

**Stili attributivi e comorbidità
nell'ADHD:
un contributo al protocollo diagnostico**

***Dino Maschietto(1), Claudio Vio (2), Tania
Mattiuzzo(2), Tiziana De Meo(2)***

**(1)Direttore U.O.C di Neuropsichiatria Infantile San Donà di
Piave (Ve)**

(2) ASSL n. 10 – Servizio di NPI di San Donà di Piave (Ve)

Bambino

Inattenzione

Iperattività

Impulsività

Deficit funzionale

Disturbi associati



Deficit funzionali i sintomi devono causare una significativa compromissione (sociale, scolastica, lavorativa)

Discrepanza i sintomi sono più intensi rispetto a quanto atteso in bambini della stessa età o QI

Esclusione i sintomi non devono essere attribuibili esclusivamente ad altri disturbi mentali

SINTOMI CARDINE

Criteria diagnostici – numero minimo di sintomi

'Determinazione della soglia clinica'



Lahey et al., 1994

Ipotesi Neuropsicologiche

- Deficit di **Inibizione** determina compromissione alle Funzioni Esecutive (Barkley, 1997)
- Deficit nelle **Funzioni Esecutive** determina difficoltà di mantenimento dello sforzo, dell'attivazione e dell'organizzazione della risposta (Sergeant e Van der Meere, 1988)
- **Difficoltà a posticipare la gratificazione** (Sonuga-Barke, 1992)

**MODELLI
PREVALENTEMENTE
COGNITIVI (circuito
prefrontale –
neostriato dorsale,
nucleo caudato)**

**MODELLO
MOTIVAZIONALE
(corteccia cingolata
anteriore e
orbitofrontale
striato ventrale -
accumbens**

MODELLO DI BARKLEY (1997)

