

Dai disturbi del comportamento ai disturbi di personalità', traiettorie di sviluppo e diagnosi in età evolutiva

Costa Stefano, *UO Psichiatria e Psicoterapia Età Evolutiva, Area dipartimentale NPIA, DSM-DP, AUSL di Bologna*

Stefano.Costa@ausl.bo.it – tel. 0516478305 – fax. 0516478141

Inviato il 15.4.2015 accettato il 29.4.2015

Riassunto

I disturbi del comportamento (DC) in età evolutiva risultano frequentemente sintomi precoci di una successiva diagnosi di Disturbo di Personalità (DP).

Viene analizzata in una casistica di adolescenti con DC la sintomatologia precedente alla diagnosi e l'evoluzione successiva dei pazienti, in età adulta.

Su 101 pazienti, il 76% presentava sintomi precoci; dei 41 pazienti maggiorenni, il 33% ha ricevuto diagnosi di DP.

L'esordio precoce e la presenza di difficoltà familiari sono i fattori di rischio più significativi.

Abstract

Frequently Conduct Disorders (CD) we diagnose in childhood and adolescence are an early clinical manifestation of a subsequent Personality Disorder (PD).

A clinical group of adolescents diagnosed as CD patients, was analysed in order to pick up symptoms which were present before the CD diagnosis was done, and to study their the following development of these patients till they became adults.

75% out of CD patients showed early symptoms , while 33% out of 41 adult patients we found had a PD diagnosis.

Early onset of CD and family problems are the most relevant developmental risks.

Introduzione

Secondo l'OMS i disturbi della condotta tendono a verificarsi assieme ad una varietà di altri problemi gravi come scarso rendimento scolastico, problemi da adulti in relazioni affettive e nel lavoro, uso di sostanze, disturbi d'ansia e depressione.

I costi sociali ed economici del disturbo della condotta sono elevati: includono i costi di trattamento, della giustizia e del sistema penale, i servizi sociali, l'insuccesso scolastico ed i costi emotivi ed economici per le vittime e per le famiglie. La stima, nel 2004, dei costi medi annuali di un bambino con diagnosi di disturbo della condotta era di 25 806 dollari USA.(1)

I soggetti con disturbo della condotta sono a rischio di sviluppare disturbi dell'umore, d'ansia, discontrollo degli impulsi, disturbi psicotici, disturbi da sintomi somatici e correlati all'uso di sostanze.

Nell'ottica della psicopatologia dello sviluppo una delle questioni è se considerare quindi i disturbi della condotta come manifestazioni iniziali di un disturbo psicopatologico che poi, da adulti, sarà codificato come disturbo psichiatrico, fra cui, in particolare, disturbo di personalità.

L'altro aspetto di rilievo è determinare quanto influisce l'ambiente nel causare o influenzare il decorso, rispetto allo strutturarsi del disturbo in età adulta.

Un elemento analizzato in letteratura, a questo proposito, è quello dell'accumulo di fattori di rischio.

Gatti (2) afferma, ad esempio, che la presenza di sei o più fattori di rischio a 10 anni moltiplica di dieci volte la probabilità di una condotta violenta a 18 anni.

Secondo l'autore l'alcolismo e l'abuso di droga sono le condizioni maggiormente associate alla delinquenza; inoltre la giovane età e la bassa scolarità della madre sono i migliori predittori di un elevato comportamento aggressivo persistente nell'infanzia e nell'adolescenza, mentre avere amici ben socializzati riduce il coinvolgimento in comportamenti antisociali.

Più recentemente, Pardini e colleghi (3) affermano che i giovani che sviluppano un disturbo della condotta spesso hanno difficoltà da lunga data legate a deficit dell'attenzione, disturbo oppositivo, spesso vengono da famiglie con problemi antisociali o difficoltà educative, inoltre spesso sperimentano difficoltà scolastiche e con i coetanei.

Gli autori concludono considerando che "questo accumulo di fattori di rischio impedisce di compiere importanti passaggi evolutivi".

