

## ADHD DELL'ADULTO E MISUSO: UN CONFRONTO TRA 2 RICERCHE La direzione da seguire?

**Laura Morbioli\*, Lorenzo Zamboni\*,  
Valentina Peroni, Fabio Lugoboni e GICS\*\***

\* Servizio di Medicina delle Dipendenze, AOUI Verona

\*\* G.I.C.S., Gruppo Intersert di Collaborazione Scientifica (L. Andreoli, V. Balestra, O. Betti, C. Biasin, C. Bossi, A. Bottazzo, A. Bove, R. Bressan, B. Buson, E. Caccamo, V. Calderan, S. Cancian, G. Canzian, F. Cantachin, D. Cantiero, D. Cargnelutti, L. Carraro, D. Casalboni, R. Casari, G. Certa, M. Cibir, P. Civitelli, M. Codogno, T. Cozzi, D. Danieli, L. De Cecco, A. Dei Rossi, E. Dell'Antonio, R. Del Zotto, M. Faccini, M. Fadelli, E. Favero, A. Fiore, B. Fona, A. Franceschini, E. Gaiga, M. Gardiolo, N. Gentile, N. Ghezzi, M. Giacomini, G. Giuli, L. Giannessi, G. Guescini, B. Hanife, S. Laus, G. Mantovani, A. Manzoni, S. Marescato, M. Mazza, D. Meneghello, C. Meneguzzi, D., E. Milan, Mussi, E. Nardi, F. Nardozi, A. Natoli, M. Pagnin, P. Pagnin, A. Pani, V. Pavani, P. Pellachin, F. Peroni, V. Peroni, T. Pezzotti, M.C. Pieri, Povellato L., D. Prosa, B. Pupulin, M. Ripoli, G. Raschi, C. Resentera, M. Residori, P. Righetti, P. Riscica, V. Rizzetto, M. Rotini, A. Rovea, R. Sabbioni, D. Saccon, E. Santo, E. Savoini, M. Scarzella, C. Smacchia, P. Simonetto, M. Stellato, C. Stimolo, L. Suardi, M. Trevisan, G. Urzino, A. Vaiana, A. Valent, M. Vidal, A. Zamai, A. Zanchettin, V. Zavan, G. Zecchinato, M. Zerman, G. Zinfolino)

### Introduzione

**ADHD.** La sindrome da deficit di iperattività ed attenzione (ADHD) è un quadro sintomatico caratterizzato da comportamenti disfunzionali, prevalentemente inattenzione, impulsività ed iperattività motorie, che rende difficoltoso il normale sviluppo e adattamento sociale infantile. La condizione viene diagnosticata circa tre volte più spesso nei maschi rispetto che nelle femmine.

Si tratta di una sindrome molto frequentemente si associa con altri disturbi psichiatrici e ciò non ne facilita la diagnosi. Quelli più frequentemente associati sono i disturbi della condotta, dell'apprendimento, i disturbi d'ansia, la depressione, il disturbo ossessivo-compulsivo, il disturbo bipolare (Sobanski et al, 2008; Sheridan et al, 1995). Si ritiene che l'ADHD interessi tra il 2 ed il 6-7% dei giovani al di sotto dei 18 anni di età, a seconda degli strumenti diagnostici impiegati. Si ritiene che le modifiche ai criteri diagnostici introdotti nel 2014 con il *DSM V* aumenterà la percentuale di persone con ADHD, soprattutto nella popolazione adulta.

I sintomi di ADHD sono molteplici, tra i quali:

- l'essere facilmente distratti, perdere i dettagli, dimenticare le cose, e spesso passare da un'attività all'altra;
- l'aver difficoltà a concentrarsi su una cosa, l'essere annoiati per un compito, dopo pochi minuti, a meno che non si stia facendo qualcosa di divertente, l'aver difficoltà a focalizzare l'attenzione sull'organizzazione e completamento di un compito o nell'imparare qualcosa di nuovo;
- sembrare non ascoltare durante la relazione verbale, sognare ad occhi aperti, andare in confusione e muoversi lentamente;
- avere più difficoltà di elaborazione delle informazioni degli altri, difficoltà a seguire le istruzioni. La predominanza di iperattività-impulsività può includere:
- avere difficoltà a star seduti, spesso contorcendosi, parlare senza sosta, toccare o giocherellare con qualsiasi cosa sia a portata di mano, essere costantemente in movimento, avere difficoltà a svolgere compiti o attività tranquille, essere molto impaziente, fare commenti inappropriati, mostrando le proprie emozioni senza inibizioni, e agire senza tener conto delle conseguenze, avere difficoltà nell'attendere cose che si vogliono o attendere il proprio turno, ridere spesso, con o senza un motivo reale, un comportamento aggressivo tre volte superiore ai coetanei sani (Sobanski et al, 2008; Yoshimasu et al, 1987).

