ADHD nei Servizi di Neuropsichiatria in Italia

La Comorbilità nell'ADHD

Comportamento/Umore

Annarita Milone

Servizio di valutazione e trattamento dei disturbi della condotta Al di là delle nuvole

UO di Psichiatria e Psicofarmacologia dello sviluppo IRCCS Stella Maris

ADHD e Comorbidità

- Il 70% dei soggetti con ADHD ha almeno un altro disturbo psicopatologico associato
- La specifica comorbidità influenza quadro clinico, evoluzione, prognosi, trattamento
- L'ADHD aggrava l'espressione clinica dei disturbi in comorbidità e ne anticipa l'esordio
- ADHD è generalmente il primo disturbo a manifestarsi, inizialmente non è in comorbidità, giustifica gran parte del quadro clinico, e la sua cura può determinare un cambiamento significativo
- Con la crescita, emergono, in modo in parte prevedibile, le diverse comorbidità, internalizzanti e /o esternalizzanti, il quadro clinico si fa più complesso, l'ADHD diventa una componente del quadro clinico (non necessariamente la più importante), la sua cura non sempre è prioritaria, **ma la sua presenza continua ad influenzare il quadro clinico.**

PEDIATRICS®
OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Patterns of Comorbidity, Functioning, and Service Use for US Children With ADHD, 2007

Kandyce Larson, Shirley A. Russ, Robert S. Kahn and Neal Halfon

Pediatrics 2011;127;462; originally published online February 7, 2011;
DOI: 10.1542/peds.2010-0165

TABLE 1 Prevalence of Comorbid Disorders for Children With ADHD Versus Those Without ($N = 61\,779$)

	No ADHD	ADHD	Adjusted Relative Risk[b]	95% CI
Learning disability (%)	5.3	46.1[a]	7.79	6.86–8.86
Conduct disorder (%)	1.8	27.4[a]	12.58	10.23–15.48
Anxiety (%)	2.1	17.8[a]	7.45	6.08–9.12
Depression (%)	1.4	13.9[a]	8.04	6.09–10.62
Speech problem (%)	2.5	11.8[a]	4.42	3.41–5.73
Autism spectrum disorder (%)	0.6	6.0[a]	8.72	5.97–12.72
Hearing problem (%)	1.2	4.2[a]	2.77	1.87–4.11
Epilepsy or seizures (%)	0.6	2.6[a]	3.93	2.19–7.06
Vision problem (%)	1.4	2.3[a]	1.47	0.98–2.20
Tourette's syndrome (%)	0.09	1.3[a]	10.70	4.72–24.23
Any MH/ND disorder (%)	11.5	66.9[a]	5.12	4.72–5.55

[a] $P < .05$ for χ^2 test.

[b] Relative risks were adjusted for child age, gender, race/ethnicity, parent education, household income, and family structure.

Age 6-17

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Selective Overview

Joseph Biederman

BIOL PSYCHIATRY 2005;57:1215–1220

Figure 1. Approximate prevalence of comorbid diagnoses in children with attention-deficit/hyperactivity disorder.

Comorbidità e diagnosi

- La comorbidità è uno dei fattori principali di mancata diagnosi di ADHD
- Esiste spesso una gerarchia implicita nell'approccio diagnostico, con diagnosi di primo livello (disturbi affettivi, disturbi dirompenti) e di secondo livello (ADHD)
- Le prime diagnosi possono oscurare le seconde (diagnostic overshadowing)
- "Non è un vero ADHD", "L'ADHD non è il problema principale" "La cura dell'ADHD non è prioritaria" "Curare l'ADHD può destabilizzare"

DECORSO ADHD

Solo ADHD

- Comp distruttivo
- Dist relazioni familiari

- Bassa autostima
- Scarse attitudini sociali
- Problemi di appr

- Disturbo oppositivo
- Disturbo
- dell'umore
- Comportamento provocatorio

- Comportamento antisociale
- Allontanamento dalla scuola
- Abuso di sostanze stupefacenti
- Disturbo di condotta
- Demotivazione
- Difficoltà di apprendimento

Età →

Vediamo pochi ADHD in età prescolare e in età scolare quadro clinico tende a complicarsi

L'ADHD è in posizione strategica, essendo un possibile precursore sia dei disturbi dirompenti che dei disturbi affettivi

ADHD e DCD

- Circa il 50% dei sogg con ADHD presenta una comorbidità con DOP/DC
- Circa il 40% dei DOP presenta ADHD
- Comorbidità con DOP/DC più frequente nella forma caratterizzata da deficit attentivo
- Questo tipo di comorbidità incide sul decorso,prognosi e risposta a trattamento sia farmacologico che comportamentale di ADHD

Studi in USA su utilizzo dei servizi e dei costi sociali dei soggetti con ADHD mostrano come la spesa pubblica nel periodo da scuola elementare a scuola superiore aumenti sensibilmente per ADHD ancor più se in comorbidità con DC

Service Use Patterns for Adolescents with ADHD and Comorbid Conduct Disorder

Mean costs per service sector (across ages). *IPMH* Inpatient mental health, *JJ* juvenile justice, *OPMH* outpatient mental health

- **Studi su fattori predittivi di persistenza ADHD: tipologia ADHD, familiarità per ADHD, aggressività precoce, comorbidità con DC, fattori di rischio familiari e sociali**

Predictors of persistent ADHD: An 11-year follow-up study

Joseph Biederman [a,*], Carter R. Petty [a], Allison Clarke [a], Alexandra Lomedico [a], Stephen V. Faraone [b]

A=vs. Controls, B=vs. Remittent ADHD; *p≤0.05; **p≤0.01; ***≤0.001

Fig. 1. Comorbid disorders at baseline.

A=vs. Controls, B=vs. Remittent ADHD; *p≤0.05; **p≤0.01; ***≤0.001

Disturbo oppositivo-provocatorio in DSM-5

A. Un pattern persistente di umore arrabbiato/irritabile , comportamenti polemici /sfidanti o vendicativi che durano almeno 6 mesi, periodo nel quale sono stati presenti almeno 4 sintomi tra quelli presenti nelle seguenti categorie e che sono stati osservati durante l'interazione con almeno un individuo che non è un fratello.

Arrabbiato/ Umore Irritabile

Spesso perde il controllo

Spesso è permaloso o facilmente si annoia

Spesso è arrabbiato e risentito

Polemico/ Provocatorio

1. Litiga spesso con adulti, bambini e adolescenti
2. Spesso si rifiuta o si oppone a soddisfare le richieste di figure Adulte
4. Spesso infastidisce gli altri
5. Spesso biasima gli altri per errori

Vendicativo

E' stato spietato o vendicativo almeno 2 volte negli ultimi 6 mesi

ADHD e DOP: traiettorie evolutive

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013 September ; 52(9): 961–969. doi:10.1016/j.jaac.2013.06.013.

Developmental Continuity of Oppositional Defiant Disorder Subdimensions at Ages 8, 10, and 13 Years and Their Distinct Psychiatric Outcomes at Age 16 Years

Yvonne M. Whelan, M.Sc., Ms.,
Birkbeck, University of London.

Dr. Argyris Stringaris, M.D., Ph.D.,
Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, King's College London.

disruptive mood dysregulation disorder

Irritabile/ emozionalità negativa

Dannoso/ aggressivo premeditato

Ostinato/ impulsivo

ADHD

La comorbidità tra ADHD e DCD

Quadro clinico connotato da:

- **Maggiore aggressività**
- **Persistenza e pervasività dei sintomi disadattivi**
- Alti livelli di esclusione dal gruppo dei pari
- Maggiore frequenza insuccesso scolastico
- **ADHD + DOP potenzia rischio di sviluppo in età pre e adolescenziale di DC**
- La comorbidità ADHD e DC favorisce l'insorgenza di un disturbo bipolare in adolescenza
- Loeber e Keenan (1994, 2005) ADHD + DC particolarmente elevato in femmine con DC
- In comorbidità ADHD con DOP o DC maggiori problematiche educative familiari e ridotto accordo educativo di coppia
- **ADHD con comorbidità DCD maggior uso di terapia farmacologica e interventi psicosociali**

Comorbidità ADHD+DOP/DC in età adolescenza

- ADHD hanno rischio 11 volte maggiore di controlli di sviluppare DOP/DC

- ADHD frequente reperto retrospettivo in anamnesi adolescenti o adulti con problematiche antisociali o psicopatiche

- La prevalenza di ADHD in campioni adolescenti con tratti antisociali:
- 14–19% in minori all'attenzione di giustizia minorile,
- 20–72% in adolescenti in carcere
- 1: 2 ADHD sviluppa DOP , 1: 4 svilupperà DC

- ADHD + DOP e ADHD+DC forme diverse per decorso, gravità sintomatologica, impairment e prognosi

- In studi comparati tra campioni ADHD puri, DC puri e comorbidi ADHD and CD:

ADHD + DC presentavano condotte esternalizzanti a precoce insorgenza, maggiore frequenza e gravità, pervasività in vari contesti relazionali, peggiore prognosi in ambito psicosociale con variazione tra condotte aggressive, condotte dissociali e abuso di sostanze (Piatigorsky & Hinshaw, 2004, Gorman et al, 2006)

Article

The Development of Comorbid Conduct Problems in Children With ADHD: An Example of an Integrative Developmental Psychopathology Perspective

Journal of Attention Disorders
2016, Vol. 20(3) 214–229
© The Author(s) 2014
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1087054713517546
jad.sagepub.com
SAGE

Jeffrey S. Danforth[1], Daniel F. Connor[2], and Leonard A. Doerfler[3]

Heritable and genetic factors may be useful to help explain the heterogeneity found in ADHD, including symptom severity and comorbidity. Genetic risk factors may then interact with adverse environments across development to facilitate the expression of at-risk behaviors. The combination of ADHD with CPs has been shown to be more strongly familial than ADHD alone (Faraone, Biederman, & Monuteaux, 2000) and more heritable (Thapar, Harrington, & McGuffin, 2001).

