Gestione clinica dei disturbi del comportamento in età evolutiva

Giugno 2016

Lecce

Al di là delle nuvole. Un'esperienza ospedaliera e di rete per il trattaemnto dei disturbi comportamentali in età evolutiva

Annarita Milone

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

UO di Psichiatria e Psicofarmacologia dello sviluppo

IRCCS Stella Maris

Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood

BMJ 2001;323:191–4

Stephen Scott, Martin Knapp, Juliet Henderson, Barbara Maughan

Table 1 Arithmetic mean of total costs of services (in £ at 1998 prices) used by individuals to age 28 according to group at age 10

	No problems			Conduct problems			Conduct disorder		
Domains	All (n=65)	Females (n=30)	Males (n=35)	All (n=61)	Females (n=23)	Males (n=38)	All (n=16)	Females (n=2)	Males (n=14)
Education	1508	1107	1 851	7 524	6 377	8 219	12 478	7243	13 226
Health	247	219	270	1 237	881	1 453	2 178	994	2 347
Foster and residential care	1320	0	2 451	3 412	6 625	1 468	7 647	0	8 740
Relationships	97	122	75	156	211	122	63	0	73
Benefits	1710	821	2 471	3 391	3 293	3 450	2 832	0	3 237
Crime	2541	53	4 674	8 604	5 627	10 406	44 821	0	51 224
Total cost	7423	2322	11 792	24 324	23 014	25 118	70 019	8237	78 847

What is already known on this topic

Children who show substantial antisocial behaviour have poor social functioning as adults and are at high risk of social exclusion

Costs are available for particular items of public service such as receiving remedial education or appearing in court

What this study adds

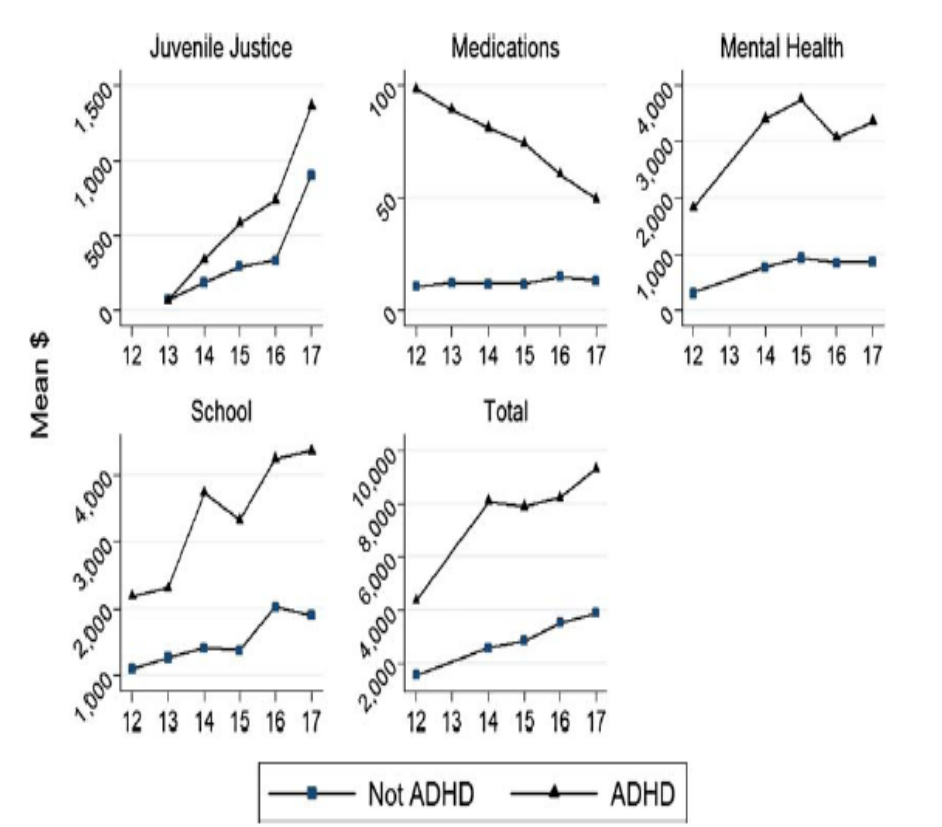
Costs of antisocial behaviour incurred by individuals from childhood to adulthood were 10 times greater for those who were seriously antisocial in childhood than for those who were not

The costs fell on a wide range of agencies

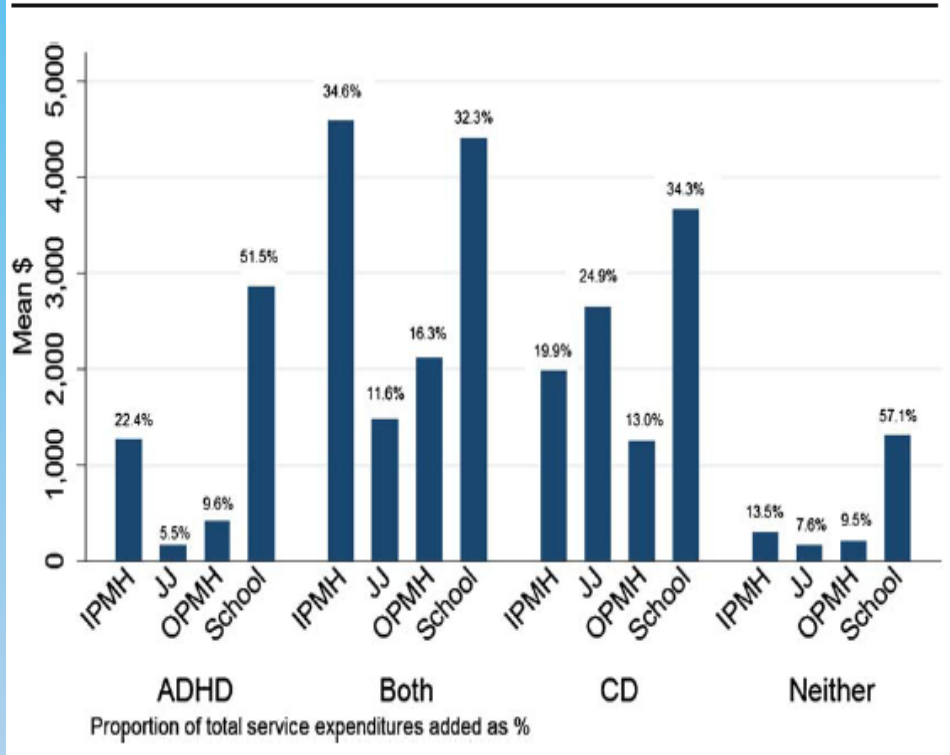
Reduction of antisocial behaviour in childhood could result in large cost savings

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



BMJ 2013;346:f1298 doi: 10.1136/bmj.f1298 (Published 27 March 2013)

PRACTICE

GUIDELINES

Recognition, intervention, and management of antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: summary of NICE-SCIE guidance

Stime prevalenza Disturbo Condotta (DC)
in popolazione generale composta da maschi e femmine tra 5-18 aa:
Maschi 3.6% (3.3–4.0)
Femmine 1.5% (1.4–1.7).
40% in consultazione età adolescenza hanno vissuto esperinze di abuso
Costo medio annuo per paziente con DC 7.500 Euro

Antisocial behaviour and conduct disorders (including oppositional defiant disorder and conduct disorder) are the most common mental and behavioural problems in children and young people globally, with the frequency increasing in Western countries.[1] In the United Kingdom 5% of mental and behavioural problems in children and young people (≤ 18 years) meet criteria for a conduct disorder, as do almost 40% of looked-after children, children who have been abused, and those on child protection or safeguarding registers.[2] Conduct disorders are strongly associated with poor performance at school, social isolation, substance misuse, and involvement with the criminal justice system.[3] A large proportion of children and young people with a conduct disorder will go on to be antisocial adults with impoverished and destructive lifestyles,[3] especially if the conduct problems develop early,[4] and a large minority will be diagnosed with antisocial personality disorder.[5] Antisocial behaviour and conduct disorders often coexist with other mental health problems, place a heavy personal and economic burden on individuals and society,[6] and involve a wide range of health, social care, educational, and criminal justice services.

Disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta nel DSM-5

- La categoria include condizioni in cui vi sia un problema specifico di controllo delle emozioni e del comportamento
- Disturbi associati ad un comune spettro esternalizzante caratterizzato da una dimensione temperamentale denominata *disinibizione e* da una *emozionalità negativa.* Questo tratto di personalità presenta elevata comorbidità con SUD e evoluzione possibile in Disturbo Antisociale di Personalità
- Facilitare la individuazione di indicatori di rischio evolutivo
- Forme paucisintomatiche di DC in età preadolescenziale o nelle femmine importante a fini terapeutici e prevenzione

DSM-5

Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD)

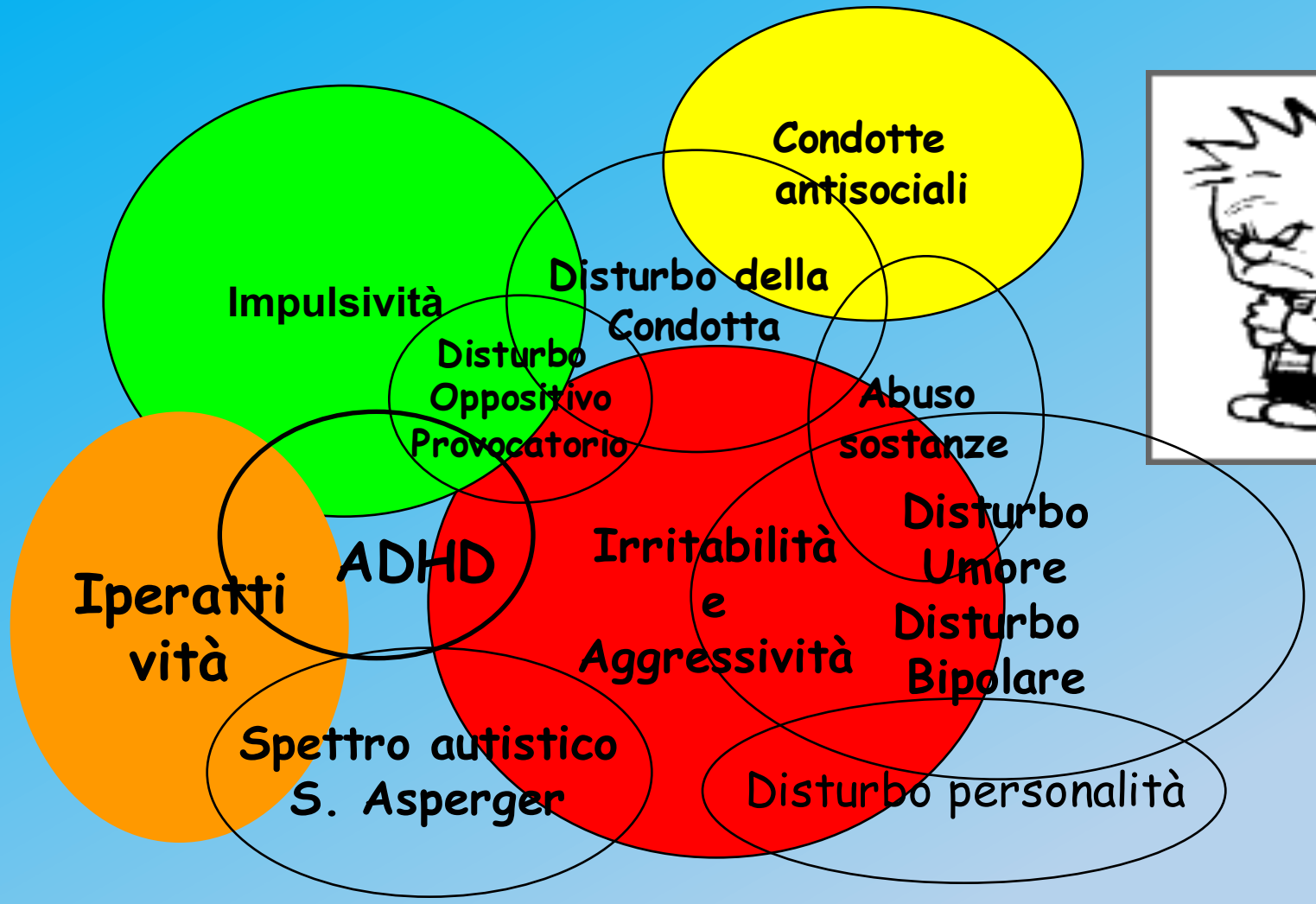
Disturbi del Neurosviluppo

Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP)

Disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta

Disturbo della Condotta (DC)

Irritabilita' e aggressività come sintomi trans-nosografici e cross-sectional



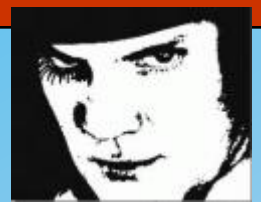
DSM-5

Disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta

Disturbo esplosivo intermittente

Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP)

Disturbo Antisociale di Personalità



Piromania

Cleptomania

Disturbo della Condotta (DC)

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

DOP e DSM 5

Viene proposta tipizzazione del DOP, valutando l'intensità dell'espressività sintomatologica:

- **Lieve:** i sintomi sono confinati solo in un contesto (casa, scuola, con i pari, in contesto lavorativo)
- **Moderata**: alcuni sintomi sono presenti in almeno due contesti
- **Grave**: alcuni sintomi sono presenti in almeno 3 contesti

DD con DMDD: possono condividere parte dei sintomi (crisi di rabbia), ma umore negativo cronico e la gravità, la frequenza e la cronicità delle crisi di rabbia è maggiormente caratterizzaDMDD.

DOP e DSM 5

Viene inserita una nota relativa alla distinzione fra comportamenti definibili quali varianti della norma e patologici.

In b.ni < 5 aa ci devono essere comport inadeguati per più gg negli ultimi 6 mesi, in b.ni >5 aa almeno una volta alla settimana negli ultimi 6 mesi.

Non vi devono essere criteri di Dysruptive Mood Dysregulation Dysorder

La sintomatologia non deve essere esclusivamente intra-familiare, più la sintomatologia è pervasiva, più il quadro clinico è grave

Inserite considerazioni su importanza fattori educativi (*parenting ostile*), contesto socio-economico

Fattori temperamentali (alti livelli di reattività emotiva, scarsa tolleranza a frustrazioni) e ambientali (pratiche educative rigide, punitive, inconsistenti, neglect)

Inseriti markers neurobiologici

Possibile comorbidità con Disturbo della Condotta

ODD e traiettorie evolutive

Irritabile/ emozionalità negativa

Dannoso/ aggressivo premeditato

Ostinato/ impulsivo

Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 34, No. 1, February 2006, pp. 71–85 (© 2006)
DOI: 10.1007/s10802-005-9001-z

The Development of Physical Aggression from Toddlerhood to Pre-Adolescence: A Nation Wide Longitudinal Study of Canadian Children

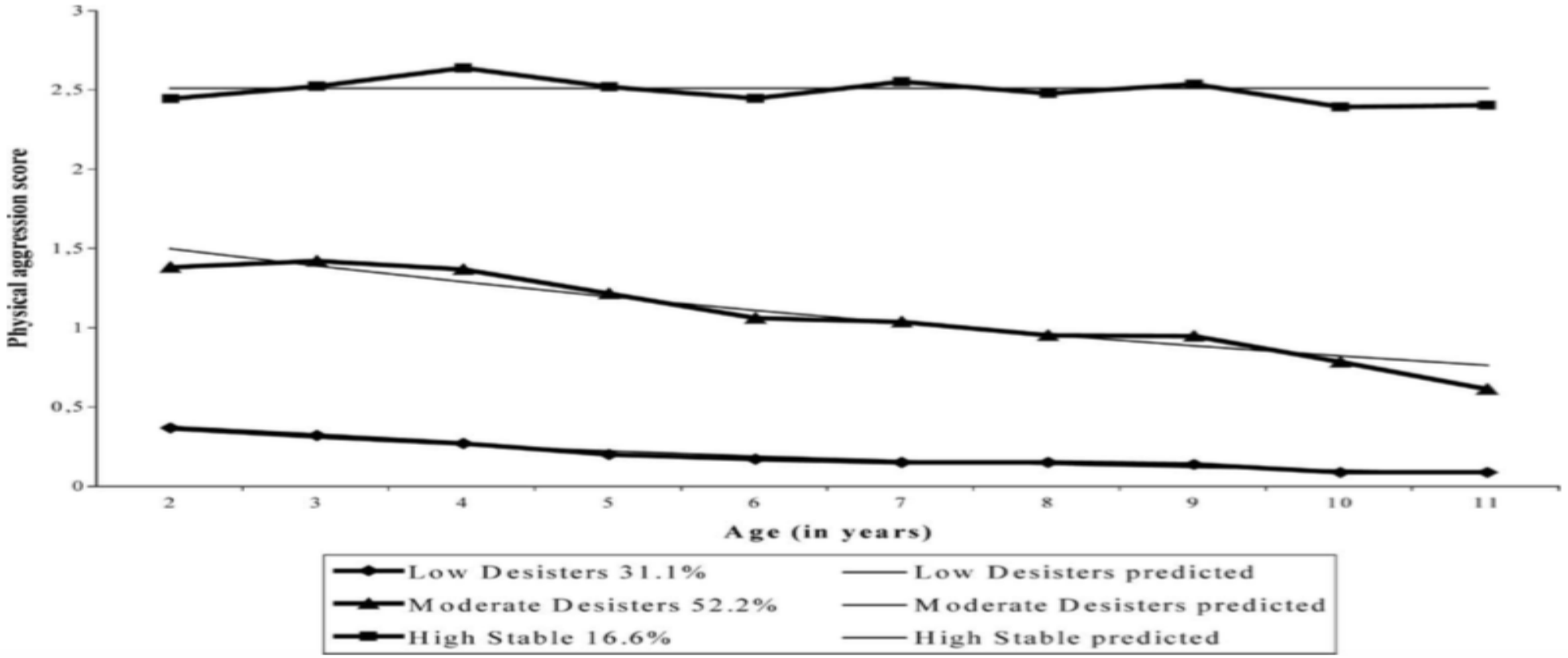
Sylvana M. Côté,[1,6] Tracy Vaillancourt,[2] John C. LeBlanc,[3] Daniel S. Nagin,[4] and Richard E. Tremblay[5]

The objectives of the study were to model the developmental trajectories of physical aggression (PA) from toddlerhood to pre-adolescence and to identify risk factors that distinguish typical (normative) from atypical developmental patterns. Ten cohorts of approximately 1,000 children (n = 10,658) drawn form a nationally representative (Canadian) sample were followed over 6 years. Using a group-based trajectory approach, we identified three groups of children with distinct developmental trajectories between 2 and 11 years of age. One third of the children (31.1%) followed a *low desisting* trajectory, reflected in infrequent use of PA in toddlerhood and virtually no PA by pre-adolescence. The majority of children (52.2%) followed a *moderate desisting* trajectory, reflected in occasional use of PA in toddlerhood and infrequent use by pre-adolescence. One sixth of the children (16.6%) followed a *high stable* trajectory of PA. Multivariate logistic regression indicated that children in the high PA trajectory group were more likely to be boys (OR: 1.67; CI: 1.5–1.87), from low income families (OR: 1.4; CI; 1.27–1.67), from families where the mother had not completed high school (OR: 1.20; CI: 1.05–1.38) and who reported using hostile/ineffective parenting strategies (OR: 1.16; CI: 1.14–1.18). In sum, the results indicate that the typical developmental pattern of PA was one of occasional and declining use over time. However, about one sixth of children, mostly boys from disadvantaged families, exhibited an atypical developmental pattern reflected in more frequent and stable use of PA. The results suggest that most children learned relatively well to inhibit PA by the end of childhood and that a minority failed to do so. Family risks traditionally found to be associated

Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 34, No. 1, February 2006, pp. 71–85 (© 2006)
DOI: 10.1007/s10802-005-9001-z

The Development of Physical Aggression from Toddlerhood to Pre-Adolescence: A Nation Wide Longitudinal Study of Canadian Children

Sylvana M. Côté,[1,6] Tracy Vaillancourt,[2] John C. LeBlanc,[3] Daniel S. Nagin,[4] and Richard E. Tremblay[5]



Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 34, No. 1, February 2006, pp. 71–85 (© 2006)
DOI: 10.1007/s10802-005-9001-z

The Development of Physical Aggression from Toddlerhood to Pre-Adolescence: A Nation Wide Longitudinal Study of Canadian Children

Sylvana M. Côté,[1,6] Tracy Vaillancourt,[2] John C. LeBlanc,[3] Daniel S. Nagin,[4] and Richard E. Tremblay[5]

Trajectories of Physical Aggression

Table V. Predictors of High Physical Aggression Trajectory: Multivariate Logit Model

	Model 1			Model 2		
	Estimate (*SD*)	OR	95% CI[a]	Estimate (*SD*)	OR	95% CI[a]
Boys	0.51 (0.06)	1.67**	1.5–1.87	0.44 (0.07)	1.56**	1.37–1.77
Family characteristics						
Low income	0.37 (0.07)	1.45**	1.27–1.67	0.48 (0.08)	1.61**	1.36–1.90
Early childbearing	0.05 (0.07)	1.05	0.92–1.20	0.01 (0.08)	1.01	0.86–1.18
Low maternal education	0.19 (0.07)	1.20*	1.05–1.38	0.16 (0.08)	1.18*	1.00–1.38
Separated family	−0.04 (0.10)	0.96	0.79–1.17	−0.09 (0.11)	0.91	0.73–1.15
Family processes						
Positive interaction	—	—	—	−0.01 (0.01)	0.99	0.97–1.01
Hostile ineffective parenting	—	—	—	0.15 (0.01)	1.16**	1.14–1.18
Consistent parenting	—	—	—	0.02 (0.01)	1.02	1.00–1.04
Family functioning	—	—	—	0.01 (0.01)	1.01	0.99–1.03

Note. $n = 9635$ in model 1; $n = 7276$ in model 2.
[a]CI indicates confidence interval.
$^{*}p < 0.05$. $^{**}p < 0.001$.

Child Dev. 2015 ; 86(2): 614–631. doi:10.1111/cdev.12321.

Developmental Pathways from Childhood Aggression-Disruptiveness, Chronic Peer Rejection and Deviant Friendships to Early-Adolescent Rule Breaking

Idean Ettekal and **Gary W. Ladd**
Arizona State University

Figure 1d: Parallel Processes Model:

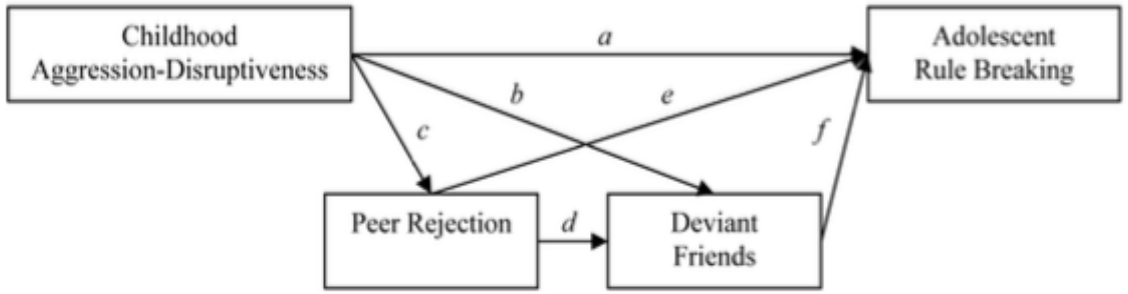


Figure 1d). This pathway implies that childhood peer rejection contributes to the development of adolescent RB beyond its role in promoting deviant friendships. That is, not only are rejected children more likely to form deviant friendships, but rejection also increases the risk for RB in unique ways that cannot be accounted for by the deviant socialization processes that occur among deviant friends. Second, this model stipulates a mediated pathway from early AD to deviant friends which in turn predicts adolescent RB (paths *b* and *f*). This pathway implies that children with early AD are more likely to form friendships with deviant peers even if they are not rejected by normative peers. Considering the role of behavioral homophily in the formation of children's friendships, it is plausible that aggressive children may select other deviant children as friends whether or not they are rejected from more normative peer groups. Taken together, these two pathways imply that peer relational adversities function in complementary (i.e., parallel) ways to predict adolescent RB rather than only in a sequential manner (hence the term "parallel processes").

Development and Psychopathology **25** (2013), 391–406
© Cambridge University Press 2013
doi:10.1017/S0954579412001137

The longitudinal development of emotion regulation capacities in children at risk for externalizing disorders

SARAH L. HALLIGAN,[a] PETER J. COOPER,[b,c] PASCO FEARON,[d] SARAH L. WHEELER,[b] MICHELLE CROSBY,[b,c] AND LYNNE MURRAY[a]

Table 1. *Descriptive statistics reported for high- and low-risk groups*

	Low Risk ($N = 64$)		High Risk ($N = 58$)	
	M	*SD*	*M*	*SD*
Antenatal				
Maternal affective symptoms (HADS)	7.3	3.3	14.5	4.9***
Neonatal				
Self-regulation (NBAS)	21.6	4.8	20.0	4.1*
Maternal sensitivity	4.2	0.5	3.7	0.7***
Maternal depressive symptoms (EPDS)	5.5	3.6	6.8	4.3
Infancy				
Emotion regulation	0.12	0.65	−0.27	0.70**
Problem behaviors (BSQ)	0.85	0.53	1.33	0.70***
Cognitive abilities (BSID-II MDI)	94.1	9.8	90.6	9.8†
Maternal sensitivity	3.61	0.52	3.07	0.62***
Maternal affective symptoms (HADS)	5.9	3.8	10.7	6.2***
5 Years				
Emotion regulation	0.20	0.76	−0.28	0.73**
Externalizing symptoms (SDQ)	4.0	3.1	5.7	3.2*
IQ (WPPSI-R)	116.2	12.8	100.4	13.9***
Maternal sensitivity	4.12	0.65	3.23	0.94***
Maternal affective symptoms (HADS)	6.5	5.5	10.2	6.0***
Maternal IQ (NART)	117.9	5.7	104.0	8.8***

Note: HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; NBAS, Neonatal Behavioral Assessment Scales; EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale; BSQ, Behavior Screening Questionnaire; BSID-II MDI, Bayley Scales of Infant Development II, Mental Development Index; SDQ, Strengths and Difficulties Questionnaire; WPPSI-R, Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence—Revised.

Criteri DC almeno 3 in ultimi 12 mm

fa il prepotente, il bullo, minaccia, intimidisce gli altri

Dà inizio a colluttazioni fisiche

Ha usato un'arma che può causare seri danni fisici

Crudele con le persone e/o con gli animali

Ruba o confrontandosi con la vittima

Appicca il fuoco

Distrugge proprietà altrui

Ruba senza confronto Con vittima

Marina la scuola

Mente per ottenere vantaggi

Trascorre fuori di casa la notte, fugge di casa

Disturbo Condotta in DSM-5

Disturbo della Condotta (DC)

3 sottotipi per età insorgenza

Child, Adolescent, cutoff 10 aa
Unspecified age of onset

In contesti
con messaggi ambigui
DC percepiscono in modo
errato le intenzioni
degli altri e rispondono
con aggressività
giustificata
Deficit in autoregolazione
e autocontrollo
Maggiore reattività
Sistema nervoso autonomo

Alti livelli di ansia

Distress causato da proprie condotte

Elevata impulsività

Deficit in intelligenza verbale

Bias in situazioni sociali con frequenti attribuzioni ostili

Stile educativo familiare ostile e coercitivo

Aggressività reattiva a una provocazione reale o solo percepita, elevata reattività in contesto di pari

Prevalenza media 4% con percentuali che aumentano da età prescolare a adolescenza

Fattori di Rischio

Temperamentali

Ambientali: parentali, comunità di riferimento (più frequenti e rilevanti in forme a insorgenza precoce)

Genetici e fisiopatologici: rischio aumentato in minori con genitori con grave abuso di alcool, disturbi depressivi e bipolare, ADHD.

Differenze strutturali e funzionali in alcune aree cerebrali (corteccia prefrontale ventro mediale e amigdala) deputate alla regolazione e processazione delle emozioni

Genere:Femmine presentano maggiormente menzogne, ridotta frequenza scolastica, fughe, consumo di sostanze e condotte sessuali promiscue, aggressività covert e in ambito relazionale

NIH-PA Autho

NIH Public Access
Author Manuscript
J Abnorm Psychol. Author manuscript; available in PMC 2010 November 25.

Published in final edited form as:
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

Insorgenza nelle femmine prevalente prima dei 10 anni con primi sintomi inizio età scolare

Esacerbazione e intensificazione dei sintomi in fase pre e adolescenziale

Anche nelle femmine importante individuazione tratti CU

Disturbo Condotta DSM-5

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

Disturbo della Condotta (DC)

Con emozionalità prosociale limitata

Scarso rimorso o scarso senso di colpa

Freddezza, scarsa empatia

Non si preoccupa delle proprie prestazioni

Superficiale o con scarsa affettività

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

DC Specifier

Con emozionalità prosociale limitata

Per beneficiare di questo specifico indicatore, un soggetto deve aver mostrato almeno due delle seguenti caratteristiche che hanno avuto una persistenza per almeno 12 mesi e devono essersi manifestate in multipli contesti e relazioni. Accanto alle informazioni che il soggetto valutato può dare autonomamente, è necessario considerare anche le informazioni riportate da altri che hanno avuto conoscenza o contatti con il soggetto per periodi estesi (ad es. genitori, insegnanti, familiari, coetanei)

- **Scarso rimorso o scarso senso di colpa**: non si sente cattivo o in colpa quando fa qualcosa di sbagliato (escludere il rimorso se espresso solamente quando il soggetto si sente scoperto e/o se sa di dover essere punito). Il soggetto mostra un globale deficit rispetto alla capacità di valutare le conseguenze delle sue azioni. Per esempio, il soggetto non prova rimorso dopo aver ferito qualcuno o non si preoccupa delle conseguenze relative al non aver rispettato le regole. Il soggetto raramente ammette di essersi sbagliato e in genere da la colpa agli altri per le conseguenze delle sue azioni.
- **Freddezza, scarsa empatia:** ignora e non si occupa dei sentimenti degli altri. Il soggetto viene descritto come freddo e indifferente. Il soggetto appare maggiormente preoccupato per gli effetti del comportamento degli altri nei propri confronti, piuttosto che per gli effetti che le sue azioni hanno sugli altri, anche quando provoca gravi danni agli altri.
- **Non si preoccupa delle proprie prestazioni:** non si mostra preoccupato se presenta prestazioni scarse o comunque problematiche in ambito scolastico, lavorativo o in altre attività. Il soggetto non fa gli sforzi necessari per svolgere i suoi compiti in modo positivo, anche quando le richieste sono chiare e in genere da agli altri la colpa dei suoi insuccessi e dei risultati scarsi.
- **Superficiale o anaffettivo: n**on esprime o mostra i propri sentimenti agli altri, eccetto che in un modo superficiale o non sincero (ad esempio, le azioni contraddicono le emozioni mostrate, può passare rapidamente da un emozioni on a emozioni off) o quando le espressioni emotive sono usate per ottenere un vantaggio (ad esempio, esprime emozioni per manipolare intimidire gli altri).

Quali fattori dimostrano la validità di questa nuovo sottogruppo dei DC?

