Presentazioni del Dr. Barkley

Speaker (Onorario):

- Stixrud Group, Mental Health Services, Rockville, MD
- Philippines ADHD Conference, via webinar
- University of Alabama Annual ADHD Conference
- Center for Pediatric Excellence 10th Annual ADHD Conference, Ottawa, Canada
- Patrick Beaver Learning Resource Center and Catawba Valley Memorial Hospital, Hickory, NC
- Butler University Conference on Neuroscience and Education, Indianapolis, IN
- Seminarer Denmark, Copenhagen
- South Dakota Counselors Association, Sioux Falls, SD

Royalties:

- Guilford Publications (libri, video, newsletter);
- J & K Seminars (DVD di workshop);
- Premier Educational Seminars Inc. (PESI) (corsi in rete e libri);
- ContinuingEdCourses.net (corsi in rete),
- Aptus Health (CE corso per medici)

Speaker/Consulente per l'industria:

- Eli Lilly (Taiwan) - Speaker
- Ironshore Pharmaceutical & Development, Inc. – Consulente
- Takeda Pharmaceutical Company - Consulente
- AiCure - Consulente

ADHD Lezioni Online

10 ore di presentazioni ai genitori e più di 25 ore di presentazioni professionali sull'ADHD a cura del Dr. Barkley in questo sito:

ADHDLectures.com

Per video di corsi EC del Dr. Barkley:

JKseminars.com and PESI.com

Per corsi EC scritti dal Dr. Barkley:

ContinuingEdCourses.com

L'altro disturbo dell'attenzione: Tempo Cognitivo Lento vs. ADHD

Russell A. Barkley, Ph.D.

Professore di Psichiatria
Virginia Treatment Center for Children and Virginia Commonwealth University Medical Center
Richmond, VA

©Copyright by Russell A. Barkley, Ph.D., 2017

Email: drbarkley@russellbarkley.org

Websites: russellbarkley.org
ADHDLectures.org

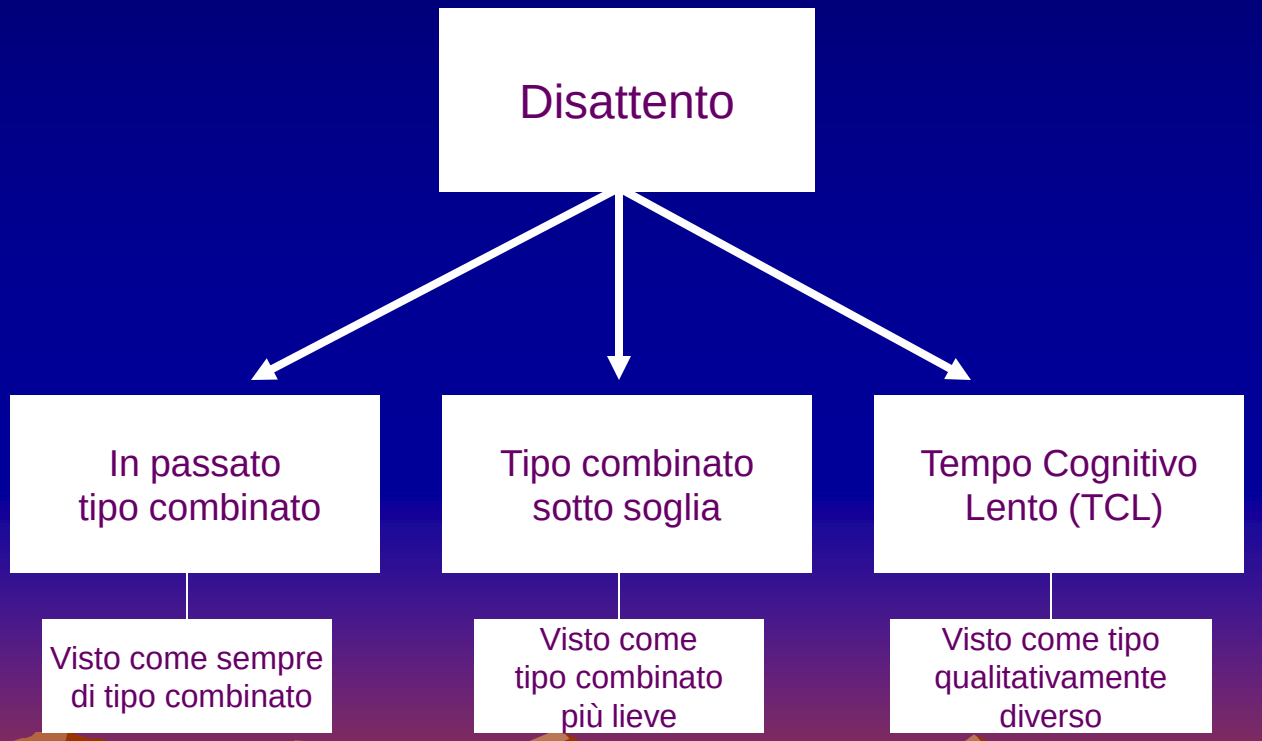
Traduzione: Giovanna Bicego

Obiettivi

- Presentare la storia del Tempo Cognitivo Lento, o TCL, e la sua comparsa nella ricerca come secondo disturbo dell'attenzione
- Esaminare le ricerche sul TCL, i dati demografici, la comorbilità, le compromissioni e l'eziologia
- Presentare le teorie attuali sul TCL, in particolare il fatto che potrebbe rappresentare una forma di "mind wandering" (mente divagante) patologica
- Condividere quanto si conosce sulla gestione del disturbo

Il DDA, Disturbo da Deficit di Attenzione

Sotttipi/presentazione DSM



30-50%

Il TCL è un disturbo diverso dall'ADHD?

Criteri per distinguere i disturbi

Distinzioni?