Fattori neuropsicologici ADHD come facilitatori di insorgenza DOP/DCD:
Deficit funzioni esecutive
Deficit working memory
Deficit di inibizione
Immaturità linguaggio interno

Article

The Development of Comorbid Conduct Problems in Children With ADHD: An Example of an Integrative Developmental Psychopathology Perspective

Jeffrey S. Danforth[1], Daniel F. Connor[2], and Leonard A. Doerfler[3]

Journal of Attention Disorders
2016, Vol. 20(3) 214–229
© The Author(s) 2014
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1087054713517546
jad.sagepub.com
SAGE

Fattori individuali e ambientali che influenzano passaggio da ADHD a iniziale associazione con CP e in seguito comorbidità con DCD:

- Temperamento hard to manage
- Precoce e ripetuto fallimento in ambito scolastico
- Rifiuto da parte del gruppo dei pari
- Inserimento in gruppo antisociale
- Stato socio-economico
- Elevata conflittualità intrafamiliare
- Età della madre
- Stile genitoriale coercitivo

Fattori di vulnerabilità individuale ADHD e DCD

Disregolazione emotiva
Elevata impulsività
Scarsa capacità di perseveranza e tenacia
Codice emotivo e linguaggio interno povero
Immaturità delle capacità di inibizione e autocontrollo
Sensation seeking, novelty seeking
Diff. a valutare pericolo, accettazione situazioni nuove
Scarsa tolleranza frustrazioni, regole, limiti
Stile attaccamento patologico

elevato rischio di disturbi comportamentali

Article

The Development of Comorbid Conduct Problems in Children With ADHD: An Example of an Integrative Developmental Psychopathology Perspective

Journal of Attention Disorders
2016, Vol. 20(3) 214–229
© The Author(s) 2014
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1087054713517546
jad.sagepub.com
SAGE

Jeffrey S. Danforth[1], Daniel F. Connor[2], and Leonard A. Doerfler[3]

Table 3. Illustration of an Escalating Aversive Episode That Incorporates Both Over-Reactive/Harsh Parenting and Then Lax Parenting.

	Parent response	Child response
Step 1	Parent presents direction or chore. This is aversive to the child with ADHD	
Step 2		Child whines and defies. This is aversive to the parent
Step 3	Parent overreacts, escalates with harsh response, and repeats the command. This is more aversive to the child than the parent direction in Step 1	
Step 4		Child impulsively escalates, becomes harsh and verbally aggressive. This is more aversive to parent than the child whining in Step 2
Step 5	Parent becomes lax and acquiesces. Does not require child to complete chore. Function: Instant negative reinforcement for child verbal aggression (in Step 4) that is strengthened by escape from harsh parenting (in Step 3)	
Step 6		Child stops verbal aggression and yelling. Function: Instant negative reinforcement for parent lax acquiescence (in Step 5) that is strengthened by escape from child verbal aggression and yelling (in Step 4)

Molti studi su stile genitoriale in bambini con ADHD che presentano in comorbidità DOP
Nelle madri si rileva un parenting caratterizzato da scarsa capacità di gratificazione e ricompensa e condotte direttive, coercitive e spesso rifiutanti.
Spesso nella stessa coppia genitori coesistono uno stile educativo caratterizzato da lassismo e permissività ed uno stile iper-reattivo e coercitivo.
Elevato Stress Parentale

Developmental pathways involving preschool hyperactivity: an illustrative taxonomy

Figure 1 *Schematic representation of four hypothetical pathways between risk and disorder that implicate preschool hyperactivity.*

© Blackwell Publishing Ltd. 2005

Infanzia/scol
Adolescenza
Età adulta
Dist.
Ansia
Depressione
Depressione
Dist. Bipolare
Disturbo bipolare
Uso di sostanze
Dist. Personalità
Dist.
Oppositivo
provocatorio
Dist.
Condotta
Disturbo
antisociale
di
personalità
ADHD
ADHD
ADHD

doi:10.1017/S0033291707002668 Printed in the United Kingdom

The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study

J. Biederman*, C. R. Petty, C. Dolan, S. Hughes, E. Mick, M. C. Monuteaux and S. V. Faraone

Fig. 4. Diagnoses during the interval between 4-year and 10-year follow-ups in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) subjects with and without oppositional defiant disorder (ODD) and conduct disorder (CD) and Controls. A = *v.* Controls, B = *v.* ADHD, C = *v.* ODD (* $p \leqslant 0.05$, ** $p \leqslant 0.01$, *** $p \leqslant 0.001$). □, Controls ($n = 89$); ■, ADHD ($n = 28$); ■, ODD ($n = 52$); ■, ODD + CD ($n = 30$).

La presenza di DOP in ADHD aumenta il rischio di depressione maggiore. La presenza di DC è selettivamente associata a aumentato rischio di disturbo antisociale di personalità, di consumo sostanze psicoattive, consumo tabacco e disturbo bipolare

ADHD+DOP è fattore di > rischio per

- più frequente transizione DOP-DC
- per DC ad esordio precoce.

Associazione ADHD-DC (10-15%):

- sottotipo più grave,
- più resistente a trattamenti psicoeducativi
- prognosi sociale + negativa

ELSEVIER
Comprehensive Psychiatry 49 (2008) 146–153
www.elsevier.com/locate/comppsych

Conduct disorder in referred children and adolescents: clinical and therapeutic issues

Gabriele Masi*, Annarita Milone, Azzurra Manfredi, Cinzia Pari, Antonella Paziente, Stefania Millepiedi
IRCCS Stella Maris, Scientific Institute of Child Neurology and Psychiatry, 56018 Calambrone (Pisa), Italy

Clinical and comorbidity features in CD (n=198)

Gender, Males, n (%)	153(77.3)
Prepuberal onset of CD, n (%)	94 (47.5)
CGI-Severity (baseline), mean (sd)	4.9 (.9)
Responders, n (%)	107 (54)
Lifetime comorbidity, n (%)	
Generalized Anxiety Disorder	69 (34.8)
Separation Anxiety	40 (20.2)
Panic Disorder-Agoraphobia	11 (5.6)
Social phobia	46 (23.2)
Simple phobias	39 (19.7)
Obsessive-Compulsive Disorder	42 (21.2)
Depression	46 (23.2)
Bipolar disorder	91 (45.9)
ADHD	**122 (61.6)**
Substance use	77 (38.9)

Clinical and comorbidity features in CD (n=198)

	onset <12 ys	onset > 12 ys	
	N=94	N=104	p
Gender (males), n (%)	76 (80.9)	77 (74.0)	.331
SES,	**2.9 (.9)**	3.3 (.9)	.002*
CGI-S	**5.1 (.9)**	4.7 (.9)	.002*
CGI-I,	2.6 (.8)	2.6 (1)	1.000
C-GAS	39.8 (6.2)	43.1 (8.2)	.002*
Responders, n (%)	52 (55.3)	55 (52.9)	.841
Lifetime comorbidity, n (%)			
Gener. anxiety dis.	32 (34.0)	37 (35.6)	.939
Depression	20 (21.3)	25 (24.0)	.769
Bipolar disorder	48 (51.1)	43 (41.3)	.220
Separ. anxiety disord.	18 (19.1)	22 (21.2)	.862
Panic disorder	7 (7.4)	4 (3.8)	.427
Social phobia	15 (16.0)	31 (29.8)	.033
Simple phobias	15 (16.0)	24 (23.1)	.281
Obsess. Compuls. Dis.	20 (21.3)	22 (21.2)	.878
ADHD	**69 (73.4)**	**53 (51.0)**	**.002***

Comorbidity

ADHD Comorbidity as a risk factor

Psychological Medicine, 2007, 37, 1731–1741. © 2007 Cambridge University Press
doi:10.1017/S0033291707000529 First published online 24 April 2007 Printed in the United Kingdom

Predictors, clinical characteristics, and outcome of conduct disorder in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: a longitudinal study

MICHAEL C. MONUTEAUX[1*], STEPHEN V. FARAONE[2], LARA MICHELLE GROSS[1] AND JOSEPH BIEDERMAN[1]

[1] *The Clinical and Research Program in Pediatric Psychopharmacology, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA, USA;* [2] *Departments of Psychiatry and Neuroscience & Physiology, SUNY Upstate Medical University, USA*

ADHD is a significant risk factor for CD in girls. CD is associated with increased risk for academic, psychiatric and sexual behavior problems compared to ADHD girls without CD. Given that the therapeutic approaches indicated by ADHD and CD differ, these findings highlight the importance of improved efforts aimed at early identification and treatment of CD in girls with ADHD.

