

## Letters to the Editor

### Precedenti neuropsichiatrici infantili in pazienti afferenti ai CSM di Udine e dell'Alto Friuli

#### *Child premorbid impairments in adult psychiatric patients attending Centres for Mental Health of Udine and Alto Friuli, Italy*

##### **Dear Editor:**

La popolazione psichiatrica che affersce ai Centri di salute mentale è costituita in parte da soggetti giovani affetti da patologie psichiatriche severe, il cui esordio si colloca spesso nel corso dell'infanzia e nell'adolescenza (Kessler *et al.*, 2007). A questo proposito, nell'ambito della psicopatologia dello sviluppo, la ricerca degli ultimi anni si è proposta di studiare l'evoluzione dei disturbi psichiatrici infantili nel soggetto adulto, esaminando i fattori di continuità rispetto al quadro clinico insorto in giovane età (Maughan & Kim-Cohen, 2005). Le evidenze rese disponibili dalla letteratura mettono in luce come la prevalenza globale di precedenti psichiatrici infantili in soggetti adulti affetti da patologia mentale sia considerevole. Più precisamente, i disturbi comportamentali costituiscono una delle diagnosi più frequenti e rappresentano una componente della storia evolutiva di tutti i disturbi psichiatrici dell'adulto, come dimostrano nello studio longitudinale di Kim-Cohen *et al.* (2003). In particolare, il disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività (ADHD) costituisce un importante predittore di psicopatologia nell'adulto (Faraone *et al.*, 2006). La schizofrenia ad esordio infantile è, al contrario, piuttosto rara: colpisce infatti solo lo 0,01% dei bambini (Renschmidt & Theisen, 2005) e conduce ad un progressivo deterioramento nello sviluppo mentale, con conseguenti riflessi negativi sulla prognosi del disturbo nel lungo termine.

Per quanto riguarda gli accessi per disturbi dell'umore, molti studi hanno dimostrato la presenza di disturbi depressivi nell'età evolutiva e la presenza di un *continuum* temporale e psicopatologico fra lo spettro depressivo infantile e quello adulto (Lewinsohn *et al.*, 2000). In riferimento ai

disturbi bipolari, l'insorgenza di episodi maniacali prima dei 10 anni è infrequente e la diagnosi risulta spesso difficile e sovrapponibile ad altri quadri morbosi, quali l'ADHD e i disturbi della condotta. Per lo spettro dei disturbi d'ansia, è stato riscontrato che in soggetti con una storia di ansia infantile è rilevabile una percentuale maggiore di psicopatologia in età adulta (Brückl *et al.*, 2007). Inoltre, tra coloro che da adulti presentano una diagnosi per disturbo d'ansia, si riscontrano dei fattori di rischio eziopatogenetici nell'età evolutiva, che includono l'ADHD, i disturbi della condotta e la depressione adolescenziale.

Nonostante il crescente interesse per la ricerca nel settore neuropsichiatrico infantile, in Italia non esistono ancora molti studi focalizzati sull'analisi di correlazione tra disturbi psichiatrici insorti in età evolutiva e quelli comparsi in età adulta. Infatti, le ricerche effettuate hanno indagato soprattutto la relazione tra psicopatologia nell'adulto e stile di attaccamento o storia di abuso durante l'infanzia.

In questo studio, ci siamo proposti di:

- 1) identificare una popolazione di soggetti di età giovane adulta con patologia psichiatrica in atto afferente ai Centri di Salute Mentale del Friuli;
- 2) indagare retrospettivamente quanti dei soggetti selezionati presentarono una storia di disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva, valutandone le caratteristiche socio-demografiche e cliniche.

