

Guida al trattamento dell'ADHD in età adulta

Dalla diagnosi all'intervento
non farmacologico

A cura di
Giovanni Migliarese

GUIDE
PSICOLOGIA



 Erickson

IL LIBRO

GUIDA AL TRATTAMENTO DELL'ADHD IN ETÀ ADULTA

La diagnosi e la presa in carico clinica integrata del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) in età adulta rappresentano ancora, in Italia, un'area ampiamente trascurata, con una rete di servizi e di competenze specialistiche insufficiente a rispondere in modo adeguato alla crescente domanda di assistenza.

Scritta dai più autorevoli professionisti del settore, questa è l'opera che i clinici aspettavano da tempo: un manuale chiaro, completo e aggiornato, pensato per guidare nella comprensione, nella diagnosi e nella gestione dell'ADHD in età adulta.

Dopo una panoramica sul disturbo, la sua eziologia, le manifestazioni cliniche e le indicazioni per la diagnosi differenziale, il testo approfondisce i percorsi di cura e le loro applicazioni cliniche. Arricchito da consigli pratici, vignette e indicazioni metodologiche, il manuale offre a chi opera nella salute mentale — medici, educatori, psicologi e altri professionisti — strumenti concreti per (ri)conoscere e gestire l'ADHD. Il testo guida nell'avvio del percorso terapeutico in un'ottica di recovery, favorendo lo sviluppo di strategie di adattamento, riducendo l'impatto del disturbo sulla vita quotidiana e contribuendo a migliorarne la qualità.

La prima guida italiana completa sull'ADHD nell'adulto: dalle basi diagnostiche alla comprensione del disturbo, fino alla progettazione e gestione degli interventi, con uno specifico focus su quelli non farmacologici.

IL CURATORE

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. È direttore di struttura complessa di Salute Mentale presso l'ASST Pavia, dove ha attivato un ambulatorio per l'ADHD in continuità nelle diverse età della vita. È autore di numerose pubblicazioni scientifiche in ambito nazionale e internazionale. Per Erickson ha curato *ADHD negli adulti. Un modello per l'intervento psicoeducativo* (2023) e *Quaderno di esercizi per gestire l'ADHD in età adulta* (2024).



€ 27,00



9 788859 104518 2

www.erickson.it

Indice

<i>Presentazione</i> (Claudio Mencacci)	15
<i>Introduzione</i> (Giovanni Migliarese)	19
PARTE PRIMA	
Quadro clinico e diagnostico	
CAPITOLO 1	
L'ADHD in età adulta: definirlo, riconoscerlo, trattarlo (G. Migliarese, S. Macedonio e A. Pasi)	25
CAPITOLO 2	
L'eziologia dell'ADHD (B. Tripodi e V. Salvi)	45
CAPITOLO 3	
Scenari clinici e comorbidità (G. Giupponi, A. Raponi e A. Conca)	55
CAPITOLO 4	
Attenzioni in ambito diagnostico e diagnosi differenziale (M. Merola, G. di Girolamo, F. Oliva e F. Malandrone)	79
PARTE SECONDA	
Strutturazione generale degli interventi	
CAPITOLO 5	
Strutturare l'intervento clinico: dall'eterogeneità alla specificità (A. Raponi e G. Migliarese)	101
CAPITOLO 6	
Interventi individuali (A. Raponi, G. Giupponi e A. Conca)	111
CAPITOLO 7	
Interventi di gruppo (C. Grossi e G. Cerveri)	127
CAPITOLO 8	
Il coinvolgimento dei familiari e del partner (C.I. Cattaneo e A. Massara)	137

PARTE TERZA

Interventi psicoeducativi e riabilitativi

CAPITOLO 9

- L'intervento psicoeducativo: generalità
(*V. Venturi, S. Grazia e P. Landi*) 151

CAPITOLO 10

- Incrementare la consapevolezza (*G.M. Marzocchi, E. Tomasoni e M. Zanotti*) 163