- Complesso sintomatico coerente
- Correlati demografici
- Correlati cognitivi
- Compromissioni
  - (deve essere una disfunzione dannosa – Wakefield, 1997)
- Comorbidità
- Eziologia
- Storia famigliare
- Correlati biologici (endofenotipi?)
- Corso
- Risposta al trattamento

Sintomi di TCL

Becker, Burns, Schmitt, Epstein, & Tamm (2017), *Assessment*, Epub prima della stampa

- 1. Comportamento lento (es. pigro) (peso fattoriale= 0.92) ✔
- 2. Perso nella nebbia (0.89) ✔
- 3. Fissa con sguardo vuoto (0.96) ✔
- 4. Apatico o assonnato (sbadigli) durante il giorno (0.95) ✔
- 5. Sogna ad occhi aperti (0.88) ✔
- 6. Perde il filo del discorso (0.86) ✖
- 7. Basso livello di attività (es. Non abbastanza attivo) (0.97) ✔
- 8. Perso nei suoi pensieri (0.81) ✔
- 9. Facilmente stanco o affaticato (1.02) ✔
- 10. Dimentica ciò che sta per dire (0.94) ✖
- 11. Facilmente confuso (0.91) ✔
- 12. Manca la motivazione a compiti complessi (es. apatico) (0.27) ✖
- 13. Fissa nel vuoto e divaga con la mente (0.82) ✔
- 14. Si confonde (0.85) ✖
- 15. Il pensiero è lento (0.87) ✔
- 16. Difficoltà ad esprimere I pensieri (es.“lingua-legata”) (0.78) ✖

Sintomi di TCL sulla scala di Barkley*

1. Eccessivi sogni ad occhi aperti
2. Difficoltà a stare attento o sveglio in situazioni noiose
3. Facilmente confuso
4. Fuori dal mondo o “nella nebbia”; la mente sembra essere altrove
5. Fissa molto
6. Letargico, più stanco degli altri
7. Meno attivo o con minore energia rispetto agli altri
8. Movimento lento o pigro
9. Non sembra capire o processare le informazioni velocemente o accuratamente come gli altri
10. Apatico o chiuso; meno interessato alle attività
11. Si perde nei suoi pensieri
12. Lento a completare un compito
13. Ha bisogno di più tempo degli altri (non discriminante per l’ADHD) ✖
14. Manca l’iniziativa a completare il lavoro o lo sforzo dura poco (idem) ✖

*Barkley, R. A. (2017). *Barkley Sluggish Cognitive Tempo Rating Scale – Children and Adolescents (BSCTS-CA)*. New York: Guilford Press.

TCL coerenza sintomatica

- I sintomi di TCL formano un costrutto unico che può essere suddiviso in 2+ dimensioni (fattori) correlate
  - Sogna ad occhi aperti-confuso
  - pigro/assonnato/letargico
  - Questi sono i più diagnosticati in ADHD[2]
- I sintomi di TCL sono in moderata correlazione con i sintomi dell'ADHD sottotipo Iperattivo-Impusivo, ma poco o per nulla con i sintomi dell'ADHD sottotipo disattento
- Due dimensioni più correlate l'una con l'altra (.75) che con la disattenzione dell'ADHD (.40 - .50)

Differenze demografiche

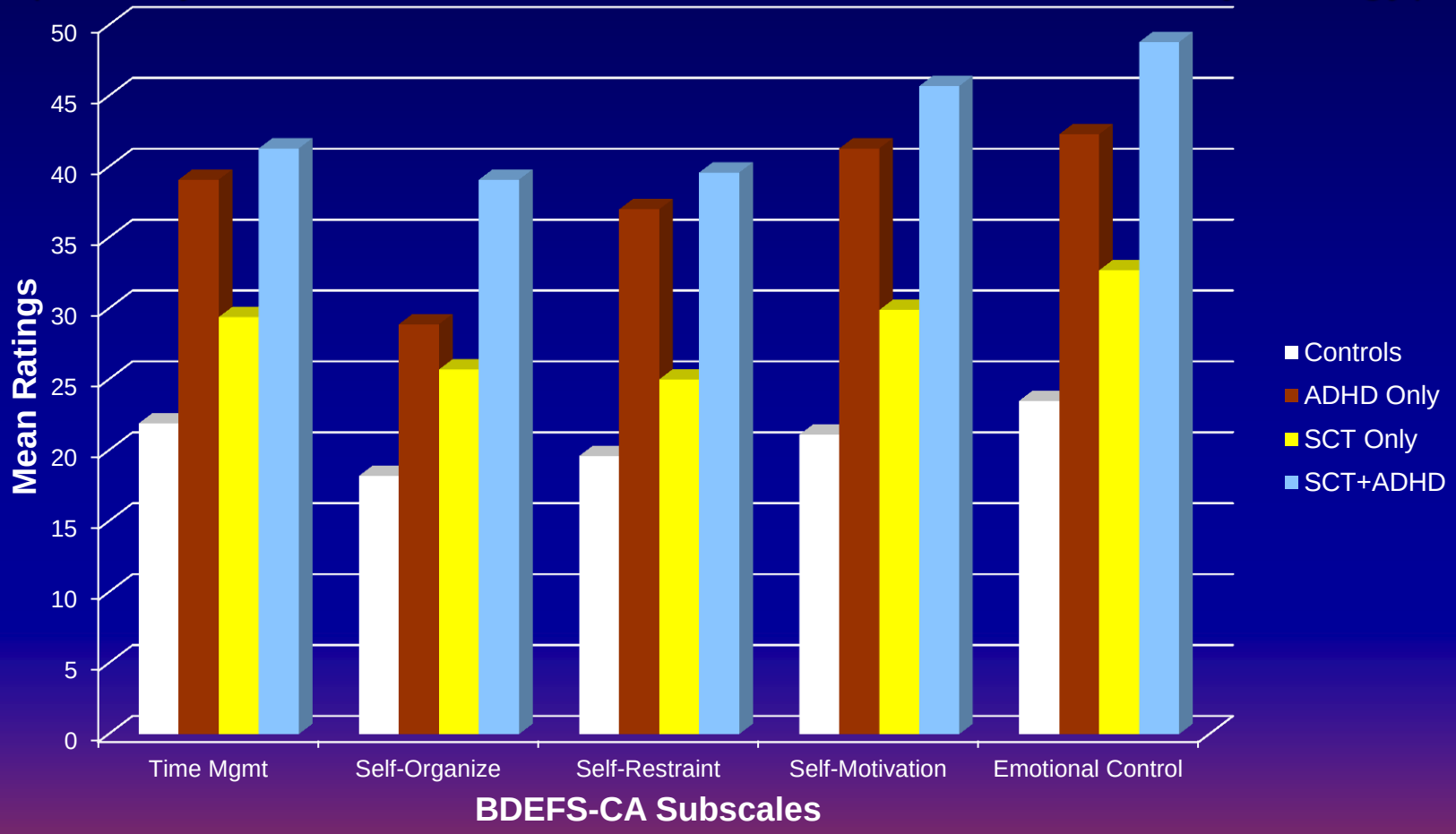
- La prevalenza è:
  - 4-5% di bambini e adulti negli USA (età 5-89)
    - ADHD è 7-10% di bambini e 3-5% di adulti
  - 21% dei bambini visti in contesto ambulatoriale hanno un alto TCL (Spagna)
- Differenze di sesso:
  - Presenza dei sintomi leggermente più alta nei maschi ma nessuna differenza nella prevalenza quando il TCL è dato come un disturbo; l'ADHD è di 3:1 (maschi > femmine) nei bambini, 1.6:1 o meno negli adulti
- Età:
  - L'insorgenza del TCL sembra avvenire dopo rispetto all'ADHD; non definitivo
  - I bambini che rispondono ai criteri di TLC tendono ad essere più grandi di quelli con ADHD
  - Leggero aumento dei sintomi di TCL con l'età ma trascurabile; diminuzione dei sintomi di ADHD con l'età, specialmente nella dimensione iperattiva-impulsiva
- Il TCL è associato in misura maggiore rispetto all'ADHD a un basso livello di istruzione dei genitori, minore reddito famigliare, maggiore tasso di disoccupazione o stato di invalidità dei genitori e situazioni di divorzio.

