

# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, DPSS

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Dello Sviluppo e  
Dell'educazione

Elaborato finale

**Donne e Adhd: uno studio sulla disregolazione  
emotiva, intelligenza emotiva, disforia sensibile al  
rifiuto (RSD) e stili di coping.**

*Women and ADHD: a study on emotional dysregulation, emotional  
intelligence traits, rejection sensitivity dysphoria (RSD), and coping  
styles.*

*Relatrice:*

**Prof.ssa Irene Leo**

***Laureanda: Alice Maria Cusumano***

***Matricola: 2018863***

Anno Accademico 2021-2022



## INDICE

<b>1. DISTURBO DEL DEFICIT DELL'ATTENZIONE E IPERATTIVITA' (ADHD)</b>	<b>4</b>
Introduzione	5
1.1 Storia del disturbo	6
1.1.1 L'ADHD nelle varie edizioni del DSM, DAL DSM AL DSM5	8
1.2 Evidenze neurobiologiche e modelli neuropsicologici	10
1.2.1 ADHD e funzioni esecutive	11
1.2.2 Il modello energetico-cognitivo	13
1.2.3 L'avversione per l'attesa e La variabilità delle risposte e la SCT	14
1.3 Evidenze cliniche sull'ADHD	16
1.3.1 Epidemiologia	17
1.3.2 Eziopatologia	18
1.3.3 Diagnosi	20
1.3.4 Trattamento	24
1.3 Evoluzione dell'ADHD nell'arco della vita	26
1.3.1 ADHD nel bambino e nell'adolescente	27
1.3.2 ADHD nell'adulto	30
<b>2 ANALISI DELLE VARIABILI INDAGATE DALLA RICERCA</b>	
Introduzione	35
2.1 Regolazione e Disregolazione emotiva	35
2.1.1 Disregolazione emotiva nella psicopatologia	37
2.1.2 Disregolazione emotiva nell'ADHD	39
2.1.3 Effetti dei trattamenti nella disregolazione emotiva nell'ADHD	42
2.3 Strategie di coping	45
2.2.1 Strategie di coping in psicopatologia	47
2.2.2 Strategie di coping nell'ADHD	49
2.2 Intelligenza emotiva	53
2.3.1 Intelligenza emotiva in psicopatologia e nelle persone con ADHD	55
2.4 Disforia sensibile al rifiuto	58
2.4.1 Disforia sensibile al rifiuto nella psicopatologia e nelle persone con ADHD	61

<b>3 LA RICERCA</b>	<b>66</b>
3.1 Introduzione e scopo della ricerca	66
3.2 La somministrazione	68
3.3 Gli strumenti	69
3.4 Il campione	77
3.5 L'analisi dei dati	82
3.6 Conclusioni, punti di forza e limiti	96
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>102</b>

## **Introduzione**

Il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD) è un disturbo eterogeneo, complesso e multifattoriale, ad insorgenza infantile.

Definito dal DSM-5 come “pattern persistente di disattenzione e/o iperattività-impulsività che interferisce con il funzionamento o lo sviluppo”, è presente nel il 5% dei bambini, e il 2.5% degli adulti. Nonostante non si fa menzione delle difficoltà emotive che l'ADHD comporta nel DSM-5, numerose sono le ricerche a tal proposito (Barkley, 2015, Sagvolden et al. 2005).

Tale elaborato, mostra lo stato della ricerca in relazione a queste difficoltà all'interno di 3 capitoli.

Il primo affronta tutto quel che concerne l'ADHD da un punto di vista storico-ricostruttivo mostrando i primi scritti sull'ADHD risalenti al 1800, le rappresentazioni delle varie edizioni del DSM, i modelli neuropsicologici principali che si sono susseguiti nel tempo fino ad arrivare ad una prospettiva più clinica che affronta i concetti della diagnosi, della manifestazione dei sintomi durante l'arco della vita e del trattamento.

Il secondo capitolo indaga le variabili oggetto di studio della ricerca; inizialmente nè da una definizione generale, poi le tratta in relazione alla psicopatologia -cosa necessaria date le numerose comorbidità che avere l'ADHD comporta- e infine in relazione all'ADHD stesso.

Il terzo capitolo espone la ricerca.

Questa ricerca, svolta in Regno Unito indaga 4 variabili –disregolazione emotiva, intelligenza emotiva, stili di coping e disforia sensibile al rifiuto- in tre gruppi, di cui 2 sperimentali e uno di controllo.

Tra le popolazioni sperimentali, la prima è composta da persone con diagnosi ufficiale di ADHD e la seconda è relativa a persone con possibile ADHD; queste sono state confrontate con un campione di controllo costituito da persone senza ADHD.

Il requisito del primo campione è di aver ricevuto la diagnosi ufficiale in UK, mentre il requisito del secondo campione è quello di identificarsi con tale disturbo del neurosviluppo. Se nel primo rientrano persone con un passato di diagnosi e spesso di trattamenti psicoterapici e farmacologici, nel secondo rientrano principalmente donne in lista d'attesa per la diagnosi e/o donne 'self-diagnosed'.

Secondo le linee guida stilate dall'NHS (National Health Service) in Regno Unito per ottenere una diagnosi -seguendo l'iter della sanità pubblica- è necessario discutere dei propri sintomi con un medico di base, il quale, dopo aver fatto un assessment, metterà il paziente in lista d'attesa per avere un incontro con un professionista specializzato in questo disturbo (NHS, 2021).

Gli strumenti utilizzati sono stati: Brief Cope, DERS, il PANAS-SF, TEIQue-SH e l'A-RSQ.

Obiettivo della ricerca è quello di confrontare primariamente i due gruppi sperimentali tra di loro per vedere se ci sono differenze significative all'interno delle variabili indagate e secondariamente confrontare tali gruppi al gruppo di controllo.

## **CAPITOLO 1**

### **DISTURBO DEL DEFICIT DELL'ATTENZIONE E IPERATTIVITA' (ADHD)**

#### **Introduzione**

Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività è ad oggi uno dei disturbi mentali più riscontrato nei bambini; viene infatti spesso identificato in età scolare quando esso causa comportamenti distruttivi in classe e difficoltà ad eseguire i compiti. Le correnti stime riportano che il 5% dei bambini, e il 2.5% degli adulti ne è affetto (DSM-5, 2013).

Anche se il concetto contemporaneo di deficit dell'attenzione e iperattività come definito nei manuali diagnostici è relativamente nuovo, una analisi storica della letteratura suggerisce che bambini che presentano sintomi di iperattività, disattenzione e impulsività sono stati descritti da autori negli ultimi 200 anni. Infatti, se la nomenclatura, le caratteristiche cliniche e i concetti sottolineati sono cambiati durante il tempo, molte delle descrizioni storiche riportano caratteristiche sovrapponibili ai moderni criteri per la diagnosi, così come sono descritti nelle ultime edizioni del DSM (Lange, Et al. 2010).

All'interno del seguente capitolo, nella prima parte vengono discusse la storia e le prime descrizioni cliniche dell'ADHD in bambini e/o adolescenti, risalenti ai secoli precedenti fino ad arrivare alla rappresentazione delle varie edizioni del DSM. Nella seconda, vengono invece esposti i principali modelli neuropsicologici sull'eziologia di tale disturbo e, infine, nella terza, si riporta l'evoluzione dell'ADHD, durante l'arco della vita, dall'età prescolare fino all'età adulta.

## 1.1 Storia del disturbo

Il dottor Crichton nel 1978 è stato uno dei primi a descrivere segnali di iperattività e disattenzione nel libro: “An inquiry into the nature and origin of mental derangement: Comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects” (Lange, Et al. 2010).

Egli scrisse:

*'In this disease of attention, if it can with propriety be called so, every impression seems to agitate the person, and gives him or her an unnatural degree of mental restlessness. People walking up and down the room, a slight noise in the same, the moving a table, the shutting a door suddenly, a slight excess of heat or of cold, too much light, or too little light, all destroy constant attention in such patients, inasmuch as it is easily excited by every impression. The barking of dogs, an ill-tuned organ, or the scolding of women, are sufficient to distract patients of this description to such a degree, as almost approaches to the nature of delirium. It gives them vertigo, and headache, and often excites such a degree of anger as borders on insanity. When people are affected in this manner, which they very frequently are, they have a particular name for the state of their nerves, which is expressive enough of their feelings. They say they have the fidgets.*  
*''(Crichton, 1898 , reprint p. 203)*

Risulta evidente da questo testo come vengano esattamente descritti molti degli attuali criteri del DSM-5, in particolare il criterio E, relativo all'area iperattività ‘È spesso sotto pressione, agendo come se fosse “azionato/a da un motore” (DSM-5) e il criterio A, relativo sempre all'area iperattività ‘spesso agita o batte mani e piedi o si dimena sulla sedia’ (DSM-5). La causa inoltre viene imputata a una mancanza di attenzione (Crichton, 1978).

Nel diciannovesimo si trovano le seguenti testimonianze: il dottor John Haslam, il quale descrive nel suo libro ‘Observations on madness and melancholy’ un ragazzino che rappresenta un precoce esempio storico di caso clinico con ADHD, disturbo della condotta, e ritardo cognitivo e Williamo James (filosofo e psicologo) che nel suo libro ‘Principles of Psychology’ fa una descrizione di quel che lui chiama ‘the explosive will’, ispirando i professionisti della salute mentale del secolo successivo. Infine, orientando lo sguardo verso pionieri degli aspetti medico-pedagogici in infanzia e adolescenza, si distingue Bourneville, che in Francia durante la fine del XIX secolo introduce un approccio pedagogico per bambini con deficit cognitivi, instancabilità psicomotoria, disattenzione, disobbedienza e mancanza di disciplina; chiaramente molte delle descrizioni si rifanno a quelli che oggi vengono identificati come bambini con ADHD (Martinez-Badia et al, 2015).

Nel XX secolo, il dottor Gorge Still in un suo seminario discute quel che definisce ‘an abnormal defect of moral control’ (Still, 1902, Still 2006) e constata come un difetto del controllo morale può essere riscontrato in bambini con ritardo cognitivo. Descrive però 20 casi che in assenza di ritardo cognitivo si trovano in situazioni molto simili; questi casi arriveranno alle nuove generazioni come storiche descrizioni di ADHD.

All’interno di questi casi descrive inoltre una sproporzione sulla prevalenza di genere (3 maschi versus 1 femmina) in questo disturbo.

Nelle sue descrizioni, oltre a parlare di iperattività e impulsività, si sofferma poi sull’aspetto cognitivo, quindi quello attentivo:

*‘The case of a boy with moral defect who would repeat the process of saying ‘Good-night’ several times before he was aware that he had done so; the same boy would often put his boot on the wrong foot apparently without noticing it. Another boy, aged six years, with marked moral defect was unable to keep his attention even to a game for more than a very short time, and, as might be expected, the failure of attention was very noticeable*

*at school, with the result that in some cases the child was backward in school attainments, although in manner and ordinary conversation he appeared as bright and intelligent as any child could be (Still, 1902, p. 1166, Still 2006).*

Non tutti i casi che Still descrive si possono far rientrare nello spettro dell'ADHD; alcuni di questi sono perlopiù relativi a disturbi della condotta, ritardi cognitivi e disturbi antisociali di personalità: tutti fatti rientrare in un 'deficit del controllo morale' diventano, grazie anche alla sua pubblicazione su Lancet, "the groundwork for a category of mental illness that is (...) specific to child deviance" famosi nell'ambiente di psichiatrico del 1900. (Rafalovich et al. 2001, Lange , Et al. 2010).

È evidente poi come dopo le grandi epidemie di encefalite (1915-1920), molti dei bambini sopravvissuti alle infezioni cerebrali riportarono numerosi problemi con l'impulsività e iperattività, mancanza di concentrazione, etc. Dato che molti di questi soggetti presentavano un livello d'intelligenza normale durante lo sviluppo, si diffuse l'idea che avessero un 'minimal brain damage'.

Altri studiosi hanno poi generato nuove teorie per inquadrare l'eziopatogenesi di tali sintomi: ad esempio, 'traumi perinatali', come afferma Shirley nel 1939; 'Disfunzione Cerebrale Minima causata da intossicazione da piombo', tesi sostenuta da Byers Lord nel 1943; e 'infezioni cerebrali' come sostengono Meyers and Byers nel 1952 (Lange, K. W. et al., 2010).

### **1.1.1 L'ADHD nelle varie edizioni del DSM, dal DSM al DSM 5**

Se nella prima edizione del DSM (1952) non si faceva alcuna menzione dell'ADHD, nel DSM II si riscontra per la prima volta una descrizione di questo disturbo del neurosviluppo, sotto la nomenclatura di 'reazione

ipercinetica del bambino'. Come si evince facilmente dalla nomenclatura, il focus di questa descrizione diagnostica è prevalentemente orientato a descrivere gli aspetti comportamentali (come l'eccessiva attività motoria), più che quelli cognitivi e, dunque, più relativi all'attenzione.

Solo successivamente, con il DSM III, è stata fatta menzione dei problemi relativi all'attenzione, impulsività e iperattività e una nomenclatura più simile a quella attuale riporta 'Disturbo da deficit di attenzione (con o senza iperattività); più avanti, nel DSM III-R avviene l'eliminazione dell'ADD senza iperattività.

Procedendo, nel DSM-IV l'ADHD viene inserito nella categoria 'disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza'.

Nel DSM-5, l'ADHD viene posto per la prima volta nella categoria disturbi del neurosviluppo, per riflettere il concetto di sviluppo cerebrale e dei suoi disordini. I criteri diagnostici per l'ADHD rimangono perlopiù invariati rispetto al DSM-IV e continuano a essere divisi in due domini (dominio inattentivo e dominio impulsivo/iperattivo); le poche modifiche fatte a tali criteri vengono effettuate per rendere più facile l'individuazione dell'ADHD negli adulti.

Il DSM-5 definisce, inoltre, l'ADHD come "pattern persistente di disattenzione e/o iperattività-impulsività che interferisce con il funzionamento o lo sviluppo" e mantiene la divisione in manifestazioni (non più sottotipi) con Disattenzione predominante, con Iperattività/Impulsività predominante, Combinata.

Le 3 manifestazioni non sono stabili nel tempo, ma anzi possono alternarsi durante la vita del paziente.

Esistono diversi livelli di gravità di questo disturbo, suddiviso in lieve, medio e grave.

Sebbene i criteri per la definizione della sindrome siano gli stessi del DSM IV, per gli adolescenti ed adulti vengono richiesti meno sintomi per la

diagnosi (almeno 5 e non 6), purché i sintomi siano già presenti durante l'infanzia.

Risulta, infine, necessario parlare di altre due importanti modifiche: il DSM-IV impone che le compromissioni siano presenti prima dei 7 anni, mentre il DSM-5 richiede che le compromissioni siano presenti prima dei 12 anni; il DSM-5 include la possibilità che insieme all'ADHD ci possa essere anche una comorbidità con il disturbo dello spettro autistico, cosa non prevista dal DSM-IV (Epstein et Al., 2015)

Il fatto di spostare l'età da 7 a 12 anni risulta essere molto utile per quanto riguarda la diagnosi negli adulti: il 95% degli adulti con ADHD ricorda, infatti, l'insorgenza dei loro sintomi prima dei 12 anni. (Kessler et al., 2005).

## **1.2. Evidenze neurobiologiche e modelli neuropsicologici**

In questa sezione si farà principalmente riferimento all'ADHD in una prospettiva meno clinica e maggiormente basata sulla ricerca e sulle teorie a supporto del funzionamento globale degli individui con ADHD. La prospettiva è di natura storica-ricostruttiva: Verranno dunque affrontati sia studi che risalgono agli anni '80 (rispetto al controllo esecutivo del comportamento di Quay e Gray), ma tutt'ora attuali, sia studi più recenti come quelli relativi allo 'Sluggish Cognitive Tempo'.

Le teorie a riguardo risultano essere innumerevoli, pertanto, di seguito si riportano le cinque teorie più significative, si selezionate ed espresse da Mahone e collaboratori nel 2017.

### 1.2.1 ADHD e funzioni esecutive

Le principali teorie neuropsicologiche sull'ADHD rispetto agli ultimi 25 anni enfatizzano il ruolo delle funzioni esecutive in correlazione ad aspetti cognitivi e comportamentali sregolati nell'ADHD; a ciò sono inoltre collegate le anomalie dei circuiti prefrontali, modulati dall'espressione delle catecholamine (Mahone et. al., 2017).

Questa prospettiva è stata sostenuta con forza da Barkley che, in uno studio del 1997, elabora un modello teorico che collega l'ADHD ad un deficit di inibizione comportamentale.

Tale modello collega l'inibizione a 4 funzioni neuropsicologiche esecutive: 1 memoria di lavoro, 2 autoregolazione dell'eccitazione-motivazione-affettivo, 3 interiorizzazione del linguaggio, e 4 ricostituzione (analisi e sintesi comportamentali).

Seguendo questa prospettiva, l'ADHD risulta essere associato a menomazioni secondarie in queste 4 abilità esecutive e nel controllo motorio che consentono (Barkley, et al. 1997).

I successivi studi mostrano l'eterogeneità rispetto al funzionamento/non funzionamento delle funzioni esecutive: un insieme vasto di studi analizzano la popolazione pediatrica con ADHD e stimano che essa presenti delle disfunzioni esecutive tra il 21% e il 60% (Biederman et al. 2004; Coghill et al. 2014; Fair et al. 2012; Sonuga-Barke et al. 2010). Altri studi analizzano separatamente la memoria di lavoro e il controllo inibitorio e mostrano come anche qui vi è una vasta eterogeneità.

Nello specifico, la memoria di lavoro risulta essere deficitaria tra il 30% e il 37% dei casi (Conighill et al, 2014) (Fair et al. 2012), mentre il controllo inibitorio è deficitario tra il 21% e il 46% della popolazione pediatrica con ADHD (Conighill et al. 2014; Sonuga-Barke et al 2010; Nigg et al 2005; Solanto et al. 2001).

Decisive sono state le evidenze di come l'espressione di tali deficit sia modulata da altre variabili come il QI (Mahone et al. 2002) e di quanto il

paradigma delle disfunzioni esecutive sia applicabile solo ad una piccola fetta di persone con ADHD, al punto tale da suggerire la creazione di un sottotipo di ADHD nel DSM, che includesse solo le persone con ADHD con disfunzioni esecutive, in modo tale da avere un primo ADHD con origini eziologiche certe (Nigg et al, 2005).

La spinta alla creazione di un sottotipo con ADHD con disfunzioni esecutive arriva da un ultimo studio ancora più recente di Roberts e collaboratori del 2017, che, includendo 357 bambini tra i 6 e i 13 anni, mostra una classificazione di questo campione all'interno di 3 categorie: (A) bambini con scarsi meccanismi di 'set-shifting', (B) bambini con scarso controllo inibitorio e (C) bambini con intatte abilità nelle performances.

Numericamente i bambini con difficoltà nel 'set-shifting' (A) sono caratterizzati da una maggiore impulsività/iperattività, sintomi connessi al DOC, un minor successo accademico e prestazioni deficitarie nel calcolo del QI.

Quanto espresso risulta infatti essere in linea con gli studi che mostrano come i bambini con disfunzioni esecutive e ADHD riscontrino più difficoltà scolastiche (Biederman et al., 2004); ciò risulta essere particolarmente vero se le funzioni esecutive intaccate sono appunto relative al poco 'set-shifting' o alle basse abilità di 'multitasking', qualità estremamente utili in classe, specialmente in matematica (Bull et al 2008; Bull et al 2001).

Ritornando alla vasta ricerca di Bethan et al. del 2015, risultano di particolare interesse i risvolti per i bambini che non presentano una compromissione nelle performance (C): questi non esibiscono problemi accademici, né un'intelligenza minore a quella dei pari però mostrano degli indici depressivi più alti dei bambini con disfunzioni esecutive.

Il gruppo invece con una scarsa inibizione (B) del comportamento mostra un funzionamento che potremmo dire intermedio tra i bambini con povere strategie di 'set-shifting' e i bambini con le performance intatte.

Nonostante i numerosi vantaggi, riconoscendo le limitazioni delle teorie relative alle funzioni esecutive, gli studiosi hanno iniziato a studiare una gamma più ampia di costrutti non ‘frontostriatali’ tra cui: Il modello cognitivo-energetico, il modello della motivazione e ‘delay aversion’, il modello ‘Sluggish Cognitive Tempo’ (Mahone et. al., 2017).

### **1.2.2 Il modello energetico-cognitivo**

Basato sul modello di processamento delle informazioni di Joseph Sergeant e colleghi, il modello energetico-cognitivo si rifà al funzionamento tonico e fasico del cervello (Sergeant, 2000).

Questo modello caratterizza il comportamento osservato nell’ADHD come un prodotto del gioco dinamico tra i sistemi energetici (bottom-up) -sistemi involti nell’arousal, attivazione e sforzo- e cognitivi (top-down) che limitano l’espressione degli stati energetici pulsionali.

Questo modello ha permesso la comprensione di come le anomalie sottocorticali che influenzano l’eccitazione e l’attivazione, siano primarie nella manifestazione dell’ADHD; Sergeant, infatti, ideatore di tale teoria, in un suo documento afferma che è la mancata regolazione dei processi inibitori a spiegare come si manifestano i deficit delle funzioni esecutive.

Secondo tale modello, l’efficacia complessiva dei processi di elaborazione è determinata sia da ‘fattori di stato’(A) (in riferimento ad alcune condizioni fisiologiche), sia da fattori ‘elaborativi o computazionali (B); entrambi questi fattori sono poi gestiti da funzioni di controllo, che si configurano come meccanismi paragonabili alle funzioni esecutive e controllate dalla corteccia prefrontale.

I meccanismi di elaborazione o computazionali (B), dell’attenzione sono costituiti da quattro stadi: decodifica (1), ricerca (2), decisione (3) ed organizzazione motoria (4).

I 'fattori di stato' (A) includono: sforzo e impegno (1), che ha sede nell'ippocampo (Pribram et al. 1975). Sanders (1983) attribuisce allo sforzo la funzione inibitoria ed eccitatoria delle altre due fonti energetiche: attivazione (2) -risposta TONICA: i correlati sono da ricercare nei gangli alla base e nel corpo striato- ed arousal (3) -risposta FASICA: i correlati vanno ricercati nel mesencefalo, la formazione reticolare e l'amigdala-.

Il modello cognitivo energetico include anche l'autogestione e i vari meccanismi di valutazione, i quali sono associati con la pianificazione, il monitoraggio, etc.

In conclusione, questo modello presenta tre stadi:

- lo stadio inferiore: decodifica, elaborazione (ricerca e decisione), organizzazione della risposta;
- Lo stadio intermedio: sforzo e impegno che gestisce arousal e attivazione;
- Lo stadio superiore: autogestione.

Questo paradigma afferma che l'efficienza complessiva dell'elaborazione delle informazioni -punto cruciale e spesso deficitario nell'ADHD- è determinata dall'interazione tra questi tre meccanismi spesso carenti e deficitari nella sindrome espressi a tre livelli diversi, con flussi top-down e bottom-up tra loro (Sergeant, 2000).

### **1.2.3 L'avversione per l'attesa, La variabilità delle risposte e la SCT**

Il concetto di 'delay aversion' (avversione al ritardo) deriva dal modello motivazionale dell'ADHD, basato sull'influenza dei sistemi di ricompensa nel cervello, ed è caratterizzato a livello comportamentale dalla preferenza per ricompense "più piccole prima" (SS) rispetto a "più grandi dopo" (LL) (Sonuga-Barke, Sergeant, Nigg e Willcutt, 2008).

Come i modelli cognitivo-energetici, le teorie dell'avversione al ritardo incorporano il controllo esecutivo e i circuiti dorso-frontostriatali, rappresentati dal punto di vista comportamentale da problemi di controllo inibitorio.

Il modello a doppia via, infatti, riconosce anche l'influenza di un secondo circuito (di ricompensa), rappresentato dalla disfunzione frontostriatale ventrale e che determina comportamentalmente l'avversione al ritardo (Sonuga-Barke, 2003) e una sensibilità anomala alla ricompensa (Luman, Van Meel, Oosterlaan, Sergeant, & Guerts, 2009).

Più recentemente, il modello è stato ampliato per considerare un terzo potenziale percorso che influenza l'output comportamentale, diventando così un modello a triplo percorso, che coinvolge deficit di elaborazione temporale, che si manifestano con difficoltà con la tempistica, la discriminazione temporale, la riproduzione e la sincronizzazione motoria (Sonuga-Barke, Paraskevi & Thompson, 2010).

L'aggiunta di questi deficit temporali al modello riconosce l'influenza del funzionamento cerebellare nella manifestazione della funzione cognitiva e comportamentale negli individui con ADHD.

La teoria dell'avversione al ritardo ha riaperto anche l'interesse nei processi motivazionali come fattori esplicativi per i sintomi di disattenzione e iperattività-impulsività. Tale modello è stato studiato come uno stile motivazionale caratterizzato da una "reazione emotiva negativa all'imposizione del ritardo"; tale concetto oggi viene utilizzato per denotare un percorso di sviluppo indipendente e complementare che può contribuire all'emergere di molti dei comportamenti problematici all'interno della sindrome (Mahone et. al., 2017).

Numerose sono anche le ricerche relative alla 'variabilità della risposta'. In poche parole, gli individui con ADHD mostrano in modo sistematico tempi di risposta (TR) più lenti e variabili (misurati attraverso vari test come il CPT, ETC) rispetto a individui con sviluppo normale in varie prove cognitive.

Questa forte variabilità non è inoltre meglio spiegata da un effetto non specifico causato da più basse abilità cognitive.

A tal proposito uno studio, dimostra infatti che un aumento intra-individuale di variabilità non è necessariamente una conseguenza di una disfunzione neuro-psicologica, ma può essere collegato a un mal-funzionamento della corteccia frontale e in particolare delle aree dorso-laterali (Johnson, et al., 2007).

Concludendo con un ultimo modello, alcune ricerche identificano una serie di sintomi presenti in molti dei bambini con ADHD tra cui letargia, sogni ad occhi aperti, confusione, sonnolenza, perdere del filo dei pensieri, essere poco attivi; questi sintomi vengono identificati con l'espressione 'sluggish cognitive tempo'.

Anche se le caratteristiche della SCT sono incluse negli esempi forniti per la diagnosi di ADHD nel DSM III, nel DSM-5, invece, non si fa minima menzione di ciò, in quanto vi è assenza di un accordo sull'interpretazione di tali sintomi e il legame che essi hanno con l'ADHD (Mahone et. al., 2017).

### **1.3 Evidenze cliniche sull'ADHD**

Nel primo paragrafo si analizzano i fattori relativi l'epidemiologia nei vari paesi e tutte le controversie relative a questa questione fino ad arrivare ai fattori di rischio analizzati con delle metanalisi.

Infine, negli ultimi 2 sottoparagrafi si analizzano le questioni relative alla diagnosi e gli eventuali test diagnostici con gli studi sull'efficacia dei test neuropsicologici e le interviste e in conclusione il trattamento secondo alcune le linee guida principali con gli studi che effettuano comparazioni tra terapia cognitivo-comportamentale e trattamento farmacologico.

### 1.3.1 Epidemiologia

Attraverso le metanalisi risulta evidente che parlare di prevalenza ed epidemiologia dell'ADHD è un argomento assai spinoso.

Partendo dai manuali diagnostici, Il DSM-5 riporta come prevalenza il 5% della popolazione e il 2.5% degli adulti (DSM-5, 2013), mentre l'ICD-10 riporta numeri inferiori.

Una review di Manos et. al del 2017 mette sotto una lente d'ingrandimento gli Stati Uniti, mostrando come i dati varino in maniera significativa all'interno del continente; vi è infatti una prevalenza del 4.2% in Nevada che entra in forte contrasto con il 14% di bambini/adulti diagnosticati in Arkansas.

Oltre a ciò, mostra come la prevalenza dell'ADHD sia aumentata del 42% negli Stati Uniti dal 2003 al 2011; più di 1 bambino su 10 ne incontra i criteri diagnostici.

La stima mondiale dell'ADHD, ricavata da Maons nel 2017, mostra dati che vanno dal 2,2% al 17%; in media in Nord America e in Europa vi è una prevalenza del 7,2% in bambini e adolescenti sotto i 18 anni, mentre gli adulti diagnosticati rimangono solo il 2,5%.

Rimangono problematici alcuni aspetti epidemiologici; la diagnosi nelle donne e negli individui adulti sono parte di queste.

Un'altra review stima la presenza dell'ADHD in Africa; a tal proposito i dati indirizzano verso un 7.47% (circa il 5% nelle ragazze e 10% nei maschi).

Il sottotipo più comune è quello disattento in entrambi i sessi, seguito da quello iperattivo e infine quello misto (Ayano, et al. 2020).

Negli ultimi anni, si indaga inoltre una controversa possibilità, cioè l'idea che l'ADHD possa insorgere in età adulta in maniera idiopatica e distinta della forma e dall'esordio tipicamente infantile.

A tal proposito, uno studio stima che la prevalenza di questi casi sia del 2.7% in Nuova Zelanda e del 5.5% in regno unito. Questa possibilità rimane tuttavia ancora da indagare (Franke et al.2018).