##### **METODI**

Lo studio si è svolto in due fasi. Nella prima, è stata effettuata una ricerca sistematica d'archivio presso i

Centri di Salute Mentale (CSM) di Udine e dell'Alto Friuli, allo scopo di identificare tutti i pazienti psichiatrici nati tra il 1970 e il 1985 seguiti attivamente da tali servizi al momento dell'indagine. Di questi pazienti sono stati ricavati in prima istanza i dati anagrafici (Codice Regione Assistenza sanitaria, nome, cognome, età, sesso). Nella fase successiva, l'elenco risultante di pazienti è stato incrociato con le liste dei pazienti rese disponibili dai Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale di Udine e del Centro 'La Nostra Famiglia' di Pasian di Prato che sono gli unici Servizi per la psicopatologia dello sviluppo presenti ad Udine e nell'Alto Friuli. Dei soggetti con precedenti neuropsichiatrici identificati retrospettivamente sono state ricavate, tramite ricerca d'archivio, informazioni riguardanti:

- 1) l'assetto socio-demografico (età, sesso, scolarità del paziente, stato socio-culturale dei genitori, stato di famiglia);
- 2) l'anamnesi fisiologica (gravidanza, parto, sviluppo auxologico, ritmo sonno-veglia, alimentazione, sviluppo psicomotorio, attaccamento e socializzazione);
- 3) l'anamnesi patologica prossima e remota (psicopatologia attuale secondo i criteri DSM-IV, psicopatologia ad esordio infantile secondo i criteri ICD-10, condizioni mediche associate con sindromi e disturbi psichici e comportamentali);
- 4) l'anamnesi farmacologica (terapie psicofarmacologiche pregresse ed attuali, posologia, durata della terapia);
- 5) le caratteristiche cliniche proprie della psicopatologia infantile (esordio, momento e ragione del primo contatto con la struttura, andamento scolastico, situazione familiare, relazioni interpersonali, interessi, uso di sostanze, fumo, attività sportiva, attività sessuale, attività lavorative). Sono stati infine eseguiti una descrizione epidemiologica del campione ed un confronto delle variabili raccolte nel campione in età infantile e giovane-adulta. Sono stati esclusi dallo studio coloro che presentavano ritardo mentale lieve e superiore, cerebropatie di origine neurologica, disturbi neurologici insorti durante l'infanzia.

Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando il software SPSS 15.0 (SPSS, 2007) ed il software STATA 8.0 (StataCorp LP, Texas); il livello di significatività statistica scelto è stato pari a  $p < 0.05$ . Per verificare le differenze esistenti tra i gruppi di pazienti afferenti ai CSM (Udine Nord, Udine Sud, Gemona; Tolmezzo) sono stati utilizzati il test Chi Quadrato di Pearson (o il test di Fisher) e l'analisi della varianza (One-Way ANOVA), rispettivamente, per il confronto di variabili categoriali e

continue. Inoltre, è stato applicato il test di comparazione multipla di Bonferroni per operare il confronto *post-hoc* di due gruppi per volta.

## RISULTATI

### Analisi descrittive sull'intero campione

Sono stati selezionati complessivamente 589 soggetti con un'età media di 30.08 anni (S.D.=4.25, range: 18-36 anni), di cui 292 erano femmine (47.6%). Di essi, 277 (47.3%) casi erano seguiti dal CSM di Udine Nord, 152 (25.8%) casi dal CSM di Udine Sud, 73 (12.4%) casi dal CSM di Gemona e 87 (14.8%) casi dal CSM di Tolmezzo. Dal confronto tra i quattro gruppi, non emergeva una differenza statisticamente significativa in relazione all'età (ANOVA,  $p=0,084$ , confermato dal test di Bonferroni,  $p>0.05$ ).

