

III° EDIZIONE
**INCONTRI DI PSICHIATRIA
DELL'ETÀ EVOLUTIVA**

**13/15 OTTOBRE 2025
FIRENZE**



Giulia D'Amario

**NEUROSVILUPPO E TRAIETTORIE PSICOPATOLOGICHE:
L'ESEMPIO DELLA DEPRESSIONE. IL CASO DI A.**

G. D'Amario, G. Maglio, **M. Pontillo**, M. Apicella, M. Di Luzio, G. Della Santa, E. Andracchio, I. Bertoncini, B. D'Aiello, **S. Vicari**
Day Hospital Disturbi dell'Umore e Stati Mentali a Rischio
Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù
Università Cattolica del Sacro Cuore

Febbraio 2025

A., 13 aa

Invio e contesto della consultazione

Il paziente giunge a valutazione in **ambulatorio** presso il Bambino Gesù per decisione materna.

Motivo della richiesta di consultazione

- ✓ **Deflessione umorale**
- ✓ Sonno irregolare da sempre
- ✓ Incremento della chiusura relazionale



Status psicopatologico

«...all'osservazione atteggiamento adultomorfo, elevato il grado di intelligenza, ***apparentemente coartato, estremamente preoccupato***, riporta preoccupazioni a livello intrafamiliare, ***necessità di evitamento e ritiro sociale onde non incorrere nel giudizio sociale***, riferisce episodi di "***diffamazione***" a livello intrascolare con elevato grado d'***ansia successiva***. Riporta inoltre ***disturbo del sonno severo***...»



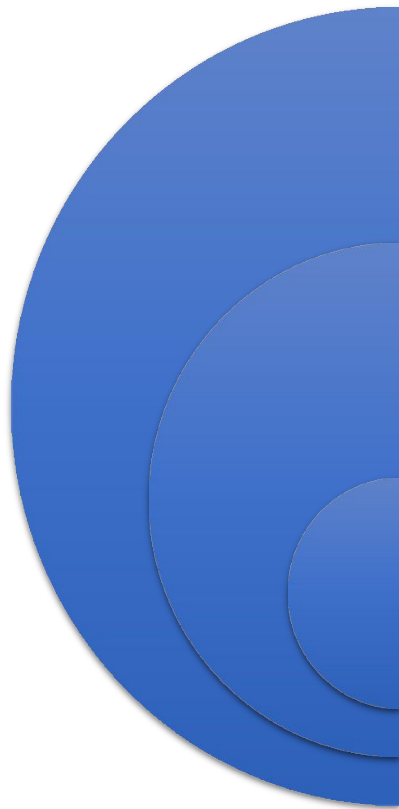
CONSIGLIATO AVVIO DI QUETIAPINA (non avviata)



**Inviato in DH Disturbi dell'Umore e Stati Mentali a Rischio
per approfondimento diagnostico**



Marzo 2025: Protocollo di assessment psicopatologico



Anamnesi	• Fisiologica • Psicopatologica pregressa • Psicopatologica attuale
Colloquio clinico	• Adolescente • Genitore
Strumenti psicodiagnostici	• IDDPE • MASC-2 • CDI-2 • CSSRS
Strumenti di approfondimento	• ABAS II • VALUTAZIONE COGNITIVA • C-GAS



ANAMNESI PATOLOGICA

- ✓ Familiarità positiva per **disturbi dell'umore** (madre, nonna materna e bisnonna materna). Padre con storia di **condotte violente e abuso di sostanze** stupefacenti.
- ✓ ICSSI omologa, nato a termine. Non sofferenza alla nascita, tappe dello sviluppo psicomotorio in epoca.
- ✓ Tendenza all'isolamento, **iniziativa sociale ridotta**, inflessibilità ai cambiamenti, **rigidità cognitiva**, in assenza di franche atipie sociocomunicative.
- ✓ Tendenza a **disregolazione emotivo-comportamentale**.
- ✓ Sonno irregolare, cosleeping.
- ✓ Tendenza all'inappetenza.



