



Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione
- DPSS

Corso di laurea triennale in Psicologia dello Sviluppo e delle
Relazioni Interpersonali

Tesi di laurea Triennale

***L'ADHD: Una prospettiva dimensionale,
risorse e neurodiversità***

**ADHD: Dimensional view, resources and
neurodiversity**

Relatore: Prof. Enrico Toffalini

Laureando: Giacomo Rambaldi

Matricola: 2012727

Anno accademico: 2023-2024

Indice:

<i>Introduzione</i>	1
1. Inquadramento teorico e storia del concetto di ADHD.....	2
2. L'approccio dimensionale.....	6
3. Neurodiversità e potenziali risorse legate alle neurodivergenze.....	9
4. Prospettiva dimensionale e neurodiversità, implicazioni, conclusioni.....	14
5. Riferimenti bibliografici.....	17

Introduzione

Nel 2023, un'analisi di dati raccolti su ragazzi e bambini americani negli ultimi 20 anni dal National Center for Health Statistics riportava un'incidenza del 11.09% dell'ADHD tra i ragazzi di età 10-17, e del 6.57% nei bambini di 5-9 anni. Le stime dell'OMS parlano del 5% di bambini e 2.5% adulti nel mondo. In virtù di una così alta incidenza di questo disturbo e della crescente attenzione per la salute mentale in tempi recenti, l'ADHD è al momento un tema molto dibattuto, ma spesso senza rendere conto della sua complessità, che è invece necessario considerare e che sola può restituirne una visione corretta e fruttuosa. Detto ciò, le statistiche appena citate riflettono la tradizione psichiatrica più diffusa, ossia quella che si basa su una prospettiva categoriale, i cui limiti saranno parte della trattazione.

Quest'elaborato nasce dall'interesse per i disturbi del neurosviluppo, per il concetto di disturbo in sé e le sue declinazioni, e dalla convinzione che il tema dell'ADHD sia per numerosi motivi di grande rilevanza in questo momento storico. Si sviluppa poi grazie alla proposta di tesi del professor Enrico Toffalini: "Neurodiversità e approccio dimensionale ai disturbi del neurosviluppo: DSA, ADHD e altre condizioni sono categorie o solo "code" della popolazione?" Il tema è l'interrogarsi se e quando può essere corretto e utile adottare una prospettiva che considera i disturbi come dimensioni psicologiche che possono esprimersi con diversi gradi di intensità invece che entità discrete. Si andranno a considerare studi che tentano di individuare i possibili esiti di questa scelta. Nonostante l'utilità di una prospettiva categoriale rimanga indiscutibile in alcuni casi, l'idea di dimensionalità può arricchire il campo di psicopatologia e portare a riflessioni circa l'arbitrarietà con cui si distinguono i *casi* dai *non casi*. Questi temi di importanza teorica e pratica fondamentale verranno trattati in relazione al Disturbo da deficit di attenzione/iperattività.

Più in generale, questo lavoro mira all'esposizione di prospettive che si spingono oltre alla pura nosografia, prospettive che concorrono alla precisazione e all'arricchimento dell'inquadramento teorico del fenomeno ADHD. Il focus è stato posto sulla prospettiva dimensionale, sul concetto di neurodiversità e sull'approfondimento di caratteristiche dell'ADHD che possono costituirne delle risorse.

La trattazione incomincia con un inquadramento storico e teorico del Disturbo da deficit di attenzione/iperattività, e prosegue con un capitolo dedicato all'esposizione della prospettiva dimensionale e di studi che hanno tentato di rilevarne la validità, uno dei quali nello specifico nell'ambito dell'ADHD. Il capitolo successivo prende in esame il concetto di neurodiversità, e due studi che indagano le caratteristiche potenzialmente positive dell'ADHD. Nel capitolo dedicato alle conclusioni, si illustrano alcune possibili implicazioni della diffusione del concetto di neurodiversità e dell'adozione di una prospettiva dimensionale, principalmente tramite l'esposizione dei risultati di uno studio che si è interessato dell'effetto di una concezione dimensionale dell'ADHD sul piano della percezione sociale delle persone neurodivergenti.

1- Inquadramento teorico e storia del concetto di ADHD

Le descrizioni di bambini con problemi del comportamento caratterizzate da sintomi ipercinetici risalgono alla metà del diciannovesimo secolo (1). Il primo scritto che rinveniamo a riguardo è un libro per bambini di Heinrich Hoffman del 1845, che ne descriveva due sottotipi: uno con iperattività predominante e uno con problemi d'attenzione predominanti. George Frederick Still compì il primo studio scientifico dell'iperattività nel 1902 (1) e arrivò

ad attribuire questi problemi comportamentali a una *mancaza di controllo morale* derivata da infortuni organici (ibidem). Sempre nei primi del '900 si iniziò a ritenere che nello specifico potessero essere lesioni della corteccia del lobo frontale a causare problemi di “funzioni esecutive”, ad esempio veniva osservata un'impossibilità di risolvere i “conflitti cognitivi” e una tendenza dei pazienti a cedere ai propri impulsi (2). Nel 1932 Kramner e Pollnow pubblicarono un lavoro sulla sindrome ipercinetica nei bambini, caratterizzata da irrequietezza, distraibilità e disturbi nello sviluppo del linguaggio (2), e nel 1934 anche Lederer e Ederer descrissero una sindrome ipercinetica. La supposizione propria di questi lavori, ossia che la causa di queste manifestazioni fosse da attribuire a disfunzioni cerebrali legate a infortuni (si era diffusa l'espressione *minimal brain damage*), fu dagli anni '50 in poi messa in dubbio.