Nelle quattro strutture, le patologie psichiatriche più comuni comprendevano schizofrenia, psicosi non altrimenti specificate e sindromi schizoaffettive (64/277 casi = 23.1% delle diagnosi presso CSM di Udine Nord; 26/152 casi = 17.1% presso il CSM di Udine Sud; 25/73 casi = 34.2% presso il CSM di Gemona; 31/87 casi = 35.6% presso il CSM di Tolmezzo). Diversamente, la diagnosi di disturbo del comportamento alimentare era poco frequente, in particolare nel territorio dell'Alto Friuli. Inoltre, si osserva che, dei 589 soggetti considerati, 122 (20.7%) non avevano al momento dell'indagine una diagnosi psichiatrica definitiva (91 casi = 32.8% per il Centro di Udine Nord; 19.7% per Udine Sud; 1.4% per Gemona; 0% per Tolmezzo). Nel complesso, la distribuzione delle diagnosi risultava essere non omogenea tra i vari Centri ( $X^2 = 145.611$ ;  $p < 0.05$ ). (vedi Tabella I). La distribuzione per genere era, invece, piuttosto omogenea ( $X^2 = 4,63$ ,  $p=0,201$ ).

### Analisi descrittive del campione di pazienti con precedenti neuropsichiatrici infantili

Dei 589 soggetti afferenti ai quattro diversi Centri, 26 (4.4% della coorte) presentavano una storia documentata di precedenti disturbi psichiatrici infantili presso i Servizi di Neuropsichiatria Infantile, dove la ragione più frequente del primo contatto era un disturbo della condotta (14 casi, 53.8%) o della sfera emozionale (4 casi, 15.4%). Le caratteristiche socio-demografiche, cliniche e diagnostiche del campione sono descritte nelle Tabelle IIa e IIb.

Tabella I – Distribuzione delle diagnosi nella popolazione identificata dalla ricerca d'archivio presso i servizi territoriali del Medio e dell'Alto Friuli.

	CSM Udine Nord	CSM Udine Sud	CSM Gemona	CSM Tolmezzo	Totale
In attesa di diagnosi/non problemi psichiatrici in atto	91 (32,8)	30 (19,7)	1 (1,4)	0 (0,5)	122 (20,7)
Sindromi Disadattative/reattive/disagio occupazionale	25 (9,0)	15 (9,9)	2 (2,7)	0 (0)	42 (7,1)
Depressione unipolare/bipolare/ciclotimia	30 (10,8)	28 (18,4)	12 (16,4)	19 (21,8)	89 (15,1)
Schizofrenia/psicosi/disturbo schizoaffettivo	64 (23,1)	26 (17,1)	25 (34,2)	31 (35,6)	146 (24,8)
Disturbo di personalità	25 (9,02)	17 (11,2)	12 (16,4)	10 (11,5)	64 (10,9)
Disturbi di ansia/sindromi somatoformi	23 (8,3)	18 (11,8)	13 (17,8)	6 (6,9)	60 (10,1)
Disturbi del comportamento alimentare	3 (1,1)	2 (1,3)	0 (0)	13 (14,9)	18 (3,1)
Disturbo ossessivo-compulsivo/fobie	9 (3,2)	10 (6,6)	2 (2,7)	4 (4,6)	25 (4,2)
Ritardo mentale/deficit cognitivi	4 (1,4)	3 (2,0)	4 (5,5)	2 (2,3)	13 (2,2)
Sindromi da dipendenza (alcool, sostanze)	3 (1,1)	3 (2,0)	2 (2,7)	2 (2,3)	10 (1,7)
<b>Totale</b>	<b>277 (47,0)</b>	<b>152 (25,8)</b>	<b>73 (12,4)</b>	<b>87 (14,8)</b>	<b>589</b>

Tabella IIa – Caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione di soggetti con precedenti neuropsichiatriche infantili.

