

I DISTURBI DI PERSONALITÀ IN PAZIENTI CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Barbara Basile*^o, Stefania d'Angerio*, Marina Russo*, Antonio Semerari*^o

*Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

^oScuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva (APC, SPC) Roma

Riassunto

Una discreta mole di studi evidenzia la frequente co-occorrenza tra Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e Disturbi di Personalità (DP). Tuttavia, poiché le ricerche presentano diversi limiti metodologici, i dati che ne derivano risultano spesso di difficile confronto ed integrazione. Inoltre, i risultati ottenuti non hanno, sino ad oggi, portato ad una chiara definizione delle caratteristiche di personalità che sembrano avere un ruolo chiave nella determinazione dei DCA. Un ulteriore limite che contribuisce alla difficoltà nell'interpretazione dei dati è rappresentato dal dibattito sulla classificazione dei DP, da una parte, e l'adeguata catalogazione dei DCA all'interno del I Asse del DSM, dall'altra.

Questo lavoro si propone un duplice obiettivo: inizialmente descrivere i risultati degli studi che hanno indagato la comorbilità tra DCA e DP e spiegare le ragioni e le possibili interpretazioni dei dati ottenuti, approfondendo gli aspetti relativi ai limiti metodologici presenti nelle ricerche e alle controversie circa la classificazione dei DP e dei DCA.

Si sostiene che un'adeguata definizione e classificazione dei DCA non possa prescindere dalla considerazione e dalla valutazione degli aspetti relativi alle caratteristiche di personalità, includendo, oltre ai sintomi comportamentali, anche aspetti relativi alla sfera emotiva e cognitiva dell'individuo.

Parole chiave: Disturbi del comportamento alimentare, disturbi di personalità, comorbilità.

PERSONALITY DISORDERS IN PATIENTS WITH EATING DISORDERS

Abstract

Different studies show evidence of the great co-occurrence between eating disorders (ED) and personality disorders (PD). However, many biases affect results' interpretation and consistency. Several studies present some methodological limits, and, from a conceptual view, personality characteristics involved in eating related pathology have still not been clearly identified. Further, results' instability, might rely as well on actual incomplete DSM's taxonomy, which classifies ED and PD on two different axis, without considering their significant symptoms' overlap.

In this review we have different goals. First, we are going to present data about ED' and PD' comorbidity. Further, we are going to try to explain results' ambiguity, which might be due to different variables related to various methodological limitations or to some other more theoretical questions, regarding both ED and PD classification.

Barbara Basile et al.

We deduce that an adequate classification and understanding of ED has to consider personality features, which might be involved in individuals' behavioral, affective and cognitive functioning.

Key words: eating disorders, personality disorders, comorbidity.

I dati in letteratura indicano una presenza significativa di disturbi di personalità (DP) all'interno dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) o, all'inverso, una forte presenza di disturbi del comportamento alimentare in pazienti con disturbi di personalità. Dolan, Evans e Norton (1994) mostrano come pazienti con un disturbo del comportamento alimentare abbiano maggiore probabilità di presentare un concomitante DP, rispetto a soggetti senza DCA. La co-presenza di due o più disturbi viene indicata con il termine di *comorbidità*, definito come "ogni nuovo sintomo addizionale che si sviluppa in aggiunta al quadro sintomatologico clinico presentato dal paziente" (Siracusano et al. 2003). La comorbidità può essere spiegata in base a: 1) la co-presenza casuale di sindromi differenti, 2) la co-occorrenza di patologie differenti che condividono un'etiologia o dei meccanismi patogeni simili, o 3) una relazione di tipo causale tra i diversi disturbi (Kendall e Clarkin 1992). In questo articolo utilizziamo il termine comorbidità nella sua accezione più statistica-quantitativa, limitandoci alla registrazione della semplice co-presenza dei DCA e dei DP.