RESEARCH ARTICLE

Mediating and Moderating Role of Depression, Conduct Disorder or Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Developing Adolescent Substance Use Disorders: A Population-Based Study

Kouichi Yoshimasu[1,6], William J. Barbaresi[2], Robert C. Colligan[3], Robert G. Voigt[4], Amy L. Weaver[5], Slavica K. Katusic[1]*

Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology
2006, Vol. 35, No. 4, 571–577

Copyright © 2006 by
Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Childhood ADHD Predicts Risky Sexual Behavior in Young Adulthood

Kate Flory

Arch Gen Psychiatry. 2010;67(11):1179-1186

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Conduct Disorder, and Young Adult Intimate Partner Violence

Xiangming Fang, PhD; Greta M. Massetti, PhD; Lijing Ouyang, PhD; Scott D. Grosse, PhD; James A. Mercy, PhD

Associazione ADHD e DCD come fattore che media evoluzione verso condotte a rischio in età adulta

Consumo sostanze in età giovanile adulta in ADHD con DCD o disturbo depressivo come fattore che facilita evoluzione

Comorbidità ADHD e DCD come fattore di rischio per condotte di violenza intrafamiliare

I soggetti con ADHD + DCD hanno rischio maggiore di precoce attività sessuale e di condotte promiscue o di scarsa protezione

Il trattamento
servizio
Al di là delle nuvole

DOP/DC in frequente comorbidità con ADHD

- 50 paz anno (7-14 aa)
- Multimodal Treatment
- Coping Power Program
- Trattamento manualizzato
- Trattamento di gruppo per i minori
- Parent training
- Inserimento e monitoraggio terapia farmacologica
- Drop –out 5/8 % annuo

COPING POWER PROGRAM

BAMBINI

18 sessioni articolate in uno o più incontri di 45 minuti ciascuno

- ORGANIZZAZIONE e incremento delle ABILITÀ di STUDIO
- RICONOSCIMENTO dei segnali fisiologici e dei sentimenti legati alla rabbia
- Training indiretto ed "*in vivo*" sulla MODULAZIONE DELLA RABBIA
- Assunzione di punti di vista altrui e promozione delle ABILITÀ SOCIALI
- PROBLEM SOLVING in situazioni conflittuali

GENITORI

16 sessioni articolate in uno o più incontri di 45 minuti ciascuno

- Promozione delle abilità di ORGANIZZAZIONE dello STUDIO
- MODALITÀ EDUCATIVE più funzionali: gratificazione e attenzione positiva
- Attività per la modulazione dello STRESS GENITORIALE
- COMUNICAZIONE FAMILIARE e *problem solving* di situazioni conflittuali
- Rinforzo delle abilità di *problem-solving* acquisite dai bambini nel trattamento di gruppo

Infanzia/scol
Adolescenza
Età adulta
Dist. Ansia Depressione
Depressione Dist. Bipolare
Disturbo bipolare Uso di sostanze; Dist. Personalità
Dist. Oppositivo provocatorio
Tratto Calloso Anemoz
Dist. Condotta
Disturbo antisociale di personalità
ADHD
ADHD
ADHD

Abuso e Dipendenza Sostanze
Disturbo Dissociale di Personalità
Fallimento adattivo
Instabilità affettiva

Disturbo della Condotta

Con emozionalità prosociale limitata

prognosi sfavorevole
condotte grav antisociali
tratti psicopatici
Elevata componente genetica in eziologia
Ridotta reattività sistema nervoso autonomo

Scarso rimorso o scarso senso di colpa

Freddezza, scarsa empatia

Non si preoccupa delle proprie prestazioni

Superficiale o con scarsa affettività

ADHD e DCD: traiettorie evolutive

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013 September ; 52(9): 961–969. doi:10.1016/j.jaac.2013.06.013.

Developmental Continuity of Oppositional Defiant Disorder Subdimensions at Ages 8, 10, and 13 Years and Their Distinct Psychiatric Outcomes at Age 16 Years

Yvonne M. Whelan, M.Sc., Ms.,
Birkbeck, University of London.

Dr. Argyris Stringaris, M.D., Ph.D.,
Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, King's College London.

disruptive mood dysregulation disorder

Irritabile/ emozionalità negativa

Dannoso/ aggressivo premeditato

Ostinato/ impulsivo

ADHD + DOP

THE JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY
ACAMH THE ASSOCIATION FOR CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH
Journal of Child Psychology and Psychiatry 55:6 (2014), pp 549–552 doi:10.1111/jcpp.12253

Commentary: Integrating callous and unemotional traits into the definition of antisocial behaviour – a commentary on Frick et al. (2014)

Richard Rowe
Department of Psychology, University of Sheffield, Sheffield, UK

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

REVIEW ARTICLE

Dan L. Longo, M.D., *Editor*

Conduct Disorder and Callous–Unemotional Traits in Youth

R. James R. Blair, Ph.D., Ellen Leibenluft, M.D., and Daniel S. Pine, M.D.

- CU Traits come dimensione transnosografica
- Alti tratti CU come specifier ADHD +DOP e indicatore di maggior rischio di evoluzione verso DC
- Presenza in circa il 40% dei pazienti DC
- Alti tratti CU in minori presenti sin dall'età prescolare e mediatori di un'evoluzione a prognosi sfavorevole e alto rischio di sviluppare una forma più severa di DC
- Sin da età precoci alti livelli di problematiche relazionali con i pari
- Stabilità nel tempo delle caratteristiche del disturbo con sviluppo antisociale di personalità nel 50% dei casi
- Outcome particolarmente sfavorevole se problematiche comportamentali già presenti prima dei 10 anni

G Model
NBR-2609; No. of Pages 13

ARTICLE IN PRESS

Neuroscience and Biobehavioral Reviews xxx (2016) xxx–xxx

Contents lists available at ScienceDirect

Neuroscience and Biobehavioral Reviews

journal homepage: www.elsevier.com/locate/neubiorev

Review article

Psychiatric evaluation of youths with Disruptive Behavior Disorders and psychopathic traits: A critical review of assessment measures

Gabriele Masi (MD)[a,*], Annarita Milone (MD)[a], Paola Brovedani (PsyD)[a], Simone Pisano (MD)[b], Pietro Muratori (PsyD)[a]

[a] IRCCS Stella Maris, Scientific Institute of Child Neurology and Psychiatry, Calambrone, Pisa, Italy
[b] Department of Mental and Physical Health and Preventive Medicine, Child and Adolescent Psychiatry Division, Second University of Naples, Italy

Descrizione di strumenti assessment in minori con tratti psicopatici di:
- CU traits
-Narcisismo
-Impulsività

La struttura multidimensionale della psicopatia in età adulta confermata in età evolutiva e comprende:

1)**Dimensione affettiva,** C-U traits, deficit empatia, scarsa capacità di rimorso e affettività superficiale

2)**Dimensione interpersonale**: aspetti narcisistici quali attitudini manipolative in ambito linguistico e relazionale, egocentrismo e volubilità

3)**Dimensione comportamentale** impulsività e disinibizione, novelty seeking, sensation seeking, comportamenti antisociali

Parenting e CU

La responsività materna, la capacità della madre a sintonizzarsi su stati affettivi e bisogni emotivi e fisici del bambino è stata correlata con elevate capacità empatiche e capacità di provare senso di colpa nei bambini e adolescenti.

Un parenting rigido, punitivo e coercitivo o inconsistente è correlato con la presenza di un DC senza tratti CU

Un parenting caratterizzato da scarso calore affettivo e da una importante distanza emotiva è maggiormente correlato con DC con tratti CU

Fonagy: fattori favorente ridotta opportunità di fare esperienze adeguate di stati mentali altrui nel contesto di relazioni di attaccamento

Fonagy: minori con elevati livelli di aggressività hanno un deficit in social competence e un repertorio di risposte scarso e poco flessibile di fronte alle richieste ambientali (deficit di ego-resilienza)

Tipologia di Aggressività in ADHD e DC con tratti CU

Aggressività predatoria

(PIP Planned, instrumental or proactive)

- Comportamento volontario, diretto ad un obiettivo specifico e all'ottenimento del soddisfacimento di un desiderio (concreto, vendetta, dominio, sessuale)
- Normale performance cognitive
- Tratti callous-unemotional
- Ridotta sensibilità alla sofferenza altrui
- Alti livelli di introversione, impulsività, aggressività verbale e eterolesiva
- Aspettative positive nei confronti degli agiti aggressivi
- Scarso rimorso e empatia
- Coping strategie relazioni intrafamiliari
- Frequente in popolazioni carcere minorile
- Scarsa responsività a interventi riabilitativi e farmacologici

Tratti CU e deficit apprendimento emotivo e decision making

Ridotta risposta al rinforzo emotivo (espressioni)

Adolescenza
Fase di maggiore sensibilità a ricompensa immediata

Giudizio morale inappropriato

Deficit Decision -making e funzionamento sociale DC con CU

Scarsa capacità di giudicare conseguenze delle proprie azioni

Scarsa risposta a Rinforzo e/o punizione
Deficit nel valutare costo azione (diff tra punizione e gratificazione)

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

CNS Drugs 2009; 23 (1): 59-69
1172-7047/09/0001-0059/$49.95/0

© 2009 Adis Data Information BV. All rights reserved.

