



ADOZIONE E ADHD

S. Giribone, I. Maraucci, D. Besana


SOC Neuropsichiatria Infantile



Azienda Ospedaliera Alessandria



Razionale dello studio

1. Riscontro nella nostra casistica di un elevato numero di pz ADHD adottati, in particolare fra quelli che hanno necessitato di un trattamento farmacologico

- 
2. I sintomi cardine dell'ADHD sono frequentemente presenti in bambini adottati anche se non ADHD
 3. I bambini adottati manifestano frequentemente i sintomi di un disturbo del comportamento di tipo esternalizzante

- 
4. La diagnosi differenziale tra un disturbo ADHD ed un quadro reattivo caratterizzato da sintomi di inattenzione, iperattività ed impulsività è spesso molto difficile in caso di bambini adottati
- 

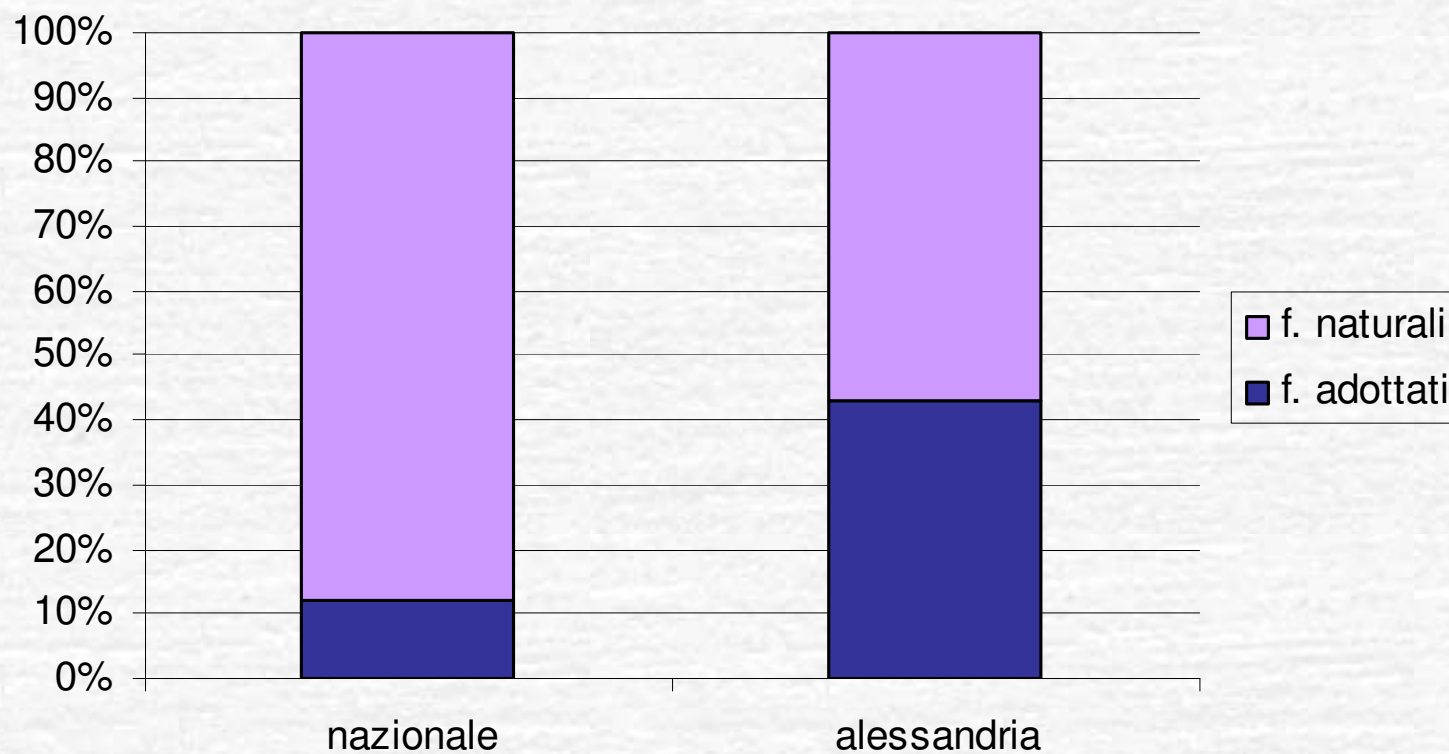
La nostra casistica

- Il **43%** pazienti ADHD inseriti nel Registro Nazionale risulta adottato

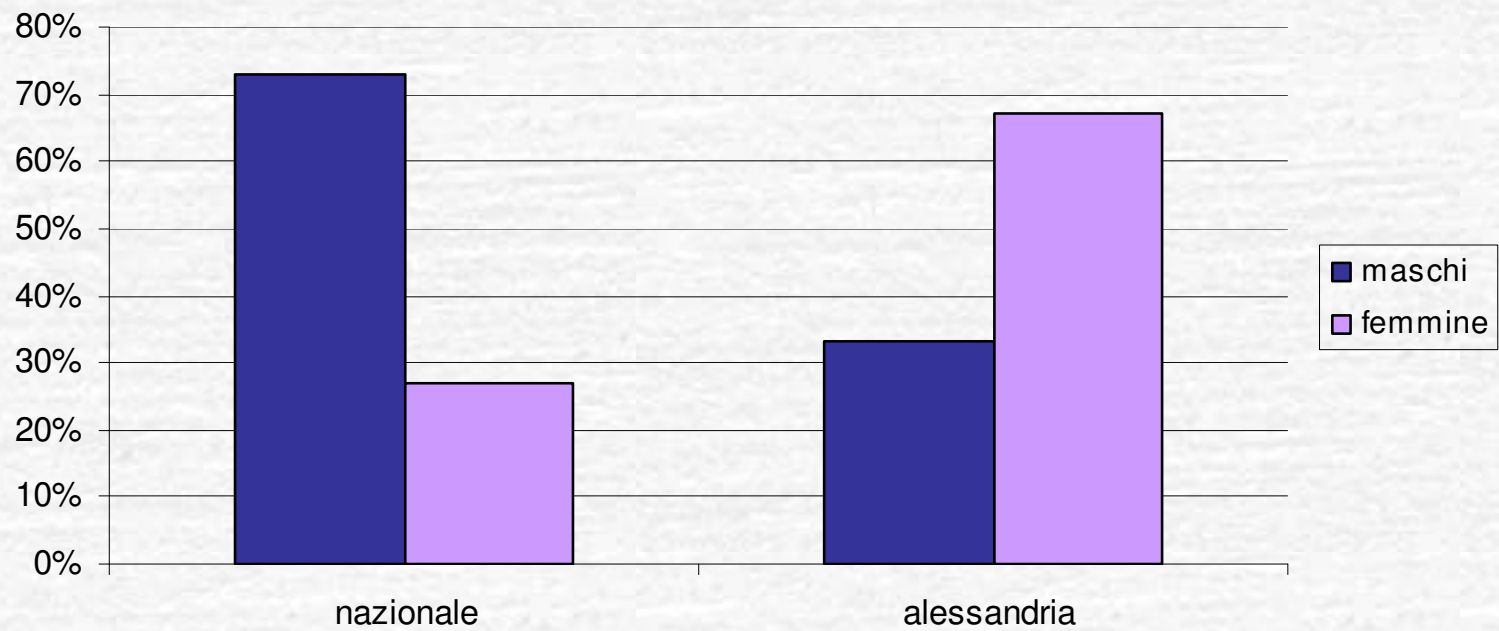
I dati nazionali



- solo il **12%** pazienti ADHD inseriti nel Registro Nazionale risulta adottato

Quanti pz ADHD sono adottati?