Il lavoro che proponiamo si prefigge due obiettivi principali: inizialmente 1) presenteremo gli studi che hanno indagato la comorbidità tra DCA e DP. Quindi, 2) discuteremo le ragioni dell'eccessiva variabilità dei risultati presentati. Seguendo questa linea di analisi, vorremmo integrare aspetti relativi alle caratteristiche di personalità a quelli pertinenti la sintomatologia alimentare, in modo da comprendere in maniera più esaustiva i fattori di esordio e mantenimento del quadro patologico emergente. Nella conclusione, infine, tenteremo di commentare e chiarire le possibili ragioni della ambigua comorbidità tra i due disturbi.

Dati sulla comorbidità tra DCA & DP

Metodo

Per identificare gli studi che hanno indagato la comorbidità tra DCA e DP, ci siamo avvalsi dei due database maggiormente utilizzati nella ricerca in psicologia: *PubMed* e *PsycInfo*. Le parole chiave utilizzate nella ricerca sono state: disturbi di personalità, specifiche circa ciascun disturbo di personalità, disturbi del comportamento alimentare, anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata e disturbi del comportamento alimentare non-alimentare-specificato (NAS). Abbiamo escluso gli studi in cui: 1) il campione di indagine era composto prevalentemente o totalmente da soggetti maschi, quindi scarsamente rappresentativo della popolazione con DCA, caratterizzato soprattutto da femmine; 2) la diagnosi di psicopatologia non era basata sui criteri del DSM-III non era presente una chiara distinzione all'interno delle diverse sotto-categorie dei DCA; e 4) studi epidemiologici. Sono, invece, stati inclusi tutti gli studi pubblicati tra il 1986 ad il 2006 in lingua inglese o italiana. Per avere una panoramica più ampia abbiamo, inoltre, deciso di includere tutti quegli studi che hanno indagato la co-occorrenza con DP, senza necessariamente specificare gli eventuali cluster di appartenenza o le diagnosi di personalità specifiche.

I Disturbi di Personalità in pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare

Dati

Parecchi studi (per una rassegna vedi le seguenti tabelle) mostrano un'associazione consistente tra DCA e PD, ed, inoltre, vi è una discreta evidenza di correlazioni significative tra alcuni sotto-tipi di DCA e specifici cluster dei DP. L'anoressia di tipo restrittivo (AN-R) risulta significativamente associata ai DP compresi all'interno del cluster C (Piran et al. 1988, Wonderlich

Tabella 1. *Primi autori, con rispettivo anno di pubblicazione, delle ricerche che hanno mostrato una correlazione significativa tra l'anoressia di tipo restrittivo (AN-R) e i Disturbi di Personalità (DP). BDP= disturbo di personalità borderline; NDP= disturbo di personalità narcisistico; EDP= disturbo di personalità evitante; DDP= disturbo di personalità dipendente; OCDP= disturbo di personalità ossessivo-compulsivo; ANBE= anoressia nervosa con binge eating; DIB= Diagnostic Interview for BDP; PDE= Personality Disorders Examination; SCID-II= Structured Clinical Interview for Personality Disorders; NS= non specificato.*

Autore	Anno di Pubblicazione	Strumenti	Numerosità del Campione	% PD	Cluster A	Cluster B	Cluster C
Piran	1988	DIB	30	25 (83 %)	0	11 (37%) BDP 11 (37%)	14 (46%) EDP 10 (33%) DDP 3 (10%) OCDP 1 (3%)
Gartner	1989	PDE	6	6 (100%)	2 (33%)	3 (50%) BDP 2 (33%) NDP 1 (17%)	4 (67%) EDP 2 (33%) DDP 1 (17%) OCDP 1(17%)
Herzog	1992	SCID-II	31	8 (19%)	1 (3%)	0	7 (16%) EDP3 (10%) DDP 1 (3%) OCDP 3 (10%)
Gillberg	1995	SCID-II	51	21 (41%)	NS	NS	19 (37%) OCDP>altri DP
Thornton	1997	PDE	17	NS	NS	NS	6 (35%)
Lilenfeld	1998	SCID-II	26	NS	NS	NS	12 (46%)
Matsunaga	1998	SCID-II	36	NS	0	4 (12%) BDP 2 (6%) NDP 2 (6%)	22 (61%) EDP 9 (25%) DDP 6 (17%) OCDP 7 (19%)
Matsunaga	2000	SCID-II	10	6 (60%)	1 (10%)	0	5 (50%) EDP 2 OCDP 3
Milos	2003	SCID-II	77 (ANR+ ANBE)	55 (71 %)	7 (9%)	12 (16%)	47 (61%)

