

14.4

COMORBILITÀ PSICHIATRICA

Scarabello G.*[1], Padoan I.[2]

[1]UOC SerD ULSS 5 Polesana ~ Rovigo ~ Italy, [2]ITC Scuola di psicoterapia cognitivo comportamentale ~ Padova ~ Italy

FOCUS SU PAZIENTI CON ADHD E DISTURBO DA USO DI SOSTANZE STIMOLANTI ALL'INTERNO DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE

1. Introduzione

Le comorbilità psichiatriche nelle dipendenze rappresentano una sfida clinica complessa e sempre più rilevante all'interno dei servizi territoriali. La compresenza di disturbi mentali come depressione, ADHD (Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività), psicosi e altri disturbi psichiatrici nei pazienti con disturbo da uso di sostanze ha importanti implicazioni diagnostiche, terapeutiche e prognostiche.

Nei soggetti con dipendenze, i disturbi psichiatrici

- pre-esistere all'uso di sostanze;
- essere indotti o esacerbati dall'uso di sostanze;
- essere il risultato di un'interazione complessa tra vulnerabilità genetiche, ambientali e neurobiologiche.

Secondo vari studi, oltre il 50% dei pazienti con disturbo da uso di sostanze presenta almeno un altro disturbo psichiatrico.

Tra i disturbi psichiatrici, che maggiormente si rilevano nell'utenza dei servizi per le dipendenze, emergono i disturbi d'ansia che spesso si associano al disturbo da uso di alcol, dove quest'ultimo viene utilizzato come automedicazione e come strategia di coping per la gestione dell'ansia sociale.

Si riscontrano inoltre diversi disturbi psicotici anche gravi, all'interno dei quali risulta cruciale distinguere tra psicosi indotta da sostanze e psicosi primaria (schizofrenia). Sostanze come la cannabis e gli stimolanti possono precipitare o peggiorare psicosi, specialmente in soggetti vulnerabili. In alcuni casi invece le sostanze sono utilizzate per la gestione dei sintomi tipici di questi disturbi.

Con un'alta frequenza si rilevano anche i disturbi di personalità, in particolare borderline e antisociale; questi sono associati a bassa adesione al trattamento,

maggiori impulsività e comportamenti autodistruttivi.

1.1. ADHD e dipendenze: una comorbilità sempre più evidente nei servizi pubblici per le dipendenze

Secondo recenti studi circa il 15-20% dei soggetti con disturbo da uso di sostanze presenta ADHD (soprattutto di tipo combinato: iperattività e disattenzione). I pazienti trattati per disturbo da uso di sostanze hanno tre volte più probabilità rispetto alla popolazione generale di avere ADHD.

L'ADHD si caratterizza principalmente per la presenza di:

- impulsività, disattenzione, iperattività, difficoltà nella regolazione emotiva;
- esordio precoce (età evolutiva) ma spesso non diagnosticato fino all'età adulta.

È noto come l'impulsività possa favorire effettivamente l'iniziazione precoce all'uso di sostanze, aumentando quindi la probabilità di incorrere in una dipendenza; i soggetti con ADHD tendono a cercare stimolazione o a gestire il disagio emotivo tramite le sostanze.

I pazienti con ADHD e dipendenza da sostanze mostrano in linea generale un esordio precoce all'uso di sostanze, un maggior rischio di polidipendenza e un decorso clinico più complesso rispetto agli altri pazienti in carico ai servizi per le dipendenze. Si evidenzia inoltre, una maggiore incidenza di tentativi di suicidio, problemi psicosociali, disabilità e deficit cognitivi che aggravano il percorso clinico di cura rispetto ai pazienti con dipendenza da sostanze senza ADHD.

Negli ultimi anni, all'interno dei servizi pubblici per le dipendenze, si registra un aumento significativo dei casi di comorbilità con il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD), anche se per lungo tempo questo dato è stato probabilmente sottostimato a causa della sovrapposizione dei sintomi dell'ADHD con quelli tipici dell'uso di sostanze stimolanti. Questo aumento riflette una crescente attenzione clinica verso una condizione che, se non riconosciuta precocemente, può evolvere in forme complesse di disagio psichico e comportamentale, spesso associate all'uso problematico di sostanze o al gioco d'azzardo patologico.