In visione **valutazione psicodiagnostica del 2022** effettuata presso altro centro:

WISC IV: QIT 130

- ICV 130
- IRP 126
- IML 124
- IVE 106

Marzo 2025: matrici di Raven
pg. 51/60: **100°centile**

ABAS II abilità adattive **non in linea** con l'età cronologica
(confermato a marzo 2025)

KSADS

- ✓ Disturbo da deficit di attenzione ed iperattività
- ✓ Disturbo d'ansia generalizzata
- ✓ Fobia sociale
- ✓ lieve sintomatologia riconducibile a disturbo depressivo



NEW



Fascia 3-18 anni



Guida per il Clinico

Ragionamento Clinico

Diagnosi Differenziale

**Traiettoria evolutiva del sintomo
e dello Stato Mentale**



IDDPE

antecedente umorale:

esordio di **ansia**
generalizzata e sociale



fine elementari
(Pandemia)

esordio di **deflessione timica**



peggioramento

con intensificazione delle
difficoltà socio-relazionali



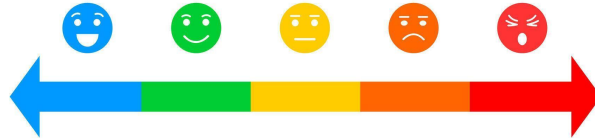
inizio delle medie

- ✓ incremento della chiusura sociale
- ✓ disinteresse nello studio
- ✓ iperinvestimento nello spazio digitale



SINTOMATOLOGIA UMORALE ATTUALE

- ✓ DEFLESSIONE
- ✓ ANEDONIA
- ✓ AFFETTIVITA' COARTATA



- ✓ CRISI DI PIANTO
- ✓ AGITAZIONE INTERNA
- ✓ IRRITABILITÀ



IDEAZIONE SUICIDARIA ATTIVA

reattiva a senso di impotenza appresa



VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA



Self-report

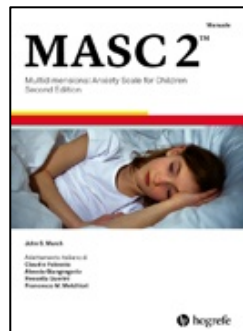
Totale: pT 54
 clinicamente **NON** significativo

Problemi emotivi: Pt 51
 clinicamente **NON** significativo

Madre

Totale: pT 71
 clinicamente significativo di grado molto elevato

Problemi emotivi: pT 90
 clinicamente significativo di grado molto elevato



Self-report

Punteggio Totale: pT 53 clinicamente **NON** significativo

Ansia sociale: pT 57 clinicamente **NON** significativo

Tensione ed irrequietezza: pT 49
 clinicamente **NON** significativo

Madre

Punteggio Totale: pT 90
 clinicamente significativo di grado molto elevato

Ansia sociale: pT 90
 clinicamente significativo di grado molto elevato

Tensione ed irrequietezza: pT 85
 clinicamente significativo di grado molto elevato

SCALA LIEBOWITZ

Punteggio evitamento: 31

Punteggio totale ansia: 71

ANSIA SOCIALE MARCATA

CHILDREN'S GLOBAL ASSESSMENT SCALE: 53



DIAGNOSI: Disturbo dell'umore in associazione a Disturbo d'ansia sociale in paziente con difficoltà nelle social skills.

INDICAZIONI

- ✓ Formulazione del **PIANO DI CRISI** per gestione rischio suicidario
- ✓ Avvio di **PSICOTERAPIA INDIVIDUALE** ad indirizzo cognitivo-comportamentale
- ✓ Terapia a base di **OLANZAPINA**, fino a **5 mg**.



PERCHE' OLANZAPINA?

- ✓ **NECESSITÀ DI INTERVENTO A RAPIDA EFFICACIA**

per quadro persistente e peggioramento dei sintomi vegetativi

- ✓ **NON SSRI IN ACUTO**

per dimensione suicidaria attiva e marcata irritabilità

- ✓ **SUCCESSIVO SWITCH A LITIO CON SSRI**



Estate 2025



- ✓ Progressivo **miglioramento** del tono dell'**umore**
- ✓ **Riduzione** dell'**irritabilità** e dell'**ansia**
- ✓ Miglioramento dei **sintomi vegetativi**
- ✓ Miglioramento dello **scambio relazionale**





STABILE LA COMPONENTE SOCIALE E RELAZIONALE

- ✓ concretezza
- ✓ difficoltà di mentalizzazione con suscettibilità interpersonale
- ✓ socializzazione con bambini di età inferiore
- ✓ scarso interscambio reciproco

ASSENTI FRANCHE ATIPIE SOCIO-COMUNICATIVE.



La persistenza di tali caratteristiche a fronte di un marcato miglioramento umorale ci permetteva di escludere che fossero solo secondarie alla sintomatologia affettiva.