1990, Kennedy 1990, Herzog 1992), e più nello specifico all'OCPD, al DDP e all'EDP (vedi tabella 1). Questa associazione si può ricondurre ad alcune delle peculiarità caratterologiche dell'AN di tipo restrittivo, come il perfezionismo (Toro et al. 1995), l'evitamento interpersonale (Lenihan e Kirk 1990) o il bisogno disperato degli altri. Com'è noto, queste caratteristiche rappresentano anche aspetti fondamentali dei DP del cluster C.

L'anoressia nervosa di tipo purging (AN-P), caratterizzata dall'utilizzo di condotte compensatorie quali il vomito auto-indotto, un'eccessiva attività fisica, o l'utilizzo di diuretici o lassativi per controbilanciare l'importo calorico, risulta associata ai DP con una percentuale che varia tra il 41 ed il 83% (tabella 2). Le anoressiche con condotte di compenso presentano una comorbilità particolarmente rilevante, che varia dal 16 al 55%, con i DP del cluster B, ed in particolare con il disturbo borderline ed istrionico. Una correlazione altrettanto significativa è

Tabella 2. *Primi autori, con rispettivo anno di pubblicazione, delle ricerche che hanno mostrato una correlazione significativa tra l'anoressia di tipo purging (AN-P) ed i DP. BDP= disturbo di personalità borderline; NDP= disturbo di personalità narcisistico; EDP: disturbo di personalità evitante; DDP= disturbo di personalità dipendente; OCDP= disturbo di personalità ossessivo-compulsivo; HDP= disturbo di personalità istrionico; ANTISDP= disturbo di personalità antisociale; ANBE= anoressia nervosa con binge eating; DIB= Diagnostic Interview for BDP; PDE= Personality Disorders Examination; SCID-II= Structured Clinical Interview for Personality Disorders; NS= non specificato.*

Autore	Anno di Pubblicazione	Strumenti	Numerosità del Campione	% PD	Cluster A	Cluster B	Cluster C
Piran	1988	DIB	38	28 (74%)	0	21 (55%) BDP 16 (42%) HDP 5 (13%)	7 (19%) EDP 3 (8%) DDP 3 (8%) OCDP 1 (3%)
Gartner	1989	PDE	21	21 (100%)	1 (5%)	10 (48%) BDP 7 (33%) HDP 1(5%) NDP 2 (10%)	19 (60%) EDP 7 (33%) DDP 4 (19%) OCDP 8 (38%)
Herzog	1992	SCID-II	88	38 (42%)	4 (4%)	19 (21%) BDP 11 (12%) HDP 6 (7%) ANTISDP 2 (2%)	15 (17%) EDP 6 (7%) DDP 5 (6%) OCDP 4 (4%)
Matsunaga	1998	SCID-II	30	30 (100%)	2 (7%)	15 (51%) BDP 11 (37%) HDP 2 (7%) NDP 2 (7%)	19 (64%) EDP 8 (27%) DDP 6 (20%) OCDP 5 (17%)
Matsunaga	2000	SCID-II	16	NS	NS	4 (25%)	9 (57%) EDP 3 (19%) OCDP 6 (38%)
Milos	2003	SCID-II	77 (ANR+ ANBE)	55 (71 %)	7 (9%)	12 (16%)	47 (61%)

I Disturbi di Personalità in pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare

Tabella 3. Primi autori, con rispettivo anno di pubblicazione, delle ricerche che hanno mostrato una correlazione significativa tra BN ed i DP. BDP= disturbo di personalità borderline; NDP= disturbo di personalità narcisistico; EDP: disturbo di personalità evitante; DDP= disturbo di personalità dipendente; OCDP= disturbo di personalità ossessivo-compulsivo; HDP= disturbo di personalità istrionico; ANTISDP= disturbo di personalità antisociale; DIB= Diagnostic Interview for BPD; PDQ= Personality Disorders Questionnaire; PDE= Personality Disorders Examination; SCID-II= Structured Clinical Interview for Personality Disorders; NS= non specificato.