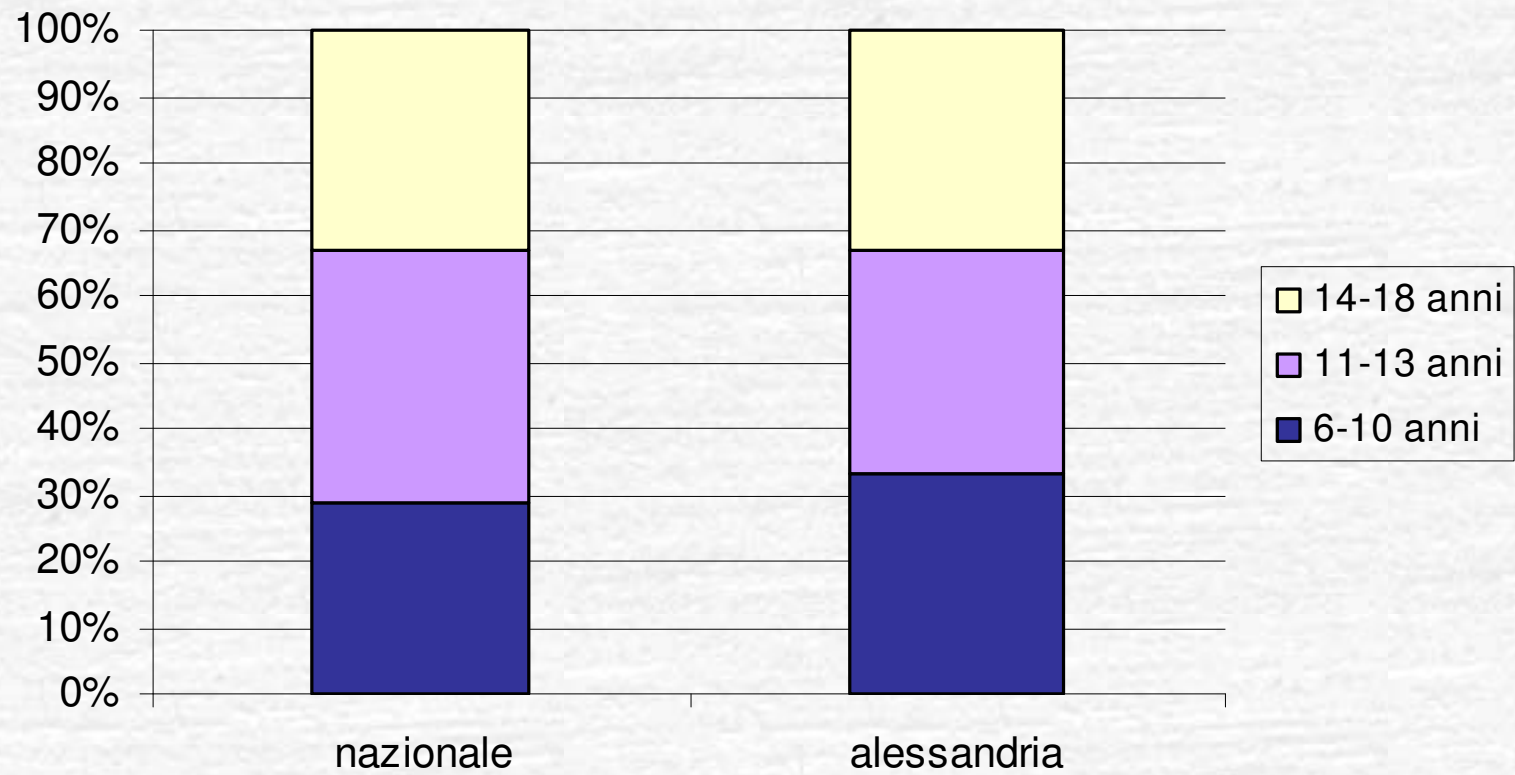


Sesso

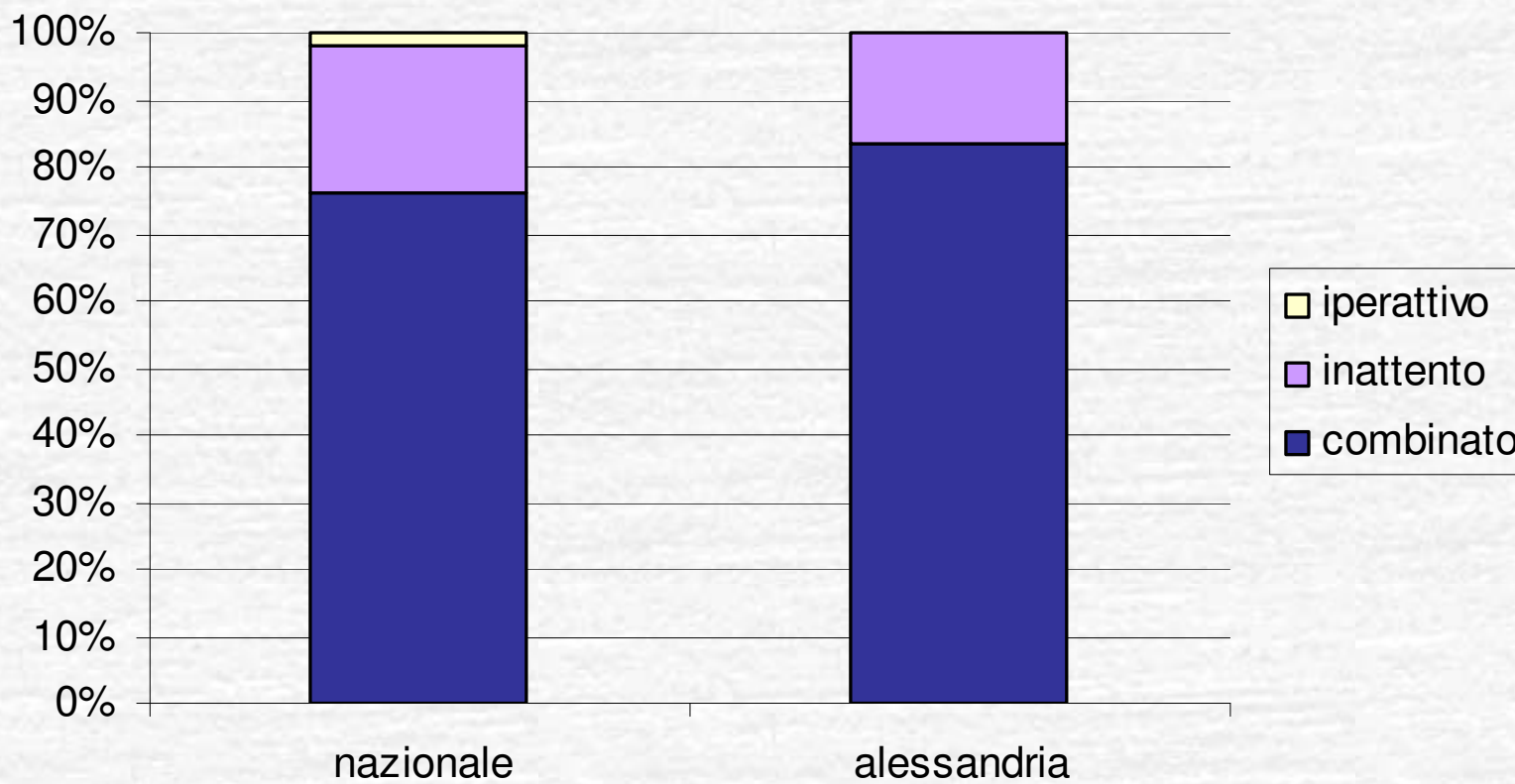


- 
- Emerge pertanto, sulle percentuali di pazienti ADHD che risultano adottati, una differenza piuttosto evidente tra i nostri dati e quelli nazionali
 - Gravità sintomatologia dei nostri pazienti inseriti nel Registro
 - Pazienti ADHD adottati tendenzialmente più gravi
- 

Età



Sottotipi ADHD



Bambini adottati



Comportamenti
esternalizzanti



Fattori di rischio



ADHD o solo
sintomi?



Diagnosi differenziale
e diagnosi esplicitiva



Terapia
farmacologica



Utilizzo farmaco:
ipotesi esplicative



Fattori di rischio



➤ Fattori ereditari e legati alla nascita

● Ereditarietà

- Difficoltà a separare fattori biologici/ambientali
- Avere un genitore ADHD

● Esposizione intra-uterina a sostanze

● Sindrome feto-alcolica

- Ritardo nella crescita
- Anomalie cranio-facciali caratteristiche
- Coinvolgimento SNC

● Esposizione a nicotina


- Nascita pre-termine e basso peso alla nascita

● Complicanze perinatali

● Difficoltà di alimentazione



● Abbandono

- Alterazione dell'investimento simbolico da parte della madre sul nascituro
 - Bambino "non pensato"
- 


● Fattori ambientali nei primi anni di sviluppo

● Istituzionalizzazione

- Istituti non idonei
- Deprivazione
- Strategie comportamentali negative
- Non acquisizione dei processi di autoregolazione

● Abusi

- Trascuratezza fisica e psicologica
- Violenze fisiche
- Abusi sessuali

- 
- Attaccamento disorganizzato
 - rappresentazioni di sé con l'altro multiple, incoerenti e non integrabili tra loro,
 - dissociazione di alcuni aspetti del comportamento,
 - alterazioni funzionali dell'attenzione e della coscienza,
 - somiglianze fenomenologiche con gli stati dissociativi della coscienza in età adulta

- Attaccamento evitante
 - “fare per non sentire”
- Attaccamento ansioso-resistente
 - Funzione coercitiva e di controllo



