

Peter Mason

BMedSci BMBS
MRCPSych Consulente
in psichiatria, servizi
per l'ADHD negli
adulti

Taimur Rahman

MBBS PGDipPsych
Specialista
psichiatrico associato,
Birkenhead CMHT,
Cheshire and Wirral
Partnership NHS
Foundation Trust, GB

I vantaggi del trattamento dell'ADHD negli adulti: valutazione di un servizio sperimentale

La sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) avrebbe una prevalenza del 2,5 % negli adulti.¹ Se non trattata, questa patologia comporta notevoli svantaggi psicosociali quali l'insuccesso scolastico, professionale e sociale, nonché un tasso elevato di criminalità e comorbilità psichiatrica.^{2,3}

Nel Regno Unito, nonostante la prevalenza di ADHD e gli svantaggi ad essa legati, la disponibilità terapeutica per gli adulti è limitata. Uno studio recente⁴ ha indicato la possibilità che la terapia per alcuni adolescenti e giovani adulti con ADHD sia prematuramente interrotta. Gli autori dell'articolo suggeriscono che lo sviluppo inadeguato dei servizi per l'ADHD nei centri di salute mentale, la mancanza di risorse, le priorità concomitanti, la riluttanza dei clinici a prescrivere farmaci non autorizzati e la persistenza dell'idea che l'ADHD non esiste negli adulti contribuiscono alla mancata identificazione dei pazienti per l'avvio o il mantenimento terapeutico, anche se clinicamente indicati.

Le attuali linee guida dell'Istituto Nazionale per la Sanità e l'Eccellenza Clinica (NICE)⁵ descrivono tre gruppi di adulti che necessitano il trattamento per l'ADHD: coloro che richiedono per la prima volta una diagnosi, i pazienti con diagnosi pediatrica la cui terapia è stata interrotta, e coloro che provengono da servizi pediatrici e hanno bisogno di una supervisione costante.

NHS Wirral (già Wirral Primary Care Trust) ha istituito un servizio sperimentale per il trattamento dell'ADHD negli adulti nel proprio bacino di utenza. Avviato a gennaio 2008, il servizio si è concentrato su soggetti senza precedente diagnosi di ADHD e su pazienti trattati durante l'infanzia che avevano interrotto il follow up e non seguivano alcuna terapia. Sono stati esclusi i soggetti provenienti direttamente dai servizi pediatrici e dai servizi per la salute mentale dei bambini e degli adolescenti (CAMHS), per i quali era in programma un percorso separato. Il servizio sperimentale prevedeva un incontro settimanale con un consulente psichiatrico e assistenza segretariale. Uno specialista psichiatrico associato, con particolare interesse nell'ADHD, offriva un ulteriore supporto medico.

Il servizio sperimentale

I pazienti inclusi nella valutazione erano stati selezionati tramite la classificazione ASRS⁶ (Adult ADHD

Self-Report Scale) ed erano stati soggetti a una completa valutazione psichiatrica. La lista di controllo ampliata dei sintomi negli adulti, redatta dall'Associazione britannica per la psicofarmacologia, non era stata utilizzata in maniera sistematica, bensì come ausilio per i colloqui.⁷ L'anamnesi dettagliata dello sviluppo era parte fondamentale del colloquio. In assenza di anamnesi, la scala di Wender-Utah⁸ era stata utilizzata per classificare i sintomi dell'infanzia. Durante il colloquio di valutazione e ad ogni successivo incontro di follow up erano state impiegate la scala di valutazione globale del funzionamento (GAF)⁹ e la scala HoNOS.¹⁰

Era stata offerta la terapia farmacologica con psicoeducazione informale durante le sedute, e follow up mensile per consentire la titolazione della dose fino al livello ottimale per i pazienti (autovalutazione). In seguito alla stabilizzazione, i pazienti

erano stati rivalutati trimestralmente e i parametri di pressione, battito cardiaco e peso erano stati registrati a ogni appuntamento.

Il metilfenidato, in formulazione a rilascio prolungato per limitare il rischio di diversione, era stato utilizzato come farmaco di prima linea, e l'atomoxetina come terapia di seconda linea e nella controindicazione del metilfenidato.

Le condizioni di comorbilità erano state trattate secondo pertinenza, e i pazienti le cui esigenze non erano gestibili esclusivamente nel servizio sperimentale venivano indirizzati ad altri servizi.