INTERVISTA ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised)

Anomalie qualitative nell'interazione sociale reciproca (P = **6**; cut-off per autismo = **10**)
difficoltà a sviluppare relazioni con i coetanei, difficoltà a condividere il divertimento
difficoltà nella reciprocità socio-emotiva

Anomalie qualitative nella comunicazione (P = **2**; cut-off per autismo = **8**)
difficoltà nel gioco imitativo, **difficoltà** nell'iniziare o **sostenere la conversazione reciproca**

Alcuni comportamenti ristretti (P = **2**; cut-off per autismo = **3**)
Preoccupazioni insolite, stereotipie

Anomalie dello sviluppo comparse prima dei 36 mesi (P = **0**; cut-off per autismo = **1**).



TEST ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule) – Modulo 3

1. Affetto Sociale (P= 5): Linguaggio e Comunicazione, Interazione sociale reciproca

*Il ragazzo comunica in modo spontanea la comprensione di alcune emozioni ma mostra **alcune difficoltà nella comprensione dei rapporti sociali tipici**, compreso il ruolo da lui giocato. Mostra una qualità delle aperture sociali lievemente insolita. Mostra **responsività** nella maggior parte dei contesti sociali ma questa è **limitata** dal punto di vista sociale. La quantità di **comunicazione sociale reciproca** è **ridotta** in frequenza o in quantità. In generale, l'interazione è a volte confortevole ma non sostenuta.*

2. Immaginazione (P= 1) «...Non ci riesco, mi vergogno»

3. Comportamento ristretto e ripetitivo (P= 0)

4. Comportamenti Anormali (P= 0)



Il punteggio totale risulta di **5** (Classificazione ADOS-2: **non Spettro**)

Punteggio di comparazione: **3/10**.



Cosa ci dice il DMS-5-TR?

DISTURBO DELLA COMUNICAZIONE SOCIALE (PRAGMATICA)				
Presenza di tutti i seguenti criteri		Sì	No	Info assente
Deficit dell'uso sociale del linguaggio e della comunicazione		✗		
Difficoltà a adattare la comunicazione al contesto			✗	
Difficoltà nel seguire le regole della conversazione			✗	
Difficoltà nel cogliere i significati non letterali			✗	
Specificatori diagnostici				
Impatto su	☐ Efficacia comunicativa ☒ Partecipazione sociale	☐ Risultati scolastici ☒ Relazioni sociali		
Criterio temporale	Sì	No	Ulteriori informazioni	
Comparsa dei sintomi generalmente dopo i 4 anni		✗	Frequente storia di ritardo del linguaggio.	
Caratteristiche del decorso clinico				
Nota per la diagnosi differenziale				
Valutare che i sintomi non siano meglio spiegati da disturbo dello spettro dell'autismo, disturbo dello sviluppo intellettivo (disturbo della disabilità intellettiva), ritardo globale dello sviluppo o da un altro disturbo mentale. -> ANSIA SOCIALE				



Difficile stabilire i confini...

