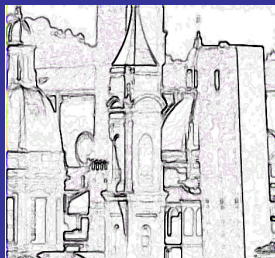


*VII Congresso Nazionale
Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività
14-16 maggio 2009 - Padova*

Furio Lambruschi

Un approccio cognitivo-evolutivo all'ADHD



S.B.P.C.

Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

LO “STATUS DIAGNOSICO” DELL’ADHD



- ADHD come *Disordine* (*Disorder*) non come *Malattia* (*Disease*)
 - *Comorbidità* con una varietà di altri quadri:
Es.: Dist. DOP, 50-60%, D.C., 30-40%;
D.A., 20-30%, D. Umore, 30-40%; DSA , ecc.
(rare le diagnosi di ADHD senza comorbidità, Ghanizadeh et al., 2008)
 - *Overlap* considerevole con altri quadri da esternalizzazione
 - Attenzione al *criterio E* del DSM-IV!!!
Es.: DRA (Disturbo Reattivo dell’Attaccamento)
PTSD (Disturbo Post-traumatico da Stress)
Gravi reazioni ad eventi luttuosi
Moderata o severa Depressione

“Core features” dell’ADHD

- Limitato *controllo degli impulsi*
 - *Iperattività* motoria
- Limitato span di *attenzione* sostenuta

Deficit nelle Funzioni Esecutive



DSM-IV

... mancanza di “*sensibilità evolutiva, interpersonale e di prospettiva longitudinale*” ...



- approcci *evolutivi e relazionali*

Vs.

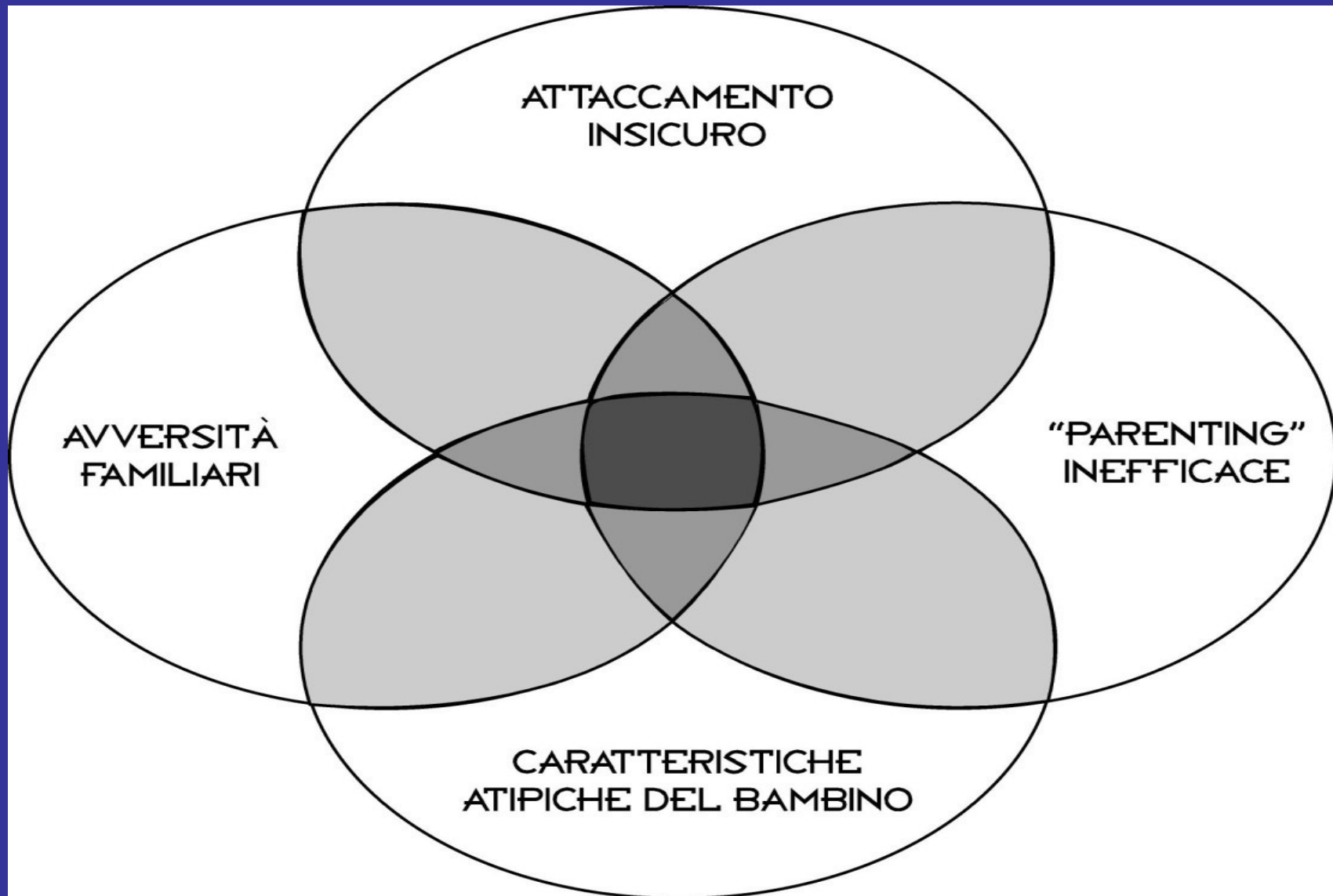
- approcci *non evolutivi e non relazionali*

