



# 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
- 

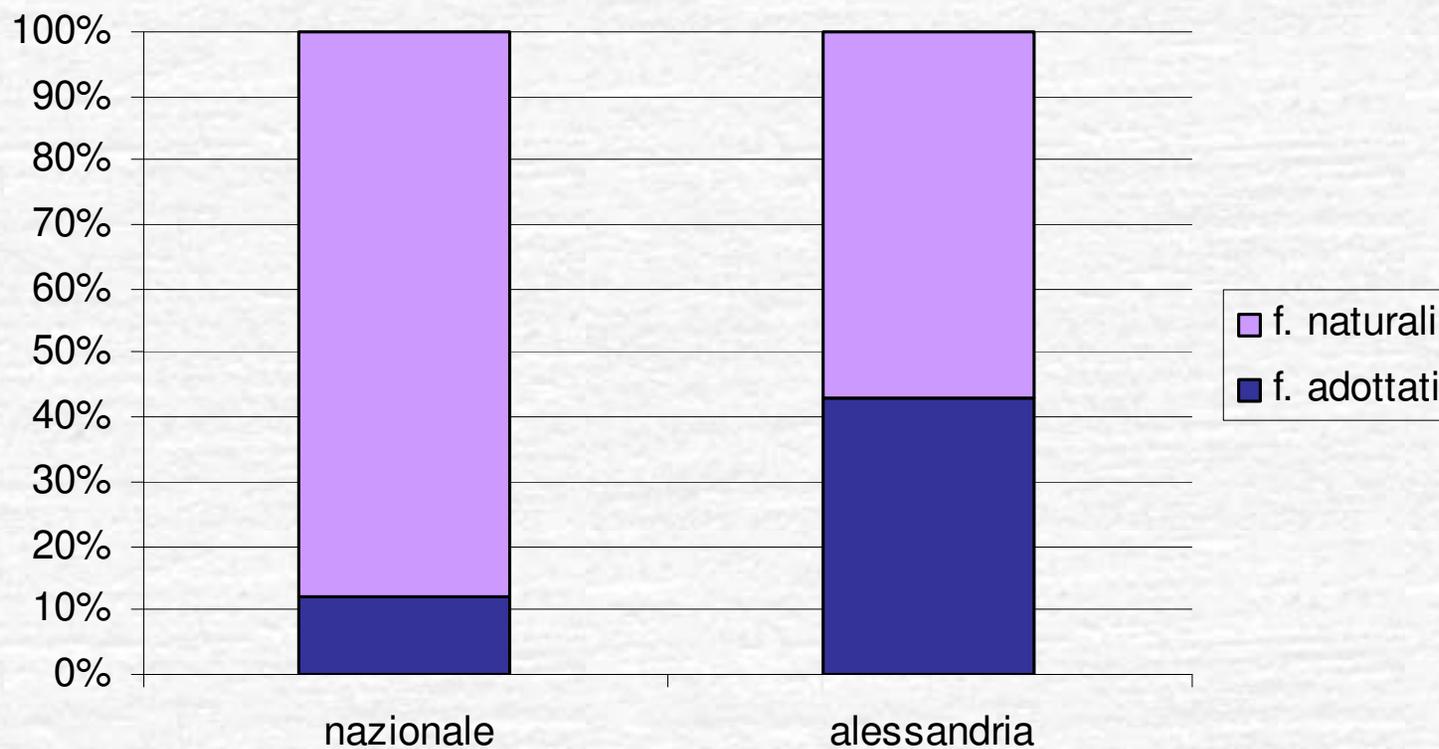
## La nostra casistica

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

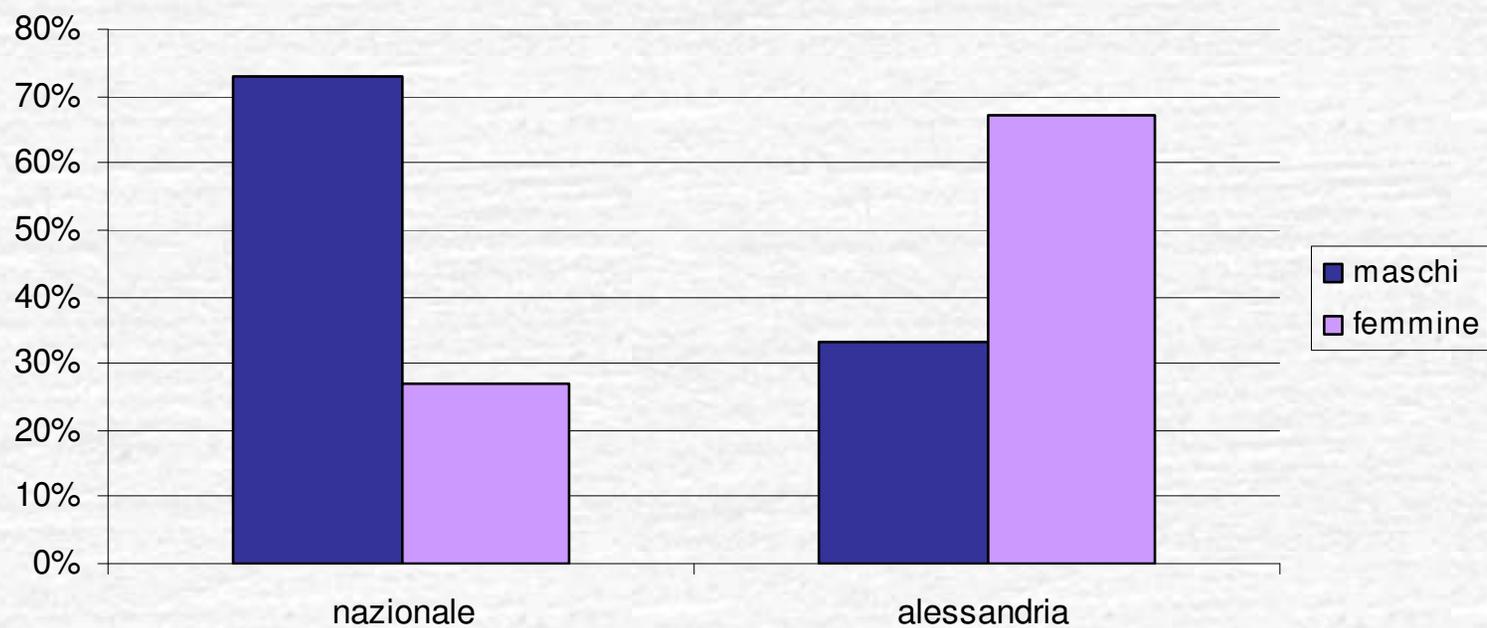
## I dati nazionali

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