### **1.3.2 Eziopatologia**

Gli studi sull'eziopatogenesi portano a numerose piste.

Numerosi sono stati i tentativi di individuare il 'gene rischio', mentre attualmente la premessa predominante è che l'ADHD sia spiegato da più varianti genetiche comuni di piccola dimensione e da rischi ambientali. Inoltre, nessuno studio fino ad oggi, inclusa una metanalisi (Neale et al., 2010), ha rivelato alcuna variante del gene che supera la soglia statistica ( $p = 5 \times 10^{-8}$ ) per la significatività dell'intero genoma.

Le contro-argomentazioni sono che l'architettura genetica dell'ADHD sembri essere spiegata da una complessa miscela di varianti comuni e rare, e che gli obiettivi delle ricerche genetiche siano scoprire nuovi meccanismi di rischio biologico e cerebrale, piuttosto che concentrarsi sui fattori di rischio individuali (Thapar et al., 2013).

Una metanalisi del 2019 di Faraone e colleghi fornisce una forte conferma dell'ereditarietà della sindrome; mostra infatti come il rischio di avere l'ADHD aumenta di 9 volte se vi è già una diagnosi data a un fratello.

Anche gli studi sull'adozione suggeriscono che i fattori familiari dell'ADHD siano attribuibili a fattori genetici piuttosto che a fattori ambientali condivisi. Infatti, a tal proposito gli studi sui gemelli monozigoti e dizigoti mostrano che l'ereditarietà sui gemelli sia dell'ADHD che delle misure di disattenzione e iperattività è superiore al 74% (Faraone, et al., 2019).

Le cause e i fattori di rischio più consistenti per quanto concerne l'ADHD includono: avere un parente con il disturbo, grandi CNV rari, avversità precoci estreme, esposizione pre- e postnatale al piombo e basso peso/prematurità alla nascita (Thapar, et al., 2013).

Sui fattori di rischio prenatali un'ulteriore metanalisi ne riporta altri 3:

- Fumo materno: tale variabile risulta osservabile grazie ai report materni, che registrano maggiori probabilità per il nascituro di avere ADHD se madre entra a contatto con il fumo;
- Stress materno;
- Basso peso alla nascita e prematurità; questo fattore di rischio è correlato con l'ADHD di tipo inattentivo.

A tal proposito è importante specificare che nonostante i numerosi studi, mancano prove soddisfacenti relative al fatto che i fattori perinatali e prenatali possono essere causali.

Infine, se da un lato prove emergenti iniziano a sfidare le correlazioni tra lo stress materno, il fumo alla nascita e l'ADHD, nuove ricerche si orientano sull'influenza della prematurità/ basso peso alla nascita come causa della sindrome (Thapar et al. 2013).

Infine, un'ultima metanalisi del 2019 analizza gli studi sui fattori di rischio più studiati dalla ricerca negli ultimi tre anni e conferma come appunto la prematurità rimanga il fattore di rischio più forte in relazione allo sviluppo della sindrome.

Questa metanalisi mostra anche come un basso peso in età gestazionale sia correlato ad un più alto rischio di ADHD nel nascituro.

Infine, illustra come gli studi che negli ultimi anni hanno tentato di mostrare correlazioni tra età materna, fumo e alcol in gravidanza, esposizione a determinate tossine e ADHD siano falliti, a causa della mancanza di evidenze significative.

Concludendo, la metanalisi mantiene il dubbio già esposto prima sul fatto che le correlazioni trovate siano causali (Sciberras, 2019)

Passando all'analisi dei fattori psicosociali Thapar e altri nel 2013, mostrano correlazioni tra ADHD e:

- Avversità familiari e basso reddito;
- Frequenti conflitti tra i genitori e i figli e/o ostilità da parte del bambino;
- Severa deprivazione precoce.

Tra tutte queste variabili quella che mostra maggiormente avere un collegamento di tipo causale con la sindrome è certamente la severa deprivazione precoce (Thapar, et al., 2013).

### **1.3.3 Diagnosi**

La diagnosi dell'ADHD nel bambino richiede oltre alla soddisfazione dei criteri del DSM, l'osservazione clinica del bambino o dell'adolescente con test da somministrare e una raccolta dati fornita da famiglie e insegnanti (Aifa, 2015)

In seguito a un sospetto di ADHD infatti occorre:

1. Raccogliere informazioni da diverse fonti (genitore, baby-sitter, insegnanti, etc) utilizzando interviste/questionari per analizzare il funzionamento scolastico, sociale e familiare del bambino;
2. Colloqui clinici e test da somministrare;
3. La valutazione delle capacità cognitive e l'apprendimento scolastico; capacità attentive, pianificazione, autocontrollo, etc. In alcuni casi potrebbe essere consigliabile valutare possibili disturbi del linguaggio e altre diagnosi in possibile comorbidità;
4. Effettuare l'esame medico e neurologico valutando di eventuali patologie associate e gli effetti di eventuali terapie in atto (Hill and Taylor 2001).

A livello internazionale, tra le scale più usate per la valutazione specifica dell'ADHD, ci sono le scale di Conners (Conners, 1997); esse comprendono due scale, una per genitori e l'altra per gli insegnanti e valutano disattenzione, iperattività, aggressività.

Una recente metanalisi sulle scale Conners mostra come entrambe le interviste presentano una soddisfacente specificità e sensibilità nella diagnosi; la capacità di ogni strumento di classificare i casi e i non casi è da moderata ad alta. Delle tre versioni delle scale Conners (CBCL-AP and CRS-R e ASQ) analizzate L'ASQ rappresenta la prima scelta grazie alla sua brevità e alla sua accuratezza diagnostica (Ling-Yin Chang et al, 2016).

Tra gli strumenti più usati, la 'Parent Interview for Child Symptoms (PICS)' si caratterizza come un'intervista semi-strutturata aggiornata sui criteri del DSM-5 che focalizzandosi sull'ADHD, ODD e nei disturbi del comportamento in bambini e adolescenti risulta anch'essa essere un'ottima prima linea.

Come anticipato precedentemente, i test neuropsicologici sono essenziali per fare una diagnosi e confermare eventuali carenze.

Tra questi i più utilizzati sono:

- la prova del Go no Go che consiste nel premere un tasto alla visione della X su uno schermo e di non premerlo se compare O.
- il Completamento Alternativo di Frasi nel quale bisogna completare delle frasi con parole semanticamente non collegate alla frase pronunciata dall'esaminatore.
- il test di Stroop nel quale le risposte possibili ad uno stimolo sono incompatibili ma quella che non si deve dare è più spontanea. Consiste nella presentazione di nomi di colore e bisogna rispondere col colore in cui sono scritti e non leggendo il nome del colore. In relazione a questo test una metanalisi effettuata del 2008 mostra che l'effetto di interferenza di Stroop non è maggiore nei gruppi sperimentali di individui con ADHD rispetto al gruppo di controllo (K Schwartz et al. 2008).

- il Continuous Performance Test (CPT) nel quale vengono presentate singole lettere in successione nel computer e il bambino deve prendere un tasto quando compare la coppia lettere-bersaglio. Più omissioni indicano il calo del livello di vigilanza, i falsi positivi indicano il grado di impulsività.
- il Matching Familiar Figure Test che consiste in 20 item nei quali veniva presentato in alto una figura ed in basso altre 5 simili e una sola identica. Vengono contati errori e tempo di individuazione.

Per quanto riguarda gli adulti, tra le scale di valutazione più usate ci sono:

- L'adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) che dopo essere stata sviluppata dalla WHO misura l'ADHD, comprende 18 item e ve ne sono varie versioni. Questa è inoltre tradotta in molte lingue.

In uno studio di Petterson del 2015 dove vengono confrontati gli strumenti diagnostici, queste scale non vengono classificate tra le più utili in quanto mostrano punteggi di alta sensibilità = 91.7, ma una bassa specificità = 27.1 (Petterson et. Al. 2015).

- Le scale Conners per adulti (CAADID); queste forniscono a medici e ricercatori una diagnosi categorica del disturbo tramite un colloquio comprensivo di informazioni su storia personale del paziente, il corso di sviluppo dei sintomi dell'ADHD e il livello di disabilità.

Tra le interviste spiccano certamente le DIVA 2 (Diagnostic Interview for ADHD in adults) che basandosi sui criteri del DSM-IV, successivamente alle domande, forniscono numerosi esempi dell'ADHD in età adulta e si basano su descrizioni comuni fornite da adulti e pazienti nella pratica clinica.

Le difficoltà riportate negli esempi si associano ai sintomi in cinque aree di vita quotidiana: lavoro e istruzione; relazioni e vita familiare; tempo libero e hobby; fiducia in sé stessi e immagine di sé. (DIVA,2010). La DIVA è divisa in tre parti che vengono applicate ciascuna all'infanzia e all'età adulta: I criteri per il deficit di attenzione (A1), I criteri per Iperattività-

Impulsività (A2) e l'età dell'esordio e delle difficoltà spiegata da sintomi dell'ADHD(A3).

Tra le difficoltà riportate dagli esempi per quanto riguarda la disattenzione;

1- alla domanda:

*“Le capita spesso di non prestare una adeguata attenzione ai dettagli, o di fare errori di distrazione nel suo lavoro oppure durante lo svolgimento di altre attività?”*

*Commette errori di distrazione, lavora molto lentamente per non sbagliare, non legge attentamente le istruzioni, ha difficoltà a lavorare in modo preciso, ha bisogno di troppo tempo per completare compiti elaborati, si perde facilmente nei dettagli”*

2- alla domanda:

*“Trova spesso difficoltà a mantenere l’attenzione a lungo sui compiti?:  
Non riesce a mantenere a lungo l’attenzione sui compiti, viene facilmente distratto dai propri pensieri o da ciò che gli viene in mente, trova impegnativo guardare un film fino alla fine, o leggere un libro, si annoia velocemente, fa domande su argomenti che sono stati già affrontati”*

Per quanto riguarda l’iperattività tra le domande:

*“- Si sente spesso irrequieto*

*Sensazione di irrequietezza o di agitazione interna, Costantemente con la sensazione di dover fare qualcosa, Difficoltà a rilassarsi (DIVA)”*

L’efficacia delle scale DIVA è viene confrontata con diversi test neuropsicologici e strumenti diagnostici (ASRS, CTPs, etc) in uno studio del 2015 di Petterson, tale studio mette in evidenza le DIVA come lo strumento migliore per la diagnosi di ADHD in età adulta, con una buona abilità nel discriminare tra i gruppi con ADHD e senza ADHD (sensitivity = 90.0; specificity = 72.9).

Se inoltre associato al CPT, raggiunge una sensibilità di 90.0 e una specificità del 83.3% (Pettersen, et al. 2015).

#### **1.3.4 Il trattamento**

Ancor prima di affrontare il trattamento è necessario sottolineare che diverse linee guida, comprese le NICE (2018), enfatizzano in seguito di una diagnosi di ADHD l'importanza di avere una discussione strutturata sia sugli impatti positivi di una diagnosi (es: migliorare la comprensione dei sintomi, migliorare l'accesso ai servizi) che sugli impatti negativi di quest'ultima (es: stigma, etichettamento, etc.).

Creano inoltre un piano che coinvolge famiglie e cari, scuola e università in maniera che si strutturi attorno alla persona una rete di supporto.

Su un piano generale, le linee guida relative al trattamento sono suddivisibili in tre sezioni che variano a seconda dell'età dell'individuo:

- Bambini in età prescolare:

Secondo le linee guida NICE il primo intervento a quest'età è offrire un parent training focalizzato sull'ADHD. Le linee guida sul P.T. che offrono sono le stesse di quelle destinate ai bambini con comportamenti antisociali e disturbi della condotta. Le modalità individuate sono sia di gruppo che destinate a singole famiglie (in base alle esigenze) e si basano sul 'social learning model' e danno dunque modelli, prove e feedback per migliorare le capacità genitoriali.

Sempre secondo le linee guida NICE, dopo il parent training se i sintomi del bambino causano ancora numerosi problemi allora risulta necessario rivolgersi ad un servizio specializzato nella gestione dell'ADHD in bambini piccoli.

Come è facile evincere i farmaci per l'ADHD, in questo caso, sono l'ultima linea. Raccomandano infatti di non offrire nessun farmaco al bambino

senza almeno una seconda opinione specialistica di un servizio per l'ADHD (NICE, 2018).

L'AAP (American Academy of Pediatrics) esattamente come le linee guida NICE comprende per i bambini prescolari oltre al parent training anche degli interventi di Behavioural Management e interventi comportamentali in classe. Aggiunge differenziandosi dunque dalle linee guida fornite dal National Institute for Health and Care Excellence che il metilfenidato può essere già considerato una linea d'azione a quest'età se quanto fatto non risulta essere abbastanza (AAP, 2019).

- Bambini con età superiore ai 5 anni e adolescenti:

Anche qui, le linee guida NICE enfatizzano il supporto genitoriale e il parent training.

Il ricorso ai farmaci non rimane però l'ultima linea ma qualcosa da considerare se i sintomi del bambino portano comunque a delle significative compromissioni dopo che delle modifiche ambientali sono già state messe in atto.

I farmaci raccomandati in tal caso sono: metilfenidato, amoxetina e dexamfetamina.

Se i farmaci non sono sufficienti viene consigliata una terapia cognitivo-comportamentale che: rinforzi le social skills con i pari, le strategie di problem solving, auto-controllo, capacità di ascolto attivo, auto-controllo e espressione delle emozioni.

Le linee guida AAP fanno invece una divisione tra bambini tra il 6 e i 12 anni e ragazzi tra i 12 e i 18.

Nei bambini delle scuole elementari e medie oltre al parent training, interventi di Behavioural Management e interventi in classe raccomandano interventi educativi e individuali compresi interventi di behavioural support. I farmaci stimolanti sono qui quelli maggiormente consigliati.

Per quanto riguarda gli adolescenti invece si consiglia la prescrizione di un farmaco approvato dall'FDA (Agenzia per gli alimenti e i medicinali) con

il consenso dell'adolescente. Gli interventi comportamentali e in classe rimangono fortemente raccomandati. (AAP, 2019)

- Adulti:

Secondo le linee guida NICE, è utile offrire farmaci come primo intervento se si verificano compromissioni significative in almeno un ambito della propria vita.

A tal proposito i farmaci raccomandati sono: lisdexamfetamina o metilfenidato come prima linea e amoxetina.

Vanno considerati tuttavia interventi non farmacologici per gli individui che hanno preso la decisione di non prendere farmaci, che non riescono a tollerare i farmaci, hanno scoperto che i farmaci non hanno l'effetto desiderato su di loro o non possono garantire aderenza al trattamento farmacologico.

Va considerato inoltre un trattamento non farmacologico in combinazione con il farmaco; tale trattamento chiaramente potrebbe coinvolgere CBT. (NICE, 2018)

In conclusione, risulta evidente come i trattamenti per l'ADHD varino in base alla linea guida -se è di stampo americano o inglese-, all'età e al contesto; è evidente chiaramente come in età infantile gli interventi siano mirati al gruppo famiglia e prevedano il minor utilizzo possibile di farmaci, mentre crescendo i farmaci diventano la prima linea per il trattamento dell'ADHD e gli interventi non-farmacologici associati diventino sempre più individualizzati.

#### **1.4 Evoluzione dell'ADHD nell'arco della vita**

Date le diverse manifestazioni comportamentali dell'ADHD durante il corso dello sviluppo, risulta utile parlare di tali evidenze in una prospettiva evolutiva e dunque in relazione all'età del soggetto; per questo nei seguenti paragrafi verranno analizzate le manifestazioni relative ai sintomi nel bambino, nell'adolescente e nell'adulto.

### **1.4.1 L'ADHD nel bambino e nell'adolescente**

L'identificazione dell'ADHD nell'età prescolare risulta assai difficile in quanto i sintomi della sindrome sono tipicamente comportamenti 'inappropriati' per l'età del bambino; i genitori, in questi casi tendono spesso a percepire i sintomi del disturbo come comportamenti immaturi relativi all'età e non come parte integrante di una neuroatipicità (Connor 2002; Greenhill et al.2008).

Diversi comportamenti devianti sono tuttavia osservati nei bambini prescolari con ADHD tra cui: scarsa concentrazione, instancabilità, disobbedienza e relazioni sociali scadenti. Interazioni inadeguate con la madre, rinforzano tuttavia questi comportamenti (DuPaul et al., 2011). In aggiunta a tutto ciò, multipli ritardi dello sviluppo, che includono il funzionamento motorio, linguistico e intellettuale, sono spesso trovati in questi bambini (Yochman et. al., 2006). Uno studio mostra come ci siano delle forti somiglianze tra bambini prescolari con ADHD e bambini scolari con ADHD sia in termini di compromissioni che in termini di comorbidità (Wilens et al. 2002).

I rischi di diagnosi multiple sono stati infine rappresentati in un ampio studio di Poisonner nel 2007 che, esaminando 303 bambini in età prescolare diagnosticati con ADHD, nota come il 69,6% presenti altre diagnosi in comorbidità.

I pattern principalmente notati sono: l'incapacità a cooperare e ad essere produttivi, una minore esibizione di comportamenti compiacenti e una maggiore esibizione di comportamenti inappropriati, una minore competenza sociale (McGoey et al.2009) e una difficoltà a modulare i comportamenti in base alle circostanze (Fabiano et al 2009).

Come anticipato prima, l'assenza purtroppo di protocolli di assessment appropriati allo sviluppo scoraggia la diagnosi in età prescolare; essa, in questa fase risulta essere a larga predominanza impostata su diagnosi di

ADHD iperattivi/impulsivi e misti (Lahey et al. 2005). Infine, nonostante le tantissime diagnosi di iperattività, molti di questi bambini, passeranno nel tempo a una diagnosi di ADHD di tipo misto (Lahey et al. 2005); solo il 48% dei bambini prescolari presenta la stessa diagnosi nell'adolescenza o nell'età adulta (Connor, 2002).

Sull'individuazione di eventuali sintomi ODD e ADHD in bambini prescolari, uno studio di Breaux del 2016 mostra come gli strumenti neuropsicologici che si ha a disposizione al momento (Conners' Kiddie Continuous Performance Test (K-CPT), NEPSY Statue subtest, delay avversion task) siano poco predittivi per quanto riguarda l'ADHD, soffrono infatti di poca specificità e poca sensibilità. Solo il K-CPT ADHD Confidence Index AND BATTERY ha una validità predittiva sui sintomi dell'ADHD classificando correttamente il 67 % dei bambini. Questi risultati suggeriscono che i nonostante deficit neuropsicologici sono evidenti dall'età prescolare nei bambini con ADHD, i test neuropsicologici possono ancora classificare erroneamente circa un terzo dei bambini se usati da soli.

Inoltre, un altro problema delle batterie neuropsicologiche che testano è che non discriminavano i bambini con solo ADHD da quelli con ADHD e comorbidità con ODD (Breaux et al. 2016).

Data infine l'importanza della relazione bambino-famiglia in età scolare, numerosi studi, tra cui uno del 2017 di Breaux tentano di valutare i mediatori e i moderatori della relazione tra sintomatologia dell'ADHD nei genitori e lo sviluppo dei sintomi da deficit di ADHD e ODD durante gli anni prescolari. I risultati mostrano come i sintomi materni predicano un aumento dei sintomi dell'ADHD nel bambino; l'ADHD materno predice una genitorialità iperattiva che a sua volta predice sintomi dell'ADHD nel bambino. La psicopatologia paterna, invece, predice sintomi ODD nei bambini; iperattività paterna è altrettanto correlata a maggiori sintomi ODD nel bambino (Breaux, et al 2017).

Gli studi sull'età scolare mostrano come la maggior parte degli studenti con ADHD abbia difficoltà significative sia a livello accademico che con i pari (American Psychiatric Association 2000).

Chiaramente il grado in cui le difficoltà accademiche si manifestano dipende molto dal sottotipo di ADHD; i bambini con diagnosi di ADHD misto hanno maggiori disfunzioni in relazione al funzionamento globale, e al funzionamento sociale, e maggiori tendenze ad essere rifiutati dai pari, rispetto ai bambini che rientrano nella diagnosi di uno dei due sottotipi (Willcutt et al. 2012).

A tal proposito molti studi hanno mostrato come i pochi risultati accademici siano correlati all'ADHD in sé e non alle associate comorbidità (Daley & Birchwood, 2010).

Le caratteristiche salienti dell'ADHD non variano durante l'adolescenza; il cambiamento certamente più significativo riguarda il fatto che se l'iperattività rimane presente, risulta tuttavia meno lampante in questa fase (Ramtekkar et al. 2010).

Dato l'aumento del carico cognitivo -compiti per casa in più, frequenti interrogazioni e test-, la gestione della vita scolastica dell'adolescente con ADHD diventa spesso problematica anche in assenza di pregresse difficoltà durante le scuole elementari e medie (Bussing et al., 2010).

Anche il rapporto con i pari si compromette; minor amicizie intime e maggiori rifiuti da parte dei compagni iniziano a scoraggiare l'autostima e ad assumere maggiore rilevanza data l'importanza che queste hanno in adolescenza (Bagwell et al, 2001).

Gli adolescenti con ADHD sono spesso emotivamente più immaturi e tendono dunque a sentirsi maggiormente a loro agio nel confronto con ragazzi con un'età minore. Anche le componenti affettive soffrono di una poca regolazione e numerose sono le reazioni sia positive che negative in eccesso rispetto al contesto. A tal proposito, infatti, sono numerosi i momenti di frustrazione, con i repentini attacchi di rabbia (Barkley e Fischer, 2010).

Uno studio mostra, inoltre, che gli adolescenti con ADHD abbiano maggiori rapporti sessuali a rischio esponendosi ad eventuali gravidanze indesiderate e a malattie sessualmente trasmissibili (Barkley et al. 2002).

Numerosi sono anche gli studi che mostrano come gli adolescenti con ADHD abbiano un rischio maggiore di iniziare a fumare precocemente rispetto ai pari (Huizink et al. 2009); si documenta inoltre un aumento di consumo di alcol, tabacco e droghe non legali (Szobot e Bukstein, 2008).

Infine, uno studio di Banaschewski et. al del 2017 mostra che il 75% dei bambini e degli adolescenti sviluppa una comorbidità -in particolare disturbo oppositivo provocatorio, disturbi d'ansia e disturbi depressivi nelle donne- che impedisce il trattamento e peggiora la prognosi. I pilastri del trattamento diventano così la psicoeducazione, la terapia comportamentale e i farmaci psicoattivi (Banaschewski, et al 2017).

#### **1.4.2 ADHD nell'adulto**

Se per lungo tempo si è creduto che l'ADHD fosse un disturbo caratterizzante esclusivamente l'infanzia, gli studi attuali dimostrano come esso tende a persistere nel corso della vita fino all'85% dei casi (Barkley et al. 2008; Kessler et al., 2006), comportando difficoltà clinicamente significative.

Negli adulti, infatti, il tasso di prevalenza mondiale è tra l'1 e il 7% (Zwaan et al., 2012). Di frequente questi individui soffrono anche di altri disturbi in comorbidità come disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, l'abuso di sostanze e i disturbi di personalità (Miller et al., 2007; Sobanski et al., 2007).

Numerosi studi sulla traiettoria della sintomatologia ADHD prendono in esame soggetti con ADHD diagnosticato nell'infanzia fino alla prima età adulta e descrivono come la sintomatologia inattentiva vada incontro a una minor remissione rispetto a quella d'iperattività/impulsività, con il risultato

che negli adulti tende a prevalere il sottotipo inattentivo/misto di ADHD (Hart et al, 1995; Biederman et al., 2000; Braham et al., 2012).

Se la gravità dei sintomi infantili dell'ADHD nell'area iperattiva-impulsiva si associa all'abbandono scolastico e a un minor numero di anni di istruzione aggiunta, la persistenza invece di sintomi più disattenti nell'area adulta correla con una maggiore disabilità professionale, che insieme alle altre comorbidità creano una vera e propria disabilità lavorativa a lungo termine (Fredriksen et al., 2014)

Inoltre, i modi in cui i sintomi si esprimono variano notevolmente, anche se i 'Core Syntoms dell'ADHD' rimangono comunque problemi di attenzione, iperattività e impulsività, modulati diversamente in base all'età.

In età adulta al posto di un 'deficit dell'attenzione', molti pazienti manifestano più una forma di disregolazione di tale abilità; la concentrazione può essere temporaneamente buona se succede qualcosa di interessante (es: conversazioni importanti, hobby, computer) e l'individuo spesso ha picchi di iperconcentrazione ('Hyperfocus'). La concentrazione fallisce nel caso di attività che richiedono attenzione sostenuta, che sono noiose per il soggetto o routinarie (es: attività di amministrazione, leggere istruzioni, riempire i format per le tasse, organizzare le faccende di casa, pianificare il lavoro).

La disregolazione nell'attenzione risulta evidente anche nel modo di formulare le informazioni, l'individuo qui è spesso prolisso e va per associazioni ('andare per la tangente'), oppure si perde nei dettagli dimenticando il tema principale (Kooij 2013).

L'iperattività si percepisce come una sensazione di irrequietezza interiore e un 'motore' interno che non si ferma, impedendo all'individuo di rilassarsi o dormire e non come, ad esempio, questa si avverte nell'infanzia come il bisogno di arrampicarsi o correre. Nei pazienti con sintomi iperattivi-impulsivi si nota inoltre una forma carente di autoregolazione emotiva e i deficit delle funzioni esecutive diventano sempre più forti. Sebbene infatti la carente regolazione emotiva e le disfunzioni esecutive

non sono criteri diagnostici dell'ADHD, sono caratteristiche salienti del disturbo negli adulti. A tal proposito vengono spesso richiesti interventi specifici (Faraone, 2018).

Per quanto riguarda l'impulsività una ricerca mostra i come sintomi dell'ADHD in età adulta sono connessi a tutta una serie di manifestazioni come: agire senza aver pensato, spendere troppi soldi, spendere soldi in maniera troppo rapida, realizzare dei piani troppo in fretta, dimettersi da lavori troppo in fretta, iniziare relazioni sentimentali rapidamente e non essere in grado di posticipare le gratificazioni. Inoltre, qualità a volte essenziali come tatto e diplomazia possono non essere punti forti in questi casi (Kooij, 2013)

Emergono, infatti, con le responsabilità della vita adulta ulteriori domini di compromissione che possono includere difficoltà legate all'occupazione, a problemi finanziari, al matrimonio o alla genitorialità e alla vita domestica.

Sui problemi finanziari la logica del bias del presente, o 'hyperbolic discounting' indica la preferenza per le ricompense più piccole e immediate rispetto alle ricompense più grandi e ritardate e dunque un sovra-consumo risulta che in letteratura da un lato un eccessivo bias del presente tra gli individui con ADHD e dall'altro una correlazione tra i comuni substrati neurali del bias del presente e i sintomi iperattivi-impulsivi dell'ADHD.

Purtroppo, però, le conseguenze sul piano finanziario del bias del presente sono pochi risparmi, debiti e prestiti ad alto tasso di interesse.

Una ricerca di Beauchaine del 2017 coinvolge 544 persone e usa come metrica principale il self-report, nota come ai sintomi iperattivi-impulsivi e non dunque quelli relativi alla disattenzione vengano associati utilizzi di servizi di pegno, debiti personali e meno tempo trascorso in più lavori (Beauchaine del 2017).

Un'altra ricerca di Altszuler del 2016 mostra come gli adulti con ADHD sperimentano una maggiore dipendenza finanziaria con la famiglia e con il sistema di welfare. Chiaramente lo stato diagnostico dell'ADHD, il livello

di istruzione che la delinquenza sono predittori significativi dei risultati finanziari (Altszuler, 2016).

Coerentemente con questi dati le DIVA (l'intervista diagnostica per l'ADHD negli adulti) nella sezione C relativa al lavoro riportano diversi esempi di manifestazioni di sintomi che la persona con ADHD può sperimentare e che il clinico deve indagare per stabilire la compromissione della persona:

"Non completata l'istruzione/formazione necessaria a lavorare , Lavora ad un livello inferiore rispetto alla sua preparazione, Si stanca facilmente di una attività lavorativa, Ha avuto molti lavori di breve durata, Problemi con le pratiche/lavoro burocratico, Mancato raggiungimento di promozioni, Poca efficienza sul lavoro, Perdita del lavoro a seguito di discussioni o licenziamento, Indennità di malattia/invalidità a causa della sintomatologia, Compromissione lieve perché compensata da un alto QI, Compromissione lieve perché compensata da una organizzazione esterna. (DIVA, 2010)

Le DIVA anticipano il fatto che spesso l'ADHD porta a una compromissione lieve in quanto è compensata da un alto QI.

Uno studio di Antshel e collaboratori del 2009, relativo al lavoro e all'istruzione nei pazienti con alto QI, mostra come gli individui con ADHD si ritrovano spesso ad affrontare una serie diverse di sfide; ad esempio per raggiungere voti soddisfacenti, uno studente universitario potrebbe essere costretto a lavorare il doppio rispetto ai coetanei. Ciò rischia di limitare la vita sociale dello studente comportando comunque una compromissione, anche se lieve. Ciò nonostante, l'ADHD potrà essere diagnosticato in modi affidabili in questi soggetti.