- Psicopatia e età evolutiva
- Dati epidemiologici
- Le caratteristiche cliniche che distinguono dai DC senza tratti CU
- Gli specifici fattori etiologici
- La stabilità dei tratti CU nelle varie fasi dello sviluppo sino all'età adulta
- Gli specifici correlati neurobiologici e genetici
- Le caratteristiche delle competenze emotive
- La possibilità di fare diagnosi attraverso strumenti specifici
- La risposta al trattamento

DC Specifier con tratti callous-unemotional

Tratti CU presenti in DC in 20-59% in campioni clinici

- Condotte antisociali più precoci, più gravi e persistenti
- Predittori di persistenza delle condotte antisociali anche in età successive
- la presenza di tratti CU all'età di 7 anni è un predittore di un outcome antisociale in età adulta
- Si caratterizzano per una specifica tipologia di aggressività

Tipologie di Aggressività e DCD

Aggressività affettiva

(RADI Reactive, affective, defensive or impulsive)

Trigger: frustrazioni, percezioni ostili, prese in giro,

Reazioni intense, inadeguate al contesto, elevata impulsività

Deficit funzioni esecutive

Ridotta attivazione corticale

di regioni frontali e prefrontali

Disregolazione del sistema

serotoninergico e dopaminergico centrale

Bias attribuzione ostile

Frequente comorbidità psichiatrica

Abuso fisico subito in età infantile

Vittime di atti di bullismo

Frequente disregolazione emotiva con ipersensibilità

Migliore risposta a trattamenti riabilitativi e farmacologici

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

Adeguati livelli di attivazione corticale

Tratti callous-unemotional

Risotta 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

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 532–548 doi:10.1111/jcpp.12152

Annual Research Review: A developmental psychopathology approach to understanding callous-unemotional traits in children and adolescents with serious conduct problems

Paul J. Frick, James V. Ray, Laura C. Thornton, and Rachel E. Kahn
Department of Psychology, University of New Orleans, USA

I minori con tratti CU hanno una ridotta risposta comportamentale e neurovegentativa in molte situazioni ricche di stimoli emotivi:

- rispetto al distress presente negli altri
- Still face situation
- Ridotta risposta cardiaca (in controlli aumento della frequenza) alla visione di scene di film evocative o in contesti di provocazione da parte dei pari
- Presentano bassi livelli di paura o di ansia

Clin Child Fam Psychol Rev
DOI 10.1007/s10567-014-0167-1

Callous-Unemotional Traits and the Treatment of Conduct Problems in Childhood and Adolescence: A Comprehensive Review

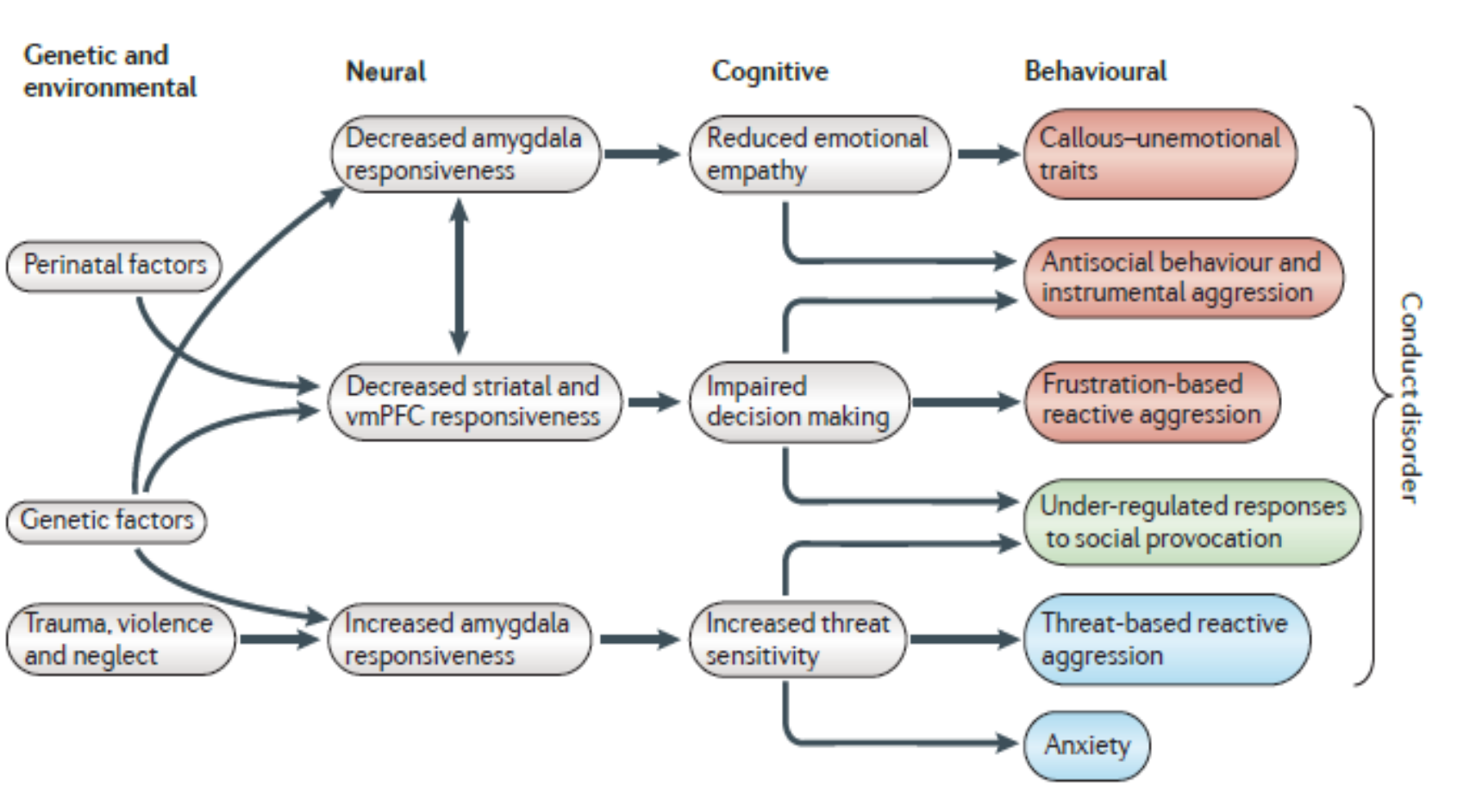
David J. Hawes · Matthew J. Price · Mark R. Dadds

- Difficoltà dei DC+ CU a riconoscere volti con espressioni di paura o di disagio
- Focalizzazione visiva e attenzione con caratteristiche disfunzionali in compiti di riconoscimento immagini stimolo emotivo
- Scarsa attenzione per lo sguardo dell'altro
- Ridotto contatto visivo con i genitori durante l'interazione sin dai primi anni di vita
- I padri dei minori con elevati tratti CU hanno a loro volta un deficit nel contatto visivo

The neurobiology of psychopathic traits in youths

R. James R. Blair

NATURE REVIEWS | NEUROSCIENCE VOLUME 14 | NOVEMBER 2013 | 787



Le dimensioni di colpa e empatia nel profilo dei minori con tratti CU

Empatia e senso di colpa sono emozioni morali e sostengono le nostre condotte prosociali

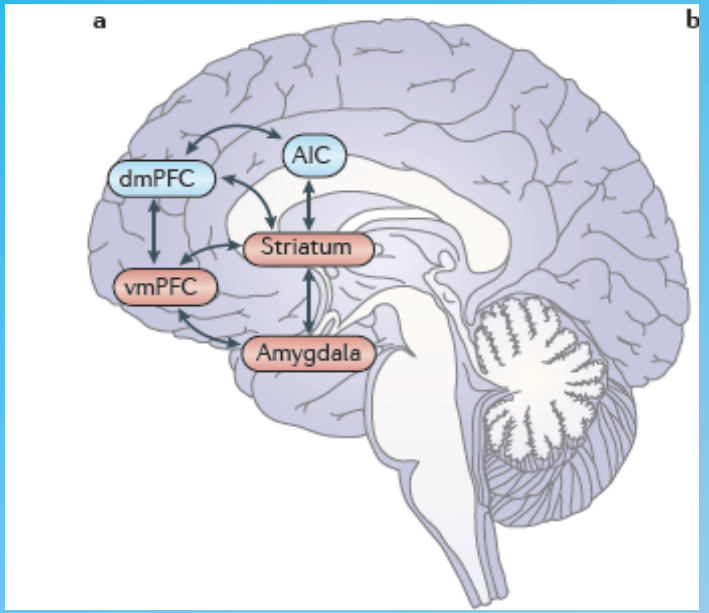
I minori con tratti CU mostrano deficit nella valutazione:

- del costo alla risposta,
- della loro trasgressività morale (conseguenze verso gli altri, non rispetto di regole sociali),
- dell'importanza del perspective taking.

DC con tratti CU e deficit di empatia

<u>Empatia cognitiva</u>
Rappresentazione delle intenzioni e dei pensieri degli altri (*teoria della mente*)

<u>Empatia affettiva</u>
Risposta affettiva alle emozioni verbalizzate o mostrate dagli altri



In CU ridotta risposta a emozioni altrui (paura, tristezza, felicità) sia espresse vocalmente che con mimica e postura
Riposta deficitaria valutata con EEG funzionale
Ridotta risposta dell'amigdala e di corteccia prefrontale agli stimoli emozionali (dolore, paura)
Amigdala permette associazione tra stimolo a un valore positivo o negativo
Vm PFC utilizza il valore dell'oggetto e guida l'azione verso quell'oggetto

J Child Psychol Psychiatry. 2012 March ; 53(3): . doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02487.x.

Perceptions of aggressive conflicts and others' distress in children with callous-unemotional traits: 'I'll show you who's boss, even if you suffer and I get in trouble'

Dustin A. Pardini[1] and **Amy L. Byrd**[2]

- I minori Dc + CU vs DC – CU rispetto alle loro azioni aggressive si aspettano meno che vi sia una sofferenza da parte della vittima e quinidi si sentono meno in colpa
- L'azione aggressiva viene vissuta come un azione di dominio su i pari più che una risposta ad una minaccia
- Risultano poco intimiditi dalle reazioni ai loro atti aggressivi e dagli interventi educativi punitivi

DC con 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)

La comorbidità con ADHD

- Circa il **50%** dei sogg con ADHD presenta una comorbidità con DOP/DC
- Circa il **40%** dei DOP presenta ADHD

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
- In comorbidità ADHD con DOP o DC maggiori problematiche educative familiari e ridotto accordo educativo di coppia
- **ADHD con comorbidità maggior uso di farmaci e interventi psicosociali**

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

La comorbidità ansiosa

Pochissimi lavori :

Casistiche di DAG mostrano percentuali di comorbidità con DOP tra 20-63%

Presenza aggressività di tipo reattivo con iper-arousal, ipersensibilità relazionale e impulsività

Frustration aggression model

Evitamento ansioso che si esprime con oppositorietà, aggressività impulsiva anche eterolesiva

In situazioni in cui il bambino ansioso teme di non avere via di fuga dal contesto ansiogeno si comporta nello stesso modo del bambino con DOP

Clin Psychol (New York). 2010 December 1; 17(4): 307–318. doi:10.1111/j.1468-2850.2010.01222.x.

Co-occurrence of ODD and Anxiety: Shared Risk Processes and Evidence for a Dual-Pathway Model

Deborah A. G. Drabick,
Temple University

Thomas H. Ollendick, and

La comorbidità con i disturbi di apprendimento

Pochissimi lavori :

Le problematiche di apprendimento sono endemiche nei bambini con DOP ma sono mediate dalla presenza del ADHD

ADHD: deficit attentivo, deficit in velocità di processazione, immaturità delle capacità grafomotorie

Quando e come trattare i DSA o le problematiche di disattenzione associate

Utilità normativa BES

LEARNING, ATTENTION, WRITING, AND PROCESSING SPEED IN TYPICAL CHILDREN AND CHILDREN WITH ADHD, AUTISM, ANXIETY, DEPRESSION, AND OPPOSITIONAL-DEFIANT DISORDER

Susan Dickerson Mayes and Susan L. Calhoun

Il fattore sesso nella fenomenologia e trattamento dei DCD

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)

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

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

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Selective Overview

Joseph Biederman

BIOL PSYCHIATRY 2005;57:1215–1220

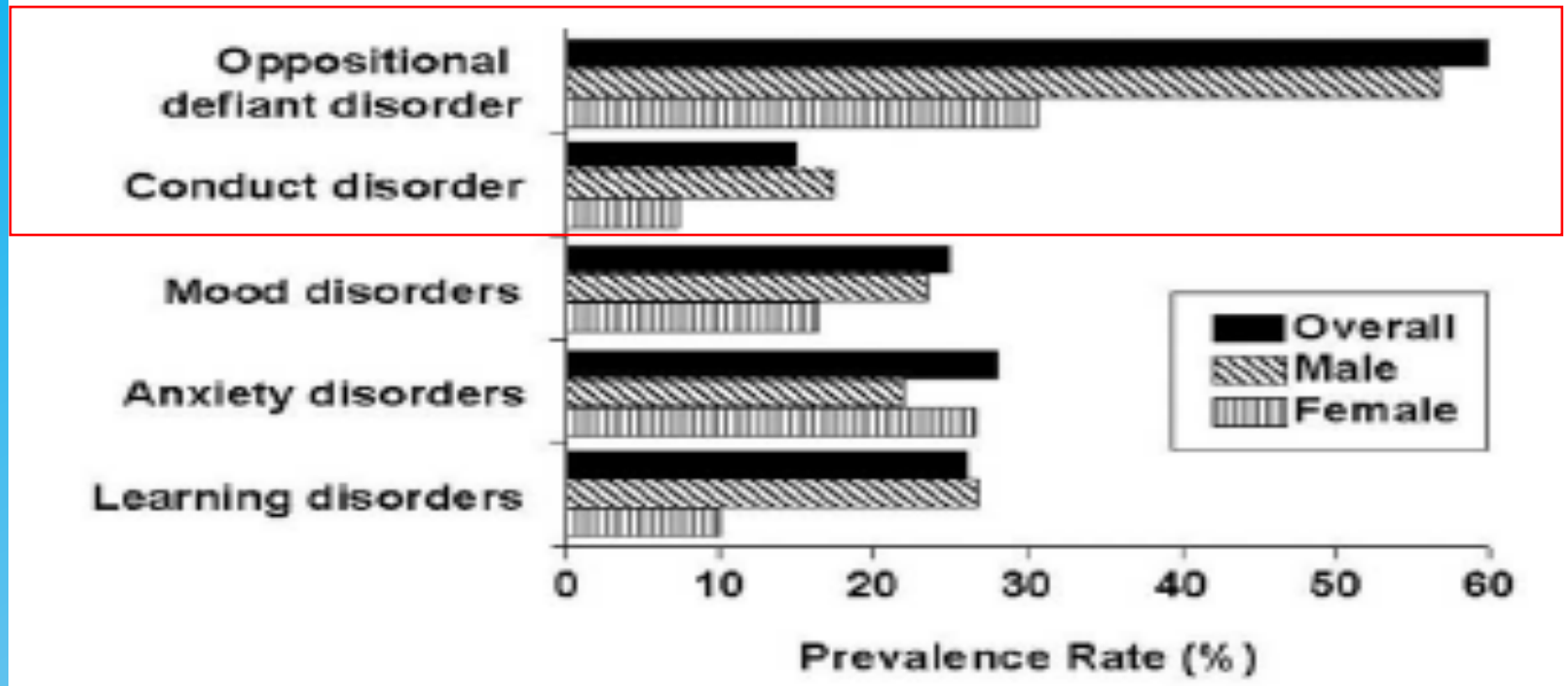


Figure 1. Approximate prevalence of comorbid diagnoses in children with attention-deficit/hyperactivity disorder.

DCD e adozione: un associazione sempre più frequente

Arch Pediatr Adolesc Med. 2008 May ; 162(5): 419–425. doi:10.1001/archpedi.162.5.419.

The Mental Health of U.S. Adolescents Adopted in Infancy

Margaret A. Keyes[1], Anu Sharma[3], Irene J. Elkins[1], William G. Iacono[1], and Matt McGue[1,2]

	Male Sample			Female Sample		
	Non-Adopted Adolescents	Domestic Adoptees	International Adoptees	Non-Adopted Adolescents	Domestic Adoptees	International Adoptees
N	248	105	204	292	73	310
ODD	11.7	25.2	20.2	8.6	19.2	15.8
ADHD	8.5	28.8	19.2	5.2	16.4	6.5
CD	6.5	14.6	8.4	2.4	2.7	2.6
MDD	5.3	4.9	5.5	7.6	8.2	12.6
SAD	2.0	2.9	6.0	3.5	2.7	5.8
Any Externalizing	20.6	47.6	33.0	12.7	30.1	18.7
Any Internalizing	7.3	7.8	10.5	10.7	11.0	17.4
Contact with Mental Health Professional	15.7	32.4	29.4	15.4	20.5	27.4

Number of symptoms is abbreviated as Sxs. Externalizing sxs were aggregated across Oppositional Defiant Disorder (ODD), Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), and Conduct Disorder (CD). Internalizing sxs were aggregated Major Depressive Disorder (MDD) and Separation Anxiety Disorder (SAD).

- Essere adottivi è fattore di rischio per ADHD e DOP
- Fetal Alcohol Spectrum Disorder
- Pubertà precoce come fattore associato
- Elevata conflittualità genitori –bambino precoce e cronica come elemento ambientale facilitante

Addiction
RESEARCH REPORT
final version accepted 6 March 2013
doi:10.1111/add.12188

Substance use disorders in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a 4-year follow-up study

Annabeth P. Groenman[1,2], Jaap Oosterlaan[1], Nanda Rommelse[3,4], Barbara Franke[3,5], Herbert Roeyers[6], Robert D. Oades[7], Joseph A. Sergeant[1], Jan K. Buitelaar[2,4] & Stephen V. Faraone[8]

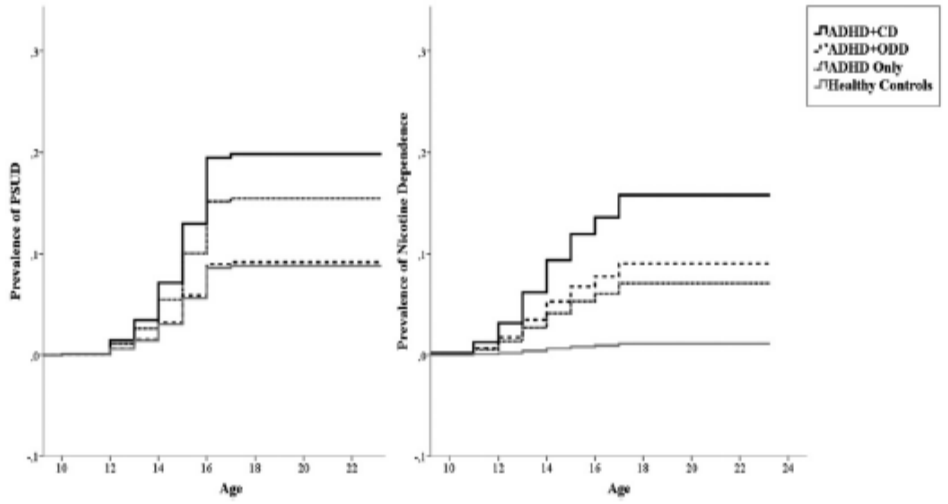


Figure 1 Cumulative life-time risk for any psychoactive substance use disorder and nicotine dependence. All comparisons were corrected for gender and follow-up interval. Unaffected siblings were omitted from the analyses because only four subjects met criteria for oppositional defiant disorder (ODD). ADHD = attention deficit hyperactivity disorder; CD = conduct disorder

ADHD in età infantile e scolare come fattore di rischio per consumo sostanze e nicotina in adolescenza.
La comorbidità tra ADHD e DC e non con DOP aumenta il rischio di consumo sostanze ed è un fattore che anticipa età inizio consumo

AGGRESSIVE BEHAVIOR
Volume 39, pages 201–211 (2013)

Oppositional Defiant Disorder Symptoms in Relation to Psychopathic Traits and Aggression Among Psychiatrically Hospitalized Children: ADHD Symptoms as a Potential Moderator

Stephen P. Becker[1]*, Aaron M. Luebbe[1], Paula J. Fite[2], Leilani Greening[3], and Laura Stoppelbein[4,5]

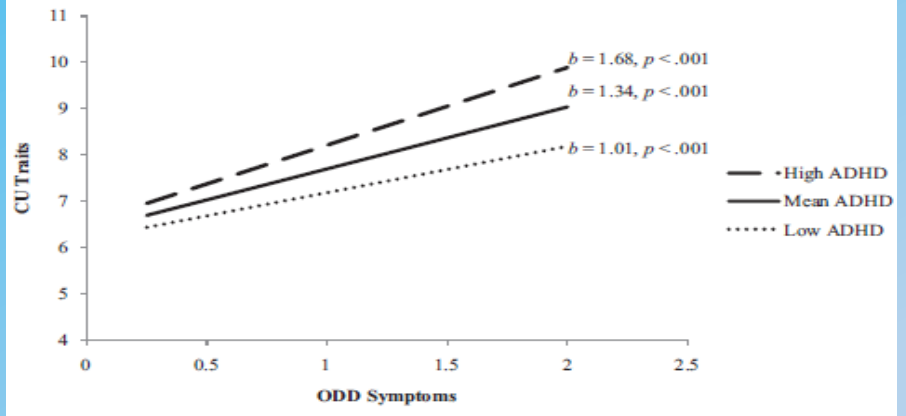


Fig. 1. ADHD symptoms moderate the relation between ODD symptoms and CU Traits.

La presenza di ADHD in paz con DOP ha un influenza marginale nella associazione con CU, mentre influenza positivamente l'associazione tra DOP e aggressività sia reattiva che proattiva

Development and Psychopathology **25** (2013), 391–406
© Cambridge University Press 2013
doi:10.1017/S0954579412001137

The longitudinal development of emotion regulation capacities in children at risk for externalizing disorders

SARAH L. HALLIGAN,[a] PETER J. COOPER,[b,c] PASCO FEARON,[d] SARAH L. WHEELER,[b] MICHELLE CROSBY,[b,c] AND LYNNE MURRAY[a]

The development of emotional regulation capacities in children at high versus low risk for externalizing disorder was examined in a longitudinal study investigating: (a) whether disturbances in emotion regulation precede and predict the emergence of externalizing symptoms and (b) whether sensitive maternal behavior is a significant influence on the development of child emotion regulation. Families experiencing high ($n = 58$) and low ($n = 63$) levels of psychosocial adversity were recruited to the study during pregnancy. Direct observational assessments of child emotion regulation capacities and maternal sensitivity were completed in early infancy, at 12 and 18 months, and at 5 years. Key findings were as follows. First, high-risk children showed poorer emotion regulation capacities than their low-risk counterparts at every stage of assessment. Second, from 12 months onward, emotion regulation capacities showed a degree of stability and were associated with behavioral problems, both concurrently and prospectively. Third, maternal sensitivity was related to child emotion regulation capacities throughout development, with poorer emotion regulation in the high-risk group being associated with lower maternal sensitivity. The results are consistent with a causal role for problems in the regulation of negative emotions in the etiology of externalizing psychopathology and highlight insensitive parenting as a potentially key developmental influence.

(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.

"L'emozione è una reazione soggettiva a un evento saliente, caratterizzata da cambiamenti fisiologici, esperenziali e comportamentali" (Alan Sroufe, 1996)

Regolazione emotiva: complesso di processi mentali che rendono possibile l'analisi, il monitoraggio e la eventuale modificazione delle reazioni emotive (intensità, tempistica, espressione comportamentale) e che portano al raggiungimento di un obiettivo adattivo (Thompson, 1990)

Al termine dell'età prescolare il bambino dovrebbe aver acquisito sufficienti strategie di autoregolazione emotiva

Emotional Dysregulation in children

In children and adolescents, emotion dysregulation can be considered a negative outcome of a maladaptive emotional response to a stimulus combined with the child' or adolescent's ability to successfully modulate the response

Emotional Dysregulation in children

Nella maggior parte delle psicopatologie d età evolutiva, sia internalizzanti che esternalizzanti in età evolutiva, una o più emozioni negative (tristezza, paura, rabbia, ansia) sono sperimentate in modo o troppo intenso o per tempi eccessivamente prolungati , interferendo sul funzionamento adattivo del bambino specie in contesti relazionali (Beauchaine, Gatzke-Kopp, & Mead, 2007).

Emotional Dysregulation
Tratti ansiosi, Impulsività e vulnerabilità psicopatologica

TRATTI ANSIOSI

Septo- hippocampal system, including serotonergic (5HT) projec tions of the raphe nuclei and noradrenergic projections of the locus ceruleus

DIFFERENZE INDIVIDUALI TRA ATTIVITA' E REATTIVITA' DI QUESTI SISTEMI DETERMINA VARIAZIONI INDIVIDUALI TEMPERAMENTALI MENTRE VARIAZIONI ESTREME MOTIVANO PSICOPATOLOGIA

IMPULSIVITA'

mesolimbic dopamine (DA) system, including projections from the ventral teg- mental area to the nucleus accumbens and ventral striatum

Emotional Dysregulation
Tratti ansiosi, Impulsività e vulnerabilità psicopatologica

TRATTI ANSIOSI
VULNERABIITA':

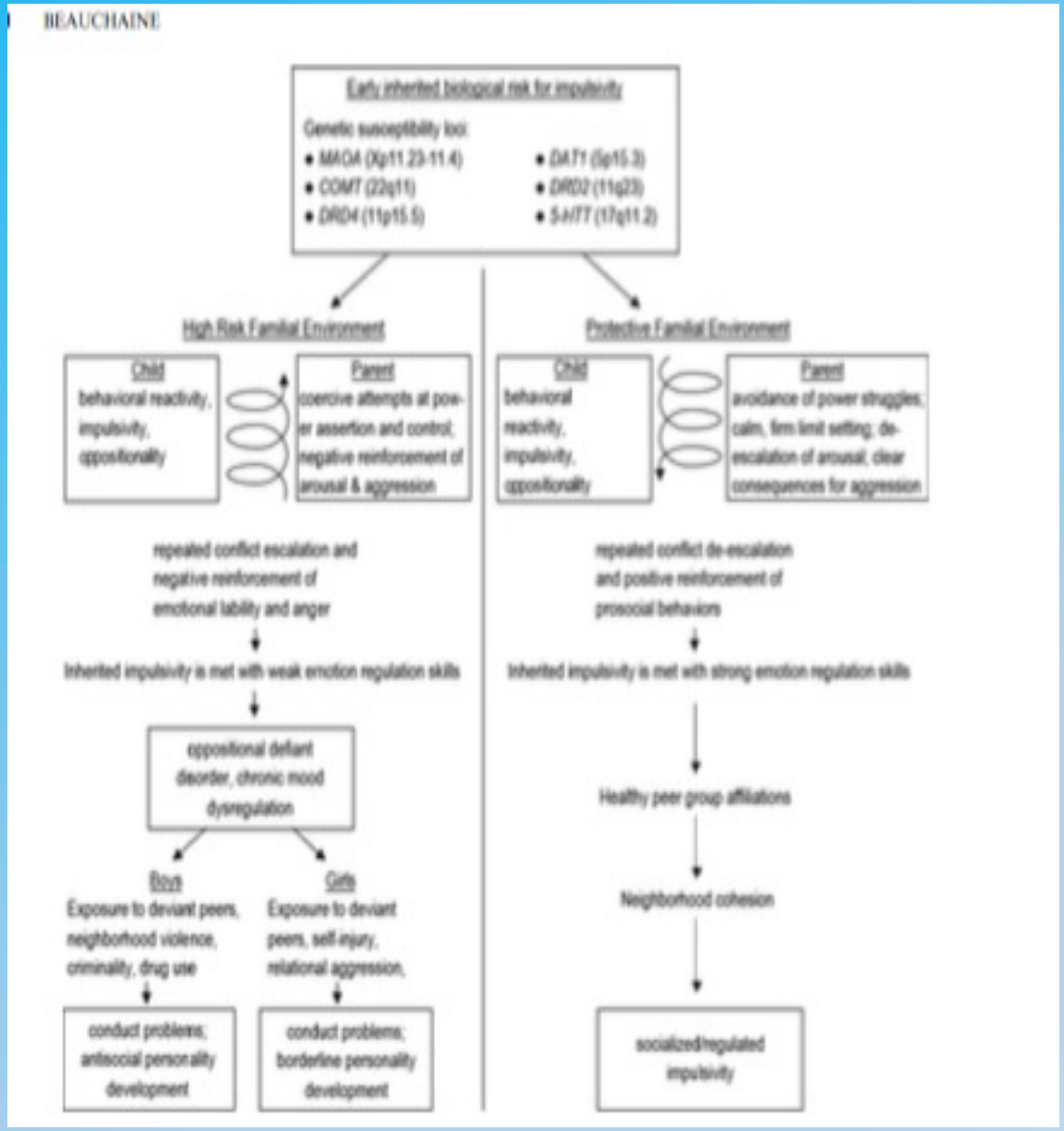
Ritiro sociale,
Ipersensibilità interpersonale
Disturbi d'ansia precoci

Vulnerabilità ansiosa o impulsiva è altamente ereditabile ed è l'interazione con fattori ambientali uno dei fattori determinati l'espressione sintomatologica prevalente

IMPULSIVITA'
VULNERABILITA'

ADHD,
Disturbo condotta precoce
DOP

Consistent with this discussion, we have suggested that trait anxiety and trait impulsivity are necessary but insufficient for developing internalizing and externalizing spectrum disorders, respectively. Many of those who score high on these traits regulate their emotions effectively and avoid functional impairment. However, when subcortically mediated trait anxiety or trait impulsivity are coupled with cortically mediated deficiencies in emotion regulation, psychopathology is a likely outcome (Beauchaine, 2001; Beauchaine & Gatzke-Kopp, 2012; Beauchaine et al., 2007).



Fattori che possono amplificare la disregolazione emotiva, aumentare labilità emotiva e facilitare insorgenza di disturbi esternalizzanti.

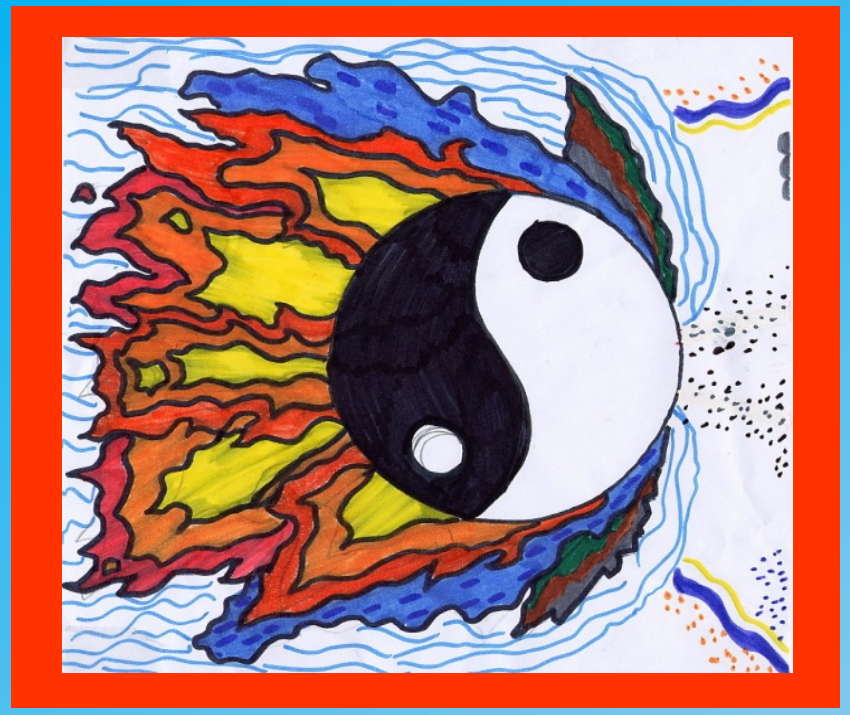
Contesto familiare in cui siano presenti dinamiche relazionali caratterizzate da affettività negativa espressa con elevata frequenza (rabbia, escalation aggressiva, espressioni verbali e mimiche durante scambi diadici).

Parenting coercitivo

Stile genitorale trascurante e scarsamente attento alla espressività emotiva
Contesti familiari e sociali ricchi di fattori stressogeni
M<ltrattamento psicologico e/o fisico

Aggressività del bambino come meccanismo di fuga del bambino dal conflitto con l'altro e di arresto di uno stato di angoscia e di agitazione che il bambino descrive anche somaticamente

Regolazione emotiva e adattamento sociale



La regolazione emotiva può essere definita come l'insieme dei processi endogeni e modulati dall'ambiente che permettono all'individuo di valutare, monitorare e modulare la risposta emotiva ad uno stimolo.

La regolazione emotiva permette quindi al soggetto di scegliere il timing, la valenza e l'intensità della propria espressione emotiva adattandola al contesto e ad un obiettivo relazionale.

Una serie di ricerche evidenziano come una inadeguata regolazione delle emozioni di rabbia ed eccitazione si associ a problemi esternalizzanti del comportamento sia nel contesto scolastico che familiare,

mentre una scarsa regolazione delle emozioni di paura e tristezza è correlata a problemi internalizzanti e ansia sociale

(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.