Psicopatologia dello Sviluppo

(Sroufe e Rutter, 1984; Rutter, 1995, Cicchetti, 1984; Achenbach, 1990)

- *Multifattorialità* nella determinazione delle problematiche comportamentali ed emotive di rilievo clinico.
- Sia lo sviluppo normale che psicopatologico non può costruirsi a partire da un unico dominio di rischio, bensì dall'intreccio complesso e dal bilancio momentaneo e transitorio tra *fattori di rischio*, da un lato, e *fattori protettivi*, dall'altro

Greenberg (1999): aree di rischio e psicopatologia

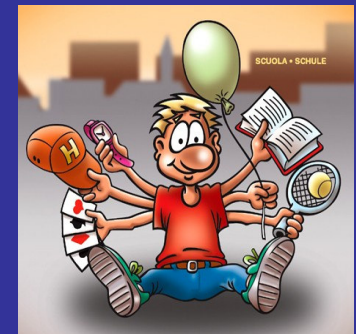


Variabili Educative

- ambiente familiare ed educativo *disorganizzato* e *caotico*
- ambiente fisico ed educativo *eccessivamente rigido*
- stile educativo basato su continue ed *eccessive richieste di spiegazione*
- eccessiva *lassità educativa* e autogestione, scarsa guida educativa