In particolare, l'ADHD in età adulta è stato a lungo sottodiagnosticato, ma studi recenti evidenziano come questa condizione possa rappresentare un fattore di vulnerabilità importante nello sviluppo e nel mantenimento delle dipendenze.

2. Trattamento

La gestione della comorbilità tra ADHD e uso di sostanze richiede molta attenzione al fine di costruire un trattamento integrato e multidisciplinare, in quanto si sono registrati tra questi pazienti un maggior numero

di tentativi di suicidio e ricadute rispetto a chi fa uso di sostanze ma non è affetto da ADHD. Pazienti non trattati mostrano instabilità emotiva, relazionale e lavorativa, peggiorando la loro qualità di vita complessiva.

Studi evidenziano che l'approccio integrato (farmaco e psicoterapia) sia efficace nel doppio disturbo. Risulta indispensabile inizialmente un'accurata raccolta della storia del paziente, per capire se l'ADHD fosse presente già prima di iniziare l'uso di sostanze, se sia stato diagnosticato in giovane età e trattato oppure no. Viene data priorità nel contenimento del disturbo più grave, spesso l'uso di sostanze (es. gravità della dipendenza, psicosi, abitudini pericolose); se l'ADHD è documentato antecedente all'uso di sostanze, si può iniziare terapia per l'ADHD in parallelo, sia dal punto di vista farmacologico che una terapia psicologica strutturata (training cognitivo-comportamentale, gestione delle abilità esecutive e gestione dell'impulsività), nonché supporto per i familiari che vivono assieme a questi pazienti di estrema complessità. Il trattamento di mantenimento e l'intervento psicosociale devono essere strettamente sincronizzati con il trattamento ADHD, garantendo un setting multiprofessionale integrato (psichiatri, psicologi, educatori).

2.1. Farmacoterapia

Rispetto al trattamento farmacologico le linee guida (approccio GRADE) raccomandano:

- Atomoxetina: può migliorare sintomi ADHD e ridurre craving in caso di alcol o cannabis (raccomandazione debole); appare efficace sulla disattenzione, meno sull'impulsività.
- Psicostimolanti a rilascio prolungato (es. metilfenidato xt, lisdexamfetamina): efficaci per ADHD, sicuri, ma non riducono significativamente l'uso di sostanze (raccomandazione debole).

Studi recenti hanno evidenziato che gli stimolanti a dosi elevate possono ridurre il rischio di recidiva, soprattutto in contesti come trattamento con metadone o soggetti con dipendenza da cocaina.

2.2. Psicoterapia integrata

Il percorso psicoterapeutico che sembra avere una maggiore efficacia con questi pazienti risulta essere la Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT) integrata con supporto motivazionale; questo approccio ha mostrato miglioramenti significativi nei sintomi ADHD e nell'engagement al trattamento del disturbo da uso di sostanze.

Esempi pratici in contesti italiani:

- Il Centro Italiano ADHD (sedi in Milano, Padova, Bologna, Roma, Bari, etc.) propone programmi in cui

psichiatri esperti in dipendenze collaborano con psicologi per offrire percorsi integrati, che includono gruppi di psicoeducazione, valutazione ADHD e gestione del craving in contesti ambulatoriali dedicati.

- Collaborazioni tra SerD (dipendenze) e CSM (psichiatria) permettono di condividere protocolli su pazienti complessi con ADHD e dipendenze, secondo il modello "doppia diagnosi" proposto in pubblicazioni italiane (es. Zita & Migliarese, 2020).

3. Contesto italiano

3.1. Il trattamento integrato in Italia

In Italia, il modello operativo integrato generalmente coinvolge:

- una valutazione congiunta di ADHD e disturbo da uso di sostanze da parte di psichiatri e specialisti delle dipendenze (SerD/Csm), per individuare la condizione dominante e il pattern tossicomano, con anamnesi evolutiva, includendo dati dai caregiver o familiari per capire il quadro ADHD dall'infanzia;
- l'utilizzo di strumenti specifici per la diagnosi di ADHD (es. ASRS, DIVA-5) integrati con strumenti per la valutazione della gravità della dipendenza e craving, e valutazione della motivazione alla cura;
- interventi di psicoeducazione di gruppo, utili per migliorare la consapevolezza dei sintomi, il coping e la motivazione alla cura, spesso erogati da centri italiani (es. Milano, Bologna, Roma) in collaborazione con associazioni come Centro Italiano ADHD.

