

Quando sospettare una

Neurodivergenza

nel tuo paziente adulto



Guida clinica ACT/CFT per psicoterapeuti

Di Chiara Rossi Urtoler

Introduzione

Sempre più adulti arrivano in terapia portando sintomi che, a una prima lettura, sembrano rientrare in quadri noti: ansia, depressione, burnout, difficoltà relazionali, senso di inadeguatezza.

Eppure, in alcuni casi, qualcosa non torna. Il paziente è intelligente, motivato, spesso molto consapevole. Il lavoro terapeutico è accurato. E nonostante questo, il cambiamento resta parziale, instabile o faticosamente mantenuto.

In queste situazioni, il rischio clinico più grande non è quello di “non fare una diagnosi”, ma di continuare a leggere il funzionamento del paziente con una lente che non lo rappresenta.

Quando questo accade, il trattamento può diventare involontariamente iatrogeno: aumenta l'autocritica, rinforza il senso di inadeguatezza e spinge il paziente a “funzionare meglio” in un modo che non gli è naturale.

Questa guida nasce per offrire una lente diversa: pratica, rispettosa, non patologizzante, e integrabile con un lavoro ACT/CFT orientato ai processi.

Messaggio clinico di fondo

Molti adulti neurodivergenti non arrivano in terapia per la neurodivergenza, ma per il prezzo che hanno pagato nel tentativo di adattarsi.

Quando un paziente adulto non migliora come previsto, forse non è il trattamento a essere sbagliato, ma il modello con cui stiamo leggendo il suo funzionamento.

1. Quando iniziare a sospettare una neurodivergenza

I singoli segnali, da soli, non bastano. Acquistano valore clinico quando compaiono insieme, attraversano diversi contesti e sembrano presenti da molto tempo.

Indicatori trasversali: red flags cliniche

- Storia di fatica cronica nel “funzionare come gli altri”.
- Senso persistente di essere troppo, sbagliato, fuori posto o in ritardo rispetto agli altri.
- Burnout ricorrenti non spiegati soltanto da carichi esterni.
- Miglioramenti parziali con interventi standard, ma ricadute frequenti o rapida saturazione.
- Iper-adattamento sociale (masking) con forte costo interno.
- Iper-razionalizzazione, controllo emotivo o necessità di monitorarsi costantemente.
- Autocritica elevata, vergogna e domande implicite del tipo: “Perché per gli altri sembra più facile?”.

Checklist clinica rapida

Area	Domanda clinica	Segnale orientativo
Storia	È una difficoltà recente o presente da sempre?	Presenza fin dall'infanzia o dall'adolescenza
Fatica	Il paziente riferisce stanchezza nel "funzionare"?	Fatica cronica o sovraccarico ricorrente
Identità	Come parla di sé?	"Sono troppo / sbagliato / diverso"
Trattamento	Come risponde agli interventi standard?	Sollievo parziale o instabile
Adattamento	Quanto si modella sugli altri?	Masking elevato
Costo interno	Quanto paga per funzionare?	Burnout, ritiro, collasso, esaurimento
Pattern	È situazionale o trasversale?	Presente in più contesti e relazioni

Orientamento rapido

Se riconosci diversi indicatori insieme, vale la pena esplorare l'ipotesi neurodivergenza, senza forzare etichette premature.



2. Segnali specifici da esplorare

Area attentiva ed esecutiva

(possibile ADHD, disprassia, 2E)

- Difficoltà a iniziare o concludere compiti.
- Alternanza iperfocus - blocco.
- Caos organizzativo nonostante l'impegno.
- Sfinimento per attività percepite dagli altri come semplici.
- Storia di sentirsi pigro, svogliato o inconcludente.

Area sensoriale

(spesso sottovalutata negli adulti)

- Ipersensibilità a rumori, luci, tessuti, odori o ambienti affollati.
- Stanchezza sociale intensa.
- Bisogno di decompressione dopo stimoli prolungati.
- Evitamento non per ansia in senso stretto, ma per sovraccarico.

Area socio-relazionale

(spettro autistico, giftedness, ADHD)

- Sensazione di "recitare" nei contesti sociali.
- Difficoltà con small talk o regole implicite.
- Relazioni intense ma instabili, o molto selettive.
- Senso di isolamento anche in presenza di altri.

Area motoria e organizzativa

(disprassia - DCD)

- Storia di goffaggine, lentezza, incidenti o impaccio pratico.
- Fatica nelle sequenze di azioni quotidiane.
- Difficoltà persistenti con scrittura, coordinazione, pianificazione.
- Vergogna legata al corpo o alle prestazioni pratiche.

Area emotiva

(spesso scambiata per "ipersensibilità" o disregolazione)

- Emozioni intense e rapide.
- Forte risonanza empatica.
- Difficoltà a "lasciar andare".
- Alternanza tra iper-controllo e collasso.

