



L'attaccamento come vulnerabilità all'ADHD

Canarile C., Williams R., Porfirio M.C., Troianello M., Leonardi L., Ortu F.

Università di Tor Vergata - Roma

Università La Sapienza - Roma

SINDROME DA DEFICIT DI ATTENZIONE E IPERATTIVITA'

A. Rubenstein, "Progetto Brochure" dell'APA + Azienda farmaceutica

1. L'ADHD è generalmente considerata un'anormalità neurochimica
2. La maggior parte delle persone affette da ADD/ADHD presenta tale anormalità sin dalla nascita
3. L'ADHD non è causata da cattivo rapporto con i genitori, contesto familiare difficile, né da cattiva istruzione o nutrizione inadeguata

LE OBIEZIONI

1. Non ci sono prove scientifiche per sostenere la tesi dell'*anormalità neurochimica.*, ma è stata solo provata una **correlazione** fra le dinamiche biologiche e la categoria di ADHD

Baumeister e Hawkins (2001) hanno effettuato un'esaustiva ricerca sui tentativi di identificare uno o più siti neuroanatomici correlati all'ADD/ADHD e hanno concluso che "l'indagine in corso indica che la letteratura di neurovisualizzazione non fornisce prove convincenti sull'esistenza di anormalità nei cervelli di persone affette da ADHD"

Le dinamiche biologiche correlate possono essere spiegate più accuratamente come risultato di variabili psicologiche ed ambientali

LE OBIEZIONI

2. Diverse ricerche risultano avere mancanze tali da far dubitare sulla causalità genetica dell'ADD/ADHD:

- Gli studi sui gemelli monozigoti e dizigoti (J. Joseph 2003)
- I geni dirigono la sintesi proteica, ma la sintesi proteica può essere distorta da fattori ambientali (stress, trauma, mancanza di attenzione dai caregivers) (Hubbald e Wald, 1993)
- Lo studio della correlazione fra il temperamento infantile e le successive diagnosi di ADD/ADHD (Thomas e Chess, 1977) viene contrastato dall'asserzione che gli aspetti temperamentali hanno un ruolo significativo nello sviluppo, ma lo sviluppo deviante origina dall'interazione fra attitudine individuale del bambino e aspetti significativi del contesto in cui cresce (Lambert & Harsough, 1984).
- Il ruolo dell'ereditarietà e quello dell'esperienza

LE OBIEZIONI

3. La maggior parte delle prove scientifiche dimostra che l'ADHD è significativamente associata a bisogni di attenzione non corrisposti durante l'infanzia, difficili contesti familiari, scuola oppressiva e contesti sociali (Lambert & Harsough, 1984; Lambert, 1982; Barkley, 1990; Campbell, 1990; Goldstein & Goldstein; *Barkley, 1997; Olson, 1996; Teeter, 1998; Cassidy, 1994; stiefel 2002; Ladnier & Massanari 2000*)

IL PROBLEMA DELL'EZIOLOGIA dell' ADHD (Barkley 1998)

- Fattori genetici (50-80% della varianza)
- Fattori ambientali (0-13% della varianza)
- Danno neurobiologico acquisito (5% della varianza)
- Interazione genitore-bambino (9-20% della varianza)



(potenzialmente rilevante ma dato poco studiato)

IPOSTESI EZIOLOGICA

di Degranpre e Hinshaw (2000)

L'ADHD è correlato il più delle volte a fattori psicosociali, ma ciò è poco indagato dalla ricerca che è più orientata ad indagare gli aspetti neurobiologici del comportamento

2 CONCEZIONI DA CONSIDERARE:

- La concezione transazionale dello sviluppo (no dicotomia tra neurobiologia e fattori sociali)
- La notevole eterogeneità della sindrome da ADHD

IL PROBLEMA DELL'ETEROGENEITA' DELL'ADHD

La qualità relazionale e la qualità affettiva è molto variabile nei bambini con ADHD.

E' questo che impone notevoli differenze tra comorbilità e sottotipi diagnostici nell'ADHD.

Una sindrome ADHD “pura” è cosa rara.

Tra i sottotipi solo l'ADHD combinato presenta convergenza di dati sia eziologici che patogenetici.

L'ADHD associato al Disturbo della condotta andrebbe visto, ad es., come secondario al problema della condotta (Greenberg, 1999; Jacobvitz & Sroufe, 1987)

ADHD AS ATTACHMENT DEFICIT HIPERACTIVITY DISORDER?

(Randall D. Ladnier, Alice E. Massanari, 2000)

Ricerche sulle dinamiche di attaccamento ai genitori e sui traumi dimostrano la profonda influenza del rapporto genitore-bambino nei primi mesi di vita sulla salute mentale degli individui (Holmes, 1995; Bretherton, 1995; Crittenden, 1995; Stiefel 1997; Herman, 2000; Clarke 2002).

