



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





# SOMMARIO

AnnoXXXII • 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)  
Gabiella 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** Elogio del silenzio  
di Giannelli A.

**11** Le sfide della psichiatria  
*Ricerca, conoscenza e competenza*  
di Cerveri G., Clerici M., Percudani M.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

**15** Un posto per i giovani  
*Il progetto del Centro Giovani "Ponti" della Asl "Santi Paolo E Carlo" di Milano*  
di Biffi G., Parabiaghi A., Rigliano P.

**30** Adolescenti e identità riflesse  
*Rischi e potenzialità delle nuove tecnologie*  
di Bruno D.

**37** Operatori psico-socio-sanitari ed eventi traumatici  
*Esiti di un'indagine sul Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze*  
di Carnevali S., Lucchini A., Durbano F.

**46** Indagine sulla qualità percepita dall'utenza nei Servizi Territoriali Psichiatrici  
di Cavallaro S., Frediani G., Biagi M.P., Parini A.M., Migliarese G., Mencacci C.

**54** L'impatto delle patologie psichiatriche nei Dipartimenti di Emergenza ospedalieri  
di Fraticelli C., Casolaro I., Cattaneo A., Salemi O.

**64** L'urgenza psichiatrica nella disforia di genere  
di Grecchi A.

**74** ADHD e Disturbo da Uso di Sostanze  
*Peculiarità diagnostiche, cliniche e di trattamento*  
di Migliarese G., Zita G.

**88** L'esperienza budget di salute di comunità dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda con Amicizia Metodologia E Dati Preliminari  
di Morganti C., Porcellana M., Biancorosso C., Fontana R., Lanzo F.R., Malchiodi F., Mastromo D., Motto D., Oltolina M., Savino C., Vairelli F., Zanolio A., Percudani M.

**95** La salute fisica degli utenti  
*Obiettivo condiviso da utenti, operatori, familiari*  
di Porcellana M., Morganti C., Antognoni G., Rapuano A., Lopes C., Maggioni S., Malchiodi F., Oltolina M., Porcu T., Zanolio A., Percudani M.

### PSICHIATRIA FORENSE

**100** La posizione di garanzia e il medico psichiatra  
di Pellegrini P.

### OLTRE LO SPECCHIO

**111** Qualcuno volò sulla villa  
di E.S.

IN COPERTINA: Pietro Baratta, *Saggezza*, 1705-08  
*Santi Giovanni e Paolo, Venice*

©WEB GALLERY OF ART

## PSICHIATRIA OGGI

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:

[www.psichiatriaoggi.it](http://www.psichiatriaoggi.it)

## ADHD e disturbo da uso di sostanze

### *Peculiarità diagnostiche, cliniche e di trattamento*

Giovanni Migliarese\*, Gianmaria Zita\*\*

#### INTRODUZIONE

La presenza di una diagnosi di Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) è stata associata ad un aumento del rischio di utilizzo di sostanze psicotrope e alla presenza di una condizione di Dipendenza da Sostanze (SUD). Manifestandosi come disturbo precoce l'ADHD può essere 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 e all'analisi delle reazioni emotive. In quanto tale 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 tra le quali, in modo preponderante, l'uso di sostanze.

Studi epidemiologici trasversali di comorbidità tra ADHD e dipendenze forniscono dati estremamente significativi: in diversi studi internazionali è stato rilevato che in età adulta il 10% dei soggetti con ADHD soddisfa i criteri diagnostici per un disturbo da uso di sostanze e che, viceversa, circa il 30% dei soggetti adulti con disturbo da uso di sostanze soddisfa i criteri diagnostici per l'ADHD.

La sovrapposizione clinica tra questi quadri pone difficoltà significative su diversi livelli: diagnostico, di manifestazione clinica e di trattamento. Se infatti da un lato i quadri clinici tendono ad influenzarsi reciprocamente, dall'altro è ormai riconosciuto come le due patologie condividano alcune caratteristiche comuni per cui in fase diagnostica è importante valutare quanto si tratti di una

reale forma di comorbidità e definire l'impatto specifico di entrambe le condizioni sul funzionamento del soggetto. Va ricordato che molte sostanze psicotrope producono effetti significativi a livello cognitivo influenzando, tra le altre cose, l'attenzione, la flessibilità cognitiva, la *working memory* e l'impulsività che comportano una variabile compromissione delle capacità inibitorie e la riduzione della soglia necessaria all'*acting* (Gould, 2010; Juárez, 2018): tutti aspetti centrali nel definire il funzionamento e l'adattamento all'ambiente. La fase diagnostica deve prevedere dunque una valutazione approfondita sul funzionamento del soggetto alla ricerca di una modalità di disfunzionamento precoce che nell'ADHD è di norma già evidenziabile in età scolare e viene solo parzialmente modificata dal successivo utilizzo di sostanze.

Nell'impostazione del trattamento devono essere tenute in considerazione ulteriori specificità in quanto, nel paziente con questa specifica forma di doppia diagnosi, è necessario che venga definito un setting strutturato e impostato un intervento con precisi obiettivi, strumenti e limiti. 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.

In questa rassegna verranno esposte le peculiarità cliniche, diagnostiche e di intervento nel soggetto con disturbo da uso di sostanze e ADHD.

#### EPIDEMIOLOGIA

I dati epidemiologici internazionali evidenziano uno stretto legame tra i disturbi da uso di sostanze e l'ADHD. Il legame appare bidirezionale in quanto, nella popolazione adulta, sono stati riscontrati sia elevati tassi di prevalenza di SUD in soggetti con ADHD (Wilens, 2012; Deberdt, 2015), sia elevati tassi di prevalenza di ADHD in soggetti con SUD (Lee, 2011; Charach, 2011; Wilens, 2011).

Studi di popolazione (community-based) segnalano

che soggetti adulti con SUD presentano una prevalenza di ADHD 3 volte superiore rispetto alla popolazione generale (Wilens, 2004). Per i soggetti in trattamento i dati appaiono ancor più marcati: una percentuale compresa tra il 25 e il 50% degli adolescenti con SUD in carico ai servizi per le dipendenze soffrirebbe contestualmente anche di un ADHD non diagnosticato (Frodl, 2010; van Emmerik-van Oortmerssen, 2012). Questo dato risulta sovrapponibile a quello riscontrato nella popolazione adulta. Una metanalisi del 2011 ha segnalato una prevalenza di ADHD in soggetti adulti con disturbo da uso di sostanze del 21% (intervallo di confidenza IC 15,9–27,2) 10, un altro studio, due anni dopo, su più di 3500 pazienti in carico per disturbo da uso di sostanze ha evidenziato la presenza di ADHD in più del 40% dei soggetti (van de Glind, 2014).

Se soggetti adulti con disturbi correlati all'uso di sostanze possono presentare un sottostante quadro ADHD, allo stesso tempo soggetti con ADHD possono presentare disturbi legati all'uso di sostanze.