Il DSM V(3) individua, per i disturbi della condotta, sia fattori di rischio, sia elementi definiti come "modificatori di decorso".

Fra i fattori di rischio sono annoverati elementi temperamentali (ritardo cognitivo), ambientali (familiari: pratiche educative incoerenti, rifiuto da parte dei coetanei), genetici e fisiologici.

Come modificatore del decorso si afferma che "la persistenza è più probabile per il sottotipo con esordio nell'infanzia", e viene citata anche la concomitanza di disturbo dell'attenzione e abuso di sostanze.

In relazione ai dati epidemiologici anche il genere, maschile o femminile, è un elemento analizzato dal punto di vista prognostico.

Odgers e colleghi (5) affermano che durante l'infanzia, sia femmine e maschi che svilupperanno un disturbo della condotta (DC) persistente, presentano fattori di rischio

sociali, familiari e dello sviluppo neurologico, mentre questo non accade per i pazienti con esordio adolescenziale. Anche se sono più i maschi delle femmine a sviluppare un DC persistente, vi sono somiglianze rispetto alle traiettorie di sviluppo di comportamenti antisociali, alle loro origini infantili e alle conseguenze da adulti.

Sempre rispetto alle differenze di genere, Pol van Lier (6) e colleghi rilevano che l'evoluzione in un DC deviante risulta preceduta da disturbo oppositivo e ADHD nelle femmine, e solo da disturbo oppositivo nei maschi.

Sui fattori predittori di esito nelle traiettorie evolutive dei DC, Fontaine e colleghi affermano che vi sono pochi studi che analizzano lo sviluppo dei tratti callosi-anemozionali in associazione longitudinale con i disturbi della condotta e, studiando oltre 9000 bambini dai 7 ai 12 anni, rilevano che elementi predittori negativi risultano essere l'iperattività, le difficoltà educative genitoriali e ambientali.(7)

Una ulteriore questione rispetto ai "modificatori di decorso" è se sia da considerare, fra essi, anche la terapia, come elemento che può influenzare l'esito prognostico.

A questo proposito il Manuale Diagnostico Psicodinamico (8) afferma: "le ricerche dimostrano che se i ragazzi con disturbo della condotta e le loro famiglie non ricevono un trattamento tempestivo ed integrato è probabile che continueranno ad avere problemi."

Ancora più chiaramente le Linee Guida NICE (9) affermano: "La prevenzione selettiva e l'intervento precoce possono aiutare a ridurre la probabilità del bambino di sviluppare problemi comportamentali più complessi".

Lo standard di qualità dei trattamenti dovrebbe contribuire a conseguire i seguenti risultati: benessere emotivo dei bambini e dei giovani, di genitori e accompagnatori; ridurre il contatto con il sistema di giustizia minorile, curare il livello di istruzione - occupazione o di formazione.

In Italia gli studi relativi all'età evolutiva sono scarsi; per questo nel 2010-2011 la Sezione Psichiatria della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza ha promosso uno studio multicentrico (10) coinvolgendo 9 servizi in diverse regioni italiane al fine di verificare la presenza di quadri diagnostici di disturbo di personalità in età evolutiva (a partire dai 13 anni) e di rilevare, nelle traiettorie di sviluppo, quali elementi sintomatologici fossero presenti nelle storie anamnestiche.

La casistica è risultata composta da 162 pazienti con disturbo di personalità ed età maggiore di 13 anni; 90 femmine (55%) e 72 maschi (45%), l'età media in cui è stata posta diagnosi di disturbo di personalità è di 15,5 anni.

In anamnesi sono state rilevate:

- alta frequenza di eventi negativi di vita (secondo l'Asse V dell'ICD), pari al 41,9%,
- sintomatologia esternalizzante al primo accesso ai Servizi ambulatoriali di NPIA nel 27% dei casi,
- problemi apprendimento nell'11% dei casi,
- il 52,4% dei pazienti risultava seguito dai Servizi Sociali.

