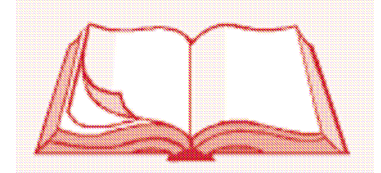


VII Congresso Nazionale AIDAI-AIRIPA



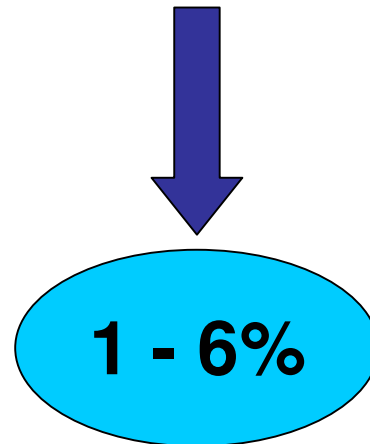
COMORBIDITA' TRA ADHD E DISTURBI DA USO DI SOSTANZE IN ETA' ADULTA

Paola Sciarini
Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali
Università degli Studi di Pavia

Padova, 16 maggio 2009

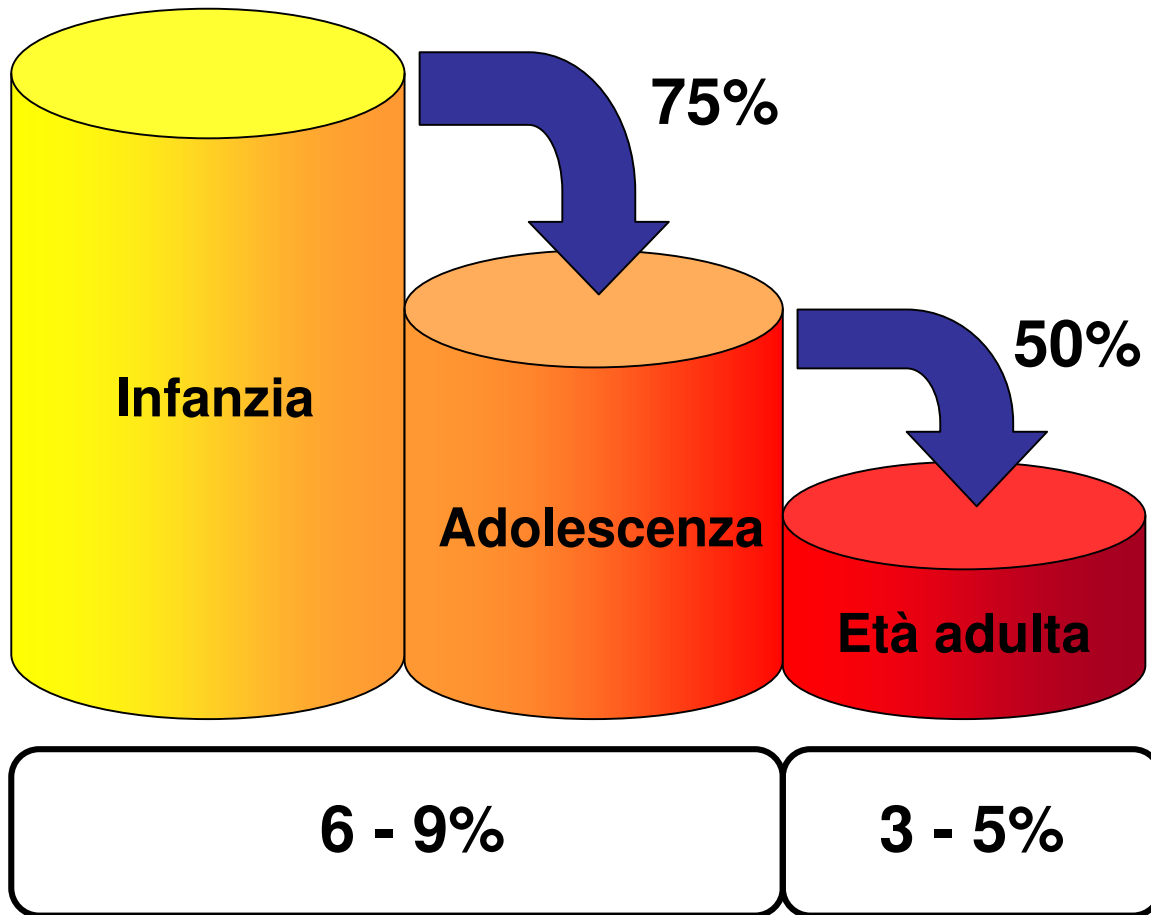
ADHD IN ETA' ADULTA

- Interesse solo recente verso il disturbo
- ADHD non incluso nelle maggiori survey americane (ECA e NCS)
- Stima della prevalenza del disturbo tra gli adulti attraverso estrapolazione da dati di prevalenza del disturbo in infanzia



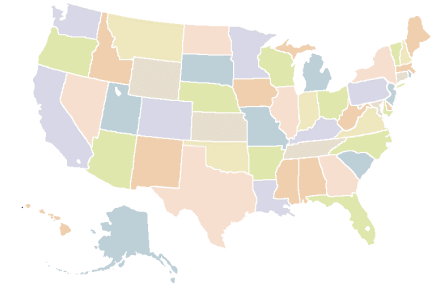
Barkley et al, 2002

EPIDEMIOLOGIA



Kessler et al, 2006
Biederman et al, 2000

EPIDEMIOLOGIA



NCS-R (USA)

- 4,4% della popolazione generale
- più frequente nei **maschi** (OR 1,6)
- frequente comorbidità con altri **disturbi mentali**
- frequente comorbidità con **disturbi da uso di sostanze** (DUS)

Kessler et al, 2006

EPIDEMIOLOGIA

Comorbid Disorder During Previous 12 Months	Prevalence of ADHD ^b				Prevalence of Other Disorders ^c				Analysis ^d	
	Among Respondents With Other Disorders		Among Respondents Without Other Disorders		Among Respondents With ADHD		Among Respondents Without ADHD		Odds Ratio	95% CI
	%	SE	%	SE	%	SE	%	SE		
