

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

13/15 OTTOBRE 2025
FIRENZE



Mariaelena Romeo

ADHD e Binge Eating Disorder in adolescenza: due traiettorie cliniche a confronto tra
risposta agli stimolanti e vulnerabilità personologica

ANAMNESI

ASSESSMENT DIAGNOSTICO

DIAGNO



C. attualmente 17 anni giunge a maggio 2024 (16 aa) per un approfondimento clinico in merito a **disregolazione alimentare** con messa in atto di **abbuffate**

2014:

Prima valutazione → Diagnosi di **ADHD** e **DSA** → avviata **CBT** individuale e PT (10 incontri)

2018:

Rivalutazione → Diagnosi di **ADHD**, **tratti ansioso-depressivi** e **DSA** → prosegue tp

2022:

Per riferite **dispercezioni uditive**, su **verosimile base ansiosa** → beneficio clinico con Xanax

2024:

Abbuffate associate a **stress**, **noia**, **senso di colpa**. **Incremento ponderale (10 kg)**.

Oscillazioni umorali, **irritabilità**, **apatia**, **alterazione ciclo S/V**

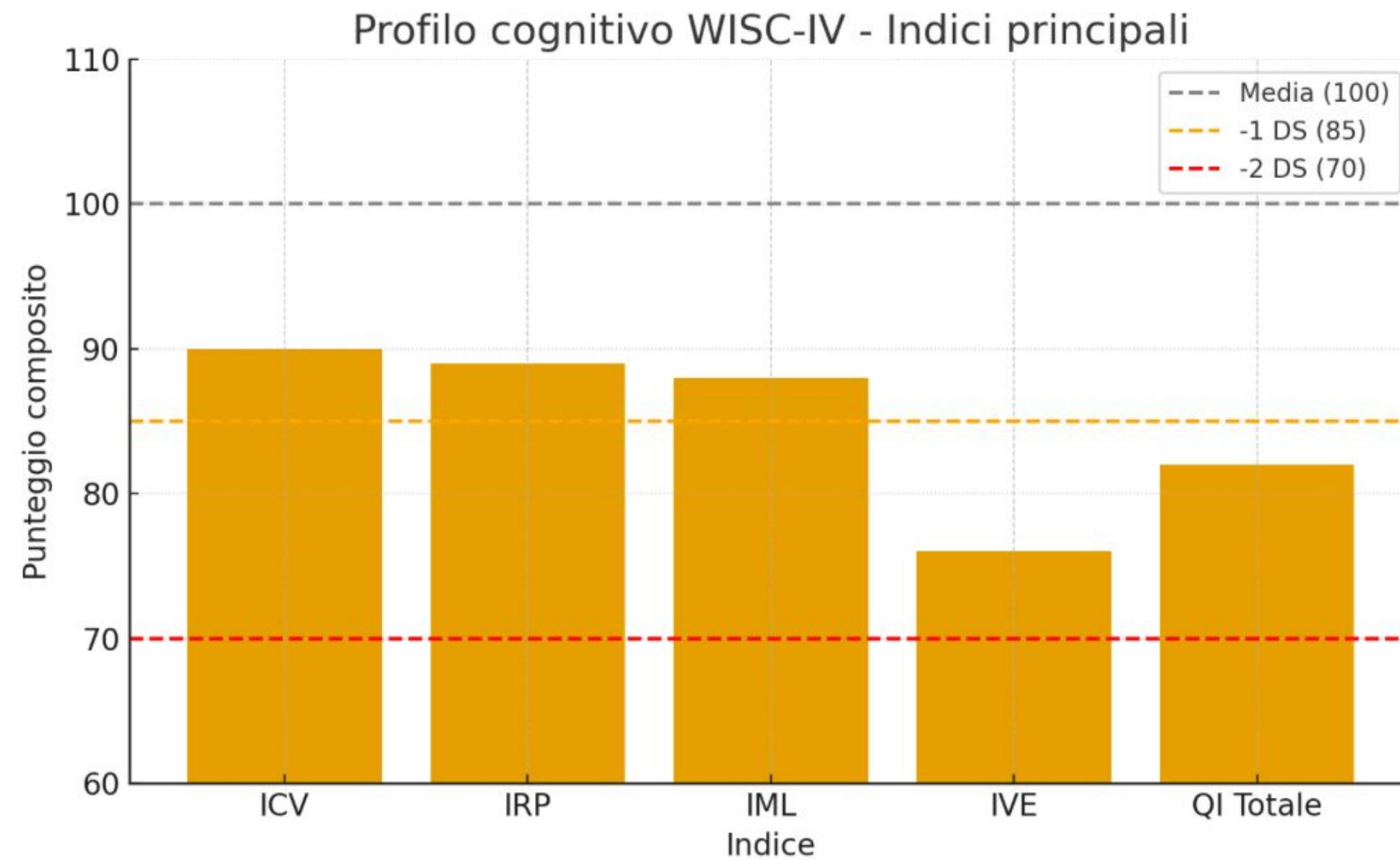


ANAMNESI

ASSESSMENT DIAGNOSTICO

DIAGNOSI

- QIT: 82
- ICV: 89
- IRP: 89
- IML: 88
- IVE: 76



ANAMNESI

ASSESSMENT DIAGNOSTICO

DIAGNOSI

ABAS-II

GAC, DAP, DAS, DAP:
nella norma

Punteggio totale: >99° centile
Scala Somatica: >99° centile
Scala Cognitiva: >99° centile

BDI

EPITRACK-JUNI OR

Punteggio complessivo:
25/56 (significativamente
compromesso)

Punteggi clinici: Impulso alla magrezza, Bulimia,
Alienazione personale e interpersonale, Deficit
enterocettivi, Disregolazione emotiva, Rischio