Mediante l'analisi statistica fu dimostrato che esistono segnali precoci predittivi di sviluppo di disturbo di personalità ed in particolare è stata individuata una costellazione sintomatologica con sintomatologia esternalizzante al primo accesso ai Servizi di NPIA, unita isolamento sociale, uso di sostanze e ad una presa in carico da parte dei Servizi Sociali.

Gli autori affermano che il Disturbo di Personalità viene diagnosticato in adolescenza, già prima dell'età fissata dagli attuali criteri nosografici; risulta inoltre la possibilità di evidenziare una serie di segnali precoci che, uniti ad aspetti ambientali, possono identificare ragazzi a rischio di sviluppare DP e quindi possono consentire di attivare programmi di intervento di prevenzione secondaria.

L'importanza di una individuazione precoce dei casi a rischio evolutivo ha raggiunto una mole di evidenze tale che, a partire dalle linee guida internazionali e dalle considerazioni emerse nei vari studi, sono state elaborate a livello locale (regionale) e nazionale linee guida che ne recepiscono le indicazioni, in particolare in merito alla attivazione di percorsi di valutazione e presa in carico per disturbi del comportamento uniti ad alcuni fattori di rischio.

Le Linee di Indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità della Regione Emilia-Romagna (11), deliberate nel 2013, ad esempio, affermano al riguardo: "I disturbi di personalità (DP) in età evolutiva sono una realtà clinica presente e spesso clinicamente rilevante, soprattutto in adolescenza. Pattern di personalità che includono aggressività, strategie di coping non flessibili e attaccamento insicuro sono sempre più frequenti nell'infanzia e spesso evolvono in comportamenti persistenti e in caratteristiche correlate a successivi disturbi, come depressione, uso di droghe e comportamento antisociale e criminale. L'attuale sistema di codifica dell'OMS (ICD-10), però non prevede una attribuzione di questi quadri diagnostici se non dopo i 16-17 anni.

In particolare, bambini con un disturbo della condotta sono maggiormente a rischio di incorrere in disturbi esternalizzati, abuso di alcool e droghe e personalità antisociale. Un disturbo del comportamento ed elevati livelli di iperattività possono essere considerati fattori predittivi di successivi disturbi di personalità in adolescenza."

E proprio in considerazione delle difficoltà diagnostiche vengono fornite indicazioni in merito ai quadri clinici e sintomatologici da considerare a rischio evolutivo e, quindi, da valutare con particolare attenzione: "Si evidenzia la necessità di estendere il percorso di diagnosi, cura ed eventuale passaggio alla Psichiatria adulti, non solo per i ragazzi con una diagnosi di Disturbo di Personalità (dai dati regionali ne risultano pochi), ma – data la difficoltà a porre diagnosi di DP in età evolutiva – anche ad alcuni quadri clinici di consistente gravità (in particolare in aggiunta ad un uso di sostanze e a un abbandono del percorso scolastico) che vengono indicati come possibili precursori di DP.

Vengono suggeriti i seguenti codici ICD-10:

- F92 disturbi misti della condotta e delle emozioni
- F90.1 disturbo ipercinetico della condotta
- F91.1 disturbo della condotta con ridotta socializzazione
- F91.3 disturbo oppositivo provocatorio

Per i quadri descritti, a partire dai 16 anni, è quindi opportuno attivare un approfondimento diagnostico ed eventualmente il percorso diagnostico trattamentale oggetto dei seguenti indirizzi."

Le stesse indicazioni, comprendenti i codici ICD-10 da considerare come "possibili precursori di disturbi di personalità", sono state più recentemente riportate anche a livello nazionale nel documento "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità" (12) approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 13 novembre 2014.

Scopo di questo lavoro è analizzare, in una casistica clinica, le traiettorie evolutive del disturbo della condotta dall'età evolutiva all'età adulta, con particolare attenzione agli elementi sintomatologici ed ambientali rilevabili nei primi anni di vita e al successivo sviluppo nel follow-up dopo il compimento della maggiore età.