Mood disorders										
Major depressive disorder	9.4	2.3	3.7	0.5	18.6	4.2	7.8	0.4	2.7*	1.5–4.9
Dysthymia	22.6	5.8	3.7	0.5	12.8	3.4	1.9	0.2	7.5*	3.8–15.0
Bipolar disorder	21.2	3.9	3.5	0.5	19.4	3.8	3.1	0.3	7.4*	4.6–12.0
Any mood disorder	13.1	2.3	2.9	0.5	38.3	5.5	11.1	0.6	5.0*	3.0–8.2
Anxiety disorders										
Generalized anxiety disorder	11.9	3.9	4.0	0.5	8.0	2.5	2.6	0.3	3.2*	1.5–6.9
PTSD	13.4	3.4	3.8	0.5	11.9	3.0	3.3	0.4	3.9*	2.1–7.3
Panic disorder	11.1	3.0	3.9	0.5	8.9	2.5	3.1	0.3	3.0*	1.6–5.9
Agoraphobia	19.1	9.0	4.0	0.5	4.0	2.0	0.7	0.1	5.5*	1.6–18.5
Specific phobia	9.4	1.9	3.6	0.5	22.7	4.2	9.5	0.6	2.8*	1.7–4.6
Social phobia	14.0	2.5	3.2	0.5	29.3	4.3	7.8	0.5	4.9*	3.1–7.6
Obsessive-compulsive disorder	6.5	5.2	4.2	0.5	2.7	2.0	1.3	0.4	1.5	0.2–9.4
Any anxiety disorder	9.5	1.4	2.8	0.5	47.1	5.0	19.5	0.7	3.7*	2.4–5.5
Substance use disorders										
Alcohol abuse	9.5	4.2	4.0	0.5	5.9	2.5	2.4	0.2	2.5	0.9–6.6
Alcohol dependence	11.1	5.9	4.0	0.5	5.8	2.9	2.0	0.4	2.8	0.8–9.8
Drug abuse	7.2	6.6	4.1	0.5	2.4	2.3	1.4	0.2	1.5	0.2–10.5
Drug dependence	25.4	11.7	4.0	0.5	4.4	2.3	0.6	0.1	7.9*	2.3–27.3
Any substance use disorder	10.8	3.6	3.8	0.5	15.2	4.8	5.6	0.6	3.0*	1.4–6.5
Impulse control disorders										
intermittent explosive disorder	12.3	2.5	3.6	0.5	19.6	3.8	6.1	0.5	3.7*	2.2–6.2