EDI-III

CBCL 6-18

Punteggi clinici:
Ansia/Depressione, problem internalizzanti ed
esternalizzanti, problem affettivi

Disturbo alimentare

Punteggio complessivo:
5.4 (cut-off 1.2))

BUT

MASC-2

Punteggi clinici: ansia sociale, indice GAD,
umiliazione/rifiuto, panico, paura della
performance, punteggio totale MASC2



ANAMNESI

ASSESSMENT DIAGNOSTICO

DIAGNO

KSADS

- **ADHD:** labilità attentiva, ipercinesia, difficoltà nella pianificazione delle attività, impulsività, scarsa tolleranza alle attese, difficoltà nel rispetto del turno
- **DISTURBO DA BINGE EATING:** da agosto 2021 alternanza di periodi di restrizione calorica e abuffate, senso di colpa, discontrollo alimentare e senso di sazietà. Nega condotte di compensazione e di eliminazione.
- **DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO:** paura di dormire da sola, paura di morire nel sonno, paura spazi affollati, fobie specifiche per insetti, episodi identificabili come attacchi di panico.
- **DEFLESSIONE DEL TONO UMORE:** alterazioni ritmo sonno-veglia, insonnia e ipersonnia diurna, iperfagia, scarsa autostima, tristezza, elevata sensibilità al giudizio altrui. Pregresse condotte NSSI.



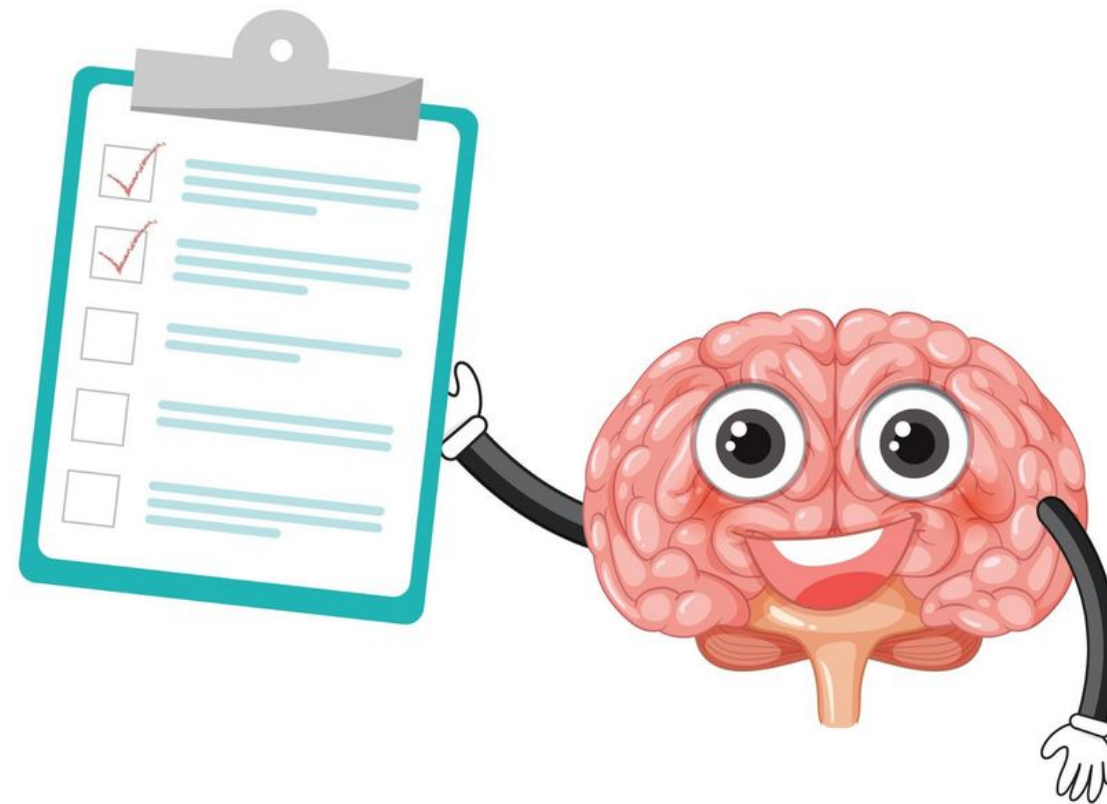
ANAMNESI

ASSESSMENT DIAGNOSTICO

DIAGNOSI



BED in ragazza con ADHD combinato severo associato a sintomi di disregolazione emotivo-comportamentale, oscillazioni del tono dell'umore e storia pregressa di condotte NSSI



ANAMNESI

ASSESSMENT DIAGNOSTICO

DIAGNOSI



O., attualmente **16 anni**, giunge alla nostra attenzione all'età di 10 anni in merito a **difficoltà attentive, difficoltà scolastiche e disregolazione emotivo-comportamentale**

2019:

Per le difficoltà sopraesposte → Diagnosi di **ADHD, ansia e DSA** → avviata **CBT** individuale

2020:

Per persistenza di significativa compromissione attentiva e della performance scolastica avviata **terapia farmacologica con Metilfenidato**, con **iniziale beneficio** negli aspetti attentivi e di pianificazione delle attività scolastiche

2023:

Rivalutazione per **peggioramento della sintomatologia emotivo-comportamentale (conflittualità pluricontestuale, insorgenza di NSSI, alterazione del ciclo S/V e disregolazione alimentare con tendenza alle abbuffate (incremento ponderale di 8 kg).**