Materiali e Metodi

Sono stati analizzati i casi con diagnosi di disturbo della condotta afferiti all'UO Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva, servizio dedicato all'urgenza psichiatrica dell'Area Dipartimentale NPIA di Bologna che risponde a tutta l'area metropolitana.

E' bene precisare quindi che si tratta di casi gravi, visto che l'accesso al Servizio è previsto o come secondo livello rispetto ai servizi ambulatoriali territoriali di NPIA, o su invio del Pronto Soccorso.

Nella casistica individuata sono stato quindi ricercati:

- precedenti contatti nei Servizi di NPIA territoriali nell'infanzia,
- successivi contatti (per i maggiorenni) nei Servizi di Psichiatria Adulti.

Sono state inoltre analizzate altre variabili relative a: fattori di rischio (derivati dal DSM-V), elementi di trattamento e misura di esito (attuata con la scala di valutazione CGAS).

Mediante l'analisi statistica eseguita con test del chi quadrato è stata analizzata la significatività della dipendenza fra le diverse variabili indagate per individuare elementi predittivi sull'esito delle traiettorie di sviluppo.

Risultati

Sono stati analizzati i casi afferiti nell'arco di cinque anni, dal 2009 al 2013 all'UO Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva (PPEE).

L'UO PPEE accoglie utenti fino ai 18 anni di età con quadri psicopatologici gravi e/o urgenti su invio dei servizi ambulatoriali territoriali o dei Pronto Soccorso; in particolare si occupa di tentati suicidi, agiti autolesivi, scompensi psicotici, scompensi depressivi e disturbi dirompenti del comportamento. Ai pazienti viene offerto un trattamento intensivo, integrato, multi professionale, della durata media di un anno.

La casistica totale risulta composta da 557 pazienti; di questi 101 (18%) hanno diagnosi di disturbo della condotta e sono stati quindi inclusi nello studio.

Dei 101 pazienti con disturbo della condotta, l'età media è di 13 anni ed il 78% sono maschi.

Indagando se vi fosse stata una presa in carico nei servizi territoriali ambulatoriali precedente all'accesso presso l'UO PPEE, risulta che 77 casi (76%) erano stati seguiti da bambini; l'età media di accesso ai servizi ambulatoriali di NPIA è di 7 anni; il 53,7% dei casi (54) ha avuto un accesso ai servizi territoriali di NPIA entro i 10 anni di età.

Le diagnosi prevalenti codificate al primo accesso erano: disturbo misto della condotta e delle emozioni, disturbo delle abilità scolastiche, ADHD, disturbo oppositivo. Frequentemente vengono segnalate difficoltà genitoriali.

Un caso fu visto a 4 anni nel Centro Clinico Prima infanzia (servizio dell'AUSL di Bologna per la fascia 0-5 anni) dove fu posta diagnosi di: "Disturbo misto della condotta e della sfera emozionale, sollecitazioni genitoriali gravemente inappropriate".

Nel momento della valutazione presso l'UO PPEE (età media 13 anni) risulta che il 40% dei pazienti ha una diagnosi in comorbidità con il DC (essenzialmente disturbi ansioso-depressivi) e 15 (14%) pazienti non riescono a frequentare la scuola; in 43 casi (42,5%) si rileva inoltre una situazione familiare difficile ed in particolare carente dal punto di vista educativo.

L'intervento terapeutico erogato è un trattamento intensivo multi professionale; comprende innanzitutto una valutazione psicodiagnostica, quindi, colloqui individuali, trattamento rivolto ai genitori, intervento educativo e, nel 41% dei casi, anche un trattamento farmacologico.

L'esito del trattamento è stato valutato mediante la variazione del punteggio della scala CGAS che valuta il funzionamento sociale; risulta che:

- il punteggio medio all'ingresso era di 57,

- il punteggio medio alla dimissione era di 62,

- 29 pazienti (18,7%) hanno avuto un miglioramento di oltre 10 punti della scala.

Considerando che la media di variazione in miglioramento della casistica generale seguita dall'unità operativa è del 40% e che quadri come i disturbi depressivi hanno una percentuale di miglioramento del 58%, emerge la gravità e la complessità del quadro clinico di disturbo della condotta in età evolutiva e la sua relativa stabilità.