Disturbo dell'umore

Ansia sociale

Difficoltà neuroevolutive

*«...progressivo
accartocciamento
su sè stesso»*

Anedonia

Ideazione suicidaria

Labilità emotiva

Disturbo del sonno

Pensieri di inefficacia

Autosvalutazione

Umore deflesso

Irritabilità

Sguardo evitante

Ritiro sociale

Ansia scolastica

Lamentele somatiche

Timore per il giudizio altrui

Preoccupazione
per le proprie capacità
e comportamenti

Tono di voce
sommesso
e poco fluido

Evitamento

Ruminazione

Concretezza

Scarso interscambio reciproco

Ipermentalizzazione

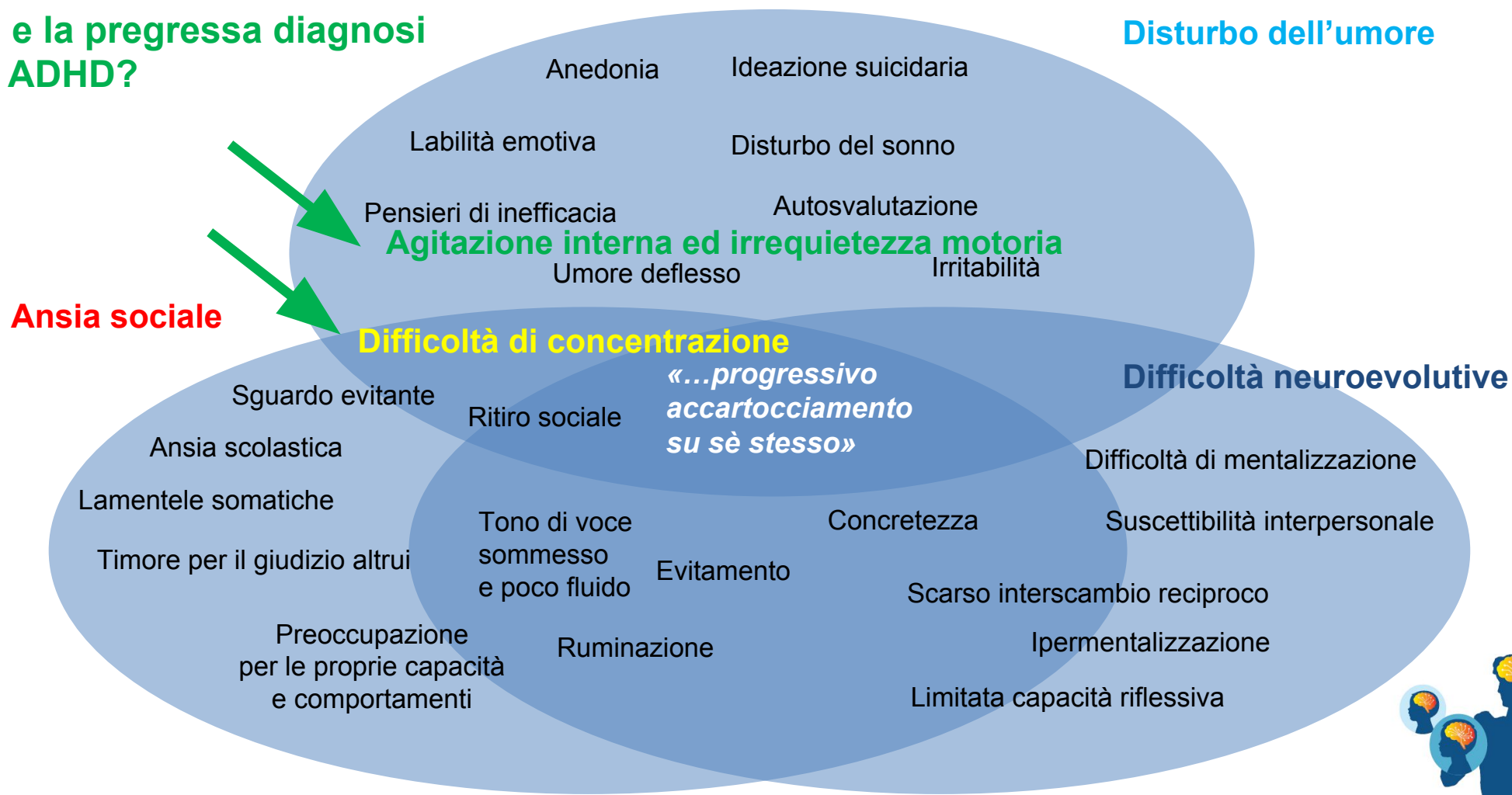
Limitata capacità riflessiva

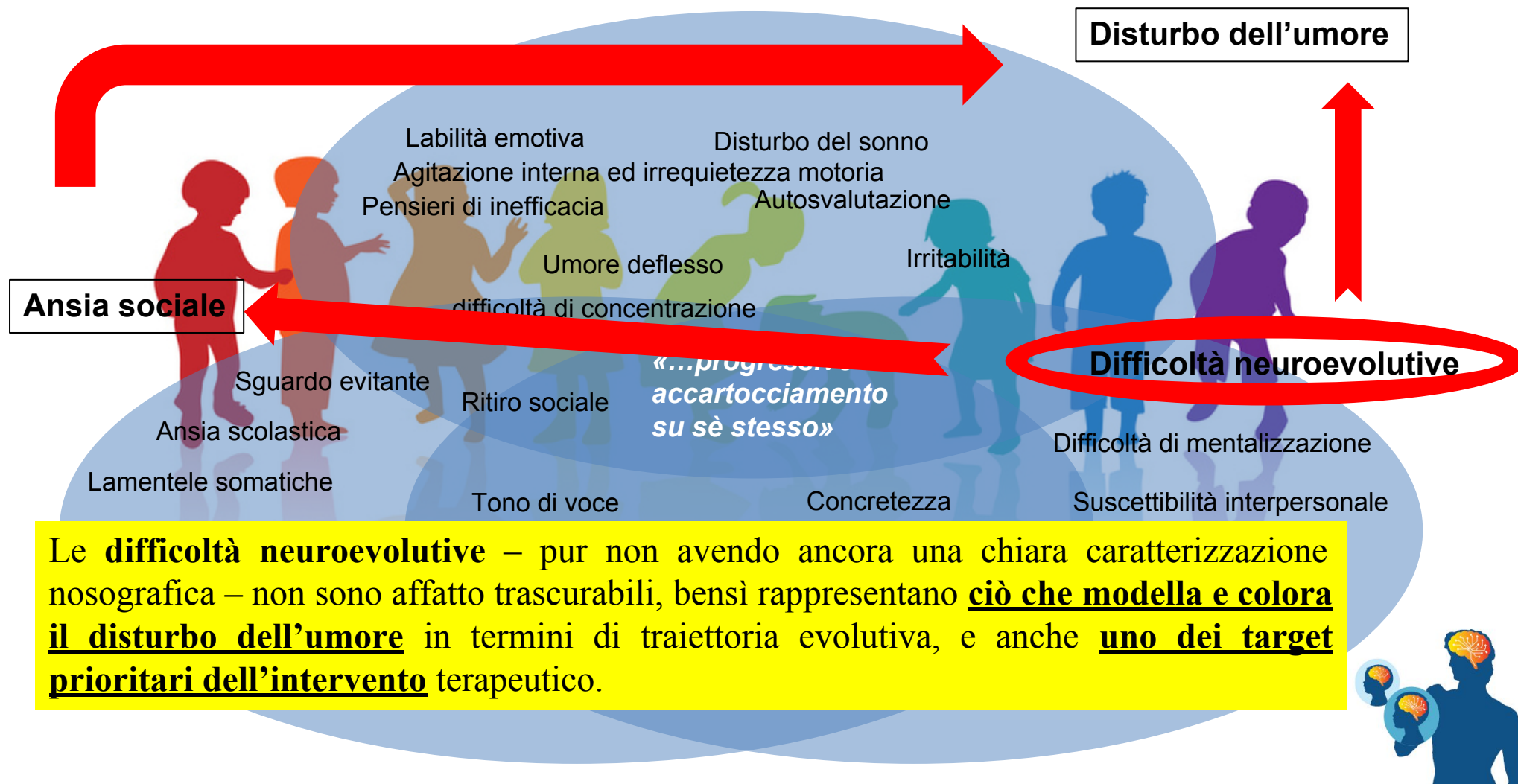
Difficoltà di mentalizzazione

Suscettibilità interpersonale



... e la pregressa diagnosi di ADHD?





Neurodevelopmental Trajectories and Clinical Profiles in a Sample of Children and Adolescents With Early- and Very-Early-Onset Schizophrenia

Maria Pontillo ^{1*}, Roberto Aversa ¹, Maria Cristina Tata ¹, Fabrizia Chieppa ²,
Maria Laura Pucciarini ¹ and Stefano Vicari ^{1,2}

¹ Child and Adolescent Neuropsychiatry Unit, Department of Neuroscience, Children Hospital Bambino Gesù, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), Rome, Italy, ² Department of Life Sciences and Public Health, Catholic University of the Sacred Heart, Rome, Italy