I sintomi possono permanere anche in età adulta (ADHD-A) per circa la metà dei bambini ai quali è stato diagnosticato l'ADHD anche se tale stima è difficoltosa stante la carenza di dati per gli adulti. Tra il 2 e il 5 per cento degli adulti avrebbero l'ADHD. Circa i due terzi dei bambini con ADHD continuano a presentare la condizione da adulti. La quasi totalità degli adulti rimane non trattata e molti di essi intraprendono una vita disordinata e fanno uso di droghe e alcol. Altri problemi possono includere una difficoltà di relazione e di lavoro, con un aumento del rischio di attività criminali e patologie come depressione, disturbi d'ansia, difficoltà di apprendimento. Alcuni sintomi di ADHD negli adulti differiscono da quelli osservati nei bambini. Mentre i bambini con ADHD possono presentare un'attività fisica eccessiva, gli adulti possono sperimentare l'incapacità di rilassarsi o parlare eccessivamente in alcuni contesti sociali. Gli adulti con ADHD possono avviare rapporti impulsivamente, mostrano un comportamento di continua ricerca ed essere irascibili. Comportamenti di dipendenza, come l'abuso di sostanze e il gioco d'azzardo sono comuni. I criteri del DSM-IV sono stati criticati per non essere appropriati per la popolazione adulta (Sobanski et al, 2008; Biederman et al, 1993).

**Il misuso.** L'eroina, nella popolazione italiana, segnala ultimamente un lieve calo: dall'1,3% nel 2012 all'1,01% (CNR, 2015). In Italia la risposta terapeutica al fenomeno delle dipendenze patologiche arriva dai SerD, i servizi pubblici per le dipendenze, nei quali operano oltre 7.000 professionisti con varie specializzazioni. Dal profilo della distribuzione percentuale dei trattamenti erogati nel 2011 si può notare che il

66,4% si tratta di trattamento farmacologico (prevalentemente metadone, pari al 75,1% dei trattamenti farmacologici, e buprenorfina, pari al 13,6% dei casi). Dati provenienti da tutto il mondo indicano che sia il metadone (MTD) che la buprenorfina (BUP) sono oggetto di diversione e misuse da parte degli utilizzatori di oppioidi. L'utilizzo non terapeutico di BUP è drammaticamente aumentato negli ultimi 5 anni, soprattutto in quei soggetti che fanno ancora uso di eroina (Theodore et al, 2014). L'utilizzo endovenoso del MTD, è secondo una ricerca canadese, indice di una forte addiction e di una situazione sociale e di qualità di vita altamente compromessa (Tucker et al, 2015). A ogni modo il MTD resta un ottimo sostitutivo oppioide nelle dipendenze da eroina, anche se richiede una prescrizione attenta da parte del medico curante (Pilgrim et al, 2013, Bernard et al, 2013). Le terapie sostitutive hanno inoltre migliorato la situazione generale degli ex eroinomani, in quanto sono drasticamente calate le loro percentuali di mortalità, morbilità e di incarcerazione (Amato, Minozzi, Davoli, & Vecchi, 2011; Mattick, Breen, Kimber, & Davoli, 2009; Mattick, Kimber, Breen, & Davoli, 2008). La diversione di MTD in soggetti con una terapia oppioide in atto, aumenta il rischio di un'overdose potenzialmente fatale (Madden et al, 2011, Weimer et al, 2011). In letteratura si registra un maggiore rischio di diversione con la BUP rispetto al MTD (Winstock & Lea, 2010; Winstock et al., 2008), ma un alto controllo da parte del personale sanitario sull'assunzione delle terapie sostitutive, riduce notevolmente questo rischio (Dale-Perera et al., 2012; Duffy & Baldwin, 2012), dati non confermati, vista la presenza di ricerche che non trovano tale corrispondenza (Spunt et al., 1986; Winstock et al., 2008). Non si registra invece in letteratura alcuna correlazione tra il misuse e la dose terapeutica prescritta (Duffy & Baldwin, 2012). In Australia l'Illicit Drug Reporting System intervista ogni anno e in ogni stato gli utilizzatori di sostanze per via endovenosa (IDRS, 2011). Costoro costituiscono una popolazione sentinella in grado di indicare le nuove tendenze del mercato. L'automedicazione è stata la ragione più frequentemente addotta rispetto all'uso illegale di oppioidi regolarmente prescritti. La maggior parte di questi farmaci viene utilizzata per controllare i sintomi d'astinenza e per tentare l'autocura della dipendenza (Ajzen, 1991, 2001). I potenziali rischi legati al misuse sono i seguenti: bassa aderenza al trattamento e risultati scarsi, spesso associati all'uso persistente di sostanze e rischi dell'uso per via iniettiva (infezioni sistemiche da batteri e funghi provocate dall'uso per via iniettiva; rischi trombo embolici, potenzialmente molto gravi) (Fugelstad, Stenbacka, Leifman, Nylander, & Thiblin, 2007; Milroy & Forrest, 2000). Inoltre, rischi di overdose, cattiva reputazione dei programmi di trattamento e quindi diffidenza dei nuovi utenti.