Autore	Anno di Pubblicazione	Strumenti	Numerosità del Campione	% PD	Cluster A	Cluster B	Cluster C
Levin	1986	PDQ	24	62%	0	25% BDP 38% HDP	20% OCDP
Pope	1987	DIB	52	1.9%	0	1.9% BDP	0
Gartner	1989	PDE	8	57%	0	38% BDP 13% HDP 13% NDP	38% DDP
Yager	1989	PDQ	300	70%	0	47% BDP 39% HPD 4% ANTISDP	46% DDP 36% EDP 12% OCDP
Wonderlich	1990	SCID II	16	72%	0	31% HDP 19% BDP 19% ANTISPD	19% DDP 19% EPD 13% OCDP
Zanarini	1998	DIPD	34	30%-50%	18%	35% BDP 12% HDP 16% NPD 3% ANTISPD	18% EDP 9% OCDP 9% DDP
Ames-Frankel	1992	PDE	83	38% inpz. 29% outpz.	0	23% BDP	10% DDP 9% EPD
Herzog	1992	SCID-II	91	21% BN 39% AN/BN	4%	8% BN 12% AN/BN (BDP)	3%
Rossiter	1993	PDE	71	43%	4%	21% BDP 11% ANTISPD 10% NPD 7% HPD	14% EDP 14% DDP 10% OCDP
Skodol	1993	PDQ-R SCID II	52 BN 14 AN/BN	50%-79%	NS	NS	NS
Carroll	1996	PDE	30	46.7% BN+depr. 33.3% BN-no depr.	10%	10% BDP 3% ANTISPD 3% NPD	10% EPD 7% OCDP 6.7% DPD
Godt	2002	SCID II	81	38%	5%	8% BDP 7% HPD 1% NPD	18% EPD 14% DPD 5% OCDP
Grilo	2003	DIPD	118	17.7%	4.7%	17%BDP	12% OCDP 11.5% EDP
Milos	2003	SCID II	137	69%	0	29%	0
Ilkjaer	2004	SCID II	23 BN 20 BN/AN	49%	NS	NS, ma associazione significativa con BPD	NS

Tabella 4. Primi autori, con rispettivo anno di pubblicazione, delle ricerche che hanno mostrato una correlazione significativa tra il DCA-NAS ed i DP. BDP= disturbo di personalità borderline; NDP= disturbo di personalità narcisistico; EDP: disturbo di personalità evitante; DDP= disturbo di personalità dipendente; OCDP= disturbo di personalità ossessivo-compulsivo; HDP= disturbo di personalità istrionico; ANTISDP= disturbo di personalità antisociale; PDQ-R= Personality Disorders Questionnaire-Revised; PDE= Personality Disorders Examination; SCID-II= Structured Clinical Interview for Personality Disorders; NS= non specificato.

Author	Year	Measures	N	% PD	Cluster A	Cluster B	Cluster C
Skodol	1993	SCID II PDQ-R PDE	100	2%	NS	NS	NS
Yanovski	1993	SCID II	BED=43 Non- BED=85	35%	0	14% BPD	9% EPD 8% OCPD
Telch	1998	SCID II	BED=61 non-BED =60	20%	3% PPD	7% BPD	7% EPD 5% OCPD 3% DPD
Wilfley	2000	SCID II	162	34%	NS	9% BPD 3% NPD 1% ANTISPD	14% OCPD 6% EPD 1% DPD
Grilo	2002	DIPD	BED=90	30.2%	7.6%	8.7%	27% 18% EPD 16% OCPD
Grilo	2003	DIPD	BED=116	30.2%	6%	7%	27% 18% EPD 16% OCPD
Milos	2003	SCID II	34	56%	3%	18%	50%
Ro	2005	SCID II	22	59% almeno 2 PD 23%	(DP 27%)	18% (HPD 9%) (BPD 14%)	68% 50% EPD 23% OCPD