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

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

Emotional Dysregultion Model of Anxiety

Di fronte a situazioni stressogene, il minore non riesce a gestire con successo l'aumento delle sensazioni di ansia e di disagio e può quindi scegliere strategie (evitamento, aggressività, chiusura, somatizzazione acuta) per ridurre immediatamente lo stato di attivazione ansiosa (arousal).

Queste strategie sono comunque inadeguate e comportano una nuova escalation dello stato d'ansia che tende così ad autoalimentarsi.

Strategie adattive nella gestione dell'attivazione ansiosa (analisi della situazione, razionalizzazione, focalizzazione su altri pensieri, ricerca di supporto) non sono nel background personale e familiare del bambino

Emotional dysregulation e ADHD

Temper control: irritabilità con frequenti esplosioni di rabbia di breve durata **(comportamento)**

Affective lability: brevi ed imprevedibili oscillazioni verso la depressione o la lieve eccitazione **(umore instabile)**

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

Epidemiologia: presente nel 25- 45% ADHD età evolutiva e prevalente in ADHD 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 ne determina evoluzione verso patologie psichiatriche e persistenza ADHD

Deve essere considerata nella pianificazione del trattamento

Eur Child Adolesc Psychiatry (2011) 20:61–66
DOI 10.1007/s00787-010-0150-4

REVIEW

Irritability in children and adolescents: a challenge for DSM-5

Argyris Stringaris

In età evolutiva l'irritabilità, l'ipersensibilità agli stimoli ambientali negativi (o presunti tali) è spesso un sintomo di una importante diregolazione emotiva.

Sono bambini che appaiono facilmente infastiditi, eccessivamente suscettibili, ipersensibili nelle relazioni sociali, elevato arousal e evidenti stati emotivi negativi che si esprimono prevalentemente con modalità comportamentali e intense somatizzazioni.

La relazione con i pari è spesso fonte di vissuti negativi (non commisurati al reale scambio relazionale).

Fenomeni di ipearausal, ipersensibilità ai rumori, importante esauribilità attentiva, instabilità motivazione, apatia e scarsa iniziativa.

Mood lability and emotional dysregulation

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

DOP 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.

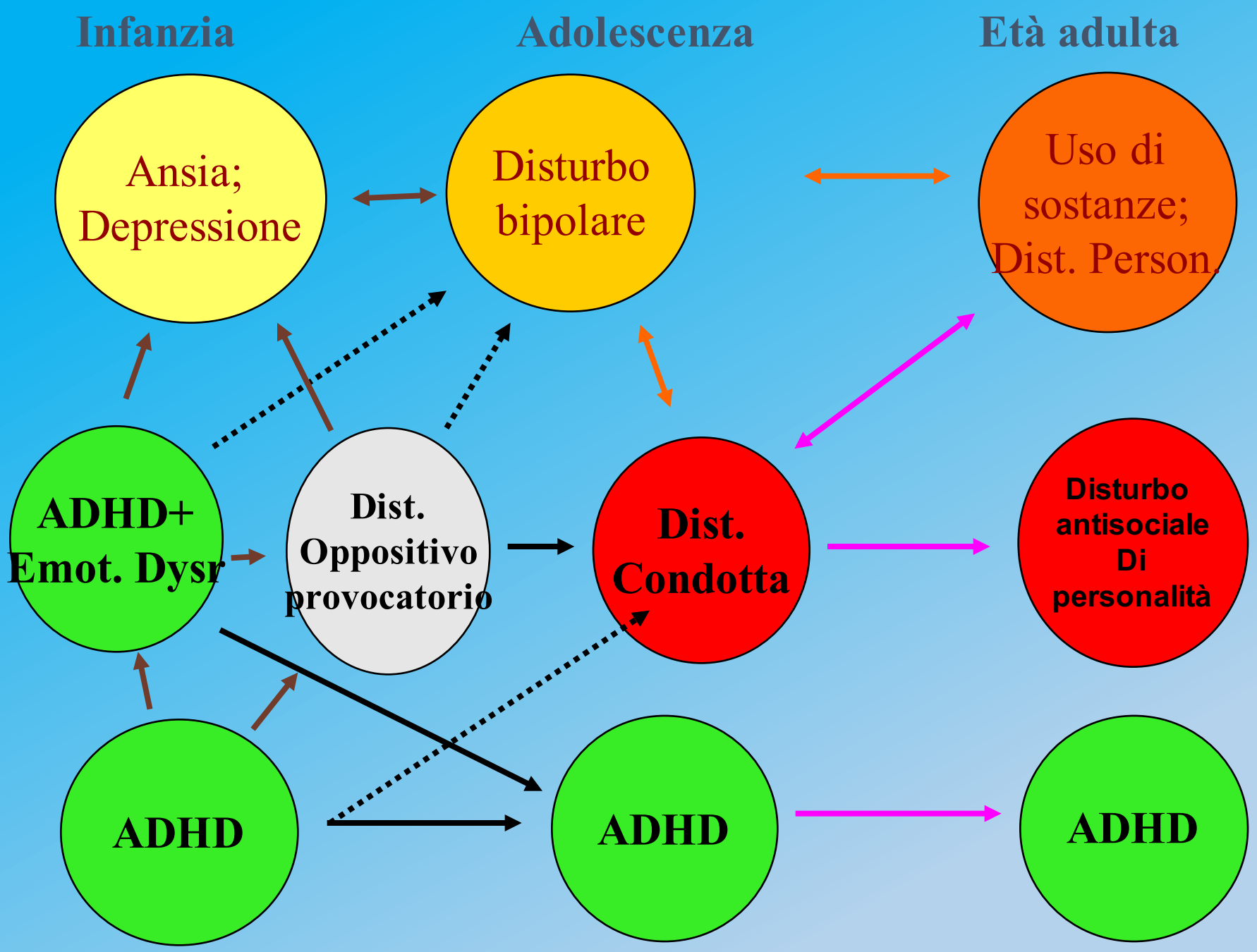
disruptive mood dysregulation disorder

Irritabile/ emozionalità negativa

Dannoso/ aggressivo premeditato

Ostinato/ impulsivo

ADHD


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

Disregolazione emotiva in adolescenza

Elevata disregolazione emotiva come fattore di rischio per condotte a rischio in adolescenza

Comportamenti agiti, consumo sostanze, autolesività non suicidaria come tentativi di alleviare o “distrarsi” da stati affettivi negativi o da situazioni ansiogene potenzialmente vissute come avverse

Benefici a breve termine per sollievo da emozioni poco tollerabili

Rinforzo positivo degli effetti benefici a breve termine

Emotionally-avoidant strategies che aumentano distress a lungo termine

Bassi livelli di risorse self-regulation che sono rapidamente esaurite da stati di elevata ansia

“Nessuno può farti più male di quello che fai tu a te stesso.”

Mahatma Gandhi

Recent research indicates that negative reinforcement of emotional lability also occurs in families of internalizing adolescent girls, whose expressions of negative affect are often met with invalidation by family members. Escape from such invalidation serves a negative reinforcement function. In dyadic interactions between self-injuring adolescents and their mothers, these negative reinforcement contingencies are associated with emotion dysregulation (Crowell et al., 2013). Of importance, dysregulated anger and anxiety are also modelled in families of aggressive and anxious children, respectively (e.g., Bandura, 1978; Burstein & Ginsburg, 2010).

Curr Opin Psychol. 2015 June 1; 3: 22–29. doi:10.1016/j.copsyc.2015.01.013.

Explicating the role of emotion dysregulation in risky behaviors: A review and synthesis of the literature with directions for future research and clinical practice

Highlights

- Emotion dysregulation has been implicated in the pathogenesis of risky behaviors
- Difficulties regulating negative *and* positive emotions are related to risky behaviors
- Emotion dysregulation and risky behaviors are context-dependent
- Physiological markers of emotion dysregulation are related to risky behaviors
- Treatments targeting emotion dysregulation result in a reduction in risky behaviors

Suicide 1

Lancet 2012; 379: 2373–82

Self-harm and suicide in adolescents

Keith Hawton, Kate E A Saunders, Rory C O'Connor

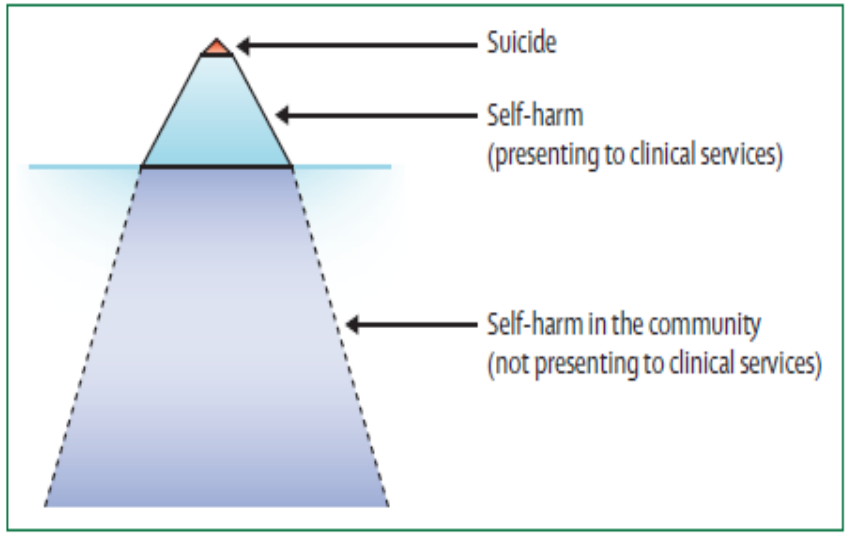


Figure 1: Representation of the relative prevalence self-harm and suicide in young people

Case Study (2008) in popolazione generale adolescenti : 55% F e 53% M riportano episodi di self-harm. La maggior parte non accede ambito clinico
Hawton 2010 inpatients; 15% dei ricoveri

Aumento casistica ospedaliera negli ultimi 20 anni e età sempre più precoce (prima dei 12 aa)
Perché aumento di casistica?
Fattori mediatici, sociali, relazionali
Prevalenza femminile: discussa
Picco di insorgenza: 13- 15 aa
Pubertà :

1) elevata suscettibilità ad eventi emozionali,
2) Reattività dinamiche tra pari
3) Elevata impulsività
4) Immaturità di strategie di problem solving

J Abnorm Child Psychol (2014) 42:885–896
DOI 10.1007/s10802-013-9837-6

Longitudinal Analysis of Adolescent NSSI: The Role of Intrapersonal and Interpersonal Factors

Ruth Tatnell · Lauren Kelada · Penelope Hasking · Graham Martin

Deficit in regolazione emotiva /inibizione emozioni negative

Alti livelli di depressione e ansia

Alti livelli di aggressività interpersonale

Alessitimia

Alti livelli di impulsività

Esperienze di abuso/trascuratezza in età precoce

Percezione di scarso supporto dei pari/ Bullismo

Distorsioni cognitive

Contesto familiare inadeguato/disfunzionale

Curr Dir Psychol Sci. 2009 April 1; 18(2): 78–83. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x.

Why do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury

Matthew K. Nock
Harvard University

Why Use NSSI to Serve These Functions?

1)Affect Regulation: NSSI effectively put an end to undesired emotional states

2)Social Learning Hypothesis: observing the behavior being used by others

3)Self-Punishment Hypothesis: form of self-directed abuse learned via repeated abuse or criticism by others

4)Social Signaling Hypothesis: NSSI may be especially likely when other communication strategies have failed due to poor quality or clarity, or when less costly behaviors have not produced the desired effect due to an unresponsive or invalidating environment

5)Pain Analgesia/Opiate Hypothesis: self-injurers report little or no pain during NSSI and show pain analgesia on lab-based tests of pain tolerance.

Impulsivity and nonsuicidal self-injury: A review and meta-analysis

Chloe A. Hamza *, Teena Willoughby, Taylor Heffer

Clinical Psychology Review 38 (2015) 13–24

Teoria dell'urgenza

Gli individui molto impulsivi, di fronte ad una esperienza che evoca emozioni negative, agiscono molto rapidamente mettendo in secondo piano i benefici di un'azione ponderata e più a lungo termine rispetto al soddisfacimento immediato e la riduzione rapida della situazione di stress.

NSSI come modello di raggiungimento rapido della riduzione e regolazione delle emozioni negative

Fattore di rischio per NSSI: avere alti livelli di impulsività e agire senza pianificazione per ridurre lo stress

Elevata correlazione con scarsa capacità di perseverazione, di tolleranza allo stress, di previsione delle conseguenze del proprio comportamento

Inhibitory control in people who self-injure: Evidence for impairment and enhancement

Kenneth J.D. Allen*, Jill M. Hooley

Psychiatry Research 225 (2015) 631–637

NSSI scarso controllo inibitorio di fronte a emozioni negative

NSSI scarso controllo inibitorio di fronte ad immagini con contenuti che evocano emozioni negative?

Nella comparazione con gruppo controllo, gli NSSI mostrano una ridotta capacità di inibizione quando si trovano di fronte alle immagini a contenuto emotivo negativo

Gli NSSI mostrano una risposta inibitoria simile ai soggetti controllo di fronte a immagini positive mentre i controlli mostrano una peggiore inibizione di fronte alle immagini di cutting rispetto a quanto accade per gli altri tipi di immagine

In accordo con la teoria della disregolazione emotiva nei NSSI, le persone con questa patologia mostrano un deficit della inibizione della risposta di fronte agli stimoli emotivi negativi

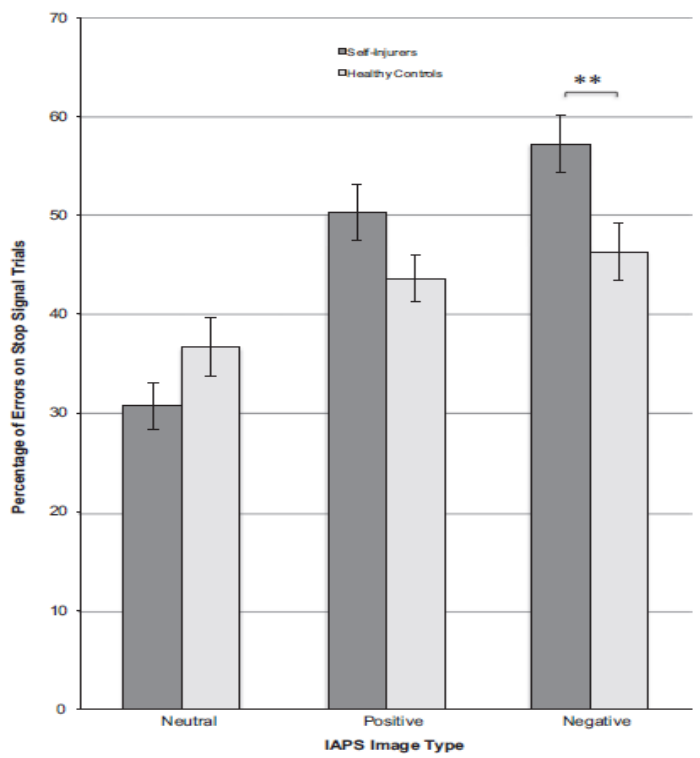


Fig. 1. Percentage of commission errors on stop trials by IAPS image type. *Note.* $^{**}p < 0.01$; IAPS = International Affective Picture System. Error bars represent ± one standard error of the mean.

Appl Prev Psychol. 2008 ; 12(4): 159–168. doi:10.1016/j.appsy.2008.05.002.

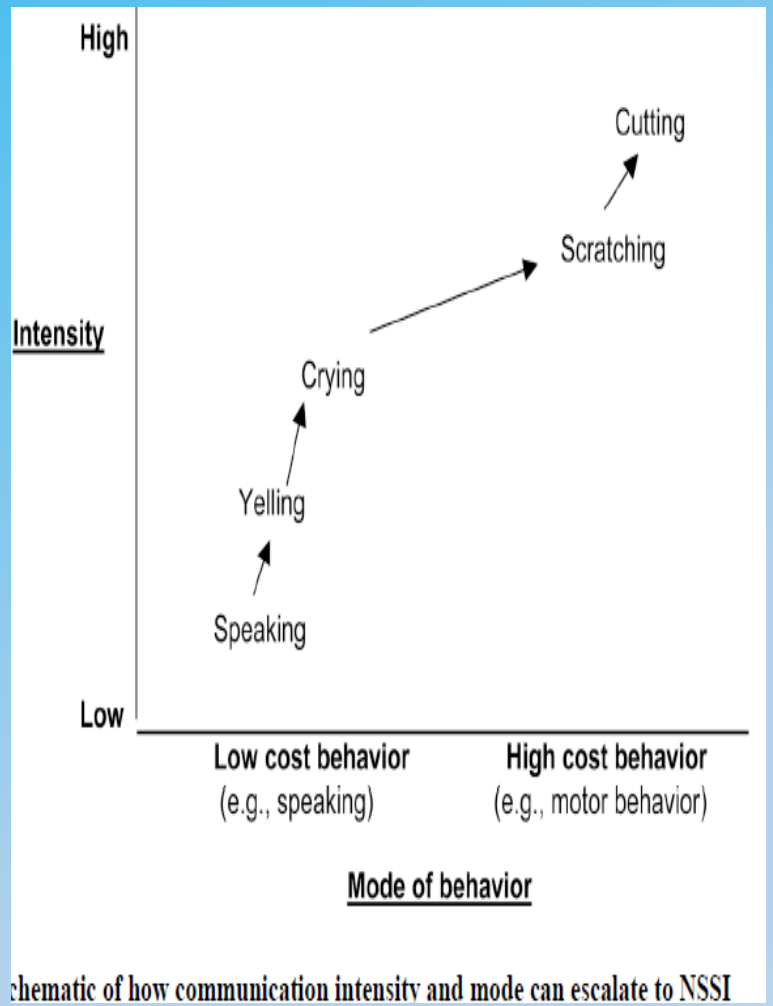
Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors

Talk doesn't cook rice. ~Chinese Proverb

Perché alcune persone scelgono di utilizzare comportamenti o azioni per comunicare con gli altri ?

NSSI come un comportamento che ha valenza di comunicazione sociale
NSSI come *linguaggio del disagio*

Adolescenti con NSSI presentano impairment in fluenza verbale, sono meno consapevoli emotivamente e presentano difficoltà nella espressione delle proprie emozioni.
Adolescenti con NSSI presentano un deficit nel problem solving sociale e vivono in un ambiente familiare poco attento alla comunica-zione emotiva



chematic of how communication intensity and mode can escalate to NSSI

Factors associated with deliberate self-harm behaviour among depressed adolescent outpatients

Virpi Tuisku [a,b,*], Mirjami Pelkonen [a,c], Olli Kiviruusu [a], Linnea Karlsson, Titta Ruuttu [a,c], Mauri Marttunen [a,c,e]

Journal of Adolescence 32 (2009) 1125–1136

Gli adolescenti con depressione e Self-Harm rispetto ai controllo presentano una sintomatologia depressiva più grave, un maggior utilizzo di alcool, ridotta ricerca di supporto familiare, ridotto supporto da parte dei pari, life events negativi.

Characteristics of depressed adolescent outpatients with deliberate self-harm and depressed non-suicidal adolescent outpatients.

	Depressed adolescents with deliberate self-harm ($n = 73$)	Depressed non-suicidal adolescents ($n = 82$)	p
Females, N (%)	63 (86.3)	64 (78.0)	0.183
Age, mean (SD)	15.9 (1.7)	16.4 (1.5)	0.072
Parental divorce, N (%)	31 (42.5)	30 (36.6)	0.454
Depressive symptoms, mean (SD)	24.1 (10.1)	19.5 (7.8)	0.003
Anxiety symptoms, mean (SD)	23.4 (12.0)	20.1 (11.7)	0.059
Social support			
Family support,[a] mean (SD)	11.4 (4.6)	14.8 (4.2)	<0.001
Friend support,[a] mean (SD)	15.2 (4.2)	16.2 (3.8)	0.142
Significant other,[a] mean (SD)	16.6 (3.9)	17.3 (3.5)	0.186
Alcohol use (AUDIT), mean (SD)	9.3 (7.7)	5.6 (5.8)	0.001
Number of negative life-events, previous year, mean (SD)	2.8 (2.2)	2.3 (2.4)	0.069

Three assessment tools for deliberate self-harm and suicide behavior: evaluation and psychopathological correlates☆

Herbert Fliege[a,*], Rueya-Daniela Kocalevent[a], Otto B. Walter[a], Stefanie Beck[a], Kim L. Gratz[b], Peter M. Gutierrez[c], Burghard F. Klapp[a]

Che cosa differenzia in termini di comorbidità pazienti psichiatrici con e senza Self-Harm:
Disturbo depressivo
Disturbo d'ansia
Ideazione Paranoidea
Elevata Ostilità
Percezione elevata di stress
Scarso senso di autoefficacia

Depression, anxiety, hostility, paranoid thinking, perceived stress, optimism, and self-efficacy harm behavior

		DSHI self-harm					
		No		Yes		*t* Test	
	n	*M*	S.D.	*M*	S.D.	*t*	*P*
Depression, HADS	351	9.0	4.6	11.3	5.1	−4.2	<.001
Anxiety, HADS	351	9.9	4.8	12.2	4.5	−4.2	<.001
Depression, SCL-90	272	0.96	0.75	1.33	0.96	−3.0	.003
Anxiety, SCL-90	272	0.81	0.75	1.09	0.85	−2.6	.009
Phobic anxiety, SCL-90	272	0.58	0.76	0.89	0.95	−2.5	.013
Hostility, SCL-90	272	0.45	0.54	0.85	0.84	−3.8	<.001
Paranoid ideation, SCL-90	272	0.49	0.57	0.81	0.85	−3.1	.003
Perceived stress, PSQ	354	0.53	0.20	0.64	0.17	−5.3	<.001
Optimism	357	0.51	0.23	0.41	0.22	3.8	<.001
Self-efficacy	357	0.51	0.23	0.42	0.22	3.5	<.001

Is non-suicidal self-injury an "addiction"? A comparison of craving in substance use and non-suicidal self-injury

Psychiatry Res. 2012 May 15; 197(0): 73–77.

- NSSI come comportamento coercitivo, di cui il soggetto non riesce a fare meno
- Faye (1995): l'aumento sensazioni negative che il soggetto che pratica NSSI sente prima dell'atto autolesivo è paragonato a quanto accade nel soggetto che abusa sostanze in momento di astinenza
- Molti soggetti con NSSI descrivono una sensazione di urgenza che precede l'atto autolesivo.
- Riduzione produzione endogena di oppioidi in NSSI come in Borderline e agito autolesivo come stimolazione artificiale del sistema opioidi.

Fenomeni a comune NSSI e dipendenza da sostanze:

- Perdita di controllo su atto autolesivo
- Aumento di fenomeno di tolleranza
- Aumento del senso di disagio e insoddisfazione se atto autolesivo non viene compiuto
- Urgenza di atto autolesico dopo un evento stressante

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Adolescence

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

Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents

R. Cerutti [a,*], M. Manca [a], F. Presaghi [b], Kim L. Gratz [c]

Table 1

Frequencies, percentages, and reported age of onset of each deliberate self-harm (DSH) behavior for all participants ($N = 234$) and females ($n = 118$) and males ($n = 116$) separately.

DSH behavior	Total freq. (%)	Female freq. (%)	Male freq. (%)	χ^2 (1)	Reported age of onset	
					Min–Max	Mean (SD)
Cutting	22 (9.4)	12 (10.2)	10 (8.6)	.16	5–18	13.62 (3.06)
Burning with cigarettes	7 (3.0)	1 (.8)	6 (5.2)	3.77*	6–16	12.67 (3.56)
Burning with lighter or match	8 (3.4)	5 (4.2)	3 (2.6)	.50	12–17	14.67 (1.75)
Carving words into skin	19 (8.1)	13 (11.0)	6 (5.2)	2.68†	5–16	11.71 (3.51)
Carving pictures into skin	22 (9.4)	11 (9.3)	11 (9.5)	.00	8–20	14.26 (3.36)
Severe scratching	21 (9.0)	12 (10.2)	9 (7.8)	.42	3–16	11.20 (4.14)
Biting	28 (12.0)	14 (11.9)	14 (12.1)	.00	3–15	11.35 (3.71)
Rubbing sandpaper on skin	1 (.4)	0 (.0)	1 (.9)	–	–	–
Dripping acid on skin	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	–	–	–
Using bleach or oven cleaner to scrub skin	3 (1.3)	3 (2.5)	0 (.0)	–	12–16	14.00 (2.00)
Sticking pins, needles, staples into skin	17 (7.3)	8 (6.8)	9 (7.8)	.06	8–17	12.73 (2.91)
Rubbing glass into skin	2 (.8)	2 (1.7)	0 (.0)	–	15–16	15.50 (.71)
Breaking bones	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	–	–	–
Banging head	18 (7.7)	8 (6.8)	10 (8.6)	.28	8–17	13.50 (2.61)
Punching self	11 (4.7)	5 (4.2)	6 (5.2)	.11	5–16	11.86 (3.80)
Interference with wound healing	16 (6.8)	11 (9.3)	5 (4.3)	2.31	4–13	8.67 (3.05)
Other forms of self-harm	9 (3.8)	5 (4.2)	4 (3.4)	.10	–	–

*$p \leq .05$; †$p < .10$.

240 adolescenti Napoli
13 – 20 aa
Età media 16,4

42% ha riferito episodi Self-harm

Più frequente cutting non differenzia maschi da femmine

Bruciature sign differenza > maschi

Elevata comorbidità psichiatrica: esternalizzante, dist personalità, dist umore.

NSSI in campione clinico in paz con DU

Quali caratteristiche NNSI in campione clinico in contesto ospedaliero?

- Quali sono le caratteristiche psicopatologiche dei minori con DU e NNSI?
- Che caratteristiche di compromissione funzionamento globale?
- Quale caratteristiche intervento farmacologico e non farmacologico?

Assessment: psicopatologico e comportamentale

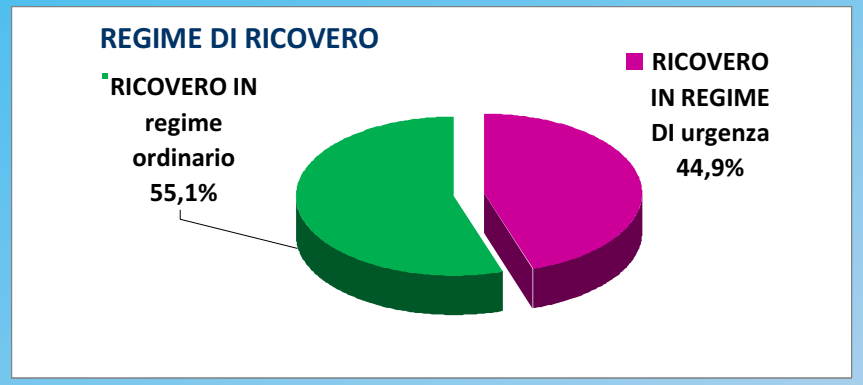
- KSADS -PL
- CBCL
- YSR
- SCID-II
- CGAS

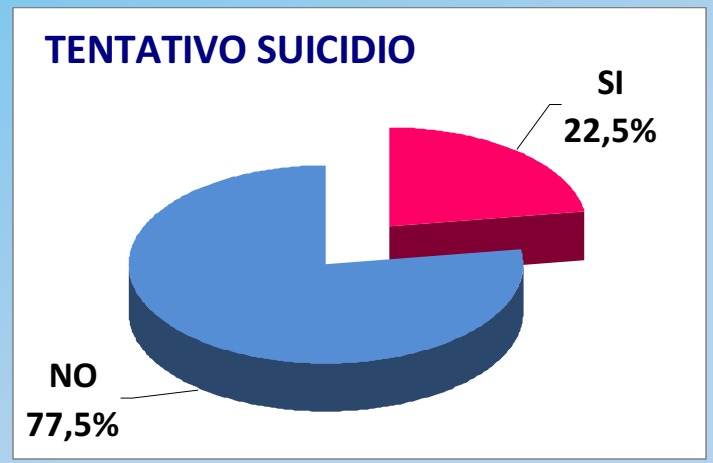
Assessment: NSSI

- DSH (Deliberate Self Harm Behabvior)

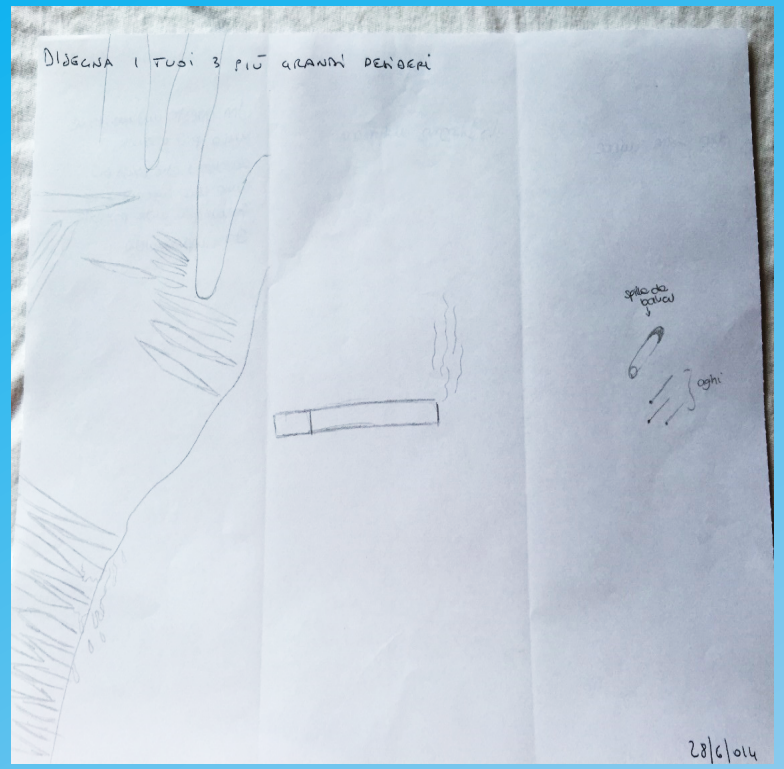
IRCCS Stella Maris casistica NSSI marzo 2015- aprile 2016

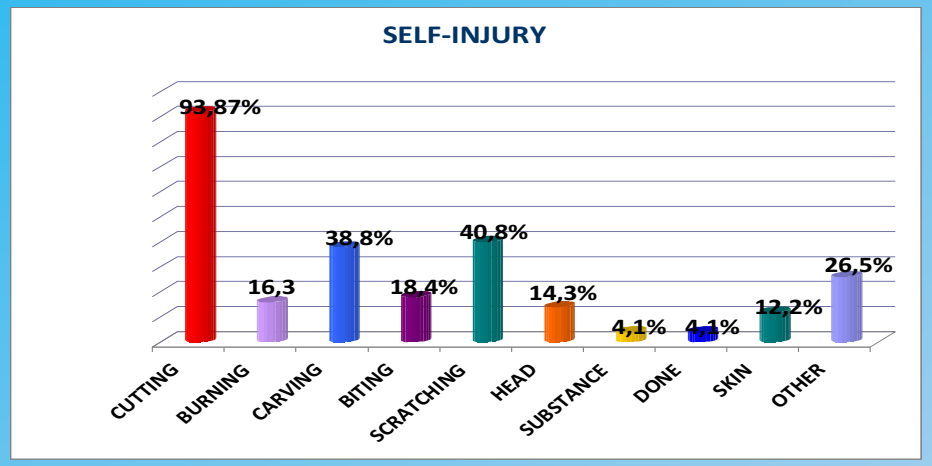
- Diagnosi DSM-5
- 49 casi
- 39 F e 10M
- Età 12,5 17.3
- EM: 183 mm (SD 17,5)
- CGAS: 46