	media ± DS (N=26)	media ± DS (N=12 maschi)	media ± DS (N=14 femmine)	test statistico
Età attuale	25,5 ± 4,23	26,67 ± 4,81	24,50 ± 3,52	t=-1,323; n.s.
Età all'esordio	12,81 ± 3,07	12,33 ± 2,99	13,21 ± 3,19	t=0,722; n.s.
Età primo contatto	12,31 ± 3,77	12,17 ± 3,56	12,43 ± 4,07	t=0,173; n.s.
Durata terapia antipsicotica <sup>§</sup>	1,38 ± 1,39	1,92 ± 1,44	0,93 ± 1,21	t=-1,902; n.s.
Durata terapia antidepressiva <sup>§</sup>	1,65 ± 1,29	1,42 ± 1,44	1,86 ± 1,17	t=0,861; n.s.
Durata terapia con stabilizzatori dell'umore <sup>§</sup>	0,19 ± 0,57	0,25 ± 0,62	0,14 ± 0,53	z=0,695; n.s.
Durata psicoterapia <sup>§</sup>	2,31 ± 1,59	2,33 ± 1,56	2,29 ± 1,68	t=-0,74; n.s.
Durata di malattia in età adulta <sup>§</sup>	14,50 ± 5,24	12,07 ± 4,01	12,07 ± 4,01	t=-1,309; n.s.

<sup>§</sup>Durata espressa in anni, significatività posta per p<0,05.

Tabella IIb – Distribuzione delle diagnosi DSM-IV nei pazienti adulti con precedenti neuropsichiatriche in età evolutiva in rapporto al genere ed al periodo di nascita.

	1970-1985	1970-1977	1978-1985
In attesa di diagnosi/non problemi psichici in atto	7 (2/5)	2 (1/1)	5 (1/4)
Sindromi Disadattative/reattive/disagio occupazionale	3 (2/1)		3 (2/1)
Depressione unipolare/bipolare/ciclotimia	2 (1/1)		2 (1/1)
Schizofrenia/psicosi/disturbo schizoaffettivo	4 (4/0)	2 (1/1)	2 (2/0)
Disturbo di personalità	2 (0/2)		2 (0/2)
Disturbi d'ansia/sindromi somatoformi	2 (0/2)		2 (0/2)
Disturbo ossessivo-compulsivo/fobie	1 (1/0)		1 (1/0)
Ritardo mentale/deficit cognitivi	4 (2/2)		2 (1/1)
Sindromi da dipendenza (alcool, sostanze)	1 (0/1)		1 (0/1)
<b>Totale</b>	<b>26 (12/14)</b>	<b>4 (2/2)</b>	<b>20 (8/12)</b>

In relazione alle principali tappe dello sviluppo psicomotorio, 7 soggetti (26,9%) avevano un'anamnesi positiva per eventi avvenuti in fase perinatale ed un ritardo nella deambulazione; inoltre, si segnalavano 8 pazienti (30,8%) con storia di ritardo nello sviluppo del linguaggio e 14 pazienti (53,8%) con pregresso deficit nell'apprendimento. Rispetto all'acquisizione del controllo sfinterico, 7 casi (20%) riportavano una storia di enuresi, 1 caso (4%) aveva sofferto di encopresi ed un altro caso

(4%) aveva avuto entrambe le problematiche. Dal punto di vista neurologico, solo 4 soggetti (15,4%) presentavano in anamnesi un disturbo neurologico; in particolare, solo un paziente (3,8%) aveva una storia di epilessia e due casi (7,7%) riportavano tics o balbuzie in età evolutiva. Nessun paziente aveva lamentato disturbi sensoriali. I pazienti con una storia di abuso di sostanze (4 casi, 15,4%) o di abuso alcolico (2 casi, 7,7%) costituivano una minoranza.

In merito al livello di socializzazione in infanzia, si osserva una carenza nello sviluppo delle abilità relazionali in 14 casi (53.8%); invece, lo status socio-economico era sufficiente-buono in 18 soggetti (69.2%). In dettaglio, il titolo di studio del padre riscontrato più di frequente era quello di diploma di licenza media superiore (in 6 casi, 23.1%); per la madre erano più comuni il diploma di licenza media inferiore e superiore (7 casi ciascuno, 26.9%).