# Quanti pz ADHD sono adottati?

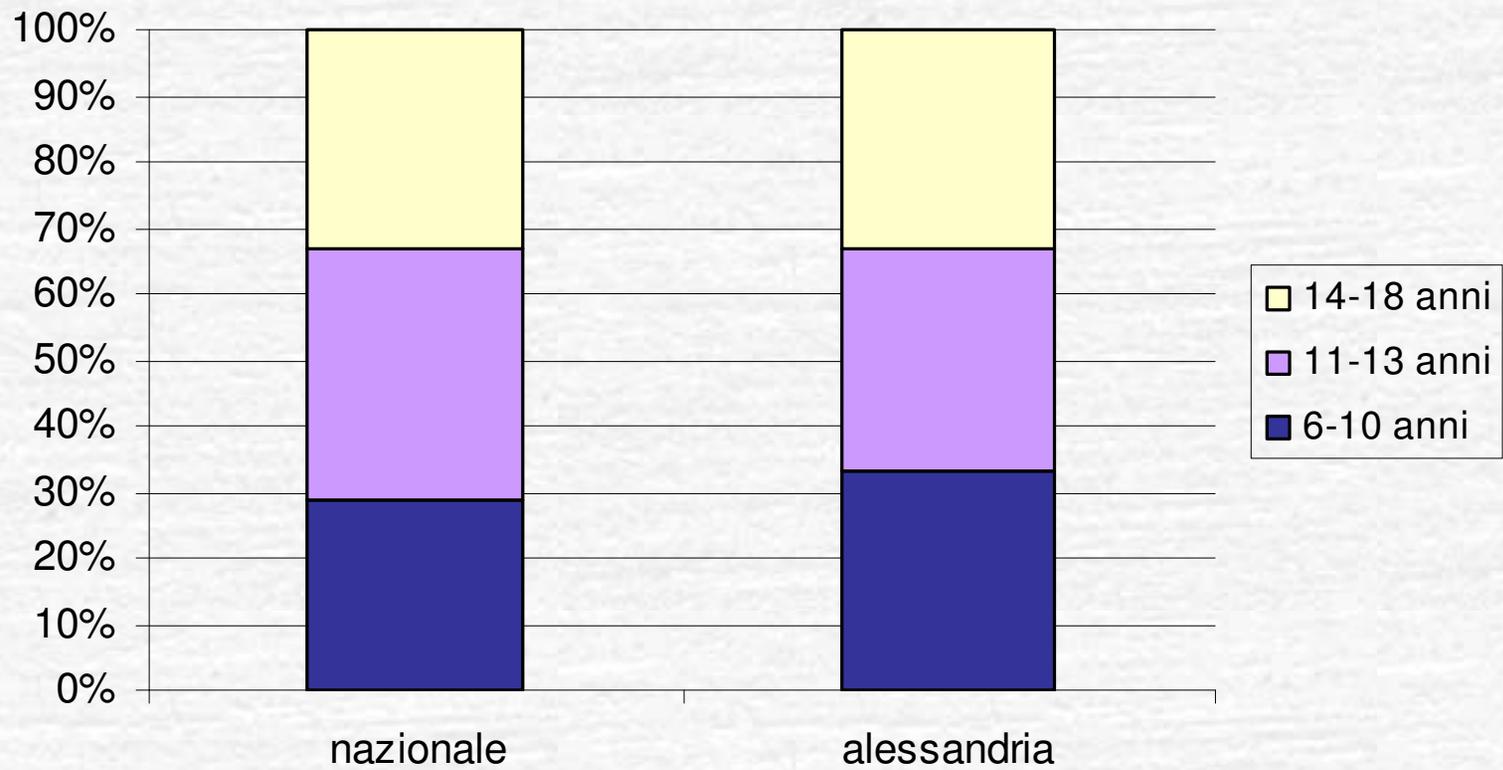


# Sesso

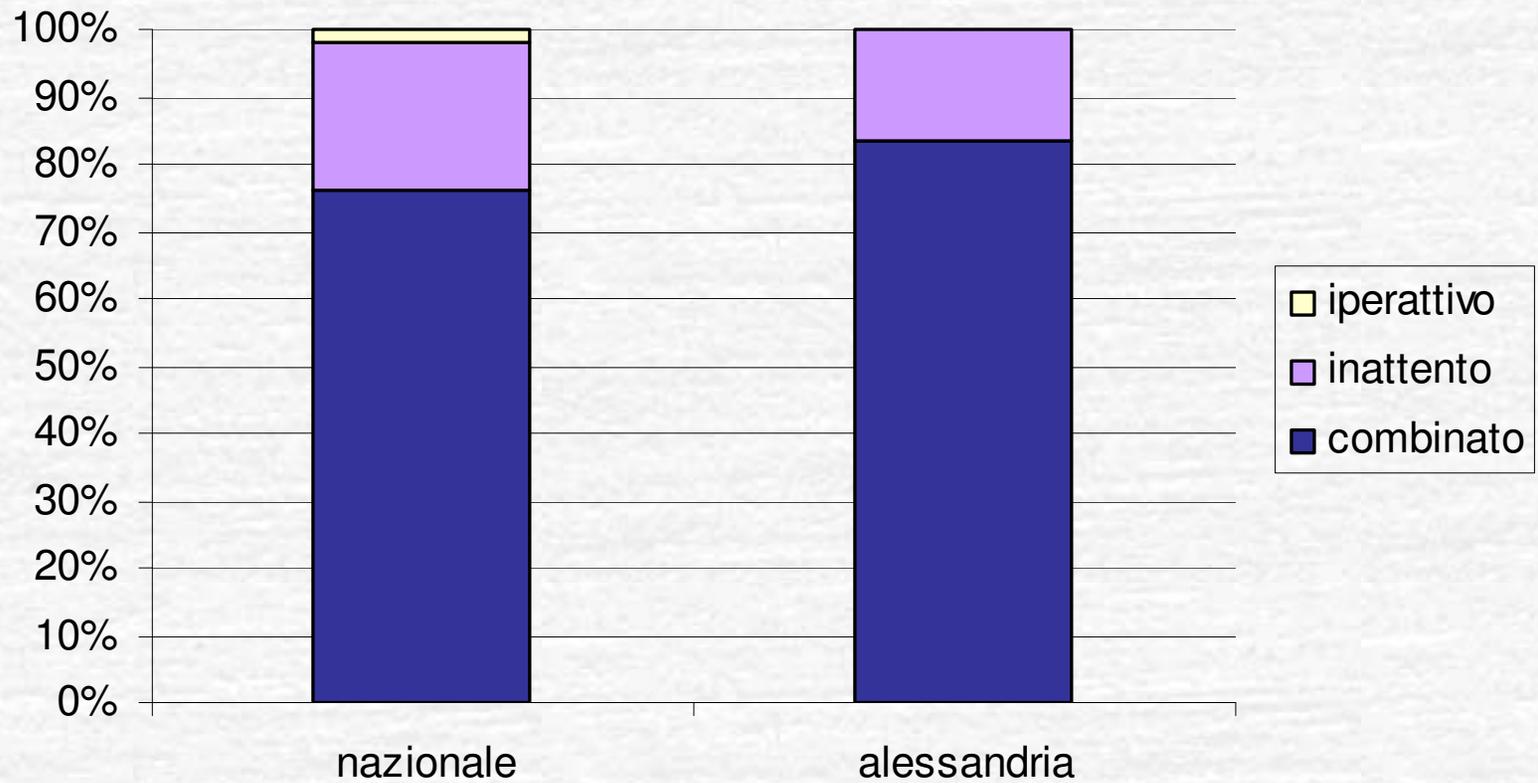


- 
- Emerge pertanto, sulle percentuali di pazienti ADHD che risultano adottati, una differenza piuttosto evidente tra i nostri dati e quelli nazionali
    - Gravità sintomatologia dei nostri pazienti inseriti nel Registro
    - Pazienti ADHD adottati tendenzialmente più gravi
- 

# Età



# Sottotipi ADHD



Bambini adottati



Comportamenti  
esternalizzanti



Fattori di rischio



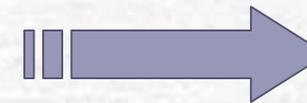
ADHD o solo  
sintomi?



Diagnosi differenziale  
e diagnosi esplicativa



Terapia  
farmacologica



Utilizzo farmaco:  
ipotesi esplicative

The top of the slide features a decorative border with a light purple background and dark purple wavy lines. A similar, though simpler, wavy line is at the bottom.