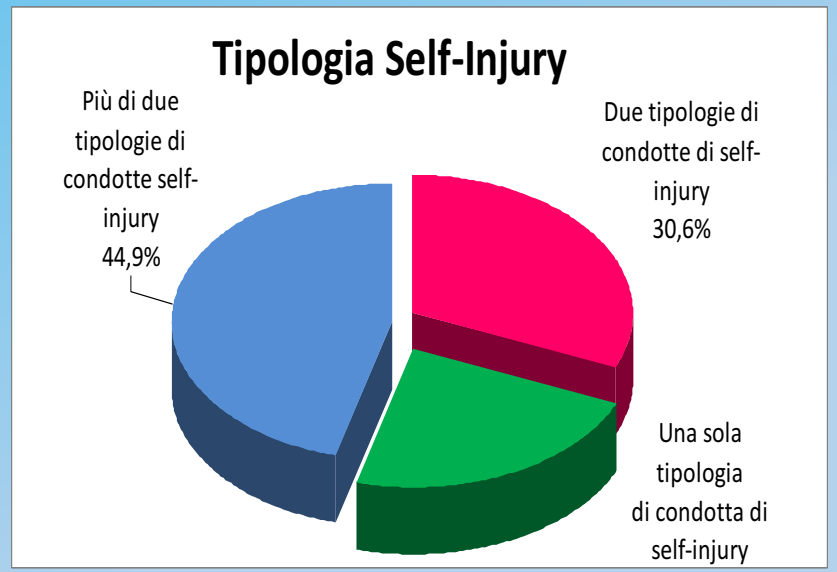




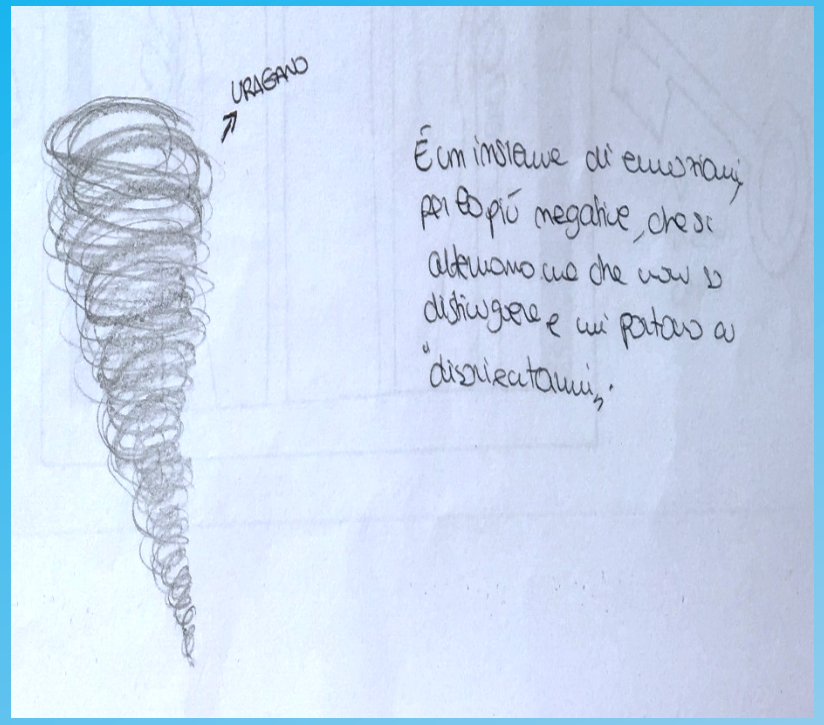
IRCCS Stella Maris casistica NSSI marzo 2015- aprile 2016

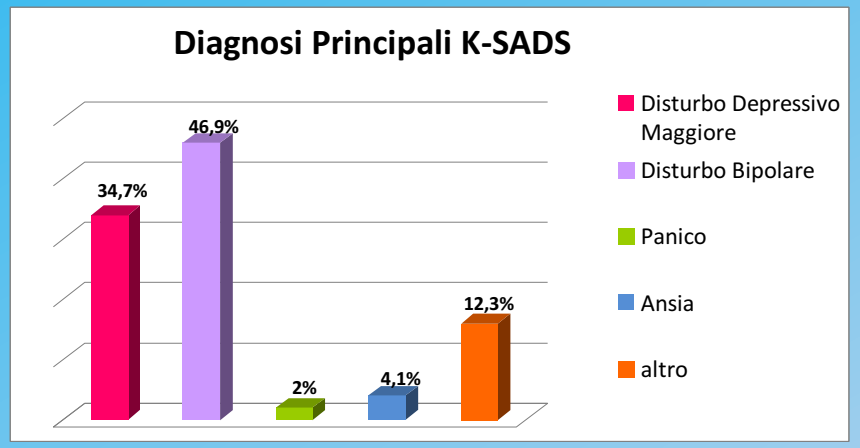


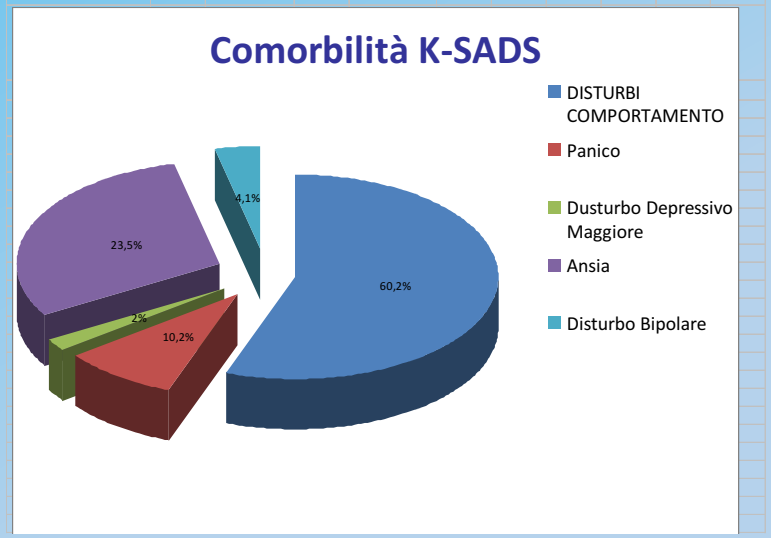




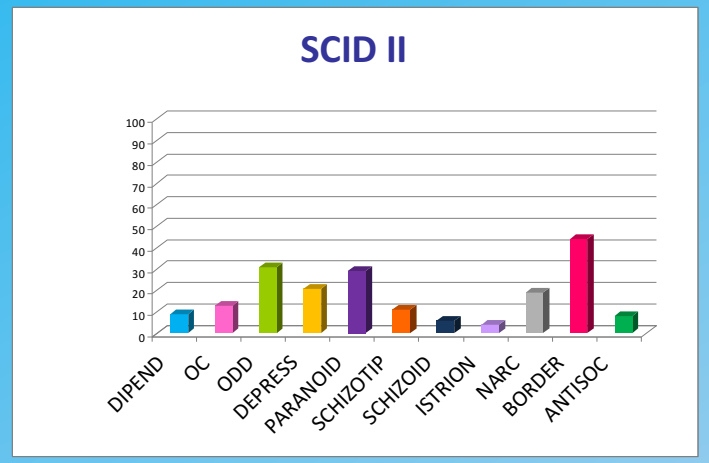
IRCCS Stella Maris casistica NSSI marzo 2015- aprile 2016

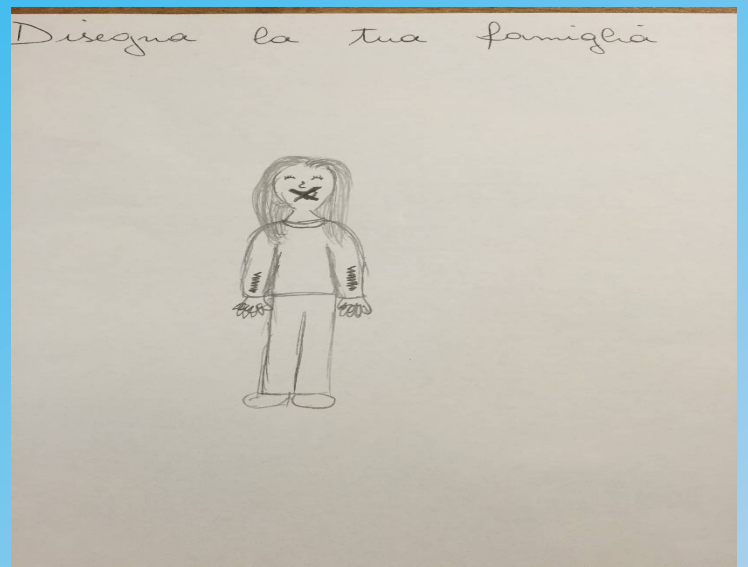


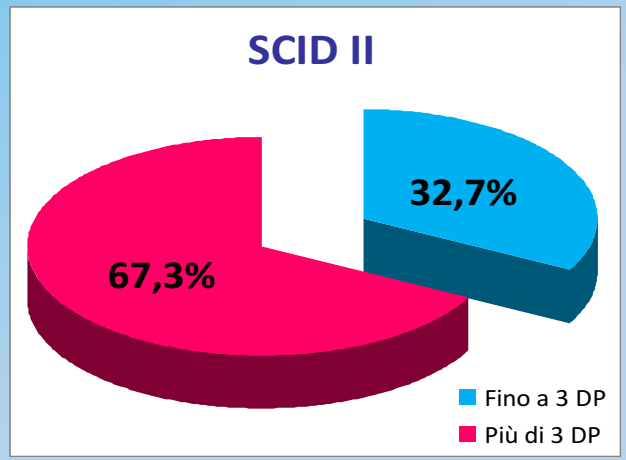




IRCCS Stella Maris casistica NSSI marzo 2015- aprile 2016







Journal of Affective Disorders 183 (2015) 119–133

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

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

Review

Cyclothymia reloaded: A reappraisal of the most misconceived affective disorder

Giulio Perugi [a,b,*], Elie Hantouche [c], Giulia Vannucchi [a], Olavo Pinto [d]

Diversamente dalla definizione categoriale secondo DSM-5 la Ciclotima è meglio identificata come *"...un'esagerazione del temperamento ciclotimico (stato d'animo di base e instabilità emotiva), con esordio precoce ed estrema reattività dell'umore legata alla sensibilità interpersonale e alla separazione, con frequenti caratteristiche miste durante lo stato depressivo, il lato oscuro di sintomi ipomaniacali, comorbidità multiple, e un elevato rischio di impulsività e comportamento autolesivo…"* (G. Perugi et all 2015)

ELSEVIER

Journal of Affective Disorders 85 (2005) 181–189

JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS

www.elsevier.com/locate/jad

Research report

Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder

F.J. Kochman[a,b,*], E.G. Hantouche[c], P. Ferrari[b], S. Lancrenon[d], D. Bayart[a], H.S. Akiskal[e]

Aspetti comportamentali

Espressione clinica

Temperamento Ciclotimico

Aspetti psicologici

Espressione Life Span

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

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
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

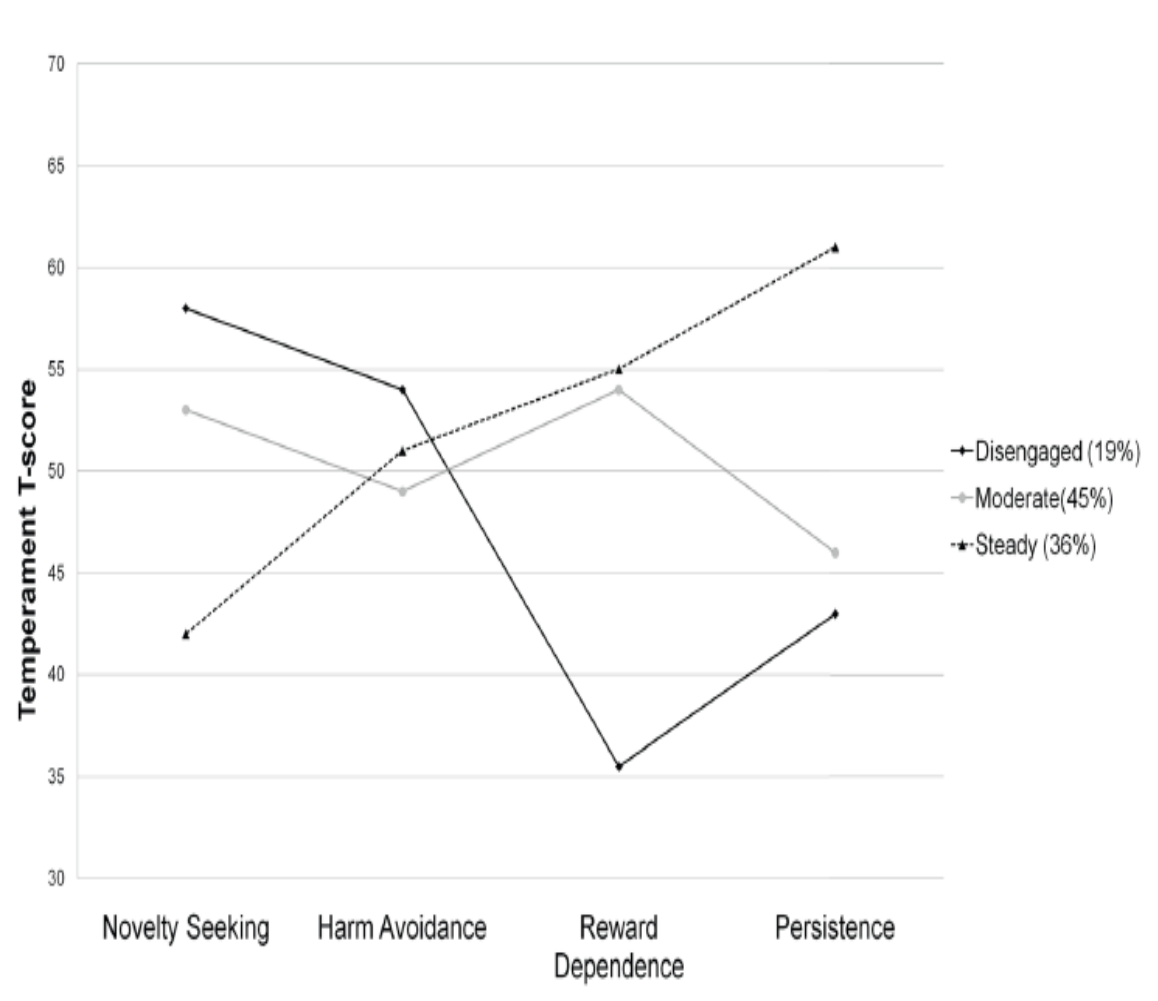
High Novelty Seeking

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

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

Studio di DESR-DP in DCD: 108p, 9-15 aa, 70 DOP, 38 DC
Identificazioni caratteristiche cliniche, personologiche e socio-ambientali dei due profili
Valutazione di risposta al trattamento farmacologico e non farmacologico
Studio dei tratti CU

Comparison between CBCL DESR and DP profiles in youth with Disruptive Behavior Disorders: baseline socio-demographic features and comorbidities.

	CBCL-DESR (N=57)	CBCL-DP (N=41)	$p\chi^2/F$
Age-months (S.D.)	124 (21.3)	122 (22.3)	Ns
Gender, Males(%)	49 (88%)	35 (85%)	Ns
SES 1–2 (%)/3–4(%)	14 (24%)/43(76%)	11 (27%)/30(73%)	Ns
CD(%)/ODD(%)	17 (30%)/40(70%)	14 (44%)/27(66%)	Ns
Comorbid ADHD	11 (19%)	8 (20%)	Ns
Comorbid BD	11 (19%)	11 (27%)	Ns
Comorbid ANX	3 (5%)	5 (12%)	Ns
Psychoterapy/psychoterapy+drugs	42 (74%)/15(26%)	16 (42%)/25(58%)	0.004

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

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

Comparison between CBCL DESR and DP profiles in youth with Disruptive Behavior Disorders: baseline clinical severity, functional impairment, and scores at the CBCL, Antisocial Process Screening Device-Parent version (APSD-parent) and Alabama Parenting Questionnaire (APQ) scores.

Baseline Mean (S.D.)	CBCL-DESR (N=57)	CBCL-DP (N=41)	F (ANOVA)
C-GAS	42.1 (6.0)	40.6 (6.9)	1.8
CGI-S	4.49 (0.9)	4.72 (1.0)	1.5
APSD-Callous–Unemotional	5.7 (2.0)	5.4 (2.3)	0.4
APSD-Narcissism	5.3 (2.6)	6.7 (2.8)	5.6*
APSD-Impulsivity	5.4 (1.7)	6.1 (1.6)	4.8*
CBCL-Withdrawn	60.0 (7.0)	68.0 (6.7)	32.1***
CBCL-Somatic	56.5 (7.0)	61.4 (7.7)	9.9**
CBCL-Social	63.9 (6.3)	71.0 (7.4)	27.2***
CBCL-Thought	59.4 (6.8)	67.4 (8.9)	25.5***
CBCL-Rule Breaking	63.9 (6.7)	70.0 (5.9)	22.1***
APQ-Inv.	35.3 (2.5)	34.8 (2.7)	0.4
APQ-P.P.	23.6 (2.2)	24.1 (1.8)	1.0
APQ-I.D.	15.5 (2.0)	15.1 (1.9)	0.6
APQ-Mon.	13.3 (3.5)	13.4 (3.4)	0.0
APQ-H.P.	5.7 (1.2)	6.2 (1.5)	1.9

90% pz presentano DESR o DP profyle con importanti implicazioni di gravità clinica e prognostica

DP maggiore gravità clinica, maggiori problematiche internalizzanti ed esternalizzanti, più frequente ospedalizzazione,
maggiori difficoltà in ambito familiare e sociale.

DP tratti temperamentali in ambito clinico (Narcisismo e Impulsività) secondary psychopathy?

In DP il trattamento multimodale prevede maggiore utilizzo trattamento farmacologico

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

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

Table 3
Comparison between pre- and post-treatment scores according to CBCL and APSD in patients with DESR profile.

	Pre-intervention	Post-intervention	*t*
APSD-Callous–Unemotional	5.5 (2.1)	4.4 (1.9)	2.9**
APSD-Narcissism	5.7 (2.4)	4.3 (2.0)	3.9***
APSD-Impulsivity	5.4 (1.6)	4.9 (1.4)	1.6
CBCL-Withdrawal	60.0 (7.0)	60.5 (7.0)	0.7
CBCL-Anx/Depr	61.6 (6.8)	61.7 (7.5)	0.1
CBCL-Somatic	56.6 (6.8)	57.2 (6.8)	0.7
CBCL-Social	63.4 (7.1)	62.7 (8.1)	1.1
CBCL-Thought	59.4 (6.3)	59.1 (8.1)	0.3
CBCL-Attention	66.8 (5.7)	64.8 (6.1)	2.2*
CBCL-Aggressiv.	68.3 (5.4)	65.5 (6.8)	2.1*
CBCL-Rule Breaking	63.9 (6.7)	62.5 (6.2)	1.3

APSD=Antisocial Process Screening Device.

Comparison between pre- and post-treatment scores according to CBCL and APSD in patients with DP profile.

	Pre-intervention	Post-intervention	*t*
APSD-Callous Unemotional	5.6 (2.1)	5.5 (1.9)	0.7
APSD-Narcissism	6.2 (2.7)	5.9 (2.7)	0.9
APSD-Impulsivity	6.1 (1.6)	5.5 (1.9)	1.5
CBCL-Withdrawal	68.0 (6.7)	63.0 (7.6)	5.0***
CBCL-Anx/Depres	69.8 (6.2)	65.6 (8.7)	2.9**
CBCL-Somatic	61.1 (6.8)	58.8 (6.8)	1.9
CBCL-Social	71.0 (8.4)	68.3 (9.4)	2.1*
CBCL-Thought	67.5 (8.2)	63.9 (9.1)	2.6*
CBCL-Attention	74.6 (6.7)	69.8 (9.4)	4.3***
CBCL-Aggressiv.	77.5 (6.4)	72.3 (8.6)	4.9***
CBCL-Rule Breaking	69.9 (5.9)	66.3 (5.9)	4.3***

APSD=Antisocial Process Screening Device.

Dopo un anno di trattamento multimodale (CP+ PT e PHT):
DESR migliorano nelle componenti temperamentali (CU e Narcisismo) e in sintomatologia attentiva e aggressiva
DP migliorano sensibilmente in ambito sintomatologico sia internalizzante che esternalizzante ma non in tratti personalità che rimangono stabili

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

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

La presenza di un Dysregulation Profile minori con DOP/DC può costituire un indicatore di elevato rischio psicoptologico e di un importante disfunzionamento adattivo

La presenza di caratteristiche temperamentali disfunzionali nei minori con DP può rappresentare un moderatore dell'efficacia di un intervento intensivo multimodale (psicofarmacologco, psicoterapico, psicoeducativo, parent training) ritenuto elettivo in minori con DBD

In minori con DP necessità di modificare le strategie di trattamento intensificando alcuni moduli di intervento (empatia, perspective taking, autoregolazione)

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]

Obiettivi; analisi di outcome in adolescenza (14-15 aa) di minori con DCD (DOP/DC) diagnosticati in età scolare (8-9 aa):
In particolare si è valutato l'outcome in teìrmini di evoluzione psicopatologica, presenza di consumo di sostanze e di nuovi accessi in ambito ospedaliero
La presenza del Dysregulation Profyle al baseline è stata valutata come uno dei possibili fattori di rischio evolutivo.

Campione: 85 minori DOP 65%, DC 35%

Trattamento multimodale 25% farmacologico

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)

Emotional Dysregulation in DCD

La presenza di Emotional Dysregulation anche nei DCD rappresenta un importante indicatore di gravità clinica in età scolare , rischio evoluzione psicopatologica in età adolescenziale (DU, uso sostenze) e di possibile scarsa risposta al trattamento multimodale,

Il profilo DP individuato dalla CBCL può costiuire un indicatore della presenza di DE e identificare casi a elevato rischio evolutivo per cui è necessario il monitoraggio e la messa in atto di percorsi terapeutici intensivi e integrati da teapia farmacologica rivolti alle caratteristiche temperamentali di questi minori.

Dalle novità cliniche
alla necessità
di un nuovo
modello di assessment

JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY
ACAMH THE ASSOCIATION FOR CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH
Journal of Child Psychology and Psychiatry [illegible] (2014), pp [illegible] doi:10.1111/jcpp.12268

Practitioner Review: Evaluation of the known behavioral heterogeneity in conduct disorder to improve its assessment and treatment

Ashlea M. Klahr, and S. Alexandra Burt
Department of Psychology, Michigan State University, East Lansing, MI, USA

BMJ
BMJ 2013;346:f1298 doi: 10.1136/bmj.f1298 (Published 27 March 2013)

PRACTICE

GUIDELINES

Recognition, intervention, and management of antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: summary of NICE-SCIE guidance

Initial assessment of children and young people with a possible conduct disorder

- A coexisting mental health problem (for example, depression, post-traumatic stress disorder)
- A neurodevelopmental condition (in particular, attention-deficit/hyperactivity disorder and autism)
- A learning disability or difficulty
- Substance misuse.

- Current functioning at home, school, or college and with peers
- Parenting quality
- History of any past or current mental or physical health problems.

[*Based on the experience and opinion of the GDG*]

Assess for:

- The risks faced by the child or young person. If needed, develop a risk management plan for self neglect, exploitation by others, self harm or harm to others
- The presence or risk of physical, sexual, and emotional abuse in line with local protocols for the assessment and management of these problems.

[*Based on the experience and opinion of the GDG*]

Conduct a comprehensive assessment of parents or carers, covering:

- Positive and negative aspects of parenting—in particular, any use of coercive discipline
- The parent-child relationship
- Positive and negative adult relationships in the family, including domestic violence
- Parental wellbeing, encompassing mental health, substance misuse (including whether alcohol or drugs were used during pregnancy), and criminal behaviour.

ASSESSMENT DOP/DC:
essenziale e preliminare a impostazione trattamento

Livello individuale:

Diagnosi principale , comorbidità.
CU, gravità sintomatologica,
Impairment globale,
Profilo cognitivo e di personalità,
Competenze empatiche
Competenze apprendimento
Osservazione delle strategie relazionali
Punti di forza e debolezza

Livello familiare

Anamnesi familiare
Stile educativo
Life events
Stress genitoriale
Qualità relazioni sociofamiliari

Livello di rete

Servizi invianti
Interventi riabilitativi
svolti o in corso
Risorse e ostacoli
per trattamento

Livello socio-ambientale

Contesto scolastico
Checklist per insegnanti
Contesto ludico-sportivo
Contesto dei pari di riferimento

Tipizzare per indirizzare il trattamento
Quali fattori determinano i Non Responder?
Comorbidità e profili comportamentali come moderatori

THE JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY
ACAMH THE ASSOCIATION FOR CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH
Journal of Child Psychology and Psychiatry **:* (2014), pp **–** doi:10.1111/jcpp.12268

Practitioner Review: Evaluation of the known behavioral heterogeneity in conduct disorder to improve its assessment and treatment

Ashlea M. Klahr, and S. Alexandra Burt
Department of Psychology, Michigan State University, East Lansing, MI, USA

Table 1 Treatment recommendations separated by CD subtype

Callous-unemotional	Comorbid ADHD	Physical aggression	Nonaggressive rule-breaking	Childhood-onset	Adolescent-onset
Behavioral parent-management training	Behavioral parent-management training	Behavioral parent-management training	Behavioral parent-management training	Behavioral parent-management training	Behavioral parent-management training
Intensive praise and reward-based intervention	Pharmaco-therapy for ADHD	Anger intervention (e.g., CBT for anger)	Self-regulation training	Social skills training	Peer relationships assessment
Less reliance on punishment strategies	Social skills training	Social skills training	Peer relationships assessment	Problem-solving training	Prosocial extracurricular activities
Consider pharmaco-therapy	CBT for mood or anxiety problems	CBT for mood or anxiety problems	Prosocial extracurricular activities	Self-regulation training	Increased parental monitoring
Use more intensive treatment	Academic support	Early identification and intervention	Increased parental monitoring		
Consider Multi-systemic therapy					

<u>Primo ambulatorio</u>

- Anamnesi, Colloquio con il minore
- Valutazione di gravità

Se quadro clinico con CGS 6/7

- **CGAS < 40**
- **Attivazione procedure ricovero DH/RO**

Con CGS < 5, CGAS > 40

- **Attivazione percorso di valutazione ambulatoriale**

Se DSA

Centro di riferimento

DSA

Attivazione mezzi comp/disp

Se comorbidità con ADHD con necessità di farmacotp Centro di riferimento ADHD

- **Attivazione normativa BES**

Percorso neuropsichiatrico

- Colloquio clinico con il minore
- K-SADS minore e genitori
- CBCL, YSR, Conners scale
- APSD, ICU
- MOAS, IRI

Percorso psicodiagnostico

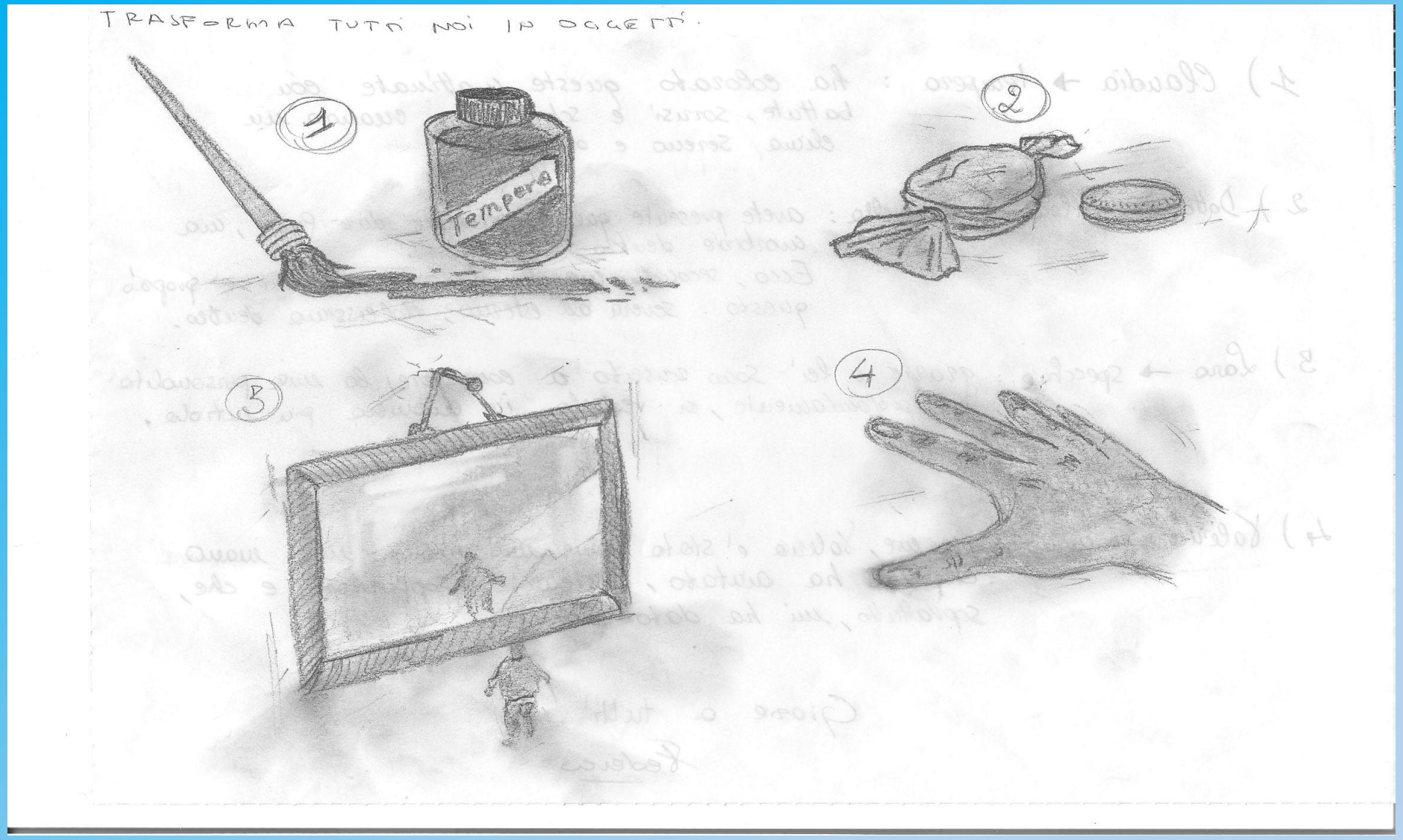
- Colloquio individuale e con i genitori
- WISC-IV
- Prove MT
- Batteria italiana per ADHD
- MORAL Disengagment
- Questionario VPQ , APQ

Relazione finale e indicazioni di trattamento

- **Se indicazione per Al di là delle nuvole formalizzazione della proposta di inserimento e chiarificazione del contratto terapeutico**

Inserimento in lista attesa

L'equipe multidisciplinare e l'iter diagnostico in reparto



INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

Imprescindibile per impostazione del trattamento

Composto da:

- **interviste strutturate** (K-SADS PL, SCID-II) anche per valutare l'eventuale comorbidità
- **rating scale** che permettano la raccolta di dati da più informatori (CBCL, YSR, TRF, Conners)
- **checklist** che rilevino la presenza dei comportamenti patognomonici del DC (MOAS, AQ, APSD, ICU, APSD)
- **questionari** che valutino il funzionamento globale (CGAS, HoNOSCA)
- **Valutazione psicometrica** (WISC-III)
- **Valutazione psicologica con test proiettivi** (CAT, TAT, Ror)
- **Valutazione** degli **apprendimenti e delle capacità attentive**,
- **Valutazione osservativa e con test grafici** delle relazioni familiari, della relazione con i pari, dell'immagine di sé
- questionari per valutare l e caratteristiche della **relazione genitori-bno/adol**. (PSI, APQ)

La misurazione dell’evoluzione dei sintomi

ASEBA:

- CBCL
- YSR
- TRF

Conners’ RS

ASEBA

Achenbach System of Empirically Based Assessment

Scala dell'Aggressività Predatoria-Affettiva

(B. Vitiello)

Paziente:_____

Valutatore_____

Data valutazione: _____

Segnalare se alcuni dei seguenti comportamenti è consueto per il paziente (ad esempio se si è verificato almeno 3 volte negli ultimi 3 mesi)

	Si	No
1. Danneggia le proprie cose senza trarne profitto	**1**	**0**
2. Nasconde gli atti aggressivi	**1**	**0**
3. Si mette a rischio di danneggiarsi fisicamente quando diventa aggressivo	**1**	**0**
4. E' aggressivo senza uno scopo	**1**	**0**
5. Può controllare il proprio comportamento quando diventa aggressivo	**1**	**0**
6. L'atto aggressivo è improvviso, non è pianificato	**1**	**0**
7. Sta molto attento a proteggere se stesso quando diventa aggressivo	**1**	**0**
8. Perde completamente il controllo quando diventa aggressivo	**1**	**0**
9. Pianifica i propri atti aggressivi	**1**	**0**
10. Ruba	**1**	**0**

Punteggio aggressività predatoria (somma 2, 5, 7, 9, 10)

Punteggio aggressività affettiva (somma 1, 3, 4, 6, 8)

Punteggio totale (aggressività predatoria - aggressività affettiva)

The Washington Institute and the
Washington State Mental Health Division
Children's Global Assessment Scale (C-GAS)

David Shaffer, M.D., Madelyn S. Gould, Ph.D., Hector Bird, M.D., Fisher, B.A.

