a interrompere gli altri e a completare loro le frasi. Alcune persone — più consapevoli — sottolineano di doversi «mordere la lingua» nelle conversazioni.

La compromissione in diversi ambiti di vita nell'età adulta

Viviana Venturi e Giancarlo Cerveri

Premessa

L'ADHD costituisce una patologia neuropsichiatrica, a esordio infantile, che condiziona l'individuo nel suo percorso evolutivo, poiché attraversa l'adolescenza e perdura nell'età adulta, divenendo così parte integrante del suo processo di sviluppo e della definizione di sé e delle proprie scelte di vita.

Come descritto precedentemente, la sintomatologia nell'adulto rimane quella peculiare della triade inattenzione-iperattività-impulsività, ma può assumere nel tempo caratteristiche differenti in base all'età e a fattori interni ed esterni che possono subentrare.

Diversi studi sottolineano che circa il 30-60% dei bambini con ADHD continuano a mostrare sintomi significativi anche da adulti, con un più alto rischio di effetti a lungo termine sull'*outcome*, che si ripercuotono anche sui familiari e partner che vivono accanto a loro quotidianamente (Kessler et al., 2016; Faraone et al., 2021).

Senza dubbio trattandosi di un disturbo che inizia precocemente e accompagna l'intera esistenza dell'individuo, inevitabilmente può causare importanti alterazioni in diverse aree di vita del paziente, direttamente proporzionali all'intensità e alla pervasività clinica dei sintomi presentati, con possibili importanti conseguenze a livello cognitivo, educativo-formativo, professionale, interpersonale, conseguenze a cui si associano frequentemente anche significative comorbidità, con un notevole impatto sul funzionamento globale dell'individuo (Jennum, Hastrup, Ibsen, Kjellberg, & Simonsen, 2020; Holst & Thorell, 2020).

Conseguenze dell'ADHD nell'adulto

Vivere con l'ADHD nella nostra epoca — con i ritmi, le regole e le elevate aspettative della nostra società — può comportare per un soggetto che ne è affetto non poche limitazioni a livello di apprendimento e rendimento generale e rendere più complicata l'acquisizione di alcuni processi intellettivi richiesti per adottare un funzionamento personale, familiare e relazionale ritenuto adeguato e adatto dai parametri socioculturali di riferimento.

Le principali conseguenze dell'ADHD, in funzione dell'età e della fase di sviluppo dell'individuo, possono riguardare una serie di aree di vita, che a loro

volta possono poi essere maggiormente compromesse dalla presenza di eventuali comorbidità cliniche.

È importante tenere presente che nello stesso DSM-5 (APA, 2013), per porre diagnosi di ADHD, viene richiesto tra i criteri che la sintomatologia espressa dal paziente sia presente in almeno due dei suoi contesti di vita abituali (ad esempio a casa, a scuola, a lavoro, con gli amici) e che vada a interferire in maniera significativa sulla qualità del suo funzionamento.

Pertanto risulta utile identificare quali possano essere le aree di maggiore compromissione e le modalità con cui si manifestano tali problematiche nell'adulto con ADHD.

Aree di compromissione nell'adulto con ADHD

Rendimento scolastico

Studi su pazienti con ADHD effettuati a partire dall'infanzia fino all'età adulta mostrano che, nonostante abbiano capacità intellettive simili ai gruppi di controllo, tendono ad avere più difficoltà nell'apprendimento e un più basso rendimento scolastico, raggiungendo così livelli inferiori di istruzione (Shifrin, Proctor, & Prevatt, 2010).

Come già evidenziato, la disattenzione risulta l'aspetto sintomatologico che maggiormente resta invariato nel tempo e tende a cronicizzarsi. Nello specifico le difficoltà nell'attenzione selettiva e sostenuta, i deficit nelle Funzioni esecutive, relativi alla *working memory* e alle capacità di *decision making*, e la tendenza al *mind wandering* sono tutti elementi che possono impattare sulle performance scolastiche nell'intero ciclo di studi dell'individuo.

I pazienti con ADHD, infatti, hanno una gestione poco efficiente delle risorse attentive. Generalmente non riescono a mantenere la concentrazione a lungo e vengono distratti facilmente da qualunque stimolo, soprattutto per compiti noiosi o ripetitivi. Possono però al contrario mostrare anche momenti di iperfocusing in cui sono totalmente assorbiti in un compito, perdendo la cognizione del tempo e di quanto li circonda.

Tutto questo si concretizza in una difficoltà marcata nell'organizzare e pianificare lo studio: tendono a procrastinare gli esami universitari, non riescono a seguire le lezioni, né a stare seduti a lungo senza alzarsi e debbono fare frequenti pause (con successiva difficoltà a recuperare la concentrazione). Hanno difficoltà di memoria a breve termine e apprendimento, faticano a terminare di leggere un libro e a darsi delle scadenze, con conseguenti bocciature, numerosi debiti e problemi nel rendimento, nonostante le loro potenzialità intellettive. Infine tendono a manifestare maggiori problematiche di adattamento e condotta in ambito scolastico, con più frequenti abbandoni e sospensioni (Murphy, Barkley, & Bush, 2002).

Ambito lavorativo

Risulta evidente in diversi studi che gli adulti con ADHD presentino scarse abilità di adattamento ai contesti lavorativi, raggiungendo così occupazioni di status socio-economico di livello inferiore rispetto alle loro capacità, che possono portarli a sentirsi insoddisfatti e a cambiare frequentemente impiego (Nadeau, 2005).