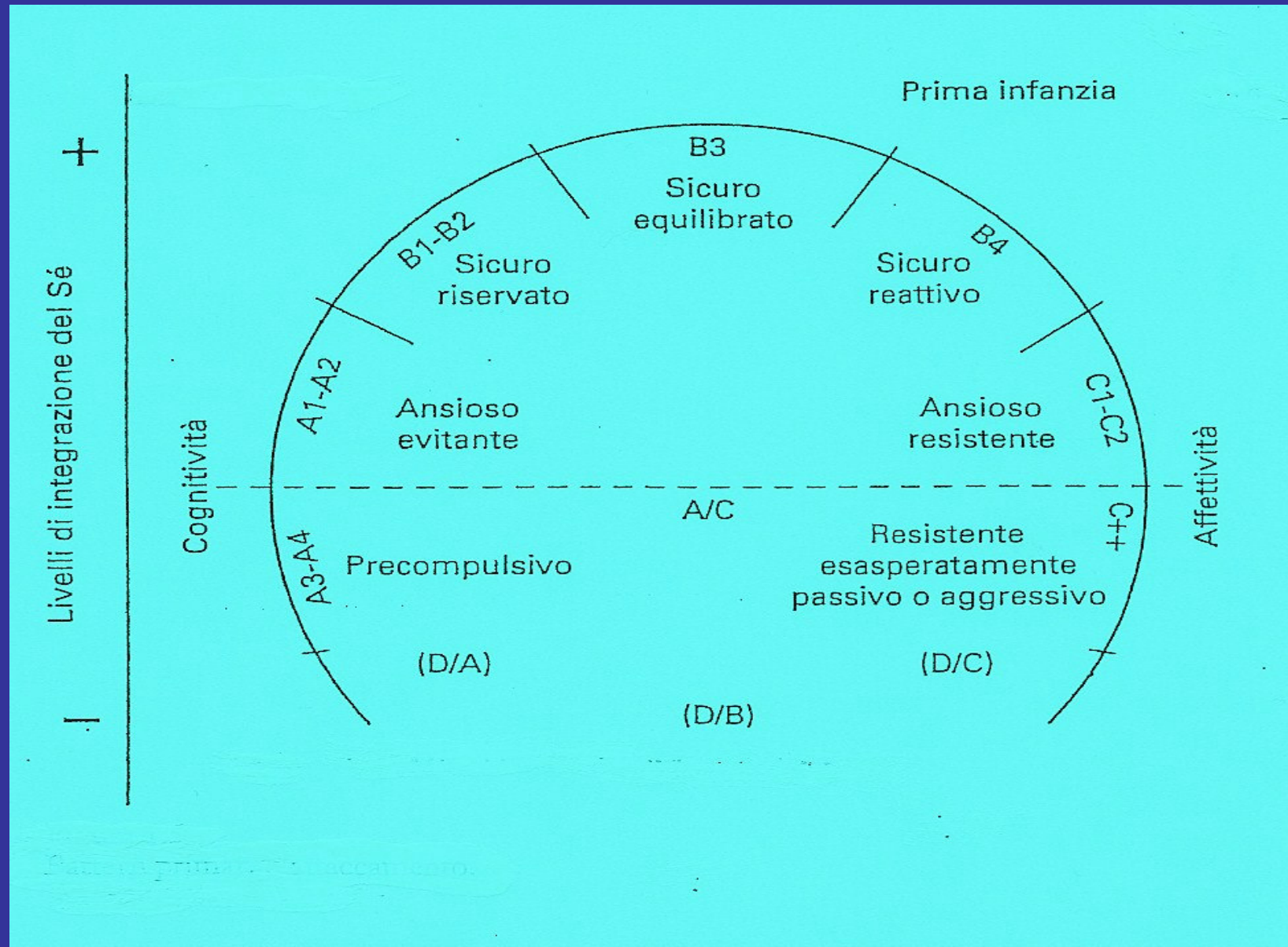
⇒ PARENT TRAINING



Implicazioni familiari nell'ADHD

- Situazioni di *conflittualità coniugale* (Brandon, 1971)
- Contesto familiare connotato da *discordie* (Gillberg, Carlstrom, & Rasmussen, 1983)
- Relazione genitore/bambino con aspetti di *ostilità* (Battle & Lacey, 1972; Tallmadge & Barkley, 1983)
- Ricerca *interruzione di gravidanza* (Matejccek, Dytrych, & Schuller, 1985)
- Scarso “*funzionamento psicologico*” (Clark et al, 2002)
- *Isolamento sociale* (Clark et al, 2002)
- Disturbo dell'umore nel 48,1% delle madri di bambini con ADHD, (Ghanizadeh et al., 2008)
- La probabilità di diagnosi di ADHD aumenta con l'aumentare del numero degli *indicatori di avversità di Rutter*; più alto è il punteggio di tali indici di avversità e più aumentano i disturbi associati (Biederman e coll. 1995).

