

UTILIZZO DEL MANUALE DIAGNOSTICO PSICODINAMICO (PDM) IN NEUROPSICHIATRIA INFANTILE: APPLICAZIONE IN UN GRUPPO DI ADOLESCENTI AFFETTE DA ANORESSIA NERVOSA

The use of the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) in child and adolescent psychiatry: application in a sample of adolescents affected by Anorexia Nervosa

F. Corbetta, M. Bomba, L. Tremolizzo*, F. Neri, R. Nacinovich

*Clinica NPI Ospedale San Gerardo Monza- Università di Milano Bicocca; * Neurologia Ospedale San Gerardo Monza- Università di Milano Bicocca*

RIASSUNTO

L'utilizzo del Manuale Diagnostico Statistico (DSM) in infanzia e adolescenza, specie nei disturbi alimentari, è stato recentemente criticato in quanto non include criteri specifici per l'età evolutiva e non consentirebbe di formulare prognosi accurate. Diversamente, il *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM) comprende una sezione dedicata all'età evolutiva e prevede di definire una diagnosi sulla base di 3 Assi che valutano: funzionamento mentale (Asse MCA), pattern di personalità (Asse PCA), esperienza soggettiva (Asse SCA). Scopo di questo studio è stato applicare il PDM per ottenere profili diagnostici più dettagliati in un gruppo di adolescenti affette da Anorexia Nervosa (AN). Sono state coinvolte 30 adolescenti femmine (media = 14,9 anni, DS = 1,47) con diagnosi di AN secondo DSM-IV-TR. Per ciascuna paziente un neuropsichiatra infantile ha stilato un profilo diagnostico secondo il PDM; come indicatori di gravità della compromissione fisica sono stati raccolti IMC ed il dosaggio plasmatico degli enzimi epatici di citolisi e stasi. Ogni paziente ha compilato le scale autovalutative EDI-3, CDI, STAI-Y, TAS-20. L'analisi dei risultati ha evidenziato una totale concordanza tra definizione diagnostica di malattia secondo il DSM-IV-TR e Asse SCA del PDM. Nessuna paziente presentava negli Assi MCA e PCA un profilo "sano in formazione"; la gravità dell'Asse PCA era associata con un aumento delle transaminasi ed anche con il rilievo all'EDI-3 di un disadattamento psicologico generale. L'applicazione del PDM in adolescenti anoressiche ha permesso di ottenere un profilo diagnostico più articolato rispetto al DSM. Le correlazioni tra severità dell'Asse PCA e compromissione dei parametri psicofisici suggeriscono la possibilità di stratificare i pazienti secondo questo Asse per formulare percorsi di cura differenziati e valutare, tramite un futuro follow-up, le eventuali implicazioni prognostiche.

SUMMARY

The use of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) in childhood and adolescence, especially for eating disorders, has recently been criticized because it does not include specific criteria for children and adolescents and does not allow accurate prognosis. Otherwise, the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) includes a section on developmental age and plans to make a diagnosis based on 3 axes that assess: mental functioning (Axis MCA), personality pattern (Axis PCA), subjective experience (Axis SCA). The aim of this study was to use the PDM to get more detailed diagnostic profiles in a group of adolescents suffering from anorexia nervosa (AN). 30 female adolescents (mean age = 14,9 ys, SD = 1,47) with a diagnosis of AN according to DSM-IV-TR were recruited. A child psychiatrist compiled a diagnostic profile according to PDM for each patient; BMI and plasma levels of liver enzymes cytolysis and stasis were also collected as markers of physical impairment. Each patient filled in the self-report scales EDI-3, CDI, STAI-Y, TAS-20. Analysis of the results showed concordance between the diagnosis according to DSM-IV-TR and Axis SCA of the PDM. No patient obtained "healthy development" profiles in MCA and PCA Axes; the severity of the Axis PCA correlated with increased transaminases and also with the general psychological maladjustment at the EDI-3 scale. Application of PDM in anorexic adolescents has resulted in a more articulated diagnostic profile compared to the DSM. The correlations between severity of PCA Axis and psycho-physical parameters suggest the possibility of stratifying patients according to this axis in order to develop differentiated treatments and to check for prognostic implications through future follow-up.

PAROLE CHIAVE

Manuale Diagnostico Psicodinamico - Adolescenza - Anorexia Nervosa - Personalità

KEY WORDS

Psychodynamic Diagnostic Manual - Adolescence - Anorexia Nervosa - Personality

INTRODUZIONE

Un'ampia letteratura documenta che c'è molto di "fisico" nei disturbi "mentali" e molto di "mentale" nei disturbi "fisici" ¹. Una delle risposte clinico-diagnostiche a questa complessità è stata la formulazione del Manuale Diagnostico Statistico (DSM) che ha rappresentato un tentativo di risolvere il problema della validità e dell'attendibilità delle diagnosi: la diagnosi deve essere capace di riferirsi effettivamente ad una determinata malattia, entità, o costrutto sottostante, e su di essa deve esservi concordanza tra operatori diversi e indipendenti. Il sistema DSM ha accresciuto in maniera sostanziale l'attendibilità diagnostica, ma non la validità delle diagnosi stesse ²: la diagnosi effettuata con il DSM è di tipo categoriale e si basa sul soddisfacimento di criteri d'inclusione, cioè sulla presenza di un certo numero di caratteristiche sintomatiche distintive (criterio soglia) in categorie predefinite ². In base al DSM è pertanto possibile effettuare la stessa diagnosi per pazienti con quadri clinici diversi, purché soddisfino i criteri della categoria diagnostica e ciò determina una significativa frequenza di diagnosi multiple ². Elementi a lungo criticati del sistema categoriale riguardano il fatto che le categorie diagnostiche tengono poco in considerazione la reale complessità dei disturbi del singolo paziente e la definizione del criterio soglia in base al quale poter formulare una certa diagnosi. Le critiche principali rimandano all'assenza nel sistema categoriale a riferimenti alle dinamiche e al funzionamento del paziente in favore di una maggiore attenzione al piano sintomatico ². Alcuni autori di orientamento psicoanalitico ritengono che l'approccio dimensionale, che definisce le malattie secondo variazioni quantitative distribuite lungo un continuum che va dalla normalità a diversi gradi di patologia, fornirebbe maggiori informazioni sul piano psicopatologico, sulla valutazione prognostica e sulle decisioni terapeutiche ².