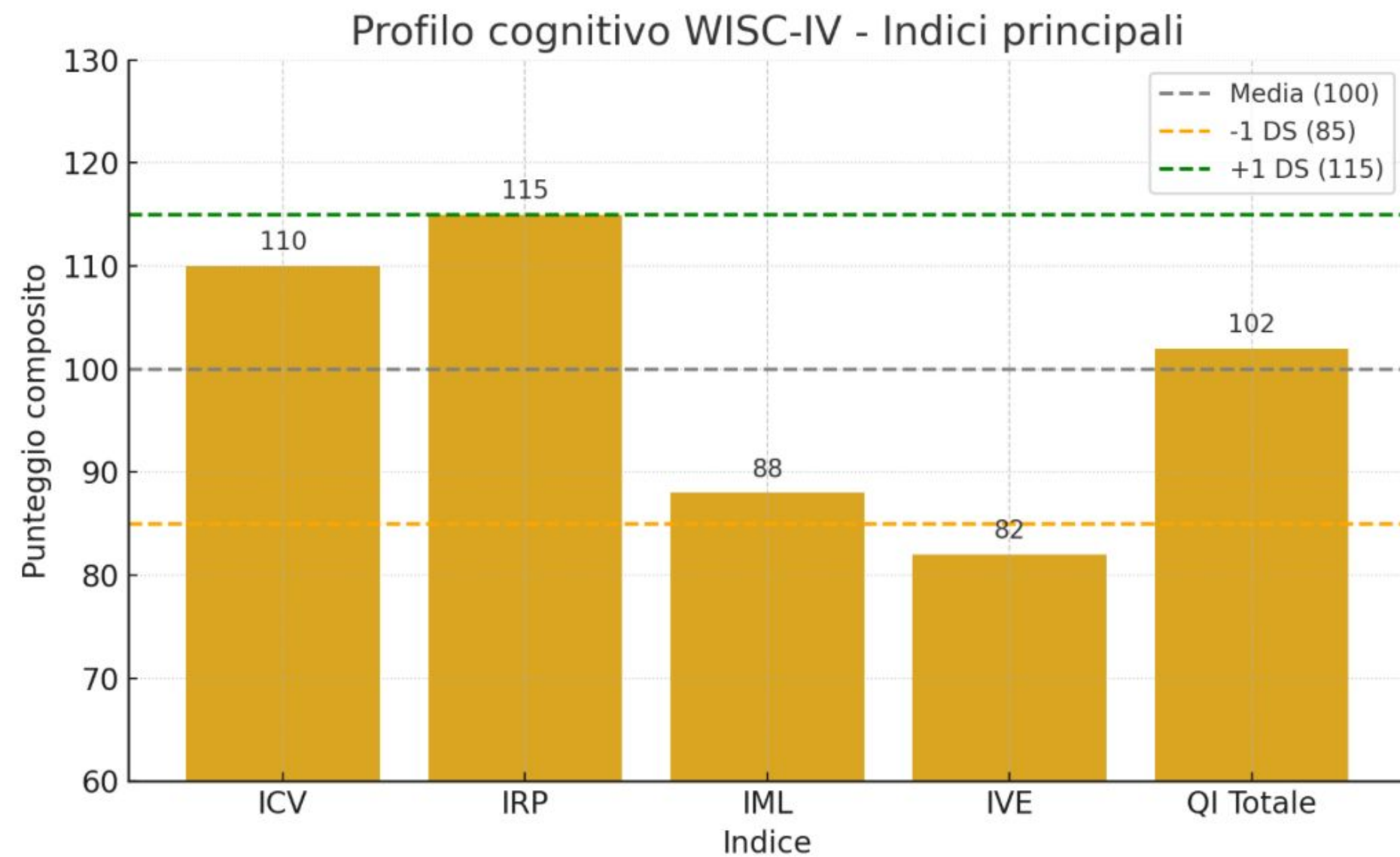


ANAMNESI

ASSESSMENT DIAGNOSTICO

DIAGNO

- QIT: 102
- ICV: 110
- IRP: 115
- IML: 88
- IVE: 82
- IAG: n.i.
- ICC: 81



ANAMNESI

ASSESSMENT DIAGNOSTICO

DIAGNO

ABAS-II

GAC, DAP, DAS, DAP:
inferiori alla norma

Punteggio totale: >95° centile
Scala Somatica: >95° centile
Scala Cognitiva: >95° centile

BDI

TORRE DI
LONDRA

Punteggio:
al di sotto del 5° centile

Punteggi clinici: Impulso alla magrezza, Bulimia,
Alienazione personale e interpersonale, Deficit enterocettivi,
Disregolazione emotiva, Rischio Disturbo alimentare

EDI-III

CBCL 6-18

Punteggi clinici:
ansia/depressione, problemi di pensiero , problemi
internalizzanti, problemi esternalizzanti , problemi
oppositivo-provocatori

Punteggio complessivo:
2.76 (cut-off 1.2)

BUT

MASC-2

Punteggi clinici: ansia sociale, indice GAD,
umiliazione/rifiuto, panico, paura della performance,
punteggio totale MASC2



ANAMNESI

ASSESSMENT DIAGNOSTICO

DIAGNO

KSADS

- **ADHD:** labilità attentiva, ipercinesia, difficoltà nella pianificazione delle attività, impulsività, scarsa tolleranza alle attese, difficoltà nel rispetto del turno
- **DISTURBO DA BINGE EATING:** presenza di abuffate, vissuti di autosvalutazione, discontrollo alimentare e senso di sazietà. Nega condotte di compensazione e di eliminazione.
- **DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO:** paura di dormire al buio, paura di morire nel sonno (identificata ora della morte), paura spazi affollati, episodi identificabili come attacchi di panico.
- **DEFLESSIONE DEL TONO UMORE:** Riferite condotte NSSI. Marcate difficoltà di addormentamento. Irritabilità, scatti d'ira caratterizzati da urla e aggressività eterodiretta.