CAPITOLO 11

- Favorire e potenziare le competenze organizzative
(*G.M. Marzocchi, E. Tomasoni e M. Zanotti*) 179

CAPITOLO 12

- Ridurre le difficoltà nella gestione del tempo
(*A. Raponi, G. Giupponi e A. Conca*) 195

CAPITOLO 13

- Ridurre le conflittualità relazionali
(*G. Migliarese e S. Perrotta*) 207

CAPITOLO 14

- Prendersi cura di sé (*G. Midili, J. Motta e Y.L. Reibman*) 227

PARTE QUARTA

Tecniche psicologiche e interventi psicoterapici su focus specifici

CAPITOLO 15

- Interventi psicologici: generalità (*R.G. Di Pasquale*) 243

CAPITOLO 16

- Il ruolo della terapia cognitivo-comportamentale
(*R.G. Di Pasquale*) 255

CAPITOLO 17

- Interventi per la disregolazione emotiva (*L. Salerno*) 267

CAPITOLO 18

- Interventi per le distorsioni cognitive associate
alle comorbidità (*R.G. Di Pasquale*) 283

CAPITOLO 19

- Interventi per il rimuginio e la procrastinazione
(*L. Salerno*) 295

CAPITOLO 20

- Interventi integrati per le dipendenze
(*P. Trevisani, M. Beltrami, M.F. Scaramuzzino e G. Zita*) 305

CAPITOLO 21

Protocolli mindfulness-based (<i>M. Merola, M. Rossetti, L. Ostacoli, F. Oliva e F. Malandrone</i>)	319
---	-----

CAPITOLO 22

Interventi per la promozione dell'autoefficacia e dell'autostima (<i>E. Bernoni, V. Viganò e D. Caldara</i>)	335
--	-----

APPENDICE

Nuove terapie digitali per l'ADHD (<i>P. La Torraca Vittori e G. Migliarese</i>)	349
--	-----

Introduzione

Giovanni Migliarese

L'ADHD (Disturbo da Deficit di Attentione/Iperattività) definisce uno specifico funzionamento mentale connotato da difficoltà a utilizzare in modo adeguato le risorse attentive e da deficit nelle capacità di inibizione e di controllo. Emergendo come una modalità estremamente precoce, l'ADHD, come tutti i disturbi del neurosviluppo, impatta sulla traiettoria evolutiva del soggetto, e influenza le sue modalità di interazione in tutti gli ambiti di vita, dalle relazioni all'apprendimento, dalla cura di sé alla gestione del tempo, con un impatto che si manifesta durante tutto il percorso di vita.

Se il soggetto non ha la capacità e la fortuna di acquisire delle modalità di contenimento e adattamento efficaci (aspetto che dipende sia dalla gravità primaria del disturbo sia dalle possibilità di vivere in un ambiente contenitivo e protettivo o che al contrario amplifica le criticità), l'ADHD rappresenta un rilevante fattore di svantaggio evolutivo. In questo caso, promuove una modalità di essere nel mondo che frequentemente è foriera di insuccessi e fallimenti, e favorisce l'emergere di un'ampia gamma di ulteriori manifestazioni cliniche.

Per questo motivo, l'ADHD si presenta in età adulta frequentemente associato ad altre forme di psicopatologia, che sebbene vengano ancora definite comorbide, vanno in realtà a definire una modalità di espressione del disturbo stesso che, per sua natura, tende all'evoluzione verso quadri clinici complessi.

La letteratura scientifica internazionale evidenzia che una parte consistente delle persone che si rivolgono ai professionisti della salute mentale (circa una su quattro presenta) un funzionamento mentale caratterizzato dalla pre-

senza di un ADHD non riconosciuto. Se — come professionisti — trattiamo persone con questa specifica modalità di funzionamento senza riconoscerla e senza considerarla quale nucleo centrale attorno a cui definire l'intervento, rischiamo di avere risposte parziali, di incontrare criticità nella relazione di cura e di non riuscire a stabilire una proficua relazione terapeutica. L'ADHD infatti influenza anche le modalità di chiedere e di accogliere l'aiuto fornito all'interno della relazione di cura.