L'attaccamento

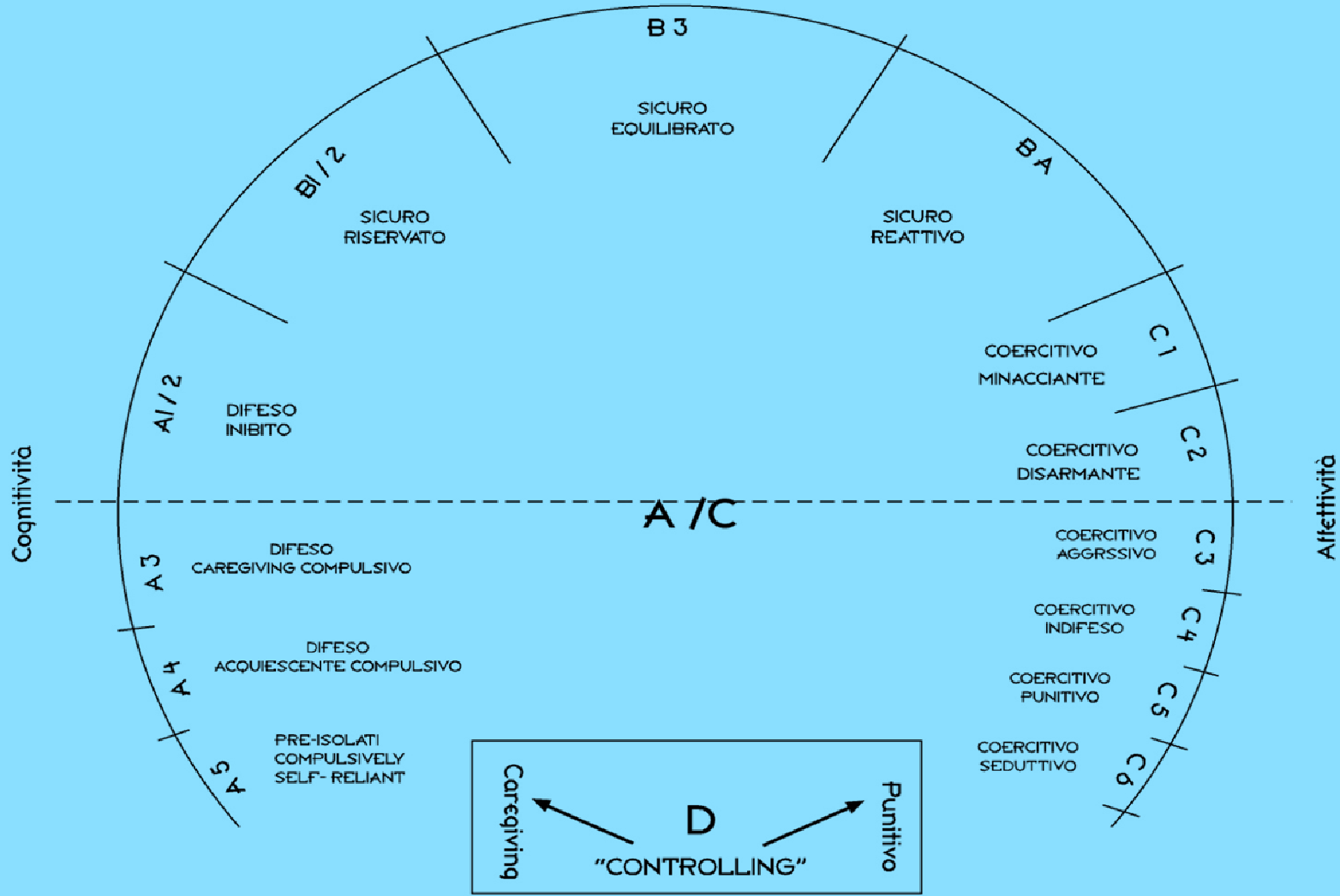


ETÀ PRESCOLARE E SCOLARE

+

Livelli di integrazione del sé

-



I *pattern d'attaccamento* possono essere visti come:

- *Pattern interattivi osservabili* sul piano comportamentale (strategie di protezione dal pericolo)
- Modalità specifiche di *elaborazione dell'informazione* (modi di usare la mente: informazione emotivo/affettiva, o informazione cognitiva)
- Modalità di *regolazione emotiva*: riconoscere, articolare, nominare, esprimere e quindi regolare gli stati emozionali e le relative disposizioni comportamentali.