Un altro aspetto specifico della discussione inerente le problematiche diagnostiche in psichiatria riguarda la valutazione dei disturbi mentali in età di sviluppo e la mancanza di criteri evolutivi nella valutazione della psicopatologia dei bambini e degli adolescenti.

Un esempio rappresentativo delle difficoltà di utilizzo del sistema DSM in età evolutiva è rappresentato dal-

la sua applicazione nella formulazione della diagnosi di disturbo del comportamento alimentare (DCA), in particolare dell'Anoressia Nervosa (AN), patologia sempre più frequente (109,2/100.000) ^{3,4} nella popolazione adolescenziale e rilevante per le ripercussioni sulla salute generale e per il rischio di decesso (pari a 0,51%) ⁵.

Gli attuali criteri diagnostici del DSM-IV-TR sono spesso inadatti per la definizione di una diagnosi di AN in soggetti in età evolutiva. Basti considerare ad esempio il criterio dell'amenorrea, non applicabile nel caso di bambine prepuberi, che Hebebrand et al. ⁶ hanno proposto di affiancare ad altri indicatori di adattamento alla denutrizione come la bradicardia, l'ipotermia e l'ipotensione. Peraltro, l'amenorrea è stata esclusa dai criteri diagnostici per AN nel DSM-V, recentemente pubblicato ⁷. Inoltre, il limitare la diagnosi di DCA solo a coloro che hanno comportamenti di eliminazione o restrizione della dieta escluderebbe la maggior parte dei bambini con difficoltà dell'alimentazione ⁸. L'applicazione dei criteri diagnostici del DSM-IV-TR in età evolutiva presenta alcune criticità anche rispetto al criterio del peso in quanto ad oggi, fra i clinici che lavorano con i bambini e gli adolescenti, persiste ancora frequentemente l'utilizzo dei valori assoluti di Indice di Massa Corporea (IMC) con cut off di 17,5 (che sovrastima la gravità della perdita ponderale), in assenza di riferimenti alle tabelle dei percentili per peso-altezza età-specifiche. Hebebrand et al. ⁶ hanno proposto la seguente definizione per il criterio relativo al peso: "Il peso è inferiore a quello minimo normale per età e statura. Come linea guida, esso è definito come un IMC inferiore o uguale al decimo percentile della popolazione di riferimento". Altri autori sostengono che tale cut off sarebbe troppo elevato e propongono un IMC inferiore al secondo percentile, in quanto risulterebbe più prossimo all'attuale valore assoluto di 17,5 usato per gli adulti e comporterebbe un numero inferiore di falsi positivi ⁹. A oggi, in relazione alla complessità della situazione, permane una mancanza di accordo e coerenza tra i diversi operatori e ciò conduce inevitabilmente a un'ampia variabilità nell'utilizzo di questo criterio. Infine, una delle obiezioni principali a oggi sollevata nei confronti del DSM-IV-TR riguarda il fatto che molti adolescenti con DCA, non soddisfacendo tutti i criteri

specifici per la diagnosi di AN o Bulimia Nervosa (BN), vengono raggruppati all'interno del gruppo DCA non altrimenti specificato (DCA NAS), caratterizzato da una certa ambiguità clinico-prognostica (ad eccezione del *binge eating disorder*, BED) ¹⁰. Infatti, collocare un paziente nel gruppo DCA NAS potrebbe fornire poche informazioni o confondere circa la reale gravità degli aspetti psicopatologici sottostanti ¹⁰.

A fronte delle difficoltà appena descritte, si è recentemente cercato di sviluppare strumenti che includano riferimenti specifici alle fasi di sviluppo e al carattere evolutivo tipici dell'età infantile e adolescenziale. A tale riguardo il *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM) ¹¹, accanto alla sezione per la diagnosi negli adulti, ne include una specifica per la diagnosi di adolescenti e bambini (> 3 anni) e una per la diagnosi di neonati e bambini piccoli (< 3 anni) ¹¹. Il PDM, frutto della collaborazione delle maggiori organizzazioni statunitensi ed internazionali di operatori della salute mentale psicoanaliticamente orientati (APA, IPA), rappresenta un nuovo strumento diagnostico capace di integrare i sistemi nosografici tradizionali, categoriali (DSM, ICD), con gli approcci psicodinamici volti alla descrizione del funzionamento globale dell'individuo. Questo manuale mutua dal DSM l'impianto multiasiale, la categorizzazione dei disturbi di personalità e la nomenclatura relativa a molti quadri patologici, ma contemporaneamente vi integra alcuni concetti fondamentali della psicoanalisi, dedicando assi specifici a quelle modalità di funzionamento mentale e di esperienza soggettiva che costituiscono il valore aggiunto dell'approccio psicoanalitico rispetto alla nosografia psichiatrica tradizionale. A differenza del DSM, il PDM fornisce una valutazione dimensionale delle capacità mentali di base e del funzionamento complessivo della personalità, sottolineandone anche le risorse. In particolare affronta la psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza basandosi sul modello evolutivo biopsicosociale, secondo cui esistono fattori multipli interagenti che in ogni fase della maturazione possono creare pattern di funzionamento sani o compromessi. Il contesto biopsicosociale, che include le dimensioni culturali, sociali e familiari, gioca un ruolo critico rispetto alla capacità di adattamento dei bambini e adolescenti alla realtà esterna. Nella valutazione dei bambini e adolescenti si dovrebbero