Kessler et al, 2006



EPIDEMIOLOGIA

WHO (WMH) surveys

Country	Prevalence, % (s.e.)	n
Belgium	4.1 (1.5)	486
Colombia	1.9 ¹ (0.5)	1731
France	7.3 ² (1.8)	727
Germany	3.1 (0.8)	621
Italy	2.8 (0.6)	853
Lebanon	1.8 ¹ (0.7)	595
Mexico	1.9 ¹ (0.4)	1736
Netherlands	5.0 (1.6)	516
Spain	1.2 ¹ (0.6)	960
USA ³	5.2 (0.6)	3197
Total	3.4 (0.4)	11422

più frequente

- nei **maschi** (OR 1,5)
- nelle persone con **scolarità inferiore alla laurea** ($1,5 < OR < 3$)

Fayyad et al, 2007



EPIDEMIOLOGIA

	Conditional prevalence estimates, % (s.e.)		OR (95% CI) ³
	ADHD/Co ¹	Co/ADHD ²	
Classes of co-occurring disorders			
Mood	11.1 (1.2)	24.8 (2.6)	3.9 (3.0–5.1)
Anxiety	9.9 (1.0)	38.1 (3.1)	4.0 (3.0–5.2)
Substance use	12.5 (2.3)	11.1 (2.0)	4.0 (2.8–5.8)
Number of co-occurring disorders			
Exactly one	5.4 (0.7)	20.4 (2.1)	1.6 (1.3–2.1)
Exactly two	10.3 (1.5)	12.9 (1.6)	3.2 (2.4–4.2)
Three or more	20.3 (2.4)	16.2 (2.4)	7.2 (5.1–10.2)
Any	8.5 (0.8)	49.5 (3.6)	3.9 (3.0–5.2)

1. Conditional prevalence estimates of adult ADHD in the subsamples of respondents with the comorbid disorders.
2. Conditional prevalence estimates of the comorbid disorders in the subsample of respondents with adult ADHD.

EPIDEMIOLOGIA

Anche tra i soggetti con DUS, la copresenza di ADHD è frequente

Dipendenza da
oppiacei

5-22%

Dipendenza da
cocaina

10-35%

Più di 2 sostanze

17-21%

Dipendenza da
alcol

33-71%

Dipendenza da
nicotina

40-70%

Wilens & Dodson, 2004
Wilens, 2004

PRIORITA' TEMPORALE



Co-occurring disorder	ADHD first % (s.e.)	Other disorder first % (s.e.)	Both in same year % (s.e.)	n ¹
Mood disorder	85.6 (2.5)	9.5 (2.4)	4.9 (1.3)	310
Anxiety disorder	49.6 (3.9)	41.2 (4.0)	9.2 (2.0)	312
Specific phobia	34.3 (5.3)	54.8 (5.1)	11.0 (2.8)	185
Any other anxiety disorder	68.5 (4.1)	19.7 (3.2)	11.8 (2.2)	244
Substance use disorder	99.0 (0.7)	0.5 (0.5)	0.4 (0.4)	145

Fayyad et al, 2007

IPOTESI EZIOPATOGENETICHE

- **Impulsività** nell'iniziare ad usare sostanze
- **Fattori genetici**
- **Trattamento farmacologico per ADHD**
- **Self-medication hypotesis:** l'uso di sostanze (cocaina, nicotina, cannabinoidi) per migliorare i sintomi di ADHD