- **Modelli A** (costante mancanza di sensibilità e responsività affettiva del caregiver) modalità di regolazione emotiva *in difetto* (**stile deattivante**): attenuare, accantonare, ridimensionare, regolazione autonoma degli stati interni, evitando il riconoscimento e l'espressione esterna degli stessi.
- **Modelli C** (incostanza, imprevedibilità discontinuità della risposta materna) regolazione emotiva *in eccesso*, (**stile iperattivante**), *abnorme amplificazione* dei segnali tipici del sistema comportamentale dell'attaccamento, attivazione neurofisiologica e segnalazione emotiva e comportamentale incrementata. *Perdere il controllo delle emozioni è assolutamente funzionale nel mantenimento dello stato di relazione col caregiver*
- **Modelli D o A++ e C++** (contesto di accudimento e cure connotato da elevati livelli di pericolo e di minaccia al Sé) grave invalidazione emotiva. Non hanno avuto la possibilità di essere pensati e trattati come "agenti mentali", e non possono consentirsi il "lusso" dell'autoriflessività; forte **instabilità e imprevedibilità** emotiva, **disconnettono le azioni dagli stati interni** e preferiscono affidarsi a più sicuri modelli procedurali autoprotettivi (agiti aggressivi), piuttosto che al procedere della più laboriosa *memoria integrativa* nella corteccia prefrontale. Difficoltà a "mentalizzare" e a riconoscere gli stati interni propri e altrui (*teoria della mente, competenze meta-rappresentative*), deficit empatico, riguardo al dolore e alla sofferenza altrui, o *semplicemente la possibilità di immaginare l'esistenza stessa dei suoi stati mentali (agiti aggressivi)*.

Più aumenta il grado di insicurezza più si riducono *le competenze autoriflessive, le capacità di monitoraggio e di controllo metacognitivo dei propri stati interni e del proprio comportamento.*

(v. **funzioni esecutive**).

Una storia di *attaccamento sicuro* è correlata a:

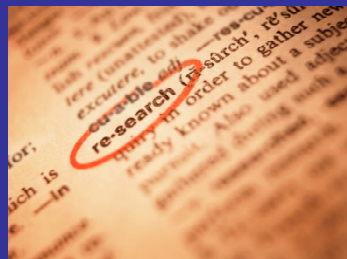
- Un incremento dello *span attentivo*
- Più elevati livelli di *affettività positiva*
- Più elevati livelli di persistenza nel *problem solving*
 - Maggiore *flessibilità cognitiva*
 - Miglior *controllo degli impulsi*
 - Più marcato *orientamento al compito*
- Capacità di *dilazionare la gratificazione* (o tollerare la frustrazione)

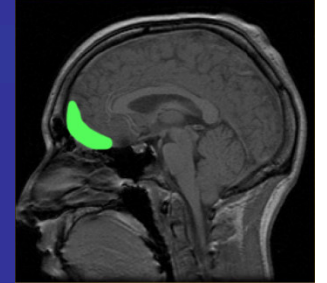


(v. competenze deficitarie nel bambino con ADHD)

ADHD e Attaccamento: Alcune ricerche empiriche

- Haddad e Garralda (1992) (severely disrupted early att. rel.)
 - Carlson et al. (1995) (*Intrusività materna*)
 - Stiefel (1997) (*manca di attenzione gg sostenuta*)
- Erdman (1998) (ADHD come *risposta contestuale* alla f.a.)
- Clarke et al. (2002) (*SAT, Self Interview, Family Drawing*)
 - Jacobvitz et al (2004) (*enmeshed family pattern*)
 - Pinto et al. (2006) (*S.S. Attaccamento D*)
 - Green et al (2007) (*MCAST*)
- Kissgen et al (2009) (*Adult Attachment Projective*)





La neurobiologia evolutiva

- Il cervello si sviluppa e si organizza in funzione (e come riflesso) delle esperienze di sviluppo, organizzandosi in risposta ai pattern, intensità e qualità delle esperienze sensoriali, percettive, emotive e affettive vissute.
La qualità dei legami primari d'attaccamento è in grado di plasmare le linee di maturazione del cervello del bambino
esperienza affettiva primaria come “*capo architetto*” di tutta l'architettura cerebrale; solo attraverso l'esperienza dell'individuo i geni esercitano con ampia variabilità il loro effetto.
- *ADHD come ritardo o blocco nello sviluppo* delle aree cerebrali deputate all'autoregolazione (Panzer e Viljoen, 2005; Ladnier e Massanari, 2000; Halasz 2001; Halasz e Vance 2002; Anaf e Halasz, 2005; Crittenden 2007).
- Ladnier e Massanari (2000): “*Attachment Deficit Hyperactivity Disorder*”.