sottolineare il funzionamento globale in relazione alle capacità attese per età e non gli elementi patologici a scapito dei punti di forza, in quanto i bambini, a volte, utilizzano i sintomi in modo protettivo rispetto ad eventi potenzialmente traumatici per loro. Inoltre alcuni bambini mostrano una resilienza e una capacità di supplire alle difficoltà ambientali tali da poterli proteggere da una psicopatologia grave anche quando manifestano periodicamente alcuni sintomi.

In questo studio abbiamo utilizzato il PDM in un gruppo di adolescenti affette da Anoressia Nervosa, secondo i criteri DSM-IV-TR, per la definizione di un profilo diagnostico che permettesse di identificare possibili sottotipi clinici. Sono state quindi studiate le eventuali relazioni tra questi e la presenza di tratti ansiosi e/o depressivi e l'alestitimia, individuati tramite l'utilizzo di scale psicometriche. Infine abbiamo studiato l'eventuale correlazione con la gravità della compromissione fisica utilizzando come parametri i marcatori biologici di danno epatico (circa il 10% dei pazienti affetti da AN presenta un rialzo delle transaminasi, antecedente o conseguente la re-nutrizione, che può raggiungere valori compatibili con l'insufficienza epatica) ¹².

MATERIALE E METODI

Sono state reclutate 30 adolescenti femmine di età compresa tra i 12 e i 17 anni (media = 14,9; DS = 1,47) con diagnosi di Anoressia Nervosa (AN), secondo i criteri DSM-IV-TR ¹ (IMC medio = 15,14; DS = 2,04), afferenti all'U.O. di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale San Gerardo (Monza) mediante ricovero in regime di degenza ordinaria o di Day Hospital.

Sono stati esclusi dallo studio i pazienti affetti da malattie neurologiche, internistiche (soprattutto epatiche), ematologiche o tumorali, con recenti infezioni o interventi chirurgici, che assumono terapie immunomodulanti o steroidee. Nessuna paziente ha riferito storia di abuso alcolico (episodico o cronico).

I soggetti coinvolti hanno fornito il loro consenso informato (essendo minori è stato necessario anche il consenso del genitore/tutore) alla partecipazione allo studio.

Per ciascuna ragazza è stato redatto il profilo diagno-

stico secondo il PDM da un medico neuropsichiatra infantile. Il PDM prevede di formulare la diagnosi sulla base di 3 assi che valutano il funzionamento mentale (Asse MCA: *Mental Functioning for Children and Adolescents*), il pattern di personalità (Asse PCA: *Child and Adolescent Personality Pattern and Disorders*) e l'esperienza soggettiva dei sintomi (Asse SCA: *Child and Adolescent Symptom Patterns*). Per la definizione dell'Asse MCA viene indicato l'utilizzo del Questionario sul Funzionamento Mentale (Questionario QFM)^{13 14}. Sia l'Asse MCA che l'Asse PCA vengono considerati lungo un continuum che va dall'estremo sano, in cui tutte le capacità (es. capacità di relazione, range emotivo, fantasie strategie di coping/difesa, etc.) operano in modo flessibile e adeguato a quanto ci si aspetta per l'età, all'estremo patologico in cui le suddette capacità risultano rigide o limitate. Pertanto l'Asse PCA prevede di valutare non solo se sussiste una distorsione della personalità ma anche di definirne la severità. Questo secondo parametro viene valutato utilizzando alcune categorie mutate dalla caratterizzazione del profilo del funzionamento mentale, incluse nel questionario QFM.

Tutte le pazienti coinvolte hanno compilato una batteria di test autovalutativi:

- EDI-3 (Eating Disorder Inventory – 3)¹⁵: scala utilizzata nella valutazione clinica della sintomatologia associata ai disturbi alimentari. Si compone di 91 items articolati in 12 scale principali, di cui 3 specifiche per i disturbi alimentari (DT: Drive for Thinness, Impulso alla magrezza, B: Bulimia, DB: Body Dissatisfaction, Insoddisfazione corporea) e 9 scale psicologiche generali. Non sono definiti valori di cut-off. Ai fini del nostro lavoro sono stati scelti 2 punteggi compositi, ottenuti sommando i punti grezzi di due o più scale: EDRC (Eating Disorder Risk Composite, rischio di disturbo alimentare), ottenuto dalla somma dei punteggi grezzi delle 3 scale specifiche per DCA, e GPMC (General Psychological Maladjustment Composite, disadattamento psicologico generale), ottenuto dalla somma dei punti delle 9 scale psicologiche generali.
- CDI¹⁶: questionario composto da 27 items che rileva la presenza di tratti depressivi in bambini e adolescenti. Il punteggio di cut-off stabilito per la

positività è 19, i soggetti che ottengono un punteggio pari a 17-18 sono considerati a rischio.