Test t di Student per dati appaiati erano stati utilizzati prima e dopo sei mesi di trattamento per determinare le variazioni nei punteggi delle scale di GAF, HoNOS e sottosezioni di HoNOS relative al comportamento aggressivo, all'autolesionismo e all'abuso di sostanze.

Risultati

Tra il 1° gennaio 2008 e il 31 marzo 2010, erano stati inviati al servizio sperimentale 197 pazienti (vedere Figura 1). 18 pazienti erano stati inviati impropriamente, 14 dei quali provenivano da CAMHS e dal dipartimento pediatrico, 4 richiedevano una diagnosi per la sindrome di Asperger e uno si era trasferito dal bacino di utenza prima del trattamento. Tra tutti i pazienti, 134 provenivano dall'assistenza primaria, 56 dai servizi di salute mentale per adulti e i rimanenti 7 da CAMHS e dal dipartimento pediatrico.

A marzo 2010, 178 pazienti avevano ricevuto un'offerta di valutazione, 29 dei quali non erano stati ancora valutati e 34 non erano stati ancora esaminati a causa delle continue assenze. Dei 115 pazienti valutati, 8 non erano affetti da ADHD e 107 erano stati diagnosticati con la sindrome.

Questi 107 pazienti avevano ricevuto l'offerta di una terapia farmacologica (vedere Figura 2), tre dei quali erano indecisi sul trattamento; in altre tre pazienti il trattamento farmacologico era controindicato a causa di gravidanza. Queste pazienti erano state esonerate con l'invito a tornare qualora avessero deciso di sottoporsi al trattamento farmacologico.

Ai rimanenti 101 pazienti era stata prescritta la terapia farmacologica. Al termine del periodo di valutazione, cinque pazienti erano stati dimessi poiché non avevano più necessità di farmaci (durata del trattamento 10-18 mesi, media 13 mesi), due si erano spostati fuori dal bacino di utenza e altri 15 pazienti, che avevano iniziato la terapia farmacologica, erano stati esonerati a causa delle frequenti assenze.

Settantanove pazienti si erano attenuti a un follow up regolare. Di essi, 56 (70,8%) assumevano metilfenidato in monoterapia, 7 (8,9%) seguivano una terapia combinata (metilfenidato e atomoxetina) e 12 (15,2%) assumevano solo atomoxetina. Dei rimanenti quattro pazienti, due avevano deciso di interrompere la terapia farmacologica perché insoddisfatti degli effetti, uno aveva preferito continuare l'assunzione di cocaina e amfetamine e uno non tollerava gli effetti collaterali del metilfenidato e dell'atomoxetina. Al termine del periodo di valutazione, 75 pazienti avevano continuato la terapia farmacologica.

La percentuale di assenze presso il servizio sperimentale era del 21% per i nuovi appuntamenti e del 22% per il follow up.

Dei 107 pazienti con diagnosi di ADHD, 72 (67,3%) erano uomini. L'età era compresa tra 17 e 64 anni (29 di media, 9,8 di deviazione standard). Le condizioni di comorbidità sono riportate nella Tabella 1; 28 pazienti (26,2%) non presentavano condizioni concomitanti, 36 (33,6%) soffrivano di una condizione di comorbidità e 43 (40,2%) di due o più condizioni di comorbidità. 45 (42,1%) pazienti erano stati trattati farmacologicamente in precedenza per l'ADHD.

I rischi presentati dai pazienti con diagnosi di ADHD, verso se stessi e verso gli altri, erano considerevoli; solo 37 (34,6%) pazienti non ponevano alcun rischio o un rischio minimo, 18 (16,8%) un rischio verso gli altri, 7 (6,5%) un rischio verso se stessi, 4 (3,7%) mostravano un rischio di vulnerabilità e 41 (38,3%), rischi molteplici.

Nel corso del servizio sperimentale si erano verificate 15 aggressioni gravi, 7 episodi di autolesionismo (tra cui ferite e overdose) e 3 episodi di sfruttamento aggravato (tra cui uno stupro e un assalto).

Tra i pazienti diagnosticati con ADHD, 23 avevano solo bisogno di medicinali, tuttavia 63 avrebbero tratto beneficio da interventi psicologici, singoli o in associazione alla terapia farmacologica, mentre 19 avrebbero tratto beneficio da un approccio multidisciplinary all'assistenza, data la complessità della loro presentazione e dei rischi associati.