Kalbag & Levin, 2005

Non differenze significative nella scelta del tipo di sostanza

Biederman et al, 1995, 1998

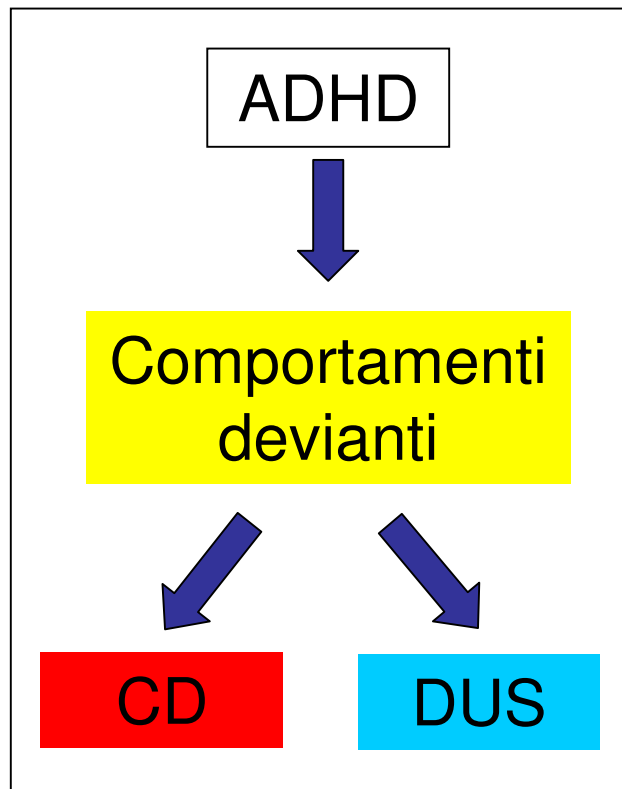
IPOTESI EZIOPATOGENETICHE

- **Un terzo** dei soggetti con ADHD (adolescenti e adulti) riporta automedicazione per disturbi dell'umore o del sonno
- Non si rilevano differenze per quanto riguarda le **motivazioni** per uso di sostanze tra soggetti con ADHD e senza
- Tra i soggetti con ADHD, non si rilevano differenze nei **profili sintomatologici** in relazione alla motivazione riportata (automedicazione vs. "get high")

Wilens, 2007

IPOSTESI EZIOPATOGENETICHE

General deviance model



ADHD come fattore di rischio per comportamenti devianti

Il modello non spiega il fatto che:

- ADHD non risulta associato a DUS quando i CD vengono presi in considerazione
- i soggetti con ADHD e CD hanno un rischio maggiore di sviluppare DUS rispetto ai soggetti che hanno uno solo dei due disturbi

Flory et al, 2003

IPOTESI EZIOPATOGENETICHE

- Possibile **associazione spuria** tra ADHD e DUS mediata dalla copresenza di CD (nel 30-45% dei casi)

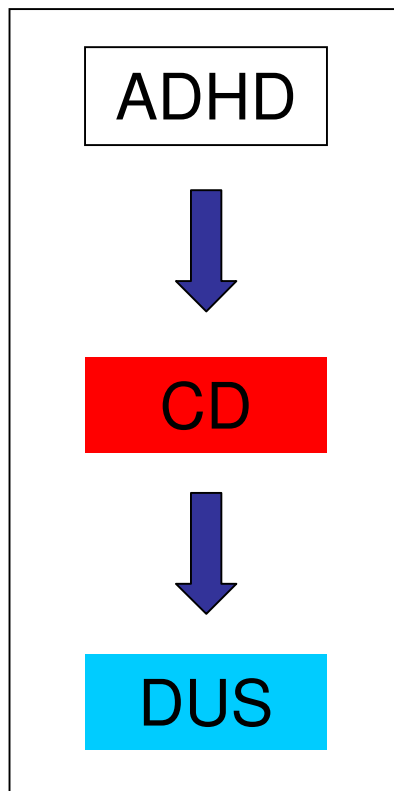
Flory et al, 2003

- Associazione tra precoci problemi di attenzione e successivo DUS è largamente mediato dall'associazione tra i problemi attentivi ed i CD

