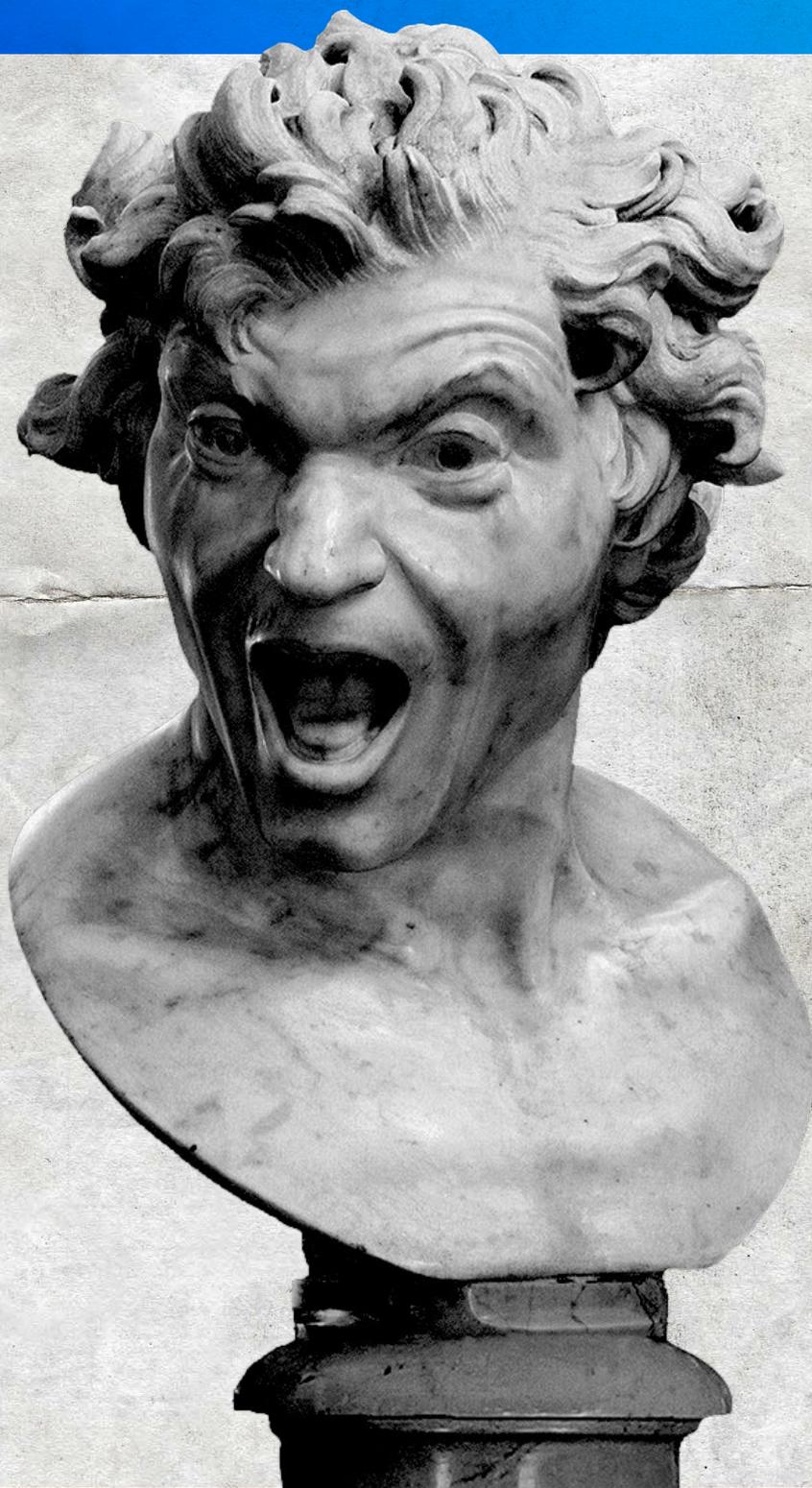




# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

*Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)*





# SOMMARIO

AnnoXXXI • n. 1 • gennaio – giugno

## PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

**Fondata e Diretta da:**  
Alberto Giannelli

**Comitato di Direzione:**  
Massimo Rabboni (*Bergamo*)  
Massimo Clerici (*Monza*)

**Comitato Scientifico:**  
Claudio Mencacci (*Milano, MI*)  
Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)  
Giorgio Cerati (*Legnano*)  
Emilio Sacchetti (*Brescia*)  
Silvio Scarone (*Milano*)  
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)  
Arcadio Erlicher (*Milano*)  
Simone Vender (*Varese*)  
Antonio Vita (*Brescia*)  
Giuseppe Biffi (*Milano*)  
Mario Ballantini (*Sondrio*)  
Franco Spinogatti (*Cremona*)  
Costanzo Gala (*Milano*)  
Gabriella Ba (*Milano*)  
Cinzia Bressi (*Milano*)  
Claudio Cetti (*Como*)  
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)  
Nicola Poloni (*Varese*)  
Antonio Magnani (*Castiglione delle Stiviere, MN*)  
Gianluigi Nobili (*Desenzano, BS*)  
Andrea Materzanini (*Iseo, BS*)  
Alessandro Grecchi (*Varese*)  
Francesco Bartoli (*Monza*)  
Lucia Volonteri (*Milano*)  
Antonino Calogero (*Castiglione delle Stiviere, MN*)

**Segreteria di Direzione:**  
Giancarlo Cerveri

**Art Director:**  
Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori**

### COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it).

### EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo  
Tel. 035 26.63.66 - [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

### IN PRIMO PIANO

**3** Questa notte si recita a soggetto  
di Giannelli A.

**11** A 40 anni dalla legge Basaglia  
*Presentazione Carta della Salute Mentale*  
di Mencacci C.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

**14** Il trattamento del soggetto adulto con ADHD  
*Focus sulle comorbidità*  
Migliarese G., Viganò V., Venturi V., Reibman Y., Cerveri G., Mencacci C.

**27** La promozione personale: esperienza nella Residenza Protetta  
Don Rino Vallorani di Comunanza e nella Co.s.e.r. di Forze in un programma condiviso di sostegno psicosociale post sismico  
*Fotografia terapeutica e recupero della identità*  
di Talamonti R.S., Giaccio P., Iachini M. G., Iachini S., Satulli M.C., Passalacqua A., Mazzaroni C., Caucci C., Alidori C., Di Gennaro M., Piciotti G., Valentini V., Addis A., Guidotti R., Tesla V., Baldassarri C., Rousakova M., Canala S., Gionni D., De Luna I., Petrini V., Bonanni M.C., Fioravanti A., Casoni L., Tiberio D., Mari M., Pizzi M. F., Galié V., Tania A., Roberta A., Nicolai D.

**31** Strategie innovative di trattamento per il disturbo bipolare  
*L'esperienza clinica dell'ospedale san carlo borromeo di milano*  
di Rigliano P., Colombi F., Gervasoni F., Notari G., Biffi G.