Fayyad et al. (2007) hanno riscontrato in un campione di soggetti ADHD adulti una prevalenza dell'11,1% di disturbi correlati all'uso di sostanze. Più recentemente, in uno studio trasversale e multicentrico effettuato in diversi paesi europei su un numero decisamente maggiore di soggetti, disturbi correlati all'utilizzo di sostanze (abuso o dipendenza) sono stati riscontrati nel 15% del campione di soggetti adulti con ADHD. Nello stesso studio soggetti con ADHD presentavano problemi connessi all'uso incongruo di alcool nel 14% dei casi 4.

Alcuni dati relativi all'impatto clinico di questa specifica comorbidità segnalano che la presenza dell'ADHD può influenzare il decorso clinico del SUD. Ad esempio, sono stati associati alla presenza di ADHD un esordio più precoce e più grave sul piano clinico del SUD (Arias, 2008; Johann, 2003; Riggs, 1998), una maggior frequenza e rapidità di transizione tra condotte d'abuso a condotte di vera e propria dipendenza, un decorso più prolungato associato a un impatto clinico maggiore, con più frequenti

ricadute e maggior difficoltà a raggiungere e mantenere l'astinenza dalle sostanze (Wilens, 2004; Biederman, 1995; Biederman, 1998; Wilens, 2007). Globalmente la copresenza di ADHD e abuso di sostanze identifica un sottogruppo di pazienti caratterizzati da importante gravità clinica, con tassi maggiori di depressione (Ilomäki, 2008), ideazione suicidaria e comportamenti antisociali (Biederman, 1995; Johann, 2003; Arias, 2008).

L'associazione tra ADHD e SUD può avere origine differente. Sono state ipotizzate la presenza di una predisposizione comune o la condivisione di fattori di rischio (genetici e/o ambientali). Inoltre, essendo l'ADHD un disturbo che si presenta in età più precoce rispetto all'utilizzo di sostanze, l'associazione tra i due disturbi riscontrata in età adulta potrebbe essere determinata dagli effetti favorevoli che alcune caratteristiche dell'ADHD (es. l'elevata impulsività) hanno nell'esposizione alle sostanze, e dal ricorso all'utilizzo di sostanze a scopo *autoterapeutico* per la gestione di un ADHD altrimenti non compensato (Khantzian, 2013). Ad esempio persone che usano nicotina riportano un miglioramento dell'attenzione e delle funzioni esecutive tali per cui questo effetto viene in seguito attivamente ricercato (Zulauf, 2014): è questo il senso secondo alcuni autori per cui l'ADHD potrebbe rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di un susseguente disturbo da utilizzo di sostanze. Poiché l'esordio del disturbo neuroevolutivo generalmente precede l'abuso di sostanze, gli interventi di "autocura" possono comunque avvenire per stemperare, non esclusivamente il disturbo in sé, ma anche le sofferenze psicologiche indotte dal disturbo stesso (Mariani, 2014).

Questa ipotesi ha sempre rappresentato un punto centrale nel tentativo di spiegare il frequente utilizzo di amfetamine o stimolanti in pazienti con ADHD. I pazienti riportano spesso gli effetti calmanti della sostanza assunta, che offrirebbe loro la possibilità di completare le attività quotidiane con una sensazione di tranquillità e di "recuperata normalità" contrapposta all'*ipereccitazione* presente nello stato non intossicato. Queste ricerche sono

state replicate in molte popolazioni di persone affette da SUD come anche in pazienti ADHD in trattamento con metadone a mantenimento che, per lo stesso scopo, utilizzavano Metilfenidato (Van Meer, 2014; Peles, 2015).

Negli ultimi vent'anni nella letteratura scientifica internazionale si sono accumulate alcune evidenze relative al ruolo dell'ADHD nella genesi dei disturbi da uso di sostanze: una metanalisi effettuata su 13 studi di coorte ha evidenziato che la presenza di un ADHD infantile incrementa il rischio di utilizzo incongruo di un diverso numero di sostanze, sia in età adolescenziale, dove è stato associato a un incrementato rischio di utilizzo di nicotina (Odd Ratio: 2,36, IC 1,71-3,27), sia nella giovane età adulta dove è associato a un incrementato rischio di disturbo da uso di alcool (OR: 1,35, IC: 1,11-1,64) (Charach, 2011).

Lee e coll. in una metanalisi su 27 studi longitudinali hanno riscontrato che bambini affetti da ADHD mostrano il doppio delle possibilità di iniziare ad usare tabacco e 3 volte la probabilità di svilupparne una dipendenza rispetto ai controlli (Lee, 2011), mentre altri autori hanno segnalato un aumento 1,5 volte del rischio di abuso di THC e di circa 2 volte relativamente ad alcool e cocaina (Harstad, 2014).

La ricerca scientifica è quindi ormai concorde sul fatto che ragazzi con ADHD abbiano un rischio più che doppio di sviluppare un SUD già dall'adolescenza, dimostrando un esordio precoce di uso di sostanze (Horner, 1997) o più tardi in età adulta (Brook, 2010).

L'associazione tra le due condizioni sembrerebbe essere almeno in parte mediata dalle caratteristiche cliniche dell'ADHD. Sebbene manchino dati su campioni di grandi dimensioni, alcuni studi suggeriscono infatti che il rischio di sviluppare un successivo SUD sia più forte per i sottotipi iperattivo/impulsivo e combinato rispetto al sottotipo disattento (De Alwis, 2014; Liebrez, 2015) suggerendo un ruolo centrale della dimensione impulsiva nella genesi delle dipendenze. Altri studi segnalano una correlazione con il numero di sintomi da disattenzione presentati dal paziente (Gudjonsson, 2012).

Quindi l'uso di sostanze in età tardo adolescenziale ed adulta potrebbe configurarsi, almeno in un sottogruppo di pazienti, come epifenomeno di un ADHD misdiagnosticato e non trattato, anche se l'associazione tra ADHD e SUD sembra essere almeno in parte mediata dalla presenza di un disturbo della condotta o di altre entità cliniche in comorbidità come il disturbo bipolare (Serra-Pinheiro, 2013; Biederman, 1997).

È stato comunque ipotizzato che alcuni fattori esogeni (tra cui potrebbe essere incluso anche l'utilizzo di sostanze) possano slatentizzare un ADHD sottosoglia, rendendosi responsabili di esordi apparentemente tardivi dell'ADHD (PubMed, 2019) e dunque suggerendo un rapporto biunivoco tra le due condizioni.

#### Tabella 1 — Epidemiologia

- Nella popolazione adulta sono stati riscontrati elevati tassi di prevalenza di SUD in soggetti con ADHD, con tassi circa del 10%.
- Nella popolazione adulta sono stati riscontrati elevati tassi di prevalenza di ADHD in soggetti con SUD, con tassi compresi tra il 10 e il 40%.
- La presenza di ADHD può influenzare il decorso clinico del SUD: pazienti con ADHD mostrano un esordio più precoce e più grave del SUD.
- L'associazione tra ADHD e SUD può derivare da una predisposizione comune, dalla condivisione di fattori di rischio comuni (genetici e/o ambientali), dal ruolo predisponente diretto o indiretto dell'ADHD nel favorire l'esposizione alle sostanze.