DEFICIT DI INIBIZIONE



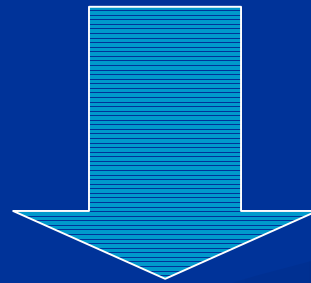
FUNZIONI ESECUTIVE

MEMORIA DI LAVORO

ANALISI-SINTESI SITUAZIONI

**AUTOREGOLAZIONE DI
EMOZIONI
MOTIVAZIONE
AROUSAL**

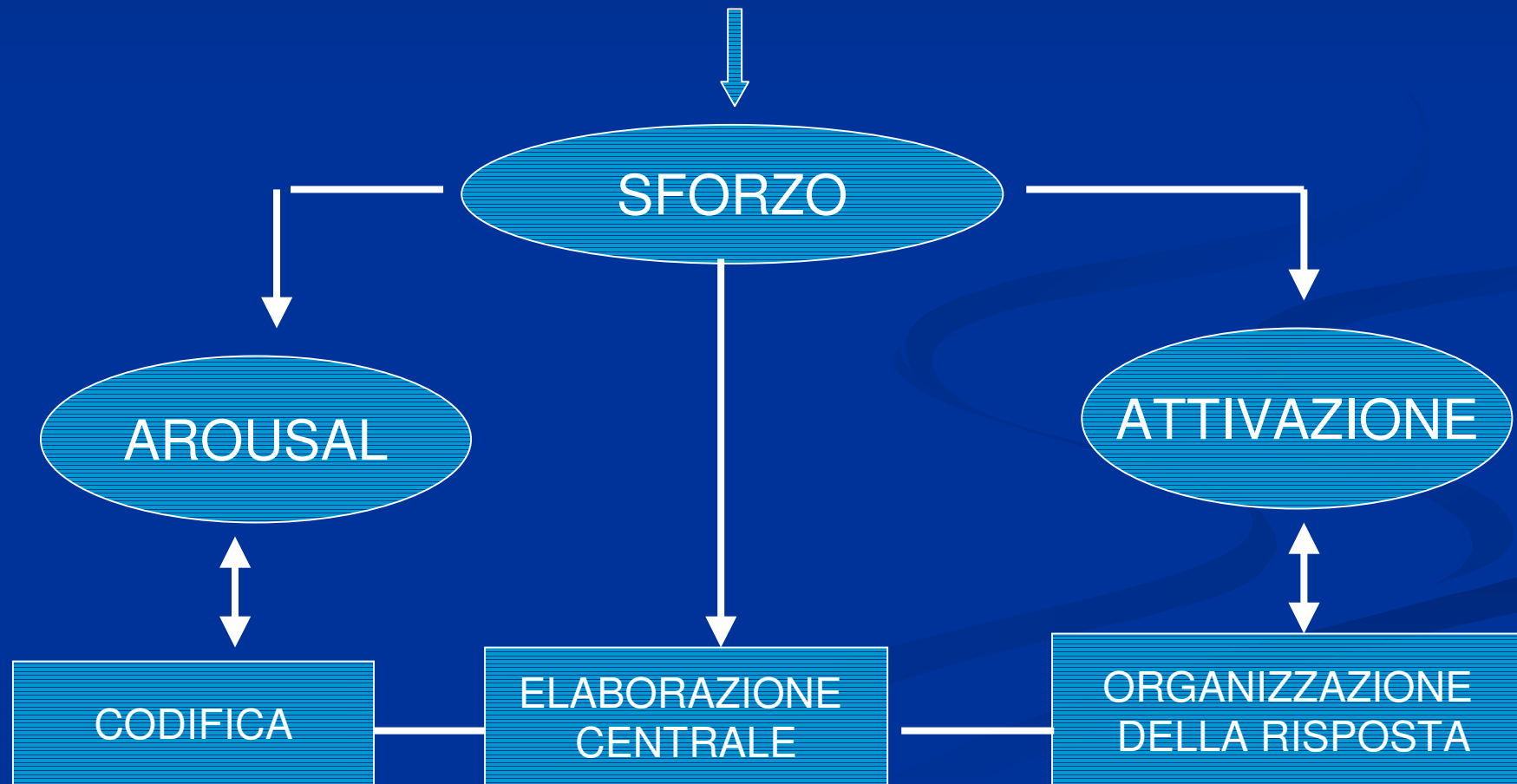
**INTERIORIZZAZIONE DEL
LINGUAGGIO**



CONTROLLO MOTORIO

Modello Energetico Cognitivo (Sergeant, 1988)