Lo studio, il confronto coi colleghi e il lavoro clinico con gli utenti (la cosiddetta «esperienza clinica») mi hanno aiutato a mettere a fuoco che, per essere efficace nel tempo, il trattamento dell'ADHD nell'adulto deve porsi l'obiettivo di aiutarlo a definire un nuovo equilibrio tra il disturbo stesso e le sue modalità di espressione. Queste, se comprese, possono essere anche marcatamente modificate. In altre parole, a seconda di come una persona conosce e gestisce il proprio funzionamento mentale, l'ADHD può essere più o meno «ingombrante», può risultare più o meno disfunzionale, causare difficoltà più o meno marcate pur rimanendo una modalità di funzionamento che la caratterizzerà per tutto il suo percorso di vita.

Per favorire un nuovo adattamento sono necessarie alcune condizioni: far sì che la persona si conosca in modo reale e approfondito; aiutarla ad avere una buona dose di pazienza e ad accettare i fallimenti, spesso frequenti, del percorso di cura; incoraggiarla ad osservare con una buona dose di umorismo quanto accade; sviluppare la sua fiducia nel cambiamento; e sostenerla nel riconoscere anche gli aspetti positivi del proprio funzionamento psichico.

Sul piano prettamente tecnico, è sicuramente necessario contenere, se eccessivamente intensi, i sintomi nucleari del disturbo, utilizzando i diversi strumenti (farmacologici e non farmacologici) quando indicati, in un'ottica di trattamento sartoriale, cucito su misura sui bisogni dell'individuo in quello specifico momento della sua storia.

Per tutti questi motivi l'intervento non farmacologico sul disturbo risulta l'architrave del trattamento e deve essere il più possibile conosciuto e compreso dai professionisti della salute mentale che negli ultimi anni sono sempre più chiamati a riconoscere e gestire clinicamente questo specifico paradigma in tutta una serie di ambiti, e non solo quando si occupano in modo specifico di disturbi del neurosviluppo.

È quindi importante che, accanto alle competenze diagnostiche e a quelle legate agli interventi farmacologici, i professionisti della salute mentale possano includere nel loro bagaglio di competenze anche un insieme di informazioni e indicazioni terapeutiche non farmacologiche per questa tipologia di utenza.

Questo testo mira a fornire a chi, con diversa specificità e professionalità, si occupa di salute mentale (medici, infermieri, educatori, psicologi, terapisti della riabilitazione psichiatrica, ecc.) strumenti utili a (ri)conoscere e trattare questo disturbo, a mettere in moto e favorire il percorso terapeutico in un'ottica di recovery, per aiutare gli utenti a sviluppare un adattamento migliore, a ridurre l'impatto sulla loro vita e a migliorarne la qualità globale.

Ritengo che, almeno nel contesto italiano, questo testo presenti un carattere di innovatività non solo per il tema affrontato, ma anche per la sua struttura, che adotta un'impostazione pratica e operativa, muovendosi tra alcune delle criticità più complesse e sfidanti del lavoro clinico.

Nella prima parte vengono fornite informazioni generali sul disturbo, delineandolo a grandi linee, e vengono introdotti i temi che saranno approfonditi successivamente. Si descrivono l'eziologia e le manifestazioni cliniche, si forniscono indicazioni per il riconoscimento del disturbo e per la diagnosi differenziale. La seconda e la terza parte entrano invece nello specifico dei percorsi di cura.