3.2. Farmacoterapia per ADHD in Italia

Nei contesti italiani, non ci sono linee guida ufficiali per ADHD adulto e l'uso off-label dei farmaci è frequente. Stimolanti a lento rilascio o non-stimolanti (es. atomoxetina) vengono utilizzati con cautela, soprattutto nei soggetti con precedenti di abuso di farmaci o sostanze stupefacenti. Gli stimolanti a rilascio prolungato (metilfenidato ER, lisdexamfetamina) sono preferiti nei contesti ad alto rischio di diversione e abuso, con stretto monitoraggio, perché efficaci su sintomi di disattenzione e impulsività, ma con limitato effetto sull'uso di sostanze in corso. L'atomoxetina, come detto precedentemente, può essere utile se l'ADHD è associato a craving da alcol o cannabis: migliora la disattenzione ma ha effetti modesti sull'impulsività e sul comportamento di dipendenza.

È emerso che anche l'uso del bupropione dia risultati nel trattamento di pazienti con disturbo di iperattività e disattenzione e uso di sostanze: uno studio pilota su 32 pazienti (18–55 anni) con ADHD e disturbo da uso di sostanze ha valutato l'uso del bupropione SR per 6 settimane. Al termine, è stata osservata una riduzione

clinicamente significativa dei sintomi ADHD (45% su scala ADHD-RS), mentre l'uso di sostanze non ha mostrato cambiamenti significativi. In un trial singolo cieco di 12 settimane con pazienti ADHD e cocaina-dipendenti, la somministrazione del bupropione combinato ad una terapia di prevenzione delle ricadute ha mostrato una riduzione dei sintomi di attenzione/iperattività e del craving, simile a metilfenidato SR. Manuali specializzati suggeriscono di considerare antidepressivi come la desipramina e il bupropione come opzioni di prima linea, proprio per il basso potenziale di abuso rispetto agli stimolanti.

Il profilo farmacologico e la sicurezza del bupropione è data dall'essere un inibitore della ricaptazione della noradrenalina e della dopamina, e, soprattutto nella corteccia prefrontale, può aumentare i livelli di dopamina senza effetti di euforia legati all'abuso; inoltre, a differenza degli stimolanti, presenta un basso potenziale di abuso o diversione. I rischi legati all'utilizzo del bupropione sono: un aumento del rischio di convulsioni, soprattutto se combinato con uso compulsivo di cocaina, o preesistente epilessia. Uno stretto monitoraggio è necessario soprattutto nei casi con storia di tossicodipendenza severa.

L'uso del bupropione appare quindi indicato quando è presente una controindicazione agli stimolanti, o un eccessivo rischio di abuso degli stessi, quando si richiede un effetto antidepressivo aggiuntivo, utile se è presente una comorbilità depressiva, o quando si cerca un'opzione non stimolante, con minore potenziale di dipendenza.

In sintesi:

- il bupropione può ridurre efficacemente i sintomi da ADHD in adulti, con evidenza da trial clinici controllati (riduzioni del 40-50%);
- in presenza di uso di sostanze, gli effetti sulla dipendenza sono modesti se somministrato da solo, ma migliorano se integrato con interventi psicosociali;
- riconosciuto come opzione sicura, con basso potenziale di abuso, ma da gestire con attenzione nel caso di tossicodipendenza attiva;
- è un'alternativa/coadiuvante quando i trattamenti stimolanti o con atomoxetina non sono possibili o non sono efficaci.

Presentiamo ora un caso esemplificativo della nostra esperienza diretta all'interno del SerD, in cui l'applicazione del bupropione si è dimostrato efficace e di determinante aiuto per un funzionamento più adattivo della paziente.