Effectiveness of Lithium in Children and Adolescents with Conduct Disorder
A Retrospective Naturalistic Study

Gabriele Masi, Annarita Milone, Azzurra Manfredi, Cinzia Pari, Antonella Paziente and *Stefania Millepiedi*

European Psychiatry 21 (2006) 51–57

Olanzapine treatment in adolescents with severe conduct disorder

Gabriele Masi *, Annarita Milone, Giovanna Canepa, Stefania Millepiedi, Maria Mucci, Filippo Muratori

La aggressività predatoria è uno dei più importante predittori di risposta negativa all'intervento farmacologico, con antipsicotici atipici o con litio

ELSEVIER
Comprehensive Psychiatry 54 (2013) 1009 – 1015
www.elsevier.com/locate/comppsych

Response to treatments in youth with disruptive behavior disorders

Gabriele Masi*, Pietro Muratori, Azzurra Manfredi, Francesca Lenzi, Lisa Polidori, Laura Ruglioni, Filippo Muratori, Annarita Milone

Method: 118 youths, 12-months multimodal intervention, (41% associated pharmacotherapy)

Results: 58 patients (49.2%) were non-responders. They had more frequently CD than ODD, a comorbid mood disorder, higher CBCL scores in rule-breaking behavior, and higher APSD scores.
The linear blockwise regression indicated that pre-treatment functional impairment (C-GAS) and baseline CU trait were predictors of non-response.
The logistic regression indicated that only baseline APSD-CU trait was a predictor of non-response

Trattamento ADHD + DC+ CU

Trattamento multimodale maggiore efficacia efficace in ADHD +DC che non presentano tratti CU

IN ADHD + DC + CU importante:

- diagnosi precoce
- Interventi di parent training con obiettivi di ampliamento di qualità di calore affettivo nelle interazioni e nello stile educativo
- In età evolutiva Emotion Recognition Training associato a intervento multimodale in soggetti con importante miglioramento empatia affettiva e riduzione aggressività
- Intervento sulla componente di Moral disangagment nel minore DCD con CU

- In pazienti con elevata aggressività e discontrollo scelta trattamento farmacologico dopo valutazione della comorbidità. ASG (Risperidone. Aripiprazolo, Questiapina) come prima linea ?????

Infanzia/scol
Adolescenza
Età adulta
Ansia; Depressione
Depressione; Disturbo bipolare
Disturbo bipolare Uso di sostanze; Dist. Personalità
ADHD+ Emot. Dysr
Dist. Oppositivo provocatorio
Dist. Condotta
Disturbo antisociale di personalità
ADHD
ADHD
ADHD

ADHD +DCD
ADHD + Emotion Dysregulation e traiettorie evolutive

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013 September ; 52(9): 961–969. doi:10.1016/j.jaac.2013.06.013.

Developmental Continuity of Oppositional Defiant Disorder Subdimensions at Ages 8, 10, and 13 Years and Their Distinct Psychiatric Outcomes at Age 16 Years

Yvonne M. Whelan, M.Sc., Ms.,
Birkbeck, University of London.

Dr. Argyris Stringaris, M.D., Ph.D.,
Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, King's College London.

disruptive mood dysregulation disorder

Irritabile/ emozionalità negativa

Dannoso/ aggressivo premeditato

Ostinato/ impulsivo

ADHD + DOP

Reviews and Overviews

Mechanisms of Psychiatric Illness

Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder

(Am J Psychiatry 2014; 171:276–293)

Philip Shaw, M.B.B.Ch
Argyris Stringaris, M.D.
Joel Nigg, Ph.D.
Ellen Leibenluft, M.D.

Disregolazione emotiva (DE) : è espressione di un deficit della regolazione adattiva

1)Espressione delle emozioni è eccessiva rispetto alle norme sociali e inappropriata rispetto al contesto

2)Sono presenti cambiamenti emotivi rapidi e scarsamente controllabili (LABILITY)

3)E' presente una ipersensibilità o un eccessiva focalizzazione attentiva su alcuni stimoli

Emotional over-reactivity: ridotta capacità di gestire stress quotidiani, sensazione di essere "travolto" **(ansia generalizzata)**

L'espressione clinica DE è un frequente stato di irritabilità accompagnato da un'aggressività di tipo reattivo e da frequenti crisi di rabbia

Epidemiologia: presente nel 25- 45% ADHD età evolutiva e prevalente in forma combinata

(Am J Psychiatry 2014; 171:276–293)

Reviews and Overviews

Mechanisms of Psychiatric Illness

Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Philip Shaw, M.B.B.Ch.
Argyris Stringaris, M.D.
Joel Nigg, Ph.D.
Ellen Leibenluft, M.D.

TABLE 4. Three Models to Explain the Overlap Between ADHD and Emotion Dysregulation

	Phenomenology		Pathophysiology			
Model	Correlations Between ADHD and Emotion Dysregulation	Clinical Course	Psychological Basis	Neural Basis	Genetic	Treatment
Emotion dysregulation is integral to ADHD	Extremely high	Yoked clinical courses for symptoms of ADHD and emotion dysregulation	Deficits in behavioral inhibition and working memory mediate both core ADHD symptoms and emotion dysregulation	Anomalies confined to fronto-striatal-cerebellar circuits	Same genetic basis for ADHD with emotion dysregulation and ADHD alone	Treatments that improve ADHD will improve emotion dysregulation
Combined ADHD and emotion dysregulation defines a distinct entity	ADHD subgroup exists that is high on both symptom domains	Distinct clinical course for ADHD with emotion dysregulation and ADHD alone	Distinct cognitive deficits in ADHD with emotion dysregulation and ADHD alone	Distinct neural bases for ADHD with emotion dysregulation and ADHD alone	Distinct genetic bases for ADHD with emotion dysregulation and ADHD alone	Existing treatments for ADHD may be less effective for ADHD with emotion dysregulation
Symptoms of ADHD and emotion dysregulation are correlated but distinct dimensions	Modest	Similar but dissociable clinical courses for symptoms of ADHD and emotion dysregulation	Deficits in emotion processing mediate dysregulation and correlate with deficits mediating core ADHD symptoms	Anomalies extend beyond fronto-striato-cerebellar circuits to (para)limbic regions	Some genes shared between ADHD alone and ADHD with emotion dysregulation	Treating "core" ADHD symptoms benefits emotion dysregulation, but separate treatment may also be needed

Emotional dyrsegulation

entità dimensionale che non è un sintomo associato ma che costituisce un aspetto core di ADHD e attualmente anche del DOP ne determina evoluzione verso patologie psichiatriche e persistenza ADHD

Deve essere considerata nella pianificazione del trattamento

Journal of Child Psychology and Psychiatry 51:8 (2010), pp 915–923 doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02217.

Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence

Esther Sobanski,[1] Tobias Banaschewski,[2,12] Philip Asherson,[3] Jan Buitelaar,[5]

Elevata labilità emotiva associata a una maggiore gravità del quadro clinico di ADHD, a forme con sintomi combinati iperattivi, impulsivi e ad una elevata comorbidità con un DOP disturbo dell'umore e uso sostanze

La gravità della EL in minore ADHD è un fattore di rischio per la presenza di EL anche in fratelli .

Article

Emotional Lability in Preschoolers With Symptoms of ADHD

Journal of Attention Disorders
1–9
© 2015 SAGE Publications
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1087054715576342
jad.sagepub.com
SAGE

Kristin Romvig Overgaard[1], Beate Oerbeck[1], Heidi Aase[2], Svenn Torgersen[3], Ted Reichborn-Kjennerud[2,3], and Pål Zeiner[1]

- **METHOD:**
- The study was part of the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa) at the Norwegian Institute of Public Health. In the present study, 495 preschoolers were clinically examined. Symptoms of ADHD, anxiety, and oppositional defiant disorder (ODD) were measured with the Preschool Age Psychiatric Assessment Interview. An EL measure was obtained from the Emotional Control subscale of the Behavior Rating Inventory of Executive Function-Preschool Version (BRIEF-P), which parents and teachers completed.
- **RESULTS:**
- EL was significantly more frequent in the ADHD group compared with controls (25% vs. 7%, $p < .001$). By parent report, EL correlated significantly with ADHD-, anxiety-, and ODD symptoms. By teacher report, EL was significantly correlated only with hyperactivity-impulsivity.
- **CONCLUSION:** EL appears identifiable in young preschoolers and was particularly associated with ODD in children with ADHD symptoms.