A causa delle loro problematiche di controllo sul piano attentivo e impulsivo, non riescono a completare i compiti assegnati e a organizzarsi adeguatamente,

hanno frequenti problemi di concentrazione e memoria, commettono facilmente errori di distrazione per cui ricevono rimproveri, arrivano spesso in ritardo al lavoro e non rispettano le scadenze, tendono a lavorare in maniera indipendente con scarsa capacità collaborativa in team, poiché facilmente entrano in conflitto con colleghi e superiori. Capita, infatti, che la scarsa tolleranza all'attesa e l'impulsività li portino a parlare in eccesso, senza attendere i tempi della reciprocità o utilizzando modi che possono apparire eccessivamente sgarbati. Per tutto questo possono essere identificati come persone che faticano a riconoscere il ruolo dell'autorità. Pertanto, nonostante abbiano buoni livelli intellettivi, le loro capacità professionali vengono frequentemente considerate inferiori dai datori di lavoro e più facilmente si ritrovano a rischio di licenziamento e di disoccupazione (Suris, Akaré, & Rutishauser, 2009).

Ambito familiare e interpersonale

Esistono diversi lavori in letteratura che evidenziano come i soggetti con ADHD manifestino problematiche di adattamento sociale fin dall'infanzia, che persistono nel tempo e possono peggiorare nell'età adulta, quando si ritrovano a dover fronteggiare in maniera maggiormente autonoma l'aumento di richieste sociali e ambientali.

Le persone con ADHD tendono ad avere una peggiore qualità nel rapporto con gli altri e le loro relazioni interpersonali risultano più facilmente compromesse e caratterizzate da instabilità e contrasti (Biederman & Faraone, 2005). La dimensione impulsiva, quella disesecutiva e la disregolazione emotiva possono incidere notevolmente sulle loro capacità relazionali. Essi faticano a inibire comportamenti socialmente inadeguati o indesiderati, spesso non riflettono e non filtrano ciò che dicono, tendono a stancarsi facilmente delle persone che hanno intorno e a interrompere in maniera repentina relazioni amicali o sentimentali, con significative difficoltà nel coltivare e mantenere rapporti stabili nel tempo. Sono insofferenti verso gli altri, mostrano scarse capacità empatiche e di gestione emotiva e hanno problemi nel riuscire a far parte di un gruppo e di adattarsi alle dinamiche di condivisione.

Più facilmente manifestano conflittualità e problemi di comunicazione all'interno della coppia, difficoltà e carenze nella gestione familiare e nell'educazione dei figli, e più frequentemente vanno incontro a separazioni e divorzi (Wymbs et al., 2008), con possibili ripercussioni anche nel riuscire ad avere eventualmente l'affidamento dei figli in tribunale perché considerati «poco affidabili».

Comportamenti a rischio

È riscontrato che nel corso del tempo il sovrapporsi della sintomatologia ADHD alle caratteristiche tipiche del periodo adolescenziale può esacerbare una serie di problematiche correlate all'autonomizzazione di sé e alla difficoltà di dirigere adeguatamente l'attenzione e a gestire gli impulsi in questa delicata fase di vita, che si affaccia poi all'età adulta.

Più facilmente l'adolescente, e il giovane adulto, con ADHD possono adottare comportamenti scarsamente protettivi verso se stesso o gli altri, a causa di scelte poco riflessive, della ricerca di stimoli e sensazioni forti (*sensation seeking*) e della necessità di sfida legata anche al senso di onnipotenza tipico di questo periodo evolutivo.

Autostima e vergogna

Gabriella Midili, Giovanni Migliarese e Viviana Venturi

*Mi chiedi qual è stato il mio progresso?
Ho cominciato ad essere amico di me stesso.*

(Seneca, *Lettere a Lucilio*)

L'autostima: premessa

Il concetto di sé è frutto della percezione che il soggetto ha di se stesso e dei segnali che riceve dagli altri. È trasversale alla crescita dell'individuo, poiché inizia a svilupparsi già dai primi anni di vita, da quando il bambino inizia a percepirsi come entità separata e differenziata dagli altri — in particolare dalla figura materna — per poi proseguire e ridefinirsi nel corso di tutta l'esistenza.

Fin dalla nascita, infatti, si entra a far parte di un sistema costituito da rapporti sociali, fatto di imitazioni, approvazioni, critiche e aspettative reciproche.

Per strutturarsi, il concetto di sé necessita dunque dell'esperienza e del confronto con le altre persone, poiché consiste proprio nella rappresentazione che ciascuno di noi ha delle proprie caratteristiche individuali e delle proprie capacità in relazione al rapporto con l'altro.

Pertanto, nel delineare l'immagine di sé, il proprio valore e le proprie competenze, l'individuo si serve sia di autoriflessioni (cosa penso di me), sia di informazioni e messaggi su se stesso provenienti dall'ambiente sociale che funge da specchio (cosa pensano gli altri di me).

E l'autostima, in che cosa consiste?

Se il concetto di sé può essere definito come la modalità con cui il soggetto si descrive, l'autostima rimanda invece alla valutazione che il soggetto ha di se stesso, alla percezione soggettiva del proprio valore personale, dei propri punti di forza e di debolezza, basata sia su esperienze vissute direttamente, sia sui giudizi altrui (Miceli, 1998).