# 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



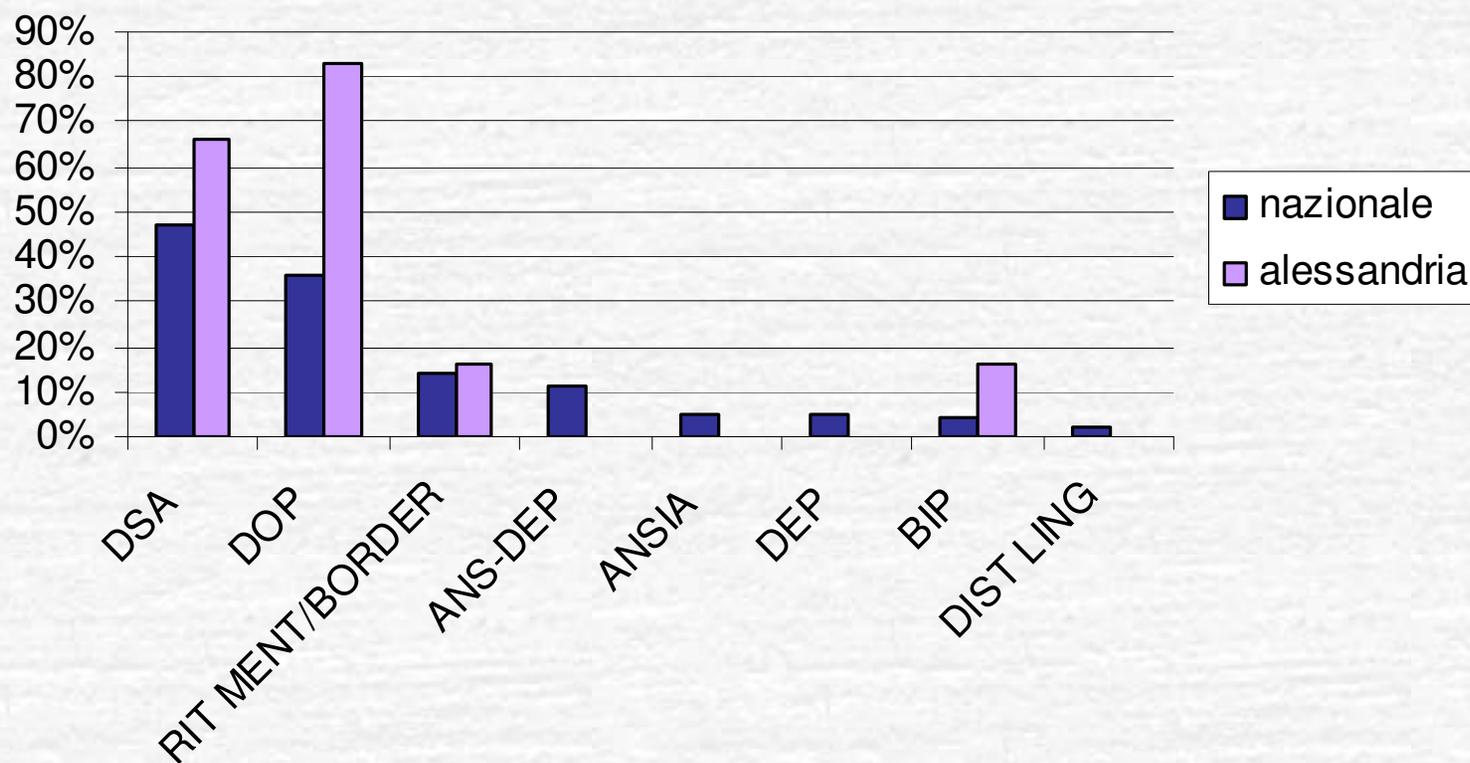
# Diagnosi differenziale e diagnosi esplicativa