- STAI-Y¹⁷: questionario composto da 40 items utilizzato per la rilevazione e misurazione dell'ansia. Questa scala distingue tra "ansia di stato", intesa come stato emozionale transitorio e "ansia di tratto", intesa come la tendenza stabile di un soggetto a rispondere in modo ansioso a tutte le situazioni percepite soggettivamente come pericolose o minacciose. Non sono previsti valori di cut-off, l'interpretazione del risultato prevede che i punteggi ponderati del paziente siano rapportati a quelli normativi per genere ed età. Nel caso del campione preso in esame in questo studio i punteggi normativi di riferimento riguardano la popolazione di femmine della scuola superiore.
- TAS-20¹⁸: scala composta da 26 items utilizzata per la misurazione dell'alessitimia. È previsto come punteggio cut-off il valore ≥ 61 , i soggetti che ottengono punteggi compresi tra 50 e 60 sono considerati a rischio. La scala permette di identificare, attraverso la somma di specifici items, tre differenti funzioni proprie del costrutto alessitimico: F1 (Difficoltà ad identificare i sentimenti), F2 (Difficoltà ad esprimere i sentimenti), F3 (Pensiero orientato verso l'esterno).

Per tutte le pazienti sono stati inoltre valutati i dosaggi plasmatici, inclusi negli esami ematochimici svolti di routine durante il ricovero ordinario o in regime di Day Hospital, di Transaminasi (AST, range: 0-32 U/L; ALT, range: 0-33 U/L), γ Glutamilttransferasi (γ GT, range: 5-36 U/L). I livelli plasmatici a digiuno di Transaminasi e γ Glutamilttransferasi sono stati ottenuti utilizzando l'analizzatore Cobas (701 module, Roche); i parametri di riferimento considerati sono forniti dal Dipartimento di Patologia Clinica/Laboratorio Analisi Chimico-Fisiche dell'Ospedale San Gerardo di Monza.

L'analisi statistica è stata condotta mediante l'utilizzo del programma Prism 4.00 (GraphPad Software, Inc.). Tutte le variabili continue sono espresse come medie e deviazione standard (DS).

È stato studiato il grado di interdipendenza tra MCA e PCA con V di Cramer. Per il confronto tra gli Assi MCA e PCA e i parametri biometrici, biochimici e psicologici si sono utilizzati l'analisi della varianza

TAB. I. Caratterizzazione del gruppo pazienti secondo i 3 Assi del PDM.

	Lieve	Moderato	Grave
Asse MCA	13 (43,3%)	11 (36,6%)	6 (20%)
Asse PCA	10 (33,3%)	16 (53,3%)	4 (13,3%)
Asse SCA	30/30 AN (100%)		

V di Cramer per la valutazione dell'interdipendenza tra le variabili "asse MCA" e "asse PCA" = 0,730 (p = 0,000).

ANOVA e il post test per il trend lineare. Si è inoltre utilizzato il test di Comparazione Multipla di Newman-Keuls nel confronto a coppie tra i sottogruppi di pazienti. Per la definizione della significatività statistica si è scelto il valore di $p < 0,05$.

RISULTATI

La Tabella I descrive i risultati della caratterizzazione dei pazienti secondo i 3 Assi del PDM. Come atteso, all'Asse SCA, è stata riscontrata una corrispondenza completa (100% dei casi) con la diagnosi di AN precedentemente effettuata seguendo le indicazioni del DSM-IV per la diagnosi del disturbo anoressico. Inoltre, tutti i soggetti reclutati hanno mostrato profili di funzionamento mentale e pattern di personalità disturbati. In particolare, le ragazze presentavano, sottostante alla sintomatologia anoressica, differenti forme di disturbi di personalità, tra le quali le più frequentemente osservate sono state il Disturbo Misto (23,3%), caratterizzato dall'insieme di alcuni aspetti tipici di varie tipologie di disturbo di personalità, ed il Disturbo Autopunitivo di Personalità (13,3%), caratterizzato da tendenze masochiste, sentimenti di inferiorità, perfezionismo e timori che le proprie capacità avranno conseguenze dannose (Tab. II).

Si è poi proceduto nell'analisi di eventuali relazioni tra i risultati ottenuti agli Assi MCA e PCA e i parametri biometrici-biochimici (IMC, ALT, AST, γ GT) e psicometrici (EDI-3, CDI, TAS-20, STAI-Y). Non sono state riscontrate relazioni tra Asse MCA (pattern di funzionamento mentale) e gli indici misurati.

Per lo studio dell'Asse PCA, si è deciso di prendere in considerazione l'entità della disfunzione della personalità in formazione (lievemente, moderatamente o gravemente disfunzionale) e non i singoli sottotipi di pattern di personalità poiché il limitato numero di casi raccolti ha portato alla dispersione dei soggetti su un

TAB. II. Distribuzione disturbi di personalità nel gruppo pazienti.

Diagnosi	Percentuale pazienti
Disturbi Misti/Altro	23, 3% (7)
Disturbi autopunitivi di personalità	13,3% (4)
Disturbi di personalità timorosi della vicinanza/intimità (schizoidi)	10% (3)
Disturbi depressivi di personalità	10% (3)
Disturbi di personalità su base disregolatoria	10% (3)
Disturbi narcisistici di personalità	10% (3)
Disturbi evitanti/coartati di personalità	6,7% (2)
Disturbi sospettosi/diffidenti di personalità	3,3% (1)
Disturbi somatizzanti di personalità	3,3% (1)
Disturbi ossessivo-compulsivi di personalità	3,3% (1)
Disturbi istrionici di personalità	3,3% (1)
Disturbi impulsivi/esplosivi di personalità	3,3% (1)

ampio numero di categorie diagnostiche differenti. Un primo elemento che emerge è rappresentato dal fatto che circa il 66,7% (20) delle ragazze si colloca, per quanto concerne l'Asse PCA, all'interno del gruppo moderatamente o gravemente disfunzionale.