ANAMNESI

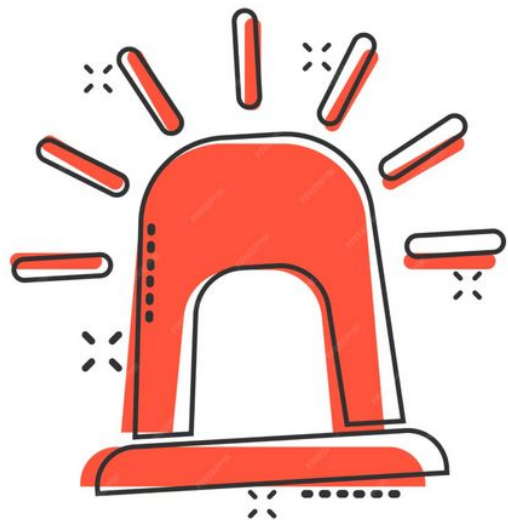
ASSESSMENT DIAGNOSTICO

DIAGNO

KSADS

Durante l'intervista, emerge:

- Disponibile all'interazione, ma **inizialmente non accessibile** in termini di condivisione dei proprio stati affettivi → quando **successiva** apertura **tendenza all'iperverbalizzazione e all'ideorrea**
- **Eloquio impressionistico, accompagnato da espressioni facciali non sempre appropriate al contesto con verbalizzazione delle emozioni rapidamente mutevole**
- **Relazioni interpersonali intense e instabili con intensa angoscia ed abbandono**