Negli anni '60 e '70 del '900 si iniziò a dare più rilevanza agli sintomi di disattenzione che a quelli di iperattività, inoltre il termine *minimal brain damage* fu rimpiazzato da *minimal cerebral dysfunction* (MCD) in seguito a ricerche che non riscontrarono visibili e informativi danni neuroanatomici che giustificassero sintomi. Il concetto stesso di MCD fu messo in dubbio dalla mancanza di correlazione emersa da studi epidemiologici tra esso e i comportamenti facenti parte della sintomatologia. MCD rimase comunque un costrutto ritenuto un fattore di rischio per i sintomi oggi ascrivibili all'ADHD, come per molti altri sintomi cognitivi tra cui i disturbi dell'apprendimento e i problemi legati allo sviluppo (2).

I più recenti approcci teorici hanno integrato sintomi clinici e deficit neuropsicologici, suggerendo l'associazione tra ADHD e deficit nell'organizzazione della risposta (*response organization*) legata a disfunzioni nei network cerebrali frontostriato e mesocorticale. Secondo una classica teoria di Barkley il deficit centrale interesserebbe

l'inibizione del comportamento, con ricadute come problemi nella memoria di lavoro¹, nell'autoregolazione e in altre funzioni (3). Sono state proposte anche teorie motivazionali -come la teoria di Sonuga Barke (4)- che successivamente sono state associate a comprovate -tramite fMRI (Functional Magnetic Resonance Imaging)²- disfunzioni nel sistema dopaminergico mesolimbico³. Come più recentemente suggerito dalle teorie "multiple pathways", che hanno dato vita a un approccio che considera la connessione tra le varie regioni del cervello, le teorie motivazionali e quelle cognitive non si escludono a vicenda, e anzi le disfunzioni in entrambi i domini potrebbero essere fattori di rischio per l'ADHD, anche combinandosi. Il recente approccio appena citato ipotizza che il funzionamento di default di un cervello ADHD possa interferire con l'attività di circuiti neurali deputati all'attenzione, all'attività visiva, al controllo esecutivo, all'orientamento e all'attività motoria.

Nel 1980 viene per la prima volta inserito dall'American Psychiatric Association il disturbo da deficit di attenzione (ADD) nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM), nella sua terza edizione (DSM-III). Esso comprendeva i sottotipi ADD con iperattività, ADD senza iperattività e ADD di tipo residuale. Nell'edizione rivista del DSM-III (DSM-III-R) il nome del disturbo fu cambiato in disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), ma ne vennero eliminati i sottotipi. Nell'edizione quarta del DSM (DSM-IV-TR, 1994) vengono descritti tre tipi di disturbo da deficit di attenzione e iperattività: l'ADHD di tipo misto, quello di tipo prevalentemente disattento e quello di tipo prevalentemente iperattivo-impulsivo. Questa concettualizzazione di base della categoria diagnostica è quella

¹ La memoria di lavoro è un concetto introdotto nel 1974 da Baddeley e Hitch che rappresenta un sistema di immagazzinamento temporaneo delle informazioni, con il fine di renderle disponibili e utilizzabili nell'immediato.

² L'fMRI è una tecnica di immagini biomedica che si basa sulla visualizzazione della risposta emodinamica correlata all'attività neuronale.

³ Il sistema dopaminergico meso-cortico-limbico è il substrato cruciale coinvolto nei fenomeni di ricompensa e gratificazione.

ancora utilizzata e ritenuta valida oggi. Vediamo ora come il DSM attuale (6) descrive il disturbo.

Secondo il DSM V il disturbo da deficit di attenzione/iperattività è un disturbo del neurosviluppo, ossia una condizione neurologicamente determinata che appare nella prima infanzia e determina alterazioni nelle funzioni cognitive e/o nelle relazioni sociali. Essi tipicamente generano difficoltà nell'acquisizione, mantenimento e applicazione di competenze o insiemi di informazioni. Nello specifico, l'ADHD è una sindrome caratterizzata da difficoltà di attenzione, di controllo dell'impulsività e del livello di attività (DSM V). Il DSM V ne individua 3 sottotipi: variante con sintomi di disattenzione predominanti, variante con iperattività/impulsività predominante e sottotipo combinato, ossia la variante che mostra una presenza significativa di sintomi di entrambi i domini. Il DSM V riporta difatti due gruppi di segni e sintomi: il gruppo di sintomi di disattenzione (che comprende ad esempio una mancanza di attenzione ai particolari, distrarsi facilmente, difficoltà nell'organizzazione di compiti e attività) e quello di sintomi di iperattività e impulsività (tra cui muovere spesso mani e piedi, non riuscire a stare fermo e seduto, difficoltà nel cimentarsi in attività tranquille). La presenza di questi segni e sintomi rappresenta la base su cui fare diagnosi, per cui è necessario che se ne osservino almeno 6 da uno o ciascun gruppo, in base al sottotipo di ADHD. Per il sottotipo con sintomi predominanti di disattenzione è necessaria la presenza di almeno 6 sintomi e segni di disattenzione, allo stesso modo per il sottotipo con iperattività/impulsività predominante è necessaria la presenza di almeno 6 sintomi di quel dominio. Per fare diagnosi del sottotipo combinato è necessaria la presenza di almeno 6 sintomi tra quelli di disattenzione e quelli di iperattività/impulsività.