I risultati agli Assi MCA e PCA, distribuiti su scala ordinale per gravità (lieve, moderato e grave) sono altamente interdipendenti tra loro ($v = ,730$; $p = 0,000$). Al contrario di quanto osservato all'Asse MCA, all'Asse PCA le pazienti con disturbo di personalità più disfunzionale presentano valori medi di ALT e AST significativamente più elevati (Tab. III); in aggiunta, per quanto riguarda le ALT, queste sono significativa-

TAB. III. Confronto tra Asse PCA ed enzimi epatici.

	PCA lieve media (DS)	PCA moderato media (DS)	PCA grave media (DS)	ANOVA	Post test per trend lineare
ALT	15,60 (4,03)	23,67 (11,65)	38,25 (21,65)*§	0,009	0,003
AST	17,90 (5,43)	22,92 (5,40)	29,00 (6,88)*#	0,008	0,003
GT	12,70 (4,95)	13,73 (6,30)	18,50 (6,40)	n.s.	n.s.

Analisi della varianza (ANOVA) seguita dal test di comparazione multipla di Newman-Keuls per determinare le differenze tra i tre gruppi.

* $p < 0,01$ tra "PCA lieve" e "PCA grave"; § $p < 0,05$ tra "PCA moderato" e "PCA grave"; # $p < 0,05$ tra "PCA lieve" e "PCA moderato"

mente più elevate nel gruppo "PCA grave" rispetto al gruppo con "PCA moderato" ($p < 0,05$). Per quanto riguarda l'enzima AST, si evidenziano livelli plasmatici significativamente più elevati anche nel confronto tra il gruppo "PCA lieve" ed il gruppo "PCA moderato" ($p < 0,05$). Non si sono invece osservate differenze significative nei tre gruppi misurando l'enzima di stasi GT (Fig. 1) così come per i valori medi di IMC. L'analisi di confronto tra l'Asse PCA e le scale psicometriche è stata svolta al momento dell'accesso delle pazienti al nostro servizio. I risultati ottenuti (Tab. IV) evidenziano una significatività statistica al confronto tra medie ($p = 0,03$) tra l'Asse PCA ed il punteggio composito della scala EDI-3 che esprime il disadattamento psicologico generale (GPMC). Ciò viene ulteriormente confermato dalla significatività del test di trend lineare ($p = 0,01$) ed al test di comparazione multipla, che mostra una differenza significativa tra pazienti con disturbo di personalità "lievemente disfunzionale" e pazienti gravemente compromesse ($p < 0,05$), ovvero le pazienti più gravi presentano punteggi medi di GPMC alla prima valutazione significativamente più alti, dunque più patologici, rispetto alle pazienti meno gravi. Per quanto riguarda il punteggio composito EDI 3-EDRC, che deriva dalle scale che valutano gli aspetti sintomatici del disturbo alimentare, non si è raggiunta la significatività statistica alle analisi svolte. Nell'analisi di confronto tra medie svolto tra Asse PCA e CDI, si osserva una tendenza all'aumento dei punteggi al CDI all'aumentare della gravità del disturbo di personalità, con valori quasi raddoppiati per i soggetti più compromessi rispetto alle ragazze con forme più lievi ($p = 0,053$; Tab. IV). Non si sono osservate significatività tra Asse PCA e le scale autocompilative che indagano la dimensione ansiosa (STAI-Y) e quella alessitimica (TAS-20).

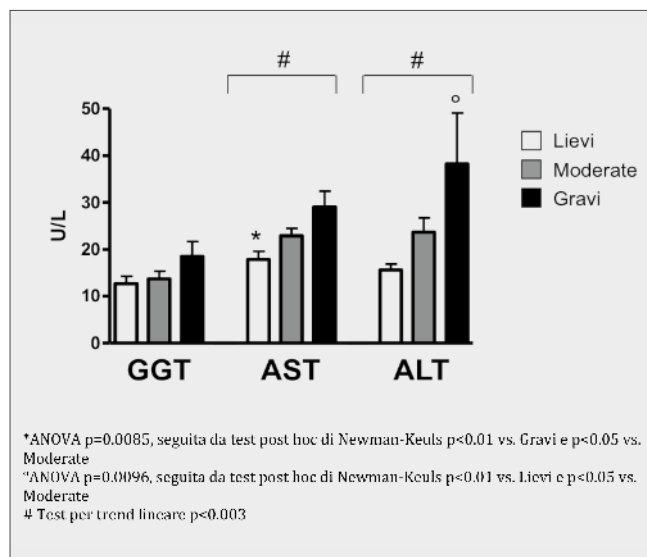


Fig. 1. Andamento dei valori medi degli enzimi epatici rispetto all'Asse PCA.

DISCUSSIONE

Nel nostro studio, a conferma della validità diagnostica del manuale PDM, abbiamo osservato una concordanza completa, presente in tutti i casi reclutati, tra la diagnosi di AN espressa secondo i criteri del DSM-IV-TR e quella definita secondo le indicazioni dell'asse SCA del PDM.