Attenzione clinica

Nel dubbio, non confondere automaticamente queste manifestazioni con scarsa motivazione, oppositività o semplice resistenza.

3. Le principali neurodivergenze in età adulta

Parlare di neurodivergenza non significa parlare di un'unica condizione, ma di un insieme di funzionamenti diversi. Di seguito trovi una mappa essenziale, utile come orientamento clinico.

Neurodivergenza	Caratteristiche chiave	Rischi clinici ricorrenti	Risorse spesso associate
ADHD	Disregolazione attentiva, iperfocus, difficoltà esecutive, variabilità del ritmo.	Autocritica, senso di fallimento, disorganizzazione, burnout.	Creatività, pensiero rapido, energia, flessibilità cognitiva.
Spettro autistico	Fatica con regole implicite, sensibilità sensoriale, bisogno di struttura, relazioni selettive.	Isolamento, masking, stanchezza sociale, vergogna di sé.	Pensiero sistemico, precisione, profondità, coerenza interna.
Plusdotazione (giftedness)	Pensiero rapido e complesso, intensità emotiva, sensibilità, alti standard.	Perfezionismo, sovraccarico, noia cronica, senso di diversità.	Profondità, intuizione, creatività, forte motivazione intrinseca.
DSA	Apprendimento non lineare, difficoltà specifiche in lettura, scrittura o calcolo, strategie compensative.	Bassa autostima scolastica, affaticamento, discrepanza potenziale-performance.	Pensiero visivo, intuitivo, problem solving originale.
Disprassia (DCD)	Difficoltà di coordinazione e pianificazione motoria, lentezza nelle sequenze pratiche.	Vergogna, evitamento, senso di incompetenza nelle attività quotidiane.	Creatività, perseveranza, adattamenti ingegnosi.
Doppia eccezionalità (2E)	Coesistenza di plusdotazione e una o più altre neurodivergenze.	Fraindimento clinico, forte disomogeneità, alternanza di picchi e blocchi.	Alto potenziale unito a strategie evolute di adattamento.

ADHD

Negli adulti l'ADHD non si presenta necessariamente con iperattività evidente. Più spesso compare come difficoltà nella regolazione dell'attenzione, del tempo e delle funzioni esecutive. Il paziente può alternare iperfocus intensi a blocchi importanti e portare una lunga storia di etichettamento come pigro, disorganizzato o inconcludente.

Spettro autistico

Negli adulti, soprattutto se molto adattati, può essere difficile da riconoscere. Spesso compaiono fatica con le regole sociali implicite, sensazione di dover recitare, bisogno di prevedibilità e sensibilità sensoriale marcata. Le relazioni possono essere profonde, ma selettive.

Plusdotazione

Negli adulti gifted la sofferenza non nasce dalla capacità in sé, ma dal costo dell'intensità, dalla noia cronica, dal perfezionismo e dalla sensazione di essere fuori sincrono. Il paziente può aver costruito una forte identità competente, ma sentirsi internamente sovraccarico o incompreso.

DSA

In età adulta i DSA possono emergere come affaticamento cognitivo, strategie compensative molto sofisticate e discrepanza persistente tra potenziale e prestazione percepita. Il paziente può aver imparato a nascondere la fatica, ma continuare a viverla come prova di incapacità.

Disprassia

Meno riconosciuta ma molto presente. Si esprime con goffaggine, lentezza, impaccio, difficoltà nelle sequenze motorie o organizzative. Non ha a che vedere con scarso impegno, ma con una difficoltà nel tradurre l'intenzione in azione coordinata.

Doppia eccezionalità

Quando plusdotazione e altre neurodivergenze coesistono, il profilo può risultare particolarmente difficile da leggere. Alcune aree appaiono altamente sviluppate, altre molto fragili. Questi pazienti sono tra quelli più facilmente fraintesi.

4. Differenziare: psicopatologia primaria o neurodivergenza?

Una delle difficoltà più frequenti è distinguere tra sintomi primari e manifestazioni secondarie al funzionamento neurodivergente. Non si tratta di categorie mutualmente esclusive: ansia, depressione e trauma possono coesistere. La domanda utile è un'altra: sto trattando un sintomo, oppure sto leggendo un funzionamento?

Area	Psicopatologia primaria	Possibile neurodivergenza
Ansia	Paura situazionale, evitamento legato a minaccia percepita.	Sovraccarico sensoriale o sociale, bisogno di decompressione, fatica da adattamento.
Depressione	Umore basso persistente, perdita di interesse globale, rallentamento generalizzato.	Esaurimento da adattamento, senso di disallineamento, noia cronica, collasso dopo sforzo prolungato.
Trauma	Pattern fortemente collegati a eventi specifici o a memorie attivanti.	Tratti presenti da sempre o molto precoci, non riconducibili a un singolo evento.
Autostima	Bassa autostima diffusa e globalizzata.	Senso di essere diverso o troppo, anche in presenza di buone competenze.
Funzionamento	Peggiora o migliora soprattutto in base all'umore.	Disomogeneo: picchi di prestazione e blocchi rilevanti.
Evitamento	Finalizzato a ridurre ansia o sofferenza interna.	Finalizzato a evitare sovraccarico, inefficienza del sistema o saturazione.
Energia	Tendenzialmente bassa.	Variabile, altalenante, influenzata dal contesto e dal carico di adattamento.