Aggressività e emotional dysregulation

Aggressività affettiva-reattiva

- Segue spesso un evento stressor
- Deriva da una ipersensibilità personale e interpersonale con bias ostile
- Non è pianificata
- E' manifesta e non ha obiettivi preordinati (dominio, vendetta, minaccia)
- E' caratterizzata da agiti eterolesivi ma anche autolesivi
- Ha una rapida escalation e si accompagna ad espressione somatiche ed emozionali
- E' seguita da uno stato di spossatezza e/o pianto
- E' seguita spesso da senso di colpa

Thomas e la sua disregolazione emotiva

A scuola mi arrabbio perché ci sono troppi rumorini….
i bambini parlano e mi distraggo… rimango indietro e gli altri parlano e mi riprende la rabbia
nel pomeriggio mi arrabbio di più perché dentro di me c'è più rabbia… se mi arrabbio butto tutto in terra
Stiamo tentando di fare andare via la rabbia ma non ci riesco…
In classe sono uno dei rabbiosi… noi si mangia con il secondo turno…aspetto, (mi sento triste) e mi arrabbio

Article

Oppositional Defiant Disorder Is Better Conceptualized as a Disorder of Emotional Regulation

Journal of Attention Disorders
1–9
© 2014 SAGE Publications
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1087054713520221
jad.sagepub.com
SAGE

Monica Cavanagh[1], Declan Quinn[1], Don Duncan[2], Tom Graham[1], and Lloyd Balbuena[1]

The affective component of ODD is associated with significant psychopathology later in life and should be an
important focus of treatment.
This begs the question:
Is dysregulated affect a mere component or the core deficit in ODD?
Emotionality is likely more central to ODD than to CD.
This conclusion is supported by Burke and colleagues who reported that ODD is a risk factor for future depression,
while CD is an indirect risk factor only by first causing stressful events that subsequently lead to depression

ODD is unidimensional and ED is statistically collinear with ODD, then ODD is better conceptualized as a disorder of emotion regulation, rather than as a behavior disorder.
ED encompasses the original ODD criteria but also quick mood changes, easy frustration, irritability, excessive emotionality, and unstable relationships

CBCL e nuovi profili

Longitudinal course of deficient emotional self-regulation CBCL profile in youth with ADHD: prospective controlled study

Joseph Biederman[1,2]
Thomas J Spencer[1,2]
Carter Petty[1]

This article was published in the following Dove Press journal:
Neuropsychiatric Disease and Treatment
9 July 2012

The dysregulation profile in children and adolescents: a potential index for major psychopathology?

M. Bellani, G. A. L. Negri and P. Brambilla

Epidemiology and Psychiatric Sciences / Volume 21 / Issue 02 / June 2012, pp 155 - 159

J Child Psychol Psychiatry. 2012 September ; 53(9): 918–926. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02546.x.

Correlates of the CBCL-dysregulation profile in preschool-aged children

Jiyon Kim[1], Gabrielle A. Carlson[2], Stephanie E. Meyer[3], Sara J. Bufferd[1], Lea R. Dougherty[1], Margaret W. Dyson[1], Rebecca S. Laptook[1], Thomas M. Olino[1], and Daniel N. Klein[1]
[1]Department of Psychology, Stony Brook University, Stony Brook, NY

Eur Child Adolesc Psychiatry
DOI 10.1007/s00787-016-0918-2

ORIGINAL CONTRIBUTION

Latent classes of emotional and behavioural problems in epidemiological and referred samples and their relations to DSM-IV diagnoses

Valentina Bianchi[1,2] · Paolo Brambilla[3,4] · Marco Garzitto[5] · Paola Colombo[1] · Livia Fornasari[5] ·

Profilo DESR

- elevazione di punteggio (+ 1DS)
- AAA tra 180-210
- deficit nella inibizione di comportamenti non adattivi in risposta a frustrazioni o emozioni negative, elevata irritabilità , impulisività e crisi di rabbia
- significativo impairment in ambito scolastico e in contesti relazionali con i pari.
- rischio a lungo termine per la persistenza in adolescenza e età adulta dell'ADHD, in comorbidità con DOP, disturbo bipolare, cronico scarso funzionamento globale e disadattivo
- Presente in circa 45% degli ADHD

Profilo DP

- elevazione di punteggio (+ 2DS)
- AAA ≥ 210
- significativo e persistente deficit della regolazione delle emozioni, con stati emotivi negativi molto intensi e elicitati anche da modesti stressor.
- crisi di rabbia intense, aggressività reattiva e possibile autolesività
- Può essere presentare ridotto bisogno di sonno
- rilevante impairment sociale, in età adolescenziale grave psicopatologia associata e possono richiedere frequenti ospedalizzazioni.
- elevato rischio di sviluppare varia e grave comorbidità in evoluzione, un elevato impairment in varie aree di funzionamento e sviluppo disturbi di personalità B/C

THE JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY
AACAMH
Journal of Child Psychology and Psychiatry 52:2 (2011), pp 139–147 doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02309.x

The Child Behavior Checklist-Dysregulation Profile predicts substance use, suicidality, and functional impairment: a longitudinal analysis

Martin Holtmann,[1,2] Arlette F. Buchmann,[1] Guenter Esser,[3] Martin H. Schmidt,[1] Tobias Banaschewski,[1] and Manfred Laucht[1,3]

Table 3 Predicting young adults' diagnostic outcomes from CBCL-DP s
income[1]

	CBCL-DP	
Outcome at age 19 years	*B (SE)*	*p*
Anxiety disorders	−.01 (.02)	.48
Mood disorders	**.03 (.01)**	**<.01**
Conduct disorder	.01 (.02)	.45
ADHD	**.05 (.02)**	**<.01**
Alcohol abuse/dependence	**.05 (.01)**	**<.01**
Cannabis abuse/dependence	**.03 (.01)**	**<.01**
Somatoform disorders[2]	−.02 (.04)	.15
Eating disorders[2]	−.05 (.05)	.26
Suicidal ideation	**.03 (.01)**	**<.01**
Suicidal attempt	**.03 (.01)**	**.04**
FTND score: *M (SD)*	**.02 (.01)**	**<.001**
GAF scale: *M (SD)*	**−.26 (.04)**	**<.001**

In follow-up studies DP profile correlated with a long-term risk of later very severe psychopathology, such substance abuse, severe mood disorders, suicidality and poorer overall global and adaptive functioning.

Biederman 2012:the subjects positive for CBCL DP vs those positive for CBCL DESR, have higher rates of unipolar and bipolar mood disorder, ODD, CD and psychiatric hospitalation

Published in final edited form as:
Child Psychiatry Hum Dev. 2012 August ; 43(4): 511–522. doi:10.1007/s10578-012-0280-7.

Temperamental Profiles of Dysregulated Children

Robert R. Althoff, M.D., Ph.D.[1,2,3], Lynsay A. Ayer, Ph.D.[1], Eileen Crehan, B.A.[3], David C. Rettew, M.D.[1,2], Julie R. Baer, B.A.[3], and James J. Hudziak, M.D.[1,2,4]

CBCL DP Profyle
Disengaged temperament

High Novelty Seeking

High Harm Avoidant

Low Reward Dipendence

Low Persistence

This temperamenal profyle is quite similar in DC + CU patients and is similar to the adult disorders of self regulation as in Borderline Personality Disorder

Psychiatry Research 225 (2015) 191–196

Contents lists available at ScienceDirect

Psychiatry Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/psychres

Child behaviour checklist emotional dysregulation profiles in youth with disruptive behaviour disorders: Clinical correlates and treatment implications

Masi Gabriele [a,*], Muratori Pietro [a], Manfredi Azzurra [a], Pisano Simone [b], Milone Annarita [a]

[a] IRCCS Stella Maris, Scientific Institute of Child Neurology and Psychiatry, Calambrone, Pisa, Italy
[b] Department of Mental and Physical Health and Preventive Medicine, Child and Adolescent Psychiatry Division, Second University of Naples, Italy

Two Child Behaviour Checklist (CBCL) profiles were correlated to poor self-regulation, Deficient Emotional Self-Regulation (DESR) (elevation between 1 and 2 Standard Deviations (SD) in Anxiety/Depression, Aggression, Attention subscales), and Dysregulation Profile (DP) (elevation of 2 Standard Deviations or more). We explored youths with Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Conduct Disorder (CD) whether these profiles are associated with specific clinical features. The sample included 57 patients with DESR profile and 41 with DP profile, ages 9 to 15 years, all assigned to a non-pharmacological Multimodal Treatment Program. No differences resulted between groups in demographic features, diagnosis ratio, and comorbidities with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Bipolar Disorder (BD), and Anxiety Disorder. The DP group was associated with higher scores in Withdrawn, Social Problem, Thought, Rule Breaking, and Somatic CBCL subscales, and higher scores in Narcissism and Impulsivity (but not Callous–Unemotional (CU)), according to the Antisocial Process Screening Device (APSD). After treatment, patients with DESR improved their personality traits (Narcissistic and Callous–Unemotional, but not Impulsivity), while changes in CBCL scales were modest. Patients with DP improved scales of Attention, Aggression, Anxiety–Depression, Rule Breaking, Withdrawal, Social Problem and Thought, while personality features did not change. These results suggest diagnostic implications of CBCL profiles, and indications for targeted treatment strategies.

© 2014 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

Journal of Affective Disorders 186 (2015) 249–253

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad

Research report

Child behavior checklist dysregulation profile in children with disruptive behavior disorders: A longitudinal study

Gabriele Masi [a,*], Simone Pisano [b], Annarita Milone [a], Pietro Muratori [a]

[a] IRCCS Stella Maris, Scientific Institute of Child Neurology and Psychiatry, Calambrone, Pisa, Italy

Background: A Child Behavior Checklist (CBCL) profile defined as Dysregulation Profile (DP) (scores 2 standard deviations or more in anxiety/depression, aggression, attention subscales) has been correlated to poor emotional and behavioral self-regulation. The clinical meaning and the prognostic implications of CBCL-DP are still debated, although it seems associated with severe psychopathology and poor adjustment.

Method: In the present study, we used the CBCL-DP score to examine the adolescent outcomes (psychiatric diagnosis, substance use, psychiatric hospitalization) in 80 referred children with disruptive behavior disorders –DBD- (Oppositional Defiant Disorder or conduct disorder), aged 8–9 years, 72 males (90%) and 8 females (10%), followed-up until the age of 14–15 years.