- **Scala di valutazione su 100 punti che misura il funzionamento psicologico, sociale , scolastico in bambini di età compresa tra i 56 ed i 17 aa.**
- **Adattamento della Adult Global Assessment Scale**
- **Si può utilizzare per valutare il funzionamento del paziente in 4 aree maggiori:**
- **1. a casa con la famiglia**
- **2. a scuola**
- **3. con gli amici**
- **4. durante il tempo libero**
- **Il punteggio scelto rappresenta il funzionamento totale nell 4 aree di vita del paziente**

Strumenti di valutazione della Psicopatia e tratti CU

APSD: Antisocial Process Screening Device *: 20* **-item** **(score 0-1-2)**

(Frick, Hare 2001)

1. **Calloso-anemozionali (6 item)**
2. Narcisismo (7 item)
3. Impulsività (5 item)

ICU: Inventory of Collous Unemotional Traits: *: 24* **-item** **(score 0-1-2-3)**

(Frick 2003)

1. Callosità (11 item)
2. Indifferenza (8 item)
3. Anemozionalità (5 item)

APSD

APSD (Parent Version rev)

Nome e Cognome: _____ Data di nascita: _____

Compilato da: Madre ☐ Padre ☐ Altri: _____

Data di compilazione: _____

	Mai vero	Qualche volta vero	Molto spesso vero
1. Incolpa gli altri per i propri errori.	0	1	2
2. E' coinvolto in attività non legali.	0	1	2
3. Si preoccupa del suo rendimento scolastico.	0	1	2
4. Agisce senza pensare alle conseguenze delle sue azioni.	0	1	2
5. Le sue emozioni sembrano superficiali e poco autentiche.	0	1	2
6. Mente facilmente e abilmente.	0	1	2
7. E' bravo a mantenere le promesse.	0	1	2
8. Si vanta eccessivamente delle proprie abilità, imprese e delle cose che possiede	0	1	2
9. Si annoia facilmente.	0	1	2
10. Usa o manipola gli altri per ottenere ciò che desidera.	0	1	2
11. Provoca o prende in giro gli altri.	0	1	2
12. Si dispiace o si sente in colpa quando fa qualcosa di sbagliato.	0	1	2
13. E' coinvolto in attività pericolose o rischiose.	0	1	2
14. Sa essere amabile ma con modi che sembrano superficiali e non sincere.	0	1	2
15. Si arrabbia quando viene corretto o punito.	0	1	2
16. Pensa di essere migliore degli altri.	0	1	2
17. Non pianifica in anticipo o non organizza le sue cose se non fino "all'ultimo minuto".	0	1	2
18. Si preoccupa dei sentimenti degli altri.	0	1	2
19. Non manifesta le proprie emozioni e sentimenti.	0	1	2
20. Mantiene le stesse amicizie	0	1	2

ICU

ICU (Parent Version rev)

Nome e Cognome del bambino/ragazzo : _____ Data di nascita: _____

Compilato da: Madre ☐ Padre ☐ Altri: _____

Data di compilazione: _____

	Mai vero	Qualche volta vero	Molto spesso vero	Sempre vero
1. Esprime apertamente i suoi sentimenti.	0	1	2	3
2. Non sembra discernere ciò che è giusto da ciò che è sbagliato.	0	1	2	3
3. Si preoccupa del suo rendimento scolastico.	0	1	2	3
4. Non si preoccupa di ferire gli altri pur di ottenere ciò che desidera.	0	1	2	3
5. Si dispiace o si sente in colpa quando agisce in modo sbagliato.	0	1	2	3
6. Non manifesta le proprie emozioni.	0	1	2	3
7. Non si preoccupa di essere puntuale.	0	1	2	3
8. Si preoccupa dei sentimenti altrui.	0	1	2	3
9. Non si preoccupa di mettersi nei guai.	0	1	2	3
10. Non si lascia condizionare dai sentimenti.	0	1	2	3
11. Non si preoccupa di fare le cose bene.	0	1	2	3
12. Sembra molto freddo ed insensibile.	0	1	2	3
13. Ammette facilmente di aver sbagliato.	0	1	2	3
14. E' facile capire come si sente.	0	1	2	3
15. Cerca di fare sempre del suo meglio.	0	1	2	3
16. Si scusa (verbalizza mi dispiace) con coloro che ha ferito.	0	1	2	3
17. Cerca di non ferire i sentimenti degli altri.	0	1	2	3
18. Non prova rimorso quando agisce in modo sbagliato.	0	1	2	3
19. E' molto espressivo ed emotivo.	0	1	2	3
20. Non ama impegnarsi per fare le cose al meglio.	0	1	2	3
21. I sentimenti altrui non sono per lui/lei importanti.	0	1	2	3
22. Nasconde agli altri i propri sentimenti	0	1	2	3
23. Si impegna molto nelle cose che fa.	0	1	2	3
24. Fa cose che fanno piacere agli altri.	0	1	2	3

- IRI: **Interpersonal Reactivity Index (IRI**; Davis, 1980) **28 item**, articolati in **quattro sottoscale**, ciascuna di **7 item:**

1. *Fantasia* (**F**), sonda la capacità di identificarsi con personaggi immaginari.
2. *Perspective Taking* (**PT**), valuta la propensione ad adottare il punto di vista altrui.
3. *Considerazione Empatica* (**CE**), indaga la tendenza del soggetto a provare preoccupazione e compassione nei confronti di altre persone che vivono esperienze spiacevoli.
4. *Disagio Personale* (**DP**), fa riferimento al senso di sconforto e ansia che il soggetto sperimenta quando è spettatore di esperienze spiacevoli, che accadono ad altri.

Fantasia e Perspective Taking valutano l'Empatia Cognitiva (EC)

Considerazione Empatica e Disagio Personale l'Empatia Affettiva (EA)

IRI

Le seguenti affermazioni riguardano cosa pensi e cosa provi in diverse situazioni. Leggi attentamente ciascuna frase e metti una X sulla risposta che meglio ti descrive.

0	1	2	3	4
Non mi descrive per nulla	**Mi descrive poco**	**Mi descrive mediamente**	**Mi descrive abbastanza**	**Mi descrive del tutto**

1. Sogno ad occhi aperti e fantastico, con una certa regolarità, sulle cose che potrebbero accadermi.	0	1	2	3	4
2. Provo spesso sentimenti di tenerezza e di preoccupazione per le persone meno fortunate di me	0	1	2	3	4
3. A volte trovo difficile vedere le cose dal punto di vista di un'altra persona.	0	1	2	3	4
4. A volte non mi sento molto dispiaciuto per altre persone che hanno problemi	0	1	2	3	4
5. Resto veramente coinvolto dagli stati d'animo dei protagonisti di un racconto	0	1	2	3	4
6. In situazioni di emergenza mi sento apprensivo e a disagio	0	1	2	3	4
7. Riesco solitamente ad essere obiettivo quando guardo un film o una rappr teatrale e raramente mi lascio coinvolgere del tutto	0	1	2	3	4
8. In caso di disaccordo cerco di tenere conto del punto di vista di ognuno prima di prendere una decisione	0	1	2	3	4
9. Quando vedo qualcuno che viene sfruttato, provo sentimenti di protezione nei suoi confronti.	0	1	2	3	4
10. A volte mi sento indifeso quando mi trovo in situazioni molto coinvolgenti.	0	1	2	3	4
11. A volte cerco di comprendere meglio i miei amici immaginando come le cose appaiono dalla loro prospettiva.	0	1	2	3	4
12. Mi accade raramente di essere molto coinvolto da un buon libro o da un bel film	0	1	2	3	4
13. Quando vedo qualcuno farsi male tendo a restare calmo	0	1	2	3	4
14. Le sfortune delle persone a volte non mi turbano molto	0	1	2	3	4
15. Se sono sicuro di avere ragione riguardo a qualcosa, non spreco molto tempo ad ascoltare le ragioni degli altri.	0	1	2	3	4
16. Dopo avere visto una rappresentazione teatrale o un film, mi sono sentito come se io stesso fossi uno dei protagonisti.	0	1	2	3	4
17. Trovarmi in situazioni che provocano tensione emotiva mi spaventa	0	1	2	3	4
18. Quando vedo qualcuno che è trattato ingiustamente, talvolta mi capita di non provare molta pietà per lui	0	1	2	3	4
19. Sono di solito piuttosto efficiente nel far fronte alle situazioni di emergenza	0	1	2	3	4
20. Le cose che accadono mi colpiscono molto spesso	0	1	2	3	4
21. Credo che esistano due opposti aspetti in ogni vicenda e cerco di prenderli in considerazione entrambi.	0	1	2	3	4
22. Potrei descrivermi come una persona dal cuore piuttosto tenero	0	1	2	3	4
23. Quando guardo un buon film, riesco molto facilmente a mettermi nei panni del personaggio principale	0	1	2	3	4
24. Tendo a perdere il controllo in caso di emergenza..	0	1	2	3	4
25. Quando sono in contrasto con qualcuno, di solito cerco di mettermi nei suoi panni per un attimo	0	1	2	3	4
26. Quando leggo una storia o un racconto interessante, immagino come mi sentirei se gli eventi nella storia stessero accadendo a me.	0	1	2	3	4
27. Quando vedo qualcuno che ha urgente bisogno di aiuto in una situazione di emergenza, crollo	0	1	2	3	4
28. Prima di criticare qualcuno, cerco di immaginare cosa proverei se fossi al suo posto.	0	1	2	3	4

Alabama Parenting Questionaire (Frick, 1991)

- 42 Items
- Profilo su 6 dimensioni
- Scala Likert a 5 punti che valuta la frequenza di comportamenti adottati dal genitore nella relazione con il bambino (1 = mai, 5 = sempre)
- Dimensioni di parenting efficace: coinvolgimento delle attività del bambino, parenting positivo
- Dimensioni parenting disfunzionale: scarso monitoraggio/supervisione, disciplina incoerente, punizione fisica
- Altre pratiche parentali

Valutazione aspetti morali e valori in DCD

Laura Rugloni

Percorsi terapeutici per i “minori senza regole”

Valutazione diagnostica

Presentazione percorso e operatori
Presentazione di attività e del gruppo
Regole ed obiettivi

Età
Scuola
elemen

Intervento psicoed. gruppo
Coping Power Program
Colloqui individuali
Periodico FU

Pre
adol/adol

Intervento psicoeducativo
di gruppo
Colloqui individuali
Periodico FU

Assetto ecologico dell’intervento

Monitoraggio periodico
Inserimento interventi individualizzati

Percorsi terapeutici per i genitori

Valutazione diagnostica

Restituzione dgn
Presentazione percorso
Chiarificazione obiettivi, attese dei genitori, regole partecipazione

Età scuola elem

Parent training di gruppo
Sostegno psicologico genitorialità

Valutazione interventi post

Pre adol/adol

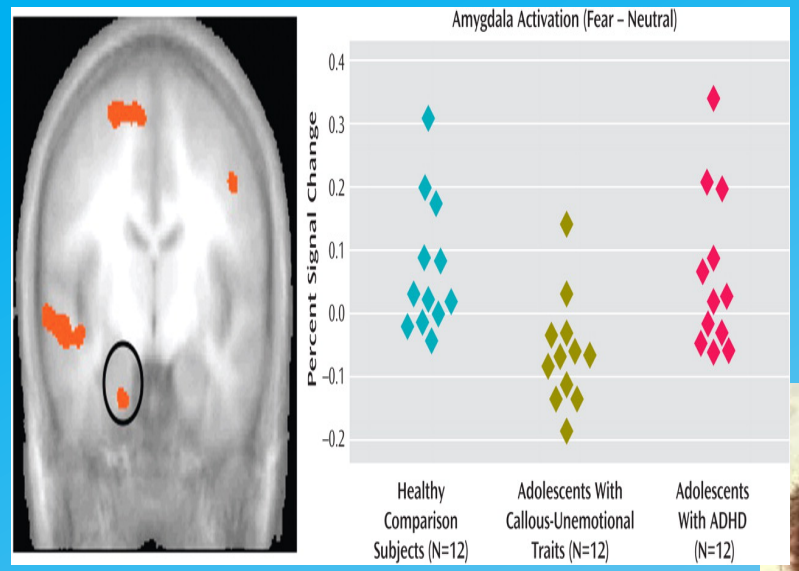
Sostegno psicologico (*genitorialtà e adolescenza*)
Valutazione interventi post

Intervento su ostacoli al trattamento

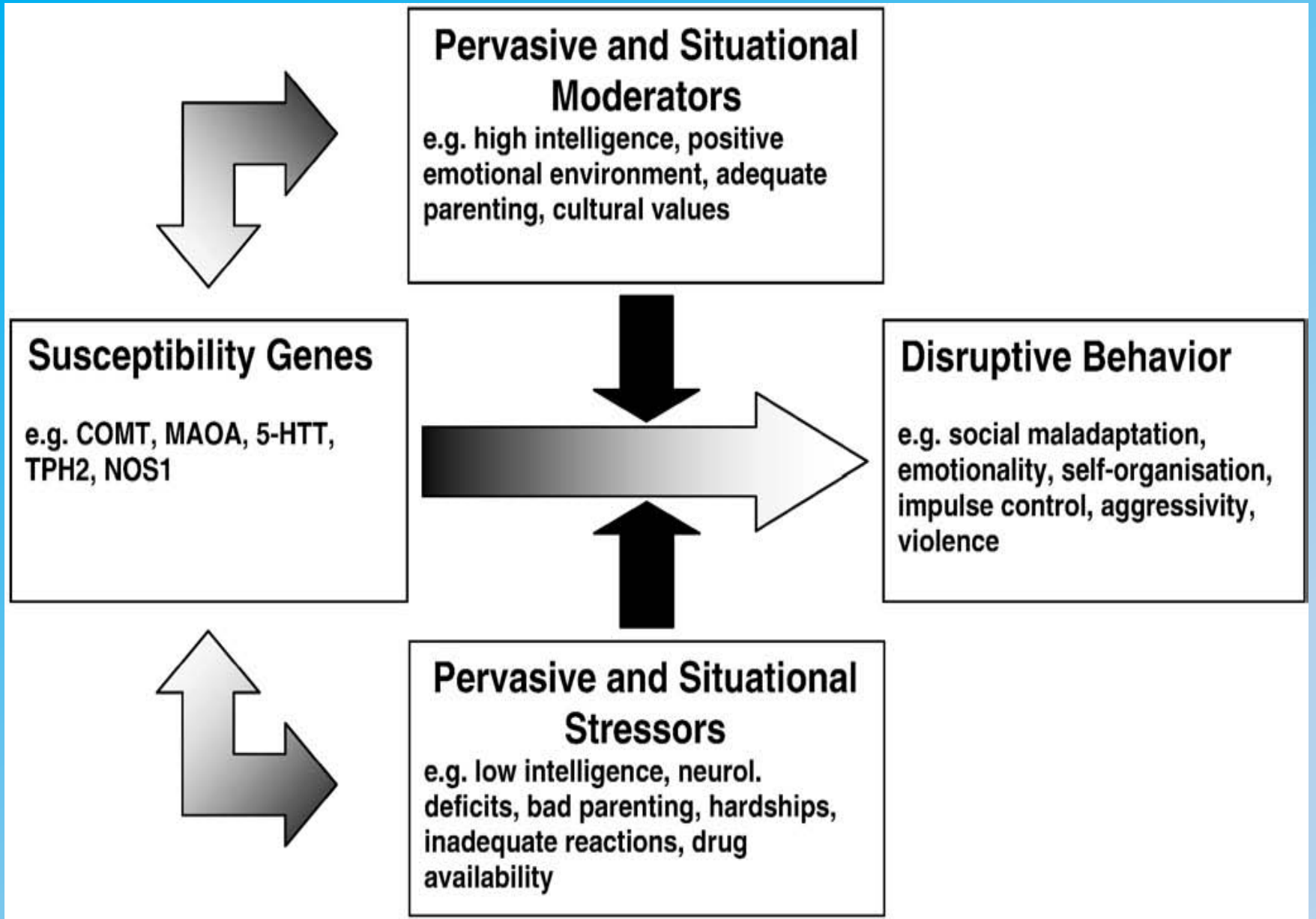
Colloqui sociali

Monitoraggio periodico
Rete ed interventi supporto territoriale

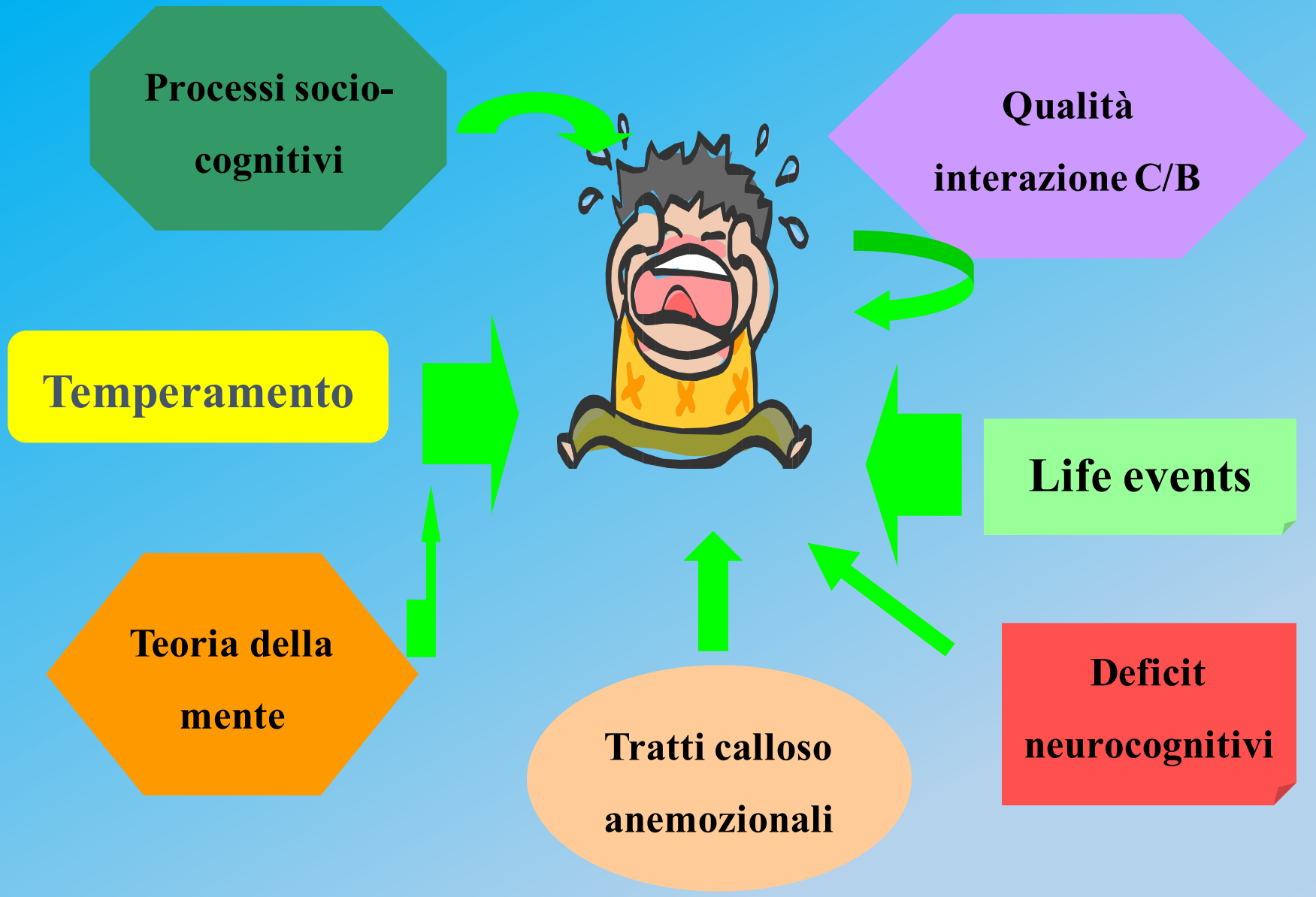
Tra neurobiologia, genetica e relazioni



MODELLO DI SVILUPPO DEI DCD



La molteplicità etiologica



Famiglie multiproblematiche

Come è cambiata la nostra utenza ?

- **Centro di III livello: casistica con caratteristiche di gravità del quadro clinico e complessità delle problematiche socio-ambientali sempre maggiori**
- **Cambiamento della tipologia di inviante (UFSMIA, TM, Servizi sociali, Scuola, Privati)**
- **Necessità di assessment che comprende la valutazione dei fattori di rischio socio-ambientali**
- **Si può ancora prescindere dal contatto con le agenzie territoriali (scuola, UFSMIA, Servizio Sociale, TM) prima della dimissione del paziente?**
- **Nuovo compito: creare la rete dei servizi**
- **IRCCS come esperto "super partes"**

Come è cambiata la nostra utenza ?

- Conduct disorder : ”ombrello” che raccoglie patologie con cause, comorbidità, decorso, risposta al trattamento diverse
- Invio di casi in urgenza clinica e sociale
- Aumento esponenziale di casistica: 1997 1 caso nuovo alla settimana dal 2010 4-6 casi nuovi alla settimana
- Aumento esponenziale di attività di valutazione ambulatoriale
- Cambiamento della tipologia di inviante (UFSMIA, TM, Servizi sociali, Scuola, Privati)
- Complessità del contesto sociale, situazioni multiproblematiche, politraumatiche, discontinutà delle cure
- Situazione di crisi in adozioni problematica in aumento

La famiglia multiproblematica

Famiglie caratterizzate da:

- disorganizzazione dei ruoli
- scarsa definizione dei confini del nucleo familiare
- inadeguatezza e disfunzionalità nello svolgimento del ruolo genitoriale

Non collocabile solo in fasce socioeconomiche basse

Presenza frequente in uno o entrambi i genitori:

- Patologie fisiche o psichiatriche
- Abuso di sostanze o alcool
- Dissocialità
- Instabilità lavorativa
- Conflitti di coppia
- Perdita di lavoro

Life events e trauma

- Peso di un fattore traumatico
- Sequenza storica, evolutiva e conflitti psichici preesistenti in cui il trauma si inserisce
- Aree di vulnerabilità individuale
- Modalità di rappresentazione interiore
- Riorganizzazione psicologica intorno al trauma
- Rapporto tra trauma del bambino e movimenti emotivi degli adulti di riferimento affettivo

Quando la separazione di coppia significa trauma per il bambino

- Revisione legge su l'affido

(legge n. 54 del 8 febbraio 2006)

- Affido esclusivo solo quando affido condiviso

contrario all'interesse del minore

- Aumento del fenomeno dello "shopping giudiziario" e del ricorso alla CTU o al clinico come professionista "di parte" inconsapevole
- La visione della separazione egocentrata da parte dei genitori con strumentalizzazione della relazione genitore-bambino
- Scarso ricorso alla mediazione familiare
- Modalità incoerenti e scarsamente condivise nella comunicazione dell'evento separazione, nella gestione educativa, relazionale e affettiva.

Quando la separazione di coppia significa trauma per il bambino

Fattori che influenzano la risposta

del bambino all'evento separazione:

-qualità di gestione educativa da parte del g

domiciliatario

-continuità di coinvolgimento del genitore

non domiciliatario (maschi > femmine)

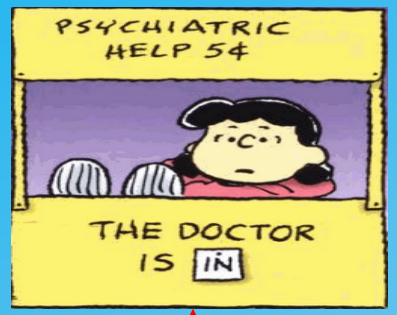
- relativa riduzione dei conflitti di coppia

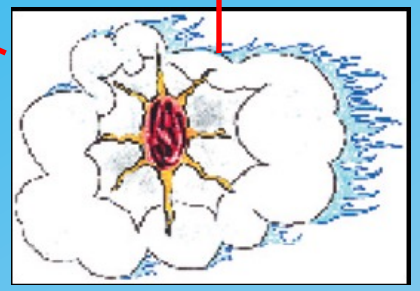
- problematiche economiche

-Strumentalizzazione delle manifestazione emotive, comportamentali e somatiche del bambino

- PAS (sindrome di alienazione parentale)

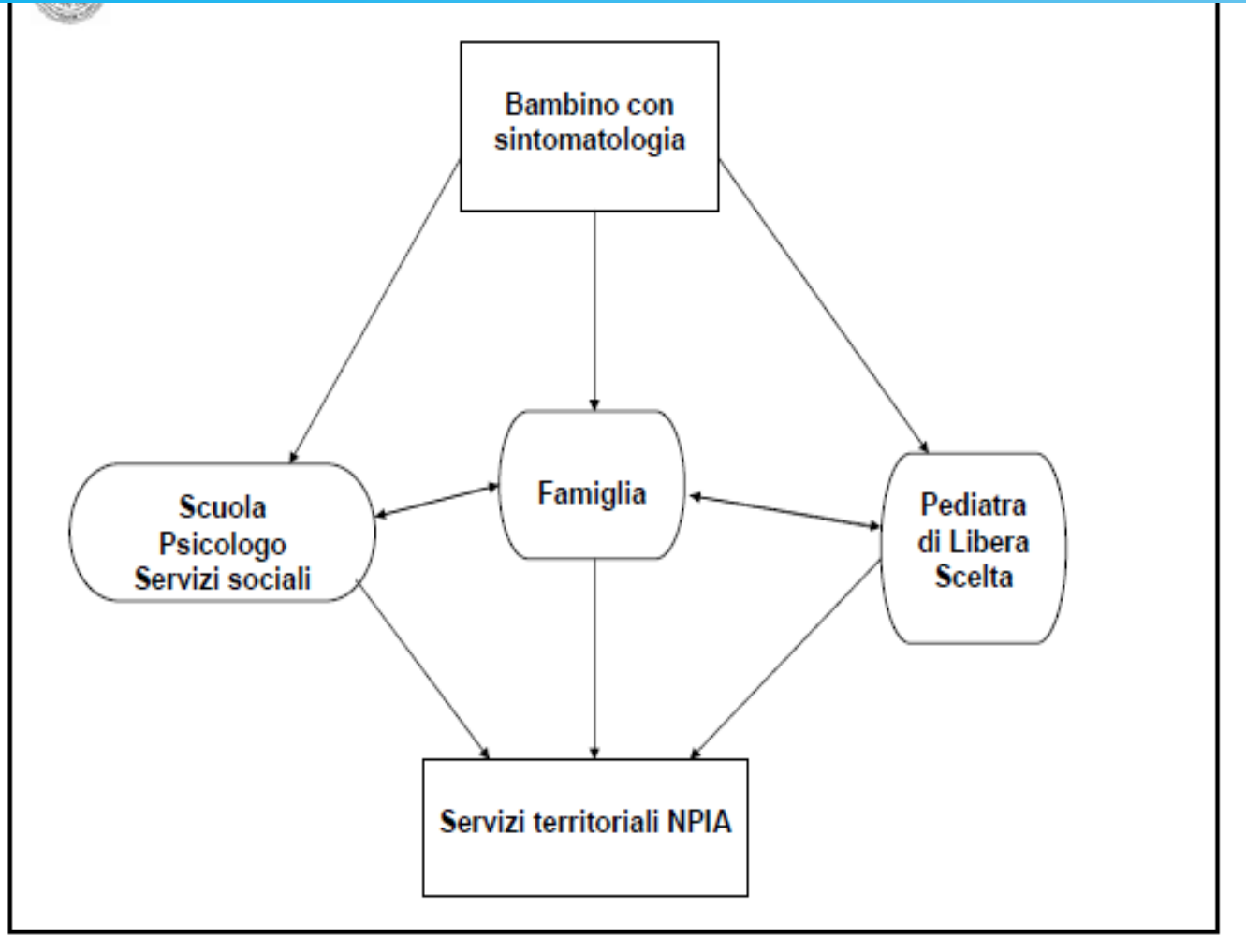
Assetto ecologico della valutazione e dell'intervento: uscire dal contesto clinico





colloqui sociali

La complessità dei servizi territoriali



I rapporti con UFSMIA territoriali

Quali criticità?