Quando sembra resistenza, ma potrebbe essere altro

Se sembra...	Potrebbe essere invece...
Resistenza	Sovraccarico o saturazione del sistema.
Scarsa motivazione	Disfunzione esecutiva o collasso dopo masking prolungato.
Evitamento	Protezione sensoriale o necessità di recupero.
Iper-razionalizzazione	Strategia di regolazione e ricerca di controllo.
Perfezionismo	Paura di collasso, vergogna o identità legata alla performance.
Distacco emotivo	Difesa rispetto a intensità troppo difficili da sostenere.

Domanda utile in supervisione

Questo pattern è comparso in un momento specifico, oppure accompagna la storia del paziente da molto tempo?

5. Cosa chiedere in colloquio

Meglio evitare domande diagnostiche dirette, soprattutto all'inizio. È spesso più utile una esplorazione fenomenologica, che permetta al paziente di descrivere il proprio funzionamento senza sentirsi immediatamente classificato.

- In che modo ti senti diverso nel funzionare rispetto agli altri?
- Che cosa ti costa di più adattarti?
- Quando hai imparato a nascondere certe parti di te?
- Che cosa ti stanca di più: fare o fingere?
- Cosa succede quando smetti di controllarti?

Promemoria

Ascolta pattern, non singoli sintomi. La coerenza tra storia, costo interno e funzionamento attuale spesso orienta più di un sintomo isolato.

6. Come muoverti clinicamente

1. Normalizza senza banalizzare

Introduci il concetto di neurodiversità e sposta il focus da “cosa non va” a “come funziona”. Questo passaggio spesso produce un sollievo immediato, perché riduce l'idea di difetto personale.

2. Evita l'iper-diagnosi, ma anche l'iper-negazione

Non tutto va etichettato subito. Al tempo stesso, ignorare l'ipotesi neurodivergenza può mantenere il paziente dentro letture colpevolizzanti e poco utili.

3. Adatta il setting

Può essere utile un ritmo più lento, una struttura più chiara, meno carico verbale e più attenzione a come il paziente processa le informazioni.

4. Integra ACT e CFT in modo mirato

Lavora sul Sé come contesto, sulla defusione da identità negative come “sono sbagliato”, sulla self-compassion come regolazione e sui valori come direzione, non come prestazione.

Mappa ACT/CFT orientata ai processi

Processo	Rischio clinico	Direzione utile
Fusione	Identità negativa: “sono sbagliato”.	Sé come contesto; distinguere persona e funzionamento.
Evitamento	Masking, ipercontrollo, adattamento forzato.	Disponibilità graduale; validazione del costo interno.
Minaccia	Autocritica, vergogna, iperattivazione.	Self-compassion come regolazione e sicurezza.
Disconnessione	Noia, ritiro, collasso, mancanza di senso.	Valori incarnati e piccoli movimenti sostenibili.
Sovraccarico	Alternanza tra picchi e crolli.	Ritmo, confini, regolazione sensoriale e relazionale.

Nota ACT

Attenzione a non usare l'ACT per aumentare l'adattamento a contesti invalidanti. La flessibilità non coincide con il sopportare tutto meglio.

7. Errori clinici frequenti da evitare

- Interpretare tutto come resistenza.
- Leggere il burnout come scarsa motivazione.
- Usare solo tecniche cognitive o psicoeducazione astratta.
- Rinforzare il masking come strategia adattiva di lungo periodo.
- Ignorare il costo dell'adattamento.

Quando un paziente adulto non migliora come previsto, forse non è il trattamento a essere sbagliato, ma il modello con cui stiamo leggendo il suo funzionamento.



8. Consulenza e confronto clinico

Se nel tuo lavoro emergono dubbi su una possibile neurodivergenza, oppure ti trovi con pazienti che non migliorano come atteso nonostante un buon lavoro clinico, può essere utile fermarsi e rivedere insieme il caso con chi si occupa di neurodivergenze e multieccellenza.

Sono disponibile per consulenze e supervisione clinica, con l'obiettivo di:

- valutare insieme l'ipotesi di neurodivergenza;
- distinguere tra psicopatologia primaria e funzionamento neurodivergente;
- chiarire se e come orientare a un eventuale approfondimento diagnostico;
- adattare il lavoro terapeutico in modo più efficace e rispettoso del funzionamento della persona.

Chiara Rossi Urtoler - chiararossi.u@gmail.com