Può essere descritta come lo sguardo che ognuno di noi ha nei confronti della propria persona, che può essere più benevolo e comprensivo oppure più critico e severo. L'autostima costituisce una variabile indipendente, da considerare attentamente nel lavoro clinico, e correlata direttamente con la qualità di vita del soggetto (Kermode & MacLean, 2001), in quanto avere sicurezza in sé e nelle proprie azioni migliora il benessere per-

cepito. Avere stima di sé significa avere fiducia in se stessi, non mettere in discussione la propria importanza anche quando non si è sempre performanti, significa accettarsi e saper regolare quel divario tra il proprio sé ideale e il sé reale, ovvero tra ciò che si aspira ad essere e ciò che si è effettivamente, con i propri pregi e i propri difetti.

Si parla di *livelli di autostima* proprio perché la valutazione di sé si distribuisce lungo un continuum tra due poli, quello positivo e quello negativo. Da una parte si può eccedere in «troppa autostima» (la cosiddetta autostima ipertrofica), mostrandosi eccessivamente sicuri e compiaciuti di se stessi, testardi e incapaci di mettersi in discussione e di vedere altri punti di vista, arrivando ad apparire come superbi e presuntuosi. Dall'altra si può avere un'autostima molto scarsa, continuamente alla ricerca dell'approvazione altrui, senza iniziativa e con grande timore del rischio, che dipende dall'esterno per darsi valore.

Risulta dunque evidente che il modo in cui una persona stima se stessa condiziona il rapporto con gli altri e influenza anche il modo in cui interpreta le situazioni. Un buon livello di autostima permette di apprezzare i propri punti di forza ed essere comprensivi verso le proprie limitazioni, e al tempo stesso consente di affrontare i problemi evitando di viverli come paralizzanti, insormontabili, come qualcosa di irrisolvibile.

Stimare se stessi vuol dire in altre parole rispettare se stessi, le proprie necessità, i propri sentimenti e le proprie potenzialità, ed essere capaci di entrare in rapporto con gli altri in maniera costruttiva facendosi rispettare.

Una **buona autostima** favorisce la crescita personale e l'attitudine a impegnarsi in compiti stimolanti, mentre una **bassa autostima** porta a scegliere compiti semplici e ripetitivi, sottostimando le proprie potenzialità.

Non solo. Un buon **livello di autostima** favorisce anche la crescita personale e la conoscenza, poiché spinge a occuparsi di compiti nuovi e stimolanti, misurandosi anche al di sopra delle proprie capacità, senza troppi timori, e protegge in caso di difficoltà o insuccessi.

Di contro, un basso livello di autostima porta molto di più allo staticismo, ad affrontare compiti semplici e ripetitivi, senza troppi rischi, ma con conseguenze poi decisamente più negative in caso di fallimento.

Tutte le patologie, soprattutto quelle psichiche, possono incidere sull'autostima, poiché possono creare delle limitazioni che influiscono sul funzionamento del soggetto, esponendolo più facilmente a tutta una serie di frustrazioni e fallimenti. Tali difficoltà possono gravare significativamente sul senso di autoefficacia e sulla fiducia in se stessi, mettendo l'individuo nella condizione di dubitare di sé e delle proprie capacità e portandolo a dipendere fortemente dal consenso degli altri, creando così un circolo vizioso di vissuti di insicurezza e di inadeguatezza.

In ambito terapeutico risulta dunque fondamentale supportare i soggetti a rafforzare la propria autostima, poiché ciò favorisce l'adozione di strategie efficaci e, in caso di fallimenti, il riadattamento delle proprie modalità di affrontare i problemi, senza che la persona si lasci sopraffare dalle difficoltà causate dall'insuccesso, ma sappia attivare i propri meccanismi protettivi in caso di avversità. È inoltre dimostrato che un miglioramento dell'autostima correla direttamente con la qualità di vita del soggetto, in quanto acquisire sicurezza in sé e nelle proprie azioni migliora il benessere percepito.

Migliorare l'autostima rappresenta dunque uno step fondamentale affinché la persona possa vivere in maniera soddisfacente e funzionale la propria vita e le proprie relazioni interpersonali.

Ma da cosa è composta l'autostima globale? Essenzialmente da:

- vita familiare
- emotività
- relazioni interpersonali
- vissuto corporeo
- competenza nel gestire le situazioni ambientali
- successo professionale (scolastico/lavorativo).

Sono dunque essenzialmente tre gli ambiti interessati da questo costrutto.

AMBITI INTERESSATI NELLA COSTRUZIONE DELL'AUTOSTIMA

Affettivo	Cognitivo	Sociale
<p>Relazioni di attaccamento con le figure di riferimento.</p> <p>Interessa tutte le relazioni che l'individuo costruisce con le persone significative, con cui condivide gran parte della giornata, persone che si prendono cura della sua persona, del suo sviluppo e della sua educazione, agendo sulla costruzione dell'autostima presente e futura.</p>	<p>Insieme di conoscenze che vengono acquisite sul mondo, su se stessi e sulle situazioni che vengono vissute durante l'arco della vita.</p>	<p>Rapporto e interazioni nei vari contesti di vita: scuola, lavoro, compagnia.</p> <p>Concerne le interazioni sociali che sin da piccoli si instaurano con le altre persone nei diversi ambienti e contesti di vita, ove l'autostima viene influenzata dal grado di positività del contatto, dal tipo di reazione altrui, dal raggiungimento di obiettivi sulla base di adeguate capacità relazionali. Nell'area scolastica l'autostima si alimenta o si riduce in funzione dei risultati, delle esperienze, dei vissuti che si producono nel contesto della scuola e del lavoro.</p>

Ogni ambito può rivestire differenti livelli d'importanza in base a ciascun soggetto, ma concorre alla costruzione dell'autostima globale che pertanto può essere scomposta, un po' artificialmente, in alcune componenti da analizzare specificamente nel lavoro di conoscenza di sé.