Un gruppo di 15 pazienti (57.7%) aveva un'anamnesi familiare positiva per patologia psichiatrica. Infine, relativamente all'avvento di eventi di vita stressanti, per la maggior parte dei pazienti (6 casi, 23.1%) si era verificata la separazione dei genitori o un genitore era stato colpito da patologia (6 casi, 23.1%). In seconda battuta, si segnalavano 5 casi (19.2%) di maltrattamento o abuso. Inoltre, in 5 casi (19.2%) si erano manifestate problematiche sociali od economiche di rilievo ed altri 3 soggetti (11.5%) riferivano una discontinuità del rapporto con i genitori (allontanamento e/o affidamento a terzi). Meno comuni l'abbandono (1 caso, 3.8%) e l'istituzionalizzazione (2 casi, 7.7%). Solo in 2 dei pazienti indagati (7.7%) si segnalava la perdita di un genitore quale evento di vita stressante.

### **Confronto tra pazienti di sesso maschile e femminile con storia di precedenti neuropsichiatrici in età evolutiva**

Il campione di soggetti adulti con precedenti neuropsichiatrici è stato suddiviso in due sottogruppi in base al genere di appartenenza (12 maschi vs. 14 femmine). Essi sono stati dapprima comparati per le variabili socio-demografiche e cliniche già elencate in Tabella IIa e per distribuzione delle diagnosi di psicopatologia infantile secondo i criteri ICD-10. Dalle analisi effettuate, i due gruppi differivano in modo statisticamente significativo solamente rispetto all'abuso di sostanze ( $X^2=5.15$ ;  $p=0.019$ ) (4 casi, 33.3% tra i maschi (33.3%) e 0 tra le femmine).

Infine, abbiamo effettuato un'analisi ulteriore dividendo il campione dei 26 pazienti in due sottocampioni, in funzione del periodo di nascita (1970-1977 e 1978-1985) (vedi Tabella IIb). Di 2/26 pazienti non disponevamo di informazioni rispetto all'anno di nascita, per cui sono stati esclusi dall'analisi. Dal loro confronto, emergeva che i pazienti adulti con precedenti neuropsichiatrici erano più numerosi nel sottocampione 1978-1985 (20 soggetti). Non vi erano differenze statisticamente significative per età e ragioni di primo contatto, età di esordio,

durata delle terapie farmacologiche, della psicoterapia e di malattia in età adulta, distribuzione di genere e delle diagnosi DSM-IV di patologia psichiatrica in età adulta.

### **DISCUSSIONE**

Sulla base dei risultati di questo studio, si evidenziano dei tassi di prevalenza di disturbi neuropsichiatrici infantili piuttosto bassi nell'ambito di una grande coorte di soggetti giovani adulti affetti da patologia psichiatrica. Alla luce di questo rilievo, si possono formulare due principali ipotesi. Primo, la scarsa presenza di Servizi di Neuropsichiatria Infantile nell'Alto Friuli avrebbe potuto limitare l'identificazione di patologie psichiatriche ad esordio infantile ed il conseguente monitoraggio della sua evoluzione nel corso dello sviluppo. Come seconda possibilità, la valutazione non adeguata dei sintomi psicopatologici dei bambini da parte del medico di famiglia o del pediatra o la sottovalutazione degli stessi da parte dei familiari potrebbe aver condotto ad una sottostima dei casi da inviare ai servizi competenti (Balestrieri *et al.*, 2007).

Tuttavia, è possibile ipotizzare che i ridotti tassi di prevalenza di patologia neuropsichiatrica infantile del nostro campione siano dovuti a bassi tassi di prevalenza nella popolazione italiana rispetto a quelli di altri Paesi. D'altra parte, è necessario sottolineare come la variabilità dei tassi di prevalenza dei disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva dipenda molto da differenze metodologiche nell'acquisizione dei dati epidemiologici, piuttosto che da reali disuguaglianze geografiche e culturali (Belfer, 2008). Tale eterogeneità potrebbe anche essere legata a cambiamenti temporali nelle modalità di rilevazione diagnostica, che può aver portato ad una maggiore attenzione verso le manifestazioni di disagio psichico infantile negli ultimi anni. Verosimilmente, ciò spiegherebbe perché, nel nostro campione, i soggetti più giovani costituiscono la maggioranza dei pazienti con precedenti neuropsichiatrici riconosciuti.