- Scarsa collaborazione, contatti difficoltosi
- Delega implicita di decisioni cruciali per la vita del paziente
- Scarsità di risorse, precarietà del personale, proposta di interventi inadeguata
- Famiglie con rottura di rapporto con i servizi territoriali
- Delega di segnalazione di situazioni ad elevato rischio sociale, abuso, maltrattamento
- Difficoltà di accordo su indirizzi di trattamento (Casi TM)

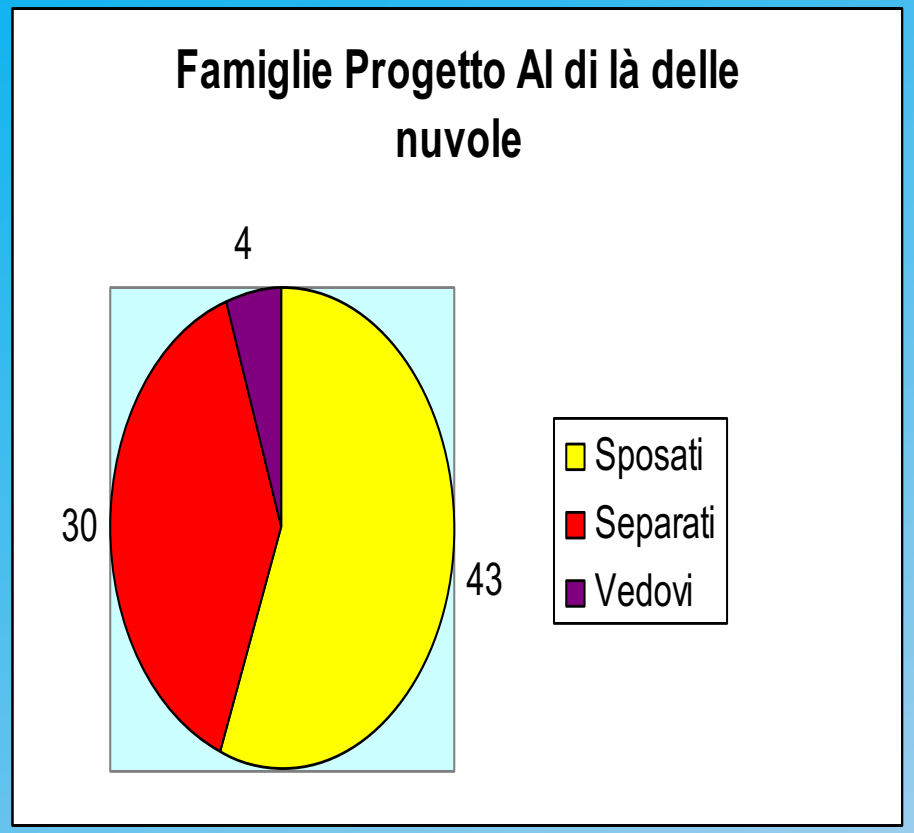
I rapporti con Servizi Sociali territoriali

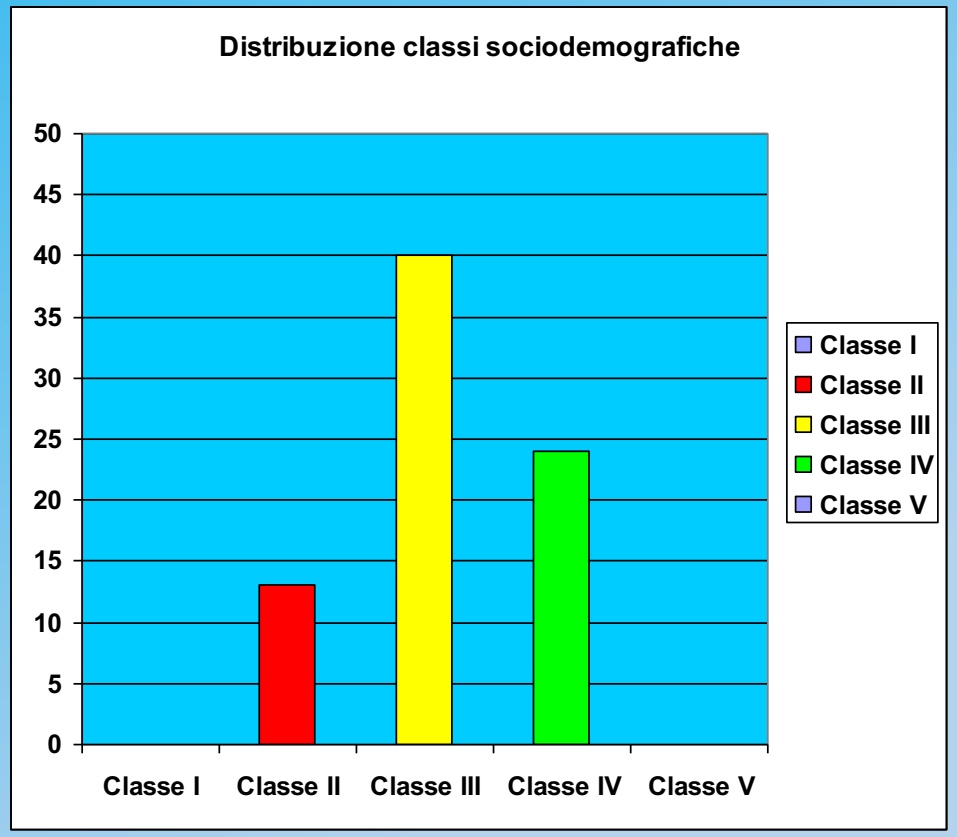
- Enti invianti
- Enti a cui inviare per presa in carico
- Confronto su dati riferiti dai genitori
- Rete di servizi educativi e di sostegno alla famiglia
- Limiti di possibilità di interventi psicosociali da proporre
- Necessità di confronto in casi inviati dal TM con richiesta di parere sulla permanenza in famiglia
- Valutazione di interventi economici, procedure per invalidità, borse lavoro, inserimenti protetti

Contesto socio-familiare dei minori con DC/DOP

- **Basso livello socioculturale;**
- **Basso livello economico;**
- **Alti livelli di conflittualità intrafamiliare;**
- **Alta frequenza separazione della coppia genitoriale, famiglia ricombinata;**
- **Scarso supporto sociale;**
- **Nella coppia genitoriale e/o in famiglia allargata frequente patologia psichiatrica, uso/abuso di sostanze, condotte dissociali;**
- **Frequenza elevata di *life events* traumatici;**
- **Alta mobilità abitativa e/o lavorativa;**
- **Frequente ricorso a servizi assistenziali;**
- **Sovraffollamento familiare.**

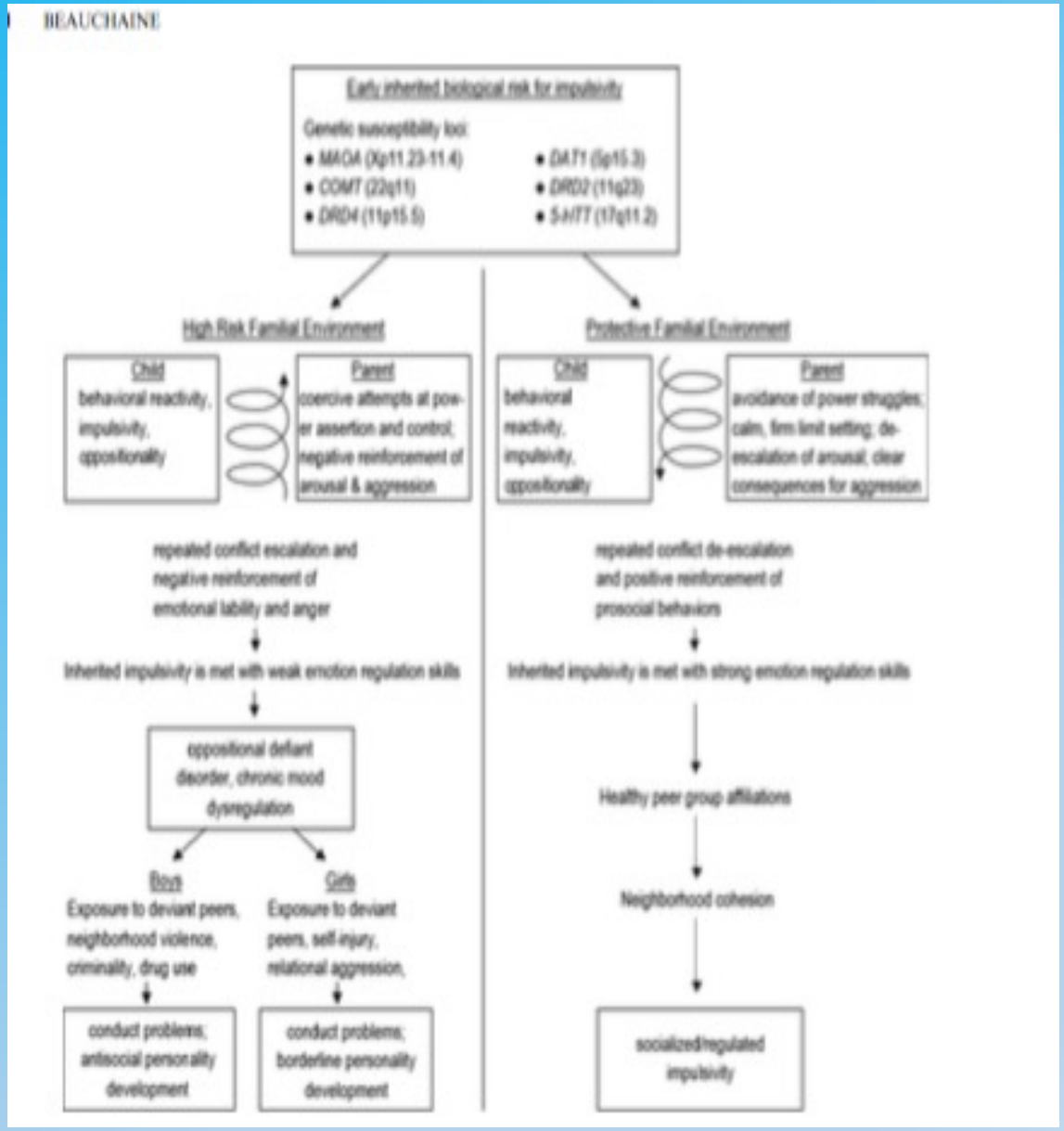
Caratteristiche socio-demografiche della nostra utenza





Conflitti e crisi di coppia e disturbi del comportamento nel bno/adolescente

Consistent with this discussion, we have suggested that trait anxiety and trait impulsivity are necessary but insufficient for developing internalizing and externalizing spectrum disorders, respectively. Many of those who score high on these traits regulate their emotions effectively and avoid functional impairment. However, when subcortically mediated trait anxiety or trait impulsivity are coupled with cortically mediated deficiencies in emotion regulation, psychopathology is a likely outcome (Beauchaine, 2001; Beauchaine & Gatzke-Kopp, 2012; Beauchaine et al., 2007).



Fattori che possono amplificare la disregolazione emotiva, aumentare labilità emotiva e facilitare insorgenza di disturbi esternalizzanti.

Contesto familiare in cui siano presenti dinamiche relazionali caratterizzate da affettività negativa espressa con elevata frequenza (rabbia, escalation aggressiva, espressioni verbali e mimiche durante scambi diadici).

Parenting coercitivo

Stile genitorale trascurante e scarsamente attento alla espressività emotiva
Contesti familiari e sociali ricchi di fattori stressogeni
M<ltrattamento psicologico e/o fisico

Aggressività del bambino come meccanismo di fuga del bambino dal conflitto con l'altro e di arresto di uno stato di angoscia e di agitazione che il bambino descrive anche somaticamente

Parenting e CU

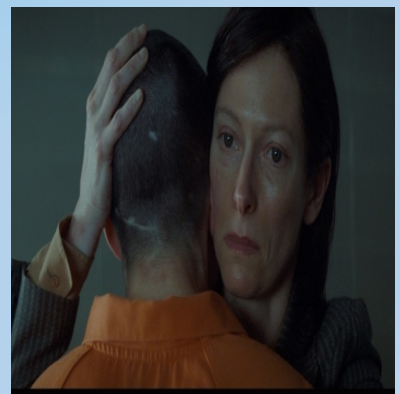
La responsività materna, la capacità della madre a sintonizzarsi su stati affettivi e bisogni emotivi e fisici del bambino è stata correlata con elevate capacità empatiche e capacità di provare senso di colpa nei bambini e adolescenti.

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)



NEW RESEARCH

Antecedents of the Child Behavior Checklist–Dysregulation Profile in Children Born Extremely Preterm

Jean A. Frazier, MD, Mollie E. Wood, PhD, Janice Ware, PhD, Robert M. Joseph, PhD, Karl C. Kuban, MD, SMEpi, Michael O'Shea, MD, Elizabeth N. Allred, MS, Alan Leviton, MD, for the ELGAN Study Investigators

- I bambini pretermine (bPT)hanno un elevato rischio di sviluppare distregolazione emotiva e comportamentale in età scolare.
- I bPT presentano più frequentemente dei soggetti controllo aumento incidenza di DOP, ADHD, DC.
- Le problematiche comportamentali e attentive aumentano rischio di insuccesso sociale e scolastico che a sua volta incide su autostima, previsione pessimistica rispetto ai propri risultati con aumento della disregolazionesia emotiva e comportamentale.
- La elevata prematurità, da 28° settimana, è uno dei maggiori fattori di rischio della disregolazione in età scolare

NEW RESEARCH

Antecedents of the Child Behavior Checklist–Dysregulation Profile in Children Born Extremely Preterm

Jean A. Frazier, MD, Mollie E. Wood, PhD, Janice Ware, PhD, Robert M. Joseph, PhD, Karl C. Kuban, MD, SMEpi, Michael O'Shea, MD, Elizabeth N. Allred, MS, Alan Leviton, MD, for the ELGAN Study Investigators

CG Clinical Guidance

- Approximately 9% of our sample of neonates of extremely low gestational age had elevated dysregulation of emotion and behavior at 2 years of age.
- Preschool screening of extremely preterm infants may serve to identify those at greatest risk for emotional and behavioral problems, so that early intervention and supports can be put into place before school entry to improve outcomes.
- Maternal education and exposure to passive cigarette smoke, as well as recovery of Mycoplasma from the placenta, were associated with elevated dysregulation. At least 2 of these variables (maternal education and exposure to passive cigarette smoke) are potentially modifiable.

J Abnorm Child Psychol (2014) 42:1141–1151
DOI 10.1007/s10802-014-9856-y

Bidirectional Associations Between Parenting Behavior and Child Callous-Unemotional Traits: Does Parental Depression Moderate this Link?

Amber Wimsatt Childs · Paula J. Fite · Todd M. Moore · John E. Lochman · Dustin A. Pardini

Parental Depression as a Moderator

Parental depression was then added to each of the first order effect models described above in order to determine whether there were unique first order effects of parental depression. Next, interactions with the predicting parenting dimension and depression were added to each of the first order effects models to evaluate whether depression moderated the link between parenting and CU traits and vice versa. Significant interactions were probed at high and low levels of depression (1 *SD* above and below the mean). At all four time points, the high group in moderator analyses fell within the top range of the mild cutoff for the BDI (Range 16.64–17.88) and represented 16.7 % of caregivers at Time 1, 16.4 % of caregivers at Time 2, 15.5 % at Time 3 and 16 % at Time 4.

There was a trend for parental depression to uniquely predict increases in CU traits in the model for low levels of

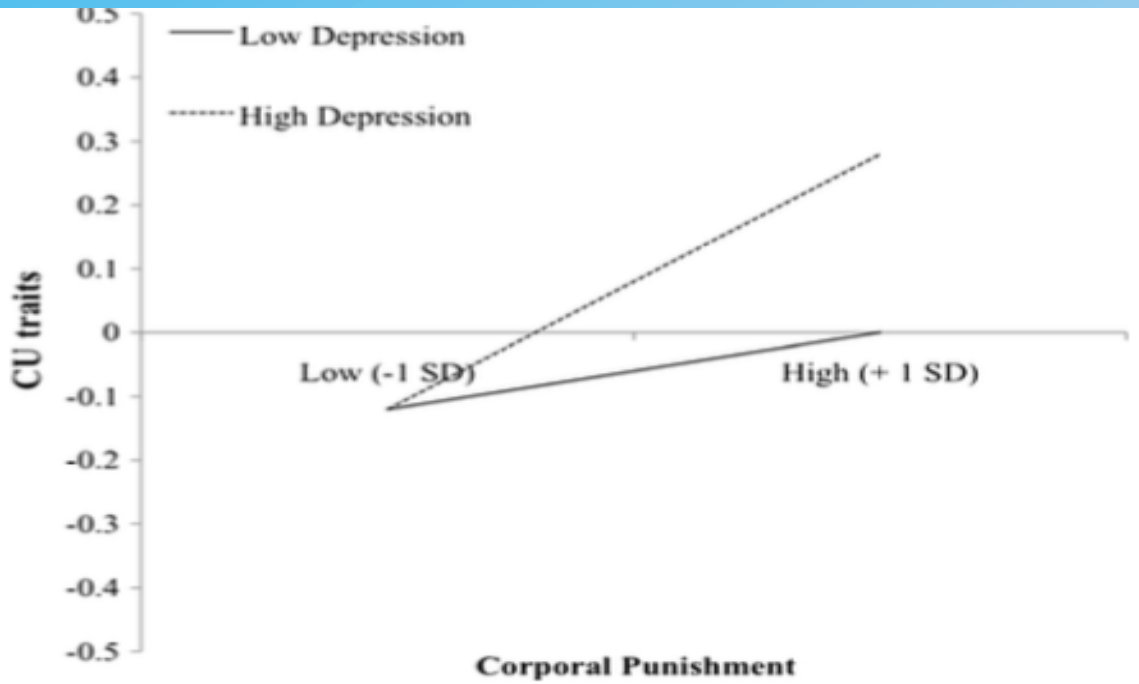
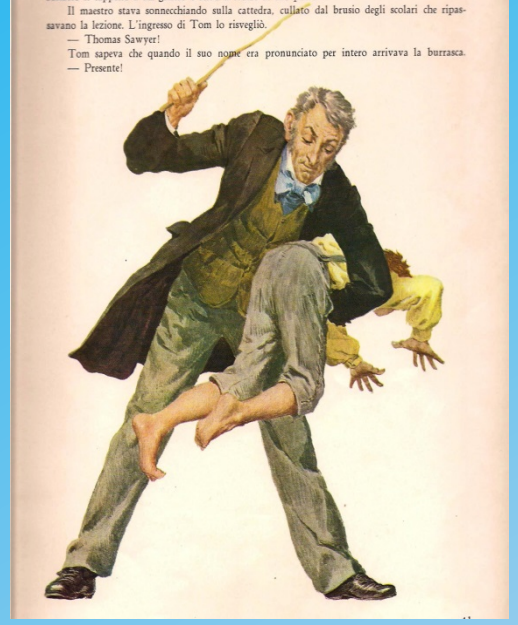
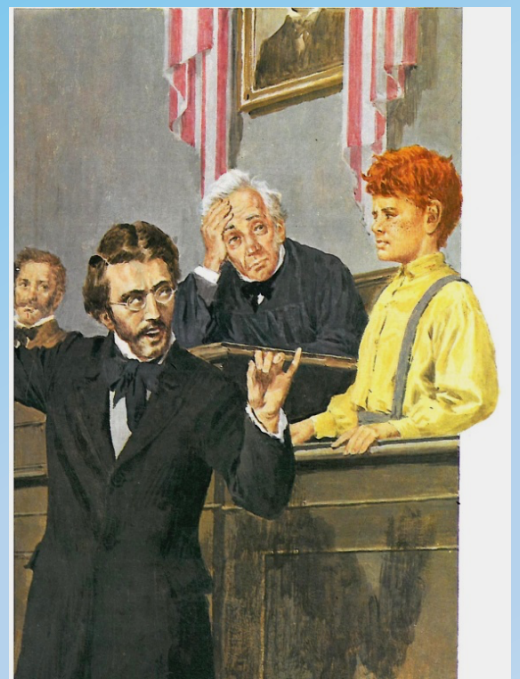


Fig. 1 Parental depression moderates the relation between corporal punishment and CU traits

Tom Sawier e DC





I Motivi dell'inizio: 1997 - 2004

M. - Al di là delle nuvole

Nel reparto dove lavoro da 4 anni sono sempre più frequenti situazioni di bambini, preadolescenti e adolescenti che presentano comportamenti apertamente dissociali, aggressività, gesti etero o autolesivi.

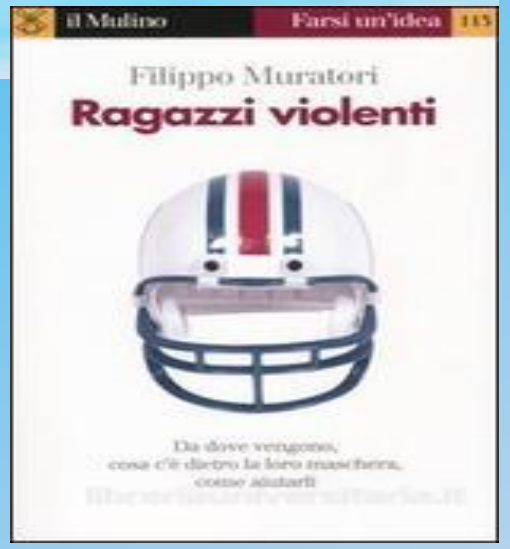
Spesso provengono da situazioni familiari difficili in cui i life events traumatici sono una costante, come la discontinuità affettiva e la incoerenza educativa.

Nei primi colloqui individuali dietro all'arroganza, ai racconti megalomanici, alle imprese ai limiti della legalità, c'è spesso una grande solitudine di chi sente di camminare su un filo a mezz'aria, certo che sotto non ci sia nessuno pronto a fermare la sua caduta.

Accanto a loro sfilano madri iperansiose, arrabbiate o deluse, padri inconsistenti o distanti, un mondo sociale e scolastico rarefatto.

Ma, **al di là delle nuvole** e dei neri temporali che spesso si incontrano nei loro sguardi, si riesce a volte a cogliere qualcosa di malinconico e spaventato con cui sperare di creare un legame.

I Motivi dell'inizio: 1997 - 2004



Una recente rassegna della letteratura americana sulla violenza giovanile si conclude con un lapidario **«nothing works»**, che definisce lo scacco in cui si trovano i trattamenti psicoterapeutici sia individuali che di gruppo, indipendentemente dall'orientamento teorico a cui fanno riferimento.

A fronte di questa situazione permane una preoccupante tendenza al misconoscimento di questi problemi nelle agenzie sociali, scolastiche e pediatriche di I livello.

In tal modo esse vengono meno al loro ruolo preventivo nell'evitare che il disturbo si esasperi durante l'adolescenza e si stabilizzi in età adulta

Realtà clinica: casistica 1997-2004

Available online at www.sciencedirect.com
ScienceDirect
Comprehensive Psychiatry 49 (2008) 146–153
Comprehensive PSYCHIATRY
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

Studio naturalistico
Campione italiano 198 (8-18)
143 M e 45 F EM 13,2 ± 2,6 aa
Diagnosi DC
Analisi
1) caratteristiche cliniche e socio-ambientali
2) Possibili fattori associati alla non responsività al trattamento As usual

Variabili esaminate
1. Sesso
2. Età insorgenza
3. Comorbidità
4. Gravità del quadro clinico iniziale (CGI-S)
5. Impairment (CGAS)
6. Comportamenti aggressivi prevalenti (MOAS)
7. Aggressività affettiva/predatoria (AQ)

Fattori associati a condizione di non responders:
1. Età precoce insorgenza
2. Maggiore gravità al baseline
3. Elevati livelli di aggressività fisica e verbale
4. Abuso di sostanze
5. Aggressività predatoria

Non fattore significativo comorbidità con ADHD

Quali modelli di trattamento efficaci ?

IN REVIEW (Can J Psychiatry 2001;46:597–608)

Effective Interventions for Children and Adolescents With Conduct Disorder

Paul J Frick, PhD[1]

Assessment domain	Examples of specific risk factors
Identity development and personal adjustment	Display of antisocial attitudes that glorify violence Presence of deviant role models Highly reactive and impulsive behaviour in social situations Affinity for high-stimulation or high-risk activities
Family functioning and adult involvement	Family shows high rate of conflict Problems are evident in parental monitoring of youth activities and setting of appropriate limits
Academic achievement and orientation	Evidence of failing grades at school Reports of frequent school suspensions or expulsions Poor school attendance and negative attitudes toward school
Peer relations	High level of exposure to deviant peers Alienation from normative peer groups

Clinical Implications

- Interventions for children and adolescents with conduct disorder (CD) must be implemented cautiously because many treatment approaches have proven ineffective, and some have even proven to have harmful effects.
- Designing interventions for youths with CD must be guided by basic research; most successful treatments have focused on processes that research has shown to be important in the development or maintenance of the disorder's symptoms.
- Successful interventions need to be comprehensive, addressing the many different factors that can lead a child to develop CD, they also need to be individualized, addressing the different causal trajectories that can lead to this disorder.
- Multi-Systemic Therapy and the FAST Track Program are 2 models of an individualized and comprehensive approach to intervention that can be used to guide current practice.

Quali modelli di trattamento efficaci?

MST
Multisystemic Therapy

Multisystemic Therapy: Principles and Process

1. FINDING THE FIT
The primary purpose of assessment is to understand the "fit" between the identified problems and their broader systemic context.

2. POSITIVE & STRENGTH-FOCUSED
Therapeutic contacts should emphasize the positive and should use systemic strengths as levers for change.

3. INCREASING RESPONSIBILITY
Interventions should be designed to promote responsible behavior and decrease irresponsible behavior among family members.

4. PRESENT-FOCUSED, ACTION-ORIENTED, & WELL-DEFINED
Interventions should be present-focused and action-oriented, targeting specific and well-defined problems.

5. TARGETING SEQUENCES
Interventions should target sequences of behavior within or between multiple systems that maintain the identified problems.

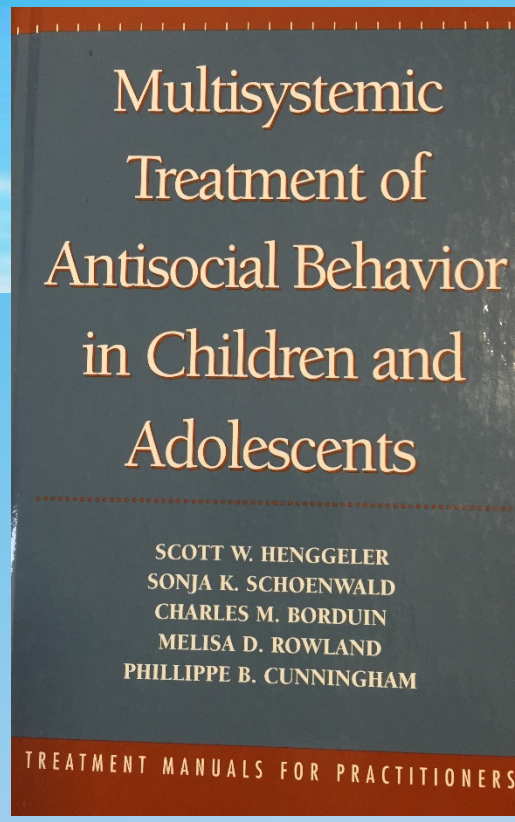
6. DEVELOPMENTALLY APPROPRIATE
Interventions should be developmentally appropriate and fit the developmental needs of the youth.

7. CONTINUOUS EFFORT
Interventions should be designed to require daily or weekly effort by family members.

8. EVALUATION AND ACCOUNTABILITY
Intervention efficacy is evaluated continuously from multiple perspectives with providers assuming accountability for overcoming barriers to successful outcomes.

9. GENERALIZATION
Interventions should be designed to promote treatment generalization and long-term maintenance of therapeutic change by empowering caregivers to address family members' needs across multiple systemic contexts.

Continued on back >>>



Quali obiettivi nel trattamento dei DCD?

JAACAP (1997, 2001) ed HENGGELER (1998)

1. Obiettivo principale è ridurre i comportamenti disfunzionali e modificare i fattori di rischio multipli da cui vengono determinati
2. Bisogna intervenire nei diversi contesti di vita del minore
3. Modellare l'intervento sulle caratteristiche del minore e del suo ambiente
4. L'equipe terapeutica deve lavorare in continuo contatto con le altre agenzie educative che hanno in carico il minore

numerosi interventi efficaci (Eyberg, 2008), gli interventi clinic-based possono raggiungere l'efficacia di quelli community-based se multi-modali (Kolko, 2009), il trattamento multi-modale è indicato nei casi di DOP/DC con comorbidità ADHD (Connor, 2008)

UMANA MENTE
FONDAZIONE A SOSTEGNO DELLA SOLIDARIETÀ SOCIALE

Settembre 2005

Al di là delle nuvole
Progetto per il trattamento dei Disturbi del Comportamento in età evolutiva

30 minori (8-16 aa) ogni anno

Equipe: 1+1 NPI , 3 Psicologi,

1 Ass. Sociale

Criteri inclusione
Diagnosi di DC/DOP (K-SADS)
QI tot ≥85
Punteggio Esternalizzante CBCL ≥63

Il modello iniziale : 2005 -2008

Trattamento multimodale non manualizzato

Bambino/adolescente: psicoterapia individuale e intervento psicoeducativo su problematiche scolastiche

Terapia farmacologica: se presente rilevante comorbidità

Genitori: intervento di parent training in colloqui di coppia

Lavoro in rete con equipe scolastiche e agenzie socio-sanitarie territoriali

Frequenza: mono- settimanale pomeridiana

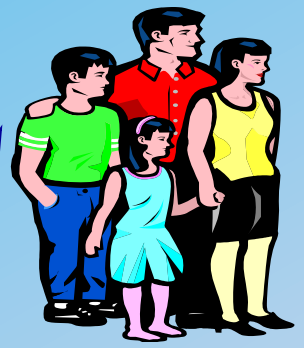
Durata: cicli di 6 mesi con permanenza massima annuale

attività
psicoeducativa
di gruppo

Training
metacognitivo

colloqui
individuali

Progetto
Al di là delle nuvole
4 ore pomeridiane
(14.00-18.00)



colloqui con i
genitori

rilassamento
motorio

lavoro in rete
con equipe
territoriale

QUALI RISULTATI

Confronto risultati trattamento tra TAU (71) e MTP (64) al termine di 1 anno trattamento e dopo 1 anno dal termine del trattamento

- Effetti su Problemi Esternalizzanti
- Effetti su Problemi Internalizzanti
- C-GAS
- Fallimento scolastico
- Nuovo utilizzo Servizi Salute Mentale

MTP vs TAU:

- Riduzione condotte aggressive e di non rispetto regole
- Riduzione punteggi scale Internalizzanti (Ansioso/depresso) e Problemi sociali
- Miglioramento funzionamento globale (CGAS)
- Minore fallimento scolastico
- Minore nuovo utilizzo servizi socio-sanitari

Importante effetto su problematiche intern:

1) Intervento su autocontrollo e problem solving
2) Intervento su genitori
3) Intervento su problematiche scolastiche

Efficacy of a multimodal treatment for disruptive behavior disorders in children and adolescents: Focus on internalizing problems

Gabriele Masi [a,*], Annarita Milone [a], Marinella Paciello [b], Francesca Lenzi [a,c], Pietro Muratori [a], Azzurra Manfredi [a], Lisa Polidori [a], Laura Ruglioni [a], John E. Lochman [d], Fi[illegible]

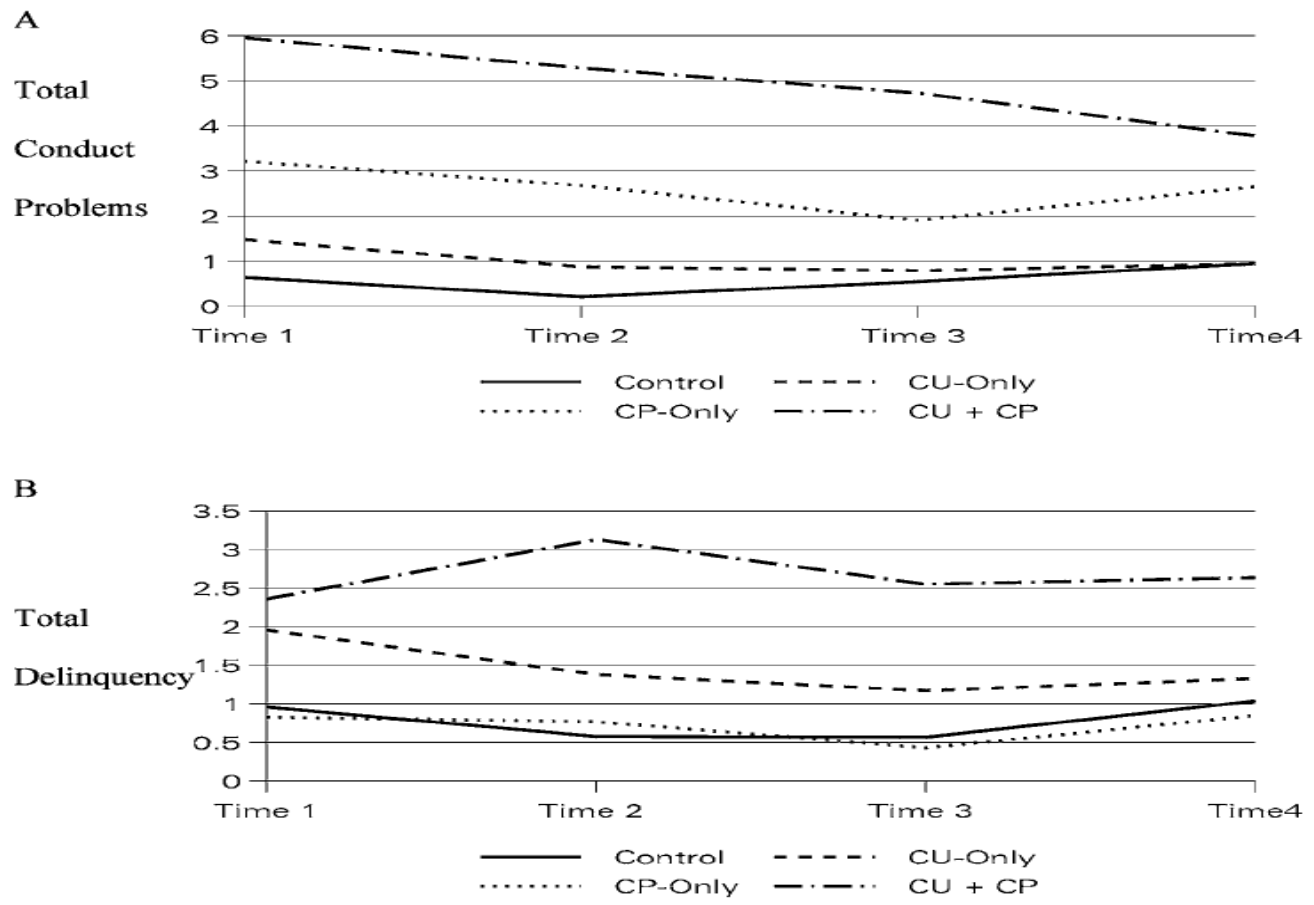
Child Behavior Checklist (CBCL) and Children-Global Assessment Scale (C-GAS) scores across time in patients receiving the Multimodal Treatment Program (MTP) ($n=64$) and Treatment as Usual (TAU) ($n=71$).