Distinzioni cognitive

- Nessun problema di inibizione o impulsività nelle valutazioni o nei test cognitivi nella maggioranza degli studi
  - Anzi, possono essere eccessivamente inibiti (una correlazione negativa con l'impulsività)
- Poca o non significativa relazione con il QI (-.15-.20)
  - Nell'ADHD, la relazione è modestamente negativa (*r* = -.30)
- Velocità di processamento minore (≤7) che potrebbe migliorare con l'età
  - È un processo cognitivo o una risposta motoria rallentata o entrambi?? Sconosciuto
  - Più incline all'errore(?)
  - Tempi medi di reazione (TR), più errori di omissione. Nell'ADHD, una maggiore variabilità del TR è comune
  - Al contrario dell'ADHD-C, lo stile lento è cross-situazionale
- Scarsa attenzione focalizzata o selettiva (lento a orientarsi, meno attenzione ai dettagli importanti del compito)
- Poche evidenze di deficit delle FE nei test (impatto non consistente sulla memoria di lavoro); qualsiasi di queste evidenze mostra una relazione molto più debole di quanto si vede nell'ADHD
- Il TCL ha una piccola o inconsistente relazione con la valutazione delle FE nella vita quotidiana, come l'auto-organizzazione, la pianificazione, il problem-solving (dopo il controllo per la sovrapposizione dei sintomi di ADHD di tipo disattento) (5% di varianza condivisa)

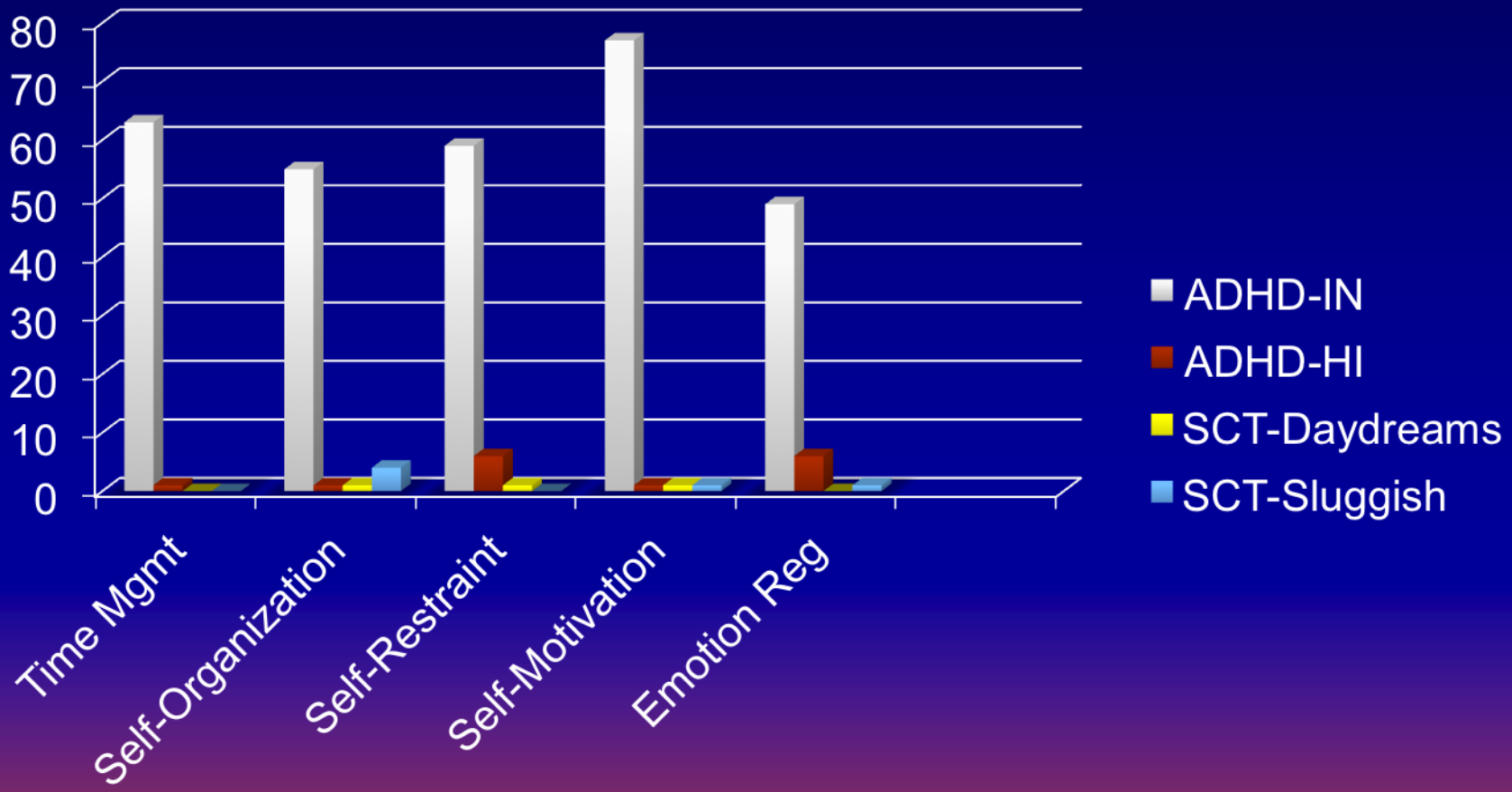
Valutazione delle FE nel TCL vs ADHD

(Barkley, 2013, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*)