Dall'analisi delle informazioni raccolte si rileva che i pazienti adulti si erano presentati all'attenzione dei Servizi di Neuropsichiatria infantile soprattutto in seguito alla manifestazione dei disturbi della condotta e della sfera emotiva. Tali problematiche, accanto alle forme di ritardo mentale, possono condurre all'isolamento ed alla riduzione dell'affettività (Miller, 2007).

La comune presenza di eventi traumatici sopraggiunti in epoca perinatale nel campione depone per l'esistenza di un'associazione tra complicanze alla nascita e psicopatologia infantile (soprattutto ADHD, autismo ed altri disturbi pervasivi dello sviluppo; si veda Zappitelli *et al.*,

2001). Problematiche relative al controllo sfinterico sono emerse in quasi un terzo dei casi; le evidenze scientifiche rilevano come l'enuresi e/o l'encopresi siano associate alla comparsa di turbe comportamentali ed emotive (Van Hoecke *et al.*, 2006). Infine, due terzi dei soggetti appartenevano a famiglie in cui i genitori avevano un buon livello socio-culturale; probabilmente, questo avrebbe consentito ai genitori di disporre di maggiori strumenti interpretativi per l'individuazione di anomalie comportamentali e psichiche nella prole. A sostegno di tali ipotesi, vi è la sovrapposizione tra età di esordio della sintomatologia ed età di primo contatto con i servizi specialistici: ciò suggerisce, infatti, la tempestività della richiesta di intervento da parte di familiari sensibili, nel momento in cui il disturbo diventa conclamato. Inoltre, la durata maggiore del trattamento psicoterapico rispetto alle forme di trattamento psicofarmacologico orienta verso un tipo di intervento finalizzato a gestire sul lungo termine il disagio del bambino ed i suoi riflessi sulle dinamiche familiari.

Il nostro studio ha messo in luce aspetti problematici, che possono aver influito sui risultati della nostra indagine. In primo luogo, la scarsa condivisione delle informazioni anamnestiche è paradigmatica di un ridotto dialogo tra le diverse strutture che si occupano di patologie infantili ed i Servizi psichiatrici per l'adulto. Inoltre, anche lo scarso coinvolgimento delle strutture educative e ricreative per l'infanzia e l'adolescenza, dove spesso il disagio psichico si manifesta in prima battuta, potrebbe limitare la disponibilità di informazioni di base, rendendo più difficile l'inquadramento diagnostico. Alla luce di ciò, dunque, la necessità di migliorare l'organizzazione delle informazioni attraverso l'informatizzazione dei dati clinici raccolti, in modo da ridurre la dispersione e favorirne la condivisione tra le diverse figure professionali coinvolte nella gestione dei casi. La raccolta sistematica dei dati consentirebbe, inoltre, il monitoraggio longitudinale delle condizioni cliniche dell'utente, e, quindi, una più accurata sorveglianza epidemiologica dell'evoluzione in età adulta della psicopatologia infantile. Infatti, proprio l'assenza di un'adeguata registrazione dei dati non ha permesso di operare un'analisi importante nel contesto del nostro studio, finalizzata al confronto socio-demografico e clinico della coorte complessiva e del piccolo campione con precedenti neuropsichiatriche. Ciò costituisce una delle principali limitazioni del presente lavoro.

La rilevazione dei casi, infine, non può prescindere dal grado di sensibilizzazione dei pediatri e dei medici di famiglia rispetto alla rilevazione di sintomi indicativi di psicopatologia dell'età evolutiva (Foy & Earls, 2005).

In conclusione, la precoce identificazione dei bambini con patologie psichiatriche, lo sviluppo di strategie di prevenzione per l'età evolutiva, la maggiore collaborazione tra pediatra e medicina di base e Neuropsichiatria Infantile (Killackey *et al.*, 2007; Kim-Cohen *et al.*, 2003) sono gli obiettivi principali da raggiungere per migliorare l'efficacia degli interventi e la risposta dei servizi all'esordio del disturbo psicopatologico e per garantire un valido supporto alle famiglie degli utenti (Schomerus & Angermeyer, 2008).