Variables	Group 1 N (%)	Group 2 N (%)
Neurodevelopmental disorder according to DSM-5		
Intellectual disabilities	25 (38)	
Communication disorders	12 (18)	
Autism spectrum disorder	7 (11)	
Attention-deficit/hyperactivity disorder	21 (32)	
Specific learning disorder	18 (28)	
Motor disorders	6 (9)	
<u>Neurodevelopmental difficulties</u>		
Difficulties in psychomotor development:		9 (24)
- <i>Unsupported sitting >8 months</i>		
- <i>Walking >18 months</i>		
Language difficulties:		15 (39)
- <i>First word >24 months</i>		
- <i>First 2/3 word phrases >36 months</i>		
Reading/writing difficulties:		9 (24)
- <i>School or parent report confirmed reading, writing, and calculation difficulties</i>		
Social difficulties:		22 (58)
- <i>Lack of reciprocal social communication</i>		
- <i>Failure to regulate gaze, facial expression, posture</i>		
- <i>Lack of imaginative or imitative play</i>		
- <i>Failure to make friends and share interests</i>		





Clinical manifestations of children and adolescents with anxiety disorders with and without specific learning disorders

Giulia Lazzaro ¹, Domenica Bellantoni ¹, Cristiana Varuzza ¹, Stefano Vicari ^{1 2},
Deny Menghini ³, Maria Pontillo ¹

Affiliations + expand

PMID: 40108641 PMCID: [PMC11924733](#) DOI: [10.1186/s12991-025-00555-z](#)