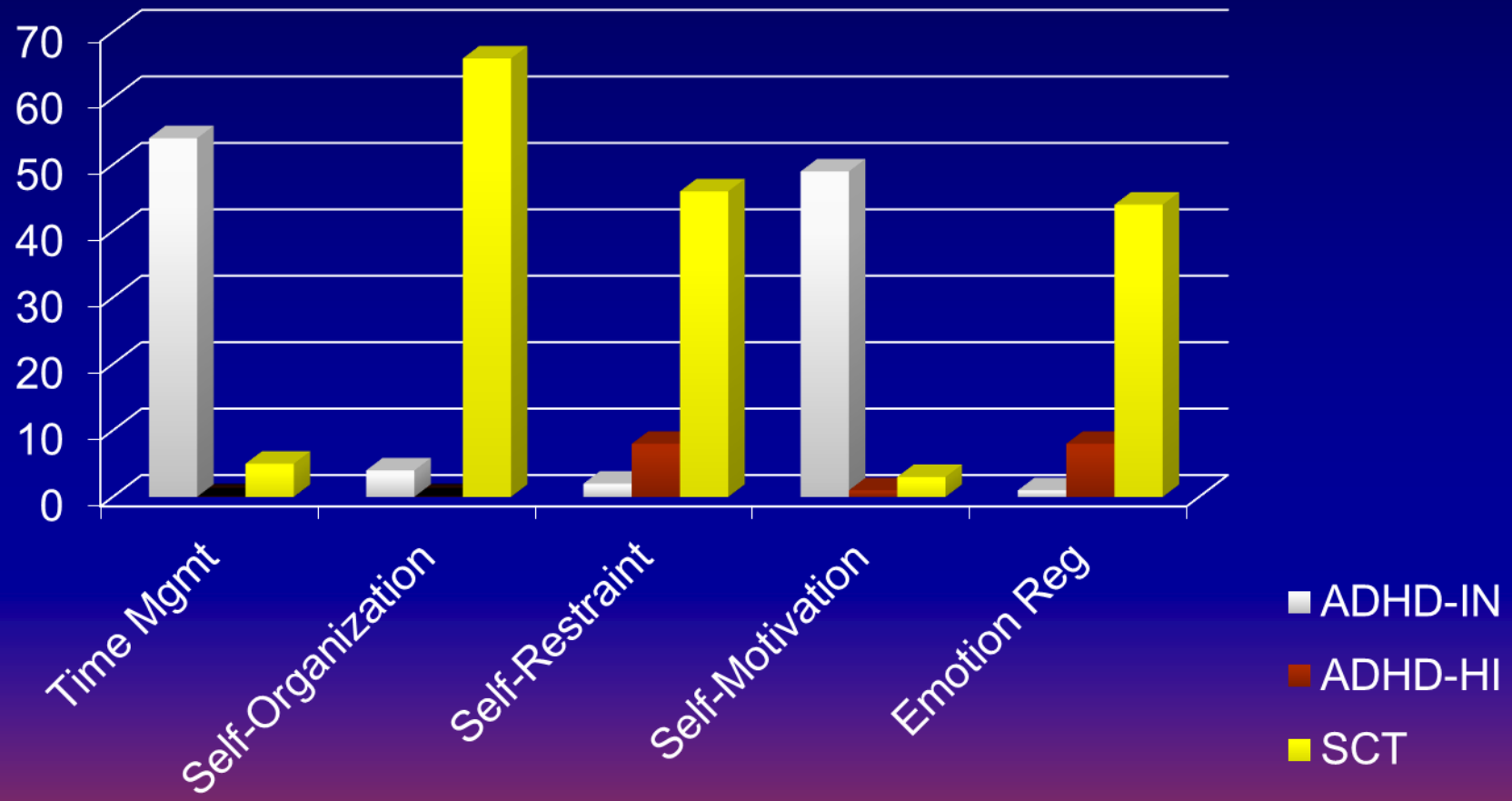
From Barkley, R. A. (2013). *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 42,* 161-173.

Percentuale della varianza nelle dimensioni FE Contributo dei sintomi ADHD vs TCL



From Barkley, R. A. (2013). *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 42,* 161-173.

Indagine sugli adulti americani (18-89) Contributo dei sintomi ADHD vs TCL nelle funzioni esecutive (% della varianza)



From Barkley, R. A. (2012). Distinguishing sluggish cognitive tempo from attention deficit /hyperactivity disorder in adults. *Journal of Abnormal Psychology*. *121(4)*, 978-990.

Contributi del TCL vs ADHD alle FE

- L'ADHD tipo disattento per il 49-77% varianza in tutte le dimensioni delle FE
- I sintomi dell'ADHD tipo iperattivo-impulsivo da <1 a 6% della varianza, principalmente nell'autocontrollo e e nell'autoregolazione emotiva
- Il TCL conta per meno dell'1% ad eccezione dell'auto organizzazione, dove è il 5%
- L'ADHD è associato in misura molto maggiore con i deficit delle FE nella vita quotidiana rispetto al TCL
- TCL NON è un disturbo pervasivo del Funzionamento Esecutivo; l'ADHD lo è.
- Risultati ampiamente replicati utilizzando il BRIEF (Behavior Rating Inventory of Executive Functioning)

Sovrapposizione di TCL a ADHD

- Nei bambini:
  - 59% dei casi di TCL ha qualsiasi sottotipo di ADHD
  - 39% dei casi di ADHD ha TCL
- Negli adulti:
  - 46% dei casi di TCL ha qualsiasi sottotipo di ADHD
  - 54% dei casi di ADHD ha TCL, specialmente se diagosticato con predominanza del sottotipo disattento