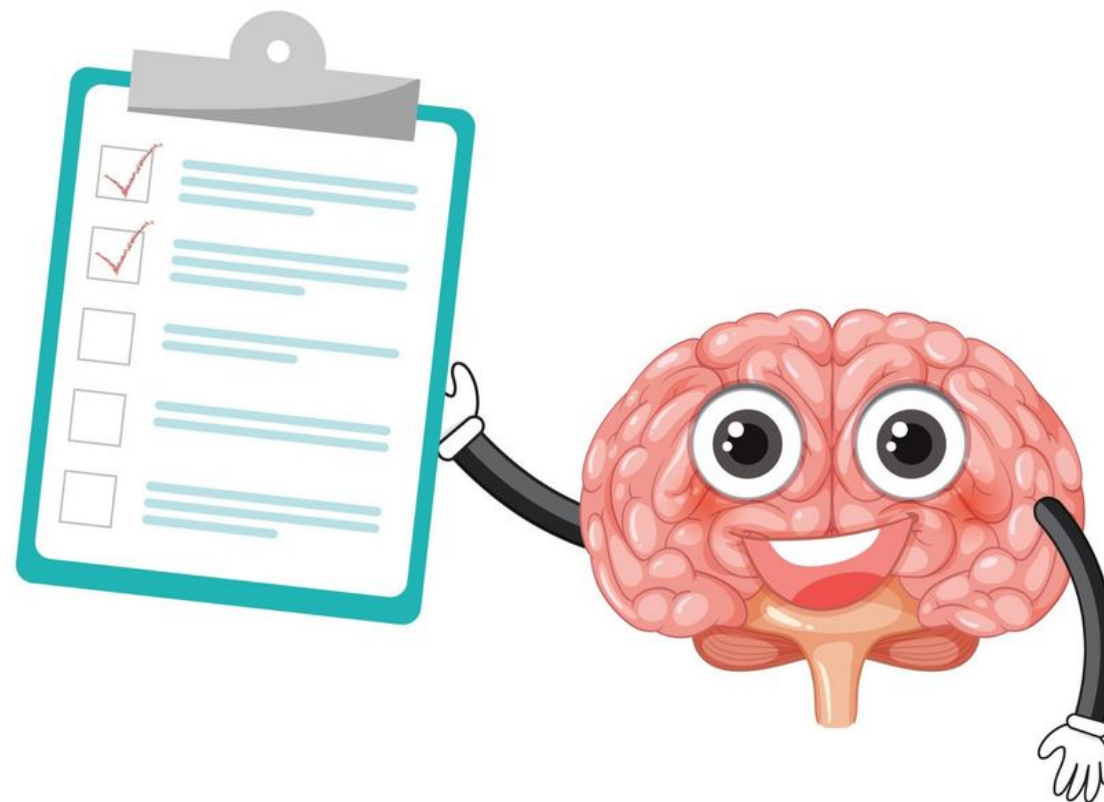
ANAMNESI

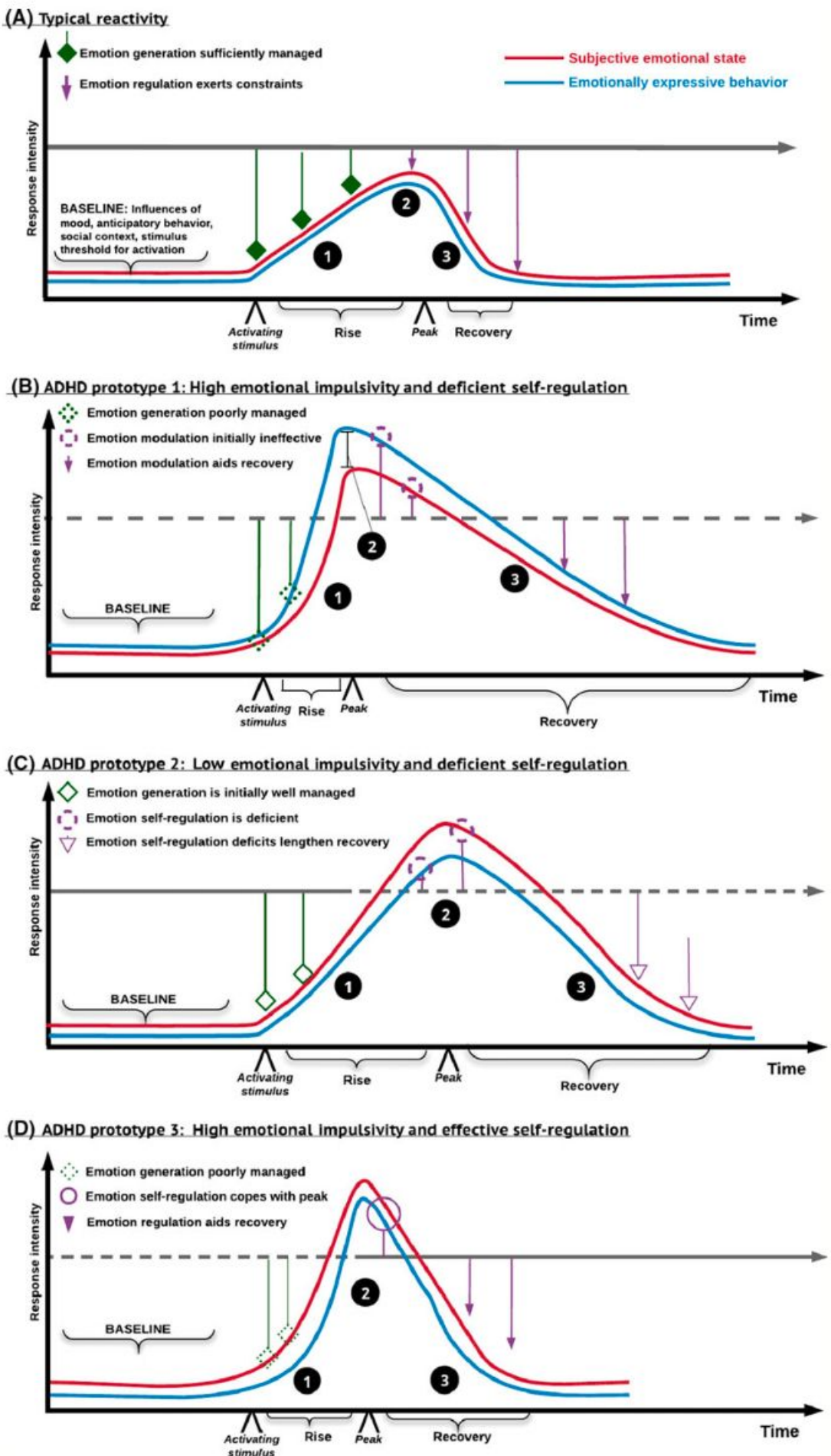
ASSESSMENT DIAGNOSTICO

DIAGNO



ADHD- manifestazione combinata di grado moderato-severo in ragazza con aspetti di disregolazione emotivo-comportamentale e messa in atto di comportamenti disfunzionali, tratti ansioso-depressivi e BED





Practitioner Review: Emotional dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder – implications for clinical recognition and intervention

Stephen V. Faraone,¹ Anthony L. Rostain,² Joseph Blader,³ Betsy Busch,⁴
Ann C. Childress,⁵ Daniel F. Connor,⁶ and Jeffrey H. Newcorn⁷

¹Departments of Psychiatry, Neuroscience and Physiology, SUNY Upstate Medical University, Syracuse, NY;
²Departments of Psychiatry and Pediatrics, University of Pennsylvania Perelman School of Medicine, Philadelphia, PA;
³Department of Psychiatry, University of Texas Health Science Center at San Antonio, San Antonio, TX;
⁴Developmental-Behavioral Pediatrics, Chestnut Hill, MA; ⁵Center for Psychiatry and Behavioral Medicine, Las Vegas, NV; ⁶Department of Psychiatry, University of Connecticut School of Medicine and Health Care, Farmington, CT;
⁷Department of Psychiatry and Pediatrics, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA

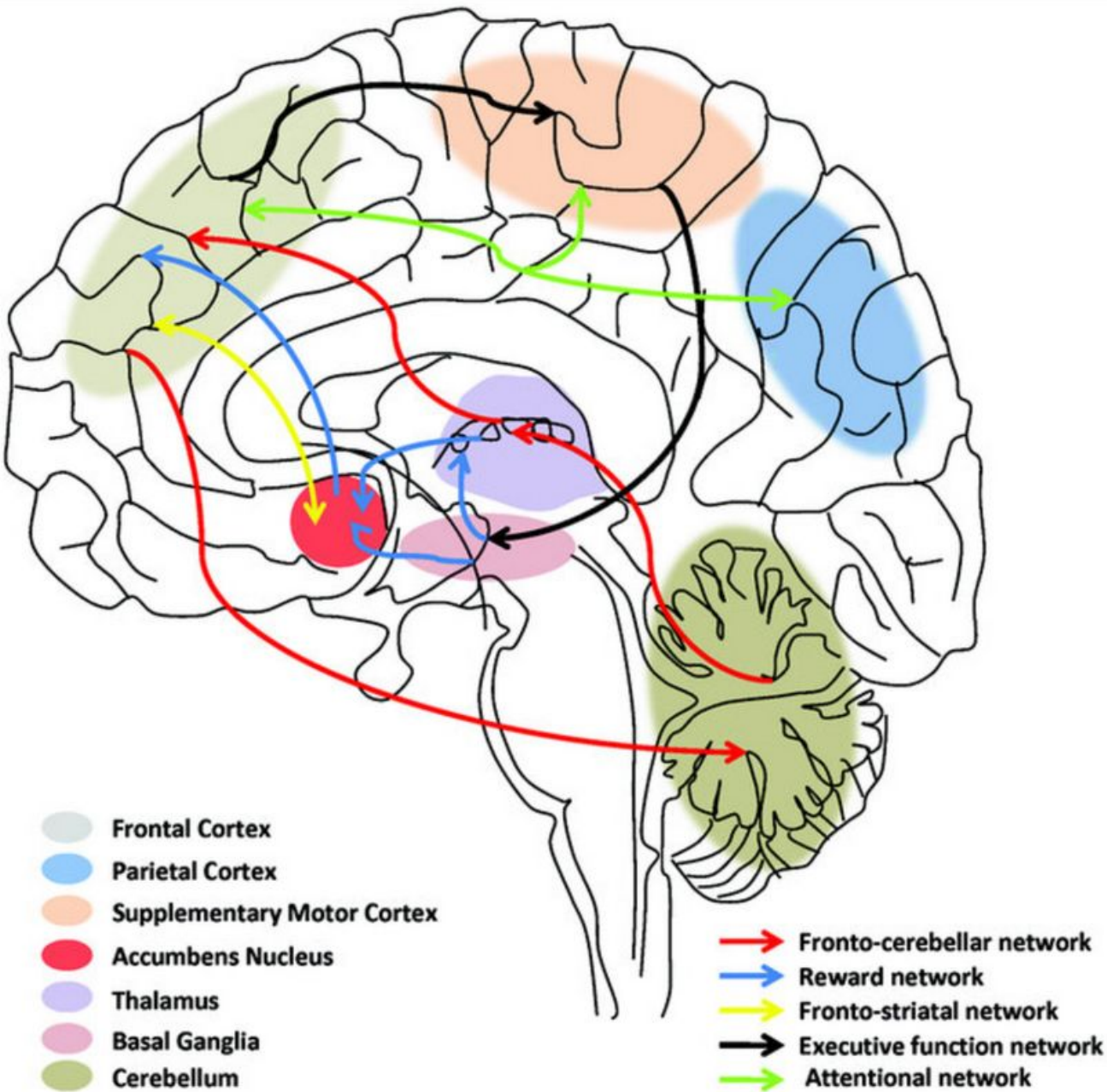
Disregolazione
emotiva

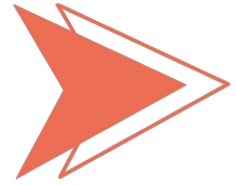


Table 3 Sample size and design in studies of central nervous system stimulants for ADHD and emotional dysregulation

References	Design	Sample size	Results
Masi et al. (2016)	Randomized	144	Additional pharmacotherapy significantly improved aggression and emotional dysregulation, but not callous emotional traits
Peyre et al. (2015)	Questionnaire	173	Variables independently associated with CBCL-DP were clinical severity, internalized disorders, high emotionality, and low self-directedness
Kutlu et al. (2017)	Open label	118	Emotional dysregulation is highly prevalent in disruptive behavioral disorders that are comorbid with ADHD, and methylphenidate is effective for emotional dysregulation independently from other clinical determinants
Blader et al. (2016)	Open label	156	Stimulant treatment markedly improved aggressive behavior in children with ADHD and severe aggression/DBD
Rösler et al. (2010)	Randomized	363	MPH was significantly statistically superior to placebo in reducing emotional symptoms with ADHD as assessed by the EDS and the ELS
Reimherr et al. (2015)	Randomized	136	Adult patients with ADHD and emotional dysregulation showed more childhood ADHD symptoms, adult symptoms of ODD, and evidence of personality disorder, with improvement of emotional domains during treatment with methylphenidate
Philipsen et al. (2015)	Randomized	419	In adults with ADHD, methylphenidate was significantly superior to placebo as assessed by change in the ADHD Index of the Conners Adult ADHD Rating Scale
Katic et al. (2013)	Open label	318	The proportion of children with behavioral impairments in executive function control of emotional response during treatment with lisdexamfetamine
Banaschewski et al. (2013)	Randomized	317	The benefits of short-term stimulant treatment in children and adolescents with ADHD extend beyond symptomatic relief and impact positively on health-related quality of life and daily functioning
Childress et al. (2014)	Open label	211	Symptoms of ADHD and emotional lability improved with lisdexamfetamine regardless of baseline emotional lability symptoms
Fernández de la Cruz et al. (2015)	Randomized	579	Irritability associated with ADHD improved after treatment with MPH
Adler et al. (2013)	Randomized	159	Among adults with ADHD and clinically significant executive function deficits, lisdexamfetamine was associated with significant improvements in self-reported executive function ratings

RMET, Reading the Mind in the Eyes Test; BFRT, Benton Facial Recognition Test; CBCL-DP, Child Behavior Checklist – Dysregulation Profile; EDS, Emotional Dysregulation Scale; ELS, Emotional Lability Scale; MPH, methylphenidate; ADHD, attention-deficit/hyperactivity disorder; ODD, oppositional defiant disorder.





A randomized comparison of long acting methylphenidate and cognitive behavioral therapy in the treatment of binge eating disorder

Lena C. Quilty^{a,b,*}, Timothy A. Allen^a, Caroline Davis^c, Yuliya Knyahnytska^{a,b}, Allan S. Kaplan^{a,b}

^a Campbell Family Mental Health Research Institute, Centre for Addiction and Mental Health, 33 Russell Street, Toronto, ON M5S 2S1, Canada

^b Department of Psychiatry, University of Toronto, 250 College Street, Toronto, ON M5T 1R8, Canada

^c Department of Kinesiology & Health Sciences, York University, 343 Bethune College, 4700 Keele Street, Toronto, ON M3J 1P3, Canada