La situazione lavorativa e relativa all'istruzione, infine, non è spesso aiutata dal fatto che all'ADHD si associa un importante disturbo del ritmo circadiano caratterizzato da una tendenza all'avanzamento di fase del sonno. Il paziente dorme molto tardi, spesso dopo le due, e tende ad alzarsi molto tardi al mattino (Kooij & Bijlenga, 2013).

Nell'analisi del contesto, Barkley e colleghi nel 2008 mostrano che i sintomi nelle relazioni intime comportino spesso maggiori possibilità di separazione e divorzio, litigi familiari e comportamenti sessuali a rischio (Barkley, Murphy e Fisher, 2008).

In linea con quanto espresso, altri studi confermano come il contesto allargato risulti spesso anch'esso problematico; mostrano come con l'ADHD aumenta il rischio di comportamenti antisociali, rischio di abuso di sostanze, maggiori probabilità di entrare in contatto con le forze di polizia e tribunali e infrazioni stradali (Weiss & L.Hechman, 1993; Barkley, 2008).

La diagnosi di ADHD, tuttavia, è in genere accolta bene ed ha un effetto terapeutico di per sé. Dare una spiegazione comprensibile per i continui insuccessi, riduce notevolmente la frustrazione e i sensi di colpa, migliora le relazioni e facilita una migliore riuscita (Brown,2000, Barkley et, al., 2008).

## **CAPITOLO 2**

### **ANALISI DELLE VARIABILI INDAGATE DALLA RICERCA**

#### **Introduzione**

All'interno di questo capitolo vengono trattate tutte le variabili indagate dalla ricerca; disregolazione emotiva, stili di coping, disforia sensibile al rifiuto e intelligenza emotiva.

All'inizio di ogni paragrafo viene fornita un'introduzione e delle definizioni in relazione al costrutto. Tali variabili vengono poi analizzate sia in relazione alla psicopatologia in generale -cosa che risulta necessaria date le numerose comorbidità che avere l'ADHD spesso comporta (Banaschewski et. al, 2017) - che in relazione all'ADHD stesso.

#### **2.1 Regolazione emotiva e disregolazione emotiva**

Le emozioni sono stati temporaneamente limitati e associati a cambi di espressione, fisiologia e sensazioni, elicitate ed attivate da specifici eventi interni o esterni all'individuo; queste promuovono l'urgenza di intervenire (approccio o fuga), attivazione fisiologica (centrale o periferica) e un comportamento espressivo. Dunque, se queste possono risultare utili nel facilitare il decision making, guidando l'individuo nello scegliere il miglior corso d'azione, possono allo stesso modo essere potenzialmente dannose, quando sono inappropriate nell'intensità, nella durata, nella frequenza o per il particolare tipo di situazione.

Quando si cerca una definizione di regolazione emotiva (ER) è più o meno consensuale che questa si riferisca a tutti gli sforzi per influenzare le emozioni che proviamo, quando le proviamo, come le sperimentiamo ed

esprimiamo. Un esempio potrebbe essere quello di cercare di interagire per influenzare i nostri stati emotivi in seguito a una situazione stressante in modo flessibile, per promuovere comportamenti adattivi e orientati all'obiettivo; questo processo lo si può applicare prima della risposta emotiva (es: selezionando le situazioni, dispiegando l'attenzione, etc.) o dopo la risposta emotiva (es; soppressione espressiva, etc.), (McRae e Gross, 2020).

All'interno degli studi sulla regolazione emotiva si trovano vari modelli: un esempio ne è quello di Gross e Thompson (2007) che hanno differenziato cinque tipi di strategie di regolazione che possono essere raggruppate in due modalità:

1 - Antecedent-Focused Strategies: si verificano prima dell'espressione completa delle emozioni (es: selezione della situazione, modificazione della situazione, direzionamento dell'attenzione e cambiamento cognitivo);

2 - Response-Focused Strategies: si verificano dopo la risposta emotiva che è generata (es: modulazione della risposta) (McRae e Gross, 2020).

Gross nel 1998 aveva già individuato cinque strategie più specifiche che si verificano dal 'prima' che l'evento avvenga al 'dopo' e sono:

- Selezione della situazione (Situation Selection): è relativa alla possibilità dell'individuo di orientarsi, avvicinare o allontanare determinate persone, eventi, luoghi, oggetti, etc. allo scopo di influenzare le proprie emozioni;
- Modifica della situazione (Situation Modification): è relativa allo sforzo diretto per modificare la situazione così da alterarne l'impatto emotivo;
- Distribuzione dell'attenzione (Attention Deployment): questa consiste nel focalizzarsi su aspetti non emotivi della situazione, spostando l'attenzione fuori dall'immediata situazione oppure concentrandola in modo selettivo su alcuni aspetti della situazione;
- Ristrutturazione cognitiva (Cognitive Change): qui la persona può cambiare il proprio l'approccio ad un evento, alterando il significato

emotivo, cambiando il proprio pensiero riguardo all'evento stesso oppure agendo sulla propria capacità di gestire la richiesta che esso pone;

- Modulazione della risposta (Response Modulation): si verifica più tardi nel processo generativo delle emozioni, quando le risposte emotive si sono già attivate, e influenza direttamente le componenti esperienziali, comportamentali o fisiologiche della risposta emotiva.

Oltre al lavoro fatto da Gross, molte ricerche oggi confermano che la regolazione emotiva adattiva è caratterizzata dall'alterazione della durata (o dell'intensità) dell'emozione e non dal cambiamento del tipo di emozione che si percepisce; una regolazione adattiva, infatti, si indirizza verso la modulazione e l'espressione dell'esperienza emotiva e non verso la completa eliminazione di alcune emozioni esperite (McRae e Gross, 2020).

### **2.1.1 Disregolazione emotiva nella psicopatologia**

Affrontando le ricerche sulla disregolazione emotiva nella psicopatologia, si può notare dalle ricerche condotte Campbell-Sills e Barlow (2007) come le persone che soffrono di ansia e depressione utilizzino alcune strategie di regolazione degli stati affettivi controproducenti. Tali strategie, se da un lato accentuano l'intensità e la frequenza di emozioni indesiderate (regolazione delle emozioni poco efficace), dall'altro alimentano l'intensificazione e la persistenza dell'umore depresso (regolazione dell'umore poco efficace).

A questo proposito, una ricerca di Mennin e colleghi del 2005 evidenzia come persone con disturbi d'ansia e dell'umore mostrino problematiche nel fronteggiare i propri vissuti emotivi; emerge, infatti, una scarsa conoscenza delle emozioni e delle relative componenti, un'elevata tendenza a reagire

negativamente alle esperienze emozionali e una difficoltà nel recupero dalle emozioni negative (Mennin, Heimberg, Turk e Fresco, 2005). Infine, il Disturbo d'ansia Generalizzata è quello che più tra tutti i disturbi d'ansia è stato messo in correlazioni ad importanti problematiche nella regolazione emotiva (vedi Cisler, J. M. et al., 2010).

Molte ricerche hanno poi trovato forti correlazioni tra l'uso di alcool e difficoltà nella regolazione emotiva; se alcune teorie vedono il consumo di alcool come un tentativo di regolazione emotiva, altre posizioni suggeriscono che il pesante consumo di alcool ha effetti cronici sulla cognizione, che potrebbero generare disregolazione. Ciò che sembra, tuttavia, certo è che la forza con cui uno stimolo emotivamente saliente elicit il bisogno di bere sia mediata anche dalla disponibilità di strategie di regolazione emotiva alternative (Grekin, et al. 2006).

Anche negli individui che soffrono di Disturbo Borderline di Personalità (DBP) è possibile evidenziare numerose problematiche nella regolazione emotiva: ad un'aumentata vulnerabilità verso le emozioni, si aggiunge un eccesso di esperienze emozionali negative, la difficoltà nella regolazione dell'arousal fisiologico, la difficoltà di spostare l'attenzione da stimolo emotivo, le forti distorsioni cognitive, un mancato controllo dei comportamenti impulsivi correlati a emozioni e l'inclinazione a "congelare" o dissociare i vissuti emotivi in situazioni di stress intenso (Linehan, Bohus e Lynch, 2007).

Infine, si stanno generando forti correlazioni tra disregolazione emotiva e la bulimia e il binge eating disorder (Telch, Agras e Linehan, 2001); l'affettività negativa risulta infatti il fattore scatenante più segnalato alla base delle abbuffate. Tale esperienza, a sua volta, sembra essere utile al fine della diminuzione delle emozioni sgradite in chi ne soffre (Engelberg, Steiger, Gauvin, e Wonderlich, 2007).

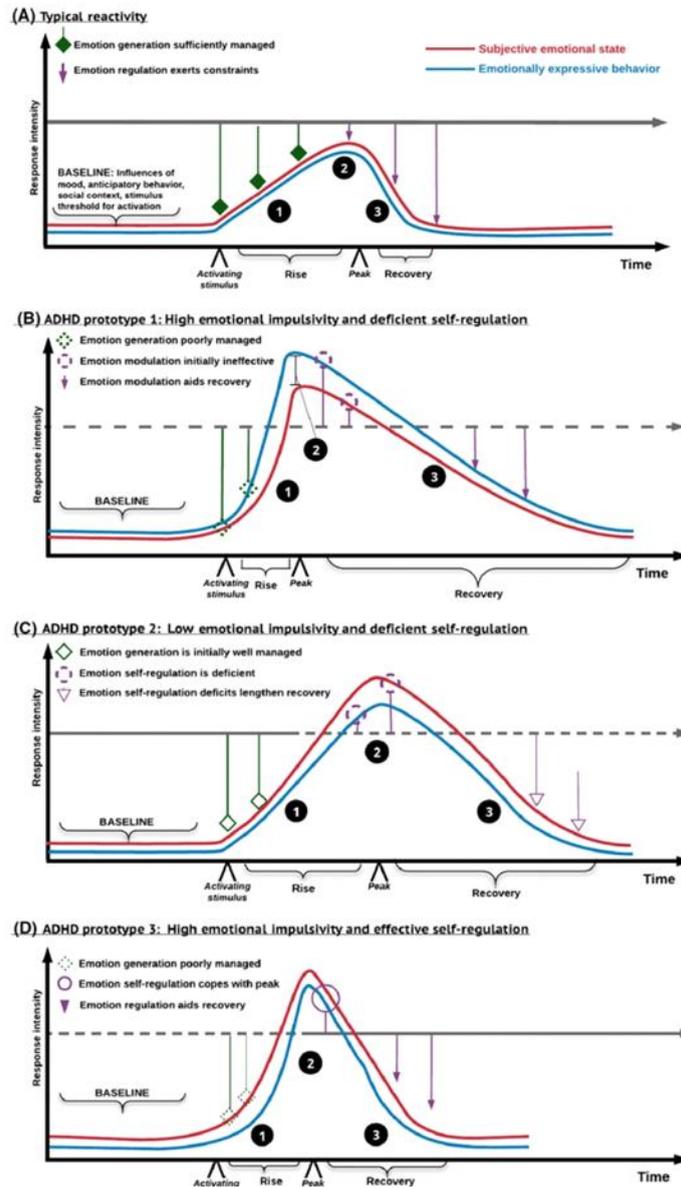
### **2.1.2 Disregolazione emotiva nell'ADHD**

Se nel DSM II, come precedentemente descritto, i sintomi emotivi dell'ADHD erano in primo piano, dal DSM III vi è un inquadramento dell'ADHD in termini di disattenzione e comportamento poco inibiti, con una successiva de-enfatizzazione degli aspetti affettivi ed emotivi. Nonostante ciò, come verrà discusso in seguito, la ricerca continua a rafforzare il legame tra l'ADHD e i sintomi di disregolazione emotiva. Tali sintomi sono decisamente più prevalenti nel sottotipo 'combinato' -dunque sia iperattivo che distratto- e la loro severità aumenta se i sintomi dell'ADHD sono elevati (Sobanski et al., 2010).

Numerosi sono i modelli che tentano di spiegare il perché di una così alta disregolazione emotiva. In particolare, Faraone e colleghi (2019) distinguono due problematiche diverse alla base dei sintomi emotivi dell'ADHD: 'Emotional Impulsivity' (EI) e 'Deficient Self-Regulation' (DERS). La EI è intesa come un'impostazione emotiva caratterizzata da una rapida insorgenza e un'alta reattività delle emozioni in seguito a determinati stimoli e conduce, dunque, a risposte emotive più rapide in seguito a stimoli. D'altro canto, la DESR sopraggiunge dopo che le emozioni sono state generate; un deficit nell'auto-regolazione porta a lenti ritorni alla baseline una volta che l'emozione è stata attivata.

Secondo tale modello la disregolazione emotiva nell'ADHD può derivare da: alti livelli di emotional impulsivity, alti livelli di DERS o da una combinazione di entrambe.

**Figura 1.** Modelli di reattività emotiva (Faraone et al., 2019)



Nella Figura 1 sono riportati quattro modelli, in cui vengono considerati sia l'intensità della risposta sia il tempo all'interno della quale questa viene

emessa. Inoltre, se la linea rossa rappresenta il soggettivo stato emotivo, quella blu rappresenta il comportamento emesso. Il tutto viene analizzato in quattro momenti; baseline, inteso, rise, picco e recovery.

I modelli a questo punto proposti sono descritti di seguito.

Il prototipo A rappresenta una reattività tipica alle emozioni ed è un modello che caratterizza le persone che non hanno difficoltà di tipo emotivo e/o disturbi che interferiscono con la EI e/o la DERS.

Il tipo B rappresenta un prototipo di ADHD con alta EI e DERS e in tale modello, il momento di 'rise' dell'emozione avviene molto rapidamente, mentre il recupero prende tempi più lunghi. I ricercatori ipotizzano che in questo caso, le risposte comportamentali siano eccessive rispetto ai livelli dell'emozione e che crescano molto rapidamente durante gli episodi dell'EI. Questo fa sì che l'individuo abbia risposte eccessive e non appropriate all'età; ipotizzano, dunque, che questo prototipo sia tipico del sottotipo iperattivo-impulsivo e del sottotipo dominante.

Il prototipo C di ADHD ha una bassa EI e un'alta DERS; questo pattern porta a una lenta generazione di emozioni a cui si associano livelli alti di intensità da cui il ricovero è molto difficile e lungo. I ricercatori a tal proposito sostengono che questo pattern è primariamente associato con l'ADHD di tipo distratto.

Infine, il prototipo D di ADHD, al contrario del precedente ha una alta EI e una sufficiente auto-regolazione. La Figura 1 mostra dei pattern di individui con problematiche di emotional lability, in quanto si caratterizzano per cambiamenti rapidi di stati emotivi; infatti, il 'rise' dell'emozione è decisamente rapido e il ritorno alla baseline è altrettanto veloce, grazie al buon funzionamento dei sistemi di auto-regolazione. I ricercatori ipotizzano che questa conformazione sia associata al prototipo iperattivo-impulsivo e al tipo combinato.

Diversi altri modelli includono l'auto-monitoraggio come una funzione regolatoria. In altre parole, la comprensione tempestiva che un evento o uno stimolo possa comportare uno sconvolgimento emotivo è un

prerequisito fondamentale per il rapido utilizzo di una strategia faticosa che possa riportare tutto alla normalità. Tuttavia, L'ADHD, comportando spesso dei deficit nelle abilità di auto-monitoraggio, può portare ad errori di performance e a un possibile arousal (Olvet & Hajcak, 2008; Shiels & Hawk, 2010).

Infine, Trafton e Gifford (2011) descrivono i sintomi emotivi all'interno della cornice della tolleranza al distress, come, ad esempio, l'abilità di resistere a stati emotivi negativi. Quest'ultima viene descritta come la 'propensione a rispondere a un rinforzo negativo immediato o a una ricompensa, invece di perseguire rinforzi alternativi che possono diventare accessibili quando il rinforzo negativo immediato viene inibito o non perseguito; è possibile che i pazienti con ADHD preferiscano la ricompensa immediata di una rapida risposta emotiva (ad es. sollievo dall'angoscia), al posto delle ricompense a lungo termine che l'autoregolazione comporta (es: non peggiorare una situazione che risulta essere già traballante).

### **2.2.3 Effetti dei trattamenti nella disregolazione emotiva nell'ADHD**

I principali trattamenti, a cui gli individui con ADHD possono ricorrere e su cui la ricerca ha maggiormente indagato, si possono dividere in quattro principali aree spesso combinabili tra di loro: trattamenti con farmaci stimolanti, trattamenti con farmaci non stimolanti, terapia cognitivo-comportamentale e tecniche di mindfulness.

Per quanto riguarda i farmaci stimolanti, come sintetizzato da Childress e Sallee nel 2015, molte ricerche sulla disregolazione emotiva in infanzia e in adolescenza e adulti con ADHD hanno mostrato che, a seguito dell'assunzione di metilfenidato (MPH), vi era significativo miglioramento nell'area della labilità emotiva.

In uno studio che prende in analisi adulti con ADHD appartenenti a due categorie, uno con un alto livello di fattori inattentivi e l'altro con un alto livello di disregolazione emotiva, evidenzia come lungo due clinical trial a lungo termine con MPH a rilascio prolungato, i sintomi legati alla disregolazione emotiva decrescono in maniera significativa e i sintomi sono ancora migliorati dopo i 6 mesi di follow-up (Reimherr, Marchant, Gift, Steans, e Wender, 2015).

Un ulteriore studio confronta gruppi che associano la terapia cognitiva o counseling individuale al trattamento con MPH e gruppi sottoposti ad una combinazione di psicoterapia e un trattamento placebo. I risultati mostrano come i membri del primo gruppo ottenevano risultati significativamente migliori nelle misure di impulsività e labilità emotiva rispetto al secondo gruppo (Philipsen et al., 2015).

Per quel che concerne la lisdexamfetamine (LDX), non sono presenti in letteratura molte ricerche, sebbene essa sia associata positivamente alla diminuzione della disregolazione emotiva. In un'analisi che comprende 316 bambini dai 6 ai 12 anni con ADHD, è emerso che il 53% dei soggetti incontrava i criteri di 'emotional control impairment' prima di iniziare il trattamento, mentre solo il 20,7% rientrava in tali criteri post trattamento (Katic et al., 2013).

A tal proposito, tuttavia, gli studi risultano essere spesso controversi: una seguente analisi mostra, infatti, che se sotto gli effetti della LDX anche i bambini con più alti punteggi nella labilità emotiva ottengono miglioramenti, vi è comunque un'alta percentuale che si manifestasse una tendenza all'irritabilità come effetto collaterale (Childress et al., 2015).

Un altro studio che utilizza l'Emotional Control subscale of the Behavior Rating Inventory of Executive Function-Adult Version Self-Report (BRIEF-A) come strumento per valutare la disregolazione emotiva, sottolinea, invece, che dopo un trial di 10 settimane con LDX, sono stati riscontrati moderati miglioramenti dopo il trattamento negli adulti (Adler et al., 2013).

Per quanto riguarda gli studi sui farmaci non stimolanti, Reimherr et al. (2005) riporta come gli individui sottoposti a trattamento con Atomoxitina (ATX) sembrano ottenere più bassi punteggi di disregolazione emotiva, rilevata con strumenti quali Wender-Reimherr, Adult Attention Deficit Disorder Scale, WRAADDS, rispetto ai soggetti sottoposti al placebo. Un altro studio sugli effetti dell'ATX condotto da Adler et al. (2014), in un DBRCT durato 12 settimane, mostra miglioramenti nella scala regolazione comportamentale del BRIEF-A e un miglioramento visibile nella subscale del controllo emotivo. Infine, Connor e colleghi (2014) con una revisione degli studi sugli effetti della guanfacina nei bambini e negli adolescenti, concludono che questa risulta essere promettente nei problemi della disregolazione emotiva associata all'ADHD.

Passando ora ad affrontare le principali ricerche relative ai trattamenti psicoterapici, è possibile notare come Sukhodolsky, Smith, McCauley, Ibrahim, and Piasecka in una review del 2016, mostrino come gli i bambini e gli adolescenti con ADHD e alta ED abbiano una buona probabilità di trarre beneficio dalla terapia cognitivo-comportamentale (CBT).

Waxmonsky et al. (2016) pubblicano, invece, una ricerca su un trattamento durato 11 settimane per bambini con ADHD con una grave disregolazione dell'umore. Tutti i partecipanti sono stati trattati con dosi alte di farmaci stimolanti. Il trattamento sperimentale degli autori ha combinato tecniche di CBT, programmi cognitivi e sociali e fotobiomodulazione (PBMT); tale studio è stato incentrato sull'identificazione di stati d'animo negativi, sulla regolazione delle emozioni, sulle capacità di coping per gestire la rabbia e sulla risoluzione dei problemi dopo aver modulato le emozioni. Per il trattamento integrativo, i bambini si sono incontrati in terapia di gruppo, mentre i genitori si sono incontrati in sessioni di trattamento simultanee. Il gruppo di confronto è stato assegnato all'assistenza psicosociale di comunità; il 60% ha ricevuto alcuni servizi di salute mentale durante lo studio. La soddisfazione dei genitori per il programma di Trattamento Integrativo è stata piuttosto positiva. Le valutazioni medie dei clinici sulla gravità dell'umore sono migliorate per il gruppo integrativo tra coloro che

hanno frequentato la maggior parte delle sessioni ( $ES = 0,53$ ). Tuttavia, le valutazioni dell'irritabilità, anche se hanno subito un miglioramento durante il trattamento, sono peggiorate significativamente nel periodo di follow-up di 6 settimane dopo il trattamento.

Ulteriori studi hanno poi mostrato in via preliminare risultati promettenti sulla combinazione di CBT e la terapia dialettico-comportamentale (DBT) (Cole et al., 2016; Nasri et al., 2017).

Per quanto riguarda le ricerche condotte sulla mindfulness, Schoenberg e collaboratori (2014) hanno postulato dei cambi in potenziali evento-relati (ERPs) negli adulti con ADHD, dopo un corso di dodici settimane di terapia cognitiva basata sulla mindfulness. Tutto ciò potrebbe riflettere dei miglioramenti sia nei processi 'top-down' che in quelli 'bottom-up' della regolazione emotiva. Infine, Mitchell e colleghi (2017) hanno mostrato come dopo 8 settimane di mindfulness si manifesti un miglioramento del controllo degli impulsi e una migliore regolazione emotiva.

## **2.2 Strategie di coping**

L'analisi delle strategie di coping è una delle più frequenti, che si effettuano quando si analizza lo stress e i modi per farne fronte: il coping è, dunque, rappresentato come un importante elemento stabilizzante che favorisce l'adattamento psicologico durante gli episodi o i periodi di stressanti (Schwarzer et al. 1996).

Se nella sua concezione iniziale il coping era inteso come un tratto personologico relativamente stabile e ancorato a differenze individuali che si manifesta nei momenti di stress, nel tempo si è arrivati a una concezione opposta, che vede il coping come un processo e lo ritiene in grado di cambiare in base al tempo e ai contesti situazionali in cui lo stress si manifesta. I paradigmi all'interno del quale questo costrutto è stato concettualizzato si sono continuamente alternati; da un lato la visione che

lo ritiene come un fattore disposizionale e, dunque, come un tratto, dall'altro un fattore di tipo situazionale

Tra gli orientamenti teorici più rilevanti si trova la proposta di Lazarus e collaboratori nel 1984 che considera i processi sottesi a interazioni e adattamenti ('transazioni'), che si manifestano tra la persona e il suo ambiente; l'individuo viene rappresentato come agente attivo, in grado di influenzare l'impatto degli eventi stressanti attraverso adattamenti di tipo emotivo, comportamentale o cognitivo.

Esistono diversi metodi per la classificazione delle strategie di coping: ad esempio, lo psicologo Weiten nel 2008 ha identificato gli stili di coping suddividendoli in quattro gruppi:

- Le strategie di coping incentrate sulla valutazione: l'individuo qui prende semplicemente le distanze dall'evento stressante o le nega;
- Le strategie di coping incentrate sul problema: le persone che adottano queste strategie di coping tendono a voler affrontare le cause del loro problema, cercando di comprenderle e imparare nuove abilità che possano permettergli di gestirle al meglio. In altre parole, le strategie incentrate sul problema mirano ad eliminare la fonte dell'evento stressante;
- Le strategie di coping incentrate sulle emozioni: in questo tipo di strategie l'individuo cerca di gestire le emozioni che si manifestano durante l'evento stressante o conflittuale, nel tentativo di alleviare, ridurre o prevenire il disagio da esso derivante. In questo senso, è possibile reagire in differenti modi, ad esempio: fuggendo dal disagio emotivo, rivalutando lo stress e cercando di trovare un significato più positivo al fine di diminuire la componente emotiva negativa (rivalutazione positiva), o accettando eventuali colpe o responsabilità della causa scatenante l'evento; favorendo l'autocontrollo o cercando un supporto sociale;
- Le strategie di coping incentrate sull'occupazione: le persone che mettono in pratica questo tipo di coping tendono a concentrarsi su un'occupazione il più duratura e stabile possibile che possa fornire risposte positive (Stanisławski, 2020)

Ad oggi, uno dei modelli più riconosciuti è quello che suddivide gli stili di coping in tre categorie: coping basato sulle emozioni, coping basato sul problema e coping di evitamento. Vi è, dunque, una classificazione in tre domini, uno comportamentale, uno cognitivo e uno emotivo (Schwarzer et al. 1996).

### **2.2.1 Strategie di coping in psicopatologia**

Numerose ricerche si soffermano sul fatto che il coping orientato al compito (o "focalizzato sul problema") in risposta allo stress sia collegato a minori livelli di stress emotivo rispetto ad altri stili di coping. È stato dimostrato addirittura che l'uso efficace di strategie di coping focalizzato sui problemi attenua la sofferenza anche negli individui con malattia somatica avanzata (Uitterhoeve et al. 2004).

La relazione tra stili di coping e ansia ha ricevuto notevole attenzione in numerosi studi a partire dagli anni '80 (Folkman e Lazarus 1986, Lazarus, 1993). Per quanto riguarda i disturbi d'ansia, è stata segnalata la predominanza di stili di coping disfunzionali tra le persone che ne soffrono (Thomasson e Psouni 2010). Gli stili di coping possono contribuire, infatti, a una certa vulnerabilità all'ansia (Ouimet et al. 2009) e possono essere forti predittori della sintomatologia dell'ansia; i pazienti ansiosi tendono infatti ad avere delle strategie di coping maggiormente focalizzate sulle emozioni. Vi è una forte evidenza, infine, della relazione tra il coping di evitamento e i disturbi d'ansia; ad esempio, la letteratura suggerisce una forte correlazione tra tale stile e i pazienti fobici se posti in confronto ai campioni non clinici (Davey et al. 1995); inoltre, vari studi hanno mostrato che chi soffre di panico riporta spesso un indice più alto di coping evitante (Hughes et al. 1999).

Uno studio di Garnefski (2002) che confronta adulti e adolescenti con depressione ad un gruppo sano di controllo mostra come, in generale, in

entrambi i gruppi le strategie di coping di self-blaming, ruminazione, catastrofismo e rivalutazione positiva dimostrano di svolgere le funzioni più importanti nella segnalazione dei sintomi della psicopatologia.

Per quanto riguarda la strategia di coping di self-blaming, i risultati suggeriscono che questo tipo di strategia è fortemente correlata alla segnalazione di sintomi di depressione e ansia in entrambi adolescenti e adulti. Tale studio riafferma come la relazione tra auto-colpa e sintomi di depressione e ansia è già visibile negli adolescenti, anche in misura maggiore rispetto agli adulti.

Tra gli altri stili di coping correlati positivamente con la depressione, Nolen-Hoeksema e collaboratori (1994) notano come un coping ruminativo tenda ad essere associato a livelli più elevati di depressione negli adulti.

Infine, anche la catastrofizzazione, che risulta secondo uno studio precedente già correlata al disadattamento degli adulti (Sullivan et al., 1995), secondo lo studio di Garnefski (2002) è rilevabile anche negli adolescenti con sintomi depressivi.

Per quanto riguarda la relazione tra gli stili di coping e i disturbi di personalità, Gardner e colleghi del 2015 identificano una forte correlazione positiva tra il disturbo borderline e il coping di tipo evitante negli adolescenti. Inoltre, riportano che il coping emotivo disadattivo media in modo significativo la relazione tra BP e aggressività reattiva, mentre il coping evitante disadattivo media la relazione tra BP e aggressività proattiva.

### **2.2.2 Strategie di coping in psicopatologia e nell'ADHD**

Gli stili di coping nelle persone con ADHD sono stati poco trattati dalla ricerca; in questo paragrafo, infatti, verranno discussi quattro studi ancora preliminari sul coping degli individui affetti da ADHD che seppur ancora da approfondire, offrono sufficienti indicazioni generali.

Iniziando ad affrontare gli studi relativi all'età infantile, uno studio particolarmente interessante ha analizzato la flessibilità del coping in bambini con e senza ADHD più piccoli (da 7 a 8 anni) e più grandi (da 10 a 11 anni). Questi dovevano rispondere a delle ipotetiche vignette su situazioni potenzialmente stressanti con i coetanei, in cui i problemi inizialmente controllabili diventavano sempre più incontrollabili. Il principale obiettivo della ricerca era, infatti, capire come gli stili di coping si adattassero alle circostanze.