	MTP		TAU		ANOVA	ANCOVA	
	Mean	Ds	Mean	Ds		Time	Group × Time
Externalizing Problems							
T0	69.73	7.43	71.49	7.25	$F(1,134)=1.93$ ns	$F(2, 132)=0.55$ ns	$F(2,132)=2.78^{+}$
T1	65.58	7.34	68.58	7.62	$F(1,134)=5.39^{*}$		
T2	63.57	9.34	68.52	9.10	$F(1,69)=4.78^{*}$		
Internalizing Problems							
T0	65.53	7.06	65.59	7.52	$F(1,134)=0.01$ ns	$F(2, 132)=0.91$ ns	$F(2, 132)=1.05$ ns
T1	60.14	8.04	64.62	9.07	$F(1,134)=9.13^{**}$		
T2	59.57	8.94	65.00	8.36	$F(1,69)=6.48^{**}$		
Withdraw							
T0	65.08	9.46	63.34	8.00	$F(1,134)=1.33$ ns		$F(2, 132)=0.57$ ns
T1	60.50	7.67	62.48	8.90	$F(1,134)=1.89$ ns		
T2	60.11	8.83	63.19	9.41	$F(1,69)=1.92$ ns		
Somatic Complaint							
T0	59.03	8.97	58.55	7.50	$F(1,134)=0.11$ ns	$F(2, 132)=0.65$ ns	$F(2,132)=3.67^{*}$
T1	57.00	6.84	59.03	8.23	$F(1,134)=2.39$ ns		
T2	56.75	7.25	60.63	8.07	$F(1,69)=4.39$		
Anxious/Depressed							
T0	65.19	7.67	67.13	8.62	$F(1,134)=1.89$ ns	$F(2, 132)=1.18$ ns	$F(2,132)=0.39$ ns
T1	60.03	7.85	66.85	10.08	$F(1,134)=18.89$		
T2	60.82	7.60	65.63	10.71	$F(1,69)=4.89^{*}$		
Social Problems							
T0	67.22	7.87	67.04	7.87	$F(1,134)=0.01$ ns	$F(2, 132)=0.49$ ns	$F(2,132)=0.85$ ns
T1	61.92	8.21	67.25	9.96	$F(1,134)=11.37^{***}$		
T2	63.39	8.30	67.41	9.68	$F(1,69)=3.45^{*}$		
Thought Problems							
T0	62.02	9.32	65.14	9.37	$F(1,134)=3.74^{*}$	$F(2, 132)=1,63$ ns	$F(2,132)=0.93$ ns
T1	58.36	8.18	63.70	10.10	$F(1,134)=11.26^{***}$		
T2	56.82	7.48	63.15	10.54	$F(1,69)=8.73^{**}$		
Attention Problems							
T0	71.36	9.51	70.37	9.12	$F(1,134)=0.38$ ns	$F(2, 132)=0.35$ ns	$F(2,132)=1.85$ ns
T1	65.23	8.59	68.63	10.39	$F(1,134)=4.23^{*}$		
T2	64.41	8.88	67.41	8.20	$F(1,69)=2.02$ ns		
Aggressive Behavior							
T0	71.67	9.03	74.06	9.77	$F(1,133)=2.14$ ns	$F(2, 132)=0.30$ ns	$F(2,132)=5.98^{**}$
T1	66.81	8.52	71.17	10.00	$F(1,133)=7.34^{**}$		
T2	63.57	10.60	71.00	10.55	$F(1,69)=8.25^{**}$		
Delinquent Behavior							
T0	66.03	8.07	67.90	8.31	$F(1,133)=1.73$ ns	$F(2, 132)=1.75$ ns	$F(2,132)=2.70^{+}$
T1	63.42	7.51	65.20	7.92	$F(1,133)=1.77$ ns		
T2	61.82	9.00	66.04	8.95	$F(1,69)=3.69^{*}$		
CGAS							
T0	41.94	6.84	38.51	7.80	$F(1,134)=3.15$ ns	$F(2, 156)=4.44^{**}$	$F(2,156)=34.81^{***}$
T1	51.50	7.683	39.80	8.69	$F(1,117)=45.88^{***}$		
T2	56.79	10.86	41.37	10.91	$F(1,82)=39.01^{***}$		

Tipizzare i DCD : una novità illuminante

Callous–Unemotional Traits in Predicting the Severity and Stability of Conduct Problems and Delinquency

Paul J. Frick,[1,2] Timothy R. Stickle,[1] Danielle M. Dandreaux,[1] Jamie M Farrell,[1] and Eva R. Kimonis[1]



- Studio in FU 3°- 4° - 6 °- 7° classe
- Presenza di DC + CU maggiore gravità e prognosi peggiore
- Metà di questo gruppo è segnalato a forze dell'ordine
- Maggiore problematiche antisociali e non maggiore aggressività

I predittori di insuccesso

Predictors of Nonresponse to Psychosocial Treatment in Children and Adolescents with Disruptive Behavior Disorders

Gabriele Masi, M.D., Azzurra Manfredi, M.D., Annarita Milone, M.D., Pietro Muratori, Ph.D., Lisa Polidori, Ph.D., Laura Ruglioni, Ph.D., and Filippo Muratori, M.D.

JOURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOPHARMACOLOGY
Volume 21, Number 1, 2011

38 paz 28 M e 10 F
età media: 13 ±12.6 aa

The aim of this study was to explore possible factors, including type of aggression (predatory vs. impulsive) and psychopathic and CU traits, associated with treatment refractoriness in a small sample of children and adolescents who completed a psychosocial treatment program

- 17 (44.7%) Non responders (CGI-I, CGI-S)
- Nonresponders were more impaired at the baseline (CGI-S e C-GAS).
- Nonresponders higher predatory aggression
- Nonresponders higher scores in CU trait of Antisocial Process Screening Device and in Inventory of CU total score

I predittori di insuccesso

NON RESPONDERS: 118 paz (11,1 ± 2,5)

- Più gravi al baseline
- Diagnosi di DC vs DOP
- C-GAS più compromessa
- Più elevato TOT Est e RB
- Più elevati CU in APSD
- Più elevato Narc e Imp APSD

49,2% Non Responder
36,4% del campione ha tratti CU

ELSEVIER
Available online at www.sciencedirect.com
ScienceDirect
Comprehensive Psychiatry 54 (2013) 1009–1015
COMPREHENSIVE PSYCHIATRY
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
IRCCS Stella Maris, Scientific Institute of Child Neurology and Psychiatry, Calambrone (Pisa), Italy

	P
Gender, Males, n (%)	NS
ODD/CD, n (%)	<.001
Age, years, mean (SD)	NS
No comorbidity	NS
ADHD	NS
Anxiety disorders	NS
Mood disorders	<.05
Pharmacotherapy (%)	
Mood stabilizers	NS
Atypical antipsychotics (AA)	NS
AA + Mood Stabilizers	NS
Methylphenidate	NS
No pharmacotherapy	NS
C-GAS baseline, mean (SD)	<.001
CBCL total problems, mean (SD)	NS
CBCL internalizing, mean (SD)	NS
CBCL externalizing, mean (SD)	<.05
CBCL withdrawn/depress, mean (SD)	NS
CBCL somatic complaints, mean (SD)	NS
CBCL anxiety/depression, mean (SD)	NS
CBCL social problems, mean (SD)	NS
CBCL thought disorders, mean (SD)	NS
CBCL attention problems, mean (SD)	NS
CBCL rule breaking, mean (SD)	<.001
CBCL aggressive behavior, mean (SD)	NS
APSD (parent), total score, mean (SD)	<.001
APSD (parent) Callous unemotional, mean (SD)	<.001
APSD (parent) Narcissistic, mean (SD)	<.0001
APSD (parent) Impulsivity, mean (SD)	<.0001

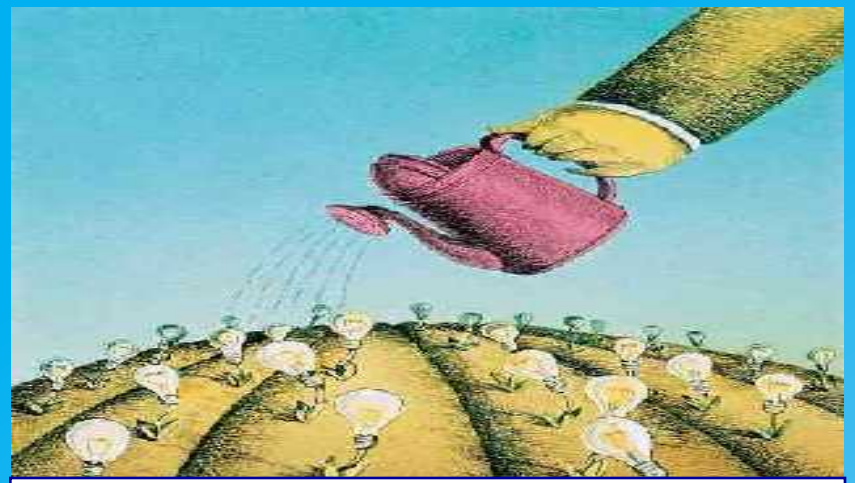
Quali criticità incontrate nei primi 4 anni

Nel lavoro con i Minori senza regole

- Disomogeneità gruppo
- Criteri di inclusione troppo larghi
- Interferenza delle problematiche psichiatriche associate
- Lavorare in gruppo risorsa o «miscela pericolosa»
- Le femmine con DCD
- Difficoltà di aderenza a modello di intervento condiviso
- Difficoltà di pianificazione del lavoro individuale e di gruppo

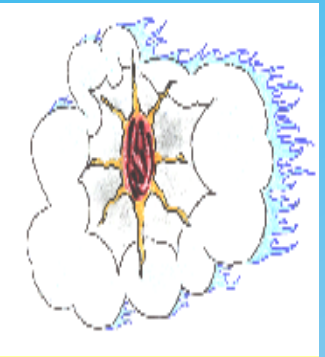
Nel lavoro con le famiglie

- Difficoltà di aderenza al contratto di presa in carico
- Parent training di gruppo e/o colloqui con coppia dei genitori
- La gestione delle problematiche di coppia (separazione coniugale)
- Le famiglie adottive
- La scarsa accettazione e compliance del trattamento farmacologico
- Drop out
- Conflitto famiglia-scuola



UMANA MENTE
FONDAZIONE A SOSTEGNO DELLA SOLIDARIETÀ SOCIALE

Settembre 2005
Al di là delle nuvole
Progetto per il trattamento dei Disturbi del Comportamento in età evolutiva



Gennaio 2009

Servizio Al di là delle nuvole

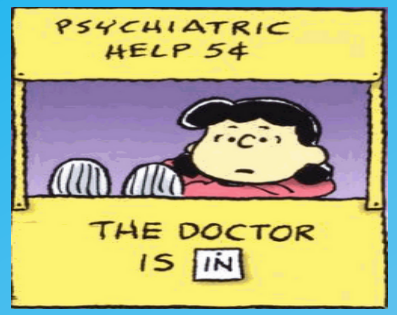
Valutazione e trattamento

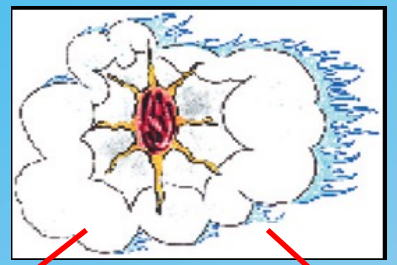
40 minori (7-14 aa) ogni anno

Equipe: 1+1 NPI , 3 Psicologi,

1 Ass. Sociale

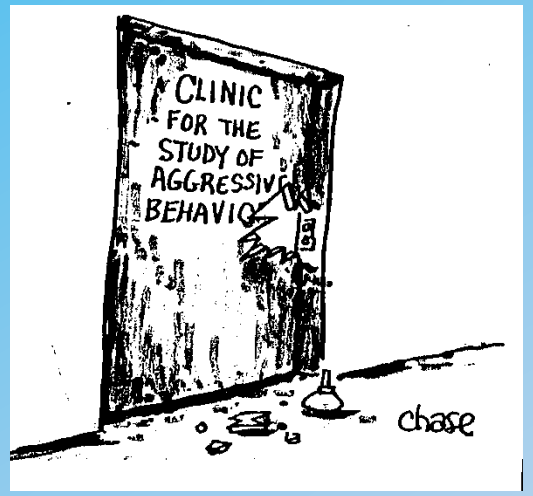
Assetto ecologico dell'intervento: uscire dal contesto clinico





Criteri di inclusione

- Età fra gli 8 e i 16 anni
- Diagnosi di DC/DOP (K-Sads)
- QI tot ≥ 85
- Punteggio Esternalizzante CBCL ≥ 63



Obiettivi del trattamento

- Diminuzione problemi Esternalizzanti
- Riduzione comportamenti aggressivi
- Adattamento alle richieste scolastiche
- Creazione di una "rete" di supporto sul territorio

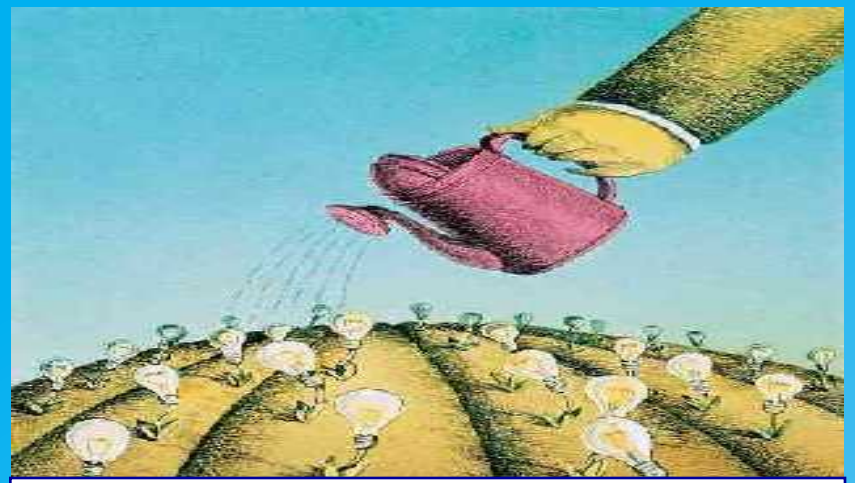
Quali cambiamenti necessari

Lavoro su ostacoli
Trattamento (A.S.)
Rete
Prevenzione primaria e secondaria

Assessment specifico con attenzione ai fattori etiologici, di mantenimento e comorbidità che possono essere ostacoli al trattamento

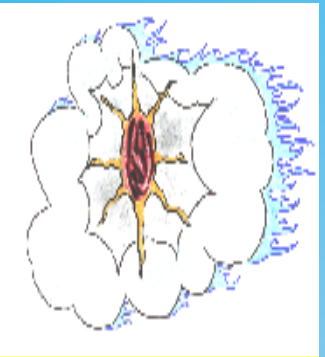
Terapia farmacologica come parte del trattamento rivolta alla comorbidità e ai sintomi target. Monitoraggio e intervento su compliance

Trattamento evidence-based multimodale manualizzato,
dati di efficacia,
modello etiologico di aggressività condivisibile
Esportabile in nostro contesto culturale



UMANA MENTE
FONDAZIONE A SOSTEGNO DELLA SOLIDARIETÀ SOCIALE

Settembre 2005
Al di là delle nuvole
Progetto per il trattamento dei Disturbi del Comportamento in età evolutiva



Gennaio 2009

Servizio Al di là delle nuvole

Valutazione e trattamento

40 minori (7-14 aa) ogni anno

Equipe: 1+1 NPI , 3 Psicologi,

1 Ass. Sociale

La frequente condizione di **emarginazione sociale** legata alla scarsa comprensione, da parte dei coetanei e adulti, di alcuni comportamenti problematici, rappresenta un **ulteriore fattore di rischio** per lo sviluppo di gravi quadri psicopatologici in età evolutiva .

Al contrario, la **condivisione delle proprie difficoltà** di autocontrollo e autoregolazione con altre persone e la sperimentazione di **comportamenti alternativi socialmente accettabili** può agire invece nella direzione opposta, favorendo l'**integrazione** e aumentando le capacità di socializzazione e di adattamento di questi bambini

Il trattamento
servizio
Al di là delle nuvole

2009 - 2014

- 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

The Coping Power Program for Preadolescent Aggressive Boys and Their Parents: Outcome Effects at the 1-Year Follow-Up

John E. Lochman
University of Alabama

Karen C. Wells
Duke University Medical Center

Journal of Consulting and Clinical Psychology
2004, Vol. 72, No. 4, 571–578

The Effectiveness of an Experimental Treatment When Compared to Care as Usual Depends on the Type of Care as Usual

Nicolle M. H. van de Wiel
RINO Group Utrecht

Behavior Modification
Volume 31 Number 3
May 2007 298-312

Cognitive-Behavioral Therapy for Externalizing Disorders in Children and Adolescents

John E. Lochman, PhD, ABPP*, Nicole P. Powell, PhD, MPH, Caroline L. Boxmeyer, PhD, Luis Jimenez-Camargo, MA

Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 20 (2011) 305–318

Social cognition e aggressività

I bni/adol aggressivi presentano alcune distorsioni cognitive:

- Difficoltà di decodifica delle informazioni sociali
- Scarsa capacità di analisi degli eventi a contenuto sociale e in particolare delle intenzioni presenti nella mente dell'altro
- Difficoltà a valutare i segnali non ostili di una situazione
- Deficit nelle strategie di problem solving in contesti conflittuali
- Necessità di assumere una posizione di dominio e di rivendicazione in contesti sociali
- Messa in atto prevalente di soluzioni disadattive e non mediate da canale verbale di fronte a situazioni problema
- Sovrastima di conseguenze positive dei loro comportamenti aggressivi
- Aspettative di successo a fronte di rispota aggressiva comportamentale

COPING POWER – BAMBINI

condivisione di regole di gruppo

OBIETTIVI:

MESSA A FUOCO E RAGGIUNGIMENTO DI OBIETTIVI CONCRETI DA REALIZZARSI IN AMBITO SCOLASTICO

1. ABILITÀ di autogestione

riconoscimento dei segnali fisiologici e dei sentimenti legati alla rabbia

2. ABILITÀ nel cogliere il punto di vista altrui

assunzione di punti di vista altrui (perspective-taking) e attribuzioni alternative

3. ABILITÀ nel risolvere i conflitti sociali

problem solving sociale in diversi contesti di vita (casa, scuola, amici)

training indiretto ed "*in vivo*" sulla modulazione della rabbia

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

Le attività terapeutiche del freetime

Tutto ciò che aiuta a riconoscere e modulare le proprie emozioni, incentivare meccanismi di empatia e aiutare a sviluppare una teoria della mente positiva

La scuola può essere un contesto terapeutico?

"school involvement would seem to be a strategic strategy for improving young children's school readiness, leading to later academic success and prevention of the development of conduct disorders."

Carolyn Webster-Stratton, 2008

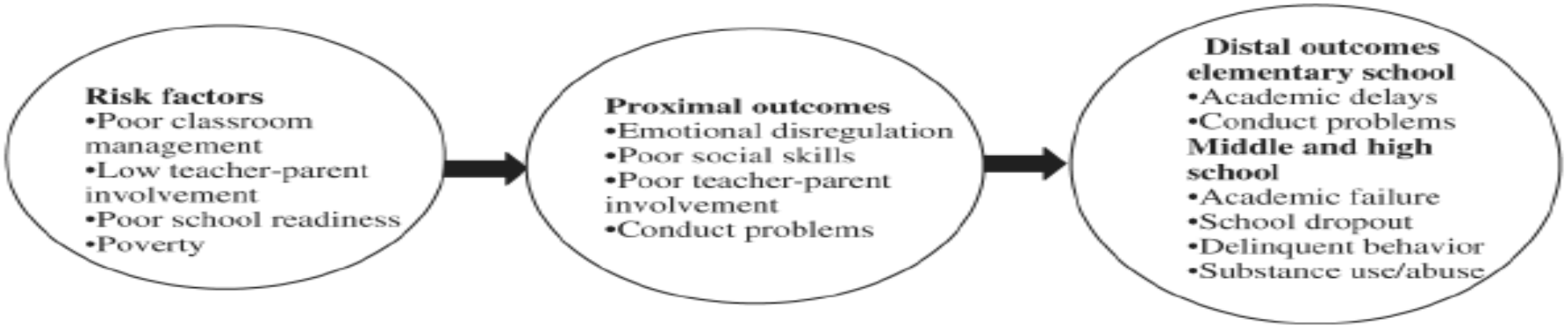


Figure 1.
Cascading risk factors

Al di là delle nuvole a scuola:
Lo spazio di condivisione di strategie con insegnanti

I Fase : Seminari di lancio

II Fase: Insieme per osservare e costruire

Stress e insegnamento: incrementare la consapevolezza e diminuire il senso di impotenza

Analisi funzionale lettura dell'episodio e strumento per comprendere il punto di vista del b.no/ adol

Quali punti di forza del b.no/ adol

Come lavorare con il singolo attraverso contratti e gratificazioni.

Come utilizzare una token economy di classe

Come intervenire nei momenti di crisi

Come coinvolgere la famiglia

L'importanza di pensare ad un programma preventivo applicabile a scuola

Per il bambino a rischio

l'aggressività in età evolutiva non trattata può seguire traiettorie evolutive quali abbandono scolastico, abuso di sostanze, comportamenti delinquenziali/antisociali in età adulta, costi sociali elevati per la comunità

Lynch, Kistner, & Allan, 2014

Per le ricadute sull'intera classe

I bambini che presentano elevati livelli di aggressività e problemi di comportamento creano problemi alla gestione della classe e di tutto il suo assetto

Questi bambini interferiscono sulla qualità dell'apprendimento di tutto il gruppo classe

Interferenza sull'adattamento scolastico di tutto il gruppo

Interferenza sull' adattamento dell'Insegnate

Non tutti i bambini con difficoltà comportamentali giungono al percorso di trattamento !!

Servizio Al di là delle nuvole

COPING POWER PROGRAM

(Lochman e Wells, 2002)

Originariamente applicato nel contesto scolastico

Lo adattiamo al contesto clinico

TERAPIA FARMACOLOGICA NEI DISTURBI DA COMPORTAMENTO DIROMPENTE

Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra Manfredi
Dr Gabriele Masi

Terapia farmacologica nei DCD

- Intervento farmacologico nei DC : modalità di trattamento promettente, ma relativamente inesplorata.

- Scarsità degli studi relativi al trattamento farmacologico motivata dalle caratteristiche specifiche (stile di vità instabile, scarso supporto sociale...) dei pz con DC: difficoltà nel reclutamento e scarsa compliance ostacolano i contrololli in follow-up.

- Altro problema che complica lo studio sull'efficacia dei trattamenti farmacologici nei pz con DC è la loro intrinseca eterogeneità: Il DC è un disturbo associato ad elevati tassi di comorbidità. Il quadro clinico e la responsività ai farmaci possono essere influenzati dalla comorbidità.

Terapia farmacologica nei DCD

Trattamento individualizzato in base alle condizioni specifiche di ciascun paziente

- ✓Condizioni di gravi quadri di DC (crisi di aggressività)
- ✓Trattamento dei disturbi in comorbidità
- ✓Identificare i sintomi target e la loro gravità
- ✓Considerare il livello di accettazione del farmaco da parte del ragazzo e della famiglia
- ✓Costante e accurato monitoraggio della terapia

farmacoterapia ⟺ interventi di tipo psico-sociale

CanJPsychiatry 2015;60(2):62–76

Special Article

Canadian Guidelines on Pharmacotherapy for Disruptive and Aggressive Behaviour in Children and Adolescents With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, or Conduct Disorder

Table 2 Summary of findings: pharmacotherapy, compared with placebo, for oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with ADHD, ODD, or CD[14,15]

Medication	Population	Outcome	Placebo-controlled trials, *n*	Total number of participants, *n*	Effect size or OR (95% CI)	Quality of evidence
Psychostimulants	Children and adolescents with ADHD, with or without ODD or CD	Oppositional behaviour, conduct problems, and aggression	40	2364	Studies from 1970 to 2001[26]: Cohen *d*: Clinician: 0.77 (0.63 to 0.88) Parent: 0.71 (0.42 to 1.15) Teacher: 1.04 (0.79 to 1.32) Studies from 2002 to 2013: SMD: Parent: 0.55 (0.36 to 0.73) Teacher: 0.84 (0.59 to 1.10)	High
Atomoxetine	Children and adolescents with ADHD, with or without ODD or CD	Oppositional behaviour	15	1907	SMD 0.33, (0.24 to 0.43)	High
Guanfacine	Children and adolescents with ADHD, with or without ODD	Oppositional behaviour	2	678	SMD 0.43 (0.18 to 0.68)	Moderate
Clonidine	Children and adolescents with ADHD, with or without ODD or CD	Oppositional behaviour and conduct problems	6	545	SMD 0.27 (0.04 to 0.51)	Very low
Risperidone	Children and adolescents with average IQ and ODD or CD, with or without ADHD	Disruptive and aggressive behaviour	4[a]	429	SMD 0.60 (0.31 to 0.89)	High
Risperidone	Children and adolescents with low IQ and ODD or CD, with or without ADHD	Conduct problems and aggression	5[a]	398	SMD 0.72 (0.47 to 0.97)	Moderate
Quetiapine	Adolescents with CD, with or without ADHD	Conduct problems	1	19	SMD 1.6 (0.9 to 3.0)	Very low
Haloperidol	Children with CD	Aggression	1	61	Magnitude of effect was not reported, but a significant difference from placebo was found on some measures	Very low
Valproate	Children and adolescents with ODD or CD, with or without ADHD	Aggression	2	50	OR 14.60 (3.25 to 65.61) for response	Low
Lithium	Children and adolescents with CD	Aggression	4	184	OR 4.56 (1.97 to 10.56) for response or remission	Low
Carbamazepine	Children with CD	Aggression	1	24	No significant difference	Very low

ADHD = attention-deficit hyperactivity disorder; CD = conduct disorder; ODD = oppositional defiant disorder; SMD = standardized mean difference

[a] In 1 of these trials, 64% of subjects had an IQ of >84 and the remainder were in the 55-to-84 range[27]; thus this trial is included with the trials in subjects with average IQ, and with the trials in subjects with low IQ

CanJPsychiatry 2015;60(2):62–76

Special Article

Canadian Guidelines on Pharmacotherapy for Disruptive and Aggressive Behaviour in Children and Adolescents With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, or Conduct Disorder

Clinical Implications

- When severe disruptive or aggressive behaviour occurs with ADHD, medications for ADHD should be used first.
- Risperidone is the only other medication supported by at least moderate-quality evidence for treating disruptive or aggressive behaviour.
- In the treatment of disruptive or aggressive behaviour, adverse effects of antipsychotics and mood stabilizers often outweigh the evidence for efficacy.

Limitations

- Research is limited regarding pharmacotherapy for disruptive behaviours in the absence of ADHD, although the most evidence exists for risperidone.
- In studies of ADHD medications, disruptive behaviours other than core ADHD symptoms were generally secondary outcomes.
- Studies of atomoxetine, guanfacine, and clonidine did not assess the effects on aggression specifically.

CanJPsychiatry 2015;60(2):62–76

Special Article

Canadian Guidelines on Pharmacotherapy for Disruptive and Aggressive Behaviour in Children and Adolescents With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, or Conduct Disorder

Psychostimulants for Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents With ADHD, With or Without ODD or CD

- Quality of evidence: high
- Magnitude of benefit: moderate to large
- Side effect burden: minor
- Strength of recommendation: strong, in favour (↑↑)

Atomoxetine for Oppositional Behaviour in Children and Adolescents With ADHD, With or Without ODD or CD

- Quality of evidence: high
- Magnitude of benefit: small
- Side effect burden: minor
- Strength of recommendation: conditional, in favour (↑?)

OURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOPHARMACOLOGY
Volume 16, Number 4, 2006
Mary Ann Liebert, Inc.
Pp. 379–392

Risperidone in the Management of Disruptive Behavior Disorders

Gahan J. Pandina, Ph.D.,[1] Michael G. Aman, Ph.D.,[2] and Robert L. Findling, M.D.[3]

Pharmacotherapy of Aggression in Children and Adolescents: Efficacy and Effect Size

Elizabeth Pappadopulos, PhD[1,2], Sophie Woolston, BA[2], Alanna Chait, BA[2], Matthew Perkins, MD, MBA[2], Daniel F. Connor, MD[3], Peter S. Jensen, MD[2]

Psychopharmacological Treatment of Oppositional Defiant Disorder
Atilla Turgay
CNS Drugs; 2009; 23, 1; ProQuest Medical Library
pg. 1

THERAPY IN PRACTICE
CNS Drugs 2009; 23 (1): 1-17
1172-7047/09/0001-0001/$49.95/0
© 2009 Adis Data Information BV. All rights reserved.

Psychopharmacological Treatment of Oppositional Defiant Disorder

Atilla Turgay

Intervento psicoterapico multimodale: opzione terapeutica di prima scelta nei DCD

I gravi disturbi del comportamento possono essere resistenti a tali trattamenti(Schur *et al.*, 2004; Pappadopulos *et al.*, 2004; Masi *et al.*, 2008a)

Intervento farmacologico: associato nei gravi DCD.

Intervento farmacologico può ridurre l'intensità della sintomatologia comportamentale
migliorare di conseguenza l'efficacia degli altri interventi associati (co-trattamento psicoterapia-farmacoterapia)

Farmacoterapia della aggressività impulsiva

1) Antipsicotici (atipici) : efficacia sulle forme legate a psicosi, mania, condotta. Utilità in acuto.

2) Litio: effetto specifico, non sedativo, sulla aggressività impulsiva. Non utile in acuto.

3) Anticonvulsivanti:ac. valproico, (ox)carbamazep.

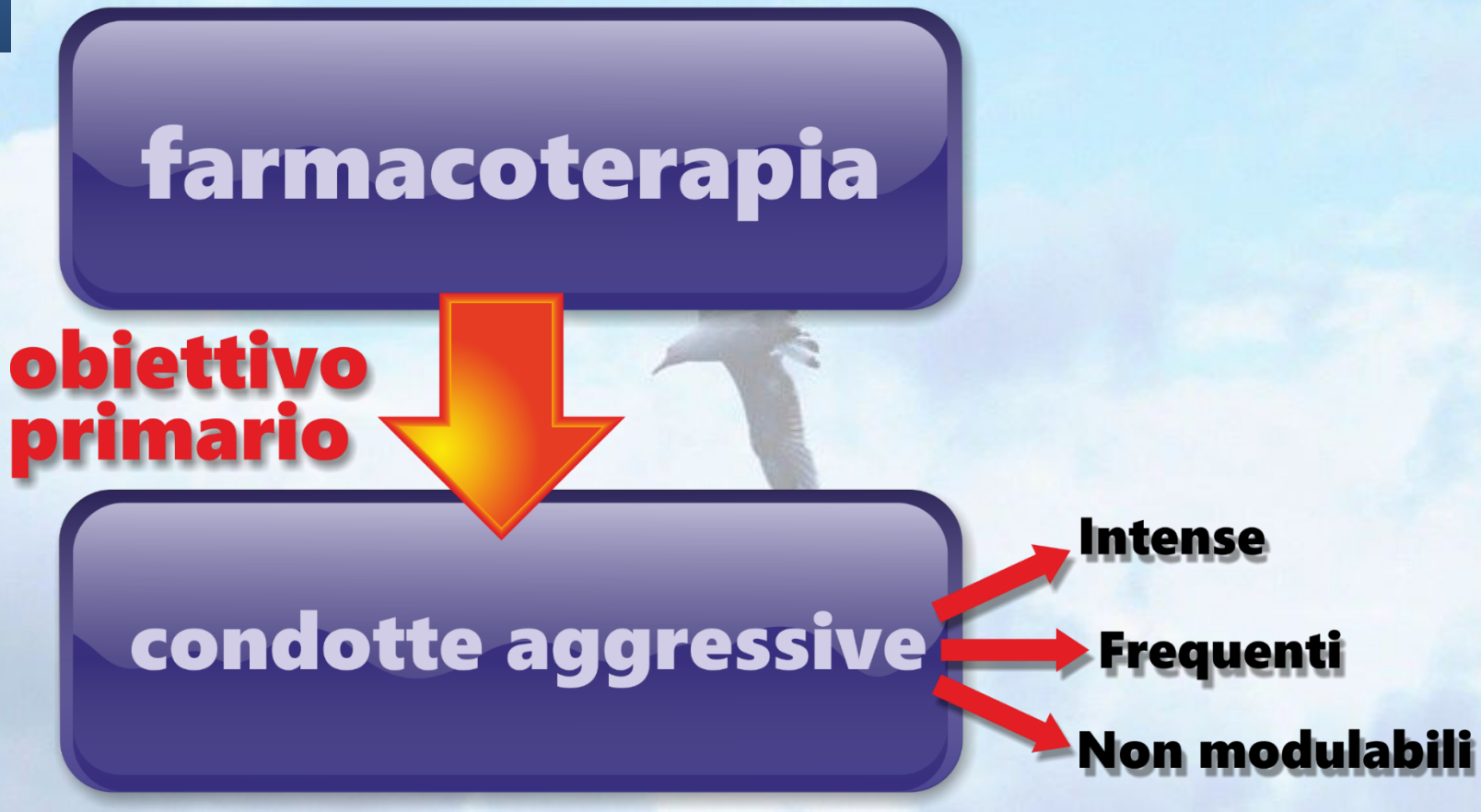
4) Stimolanti: in ADHD

5) Anti-noradrenergici: clonidina, beta-bloccanti, in disturbi della personalità, ritardo mentale, PTSD.