La seconda parte si focalizza sugli aspetti psicoeducativi del trattamento, ambito su cui abbiamo già pubblicato, sempre con Erickson, un modello operativo di intervento. Porre attenzione agli aspetti educativi e informativi, sebbene a volte poco considerati nella pratica clinica, è un compito molto importante, perché occuparsi di come gestire alcuni aspetti concreti influenzati dal disturbo (ordine, tempo, cura di sé, relazioni) permette di creare un significativo circolo virtuoso nel funzionamento dei pazienti. Un ambito centrale nel percorso di cura riguarda anche il grosso tema della consapevolezza e delle sue numerose sfaccettature, a cui è dedicato uno specifico capitolo.

La terza parte del testo si focalizza sugli interventi psicologici. Sebbene siano stati sviluppati protocolli di intervento a partire da alcuni modelli specifici (i più studiati sono i protocolli CBT), la natura estremamente eterogenea del disturbo stimola, nella pratica clinica, a utilizzare tecniche mutate da diverse cornici teoriche.

La quarta parte del volume è dedicata alle principali tecniche psicologiche e agli interventi psicoterapici focalizzati su specifici ambiti di funzionamento. In questa sezione vengono presentate strategie operative mirate a problemi clinici circoscritti, con l'obiettivo di fornire al clinico strumenti concreti e applicabili nella pratica, adattabili ai diversi bisogni del paziente. L'impostazione adottata è stata quella di partire dalle manifestazioni cliniche e di offrire indicazioni orientate al problema, piuttosto che proporre indicazioni teoriche basate — come più frequentemente accade — sullo strumento. Spero che questa scelta

possa venire apprezzata e risultare utile, e che possa avere, come nelle nostre intenzioni, una ricaduta pratica.

Infine, nell'appendice, viene aperta una piccola finestra sul futuro, con una riflessione — ancora iniziale — sulle possibilità che si potranno aprire (e che si stanno aprendo) grazie allo sviluppo tecnologico. I riferimenti bibliografici relativi all'appendice e a ciascun capitolo sono consultabili nelle Risorse online. 

Chiudo queste poche righe di introduzione con i ringraziamenti, assolutamente indispensabili: agli utenti che si sono fidati di me e del nostro gruppo e che hanno avuto la pazienza di introdurci in questa area così complessa insegnandoci come e dove poterli aiutare. A tutti i colleghi che mi hanno supportato in questi anni, che si sono confrontati con me e che mi hanno proposto stimoli costanti e spunti di riflessione sempre nuovi.

Infine, un grazie sincero a tutti voi che state leggendo queste righe o che leggerete il manuale, per la fiducia che avete deciso di accordarci.



PARTE SECONDA

Strutturazione generale degli interventi

Strutturare l'intervento clinico: dall'eterogeneità alla specificità

Agnese Raponi, Giovanni Migliarese

PAROLE CHIAVE

Programmi psicoeducativi individuali; Programmi psicoeducativi di gruppo; Percorsi di coaching; Psicoterapia; Interventi di tipo psicosociale.

Premessa

L'ADHD è una condizione del neurosviluppo, ovvero un insieme di caratteristiche che accompagnano la crescita della persona in costante interazione con l'ambiente. Di per sé non indica la presenza di una condizione morbosa, acuta o accessoria, ma di un collettivo altamente variabile di modi e caratteristiche individuali. Detto in altre parole, l'ADHD rappresenta un disfunzionamento, una condizione neurobiologica che generalmente persiste, in varie forme, per tutta la vita.

Come descritto nei capitoli precedenti, il quadro clinico dell'ADHD in età adulta appare complesso e multiforme e si caratterizza non solo per manifestazioni direttamente collegate alla sintomatologia nucleare (difficoltà attentive, iperattività e impulsività), ma anche da tutti quegli adattamenti consapevoli o inconsapevoli che si sono sviluppati e strutturati nel corso del percorso evolutivo proprio in risposta alle manifestazioni nucleari.