Perché l'adulto con ADHD ha scarsa autostima?

Soggetti con ADHD sono particolarmente esposti, in conseguenza del loro peculiare funzionamento, a un nutrito numero di fallimenti e pertanto a un aumentato rischio di sviluppare **deficit di autostima** (Cook, Knight, Hume, & Qureshi, 2014).

Una scarsa autostima conduce a:

- timidezza
- sentimenti di inferiorità nei confronti degli altri
- insicurezza
- frustrazione
- rabbia non espressa
- facile esauribilità.

Ad esempio, in letteratura sono presenti diversi studi riguardo al basso livello di autostima nei bambini con ADHD rispetto ai loro coetanei (Mazzone et al., 2013). Essi, a causa delle loro problematiche di attenzione, iperattività e tendenza all'impulsività, non riescono a ottenere risultati soddisfacenti nelle attività di cui si occupano, compreso lo studio, e sperimentano frequentemente fallimenti e delusioni, con conseguenti rimproveri e critiche da parte dell'ambiente esterno, che li portano a sentirsi impotenti.

Tendenzialmente, infatti, già dall'infanzia un soggetto con ADHD comincia a provare la sensazione di non sentirsi sufficientemente capace. Spesso i commenti e i giudizi ricevuti dai genitori e/o dagli insegnanti fin da piccolo sono stati frasi del tipo: «È pigro. È un fanullone. Non ha voglia di studiare. Non capisce niente. Non impara dagli errori».

In età adulta caratteristiche come sbadataggine, ritardo, impulsività, indecisione, procrastinazione, disorganizzazione, disordine e iperattività contribuiscono a far vivere esperienze di vita negative (nello studio, in ambito lavorativo e nelle relazioni sentimentali) e determinano frequentemente **deficit di autostima**.

Questo perché la non consapevolezza o il mancato riconoscimento dell'esistenza del disturbo ADHD può portare gli altri a mal interpretare i sintomi, che vengono scambiati per svogliatezza, pigrizia, mancanza di interesse, aumentando così la sofferenza, il senso di colpa e il disagio di chi ne è affetto.

Ad esempio, spesso le persone con ADHD per difficoltà disattentive ed emotive non riescono a raggiungere soddisfacenti livelli di istruzione nonostante le loro capacità intellettive, rischiano di perdere il lavoro perché faticano a stare all'interno di schemi prefissati, a rispettare le regole imposte o le gerarchie, e la loro irrequietezza e insofferenza vengono scambiate per negligenza o maleducazione.

Possono avere problemi socio-relazionali per difficoltà nell'instaurare e/o nel mantenere nel tempo relazioni interpersonali, a causa della loro facilità alla noia, della loro incostanza e della loro disattenzione (che spesso viene interpretata dagli altri come «disinteresse»), al punto da arrivare a perdere amicizie o anche il rapporto con il proprio partner. Possono poi imbattersi più facilmente in situazioni a rischio per la loro salute fisica e mentale (ad esempio uso di sostanze/alcol, problemi legali, guida spericolata) a causa di comportamenti impulsivi e di uno scarso filtro valutativo.

Molti adulti con ADHD riportano un senso cronico e radicato di sotto-appagamento e un'intensa frustrazione per le opportunità sprecate, faticano a adattarsi ai vari contesti e non riescono a comprendere perché non raggiungano risultati più positivi nelle azioni che compiono.

Sono cresciuti sentendosi quasi sempre «fuori posto», imperfetti, inadeguati, mai abbastanza bravi o abbastanza capaci, ottenendo così di conseguenza prestazioni inferiori rispetto a quelle che sarebbero state effettivamente alla loro portata.

Tutto questo ha inevitabilmente influito sulla loro autostima e percezione di sé, minando significativamente la fiducia in se stessi.

Spesso per le persone con ADHD capire quale sia il loro vero potenziale e sviluppare un buon livello di autostima è una vera sfida. Anche il costante senso di disagio interiore tende a far dubitare di se stessi e delle proprie capacità e il confronto con gli altri non fa sentire all'altezza della situazione, con ripercussioni negative non solo sul rapporto con gli altri ma soprattutto nel rapporto con se stessi a scapito della propria autostima.

Molti pazienti con ADHD raccontano che fin dall'infanzia si sono spesso sentiti dire di non essere stati all'altezza del loro potenziale e delle aspettative. Sono stati dunque portati a interiorizzare questo messaggio, e a farlo proprio, nonostante avesse un impatto negativo sullo sviluppo del proprio senso di sé.

Insomma, i soggetti con ADHD imparano presto a sentirsi incompresi, giudicati, frustrati, imbarazzati, umiliati, provano un profondo senso di tristezza e scoraggiamento per i reiterati fallimenti nonostante i loro migliori sforzi; si trovano sottoposti a continue correzioni, reindirizzamenti, critiche da parte degli altri. Prevedendo possibili insuccessi possono decidere di evitare di sottoporsi a situazioni potenzialmente ansiogene e a volte possono arrivare a vivere situazioni di rifiuto sociale e di isolamento.

Russell Barkley, professore universitario americano di psicologia, uno dei maggiori esperti di ADHD, grazie a numerose ricerche e pubblicazioni, sottolinea come la maggior parte delle persone con ADHD quando raggiunge l'età adulta «ha sofferto per anni, si è sentita demoralizzata, scoraggiata e inefficace a causa di una lunga storia di frustrazioni e fallimenti a scuola, al lavoro, in famiglia, nel sociale e nel quotidiano» (Barkley, 2015, p. 53).