Results: Children with higher score on the CBCL-DP profile were at increased risk for presenting ADHD and mood disorders in adolescence. While ADHD in adolescence was predicted also by an ADHD diagnosis during childhood, CBCL-DP score was the only significant predictor of a mood disorder at 14–15 years. On the contrary, CBCL-DP score was not associated with a higher risk of conduct disorder, substance use and hospitalizations in adolescence. A cost-effective and reliable diagnostic measure such as the CBCL may be a part of the diagnostic procedure aimed to capture these at-risk children, to monitor their natural history up to adolescence, and to prevent the risk of a full-blown mood disorder.

Limitations: The small sample size and a selection bias of severe patients with DBD limit the generalization of the findings.

© 2015 Elsevier B.V. All rights reserved.

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad

Research report

Child behavior checklist dysregulation profile in children with disruptive behavior disorders: A longitudinal study

Gabriele Masi [a,*], Simone Pisano [b], Annarita Milone [a], Pietro Muratori [a]

Predictions of adolescents' outcomes from CBCL-DP score, controlled for family socio-economic status (SES), presence of the homotypic diagnosis at the baseline, and level of functioning (C-GAS).

Outcomes at 14–15 years	DP	SES	Diagnosis at 8–9 years	CGAS
Mood disorders	1.51(.80)**	−.27 (.52)	.02 (.02)	.27 (.11)
ADHD	.80 (.01)*	−.44 (.44)	2.00 (.78)**	.00 (.05)
Anxiety disorders	.01(.02)	−.11(.63)	2.01(.63)*	−.01 (.07)
Conduct disorder	.03 (.02)	.33 (.56)	.10 (1.1)	−.23 (.11)*
Hospitalizations	.20 (.01)	.32 (.40)	-	−3.22 (.01)**
CGI at post-treatment	.62 (.01)	−2.02 (.09)	-	−7.12 (.01)**
Substance use	.41 (.07)	−.63 (.14)	-	−5.15 (.23)*

- La presenza di un profilo DP in DCD a 8-9 aa può essere un indicatore di elevato rischio di persistenza ADHD e/o di insorgenza di DU in adolescenza.
- La presenza di un elevata compromissione del funzionamento globale (C-Gas) ma non SES è associata ad un peggiore outcome DC e SUD)
- La presenza di DP in età scolare è correlata a DU in adolescenza indipendentemente dalla presenza di DU in età scolare
- Dati in linea con studio su DP in ADHD correlato a sviluppo D. Bipolare in adolescenza (Biederman, 2009)

Ricerca: la terapia farmacologica come elemento del trattamento multimodale

Psychiatry Research 238 (2016) 8–13

Contents lists available at ScienceDirect

Psychiatry Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/psychres

Combined pharmacotherapy–multimodal psychotherapy in children with Disruptive Behavior Disorders

Gabriele Masi [a,*], Annarita Milone [a], Azzurra Manfredi [a], Paola Brovedani [a], Simone Pisano [b], Pietro Muratori [a]

Table 1
Comparison between patients receiving psychotherapy only (n=89) and patients receiving a combined treatment (pharmacotherapy plus psychotherapy, n=55).

Baseline variables	Psychotherapy only (n=89)	Combined (n=55)	*p*
Age, years (SD)	9.6 (1.3)	9.6 (1.4)	Ns
Male, n (%)	77 (86.5)	52 (94.5)	Ns
ODD/CD, n (%)	69/20 (77.5/22.5)	34/21 (61.8/38.2)	Ns
ADHD, n (%)	18 (20.2)	23 (41.8)	.008
Mood Disord., n (%)	17 (19.1)	19 (34.5)	.048
CBCL-aggressive behavior, score (SD)	70.03 (6.30)	74.31 (8.10)	.001
CBCL-rule breaking, score (SD)	65.70 (6.41)	67.11 (6.60)	Ns
CBCL-DP, score (SD)	202.10 (14.90)	208.41 (15.75)	Ns
ICU TOTAL, score (SD)	27.11 (5.71)	29.00 (8.21)	Ns
APSD-CU, score (SD)	5.66 (1.82)	5.69 (2.28)	Ns

Outcome variables	Baseline level of the outcome variable	Additional pharmacotherapy
CGI-I	.295**	.034
CBCL Aggressive	.348**	−.343**
CBCL Rule-breaking	.444***	.074
CBCL DP	.443***	−.223*
ICU-Y total score	.772***	.009
APSD-P CU score	.519***	−.101

Note: CGI-I: Clinical Global Impression-Improvement score; CBCL: Child Behavior Checklist; CBCL-DP: Child Behavior Checklist Dysregulation Profile; ICU-Y: Inventory of Callous Unemotional traits- Youth version; APSD-P CU: Antisocial Process Screening Device, Parent-report version, Callous Unemotional subscale.

* =p ≪ .05.
** =p ≪ .01.
*** =p ≪ .001.

Trattamento multimodale (CPP) e farmacologico particolarmente efficace in riduzione delle condotte aggressive ancor più nei pazienti con comorbidità affettiva e con ADHD La disregolazione emotiva appare sensibile al trattamento combinato che non influenza significativamente variabile CU.

Is emotional dysregulation a risk indicator for auto-aggressive behaviors in adolescents with Oppositional Defiant Disorder?

Muratori P, Pisano S, Milone A., Masi G

J Affective Disorders , in press

….In 72 consecutively referred youths with Oppositional Defiant Disorder, **greater CBCL-DP scores were associated to higher levels of auto-aggression**, even when controlled for the levels of aggression against others and other covariates (age,gender, severity, comorbidities)

Eur Child Adolesc Psychiatry (2012) 21:511–520
DOI 10.1007/s00787-012-0289-2

ORIGINAL CONTRIBUTION

Adolescent nonsuicidal self-injury: the effects of personality traits, family relationships and maltreatment on the presence and severity of behaviours

Rossella Di Pierro · Irene Sarno · Sara Perego · Marcello Gallucci · Fabio Madeddu

Alti livelli di depressione e ansia

Alti livelli di impulsività

Deficit in regolazione emotiva /inibizione emozioni negative

Alessitimia

Alti livelli di aggressività interpersonale

Distorsioni cognitive

Percezione di scarso supporto dei pari

Esperienze di abuso/trascuratezza in età precoce

Contesto familiare inadeguato/disfunzionale

Il fattore sesso : ADHD, Emotional Dysregulation e Dist del controllo degli impulsi

Clinical Child and Family Psychology Review, Vol. 2, No. 1, 1999

Conduct Disorder in Girls: A Review of the Literature

Kate Keenan,[1,3] Rolf Loeber,[2] and Stephanie Green[2]

J Abnorm Psychol. 2010 November ; 119(4): 689–698. doi:10.1037/a0019346.

Age of onset, symptom threshold, and expansion of the nosology of conduct disorder for girls

Kate Keenan,
Department of Psychiatry and Behavioral Neuroscience, University of Chicago

- Dati di prevalenza molto vari (in età 7-15 2,9 – 8,9%)
- Prevalenza aumenta da età scolare a quella adolescenziale e ampliamento di intensità e frequenza da età scolare a adolescenza
- Età media di insorgenza prima dei 10 anni
- Elevata comorbidità con Disturbi D'ansia (GAD, SAD, SF) e ADHD.
- Aggressività relazionale e indiretta vs fisica (nei maschi più frequente)

Nel nostro campione Femmine 12%
Negli ultimi 2 anni aumento richieste
Gruppo di trattamento femminile

J Abnorm Child Psychol (2012) 40:7–20
DOI 10.1007/s10802-011-9530-6

Trajectories of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder Symptoms as Precursors of Borderline Personality Disorder Symptoms in Adolescent Girls

Stephanie D. Stepp · Jeffrey D. Burke · Alison E. Hipwell · Rolf Loeber

Infanzia/scol
Adolescenza
Età adulta
Ansia; Depressione
DMDD??
Depressione; Disturbo bipolare
Uso di sostanze; Dist. Person.
ADHD+ Emot. Dysr
Dist. Oppositivo provocatorio
Dist. Condotta
Disturbo antisociale Di personalità
ADHD
ADHD
ADHD

DEPRESSIONE IN ADHD

Reference	Prevalence of depression with ADHD
Biederman et al 2008[55]	40.7%
Able et al 2007[21]	31.0%
Kessler et al 2006[8]	18.6%
Sobanski 2006[12]	30%–50%[a]
Torgersen et al 2006[33]	9% (Lifetime prevalence of 53%)
Fischer et al 2006[42]	26%

da McIntosh et al. Neuropsych Dis Treat, 2009

ADHD e disturbi depressivi

Associazione nel 20% dei casi di ADHD

La depressione segue all'ADHD, non è aggravata dall'ADHD, evolve indipendente dalla possibile remissione di ADHD

> o < rischio suicidario? Dati discordanti (< rispetto alla comorbidità tra **depressione e disturbo della condotta o abuso di sostanze**).