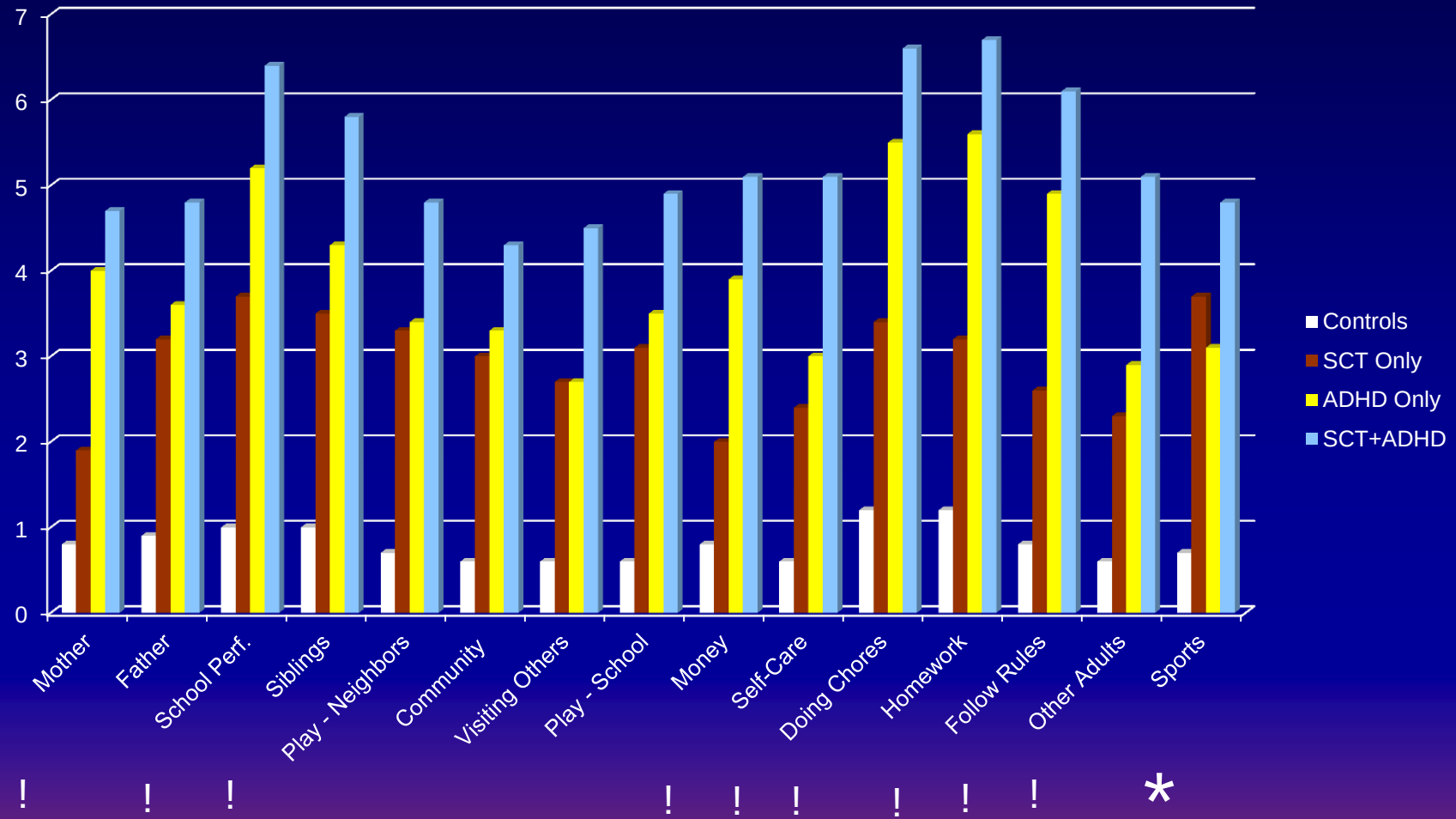
Differenze educative, famigliari e sociali

- Livello più basso di stress genitoriale generale (?)
  - Perchè? Lo stress è legato a DOP e il TCL non è legato al DOP
- Maggiori preoccupazione dei genitori per i compiti e i risultati scolastici (no problemi comportamentali a scuola)
- Con compromissioni pari all'ADHD nelle prestazioni scolastiche
  - L'ADHD è più un disturbo della produttività per quanto riguarda il lavoro a scuola mentre il TCL è più probabilmente un disturbo di accuratezza nell'esecuzione del lavoro
  - La dimensione "Lenta" del TCL è più legata ad abilità di realizzazione carenti
  - Maggiore frequenza di disturbi in matematica nel TCL (in relazione al basso livello di matematica ?)
    - L'abilità matematica condivide la genetica anche con l'ADHD tipo disattento
  - Il contributo a problemi scolastici e sociali è unico nell'ADHD[3,6]
- Socialmente ritirato, isolamento, poca iniziativa o anche ansia
  - Minore compromissione sociale che nei bambini ADHD
  - LTC è associate a un minore cojnvolgimento sociale secondo la valutazione dei genitori (iniziare una conversazione, partecipare alle attività) e più con asocialità/ritiro, peer ignoring, e più esclusione secondo le valutazioni degli insegnanti
  - I sintomi di ADHD tipo iperattivo-impulsivo e DOP son corrrelati all'esclusione dei compagni, essere antipatico, poco autocontrollo in contesti sociali

Comorbilità e tratti della personalità

- Comorbilità: raramente mostra aggressività o DOP/DC
  - Potrebbe anche avere una correlazione negativa del TCL con i sintomi di DOP/DC
- Maggiore rischio di internalizzazione dei sintomi
  - Più strettamente legato a depressione che a ansia, anche dopo il controllo per ADHD tipo disattento. Maggiore rischio di entrambi I disturbi in bambini e adulti, anche in quelli con ADHD. Può anche verificarsi una sovrapposizione dell'ADHDcon disturbi d'ansia e possibile depressione
  - No maggiori probabilità di soffrire di disturbo bipolare rispetto ai bambini del controllo, al contrario dell'ADHD
- Stessa probabilità dell'ADHD di essere associate a disturbi motori, di compitazione, di scrittura e dello spettro autistico e a un generale ritardo nello sviluppo
  - 64% dei bambini con disturbo dello spettro autistico hanno sintomi di TCL da medi (33%) a alti (31%)
  - Il TCL era legato a maggiori compromissioni sociali e a più sintomi internalizzanti
- 53% dei bambini TCL non hanno comorbilità vs. 39% di solo ADHD e 25% di TCL+ADHD
- Legato a tratti della personalità diversi rispetto all'ADHD:
  - L'ADHD è legato a ricompensa sensibilità e assunzione di rischio
  - Il TCL è legato a punizione sensibilità e timidezza/paura