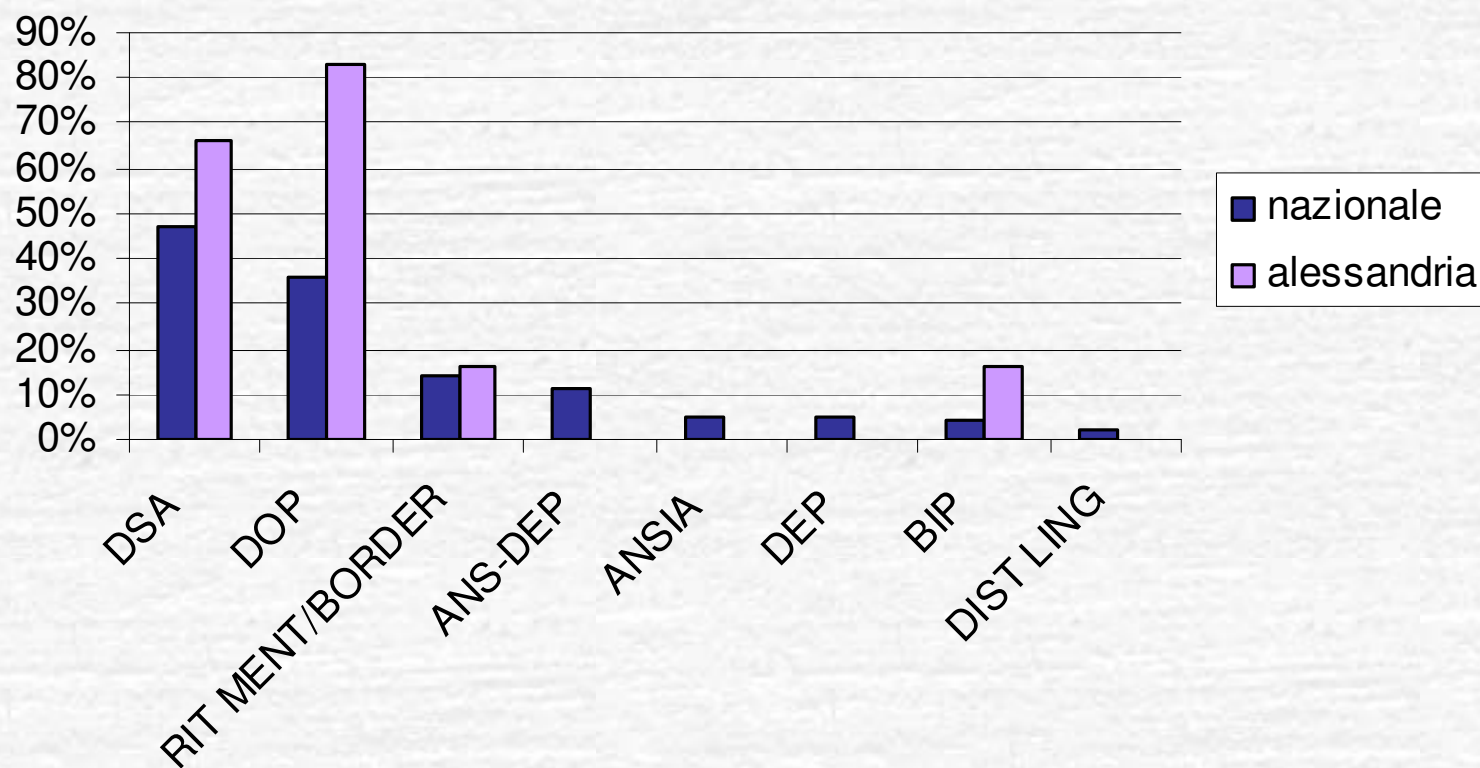
Diagnosi differenziale e diagnosi esplicativa