### Obiettivi

Gli obiettivi del nostro lavoro sono: descrivere la prevalenza di ADHD rilevato dal questionario ASRS v 1.1 nei soggetti MTD e BUP; descrivere la prevalenza nella ricerca M.IN.O.S.SE di soggetti in terapia sostitu-

tiva oppioide (OS) con episodi di misuse.

### Metodi

Un questionario autosomministrato in autonomia, completamente anonimo e senza ricompensa alcuna, composto di una parte anagrafica e di una scala validata di valutazione (ASRS-v 1.1) è stato proposto a 1057 eroinodipendenti (ED), 778 maschi (76%) e 252 femmine (24%), in terapia sostitutiva (TS) da almeno 3 mesi. 788 ED (590 maschi e 198 femmine) erano in TS con MTD, 242 in TS con BUP (188 maschi e 54 femmine). Lo studio non prevedeva la valutazione di ED di altri tipi di terapia. Per la valutazione di ADHD, è stato utilizzata la Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v 1.1), più rispondente al campione da noi analizzato. I criteri dell'ASRS consentono di evidenziare la presenza di sintomi altamente predittivi circa la possibilità di essere in presenza di disturbo ADHD-A, in accordo coi criteri diagnostici del DSM-IV-TR e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. (Das et al, 2014; Caci et al, 2014). L'ASRS ha mostrato una sensibilità dell'86.7% e una specificità del 66.1%. Il questionario è stato somministrato in un breve lasso di tempo nell'agosto 2014 tra gli ED in TSM di 14 SerD del Nord Italia. In tutto sono stati raccolti 1057 questionari. Al M.IN.O.S.SE, hanno partecipato 26 SerD del Nord e del Centro Italia, i soggetti presi in esame erano assolutamente liberi di accettare o rifiutare lo studio, non hanno dunque subito nessuna pressione. La compilazione del questionario ha garantito il totale anonimato. Il questionario è stato somministrato a tutti gli ED maggiorenni in terapia con MTD o BUP da almeno 3 mesi, senza nessun'altra distinzione. Nessun benefit è stato previsto. Il questionario somministrato è stato costruito appositamente per la ricerca e indagava a 360° gli aspetti del misuse nei TD in terapia di SO. I partecipanti finali allo studio sono stati 1958 (88,91%), i questionari non validi raccolti sono stati 244 (11,08%) per un totale di 2202 soggetti coinvolti. La raccolta dei dati è cominciata nel mese di giugno 2015 e terminata in agosto 2015.

### Risultati

Tabella 1 – La popolazione divisa per sesso e terapia

Sesso	Terapia		Mtd	%	Totale	%
	Bup	%				
Maschi	188	18,25	590	57,28	778	76,5
Femmine	54	5,24	198	19,22	252	23,5
Totale	242	23,49	788	76,51	1030	100,00

La maggior parte del campione è composta da pazienti in MTD (76,51% vs 23,49%), la maggioranza maschile emerge sia nel campione MTD che in quello BUP.