stata rilevata con i DP del cluster C, con percentuali che variano dal 12 al 33%, e, nello specifico, con il DP evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo. Come osservato in precedenza, la stretta associazione tra l'AN-P ed i cluster B e C potrebbe essere meglio attribuita alla sovrapposizione di alcuni tratti di personalità presenti in entrambi i disturbi. Tuttavia, rispetto all'AN-R, l'anoressia con condotte di compenso presenta un pattern sintomatologico più confu-

so e ricco di sfumature. Questa ambiguità probabilmente deriva dalla co-presenza di alcuni sintomi provenienti sia dall'AN che dalla BN.

La bulimia nervosa (BN) presenta una comorbidità con uno o più DP di circa il 70 %. Il DP maggiormente associato alla BN è rappresentato dal disturbo di personalità borderline e dipendente (tabella 3). Questa associazione può essere spiegata facendo riferimento alle difficoltà nelle relazioni interpersonali tipiche dei soggetti bulimici. Dati provenienti dalla clinica e dalla ricerca (Openshaw et al. 2004; Hayaki et al. 2003; Fassino et al. 2005) mostrano come le relazioni interpersonali delle pazienti con BN siano caratterizzate da una forte ambiguità: in alcuni soggetti si assiste ad un rapido alternarsi di relazioni molto intense ma di breve durata, in altri, invece, vi è una costante ricerca di vicinanza e sostegno da parte di persone significative. Inoltre, diversi studi mostrano che le pazienti con BN percepiscono i loro rapporti, sia in ambito familiare sia con i pari (Rosenvinge et al. 1990), come meno supportivi, più conflittuali e sgradevoli rispetto a soggetti normali; tale rappresentazione potrebbe essere legata alla percezione di sé negativa frequentemente riportata dalle pazienti. Grissett e Norvell (1992), ad esempio, riferiscono che queste si considerano meno competenti nella gestione delle relazioni interpersonali, riportando anche una soglia di suscettibilità allo stress in contesti relazionali più bassa rispetto a soggetti di controllo sani o con altre patologie in asse I. Infine, gli autori hanno osservato che le pazienti bulimiche percepiscono il sostegno relazionale come poco soddisfacente e le interazioni sociali come negative e conflittuali, promuovendo lo sviluppo di convinzioni legate alla pervasiva sfiducia nelle relazioni interpersonali.

Il DCA non altrimenti specificato (DCA-NAS) rappresenta una larga fetta dei DCA. Questa forma di patologia non ricade all'interno di alcuna categoria diagnostica definita, ma piuttosto essa sembra contraddistinta da una sintomatologia di minore rilevanza e gravità rispetto alle forme di DCA unanimemente riconosciute. I bias di ricerca ed i problemi legati all'indagine dei DCA-NAS risultano legati a stime in cui si riporta che il 50-60% dei soggetti affetti da questo disturbo non richiede il trattamento (Fairburn e Harrison 2003). Dati recenti mostrano che in un campione di giovani donne portoghesi, di età compresa tra i 12 ed i 23 anni provenienti da una popolazione normale, la percentuale di DCA-NAS sfiorava il 3% (Machado et al. 2007). Inoltre, i tre quarti dei soggetti che richiedono un trattamento per DCA vengono diagnosticati come NAS (Machado et al. 2007). Nonostante la riconosciuta alta percentuale di patologia, pochi studi hanno indagato l'associazione di questa categoria diagnostica con i DP. Tale limite, probabilmente, deriva proprio dalle difficoltà nell'identificazione dei soggetti e nella loro valutazione diagnostica. I pochi dati a disposizione (tabella 4) favoriscono l'ipotesi di un'associazione tra DCA NAS e DP del cluster C di circa il 40% .