### CRITICITÀ E COMPLESSITÀ OPERATIVE A LIVELLO DIAGNOSTICO

La frequente sovrapposizione clinica tra ADHD e SUD pone complessità a livello diagnostico e nella strutturazione di un adeguato percorso di trattamento.

Nella clinica, tranne rari casi in cui un soggetto con uso di sostanze è noto per una pregressa diagnosi infantile di ADHD, l'aspetto iniziale e centrale di un percorso di cura è dato dalla possibilità di effettuare correttamente una valutazione relativa all'assetto di base in quei casi

di dipendenza che appaiono suggestivi di un disturbo iperattivo o impulsivo non precedentemente riconosciuto o trattato.

L'accesso di un soggetto ai servizi per le dipendenze implica che il focus della prima valutazione sia centrato sull'uso di sostanze. In questa prima fase viene effettuata una valutazione del tipo di sostanze utilizzate, della frequenza e intensità d'uso e degli eventuali effetti collaterali riportati.

Per fare ciò, nei colloqui di valutazione clinica, oltre ai test e alle scale di valutazione, si dovrebbero ricomprendere sempre dati anamnestici importanti forniti dai *caregivers* rispetto alle performance scolastiche e sociali e ad eventuali problematiche neuropsichiatriche dell'infanzia (CDC, 2018). È già in questa fase che il dubbio clinico relativo alla possibile presenza di un ADHD non diagnosticato può emergere. Caratteristiche comportamentali che possono orientare verso un sospetto di ADHD possono essere, a scopo esemplificativo, reazioni immediate, poco riflessive e permeate di aggressività in risposta, ad esempio, ad indagini più accurate sul pattern di uso delle sostanze. Relativamente ai soggetti più giovani, in età adolescenziale, l'uso di un forte linguaggio oppositivo, le argomentazioni poco convincenti ma sostenute in modo acritico e ripetitivo negando qualsiasi problema correlato all'uso delle sostanze o circa il suo comportamento eccentrico possono essere segnali di un problema di ADHD in comorbidità.

In questo contesto la persona rimane però consapevole dei codici comportamentali adeguati e, pur riconoscendo negli altri gli errori, non riesce ad applicarli a sé stesso. Spesso l'adolescente con ADHD può manifestare altri deficit di *esternalizzazione* che peggiorano ulteriormente le relazioni con i curanti, ma anche con la famiglia e con i "pari" e che contribuisce a rendere più povera la loro qualità della vita (Kang, 2019).

È prassi consolidata, al fine di indagare nei dettagli il comportamento, le modalità di rapportarsi agli altri ed eventuali deficit di attenzione, utilizzare alcune domande

specifiche che possano permettere di effettuare più agevolmente un primo screening e orientare il successivo approfondimento.

S. Kooij ha presentato uno strumento di screening per gli adulti (*Ultra-Short Screening List for ADHD in Adults*) (Kooij, 2013) che potrebbe essere utile anche per ragazzi adolescenti. Vista l'elevata prevalenza di ADHD nei soggetti che accedono ai servizi per le dipendenze, questo test potrebbe rappresentare un utile screening routinario nella prima raccolta anamnestica.

Il sospetto clinico può essere approfondito anche con altri strumenti testali tra cui uno dei più utilizzati è l'*Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS)* (Kessler, 2005). Sebbene gli studi effettuati utilizzando la ASRS in popolazione di soggetti con SUD abbiano dato risultati contrastanti relativamente alla sensibilità e alla specificità dello strumento (Daigre Blanco, 2009; Pedrero Pérez, 2007; Adler, 2009; Chiasson, 2012), la ASRS può orientare il clinico su alcuni aspetti che andranno approfonditi successivamente attraverso l'anamnesi e altre scale maggiormente strutturate (Park, 2015).

Nell'effettuare una valutazione diagnostica per l'ADHD in età adolescenziale o adulta e a maggior ragione nel soggetto con uso di sostanze l'aspetto centrale è dato da una ricostruzione il più possibile precisa e accurata dalla storia clinica (Migliarese, 2015). Questo momento, che prevede anche l'utilizzo di test (sia auto- che etero-somministrati) e il coinvolgimento dei familiari di riferimento, è mirato a valutare se il funzionamento del soggetto in età precoce, ovvero prima dei 12 anni, fosse compatibile con un ADHD non riconosciuto.

Questo dato diviene fondamentale nel soggetto che abusa di sostanze perché l'uso di sostanze influenza le modalità cognitive dell'individuo comportando deficit nell'attenzione e alterando la flessibilità cognitiva, la working memory e la gestione dell'impulsività, tutti aspetti centrali nel definire il funzionamento e l'adattamento all'ambiente (Gould, 2010; Juárez, 2018; Rogers, 2014; Vik, 2004). Il soggetto in fase di dipendenza attiva,

inoltre, può faticare a differenziare tra sintomi primari e sintomi derivati dall'uso di sostanze (Mariani, 2007). Un periodo di astinenza da sostanze, o quantomeno una riduzione importante dell'uso delle stesse sarebbe necessario al fine di stabilire una diagnosi valida, anche se in molti casi questa richiesta è molto difficile da ottenere (Mörstedt, 2015; Zulauf, 2014). Spesso infatti solo una attenta ricostruzione dei sintomi durante i precedenti periodi di astinenza può essere il migliore, se non unico, metodo disponibile per comprendere se i pattern di disattenzione e iperattività possano essere configurabili come disturbo primario o piuttosto indotti dall'uso di sostanze (Mariani, 2007).

Poiché le diagnosi retrospettive di ADHD negli adulti effettuate sulla base di autovalutazione tendono a favorire la sovra-diagnosi deve essere sempre mantenuto un approccio di tipo conservativo: le informazioni collaterali fornite dalla famiglia e l'utilizzo di dati oggettivi, come ad esempio le performance scolastiche e sportive, costituiscono elementi determinanti al fine di comprendere le tempistiche di esordio dell'ADHD rispetto al SUD (Mörstedt, 2015; Kooij, 2019).

#### Tabella 2 — Diagnosi

- Nei pazienti con SUD si deve sospettare la presenza di ADHD in relazione ad alcune caratteristiche anamnestiche, cliniche e del pattern di uso di sostanze.
- In caso di sospetto di ADHD la valutazione deve prevedere un'attenta anamnesi remota e del quadro evolutivo sul funzionamento precedente all'utilizzo di sostanze.
- Alcuni strumenti (*ASRS, Ultra-short Screening List for ADHD in Adults*) possono aiutare il clinico e fornire indicazioni per il successivo approfondimento.
- Un periodo di astinenza da sostanze, o una riduzione importante dell'uso, è spesso necessario al fine di stabilire una diagnosi valida.

#### LO SPECIFICO IMPATTO DEL TRATTAMENTO DELL'ADHD NEL SOGGETTO CON DIPENDENZE

Nel considerare l'impatto che il mancato trattamento di un ADHD può comportare nel soggetto con SUD bisogna considerare diversi aspetti.

