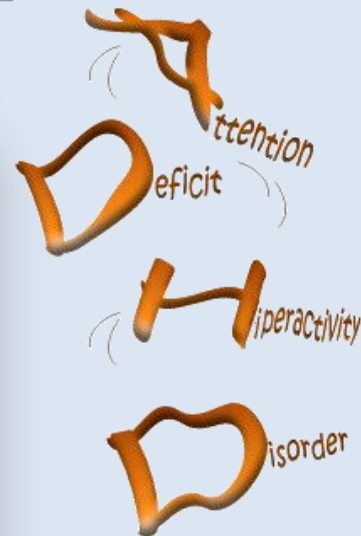


CONVEGNO

**ADHD: per una condivisione dei percorsi
diagnostico-terapeutici**

Milano, 28 maggio 2013



DISTURBO OPPOSITIVO- PROVOCATORIO

SESSIONE: COMORBIDITÀ



Azienda Ospedaliera
SPEDALI CIVILI BRESCIA

Monica Sacconi
UONPIA, A.O. San Paolo
Università degli Studi di Milano

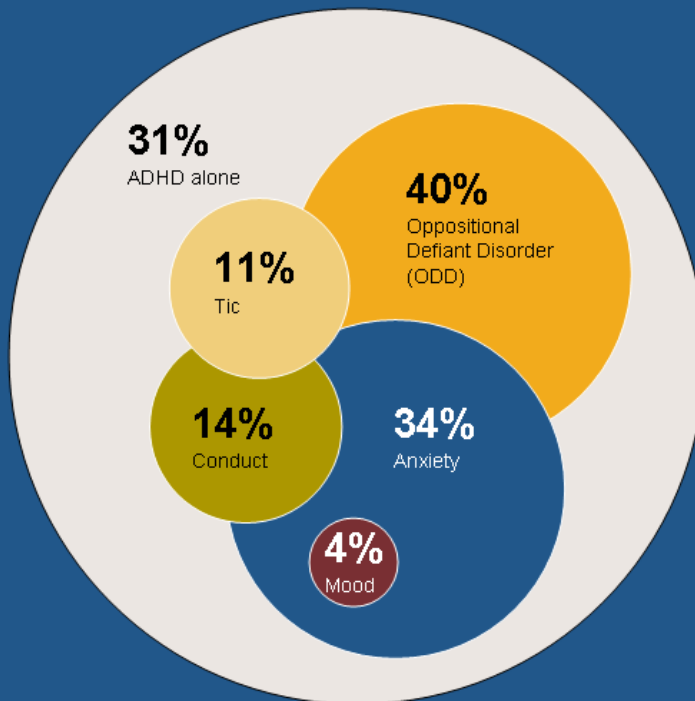




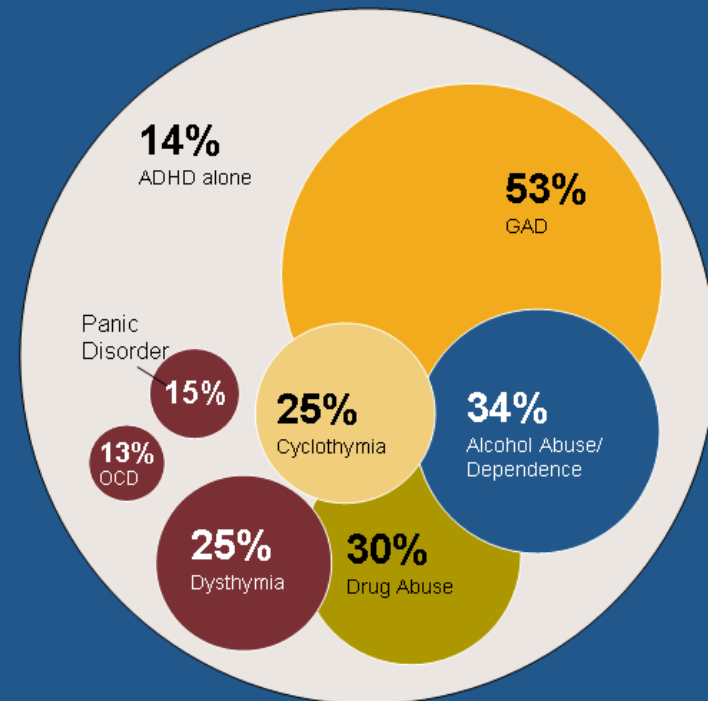
ADHD Comorbidity

Patients With ADHD Frequently Have Coexisting Disorders

Children & Adolescents



Adults

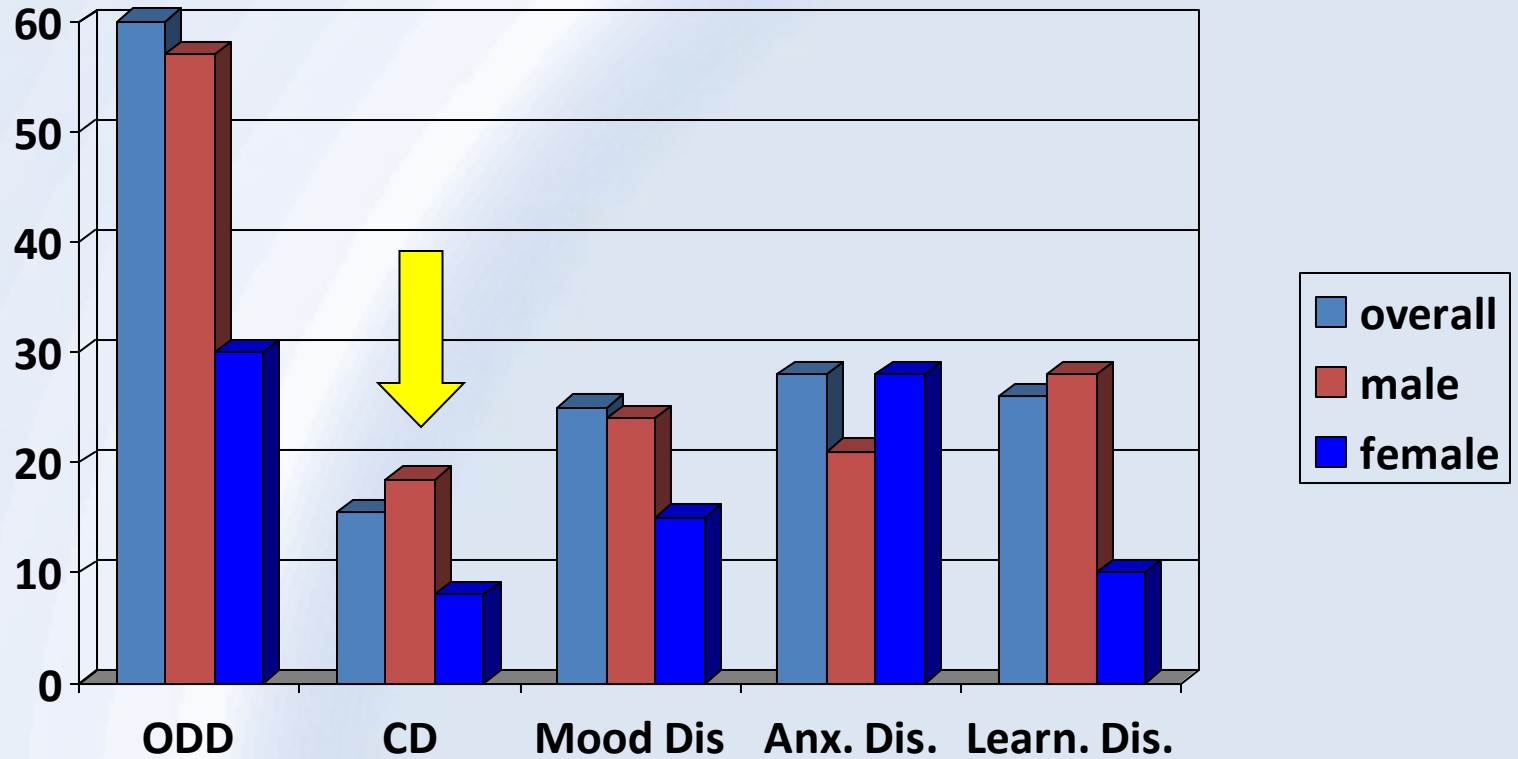


MTA cooperative: N=579.

1. The MTA Cooperative Group. *Arch Gen Psych*. 1999;56(12):1073-1086. 2. Shekim WO. *Compr Psych*. 1990;31(5):416-425.



Prevalenza (da Biederman J., 2005)





ADHD + ODD

- è ampiamente noto che ADHD e ODD comunemente si manifestano in associazione
- il dato di co-occorence di ODD in ADHD varia tra il **40-80%**



Disturbo oppositivo-provocatorio (40-80%)

Disturbo Oppositivo – Provocatorio (ODD) — pattern persistente di comportamento negativistico, ostile e provocatorio (collera, litigi, sfida attiva, irritabilità, rancore, vendicatività)

Classificato tra i disturbi da comportamento dirompente

È uno dei più comuni disordini psichiatrici dell'infanzia



Può essere in associazione con

- Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)
- Disturbo della condotta (CD)

Ma anche con

- disturbi internalizzanti (depressione e ansia)

ODD spesso evolve in CD

Ma è anche uno dei

- fattori predittivi più forti di depressione in adolescenza e nel giovane adulto



ICD diagnosis of Hyperkinetic Conduct Disorder (HCD)

- equivalente diagnostico della combinazione di ADHD e ODD e/o CD del DSM IV-TR
- ICD considera AD/HD+ODD/CD come un'entità patologica distinta piuttosto che una semplice combinazione di sintomi.
- questo punto di vista è stato oggetto di ricerca nella recente letteratura e i risultati sono contrastanti





- **ADHD+ODD/CD = gruppo ibrido** in cui la **sintomatologia è addittiva** e non va oltre gli ambiti di ciascun disordine e conseguentemente non costituisce una entità patologica distinta
- **gruppo comorbido ADHD+ODD** in età scolare predittivo di una evoluzione funzionalmente sfavorevole in adolescenza in cui
 - ADHD+ODD/CD
 - maggior compromissione neurocognitiva che lo distingue significativamente da adolescenti ADHD non ODD/CD.