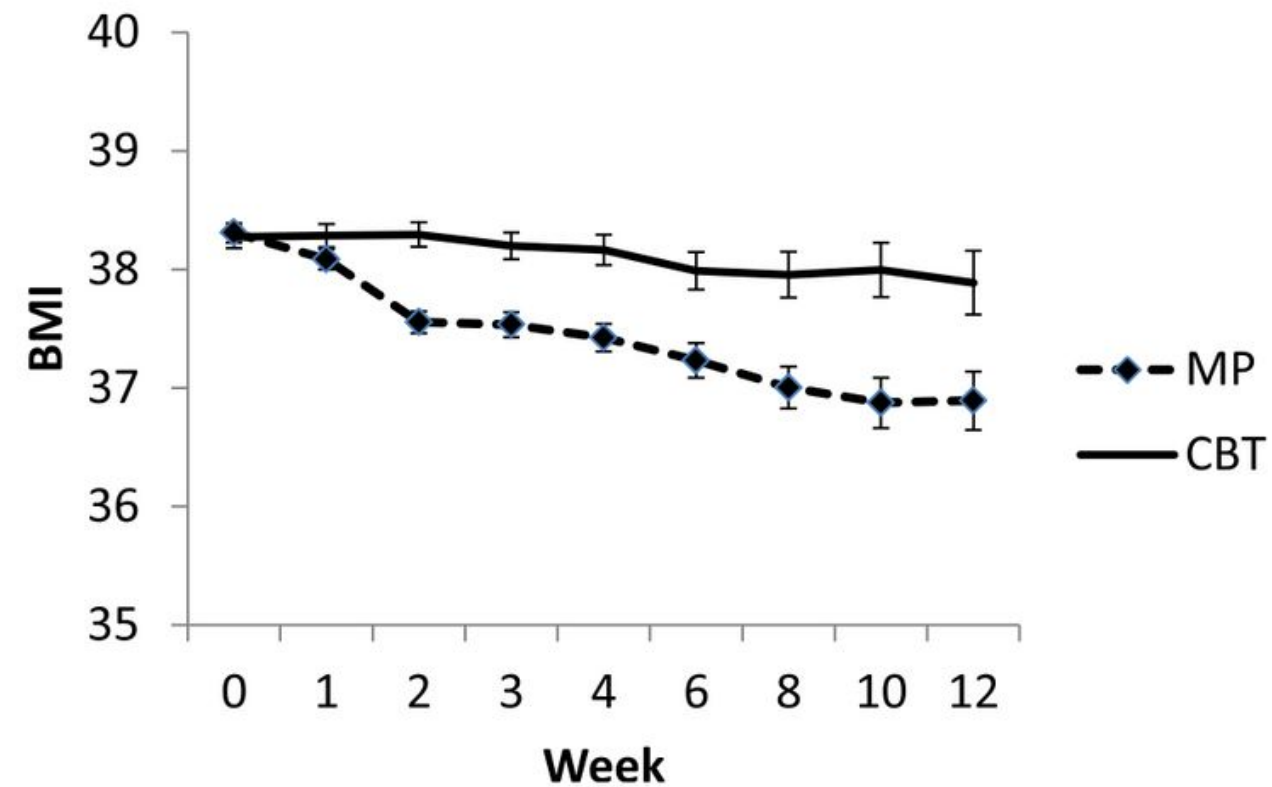


Fig. 2. Time × Treatment condition interaction: BMI.



**Trattamento ed
evoluzione clinica**

A

Trattamento con MPH:

- significativo miglioramento sintomatologia core
- riduzione episodi di binge eating
- progressiva stabilizzazione emotiva