Questo studio, che si basa sul primary-secondary control model of coping (Rothbaum, Weisz, & Snyder, 1982; Weisz, Rothbaum, & Blackburn, 1984), classifica le strategie in due modi: fare sforzi per controllare la situazione o l'evento (primary control coping strategies) e adattarsi alla situazione esattamente così com'è (secondary control coping strategies). Se il primo tipo di strategia viene considerata adattiva quando la situazione risulta essere controllabile -quindi nella maggior parte dei casi-, il secondo tipo di strategie è utile quando la situazione è fuori dal nostro controllo.

I risultati di tale studio mostrano come bambini più grandi senza ADHD dimostravano maggiori flessibilità di coping rispetto ai bambini con ADHD; se man mano che le vignette passavano da situazioni controllabili a situazioni incontrollabili i bambini più grandi senza ADHD iniziavano a usare strategie di coping secondarie, i bambini più grandi con ADHD e quelli più piccoli senza perpetuavano l'uso di strategie primarie.

I bambini con ADHD hanno mostrato, inoltre, una maggiore tendenza a scegliere strategie antisociali rispetto al gruppo di controllo; questo secondo gli studiosi potrebbe essere ben spiegato da un basso repertorio di strategie di coping (Babb et al., 2010).

In un altro studio diviso in due parti, gli autori hanno investigato gli stili di coping di due differenti sottogruppi di bambini con ADHD. Il primo sottogruppo era composto da adolescenti australiani con ADHD, comparati a un rispettivo gruppo di controllo, mentre il secondo sottogruppo era composto da adolescenti tedeschi con ADHD -in alcuni di questi era

presente anche un disturbo della condotta- e il corrispettivo gruppo di controllo.

Lo studio mostra come entrambi i gruppi di bambini con ADHD abbiano alti livelli di stili di coping maladattivi rispetto al gruppo di controllo. Coerentemente con quanto già espresso dalla ricerca, gli stili di coping disadattivi aumentavano quando i bambini avevano in comorbidità anche un disturbo della condotta. Tale studio, infatti, nelle conclusioni suggerisce delle forti difficoltà sul coping interpersonale dei bambini con ADHD e disturbo della condotta ed evidenzia il potenziale beneficio di training di social skills e stress management (Hampel, et. al 2008).

Oltre questi studi sui bambini con ADHD, molte altre ricerche hanno cercato di inquadrare il contesto familiare in modo sistemico, cercando di analizzare le strategie di coping dei genitori dei bambini con ADHD; una review di Craig (2020) mostra stili di coping familiari decisamente disfunzionali. La più comune, infatti, risulta essere l'approccio evitante che comporta sforzo cognitivo e comportamentale nel negare, minimizzare o evitare attivamente le richieste ambientali stressanti; tale stile è, tuttavia, connesso allo stress e alla depressione (Holahan, Moos, Holahan, Brennan, & Schutte, 2005).

Per quanto riguarda le ricerche che coinvolgono l'età adulta, uno studio di Young e collaboratori (2005) si pone come obiettivo quello di identificare le strategie di coping usate dagli adulti con ADHD e di capire la connessione tra quest'ultime e i deficit cognitivi.

Le analisi delle medie del campione indipendente hanno mostrato come il gruppo ADHD utilizzava significativamente strategie più conflittuali, di evitamento-fuga e di rivalutazione positiva. Al contrario, le strategie di coping significativamente meno usate erano quelle che comprendevano la pianificazione e quella di problem solving. Infine, non sono emerse differenze significative tra i gruppi nella ricerca di supporto sociale e dell'accettazione responsabilità.

Nella discussione di tale ricerca, come si evince facilmente dai dati, emerge che in mancanza di strategie di 'problem solving' -cosa che consentirebbe una risoluzione dei problemi pianificata- di fronte a situazioni stressanti, le persone con ADHD tendevano a reagire affrontando la situazione in modo aggressivo o impiegando strategie di evitamento.

Inoltre, se sia le variabili cognitive che quelle di personalità sono correlate con le strategie di coping negli uomini sani, negli uomini con ADHD quasi solamente le variabili cognitive sono correlate con le strategie di coping. In particolare, è emerso che i problemi di attenzione sembrano essere associati negativamente alla ricerca di consigli e supporto da parte degli altri; a tal proposito bisogna però menzionare che le problematiche relazionali a cui le persone con ADHD vanno incontro possono spiegare diversamente tale risultato.

Infine, è emersa una relazione positiva tra impulsività e rivalutazione positiva; a tal proposito, secondo gli autori, in questo caso è probabile che quest'ultima faccia semplicemente da 'cuscinetto' per gli eventi stressanti che le persone con ADHD si trovano ad affrontare.

Un ultimo studio ha lo scopo di esaminare come i sintomi sub-clinici dell'ADHD e del disturbo oppositivo provocatorio creino problemi di natura relazionale, influenzando la soddisfazione e lo stress percepiti dagli studenti universitari. In particolare, l'obiettivo degli autori risulta comprendere e determinare se emergono diversi modelli di coping quando gli studenti si trovano a rischio di uno o entrambi i disturbi.

Gli strumenti di tale ricerca sono di tipo autovalutativo, quali sondaggi di autovalutazione per comprendere e valutare i sintomi di ADHD e ODD, la soddisfazione relazionale, lo stress e le strategie di coping utilizzate nelle loro relazioni. Dopo aver completato i sondaggi, i risultati mostrano che i sintomi di ADHD e ODD siano correlati a una serie di fattori di stress e modelli di coping diversi da chi non aveva tali sintomi.

Posti, infatti, di fronte ad uno stress di tipo romantico, gli intervistati con alti livelli sia di disattenzione che di iperattività impulsività, combinata con

alti livelli di ODD, sembrano essere più propensi a disimpegnarsi dalla loro relazione sentimentale, negare lo stress, impegnarsi in un maggiore consumo di alcol e droghe, criticare di più se stessi, e ritirarsi socialmente di più.

Quelli che invece erano caratterizzati da alta disattenzione unita ad alta iperattività, ma con bassi livelli di DOP, sembrano avere più possibilità di interpretare gli eventi romantici in una luce positiva per favorire la crescita personale, cercare supporto sociale per ogni emozione ferita e disimpegnarsi dalla loro relazione.

Lo studio sull'ultimo campione che raggruppava gli individui con ADHD di tipo disattento mostrava che le strategie di coping primario più utilizzate in seguito a uno stress di tipo romantico erano: positiva reinterpretazione, coping attivo, dedizione del tempo alle loro relazioni sentimentali, ed espressione di amore e affetto verso i partner.

In conclusione, tale studio suggerisce come gli screening sia per l'ADHD che ODD, possano essere utili agli studenti anche per trovare strategie di coping più costruttive e per affrontare lo stress (Overbey et al. 2011).

### **2.3 Intelligenza emotiva**

Orientarsi tra i vari modelli sull'intelligenza emotiva risulta essere ad oggi piuttosto arduo, dato il numero cospicuo di essi; Mayer Salovey e Caruso nel 2000 offrono una suddivisione chiara di questi basata sulla distinzione tra mixed models e ability models.

Se nella prima categoria rientrano tutti i modelli che considerano gli EI come un misto di tendenze, comportamenti, variabili motivazionali e affettive considerate relativamente stabili e non necessariamente riconducibili all'intelligenza come il caso di Bar-on (1997, 1997) o di Goleman (1995), alla seconda categoria, invece, appartarrebbe il quadro di riferimento teorico proposto da Mayer e Salovey nel 1997, in cui sono

ritenute componenti costruttive dell'EI soltanto variabili di tipo cognitivo e abilità mentali, tralasciando dimensioni di altro genere, riguardanti le differenze tra individui, proprio in quanto non possono incontrare i criteri classicamente predefiniti per l'intelligenza (Mayer, Caruso, Salovey, 1999).

Il primo modello teorico dell'EI arriva da Salovey e Mayer che pubblicano nel 1990 due articoli, mostrando la possibilità di misurare l'EI; questa viene definita come l'abilità di comprendere e monitorare i sentimenti in sé e negli altri e di utilizzarli come fonti di informazione per il pensiero e l'azione. Essa viene suddivisa in tre componenti: valutazione ed espressione, regolazione ed utilizzo delle emozioni.

Revisionando la loro teoria, Mayer e Salovey nel 1997 definiscono l'EI come un set di abilità cognitive di elaborazione di informazioni di tipo emotivo-affettivo, che ricoprono sia la sfera personale che interpersonale.

Di questa ne individuiamo quattro aree:

- 1- Percepire accuratamente, valutare ed esprimere le emozioni;
- 2- Generare e/o utilizzare le emozioni per facilitare il pensiero;
- 3-Comprendere le emozioni e le loro reazioni, le loro reazioni causali, le loro trasformazioni e combinazioni di stati emotivi;
- 4-Regolare e gestire le emozioni per promuovere la crescita emotiva ed intellettuale (Mayer e Salovey, 1997).

Un'altra definizione relativamente complessa viene proposta da Bar-on nel 1997: l'intelligenza emotiva viene rappresentata, infatti, come un insieme di capacità non cognitive, competenze ed abilità apprese che influenzano le qualità degli individui nel far fronte efficacemente alle richieste ed alle pressioni ambientali. L'autore raggruppa tali competenze in cinque diverse dimensioni che includono anche caratteristiche di personalità, ovvero:

- 1-Interpersonale; considerazione di sé, autoconsapevolezza emotiva, assertività, indipendenza e autorealizzazione,
- 2-Interpersonale; empatia, responsabilità sociale, relazioni interpersonali.

3-Gestione dello stress; tolleranza e gestione degli impulsi.

4-Adattabilità; gestione del cambiamento, adattamento e soluzione ai problemi di natura personale e interpersonale.

5-Umore generale; ottimismo e felicità.

Bar-on illustra altre tre caratteristiche -autorealizzazione, responsabilità sociale e indipendenza- che, unite all'intelligenza emotiva, incoraggiano atteggiamenti emotivamente e socialmente intelligenti (Bar-On 2006).

Infine, Goleman, nel suo modello di EI del 1995, rielabora la propria definizione di competenza emotiva, partendo da quella proposta da Boyatzis nel 1982, e descrive l'intelligenza emotiva come la capacità di riconoscere, comprendere e usare l'informazione emozionale relativa a se stessi ed agli altri che guida o causa una performance efficace o superiore alla media. Egli nel suo modello più attuale definisce l'intelligenza emotiva come l'unione di quattro abilità: self-awareness (consapevolezza delle proprie emozioni ed utilizzo nella presa di decisione); social-awareness (empatia e comprensione delle relazioni sociali); self-management (controllo delle proprie emozioni ed adattamento alle diverse situazioni); relationship-management (gestione delle relazioni sociali).

### **2.3.1 Intelligenza emotiva in psicopatologia e nelle persone con ADHD**

Una metanalisi di Alvarez e collaboratori del 2015 che comprende studi sulla relazione tra intelligenza emotiva (EI) e benessere soggettivo (SWB), dopo aver analizzato circa 25 studi con 77 dimensioni dell'effetto e un campione combinato di 8520 partecipanti, porta a dei risultati chiari rispetto al rapporto che vi è tra questi due costrutti.

Gli esiti hanno fornito prove di una relazione significativamente positiva tra EI e SWB, che è risultata essere più elevata negli studi che utilizzano strumenti di IE misti, rispetto agli studi che utilizzano strumenti IE basati sull'auto-segnalazione e strumenti IE basati sulle prestazioni.

Inoltre, risulta di particolare rilevanza il fatto che nell'esaminare le misure di EI, si riscontra un'associazione più forte tra essa e la componente cognitiva di SWB, rispetto alla componente affettiva.

In un'altra ricerca, viene mostrata invece la correlazione tra intelligenza emotiva e depressione/ansia. Un gruppo di pazienti con diagnosi dal DSM-IV-TR di disturbo affettivo maggiore, analizzati con strumenti di autovalutazione, sono stati confrontati con un controllo sano. I risultati mostrano come le dimensioni EI di riconoscimento emotivo, espressione delle emozioni, comprensione delle emozioni, gestione emotiva e controllo emotivo siano maggiormente compromesse nei pazienti con depressione.

Le analisi di regressione hanno poi rivelato che il controllo emotivo sia un predittore significativo di interazione, performance e ansia sociale generalizzata (Lekarski et. al. 2018).

Infine, lo studio sostiene come le misure di EI possano avere valore predittivo in termini di identificazione precoce dei soggetti a rischio di sviluppare ansia sociale e depressione.

A tal proposito una metanalisi cerca di riassumere la relazione tra EI e problemi emotivi degli adolescenti, sintomi di disturbi alimentari, dipendenze e coping disadattivo. Dopo aver analizzato 32 studi i ricercatori hanno trovato un'associazione negativa tra IE e problemi interiorizzanti, depressione e ansia. L'EI è stata anche associata a un minor abuso di sostanze e a migliori strategie di coping. Inoltre, come già fatto notare nella precedente metanalisi gli autori mettono in luce come queste associazioni differivano leggermente a seconda che l'EI fosse valutata sulla base dell'auto-segnalazione o testando le massime prestazioni (Downey et al. 2008).

Passando adesso ad analizzare gli studi sull'ADHD, in uno studio di Emma A Climie et al. del 2019, vengono comparati i punteggi ottenuti da quarantuno bambini con ADHD dai 9 agli 11 anni a quelli ottenuti di un gruppo di controllo in due scale di intelligenza emotiva: il Bar-On Emotional Quotient Inventory: Youth Version–short form (EQi:YV-Brief) e la Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test, Youth Research Version (MSCEIT-YRV). I risultati mostravano come non sono presenti valori anomali significativi diversi nelle scale dell'EI, anche se esami più attenti hanno mostrato come il gruppo con ADHD abbia ottenuto risultati significativamente migliori rispetto al gruppo di controllo nel ramo 'Gestione delle Emozioni', ma significativamente inferiore al gruppo di controllo sul punteggio del ramo 'Comprensione delle emozioni'. Inoltre, un ulteriore esame del Bar-On EQi:YV-Brief ha rivelato che il gruppo ADHD ha riportato una percentuale significativamente inferiore sulle scale relative ai rapporti interpersonali e all'adattabilità.

Nella discussione finale si nota, dunque, come i dati riportati in questo studio forniscano risultati incoraggianti per quanto riguarda le capacità dei bambini con ADHD. Questo studio mette in evidenza, infatti, che le aree in cui si trovano i bambini con ADHD sono per lo più simili ai bambini con sviluppo tipico su un vasto numero di aspetti. Considerando che gran parte della letteratura nel campo dell'ADHD è focalizzata sul deficit, risultati che indicano che questi bambini abbiano abilità che sono più simili quelli senza ADHD, possono essere visti positivamente.

Documenti recenti (ad es. Climie & Mastoras, 2015), hanno difatti evidenziato l'importanza di un approccio basato sui punti di forza per affrontare i bisogni dei bambini con ADHD, attraverso l'identificazione, il riconoscimento e la promozione delle aree di forza e capacità; potrebbe essere efficace, infatti, utilizzare le informazioni basate sui punti di forza nella formazione di interventi individualizzati per aiutare i bambini con ADHD a utilizzare le proprie capacità per costruire sulle aree di bisogno.

D'altro canto, un altro studio di Kristensen e collaboratori del 2014 analizza l'associazione tra i tratti di intelligenza emotiva (TEI) e l'ADHD in un

gruppo numeroso di adolescenti (1388 soggetti) di età compresa tra i 14 e i 17 anni e giovani adulti.

All'interno di questo studio viene mostrato come la gestione dello stress è il più forte predittore di sintomi ADHD, seguito dalle misure di dell'adattabilità e per i giovani adulti anche la dimensione interpersonale. Se sia l'adattabilità che la gestione dello stress sembrano predire in modo univoco l'iperattività, l'impulsività e la disattenzione la dimensione relativa a un deficit interpersonale, questi non risultano essere predittori significativi dell'ADHD di tipo "inattento" per entrambi i campioni.

Gli autori discutono alla fine come questi risultati siano coerenti con i modelli socio-cognitivi dell'ADHD, che evidenziano i deficit nella prospettiva sociale, nell'acquisizione, nell'elaborazione delle informazioni sociali e nella successiva capacità di escogitare soluzioni personali e orientate ai pari ai problemi di routine come già definito da Braaten & Rosen nel 2000. La sintomatologia iperattivo-impulsivo porta anche ad una distorsione cognitiva nelle valutazioni di situazioni ed eventi, che riduce la flessibilità e compromette la capacità di determinare la relazione tra ciò che è sperimentato soggettivamente e ciò che oggettivamente esiste nella realtà, come già dimostrato da Nixon nel 2001. L'adattabilità è anche concettualmente connessa la funzione esecutiva di autoregolamentazione nella teoria di Barkley (2010): la fiducia in questa capacità di EI facilita l'uso delle emozioni per risolvere problemi, valutare le conseguenze e guidare la costruzione di una risposta appropriata basata su informazioni emotive.

Inquadrando il tutto in queste cornici teoriche Kristensen e colleghi nel 2014, attraverso questo studio mostrano come i risultati possano essere visti in maniera coerente con la sintomatologia dell'ADHD.

Un ultimo studio di Fleming e collaboratori del 2008 analizza gli studenti universitari con ADHD in comorbidità con un disturbo oppositivo provocatorio (DOP), usando più scale e più dimensioni, come ASRS measure of adult ADHD, SNAP-IV measure of adult ADHD and adult

ODD, Multidimensional Emotional Awareness Questionnaire e il Trait Meta-Mood Scale.

I risultati hanno rivelato una relazione significativa tra alcuni aspetti dell'ADHD adulto e alcuni aspetti dell'intelligenza emotiva. Più specificamente, i risultati hanno indicato che l'aspetto disattento dell'ADHD è inversamente correlato all'aspetto della chiarezza emotiva dell'intelligenza emotiva e che l'aspetto iperattivo-impulsivo dell'ADHD era inversamente correlato all'aspetto della riparazione emotiva dell'EI.

#### **2.4 Disforia sensibile al rifiuto**

La disforia sensibile al rifiuto (RSD) viene definita secondo Ayduk & Gyurak nel 2008 come un risultato delle esperienze precoci individuali di rifiuto, neglect o abuso. Più in generale, si crede che nasca come risultato dell'esposizione di un individuo a situazioni in cui gli atti fisici o emotivi degli altri, palesi o nascosti, e attivi o passivi, comunicano rifiuto (Romero-Canyas, Downey, Berenson, Ayduk, & Kang, 2010). La sensibilità al rifiuto può essere definita come una disposizione della personalità caratterizzata da un'ipersensibilità al rifiuto sociale. In particolare, Downey e colleghi hanno definito la sensibilità al rifiuto come una disposizione di elaborazione cognitivo-affettiva ad aspettarsi con ansia, percepire prontamente e reagire in modo eccessivo (emotivamente o comportamentalmente) al rifiuto (Downey & Feldman, 1996).

Boyce e Park (1989) hanno elaborato il costrutto di sensibilità interpersonale, che è un concetto simile alla sensibilità al rifiuto, e che si definisce come un'indebita ed eccessiva consapevolezza e sensibilità al comportamento e ai sentimenti degli altri. Gli individui con un'elevata sensibilità interpersonale sono particolarmente preoccupati per le situazioni percepite o reali di critica o rifiuto, attenti al comportamento e agli umori

degli altri ed eccessivamente sensibili ai problemi in qualsiasi interazione interpersonale (Boyce & Parker, 1989).

Gli individui con un'alta rejection sensitivity mostrano, inoltre, una forte reattività se posti di fronte al rifiuto sociale se posti a confronto con individui con bassa RS; questo ha permesso di capire che il rifiuto sociale può essere empiricamente differenziato da una più ampia sensibilità alle minacce. Un lavoro di Burklund, Eisenberger e Lieberman (2007), ha esaminato con una risonanza magnetica funzionale (fMRI) le risposte neurali a delle reazioni facciali di tipo non verbale in che raffiguravano disapprovazione, rabbia e disgusto; si è visto come le persone con punteggi più elevati mostravano una maggiore attività della corteccia cingolata anteriore dorsale in risposta a espressioni facciali che esprimevano disapprovazione. In risposta a espressioni facciali di rabbia o disgusto, non avevano invece un'attivazione significativa; ciò ha portato a ipotizzare che le persone che hanno maggiore RS, a livello neurale, potrebbero essere sensibili perlopiù alle espressioni facciali che segnalano un potenziale rifiuto, ma non alle espressioni facciali minacciose in generale. Ciò implica che la sensibilità al rifiuto può essere qualitativamente diversa da una sensibilità generale alle minacce.

Altri ricercatori argomentano sul fatto che se la sensibilità al rifiuto viene in conseguenza a determinate esperienze, è probabile che alcuni individui siano più sensibili a situazioni specifiche e a tipi di disapprovazione specifici. Se un bambino a scuola, ad esempio, ha ricevuto molte critiche dal personale docente è probabile che crescendo possa essere rimasto sensibile ad atteggiamenti derivanti dal personale scolastico e possa sentirsi maggiormente sereno in altri contesti (Levy, Ayduk, & Downey, 2001).

La sensibilità al rifiuto può anche essere, infine, trattata come un costrutto relativo ad un sistema motivazionale difensivo (Downey, Mougios, Ayduk, London e Shoda, 2004); se essa deriva da precedenti esperienze di rifiuto sociale e dalla sensibilità al rifiuto, potrebbe avere lo scopo di proteggere il sé contro un possibile rifiuto, attivando risposte difensive rapide di fronte a minacce sociali (Romero-Canyas et al., 2010). Quando il rifiuto diventa

una la minaccia, l'avviamento di comportamenti favoriti dall'attivazione del sistema di sensibilità al rifiuto prepara gli individui a rilevare i segni di minaccia sociale e ad essere pronti per un'azione immediata al fine di scongiurare il pericolo (Downey, Mougios, Ayduk, London, & Shoda, 2004).

Infatti, gli individui con alta RS, rispetto agli individui con bassa sensibilità al rigetto, non solo mostrano un'attività fisiologica intensificata ma si mostrano maggiormente in allerta per segnali relativi al rifiuto, elaborano automaticamente i contenuti relativi al rifiuto e mostrano una soglia inferiore per le minacce sociali, come conseguenza di un approccio che vede i segnali di rifiuto come più negativi (Olsson, et al. 2013).

Infine, questi, sono maggiormente predisposti a interpretare in maniera personale segnali ambigui di rifiuto (Downey & Feldman, 1996); per questo e per le altre ragioni precedentemente elencate, questo è stato associato per lungo tempo all'interno della psicologia clinica e psichiatria, come notato sopra, a molte disposizioni della personalità, tra cui bassa autostima, nevroticismo, ansia sociale e stile di attaccamento insicuro.

#### **2.4.1 Disforia sensibile al rifiuto nella psicopatologia e nelle persone con ADHD**

Secondo il DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), la sensibilità al rifiuto è una caratteristica atipica nel disturbo depressivo maggiore.

Inoltre, le persone con un disturbo d'ansia sociale o un disturbo borderline di personalità sono molto sensibili alla valutazione negativa e al rifiuto sociale (American Psychiatric Association, 2013). Tuttavia, sulla base del DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) non è possibile stabilire

se la sensibilità al rifiuto sia correlata anche ad altri tipi di salute mentale negativa, come solitudine e disturbo di dismorfismo corporeo.

Una review di Poggi e colleghi del 2019 analizza gli approcci più comuni sulla RSD da parte dei ricercatori nei disturbi di personalità.

Per quanto riguarda lo studio della relazione tra rejection sensitivity e EUPD, è facile delineare tre diversi approcci su cui la ricerca ha molto indagato.

La prima linea di ricerca si concentra sulla reazione fortemente negativa all'effettivo rifiuto sociale che le persone con BPD hanno. Questi pazienti spesso reagiscono al rifiuto sociale in modo fortemente disadattivo e con risposte emotive negative. Tali comportamenti possono contribuire allo sviluppo e al mantenimento delle problematiche interpersonali tipiche del disturbo borderline di personalità (BPD).

Una seconda linea di ricerca sostiene che le persone con BPD possono non costruire relazioni di fiducia in quanto non comprendono come affidarsi agli altri in maniera sicura; chiaramente anche qui la rejection sensitivity gioca un ruolo fondamentale.

Una terza linea di ricerca sostiene che invece le relazioni deficitarie dei pazienti con BPD possono essere causate dall'incrocio di caratteristiche personologiche disfunzionali e una forte rejection sensitivity.

Sebbene la rejection sensitivity sia stata molto più studiata nei pazienti con BPD, alcuni ricercatori si sono chiesti se le reazioni disadattive al rifiuto possano essere rilevanti per una migliore comprensione della violenza e dell'aggressività nel disturbo narcisista di personalità (NPD).

È stato teorizzato che le persone con NPD sentendosi rifiutati si arrabbino e rischino di diventare violenti verso il prossimo, dopo precedenti esperienze di rifiuto sociale; in poche parole, gli individui NPD cercando di evitare di mostrare la loro vulnerabilità alle minacce di rifiuto incrementano la tensione dentro di loro e tale sforzo può provocare reazioni aggressive.

Cascio, Konrath e Falk hanno riscontrato un supporto empirico al ruolo di sensibilità al rigetto nella patologia NPD in relazione alle reazioni esplosive in conseguenza al rifiuto percepito guardando le basi neurali dell'esclusione sociale. Gli individui NPD, infatti, sembrano manifestare una maggiore attività neurale nella condizione di esclusione del Cyberball quando nascondevano esplicitamente la sofferenza per il rifiuto. Tale paradosso che sottende la patologia NPD rappresenta il nucleo di molte descrizioni cliniche e possono causare ipervigilanza verso sottili segnali di esclusione sociale, come le emozioni negative degli altri o le espressioni neutre.

Gli individui con disturbo di personalità evitante (AvPD) in genere, invece, desiderano il contatto interpersonale ma si trovano incapaci di impegnarsi in comportamenti sociali a causa della loro paura.

L'AvPD è comunemente paragonato al BPD perché entrambi i disturbi sono legati ad alterazioni di tipo relazionale e rejection sensitivity. Inoltre, il disturbo evitante e borderline di personalità sono accomunate da caratteristiche uniche: una caratteristica fondamentale della sintomatologia del AvPD è la bassa autostima che, unita a un'alta sensibilità al rigetto, incrementa la tendenza nel percepirsi come "inferiori"; come è facile immaginare a tal punto, le preoccupazioni per esperienze sociali negative come il rifiuto portano al ritiro sociale per evitare il dolore di rifiuto anticipato.

Passando adesso ad affrontare la RS, per quanto concerne le ricerche sull'attenzione due studi di Kathy R. Berenson pubblicati nel 2009 hanno testato le seguenti ipotesi: la prima sostiene che la sensibilità al rifiuto (RS) aumenti la vulnerabilità all'interruzione di attenzione da segnali di minaccia sociale, e la seconda, che in un test visivo si verifichi un evitamento attentivo specifico di facce con un'espressione giudicante e/o minacciosa.

In entrambi gli studi, individui altamente sensibili al rifiuto hanno mostrato vulnerabilità unica all'interruzione dell'attenzione goal-oriented da segnali di minaccia sociale; questa ha portato a prestazioni più lente su un'attività

simultanea e all'evitamento dell'attenzione degli stimoli di minaccia sociale.

Ricerche precedenti suggeriscono che il modo in cui le persone distribuiscono l'attenzione di fronte a segnali che trovano minacciosi contribuiscono allo sviluppo e al mantenimento di difficoltà psicologiche come l'ansia e disturbi dell'umore (Mathews & MacLeod, 2005).

In un altro studio (Canu & Carlson, 2007), giovani uomini con ADHD non hanno mostrato livelli più elevati di sensibilità al rigetto rispetto alle loro controparti non diagnosticate. Hanno poi confermato come gli individui con ADHD-IA riportassero risultati relazionali più negativi rispetto ai loro coetanei con ADHD-C. Nonostante ciò, in entrambi i gruppi non si sono registrati livelli di autostima inferiore se comparati al gruppo di controllo. All'interno di questo studio sono poi stati analizzati gli outcomes della sensitive rejection: è emerso che, paradossalmente, gli individui con ADHD con maggiore RS avessero delle relazioni romantiche di minor qualità. Gli autori si chiedono, dunque, come possa essere possibile che una popolazione con così alte esperienze croniche di rigetto durante l'infanzia non manifesti una più alta RS. L'interpretazione fornita dagli autori è la seguente: tutto ciò può riflettere un bias illusorio autoprotettivo che induce le persone con ADHD a sovrastimare le abilità nella performance sociale. Quest'idea riflette il concetto che i bambini con ADHD che vengono rifiutati dai loro coetanei non percepiscono accuratamente il grado di impairment nelle relazioni con i coetanei; in una prospettiva di continuità gli adulti con ADHD potrebbero continuare a sottostimare la possibilità di rigetto da parte dei coetanei e non sentirsi ansiosi riguardo alle reazioni con essi, con la conseguenza però di non mettere in atto comportamenti socialmente adattivi.

Tuttavia, le ricerche per quanto riguarda l'ADHD e la rejection sensitivity mostrano risultati discordanti.