6) SSRI: efficaci nelle forme croniche di aggressività impulsiva (es. disturbi di personalità). Evitare in bipolari. Effetto graduale, non utile in acuto.

7) Benzodiazepine: azione rapida. Rischio di disinibizione, > in soggetti con Disab. Intellett./DSA.

Farmacoterapia DCD



Aggressività

~~Non è un disturbo~~

E' un sintomo

- disturbo della condotta/disturbo oppositivo provocatorio
- adhd
- disturbi della personalità
- disturbi dell'umore (maniacale)
- disturbi psicotici
- ritardo mentale
- disturbo da dipendenza di sostanze
- disturbo esplosivo intermittente
- ritardo mentale
- disturbo da dipendenza di sostanze
- disturbo esplosivo intermittente
- epilessie del lobo frontale o temporale

Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra Manfredi

Tipologie di aggressività

predatoria

- nasconde gli atti aggressivi
- può controllare la propria condotta aggressiva
- sta molto attento a proteggere se stesso quando è aggressivo
- pianifica le azioni aggressive
- ruba

affettiva

- danneggia le proprietà senza trarne profitto
- si espone a danni fisici durante gli atti aggressivi
- l'atto aggressivo è improvviso, non pianificato
- perde completamente il controllo quando è aggressivo

le forme di aggressività predatoria e con tratto calloso-anemozionale sono scarsamente responsive non solo ai trattamenti psicosociali ma anche a quelli. farmacologici

Più sensibile al trattamento farmacologico

Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

Antipsicotici

CATEGORIA FARMACOLOGICA CON LE MAGGIORI EVIDENZE DI **AZIONE ANTIAGGRESSIVA** NELLE DIVERSE CATEGORIE DIAGNOSTICHE, COMPRESI DOP/DC.

Ziprasidone:
- Very few EPS
- No prolactin release
- No weight gain
- SRI and NRI, thus act as AD and anxiolytic

Quetiapine:
- No EPS
- No prolactin release
- Weight gain

Olanzapine:
- No prolactin release
- Nonsedative
- Weight gain
- Low level of TD

Stahl, 2002

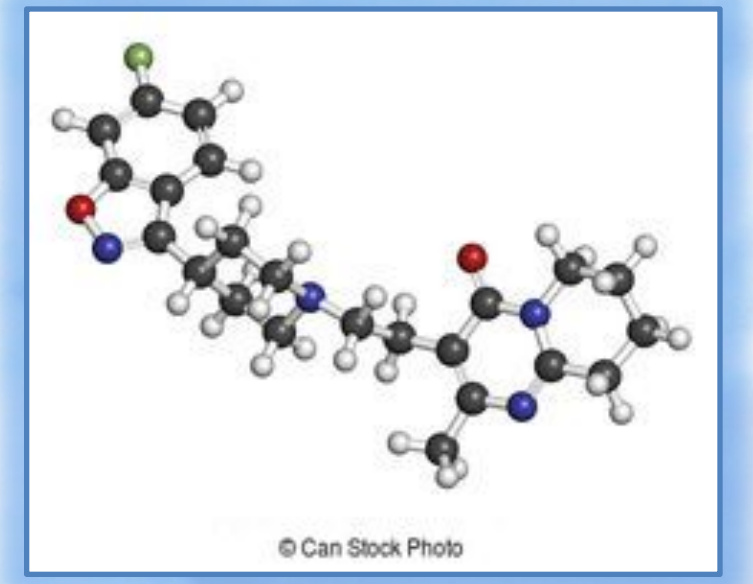
Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

Antipsicotici atipici

Al momento attuale l'A.A maggiormente studiato nei soggetti con DOP/DC

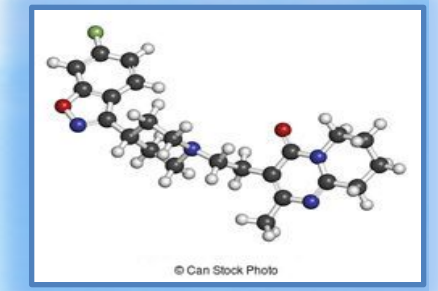
RISPERIDONE

Alcuni studi controllati in doppio cieco contro placebo supportano l'efficacia antiaggressiva del risperidone nel trattamento dell'aggressività in soggetti con QI nella norma e sotto la norma. Findling *et al*. ;(2000/2004); Buitelaar *et al*. (2001); Aman *et al*. (2002); Snyder *et al*. (2002)



Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

Risperidone



Dosaggio iniziale :

- 0,25 mg/die in bni età ≤ 8 anni
- 0,50 mg /die in bni età ≥8 anni

TITOLAZIONE graduale

DOSE TARGET compresa tra 1,5 mg/die e 3,5 mg/die in due somministrazioni.

Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

Risperidone: aumento di peso

Gli studi riportano in modo concorde un aumento ponderale: nel breve termine una metanalisi rileva un incremento ponderale di 1,7 kg superiore al placebo, nel lungo termine un incremento ponderale di circa 8 kg in 11 mesi tra i soggetti che ricevono risperidone.

Non sono note specifiche variabile predittiva di un maggiore rischio di aumento di peso.

Gestione del peso???

Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

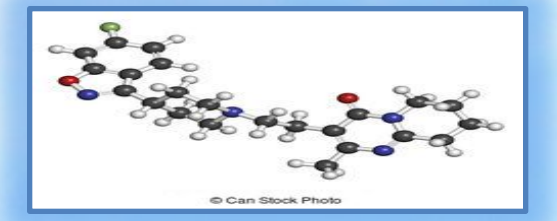
Sindrome metabolica

- Obesità
- Ipertensione
- Ipertrigliceridemia
- Ipercolesterolemia
- Iperglicemia

[3 o più]

Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

Risperidone: iperprolattinemia



Dati su soggetti in età evolutiva indicano che circa il 25% dei bambini **SUPERA IL LIVELLO DI PROLATTINA (PRL)** dei 30 ng/mL ed il 15% i 50 ng/mL (valori soglia 15 ng/mL).

I livelli di PRL si normalizzano generalmente con la riduzione della dose di risperidone.

In alcuni pazienti un successivo aumento del farmaco (per un peggioramento clinico) può non associarsi ad nuovo innalzamento della PRL.

Elevati livelli di PRL sono usualmente asintomatici in bambini, mentre amenorrea, ginecomastia e galattorrea non sono rare in adolescenti di sesso femminile

Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

Gestione della iperprolattinemia

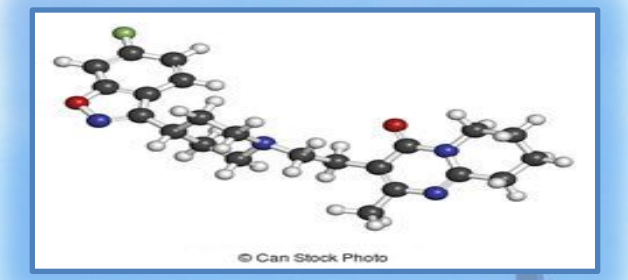
NON ESISTE ACCORDO SU QUALE LIVELLO DI IPERPROLATTINEMIA SIA TOLLERABILE, E PER QUANTO TEMPO.

Valutazione del rapporto rischi-benefici per ogni singolo soggetto:. se il trattamento risulta benefico, un aumento della prolattina < **50-60 ng/ml** è tollerabile per qualche mese, in assenza di segni cinici di iperprolattinemia

In presenza di livelli elevati o effetti clinici, ridurre la dose o sostituire, o associare ARIPIPRAZOLO (bromocriptina, cabergolina) e poi eventualmente riprovare.

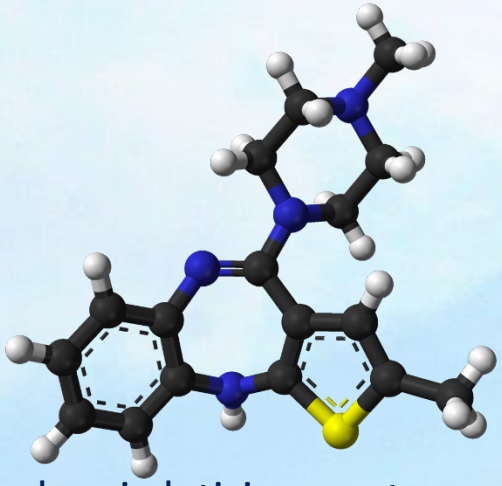
Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

Risperidone: tollerabilità



- Effetti extrapiramidali acuti: **alte dosi iniziali,rapido incremento.**
- Epatotossicità: **correlata ad incremento di peso?**
- Effetti cardiovascolari: **12% bambini transitorio incremento della frequenza cardiaca; prolungamento intervallo QT**

Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi



Olanzapina

Esistono alcuni dati in aperto a supporto dell'utilizzo dell'olanzapina, che presenta un minore rischio di effetti extrapiramidali e il cui dosaggio può essere incrementato in modo più rapido in caso di condizioni di urgenza clinica.

CAMPIONE: 23 adol. (età media 13,6 anni)

DIAGNOSI: DCD (resistenti ad altri interventi farmacologici e non) Seguiti per 6-12 mesi

- 60% Responder (significativa riduzione di AGGRESSIVITA'auto ed eterodiretta) .
- AUMENTO MEDIO DI PESO:4,6KG (RISCHIO DI OBESITA' e DISREGOLAZIONE METABOLICA GLUCIDICA e LIPIDICA)

ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE DIRECT®

European Psychiatry 21 (2006) 51–57

EUROPEAN PSYCHIATRY

http://France.elsevier.com/direct/EURPSY/

Original article

Olanzapine treatment in adolescents with severe conduct disorder

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

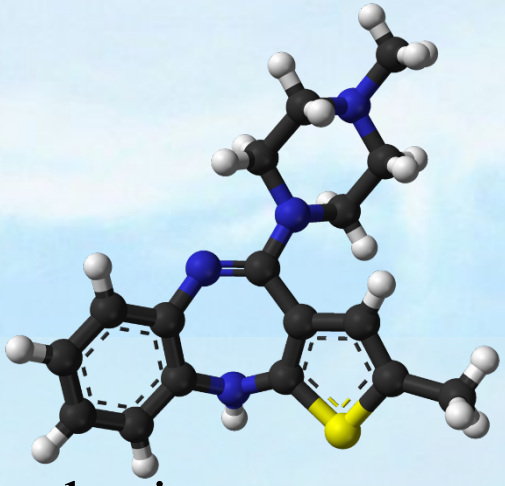
IRCCS Stella Maris, Scientific Institute of Child Neurology and Psychiatry, Via dei Giacinti 2, 56070, Calambrone (Pisa), Italy

Received 19 August 2004; accepted 2 November 2004

Available online 16 February 2005

Si ringrazia Dr.ssa Azzurra Manfredi

Olanzapina



Possibile indicazione:

soggetti resistenti a risperidone, non obesi, con aggressività o sintomi affettivi (mania?), con sintomi extrapiramidali o iper-PRL, con minore evidenza di comportamenti ripetitivi

Monitoraggio di aumento di peso e sindrome metabolica

Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

Clozapina

Studi sulla clozapina sono per lo più effettuati su soggetti adulti con gravi problematiche comportamentali di tipo aggressivo.
Evidenze dell'azione antiaggressiva in età evolutiva derivano dall'effetto su disturbi psicotici e/o bipolari

INDICAZIONI: adolescenti con gravi manifestazioni aggressive esplosive auto o eterodirette RESISTENTI ad altri interventi farmacologici.

EFFETTI COLLATERALI

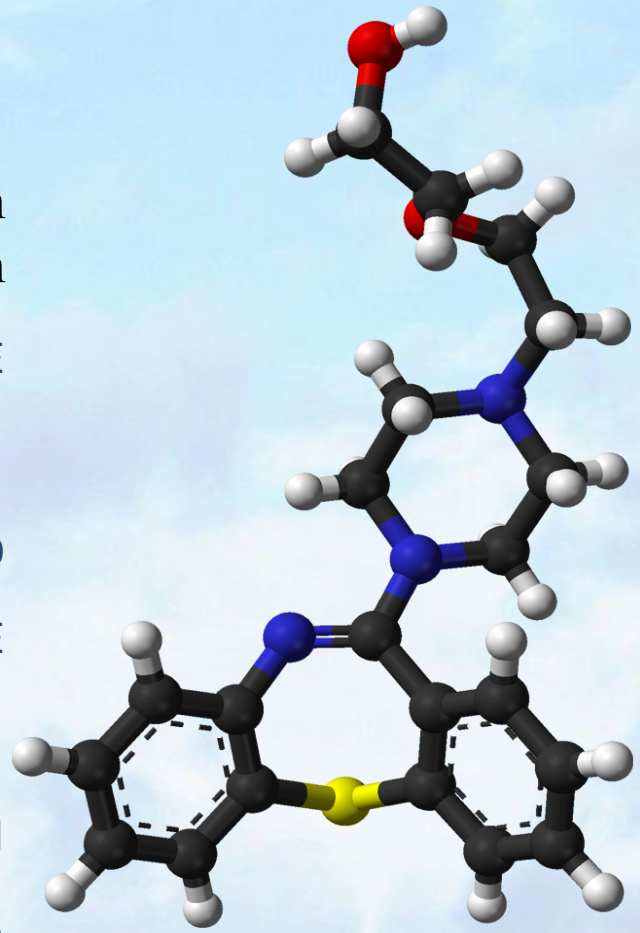
- **Aumento di peso**
- **Sindrome metabolica (iper glicemia, colesterolemia, trigliceridemia)**
- **Alterazione EEG**
- **Rischio di AGRANULOCITOSI (necessità di controlli settimanali per i primi mesi e successivamente mensili)**

Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

Quetiapina

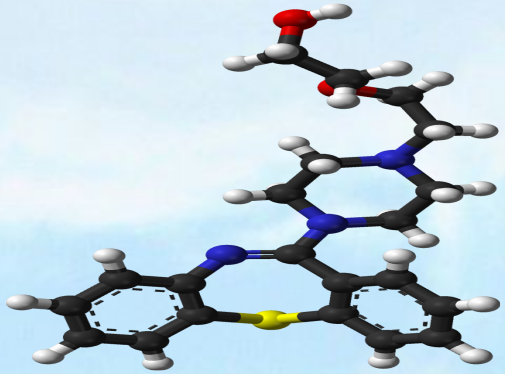
La quetiapina è una antipsicotico atipico con un profilo neurochimico simile alla clozapina, con un

- MINOR RISCHIO DI CRISI EPILETTICHE
- ASSENZA DELLA NECESSITÀ DI UN MONITORAGGIO EMATICO SETTIMANALE
- MINIMA O TRANSITORIA INDUZIONE DI AUMENTO DI PROLATTINA.



Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

Quetiapina



Alcuni studi hanno esplorato l'efficacia della quetiapina nel trattamento dell'aggressività in età evolutiva:

Findling et al, 2006: 17 bni ed adol. con DC trattati per 8 settimane con Q. (dose media: 4,4 mg/kg/die) con significativo miglioramento di scale di gravità clinica e specifiche per l'aggressività.

Connor et al, 2008: randomizzato 19 adol. con Dc a quetiapina (200-600 mg/die) o placebo, ottenendo una differenza significativa in favore di quetiapina su base della valutazione dei clinici e dei pazienti ma non dei genitori.

Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

Quetiapina

JOURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOPHARMACOLOGY
Volume 23, Number 8, 2013
© Mary Ann Liebert, Inc.
Pp. 568–571
DOI: 10.1089/cap.2013.0063

Brief Reports

Quetiapine Monotherapy in Adolescents with Bipolar Disorder Comorbid with Conduct Disorder

Gabriele Masi, MD[1], Simone Pisano, MD[2], Chiara Pfanner, MD[1], Annarita Milone, MD[1], and Azzurra Manfredi, MD[1]

- Campione:40 adol(12-18 anni)
- Diagnosi: DB+DCD
- Dose media: 258-124 mg/die (100-600 mg/die)
- Follow-up 3 mesi
- 55% pz responder

Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

JOURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOPHARMACOLOGY
Volume 23, Number 8, 2013
© Mary Ann Liebert, Inc.
Pp. 568–571
DOI: 10.1089/cap.2013.0063

Brief Reports

Quetiapine Monotherapy in Adolescents with Bipolar Disorder Comorbid with Conduct Disorder

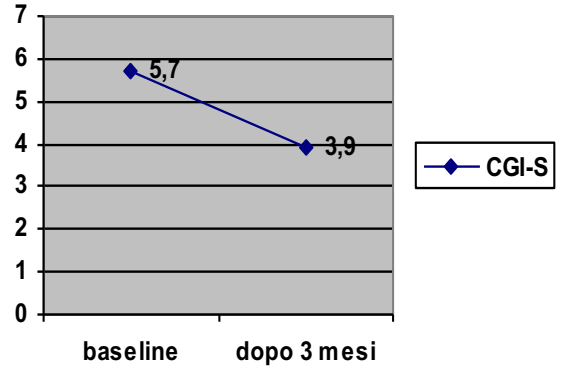
Gabriele Masi, MD,[1] Simone Pisano, MD,[2] Chiara Pfanner, MD,[1]
Annarita Milone, MD,[1] and Azzurra Manfredi, MD[1]

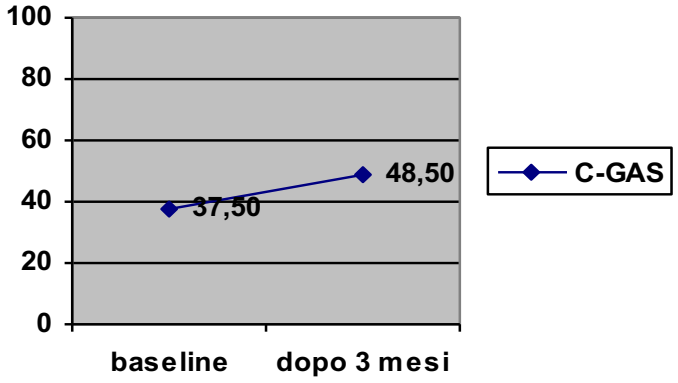
CAMPIONE 20 inpatients + 20 outpatients, afferiti consecutivamente nel periodo gennaio 2009- dicembre 2012.

24 maschi (60%) e 16 femmine (40%), età media 14.9 ± 2.0 anni, con diagnosi di DB+DC

Valutazioni cliniche: CGI-S, CGAS sono state effettuate al baseline e dopo 3 mesi così come il CGI-I

- **Il numero totale di responders è di 22 pazienti (55%).**
- **Nel confronto tra responders e non si evidenzia che: il rapporto M/F (83,3% di non responders nei maschi, p=0,016) e la comorbidità con ADHD (61,1% nei non responders, p=0,014) erano più alti nei non responders, mentre età, CGI-S, C-GAS, comorbidità con disturbi d'ansia, uso di sostanze e suicidalità non differiscono trai i gruppi.**
- **8 pazienti (20%) hanno evidenziato moderata o severa sedazione e 8 pazienti (20%) hanno mostrato aumento dell'appetito e del peso.**





DOP/DC: terapia farmacologica Aripiprazolo

Più recentemente alcuni studi hanno esplorato la possibile efficacia dell'aripripazolo in bambini ed adolescenti con DCD.

•Findling *et al*., 2009: studio ha incluso 20 soggetti, con significativo miglioramento sia in una scala specifica per l'aggressività, sia in uno strumento generale di gravità clinica (CGI-S).

•Kuperman *et al*., 2011: piccolo studio in aperto che ha esplorato l'efficacia della monoterapia con aripiprazolo nel ridurre comportamenti aggressivi in 10 adolescenti maschi con DC, riscontrando una risposta positiva nella aggressività fisica eterodiretta secondo la valutazione dei clinici, e nella aggressività verbale, verso oggetti ed animali nella valutazione dei genitori

•Ercan *et al*., 2012 studio in aperto condotto su 20 bambini ed adolescenti con DC, trattati con aripiprazolo (media 8.5 mg/die) per 8 settimane, con una percentuale di responders di 63.1%.

Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

Ariprazolo

Aumento di peso non rilevante (1.3 kg).

Possibile associazione con risperidone per controllo di iperprolattinemia

Effetto favorevole su funzioni cognitive

Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

Litio

DIVERSI STUDI, EFFETTUATI SIA IN ANIMALI DA LABORATORIO SIA SU ESSERI UMANI, HANNO CONFERMATO CHE L'ASSUNZIONE DI LITIO SI ASSOCIA AD UNA SIGNIFICATIVA AZIONE ANTIAGGRESSIVA.

- Il primo studio sull'utilizzo del litio in età evolutiva (Campbell *et al*., 1984) è uno studio in doppio cieco controllato col placebo su 61 bambini di età compresa tra i 5 e i 12 anni (età media 9 anni) ospedalizzati con diagnosi di DC, comportamento esplosivo e aggressività, trattati con litio (dose media: 1166 mg/die) o aloperidolo (dose media: 2.95 mg/die) o placebo per 4 settimane. Entrambi i trattamenti hanno determinato un miglioramento significativo in aggressività, ostilità ed iperattività,
- ma il litio è risultato superiore all'aloperidolo sia per effect size, che per tollerabilità.

Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

Litio

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

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

- **Campione: 60 bambini ed adolescenti trattati con litio, con aggiunta possibile di un antipsicotico atipico in caso di risposta parziale.**
- **Risultati: 48.3% responders, su aggressività fisica e verbale,sulla base di un miglioramento di almeno il 50% alla MOAS e di un CGI-I 1 o 2.**
- **Il predittore più importante di efficacia è stata la presenza di aggressività impulsiva piuttosto che predatoria.**

Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

Litio

- Gli effetti collaterali più frequenti sono gastrointestinali (nausea, vomito), urinari (polidipsia, poliuria), e a dosi maggiori tremori.
- Il trattamento cronico può determinare ipotiroidismo, e più raramente, effetti renali.
- Per questo motivo, la litiemia, la funzionalità tiroidea e renale dovrebbero essere monitorati al massimo ogni tre mesi, dopo il raggiungimento della dose efficace.
- Opportuno un monitoraggio elettrocardiografico semestrale.

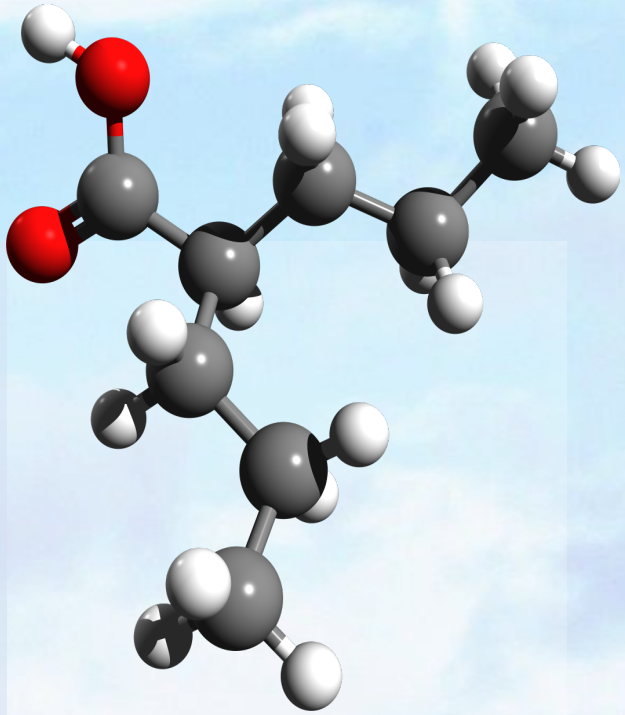
Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

Litio

- I livelli di litiemia efficaci sono generalmente tra 0.5 e 1 mEq/l.
- Un possibile schema di introduzione del farmaco è quello di iniziare con 150-300 mg (a seconda di età e peso corporeo), con incrementi ogni tre giorni fino a raggiungere il livello ematico adeguato (attendere almeno 5 giorni tra l'ultima modifica di dosaggio ed il prelievo per la litiemia).
- Data la probabile più rapida clearance renale in età evolutiva, è opportuno che la dose giornaliera sia distribuita in tre somministrazioni.
- Data la opportunità di controlli clinici periodici, il litio dovrebbe essere preso in considerazione solo con famiglie sufficientemente collaborative.

Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

Acido valproico



Il valproato di sodio (VPA) è un farmaco antiepilettico con effetti benefici sulla stabilizzazione dell'umore, in particolare sulla eccitazione (ipo)maniacale, ma anche sull'ansia, per l'azione di potenziamento GABAergico. Al di là delle prescrizioni specifiche, la prescrizione di questo farmaco in giovani di tutte le età è elevata anche per l'aggressività, in particolare se associata ad instabilità dell'umore e/o a manifestazioni di ansia. Ci sono diverse evidenze empiriche che supportano l'efficacia del VPA nel trattamento della aggressività e della psicopatologia correlata, ad es. nel ridurre l'agitazione in pazienti bipolari e bordeline.

Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

Acido valproico

- Donovan *et al*. (2000) hanno effettuato uno studio randomizzato di 6 settimane in doppio cieco controllata con placebo in 20 adolescenti con diagnosi di DOP o DC, esplosività e labilità dell'umore (età media: 13.8 anni, dosaggio medio nel sangue: 82.2 mg/ml), con differenze significative tra i gruppi con trattamento attivo e con placebo, buona tollerabilità, ed aumento dell'appetito in 4 pazienti.

- Più recentemente Saxena *et al.* (2010) hanno utilizzato VPA per ridurre la sintomatologia aggressiva impulsiva in 20 bambini ed adolescenti con DOP o DC, trattati per 3 mesi, confrontati con 20 soggetti di controllo con la stessa diagnosi, con significativa miglioramento nel gruppo trattato rispetto al gruppo di controllo in misure standardizzate per l'aggressività

Divalproex Sodium -ER in Outpatients with Disruptive Behavior Disorders: A Three Month Open Label Study

Kirti Saxena · Linda Mora · Erika Torres · Rebecca Hall · Laura Delizonna · Alex Torres · Hans Steiner

Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

Acido valproico

Il dosaggio ematico efficace del farmaco corrisponde ad un livello ematico di 50-100 mg/l, con dose iniziale di 100-250 mg/die, e possibilità di una titolazione rapida. I principali effetti collaterali sono la sedazione, disturbi gastrointestinali, confusione, tossicità epatica e variazioni del peso. Il monitoraggio ematico dell'acido valproico, associato agli esami di routine, alla ammoniemia, alla amilasemia ed alla valutazione delle prove emogeniche dovrebbe essere effettuato ogni tre mesi.

Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

Comorbidità ADHD-DOP/DC

Si stima che il **60–100%** dei pazienti con ADHD ha anche uno o più disturbi in comorbidità (Gillberg et al. 2004) che spesso permangono anche in età adulta (Biederman 2004; Kessler et al. 2006).

❖**42-60%** dei bambini ADHD soddisfa i criteri per il **Disturbo Oppositivo Provocatorio(DOP)**

❖**20-30%** per il **Disturbo della Condotta (DC)**
(Grizenko et al. 2010; Angold et al. 1999; Bauermeister et al. 2007; Cunningham and Boyle 2002; Gillberg et al. 2004; Jensen et al. 1997).

Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

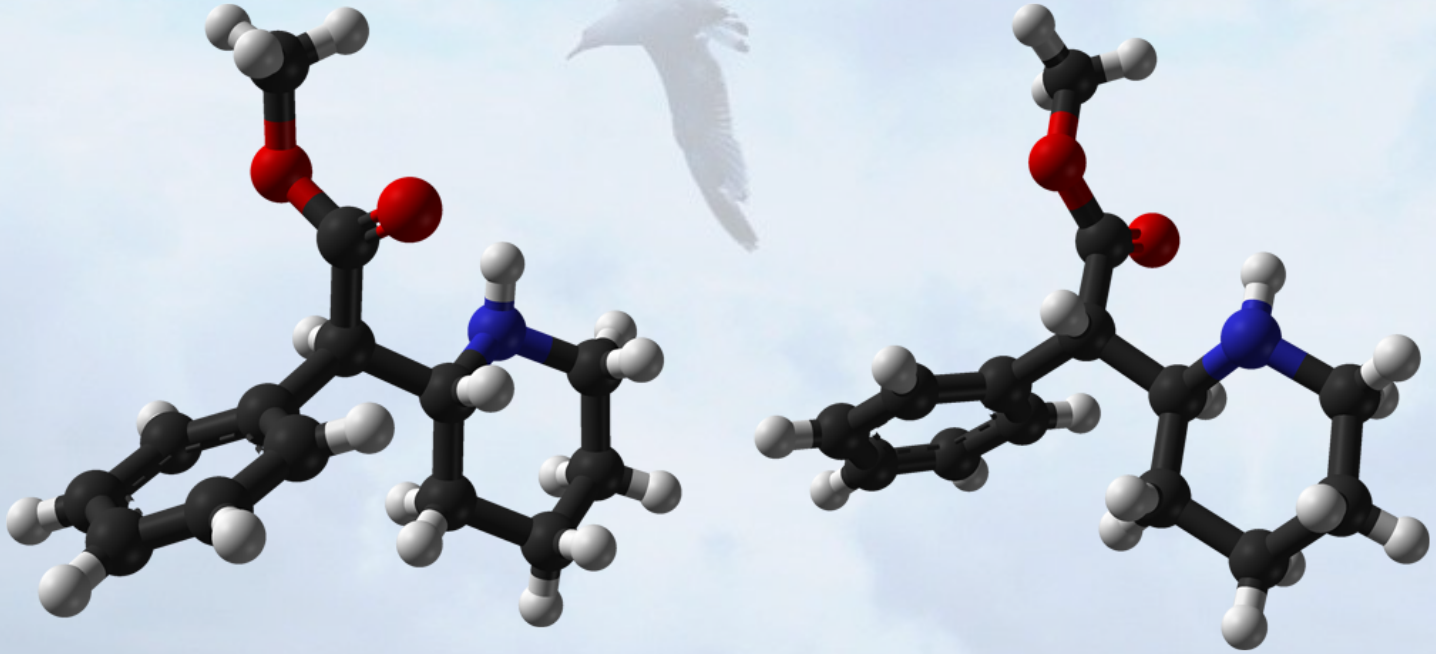
PSICOSTIMOLANTI

- Gli studi sugli effetti dei farmaci stimolanti (METILFENIDATO) in bambini con diagnosi iniziale di DOP/DC non sono molto numerosi, e disturbati dai problemi di comorbidità e di trattamenti intercorrenti.
- In genere tale indicazione dovrebbe essere limitata alle forme in comorbidità con ADHD.

Si ringrazia
Dr.ssa Azzurra
Manfredi

METILFENIDATO

Ben assorbito per via orale (meglio con alimenti).
Effetto farmacologico inizia dopo 30-60 minuti.
Picco dopo circa 2 ore.
Durata dell'azione 3-5 ore.
Singola dose completamente eliminata in 12-15 ore.
Necessità di somministrazioni multiple (2-3).



PSICOSTIMOLANTI
Effetti indesiderati

- Diminuzione di appetito
- Perdita di peso
- Insonnia
- Mal di stomaco
- Mal di testa
- Irritabilità
- Dolori addominali
- Rallentamento di crescita staturo-ponderale
- Movimenti involontari (tics)
- Variazione del tono d'umore (eccitazione)
- Modificazioni di frequenza cardiaca e pressione arteriosa
- Idee ossessive
- Allucinazioni
- Aumento o diminuzione dell'eloquio
- Ansia
- Vertigini

Pubblicazioni su riviste scientifiche internazionali (PubMed)

ADHD: 20287 articoli (Diabete: 33159)

Metilfenidato: 6081

(Amoxicillina):2627

Si ringrazia Dr.ssa Azzurra Manfredi

Aggressività/METILFENIDATO

- Sebbene l'efficacia degli stimolanti in bni/adol con ADHD e gravi problemi comportamentali è supportata da vari studi,
- nell'attuale pratica clinica la presenza di AGGRESSIVITA', anche in minori con ADHD+DOP/DC, il trattamento farmacologico di prima scelta è rappresentato dagli antipsicotici (e/o stabilizzanti dell'umore).

Quali cambiamenti culturali sono necessari

Grazie per l’attenzione