### PSICHIATRIA FORENSE

**36** Le interessantissime innovazioni introdotte dalla recente  
Legge 22 dicembre 2017 n. 219  
di Mantovani R.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

## PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:  
[www.psichiatriaoggi.it](http://www.psichiatriaoggi.it)



## Il trattamento del soggetto adulto con ADHD

### Focus sulle comorbidità

Migliarese G.<sup>1</sup>, Viganò V.<sup>1</sup>, Venturi V.<sup>1</sup>,  
Reibman Y.<sup>1</sup>, Cerveri G.<sup>2</sup>, Mencacci C.<sup>1</sup>

#### Introduzione

L'ADHD descrive una condizione clinica ad esordio nell'infanzia (o nella pre-adolescenza), caratterizzata da una sintomatologia variegata imperniata su alterazioni in tre grandi aree quali l'attenzione, l'impulsività e l'iperattività.

Fino a due terzi dei soggetti con ADHD continua a manifestare il disturbo, spesso "mascherato", anche in età adulta. Il termine "mascherato" identifica un fenomeno estremamente frequente nel soggetto adulto con ADHD, ovvero la sovrapposizione temporale al quadro clinico dell'ADHD di entità cliniche differenti. Manifestandosi come disturbo precoce l'ADHD può essere, infatti, descritto come un disturbo di base, ovvero una struttura di funzionamento cognitivo e affettivo che definisce le modalità di accesso dell'individuo alle interazioni socio-relazionali, alla gestione dei conflitti, all'analisi delle reazioni emotive. In quanto disturbo di base, l'ADHD non porta a conseguenze esclusivamente dipendenti dalla struttura del disturbo (quindi difficoltà di pianificazione, di organizzazione, di attenzione o di impulsività), ma pone il soggetto in una condizione di rischio, ovvero di predisposizione, allo sviluppo di ulteriori condizioni cliniche. Queste possono essere sia

diretta conseguenza delle difficoltà cui l'ADHD espone i bambini che ne sono affetti, sia favoriti dalla presenza di fattori eziopatogenici comuni, sia a livello genetico (Cross-Disorder Group 2013a, b) che ambientale (Silva et al. 2014).

È dunque una condizione abbastanza rara evidenziare in un soggetto adulto un ADHD che non si presenti in associazione ad altre entità cliniche. I tassi di comorbidità sono infatti estremamente elevati (Anker et al. 2018, Pehlivanidis et al. 2014, Deberdt et al. 2015) e rendono ragione di quadri clinici eterogenei che necessitano di interventi terapeutici differenti per poter essere efficaci.

#### Epidemiologia delle comorbidità nel soggetto adulto

Il rapporto dell'ADHD con differenti condizioni cliniche appare biunivoco, con tassi significativi di ADHD in un gran numero di patologie psichiche e frequenti comorbidità psichiche in soggetti adulti con ADHD.

In uno studio multicentrico effettuato in diversi paesi d'Europa Debert e coll. (2015) hanno valutato la presenza di ADHD in soggetti seguiti ambulatorialmente per patologie psichiche non psicotiche. La prevalenza globale dell'ADHD è risultata del 15,8% (secondo i criteri del DSM-IV TR) o del 17,4% (secondo i criteri del DSM-5) con tassi compresi tra il 10,8% in soggetti con diagnosi di disturbo bipolare e il 30,8% in soggetti con diagnosi di disturbo da uso di sostanze.

Nello stesso studio è stata valutata anche la prevalenza, in soggetti diagnosticati ADHD, dei medesimi disturbi. I risultati hanno evidenziato in questi soggetti elevati tassi di disturbi depressivi (43%), dist. d'ansia

(36,4%), abuso di alcool e sostanze (entrambi attorno al 10%) e di dist. borderline di personalità (9,2%).

Alcuni autori si sono soffermati sulla valutazione delle comorbidità psichiatriche in soggetti con sottotipi differenti di ADHD evidenziando un differente pattern di distribuzione dei disturbi (Gorlin et al. 2016). I risultati evidenziavano globalmente tassi di comorbidità sovrapponibili a quelli evidenziati nello studio di Debert (con tassi leggermente inferiori per quanto riguarda la diagnosi di disturbi depressivi e leggermente superiore rispetto al disturbo borderline di personalità -BPD). Emergeva però un differente profilo di comorbidità tra l'ADHD combinato e il disattentivo con il primo che si associava con maggior frequenza al disturbo bipolare, alla dipendenza da alcol e BPD e il secondo alla fobia sociale e ai disturbi alimentari.

La comorbidità psichiatrica è influenzata anche dal sesso. Uno studio recente effettuato in Norvegia su più di 40.000 soggetti (Solberg et al. 2018), ha evidenziato che, seppure l'ADHD incrementi dalle 4 alle 9 volte sia negli uomini che nelle donne i tassi di ansia, depressione, bipolarità, disturbi della personalità, schizofrenia e disturbo da uso di sostanze (SUD), le differenze nella prevalenza di questi disturbi rispetto alla popolazione generale risultavano significativamente più marcate nelle donne, ad eccezione che per il disturbo da uso di sostanze e la schizofrenia.

La letteratura scientifica internazionale segnala, dunque, che in quadri clinici quali le tossicofilie, il disturbo da uso di alcool, i disturbi autistici e i disturbi alimentari, la presenza di ADHD mostra tassi di prevalenza molto superiori. Inoltre la presenza di ADHD si associa frequentemente a disturbi d'ansia o depressivi. La risultante di queste associazioni è data da una presentazione clinica eterogenea, spesso complessa e caratterizzata da una scarsa responsività ai trattamenti (Barkley & Brown 2008, Goodman & Thase 2009). È quindi estremamente importante poter sospettare la presenza di un ADHD fino al momento misconosciuto in situazioni cliniche che

mostrano queste caratteristiche, prestando attenzione soprattutto al sesso femminile in cui la presenza di ADHD si associa quasi in un caso su due ad ansia e depressione.

## **COMPLESSITÀ DIAGNOSTICHE NEL SOGGETTO CON COMORBIDITÀ**

La frequentissima co-presenza di ADHD ed altre manifestazioni cliniche, apre il campo a tematiche rilevanti per il lavoro clinico. In primis è indispensabile una corretta differenziazione tra sintomi che spesso mostrano elevate sovrapposizioni (ovvero un'adeguata diagnosi differenziale), in modo da effettuare una diagnosi puntuale che permetta di impostare il trattamento.

In secondo luogo è necessario definire quella che può essere indicata come priorità clinica, ovvero, è necessario comprendere quale delle entità cliniche evidenziate impatti maggiormente sul funzionamento del soggetto e sulla sua qualità di vita. Questo secondo punto è fondamentale perché indirizza l'intervento, dato che tutte le linee guida sul trattamento dell'ADHD nell'adulto sottolineano che, in presenza di comorbidità, il focus deve primariamente rivolgersi al disturbo che causa il maggior impatto clinico.