Abbiamo inoltre osservato che le pazienti con i profili più gravi, sia per il funzionamento mentale che per il pattern di personalità, tendono a presentare caratteristiche fisiche e psicologiche peggiori rispetto alle pazienti meno gravi: esiste quindi una concordanza tra la gravità del profilo psicopatologico stilato dal clinico e la gravità psicofisica della malattia. In particolare, ciò risulta maggiormente evidente per l'Asse PCA rispetto all'Asse MCA, ovvero la gravità della

TAB. IV. Confronto tra Asse PCA ed EDI 3.

	PCA lieve media (DS)	PCA moderato media (DS)	PCA grave media (DS)	ANOVA
EDRC	64,63 (19,74)	75,00 (15,72)	65,33 (34,03)	n.s.
GPMC	52,50 (27,91)	70,83 (18,94)	92,00 (2,65)*#	0,03
CDI	14,25 (9,10)	18,75 (8,61)	26,00 (4,36) ^o	n.s.
TAS-20	53,43 (9,71)	55,09 (12,15)	68,00 (8,54)	n.s.
STAI-Y stato ¹	62,25 (20,20)	71,25 (27,89)	79,33 (19,50)	n.s.
STAI-Y tratto ²	60,38 (35,38)	76,33 (21,98)	82,00 (21,38)	n.s.

Analisi della varianza (ANOVA) seguita dal test di comparazione multipla per determinare le differenze tra i tre gruppi.

* $p < 0,05$ tra "PCA lieve" e "PCA grave"

Post test for linear trend: $p < 0,05$

^o Post test for linear trend: $p = 0,053$

¹ STAI-Y stato: misura dell'ansia di stato, ovvero dell'ansia come stato emozionale transitorio.

² STAI-Y tratto: misura dell'ansia di tratto, ovvero come modalità stabile di un soggetto di rispondere in modo ansioso di fronte ad eventi percepiti soggettivamente come stressanti.

compromissione della personalità in sviluppo sembra associare maggiormente con la gravità dei parametri psicofisici rispetto alla compromissione del funzionamento mentale, il cui deterioramento potrebbe dipendere soprattutto dalla lunga storia di malattia, ovvero dalla sua cronicizzazione (elemento scarsamente individuabile nel nostro campione clinico, trattandosi di adolescenti).

In riferimento all'Asse PCA, sottolineiamo che nessuna paziente ha presentato caratteristiche compatibili con la definizione di un pattern di personalità "sano in formazione", ma tutte presentano un disturbo di personalità, di cui la maggior parte del tipo "moderatamente" disfunzionale. Ciò conferma i dati noti in letteratura, sia per gli adulti sia per gli adolescenti, circa la comorbidità tra AN e disturbi di personalità^{19 20}. In relazione al fatto che la popolazione studiata è costituita da adolescenti, la cui personalità non è ancora stabilmente strutturata², ed alla ridotta numerosità del campione, che ha portato alla dispersione dei pazienti in più categorie specifiche di disturbo, la valutazione del livello (lieve, medio, grave) della disfunzione del pattern di personalità è risultato essere, a nostro avviso, l'elemento più significativo. In letteratura sono note posizioni divergenti tra autori che sostengono la possibilità ed attendibilità della diagnosi di disturbo di personalità in adolescenza²¹ e autori che rilevano una scarsa stabilità di tale diagnosi²². Le posizioni controverse presenti nella letteratura psichiatrica confermano la difficoltà a stabilire una

diagnosi di disturbo di personalità in adolescenza basandosi solo su criteri semiologici, senza prendere in considerazione quale tipo di funzionamento psichico sottenda i sintomi. La possibilità di valutare il funzionamento della personalità in sviluppo appare dunque essere un punto a favore dell'utilizzo del PDM. Il disturbo di personalità "gravemente disfunzionale" ha mostrato una tendenza, sia pure non statisticamente significativa, ad associarsi a condizioni fisiche più compromesse, espresse dall'IMC, che è infatti più basso (IMC medio del gruppo "PCA grave" = 14,54 vs IMC medio del gruppo "PCA lieve" = 15,78), ma soprattutto dal rialzo degli enzimi epatici (AST, ALT, GT). Dal punto di vista clinico, il maggior impegno funzionale del fegato, espresso dal rialzo dei suddetti enzimi, spiega il frequente riscontro in queste pazienti di edemi declivi conseguenti a modifiche della pressione colloidale-osmotica, a sua volta legata alla sintesi epatica delle proteine plasmatiche; suggerisce anche una particolare cautela per la potenziale alterazione del metabolismo di molti farmaci, tra cui i neurolettici, utilizzati in questa patologia. L'evidenza di una differenza significativa a livello statistico per i valori di transaminasi e GT tra le pazienti ci permette di ipotizzare di poterle stratificare secondo questo Asse per riconoscere coloro che potrebbero avere una compromissione sul piano fisico non solo in termini di entità del sottopeso ma soprattutto rispetto a possibili complicanze d'organo²³.

Per quanto concerne la valutazione del pattern della

personalità rispetto ai questionari autocompilativi proposti alle pazienti, l'elemento più significativo emerso è la correlazione tra la gravità della disfunzione della personalità ed il punteggio composito GPMC della scala EDI-3, indicativo del disadattamento psicologico generale. La gravità del disturbo di personalità dunque sarebbe correlata non solo con aspetti sintomatologici specifici per il disturbo alimentare, rappresentato dal composito EDRC, ma soprattutto con un disadattamento psicologico più generale (rappresentato dal composito GPMC) che potrebbe quindi associarsi con la difficoltà, nelle adolescenti anoressiche, a sviluppare una personalità integrata e funzionale alle richieste specifiche per età e fase di sviluppo. Per quanto riguarda la scala CDI, si osserva il passaggio da punteggi negativi per depressione a borderline fino a raggiungere la positività passando dal gruppo di pazienti con lieve disfunzione della personalità verso il gruppo più grave. Secondo i dati ottenuti i tratti di maggiore/minore depressione nell'AN presenterebbero un andamento legato alla presenza e all'entità della compromissione della personalità in formazione. Ciò concorda con la nota associazione tra AN e disturbi dell'umore, in particolare depressione, ma anche tra la depressione ed i disturbi di personalità ²⁴.