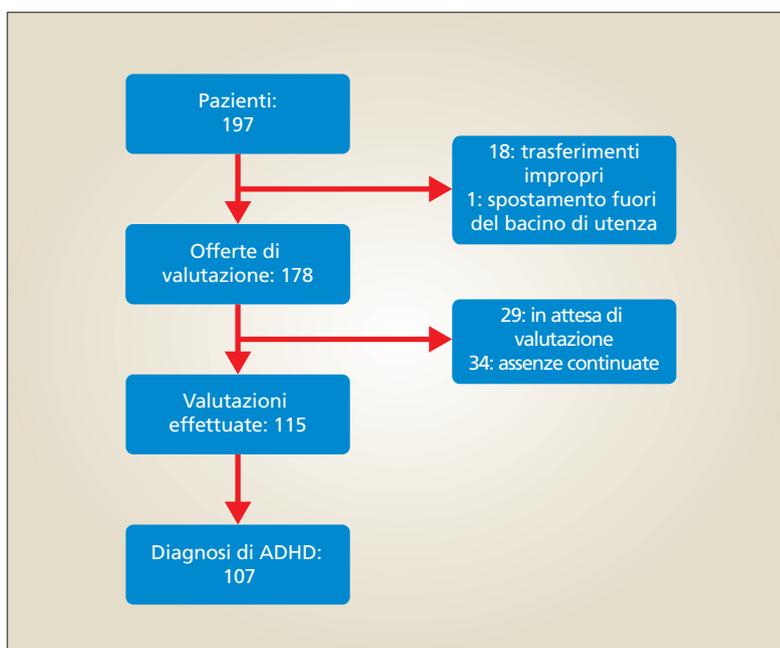


Figura 1. Risultati amministrativi di tutti i pazienti inviati al servizio sperimentale

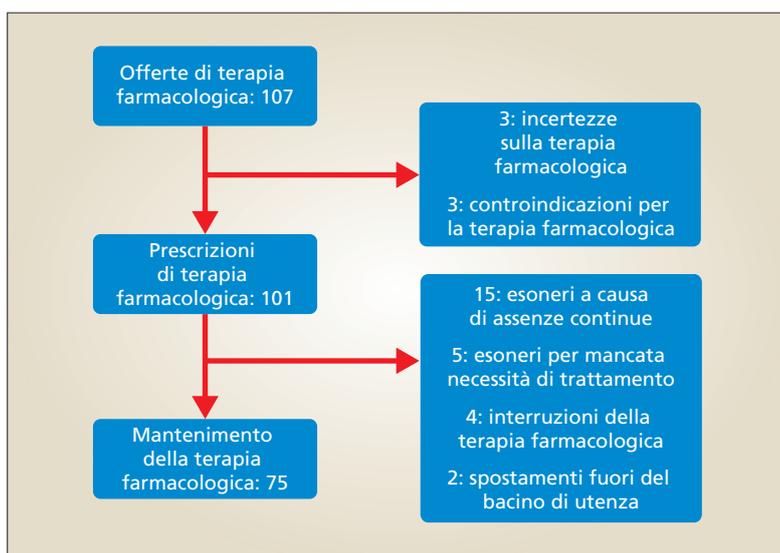


Figura 2. Risultati amministrativi di tutti i pazienti diagnosticati con ADHD

Tabella 1. Condizioni di comorbidità nei pazienti con diagnosi di ADHD

Abuso di sostanze	40 pazienti
Disturbi d'ansia	26 pazienti
Disturbi di personalità	21 pazienti
Depressione	17 pazienti
Psicosi	10 pazienti
Sindrome di Asperger	5 pazienti
Difficoltà di apprendimento	2 pazienti
Sindrome di Tourette	1 paziente

sciplinare all'assistenza, data la complessità della loro presentazione e dei rischi associati.

La Tabella 2 riporta i risultati dei 56 pazienti che avevano mantenuto i contatti con il servizio sperimentale per sei mesi o più. L'esito dei test t per dati appaiati indica un miglioramento statisticamente si-

Tabella 2. Risultati dei 56 pazienti che hanno mantenuto i contatti con il servizio sperimentale per sei mesi o più