Effettuare una corretta differenziazione clinica può essere complesso, soprattutto in situazioni cliniche in cui la diagnosi di ADHD risulta misconosciuta. È frequente che livelli non estremamente intensi di disattenzione e/o iperattività in età pediatrica possano essere contenuti dall'ambiente (sia scolastico che familiare) o compensati da capacità intellettive superiori alla norma, non portando di fatto a segnalazioni precoci. In queste condizioni l'andamento temporale classico del disturbo prevede che di fronte alle richieste via via maggiori che l'ambiente pone (ad esempio la progressiva autonomia che si dovrebbe acquisire con la crescita) l'ADHD dia segnale di sé tardivamente. Anche l'esordio dell'adolescenza può fungere da detonatore in quanto le trasformazioni neurobiologiche del periodo facilitano un incremento dell'impulsività che può far precipitare situazioni fino al momento in

apparente equilibrio (Migliarese & Venturi 2018).

Misconoscere l'ADHD e non intervenire in modo adeguato sul suo trattamento può favorire tutta una serie di fallimenti sia relazionali-affettivi, che accademico-lavorativi e dunque l'insorgenza di psicopatologia secondaria.

In questi casi è frequente che all'osservazione clinica giungano persone che non lamentino in primis disturbi attentivi, impulsivi o dell'organizzazione, ma piuttosto sintomi d'ansia o depressivi, magari abuso di sostanze o alcolici, fallimenti relazionali o lavorativi. Per tale motivo è necessario che venga effettuata attentamente una valutazione diagnostica in senso prospettico, a partire dagli anni dell'infanzia, che possa ricostruire il funzionamento del soggetto in età scolare e prescolare (Migliarese et al. 2015).

## **CENNI GENERALI SUL TRATTAMENTO DEL SOGGETTO CON COMORBIDITÀ**

La scelta di un adeguato trattamento per l'ADHD deve essere mirata all'efficacia, alla riduzione della sintomatologia e al miglioramento del funzionamento in tutte le aree influenzate dal disturbo.

Indicatori efficaci possono essere rappresentati da un miglioramento nelle capacità di organizzarsi, da una riduzione della disattenzione e dell'impulsività e dunque da miglior adattamento all'ambito lavorativo (o scolastico) oltre che da relazioni interpersonali meno problematiche. La valutazione dell'efficacia di un intervento si pone dunque su due aspetti in stretta connessione tra loro, da un lato la riduzione sintomatologica e dall'altro il funzionamento generale e la qualità di vita (Rösler et al. 2013). È importante che questa valutazione preveda un'analisi soggettiva da parte del paziente e che sia il più possibile oggettivata, con esempi specifici di cambiamenti in tutti gli ambiti di vita. Alcuni strumenti e test sia auto che etero-somministrati possono essere utilizzati a tal fine, come la CGI, l'AA-QoL, il WHO-QoL (Migliarese et al. 2015).

Poiché nell'adulto ADHD la presenza di comorbidity

è generalmente la norma, l'intervento clinico deve considerare l'impatto sul funzionamento e sulla qualità di vita sia del disturbo di base che delle eventuali comorbidity. Perché un trattamento sia efficace, è infatti, necessario che venga definita una priorità di intervento.

Le linee guida raccomandano che quando l'ADHD coesiste con altre psicopatologie, dovrebbe generalmente essere trattata per prima la condizione più problematica, funzionalmente invalidante o destabilizzante, mentre le altre condizioni dovrebbero essere affrontate in modo graduale una volta che il paziente ha risposto al trattamento (Klassen et al. 2010, McIntosh et al. 2009, CADDRA 2011).

Generalmente, quando vi è comorbidity con i disturbi dell'umore, bisognerebbe dare un'elevata priorità al disturbo affettivo, soprattutto se in presenza di ideazione o progettualità suicidale, perdita di speranza nel futuro e disperazione. In queste condizioni i sintomi residui di ADHD possono essere valutati dopo aver impostato un trattamento adeguato per il disturbo dell'umore (Mao & Findling 2014). Nel disturbo bipolare, la stabilizzazione dell'umore è un prerequisito per un trattamento efficace con ADHD (Wingo & Ghaemi 2007), soprattutto in relazione ai possibili effetti che i trattamenti per l'ADHD possono provocare sul timismo.

Anche per quanto riguarda soggetti con dipendenza da sostanze appare consigliabile una stabilizzazione degli abusi preventiva al trattamento farmacologico per l'ADHD (Schubiner et al. 2002). Alcune indicazioni generali relative al trattamento e modificate a partire da quelle canadesi (CADDRA - Canadian ADHD Practice Guidelines 2011) sono riportate in tabella 1.

Una problematica che ci si ritrova frequentemente ad osservare trattando soggetti con ADHD è data dall'alto tasso di trattamenti di scarsa qualità. I soggetti con ADHD faticano, infatti, a garantire un'assunzione costante dei farmaci, effettuano numerose interruzioni o sospensioni temporanee compromettendo l'efficacia delle terapie. Per tale motivo è necessario che venga definito

un setting strutturato e che venga sottolineata – in fase di impostazione terapeutica – la necessità di preservare il più possibile una buona aderenza alle cure, aspetto che risulta essere cruciale nel processo terapeutico. Questo può essere favorito da un lavoro psicoeducazionale sulla natura del disturbo, ma anche attraverso banali consigli pratici che vanno da come appuntarsi gli appuntamenti di controllo, a strategie per non dimenticare l'assunzione dei farmaci o la richiesta delle ricette in prossimità del termine dei farmaci acquistati.

## L'INTERVENTO NEL SOGGETTO ADHD CON DIST. DELL'AFFETTIVITÀ

### ADHD e dist. bipolare

L'ADHD mostra tassi elevati di comorbidità con il disturbo bipolare. Il rapporto tra queste condizioni appare biunivoco e favorito da un substrato genico in parte condiviso (Cross-Disorder Group 2013a, b). In persone con diagnosi di disturbo bipolare una valutazione specifica per la presenza di ADHD risulta positiva in percentuali comprese tra il 9,5% e il 21,2%, mentre tassi di comorbidità del disturbo bipolare nell'ADHD sono compresi tra il 5,1% e il 47,1% (Wingo & Ghaemi 2007, Debert et al. 2015, Solberg et al. 2018). Il disturbo bipolare di tipo I è più comune in individui con comorbidità ADHD rispetto al disturbo bipolare II.

La diagnosi differenziale tra le due condizioni non è sempre agevole o immediata, soprattutto se non sono presenti fasi maniacali franche o se l'andamento temporale non è pienamente definito. Alcune dimensioni cliniche mostrano, infatti, una parziale sovrapposizione tra i due disturbi tra cui agitazione, loquacità, distraibilità e irrequietezza (Klassen et al. 2010). In queste condizioni è molto importante cercare di ricostruire l'andamento temporale delle condizioni cliniche ricordando che le caratteristiche ADHD risultano continue nel tempo (seppur sottoposte ad aggravamento in condizioni di stress). La disattenzione e l'impulsività saranno riscontrabili come modalità di funzionamento in entrambe le

fasi di malattia, comprese quelle depressive, mentre le caratteristiche della bipolarità mostrano un andamento fasico.