Background: Anxiety disorders (ADs) are common among children and adolescents and frequently co-occur with specific learning disorder (SLD). Approximately 20% of children with SLD meet criteria for ADs, while those with anxiety are six times more likely to have a premorbid SLD. The strong relationship between premorbid SLD and ADs underscores the importance of examining developmental trajectories and manifestations of neuropsychiatric conditions like ADs, particularly when SLD is present. In this context, this study investigates the clinical profiles of children and adolescents with a first diagnosis of an AD and a history of SLD compared to those with a first diagnosis of an AD without a history of SLD. The analysis focuses on various clinical characteristics, including developmental history, demographic aspects, age of anxiety onset, global functioning, types of ADs, self-report anxiety and depressive symptoms, and adaptive behavior. Additionally, the study aims to explore the relationship between anxiety symptoms and depressive symptoms, adaptive behavior, and age.

Methods: We conducted a cross-sectional, retrospective study with 78 participants from the Child and Adolescent Neuropsychiatry Unit, divided into two groups: those with ADs alone (Group AD, n = 42) and those with both ADs and premorbid SLD (Group AD + SLD, n = 36). We collected data on developmental history, demographic information, age of anxiety onset, global functioning, anxiety and depressive symptoms, and adaptive behavior.

Results: Our findings revealed that Group AD experienced more stressful life events and had higher cognitive levels, whereas Group AD + SLD showed a greater impairment in global functioning. Notably, Group AD exhibited lower social adaptive behavior and higher self-reported anxiety and depressive symptoms than Group AD + SLD, possibly indicating a greater awareness of their emotional distress.

Conclusions: These findings highlight the impact of premorbid neurodevelopmental disorders into clinical manifestations of psychopathological symptoms. In particular, results underline the importance of developing tailored clinical interventions for children with co-occurring ADs and learning difficulties, focusing more on their emotional awareness to better address the unique challenges posed by the comorbidity.

Childhood neurodevelopmental difficulties and risk of adolescent depression: the role of irritability

Olga Eyre¹, Rachael A Hughes^{2 3}, Ajay K Thapar¹, Ellen Leibenluft⁴, Argyris Stringaris⁴, George Davey Smith^{2 3}, Evie Stergiakouli^{2 3 5}, Stephan Collishaw¹, Anita Thapar¹

Affiliations + expand

PMID: 30908655 PMCID: [PMC6767365](#) DOI: [10.1111/jcpp.13053](#)

Abstract

Background: Children with neurodevelopmental disorders are at increased risk of developing depression. Irritability predicts depression in the general population and is common in children with neurodevelopmental disorders. Thus, it is possible that irritability in children with neurodevelopmental disorders contributes to the link with later depression. This study aimed to (a) examine the association between childhood neurodevelopmental difficulties and adolescent depression and (b) test whether irritability explains this association.

Methods: Children with any neurodevelopmental difficulty at the age of 7-9 ($n = 1,697$) and a selected, comparison group without any neurodevelopmental difficulty ($n = 3,177$) were identified from a prospective, UK population-based cohort, the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. Neurodevelopmental difficulties were defined as a score in the bottom 5% of the sample on at least one measure of cognitive ability, communication, autism spectrum symptoms, attention-deficit/hyperactivity symptoms, reading or motor coordination. The Development and Well-Being Assessment measured parent-reported child irritability at the age of 7, parent-reported adolescent depression at the age of 10 and 13, and self-reported depression at the age of 15. Depression measures were combined, deriving an outcome of major depressive disorder (MDD) in adolescence. Logistic regression examined the association between childhood neurodevelopmental difficulties and adolescent MDD, controlling for gender. Path analysis estimated the proportion of this association explained by irritability. Analyses were repeated for individual neurodevelopmental problems.



Results: Childhood neurodevelopmental difficulties were associated with adolescent MDD (OR = 2.11, 95% CI = 1.24, 3.60, $p = .006$). Childhood irritability statistically accounted for 42% of this association. On examining each neurodevelopmental difficulty separately, autistic, communication and ADHD problems were each associated with depression, with irritability explaining 29%-51% of these links.

Conclusions: Childhood irritability appears to be a key contributor to the link between childhood neurodevelopmental difficulties and adolescent MDD. High rates of irritability in children with autistic and ADHD difficulties may explain elevated rates of depression in the neurodevelopmental group.



III° EDIZIONE INCONTRI DI PSICHIATRIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA



Grazie per l'attenzione