Dalla seconda tabella, emerge che il 19,2% dei soggetti presenta problemi suggestivi di ADHD-A, il 18,3 % dei maschi e il 21,8 % delle femmine. Il 14,5% risultano nella fascia "Alta predittività" del disturbo di ADHD-A. Il 14% dei maschi intervistati e il 15,9% delle femmine si posizionano nella fascia di "Alta predittività"

Tabella 2 – Risultati ASRS, sesso e terapia seguita da almeno 3 mesi

ASRS (gravità crescente)	Sesso	BUP	MTD
Negativo	Maschi	166	470
	Femmine	47	150
Alta predittività	Maschi	18	91
	Femmine	3	37
Necessità di approfondimento	Maschi	4	29
	Femmine	4	11

dell'ADHD-A. I soggetti che necessitano di un approfondimento diagnostico rispetto al campione totale sono il 4,7%. Nel gruppo dei maschi, il 4,2% e il 6% delle femmine necessitano di un approfondimento diagnostico. Se guardiamo la tabella dal punto di vista della terapia oppioide, emerge che: l'8,7% dei pazienti in BUP ottiene un risultato di alta predittività, nello stesso segmento i soggetti in MTD sono il doppio 16,2%. Il 3,3% dei PZ in BUP necessita di un approfondimento diagnostico contro il 5,1% dei PZ in MTD.

Tabella 3 – Misuso per sostanza e frequenza (MINOSSE) Sostanza

Sostanza	N Volte (% rispetto al campione totale)	
	<20 (%)	>20 (%)
Suboxone	28 (1,4)	42 (2,1)
Subutex	67 (3,4)	112 (5,7)
Tot. BUP	95 (4,8)	154 (7,8)
MTD	54 (2,8)	98 (5,0)
MTD_C	61 (3,1)	136 (6,9)
Tot. MTD	115 (5,9)	234 (11,9)

Dai dati del MINOSSE emerge che il 29% dei soggetti dichiarano di aver misusato MTD/BUP per via endovenosa almeno una volta.

Discussione e conclusioni. Confrontare le due ricerche non è possibile e non è nemmeno lo scopo di questo elaborato. Quello che si vuole proporre è una nuova idea di studio: una linea nuova, insolita e poco o nulla percorsa. Le percentuali tra ADHD e Misuso non si discostano di molto, con un suggestivo "overlapping". La popolazione è simile (SerD del Nord e Centro Italia), la numerosità dei campioni abbondante in entrambi i lavori (anche se con alcune mancanze nella ricerca sull'ADHD, dove le femmine in BUP sono molto poche). La percentuale aumenta la sua similarità se consideriamo i soggetti risultati positivi al test ASRS e i soggetti che hanno misusato meno di 20 volte e quelli che hanno misusato più di 20 volte. Nel campione MTD emerge un 17,8% di misusatori e nella BUP un 12,6%. Nei risultati sull'ADHD, il 21,31% dei MTD e l'11,98% dei BUP risulta positivo a qualsiasi livello al questionario ASRS. Potrebbe essere una nuova strada da percorrere. La vicinanza di queste percentuali potrebbe essere uno stimolo per cominciare uno studio che confronti queste due variabili. Molte caratteristiche dell'ADHD favoriscono un uso "scriteriato" di SO: per-

dere i dettagli, dimenticare le cose, essere spesso annoiati, non ascoltare, avere più difficoltà di elaborazione delle informazioni degli altri, difficoltà a seguire le istruzioni, agire senza tener conto delle conseguenze, avere difficoltà nell'attendere cose che si vogliono. L'idea è quella di proseguire in tempi brevi lo studio per vedere se c'è una correlazione tra misuso e ADHD, andare a vedere se i due campioni delle due ricerche si sovrappongono o se la similitudine delle percentuali non sia stata uno scherzo della statistica. Con questo lavoro si propone un'idea, si lancia una sfida. Siamo pronti a raccoglierla.