Per la diagnosi di ADHD, inoltre, i sintomi devono essere presenti spesso per almeno 6 mesi, essere più evidenti rispetto a quanto atteso per i bambini di pari età, verificarsi in

almeno 2 contesti (ad es. a casa e a scuola), essere presenti prima dei 12 anni (almeno alcuni sintomi) e interferire significativamente con le funzionalità a casa, a scuola o al lavoro.

Il trattamento d'elezione per l'ADHD è rappresentato dalla terapia comportamentale e dalla terapia farmacologica con farmaci stimolanti come metilfenidato o destroanfetamina. Maggior efficacia viene registrata nei casi di trattamento combinato. Questi farmaci aiutano a mantenere la concentrazione. L'utilizzo di farmaci stimolanti presenta però il rischio di vari effetti avversi, tra i quali disturbi del sonno, cefalea, gastralgia, riduzione dell'appetito, tachicardia ed elevata pressione arteriosa, depressione (meno comune), rallentamento della crescita in altezza.

Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività appare piuttosto complesso sul piano eziologico: il DSM V riporta che sembrano poter concorrere al suo sviluppo componenti genetiche (diversi geni contribuiscono indipendentemente al tratto), biochimiche, di sviluppo sensitivo-motorie, fisiche oltre che ambientali-comportamentali. Questa condizione è difatti associata anche a esperienze infantili avverse. (5)

In Italia il disturbo da deficit d'attenzione/iperattività viene fatto rientrare tra i BES, ossia condizioni di difficoltà stabili o transitorie che manifestano "Bisogni Educativi Speciali". All'interno dei BES sono presenti tre macro categorie: 1) disabilità 2) disturbi evolutivi specifici 3) svantaggio socioeconomico, linguistico, sociale. La categoria dei BES indica quegli alunni per i quali è necessario che, su tre livelli (contenuti, metodologie e dimensioni trasversali) il percorso sia personalizzato, adattandolo alle esigenze educative e al profilo di funzionamento degli stessi.

2- L'approccio dimensionale

Vari interrogativi, validi per l'ADHD come per altri disturbi, rendono problematico l'inquadramento teorico del fenomeno. Uno di questi è relativo a se sia più informativo, utile e vicino alla realtà considerare i disturbi come entità discrete dai confini netti o come espressione estrema di tratti continui presenti in ognuno di noi. I sistemi di classificazione e diagnosi prevalenti al momento si basano sull'idea che una rappresentazione categoriale sia generalmente corretta (7) Le principali critiche generalmente rivolte a questo sistema sono una medicalizzazione della psicopatologia e una reificazione delle categorie diagnostiche -in opposizione all'idea che siano categorie astratte che semplificano la realtà a fini descrittivi, euristici e di trattamento (ibidem).

In un'importante review del 2022 (8) riguardo la rivoluzione transdiagnostica⁴ in atto nell'ultimo decennio, Astle mette in luce come il frame diagnostico e tassonomico categoriale presenti precise limitazioni. Secondo Astle in prima battuta le tassonomie attuali non sono particolarmente ricettive dei bisogni della popolazione di bambini con difficoltà nel neurosviluppo e che richiedono supporto addizionale in ambiti come l'apprendimento e il funzionamento sociale. L'arbitrarietà con cui vengono fissate le soglie *caso/non caso* renderebbe difficile o impossibile individuare difficoltà magari più lievi ma comunque significative. In secondo luogo la prospettiva categoriale fatica a rendere conto della grande variabilità a livello sintomatico entro la medesima categoria, e in ultimo la tassonomia attuale non si accorda bene con la sovrapposizione di sintomi e caratteristiche che si osserva tra presunte categorie discrete. Secondo Astle questi risultati suggeriscono che è più utile e

⁴ L'approccio transdiagnostico mira a superare o comunque rivedere l'idea di disturbo a favore di una visione che pensi in termini di singole *dimensioni* -di cui l'individuo si compone- dall'espressione variabile - o di cluster transdiagnostici(7).

corretto concettualizzare il neurosviluppo in termini di molteplici dimensioni continue, relative a cognizione, comportamento e neurobiologia (ibidem); e in secondo luogo che la complessa combinazione dei livelli di difficoltà esperiti dall'individuo in ogni dimensione restituisce la natura e la problematicità della specifica condizione clinica.

In parole povere, secondo una prospettiva dimensionale la normalità e il disturbo differiscono quindi quantitativamente più che qualitativamente, e il disturbo non sarebbe altro che l'espressione di un livello particolarmente marcato di difficoltà su una o più dimensioni. In altre parole, la porzione estrema di vari continuum che esprimono una variabile (ad esempio *capacità di attenzione prolungata*), o in alcuni casi entrambi gli estremi.