Rispetto all'evoluzione clinica da adulti, 51 casi al momento dello studio hanno compiuto la maggiore età; di questi risulta che 21 (41,7%) sono seguiti dai Servizi di Psichiatria Adulti; 10 di questi 21 (47,6%) avevano avuto un accesso ai servizi di NPIA prima dei 10 anni di età.

Analizzando alcuni indici di funzionamento sociale, risulta che di questi 21 pazienti:

- Nessuno ha conseguito un titolo di studio di scuola superiore,
- Solo due hanno una occupazione lavorativa,
- Sei sono collocati fuori dalla famiglia.

Con il test del chi quadrato è stata analizzata la dipendenza fra alcuni indicatori di esito (positivo: miglioramento della scala CGAS (+10) - negativo: mantenimento di presa in carico a cura della Psichiatria Adulti per i maggiorenni) ed i seguenti fattori di rischio individuati secondo le indicazioni del DSM-V e della letteratura internazionale:

- genere maschile,
- precoce presa in carico nei servizi di NPI,
- presenza di situazioni familiari difficili,
- diagnosi di ADHD in comorbidità.

Sono così state individuate due relazioni di dipendenza statisticamente significative.

Il primo fattore di rischio individuato è la precocità della sintomatologia: la presa in carico precoce (entro i 10 anni) nei servizi NPIA è in relazione con un mancato miglioramento nel punteggio della scala CGAS: migliorano quindi maggiormente i pazienti con esordio più tardivo della sintomatologia ($p = 0,05$)

Inoltre la presa in carico precoce (entro i 10 anni) nei servizi NPIA risulta anche in relazione con la difficoltà dei pazienti ad andare a scuola, ($p = 0,0006$).

Il secondo fattore di rischio individuato è la presenza di difficoltà familiari, in particolare di tipo educativo che risulta in relazione con la presa in carico da parte dei Servizi di Psichiatria Adulti per i maggiorenni: le difficoltà intrafamiliari risultano quindi un fattore di rischio significativo per il permanere di un disturbo da trattare (età media 20 aa.), ($p = 0,0003$).

Non sono invece risultati fattori significativi nel determinare l'esito il genere maschile e la co-diagnosi di ADHD.

Conclusioni

Le traiettorie di sviluppo dei Disturbi della Condotta in età evolutiva sono influenzate, secondo gli studi di letteratura, sia da fattori individuali -costituzionali, sia da fattori ambientali.

Nei diversi lavori citati emergono due aspetti di interesse: da un lato il concetto dell'accumulo di fattori di rischio, come elemento ostacolante rispetto ad un normale percorso evolutivo, e dall'altro il concetto di modificatori di decorso (che possono intendersi anche in senso protettivo).

Nello studio dei dati della casistica presentati, l'analisi statistica attesta una conferma dell'importanza sia degli aspetti costituzionali – individuali (come la precocità di esordio della sintomatologia), sia degli aspetti ambientali (come le difficoltà familiari, in particolare in ambito educativo).

L'altro elemento che emerge in modo evidente è la gravità del quadro clinico del Disturbo della Condotta in età evolutiva: tale quadro, infatti, presenta una percentuale di miglioramento sensibilmente inferiore a quella della casistica generale di tutti i disturbi psicopatologici presi in carico e, rispetto ai casi passati in carico ai Servizi di Psichiatria Adulti, mostra un basso funzionamento sociale con molteplici problematiche nei diversi indici analizzati.

Rimane da chiarire il ruolo della presa in carico, intesa come trattamento intensivo multiprofessionale, come possibile modificatore di decorso; per poter fare questo sarebbero necessari sia studi longitudinali che confrontino diversi modelli di trattamento, sia – soprattutto – la possibilità di attivare tempestivamente percorsi di presa in carico intensivi, quando siano presenti alcuni dei fattori di rischio individuati; si potrebbero trattare così in modo appropriato i bambini fin dai primi anni in cui inizia a manifestarsi la psicopatologia e non solo in età adolescenziale quando, ad esempio, sono già presenti difficoltà di funzionamento sociale rilevanti e non facilmente recuperabili, come l'abbandono scolastico.