Disturbo da Disregolazione Dirompente dell'Umore

- Nel DSM-5 prima categoria diagnostica nei Disturbi Depressivi dato che è forma clinica che insorge prevalentemente in età evolutiva
- Gravi ricorrenti esplosioni emotivo-comportamentali verbali/fisiche verso persone/oggetti, eccessive per durata/intensità, incoerenti con il livello di sviluppo
- > 3/settimana
- Umore intercritico stabilmente negativo (irritabile, rabbioso, triste), osservabile dall'esterno
- Durata: almeno 12 mesi,senza di intervalli > 3 mesi
- Presenza in almeno due contesti (grave in uno)
- Età cronologica 6-18 anni anni, esordio < 10 anni.
- Nell'anno precedente non episodi di umore elevato
- Sintomi non in episodio depressivo o altri disturbi

Disturbo da Disregolazione Dirompente dell'Umore

- Il livello di gravità è paragonabile a quello del DBp, per frequenza di farmacoterapia e ospedalizzazioni (e molto maggiore di ADHD e di disturbo oppositivo-provocatorio).
- L'intensità della irritabilità (sia cronica che episodica) è molto maggiore che in ADHD
- Irritabilità cronica / Umore rabbioso

- Reattività molto intensa ed eccessiva a stimoli negativi (crisi acute di agitazione > 3/settim)
- Iper-arousal (2 di 6): Insonnia, Agitazione, Distraibilità, Pensiero accelerato/fuga delle idee, Linguaggio concitato, Intrusività (<u>tipo ipomania non euforica</u>)
- Compromissione funzionamento adattivo in almeno due contesti. Necessità frequente di ospedalizzazione

JOURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOPHARMACOLOGY
Volume 26, Number 2, 2016
© Mary Ann Liebert, Inc.
Pp. 101–106
DOI: 10.1089/cap.2015.0074

Disruptive Mood Dysregulation Disorder Symptoms and Association with Oppositional Defiant and Other Disorders in a General Population Child Sample

Susan D. Mayes, PhD, James D. Waxmonsky, MD,
Susan L. Calhoun, PhD, and Edward O. Bixler, PhD

JOURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOPHARMACOLOGY
Volume 26, Number 2, 2016
© Mary Ann Liebert, Inc.
Pp. 123–130
DOI: 10.1089/cap.2015.0061

Disruptive Mood Dysregulation Disorder in a Community Mental Health Clinic: Prevalence, Comorbidity and Correlates

Andrew J. Freeman, PhD,[1] Eric A. Youngstrom, PhD,[2]
Jennifer K. Youngstrom, PhD,[2] and Robert L. Findling, MD, MBA[3]

Categoria diagnostica controversa
Elementi critici la insufficienza di dati su validità del costrutto diagnostico
Diagnosi che ottiene bassi livelli di concordanza tra clinici
Criteri Robins e Gaze 1970:
1)IL DISTURBO SI DIFFERENZIA DA ALTRI PER DATI DI LABORATORIO E/O NEUROBIOLOGICI
2)SE NE CONOSCE IL DECROSO EVOLUTIVO
3)E' DIMOSTRABILE UNA EREDITABILITà
4)HA CRITERI SINTOMATOLOGICI DISTINGUIBILI DA ALTRI DISTURBI

Elevato overlap con ADHD e DOP confermato in popolazione generale e clinica
Sintomi principali aggressività e difficoltà nel rispetto di limiti e regole
DMDD non appare significativamente differente da DOP in termini di criteri diagnostici, comorbidità categoriale e dimensionale e impairment.
Vi sono comunque elementi sintomatologico a comune con diturbo depressivo ed in una visione dimensionale in cui sintomi internalizzanti ed esternalizzanti creano un quadro clinico di grave disregolazione emozionale e comportamentale

Eur Child Adolesc Psychiatry (2016) 25:321–330
DOI 10.1007/s00787-015-0738-9

ORIGINAL CONTRIBUTION

Comorbidity and correlates of disruptive mood dysregulation disorder in 6–8-year-old children with ADHD

Melissa Mulraney[1] · Elizabeth J. Schilpzand[1,3] · Philip Hazell[5] · Jan M. Nicholson[1,4] · Vicki Anderson[1,2,3] · Daryl Efron[1,2,3] · Timothy J. Silk[1,3] · Emma Sciberras[1,2,3]

- Pochi lavori su casistiche cliniche
- 21,8% ADHD 6-8 aa presentano comorbidità con DMDD (Pediatrics, 2014)
- Minori con ADHD + DMDD presentano una qualità della vita e delle relazioni sociali peggiore , specie nel contesto del gruppo dei pari rispetto a quanto accade nel gruppo di ADHD che non pesentano una comorbidità affettiva.
- Nel campione ADHD con DMDD segnalata una maggiore problematica di autocontrollo e la tendenza a essere coinvolti in azioni di bullismo.
- Lo stile parentale prevalente appare connotato da una scarsa affettività

A scuola mi arrabbio e poi picchio … non so perchè …..la maestra mi ha detto di disegnare quando ero arrabbiato … ho fatto Saturno ed i meteoriti che arrivano sulla terra…….. ieri ho disegnato le Bermuda e poi mi sono calmato (lory, 6 aa)

Depression with or without ADHD in adults

3963 unselected adult depressed patients, 1124 (28.4%) presenting childhood ADHD symptoms.

Depressed with childhood ADHD symptoms were:

. prevalently males,

. earlier onset of the first depressive episode

. more severe (number of symptoms, functioning)

. higher number of previous depressive episodes,

. higher rates of anxiety

. greater number of (hypo)manic symptoms

. frequent familiarity for bipolar I or II disorder

. more frequent psychotic symptoms

(Purper-Ouakil, Masi et al. Psychiatry Research, in stampa)

Infanzia/scol
Adolescenza
Età adulta
Ansia; Depressione
Disturbo bipolare
Disturbo bipolare Uso di sostanze; Dist. Personalità.
ADHD+ Emot. Dysr
Dist. Oppositivo provocatorio
Dist. Condotta
Disturbo antisociale di personalità
ADHD
ADHD
ADHD

Rapporto ADHD-spettro bipolare

- Circa il 10-15% dei bambini con ADHD può sviluppare un "disturbo bipolare"in età adolescenziale /adulta
- Circa il 50-80% dei bambini ed adolescenti bipolari ha un ADHD "pre-bipolare"
- Almeno il 60% dei bambini con disturbo bipolare prepuberale ha una storia di ADHD.
- Almeno il 30% dei soggetti con disturbo bipolare ad esordio adolescenziale ha una storia di ADHD.
- 5-23% adulti bipolari presenta una comorbidità con ADHD in questi casi il disturbo bipolare è caratterizzato da rapide variazioni umorali (depressive, maniacali e ipomamniacali) e stati misti

Disturbo Bipolare e ADHD

Esordio più precoce (Sachs et al., 2000; Nierenberg et al. 2005; Masi et al., 2006; Tamam et al. 2008)

. **Maggiore gravità (impulsività)** (Wingo e Ghaemi, 2007; McIntyre et al. 2010; Masi et al. 2010)

. **Maggiore compromissione funzionale** (Nierenberg et al., 2005)

. **No funzionamento ottimale interepisodico** (Bernardi et al. 2010)

. **Più spesso BD type I** (Nierenberg et al., 2005)

. **Primo episodio depressivo** (71% vs 22%) (Nierenberg et al., 2005)

. **Più frequenti episodi depressivi** (Tamam et al., 2006; Rydén et al. 2009)

BD with or without comorbid ADHD

	BD N=61	BD + ADHD N=37	p
Males, n (%)	30 (49.2)	27 (73.0)	.035*
Inpatients (n, %)	37 (60.7)	23 (62.2)	.948
Age, mean (sd)	14.7 (2.6)	12.0 (2.9)	.000*
Age BD onset	**11.1 (2.9)**	**8.1 (2.8)**	**.000***
Age ADHD onset	----------	3.7 (1.1)	------
CGI-S, mean (sd)	5.5 (.9)	5.2 (.7)	.086
CGAS, mean (sd)	41.6 (6.1)	38.6 (6.6)	.024*
CGI-I (6-month)	2.4 (.6)	2.1 (.7)	.027*

Masi et al., Bipolar Disorders, 2006

FOCUS ON CHILDHOOD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH

Developmental Pathways for Different Subtypes of Early-Onset Bipolarity in Youths

Gabriele Masi, MD; Maria Mucci, MD; Chiara Pfanner, MD; Stefano Berloffa, MD; Angela Magazù, MD; and Giulio Perugi, MD

Conclusions: The presence of comorbid ADHD versus anxiety disorders is indicative of fundamental differences in the phenomenology of bipolar disorder in youth. While ADHD prior to bipolar disorder is associated with a specific bipolar phenotype, bipolar patients with multiple anxiety disorders are similar to "typical" bipolar patients.

J Clin Psychiatry 2012;73(10):1335–1341

© Copyright 2012 Physicians Postgraduate Press, Inc.