Con uno studio del 2003 di Nick Haslam (7) cercò di fare luce sulla struttura latente della psicopatologia attraverso una review della letteratura basata sul metodo tassonomico. L'approccio tassometrico è un metodo statistico sviluppato da Meehl et al. per discernere tra una condizione categoriale e una dimensionale, attraverso la verifica della presenza di *taxon*⁵, unità tassonomiche. Ciò che emerge è che alcune condizioni sembrano essere meglio concettualizzate come dimensioni continue rispetto ad altre: ad esempio, stando allo studio, per i disturbi del comportamento alimentare e la personalità schizotipica un modello categoriale è più adatto, mentre per il disturbo di personalità borderline, l'ansia generalizzata e il disturbo da stress post-traumatico i modelli dimensionali sembrano più realistici (ibidem).

Nel 2020 Nick Haslam et. Al. hanno però pubblicato un altro studio in merito (9), una vasta meta analisi dalla portata informativa notevole che aggiornava sullo stato dell'arte riguardo al tema della tassonomia e del concetto di disturbo. La scoperta più sostanziale di questa meta analisi consiste nell'evidenziare che esiste una struttura fattoriale comune in generale alla personalità *normale e anormale* e alle condizioni psichiatriche. Ciò, al livello

⁵ I I taxon, o unità tassonomiche, sono raggruppamenti di organismi o entità distinguibili dagli altri per caratteristiche comuni.

della struttura latente, elimina la distinzione tra normale e anormale, pur mantenendo intatta l'idea che alcuni *taxon* esistano, ma suggerendo che "la loro assenza sia di default un ragionevole assunto (*default assumption*)"(9).

Cosa ci dicono a riguardo i dati e le ricerche sull'ADHD? E' di Levy et. al. un importante studio (10) del 1997 che cercava proprio di raccogliere evidenze genetiche utili al fine di comprendere se sia meglio concettualizzato come una categoria discreta o come un tratto dimensionale, oltre che informative riguardo la sua ereditarietà. I risultati indicavano chiaramente che l'ADHD era meglio rappresentato come l'estremo di un comportamento che variava attraverso l'intera popolazione sul piano genetico, invece che come un disturbo con determinanti discrete (ibidem). Secondo Haslam (2006) però, né la ricerca di Levy né altre che avevano perseguito il medesimo obiettivo avevano dimostrato di avere abbastanza potenza statistica o di riuscire a confutare l'idea che alcuni risultati potessero in realtà essere originati anche da strutture latenti categoriali.

E' proprio di Nick Haslam et. al. difatti uno *studio tassometrico del 2006* (11). che cerca di indagare se la struttura latente dell'ADHD sia meglio rappresentata da una concezione categoriale o dimensionale tentando di superare le criticità delle ricerche precedenti attraverso il già citato metodo tassometrico. Questo metodo possiede dei vantaggi rispetto all'analisi fattoriale e alle analisi cluster/latent class (ibidem). In questo studio i partecipanti furono raccolti da un campione di 4509 bambini e adolescenti di età 4-17. Il campione fu poi ristretto a 2996 unità dopo l'esclusione dei minori di 6 anni e dei soggetti con dati mancanti. Il campione fu sottoposto alla CBCL (Child Behavior Check-list), dalla quale fu estratta e utilizzata l'Attention Problems scale, e alla Diagnostic Interview Schedule for Children Version. Prima dell'analisi tassometrica furono costruiti tre indicatori, associati fortemente al costrutto latente e specifici di esso: il punteggio totale ottenuto nel CBCL Attention Problems Scale, il numero di sintomi di disattenzione ADHD presenti nella DISC-

IV e il numero di sintomi di iperattività/impulsività presenti nella DISC -IV. Tramite analisi fattoriale fu verificato, come da precedenti studi, che questi indicatori riflettessero effettivamente un costrutto latente, e tramite altri metodi fu provata la loro adeguatezza all'analisi tassometrica. Successivamente furono generati a partire dai dati due nuovi data sets e grafici di simulazione che riproducevano le proprietà di correlazioni e distribuzioni dei dati empirici. Uno dei grafici era basato su un modello tassonomico (categoriale) e l'altro su un modello dimensionale. Dopodiché, i grafici dei dati empirici, generati con le procedure tassometriche MAXEIG e MAMBAC, furono comparati con i grafici di simulazione. I grafici costruiti sia con una procedura che con l'altra risultavano assomigliare ai grafici di simulazione dimensionali decisamente più che a quelli categoriali. Nel complesso, i risultati delle varie procedure supportavano fortemente una visione dimensionale dell'ADHD nel campione di bambini e adolescenti (11). Le implicazioni di questi risultati sono varie ed interessanti. La prima è che la soglia oltre la quale viene fatta una diagnosi di ADHD appare arbitraria, stando all'idea di una dimensione continua che non presenta confini tra *casi* e *non casi*. Ciò non toglie, secondo gli autori dello studio, in primis che fare diagnosi categoriale sia necessario a livello pragmatico in alcuni contesti clinici nonostante l'assenza di oggettive discontinuità interne alla dimensione; in secondo luogo che una soglia per la diagnosi categoriale potrebbe non essere arbitraria se fosse invece basata su criteri esterni sistematizzati-come il livello di compromissione o la necessità di trattamento. Sul piano eziologico invece, i risultati suggeriscono che numerosi fattori si combinano nel determinare il livello individuale di espressione della dimensione ADHD, dal momento che essendo continua non può semplicemente essere determinata dalla presenza di un fattore o viceversa non essersi sviluppata per la sua assenza. L'ipotesi alternativa è che possa comunque esserci un fattore eziologico unico o centrale, ma che anche l'espressione di esso debba essere continua, dimensionale.