Fergusson et al, 2007

IPOSTESI EZIOPATOGENETICHE

Risk-factor model



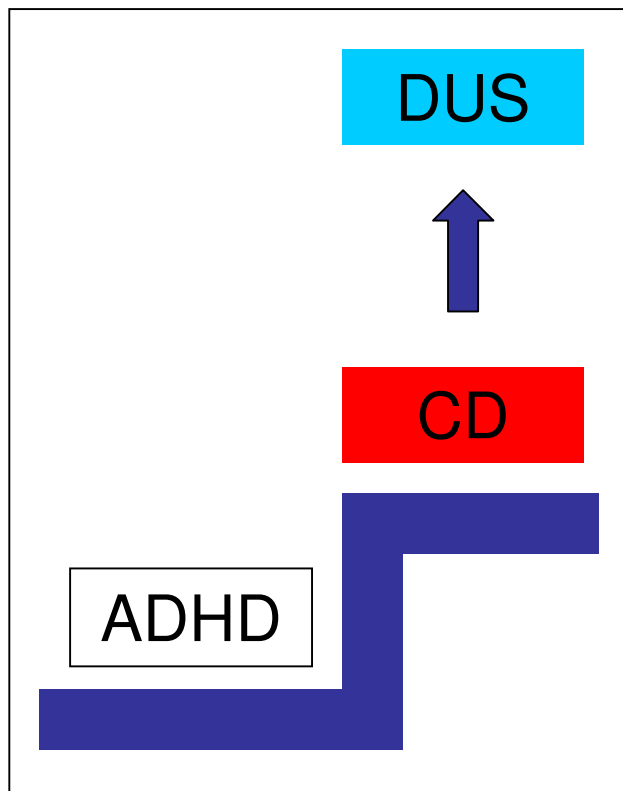
ADHD come fattore di rischio per CD

- ADHD aumenta il rischio di CD e comportamenti antisociali (ad esempio la frustrazione per problemi scolastici o con i coetanei può portare a comportamenti aggressivi)
- il CD risulta associato ad un aumentato rischio di DUS
- in questo modello il ruolo dell'ADHD, rispetto allo sviluppo di un DUS, è "distale" e mediato dal CD

Flory et al, 2003

IPOSTESI EZIOPATOGENETICHE

Stepping-stone model

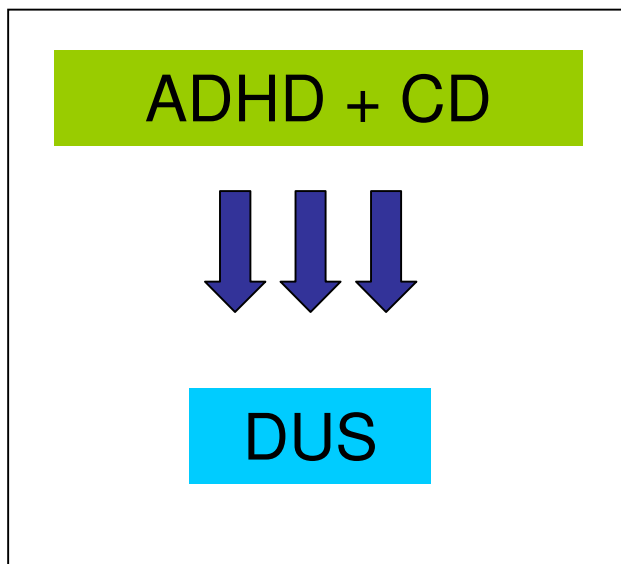


ADHD è il primo gradino nello sviluppo progressivo verso un CD

- non si rileva una relazione diretta tra ADHD e DUS
- la relazione tra ADHD e DUS è mediata da CD, che hanno un ruolo più “prossimale” ed importante