4. Caso clinico

4.1. Il caso di Lara

Lara ha 47 anni, nasce e cresce in un piccolo paese del basso polesine, all'interno di una famiglia composta dai due genitori e da altre due sorelle più grandi di lei. La famiglia d'origine sta bene, non ha particolari difficoltà economiche; la madre è ex insegnante e sindaco del paese, il padre muore a 55 anni per tumore, alcolista, viene descritto come autoritario e poco affettuoso. Lara ha la licenza di scuola media, in passato ha lavorato per qualche anno presso un supermercato, ma, di fatto, non ha mai lavorato stabilmente. Attualmente è disoccupata, vive da sola e la madre la aiuta economicamente (sia per il pagamento del mutuo della casa, sia per le spese quotidiane).

La paziente ha due figlie: E. (14 anni), avuta da una relazione con il primo compagno che ora vive lontano da questo territorio e nel tempo si è costruito un'altra famiglia; P. (7 anni), nata dalla relazione con il secondo compagno, anche questa naufragata quando la bimba aveva circa un anno e mezzo, lasciando di fatto a Lara la gestione di entrambe le bambine. Lara ha consentito contatti costanti con i padri e le nonne paterni, sostenendo lo sviluppo di relazioni positive con questi familiari e mentendo buoni rapporti con entrambe le famiglie.

La paziente ha sempre avuto vicino la madre e le sorelle, che l'hanno aiutata e sostenuta nella crescita delle figlie. A marzo 2025, a seguito di un periodo difficile per la paziente, le figlie sono andate a vivere rispettivamente: E. con la nonna paterna e P. con il padre e la madre di lui (dove già andavano ogni fine settimana), così da permettere a Lara di concentrarsi sul suo percorso di disintossicazione.

4.2. Descrizione del problema:

la dipendenza da sostanze

Esordisce con l'uso di cannabinoidi in età adolescenziale e in seguito alla morte del padre inizia un uso massiccio di cocaina dall'età di circa 20 anni, incrementando anche l'uso di THC e alcool; a 26 anni riesce ad avere un periodo di astinenza quando la madre la manda in Sardegna a lavorare in un ristorante di alcuni conoscenti; al rientro nel territorio d'origine riprende le consuete abitudini con le sostanze che rimangono sempre presenti, con maggior incremento nei momenti di crisi.

4.3. La presa in carico

La lunga storia di abuso di Lara l'ha portata ad avere svariati contatti negli anni presso il Servizio per le Dipendenze, seppur il primo accesso è avvenuto dopo

anni di uso di sostanze. La prima presa in carico infatti avviene ad Ottobre 2015, quando accede per una valutazione per la Commissione patenti a causa di un fermo in stato di ebbrezza; questo si ripete ad Aprile 2016. A Novembre 2018 accede volontariamente al servizio per i suoi problemi con le sostanze (cocaina e thc); il percorso prosegue fino a febbraio 2020, momento in cui, anche a causa del covid, si interrompe. Attualmente è in carico presso il SerD da Gennaio 2024, con frequenza non costante. Da febbraio 2025, con la convocazione per art.75 (possesso di cocaina), la frequenza si fa più assidua.

Durante la valutazione psicologica presso il SerD è emerso chiaramente la presenza di un Deficit di Attenzione e Iperattività mai diagnosticato ma presente fin dall'infanzia. Approfondendo l'anamnesi, infatti, si notano le difficoltà della paziente durante gli anni scolastici, sia nell'apprendimento che nel comportamento, sfociando poi nell'abbandono scolastico e nell'avvicinamento precoce al mondo delle sostanze.

A seguito della valutazione e dell'osservazione nei colloqui clinici, si discute del caso con l'équipe multidisciplinare che concorda con il quadro da probabile ADHD. Viene quindi fatta una visita medica a seguito della quale la paziente inizia una terapia con bupropione, scelta dal medico del servizio per un diminuito rischio di abuso e diversione.

L'uso di thc e cocaina è sempre presente fino al momento in cui Lara inizia la terapia con bupropione, che rende la paziente meno attivata sul fronte emotivo e comportamentale, con un desiderio della sostanza più gestibile. Segue quindi un periodo di astensione dalla cocaina e anche dai cannabinoidi che perdura tutt'ora.