Riassumendo, un confronto dei risultati dei diversi studi indica che le patologie caratterizzate da una maggiore impulsività alimentare (ovvero la BN e l'AN-P) si associano prevalentemente a DP del cluster B, ed in particolare al disturbo borderline ed istrionico (Levin 1986, Skodol 1993, Johnson 1989, Herzog 1992, Matsunaga 2000). Di contro, l'AN-R si presenta in comorbidità con DP del cluster C, ed in particolare con i DP evitante e dipendente. Steiger et al. (1991) e Gartner et al. (1989), invece, riferiscono che i DP del cluster C sono ugualmente presenti sia nell'AN che nella BN. Tale disaccordo potrebbe essere legato ad eventuali bias metodologici (Carroll 1996, Herzog 1992, Westen 2000), ed alla sovrapposizione sintomatologica tra AN e BN (Herzog 1992). Nessun dato sembra, inoltre, indicare una netta associazione tra i DCA e i DP del cluster A. I dati relativi alla comorbidità tra DCA NAS e DP, invece, risultano di maggiore ambiguità e difficoltà interpretativa. I NAS, che includono anche un disturbo alimentare di recente introduzione (nel DSM-IV), definito come disturbo da alimentazione incontrollata (o Binge Eating Disorder, BED), sembrano associarsi all'EDP, OCPD ed al BDP (Stice 2001; Yanovski 1993).

In questa prima parte dell'articolo abbiamo riportato i dati relativi alla comorbidità tra DCA e DP. Dai risultati si evince come la co-occorrenza tra le due classi diagnostiche presenti un'ampia variabilità che oscilla dal 21% al 97% (Gartner 1989, Wonderlich 1990, Vitousek e Manke 1994, Skodol et al. 1993), a testimonianza dell'ambiguità e della mancanza di univocità dei dati sino ad oggi conseguiti. In accordo con l'obiettivo di questo lavoro, nel prossimo paragrafo, ci proponiamo di esaminare i motivi che potrebbero spiegare la ambigua concordanza tra i risultati.

Variabilità della comorbidità tra DCA e DP

Come emerso dai dati presentati la percentuale di comorbidità tra DCA e DP risulta parecchio mutevole: ad esempio, alcuni autori hanno rilevato una comorbidità del 18% (Grilo et al. 2003), mentre altri hanno identificato una co-presenza, addirittura, del 100% (Matsunaga et al. 2000)! Tale instabilità può essere dovuta a problemi che riguardano: a) aspetti metodologici presenti nei diversi studi, b) problemi legati alla valutazione diagnostica dei DP, da una parte, o c) alla classificazione dei DCA, dall'altra. Cercheremo, in ciascuno dei seguenti paragrafi, di approfondire gli aspetti relativi a ciascuna di questa ipotesi.

a) Limiti legati alla metodologia

La comprensione dell'alta variabilità della co-occorrenza tra DCA e DP non può prescindere da un'analisi accurata dei bias metodologici presenti nei vari studi che, inoltre, impediscono un confronto diretto dei dati ottenuti. Alcuni dei limiti principali fanno riferimento all'esiguo numero di soggetti analizzati (Levin e Hiler 1986, Gartner et al. 1989), alle caratteristiche del campione, secondo le quali la comorbidità tra disturbi aumenta nei pazienti ricoverati rispetto a pazienti ambulatoriali (Skodol 1993), ed, ancora, alla possibile comorbidità con altri disturbi in Asse I, spesso non indagati. A questo proposito Herzog (1992) ha osservato un aumento della comorbidità con i DP quando ai DCA si accompagnano altre patologie in Asse I, in particolare la depressione maggiore. Diversi studi (Hatsukami et al. 1986, Pope et al. 1989, Schleised et al. 1989) hanno, inoltre, rilevato una stretta associazione tra DCA e disturbo depressivo maggiore (DDM), da una parte, e una comorbidità tra DP e DDM che varia dal 30 al 70%, dall'altra (vedi Farmer e Nelson-Gray 1990 per un approfondimento). Pope (1987) e Carrol e collaboratori (1996), inoltre, hanno mostrato come l'associazione tra DCA e DDM rappresenti un predittore significativo della presenza di un concomitante DP. Purtroppo, il numero di ricerche che ha cercato di approfondire il ruolo di possibili mediatori nella relazione tra DCA e DP, è molto esiguo, poiché è stato dato poco peso all'individuazione di altri potenziali fattori che potrebbero avere un ruolo nello spiegare l'associazione tra le due patologie (ad esempio, il ruolo di esperienze precoci disadattive, come l'abuso fisico, soprattutto sessuale, o l'uso di sostanze).