Innanzitutto è stato riscontrato in un numero elevato di studi il significativo impatto dei sintomi da ADHD anche su individui non in comorbidità con un uso di sostanze. In queste persone la patologia di base impatta significativamente sul proprio funzionamento in diversi ambiti di vita, sia a livello accademico/lavorativo, che socio-relazionale. I dati sottolineano che questi pazienti ottengono risultati scolastici meno soddisfacenti rispetto ai controlli, hanno un elevato rischio di abbandono scolastico e relative conseguenze, sono spesso esposti a licenziamenti in ambito lavorativo, presentano maggiori problematiche psicosociali e affettive/relazionali. In particolare è stata evidenziata in pazienti affetti da ADHD una maggiore frequenza di divorzi, un numero incrementato di incidenti stradali e sospensioni delle patenti di guida, maggior frequenza di problemi con la giustizia (Kooij, 2019).

È possibile che le evidenze relative al significativo impatto dell'ADHD sul successivo sviluppo dei disturbi da abuso di sostanze e sul decorso di questi, riflettano il fatto che nella genesi del SUD siano implicati tutta una serie di fattori ambientali che l'ADHD tende a slatentizzare. L'ADHD quindi potrebbe agire in senso indiretto, favorendo l'esposizione a fattori ambientali che sono associati allo sviluppo di dipendenze. L'ADHD però, soprattutto nella sua forma iperattivo/impulsiva sembra influenzare direttamente la tendenza all'esposizione alle sostanze (De Alwis, 2018; Liebrez, 2015; Mörstedt, 2015), che è stata riconosciuta correlata direttamente ai livelli di impulsività (Dougherty, 2016).

L'associazione tra ADHD e SUD sembra identificare un sottogruppo di pazienti a peggior prognosi e maggior gravità clinica. Questo potrebbe riflettere quello

che spesso, a livello di intervento con questi pazienti, appare come un vero e proprio circolo vizioso, nel quale le dipendenze amplificano gli aspetti disfunzionali dell'ADHD e l'ADHD rende complesso strutturare un percorso coerente di disintossicazione e astinenza. Il paziente affetto da ADHD clinicamente significativo tende a mostrare un'aderenza parziale ai trattamenti per diversi motivi come: disorganizzazione, dimenticanze, difficoltà a definire le priorità, difficoltà a gestire i tempi. Spesso queste caratteristiche si associano ad elevata impulsività e scarsa capacità di tollerare le frustrazioni: fattori anch'essi fortemente in grado di influenzare il trattamento per le dipendenze.

In questi anni sono stati presentati nella letteratura scientifica internazionale diversi studi mirati a valutare l'impatto del trattamento dell'ADHD sul soggetto adolescente e adulto con comorbidità tra ADHD e SUD.

In particolare in questi studi si è visto che affrontare e trattare l'ADHD già in età pediatrica è associato a una riduzione del rischio di sviluppare condizioni di addiction nell'età adulta. È stato segnalato che l'utilizzo di farmaci specifici (ad es. *metilfenidato*) in bambini con diagnosi di ADHD porta ad una riduzione del rischio di utilizzo ed abuso di sostanze nell'adolescenza e nell'età adulta dell'85% (Biederman, 1995; Philipsen, 2014). Tali osservazioni suggeriscono che la terapia farmacologica precoce possa cambiare la traiettoria della morbilità psichiatrica, relativamente all'utilizzo di sostanze (Katzman, 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).

Se alcuni studi segnalano che il trattamento dell'ADHD in soggetti con SUD si associa a un miglioramento globale del funzionamento e favorisce la disintossicazione dalle sostanze, confermando l'impressione clinica che emerge dal lavoro con un numero significativo

di questi pazienti, i risultati non sono univoci e necessitano di conferme su popolazioni più ampie (Carpentier, 2017; Levin, 2015; Perugi, 2019; Upadhyay, 2017; Wilens, 2008).

Evidenze dimostrano infine che la terapia multimodale, che utilizza trattamenti farmacologici combinati con interventi psicoeducativi o cognitivo-comportamentali, favorisce una diminuzione dei sintomi oltre che un miglioramento della qualità di vita del paziente e della sua funzionalità globale (CADDRA, 2018).

## SPECIFICITÀ DI TRATTAMENTO

Come già affrontato in precedenza, prima di iniziare un trattamento nell'adolescente o nel giovane adulto affetto da una comorbidità SUD e ADHD è necessario un approfondito lavoro diagnostico per valutare quanto le manifestazioni cliniche di iperattività/impulsività e disattenzione siano determinate da un ADHD non trattato o quanto invece siano condizioni emerse in seguito all'uso di sostanze. In caso di accertata comorbidità la strategia principale per affrontare questo disturbo deve sempre tenere presente entrambe le facce della malattia: il disturbo da Uso di Sostanze e i sintomi da ADHD.

La letteratura in merito è concorde che in caso di comorbidità ADHD e SUD dovrebbe generalmente essere definito un gradiente di priorità, trattando 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.

Nel caso di un paziente con SUD e recente riscontro di ADHD, risulta importante coordinare i trattamenti delle due condizioni al fine di massimizzare l'efficacia clinica. Secondo questo criterio appare indicato che il paziente sia preso in carico *contemporaneamente* dagli specialisti che si occupano dei due disturbi al fine di gestire in maniera ottimale l'evoluzione della patologia.

Nell'impostazione del trattamento vi è la necessità che venga definito un setting ben strutturato e che venga impostato e condiviso con il paziente un intervento

con precisi obiettivi, strumenti e limiti. La gestione del problema dell'uso di sostanze dovrebbe mirare da subito a concordare un programma di astensione nel breve/medio termine anche tramite un approccio farmacologico specifico.

Un momento fondamentale, che deve essere già considerato parte del programma di cura, è rappresentato dalla restituzione diagnostica relativa all'ADHD: questa fase è importante perché favorisce una maggior consapevolezza del soggetto rispetto alle sue modalità di (dis)funzionamento fornendo una chiave di lettura efficace rispetto alle difficoltà passate e presenti. La restituzione diagnostica offre anche la possibilità di identificare ed evidenziare gli obiettivi specifici da affrontare nel percorso. Inoltre, riconoscere l'ADHD permette al curante di "leggere" più facilmente alcuni dei comportamenti disfunzionali del soggetto già durante i colloqui di restituzione come anche nel corso del trattamento.

Considerando la gravità del quadro clinico della sintomatologia legata all'ADHD e il pattern più o meno pervasivo di uso delle sostanze, dev'essere impostato il piano di trattamento che deve prevedere interventi di tipo psicologico e interventi farmacologici in associazione o, più raramente, da soli.

#### Tabella 3a — Generalità sul trattamento per soggetto con SUD e comorbidità ADHD

- È necessario definire un gradiente di priorità per affrontare prima la condizione più problematica, funzionalmente invalidante o destabilizzante.
- Il paziente deve essere preso in carico contemporaneamente dagli specialisti che si occupano dei due disturbi al fine di gestire in maniera ottimale l'evoluzione della patologia.
- L'importante definizione del *setting* e dell'intervento strutturato deve essere condivisa con il paziente.
- Restituire la diagnosi di ADHD al paziente per favorire la comprensione delle modalità di funzionamento ed identificare il focus del trattamento.