La comorbidità con l'ADHD sembra favorire l'anticipazione dell'età di esordio del disturbo bipolare. Uno studio comparativo ha evidenziato che il 65% dei soggetti con ADHD hanno avuto un esordio precoce del disturbo bipolare (al di sotto 18 anni), rispetto al 20% delle persone senza comorbidità con ADHD (Taman et al. 2008).

Oltre a favorire un esordio più precoce del disturbo, la presenza dell'ADHD determina un decorso più grave, caratterizzato da periodi più brevi di benessere, episodi più frequenti di mania e depressione, e maggiore frequenza di ulteriori condizioni psichiatriche comorbide tra cui ansia e disturbi da uso di sostanze (Nierenberg et al. 2005).

Alla luce di questi dati di prevalenza e dell'impegno clinico che la co-presenza di queste condizioni può determinare, con impatti estremamente significativi sul benessere individuale e sul funzionamento, risulta importante definire alcune linee guida per definire un corretto intervento. Sul piano clinico è importante effettuare correttamente la diagnosi differenziale tra queste condizioni e valutare la loro eventuale comorbidità.

Va innanzitutto sottolineato che, nonostante l'importanza del tema, la domanda relativa al possibile effetto dei farmaci per il trattamento dell'ADHD sul tono dell'umore rimane senza una risposta definitiva (Carlson et al. 2004, Dell'Osso & Ketter 2013). È stato comunque suggerito che sia metilfenidato che atomoxetina potrebbero essere associati a switch maniformi seppure le evidenze siano di scarsa qualità e non replicate (Bond et al. 2012, Wingo & Ghaemi 2008). Per tale motivo è preferibile, anche in condizioni di stabilità timica, impostare un trattamento stabilizzante con farmaci appropriati (litio, acido valproico) prima di iniziare un trattamento per l'ADHD (Viktorin et al. 2017).

Tra le terapie per l'ADHD possono essere associate alla terapia stabilizzante sia l'atomoxetina, facendo atten-

zione a una titolazione lenta e graduale e all'utilizzo di dosaggi almeno inizialmente più bassi del consueto, sia il metilfenidato, preferendo le preparazioni a lento rilascio. Il bupropione è stato proposto come terapia di prima linea in alcune linee guida (es. CANMAT - Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments) seppure i dati a supporto di tale scelta non siano supportati da evidenze scientifiche forti.

### **ADHD e depressione/distimia**

Sicuramente la presenza di ADHD facilita l'esordio di una demoralizzazione secondaria, causata dai numerosi fallimenti relazionali e accademici favoriti dalle caratteristiche cliniche del disturbo. Il percorso a ostacoli che il bambino e poi l'adolescente con ADHD deve compiere comporta il rischio di sperimentare una sensazione profonda di incapacità o impotenza: nel controllarsi, nell'inibire alcuni comportamenti, nel prestare l'attenzione corretta. È raro che un soggetto con una forma significativa di ADHD non abbia quindi deficit dell'autoestima e difficoltà a tollerare le frustrazioni. Questi aspetti ambientali rendono il soggetto con ADHD maggiormente esposto al rischio di sviluppare veri e propri disturbi depressivi, senza dimenticare la predisposizione genetica condivisa tra i due disturbi (Cross-Disorder Group 2013a, b).

I dati epidemiologici ci dicono che ADHD e distimia/depressione mostrano altri tassi di comorbidità: i tassi di prevalenza della depressione in individui con ADHD sono compresi tra il 18,6% e il 53,3% a seconda degli studi, con una maggior prevalenza nelle donne (Torgersen et al. 2006, Kessler et al. 2006, Debert et al. 2015, Solberg et al. 2018). Anche in queste condizioni il legame appare biunivoco: soggetti con depressione presentano, infatti, tassi di ADHD compresi tra il 9% e il 16%, con un tasso medio del 7,8% (McIntosh et al. 2009, Bond et al. 2012).

La co-presenza di queste condizioni identifica soggetti con storia di malattia più grave, caratterizzata da una peggior qualità di vita e maggior sofferenza soggettiva (McIntyre et al. 2010). L'ADHD è stato inoltre associato

a un maggior rischio suicidale e parasuicidale (Impey & Heun 2011), anche in virtù dell'elevata impulsività (dimensione a sua volta trasversalmente correlata a questi comportamenti indipendentemente dalle psicopatologie di base) (Gvion & Apter 2011).

Il trattamento del soggetto depresso con ADHD può avvalersi dell'utilizzo di antidepressivi ad azione noradrenergica e/o dopaminergica. Alcuni dati aneddotici segnalano, infatti, la potenziale utilità di questi farmaci anche sulla sintomatologia ADHD sottostante: sono, infatti, presenti in letteratura scientifica dati di efficacia, purtroppo di bassa qualità e non sufficientemente replicati, relativi a bupropione, venlafaxina, reboxetina e triciclici (Wilens et al. 1996, Popper 1997, Verbeeck et al. 2009, Maidment 2003, Amiri et al. 2012, Hornig-Rohan M & Amsterdam 2002).

Alcuni dati hanno suggerito la possibile utilità di atomoxetina e di bupropione come monoterapia nel trattamento dell'ADHD in comorbidità con depressione, segnalando un miglioramento non solo dell'ADHD ma anche degli aspetti depressivi (Spencer et al. 2006, Verbeeck et al. 2017).

Una volta stabilizzato il quadro depressivo, può essere associato un trattamento specifico per i sintomi residui ADHD, che rischiano, se non trattati, di ridurre l'efficacia dell'intervento antidepressivo stesso, con maggior rischio di risposte parziali, ricadute cliniche, interruzioni del trattamento (Biederman et al. 2009).

### **L'intervento nel soggetto ADHD con dist. d'ansia**

Il rischio di disturbi d'ansia è maggiore nei soggetti con ADHD rispetto alla popolazione generale, con tassi che si avvicinano al 50% (Braaten et al. 2003, Kessler et al. 2006, Debert et al. 2015, Solberg et al. 2018). Gli individui con comorbidità tra disturbi d'ansia ed ADHD tendono ad avere sintomi di ansia più gravi ed età di insorgenza dell'ansia più precoce. Inoltre la comorbidità tra ansia e ADHD facilita l'associazione con altre patologie psichiche comorbide (Mancini et al. 1999).

La diagnosi dell'ADHD in soggetti con disturbi d'ansia in comorbidità può essere effettuata tardivamente. Questo riscontro è stato messo in relazione con una tendenza dell'ansia a inibire l'impulsività e a mascherare il quadro clinico (Schatz DB & Rostain 2006).