Infine, è necessario osservare come, spesso, nelle ricerche, siano stati utilizzati diversi strumenti diagnostici, le cui caratteristiche assumono un ruolo chiave nel determinare la presenza di una patologia. La valutazione di un DP, infatti, può avvenire tramite l'utilizzo di strumenti auto-somministrati o di interviste semi- o interamente strutturate (Herzog 1992). In un recente studio Cassin e Von Ranson (2005) hanno mostrato come la percentuale di co-occorrenza tra DCA e DP vari notevolmente in relazione al tipo di strumento usato per diagnosticare un DP. Gli autori osservano che gli strumenti auto-somministrati sovrastimano la prevalenza di DP di circa 35 volte, rispetto ai casi in cui vengono utilizzate delle interviste. Questo dato viene ulterior-

mente supportato dalla precedente letteratura in cui si è osservata una scarsa concordanza tra le valutazioni diagnostiche derivate da strumenti di tipo self-report e le interviste cliniche (Molestin et al. 1998, Ottosson et al. 1998).

Riassumendo, i limiti presentati evidenziano il ruolo degli aspetti legati alla metodologia utilizzata nelle ricerche, sottolineando come questo possa influenzare un'adeguata comparazione ed interpretazione dei dati ottenuti.

b) Limiti dei sistemi diagnostici dei Disturbi di Personalità

Un'ulteriore fonte di confusione nella spiegazione della variabilità dei dati ottenuti deriva dall'acceso dibattito relativo all'attuale classificazione dei DP. Nelle ultime due decadi, infatti, clinici e ricercatori hanno evidenziato i limiti del corrente sistema diagnostico in Asse II, lamentando che questi non garantisce un sistema di screening e interpretazione adeguati dei DP.

Una delle prime definizioni di DP viene fatta risalire a Schneider (1921-1950), il quale li denomina come "personalità anormali che provocano sofferenza al sé ed agli altri". Più recentemente, l'American Psychiatric Association (APA 2000) ha definito i DP come dei "pattern di esperienza stabili, disadattivi e inflessibili che coinvolgono la cognizione, l'emozione, il funzionamento interpersonale, il controllo degli impulsi", rappresentandoli all'interno di specifiche categorie diagnostiche. I modelli categoriali di personalità assegnano a ciascun individuo una precisa categoria, nettamente distinta dalle altre, in base a criteri di esclusione-inclusione dettati da presunte differenze qualitative (Lingiardi 1996). Un disturbo di personalità definito in modo categoriale, quindi, comporta la costruzione di un'area diagnostica, basata su criteri precisi, a cui il soggetto può o meno appartenere.

I modelli dimensionali di personalità, in netto contrasto con i precedenti, nascono inizialmente per misurare l'intensità dei tratti di personalità e stabiliscono che ogni individuo è classificabile in base alla posizione occupata lungo un continuum (Lingiardi 1996). In quest'ottica, i DP sono considerati l'estremo maladattivo delle normali dimensioni di personalità (Le Bon et al. 2004). In accordo con tale prospettiva, Livesley (2001) li definisce come dei "tratti inflessibili e maladattivi che causano un significativo danno funzionale o di stress soggettivo", ovvero "un fallimento nel raggiungimento di soluzioni adattive "ai compiti della vita".