#### Interventi psicologici

In un paziente affetto da ADHD e SUD la motivazione alla cura e la ritenzione in trattamento è spesso molto bassa (Wilens, 2007), per questo può essere utile un primo approccio che tenda a favorire una stabilizzazione iniziale delle condotte impulsive e un inquadramento del pattern di uso delle sostanze. In questo senso l'intervento motivazionale sembra essere la modalità più idonea per aumentare una iniziale adesione al progetto di cura.

In un secondo momento è importante iniziare un trattamento psicologico che possa intervenire sui sintomi "core" della patologia. Interventi psicoterapeutici efficaci si sono dimostrati essere soprattutto gli interventi di tipo motivazionale e di tipo Cognitivo Comportamentale (Cognitive Behaviour Therapy – CBT) che prevedano la costruzione condivisa di obiettivi terapeutici con il paziente e con la famiglia (Antshel, 2014; Emilsson, 2011). A questo proposito si è nel tempo consolidata anche una letteratura che suggerisce come i giovani pazienti con DUS e ADHD abbiano riportato benefici sia da interventi individuali come anche interventi familiari (Austin, 2005; Waldron, 2008).

La CBT è ormai ritenuta efficace sull'ADHD negli adulti e negli adolescenti in numerosi studi; alcuni autori (Antshel, 2014) hanno recentemente esaminato un modello di CBT modificato basato sul lavoro con gli adulti per applicarlo agli adolescenti e hanno osservato un miglioramento nei sintomi core dell'ADHD e nei sintomi associati confermando la letteratura già esistente che dimostra l'utilità della CBT per ridurre i sintomi di ADHD e DUS (Carroll, 1994; Dennis, 2004; Kaminer, 1998).

#### Interventi farmacologici

Il trattamento farmacologico dovrebbe essere ritagliato specificatamente sul paziente al fine di contrastare l'uso di sostanze, contenendo la sintomatologia astinenziale e il craving, e ridurre i sintomi più invalidanti dell'ADHD per migliorare il funzionamento globale del soggetto.

È molto importante, prima della prescrizione, valutare accuratamente le caratteristiche specifiche dei trattamenti farmacologici erogati e la compliance del paziente al fine di prevenire i rischi legati ad un utilizzo incongruo e ai possibili effetti collaterali dei farmaci. Questo è particolarmente indicato quando vengano utilizzati alcuni trattamenti farmacologici che possiedono caratteristiche farmacodinamiche che possono favorire fenomeni di abuso, tolleranza e dipendenza come ad esempio farmaci psicostimolanti come il Metilfenidato, alcune benzodiazepine soprattutto se a breve emivita, farmaci ipnoinduttori, farmaci sostitutivi, ecc.

All'interno di un programma di intervento globale il trattamento farmacologico per ADHD in soggetti con SUD deve prestare particolare attenzione, come detto prima, a due condizioni:

- soggetti con abusi iniziali e/o dipendenze non ancora conclamate;
- soggetti in trattamento per dipendenze con stabilizzazione clinica.

Il trattamento farmacologico dell'ADHD prevede essenzialmente l'utilizzo di molecole *non-stimolanti* o molecole *stimolanti* che hanno dimostrato efficacia nel ridurre la sintomatologia associata al disturbo e nel favorire un miglioramento del funzionamento globale (Cortese, 2018).

In soggetti ADHD che presentano comorbidità con un Disturbo da Uso di Sostanze è da preferirsi l'uso di agenti non stimolanti come Atomoxetina (ATX), antidepressivi dopaminergici (Bupropione), antidepressivi noradrenergici o farmaci stimolanti long-acting che presentano un minore potenziale di abuso e di diversione rispetto ai corrispettivi *short-acting* (Riggs, 1998; Wilens, 2012).

Il trattamento farmacologico deve essere sempre affiancato da interventi psicoeducazionali individuali o di gruppo per incrementare l'efficacia dello stesso.

### **Metilfenidato (MPH)**

Il MPH è un farmaco con numerosi dati di efficacia nei soggetti con ADHD (Cortese, 2018) che deve il suo funzionamento al legame con i trasportatori sinaptici per la dopamina (DAT) e in minor misura per la noradrenalina, inibendo il *reuptake* presinaptico della dopamina. La sua azione si esplica con l'incremento della concentrazione extracellulare e quindi della neurotrasmissione dopaminergica e noradrenergica a livello della corteccia prefrontale, del Nucleo Accumbens e del Corpo Striato (Heal, 2012).

Il trattamento con MPH nei bambini/adolescenti con ADHD sembra ricoprire un ruolo protettivo rispetto allo sviluppo successivo di SUD (Katusic, 2005; Hammerness, 2017; Chang, 2014).

Gli effetti del trattamento con MPH nei pazienti in doppia diagnosi sono limitati sia sull'ADHD che sulla dipendenza da sostanze 7 anche se sono presenti alcuni dati di efficacia sia nel ridurre i sintomi ADHD che il craving da sostanze, prevalentemente per soggetti con dipendenza attiva da cocaina (Philipsen, 2014; Perugi, 2019).

L'utilizzo di MPH non sembra peggiorare le dipendenze nei soggetti adulti od essere utilizzato in eccesso se all'interno di un corretto monitoraggio (Winhusen, 2011).

È stato sottolineato come il farmaco abbia alcune caratteristiche che possono favorire un utilizzo incongruo favorendo un *enhancement* cognitivo anche nella popolazione sana: l'uso senza indicazione medica di farmaci stimolanti è stato documentato in alcuni studi. Già dieci anni fa l'indagine nazionale sull'uso e la salute delle droghe (NSDUH) ha riscontrato nella popolazione americana che l'8,8% dei ragazzi di età pari o superiore a 12 anni riferiva di aver usato stimolanti tra cui MPH almeno una volta nella vita per incrementare le proprie potenzialità cognitive (Mariani, 2007). Più recentemente l'effetto di Metilfenidato nell'incrementare le prestazioni cognitive è stato messo in discussione (Outram, 2010; Urban, 2017) mentre è presente una mole più consistente di dati relativamente all'uso dei farmaci amfetaminici non

in commercio in Italia (Kaminer, 1998; Cortese, 2018).

Gli effetti stimolanti dei farmaci sono associati a cambiamenti rapidi delle concentrazioni sieriche. Per questo preparazioni a rilascio ritardato di Metilfenidato sono associati a minori effetti stimolanti e presentano un potenziale di abuso inferiore rispetto ai preparati a base a rilascio immediato. Un'ulteriore caratteristica dei preparati a rilascio ritardato che rendono meno probabile la diversione e l'abuso è che sono più difficili da usare attraverso una via di assunzione non orale (ad esempio, iniettati o inalati per via intranasale).