L'ESPERIENZA SOGGETTIVA DEGLI UTENTI

Nell'esperienza clinica con adulti con ADHD, i temi dell'autostima e della vergogna emergono frequentemente. L'autostima ha diverse componenti e l'impatto sul funzionamento determinato dall'ADHD tende a riflettersi sulla considerazione che ogni utente ha di se stesso, soprattutto se l'ambito influenzato viene vissuto come importante e significativo. Un'area spesso coinvolta è quella lavorativa.

Anna, 34 anni, che frequentava il gruppo psicoeducativo da un paio di mesi condivideva vissuti di questo genere: «Non mi sento competente e adeguata soprattutto al lavoro, poiché non riesco mai a rispettare gli orari e le scadenze dei progetti, arrivando sempre tardi e accumulando impegni arretrati. Sono davvero una frana e mi vergogno di come sono! Non riesco a fare le cose, mi sento in colpa e questo si ripercuote anche sulla mia vita familiare, perché mi porto il lavoro a casa, sottraendo il tempo ai miei figli e a mio marito». Anna ha sempre interpretato le difficoltà connesse all'ADHD come sue personali incapacità nel riuscire ad affrontare le situazioni di tutti i giorni, sentendosi poco intelligente e profondamente inadeguata. Quando ha scoperto che soffriva di ADHD ha imparato ad assumere una prospettiva diversa sulle sue difficoltà e a porsi obiettivi propositivi per affrontarle.

La psicoeducazione di gruppo per l'ADHD

Viviana Venturi

La psicoeducazione rappresenta un tassello fondamentale e prioritario nell'approccio multimodale a un disturbo cronico e pervasivo come l'ADHD, che influisce significativamente sulle capacità adattive e sulla qualità di vita dell'individuo che ne è affetto.

Il programma psicoeducativo strutturato dal nostro gruppo di lavoro è stato costituito partendo sia da alcuni modelli preesistenti in letteratura internazionale (Ramos-Quiroga et al., 2012; Safren et al., 2010; Hirvikoski et al., 2017), sia dall'esperienza maturata con i pazienti seguiti nel nostro ambulatorio specialistico.¹

Sulla base delle esigenze dichiarate e delle difficoltà evidenziate e condivise anche dagli utenti con ADHD, sono state individuate delle aree tematiche specifiche su cui focalizzare il nostro modello psicoeducativo, in quanto oggetto delle maggiori compromissioni correlate a questo disturbo.

Le varie sessioni sono caratterizzate come illustrato nella tabella seguente.

PRINCIPALI TEMATICHE E RISPETTIVI FOCUS DEL PROGRAMMA PSICOEDUCATIVO

Temi	Focus
<i>Conoscere l'ADHD nell'adulto</i>	Partendo da un coinvolgimento attivo dei partecipanti, viene effettuata una descrizione di base delle caratteristiche epidemiologiche e sintomatologiche dell'ADHD quale disturbo del neurosviluppo, delle comuni problematiche nella quotidianità e delle possibili conseguenze sul funzionamento dell'individuo. Tali aspetti possono essere introdotti e affrontati richiamando anche l'attenzione su alcuni miti, luoghi comuni o convinzioni errate che circolano sull'ADHD e che possono condizionare in primis i pazienti stessi nella percezione e comprensione del proprio disturbo.

¹ Del gruppo di lavoro facevano parte autori e coautori di questo volume, che afferivano all'Ambulatorio per la diagnosi e il trattamento dell'ADHD nell'adulto, nato nel 2014 presso il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Fatebenefratelli Sacco di Milano. Come segnalato in Introduzione, l'ambulatorio si propone di offrire a soggetti adulti con dubbio diagnostico di ADHD una valutazione multi-specialistica e testale mirata alla definizione del quadro clinico e all'impostazione di un corretto intervento terapeutico.

<i>Trattamenti farmacologici e psicologico-educativi</i>	Informazioni riguardanti le possibili forme di intervento per l'ADHD nell'adulto, attraverso la descrizione dell'approccio multimodale e un approfondimento di base sulle terapie farmacologiche e psicologico-educative specifiche.
<i>Organizzazione</i>	Programmazione e pianificazione degli obiettivi, strutturazione del tempo, organizzazione degli spazi, prevenzione della distrazione.
<i>Relazioni interpersonali</i>	Effetti della disattenzione e impulsività sulle relazioni e incremento delle abilità interpersonali.
<i>Autostima e vergogna</i>	Conseguenze sull'immagine di sé e autoregolazione emotiva.
<i>Cura di sé</i>	Stile di vita: focus su qualità del sonno, alimentazione, esercizio fisico.
<i>Sviluppo delle potenzialità</i>	Aspetti positivi e punti di forza correlati all'ADHD.

Per i conduttori può essere utile, al *baseline* e successivamente al termine delle sessioni psicoeducative, far compilare alcuni questionari self-report ai pazienti per valutare se vengano rilevati ed evidenziati dei cambiamenti a seguito dell'esperienza effettuata, sia sul piano sintomatologico sia nella percezione e nei vissuti inerenti a se stessi e al rapporto con gli altri.

Possono essere impiegate a titolo di esempio scale cliniche sulla qualità di vita o sull'autostima — come ASRS a 18 item (Kessler et al., 2005); AAQoL (Brod, Johnston, Able, & Swindle, 2006); RSE – Rosenberg Self Esteem (Rosenberg, 1979) —, ma anche questionari di soddisfazione sul trattamento effettuato (ad esempio, Questionario sul clima di gruppo; Costantini et al., 2002).