Compromissioni del TCL vs ADHD nei bambini

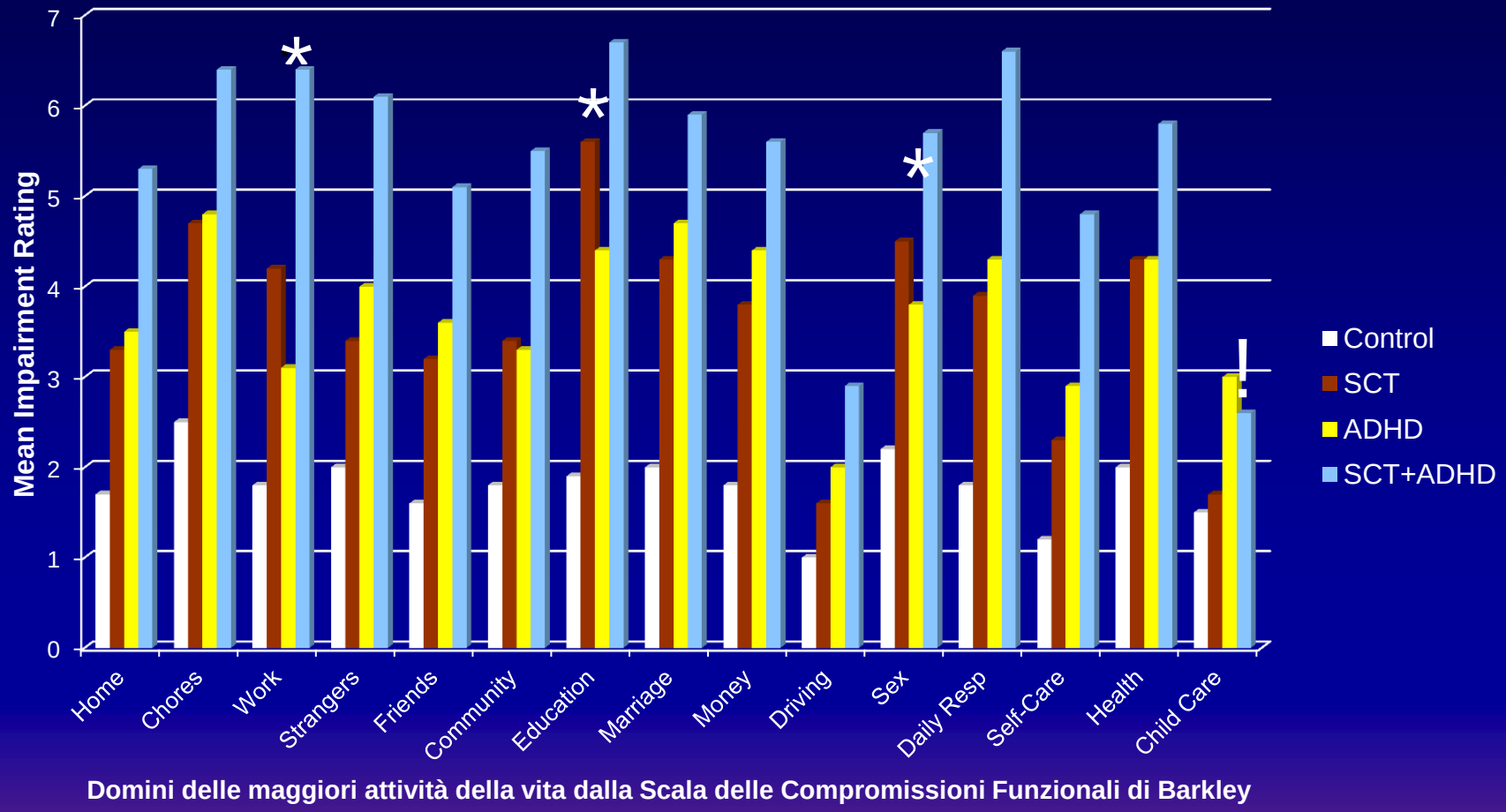


! ! ! ! ! ! ! ! *

* = TCL peggiore dell'ADHD ! = ADHD peggiore del TCL

From Barkley, R. A. (2013). *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 42,* 161-173.

Compromissioni del TCL vs. ADHD negli adulti



Domini delle maggiori attività della vita dalla Scala delle Compromissioni Funzionali di Barkley

Comunque–analisi di regressione indicano che l'ADHD contribuisce per il 40% della varianza alla compromissione media generale e per il 32% al numero dei domini compromessi (pervasività) mentre il TCL è al 3% e 2%, rispettivamente, come nell'indagine sui bambini americani

From Barkley, R. A. (2012). Distinguishing sluggish cognitive tempo from attention deficit /hyperactivity disorder in adults. *Journal of Abnormal Psychology*. *121(4)*, 978-990.

Contributi diversi fra TCL e ADHD alle compromissioni

- L'ADHD ha compromissione nel doppio dei domini rispetto alTCL, sia nei bambini sia negli adulti (5-7 vs. 2-3)
- L'ADHD tipo disattento contribuisce per il 49% della varianza a compromissioni casa-scuola nei bambini (TCL = 1%)
- I sintomi di ADHD iperattivo-impulsivo contribuiscono al 35% della varianza a compromissione nel gruppo-divertimento nei bambini (TCL = 6%)
- L'ADHD tipo disattento contribuisce al 34% della varianza nella pervasività della compromissione (# dominio) mentre ADHD-iperattivo-impulsivo = 5% e il TCL è <2%
- L'ADHD è un disturb molto più invalidante che il TCL in quanto provoca più compromissione pervasiva; ma anche il TCL è invalidante
- L'ADHD nei bambini ha una percentuale maggiore di lamentele da parte degli insegnanti per problemi scolastici (72-85%), media di voti più bassa e maggiore probabilità di bocciatura (8-25%)
- Quando è in comorbilità, il TCL contribuisce con rischi aggiuntivi sulla compromissione al di là di quelli già presenti per l'ADHD – i disturbi sembrano essere in aggiunta

Altre differenze nell'adulto

- Il TCL è diverso dalla sonnolenza diurna (ipersonnia) ma moderatamente correlato con essa (0.51) in uno studio con studenti del college.
- In questo studio l'ipersonnia è anche associata all'ADHD ma i tre sono parzialmente diversi gli uni dagli altri.