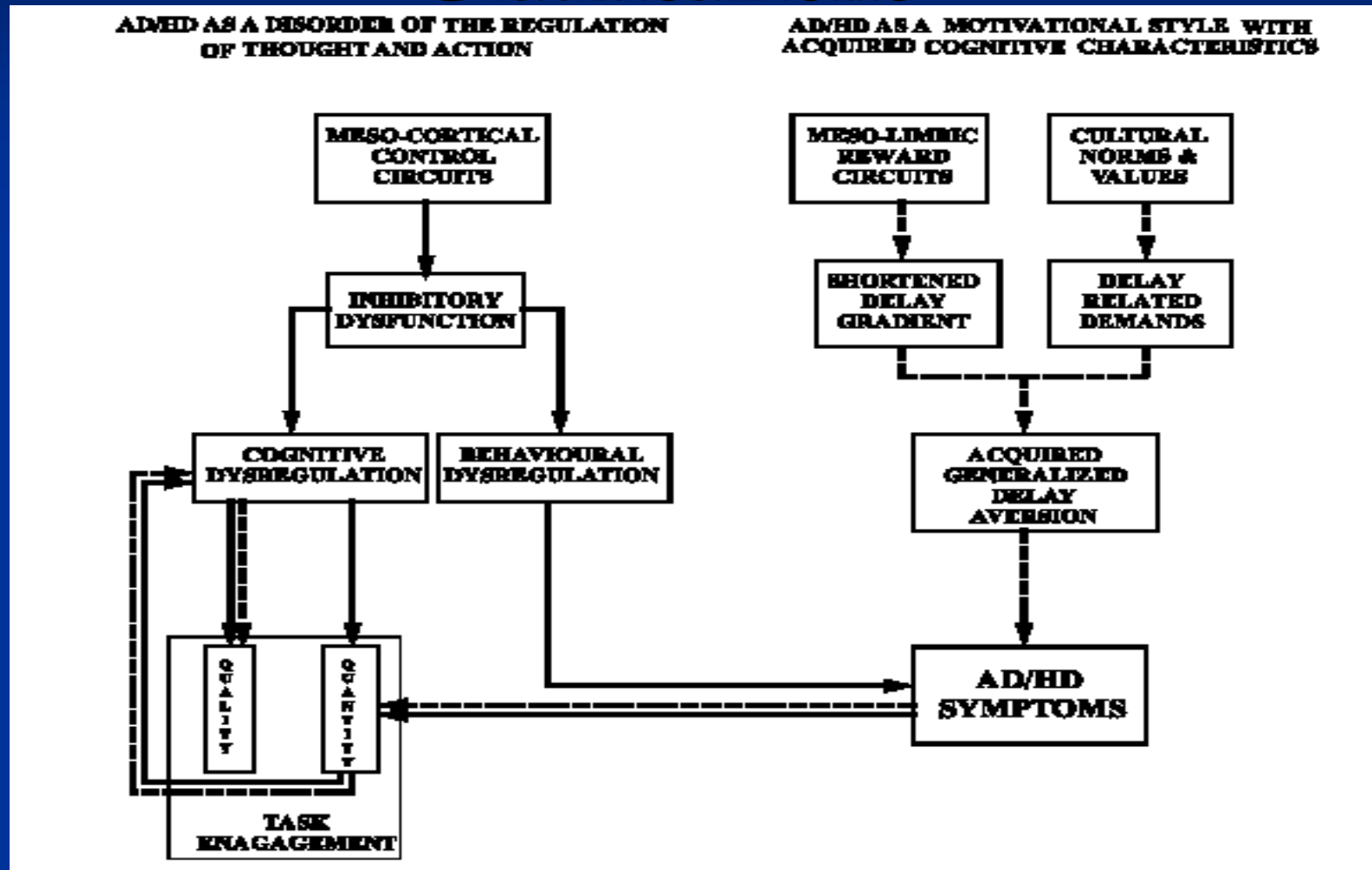
FUNZIONI ESECUTIVE E DI CONTROLLO
Selezione motoria, Inibizione, Pianificazione,
Memoria di Lavoro



Modello a due vie

Disinibizione + Attesa

Gratificazione



Sonuga-Barke, 2002

Attesa della gratificazione

Sonuga-Barke, 1992 , 2002, 2005

- Preferenza della gratificazione inferiore ma immediata, rispetto a quella superiore ma posticipata
- Stile motivazionale: innato e appreso
- Rapida saturazione ai rinforzi
- Iperattività come meccanismo compensatorio
- La causa potrebbe essere un deficit nell'analisi temporale

ADHD E IMPULSIVITA'

Può trovare due spiegazioni

- 1) Deficit di controllo inibitorio
- 2) Meccanismo di anticipazione o evitamento di condizioni frustranti (es. attesa o situazioni non desiderate)
 - segnale alterato di contingenza tra gratificazione presente e gratificazione differita
 - risposte genitoriali punitive creano un delay aversion generalizzato per l'associazione di reazioni negative in contesti di attesa che scatenano impulsività

ADHD E DISATTENZIONE

- Deficit di selezione delle informazioni irrilevanti (inibizione cognitiva) e deficit di attenzione sostenuta
- Disattenzione come modalità di attenuare il disagio per l'attesa

ADHD E IPERATTIVITA'

- Deficit di inibizione comportamentale
- Iperattività come strategia di azione sull'ambiente per ridurre il disagio dell'attesa

CAUSE GENETICHE (il più spesso plurigeniche)