3- Neurodiversità e potenziali risorse legate alle neurodivergenze

Un altro filone di studi interessante riguardo ai disturbi del neurosviluppo è quello legato al concetto di neurodiversità, che comprende ricerche circa l'idea che queste condizioni possano essere associate anche a caratteristiche adattive. Il concetto di neurodiversità mira difatti a una maggior inclusività, e alla diffusione dell'idea che esistano tante condizioni non neurotipiche, ognuna con delle particolarità che possono assumere valenza positiva o negativa in base all'ambiente e all'interazione con esso. L'inquadramento neutro dei disturbi del neurosviluppo (in quest'ottica *neurodivergenze*) sorretto dall'idea di neurodiversità permette di indagarne le caratteristiche senza patologizzarle a priori. Questo obiettivo è stato perseguito da diverse ricerche negli ultimi anni, con la speranza di poter raccogliere materiale utile ai fini di ampliare le prospettive per il trattamento. Ne prenderemo ora in considerazione alcune.

Per uno studio del 2018 (12) su ADHD e Hyperfocus (HF) Hupfeld e colleghi sono partiti da una visione dimensionale dell'ADHD per indagare se all'aumentare del punteggio conseguito nella sintomatologia ADHD aumentava anche la quantità di esperienze di Hyperfocus riportata. L'Hyperfocus si può definire come l'esperienza di episodi di attenzione estremamente focalizzata per un periodo di tempo particolarmente prolungato, episodi in cui il mondo esterno all'attività è quasi del tutto ignorato dal soggetto (13). Questo tipo di esperienza sembra avvenire prevalentemente durante attività associate allo studio, a un hobby o allo *screen time* (pc, televisione, smartphone, etc.), e pare essere più profonda dell'esperienza di flusso (12) In questo studio si introduce uno strumento di assessment dell'esperienza di Hyperfocus, l'Adult Hyperfocus Interview, e si testa l'ipotesi che vuole questa esperienza maggiormente frequente in chi è soggetto ad elevata sintomatologia ADHD. Lo studio riporta come quest'ipotesi derivi dal fatto che l'esperienza sia effettivamente

riportata con una certa frequenza dalle persone con ADHD e che, ad esempio, facendo una ricerca su Google si nota come le due keyword siano state associate in una mole elevata di ricerche degli utenti, ma ciò nonostante l'associazione ADHD - HP non fosse stata, prima di questo studio, indagata empiricamente.

Per questo studio, due campioni (uno di 251 persone per lo studio pilota, uno di 372 per la replica) di adulti sia con auto-diagnosi di ADHD che senza sono stati sottoposti a valutazione di sintomatologia ADHD e ad assessment dell'esperienza di Hyperfocus. Per valutare la sintomatologia ADHD i soggetti sono stati sottoposti sia al questionario CAARS (altamente validato per la misurazione della sintomatologia ADHD) che al test Barkley Adult ADHD Rating Scale. Per l'Hyperfocus è stata utilizzata l'Adult Hyperfocus Interview, strutturata in modo da misurare varie dimensioni: HF disposizione; HF contestuale suddiviso in *At School, In Hobbies, During Screen Time*; più la sottoscala *HF in real Life scenarios*.

Sintetizzando i risultati, i soggetti con punteggi più alti di sintomatologia ADHD riportarono punteggi significativamente più alti in tutte le dimensioni dell'Hyperfocus indagate (ibidem) . Ciò pare confermare la validità di una visione dimensionale dell'ADHD, dal momento che sintomatologia e punteggio HF sono apparsi correlati in maniera lineare senza discontinuità. A onor del vero, dallo studio emerse anche che i soggetti con auto-diagnosi di ADHD avevano riportato punteggi più alti dei soggetti senza diagnosi in quasi tutte le dimensioni di HF, ma pare ragionevole supporre, dal momento che nell'associazione livello sintomatologia ADHD - livello HF non si nota alcuna discontinuità che segni un confine *casi ADHD - non casi*, che le persone con auto-diagnosi di ADHD fossero semplicemente persone che esprimevano maggiormente rispetto alle altre il tratto ADHD e le sue caratteristiche, in linea con il modello dimensionale. Tra le implicazioni dello studio troviamo l'ipotesi che la maggior frequenza di HF in chi ha una più marcata sintomatologia ADHD possa suggerire che l'ADHD si basi su meccanismi legati al controllo attentivo, o su

difficoltà nel task-switching, o ancora legate all'inibizione, in generale comunque su una *mala distribuzione* o *differente* distribuzione dell'attenzione, più che su un deficit dell'attenzione (ibidem). Tutte piste che gli autori dello studio si augurano vengano approfondite. Ancora, un punto interessante dello studio è l'accento che pone sull'idea di neurodiversità, secondo cui “condizioni neurologiche differenti emergono da differenze cerebrali, non da *deficit* cerebrali” e possono essere quindi pensate come stili cognitivi particolari, con varie caratteristiche che risultano positive o negative anche in base al contesto. Lo studio difatti intervistò i soggetti anche riguardo il vissuto positivo o negativo nei confronti delle esperienze di HF, ottenendo sia risposte che riportavano di viverle positivamente e di intravederne il potenziale, che risposte che riportavano un vissuto negativo.