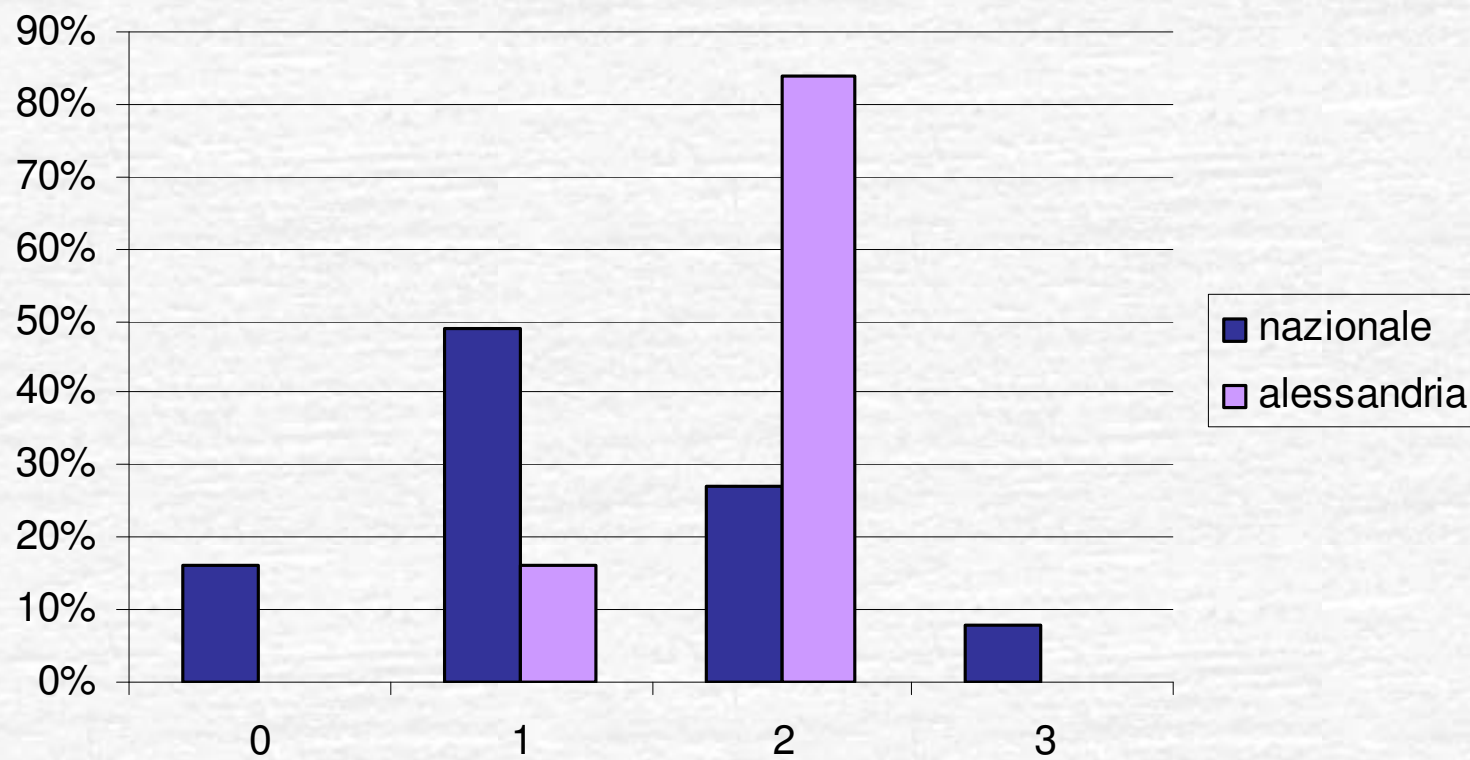
DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- Rischio falsi positivi e falsi negativi
- Diagnosi differenziale e comorbidità
- Quadri associati a deprivazione:
 - Disturbo generalizzato dello sviluppo
 - Disturbo da Stress Post-Traumatico
 - Disturbo Reattivo dell'Attaccamento