IPOSTESI EZIOPATOGENETICHE

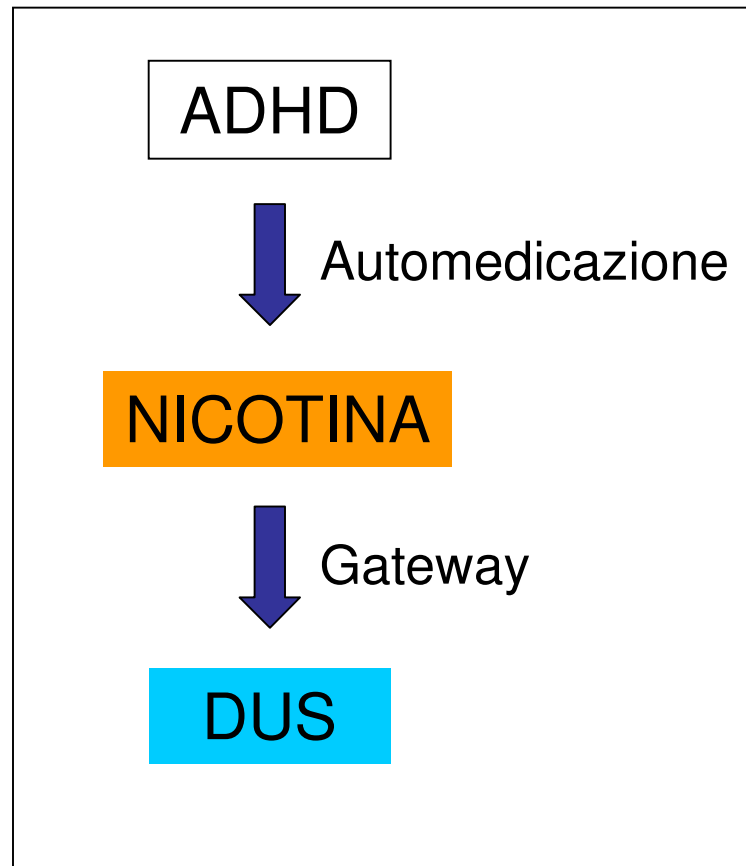
Subtype model



I soggetti con ADHD e CD costituiscono un sottogruppo diagnostico

- ADHD non gioca un ruolo causale di per sé
- fenotipo distinto, indicativo di più alta vulnerabilità allo sviluppo di DUS

IPOTESI EZIOPATOGENETICHE



Relazione tra ADHD e nicotina

- effetti della nicotina sui sintomi di ADHD (es. miglioramento dell'attenzione)
- automedicazione, per ridurre i sintomi dell'ADHD

Flory et al, 2003

- nicotina come gateway per successivo utilizzo di sostanze

Biederman et al, 2006

Wilens, 2007

RELAZIONE TRA ADHD E DUS

Fattori predittivi di DUS in soggetti con ADHD

- Comorbidità con **disturbo bipolare**
- Persistenza di ADHD in **età adulta**
- Comorbidità con **disturbi da comportamento dirompente**
 - disturbo oppositivo provocatorio
 - CD
- Sottotipo **inattentivo** di ADHD
- **Fumo** di sigaretta

Molina & Pelham, 2003

Biederman et al, 2006

DIAGNOSI



- Difficile diagnosticare ADHD negli adulti
- Ulteriormente complicata da **comorbidità con altri disturbi psichiatrici**
- Nei soggetti con DUS
 - difficoltà a ricordare eventuali sintomi in età infantile per compromissione cognitiva correlata alle sostanze
 - mancanza di conferma da parte dei familiari
 - intossicazione o astinenza da alcool o sostanze possono imitare i sintomi di ADHD

Levin, 2007

Processo diagnostico ulteriormente complicato da

- esordio dei sintomi tardivo
- quadro sindromico in infanzia sottosoglia

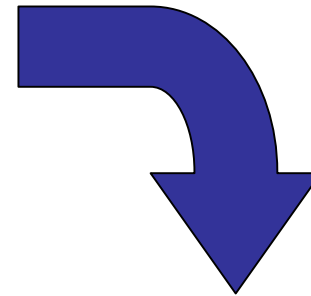
Faraone et al, 2007

DIAGNOSI

- Soggetti con ADHD e ADHD ad esordio tardivo mostrano
 - un'elevata prevalenza di uso di sostanze
 - lo stesso profilo di uso di sigarette e sostanze
 - una maggiore compromissione del funzionamento dovuta all'uso di sostanzerispetto a soggetti con ADHD sottosoglia e senza ADHD
- Soggetti con ADHD sottosoglia hanno un rischio maggiore di fumare sigarette