## BIBLIOGRAFIA

- Sobanski E, Bruggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, Philipsen A, Rietschel M. (2007). Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 371-7.
- Sheridan MJ. (1995). A proposed intergenerational model of substance abuse, family functioning, and abuse/neglect. *Child abuse neglect*, 13:519-30.
- Yoshimasu K, Barbaresi WJ, Colligan RC, Voigt RG, Killian JM, Weaver, Biederman J, Munir K, Knee D. (1987). Conduct and oppositional disorder in clinically referred children with attention deficit disorder: a controlled family study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 13:724-7.
- Sobanski E, Bruggemann D, Alm B, Kern S, Philipsen A, Schmalzried H, Hesslinger B, Waschkowski H, Rietschel M. (2008). Subtype differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) with regard to ADHD-symptoms, psychiatric comorbidity and psychosocial adjustment. *Eur Psychiatry*, 13:142-9.
- Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA, Mick E, Lehman BK, Doyle A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 13:1792-8.
- Das D, Cherbuin N, Easteal S, Anstey KJ. (2014). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms and cognitive abilities in the late-life cohort of the PATH through life study. *PLoS One*, 9:e86552.
- Caci HM, Morin AJ, Tran A. (2014). Prevalence and correlates of attention deficit hyperactivity disorder in adults from a French community sample. *J Nerv Ment Dis.*, 202:324-32.
- Daigre C, Roncero C, Rodríguez-Cintas L, Ortega L, Lligoña A, Fuentes S, Pérez-Pazos J, Martínez-Luna N, Casas M. (2014) Adult ADHD Screening in Alcohol-Dependent Patients Using the Wender-Utah Rating Scale and the Adult ADHD Self-Report Scale. *J Atten Disord*. Epub ahead of print
- Gray S, Woltering S, Mawjee K, Tannock R. (2014) The Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): utility in college students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *PeerJ*, 25;2:e324.
- Ajzen, I. (1991). *The theory of planned behavior*. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52, 27-58
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., & Vecchi, S. (2011). Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004147.pub4>.
- Bernard JP, Havnes I, Slordal L, et al. Methadone-related deaths in? Norway. *Forensic Sci Int*. 2013;224:111-116. ?
- Dale-Perera, A., Goulão, J., & Stöver, H. (2012). Quality of care provided to patients receiving opioid maintenance treatment in Europe: Results from the EQUATOR analysis. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 14, 23-38.
- Duffy, P., & Baldwin, H. (2012). The nature of methadone diversion in England: A Merseyside case study. *Harm Reduction Journal*, 9, <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7517-9-3>.
- Jennifer Stafford, Lucy Burns (2011). *Illicit Drug Reporting System (IDRS) National Report 2011*
- Fugelstad, A., Stenbacka, M., Leifman, A., Nylander, M., & Thiblin, I. (2007). Methadone maintenance treatment: The balance between life-saving treatment and fatal poisonings. *Addiction*, 102, 406-412. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01714.x>
- Madden ME, Shapiro SL. The methadone epidemic: Methadone-related ?deaths on the rise in Vermont. *Am J Forensic Med Pathol*. 2011;32:131- ?135.
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002209.pub2>.
- Mattick, R. P., Kimber, J., Breen, C., & Davoli, M. (2008). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002207.pub3.?>
- Pilgrim JL, McDonough M, Drummer OH. A review of methadone deaths ?between 2001 and 2005 in Victoria, Australia. *Forensic Sci Int*. ?2013;226:216-222.
- Quaglio GL, Lugoboni F, Pajusco B, Fornasiero A, Lechi A, Mezzelani P, Pattaro C, Des Jarlais DC, GICS (2004). Heterosexual relationships among heroin users in Italy. *Drug Alcohol Dependence* 75:207-13.
- Theodore J. Cicero, Matthew S. Ellis, Hilary L. Surratt, Steven P. Kurtz, Factors contributing to the rise of buprenorphine misuse: 2008-2013, *Drug and Alcohol Dependence* 142 (2014) 98-104
- Devin Tucker, MD, M-J Milloy, PhD, Kanna Hayashi, PhD, Paul Nguyen, PhD, Thomas Kerr, PhD, Evan Wood, MD, PhD. Factors Associated with Illicit Methadone Injecting in a Canadian Setting, *The American Journal on Addictions*, 24: 532-537, 2015
- Spunt, B., Hunt, D. E., Lipton, D. S., & Goldsmith, D. S. (1986). Methadone diversion: A new look. *Journal of Drug Issues*, 16, 569-583.
- Use of Illicit Drugs in Italy. Dati 2012. [www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it)
- Weimer MB, Korhuis PT, Behonick GS, et al. The source of methadone ?in overdose deaths in Western Virginia in 2004. *J Addict Med*. ?2011;5:188-202.
- Winstock, A. R., & Lea, T. (2010). Diversion and injection of methadone and buprenorphine among clients in public opioid treatment clinics in New South Wales, Australia. *Substance Use & Misuse*, 45, 240-252, <http://dx.doi.org/10.3109/10826080903080664>.
- Winstock, A. R., Lea, T., & Sheridan, J. (2008). Prevalence of diversion and injection of methadone and buprenorphine among clients receiving opioid treatment at community pharmacies in New South Wales, Australia. *The International Journal on Drug Policy*, 19, 450-458, <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.03.002>.