### Atomoxetina (ATX)

Atomoxetina è un inibitore selettivo del reuptake presinaptico della noradrenalina (NRI) e risulta oggi il farmaco non-stimolante principale per il trattamento dell'ADHD negli adulti. L'efficacia clinica di ATX è definita da un effect size di  $-0.45$  (IC da  $-0.58$  a  $-0.32$ ) come dimostrato da una recente metanalisi (Cortese, 2018) su un elevato numero di studi clinici. Atomoxetina non è stata associata a condotte d'abuso, presumibilmente in relazione agli scarsi effetti cognitivi che determina nell'immediato; per questo basso rischio di diversione è un farmaco potenzialmente indicato per il trattamento di soggetti con tendenza ai comportamenti da addiction. Al contrario però è stato segnalato che in soggetti con elevata quota di impulsività si potrebbe incorrere in un maggior rischio di *dropout* dovuto ai tempi protratti di efficacia del farmaco.

Tuttavia l'efficacia di ATX nei soggetti con comorbidità tra SUD e ADHD trova ancora poche conferme in letteratura con alcuni risultati contrastanti (Carpentier, 2014).

Una *review* recente (Clemow, 2017) ha riscontrato che Atomoxetina migliora significativamente i sintomi dell'ADHD in soggetti con ADHD e SUD, seppure i risultati sulle condotte d'abuso non siano univoci. Ad esempio Atomoxetina ha ridotto significativamente i giorni cumulativi di uso di alcol, ma non la latenza alla ricaduta in soggetti con disturbo da uso di alcool, sebbene

un'analisi ulteriore ha suggerito che la risposta clinica positiva dei sintomi core dell'ADHD ad ATX potesse rappresentare la variabile correlata all'astinenza 7 56.

Da segnalare inoltre che Atomoxetina non ha ridotto l'uso di cannabis in una RCT di pazienti con ADHD con uso di cannabis (McRae-Clark, 2010) e non sembra aver potenziato l'effetto della terapia cognitiva/motivazionale rispetto al placebo in uno studio su 70 adolescenti tra i 13 e i 19 anni (Thurstone, 2010).

Nonostante la letteratura ancora scarsa in merito Atomoxetina risulta comunque un farmaco sicuro e da tenere in considerazione per pazienti per i quali sia complesso definire un programma strutturato di intervento che riduca i rischi di abuso di altri farmaci.

### Tabella 3b — Specificità sul trattamento per soggetto con SUD e comorbidità ADHD

- Prevedere un primo intervento motivazionale per aumentare l'adesione alla cura e favorire una stabilizzazione delle condotte.
- Nel momento di maggior adesione alla cura è necessario inserire il paziente in un trattamento psicoterapeutico ad orientamento CBT o motivazionale.
- Pensare di impostare un trattamento farmacologico con farmaci specifici, meglio se farmaci a basso rischio di indurre dipendenza (atomoxetina, bupropione). In caso di utilizzo di metilfenidato sono da preferire formulazioni a rilascio modificato.
- Sono necessari *setting* strutturati per la corretta somministrazione farmacologica e il monitoraggio.

## CONCLUSIONI

La comorbidità tra ADHD e SUD è una condizione che presenta alcune complessità a livello diagnostico, di manifestazione clinica e di trattamento. Clinicamente il soggetto affetto da questa comorbidità rappresenta una sfida per i professionisti che devono riuscire a riconoscere e inquadrare correttamente entrambe le condizioni, definire un gradiente di priorità che guidi l'intervento

---

clinico e gestire i rischi associati al trattamento.

Riconoscere precocemente la presenza di questa comorbidità permette di individuare alcuni dei comportamenti disfunzionali sia durante i colloqui che nel corso del percorso di trattamento e di proporre adeguate risposte cliniche.

La cura della persona con comorbidità tra SUD e ADHD deve avvalersi di un team multidisciplinare, possibilmente basato su una “rete” che coinvolga diversi specialisti su piani differenti. Il *setting* deve essere il più possibile strutturato, ovvero è necessario definire in modo chiaro gli obiettivi attesi e le modalità di intervento, comprese le motivazioni per le eventuali interruzioni del percorso di cura. L'intervento deve in questo senso prevedere visite frequenti e cadenzate ed una gestione attenta delle prescrizioni terapeutiche.

Il trattamento dovrebbe iniziare affrontando il sintomo più disfunzionale, operando un intervento multidimensionale. Sebbene la ricerca ad oggi abbia riportato evidenze solo iniziali, non dev'essere escluso un intervento farmacologico indirizzato sia sui sintomi correlati all'uso di sostanze che sulla sintomatologia propria dell'ADHD: in questi casi la prima scelta riguarderà i farmaci a lento rilascio in grado di offrire una adeguata copertura e ridotte caratteristiche di abuso o farmaci dotati di scarsi rischi di utilizzo incongruo (atomoxetina).

Il trattamento dovrebbe sempre combinare i trattamenti farmacologici ad interventi psicoeducativi, motivazionali e psicologici soprattutto di tipo Cognitivo Comportamentale.

Trattare il paziente affetto da ADHD e SUD rimane ancora una sfida importante che necessita comunque di ulteriori ricerche cliniche.

AFFERENZA DEGLI AUTORI:

*Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASST Fatebenefratelli  
e Sacco Milano*