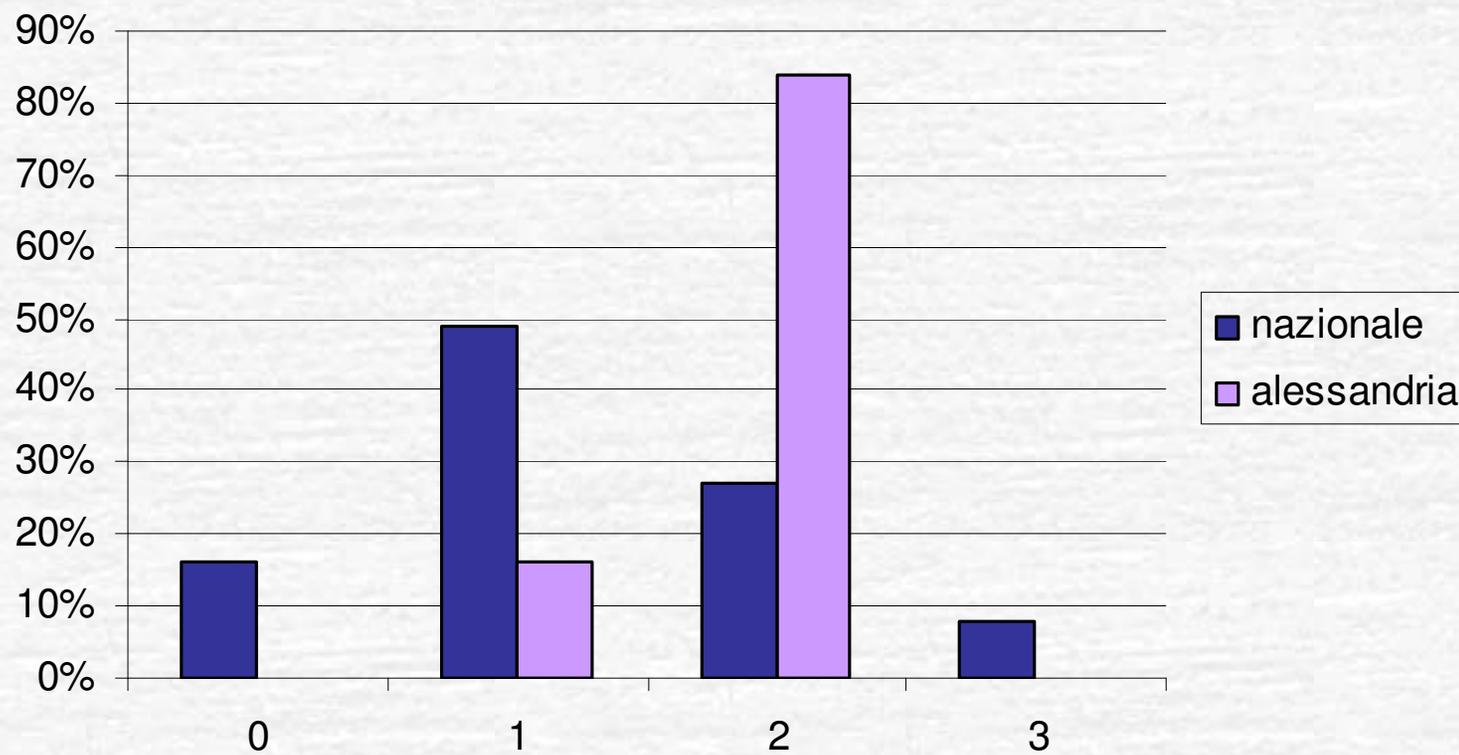
## DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- 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