Deve però essere segnalato anche un altro aspetto di significativa importanza clinica: tra dist. d'ansia e ADHD vi è un'elevata sovrapposizione sintomatica. Le persone con ADHD, infatti, manifestano spesso sintomi somatici, irritabilità e irrequietezza che possono essere erroneamente classificati come primariamente ansiosi. È dunque importante che durante la valutazione i sintomi comuni a entrambi i disturbi possano essere distinti dai sintomi tipici di un solo disturbo, in modo che l'intervento possa avere un corretto target primario. Essendo l'ADHD distribuito lungo un continuum di intensità, pervasività e impatto funzionale, è possibile che le soggettive difficoltà attentive lamentate da un paziente, soprattutto in età adulta, siano in parte derivate dalla co-presenza di un disturbo d'ansia. L'ansia, infatti, tende ad amplificare difficoltà attentive lievi e in alcune situazioni cliniche il corretto trattamento dei disturbi d'ansia ne riduce l'impatto sul funzionamento.

È anche possibile che il soggetto senta e descriva come preminentemente ansiosi l'inquietudine e l'irrequietezza interna tipica del soggetto ADHD. In questo caso è il corretto trattamento dell'ADHD che migliora la condizione, senza necessità di impostare un trattamento specifico per l'ansia.

In condizioni di reale comorbidità possono essere considerate specifiche indicazioni terapeutiche, che dipendono dalla definizione delle priorità di intervento. Se l'impatto dell'ADHD nel corso della storia del paziente è stato sufficientemente contenuto e si manifesta come significativamente impattante solo nel periodo recente, deve essere compreso quale possa essere il fattore precipitante e su questo venir effettuato il trattamento. In caso di disturbi d'ansia, il trattamento si avvarrà di molecole quali SSRI, SNRI o del bupropione . A

tali molecole possono essere successivamente associati MPH e atomoxetina per trattare sintomi residui legati all'ADHD sottostante, ricordando che atomoxetina è metabolizzata dal citocromo 2D6 e dunque da associare con cautela ad inibitori dello stesso, come ad esempio paroxetina (Dean 2012)

È stato suggerito che atomoxetina possa essere efficace sia sull'ADHD sia sulla sintomatologia ansioso-depressiva in comorbidità anche in monoterapia (Adler et al. 2009, Spencer et al. 2006, Kratochvil et al., 2005).

## **IL TRATTAMENTO DEL SOGGETTO ADHD CON DIPENDENZA DA SOSTANZE**

### **Cenni generali**

La co-presenza del Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività (ADHD) ed il Disturbo da Uso di Sostanze (SUD) è stata oggetto di numerosi studi clinici ed continua ad essere al centro di molteplici controversie.

La ricerca ha dimostrato che soffrire di ADHD risulta essere un importante fattore di rischio per il SUD e che chi soffre di ADHD ha una probabilità maggiore di fare uso di sostanze e alcool (Martinez-Raga et al., 2013). È stato dimostrato che i bambini con diagnosi di ADHD hanno una maggior predisposizione a sviluppare un SUD in età adulta (Barkley et al., 2004).

La principale condizione di comorbidità fra ADHD e SUD risulta essere in particolare con l'utilizzo di alcol, nicotina, cannabis e cocaina (Klassen et al., 2012). L'associazione tra l'ADHD ed il SUD appare bidirezionale e l'eziologia può essere multifattoriale in quanto può essere correlata alla presenza di fattori neurobiologici, di altri disturbi psichiatrici comorbidi, dalla tipologia di caratteristiche comportamentali del soggetto quali la ricerca della novità, dall'impulsività o la tendenza ad utilizzare le sostanze come automedicazione, cercando di gestire gli sbalzi d'umore o le problematiche legate al sonno (Wilens et al., 2008).

Il carico che riveste la comorbidità fra ADHD e SUD è sostanziale in quanto studi hanno dimostrato

che la presenza di ADHD in individui con SUD risulta associata all'utilizzo più precoce di sostanze, tentativi di suicidio, maggiori ospedalizzazioni, percentuali più elevate di poli-abuso di sostanze, ridotta probabilità di raggiungere l'astinenza e di aderire ai trattamenti (Arias et al., 2008; Kooij et al., 2013). In generale quindi, la co-presenza di ADHD e di SUD influisce sul decorso dell'utilizzo di sostanze, sui sintomi psichiatrici e sugli esiti. Per tale motivo appare di rilevante importanza monitorare la presenza di ADHD in soggetti con SUD e viceversa ed individuare, così, l'indicazione terapeutica migliore (Philipsen et al., 2014).

### **Impostazione del trattamento**

La scelta del migliore trattamento deve essere effettuata definendo un gradiente di priorità. Questo implica comprendere quale condizione trattare primariamente. Il quesito è se il trattamento dell'ADHD possa essere effettuato solo in condizioni di sufficiente stabilizzazione rispetto all'utilizzo di sostanze o se, viceversa, possa aiutare il percorso di disintossicazione. A tal riguardo le evidenze presenti in letteratura scientifica non sono definitive.

Il trattamento dell'ADHD in età pediatrica è associato a una riduzione del rischio di sviluppare dipendenze. È stato segnalato che l'utilizzo di metilfenidato in bambini con diagnosi di ADHD, ad esempio, porterebbe ad una riduzione del rischio di utilizzo ed abuso di sostanze nell'adolescenza e nell'età adulta dell'85% (Biederman et al., 1999, Philipsen et al., 2014). In maniera simile è stato evidenziata una minore probabilità di utilizzo di sigarette e di sviluppare SUD dopo un follow-up di cinque anni per adolescenti con ADHD trattati con farmaci stimolanti (Wilens et al., 2008). Tali osservazioni suggeriscono che la terapia farmacologica per i giovani adulti ADHD possa cambiare la traiettoria della morbilità psichiatrica, relativamente all'utilizzo di sostanze, in età adulta (Katzman et al., 2017).

Appare però del tutto diverso il trattamento del soggetto adulto che manifesti un'attuale comorbidità tra

SUD e ADHD o che, seppure senza manifestare attuali abusi, ne abbia avuti in passato o mostri potenziale rischio di sviluppare dipendenze (es. soggetti con dipendenze comportamentali).

In soggetti ADHD che presentano tali caratteristiche bisogna, da un lato preferire trattamenti farmacologici che possiedano basso rischio di abuso, dall'altro definire in modo chiaro un setting di trattamento. Questo prevede l'esposizione chiara e dettagliata delle possibilità terapeutiche al paziente, dei possibili risultati attesi e delle situazioni che potranno portare a una rivalutazione della terapia e del percorso di cura. È inoltre indicato, per pazienti che sono seguiti da più servizi, che vi sia un'adeguata rete tra gli stessi. La diagnosi di ADHD suggerisce che il paziente possa accedere, oltre che ad un intervento farmacologico, anche a trattamenti psicoeducazionali. Evidenze dimostrano, infatti, che la terapia multimodale che utilizza trattamenti farmacologici combinati con interventi psicoeducativi o cognitivo-comportamentali riesca a raggiungere una diminuzione dei sintomi oltre che un miglioramento della qualità di vita del paziente e della sua funzionalità globale (CADDRA, 2011).