Scala di valutazione globale del funzionamento (GAF)				
Punteggio	Media	Deviazione standard	Intervallo	Test t per dati appaiati
Alla valutazione	59,14	7,07	40–85	t = 5,8625 df = 55 p < 0,0001
Al follow-up	64,55	8,78	50–85	
Scala HoNOS				
Punteggio	Media	Deviazione standard	Intervallo	Test t per dati appaiati
Alla valutazione	10,70	4,29	3–23	t = 5,5314 df = 55 p < 0,0001
Al follow-up	8,27	4,21	0–14	
Comportamento iperattivo, aggressivo, dirompente o agitato				
Punteggio	Media	Deviazione standard	Intervallo	Test t per dati appaiati
Alla valutazione	1,34	0,84	0–4	t = 4,8757 df = 55 p < 0,0001
Al follow-up	0,88	0,81	0–4	
Autolesionismo non accidentale				
Punteggio	Media	Deviazione standard	Intervallo	Test t per dati appaiati
Alla valutazione	0,46	0,91	0–3	t = 1,0163 df = 55 p = 0,3139
Al follow-up	0,32	0,79	0–3	
Problemi con l'alcol o uso di stupefacenti				
Punteggio	Media	Deviazione standard	Intervallo	Test t per dati appaiati
Alla valutazione	0,96	1,24	0–4	t = 3,3766 df = 55 p = 0,0014
Al follow-up	0,52	0,93	0–3	

Legenda: gl = grado di libertà

gnificativo dei sintomi e del funzionamento (valutato con scale GAF e HoNOS) e una riduzione statisticamente significativa del comportamento aggressivo e dell'abuso di sostanze, ma nessun effetto sul comportamento autolesionista.

Discussione

Con un minimo investimento, il servizio sperimentale Wirral per l'ADHD negli adulti ha ottenuto risultati molto positivi in termini di sintomi, funzionamento, rischio verso gli altri e abuso di sostanze.

L'efficacia della psicofarmacologia nel trattamento dell'ADHD negli adulti è certa,^{11,12} per cui l'esito positivo in relazione ai sintomi e al funzionamento era prevedibile. La riduzione del rischio era limitata al comportamento iperattivo, aggressivo, dirompente o agitato, senza nessun impatto sui livelli di autolesionismo (già bassi prima del trattamento). Il calo dell'aggressione e dell'agitazione è stato probabilmente un effetto diretto del trattamento dell'ADHD e in particolare dell'impulsività a essa associata (il sintomo dell'ADHD più probabilmente associabile al comportamento asociale).³

La riduzione statisticamente significativa del-

l'abuso di sostanze era clinicamente significativa, con totale interruzione dell'assunzione da parte di 12 dei 26 pazienti. Tra questi erano inclusi tre pazienti con sindrome da dipendenza (uno da stimolanti, due da stimolanti e cannabis) e due con abuso di alcol. Molti altri pazienti avevano ridotto l'uso di cannabis. Questi risultati sostengono la teoria di Biederman *et al*, che dimostra un rischio significativamente ridotto di abuso di sostanze nei pazienti tra 15 e 27 anni con ADHD trattati rispetto a quelli non trattati.¹³

In complessiva, i risultati positivi dei pazienti sono valorizzati da episodi di successo individuale: in seguito al trattamento, sette pazienti in passato disoccupati hanno ora un impiego remunerato, due sono in grado di lavorare come volontari e quattro hanno ottenuto una migliore prestazione nell'istruzione post-scolastica.

Nonostante la riduzione del rischio verso gli altri, la gestione globale dell'ADHD negli adulti non è da sottovalutare, con 15 gravi aggressioni, sette episodi di autolesionismo e tre di sfruttamento aggravato avvenuti nel corso del servizio sperimentale.

Molti pazienti avrebbero tratto vantaggio da un approccio multidisciplinare all'assistenza, che non era disponibile. Inoltre, 63 pazienti avrebbero ottenuto dei risultati migliori se avessero avuto a dispo-

Il servizio sperimentale Wirral per l'ADHD negli adulti ha avuto un esito decisamente positivo

sizione delle terapie psicologiche; sei pazienti non avevano ricevuto alcun trattamento in assenza di terapie non farmacologiche, mentre quattro avevano interrotto il trattamento farmacologico senza ricevere un'alternativa; i rimanenti 53 pazienti avevano beneficiato tutti della terapia farmacologica, ma i risultati sarebbero stati probabilmente migliori con un'ulteriore terapia psicologica. Young *et al* hanno esaminato l'impatto della diagnosi dell'ADHD in età adulta, dimostrando che nonostante i farmaci forniscano alleviamento, non risolvono il problema; inoltre, gli adulti con una nuova diagnosi di ADHD devono prendere parte a un processo di adattamento psicologico ed emotivo.¹⁴

Era stato difficile affrontare il tasso di assenza pari a $\geq 21\%$ e il timore che gli assenteisti fossero i pazienti con i problemi più gravi. I promemoria scritti e telefonici non avevano inciso molto sul livello di partecipazione, il che indica la necessità del trasporto al centro o anche di visite domiciliari.