**Monica Baiano\***  
**Franco Fabbro\*\***  
**Matteo Balestrieri\***  
**Valentina Pera\***  
**Silvana Cremaschi\*\*\*\*\***  
**Mario Novello\*\*\*\***  
**Tiziana Gon\*\*\***  
**Renzo Bonn\*\*\*\***  
**Angela Bertoni\*\*\*\***  
**Michela Pascolo\***  
**Paolo Brambilla\*,\*\***

\*Dipartimento di Patologia  
e Medicina Sperimentale e Clinica,  
Sezione di Psichiatria,  
Università di Udine,  
Policlinico Universitario,  
Via Colugna 50, 33100 Udine  
Fax: +39-0432-54.5526  
E-mail: paolo.brambilla@uniud.it

\*\*IRCSS "E. Medea", Piasan di Prato, Udine  
\*\*\*DSM ASS 3 "Alto Friuli",  
Regione Friuli Venezia-Giulia  
\*\*\*\*DSM ASS 4 "Medio Friuli",  
Regione Friuli Venezia-Giulia  
\*\*\*\*\*SOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza  
ASS 4, Regione Friuli Venezia Giulia

Received 17.06.08

Revised version received 29.09.08

Accepted on 01.10.08

## BIBLIOGRAFIA

- Balestrieri M., Baldacci S., Bellomo A., Bellantuono C., Conti L., Pertugi G., Cardini M., Borbotti M. & Viegi G. (2007). Clinical vs. structured interview on anxiety and affective disorders by primary care physicians. Understanding diagnostic discordance. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 16, 144-151.
- Belfer M.L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49, 226-236.

- Brückl T.M., Wittchen H.U., Höfler M., Pfister H., Schneider S. & Lieb R. (2007). Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: results from a community study. *Psychotherapy and Psychosomatics* 76, 47-56.
- Faraone S.V., Biederman J., Spencer T., Mick E., Murray K., Petty C., Adamson J.J. & Monuteaux M.C. (2006). Diagnosis adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid? *American Journal of Psychiatry* 163, 1720-1729.
- Foy J.M. & Earls M.F. (2005). A process for developing community consensus regarding the diagnosis and management of attention-deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics* [online]. Retrieved January 4, 2005, from <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/115/e97>.
- Kessler R.C., Amminger G.P., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Lee S. & Ustün T.B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry* 20, 359-364.
- Killackey E., Yung A.R. & McGorry P.D. (2007). Early psychosis: where we've been, where we still have to go. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 16, 102-108.
- Kim-Cohen J., Caspi A., Moffitt T.E., Harrington H., Milne B.J. & Poulton R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry* 60, 709-717.
- Lewinsohn P.M., Rohde P., Seeley J.R., Klein D.N. & Gotlib I.H. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *American Journal of Psychiatry* 157, 1584-1591.
- Maughan B. & Kim-Cohen J. (2005). Continuities between childhood and adult life. *British Journal of Psychiatry* 187, 301-303.
- Miller A. (2007). Social neuroscience of child and adolescent depression. *Brain and Cognition* 65, 47-68.
- Remschmidt H. & Theisen F.M. (2005). Schizophrenia and related disorders in children and adolescents. *Journal of Neural Transmission* 69, 121-141.
- Schomerus G. & Angermeyer M.C. (2008). Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 17, 31-37.
- Van Hoecke E., De Fruyt F., De Clercq B., Hoebeke P. & Walle J.W. (2006). Internalizing and externalizing problem behaviour in children with nocturnal and diurnal enuresis: a five-factor model perspective. *Journal of Pediatric Psychology* 31, 460-468.
- Zappitelli M., Pinto T. & Grizenko N. (2001). Pre-, peri-, and postnatal trauma in subjects with attention-deficit hyperactivity disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 46, 542-548.