### **Il trattamento farmacologico**

Seppure alcuni studi abbiano evidenziato, in soggetti con comorbidità ADHD-SUD, una potenziale efficacia del trattamento farmacologico per l'ADHD nella riduzione delle dipendenze -ad es. il trattamento con bupropione e metilfenidato è stato associato a una riduzione dell'utilizzo di cocaina (Levin et al., 2002) - è raccomandabile intervenire primariamente cercando di stabilizzare l'abuso di sostanze e rimandando il trattamento dell'ADHD a una sufficiente stabilizzazione nel trattamento delle dipendenze (Schubiner et al. 2002, CADDRA 2011).

Nell'impostare un trattamento farmacologico, la preoccupazione clinica è prevalentemente relativa all'utilizzo di metilfenidato, che possiede un rischio potenziale di dipendenza, e di "autogestione" da parte del paziente. L'utilizzo di tale molecola deve essere valutato con grande

attenzione anche in soggetti con dipendenze stabilizzate ed essere effettuato in modo rigoroso, in un setting che riduca il rischio di abuso o di diversion. Al riguardo si segnala che, come anche per molecole appartenenti ad altre classi farmacologiche, anche per metilfenidato le preparazioni a rilascio modificato presentano un minor rischio di abuso e migliorano l'aderenza (Cortese et al. 2017).

## CONCLUSIONI

L'elevata co-presenza dell'ADHD e di altre patologie psichiche fa sì che nella pratica psichiatrica quotidiana vengano frequentemente visitati (ma non obbligatoriamente riconosciuti) pazienti con questa modalità di dis-funzionamento. Questa considerazione comporta una parziale modificazione dell'agire clinico. È infatti necessario, soprattutto in condizioni suggestive, ipotizzare la presenza del disturbo e migliorare la valutazione diagnostica, includendo anche l'ADHD tra le possibili patologie da riconoscere e trattare (Migliarese et al. 2015).

Il trattamento dell'ADHD non può prescindere dalle condizioni cliniche comorbidi, specialmente in relazione all'impostazione dei trattamenti farmacologici. Sulla base della tipologia, e soprattutto della gravità, della patologia in comorbidità devono essere valutate le priorità di intervento. Questo importante compito clinico deve essere effettuato a partire dalla storia individuale, in base alla situazione clinica e al funzionamento globale del paziente.

Generalmente, i disturbi mentali di grado severo, quali depressione, mania o dipendenze, devono essere trattati per primi, in modo tale che la stabilizzazione di questi possa permettere una miglior aderenza al trattamento dell'ADHD o addirittura possa condurre ad una riformulazione di una diagnosi di ADHD (Kooij et al., 2010). Secondo il Consenso Europeo, il trattamento di disturbi depressivi e ansiosi di grado più lieve generalmente può venire invece posticipato rispetto al trattamento dell'ADHD, anche perché, in alcune occasioni,

i sintomi di comorbidità possono risolversi in seguito al trattamento efficace dell'ADHD.

Una situazione particolare è data dal trattamento farmacologico dei pazienti con ADHD in comorbidità con SUD. In queste condizioni è necessario definire un setting chiaro e strutturato, che prevede l'esposizione dettagliata delle possibilità terapeutiche al paziente, dei possibili risultati attesi e delle situazioni che potranno portare a una rivalutazione della terapia e del percorso di cura. È inoltre indicato, per pazienti che sono seguiti da più servizi, che vi sia un'adeguata rete tra gli stessi. Nel paziente con comorbidità con SUD il trattamento per l'ADHD non sembra ridurre il rischio di dipendenze e dunque andrebbe posticipato in seguito a una sufficiente stabilizzazione di quest'ultimo (Kooij et al., 2010).

La diagnosi di ADHD suggerisce che il paziente possa accedere, oltre che ad un intervento farmacologico, anche a trattamenti psicoeducazionali, che sono riconosciuti in grado di migliorare l'esito dell'intervento. Accanto al trattamento farmacologico è dunque importante integrare con un approccio multimodale composto da interventi psicoeducativi, tecniche di CBT o di coaching.

## AFFERENZA DEGLI AUTORI:

1. *Ambulatorio ADHD adulti, Dipartimento di Neuroscienze, ASST-FBF-Sacco Milano*
2. *DSMD ASST Lodi*

Tabella 1. Indicazioni sul trattamento dell'ADHD in comorbidità

<b>Sempre</b>	Trattare prima la condizione più severa
<b>Disturbo bipolare</b>	Trattare prima il Disturbo Bipolare
	Trattare l'ADHD una volta che il disturbo bipolare si è stabilizzato
	Titolare i farmaci con maggior lentezza ("Start low, go slow").
	Valutare in prima battuta bupropione/atomoxetina
<b>Depressione</b>	<i>Lieve o Distimia</i>
	Considerare di trattare l'ADHD
	Considerare la Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT)
	<i>Moderata o grave</i>
	Trattare prima la depressione e contenere il rischio suicidario
	Associare atomoxetina o MPH agli antidepressivi sotto monitoraggio
	Preferire AD ad azione noradrenergica o dopaminergica
	Utilizzare interventi psicoeducativi e valutare terapia psicologica
<b>Disturbo d'ansia</b>	"Start low, go slow".
	Valutare possibile utilizzo di farmaci in mono-terapia (es. bupropione/noradrenergici)
	Utilizzare interventi psicoeducativi e valutare terapia psicologica
<b>SUD</b>	Trattare prima il SUD utilizzando interventi multimodali
	Trattare l'ADHD una volta che il SUD sia stabilizzato
	Se il trattamento di ADHD e SUD è contemporaneo definire in modo chiaro il setting della cura e i risultati attesi