ODD può emergere nel contesto di sintomatologia ADHD prescolare e evolvere verso

1. ODD senza ADHD (ADHD subclinico)
2. ODD in ADHD cronico



Esordio precoce di oppositività e sintomatologia ADHD

Tre ambiti di compromissione caratteristici:

- Ritardo di sviluppo o immaturità evolutiva
 - deficit requisiti prescolastici, funzionamento cognitivo più basso
 - abilità sociali povere e difficoltà a stabilire e mantenere relazioni (Kern et al., 2007)
- Livello di attività aumentato
- disregolazione emotiva e iperesponsività alla **stimolazione ambientale.**



Esordio precoce di oppositività e sintomatologia ADHD

basso rischio di ADHD

fattore di rischio per evoluzione in ODD

- stile di parenting (coercitivo e negativo)
fattore che modera



ADHD esordio precoce - cronico

- grave ADHD prescolare a evoluzione cronica
- difficoltà temperamentale nella regolazione dell'umore (crisi di rabbia) che conducono **oppositività**
- La persistenza dei problemi comportamentali è moderata da stile parenting



DSM-5 Task Force suggerisce una riformulazione della diagnosi di ODD che consideri tre sottogruppi:

1. **umore irritabile/colliderico**
2. **comportamento polemico, provocatorio**
3. **comportamenti di natura vendicativa**



Patterns evolutivi e sviluppo di comorbidità

I tre sottogruppi avrebbero diverse evoluzioni in adolescenza

- la dimensione **“irritabile”** è associata più fortemente a sviluppo di **ansia/depressione**
- la **dimensione “polemico”** si associa con **ADHD cronico**
- la **dimensione “vendicativo”** è fortemente correlata a **CD**



ODD/irritabilità/labilità emotiva

- irritabilità cronica con comportamenti esplosivi e aggressivi
- Si correla con maggior probabilità a ODD rispetto a ADHD
- si correla a persistenza di ADHD in età adulta



ODD/Disturbo della condotta

Disturbo della condotta

Pattern persistente di comportamenti antisociali durante l'infanzia e l'adolescenza che includono la rissosità, il bullismo, il furto, vandalismo e la menzogna per vantaggio personale.

CD differenziata in sottogruppi sulla base di

Dimensioni aggressive e non aggressive di CD

Aggressività reattiva o proattiva

Aggressività relazionale o fisica

Ridotta socializzazione

Esordio precoce o in adolescenza



DISTURBO DELLA CONDOTTA (20-56%)

- **DC esordio >12 anni**
 - è più comunemente correlato a svantaggio sociale, conflittualità familiare e appartenenza a gruppi devianti
- **DC a esordio precoce**
 - forma più grave e probabilmente un sottotipo familiare unico
 - Comportamento antisociale più severo e persistente
 - Psicopatologia familiare importante
 - Personalità antisociale, substance use disorders, depressione maggiore
 - Ostilità parentale, depressione e una scarsa capacità di creare relazioni calde e di monitoraggio interagiscono reciprocamente con i disturbi della condotta dei bambini fino all'adolescenza
 - Minor responsività a interventi comportamentali o familiari



In estrema sintesi e per concludere

Prescolare

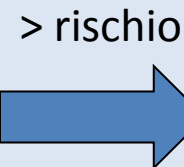
Iperattività, disregolazione emotiva, ritardo sviluppo cognitivo e/o di competenze sociali



ODD

Prescolare

Grave Iperattività, disregolazione dell'umore, parenting negativo



**ADHD + ODD irritabile/
polemico**



Comorbidità ADHD + ODD irritabile

> rischio



forma cronica con disfx neurocognitivo persistente e comorbidità con disregolazione umore

1. verosimile evoluzione verso disturbi depressivi in adolescenza

Comorbidità ADHD + ODD polemico

> rischio



forma cronica con disfx neurocognitivo persistente

1. Fattori ambientali moderano associazione con CD in adolescenza



Comorbidità ADHD + ODD vendicativo

> rischio



forma cronica con disfx
neurocognitivo persistente e
associazione con CD precoce

Prognosi peggiore

>> probabilità di evoluzione in antisocialità
e abuso di sostanze