# Comorbilità



# Comorbilità / 2



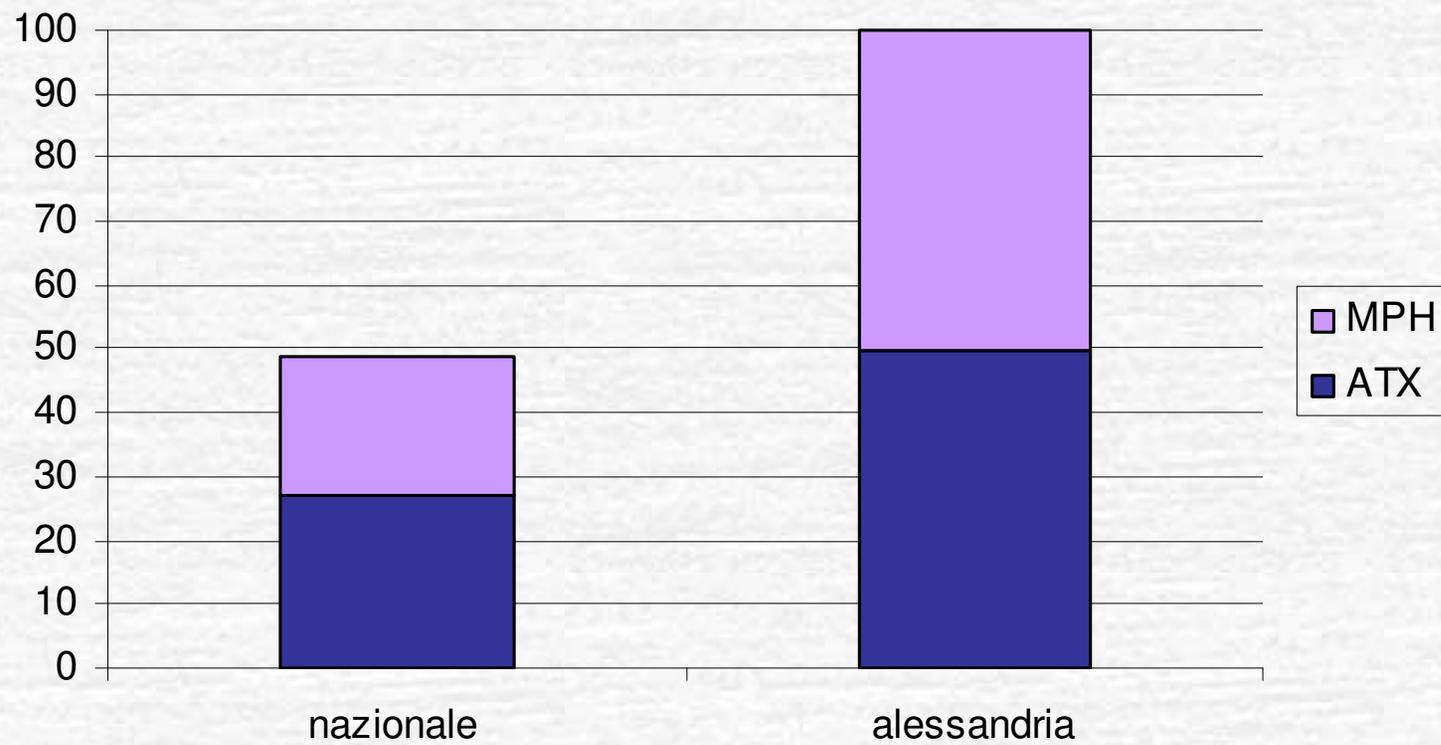
## DIAGNOSI ESPLICATIVA

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

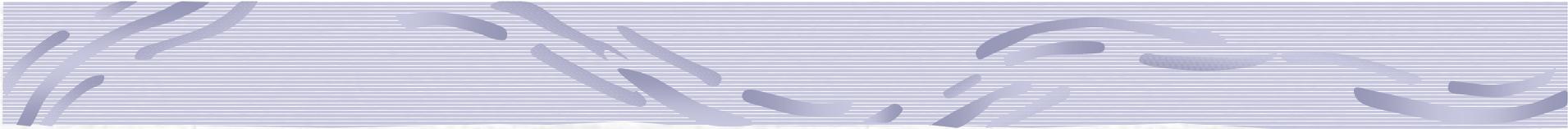


# Utilizzo del farmaco: ipotesi esplicative

# 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

---