Un altro studio che indaga la possibilità che la costellazione di manifestazioni dell'ADHD possa comprendere caratteristiche positive è una ricerca di Schippers et. al. Del 2022 (14). Questo studio non partì da una concezione dimensionale dell'ADHD, ma i risultati appaiono comunque degni di nota ai fini della nostra trattazione perché sono informativi circa la validità o meno di rappresentare in maniera neutra le neurodivergenze, e ci raccontano qualcosa riguardo il vissuto di persone con diagnosi ADHD nei confronti della propria condizione e delle sue caratteristiche. Difatti lo studio di Schippers fu effettuato attraverso la somministrazione a 206 persone (della Dutch Organization for people with ADHD) di questionari online self-report a domande aperte. 206 furono i questionari effettivi presi in considerazione nell'analisi, dopo l'esclusione dei questionari di diversi partecipanti per diversi motivi (alcuni non avevano la diagnosi di ADHD). Ai partecipanti fu chiesto di rispondere a domande riguardo genere, età, riguardo la propria diagnosi, trattamento, ma soprattutto fu chiesto di rispondere liberamente quali fossero gli aspetti positivi dell'ADHD. Il materiale verbale fu così sintetizzato: furono estratti *codici* dalle risposte (che spesso coincidevano con le parole usate o erano la combinazione di più parole strettamente

collegate), in secondo luogo furono esclusi i codici a più bassa frequenza e quelli rimasti furono raggruppati in *sottotemi*, i quali furono uniti nell'ultima fase a formare dei *temi*. Questi temi furono successivamente discussi e validati da un focus group di 8 persone con ADHD alle quali fu domandato se ritenessero che i temi estratti dallo studio rappresentassero effettivamente aspetti positivi dell'ADHD. I temi emersi furono 5: **creatività** (da codici come *fantasioso*, creativo), **dinamicità** (esempi di codici: *energico*, *entusiasta*), **flessibilità** (*flessibile*, *ampi interessi*, *open-minded*), **skills socio-affettive skills** (codici come *empathic*, *social*) e **abilità cognitive di alto livello** (ad es. *attention for detail*, *intelligent*, *analytical*). Lo studio comprende anche un'interessante parte dedicata a quesiti e ipotesi circa la natura di questi aspetti dell'ADHD riportati come positivi: *potrebbero essere meccanismi di coping sviluppati proprio per far fronte alle problematiche generate dalla sintomatologia ADHD? Potrebbero essere caratteristiche positive generate dagli stessi meccanismi che allo stesso tempo in altre aree determinano i deficit? O sono caratteristiche a pieno titolo facenti parte del funzionamento ADHD e che assumono un valore positivo o negativo in base alle circostanze?* Queste rimangono ipotesi da esplorare. Sebbene non sia questa la sede consona ad approfondire teorie eziologiche sull'ADHD, vale la pena accennare al fatto che alcuni studi, mettendola in relazione con teorie evolucionistiche, prendono in esame la potenziale natura adattiva della disattenzione, dell'impulsività e dell'iperattività in alcuni ambienti di sviluppo (15). In ogni caso, secondo gli autori dello studio i risultati “sono in linea con le attuali linee guide che raccomandano un approccio multidisciplinare al trattamento dell'ADHD, che comprenda un insieme di trattamenti anche non-farmacologici”(14).

Pare ragionevole supporre che l'idea di fare una valutazione che prenda in esame anche le risorse dei pazienti con neurodivergenze potrebbe aprire la strada alla possibilità di fare leva su quelle stesse risorse per il trattamento. I due studi presi in esame, così come l'idea

di neurodiversità, mettono in luce che approcci alternativi all'ADHD sono possibili, nella misura in cui non lo si riduce a un deficit dell'attenzione e non ci si limita a trattarlo tentando di sopprimerne tramite terapia farmacologica le manifestazioni. La convergenza di prospettiva dimensionale e concetto di neurodiversità avviene in questo punto: l'idea di un inquadramento del fenomeno ADHD in una chiave più umana e inclusiva, l'apertura alla considerazione dei suoi aspetti in una luce che ne tenga in conto gli aspetti potenzialmente adattivi, le implicazioni di queste prospettive sulla possibilità di un trattamento non solo farmacologico e che non consideri l'ADHD solo in quanto disfunzione.