Developmental pathways to bipolarity: multiple anxiety disorders versus ADHD

Masi et al., J Clin Psychiatry, 2012

	BD+ADHD N=49	BD+MAD N=76	BD N=52	p
Males	40 (81.6)	34 (44.7)	33 (63.5)	<.0001*
Age, mean	12.5 (2.9)	14.5 (2.6)	14.6 (2.6)	<.0001*
Age at onset	8.4 (2.4)	11.1 (3.0)	11.3 (3.0)	<.0001*
Prebub.-onset	45 (91.8)	43 (56.6)	32 (61.5)	<.0001*
CGI-S (bas)	5.7 (.7)	5.1 (1.0)	5.3 (.7)	<.0001*
CGI-I	2.8 (.8)	2.1 (.8)	2.4 (.8)	.001
C-GAS (bas)	38.2 (4.7)	41.8 (6.3)	41.5 (5.1)	<.0001*
Responders	18 (36.7)	57 (75.0)	29 (55.8)	<.0001*
BD type I,	16 (32.7)	23 (30.3)	26 (50.0)	.059
BP type II	10 (20.4)	47 (61.8)	19 (36.5)	<.0001*
BP type NOS	23 (46.9)	6 (7.9)	7 (13.5)	<.0001*
Chronic course,	33 (67.3)	19 (25.0)	17 (32.7)	<.0001*
Irritable mood	32 (65.3)	22 (28.9)	22 (42.3)	<.0001*
Psychot.sympt.	10 (20.4)	14 (18.4)	20 (38.5)	.025°
Ind.manic/mix.	39 (79.6)	35 (46.1)	29 (55.8)	<.0001*

Clinical and Diagnostic Implications of Lifetime Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Comorbidity in Adults with Bipolar Disorder: Data from the First 1000 STEP-BD Participants

Andrew A. Nierenberg, Sachiko Miyahara, Tom Spencer, Stephen R. Wisniewski, Michael W. Otto, Naomi Simon, Mark H. Pollack, Michael J. Ostacher, Leslie Yan, Rebecca Siegel, and Gary S. Sachs, for the STEP-BD Investigators

Background: *Systematic studies of children and adolescents with a diagnosis of bipolar disorder show that rates of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) range from 60% to 90%, but the prevalence and implications of ADHD in adults with bipolar disorder are less clear.*

Methods: *The first consecutive 1000 adults with bipolar disorder enrolled in the National Institute of Mental Health's Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) were assessed for lifetime ADHD. The retrospective course of bipolar disorder, current mood state, and prevalence of other comorbid psychiatric diagnoses were compared for the groups with and without lifetime comorbid ADHD.*

Results: *The overa* … *terval 7.6%–11.4%); 14.7* … *ipolar disorder and ADH* … *e with ADHD comorbidity* … *sorder comorbid with AD* … *DHD, with substantially* …

Conclusions: *Lifet* … *urse of bipolar disorder an* … *safety of treating ADHD* …

- **Lifetime prevalence 9.5% (14.7% males, 5.8% Females)**
- **Early onset of BD (5 years before)**
- **Comorbid disruptive, alcohol and substance use disorders**

Spectrum of illness course in bipolar disorder

SUD e ADHD

ADHD nel 35-70% di adulti con alcolismo

ADHD nel 15-25% di adulti con dipendenze da sostanze psicoattive

Adulti con ADHD: abuso di alcool nel 17-45%, abuso di sostanze nel 9-30%

Disturbo da uso di sostanze più frequente, più precoce e più grave in soggetti con ADHD

Più rapida transizione tra abuso e dipendenza (1.2 anni in soggetti con ADHD, 3 anni in soggetti senza ADHD)

Fattore favorente emotional dysregulation?

Comorbidità con disturbo bipolare

Comorbidità con disturbo condotta + CU

Alcohol and Substance Abuse

Angst 2004

www.elsevier.com/locate/psychres

Brief report

Age at onset of substance abuse: A crucial covariate of psychopathic traits and aggression in adult offenders

Christina Gustavson [a], Ola Ståhlberg [a,b], Anna-Kari Sjödin [a,c], Anders Forsman [c,d], Thomas Nilsson [a,c], Henrik Anckarsäter [a,*]

[a] *Institute of Clinical Sciences in Malmö, Lund University, Sweden*
[b] *The National Board of Institutional Care, Sweden*
[c] *Department of Forensic Psychiatry in Göteborg, The National Board of Forensic Medicine, Sweden*
[d] *Institute of Neuroscience and Physiology, Göteborg University, Sweden*

Received 10 March 2006; received in revised form 8 August 2006; accepted 16 December 2006

Esiste una forte associazione tra aggressività, psicopatia, recidive e l'età di esordio dell'abuso di sostanze. Questo dato costituisce un importante elemento per la valutazione di misure di prevenzione sociale, educative e cliniche.

La comorbidità bipolare

Comorbidità DC eDB vs DC o DB:

- Maggiore impairment al baseline (impatto sintomi maniacali)
- Peggiore risposta al trattamento (>50% sono R)
- Umore magg irritabile
- Tot MOAS maggiore di DC
- Maggiore presenza di aggr clastica
- Maggiore presenza Agg affettiva
- Più frequente politerapia farmacologica
- Maggior rischio consumo sostanze

JOURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOPHARMACOLOGY
Volume 18, Number 3, 2008
© Mary Ann Liebert, Inc.
Pp. 271–279
DOI: 10.1089/cap.2008.0051

Comorbidity of Conduct Disorder and Bipolar Disorder in Clinically Referred Children and Adolescents

Gabriele Masi, M.D., Annarita Milone, M.D., Azzurra Manfredi, M.D., Cinzia Pari, M.D., Antonella Paziente, M.D., and Stefania Millepiedi, M.D.

TABLE 1. DEMOGRAPHIC AND CLINICAL VARIABLES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH CONDUCT DISORDER WITHOUT BIPOLAR DISORDER (CD w/out BD), BIPOLAR DISORDER WITHOUT CONDUCT DISORDER (BD w/out CD) AND COMORBID CONDUCT DISORDER AND BIPOLAR DISORDER (BD + CD)

	CD w/out BD n = *106*	*BD w/out CD* n = *109*	*CD + BD* n = *92*	*F or t/χ^2 (df)*	p
Gender (males), *n* (%)	87 (82.1)	63 (57.8)	66 (71.7)	15.3 (2)	0.000*
Age, mean (sd)	13.1 (2.5)	14.3 (2.9)	13.2 (2.6)	6.5(304)	0.002*[a]
SES, mean (sd)	2.8 (.6)	3.2 (.9)	3.0 (.9)	6.6 (304)	0.002*[b]
Inpatients	70 (66.0)	67 (61.5)	71 (77.2)	5.9 (2)	0.054
BD prepub.onset, *n* (%)	—	71 (65.1)	56 (60.9)	0.2 (1)	0.632
CD prepub.onset, *n* (%)	52 (49.1)	—	49 (53.3)	0.2 (1)	0.654
CGI-S (baseline), mean (sd)	4.7 (.9)	5.4 (.7)	5.3 (.8)	23.4 (304)	0.000*[c]
CGI-I, mean (sd)	2.5 (.8)	2.2 (.5)	2.7 (1)	10.5 (304)	0.000*[a]
C-GAS (baseline), mean (sd)	44.1 (7.2)	40.0 (5.9)	38.4 (6.3)	20.7 (304)	0.000*[c]
Responders, *n* (%)	63 (59.4)	82 (75.2)	45 (48.9)	15.1 (2)	0.002*
BD irritable mood, *n* (%)	—	40 (36.7)	73 (79.3)	35.2 (1)	0.000*
BD chronic course, *n* (%)	—	45 (41.3)	49 (53.3)	240 (1)	0.120

ADHD e disturbo da uso di sostanze

- Anche se non esistono dati sul rischio del trattamento con stimolanti nell'indurre una dipendenza da sostanze, l'uso di stimolanti implica un attento monitoraggio del rischio di uso incongruo in singoli soggetti a rischio
- La possibilità di uso incongruo di stimolanti in adolescenza deve indurre a grande prudenza, in particolare nell'iniziare un trattamento in adolescenza, se esistono fattori di rischio endogeni (psicopatologici) o ambientali.

Does stimulant treatment lead to substance abuse? Wilens et al., Pediatrics 2003

METODO: Metanalisi di sei studi con > follow-up

CAMPIONE: 674 soggetti trattati con stimolanti, 360 senza farmaci, follow-up > 4 anni.

RISULTATI: La stima complessiva degli odds ratio indica una riduzione di 1.9 volte del rischio di disturbo da uso di sostanze nei soggetti trattati con stimolanti

Gli studi con follow-up in adolescenza indicano un effetto protettivo maggiore sullo sviluppo di disturbo da uso di sostanze (OR: 5.8) degli studi con follow-up in età adulto (OR: 1.4).

ADHD e disturbo da uso di sostanze

Rischio lifespan di sviluppare un disturbo da uso di sostanze nei soggetti con ADHD

- Studi prospettici su bambini ed adolescenti
- Studi retrospettivi comparativi su adulti con o senza ADHD

Rischio influenzato da ADHD o comorbidità?

Cluster critici di sintomi ADHD?

Ruolo di fattori ambientali

Disturbo da uso di sostanze più frequente, più precoce e più grave in soggetti con ADHD

Più rapida transizione tra abuso e dipendenza (1.2 anni in soggetti con ADHD, 3 anni in soggetti senza ADHD)

ADHD tra Condotta e Umore

ADHD e spettro estenalizzante vs spettro internalizzante?

Dimensionale vs Categoriale?

Quali fattori determinano snodi evolutivi verso DCDo p ED (caratteristiche neuropsicologiche, temperamento e ambiente)

Comorbidità e individuazione traiettorie evolutive come fattori che ci consentono prevenzione e specifici interventi terapeutici multimodali

Importanza di assessment specifico con strumenti per individuare elementi che possono indicare possibile evoluzione

Molto lavoro da fare in così poco tempo ……

Grazie per l’attenzione