Inoltre, le difficoltà incontrate nel corso di tutto il percorso evolutivo favoriscono una situazione di stress cronico di intensità più o meno marca-

ta: questa situazione favorisce altre manifestazioni frequenti, quali la scarsa tolleranza alle frustrazioni, l'iperreattività emotiva o l'instabilità emotiva, e i deficit dell'autostima. A complicare ulteriormente il quadro clinico vi è la frequente compresenza di altri disturbi che possono manifestarsi in tempi diversi, anch'essi favoriti dalla presenza dell'ADHD, quali ansia, depressione o un uso problematico di sostanze psicoattive (oltre a un nutrito numero di altre condizioni psicopatologiche).

Per questo, accanto ad alcuni tratti comuni, che si possono osservare e riconoscere in molti pazienti e che sono le manifestazioni che permettono il lavoro terapeutico in gruppo, bisogna sottolineare che esistono tanti modi diversi di «vivere (o avere) l'ADHD» e che le persone manifestano spesso profonde differenze nelle loro modalità di adattarsi all'ambiente e al contesto. Questa eterogeneità non riguarda solo il corteo sintomatologico presentato, il tipo di impairment neuropsicologico e il funzionamento nelle varie aree di vita, ma anche i fattori neurobiologici e genetici coinvolti.

La profonda eterogeneità clinica obbliga i terapeuti a definire un progetto estremamente individualizzato (a volte descritto come «sartoriale su misura»), che possa rispondere alle specifiche difficoltà evidenziate utilizzando modalità accessibili a quel determinato utente in quello specifico momento. È infatti noto che non tutte le criticità — seppure evidenti — determinate dall'ADHD siano affrontabili immediatamente dall'utente, che deve spesso effettuare un percorso di «avvicinamento circolare» al nucleo delle proprie difficoltà. I trattamenti devono pertanto non essere specifici solo relativamente ai focus o agli strumenti utilizzati, ma anche relativamente ai tempi.

L'obiettivo terapeutico, che inizia già nel corso della valutazione diagnostica, è quello di costruire, insieme al paziente, un percorso che lo porti ad individuare le aree di maggiore difficoltà, quelle che hanno il peso più rilevante sul suo benessere e sul suo modo di relazionarsi con il mondo, poi gli atteggiamenti, le credenze e i comportamenti che tendono a mantenerle e, successivamente, sviluppare un progetto di cambiamento graduale e progressivo.

Il trattamento nell'adulto non si limita quindi a ridurre e contenere i sintomi più invalidanti, ma mira a favorire la recovery, ovvero un processo personale di acquisizione di competenze, responsabilità e cambiamento individuale rispetto ad atteggiamenti, valori, sentimenti, obiettivi, abilità e/o ruoli, nonostante i limiti causati dalle patologie.

Perché questo sia possibile il primo step è quello di favorire una consapevolezza più profonda delle proprie modalità di funzionamento, così da valorizzare i punti di forza e attenuare le criticità con l'obiettivo di promuovere un adattamento più efficace all'ambiente e migliorare la qualità della vita complessiva.