In conclusione, accanto a una prima fase maggiormente informativa — che di per sé è già terapeutica — in ciascuna sessione successiva verranno poi affrontate difficoltà peculiari inerenti all'ADHD e alle possibili strategie per affrontare e gestire la quotidianità in maniera più funzionale, con un coinvolgimento partecipe dei pazienti, poiché, per ottenere effetti benefici, risultano fondamentali il dialogo, la comprensione e la condivisione.

PRESENTAZIONE



OBIETTIVI

- Condividere l'organizzazione e le regole del gruppo
- Creare un clima sereno
- Favorire la partecipazione attiva e la condivisione
- Introdurre gli argomenti che verranno trattati, partendo dalle esperienze personali



STRUMENTI

- Eventuale brochure del corso psicoeducativo ADHD
- Eventuali slide per la presentazione
- Eventuali schede valutative



SCALETTA DEI CONTENUTI

- Saluti
- Presentazione dei conduttori del gruppo
- Condivisione dell'organizzazione degli incontri e delle regole del gruppo
- Autopresentazione dei partecipanti
- Eventuale compilazione di schede valutative (test e questionari)

L'incontro inizia con i saluti, la presentazione degli operatori presenti e una rapida descrizione di come saranno strutturati sia l'intero ciclo psicoeducativo sia, nello specifico, il singolo incontro.

Nota bene: in caso di intervento da remoto, si consiglia di inviare precedentemente via mail la brochure ed eventuali test da farsi rimandare compilati per l'incontro.

Può essere utile preparare una semplice brochure informativa dell'intervento di gruppo, contenente le date dei successivi appuntamenti e le regole fondamentali, quali il rispetto della privacy, la presenza e la puntualità, la partecipazione attiva, l'intendere il gruppo come spazio di condivisione e confronto. Ci si sofferma sull'importanza di queste regole per un buon svolgimento del percorso e come forma di attenzione e rispetto verso tutti.

Si lascia quindi la parola ai partecipanti per presentarsi, chiedendo loro di fornire anche degli aspetti legati alle diagnosi (data, tipo di ADHD, eventuale terapia farmacologica in atto, ecc.), in modo da far introdurre a loro le tematiche che verranno affrontate.

Durante questa fase consigliamo di accogliere eventuali stati emotivi e domande, ma di lasciare l'approfondimento dei diversi argomenti a un momento successivo, quando le tematiche verranno specificatamente affrontate durante gli incontri dedicati.

Al termine delle presentazioni è opportuno ringraziare tutti per le loro condivisioni ed evidenziare eventuali aspetti in comune o, al contrario, specifiche peculiarità emerse:

«Tutti voi avete riportato difficoltà in diverse aree della vostra vita, dovute proprio ad aspetti legati all'impulsività, alla disattenzione e all'iperattività che l'ADHD comporta.

Per la maggior parte di voi le esperienze personali vissute da bambini sono state molto negative, soprattutto perché erroneamente lette dall'esterno come mancanza di volontà e impegno, più che come una reale difficoltà.

Alcuni di voi hanno detto che, crescendo, certi aspetti si sono attenuati, mentre altri non hanno notato alcuna differenza, ma possiamo affermare che la scarsa autostima sia stata una presenza piuttosto costante nel vostro percorso di vita.

Nel prossimo incontro vedremo di capire meglio che cos'è l'ADHD e perché ci condiziona la vita».

In caso si decidesse di utilizzare delle schede valutative, si procede alla distribuzione e al ritiro dei test compilati o, in caso di intervento da remoto, si presentano i questionari che verranno inviati via mail e che dovranno essere rimandati compilati per l'incontro successivo.³

³ Come già segnalato, le schede valutative possono riguardare: sintomatologia, stato emotivo, funzionamento, benessere globale, per permettere una valutazione pre e post-intervento più oggettiva sull'efficacia del percorso.

CONOSCERE L'ADHD TRA MITI E REALTÀ



OBIETTIVI

- Stimolare la riflessione e il confronto su tematiche e vissuti legati all'ADHD
- Sfatare stereotipi, luoghi comuni e convinzioni errate legati all'ADHD
- Definire e informare correttamente sul disturbo ADHD



STRUMENTI

- Capitoli 1 e 2 (Prima parte del volume)
- Eventuali slide per la presentazione
- Materiale riassuntivo (Schede 1 e 2)



SCALETTA DEI CONTENUTI

- Descrizione dell'ADHD: caratteristiche epidemiologiche, sintomatologia e problematiche correlate
- Miti legati all'ADHD
- Breve riepilogo

Dopo il primo momento di accoglienza, si definisce l'ADHD e si forniscono alcune informazioni a riguardo: caratteristiche epidemiologiche, sintomatologia e problematiche correlate.

Nota bene: si consiglia di stimolare il coinvolgimento dei partecipanti attraverso domande mirate a favorire la condivisione di esperienze e il confronto. Si parte quindi dall'esperienza dei partecipanti, per poi fare sintesi, chiarire dubbi, offrire informazioni corrette e complete, anche con il supporto di schede riepilogative.

Riprendendo gli argomenti emersi durante le presentazioni, si introduce il discorso dei «miti» legati all'ADHD e di come la scarsa o errata conoscenza di alcuni aspetti possa aver segnato l'esperienza di vita di molti. Si chiede ai partecipanti se riescono a rintracciare questi aspetti anche nella loro esperienza personale. Le domande-stimolo vengono presentate una alla volta, lasciando il tempo per riflettere e rispondere.

