

## Multimodality Treatment of ADHD: Initial Findings of the MTA Study

James M. Swanson, Ph.D.

University of California, Irvine (USA)

A metà degli anni Novanta è stato progettato uno studio per verificare l'efficacia del trattamento multimodale (MTA) nel Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (Arnold et al., 1997). Nel disegno sperimentale sono stati inclusi 4 trattamenti: terapia farmacologica (MedMgt), terapia comportamentale (Beh), combinazione di entrambi (Comb), e terapia disponibile presso i servizi di pediatria di base (gruppo di controllo, CC).

Per realizzare tale studio, 579 bambini di età compresa tra i 7 e i 9 anni sono stati selezionati in quanto affetti da DDAI-sottotipo combinato (sia disattenti che iperattivi-impulsivi) (Hinshaw et al., 1997), secondo i criteri del DSM-IV. Il trattamento intensivo è stato somministrato per 14 mesi. Attraverso metodi statistici, i dati ottenuti con la valutazione psicologica iniziale sono stati ridotti a 19 variabili-chiave: tali misurazioni sono in grado di coprire le importanti combinazioni dei tre informatori (genitori, insegnanti e bambino) e dei sei domini psicologici (sintomi del DDAI, aggressività-oppositività, sintomi interiorizzati, abilità sociali, relazione genitore-bambino, apprendimento scolastico).

Le prime analisi statistiche rivelano un miglioramento significativo complessivo, a seguito del trattamento, per 10 delle variabili individuate. Inoltre, la presente ricerca ha tentato di rispondere ad alcune domande, quali:

1. Quale trattamento è più efficace nel Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività? (farmacoterapia superiore alla terapia comportamentale).
2. Il trattamento multimodale è superiore a quello unimodale? (il trattamento combinato non è significativamente migliore della farmacoterapia, ma lo è rispetto alla terapia comportamentale).
3. Il trattamento sistematico MTA è migliore rispetto a quelli reperibili presso i servizi di medicina di base? (il trattamento combinato e quello farmacologico sono più efficaci rispetto a quello del gruppo di controllo, ma la terapia comportamentale non fu significativamente migliore di quella del gruppo di controllo).

Inoltre, è stata condotta un'analisi dei moderatori sociali per analizzare l'influenza di altre variabili psico-sociali che potrebbero influenzare l'esito del trattamento MTA. Queste analisi hanno dimostrato che un'eventuale presenza di disturbo d'ansia riduce i benefici della terapia MTA. Anche la compiacenza all'assunzione del farmaco è un mediatore in grado di alterare l'efficacia della terapia farmacologica (migliore compiacenza predice un più elevato beneficio della terapia); la compiacenza al trattamento non è un efficace modulatore degli esiti della terapia comportamentale.

La differenza tra il risultato finale medio dei due trattamenti che includono l'uso del farmaco [(combinato+farmaco)/2] e il risultato finale medio dei due trattamenti che non lo considerano [(terapia comportamentale + controllo)/2], è la misura dell'efficacia del protocollo di trattamento farmacologico MTA: in questo caso, il cosiddetto "size effect" è piuttosto ampio (circa 1.0 per i sintomi di DDAI e DOP). Il confronto tra la terapia multimodale rispetto agli tipi di intervento ha dimostrato che il trattamento combinato non risulta significativamente migliore di quello solamente farmacologico (effect size è circa 0.3 per i sintomi di DDAI e DOP).

L'ultimo confronto riguarda la terapia comportamentale versus quella fornita nei servizi di pediatria di base negli Stati Uniti (che solitamente includono anche il farmaco): in questo caso la differenza tra i due tipi di interventi è praticamente nulla.

Ora il gruppo MTA sta verificando l'efficacia a lungo termine, a 24 e 36 mesi, dei trattamenti. Prima di trarre conclusioni definitive sull'efficacia delle terapie per il DDAI è necessario attendere queste misure di follow-up.

### Bibliografia

1. Arnold LE, Abikoff HB, Cantwell DP, Conners CK, Elliott G, Greenhill LL, Hechtman L, Hinshaw SP, Hoza B, Jensen PS, Kraemer HC, March JS, Newcorn JH, Pelham WE, Richters JE, Schiller E, Severe JB, Swanson JM, Vereen D, Wells KC. National Institute of Mental

Health Collaborative Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (the MTA). Design challenges and choices. *Archives of General Psychiatry* 54(9): 865-70, 1997.

2. Hinshaw SP, March JS, Abikoff H, Arnold LE, Cantwell DP, Conners CK, Elliott GR, Greenhill LL, Halperin J, Hechtman LT, Hoza B, Jensen PS, Newcorn JH, McBurnett K, Pelham WE, Richters JE, Severe JB, Schiller E, Swanson JM, Vereen D, Wells K. Comprehensive assessment of childhood attention-deficit hyperactivity disorder in the context of a multisite, multimodal clinical trial. *Journal of Attention Disorders*, 1:217-234, 1997.
3. MTA Cooperative Group. 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56: 1073-1086, 1999a.
4. MTA Cooperative Group. Effects of Comorbid Anxiety Disorder, Family Poverty, Session Attendance, and Community Medication on Treatment Outcome for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*; 56: 1088-1096; 1999b.