TABELLA 6.1
Mapa operativa

Obiettivo clinico / Dominio	Gestione e organizzazione del tempo	Autostima e vergogna	Relazioni interpersonali	Prendersi cura di sé
a) Miglioramento sintomatologico	- Spiegazione sartoriale: «time blindness», procrastinazione e difficoltà a stimare la durata delle attività. - Strategie disfunzionali: multitasking caotico, rincorsa delle scadenze. - Co-costruzione nuove strategie: pianificazione giornaliera a blocchi, uso di timer, reminder visivi. - Applicazione controllata: sperimentazione guidata di agende digitali, review settimanale con il terapeuta.	- Spiegazione sartoriale: fallimenti ripetuti alimentano senso di inadeguatezza e vergogna. - Strategie disfunzionali: autocritica, evitamento di compiti sfidanti. - Co-costruzione nuove strategie: ristrutturazione cognitiva, esercizi di autocompassione, definizione di micro-obiettivi raggiungibili. - Applicazione controllata: diario di successi e feedback in seduta.	- Spiegazione sartoriale: impulsività causa di interruzioni, irritabilità, conflitti. - Strategie disfunzionali: iper-justificazione, rittiro dopo uno scontro. - Co-costruzione nuove strategie: tecniche di comunicazione assertiva e regolazione emotiva, role play in seduta. - Applicazione controllata: esercizi di «pausa respira-rispondi» nella vita reale.	- Spiegazione sartoriale: dimenticanza di routine sanitarie e igieniche. - Strategie disfunzionali: salto dei pasti, scarso sonno, farmaci assunti in modo irregolare. - Co-costruzione nuove strategie: checklist «cura di sé», abbinare abitudini (habit stacking). - Applicazione controllata: tracciamento su app e verifica periodica.
b) Incremento della consapevolezza	- Spiegazione sartoriale: scarsa percezione dello scorrere del tempo. - Strategie disfunzionali: affidarsi all'adrenalina dell'ultima ora. - Co-costruzione nuove strategie: timer visivi, orologi parlanti, mappe temporali. - Applicazione controllata: diario di autoosservazione con stime vs tempo reale.	- Spiegazione sartoriale: confondere il disturbo con il proprio valore personale. - Strategie disfunzionali: ruminazione, colpevolizzazione globale del Sé. - Co-costruzione nuove strategie: psicoeducazione, esercizi di riformulazione. - Applicazione controllata: schede ABC.	- Spiegazione sartoriale: mancanza di insight sugli effetti dei propri comportamenti. - Strategie disfunzionali: attribuzione esterna/colpa agli altri. - Co-costruzione nuove strategie: prospettiva in terza persona, feedback a 360°. - Applicazione controllata: «scheda d'impatto».	- Spiegazione sartoriale: segnali corporei non riconosciuti. - Strategie disfunzionali: ignorare la fatica. - Co-costruzione nuove strategie: pause mindful programmate, Body Scan, app di idratazione. - Applicazione controllata: reminder ciclici e valutazione settimanale del livello di energia.

Obiettivo clinico / Dominio	Gestione e organizzazione del tempo	Autostima e vergogna	Relazioni interpersonali	Prendersi cura di sé
c) Gestione delle comorbidità	- Spiegazione sartoriale: sonno irregolare (insonnia/ ritardo di fase) peggiora la gestione del tempo. - Strategie disfunzionali: dormire a intermittenza, «catch up sleep» nel weekend. - Co-costruzione nuove strategie: protocollo di igiene del sonno, routine pre-sonno. - Applicazione controllata: actigrafia o app di sleep tracking condivisa.	- Spiegazione sartoriale: depressione/ansia associate amplificano vergogna e autocritica. - Strategie disfunzionali: autoisolamento, autovalutazione continua. - Co-costruzione nuove strategie: monitoraggio dell'umore, scheda attività-piacere, terapia cognitiva. - Applicazione controllata: scala PHQ9/GAD7 mensile e revisione con il terapeuta.	- Spiegazione sartoriale: abuso di sostanze/alcol come tentativo di regolazione emotiva. - Strategie disfunzionali: «bere per socializzare», minimizzazione del problema. - Co-costruzione nuove strategie: alternative «sober fun», rete di supporto. - Applicazione controllata: contratto di astinenza graduale con sponsor/terapeuta.	- Spiegazione sartoriale: obesità o patologie croniche (come diabete) trascurate. - Strategie disfunzionali: «emotional eating», visite mediche rinviate. - Co-costruzione nuove strategie: piano pasti strutturato, reminder per controlli clinici. - Applicazione controllata: food diary fotografico e follow-up con nutrizionista.
d) Miglioramento qualità di vita e adattamento	- Spiegazione sartoriale: definire priorità allineate ai propri valori aumenta la motivazione. - Strategie disfunzionali: obiettivi irrealistici, sovraccarico di agenda. - Co-costruzione nuove strategie: pianificazione value-based, revisione settimanale. - Applicazione controllata: retrospettiva con scoring di congruenza valore-azione.	- Spiegazione sartoriale: riconoscere e celebrare i progressi rafforza l'autostima. - Strategie disfunzionali: ignorare i successi, focalizzarsi solo sugli errori. - Co-costruzione nuove strategie: «success journal», lista di gratitudine, feedback positivi condivisi. - Applicazione controllata: sintesi mensile dei traguardi.	- Spiegazione sartoriale: stabilire reti relazionali supportive sostiene la recovery. - Strategie disfunzionali: isolamento, relazioni «di crisi». - Co-costruzione nuove strategie: joining di gruppi basati su interessi, mentoring reciproco. - Applicazione controllata: log di partecipazione e autovalutazione del senso di appartenenza.	- Spiegazione sartoriale: routine sostenibili evitano l'effetto «tutto o niente». - Strategie disfunzionali: slanci iniziali seguiti da abbandono. - Co-costruzione nuove strategie: programma di attività graduale, combinazione «energia-compiuto». - Applicazione controllata: scala di autoefficacia e tracking settimanale delle abitudini.