Un'ultima ricerca ha, infatti, indagato le associazioni tra stile di attaccamento, sintomi di ADHD e adattamenti sociali in un campione comunitario di adolescenti. A tal fine, 508 ragazzi di una scuola media si

sono prestatati al completamento di questionari relativi allo stile di attaccamento, ai sintomi dell'ADHD (disattenzione e iperattività) e sensibilità al rifiuto. Oltre a questo, questi ragazzi sono stati valutati dagli insegnanti in base all'adattamento sociale.

I risultati supportano un modello di stili di attaccamento a tre profili: sicuro, evitante e ambivalente; questi hanno poi mostrato un rischio differenziale sull'adattamento sociale degli adolescenti, così come su sintomi dell'ADHD.

Se il profilo sicuro ha mostrato i risultati più adattativi su tutti gli esaminati rispetto agli altri due profili, al contrario, l'attaccamento ambivalente mostrava i livelli più alti di problemi di ADHD, con aspettative arrabbiate e ansiose.

L'attaccamento evitante e quello ambivalente, inoltre, sembrano essere associati a livelli più elevati di variabili di RS. Le analisi centrate sulla persona hanno rivelato in modo più evidente il funzionamento sociale migliore degli adolescenti sicuri, che mostravano i livelli più bassi di rabbia e RS. Anche gli adolescenti con sintomi relativi all'ADHD, ma con un attaccamento sicuro, mostrano una minore RS e un coinvolgimento sociale maggiore.

Tale studio, infatti, nonostante metta in luce alla fine una maggior RS negli adolescenti con sintomi di ADHD, cerca di riscoprire il ruolo mediatore dell'attaccamento in tutto ciò (Scharf et al. 2014).

## TERZO CAPITOLO

### LA RICERCA

#### 3.1 Introduzione e scopo della ricerca

Se le ricerche presenti in letteratura sulla disregolazione emotiva, gli stili di coping, l'intelligenza emotiva e la RSD nei casi di pazienti con ADHD riguardano perlopiù popolazioni di bambini (es: Waxmonsky et al. 2016), popolazioni generali (es: Surman et al 2013) e popolazioni maschili (Young et al. 2005), l'obiettivo di questa ricerca è analizzare tali costrutti nella popolazione adulta femminile del Regno Unito (includendo dunque le nazioni quali, Inghilterra, Scozia, Irlanda del Nord e Galles).

I costrutti indagati sono stati somministrati a tre popolazioni, due sperimentali e una di controllo. Tra le sperimentali, la prima è relativa alle persone con diagnosi ufficiale di ADHD e la seconda è relativa a persone con possibile ADHD; queste sono state confrontate con un campione di controllo costituito da persone senza ADHD.

Il requisito del primo campione è di aver ricevuto la diagnosi ufficiale in UK, mentre il requisito del secondo campione è quello di identificarsi con tale disturbo del neurosviluppo. Se nel primo rientrano persone con un passato di diagnosi e spesso di trattamenti psicoterapici e farmacologici, nel secondo rientrano principalmente donne in lista d'attesa per la diagnosi e/o donne 'self-diagnosed'.

Secondo le linee guida stilate dall'NHS (National Health Service) in UK per ottenere una diagnosi -seguendo l'iter della sanità pubblica- è necessario discutere dei propri sintomi con un medico di base, il quale, dopo aver fatto un assessment, metterà il paziente in lista d'attesa per avere un incontro con un professionista specializzato in questo disturbo (NHS, 2021).

Le ipotesi di ricerca sono a tal punto diverse.

Prima di tutto, si ipotizza che i gruppi sperimentali (donne con diagnosi ufficiale e donne con possibile ADHD) abbiano una maggiore tendenza ad impiegare stili di coping disadattivi, in quanto molte ricerche mostrano un collegamento tra questi stili ed alcuni disturbi quali ADHD, disturbi d'ansia e dell'umore come il self-blaming e gli stili di coping di tipo conflittuale (Young 2005, Babb et al. 2010, Garnefski, 2002).

Inoltre, più nel particolare, si ipotizza che l'utilizzo di uno stile di coping evitante, compreso di tutte le sue sottoscale (es: uso di sostanze, diniego), possa aver ritardato la diagnosi nelle donne con possibile ADHD, facendo sì che queste donne, nonostante abbiano già superato i 18 anni di età, si trovino ancora in lista d'attesa e costituiscano, dunque, la parte della popolazione femminile non diagnosticata.

La seconda ipotesi di ricerca è quella di confrontare i livelli di disregolazione emotiva, intelligenza emotiva e RSD all'interno dei due campioni sperimentali. Tale ipotesi risulta dunque essere bidirezionale e inquadra sia la possibilità che bassi livelli di disregolazione emotiva -spesso inquadrati dalla ricerca come causa di comportamenti a rischio nell'ADHD (Weiss & Hechman, 1993; Barkley, 2008)- possano aver scoraggiato la diagnosi, sia la possibilità che nel campione non diagnosticato si presentino livelli più alti di disregolazione emotiva, in seguito a un mancato riconoscimento dei sintomi.

Non è da escludere tuttavia la possibilità che, essendo la disregolazione emotiva descritta da molti autori come parte intrinseca dell'ADHD (Barkley, 2015, Sagvolden et al. 2005) e che non dipenda in gran misura da fattori esterni, i due campioni possano presentare dei livelli molto simili di tale variabile.

La terza ipotesi è quella di confermare che i due campioni sperimentali rispetto al gruppo di controllo mostrino maggiori livelli di disregolazione emotiva e RSD e che, allo stesso modo, presentino minor livelli di intelligenza emotiva, come già accennato da precedenti ricerche fatte su diverse popolazioni (Canu & Carlson, 2007, Fleming et al. 2008, Sobanski et al., 2010).

Inoltre, allo scopo di ottenere un quadro più chiaro degli aspetti emotivi che caratterizzano il campione, si è deciso di somministrare anche il PANAS-SF; nonostante non fossero state avanzate ipotesi di ricerca a tal proposito, questo questionario è utile ad avere un inquadramento ancora più forte in relazione allo stato degli affetti.

In conclusione, le variabili indagate sono state scelte sulla base della necessità di analizzare diversi aspetti. Un primo aspetto, ossia la disregolazione emotiva, è stata scelta in quanto precedenti ricerche (es: Sobanski et al., 2010, Faraone et al. 2019, Trafton and Gifford 2011) ne hanno dimostrato un legame diretto con l'ADHD; gli altri tre aspetti, ossia gli stili di coping, l'intelligenza emotiva e la RSD, invece, sono stati selezionati in quanto lo stato della letteratura risulta ancora essere emergente nella comprensione di come tali variabili si relazionino a tale disturbo.

### **3.2-La somministrazione**

I partecipanti alla ricerca sono stati reclutati in piccolissima parte tramite conoscenze personali, mentre la maggior parte di questi mediante l'uso dei social network: il link al questionario è stato diffuso su gruppi Facebook, relativi all'ADHD e non, su Whatsapp e Instagram.

È stato scelto di diffondere il link su gruppi diversi tra loro, affinché il campione fosse composto da persone di età, provenienza geografica, status socioeconomico e background culturali diversificati.

Inoltre, per la selezione del campione con diagnosi ufficiale e per la selezione del campione con ADHD, sono stati di grande aiuto gruppi social creati appositamente per il confronto tra persone con questo disturbo, ricercatori, parenti e familiari. Alcuni dei partecipanti, inoltre, si sono proposti volontariamente di dare il questionario ad amici e familiari con ADHD.

I link sono infatti stati diffusi tra gruppi e persone sia appartenenti alla capitale inglese, Londra, che ad altre città inglesi. Non sono mancati infine i questionari somministrati in Scozia, Irlanda del nord e Galles.

Come si approfondirà più avanti, nella sezione dedicata all'analisi del campione, vi è una forte eterogeneità su più fattori; questo comprende partecipanti a diverso reddito o disoccupati, partecipanti nati e cresciuti in UK e partecipanti con una storia di migrazione alle spalle.

Contestualmente alla compilazione, i partecipanti hanno acconsentito al trattamento dei dati personali e sono stati informati rispetto alla possibilità di interrompere la partecipazione in qualsiasi momento.

Il tempo necessario per la compilazione del questionario va dai 15 ai 20 minuti.

### **3.3- Gli strumenti**

I questionari che si trovano all'interno della ricerca sono 5 in totale.

Il **Brief-COPE** è il primo dei questionari di autovalutazione ed è composto da 28 item. Esso è stato progettato per misurare gli stili di coping messi in atto dalla persona al fine di fronteggiare un evento stressante. Questo questionario è la versione breve della scala COPE, che in origine conteneva 60 elementi ed è stato poi validato su un campione di 168 partecipanti appartenenti a una comunità che era stata colpita da un uragano (Carver, 1997).

All'interno della ricerca è stato utilizzato principalmente il modello a 3 fattori di Dias e collaboratori (2012), che divide gli stili di coping in: Coping incentrato sul problema, Coping incentrato sulle emozioni e Coping evitante.

Il coping incentrato sul problema (item 2, 7, 10, 12, 14, 17, 23, 25) è caratterizzato dalle sfaccettature del coping attivo, dell'uso del supporto informativo, della pianificazione e del reframing positivo. Un punteggio alto di questo fattore indica strategie di coping mirate a cambiare la situazione stressante; dunque, punteggi elevati sono indicativi di forza psicologica, grinta, un approccio pratico alla risoluzione dei problemi ed è predittivo di risultati positivi.

Il coping focalizzato sulle emozioni (item 5, 9, 13, 15, 18, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28) è caratterizzato dalle sfaccettature di sfogo, uso del supporto emotivo, umorismo, accettazione, auto-colpa e religione. Un punteggio alto indica strategie di coping che mirano a regolare le emozioni associate alla situazione stressante. I punteggi alti o bassi non sono associati in modo uniforme alla salute psicologica o alla cattiva salute, ma possono essere utilizzati per informare una formulazione più ampia degli stili di coping del rispondente.

Infine, il coping evitante (item 1, 3, 4, 6, 8, 11, 16, 19) è caratterizzato dalle sfaccettature di autodistruzione, negazione, uso di sostanze e disimpegno comportamentale. Un punteggio alto indica sforzi fisici o cognitivi per liberarsi dal fattore di stress. Punteggi bassi sono in genere indicativi di un coping adattivo (Dias et al. nel 2012).

Da questi 3 stili di coping derivano poi le sottoscale.

Dopo le domande, ai partecipanti viene chiesto di dare una risposta su una scala Likert a 4 punti (Per niente/Molto).

I punteggi verranno poi sommati al fine di poterne effettuare lo scoring.

Punteggi bassi su tutte le sottoscale possono infatti indicare che:

- Il soggetto non percepisce di avere molti fattori di stress da affrontare.
- Il soggetto manca di capacità riflessiva o prova difficoltà nel divulgare informazioni personali.
- Il soggetto non ha molte capacità di coping. (NovoPsych, 2021)

Ultimamente una ricerca di Hegarty del 2021 ha portato al completamento di 4512 questionari, fornendo risultati chiari su media e deviazione standard di ogni scala e sottoscala: questi risultati sono sintetizzati nella Tabella 1.

**Tabella 1.** Medie e DS delle scale e sottoscale del BRIEF-COPE

Strategia di coping	Media	Deviazione standard
<b>Coping centrato sul problema</b>	2,67	0,65
Coping Attivo	2,83	0,82
Sostegno strumentale	2,57	0,85
Reinterpretazione positiva	2,39	0,86
Pianificazione	2,88	0,84
<b>Coping centrato sulle emozioni</b>	2,34	0,44
Sostegno emozionale	2,59	0,85
Sfogo emozionale	2,31	0,75
Umorismo	1,90	0,95
Accettazione	2,80	0,77
Autocritica	2,69	0,98
Religione	1,77	0,96
<b>Coping evitante</b>	1,97	0,51
Distrazione	2,79	0,81
Negazione	1,64	0,78
Uso di sostanze	1,61	0,92
Disimpegno Comportamentale	1,85	0,82

Passando adesso all'analisi relativa alla ricerca sottostante sull'ADHD, al fine di ottenere una stima dell'attendibilità dello strumento, all'interno dei tre campioni è stata calcolata l'alpha di Cronbach su tutte le scale e sottoscale del Brief COPE; questa è sempre risultata quantomeno sufficiente in ogni sezione, tranne in due sottoscale, 'sfogo emozionale' e 'distrazione'.

Di seguito sono riportati i valori di Alpha per ogni scala e sottoscala.

### Scale principali:

- *Coping centrato sul problema*:  $\alpha=.86$ , definita convenzionalmente buona;
- *Coping centrato sulle emozioni*:  $\alpha=.69$ , definita convenzionalmente sufficiente;
- *Coping evitante*:  $\alpha=.66$ , definita convenzionalmente sufficiente;

Passando adesso all'analisi delle sottoscale relative al '**Coping centrato sul problema**', si riscontrano i seguenti risultati:

- *Coping attivo*:  $\alpha=.82$ , definita convenzionalmente buona;
- *Sostegno strumentale*:  $\alpha=.82$ , definita convenzionalmente buona;
- *Reinterpretazione positiva*:  $\alpha=.79$ , definita convenzionalmente discreta;
- *Pianificazione*:  $\alpha=.76$ , definita convenzionalmente discreta.

Le sottoscale di '**Coping centrato sulle emozioni**':

- *Sostegno emozionale*:  $\alpha=.83$ , definita convenzionalmente buona;
- *Sfogo emozionale*:  $\alpha=.52$ , definita convenzionalmente insufficiente;
- *Umorismo*:  $\alpha=.89$ , definita convenzionalmente buona;
- *Accettazione*:  $\alpha=.62$ , definita convenzionalmente sufficiente;
- *Religione*:  $\alpha=.83$ , definita convenzionalmente buona;
- *Autocritica*:  $\alpha=.83$ , definita convenzionalmente buona.

Infine, le sottoscale di '**Coping evitante**':

- *Distrazione*:  $\alpha=.54$ , definita convenzionalmente insufficiente;
- *Negazione*:  $\alpha=.61$ , definita convenzionalmente sufficiente;
- *Uso di sostanze*:  $\alpha=.97$ , definita convenzionalmente ottima;
- *Disimpegno comportamentale*:  $\alpha=.75$ , definita convenzionalmente discreta.

La **Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)** è il secondo strumento usato nella ricerca, che misura i problemi di regolazione delle emozioni. La scala di autovalutazione a 36 item chiede agli intervistati come si relazionano con le loro emozioni ed è diviso nelle seguenti sottoscale:

- Non accettazione delle risposte emotive: (item 11, 12, 21, 23, 25, 29) mostra una tendenza ad avere una reazione negativa subito dopo un momento di stress.

-Difficoltà a impegnarsi nel comportamento diretto all'obiettivo: (item 13, 18, 20R, 26, 33) è la difficoltà a unire le proprie energie e finire attività quando si provano stati emozionali non positivi.

-Difficoltà di controllo degli impulsi: (item 3, 14, 19, 24R, 27, 32) incapacità di mantenere il controllo delle proprie azioni quando si provano emozioni spiacevoli.

-Mancanza di consapevolezza emotiva: (item 2R, 6R, 8R, 10R, 17R, 34R) tendenza ad avere una mancanza di consapevolezza o disattenzione verso le risposte emotive individuali.

-Accesso limitato alle strategie di regolazione delle emozioni: (item 15, 16, 22R, 28, 30, 31, 35, 36) mostra il livello di credenza sul fatto che ci sia poco da fare per regolare se stessi, una volta che si è stati feriti.

-Mancanza di chiarezza emotiva: (item 1R, 4, 5, 7R, 9) riflette la misura in cui un individuo conosce ed è chiaro sulle proprie emozioni

Infine, i punteggi ottenuti nelle diverse sottoscale vengono poi sommati, al fine di ottenere un punteggio totale; punteggi più alti suggeriscono maggiori problemi con la regolazione delle emozioni (Gratz et al. 2004).

Sulla base di un campione di 427 adulti che si presentano in un ambulatorio con diagnosi di uno o più disturbi del DSM-5, Hallion e collaboratori (2018) riportano che il DERS ha una buona coerenza interna, in particolare quando la sottoscala "Awareness" è esclusa, indicando che Awareness può essere considerato un costrutto separato.

Di seguito vengono riportati i punteggi relativi alla coerenza interna, medie e deviazione standard dello strumento ottenuti da Hallion e collaboratori (2018), (Tabella 2).

**Tabella 2.** Media, DS e Alpha di C. nel DERS totale e nelle sottoscale.

Scale DERS	MEDIA	DS	$\alpha$
Non accettazione delle risposte emotive	16,67	5,92	0,92
Difficoltà a impegnarsi nel comportamento diretto all'obiettivo	15,42	4,21	0,86
Difficoltà di controllo degli impulsi	12,58	4,97	0,88
Mancanza di consapevolezza emotiva	15,55	4,92	0,82
Accesso limitato alle strategie di regolazione delle emozioni	19,67	7,31	0,92
Mancanza di chiarezza emotiva	12,01	4,04	0,82
Totale	89,33	22,64	0,94

Passando adesso all'analisi relativa alla presente ricerca sull'ADHD nelle donne, all'interno del campione è stata calcolata l'Alpha di Cronbach su tutte le scale e sottoscale del DERS; questa è sempre risultata buona o ottima in ogni sezione.

Qui sotto vengono riportati i risultati per ogni scala e sottoscala.

**Scala principale:**

-*DERS totale*:  $\alpha = .952$ , convenzionalmente definita ottima.

**Sottoscale DERS:**

- *Non accettazione delle risposte emotive*:  $\alpha = .93$ , convenzionalmente definita ottima;

- *Difficoltà a impegnarsi nel comportamento diretto all'obiettivo*:  $\alpha = .86$ , convenzionalmente definita buona;

- *Difficoltà di controllo degli impulsi*:  $\alpha = .91$ , convenzionalmente definita ottima;

- *Mancanza di consapevolezza emotiva*:  $\alpha = .82$ , convenzionalmente definita buona;

- *Accesso limitato alle strategie di regolazione delle emozioni*:  $\alpha = .89$ , convenzionalmente definita buona;

- *Mancanza di chiarezza emotiva*:  $\alpha = .87$ , convenzionalmente definita buona.

Il **TEIQue-SF** è una scala di 30 elementi progettata per misurare i tratti di intelligenza emotiva (EI) e basato sulla forma lunga del TEIQue.

La scala sembra essere uno strumento di ricerca promettente per la valutazione dell'EI dei tratti, grazie alla sua brevità, alle prove della sua validità predittiva e alla sua buona psicomètria di base; queste proprietà sono state verificate su diversi campioni in numerosi paesi (Petrides, 2009).

In seguito alla consegna, le risposte vanno date su una scala Likert che va da 1 (completamente d'accordo) a 7 (completamente in disaccordo) e vanno poi sommate per ottenere lo scoring.

All'interno del questionario è stato scelto di analizzare solo il punteggio totale di questa scala e non anche le sue sottoscale, in quanto la short-form del questionario risulta essere una scelta consigliata (NovoPsych, Scoring the TEIQue, 2021).

All'interno del campione della presente ricerca l'Alpha di Cronbach calcolata per il TEIQue- SF è risultata ottima ( $\alpha = 0,905$ ).

Il **PANAS** (Watson et al., 1988) è uno degli strumenti più utilizzati per valutare gli stati affettivi positivi e negativi.

Il questionario è composto da 20 aggettivi, 10 per la scala di affetto positivo (PA) e 10 per la scala di affetto negativo (NA). La sottoscala PA riflette il grado in cui una persona si sente gioiosa, attiva e entusiasta; mentre, la sottoscala NA fa riferimento ad altre emozioni spiacevoli generali come la rabbia, la colpa e la paura.

Il soggetto deve indicare quanto all'interno della sua vita si sente in quello stato emotivo, rispondendo su una scala Likert a 5 punti (1= per nulla, 2=poco, 3=moderatamente, 4=abbastanza, 5=molto).

La versione originale è stata sviluppata e validata da Watson, Clark e Tellegen nel 1988 e possiede proprietà psicomètriche eccellenti: il coefficiente di consistenza interna della sottoscala PA varia da .86 a .90 e quello della sottoscala NA varia da .84 a .87. Inoltre, il test presenta una buona validità convergente e divergente.

Le due sottoscale presentano una bassa correlazione (da -.12 a -.23) e questa caratteristica è in linea con la teoria che i due fattori, PA e NA, siano indipendenti tra loro.

Le due sottoscale presentano anche una buona fedeltà test-retest.

Passando adesso all'analisi relativa alla presente ricerca sull'ADHD nelle donne, all'interno del campione l'Alpha di Cronbach per il PANAS- SF questa è risultata buona in entrambe le scale: affetto positivo ( $\alpha = .89$ ) e affetto negativo ( $\alpha = .90$ ).

Un'altra scala utilizzata è il **Rejection Sensitivity Questionnaire (RSQ)**, inizialmente sviluppato da Feldman e Downey (1994) per indagare il legame tra maltrattamento infantile e comportamento di attaccamento.

Il questionario è composto da 18 ipotetiche situazioni sociali con esito sconosciuto. Le situazioni descrivono principalmente le interazioni interpersonali, dove la persona chiede a qualcuno di fare qualcosa per lui/lei (ad es. "Chiedi a un amico di farlo ti faccio un grande favore"). Ogni elemento è valutato in relazione alla preoccupazione o all'ansia nella situazione e la probabilità percepita che l'altra persona agisca a loro favore. Le due scale vengono moltiplicate per ogni voce e poi interpretate sulla media complessiva punteggio. Pertanto, la sensibilità al rifiuto valutata tramite l'RSQ considera sia l'ansia che la probabilità percepita di rifiuto nel sociale interazioni.

L'A-RSQ è stato completato poi da 685 adulti in un sondaggio su Internet. I punteggi ( $M = 8,6$ ,  $SD = 3,6$ , range = 1,0–24,2,  $\alpha = .70$ ) non variavano sistematicamente con il sesso o l'età (range 18–78,  $M = 25,6$  anni), ma erano inversamente associati agli anni di istruzione ( $r = .15$ ;  $p < .001$ ).

All'interno del campione della presente ricerca sull'ADHD nelle donne, l'Alpha di Cronbach per il ARSQ totale è risultata buona ( $\alpha = .87$ ).

### 3.4-II Campione

Il campione totale è composto da 302 partecipanti di cui:

-149 donne con ADHD (49,3%), a cui ci si riferirà con ‘Donne con diagnosi ufficiale’ oppure con il codice A1.

-90 donne con in lista d’attesa per l’assessment di ADHD e/o ‘self-diagnosed (29,8%) a cui ci si riferirà con ‘Donne con possibile ADHD’ oppure con A2.

-63 donne senza ADHD (20,9%) a cui ci si riferirà come ‘Controllo’ o A3. Di queste donne, che hanno dichiarato di non avere ADHD alcune hanno dichiarato che di avere avuto problemi di salute mentale in passato oppure di sospettare di un presente disturbo. All’interno del campione di donne con diagnosi ufficiale, circa 85% della popolazione sono nate e cresciute in UK; nel campione di donne con possibile ADHD circa 85%; mentre, nel campione di controllo solo il 49%; le restanti donne avevano una storia di migrazione, nate in paesi fuori dall’UK si erano trasferite lì.

Il campione è stato poi diviso per sottogruppi in base alle differenti variabili: Età (Tabella 3), Scolarità (Tabella 4), Guadagno annuo (tabella 5).

**Tabella 3.** Età dei tre campioni.

Gruppo	Fasce età	N (%)
Diagnosi ufficiale	18-20	4 (2,7)
	21-24	16 (10,7)
	25-30	23 (15,4)
	30-35	24 (16,1)
	35-45	52 (34,9)
	45-55	26 (17,4)
	55-65	4 (2,7)
Possibile ADHD	18-20	0
	21-24	5 (6%)
	25-30	13 (14%)
	30-35	18 (20%)
	35-45	30 (33%)
	45-55	19 (21%)
	55-65	5 (6%)
Controllo	18-20	9 (14%)
	21-24	27 (43%)
	25-30	11(18%)
	30-35	7 (11%)
	35-45	7 (11%)
	45-55	1(2%)
	55-65	1(2%)

Come è possibile notare vedere dalla Tabella 3 se l'età dei soggetti del campione di controllo era più giovane rispetto agli altri 2 gruppi sperimentali, il gruppo con Diagnosi ufficiale (MODA 35-45 anni) e Possibile ADHD (MODA 35-45 anni) aveva un'età perlopiù simile.

**Tabella 4.** Grado di scolarità.

Gruppo	Fasce di scolarità	N(%)
Diagnosi ufficiale	Istruzione post-scolastica;	29 (20%)
	Scuola superiore:	107 (72%)
	Scuola secondaria:	13 (8%)
Possibile ADHD	Istruzione post-scolastica;	27 (30%)
	Scuola superiore:	54 (60%)
	Scuola secondaria:	9 (10%)
Controllo	Istruzione post-scolastica;	16 (25%)
	Scuola superiore:	44 (70%)
	Scuola secondaria:	3(5%)

Alcuni dei dati nella tabella 4 sono stati riportati in inglese in quanto non c'è un'esatta corrispondenza tra il sistema scolastico italiano e quello del Regno Unito.

Come è possibile osservare da tale tabella, i dati sono molto simili: in tutti e tre i gruppi la moda è 'Scuola superiore' che raggiunge nel campione con diagnosi ufficiale un 71,8%, nel campione con possibile ADHD un 60% e nel campione di controllo una 69,8%.

Nella Tabella 5 si possono invece notare le differenze di salario all'interno dei 3 gruppi. È possibile vedere che se il 75% degli individui del gruppo con diagnosi ufficiale ha un introito annuo, mentre il 25% è disoccupato o studente; negli altri due gruppi, tali percentuali stanno al 75% vs 25% tra le persone con possibile ADHD, mentre vi è un 59% vs 41% nel gruppo di controllo.

Anche questa volta i risultati dei primi due gruppi sperimentali sono sovrapponibili mentre vi è una leggera discrepanza tra i risultati dei gruppi sperimentali e dei campioni di controllo.

**Tabella 5.** Introito annuo dei campioni.

Gruppo	Introito annuo	N(%)
Diagnosi ufficiale	Disoccupato/studente	37 (25%)
	<10,000	19 (13%)
	11,000-15,000	13 (9%)
	15,000-20,000	17 (11%)
	20,000-25,000	13 (9%)
	26,000-36,000	26 (17%)
	37,000-47,000	8 (5%)
	+48,000	16 (11%)
Possibile ADHD	Disoccupato/studente	23 (26%)
	<10,000	10 (11%)
	11,000-15,000	10 (11%)
	15,000-20,000	8 (9%)
	20,000-25,000	15 (17%)
	26,000-36,000	14 (16%)
	37,000-47,000	4 (4%)
	+48,000	6 (7%)
Controllo	Disoccupato/studente	26 (41%)
	<10,000	9(14%)
	11,000-15,000	7(11%)
	15,000-20,000	4(6%)
	20,000-25,000	4(6%)
	26,000-36,000	6(10%)
	37,000-47,000	3(5%)
	+48,000	4(6%)

È stato anche analizzato lo stato relazionale dei soggetti con questi risultati:

-Gruppo con diagnosi ufficiale: 4,7% divorziati, 36,2% fidanzati o in una relazione, 28,2% sposati, 24,8% single, 10,5% altro.

-Gruppo con possibile ADHD: 3,3% divorziati, 37,8% fidanzati o in una relazione, 41,1% sposati, 15,6% single, 3,9% single.

-Gruppo di controllo:1,6% divorziati, 47,6% fidanzati o in una relazione, 11% sposati, 39,8% single.

Dopo aver analizzato i fattori socio-economici dei tre campioni, è stata fatta un'analisi dei fattori psicologica tal proposito si è visto, che solo il 36% dei pazienti ha ricevuto una diagnosi di ADHD 'puro' la restante percentuale ha una o più comorbidità; allo stesso modo il 35% del gruppo con possibile ADHD si trova senza altre patologie diagnosticate: i restanti hanno una o più altre diagnosi (primi fra tutti disturbi d'ansia e dell'umore che sono presenti in oltre il 50% dei partecipanti di entrambi i gruppi).

Nella tabella 6, si nota la distribuzione delle comorbidità nei campioni sperimentali.

**Tabella 6.** Comorbidità nei campioni sperimentali.

Gruppo	Comorbidità	N(%)
Diagnosi ufficiale	Disturbi dell'umore	61(50%)
	Disturbi d'ansia	51(34%)
	Disturbi alimentari	25(17%)
	Disturbi dell'apprendimento	25(17%)
	Disturbo dello spettro autistico	19(13%)
	Disturbi di personalità	10(7%)
	Altro	13(8%)
Possibile ADHD	Disturbi dell'umore	39(43%)
	Disturbi d'ansia	35(38%)
	Disturbi dell'apprendimento	7(7%)
	Disturbo dello spettro autistico	3(3%)
	Disturbi di personalità	5(6%)
	Altro	2(2%)

Dall'analisi della tabella 6, risultano chiari alcuni elementi. Primo fra tutti vi è una somiglianza forte tra gli individui con diagnosi ufficiale e gli individui con possibile

ADHD di alcuni disturbi in comorbidità (vedi disturbi di personalità, disturbi dell'umore e disturbi d'ansia) , secondariamente vi sono delle discrepanze forti per quanto riguarda i 'Disturbi dell'apprendimento' e il 'Disturbo dello spettro autistico': il gruppo con diagnosi ufficiale mostra infatti avere in proporzione al gruppo con possibile ADHD una maggiore frequenza di tali disturbi.