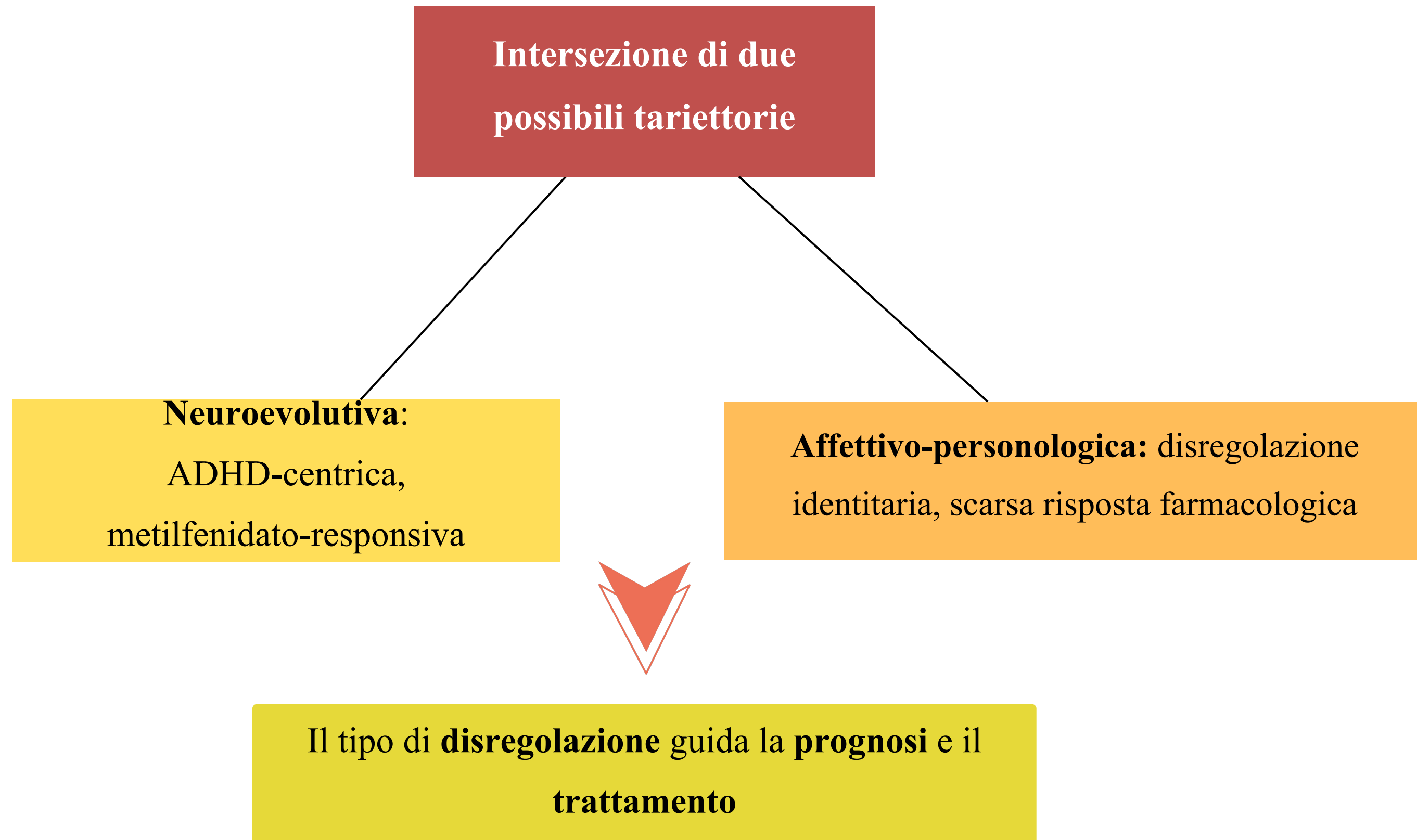
B

Trattamento con MPH:

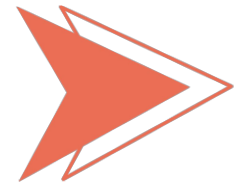
Necessità di progressivo add-on con

- **Terapia antipsicotica**
- **Stabilizzante**



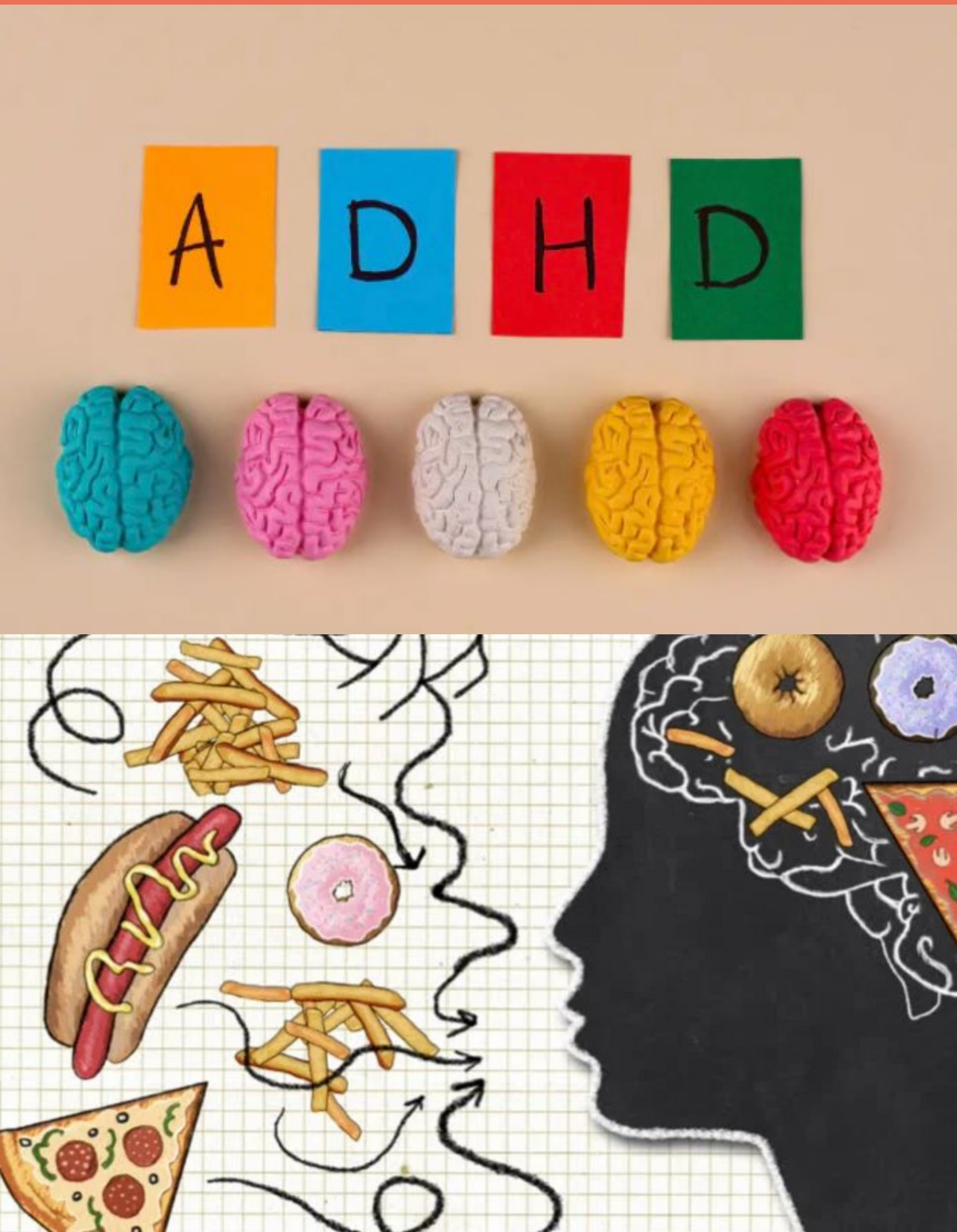


**Discussione e
Conclusioni**



- Nel confronto tra i due casi illustrati, **sovrapponibili per diagnosi di base, comorbidità, sesso ed età**, la sfida è rappresentata dall'individuazione del **sintomo core**
- Il metilfenidato è efficace sulla disregolazione emotiva
- Tuttavia, quando emergono **tratti personologici**, che **deviano la traiettoria evolutiva** l'efficacia della terapia farmacologica con mph risulta **ridotta** con **maggior rischio di drop-out e/o necessità di add-on o switch terapeutico**





Grazie per l'attenzione