A conferma di quanto affermato dal Rapporto dell'OMS sui disturbi mentali, anche nella nostra casistica si rileva un'elevata percentuale di pazienti con numerosi fattori di rischio e difficoltà nel percorso evolutivo (ad esempio nel percorso scolastico) che, come citato dall'OMS, esitano in elevati costi sociali di questi quadri patologici.

Un terzo dei pazienti maggiorenni in carico ai Servizi di Psichiatria Adulti, che presentavano disturbo della condotta in età evolutiva, riceve diagnosi di Disturbo di

Personalità.

Per quanto riguarda i fattori che influenzano traiettorie evolutive, in accordo col DSM-V, la casistica analizzata conferma che un'alta percentuale (76%) di disturbi della condotta di adolescenti ha una sintomatologia rilevante già in infanzia (il 53% prima dei dieci anni) e che l'esito precoce si correla ad una peggiore prognosi.

L'altro fattore di rischio risultato particolarmente significativo (citato dal DSM-V come "modificatore del decorso") è la presenza di difficoltà intrafamiliari, in particolare in ambito educativo.

L'elevata percentuale di diagnosi in "comorbidità" riscontrata e la variazione nosografica nel tempo del disturbo della condotta, motivano la necessità di studiare e trattare i diversi fattori che possono condurre a strutturare quadri psicopatologici gravi come disturbi di personalità, ivi compresa la presa in carico.

Il riconoscimento precoce dei quadri a rischio evolutivo e la conseguente attivazione di percorsi di valutazione e presa in carico, così come previsto dalle linee guida citate non solo a livello internazionale, ma anche nazionale e locale, può contribuire alla costruzione di percorsi di cura più appropriati ed alla diminuzione dei costi individuali e sociali collegati alla cattiva prognosi dei disturbi gravi della condotta.

Bibliografia

1. World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report / a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse. in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. WHO Library; 2004.
2. Gatti U. Delinquenza giovanile. In: Volterra V, Milano: Masson; 2005.
3. Pardini D, Frick PJ. Multiple Developmental Pathways to conduct Disorder: Current Conceptualizations and Clinical Implications J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013; 22(1):"20-5".
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th. Washington, DC: 2013.
5. **Odgers CL, Moffitt TE**, et al. Female and male antisocial trajectories: from childhood origins to adult outcomes. Dev Psychopathol. 2008 Spring;20(2):"673-716".
6. **van Lier PA, van der Ende J, Koot HM, Verhulst FC**. Which better predicts conduct problems? The relationship of trajectories of conduct problems with ODD and ADHD symptoms from childhood into adolescence. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2007; 48(6): "601-608"
7. **Fontaine NM, McCrory EJ, Boivin M, Moffitt TE, Viding E**. Predictors and outcomes of joint trajectories of callous-unemotional traits and conduct problems in childhood. **J Abnorm Psychol**. 2011 Aug;120(3):"730-42".
8. DPM, Task Force, Psychodynamic Diagnostic Manual. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006.
9. National Institute for Health and Clinical Excellence. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management. <http://guidance.nice.org.uk/CG158>. 2013.
10. Ancona V, Cimbelli P, Costa S. Segnali precoci e diagnosi di disturbo di personalità: studio multicentrico su casistica in adolescenza. Gior Neuropsich Età Evol. 2011;31 (Suppl.1);"21-28".
11. Regione Emilia-Romagna; circolare n. 7 del 29 maggio 2013 - Linee di Indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità della Regione Emilia-Romagna http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/leggi/regionali/linee-guida/disturbi_gravi_personalita_lineee.pdf
12. Atti delle Conferenze Stato Regioni ed Unificata, Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità, http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_045559_137%20CU%20PUNTO%206%20ODG.pdf, 13 novembre 2014.