*\*UOC Psichiatria \*\*UOC Dipendenze*

## BIBLIOGRAFIA

1. Gould, T. J. *Addiction and cognition*. *Addict. Sci. Clin. Pract.* 5, 4–14 (2010).
2. Juárez, C., Molina-Jiménez, T., Morin, J.-P., Roldán-Roldán, G. & Zepeda, R. *Influence of Drugs on Cognitive Functions*. in (2018). doi:10.5772/intechopen.71842
3. Wilens, T. E. & Morrison, N. R. *Substance-use disorders in adolescents and adults with ADHD: focus on treatment*. *Neuropsychiatry* 2, 301–312 (2012).
4. Deberdt, W. et al. *Prevalence of ADHD in nonpsychotic adult psychiatric care (ADPSYC): A multinational cross-sectional study in Europe*. *BMC Psychiatry* 15, 242 (2015).
5. Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., Liu, R. & Glass, K. *Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review*. *Clin. Psychol. Rev.* 31, 328–341 (2011).
6. Charach, A., Yeung, E., Climans, T. & Lillie, E. *Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta-analyses*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 50, 9–21 (2011).
7. Wilens, T. E. & Morrison, N. R. *The intersection of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse*. *Curr. Opin. Psychiatry* 24, 280–285 (2011).
8. Wilens, T. E. *Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues*. *Psychiatr. Clin. North Am.* 27, 283–301 (2004).
9. Frodl, T. *Comorbidity of ADHD and Substance Use Disorder (SUD): a neuroimaging perspective*. *J. Atten. Disord.* 14, 109–120 (2010).
10. van Emmerik-van Oortmerssen, K. et al. *Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis*. *Drug Alcohol Depend.* 122, 11–19 (2012).
11. van de Glind, G. et al. *Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria*. *Drug Alcohol Depend.* 134, 158–166 (2014).
12. Fayyad, J. et al. *Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder*. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 190, 402–409 (2007).
13. Arias, A. J. et al. *Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders*. *Addict. Behav.* 33, 1199–1207 (2008).
14. Johann, M., Bobbe, G., Putzhammer, A. & Wodarz, N. *Comorbidity of alcohol dependence with attention-deficit hyperactivity disorder: differences in phenotype with increased severity of the substance disorder, but not in genotype (serotonin transporter and 5-hydroxytryptamine-2c receptor)*. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 27, 1527–1534 (2003).
15. Riggs, P. D. *Clinical approach to treatment of ADHD in adolescents with substance use disorders and conduct disorder*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 37, 331–332 (1998).
16. Biederman, J. et al. *Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity*. *Am. J. Psychiatry* 152, 1652–1658 (1995).
17. Biederman, J., Wilens, T. E., Mick, E., Faraone, S. V. & Spencer, T. *Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence?* *Biol. Psychiatry* 44, 269–273 (1998).
18. Wilens, T. E. & Fusillo, S. *When ADHD and substance use disorders intersect: relationship and treatment implications*. *Curr. Psychiatry Rep.* 9, 408–414 (2007).
19. Ilomäki, R. et al. *Drug-dependent boys are more depressed compared to girls: a comorbidity study of substance dependence and mental disorders*. *Eur. Addict. Res.* 14, 161–168 (2008).
20. Khantzian, E. J. *Addiction as a self-regulation disorder and the role of self-medication*. *Addict. Abingdon Engl.* 108, 668–669 (2013).
21. Zulauf, C. A., Sprich, S. E., Safren, S. A. & Wilens, T. E. *The complicated relationship between attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders*. *Curr. Psychiatry Rep.* 16, 436 (2014).
22. Mariani, J. J., Khantzian, E. J. & Levin, F. R. *The self-*

- medication hypothesis and psychostimulant treatment of cocaine dependence: an update. *Am. J. Addict.* 23, 189–193 (2014).
23. Van Meer, R. *Stimulant substitution in methamphetamine dependence from the perspective of adult ADHD*. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 48, 95–96 (2014).
  24. Peles, E., Schreiber, S., Linzy, S., Domani, Y. & Adelson, M. *Differences in methylphenidate abuse rates among methadone maintenance treatment patients in two clinics*. *J. Subst. Abuse Treat.* 54, 44–49 (2015).
  25. Harstad, E., Levy, S. & *Committee on Substance Abuse*. *Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse*. *Pediatrics* 134, e293–301 (2014).
  26. Horner, B. R. & Scheibe, K. E. *Prevalence and implications of attention-deficit hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 36, 30–36 (1997).
  27. Brook, D. W., Brook, J. S., Zhang, C. & Koppel, J. *Association between attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescence and substance use disorders in adulthood*. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 164, 930–934 (2010).
  28. De Alwis, D., Lynskey, M. T., Reiersen, A. M. & Agrawal, A. *Attention-deficit/hyperactivity disorder subtypes and substance use and use disorders in NESARC*. *Addict. Behav.* 39, 1278–1285 (2014).
  29. Liebreinz, M., Gamma, A., Ivanov, I., Buadze, A. & Eich, D. *Adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Associations between subtype and lifetime substance use - a clinical study*. *Fl000Research* 4, 407 (2015).
  30. Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F., Sigfusdottir, I. D. & Young, S. *An epidemiological study of ADHD symptoms among young persons and the relationship with cigarette smoking, alcohol consumption and illicit drug use*. *J. Child Psychol. Psychiatry* 53, 304–312 (2012).
  31. Serra-Pinheiro, M. A. et al. *Is ADHD a risk factor independent of conduct disorder for illicit substance use? A meta-analysis and meta-regression investigation*. *J. Atten. Disord.* 17, 459–469 (2013).
  32. Biederman, J. et al. *Conduct disorder with and without mania in a referred sample of ADHD children*. *J. Affect. Disord.* 44, 177–188 (1997).
  33. *Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan*. — PubMed — NCBI. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30195575>. (Accessed: 7th June 2019)
  34. CDC. *ADHD Treatment Recommendations | CDC. Centers for Disease Control and Prevention* (2018). Available at: <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/guidelines.html>. (Accessed: 3rd May 2019)
  35. Kang, N. R. & Kwack, Y. S. *Temperament and Character Profiles Associated with Internalizing and Externalizing Problems in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. *Psychiatry Investig.* 16, 206–212 (2019).
  36. Kooij, J. J. S. *Adult ADHD: Diagnostic Assessment and Treatment*. (Springer-Verlag, 2013).
  37. Kessler, R. C. et al. *The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population*. *Psychol. Med.* 35, 245–256 (2005).
  38. Daigre Blanco, C. et al. *Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) symptom checklist in patients with substance use disorders*. *Actas Esp. Psiquiatr.* 37, 299–305 (2009).
  39. Pedrero Pérez, E. J. & Puerta García, C. *ASRS v.1.1, a tool for attention-deficit/hyperactivity disorder screening in adults treated for addictive behaviors: psychometric properties and estimated prevalence*. *Adicciones* 19, 393–407 (2007).
  40. Adler, L. A., Guida, F., Irons, S., Rotrosen, J. & O'Donnell, K. *Screening and imputed prevalence of ADHD in adult patients with comorbid substance use disorder at a residential treatment facility*. *Postgrad. Med.* 121, 7–10 (2009).
  41. Chiasson, J.-P. et al. *Questioning the specificity of ASRS-v1.1 to accurately detect ADHD in substance abusing populations*. *J. Atten. Disord.* 16, 661–663 (2012).
  42. Park, C.-B. et al. *The effect of repeated exposure to virtual gambling cues on the urge to gamble*. *Addict. Behav.* 41, 61–64 (2015).
  43. Migliarese, G. *ADHD nell'adulto*. *Psichiatria Oggi* (XXVIII), 2015.