E' stata sempre data scarsa attenzione nella ricerca al ruolo dell'attaccamento ai genitori e al ruolo del trauma precoce nella formazione di quei comportamenti del bambino usati per classificare l'ADHD.



I PRINCIPI DELLA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO

- Costruisce la base di fiducia e reciprocità da utilizzare nelle relazioni future
- **Sviluppa la capacità di autoregolazione degli affetti e del comportamento**
- Forma un'identità capace di autostima e autonomia
- Stabilisce una gamma di valori morali derivanti da empatia, compassione e coscienza

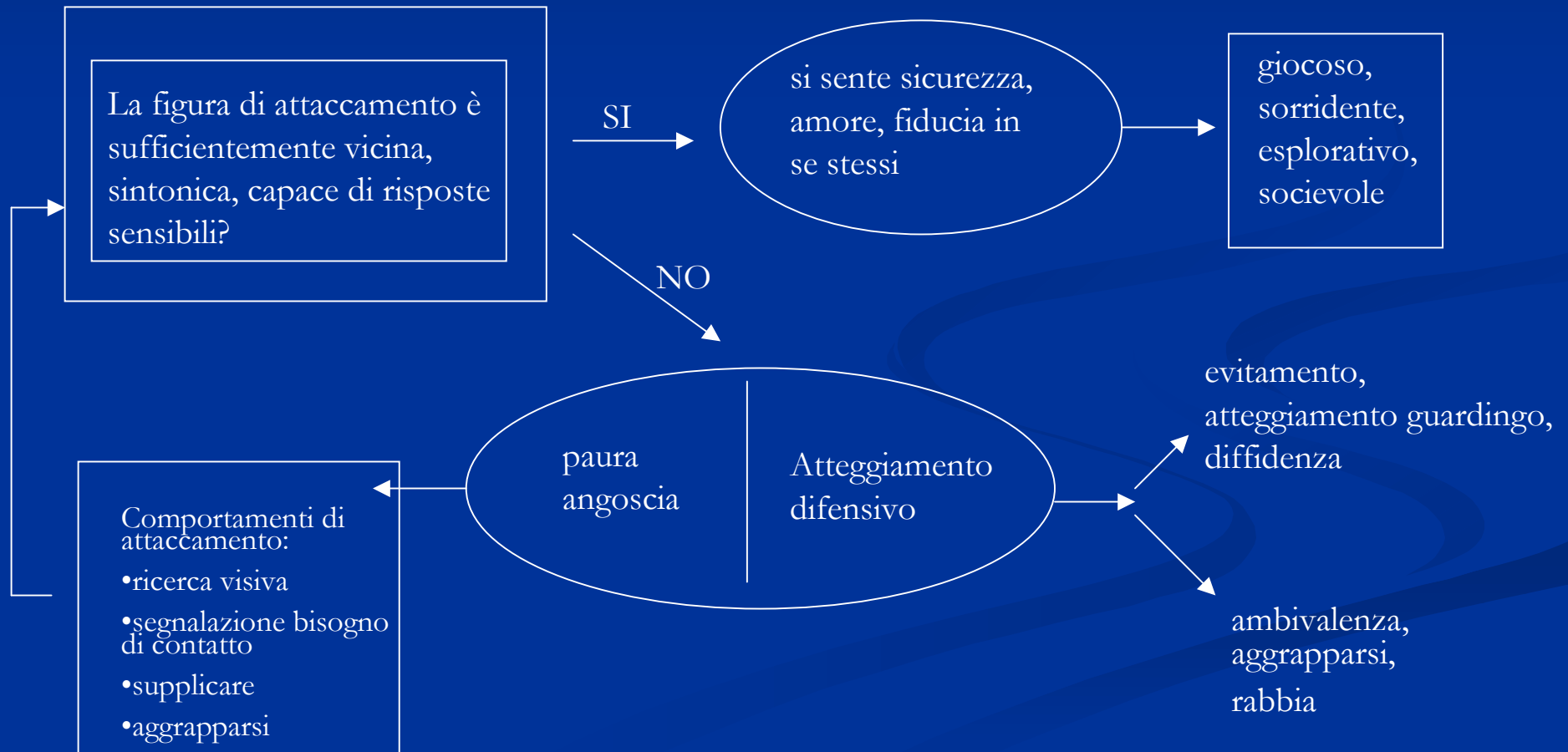
Lo stile di attaccamento in età adulta

- Lo stile di attaccamento in età adulta è un tratto di personalità relativamente stabile che origina dalle esperienze infantili con le proprie figure di accudimento (di solito i genitori) e che influenza il modo di comportarsi nelle relazioni personali emotivamente importanti.
- Lo stile di attaccamento riflette il modo in cui il soggetto percepisce sé stesso e gli altri attraverso degli schemi cognitivi ed emotivi che sono stati definiti modelli operativi interni (MOI).