+

COMPONENTI TEMPERAMENTALI INDIVIDUALI

+

INFLUENZE AMBIENTALI DIVERSE



PATTERN SPECIFICI

L'eterogeneità neuropsicologica e fenotipica dell'ADHD supporta l'ipotesi che processi neurobiologici e di sviluppo diversi siano alla base di questo disturbo e rende necessaria la ricerca sui legami tra elementi motivazionali ed elementi cognitivi

IMPORTANZA DELLO
STILE ATTRIBUTIVO
↓

DIFFERENZIAZIONI ALL'INTERNO DELL'ADHD: IMPORTANZA DEL *LOCUS OF CONTROL*

Soggetti che

Manifestano: passività, ansia, impotenza, disimpegno,
talora depressione

Alla somministrazione di test neuropsicologici:

- Impulsività
- + errori di perseverazione (in quanto tendono a
riproporre schemi con i quali precedentemente hanno
esperito successo → sicurezza
- + spiegazioni nell'operare (per giustificare un eventuale
insuccesso), eccessiva attenzione ai particolari,
impulsività solo dopo l'errore
- iperattivi
- + disattenti

locus of control esterno

DIFFERENZIAZIONI ALL'INTERNO DELL'ADHD: IMPORTANZA DEL *LOCUS OF CONTROL*

locus of control esterno – differenze per età

- Fino agli 8 anni l'ansia e la depressione riducono l'impulsività
- Oltre gli 8 anni l'impulsività si accentua in quanto i bambini sembrano volersi “liberare quanto prima” del “compito problema”

DIFFERENZIAZIONI ALL'INTERNO DELL'ADHD: IMPORTANZA DEL *LOCUS OF CONTROL*

Soggetti con

Manifestano: provocatorietà, oppositività, talora persecutorietà, aggressività, irruenza nel rapp.

Alla somministrazione di test neuropsicologici:

- + Impulsività (eccesso di sicurezza)
- + errori di perseverazione (non accettano disconferme → persever. a scopo provocatorio)
- + mosse illegali
- spiegazioni nell'operare
- + iperattivi
- disattenti

locus of control interno

L'OSSERVAZIONE CLINICA DEL BAMBINO NELLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELL'ADHD

È necessario considerare variabili di tipo:

- Comportamentale
- Affettivo
- Cognitivo

Il percorso diagnostico

- ANAMNESI MEDICA E COLLOQUIO CON I GENITORI
- INTERVISTE E/O QUESTIONARI per genitori ed insegnanti (es. Kiddie-Sads, Snap-IV, CPRS e CTRS.....)
- VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA e COGNITIVA DEL BAMBINO (es. wisc-r, MF, WCST, Tol, Fluenza Verbale, Change Task...)
- OSSERVAZIONE e COLLOQUIO CLINICO DEL BAMBINO
- VALUTAZIONE DI DISTURBI DI NATURA EMOTIVA-AFFETTIVA (attraverso questionari e contenuti colloquio)
- ESAME MEDICO E NEUROLOGICO

OSSERVAZIONE: LA PRIMA CONSULENZA

adhd

ansia

Depr.

Bipol.

ATTEGGIAMENTO INIZIALE DI FRONTE ALLA SITUAZIONE NUOVA

Inizialmente cauto, progressivamente e attratto dalle novità del contesto che si traduce in esplorazione visiva dell'ambiente, attenzione che si divide tra quanto l'adulto gli dice e quanto vede attorno a sé, incremento dell'attività

Si tiene in disparte, timoroso, apparentemente poco disponibile alle proposte avanzate, sguardo ipervigile, non sempre collaborante

Immediatamente disponibile a soddisfare le richieste a lui rivolte; molto compiacente, desideroso di far piacere all'adulto

da subito facilità di contatto, assenza di cautela o riservatezza, bisogno di iniziare qualsiasi attività