## BIBLIOGRAFIA

1. Adler LA, Liebowitz M, Kronenberger W, Qiao M, Rubin R, Hollandbeck M, et al. *Atomoxetine treatment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid social anxiety disorder*. *Depress Anxiety*. 2009; 26(3):212-21.
2. Arias AJ, Gelernter J, Chan G, Weiss RD, Brady KT, Farrer I, et al. *Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorder*. *Addict Behav*. 2008; 33(9):1199-207.
3. Amiri S, Farhang S, Ghoreishizadeh MA, Malek A, Mohammadzadeh S. *Double-blind controlled trial of venlafaxine for treatment of adults with attention deficit/hyperactivity disorder*. *Hum Psychopharmacol*. 2012 Jan;27(1):76-81. doi: 10.1002/hup.1274. Epub 2012 Jan 18.
4. Anker E, Bendiksen B, Heir T. *Comorbid psychiatric disorders in a clinical sample of adults with ADHD, and associations with education, work and social characteristics: a cross-sectional study*. *BMJ Open* 2018;8:e019700. DOI:10.1136/bmjopen-2017-019700
5. Barkley RA, et al. Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004; 45(2):195-211.
6. Barkley R.A., Brown T.E., *Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders*. *CNS Spectr*. 2008 Nov;13(11):977-84.
7. Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T, Wilens TE, Faraone SV. *Do stimulants protect against psychiatric disorders in youth with ADHD? A 10-year follow-up study*. *Pediatrics*. 2009;124(1):71-8
8. Biederman J, Wilens T, Mick E, Spencer T, Faraone SV. *Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder*. *Pediatrics*. 1999;104(2):e20.
9. Bond DJ, Hadjipavlou G, Lam RW, McIntyre RS, Beaulieu S, Schaffer A, Weiss M; *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force*. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2012 Feb;24(1):23-37.
10. Braaten EB, Beiderman J, Monuteaux MC, Mick E, Calhoun E, Cattan G, Faraone SV. *Revisiting the association between attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety disorders: a familial risk analysis*. *Biol Psychiatry*. 2003;53(1):93-9.
11. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA), *Canadian ADHD Practice Guidelines*. 3rd Ed. Toronto ON: CADDRA; 2011.
12. Carlson PJ, Merlock MC, Suppes T. *Adjunctive stimulant use in patients with bipolar disorder: treatment of residual depression and sedation*. *Bipolar Dis*. 2004;6(5):416-20.
13. Clemow DB, Bushe C, Mancini M, Ossipov MH, Upadhyaya H. *A review of the efficacy of atomoxetine in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adult patients with common comorbidities*. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017 Feb 3;13:357-371. doi: 10.2147/NDT.S115707. eCollection 2017. Review.
14. Cortese S, D'Acunto G, Konofal E, Masi G, Vitiello B. *New Formulations of Methylphenidate for the Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Pharmacokinetics, Efficacy, and Tolerability*. *CNS Drugs*. 2017 Feb;31(2):149-160.
15. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium, *Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis*. *Lancet*. 2013a Apr 20; 381(9875):1371-1379. Published online 2013 Feb 28. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62129-1
16. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium., Lee SH, Ripke S, Neale BM, Faraone SV, Purcell SM, Perlis RH, Mowry BJ, Thapar A, Goddard ME, et al. *Nat Genet*. 2013b Sep; 45(9):984-94. Epub 2013 Aug 11.
17. Dean L. *Atomoxetine Therapy and CYP2D6 Genotype*. 2015 Sep 10. In: Pratt V, McLeod H, Rubinstein W, et al., editors. *Medical Genetics Summaries* [Internet]. Bethesda (MD): National Center for Biotechnology Information (US); 2012

18. Deberdt W, Thome J, Lebrec J, Kraemer S, Fregenal I, Ramos-Quiroga JA, Arif M. *Prevalence of ADHD in nonpsychotic adult psychiatric care (ADPSYC): A multinational cross-sectional study in Europe*. BMC Psychiatry. 2015; 15(1):242.  
DOI: 10.1186/s12888-015-0624-5.
19. Dell'Osso B, Ketter TA. *Use of adjunctive stimulants in adult bipolar depression*. Int J Neuropsychopharmacol. 2013; 16(1):55-68.
20. Goodman D.W., Thase M.E., *Recognizing ADHD in adults with comorbid mood disorders: implications for identification and management*. Postgrad Med. 2009 Sep; 121(5):20-30. doi: 10.3810/pgm.2009.09.2049
21. Gorlin EI, Dalrymple K, Chelminski I, Zimmerman M. *Diagnostic profiles of adult psychiatric outpatients with and without attention deficit hyperactivity disorder*. Compr Psychiatry. 2016 Oct; 70:90-7.  
DOI: 10.1016/j.comppsych.2016.06.015. Epub 2016 Jun 29.
22. Gvion Y, Apter A. *Aggression, impulsivity, and suicide behavior: a review of the literature*. Arch Suicide Res. 2011; 15(2):93-112. doi: 10.1080/13811118.2011.565265.
23. Hornig-Rohan M, Amsterdam JD. *Venlafaxine versus stimulant therapy in patients with dual diagnosis ADD and depression*. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2002 Apr; 26(3):585-9.
24. Impey M, Heun R. *Completed suicide, ideation and attempt in attention deficit hyperactivity disorder*. Acta Psychiatr Scand. 2012 Feb; 125(2):93-102.  
DOI: 10.1111/j.1600-0447.2011.01798.x. Epub 2011 Nov 25.
25. Katzman MA, Bilkey T, Chokka P, Fallu A, Klassen LJ. *Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach*. BMC Psychiatry 2017; 17:302
26. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. *The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication*. Am J Psychiatry. 2006; 163(4): 716-23.
27. Klassen LJ, Katzman MA, Chokka P. *Adult ADHD and its comorbidities, with a focus on bipolar disorder*. J Affect Disord. 2010; 124(1-2):1-8
28. Klassen LJ, Bilkey TS, Katzman MA, Chokka P. *Comorbid attention deficit/Hyperactivity disorder and substance use disorder: treatment consideration*. Curr Drug Abuse Rev. 2012; 5(3):190-8.
29. Kooij JJ, Bejerot S, Blackwell A et al. *European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD*. BMC Psychiatry. 2010; 10:67
30. Kooij SJ, Rosler M, Philipsen A, Wachter S, Dejonkheere J, van der Kolk A, et al. *Predictors and impact of non adherence in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder receiving OROS methylphenidate: results from a randomized, controlled trial*. BMC Psychiatry. 2013; 13:36.
31. Kratochvil CJ, Newcorn JH, Arnold LE, Duesenberg D, Emslie GJ, Quintana H, Sarkis EH, Wagner KD, Gao H, Michelson D, Biederman J. *Atomoxetine alone or combined with fluoxetine for treating ADHD with comorbid depressive or anxiety symptoms*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005 Sep; 44(9):915-24.
32. Levin FR, Evans SM, McDowell DM, Brooks DJ, Nunes E. *Bupropion treatment for cocaine abuse and adult attention-deficit/hyperactivity disorder*. J Addict Disord. 2002; 21(2):1-16.
33. Maidment ID. *The use of antidepressants to treat attention deficit hyperactivity disorder in adults*. J Psychopharmacol. 2003 Sep; 17(3):332-6.
34. Mancini C, Van Ameringen M, Oakman JM, Figueiredo D. *Childhood attention deficit/hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders*. Psychol Med. 1999; 29(03):515-25.
35. Mao AR, Findling RL. *Comorbidities in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a practical guide to diagnosis in primary care*. Postgrad Med. 2014; 126(5):42-51.
36. Martinez-Raga J, Szerman N, Knecht C, de Alvaro R. *Attention deficit Hyperactivity disorder and dual disorder. Educational needs for an underdiagnosed condition*. Int J Adolesc Med Health. 2013; 25(3): 231-43.
37. McIntosh D, Kutcher S, Binder C, Levitt A, Fallu A, Rosenbluth M. *Adult ADHD and comorbid depression: a consensus-derived diagnostic algorithm for ADHD*. Neuropsychiatr Dis Treat. 2009; 5:137-50