La classificazione tipologica degli stili di
attaccamento in relazione ai modelli operativi interni
(Bartholomew & Horowitz, 1991)

	MOI del sé positivo	MOI del sé negativo
MOI degli altri positivo	<i>SECURE</i> (sicuro)	<i>PREOCCUPIED</i> (preoccupato)
MOI degli altri negativo	<i>DISMISSING</i> (distanziante)	<i>FEARFUL</i> (timoroso)

IL SISTEMA COMPORTAMENTALE DI ATTACCAMENTO



I MODELLI DI ATTACCAMENTO

B) sicuro

A) insicuro-evitante

C) insicuro-ambivalente

D) insicuro-disorganizzato/disorientato

Ainsworth et al., 1978

Main e Solomon,
1986,1990



ATTACCAMENTO INSICURO → → PSICOPATOLOGIA?

FATTORI PROTETTIVI:

- Autostima →
 - efficacia nell'ottenere successi per se stesso
 - buone relazioni con gli altri

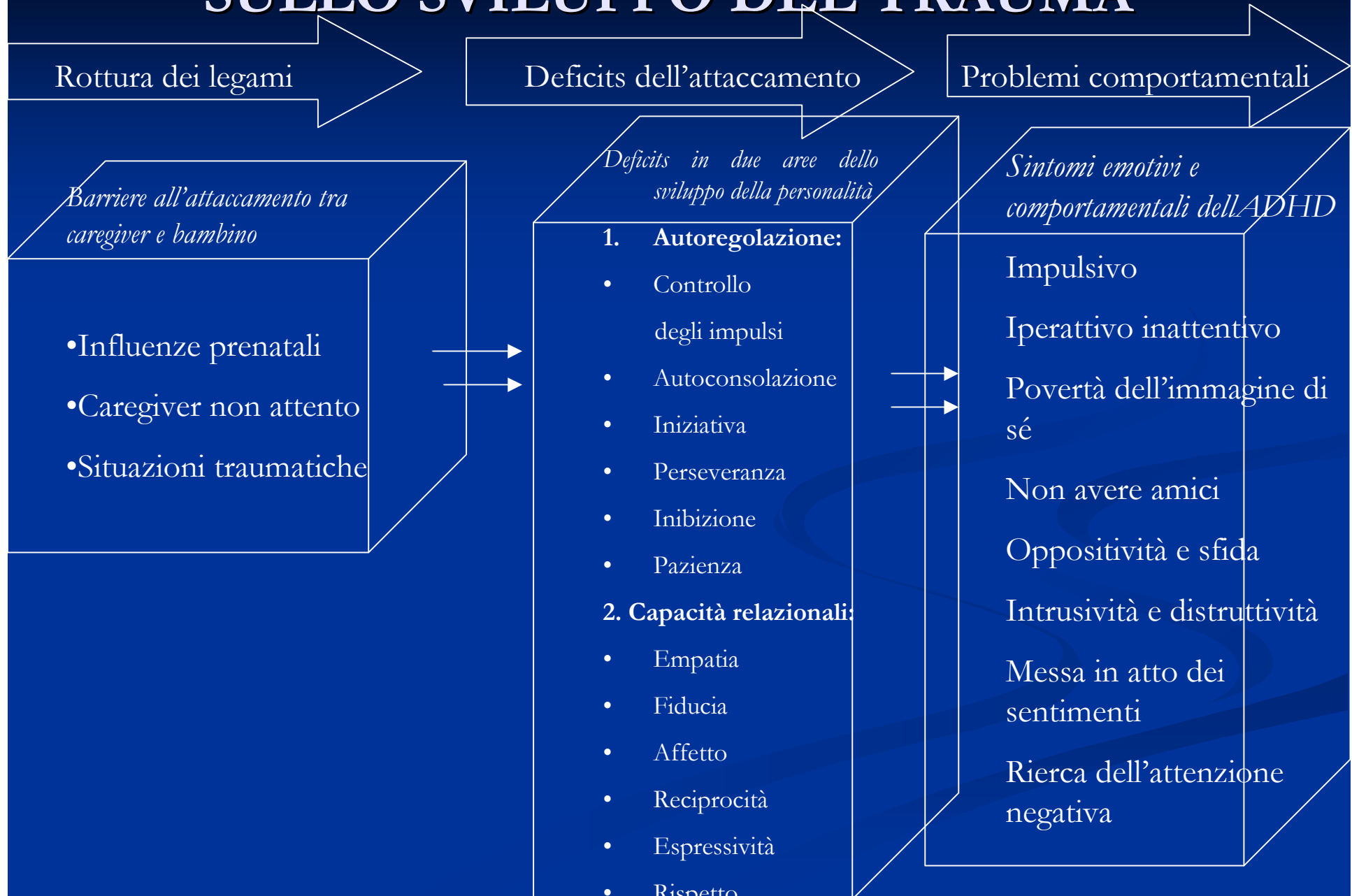
FATTORI PREDISPONENTI:

- Rottura o disgregazione dei legami
- Internalizzazione di pattern di attaccamento precoce disturbati
- Percezione attuale delle proprie relazioni e uso che se ne fa di queste

I 3 ASSUNTI (Randall D. Ladnier, Alice E. Massanari, 2000) :

1. Bambini che rientrano nei criteri di ADHD hanno sperimentato qualche sorta di rottura del legame prima dei 2 anni
2. La rottura del legame ha interferito con il processo di adeguato attaccamento tra caregiver e bambino e ha costituito deficits nello sviluppo del bambino
3. Il sistema familiare in cui il bambino cresce non è capace di superare tali deficits

UN MODELLO EZIOLOGICO FONDATAO SULLO SVILUPPO DEL TRAUMA



PRESUPPOSTI DELLA RICERCA

- Esiste un'associazione tra ATTACCAMENTO e ADHD
- Nella gestione di eventi e situazioni stressanti i fattori neuropsicologici e l'attaccamento interagiscono in modo più o meno indipendente
- La modalità con cui interagiscono tali fattori va a costituire le diverse forme di comorbidità

OBIETTIVI DELLA RICERCA

- Valutare la **qualità dell'attaccamento** nei bambini con ADHD
- Valutare **l'impatto delle relazioni bambino-genitore** sul decorso dell'ADHD e sulla psicopatologia associata
- Distinguere se siano gli aspetti dell'attaccamento o i fattori neurobiologici ad indurre il bambino ad utilizzare specifiche strategie per superare l'evento stressante (creazione di una griglia specifica per codificare questi soggetti)
- Individuare i fattori di stress nella relazione genitore-bambino per costruire un **piano di intervento terapeutico più mirato possibile**

STRUMENTI DI VALUTAZIONE

in età evolutiva

- SS (Strange Situation, *Ainsworth et al. 1978*): 12-18/20 mesi
- AQS (Attachment Q-Sort, *Waters 1995*) - in ambiente domestico per bambini 1-5 anni
- Sistema Cassidy-Marvin (*Cassidy e Main 1987,1990,1991,1992*) - per bambini in età prescolare (21-48 mesi)
- PAA (*Crittenden 1992, 1994*) - per bambini in età prescolare (21-48 mesi)
- SAT (*Hansburg 1972, Klagsbrun e Bowlby 1976, Kaplan 1987*) - adolescenti e bambini dai 4 ai 7 anni
- Gioco con le bambole (*Bretherton et al.*) - 3 anni
- MCAST (Manchester Child Attachment Story Task, *J. Green et al.*) – per bambini tra i 4 anni e ½ e i 9 anni

STRUMENTI DI VALUTAZIONE in età adulta

- AAI (Adult Attachment Interview, *Main et al. 1985*)
- SASI (Separation Anxiety Symptoms Inventory)
- ASQ (Attachment Style Questionnaire, (*Feeney et al., 1994*))
- RQ (Relationship Questionnaire, *Bartholomew & Horowitz, 1991*)

Strumenti della ricerca

- **MCAST** (Manchester Child Attachment Story Task)
- **AAI** (Adult Attachment Interview)
- **SCL-90** (Symptom Check List)
- **SCID2** (Structured Clinical Interview Disorders)

I PRIMI RISULTATI: UN CASO CLINICO

Qualità relazionale e qualità affettiva è un dato molto variabile da soggetto a soggetto

Caso clinico:

- Soggetto con pattern di attaccamento sicuro-ristretto (cuspide evitante) con tratti importanti di disorganizzazione (ABD cuspide)
- Soggetto con elevato spostamento e disorganizzazione (necessità di distinguere dato relazionale dall'aspetto neuropsicologico)
- Quasi sovrapponibile stile di attaccamento con la figura materna e con quella paterna (—————▶ il bambino più cresce e più fa sintesi)
- Prevalenza importante del pensiero concreto sulla capacità di astrazione (es.: mancanza di differenziazione tra sé e il gioco)
- **Aspetti del bambino sovrapponibili rispetto alla modalità con cui il genitore gestisce situazioni stressanti** (pensiero concreto nella gestione dello stress, ridere in risposta allo stress)
- Stile di attaccamento evitante nel padre