Possibile Eziologia

- Le ricerche sono poche e limitate
- Ma due studi hanno scoperto che maggiori sintomi di TCL sono collegati a problemi con il circuito attentivo noto come Default Mode Network e alla sua connettività funzionale. L' ADHD è più associato a disfunzioni nel circuito esecutivo.
- Uno studio mostra che solo l'ADHD è legato a un elevato rapporto tra onde theta/beta nella regione frontale nell'EEG mentre i sintomi di TCL non lo sono
- I sintomi di TCL compaiono più frequentemente in bambini con esposizione prenatale all'alcol* e leucemia infantile
- Recenti ricerche genetiche (ereditarietà) mostrano che il TCL è
  - moderatamente ereditario ma in qualche modo meno dell'ADHD
  - con un maggiore contributo di eventi ambientali unici alla variazione dei sintomi.
  - Alcuni condividono la responsabilità genetica tra i due tipi di disattenzione, ma anche un contributo genetico unico pure per il TCL.
- Il TCL è anche legato a maggiori situazioni di svantaggio psicosociale della famiglia e del bambino; quindi i fattori di stress sociali potrebbero essere legati più al TCL che all'ADHD

Qual è la natura del TCL?

Sembra essere una forma di disattenzione completamente diversa da quella dell'ADHD

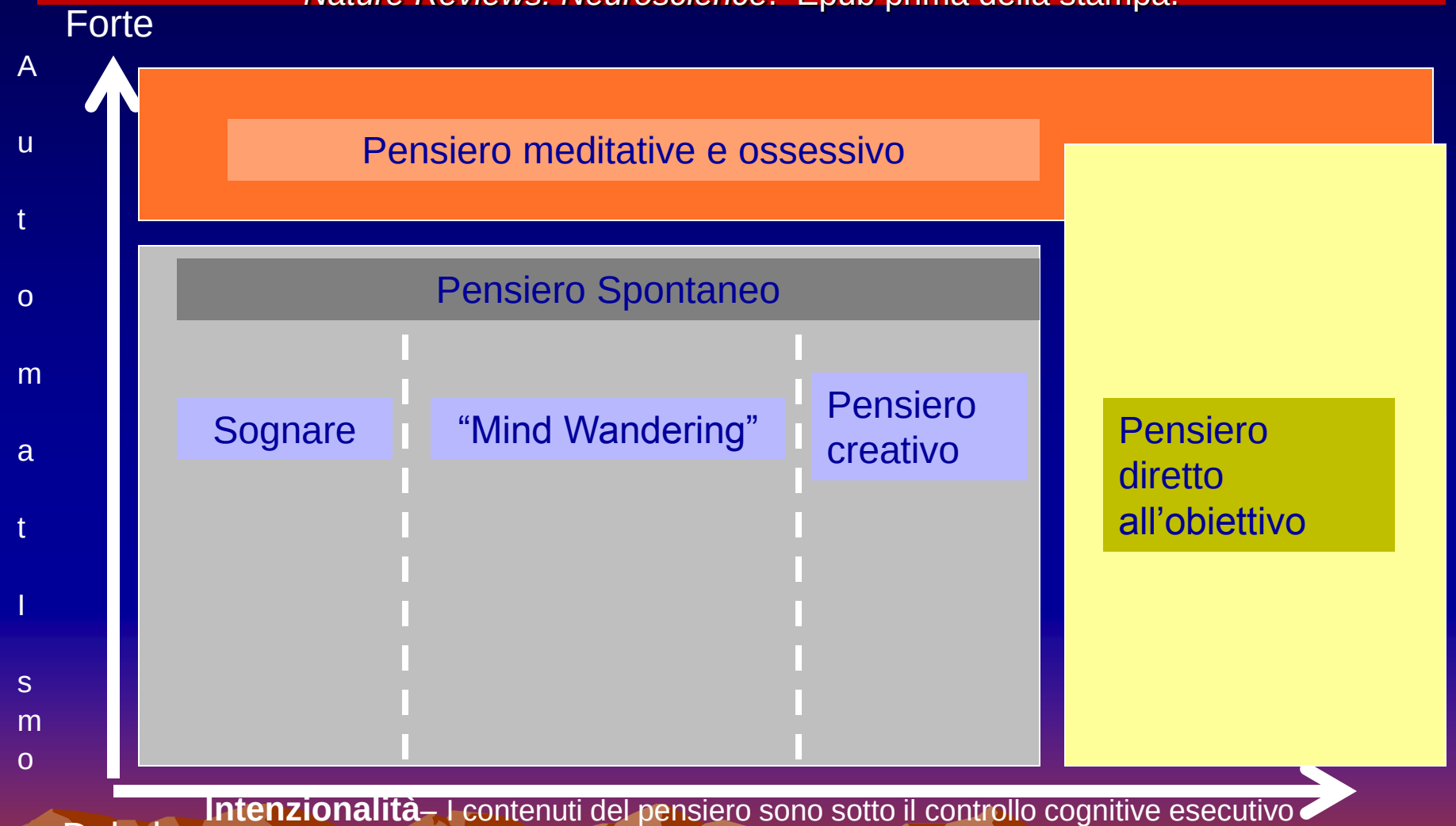
- Forse una disfunzione dell'eccitazione o una ipersonnia?
  - Improbabile, dato lo studio Langberg et al. (2013) con studenti del college che mostra la sovrapposizione, ma è diversa, alla sonnolenza diurna
- Forse un disturbo dei componenti dell'attenzione focale/esecutiva o stabile?
- Forse eccessiva preoccupazione mentale o riflessione correlata a fattori di stress sociali, ansia DOC?
- Forse un caso di "mind wandering" o Disturbo da Fantasia Compulsiva"?
  - Adams, Z. & Milich. R. (2012). *The ADHD Report*

Il TCL come disturbo di “Mind Wandering”?