Questa valutazione è limitata. Sebbene largamente applicate, le scale GAF e HoNOS sono strumenti di valutazione dei sintomi e del funzionamento molto ampi, e la determinazione del rischio e dell'abuso di

sostanze è particolarmente rudimentale. Le analisi escludono nove pazienti, che avrebbero completato sei mesi o più di trattamento, per aver abbandonato il follow up. Il loro outcome potrebbe essere stato sfavorevole. La ripetizione delle analisi per l'inclusione di tali pazienti, classificate come invariate a sei mesi, non ha modificato molto i risultati. Il miglioramento dei risultati di sintomi, funzionamento, rischio verso gli altri e abuso di sostanze è rimasto statisticamente significativo, con nessuna variazione nel rischio di autolesionismo.

Compendio

Nel servizio sperimentale Wirral per l'ADHD negli adulti, i vantaggi terapeutici comprendono la riduzione dei sintomi, del rischio verso gli altri e dell'abuso di sostanze, associata al miglioramento del funzionamento. Tali benefici sono stati ottenuti con un investimento minimo, tuttavia il servizio sperimentale ha mostrato alcune lacune. Un servizio specializzato completo per il trattamento dell'ADHD negli adulti richiede un approccio multidisciplinare con la combinazione di terapia farmacologica e psicologica ■

Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

1. Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2009; **194**: 204–211.
2. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. *ADHD in Adults: What the Science Says*. New York: Guilford Press, 2008.
3. Young S. Forensic Aspects of ADHD. In: Fitzgerald M, Bellgrove M, Gill M (eds). *Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2007.
4. Wong IC, Asherson P, Bilbow A *et al*. Cessation of attention deficit hyperactivity disorder drugs in the young (CADDY) – a pharmacoepidemiological and qualitative study. *Health Technol Assess* 2009; **13**: iii–iv, ix–xi, 1–120.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline 72. *Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. <http://guidance.nice.org.uk/CG72/NICEGuidance/pdf/English> (last accessed 13/06/11)
6. Kessler RC, Adler L, Ames M *et al*. 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.
7. Nutt DJ, Fone K, Asherson P *et al*. Evidence-based guidelines for management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2007; **21**: 10–41.
8. Wender PH. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. New York: Oxford University Press, 1995.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn, text revision. Washington DC: APA, 2000.
10. Wing JK, Beevor AS, Curtis RH *et al*. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *Br J Psychiatry* 1998; **172**: 11–18.
11. Medori R, Ramos-Quiroga A, Casas M *et al*. A randomized, placebo-controlled trial of three fixed dosages of prolonged-release OROS methylphenidate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2008; **63**: 981–989.
12. Michelson D, Adler L, Spencer T *et al*. Atomoxetine in adults with ADHD: two randomized, placebo-controlled studies. *Biol Psychiatry* 2003; **53**: 112–120.
13. Biederman J, Wilens T, Mick E, Spencer T, Faraone SV. Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics* 1999; **104**: e20.
14. Young S, Bramham J, Gray K, Rose E. The experience of receiving a diagnosis and treatment of ADHD in adulthood: a qualitative study of clinically referred patients using interpretative phenomenological analysis. *J Atten Disord* 2008; **11**: 493–503.

Punti centrali

- La sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) avrebbe una prevalenza del 2,5 % negli adulti. Nonostante i significativi svantaggi psicosociali dell'ADHD, la disponibilità terapeutica per gli adulti nel Regno Unito è limitata.
- NHS Wirral ha istituito un servizio sperimentale per gli adulti con ADHD, che prevede incontri settimanali con un consulente psichiatrico e assistenza segretariale.
- La terapia offerta nel servizio sperimentale è stata in gran parte farmacologica, con psicoeducazione informale durante le sedute.
- I pazienti che hanno completato il follow up hanno mostrato una riduzione dei sintomi, del rischio verso gli altri, dell'abuso di sostanze e un migliore funzionamento.
- Molti pazienti avrebbero tratto vantaggio da un servizio che offrisse non solo la terapia farmaceutica, ma anche quella psicologica.