4- Prospettiva dimensionale e neurodiversità, implicazioni, conclusioni

La prospettiva dimensionale e il concetto di neurodiversità si completano a vicenda: l'approccio dimensionale sostiene e documenta che ci sia un'oggettiva continuità (9) tra ciò che definiamo patologia e ciò che definiamo normalità, la neurodiversità pone l'accento sull'idea che anche quelle condizioni che in genere consideriamo patologiche siano non solo espressione di una naturale variabilità nel funzionamento neurologico e cognitivo, ma soprattutto che la valenza negativa che assegniamo loro derivi perlopiù da una compatibilità ridotta con determinati contesti, più che da un 'malfunzionamento' intrinseco all'individuo. Queste prospettive su ciò che, seguendo la tradizione psichiatrica più diffusa, chiamiamo disturbi del neurosviluppo, confluiscono nel tentativo di ragionare sull'influenza della percezione che socialmente e culturalmente si ha di essi, e di favorirne un'evoluzione verso un'idea più inclusiva e realistica. Si tenterà ora un'esposizione di potenziali effetti e

implicazioni dell'adozione di queste prospettive, a partire da studi e articoli che se ne sono interessati.

Nel 2019, Speerforck e colleghi hanno condotto una ricerca (16) volta a indagare in un campione di 1009 persone di nazionalità tedesca atteggiamenti, credenze, emozioni, distanza sociale ed esperienze personali nei confronti dell'ADHD, e se e come queste fossero influenzate dal rappresentarsi l'ADHD come una dimensione continua. Il focus è stato posto sullo stigma sociale legato alla psicopatologia e alla possibilità che sia in relazione con la concezione che della psicopatologia si ha. Ciò è stato fatto attraverso la presentazione di vignette con scenette rappresentative dei principali sintomi dell'ADHD e la misurazione delle reazioni dei partecipanti ad esse. Si è indagata anche la concettualizzazione dei sintomi da parte dei partecipanti, che sono stati sottoposti a delle affermazioni a riguardo (ad es. "In fondo i problemi di Robert -personaggio in vignetta- sono anormali") verso le quali era chiesto loro di esprimere un grado di accordo su una scala Likert a 5 punti. Dopo di che, attraverso domande di diverso tipo, è stata misurata la pregressa esperienza personale dei partecipanti a problemi del genere (in prima persona o tramite il contatto interpersonale), sono state misurate le reazioni emotive alla vignette attraverso la Emotional Reactions to the Mentally Ill Scale (ERMIS)" (Angermeyer and Matschinger, 2003) e in ultimo valutata la distanza sociale provata o desiderata nei confronti dei personaggi delle vignette, attraverso il grado di accordo espresso verso affermazioni riguardo la possibilità di trovarsi in situazioni sociali con persone ADHD. Quest'ultima misurazione è particolarmente saliente, dal momento che "il desiderio di distanza sociale è un parametro ampiamente utilizzata per quantificare la discriminazione nei confronti di adulti affetti da disturbi psichiatrici, e si può considerare la fase finale del processo di stigmatizzazione"(17).

Dai risultati di quest'ultima misurazione è emerso 1/5 dei partecipanti avrebbe preferito non presentare una persona ADHD agli amici, e che 1/4 si è sentito infastidito alla

vista delle scene rappresentate nelle vignette. Sempre 1/4 dei partecipanti non proporrebbe per un lavoro una persona con ADHD. Ciò conferma quanto emerso da altri studi (18), ossia il desiderio di distanza sociale significativamente maggiore percepito nei confronti dei bambini ADHD da parte degli altri bambini, rispetto a quella provata nei confronti dei bambini neurotipici. Emerge qui chiaramente come la stigmatizzazione sia un fenomeno che interessa le persone con ADHD, e non è difficile immaginare che l'effetto di questo stigma possa essere di portata significativa sullo sviluppo dell'autostima e molto altro. Sempre secondo lo studio "National Stigma Study-Children", i bambini con ADHD si autopercepiscono come maggiormente pericolosi per sé e per gli altri rispetto ai bambini con "problemi normali" (ibidem). Tornando alla ricerca di Speerforck e colleghi, il risultato più interessante è costituito dal fatto che, stando ai dati, 2 fattori riducono l'atteggiamento di distanza: percepire i problemi del bambino come "normali su e giù" dell'infanzia e il genere femminile del partecipante testato. Soffermandoci sul primo dei due fattori, che maggiormente ci riguarda, non stupisce il suo effetto: combacia anzi con l'idea che concettualizzare l'ADHD come un continuum di sintomi riduca lo stigma associato ad esso e la distanza sociale nei confronti di persone neurodivergenti. Viceversa, percepire le difficoltà psicologiche rappresentate nelle vignette come anormali ("*abnormal*") è risultato essere associato con emozioni di maggior paura e rabbia.

I dati appena presentati sono particolarmente preziosi dal momento che ci informano in maniera inequivocabile circa l'importanza della percezione sociale della psicopatologia, e come al variare di essa varino il giudizio e i comportamenti sociali che si hanno nei confronti di persone con funzionamento atipico. Pensare alle persone con ADHD non come "anormali" o come affette da problemi anormali significa propriamente pensare da una prospettiva di neurodiversità, che include la possibilità di una vasta gamma di diverse espressioni del

funzionamento umano, in virtù di una variabilità naturale (determinata da genetica ed esperienza) che diventa patologica se la specifica espressione non trova un compromesso sano con il funzionamento del contesto in cui è immersa. Questo ragionamento non può che portare a riflessioni e studi su come rendere i contesti sociali più accessibili e accoglienti nei confronti delle persone con neurodivergenze, tramite l'adattamento di essi alle loro difficoltà specifiche e attraverso il riconoscimento e la valorizzazione di quelle caratteristiche che, alla luce di una visione meno patologizzante, si rivelano poter essere risorse. Come abbiamo visto l'Hyperfocus, come molte altre, ne può rappresentare un esempio.