38. McIntyre RS, Kennedy SH, Soczynska JK, Nguyen HT, Bilkey TS, Woldeyohannes HO, et al. *Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults with bipolar disorder or major depressive disorder: results from the international mood disorders collaborative project*. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2010;12(3):e1-7.
39. Migliarese G, Venturi V. *L'ADHD in adolescenza: trasformazioni cliniche e implicazioni rispetto al funzionamento adulto*. in Mencacci C., Migliarese G. Quando tutto cambia: la salute psichica in adolescenza ed. Pacini Medicina 2017 pg 169-183
40. Migliarese G, Magni E, Cerveri G, et al. *L'ADHD nell'adulto. Esperienza clinica e linee guida per il trattamento*. Psichiatria Oggi Anno XXX, n. 1, gennaio-giugno 2017.
41. Migliarese G, Venturi V, Cerveri G, et al. *L'ADHD nell'adulto Misdiagnosi e incidenza della patologia nei servizi*. Psichiatria Oggi Anno XXVIII, n. 2, luglio-dicembre 2015.
42. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR, Otto MW, Simon N, et al. *Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants*. Biol Psychiatry. 2005;57(11):1467-73.
43. Pehlivanidis A, Papanikolaou K, Spyropoulou AC, Papadimitriou GN. *Comorbid ADHD in adult psychiatric outpatients with depressive or anxiety disorders*. Int J Psychiatry Clin Pract. 2014 Oct;18(4):265-71.
44. Philipsen A, Graf E, Jans T, Matthies S, Borel P, Colla M, et al. *A randomized controlled multicenter trial on the multimodal treatment of adult attention deficit hyperactivity disorder: enrollment and characteristics of the study sample*. Atten Defic Hyperact Disord. 2014; 6(1):35-47.
45. Popper CW. *Antidepressants in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder*. J Clin Psychiatry 1997; 58(Suppl 14):14-29.
46. Rösler M, Ginsberg Y, Arngrim T, Adamou M, Niemelä A, Dejonkheere J, et al. *Correlation of symptomatic improvements with functional improvements and patient-reported outcomes in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder treated with OROS methylphenidate*. World J Biol Psychiatry. 2013;14(4):282-90.
47. Silva D, Colvin L, Hagemann E, Bower C. *Environmental risk factors by gender associated with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Pediatrics. 2014 Jan;133(1):e14-22. DOI: 10.1542/peds.2013-1434. Epub 2013 Dec 2.
48. Schatz DB, Roostain AL. *ADHD with comorbid anxiety a review of the current literature*. J Atten Disord. 2006;10(2):141-9.
49. Schubiner H, Downey KK, Arfken CL, Johanson CE, Schuster CR, Lockhart N, et al. *Double-blind placebo-controlled trial of methylphenidate in the treatment of adult ADHD patients with comorbid cocaine dependence*. Exp Clin Psychopharm. 2002;10(3):286.
50. Solberg BS, Halmøy A, Engeland A, Igland J, Haavik J, Klungsoyr K. *Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder*. Acta Psychiatr Scand 2018; 137: 176-186 DOI: 10.1111/acps.12845
51. Spencer TJ, Faraone SV, Michelson D, Adler LA, Reimherr FW, Glatt SJ, et al. *Atomoxetine and adult attention-deficit/hyperactivity disorder: the effects of comorbidity*. J Clin Psychiatry. 2006;67(3):415-20.
52. Tamam L, Karakus G, Ozpoyraz N. *Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: prevalence and clinical correlates*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2008;258(7):385-93.
53. Torgersen T, Gjervan B, Rasmussen K. *ADHD in adults: a study of clinical characteristics, impairment and comorbidity*. Nord J Psychiatry. 2006;60(1): 38-43
54. Verbeeck W, Tuinier S, Bekkering GE. *Antidepressants in the treatment of adult attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review*. Adv Ther. 2009 Feb;26(2):170-84.
55. Verbeeck W, Bekkering GE, Van den Noortgate W, Kramers C. *Bupropion for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults*. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Oct 2;10:
56. Viktorin A, Rydén E, Thase Meet al. *The Risk of Treatment-Emergent Mania With Methylphenidate in Bipolar Disorder*. Am J Psychiatry. 2017 Apr 1;174(4):341-348.

- 
57. Weiss MD, Weiss JR. *A guide to the treatment of adults with ADHD*. J Clin Psychiatry. 2004; 65:27-37.
58. Wilens TE, Biederman J, Prince J, Spencer TJ, Faraone SV, Warburton R, Schleifer D, Harding M, Linehan C, Geller D. *Six-week, double-blind, placebo-controlled study of desipramine for adult attention deficit/hyperactivity disorder*. Am J Psychiatry 1996, 153(9):1147-1153.
59. Wilens TE, Adamson J, Monuteaux MC, Faraone SV. *Schillinger M, Westerberg D, et al. Effect of prior treatment for attention deficit/hyperactivity disorder on subsequent risk for cigarette smoking and alcohol and drug use disorders in adolescents*. Arch Pediatr Adolesc. Med. 2008; 162(10):916-21.
60. Wilens TE, Morrison NR. *The intersection of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse*. Curr Opin Psychiatry. 2011; 24(4):280.
61. Wingo AP, Ghaemi SN. *A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder*. J Clin Psychiatry. 2007; 68(11):1776-84.
62. Wingo AP, Ghaemi SN. *Frequency of stimulant treatment and of stimulant associated mania/hypomania in bipolar disorder patients*. Psychopharmacol Bull. 2008; 41(4):37-47

## COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it)

### NORME EDITORIALI

**Lunghezza articoli:** da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

**Cartella:** Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

**Ogni articolo deve contenere nell'ordine:**

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:

1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it) in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



**SIP-Lo**

Sezione Regionale Lombarda  
della Società Italiana di Psichiatria

**Presidente:**

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

**Presidente eletto:**

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

**Segretario:**

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

**Vice-Segretario:**

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

**Tesoriere:**

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

**Consiglieri eletti:**

Mario Ballantini (*Sondrio*)  
Franco Spinogatti (*Cremona*)  
Andrea Materzanini (*Iseo*)  
Costanzo Gala (*Milano*)  
Orsola Gambini (*U. Mi Statale*)  
Claudio Cetti (*Como*)  
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)  
Nicola Poloni (*Varese*)  
Antonio Magnani (*Mantova*)  
Emi Bondi (*Bergamo*)  
Ettore Straticò (*Mantova*)  
Roberto Bezzi (*Legnano, Mi*)  
Marco Toscano (*Garbagnate, Mi*)  
Antonio Amatulli (*Sirp.Lo*)  
Caterina Viganò (*Sirp.Lo*)

**RAPPRESENTANTI**

**Sezione "Giovani Psichiatri":**

Alessandro Grecchi (*Milano*)  
Francesco Bartoli (*Monza Brianza*)  
Giacomo Deste (*Brescia*)  
Giovanni Migliarese (*Milano*)

**Membri di diritto:**

Giorgio Cerati  
Angelo Cocchi,  
Arcadio Erlicher,  
Claudio Mencacci,  
Emilio Sacchetti  
Silvio Scarone

**Consiglieri Permanenti:**

Alberto Giannelli  
Simone Vender  
Antonio Vita  
Giuseppe Biffi