Il riconoscimento, mediante PDM, di una disfunzione nello sviluppo della personalità in pazienti affette da AN potrebbe rendere maggiormente accurati sia la diagnosi sia la pianificazione dell'intervento terapeutico ^{25 26}, tenendo presente che sia l'AN sia i Disturbi di Personalità sono patologie caratterizzate da una difficoltosa ed incostante adesione alla cura da parte dei pazienti e da una ridotta percentuale di successo terapeutico ²⁷⁻²⁹. La possibilità di stratificare i pazienti secondo l'Asse PCA potrebbe consentire di fare una previsione prognostica più accurata sia di adesione che di risposta alla terapia. È infatti noto in letteratura il recente interesse circa la possibilità di identificare degli endofenotipi in cui suddividere i pazienti affetti da DCA sulla base di indicatori biochimico-genetici (ormoni, neurotrasmettitori, neuropeptidi) ^{30 31} o di caratteristiche sintomatologiche e/o psicologiche specifiche per i DCA allo scopo di valutare quali gruppi aderiranno maggiormente e con migliore risposta alle terapie proposte ed attuate ^{32 33}. Un recente studio

italiano, svolto reclutando un campione di pazienti di età compresa tra 16-18 anni, ha evidenziato che la diagnosi di Disturbo di Personalità si assocerebbe con un maggiore grado di severità dell'AN ²⁶. Ciò concorda con quanto da noi osservato.

Due sono i principali limiti di questo studio: il primo è la scarsa numerosità del campione che non ha permesso né di raggiungere la significatività statistica per molte delle analisi svolte, per le quali si osservava però un andamento di tipo trend lineare in numeri assoluti, né di ottenere una distribuzione omogenea delle pazienti all'interno dei gruppi denominati "lieve, medio, grave" sia per l'Asse del funzionamento mentale che per quello del pattern di personalità. Per questo secondo Asse occorre anche sottolineare, come già precedentemente fatto, che non è stato possibile svolgere studi di correlazione utilizzando le categorie diagnostiche specifiche di disturbo di personalità in quanto le pazienti si erano distribuite su un'ampia varietà di categorie di disturbi di personalità differenti. Il secondo limite è costituito dall'utilizzo delle scale autocompilative che risentono inevitabilmente della gravità della patologia dei pazienti, pur permettendo di raccogliere molte informazioni in tempi più veloci rispetto a quelli di un'intervista svolta dal clinico.

Il terzo limite incontrato riguarda l'utilizzo del PDM che ha richiesto un lungo tempo per stilare il profilo diagnostico completo per singolo paziente, non essendo strumenti/griglie finalizzate che permettano di velocizzare tale procedura. Va inoltre tenuta presente la necessità di avere un buon livello di conoscenza non solo dello strumento ma soprattutto dei principali costrutti psicodinamici che sono alla base della creazione di questo manuale. Le difficoltà di applicazione di questo strumento sembrano rendere atto dell'assenza, a diversi anni di distanza dalla sua pubblicazione negli Stati Uniti ^{11 13}, di articoli sul manuale stesso ma anche della scarsa diffusione e utilizzo nella pratica clinica quotidiana.

La complessità richiede una particolare attenzione e sensibilità del clinico, ma rappresenta anche una ricchezza: il *Manuale Diagnostico Psicodinamico* prevede una valutazione dinamica ed evolutiva per i 3 Assi dedicati a bambini e adolescenti, dunque contempla la possibilità di un'evoluzione e cambiamento nella diagnosi del funzionamento mentale, della persona-

lità e del pattern sintomatico. Si potrebbe ipotizzare, quindi, di valutare a distanza di tempo dalla prima diagnosi se esiste per le adolescenti anoressiche un cambiamento per uno o più dei 3 Assi, sia in relazione alla storia naturale della patologia sia, e forse soprattutto, in relazione alla tipologia di intervento terapeutico adottato. Lo sviluppo di uno strumento come il PDM e il suo utilizzo in ambito clinico e di ricerca risponde anche all'esigenza di sviluppare strumenti diagnostici che siano il più possibile adeguati all'età evolutiva e che tengano per questo conto non solo dei