OSSERVAZIONE: LA PRIMA CONSULENZA

	adhd	ansia	Depress.	Bipol.
TONO DI VOCE E VELOCITA' DELL'ELOQUIO E CONTENUTO	Variabilità nel corso della visita di tono e velocità che passano da moderati a elevati in concomitanza con il divieto e/o la frustrazione	Tono di voce basso, eloquio veloce, contenuti ricchi, risposte brevi	Tono di voce basso, piatto, ed un eloquio lento, povero di contenuti, il più spesso costituito da risposte brevi	tono di voce alto, eloquio rapido, continuo, in cui i contenuti sono affastellati, confusi
QUALITA' DEL RAPPORTO	Affettivamente presente, la relazione tuttavia viene mantenuta o interrotta a seconda che la sua attenzione venga attratta da altri stimoli	Ricerca di continue rassicurazioni, cercate attraverso lo sguardo o attraverso conferme verbali	Bisogno di compiacenza, talora appiattimento affettivo	Si oscilla tra atteggiamenti ripetuti di superiorità e di teatralità ad altri di rifiuto della relazione o, per contro, di dipendenza

OSSERVAZIONE: LA PRIMA CONSULENZA

	adhd	ansia	Depress.	Bipol.
IL GIOCO	Si immerge nel gioco con entusiasmo; esprime contenuti adeguati ma si osserva l'incapacità di svolgerli compiutamente, nonché l'incapacità di accettare le regole. Il cambiamento viene quasi sempre accettato con entusiasmo	Contenuti adeguati ma modalità di svolgimento spesso ripetitive al fine di evitare l'imprevedibile, il cambiamento. Quest'ultimo, quando proposto, ingenera timore e inibizione, aumento delle richieste di conferma	I contenuti sono poveri di creatività e si collocano spesso ad un livello inferiore a quanto atteso per età; scarso piacere; le proposte di cambiamento vengono accettate passivamente; è spesso necessario sollecitarlo perché svolga quanto avviato	Gioco frenetico, caotico, apparentemente privo di un filo conduttore; le proposte dell'adulto non vengono tenute in alcun conto

Il campione

■ Soggetti: 131 (suddivisi come segue)