Strutturazione dell'intervento psicoeducativo

CASO CLINICO

Federica, 30 anni, vive con il compagno in un piccolo appartamento di città. Lavora part-time come grafica freelance, con carichi di lavoro variabili e scadenze spesso flessibili. Nonostante ciò, riferisce una costante sensazione di insoddisfazione legata alla propria gestione del tempo. La giornata sembra «scivolare via», e anche se ha tempo libero a disposizione, spesso si ritrova a fine giornata con la percezione di non aver fatto nulla di significativo. Si presenta in terapia lamentando ritardi cronici, difficoltà a iniziare le attività, procrastinazione persistente e un senso di frustrazione e autosvalutazione. Tra i sintomi dell'ADHD, precedentemente diagnostica, emergono in modo preminente una compromissione delle funzioni esecutive, difficoltà nella regolazione dell'attenzione e nella percezione del tempo, unite a un tono dell'umore fluttuante, secondario all'inefficacia percepita.

In un percorso psicoeducativo, il primo passaggio è costruire un terreno condiviso di comprensione del funzionamento ADHD, partendo dai vissuti soggettivi. I pazienti spesso si descrivono come «disorganizzati», «pigri» e «inconcludenti». Attraverso la conoscenza delle caratteristiche cliniche e neurobiologiche proprie della loro condizione, possono riformulare queste etichette in termini di funzionamento neurocognitivo, esattamente come è successo a Federica: «Non è che non voglio iniziare, è che il mio cervello non mi dà il via».

Questa nuova prospettiva offre la possibilità di ridurre il senso di colpa e di aumentare la motivazione al cambiamento, lavorando su concetti chiave come funzioni esecutive, memoria di lavoro, distraibilità e disconnessione temporale, utilizzando metafore visive e materiali scritti per favorire la comprensione e la ritenzione delle informazioni.

Un secondo step prevede la co-costruzione di alcune strategie pratiche per superare concretamente le difficoltà lamentate, prendendo in analisi le seguenti dimensioni in modo separato.

- *Intervento sulla percezione del tempo e pianificazione visiva.* Uno dei problemi tipici dei soggetti con ADHD è la difficoltà a strutturare le giornate. La loro percezione del tempo risulta «soggettiva e fluttuante»: alcune attività sembrano durare ore, altre passano senza che loro se ne accorgano. Non riescono a stimare quanto tempo sia necessario per un'attività né quanto ne stiano realmente impiegando. Va dunque introdotto l'uso di un planner settimanale visivo, con codifica per colori, per distinguere blocchi di lavoro,