DIAGNOSI

Intossicazione da
Cocaina
Stimolanti



Quadro sintomatologico
simile a quello dell'ADHD

Astinenza da

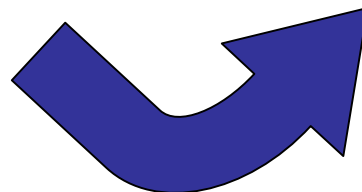
Alcool

Sedativi/ipnotici

Cannabinoidi

Nicotina

Cocaina



DIAGNOSI

Ricostruire una **timeline dei sintomi** di ADHD e del DUS

ADHD

- Esordio dei sintomi
- Tipo di sintomi presentati
- Cambiamento dei sintomi nel tempo



DUS

- Esordio dei sintomi
- Intensità dell'uso di sostanze
- Periodi di astinenza o ridotto utilizzo

Determinare la presenza/assenza di sintomi di ADHD prima dell'utilizzo di sostanze e durante periodi di astinenza

Se i sintomi non sono presenti nei periodi di astinenza o sono intermittenti, il quadro non è compatibile con ADHD

CARATTERISTICHE

ADHD è associato ad una più grave espressione dei DUS e dei disturbi psichiatrici:

- **più precoce** uso di sostanze
- maggior numero di **sostanze** usate contemporaneamente
- maggior numero di **disturbi psichiatrici** in comorbidità
- maggiore tasso di **TS**
- maggior numero di **ospedalizzazioni** per problemi psichiatrici o correlati all'uso di sostanze

Arias et al, 2008

- minore tasso di **mantenimento in trattamento** per DUS

Levin et al, 2004

TRATTAMENTO

Il **trattamento integrato** dei sintomi di ADHD e di DUS ha una maggiore probabilità di produrre esiti positivi rispetto al trattamento di uno solo dei due disturbi

Wilson & Levin, 2001

- **Approccio globale** per valutazione
 - del carico dei sintomi
 - della compromissione del funzionamento
- **Trattamento contemporaneo** di entrambe le condizioni
 - sintomi di ADHD possono interferire con il trattamento del DUS
 - uso di sostanze può limitare i benefici del trattamento dell'ADHD

Mariani & Levin, 2007

TRATTAMENTO

- Quando possibile, **trattare per primo il DUS**, stabilizzandolo

Wilens, 2006

- Approcci farmacologici
- Approcci non farmacologici

McIntosh et al, 2009

- CBT
- psicoeducazione

Mariani & Levin, 2007

- Più alto tasso di drop out

Carroll & Rounsaville, 1993

TRATTAMENTO

Alcool

- Terapia farmacologica
 - BDZ (astinenza)
 - es. naltrexone, disulfiram

Cochrane collaboration, 2005

APA, 2004

- Interventi psicosociali

Oppiacei

- Terapia sostitutiva
 - metadone
 - buprenorfina
- Interventi psicosociali
 - contingency management (CM)

NICE, 2007

TRATTAMENTO

Cocaina

- Terapia farmacologica: le evidenze non rilevano farmaci di stabilita efficacia
 - es. Cochrane collaboration 2003, 2007, 2008
- Interventi psicosociali
 - approcci cognitivo-comportamentali (CBT, CRA)
 - interventi basati su rinforzi positivi (CM)
 - intervista motivazionale
 - prevenzione delle ricadute
 - terapia familiare
 - counselling individuale/di gruppo

EMCDDA, 2007

GESTIONE CLINICA

- Valutazione individualizzata del rischio di abuso e *diversion* in soggetti con DUS
 - anamnesi
 - condizione clinica
 - funzionamento globale
- Enfatizzare l'importanza dell'aderenza alle prescrizioni
- Monitoraggio
 - visite di controllo, valutazione clinica, colloqui con i familiari
 - esami tossicologici
- Attenzione a prescrizioni “perse”, “rubate”... e a richieste di aumento di dosaggio dei farmaci

Mariani & Levin, 2008

CONCLUSIONI

- L'ADHD interessa anche gli adulti
- La comorbidità con DUS è frequente
- Generalmente il DUS è successivo all'ADHD
- La diagnosi di ADHD è complicata dalla presenza del DUS
- La comorbidità tra ADHD e DUS si associa ad un quadro clinico e ad una prognosi peggiore
- Esistono vari approcci ai disturbi, ma quello integrato sembra associato ad esiti migliori
- È importante monitorare nel tempo i pazienti in trattamento