- “Mind wandering” o Disturbo da Fantasia Compulsiva è lo spostamento dell’attenzione da eventi esterni verso eventi mentali interni. Può essere deliberato o spontaneo. Se spontaneo, è strettamente collegato al circuito attentivo chiamato Default Mode Network del cervello.
- Se intenzionale, può essere costruttivo. In alcune circostanze può coesistere con altri comportamenti orientati all’obiettivo, come in un compito di attenzione divisa. Questo può succedere quando più obiettivi di routine vengono perseguiti automaticamente – è un uso efficace della capacità in eccesso delle FE (specialmente la memoria di lavoro) per cui ci si focalizza intenzionalmente su vari pensieri, come altri obiettivi, problemi o preoccupazioni, mentre si è occupati in una azione diretta all’obiettivo separata.
- Quando accade in maniera spontanea ed eccessiva, può far diminuire la capacità delle FE necessaria per l’azione diretta all’obiettivo primaria e interferire anche con il compito o obiettivo primario, rallentando il percorso verso l’obiettivo, aumentando gli errori o persino impedendo il raggiungimento dell’obiettivo o il completamento del compito in tempo.

Tipi diversi di pensiero

Christoff, K. et al. (2016). Mind-wandering as spontaneous thought: a dynamic framework. *Nature Reviews: Neuroscience*. Epub prima della stampa.



Intenzionalità– I contenuti del pensiero sono sotto il controllo cognitive esecutivo

L'automatismo è il risultato di una famiglia di meccanismi operantial di fuori del controllo cognitivo, come l'importanza sensoriale o affettiva. Ognuna delle tre forme di pensiero può essere orientata verso l'esterno o l'interno.

I farmaci trattano il TCL?

- Ricerca farmacologica è stata fatta con il metilfenidato su casi di bambini DDA senza iperattività (o solo disattenti) – non scelti specificatamente per il TCL
  - Hanno scoperto che l'ADHD tipo disattento ha minori probabilità di avere un'importante risposta agli stimolanti (basato su alcuni studi sull'ADHD tipo disattento)
  - Barkley (1991) ha scoperto che nel 65% il tasso dei sintomi è leggermente migliorato ma solo il 20% ha mostrato una buona risposta clinica con continuità nell'assunzione dei farmaci; il basso dosaggio era il migliore
- Ma un recente studio al Cincinnati Children's Hospital ha mostrato che i sintomi di TCL predicono una scarsa risposta al metilfenidato
- Solo uno studio dei sintomi di TCL in bambini trattati con atomoxetina
  - Lo studio di Wietecha et al. (2013) mostra un miglioramento significativo nel TCL in bambini con ADHD+dislessia e in quelli con ADHD solo nelle valutazioni di genitori e insegnanti
  - Una nuova ricerca mostra che l'atomoxetina si lega con il trasportatore di serotonina, non solo con il trasportatore di norepinefrina
- Se il TCL è meditativo o legato a DOC (disturbo ossessivo compulsivo), altri farmaci potrebbero essere utili? Sconosciuto
- Se il TCL e legato a problem di ipersonnia o eccitazione, altri farmaci potrebbero essere utili? Sconosciuto

Considerazioni per il trattamento psicosociale

- Buona (migliore?) risposta l'unione di trattamenti casa-scuola
  - Studio MTA: i casi ansiosi rispondono meglio ai trattamenti psicosociali
  - Molti studi di Pfiffner mostrano che un programma sul comportamento combinato casa-scuola basato sulle abilità sociali e organizzative e diretto ai problemi specifici dell'ADHD-I può essere efficace.
  - Negli studi di Pfiffner si è vista una risposta migliore in bambini con QI più alto (105+), i cui genitori avevano un livello minore di ansia/depressione o di sintomi di ADHD e in bambini con minori sintomi di iperattività e impulsività.
- Migliore risposta nel training sulle abilità sociali? Usato con bambini ADHD tipo impulsivo rispetto a casi ADHD tipo combinato
  - Migliorata solo l'assertività in entrambi i casi ma di più nel tipo impulsivo
  - Fino al 25% dei casi di ADHD diventa più aggressivo nei gruppi di abilità sociali a causa della devianza dei compagni*
- Più reattivo alla terapia cognitiva?
  - Non funziona per i bambini ADHD ma se non è ADHD perchè non provare?
  - Funziona per i disturbi d'ansia e depressione
- Ovviammente, i disturbi in comorbilità (depressione, ansia, DSA, ADHD) richiedono una gestione separata

TCL non è il termine appropriato

- Implica la conoscenza del principale deficit cognitivo del disturbo – non lo sappiamo
  - Non ci sono studi sul tempo o sul processo nel TCL
- Potrebbe essere interpretato come dispregiativo o offensivo
- - lento? pigro?
- É stato suggerito DDA ma crea confusione
  - DDA era il termine per ADHD negli anni ‘80
- “Mind wandering” patologico? Troppo presto per dirlo
- Perchè non Disturbo da Deficit di Concentrazione?
  - Implica problemi di attenzione ma non una disfunzione specifica
  - Generico abbastanza per non essere offensivo

Saxbe, C. & Barkley, R. A. (2013). *Journal of Clinical Psychiatry, in press.*
Barkley, R. A. (2013). *Journal of Abnormal Child Psychology*. Special Issue on SCT

Riepilogo

- L’ADHD è un disturbo cronico dell’inibizione, della disattenzione e della scarsa autoregolazione (FE)
- Il TCL (DDA) sembra essere un disturbo diverso dall’ADHD non un sottotipo
- Entrambi i disturbi possono essere in comorbidità e sono invalidanti anche se possono essere diversi per le attività importanti della vita che compromettono e in come le compromettono
- L’ADHD contribuisce molto di più ai deficit delle FE di quanto faccia il TCL, ma il contributo del TCL aumenta nel corso della vita
- Nei bambini e negli adulti, l’ADHD è un disturbo più invalidante e più invalidante in modo pervasivo, ma il TCL può essere peggiore dell’ADHD in determinate situazioni
- Quindi il TCL è un disturbo diverso dall’ADHD?

Il TCL soddisfa I criteri per essere un disturbo diverso?

- ✓ Complesso sintomatico coerente e diverso - Sì
- ✓ Correlati demografici diversi - Sì
- ✓ Correlati cognitive diversi - Probabilmente
- ✓ Compromissioni diverse - Probabilmente, il TCL è più lieve
- ✓ Comorbilità diverse - Sì
- ✓ Correlati biologici diversi - Sconosciuto
- ✓ Percorso diverso– Sconosciuto
- ✓ Diversa eziologia - Forse, non ci sono abbastanza evidenze
- ✓ Diversa storia famigliare - Sconosciuto
- ✓ Diverso modo di rispondere ai trattamenti – Sconosciuto