44. Rogers, R. D. & Robbins, T. W. *Investigating the neurocognitive deficits associated with chronic drug misuse*. *Curr. Opin. Neurobiol.* 11, 250–257 (2001).
45. Vik, P. W., Cellucci, T., Jarchow, A. & Hedt, J. *Cognitive impairment in substance abuse*. *Psychiatr. Clin. North Am.* 27, 97–109, ix (2004).
46. Mariani, J. J. & Levin, F. R. *Treatment strategies for co-occurring ADHD and substance use disorders*. *Am. J. Addict.* 16 Suppl 1, 45–54; quiz 55–56 (2007).
47. NIDA. *Treatment Approaches for Drug Addiction*. Drugabuse.com Available at: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approaches-drug-addiction>. (Accessed: 3rd May 2019)
48. Mörstedt, B., Corbisiero, S., Bitto, H. & Stieglitz, R.-D. *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Adulthood: Concordance and Differences between Self- and Informant Perspectives on Symptoms and Functional Impairment*. *PloS One* 10, e0141342 (2015).
49. Kooij, J. J. S. et al. *Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD*. *Eur. Psychiatry J. Assoc. Eur. Psychiatr.* 56, 14–34 (2019).
50. Kaye, S. et al. *Persistence and Subtype Stability of ADHD Among Substance Use Disorder Treatment Seekers*. *J. Atten. Disord.* (2016). doi:10.1177/1087054716629217
51. Dougherty, D. M. et al. *Acute effects of methylphenidate on impulsivity and attentional behavior among adolescents comorbid for ADHD and conduct disorder*. *J. Adolesc.* 53, 222–230 (2016).
52. Philipsen, A. 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. Deficit Hyperact. Disord.* 6, 35–47 (2014).
53. Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A. & Klassen, L. J. *Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach*. *BMC Psychiatry* 17, 302 (2017).
54. Carpentier, P.-J. & Levin, F. R. *Pharmacological Treatment of ADHD in Addicted Patients: What Does the Literature Tell Us?* *Harv. Rev. Psychiatry* 25, 50–64 (2017).
55. Levin, F. R. et al. *Extended-Release Mixed Amphetamine Salts vs Placebo for Comorbid Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Cocaine Use Disorder: A Randomized Clinical Trial*. *JAMA Psychiatry* 72, 593–602 (2015).
56. Perugi, G., Pallucchini, A., Rizzato, S., Pinzone, V. & De Rossi, P. *Current and emerging pharmacotherapy for the treatment of adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)*. *Expert Opin. Pharmacother.* 1–14 (2019). doi:10.1080/14656566.2019.1618270
57. Upadhyay, N., Chen, H., Mgbere, O., Bhatara, V. S. & Aparasu, R. R. *The Impact of Pharmacotherapy on Substance Use in Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Variations Across Subtypes*. *Subst. Use Misuse* 52, 1266–1274 (2017).
58. Wilens, T. E. et al. *Atomoxetine treatment of adults with ADHD and comorbid alcohol use disorders*. *Drug Alcohol Depend.* 96, 145–154 (2008).
59. CADDRA Guidelines. *Can. ADHD Pract. Guidel. 4th Edition*, (2018).
60. Wilens, T. E. & Upadhyaya, H. P. *Impact of substance use disorder on ADHD and its treatment*. *J. Clin. Psychiatry* 68, e20 (2007).
61. Antshel, K. M., Faraone, S. V. & Gordon, M. *Cognitive behavioral treatment outcomes in adolescent ADHD*. *J. Atten. Disord.* 18, 483–495 (2014).
62. Emilsson, B. et al. *Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial*. *BMC Psychiatry* 11, 116 (2011).
63. Austin, A. M., Macgowan, M. J. & Wagner, E. F. *Effective Family-Based Interventions for Adolescents With Substance Use Problems: A Systematic Review*. *Res. Soc. Work Pract.* 15, 67–83 (2005).
64. Waldron, H. B. & Turner, C. W. *Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse*. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol. Off. J. Soc. Clin. Child Adolesc. Psychol. Am. Psychol. Assoc. Div. 53* 37, 238–261 (2008).

65. Carroll, K. M. et al. *Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers*. Arch. Gen. Psychiatry 51, 177–187 (1994).
66. Dennis, M. et al. *The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials*. J. Subst. Abuse Treat. 27, 197–213 (2004).
67. Kaminer, Y., Burlison, J. A., Blitz, C., Sussman, J. & Rounsaville, B. J. *Psychotherapies for adolescent substance abusers: a pilot study*. J. Nerv. Ment. Dis. 186, 684–690 (1998).
68. Cortese, S. et al. *Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis*. Lancet Psychiatry 5, 727–738 (2018).
69. Heal, D. J., Smith, S. L. & Findling, R. L. *ADHD: current and future therapeutics*. Curr. Top. Behav. Neurosci. 9, 361–390 (2012).
70. Katusic, S. K. et al. *Psychostimulant treatment and risk for substance abuse among young adults with a history of attention-deficit/hyperactivity disorder: a population-based, birth cohort study*. J. Child Adolesc. Psychopharmacol. 15, 764–776 (2005).
71. Hammerness, P., Petty, C., Faraone, S. V. & Biederman, J. *Do Stimulants Reduce the Risk for Alcohol and Substance Use in Youth With ADHD? A Secondary Analysis of a Prospective, 24-Month Open-Label Study of Osmotic-Release Methylphenidate*. J. Atten. Disord. 21, 71–77 (2017).
72. Chang, Z. et al. *Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse*. J. Child Psychol. Psychiatry 55, 878–885 (2014).
73. Winhusen, T. M. et al. *Subjective effects, misuse, and adverse effects of osmotic-release methylphenidate treatment in adolescent substance abusers with attention-deficit/hyperactivity disorder*. J. Child Adolesc. Psychopharmacol. 21, 455–463 (2011).
74. Outram, S. M. *The use of methylphenidate among students: the future of enhancement?* J. Med. Ethics 36, 198–202 (2010).
75. Urban, K. R. & Gao, W.-J. *Psychostimulants As Cognitive Enhancers in Adolescents: More Risk than Reward?* Front. Public Health 5, (2017).
76. Arria, A. M. & DuPont, R. L. *Nonmedical Prescription Stimulant Use among College Students: Why We Need To Do Something and What We Need To Do*. J. Addict. Dis. 29, 417–426 (2010).
77. Bagot, K. S. & Kaminer, Y. *Efficacy of stimulants for cognitive enhancement in non-attention deficit hyperactivity disorder youth: a systematic review*. Addict. Abingdon Engl. 109, 547–557 (2014).
78. Clemow, D. B., Bushe, C., Mancini, M., Ossipov, M. H. & 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. 13, 357–371 (2017).
79. McRae-Clark, A. L. et al. *A placebo-controlled trial of atomoxetine in marijuana-dependent individuals with attention deficit hyperactivity disorder*. Am. J. Addict. 19, 481–489 (2010).
80. Thurstone, C., Riggs, P. D., Salomonsen-Sautel, S. & Mikulich-Gilbertson, S. K. *Randomized, controlled trial of atomoxetine for ADHD in adolescents with substance use disorder*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 49, 573–582 (2010).

## 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 Lombardia  
della Società Italiana di Psichiatria

#### Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

#### Segretario:

Carlo Fraticelli

#### Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

#### Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

#### Consiglieri eletti:

Mario Ballantini  
Franco Spinogatti  
Gianmarco Giobbio  
Luisa Aroasio  
Carla Morganti  
Federico Durbano  
Alessandro Grecchi  
Camilla Callegari  
Antonio Magnani  
Laura Novel  
Pasquale Campajola  
Giancarlo Belloni  
Marco Toscano  
Antonio Amatulli  
Caterina Viganò

#### RAPPRESENTANTI

##### Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli  
Giacomo D'Este  
Filippo Dragona  
Claudia Palumbo  
Lorenzo Mosca  
Matteo Rocchetti

##### Membri di diritto:

Claudio Mencacci  
Giancarlo Cerveri  
Emi Bondi  
Pierluigi Politi  
Emilio Sacchetti

##### Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli  
Simone Vender  
Antonio Vita  
Giuseppe Biffi  
Massimo Rabboni