Analizzando nello specifico il gruppo A1, risulta utile specificare che il 76,5% ha un ADHD di tipo combinato, il 2% di tipo iperattivo e il 21,5% di tipo disattento.

È da considerare, anche ai fini della valutazione della disregolazione emotiva, che nel gruppo con diagnosi ufficiale il 40% assume farmaci per migliorare lo stato dell'ADHD, il 14% prende farmaci a causa di un disturbo mentale generico, mentre il 14,1% prende farmaci per migliorare sia lo stato dell'ADHD che in relazione ad altri problemi di salute mentale. Nel caso del gruppo con possibile ADHD, solo il 33,3% prende dei farmaci in relazione a uno o più disturbi, oltre il 62,2% non prende nulla, mentre i restanti sono in fase di transizione/ inizio o incerti.

Infine, in una domanda finale dove si chiede di valutare la disabilità percepita in una scala Likert da 1 (minimo) a 7 (massimo), il gruppo con diagnosi ufficiale, ha mostrato una media di 4,29 con DS 1,92, il gruppo con possibile ADHD ha mostrato una media di 2,91, 1,88 DS, mentre il gruppo senza diagnosi ha una media di 1,87, con una DS di 1.63.

### 3.5 Analisi dei dati

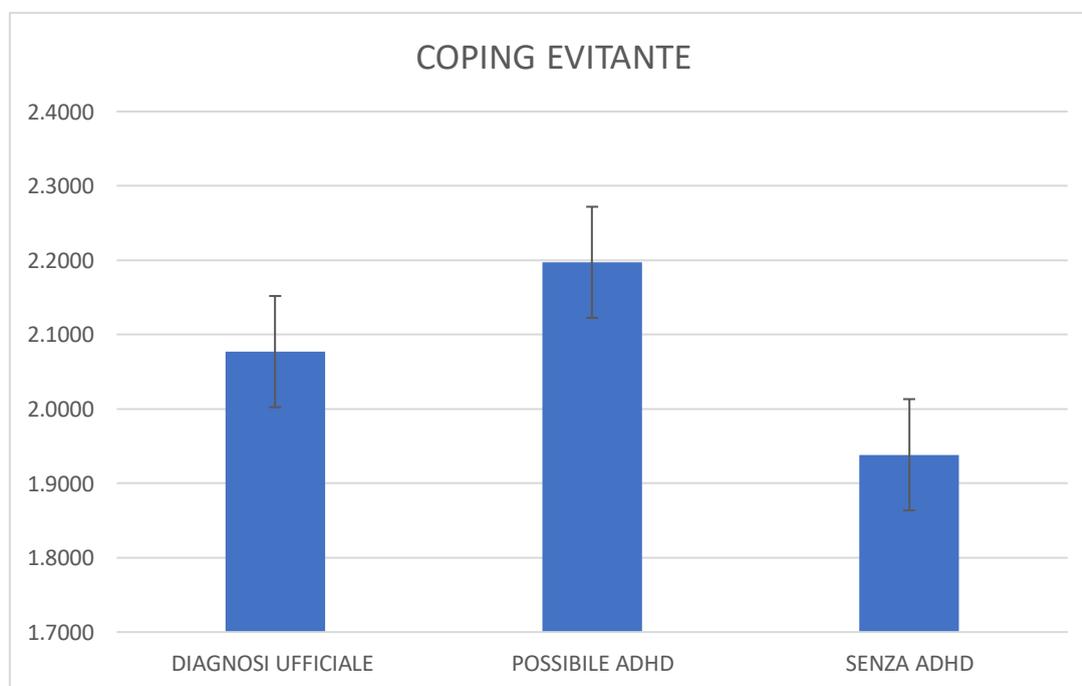
È stato condotto un test per verificare che tutte le variabili prese in considerazione fossero distribuite normalmente all'interno dei sottogruppi (gruppo con diagnosi ufficiale, gruppo con possibile ADHD e gruppo di controllo).

Per ciascuna variabile il livello di discrepanza (indice di asimmetria) tra i valori osservati e i valori previsti della distribuzione normale è molto prossimo allo 0. Pertanto, si può assumere che le variabili siano distribuite in modo normale all'interno del campione; è stato dunque possibile procedere con le analisi statistiche.

È stata condotta un'ANOVA univariata su 302 soggetti per valutare se esistessero delle differenze significative ( $\alpha < 0,05$ ) tra i tre gruppi nelle diverse variabili prese in considerazione, quali stili di coping, disregolazione emotiva, intelligenza emotiva e disforia sensibile al rifiuto.

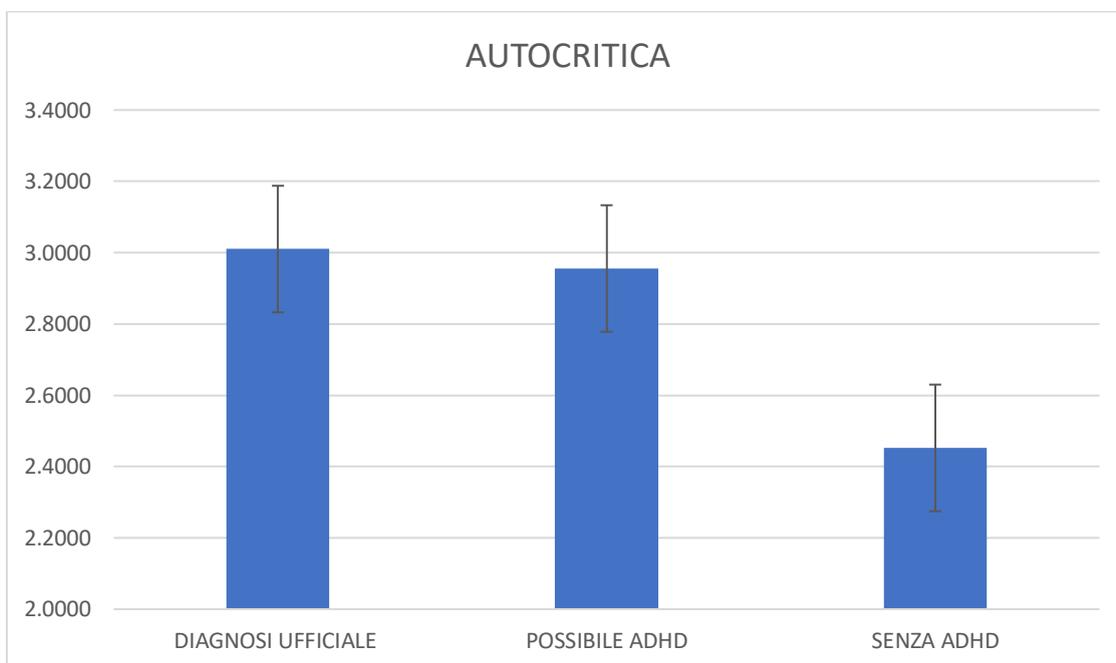
Emergono differenze significative ( $\alpha < 0,05$ ) tra i gruppi per la variabile coping evitante ( $F(2,299) = 4,22$ ;  $p = .016$ ;  $\eta^2 = 0,03$ ). Le analisi Post-hoc con il metodo Bonferroni mostrano che gli individui con sospetto ADHD ( $M = 2,20$ ;  $DS = 0,53$ ) hanno un coping evitante significativamente maggiore rispetto agli individui senza ADHD ( $M = 1,94$ ;  $DS = 0,62$ ), come mostrato dal Grafico 1.

**Grafico 1.** Coping evitante nei gruppi studiati.



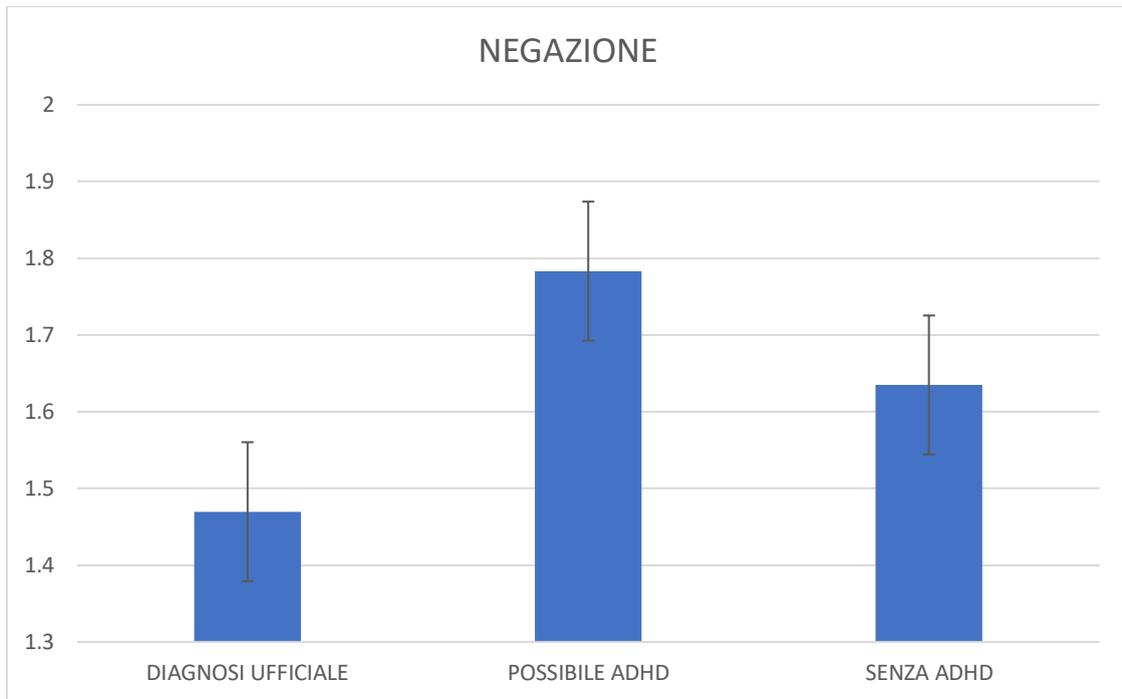
Si evidenziano, inoltre, delle differenze significative ( $\alpha < 0,05$ ) tra i gruppi sullo stile di coping 'Autocritica' ( $F(2,299) = 7,66$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = 0,05$ ); le donne con una diagnosi ufficiale ( $M = 3,01$ ,  $DS = 2,45$ ) e quelle con possibile ADHD ( $M = 2,95$ ;  $DS = 1,01$ ) usano più frequentemente questo stile di coping rispetto alle donne senza ADHD ( $M = 2,45$ ,  $DS = 1,01$ ), come mostrato dal grafico 2.

**Grafico 2.** Autocritica nei gruppi studiati.



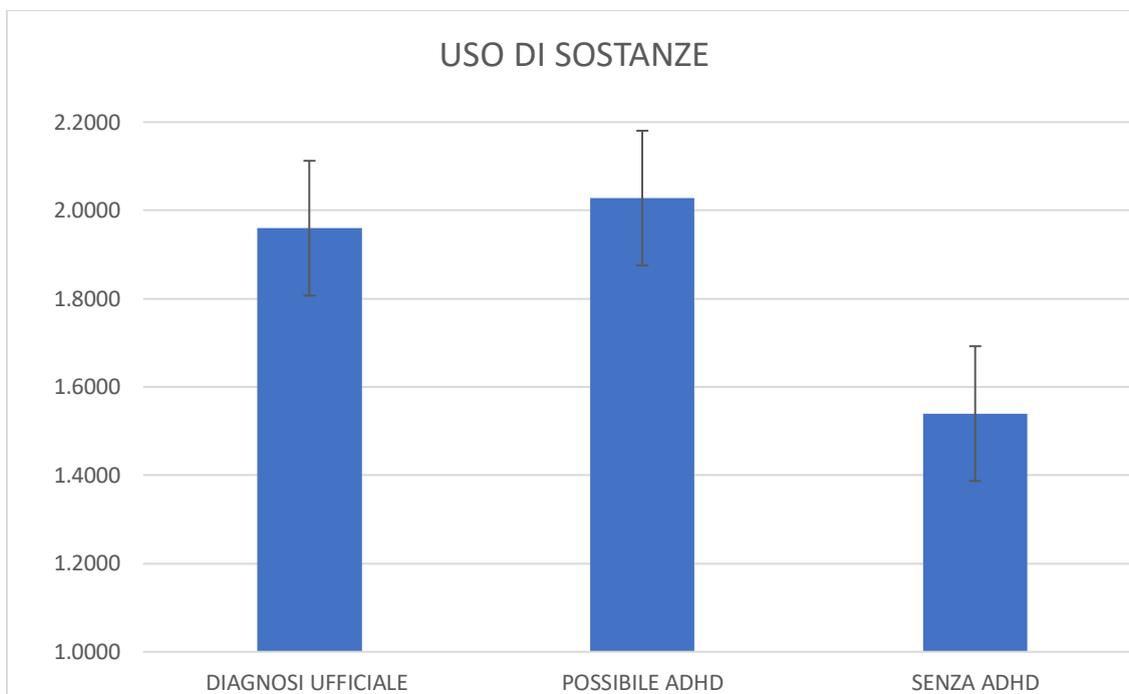
Anche lo stile di coping 'Negazione' ( $F(2,299) = 4,93$ ;  $p = .008$ ;  $\eta^2 = 0,03$ ) viene significativamente ( $\alpha < 0,05$ ) più usato nelle donne con probabile ADHD ( $M = 1,78$ ;  $DS = 0,84$ ) rispetto alle donne con diagnosi ufficiale ( $M = 1,47$ ;  $DS = 0,63$ ), come mostrato dal Grafico 3.

**Grafico 3.** Negazione nei gruppi studiati.



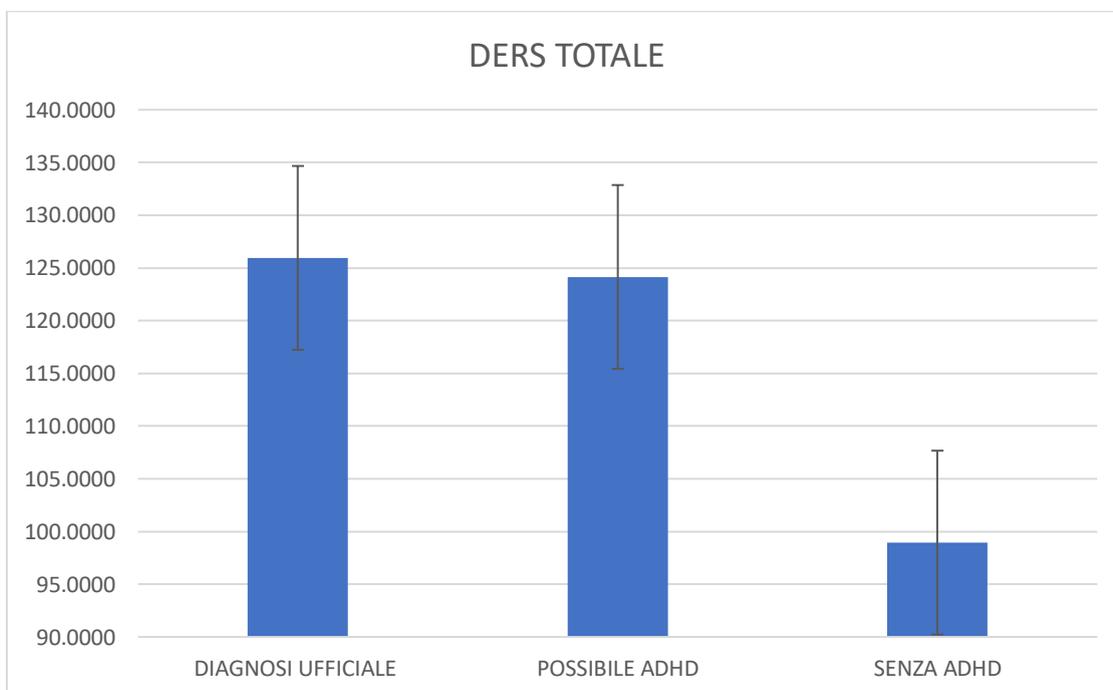
Per quanto riguarda lo stile relativo la sottoscala 'Uso di sostanze' ( $F(2,299)=4,27$ ;  $p=.015$ ;  $\eta^2=0,028$ ) anche in questo caso si riscontrano delle differenze significative (per  $\alpha < 0,05$ ); tale stile viene più usato nelle persone con diagnosi ufficiale ( $M=1,96$ ;  $DS=1,10$ ) e nelle persone con possibile ADHD ( $M=2,03$ ;  $DS=1,79$ ) rispetto che alle persone senza ADHD ( $M=1,54$ ;  $DS=0,91$ ), come visto dal grafico 4.

**Grafico 4.** Uso di sostanze nei gruppi studiati.



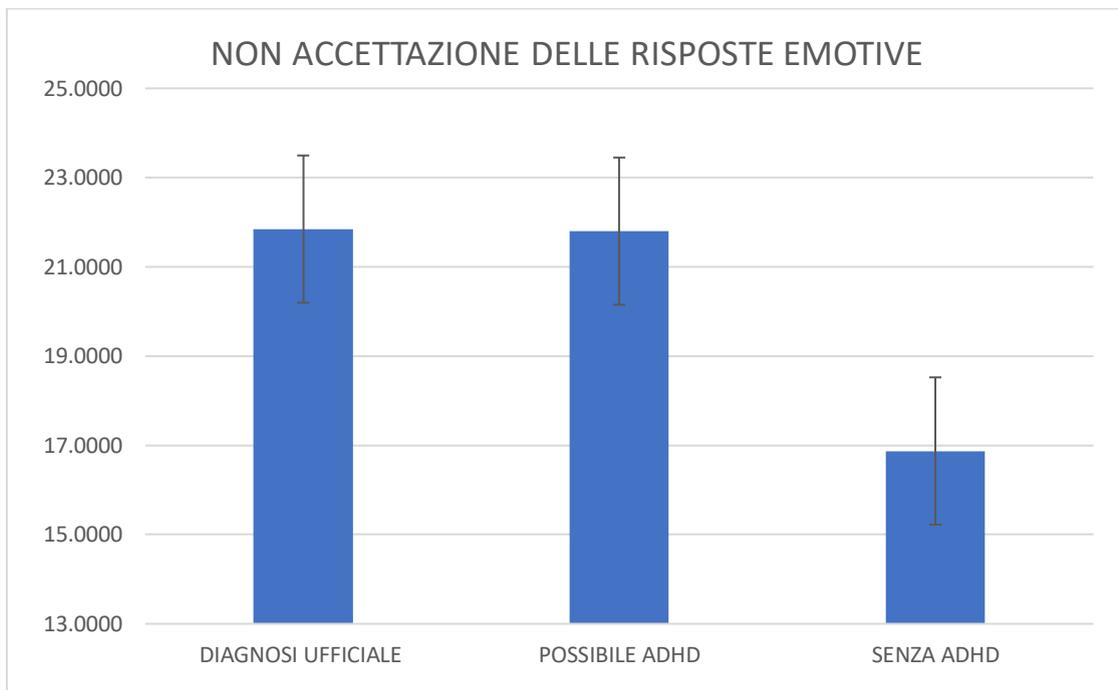
Passando adesso all'ANOVA del DERS, si notano che emergono differenze significative ( $\alpha < 0,05$ ) in relazione alla scala 'Regolazione emotiva' ( $F(2,299) = 27,69$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,156$ ), come descritto dal grafico 5.

**Grafico 5.** Punteggi DERS totale.



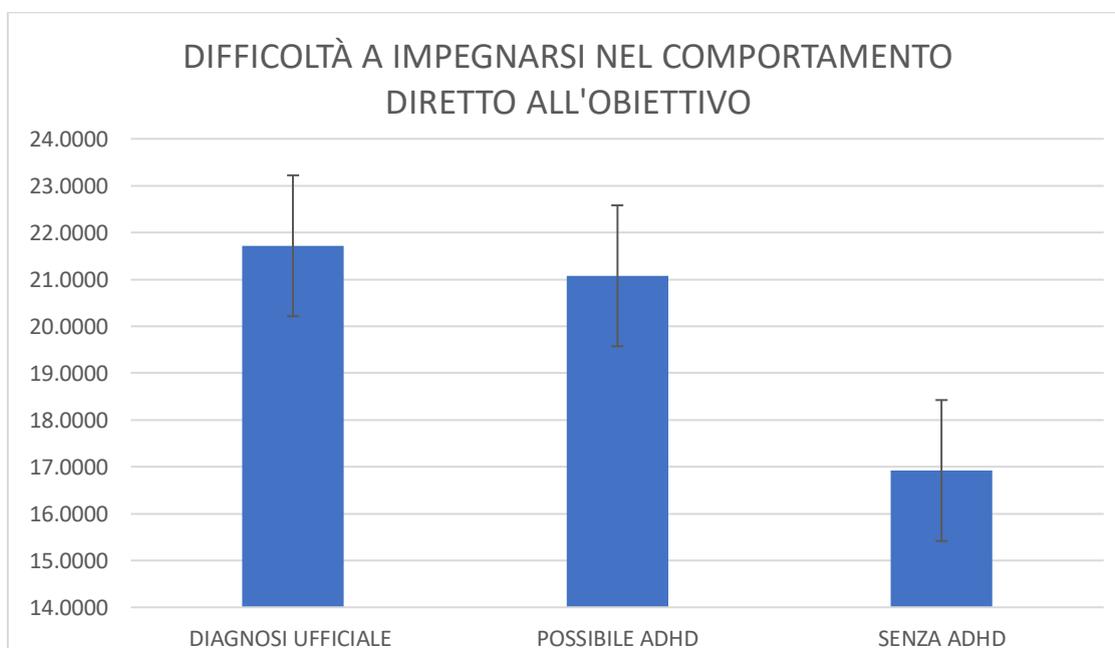
Si può notare, infatti, che sia gli individui con diagnosi ufficiale (M=125,95; DS=25,14) che gli individui con possibile ADHD (M=124,14; DS=21,15) mostrino livelli più alti di difficoltà nella regolazione emotiva rispetto al gruppo di controllo (M=98,95; DS=29,54). Continuando con l'analisi del DERS, si riscontrano altre evidenze significative ( $\alpha < 0,05$ ), nella prima sottoscala 'Non accettazione delle risposte emotive' ( $F(2,299)=14,143$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2=0,086$ ); si nota infatti un punteggio medio più alto sia dalle donne con diagnosi ufficiale (M=21,85; DS= 6,71) che nelle donne con possibile ADHD (M=21,80; DS= 6,10) rispetto al gruppo di controllo (M=16,87; DS= 6,91), come è possibile notare dal grafico 6.

**Grafico 6.** Non accettazione delle risposte emotive nei gruppi studiati



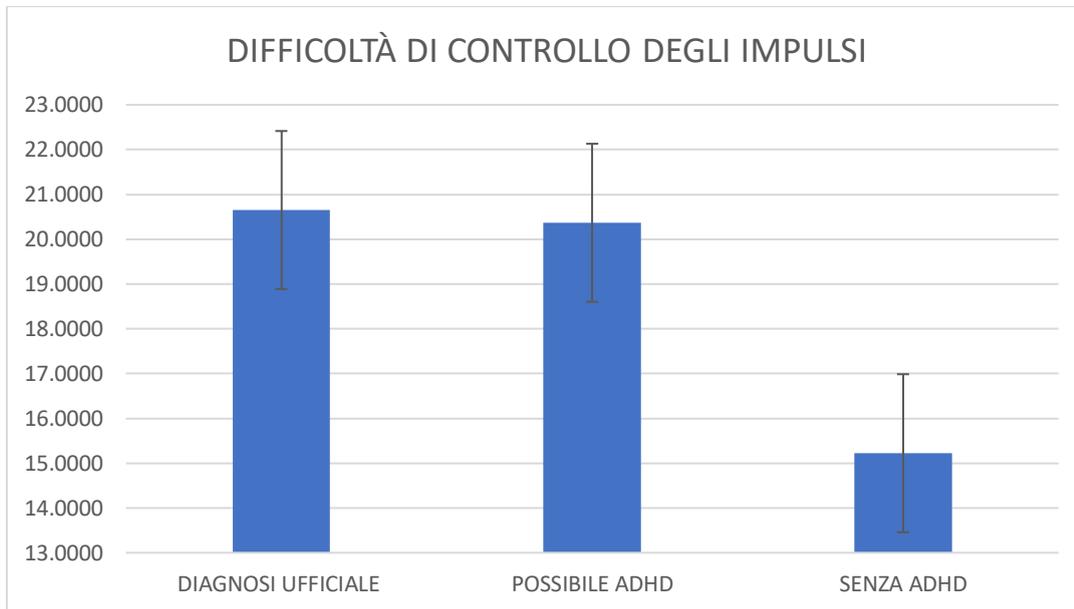
Nella seconda sottoscala 'Difficoltà a impegnarsi nel comportamento diretto all'obiettivo' ( $F(2,299)=39,28$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,21$ ) emerge un'altra evidenza significativa ( $\alpha < 0,05$ ); sia le donne con diagnosi ufficiale (M=21,72; DS= 3,42) che le donne con possibile ADHD (M=21,08; DS= 3,58) mostrano maggiori difficoltà nell'assumere comportamenti orientati allo scopo rispetto al gruppo di controllo (M=16,92; DS=4,31), come mostrato dal grafico 7.

**Grafico 7.** ‘Difficoltà a impegnarsi nel comportamento diretto all'obiettivo’ nei gruppi studiati.



Allo stesso modo, anche nella terza sottoscala ‘Difficoltà di controllo degli impulsi’ ( $F(2,299)=20,387$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2 =0,120$ ) si notano differenze significative ( $\alpha <0,05$ ) in quanto sia le donne con diagnosi ufficiale ( $M=20,65$ ;  $DS=5,83$ ) che quelle con possibile ADHD ( $M=20,37$ ;  $DS= 5,76$ ) mostrano nel controllo degli impulsi una maggiore difficoltà rispetto al gruppo di controllo ( $M=15,22$ ;  $DS= 6,24$ ), come si nota dal grafico 8.

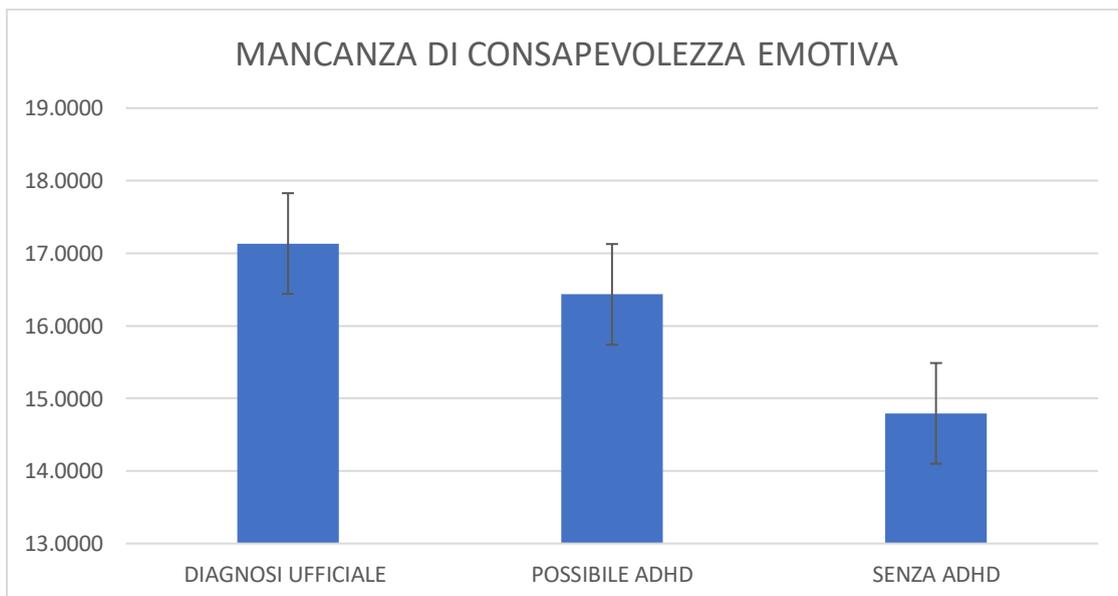
**Grafico 8.** Difficoltà di controllo degli impulsi.



La quinta sottoscala ‘Mancanza di consapevolezza emotiva’ ( $F(2,299)= 4,64$ ;  $p=0,010$ ;  $\eta^2 =0,030$ ) mostra altre differenze significative ( $\alpha <0,05$ ); le donne infatti con diagnosi ufficiale ( $M=17,13$ ;  $DS=5,04$ ) mostrano una maggiore mancanza di consapevolezza emotiva rispetto al gruppo di controllo ( $M=16,44$ ;  $DS=5,17$ ).