Comorbidità



Comorbilità / 2



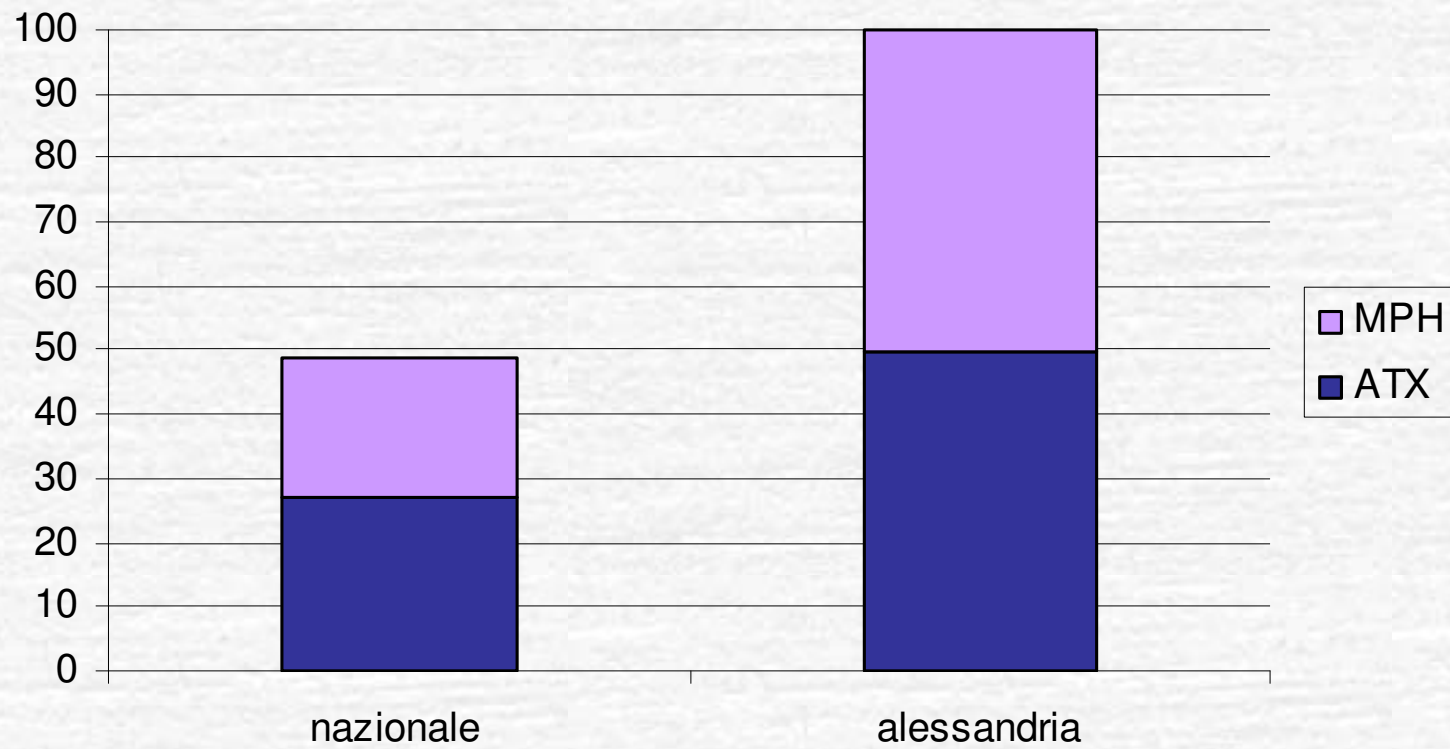
DIAGNOSI ESPLICATIVA



- Teoria attaccamento
- Interazioni bambino – famiglia adottiva
 - il passato
 - comportamento = stato mentale
 - genitore confuso, comportamenti ambivalenti
 - vulnerabilità e sofferenza → dimostrazioni di forza



Utilizzo del farmaco: ipotesi esplicative

Utilizzo del farmaco



- 
- Reale maggiore gravità dei sintomi?
 - Abitudine a non “mentalizzare”?
 - Senso di impotenza dei genitori?
 - Percezione di una alterazione “biologica”?
 - Allontanamento da emozioni dolorose?
- 



Conclusioni



- Rilevante percentuale di bambini ADHD adottati
- Quadro clinico e sintomatologico più complesso
- Elevata frequenza di terapia farmacologica

- → maggiore attenzione all'universo mentale e relazionale anche del genitore adottivo

RINGRAZIAMENTI

Istituto Superiore di Sanità

dr Panei

SC NPI – ASL 17 di Savigliano

Responsabile dr.ssa Ragazzo

UONPIA Osp. G. Salvini – Garbagnate M.se

Responsabile prof. Chiarenza

IRCCS Medea – Bosisio Parini

Responsabile dr. Molteni

U.O. NPI ULSS10 Veneto Orientale

Responsabile Dr. Dino Maschietto

Università Tor Vergata – Clinica S. Alessandro

Responsabile prof. Curatolo

II Università Napoli

Responsabile prof. Pascotto

S.O.C. Neuropsichiatria Infantile e dell'età evolutiva"
ASL 4- Terni

Responsabile dr. Mazzotta

U.O.C. NPI - Az. Osped. Universitaria Policlinico "G.
Martino" – Messina

Reponsabile dr Calamoneri
