

## 14.6

## PREVALENZA E CORRELATI CLINICI DEI SINTOMI DI ADHD NEGLI ADULTI CON DISTURBI DA USO DI SOSTANZE: UNO STUDIO TRASVERSALE

**Besana F.\*[1], Vitale M.[1], Pasquariello S.[1], Negri A.[1], Barbini D.[1], Barbieri E.[1], De Rosa M.[1], Papaluca S.[1], Micheli D.[1], Minci M.[1], Annunziata V.[2], Toscano F.J.[2], Corbelli M.[2], Nicolai C.[1], D'Agostino A.[2]**  
 [1]ASST Santi Paolo e Carlo ~ Milano ~ Italy,  
 [2]Università degli Studi di Milano ~ Milano ~ Italy

Prevalenza e caratteristiche cliniche dei sintomi correlati ad ADHD in pazienti con Disturbo da uso di Sostanze in carico alla SC SerD territoriale ASST Santi Paolo e Carlo.

### Introduzione

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) è un disturbo del neurosviluppo che frequentemente persiste in adolescenza e in età adulta, anche perché spesso non viene precocemente diagnosticato. Diverse evidenze indicano un forte legame tra ADHD e Disturbi da Uso di Sostanze, con meccanismi possibili quali vulnerabilità neurobiologiche condivise e comportamenti di automedicazione di un ADHD non correttamente trattato (Srichawla et al., 2022; Zulauf et al., 2014).

### Metodi

Lo scopo dello studio era indagare la prevalenza di sintomi correlati ad ADHD in una popolazione con DUS in pazienti afferenti alla SC SerD territoriale dell'ASST Santi Paolo e Carlo (Milano). I criteri di inclusione erano: pazienti con DUS diagnosticato secondo i criteri DSM-5 e evidenze di laboratorio. I criteri di esclusione comprendevano: dipendenze comportamentali senza comorbidità con DUS (ad es. gioco d'azzardo) e incapacità di comprendere o rispondere ai questionari di screening. I sintomi di ADHD sono stati valutati tramite l'Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1), mentre le comorbidità psichiatriche sono state rilevate secondo i criteri DSM-5 (Kessler et al., 2005). Sono stati rac-

colti dati socio-demografici, clinici e tossicologici, analizzati mediante statistiche descrittive e univariate.

### Risultati

Su 72 pazienti, 23 (31,5%) sono risultati positivi allo screening ASRS. Gli individui ASRS-positivi erano significativamente più giovani (29,4 vs 39,6 anni;  $p<0,001$ ) e più spesso single (81% vs 37,5%;  $p=0,003$ ). Mostravano una maggiore prevalenza di comorbidità psichiatriche (57,1% vs 42,9%;  $p=0,022$ ) e un uso più elevato di psicofarmaci, in particolare stabilizzatori dell'umore (8,7% vs 0%;  $p=0,034$ ). Inoltre, avevano tassi più alti di positività all'analisi tossicologica su matrice cheratinica (78,3% vs 48%;  $p=0,015$ ) e utilizzavano un maggior numero di sostanze (1,48 vs 0,98;  $p<0,001$ ). Non sono emerse differenze significative per genere o livello di istruzione.

I risultati sono maggiormente dettagliati nella Tabella 1.

Tabella 1. Variabili analizzate

Variabile (N=72)	ASRS negative (N=49)	ASRS positive (N=23)	p value
Età	39,6	29,4	<0,001*
Genere (%donne)	5 (10,2%)	1 (4,3%)	0,402 <sup>b</sup>
Situazione educativa: meno di 8 anni di scolarità	27 (55,3%)	12 (52,2%)	0,776 <sup>b</sup>
Stato civile: single	18 (37,5%)	17 (73,9%)	0,003 <sup>b</sup>
Problemi legali	21 (42,8%)	7 (30,4%)	0,299 <sup>b</sup>
Disturbo da uso di cannabinoidi	8 (16,3%)	8 (34,8%)	0,003 <sup>b</sup>
Disturbo da uso di stimolanti	37 (75,5%)	13 (56,5%)	
Disturbo da uso di oppiacei	1 (2,1%)	1 (4,3%)	
Uso di MDPV	1 (2,1%)	0 (0%)	
Comorbidità psichiatrica	6 (12,2%)	8 (34,8%)	0,022 <sup>b</sup>
Terapia antidepressiva	5 (10%)	6 (26,1%)	0,074 <sup>b</sup>
Terapia stabilizzante dell'umore	0 (0%)	2 (8,7%)	0,034 <sup>b</sup>
Terapia antipsicotica	4 (8%)	3 (13%)	0,497 <sup>b</sup>
Numero di psicofarmaci in terapia	0,38	0,682	<0,001*
Positività all'ultimo esame su matrice cheratinica	23 (46,9%)	18 (78,3%)	0,015 <sup>b</sup>
Numero medio di sostanze rilevate all'ultimo esame su matrice cheratinica	0,98	1,48	<0,001*
Stadio del cambiamento (Detenzione o oltre, Prochaska & Velicer, 1997)	38 (77,5%)	14 (60,9%)	0,093 <sup>b</sup>

### Conclusioni

I risultati evidenziano un'associazione significativa tra sintomi correlati ad ADHD e maggiore gravità clinica nei pazienti con DUS. Gli individui ASRS-positivi mostrano un profilo clinico più complesso, caratteriz-

zato da comorbidità psichiatriche, polifarmacoterapia e maggiore gravità dell'uso di sostanze, suggerendo che un ADHD non diagnosticato in età infantile possa rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di ulteriori condizioni psichiatriche e per pattern d'uso di sostanze più severi o diversificati (Ginsberg et al., 2014). Questi dati sottolineano l'importanza di includere il test ASRS come parte integrante della valutazione clinica di routine nei pazienti con DUS, al fine di identificare precocemente i soggetti a rischio e facilitare interventi terapeutici personalizzati e integrati.

### **Bibliografia**

1. Srichawla BS, Telles CC, Schweitzer M, Darwish B. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorder: A Narrative Review. *Cureus*. 2022 Apr 12;14(4): e24068. doi: 10.7759/cureus.24068. PMID: 35573587; PMCID: PMC9097465.
2. Zulauf CA, Sprich SE, Safren SA, Wilens TE. The complicated relationship between attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2014 Mar;16(3):436. doi: 10.1007/s11920-013-0436-6. PMID: 24526271; PMCID: PMC4414493.
3. Kessler RC, Adler LA, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, Walters EE. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005; 35:245–256. doi: 10.1017/S0033291704002892.
4. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*. 1997 Sep-Oct;12(1):38-48.
5. Ginsberg Y, Quintero J, Anand E, Casillas M, Upadhyaya HP. Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients: a review of the literature. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2014;16(3): PCC.13r01600. doi: 10.4088/PCC.13r01600. Epub 2014 Jun 12. PMID: 25317367; PMCID: PMC4195639.