■ Diagnosi N

1. Gruppo 1:adhd 29

2. Gruppo 2:adhd+ansia 19

3. Gruppo 3:adhd+dop 31

4. Gruppo 4:adhd+depress 18

5. Gruppo 5:adhd+dist bipolare 21

6. Gruppo 6:adhd+das 9

7. Gruppo 7:adhd+ doc 9

Lo strumento

- Prova di attribuzione di Ravazzolo, De Beni, Moe', 2005

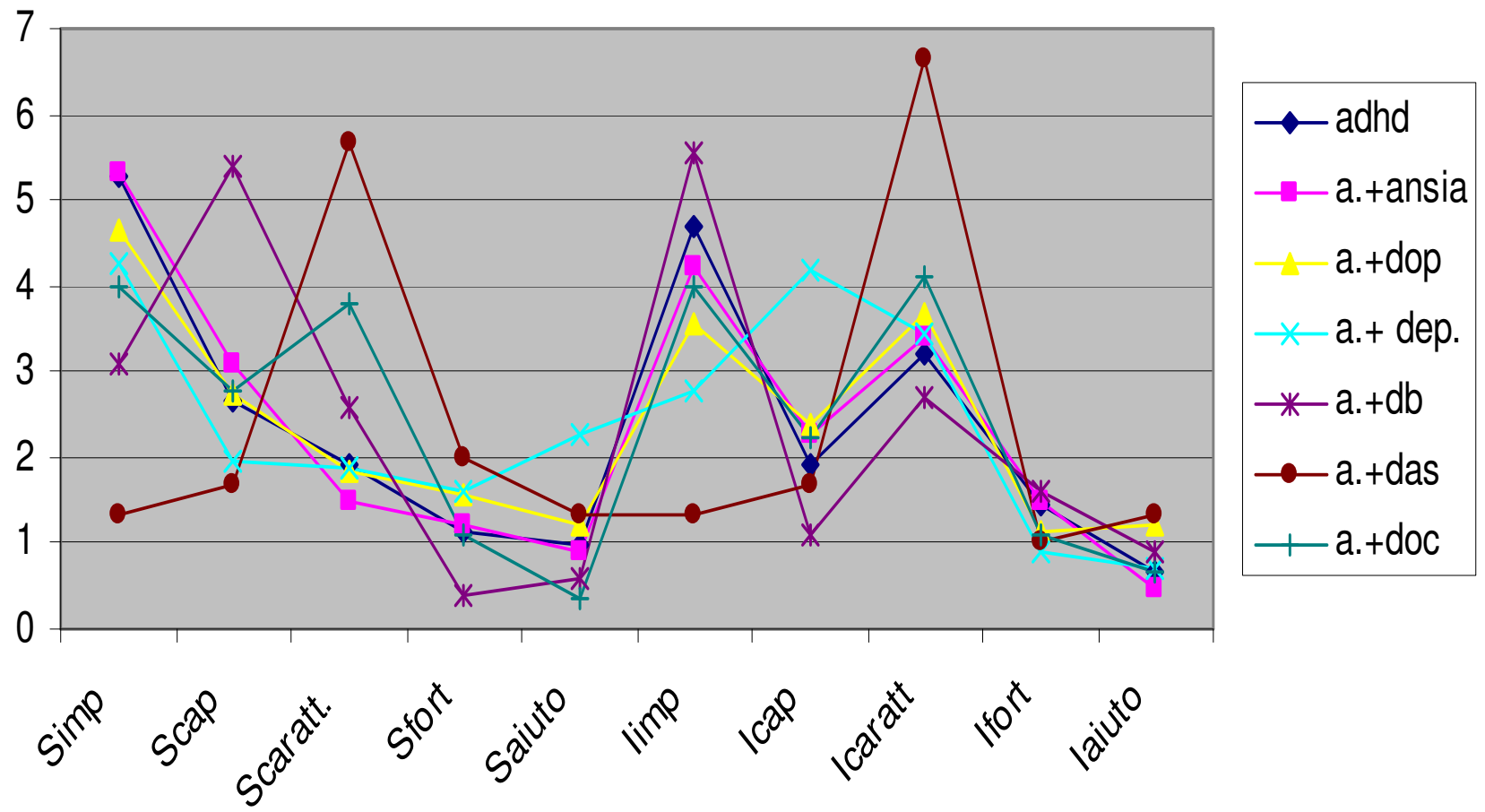
Es. Fai una gara con i tuoi amici e vinci. Perché è successo questo?

- Sono fortunato
- Sono stato aiutato
- Ce l'ho messa tutta
- Era facile
- Sono bravo

Le variabili

- SIMP:successo impegno (numero di volte che il bambino attribuisce il successo all'impegno personale)
- SCAP:successo capacità personale
- SCARATT:successo alle caratteristiche del compito
- SFORT:successo fortuna
- SAIUTO:successo all'aiuto esterno
-
- IIMP:insuccesso impegno personale
- ICAP:insuccesso capacità personale
- ICARATT:insuccesso caratteristiche del compito
- IFORT:insuccesso fortuna
- IAIUTO:insuccesso all'aiuto esterno

		SESSO		TOTALE
		M	F	
CLASSE				
Prima el.	1	2	1	3
Seconda el.	2	14	3	17
Terza el.	3	16	2	18
Quarta el.	4	27	3	30
Quinta el.	5	25	3	28
Prima media	6	8	3	11
Seconda m.	7	13	1	14
Terza m.	8	9	0	9
Prima sup.	9	5	0	5
Seconda sup.	10	2	0	2
TOTALE		118	13	140



Profilo attributivo nei gruppi: Successo

	stabile	instabile	interno	esterno	controll.	incontr.
ADHD+ ANSIA		★	★		★	
ADHD+ DOP		★	★		★	
ADHD+ DB	★		★		★	
ADHD+ DEP		★	★		★	
AHDD		★	★		★	
ADHD+ DOC		★	★		★	
ADHD+ DAS		★		★		★