Se nessun partecipante dovesse iniziare a parlare, può essere opportuno dare la parola a qualcuno che nella presentazione aveva magari accennato all'argomento oppure a chi sembra essere meno coinvolto, per richiamarne l'attenzione:

«Se non ricordo male, tu, Lucia, quando ti sei presentata hai detto che hai avuto una diagnosi solo di recente, perché i tuoi genitori e gli insegnanti si sono sempre detti che con l'età certi tuoi comportamenti sarebbero cambiati da soli. Cosa ha significato per te?». «Marta hai voglia di dire la tua opinione? Pensi che tutte le persone con ADHD siano iperattive?».

Nota bene: *riprendere le parole dette dai partecipanti è utile a richiamare e mantenere viva l'attenzione di tutti.*

È importante favorire la partecipazione attiva, per cui, anche in caso di risposta non corretta, è bene valorizzare l'intervento come elemento costruttivo per la discussione:

«Effettivamente, come dice Marco, nel momento in cui ha iniziato ad assumere una terapia farmacologica per l'ADHD, ha presto notato dei benefici sulla sua sintomatologia.

Eppure siete stati tutti coinvolti in questo percorso psicoeducativo, perché è stato riscontrato che è più efficace un intervento multimodale, piuttosto che solo farmacologico.

Svilupperemo meglio questo argomento nel prossimo modulo, in cui parleremo nello specifico del trattamento dell'ADHD, ma è importante per ora che iniziate a non vedere quindi solo il farmaco come unica soluzione al vostro disturbo».

Prima di passare al tema/argomento successivo, si fornisce una spiegazione esaustiva dell'argomento, riprendendo il più possibile parte degli interventi degli stessi partecipanti:

«Spesso, come ha detto Luigi, le frustrazioni scolastiche o le esperienze passate fanno pensare, erroneamente, che l'ADHD sia associata a un basso livello intellettuale, ma sappiate che non è così. L'ADHD è più da considerare come una diversa modalità di funzionamento, accompagnata solitamente da buone capacità intellettive, che può risultare però più o meno funzionale a seconda dei contesti e/o delle strategie adottate da ognuno».

Dopo aver concluso le domande, può essere utile fare un riepilogo di quanto detto, ricordando gli argomenti che verranno affrontati successivamente. Al termine, si consegnano le Schede 1 e 2 (si veda la Quarta parte, «Schede per gli utenti»), dove sono riassunti i principali contenuti dell'incontro.



SCHEDA 1

CONOSCERE L'ADHD DELL'ADULTO: CARATTERISTICHE DEL DISTURBO

L'ADHD è un acronimo inglese (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) che descrive un disturbo caratterizzato da **deficit attentivi e iperattività/impulsività**.

Dal punto di vista clinico l'ADHD mostra un'elevata eterogeneità e complessità.

L'ADHD è un disturbo a *esordio precoce* con alta componente genetica (attorno al 70%) e a espressione variabile. Se la sintomatologia è esclusivamente disattentiva, l'ADHD passa più facilmente «sotto silenzio» e può essere misconosciuto.

Il funzionamento ADHD può proseguire anche in età adulta, generalmente con una modificazione delle manifestazioni cliniche. Può associarsi inoltre ad altre manifestazioni cliniche a esordio successivo (ad esempio, disturbi d'ansia o dell'umore).

L'ADHD ha alcune peculiarità rispetto ad altri sintomi psichici: fa parte dell'idea che una persona ha di sé, come un tratto caratteriale — può essere infatti definito come una **modalità di funzionamento** —, influenza l'interazione del soggetto con gli altri, la gestione delle emozioni, l'apprendimento.

ATTENZIONE

Il funzionamento ADHD è caratterizzato da una gestione problematica delle risorse attentive. L'attenzione non è un parametro fisso, ma è influenzata da diverse variabili. Per favorire l'attenzione sono importanti le motivazioni e le esperienze soggettive.

Si può, ad esempio, avere una diminuzione temporanea di attenzione (disattenzione) in condizioni di stress fisico, mentale (ad esempio, insonnia prolungata) o di conflittualità psicologica; molte sindromi psichiatriche e neuropsichiatriche comportano disturbi dell'attenzione.

La **disattenzione** può manifestarsi come distraibilità, tendenza alla confusione, dimenticanze, ritardi, difficoltà nell'organizzarsi e nel gestire le priorità. Può inoltre essere presente un'alterazione del senso del tempo.

CHE TIPI DI ATTENZIONE SONO POSSIBILI?

Ci sono diversi tipi di attenzione:

- **sostenuta** (mantenere l'attenzione su stimoli target per un protratto periodo di tempo);
- **selettiva** (capacità di focalizzazione e di selezione tra gli stimoli);
- **divisa** (capacità di elaborare informazioni che si presentano contemporaneamente).

SCHEDA 1

Nell'ADHD possono essere compromesse una o più modalità dell'attenzione.

- Difficoltà a focalizzare l'attenzione (distraibilità). Ad esempio: «Mentre devo fare una cosa me ne viene in mente un'altra o vengo distratto da uno stimolo».
- Difficoltà a passare da un aspetto a un altro (rigidità cognitiva). Ad esempio: «Se mentre faccio una cosa devo interrompermi faccio molta fatica»; «Sono talmente concentrato sul mio compito che non mi accorgo di tutto ciò che mi accade attorno».

L'attenzione, come anche molte altre competenze cognitive, può essere «allenata».