Anche a livello comportamentale, durante i colloqui, si nota che la paziente è più pacata e meno irrequieta, con una riduzione rilevante dell'impulsività, soprattutto nell'ambito della regolazione della rabbia. La maggior stabilità della paziente apre la possibilità di lavorare in profondità sugli schemi disfunzionali che da sempre Lara agisce e che la portano a fare uso di sostanze. La situazione attuale si presenta ancora complessa, in particolare per quanto riguarda l'ambito familiare, sul quale si sta intervenendo in sinergia con il Consultorio Familiare del territorio. La collaborazione con tale servizio risulta fondamentale per la prosecuzione e l'efficacia del progetto in atto.

Fondamentale ai fini dell'efficacia dell'intervento sarà, inoltre, la costante compliance di Lara al trattamento farmacologico e psicoterapeutico, in considerazione della sua marcata fragilità psichica.

5. Conclusioni

L'analisi condotta all'interno dei nostri servizi ha permesso di rilevare osservazioni interessanti, seppur ancora troppo limitate, che sottolineano come il SerD sia un luogo in cui accede una discreta percentuale di pazienti con ADHD, quasi mai diagnosticata prima. L'approfondimento in materia del trattamento di questi pazienti ci porta a concludere che non esiste nel Sistema Sanitario Nazionale italiano un riconoscimento formale del bupropione come terapia standard per ADHD adulto in comorbilità con una dipendenza da sostanze, ma è considerato un'alternativa ragionevole nei casi complessi. Le evidenze riconoscono l'importanza di trattare ADHD e dipendenza contemporaneamente e preferiscono stimolanti quando possibile, ma supportano il ricorso a farmaci non-stimolanti (come il bupropione o atomoxetina) nei pazienti a rischio di abuso o con controindicazioni agli stimolanti.

Questa nuova consapevolezza sta portando molti servizi a rivedere i propri protocolli diagnostici e terapeutici, integrando valutazioni specifiche per l'ADHD nei percorsi di accoglienza e presa in carico così da poter strutturare il percorso di cura più idoneo per questi pazienti. Tuttavia, restano aperte numerose sfide, tra cui la formazione degli operatori, la difficoltà di accesso a diagnosi specialistiche e la scarsità di trattamenti farmacologici e psicoterapeutici integrati.

Bibliografia

- Associazione Italiana Famiglie ADHD APS. (s.d.). L'Associazione Italiana Famiglie ADHD diventa APS. Retrieved September 8, 2025, from <https://www.associazioneaifa.it/lassociazione-italiana-famiglie-adhd-diventa-aps/> Associazione AIFA
- ADHD Italia – Coordinamento di Organizzazioni ADHD Italia. (2024, January 31). "ADHD Italia – Coordinamento di Organizzazioni" – Obiettivi e composizione del coordinamento. Retrieved September 8, 2025, from <https://www.adhditalia.org/associazioneadhditalia/> ADHD Italia
- Goodman, D. W., & Thase, M. E. (2009). Recognizing ADHD in adults with substance use disorders: Treatment considerations and strategies. CNS Spectrums.
- Kollins, S. H. (2008). ADHD, substance use disorders, and psychostimulant treatment: Current literature and treatment guidelines. Journal of Attention Disorders,

12(2), 115–125.

- Maremmani, I., & Gerra, G. (2010). Comorbidità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze: implicazioni cliniche. *Rivista di Psichiatria*, 45(2), 89–98.
- Medicina delle Dipendenze – Italian Journal of the Addictions Medicina delle Dipendenze–Italian Journal of the Addictions. (s.d.). Rivista trimestrale ufficiale della Società Italiana Tossicodipendenze; diretta da Gessa, G. L., Pani, P. P., Maremmani, I., & Tondo, L. (ISSN 2039-7925). Retrieved September 8, 2025, from <http://www.medicinadelledipendenze.it> medicinadelle-dipendenze.it+1
- Ministero della Salute. (2019). Linee guida per il trattamento integrato dei disturbi da uso di sostanze e comorbidità psichiatrica.