Riprendendo un articolo pubblicato su *The Lancet Psychiatry* da Sonuga-Barke e Anita Thapar (19), possiamo dire che la strada auspicabile non è quella di un'interpretazione radicale del concetto di neurodiversità (ibidem), dal momento che diagnosi e trattamento sono di grande importanza per molti e visto che estremizzata rischierebbe di adombrare le problematiche che molti soggetti vivono. Si ritiene però, anche alla luce delle ricerche esposte in questo lavoro, che una visione dimensionale e il concetto di neurodiversità potrebbero ampliare le possibilità di intervento sui contesti di vita, valorizzare le risorse dei pazienti, ridurre lo stigma e provvedere a fornire alla società una visione più realistica e inclusiva riguardo l'ADHD e le neurodivergenze in generale. In ultimo l'approccio alla valutazione diagnostica degli aspetti problematici delle neurodivergenze, per dirlo con Astle (8), è quello di una visione dimensionale che non si limiti a trasformare le categorie diagnostiche discrete in scale continue, bensì che pensi in termini multidimensionali al neurosviluppo, in un frame all'interno del quale la condizione dell'individuo è data dall'espressione continua di un set di caratteristiche in combinazione reciproca. Questa prospettiva, oltre a essere supportata da studi (8, 9) che la rendono forte a livello teorico, restituisce soggettività al discorso intorno alle condizioni psicologiche e neurologiche.

Riferimenti bibliografici

- (1) Albrecht, B., Uebel-von Sandersleben, H., Wiedmann, K., & Rothenberger, A. (2015). ADHD history of the concept: The case of the continuous performance test. *Current Developmental Disorders Reports*, 2, 10-22.
- (2) Rothenberger A, Neumärker KJ. *Wissenschaftsgeschichte der ADHS - Kramer-Pollnow im Spiegel der Zeit*. Darmstadt: Steinkopf Verlag; 2005.
- (3) Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. Guilford press.
- (4) Sonuga-Barke, E. J., Taylor, E., Sembi, S., & Smith, J. (1992). Hyperactivity and delay aversion: I. The effect of delay on choice. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 33 (2), 387–398.
- (5) Brown, N. M., Brown, S. N., Briggs, R. D., Germán, M., Belamarich, P. F., & Oyeku, S. O. (2017). Associations between adverse childhood experiences and ADHD diagnosis and severity. *Academic pediatrics*, 17(4), 349-355.
- (6) American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Quinta edizione. DSM-5*. Tr.it
- (7) Haslam N. Categorical Versus Dimensional Models of Mental Disorder: The Taxometric Evidence. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2003;37(6):696-704.
doi:10.1080/j.1440-1614.2003.01258.x
- (8) Astle, D. E., Holmes, J., Kievit, R., & Gathercole, S. E. (2022). Annual Research Review: The transdiagnostic revolution in neurodevelopmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 397-417.

- (9) Haslam, N., McGrath, M. J., Viechtbauer, W., & Kuppens, P. (2020). Dimensions over categories: A meta-analysis of taxometric research. *Psychological Medicine*, 50(9), 1418-1432.
- (10) Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Category or a Continuum? Genetic Analysis of a Large-Scale Twin Study, Levy et. Al, 1997
- (11) Haslam, N., Williams, B., Prior, M., Haslam, R., Graetz, B., & Sawyer, M. (2006). The latent structure of attention-deficit/hyperactivity disorder: A taxometric analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(8), 639-647.
- (12) Hupfeld, K. E., Abagis, T. R., & Shah, P. (2019). Living “in the zone”: hyperfocus in adult ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 11, 191-208.
- (13) Ozel-Kizil, E. T., Kokurcan, A., Aksoy, U. M., Kanat, B. B., Sakarya, D., Bastug, G., ... & Oncu, B. (2016). Hyperfocusing as a dimension of adult attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 59, 351-358.
- (14) Schippers, L. M., Horstman, L. I., Velde, H. V. D., Pereira, R. R., Zinkstok, J., Mostert, J. C., ... & Hoogman, M. (2022). A qualitative and quantitative study of self-reported positive characteristics of individuals with ADHD. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 922788.
- (15) Jensen, P. S., Mrazek, D., Knapp, P. K., Steinberg, L., Pfeffer, C., Schowalter, J., & Shapiro, T. (1997). Evolution and revolution in child psychiatry: ADHD as a disorder of adaptation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(12), 1672-1681.
- (16) Speerforck, S., Stolzenburg, S., Hertel, J., Grabe, H. J., Strauß, M., Carta, M. G., ... & Schomerus, G. (2019). ADHD, stigma and continuum beliefs: A population survey on public attitudes towards children and adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry research*, 282, 112570.

- (17) Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- (18) “National Stigma Study-Children” 2002 Martin et al.
- (19) Sonuga-Barke, E., & Thapar, A. (2021). The neurodiversity concept: is it helpful for clinicians and scientists?. *The Lancet Psychiatry*, 8(7), 559-561.