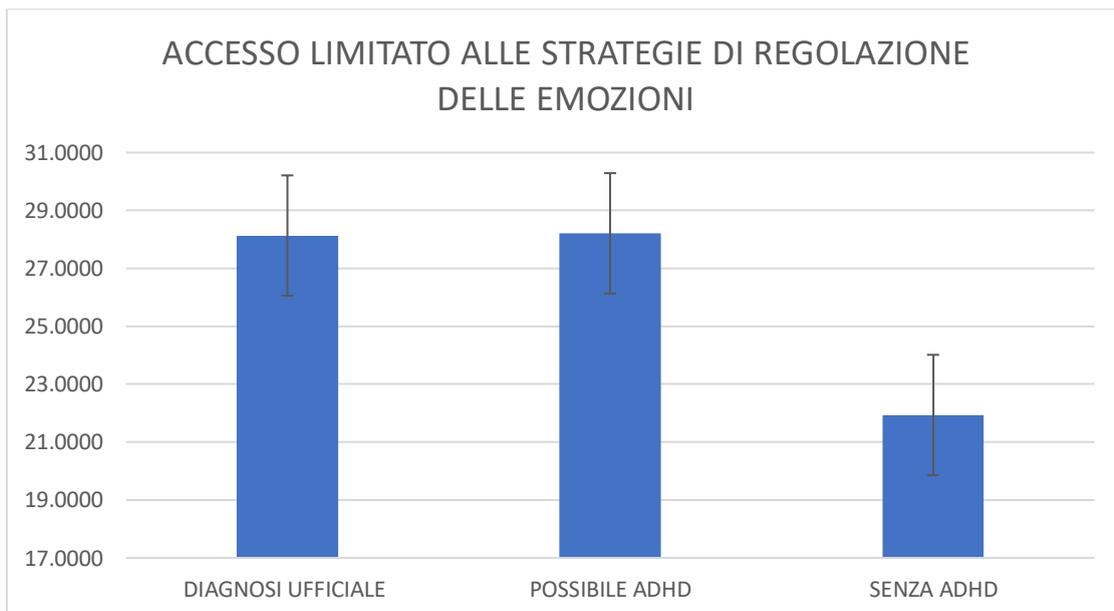
In questo caso, tuttavia, non viene riscontrata nessuna differenza significativa in questa scala tra il gruppo con possibile ADHD e gli altri due gruppi (Grafico 9).

**Grafico 9.** ‘Mancanza di consapevolezza emotiva’ nei gruppi studiati.



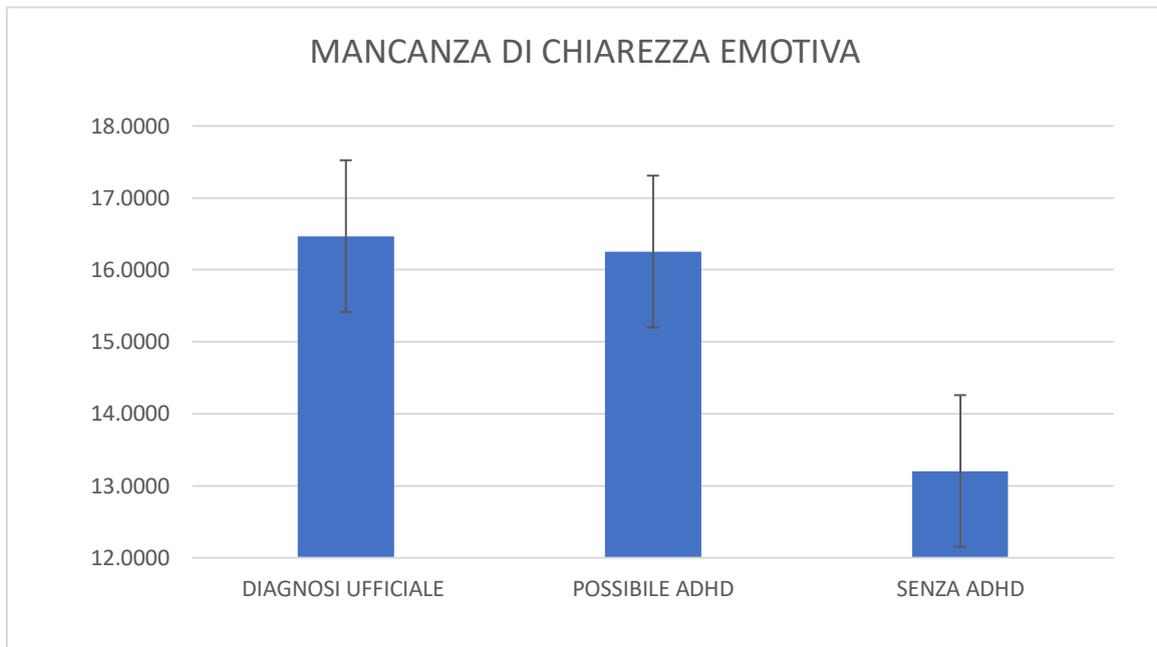
La penultima sottoscala, ‘Accesso limitato alle strategie di regolazione delle emozioni’ ( $F(2, 299)=18,305$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2 =0,109$ ) mostra anch’essa delle differenze significative ( $\alpha <0,05$ ) tra i gruppi donne con diagnosi ufficiale ( $M=28,13$ ;  $DS=7,44$ ) e donne con possibile ADHD ( $M=28,11$ ;  $DS= 6,21$ ), i quali hanno un accesso più limitato alle strategie di regolazione emotiva rispetto al gruppo di controllo ( $M=21,94$ ;  $DS= 8,21$ ), come mostrato dal grafico 10.

**Grafico 10.** Accesso limitato alle strategie di regolazione delle emozioni nei gruppi studiati.



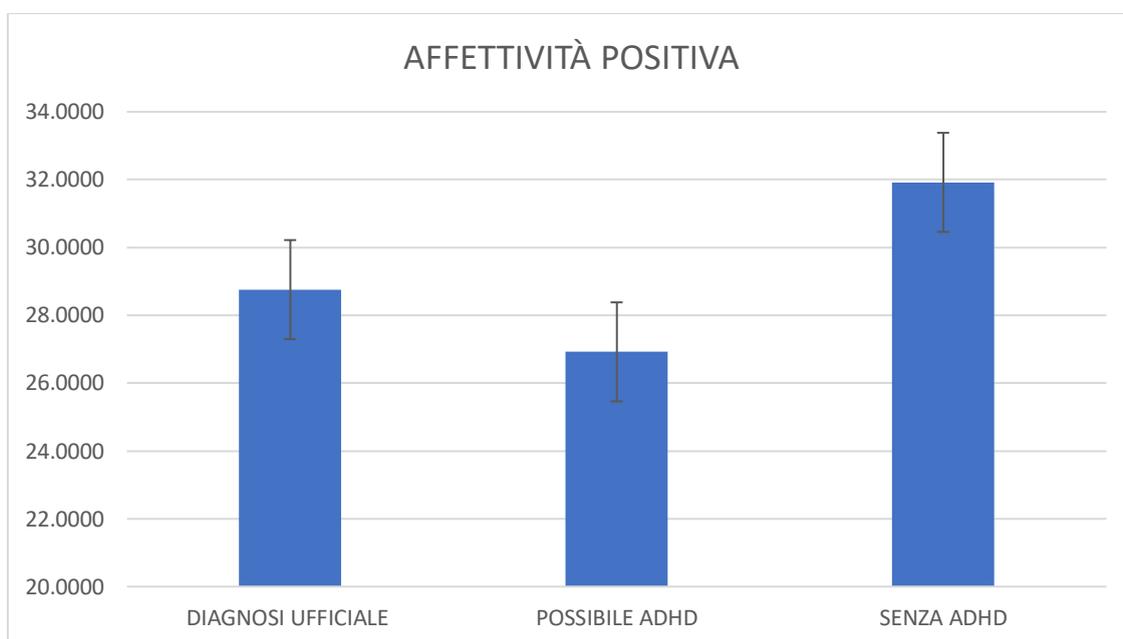
Concludendo, anche l’ultima sottoscala ‘Mancanza di chiarezza emotiva’ ( $F(2,299)=10,835$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2=0,068$ ) mostra differenze significative ( $\alpha <0,05$ ): le analisi post-hoc fanno notare che sia le donne con diagnosi ufficiale ( $M=16,47$ ;  $DS=4,28$ ) che le donne con possibile ADHD ( $M=16,26$ ;  $DS=4,28$ ) hanno una minore chiarezza emotiva rispetto al gruppo di controllo ( $M=13,21$ ;  $DS= 5,55$ ), come mostrato dal grafico 11.

**Grafico 11.** Mancanza di chiarezza emotiva nei gruppi studiati.



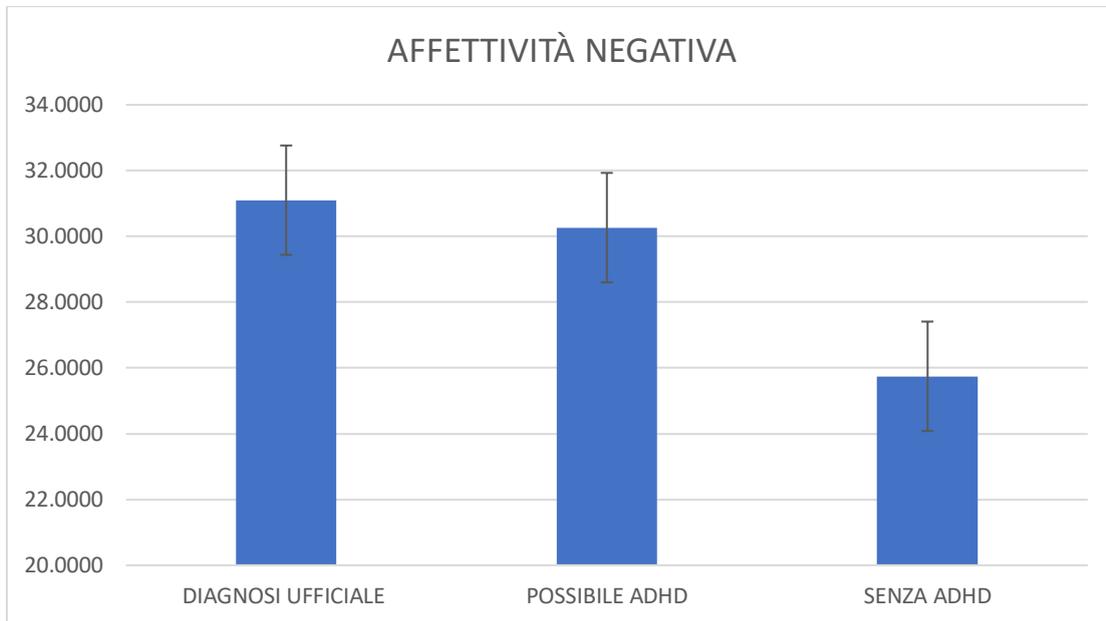
Procedendo adesso con l'ANOVA del PANAS-SF, si nota una differenza significativa ( $\alpha < 0,05$ ) nella scala del 'Affettività positiva' ( $F(2,299)=6,391$ ;  $p=0,002$ ;  $\eta^2 = 0,041$ ); sia le donne con diagnosi ufficiale ( $M=28,76$ ;  $DS=8,80$ ) che quelle con possibile ADHD ( $M=26,92$ ;  $DS= 8,36$ ) ottengono punteggi di affetto positivo inferiori rispetto alle donne senza diagnosi ( $M=31,92$ ;  $DS= 8,09$ ), come mostrato dal grafico 12.

**Grafico 12.** Affettività positiva nei gruppi studiati.



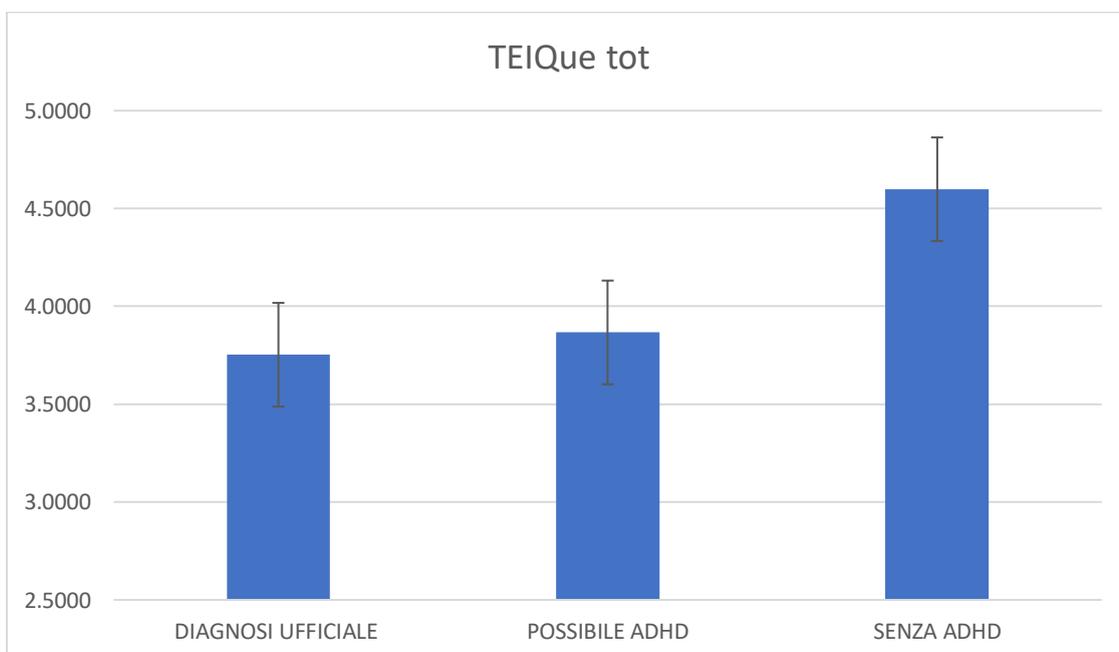
Per quanto riguarda invece la scala 'Affettività negativa' ( $F(2,299)=7,615$ ;  $p=0,001$ ;  $\eta^2=0,048$ ) è evidente un'altra differenza significativa ( $\alpha < 0,05$ ); le analisi post-hoc rivelano che sia il gruppo composto da individui con diagnosi ufficiale ( $M=31,10$ ;  $DS=9,43$ ) che il gruppo composto da individui con possibile ADHD ( $M=30,27$ ;  $DS=8,65$ ) hanno dei valori di affetto negativo più alti rispetto al gruppo di controllo ( $M=25,75$ ;  $DS=9,69$ ), come mostrato dal grafico 13.

**Grafico 13.** Affettività negativa nei gruppi studiati



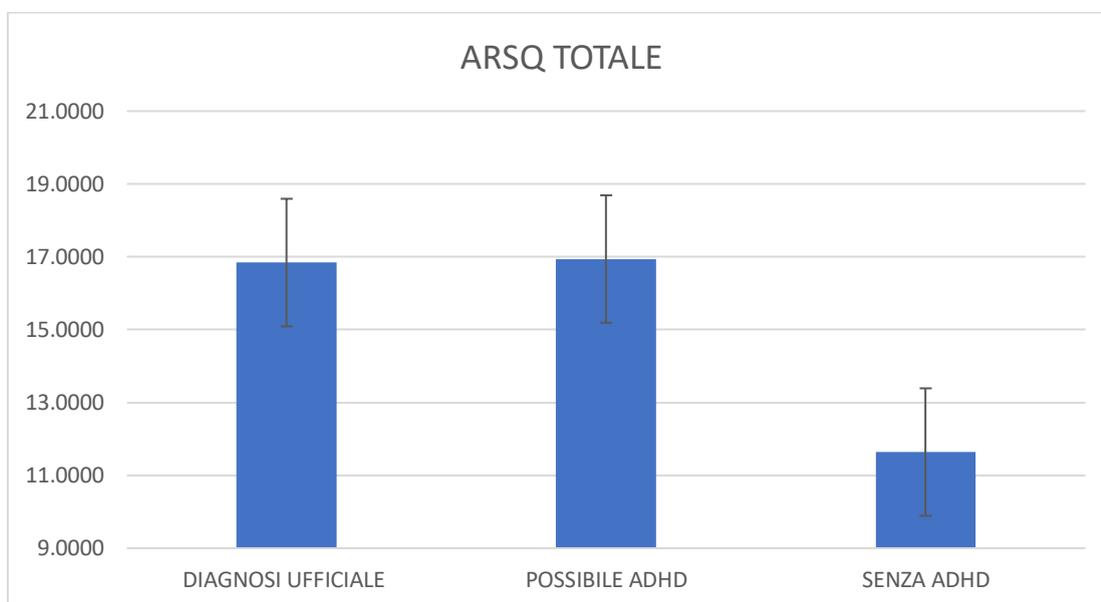
Passando poi all'ANOVA del Teique ( $F(2,299)=21,420$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2 =0,125$ ), vi è un'ulteriore evidenza significativa ( $\alpha <0,05$ ); il gruppo con diagnosi ufficiale ( $M= 3,75$ ;  $DS= 0,82$ ) e il gruppo con possibile ADHD ( $M= 3,87$ ;  $DS= 0,75$ ) mostra minor intelligenza emotiva rispetto al gruppo di controllo ( $M=4,60$ ;  $DS=1,09$ ), come mostrato dal grafico 14.

**Grafico 14.** TEIQue tot nei gruppi studiati.



Infine anche nell'ultimo questionario ARSQtot ( $F(2,299)=21,420$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2 = 0,125$ ) ci sono delle evidenze significative ( $\alpha <0,05$ ); sia il gruppo con ADHD ( $M=16,84$ ;  $DS=5,82$ ) che il gruppo con presunta diagnosi ( $M=16,94$ ;  $DS= 6,06$  DS) mostrano valori più elevati di RSD rispetto al gruppo di controllo ( $M=11,64$ ;  $DS= 4,52$ ), come mostrato dal grafico 15.

**Grafico 15.** Punteggio Totale ARSQ nei gruppi studiati.



#### 4. Discussione

Come è stato già accennato in precedenza, lo scopo di tale studio sperimentale è quello di arricchire la letteratura presente sulle componenti psicologiche coinvolte nell'ADHD, ponendo particolare attenzione su un campione di donne, in quanto questa popolazione è stata sinora tralasciata. Sulla base dei risultati ottenuti, è dunque possibile analizzare come i costrutti considerati si distribuiscono all'interno dei tre sottogruppi del campione (donne con diagnosi ufficiale, con possibile ADHD e senza diagnosi), per verificare, così come ipotizzato, che vi siano delle differenze significative e caratterizzanti tra questi.

Dall'analisi del primo questionario, sono già evidenti delle differenze: una delle sottoscale del BRIEF COPE, quella relativa al coping evitante, risulta essere maggiore negli individui con possibile ADHD rispetto agli individui privi di diagnosi. Da notare però che non emergono differenze significative tra gli individui con ADHD e il gruppo di controllo. Questo conferma una delle ipotesi di ricerca che sostiene che gli individui privi di diagnosi possano essere arrivati fino ad oggi senza alcuna diagnosi a causa di uno stile di coping maggiormente evitante.

Infatti, questo stile - definito da Gámez e Wakiza nel 2011 come caratterizzato dagli sforzi di una persona per evitare di avere a che fare con un fattore di stress al fine di proteggersi dalle difficoltà che il fattore di stress presenta - potrebbe aver scoraggiato l'inquadramento dei sintomi come problematici, fino a portare a una mancata valutazione psicologica e neuro-psichiatrica fino all'età adulta.

Se questa rappresenta la prima differenza che è emersa nella ricerca tra gli individui con probabile ADHD e gli altri 2 gruppi, si riscontrano altre di evidenze nei risultati dello stesso test, all'interno delle sub-scale: gli individui con probabile ADHD mostrano dei livelli decisamente più alti nella scala 'Negazione' rispetto agli individui con diagnosi ufficiale. Allo stesso modo in cui si ipotizza che un coping evitante possa aver scoraggiato un inquadramento diagnostico da parte di un professionista, è facile ipotizzare che anche dei livelli alti di diniego di fronte ai problemi - e dunque spesso ai sintomi e/o alle conseguenze dei sintomi - possano aver allo stesso modo scoraggiato un inquadramento diagnostico.

Passando poi ad analizzare i dati che accomunano sia il gruppo con diagnosi ufficiale che il gruppo con possibile ADHD, ma che li distinguono dal gruppo di controllo, si nota che

nelle due scale 'uso di sostanze' e 'autocritica' i due gruppi ottengano dei punteggi significativamente più alti rispetto al gruppo di controllo. Questo dato risulta essere coerente con i risultati di più ricerche su più fronti.

Prima di tutto, anche se le ricerche di Hampel e colleghi (2008) non sono specificatamente orientate a studiare la popolazione femminile adulta con ADHD ma bambini, adolescenti e adulti, si nota come in tutte queste ricerche siano emersi stili di coping nei gruppi studiati maggiormente disadattivi rispetto al gruppo di controllo. Inoltre, si nota che già nelle ricerche di Miller e colleghi (2007) e di Sobanski e collaboratori (2007) si fa menzione di rischi relativi a possibili comorbidità nelle persone con ADHD e al rischio di possibili disturbi all'abuso di sostanze. Questo dato potrebbe essere interpretato in questa ricerca come se l'abuso di sostanze fosse per gli individui con ADHD uno stile di coping; questo se reiterato tante volte, però, può portare a tale disturbo. Infine, anche le ricerche di Weiss e Hechman (1993) e di Barkley (2008), già discusse in precedenza, nel descrivere gli aspetti antisociali dell'ADHD, si soffermano sull'abuso di sostanze come uno di questi. Inoltre, anche se lo stato della letteratura risulta essere carente sul ruolo dell'autocritica nell'ADHD, emerge come in generale tale stile di coping sia correlato alla psicopatologia in generale (Jaekle et al., 2021; Hunt, B. J., 2021). Da non dimenticare che, anche se tali ricerche si riferiscono perlopiù a disturbi dell'umore, disturbi d'ansia o a disturbi alimentari, da numerose altre ricerche è stata trovata un'altissima comorbidità tra l'ADHD e questi disturbi (es: Poisoner et al. 2007); dunque la questione relativa all'autocritica potrebbe essere quasi intrinseca nell'ADHD. Anche in tale studio, infine, più del 75% degli individui sottoposti ai questionari presentavano una comorbidità con altri disturbi.

Passando adesso ai questionari che riguardano la disregolazione emotiva, il quadro è abbastanza chiaro: nessuna differenza significativa viene riscontrata tra il gruppo di persone con ADHD e le persone con possibile ADHD, mentre tutte le differenze significative accomunano i due gruppi distinguendoli dal gruppo di controllo, tranne i risultati della scala la scala 'Mancanza di consapevolezza emotiva'.

Partendo dal DERS totale, è possibile notare subito come la disregolazione emotiva si presenti in modo decisamente alto sia nelle persone con ADHD sia nelle persone con possibile diagnosi; entrambi i gruppi hanno risultati decisamente comparabili: se il gruppo con ADHD ottiene 125,95 di media con 25,14 di deviazione standard, gli individui con

presunta diagnosi ottengono in tale test 124,14 media con 21,15 di deviazione standard. Tali risultati si distanziano moltissimo poi dal gruppo di controllo che ottiene 98,95 di media e 29,54 deviazione standard.

Nonostante le ricerche che verranno menzionate vengano più precisamente effettuate in popolazioni generali, e dunque non per genere, si nota come tale ricerca, anche se effettuata sulle donne, trovi accordo con quanto affermato in precedenza da altri autori che vedono l'ADHD e la disregolazione emotiva come qualcosa di inscindibile (Sagvolden et al. 2005; Barkley, 2015).

Si può notare, infatti, che in quasi tutte le sottoscale quali: 1- Non accettazione delle risposte emotive, 2- Difficoltà a impegnarsi nel comportamento diretto all'obiettivo, 3- Difficoltà di controllo degli impulsi, 5- Accesso limitato a strategie di regolazione emotiva, 6-Mancanza di chiarezza emotiva vi è una grossa differenza tra i due gruppi (diagnosi ufficiale e possibile ADHD) e il gruppo di controllo.

Solo nella sottoscala 4-‘Mancanza di consapevolezza emotiva’, l'unica differenza significativa che si riscontra riguarda principalmente il gruppo con ADHD e il gruppo di controllo; mentre il gruppo con possibile ADHD rimane escluso da tutto ciò.

Passando adesso all'analisi del PANAS, le evidenze di questa ricerca mostrano maggiore affettività negativa e minor affettività positiva nelle persone con diagnosi ufficiale e nelle persone con presunto ADHD; mentre non si riscontra alcuna differenza significativa tra gli individui.

Per quanto riguarda invece gli individui con possibile diagnosi di ADHD i risultati si trovano in linea con lo studio di Izumi Okado del 2016. Un risultato molto interessante riguarda il fatto che l'autore analizza le differenze tra gli individui con ADHD puro e gli individui con ADHD con comorbidità, scoprendo che gli individui con ADHD puro mostrano minori livelli di affettività negativa e maggiori livelli di affettività positiva.

Inoltre, per quanto riguarda il TEIQue, come spiegato nel paragrafo precedente, non si riscontrano differenze significative tra i tratti di intelligenza emotiva totale all'interno dei gruppi con diagnosi di ADHD e con sospetto ADHD: tuttavia emergono delle differenze significative tra i due campioni -con diagnosi ufficiale di ADHD, e il campione con possibile diagnosi- in relazione al gruppo di controllo. Infatti, è possibile notare in questo caso che il punteggio di entrambi i gruppi sia decisamente più alto rispetto a quello del gruppo di controllo.

Questo dato si trova in linea in parte con i risultati di precedenti ricerche che mostrano come le persone con ADHD esibiscano un profilo di intelligenza emotiva ridotto rispetto ai pari senza ADHD (Kristensen et al. 2014, Fleming et al., 2008), ma in disaccordo con altre ricerche che non vedono significative differenze tra i campioni con tale disturbo e il gruppo di controllo (Climie, et al., 2019).

L'ultimo questionario in analisi è quello relativo alla sensibilità al rifiuto; anche qui è possibile notare dei valori molto più alti da parte dei campioni con diagnosi ufficiale e con possibile ADHD rispetto al gruppo di controllo. Questo dato risulta essere in linea con le ricerche di (Canu & Carlson, 2007). Anche in questo caso rimane aperta la questione relativa al fatto che le donne con ADHD possano in qualche maniera avere avuto una sensibilità maggiore nella comprensione dei mancati raggiungimenti degli obiettivi sociali oppure possano esternare maggiormente le loro ansie rispetto al rifiuto.

A proposito della sensibilità al rifiuto, lo stato della letteratura risulta ancora debole, per cui sono necessarie maggiori ricerche per trarre conclusioni.

Infine, risulta importante precisare che la presente ricerca non è, tuttavia, priva di limiti.

Il primo riguarda il fatto che nella presente ricerca non sono stati esclusi partecipanti con alcuni disturbi in comorbidità, quali disturbi mentali – presenti o pregressi – e altri disturbi del neuro-sviluppo, non permettendo di ottenere un gruppo sperimentale con ADHD “puro”, come è stato possibile fare, invece, in ricerche precedentemente citate (Okado, I., 2016). In particolare, all'interno dei due gruppi sperimentali, si può notare come il gruppo con diagnosi ufficiale ha maggiori diagnosi di ‘disturbo dello spettro autistico’ (13%) e ‘disturbi dell'apprendimento’ (17%) rispetto al gruppo con possibile ADHD 3%, 7%. Questa condizione può aver portato a due diverse conseguenze: la prima riguarda il fatto che è probabile che parte del gruppo di donne con diagnosi ufficiale sia entrato in contatto con professionisti del neuro-sviluppo fin dall'infanzia a causa di maggiori difficoltà scolastiche, permettendo loro di ottenere prima una diagnosi; l'altra, invece, riguarda il fatto che parte del campione (21%) riporta di avere in comorbidità con l'ADHD o aggiunge nelle note di avere un sospetto di diagnosi di disturbo dello spettro autistico. Questo disturbo, come mostrato da una precedente ricerca porta a un minor grado di intelligenza emotiva (Kv Petrides, et al 2011). Un elemento però su cui potrebbe risultare utile riflettere è che in tale ricerca vi è un effetto sul genere; le donne paradossalmente mostravano tratti di intelligenza emotiva inferiori rispetto agli uomini. Dato il fatto che la

ricerca è stata condotta su donne, questo potrebbe aver ulteriormente abbassato i punteggi riscontrati.

Vi è un altro punto di cui risulta utile discutere: questa ricerca è stata effettuata usando degli strumenti di tipo autovalutativo; precedenti ricerche mostrano, invece, come strumenti che valutano la performance oppure strumenti combinati ottengano una misura più accurata rispetto all'intelligenza emotiva (Nicolàs Sánchez-Alvarez et al. del 2015, Downey et al. 2008).

Tuttavia, risulta interessante il fatto che, anche se in tali ricerche vengano consigliati strumenti che valutano la performance, in quanto tali individui in qualche modo attraverso i test di tipo autovalutativo tendano a sopravvalutare le proprie capacità e questo può ridurre le differenze significative tra il campione studiato e quello di controllo, sembra che le performance ottenute attraverso l'autovalutazione delle donne sono già di per sé basse. Rimane, dunque, aperta la questione relativa al fatto questo gruppo di donne studiato possa aver risposto in modo 'maggiormente sincero' oppure addirittura 'svalutativo' in relazione alle domande sull'intelligenza emotiva.