IPERATTIVITÀ

L'attività motoria appare una delle prime modalità di espressione del soggetto e può essere riconosciuta come via finale comune di «scarica» energetica (compresa la componente emotiva).

Il bambino può apparire iperattivo per numerosissime cause, interne o esterne. La tendenza all'iperattività tende a ridursi nel corso dello sviluppo e a modificarsi in età adulta.

In età adulta l'**iperattività** può manifestarsi con un senso di inquietudine interna, tensione, logorrea, irrequietezza comportamentale e mentale.

Nell'ADHD in età adulta l'iperattività può essere riconosciuta nella difficoltà a partecipare a situazioni in cui è richiesta capacità di attendere (ad esempio meeting, teatro, ecc.), con il ricorso eccessivo allo sport, all'uso di molecole «calmanti», in comportamenti quali mangiarsi le unghie, pettinarsi i capelli, giochicchiare con penne e matite, ecc.

IMPULSIVITÀ

L'**impulsività** è definita come comportamento compiuto sotto la spinta di un'impellente pulsione, contraddistinto da scarso o mancato intervento di un controllo inibitorio appropriato.

L'impulsività può pertanto dipendere da:

- deficit nelle capacità di inibire un comportamento (ad esempio, agire senza pensare);
- sbilanciamenti nelle capacità di scelta (bilancio tra costi e benefici; ad esempio, frequente ricorso a esperienze adrenaliniche);
- incapacità nel ritardare la soddisfazione (ad esempio, incapacità di attendere il proprio turno in una conversazione, impazienza).

Può manifestarsi con frequenti cambi di lavoro, con comportamenti associati ad alta impulsività quali risse ma anche con binge eating.



SCHEDA 6

RELAZIONI INTERPERSONALI

L'ADHD in età adulta si configura come un disturbo poco evidente, quasi invisibile, le cui manifestazioni possono essere facilmente e frequentemente scambiate con caratteristiche personologiche e di conseguenza **erroneamente interpretate come indici di maleducazione, irresponsabilità, disinteresse**, interferendo inevitabilmente con la costruzione e il mantenimento delle relazioni interpersonali nei vari ambiti di vita.

Specifiche manifestazioni ADHD che possono interferire in ambito interpersonale sono le seguenti.

DISATTENZIONE

- Facile distraibilità durante una conversazione.
- Frequenti dimenticanze di impegni, appuntamenti, date importanti.
- Disorganizzazione e disordine nella gestione della casa, degli impegni di lavoro o di vita.

IMPULSIVITÀ

- Parlare o agire prima di aver pensato non valutando l'effetto che potrebbe avere sull'altra persona.
- Interrompere gli altri e risultare maleducati.
- Avere conversazioni brevi e frettolose e apparire disinteressati.

IPERATTIVITÀ

- Eccessiva verbosità e/o eloquio inarrestabile rendendo le conversazioni poco piacevoli e faticose.
- Incapacità a rilassarsi occupandosi di più cose contemporaneamente non riuscendo, pertanto, a dedicarsi all'altro.
- Essere sovraccarichi e inondati di pensieri non riuscendo ad essere totalmente coinvolti in un'attività di svago in compagnia.

DISREGOLAZIONE EMOTIVA

Difficoltà a modulare la risposta emotiva mostrando irritabilità e repentini cambi dell'umore che possono portare l'altra persona a prendere le distanze.

SCHEDA 6



STRATEGIE

Alcune **strategie psicoeducative** che possono essere utilizzate per migliorare i rapporti con le altre persone:

- ✓ eliminare possibili elementi di disturbo (telefono, televisione, musica, PC o tablet) durante una conversazione e durante una attività di svago in compagnia;
- ✓ essere chiari, sintetici e meno frettolosi oppure, se eccessivamente loquaci, dare dei tempi limite ai propri discorsi;
- ✓ concentrarsi sulle parole-chiave della conversazione;
- ✓ riconoscere i segnali del proprio corpo quando si sperimentano emozioni intense;
- ✓ chiedere un confronto con qualcuno quando non si capisce qualcosa;
- ✓ prendersi il giusto tempo da dedicare alle persone senza fissare altri impegni dopo;
- ✓ riconoscere importanza e ruolo dell'altro, manifestando gratitudine per le fatiche e la tolleranza dimostrata per le problematiche relazionali che possono derivare dal funzionamento determinato dall'ADHD.



HOMEWORK 3

RELAZIONI

PROBLEMA

► Individua la problematica sulla quale vorresti migliorare emersa in una relazione con una persona per te significativa (ad esempio, partner, amici, familiari, colleghi, ecc.):

COMPITO

► In base anche alle strategie proposte, individua almeno un'azione che potresti attuare per migliorare questo aspetto:

Ora mettila in atto!

ESITO DELL'AZIONE

► Sei riuscita/o? _____

HOMEWORK 3

VALUTAZIONI

► Cerca di riconoscere gli elementi che...

... hanno favorito la relazione: (situazione tranquilla, non prendeva il cellulare, essere arrivato puntuale, averla buttata sul ridere, ecc.)	... l'hanno ostacolata: (ero di fretta, guardavo il cellulare, mi interessava la partita, ecc.)
Questi sono i tuoi FACILITATORI	Queste sono le tue INTERFERENZE

IPOTESI

► Cerca di ridurre le tue interferenze. Ipotizza alcune *azioni e modalità* con cui potresti farlo:

CONFRONTO

► Discutine, affronta l'argomento con il terapeuta o il gruppo con cui effettui il percorso di psicoeducazione.