- Una qualità *sicura* (sufficientemente buona) nei legami primari d'attaccamento rappresenta quanto meno una *variabile protettiva* straordinariamente efficace; anche di fronte a caratteristiche atipiche del bambino (van Jizendoorn, 1992)
- *Sicurezza nello stato mentale del genitore* significa avere a disposizione un *ampio e flessibile range di risposta comportamentale ed emotiva* in grado di accogliere e di abbracciare anche deficit o eccessi di segnalazione da parte del bambino
- Deficit autoregolativo di base ⇒ *attaccamento sicuro* (supporto autoregolativo) ⇒ graduale attenuazione e normalizzazione del quadro.
- Warren (2003): 56 bambini con ADHD; più alti livelli di *empatia genitoriale* (procedura osservativa videoregistrata standardizzata) predicono più elevati livelli di adattamento personale e sociale nel bambino (autostima, accettazione dei pari, più bassi livelli di aggressività, ecc).

Disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività

vulnerabilità neurobiologica
deficit autoregolativo innato



CONFIGURAZIONI ANSIOSO-RESISTENTI

O COERCITIVE (stile iperattivante):

I comportamenti inattentivi e iperattivi mostrano una maggiore situazionalità e connessione con la risposta genitoriale



Inattenzione e iperattività con funzione **coercitiva**, di **controllo** attivo sulla figura d'attaccamento

CONFIGURAZIONI EVITANTI

O DIFESE (stile deattivante):

I comportamenti inattentivi e iperattivi mostrano un carattere più pervasivo nel corso della quotidianità



Inattenzione e Iperattività con funzione di **esplorazione** come "distrattore", fare compulsivo per "non sentire"

L'ottica cognitivo-evolutiva intende i sintomi

come *mezzi volti al mantenimento dello stato di relazione col caregiver*, a fronte di sbilanciamenti affettivi percepiti come non più gestibili sulla scorta degli abituali schemi cognitivi interpersonali;

e quindi volti al mantenimento della stabilità e coerenza del sentimento di sé che in quelle relazioni ha preso forma e si mantiene.

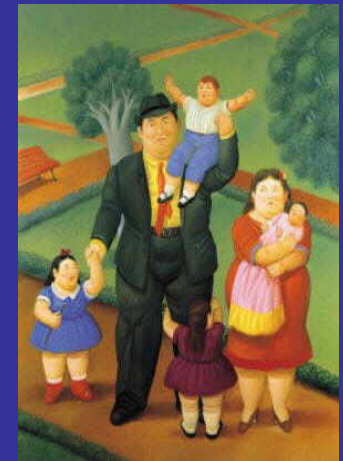
Il percorso d'assessment



- *Analisi funzionale* delle sequenze sintomatologiche inattentive e impulsive (focalizzazione sull'espressività sintomatologica e sulla funzione relazionale del sintomo)
- *Analisi storica* del sintomo (dinamica dello scompenso);
- Ricostruzione dell'*anamnesi personale e familiare* alla luce della T.A.
- Procedure di *osservazione dei pattern d'attaccamento* in atto nella relazione GG/B e dei *modelli operativi interni* del b. (strumenti d'osservazione utilizzabili alle diverse età: care-Index, S.S., PAA, SAT o SAA, MCAST, Family Draw, ecc);
- Valutazione dello *stato mentale del genitore* relativamente alle proprie esperienze d'attaccamento (AAI).

Implicazioni per il trattamento

- Contesto familiare connotato da **relazioni d'attaccamento sicure** ⇒ parent training (i genitori dovrebbero essere in grado di focalizzarsi adeguatamente e positivamente sulle relazioni attuali ed applicarvi le nuove abilità).
- Se invece prevalgano **relazioni insicure** ⇒ i problemi relazionali e d'attaccamento dovrebbero essere affrontati prima (o parallelamente) ad altri approcci psicoeducativi (non accessibilità delle tecniche psicoeducative).



Lavorare sui legami d'attaccamento

- Aiutare il genitore ad *autosservarsi* nella concretezza (dimensione episodica) del rapporto col figlio:
 - ricostruzione ABC delle sequenze critiche di rapporto col figlio;
 - tecniche di video-feedback (incremento competenze autoriflessive e sensibilità/responsività nei confronti del figlio)
- Lavoro sulle sue *rappresentazioni del gg relative alla sua storia d'attaccamento*
 - maggiore capacità di recupero e integrazione dell'esperienza emozionale (prevalenza aspetti "*distanzianti*").
 - maggiori capacità di ordinamento cognitivo dell'esperienza emotiva disregolata (prevalenza aspetti "*enmeshed*").