Infine, dato l'impatto che hanno avuto il covid e le corrispettive quarantene sul benessere mentale (The Lancet Psychiatry, 2021) se si fosse interessati a questa ricerca, chiaramente un modo per aggirare questo problema potrebbe essere quello di replicare tale indagine in un periodo storico maggiormente distante da quello relativo al presente, che caratterizzato da una pandemia potrebbe aver influito negativamente anche nella salute mentale di soggetti sani e ideali per prendere parte a un campione di controllo.

## **Conclusioni**

Il presente studio, come è stato già sottolineato, non è privo di limiti: questi riguardano soprattutto le caratteristiche sia del campione generale, che è costituito unicamente da donne, sia dei gruppi sperimentali, i quali presentano diversi disturbi – mentali e del neuro-sviluppo – in comorbidità con il disturbo oggetto di studio, non permettendo il confronto con un ADHD cosiddetto “puro”. Per questi motivi, i risultati ottenuti non possono essere completamente generalizzabili. Ciò non toglie che le evidenze ottenute vanno ad arricchire gli studi già presenti in letteratura, riguardanti le implicazioni psicologiche dell’ADHD all’interno della popolazione femminile adulta, che sinora è stata trascurata dalle precedenti ricerche sperimentali sull’argomento.

In particolare, emergono interessanti prospettive sulle potenziali caratteristiche psicologiche distintive dell’ADHD, che riguardano gli stili di Coping maggiormente impiegati da questa popolazione, la tendenza ad avere maggiori livelli di disregolazione emotiva, di affettività negativa e di disforia sensibile al rifiuto (RSD) e minori livelli di intelligenza emotiva; quest’ultime, nello specifico, sono state sinora poco approfondite dalla letteratura in relazione all’ADHD.

L’analisi e l’approfondimento della relazione tra queste caratteristiche e l’ADHD aprono la strada alla possibilità di impiegare le stesse nell’individuazione precoce di fattori di rischio, che possano agevolare la diagnosi in età infantile di tale disturbo del neurosviluppo; questa prospettiva potrebbe portare ad evitare, come è stato evidenziato dal campione in esame, che vi siano persone adulte ancora in lista d’attesa per la diagnosi di tale disturbo e ad intervenire quanto prima sul trattamento dello stesso.

A tal proposito, potrebbe risultare utile indagare la presenza di correlazioni tra questi variabili e come ciò influisca sulla vita delle persone con ADHD.

## BIBLIOGRAFIA

- Adler, L. A., Dirks, B., Deas, P. F., Raychaudhuri, A., Dauphin, M. R., Lasser, R. A., & Weisler, R. H. (2013). Lisdexamfetamine dimesylate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder who report clinically significant impairment in executive function: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(7), 694–702.
- Adult ADHD: Diagnostic Assessment and Treatment (Di J.J. Sandra Kooij) ] Kooij JJS. Adult ADHD: diagnostic assessment and treatment. 3rd e London: Springer-Verlag; 2013
- Altszuler, A. R., Page, T. F., Gnagy, E. M., Coxe, S., Arrieta, A., Molina, B. S., & Pelham, W. E., Jr (2016). Financial Dependence of Young Adults with Childhood ADHD. *Journal of abnormal child psychology*, 44(6), 1217–1229.
- American Psychiatric Association (APA): Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Testo Riveduto, Quarta Edizione. Washington DC, 2000. 2. Diagnostic Interview for ADHD in Adults 2.0 (DIVA 2.0), in: Kooij, JJS. Adult ADHD. Diagnostic Assessment and treatment. Springer 2012.
- Antshel, K. M., Faraone, S. V., Maglione, K., Doyle, A., Fried, R., Seidman, L., & Biederman, J. (2009). Is adult attention deficit hyperactivity disorder a valid diagnosis in the presence of high IQ?. *Psychological medicine*, 39(8), 1325–1335.
- Association, A. P. (2014). *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore.
- Ayano, G., Yohannes, K., & Abraha, M. (2020). Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Annals of general psychiatry*, 19, 21.
- Ayduk, O., & Gyurak, A. (2008). Applying the Cognitive-Affective Processing Systems Approach to Conceptualizing Rejection Sensitivity. *Social and personality psychology compass*, 2(5), 2016–2033.
- Babb, Kimberley & Levine, Linda & Arseneault, Jaime. (2010). Shifting gears: Coping flexibility in children with and without ADHD. *International Journal of Behavioral Development - INT J BEHAV DEV*. 34. 10-23.

- Bagwell, C. L., Molina, B. S., Pelham, W. E., Jr, & Hoza, B. (2001). Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: predictions from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1285–1292.
- Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M., & Romanos, M. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Deutsches Arzteblatt international*, 114(9), 149–159.
- Barkley R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*, 121(1), 65–94.
- Barkley R.A. (2008), Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment, 3rd edition, Guilford Press, New York
- Barkley, R. A., & Fischer, M. (2010). The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(5), 503–513.
- Barkley, R. A., & Fischer, M. (2010). The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(5), 503–513.
- Bar-On R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18 Suppl, 13–25.
- Beauchaine, T. P., Ben-David, I., & Sela, A. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder, delay discounting, and risky financial behaviors: A preliminary analysis of self-report data. *PloS one*, 12(5), e0176933.
- Berenson, K. R., Gyurak, A., Ayduk, O., Downey, G., Garner, M. J., Mogg, K., Bradley, B. P., & Pine, D. S. (2009). Rejection sensitivity and disruption of attention by social threat cues. *Journal of research in personality*, 43(6), 1064–1072.
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *The American journal of psychiatry*, 157(5), 816–818.

- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Doyle, A. E., Seidman, L. J., Wilens, T. E., Ferrero, F., Morgan, C. L., & Faraone, S. V. (2004). Impact of executive function deficits and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on academic outcomes in children. *Journal of consulting and clinical psychology, 72*(5), 757–766.
- Biederman, J., Petty, C., Fried, R., Fontanella, J., Doyle, A. E., Seidman, L. J., & Faraone, S. V. (2006). Impact of psychometrically defined deficits of executive functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry, 163*(10), 1730–1738.
- Book Review: Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2008). ADHD in Adults: What the Science Says. New York: Guilford
- Boyce, P., & Parker, G. (1989). Development of a scale to measure interpersonal sensitivity. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 23*(3), 341–351.
- Breaux, R. P., Brown, H. R., & Harvey, E. A. (2017). Mediators and Moderators of the Relation between Parental ADHD Symptomatology and the Early Development of Child ADHD and ODD Symptoms. *Journal of abnormal child psychology, 45*(3), 443–456.
- Breaux, R. P., Griffith, S. F., & Harvey, E. A. (2016). Preschool Neuropsychological Measures as Predictors of Later Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of abnormal child psychology, 44*(8), 1455–1471.
- Bull, R., & Scerif, G. (2001). Executive functioning as a predictor of children's mathematics ability: inhibition, switching, and working memory. *Developmental neuropsychology, 19*(3), 273–293.
- Bull, R., Espy, K. A., & Wiebe, S. A. (2008). Short-term memory, working memory, and executive functioning in preschoolers: longitudinal predictors of mathematical achievement at age 7 years. *Developmental neuropsychology, 33*(3), 205–228.
- Burklund, L. J., Eisenberger, N. I., & Lieberman, M. D. (2007). The face of rejection: rejection sensitivity moderates dorsal anterior cingulate activity to disapproving facial expressions. *Social neuroscience, 2*(3-4), 238–253.
- Bussing, R., Mason, D. M., Bell, L., Porter, P., & Garvan, C. (2010). Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49*(6), 595–605.

- Canu, W. H., & Carlson, C. L. (2007). "Rejection sensitivity and social outcomes of young adult men with attention-deficit/hyperactivity disorder": Erratum. *Journal of Attention Disorders*, 10(4), 435.
- Cascio, C. N., Konrath, S. H., & Falk, E. B. (2015). Narcissists' social pain seen only in the brain. *Social cognitive and affective neuroscience*, 10(3), 335–341.
- Chang, L. Y., Wang, M. Y., & Tsai, P. S. (2016). Diagnostic Accuracy of Rating Scales for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 137(3), e20152749.
- Childress, A. C., & Sallee, F. R. (2015). Emotional Lability in Patients with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Impact of Pharmacotherapy. *CNS drugs*, 29(8), 683–693.
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 32(1), 68–82.
- Climie, E. A., & Mastoras, S. M. (2015). ADHD in schools: Adopting a strengths-based perspective. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 56(3), 295–300.
- Climie, E. A., Saklofske, D. H., Mastoras, S. M., & Schwean, V. L. (2017). Trait and Ability Emotional Intelligence in Children With ADHD. *Journal of attention disorders*, 23(13), 1667–1674.
- Coghill, D. R., Hayward, D., Rhodes, S. M., Grimmer, C., & Matthews, K. (2014). A longitudinal examination of neuropsychological and clinical functioning in boys with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): improvements in executive functioning do not explain clinical improvement. *Psychological medicine*, 44(5), 1087–1099.
- Coghill, D. R., Seth, S., & Matthews, K. (2014). A comprehensive assessment of memory, delay aversion, timing, inhibition, decision making and variability in attention deficit hyperactivity disorder: advancing beyond the three-pathway models. *Psychological medicine*, 44(9), 1989–2001.
- Coghill, D. R., Seth, S., Pedroso, S., Usala, T., Currie, J., & Gagliano, A. (2014). Effects of methylphenidate on cognitive functions in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: evidence from a systematic review and a meta-analysis. *Biological psychiatry*, 76(8), 603–615.

- Cole, P., Weibel, S., Nicastro, R., Hasler, R., Dayer, A., Aubry, J. M., Prada, P., & Perroud, N. (2016). CBT/DBT skills training for adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatria Danubina*, 28(Suppl-1), 103–107.
- Connor D. F. (2002). Preschool attention deficit hyperactivity disorder: a review of prevalence, diagnosis, neurobiology, and stimulant treatment. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP*, 23(1 Suppl), S1–S9.
- Craig, F., Savino, R., Fanizza, I., Lucarelli, E., Russo, L., & Trabacca, A. (2020). A systematic review of coping strategies in parents of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Research in developmental disabilities*, 98, 103571.
- Crichton A (1798) An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects. Cadell T Jr, Davies W, London [Reprint: Crichton A (2008) An inquiry into the nature and origin of mental derangement. On attention and its diseases. *J Atten Disord* 12:200–204]
- Daley, D., & Birchwood, J. (2010). ADHD and academic performance: why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the classroom?. *Child: care, health and development*, 36(4), 455–464.
- Davey, G. C., Burgess, I., & Rashes, R. (1995). Coping strategies and phobias: the relationship between fears, phobias and methods of coping with stressors. *The British journal of clinical psychology*, 34(3), 423–434.
- De Zwaan, M., Gruss, B., Müller, A., Graap, H., Martin, A., Glaesmer, H., Hilbert, A., & Philipsen, A. (2012). The estimated prevalence and correlates of adult ADHD in a German community sample. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 262(1), 79–86.
- ‘\*’ Dias, C., Cruz, J.F., & Fonseca, A.M. (2012). The relationship between multidimensional competitive anxiety, cognitive threat appraisal, and coping strategies: A multi-sport study. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10, 52 - 65.
- Downey, G., & Feldman, S. I. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1327–1343.

- Downey, G., Mougios, V., Ayduk, O., London, B. E., & Shoda, Y. (2004). Rejection sensitivity and the defensive motivational system: insights from the startle response to rejection cues. *Psychological science, 15*(10), 668–673.
- Engelberg, M. J., Steiger, H., Gauvin, L., & Wonderlich, S. A. (2007). Binge antecedents in bulimic syndromes: an examination of dissociation and negative affect. *The International journal of eating disorders, 40*(6), 531–536.
- Epstein, J. N., & Loren, R. E. (2013). Changes in the Definition of ADHD in DSM-5: Subtle but Important. *Neuropsychiatry, 3*(5), 455–458.
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Jr, Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical psychology review, 29*(2), 129–140.
- Fair, D. A., Bathula, D., Nikolas, M. A., & Nigg, J. T. (2012). Distinct neuropsychological subgroups in typically developing youth inform heterogeneity in children with ADHD. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 109*(17), 6769–6774.
- Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular psychiatry, 24*(4), 562–575.
- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J., Tannock, R., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature reviews. Disease primers, 1*, 15020.
- Faraone, S. V., Rostain, A. L., Blader, J., Busch, B., Childress, A. C., Connor, D. F., & Newcorn, J. H. (2019). Practitioner Review: Emotional dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder - implications for clinical recognition and intervention. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 60*(2), 133–150.
- Feldman, S., & Downey, G. (1994). Rejection Sensitivity as a Mediator of the Impact of Childhood Exposure to Family Violence on Adult Attachment Behavior. *Development and Psychopathology, 6*, 231-247.
- Franke, B., Michelini, G., Asherson, P., Banaschewski, T., Billow, A., Buitelaar, J. K., Cormand, B., Faraone, S. V., Ginsberg, Y., Haavik, J., Kuntsi, J., Larsson, H., Lesch, K. P., Ramos-Quiroga, J. A., Réthelyi, J. M., Ribases, M., & Reif, A. (2018). Live fast, die

young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 28(10), 1059–1088.

- Fredriksen, M., Dahl, A. A., Martinsen, E. W., Klungsoyr, O., Faraone, S. V., & Peleikis, D. E. (2014). Childhood and persistent ADHD symptoms associated with educational failure and long-term occupational disability in adult ADHD. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 6(2), 87–99.

- Gámez, Wakiza; Chmielewski, Michael; Kotov, Roman; Ruggero, Camilo; Watson, David (September 2011). "Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire". *Psychological Assessment*. 23 (3): 692–713.

- Gardner, B. (2015). A review and analysis of the use of ‘habit’ in understanding, predicting and influencing health-related behaviour. *Health Psychology Review*, Advance online publication.

- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V. V., Van Den Kommer, T., & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *Journal of adolescence*, 25(6), 603–611.

- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Bantam Books, Inc.

- Greenhill, L. L., Posner, K., Vaughan, B. S., & Kratochvil, C. J. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 17(2), 347–ix.

- Grekin, E. R., Sher, K. J., & Wood, P. K. (2006). Personality and substance dependence symptoms: modeling substance-specific traits. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 20(4), 415–424.

- Hallion, L. S., Steinman, S. A., Tolin, D. F., & Diefenbach, G. J. (2018). Psychometric Properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and Its Short Forms in Adults With Emotional Disorders. *Frontiers in psychology*, 9, 539. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018>.

- Hampel, P., Manhal, S., Roos, T., & Desman, C. (2008). Interpersonal coping among boys with ADHD. *Journal of attention disorders*, 11(4), 427–436.

- Hegarty, D., Buchanan, B. (2021, June 25). *The Value of NovoPsych Data – New Norms for the Brief-COPE*. NovoPsych

- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennan, P. L., & Schutte, K. K. (2005). Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: a 10-year model. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*(4), 658–666.
- Hughes, I., Budd, R., & Greenaway, S. (1999). Coping with anxiety and panic: a factor analytic study. *The British journal of clinical psychology, 38*(3), 295–304.
- Huizink, A. C., van Lier, P. A., & Crijnen, A. A. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder symptoms mediate early-onset smoking. *European addiction research, 15*(1), 1–9.
- Hunt, B. J., Smith Hagan, W., Pelfrey, S., Mericle, S., Harper, J. A., Palka, J. M., & McAdams, C. (2021). Pilot data from the Self-Blame and -----Perspective-Taking Intervention for eating disorders. *Journal of behavioral and cognitive therapy, 31*(1), 57–66.
- Jaeckle, T., Williams, S., Barker, G. J., Basilio, R., Carr, E., Goldsmith, K., Colasanti, A., Giampietro, V., Cleare, A., Young, A. H., Moll, J., & Zahn, -
- Katic, A., Dirks, B., Babcock, T., Scheckner, B., Adeyi, B., Richards, C., & Findling, R. L. (2013). Treatment outcomes with lisdexamfetamine dimesylate in children who have attention-deficit/hyperactivity disorder with emotional control impairments. *Journal of child and adolescent psychopharmacology, 23*(6), 386–393.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *The American journal of psychiatry, 163*(4), 716–723.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry, 62*(6), 593–602.
- Kim, J. H., Kim, J. Y., Lee, J., Jeong, G. H., Lee, E., Lee, S., Lee, K. H., Kronbichler, A., Stubbs, B., Solmi, M., Koyanagi, A., Hong, S. H.,... Fusar-Poli, P. (2020). Environmental risk factors, protective factors, and peripheral biomarkers for ADHD: an umbrella review. *The lancet. Psychiatry, 7*(11), 955–970.

- Kristensen, H. A., Parker, J. D. A., Taylor, R. N., Keefer, K. V., Kloosterman, P. H., & Summerfeldt, L. J. (2014). The relationship between trait emotional intelligence and ADHD symptoms in adolescents and young adults. *Personality and Individual Differences, 65*, 36–41.
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Lee, S. S., & Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV Subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Archives of general psychiatry, 62*(8), 896–902.
- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Attention deficit and hyperactivity disorders, 2*(4), 241–255.
- Lazarus R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic medicine, 55*(3), 234–247.
- Levy, S. R., Ayduk, O., & Downey, G. (2001). The role of rejection sensitivity in people's relationships with significant others and valued social groups. In M. R. Leary (Ed.), *Interpersonal rejection* (pp. 251–289). Oxford University Press.
- Linehan MM, Bohus M, Lynch T. Dialectical Behavior Therapy for Pervasive Emotion Dysregulation: Theoretical and Practical Underpinnings. In: Gross J, editor. *Handbook of Emotion Regulation*. Guilford; New York: 2007.
- Manos, M. J., Giuliano, K., & Geyer, E. (2017). ADHD: Overdiagnosed and overtreated, or misdiagnosed and mistreated?. *Cleveland Clinic journal of medicine, 84*(11), 873–880.
- Martinez-Badía, J., & Martinez-Raga, J. (2015). Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World journal of psychiatry, 5*(4), 379–386.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3–34). Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence* (pp. 396–420). Cambridge University Press.
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion* (Washington, D.C.), 20(1), 1–9.

- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 43(10), 1281–1310.
- Mitchell, J. T., McIntyre, E. M., English, J. S., Dennis, M. F., Beckham, J. C., & Kollins, S. H. (2017). A Pilot Trial of Mindfulness Meditation Training for ADHD in Adulthood: Impact on Core Symptoms, Executive Functioning, and Emotion Dysregulation. *Journal of attention disorders*, 21(13), 1105–1120.
- NHS. (2021, December 24). *Diagnosis-Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)*. Tratto da [www.nhs.uk](https://www.nhs.uk/conditions/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/diagnosis/): <https://www.nhs.uk/conditions/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/diagnosis/>.
- Nigg, J. T., Willcutt, E. G., Doyle, A. E., & Sonuga-Barke, E. J. (2005). Causal heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder: do we need neuropsychologically impaired subtypes?. *Biological psychiatry*, 57(11), 1224–1230. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.08.025>
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of personality and social psychology*, 67(1), 92–104.
- NovoPsych. (2021, Giugno 06). Coping Orientation to Problems Experienced Inventory (Brief-COPE). Tratto da [novopsych.com.au](https://novopsych.com.au/assessments/formulation/brief-cope/): <https://novopsych.com.au/assessments/formulation/brief-cope/>
- NovoPsych. (2021, Novembre 21). *Scoring the TEIQue*. Tratto da [psychometriclab.com](https://psychometriclab.com/scoring-the-teique/): <https://psychometriclab.com/scoring-the-teique/>
- Okado, I., Mueller, C. W., & Nakamura, B. J. (2016). Positive and Negative Affect in Clinic-Referred Youth With ADHD. *Journal of attention disorders*, 20(1), 53–62.
- Olsson, A., Carmona, S., Downey, G., Bolger, N., & Ochsner, K. N. (2013). Learning biases underlying individual differences in sensitivity to social rejection. *Emotion*, 13(4), 616–621.
- Olvet, D. M., & Hajcak, G. (2008). The error-related negativity (ERN) and psychopathology: toward an endophenotype. *Clinical psychology review*, 28(8), 1343–1354.

- Ouimet, A. J., Gawronski, B., & Dozois, D. J. (2009). Cognitive vulnerability to anxiety: A review and an integrative model. *Clinical psychology review*, 29(6), 459–470.
- Overbey, G. A., Snell, W. E., Jr, & Callis, K. E. (2011). Subclinical ADHD, stress, and coping in romantic relationships of university students. *Journal of attention disorders*, 15(1), 67–78.
- Petrides, K. V. (2009). Psychometric properties of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue). In C. Stough, D. H. Saklofske, & J. D. A. Parker (Eds.), *Assessing emotional intelligence: Theory, research, and applications* (pp. 85–101). Springer Science + Business Media.
- Petrides, K., Hudry, K., Michalaria, G., Swami, V., & Sevdalis, N. (2011). A comparison of the trait emotional intelligence profiles of individuals with and without Asperger syndrome. *Autism : the international journal of research and practice*, 15(6), 671–682.
- Pettersson, R., Söderström, S., & Nilsson, K. W. (2018). Diagnosing ADHD in Adults: An Examination of the Discriminative Validity of Neuropsychological Tests and Diagnostic Assessment Instruments. *Journal of attention disorders*, 22(11), 1019–1031.
- Philipsen, A., Jans, T., Graf, E., Matthies, S., Borel, P., Colla, M., Gentschow, L., Langner, D., Jacob, C., Groß-Lesch, S., Sobanski, E., Alm, B., Schumacher-Stien, M., Roesler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Kis, B., Abdel-Hamid, M., Heinrich, V., -- Huss, M., ... Comparison of Methylphenidate and Psychotherapy in Adult ADHD Study (COMPAS) Consortium (2015). Effects of Group Psychotherapy, Individual Counseling, Methylphenidate, and Placebo in the Treatment of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 72(12), 1199–1210.
- Poggi, A., Richetin, J., & Preti, E. (2019). Trust and Rejection Sensitivity in Personality Disorders. *Current psychiatry reports*, 21(8), 69.
- R. (2021). Self-blame in major depression: a randomised pilot trial comparing fMRI neurofeedback with self-guided psychological strategies. *Psychological medicine*, 1–11. Advance online publication.
- Ramtekkar, U. P., Reiersen, A. M., Todorov, A. A., & Todd, R. D. (2010). Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: implications for DSM-V and ICD-11. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(3), 217–28.e283.

- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Gift, T. E., Steans, T. A., & Wender, P. H. (2015). Revising the diagnostic criteria for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): an adulthood perspective. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 7(2), 113–114.
- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Strong, R. E., Hedges, D. W., Adler, L., Spencer, T. J., West, S. A., & Soni, P. (2005). Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine. *Biological psychiatry*, 58(2), 125–131.
- Roberts, B. A., Martel, M. M., & Nigg, J. T. (2017). Are There Executive Dysfunction Subtypes Within ADHD?. *Journal of attention disorders*, 21(4), 284–293.
- Romero-Canyas, R., Downey, G., Berenson, K., Ayduk, O., & Kang, N. J. (2010). Rejection sensitivity and the rejection-hostility link in romantic relationships. *Journal of personality*, 78(1), 119–148.
- Sagvolden, T., Johansen, E. B., Aase, H., & Russell, V. A. (2005). A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *The Behavioral and brain sciences*, 28(3), 397–468.
- Sánchez-Álvarez, Nicolás & Extremera, Natalio & Fernández-Berrocal, Pablo. (2015). The relation between emotional intelligence and subjective well-being: A meta-analytic investigation. *The Journal of Positive Psychology*. 11.
- Scharf, M., Oshri, A., Eshkol, V., & Pilowsky, T. (2014). Adolescents' ADHD symptoms and adjustment: The role of attachment and rejection sensitivity. *The American journal of orthopsychiatry*, 84(2), 209–217
- Schoenberg, P. L., Hepark, S., Kan, C. C., Barendregt, H. P., Buitelaar, J. K., & Speckens, A. E. (2014). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on neurophysiological correlates of performance monitoring in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical neurophysiology: official journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology*, 125(7), 1407–1416.
- Schwartz, K., & Verhaeghen, P. (2008). ADHD and Stroop interference from age 9 to age 41 years: a meta-analysis of developmental effects. *Psychological medicine*, 38(11), 1607–1616.
- Schwarzer, R., & Schwarzer, C. (1996). A critical survey of coping instruments. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 107–132). John Wiley & Sons.

- Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., & Coghill, D. (2017). Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD-Review of Existing Evidence. *Current psychiatry reports*, 19(1), 1.
- Shiels, K., & Hawk, L. W., Jr. (2010). Self-regulation in ADHD: The role of error processing. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 951–961.
- Sobanski, E., Banaschewski, T., Asherson, ... Faraone, S. V. (2010). Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 51(8), 915–923.
- Sobanski, E., Brüggemann, D., Alm, B., Kern, S., Deschner, M., Schubert, T., Philipsen, A., & Rietschel, M. (2007). Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(7), 371–377.
- Solanto, M. V., Abikoff, H., Sonuga-Barke, E., Schachar, R., Logan, G. D., Wigal, T., Hechtman, L., Hinshaw, S., & Turkel, E. (2001). The ecological validity of delay aversion and response inhibition as measures of impulsivity in AD/HD: a supplement to the NIMH multimodal treatment study of AD/HD. *Journal of abnormal child psychology*, 29(3), 215–228.
- Sonuga-Barke E. J. (2010). Disambiguating inhibitory dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder: toward the decomposition of developmental brain phenotypes. *Biological psychiatry*, 67(7), 599–601.
- Stanisławski K. (2019). The Coping Circumplex Model: An Integrative Model of the Structure of Coping With Stress. *Frontiers in psychology*, 10, 694. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00694>
- Still G. F. (2006). Some abnormal psychical conditions in children: excerpts from three lectures. *Journal of attention disorders*, 10(2), 126–136.
- Sukhodolsky, D. G., Smith, S. D., McCauley, S. A., Ibrahim, K., & Piasecka, J. B. (2016). Behavioral interventions for anger, irritability, and aggression in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(1), 58–64.
- Surman, C. B., Biederman, J., Spencer, T., Miller, C. A., McDermott, K. M., & Faraone, S. V. (2013). Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention

deficit hyperactivity disorder: a controlled study. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 5(3), 273–281.

- Surman, C. B., Biederman, J., Spencer, T., Yorks, D., Miller, C. A., Petty, C. R., & Faraone, S. V. (2011). Deficient emotional self-regulation and adult attention deficit hyperactivity disorder: a family risk analysis. *The American journal of psychiatry*, 168(6), 617–623.

- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(6), 1061–1065.

- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). What have we learnt about the causes of ADHD?. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 54(1), 3–16.

- The Lancet Psychiatry (2021). COVID-19 and mental health. *The lancet. Psychiatry*, 8(2), 87.

- Thomasson, P., & Psouni, E. (2010). Social anxiety and related social impairment are linked to self-efficacy and dysfunctional coping. *Scandinavian journal of psychology*, 51(2), 171–178.

- Trafton, J. A., & Gifford, E. V. (2011). Biological bases of distress tolerance. In M. J. Zvolensky, A. Bernstein, & A. A. Vujanovic (Eds.), *Distress tolerance: Theory, research, and clinical applications* (pp. 80–102). The Guilford Press.

- Uitterhoeve, R. J., Vernooy, M., Litjens, M., Potting, K., Bensing, J., De Mulder, P., & van Achterberg, T. (2004). Psychosocial interventions for patients with advanced cancer - A systematic review of the literature. *British journal of cancer*, 91(6), 1050–1062.

- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063>

- Wilens T. E. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *The Psychiatric clinics of North America*, 27(2), 283–301.

- Wilens, T. E., Biederman, J., Brown, S., Tanguay, S., Monuteaux, M. C., Blake, C., & Spencer, T. J. (2002). Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(3), 262–268.

- Wilens, T. E., Biederman, J., Brown, S., Tanguay, S., Monuteaux, M. C., Blake, C., & Spencer, T. J. (2002). Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(3), 262–268.
- Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Pennington, B. F., Solanto, M. V., Rohde, L. A., Tannock, R., Loo, S. K., Carlson, C. L., McBurnett, K., & Lahey, B. B. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of abnormal psychology*, 121(4), 991–1010.
- Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Pennington, B. F., Solanto, M. V., Rohde, L. A., Tannock, R., Loo, S. K., Carlson, C. L., McBurnett, K., & Lahey, B. B. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of abnormal psychology*, 121(4), 991–1010.
- Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Jr, Allan, C., Chan, E... , J. D., Zurhellen, W., & SUBCOMMITTEE ON CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVE DISORDER (2019). Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 144(4), e20192528.
- Yochman, A., Ornoy, A., & Parush, S. (2006). Co-occurrence of developmental delays among preschool children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Developmental medicine and child neurology*, 48(6), 483–488.
- Young, S. (2005). Coping strategies used by adults with ADHD. *Personality and Individual Differences*, 38, 809-816.
- Żuchowicz, P., Skiba, A., Gałęcki, P., & Talarowska, M. (2018). Inteligencja emocjonalna w zaburzeniach depresyjnych nawracających [The emotional intelligence in major depressive disorders]. *Polski merkuriusz lekarski : organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 45(267), 131
- nCarver C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International journal of behavioral medicine*, 4(1), 92–100.