deficit ma soprattutto delle risorse che il bambino o l'adolescente hanno a disposizione per fronteggiare le richieste poste dalle varie fasi dello sviluppo fisico e psichico³⁴. L'utilizzo del *Manuale Diagnostico Psicodinamico* ha permesso di mettere in luce la complessità del funzionamento delle pazienti anoressiche, andando al di là dell'esclusiva valutazione sintomatologica offerta dal sistema DSM. Riteniamo che un ampliamento del campione ed una rivalutazione a distanza secondo questi parametri potrà permettere ulteriori e più precise considerazioni.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Andreoli V, Cassano GB, Rossi R. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*. Milano: Masson 1997.
- 2 Ammaniti M. *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2002.
- 3 Van Son G, van Hoeken D, Bartelds AI, et al. *Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands*. *Int J Eat Disord* 2006;39:565-9.
- 4 Favaro A, Carengaro L, Tenconi E, et al. *Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. *J Clin Psychiatry* 2009;70:1715-21.
- 5 Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, et al. *Mortality rates in patients with anorexia nervosa*. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:724-31.
- 6 Hebebrand J, Casper R, Treasure J, et al. *The need to revise the diagnostic criteria for anorexia nervosa*. *J Neural Transm* 2004;111:827-40.
- 7 American Psychiatric Association. *Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-V*. American Psychiatric Publishing 2013;11:1-19.
- 8 Nicholls D, Chater R, Lask B. *Children into DSM don't go: a comparison of classification system for eating disorders in Childhood and early adolescence*. *Int J Eat Disord* 2000;28:317-24.
- 9 Royal College of Psychiatrists. *Guidelines*, 2002.
- 10 Mitchell JE, Cook-Myers T, Wonderlich SA. *Diagnostic Criteria for Anorexia Nervosa: Looking Ahead to DSM-V*. *Int J Eat Disord* 2005;37:95-7.
- 11 Lingardi V, Del Corno F, eds. *PDM, Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2008.
- 12 Miller KK, Grinspoon SK, Ciampa J, et al. *Medical findings in outpatients with anorexia nervosa*. *Arch Intern Med* 2005;165:561-6.
- 13 Albasi C. *Psicopatologia e Ragionamento Clinico*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2009.
- 14 Albasi C, Lasorsa R. www.pdm-qfm.com (online)
- 15 Giannini M, Pannocchia L, Dalle Grave R, et al. *Eating Disorder Inventory - 3, Versione italiana*. Firenze: Giunti OS 2008.
- 16 Kovacs MCDI. *Children's Depression Inventory, Questionario di autovalutazione* (ed. it. a cura di Camuffo M, Cerutti R, Lucarelli L, Mayer R). Firenze: Giunti OS 1988.
- 17 Gaudry E, Spielberger CD. *Anxiety and intelligence in paired-associate learning*. *J of Educ Psychol* 1970;61:386-91.
- 18 Parker JD, Eastabrook JM, Keefer KV, et al. *Can alexithymia be assessed in adolescents? Psychometric properties of the 20-item Toronto Alexithymia Scale in younger, middle, and older adolescents*. *Psychol Assess* 2010;22:798-808.
- 19 Cassin SE, von Ranson KM. *Personality and eating disorders: a decade in review*. *Clin Psychol Rev* 2005;25:895-916.
- 20 Gazzillo F, Lingardi V, Peloso A, et al. *Personality subtypes in adolescents with anorexia nervosa*. *Compr Psychiatry* 2013;54:702-12.
- 21 Johnson JG, Cohen P, Skodol A, et al. *Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood*. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:805-11.
- 22 Garnet KE, Levy KN, Mattanah IJF. *Borderline personality disorder in adolescents: Ubiquitous or specific?* *Am J Psychiatry* 1994;151:1380-2.
- 23 Winston AP. *The clinical biochemistry of anorexia nervosa*. *Ann Clin Biochem* 2012;49:132-43.
- 24 Skodol AE, Grilo CM, Keyes KM, et al. *Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample*. *Am J Psychiatry* 2011;168:257-64.
- 25 Wildes JE, Marcus MD, Crosby RD, et al. *The clinical utility*

- of personality subtypes in patients with anorexia nervosa. *J Consult Clin Psychol* 2011;79:665-74.
- ²⁶ Gaudio S, Di Ciommo V. Prevalence of personality disorders and their clinical correlates in outpatient adolescents with anorexia nervosa. *Psychosom Med* 2011;73:769-74.
- ²⁷ Meguerditchian C, Samuelian-Massat C, Valero R, et al. The impact of weight normalization on quality of recovery in anorexia nervosa. *J Am Coll Nutr* 2009;28:397-404.
- ²⁸ Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002;159:1284-93.
- ²⁹ Skodol AE. Longitudinal course and outcome of personality disorders. *Psychiatr Clin N Am* 2008;31:495-503.
- ³⁰ Frieling H, Gozner A, Romer KD, et al. Global DNA hypomethylation and DNA hypermethylation of the alpha synuclein promoter in females with anorexia nervosa. *Mol Psych* 2007;12:229-30.
- ³¹ Conti E, Tremolizzo L, Bomba M, et al. Reduced fasting plasma levels of diazepam-binding inhibitor in adolescents with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2013;46:626-9.
- ³² Turner H, Bryant-Waugh R, Prevelr R. A new approach to clustering eating disorder patients: Assessing external validity and comparison with DSM-IV diagnoses. *Eat Behaviors* 2010;11:99-106.
- ³³ Eddy KT, le Grange D, Crosby RD, et al. Diagnostic classification of eating disorders in children and adolescents: How does DSM-IV-TR compare to empirically-derived categories? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:277-93.
- ³⁴ Speranza AM, Fortunato A. *Infancy, childhood and adolescence in the diagnostics of the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Firenze: Giunti OS, Bollettino di Psicologia Applicata 2012, 265.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano per la preziosa collaborazione le colleghe del servizio di Day Hospital per i Disturbi Alimentari: dott.ssa F. Bettera, M. dott.ssa Marfone, dott.ssa E. Maserati.

CORRISPONDENZA

Renata Nacinovich, Clinica di Neuropsichiatria Infantile, Ospedale San Gerardo, via Pergolesi 33, 20900 Monza; Dipartimento di Chirurgia e Medicina Traslazionale Università di Milano Bicocca - E-mail: renata.nacinovich@unimib.it