Profilo attributivo nei gruppi: InSuccesso

	stabile	instabile	interno	esterno	controll.	incontr.
ADHD+ ANSIA		☆		☆		☆
ADHD+ DOP		☆		☆		☆
ADHD+ DB		☆	☆		☆	
ADHD+ DEP	☆		☆			☆
AHDD		☆		☆		☆
ADHD+ DOC		☆		☆		☆
ADHD+ DAS		☆		☆		☆

ANOVA TRA I GRUPPI CLINICI

ANOVA

	F	Sig.
Simp	2,553	,023
Scap	8,825	,000
Scaratt.	4,792	,000
Sfort	2,832	,013
Saiuto	3,344	,004
limp	2,595	,021
lcap	6,750	,000
lcaratt	1,685	,130
lfort	,780	,587
laiuto	1,085	,375



$$p < (.05/10) = .005$$

Scap: successo capacità personali

GRUPPO	ADHD	ADHD+ANSIA	ADHD+DOP	ADHD+DEP	ADHD+DB	ADHD+DAS	ADHD+DOC
ADHD					X		
ADHD+ANSIA					X		
ADHD+DOP					X		
ADHD+DEP					X		
ADHD+DB							
ADHD+DAS							
ADHD+DOC					X		

SCARATT:successo alle caratteristiche del compito

GRUPPO	ADHD	ADHD+ ANSIA	ADHD+DOP	ADHD +DEP	ADHD+DB	ADHD+DAS	ADHD+DOC
ADHD					X		
ADHD+ANSIA					X		
ADHD+DOP					X		
ADHD+DEP					X		
ADHD+DB							
ADHD+DAS							
ADHD+DOC					X		

SAIUTO

GRUPPO	ADHD	ADHD+ ANSIA	ADHD+ DOP	ADHD+ DEP	ADHD+ DB	ADHD+ DAS	ADHD+ DOC
ADHD				X			
ADHD+ANSIA							
ADHD+DOP							
ADHD+DEP					X		
ADHD+DB							
ADHD+DAS							
ADHD+DOC				X			

ICAP:insuccesso capacità personale

	ICAP						
GRUPPO	ADHD	ADHD+ ANSIA	ADHD+ DOP	ADHD+ DEP	ADHD+ DB	ADHD+ DAS	ADHD+ DOC
ADHD				X			
ADHD+ANSIA				X			
ADHD+DOP				X			
ADHD+DEP							
ADHD+DB				X			
ADHD+DAS							
ADHD+DOC							

Profilo attributivo tra gruppi: Successo

	stabile	instabile	interno	esterno	controll.	incontr.
ADHD+ ANSIA						
ADHD+ DOP						
ADHD+ DB	★		★			★
ADHD+ DEP		★		★		★
AHDD		★	★		★	
ADHD+ DOC						
ADHD+ DAS						

Profilo attributivo tra gruppi: Insuccesso

	stabile	instabile	interno	esterno	controll.	incontr.
ADHD+ ANSIA						
ADHD+ DOP						
ADHD+ DB	★		★			★
ADHD+ DEP		★		★		★
AHDD						
ADHD+ DOC						
ADHD+ DAS						

Osservazioni tra gruppi

- In situazione di successo l'attribuzione causale consente di discriminare differenze significative tra gruppi
- Nel caso di insuccesso solo una variabile consente di discriminare le risposte tra i gruppi

Dall'osservazione dei profili attributivi nei vari sottotipi (ADHD + altro) e ADHD puro emerge che:

1) ADHD, + Ansia, + DOP

- Presentano stili attributivi simili sia in caso di Successo che di Insuccesso
- Il gruppo ADHD + DOP si comporta come ADHD, diversamente da quanto ipotizzato dal modello motivazionale

2) ADHD + DB, + DD

- Presentano stili attributivi diversi dagli altri sottotipi e diversi tra di loro

**Grazie per
l'attenzione !!!!!**