Un altro approccio ancora, fa riferimento all'emergente sistema tassonomico basato sul concetto di "prototipo". Questo organizza la patologia di personalità in base a modelli prototipici, ciascuno caratterizzato da elementi comuni specifici che si condensano in modalità riconoscibili di funzionamento intrapsichico e interpersonale (Westen e Shedler 1999a, 1999b; Dimaggio e Semerari 2007).

Un sistema diagnostico di tipo prototipico ben si presta ad ovviare alcuni dei limiti presenti negli approcci categoriali e dimensionali. In riferimento ai primi, Westen (1999a) evidenzia una forte contraddizione tra gli attuali criteri del DSM e le categorie identificate in ambito clinico e di ricerca. L'autore prosegue sostenendo che tale classificazione dicotomica risulta troppo artificiale, poiché tiene in scarsa considerazione la complessa personalità dell'individuo, al punto che spesso risulta impossibile classificare alcuni sintomi dei pazienti in una specifica categoria diagnostica. D'altra parte, anche gli approcci dimensionali proposti presentano diversi limiti. Ciascuno dei numerosi modelli creati (per una rassegna Eyseck 1985; Cloninger 1987, 1993; Allport 1961; Wiggins 1981; Costa e McCrae 1992) è organizzato in maniera molto complessa, al punto da rendere impossibile la comunicazione tra esperti. Inoltre, ogni modello considera la personalità come scomponibile in parecchi tratti, senza riuscire ad organizzarli secondo un ordine gerarchico di rilevanza.

Da quanto emerso risulta evidente che la chiarificazione dei dati relativi alla presenza dei

DP all'interno della sintomatologia alimentare non possa non risentire delle numerose controversie, appena accennate, presenti nell'ambito della classificazione dei DP.

c) Limiti del sistema diagnostico dei DCA

I DCA sono stati introdotti per la prima volta nel DSM (DSM-IV) nel 1994, dove sono stati inseriti all'interno dell'Asse I e identificati come categoria diagnostica specifica per l'età adulta, essendo stati fino ad allora considerati come problemi relativi alla sfera dell'infanzia e dell'adolescenza. Tuttavia, l'attuale sistema diagnostico si limita a descrivere le caratteristiche sintomatologiche e comportamentali del disturbo, senza descrivere gli aspetti personologici specifici che invece sembrano caratterizzare i DCA. Il DSM-IV-TR accenna solo ad alcuni degli aspetti cognitivi del disturbo, però unicamente relazionandoli ai comportamenti alimentari disfunzionali e senza inserirli in un quadro più completo della personalità dei pazienti con DCA. L'APA indica brevemente come nelle pazienti anoressiche e bulimiche vi sia un'eccessiva variazione dell'autostima in relazione al peso ed all'immagine corporea ed, inoltre, accenna alla scarsa capacità di controllo sul cibo delle pazienti con BN ed ad una loro scarsa tolleranza alle frustrazioni, da cui deriverebbero le abbuffate.

Da questi brevi accenni e da parecchi studi (vedi in seguito) emerge, con discreta evidenza, come i soggetti con DCA presentino delle caratteristiche di personalità specifiche, e come anche le sotto-categorie del disturbo siano caratterizzate da tratti temperamentali specifici. Gli studi che hanno dimostrato il ruolo e la specificità di alcuni aspetti di personalità nell'esordio e nel mantenimento dei DCA si basano su approcci alla personalità dimensionali. La necessità di avvalersi di modelli dimensionali origina, probabilmente, dalla contraddittorietà e dalla scarsa interpretabilità dei dati negli studi che hanno indagato la comorbilità tra DCA e DP, basandosi su approcci categoriali. In seguito, citeremo alcuni degli approcci dimensionali e degli studi più significativi ed esemplificativi sulla co-occorrenza tra le due patologie.

Le dimensioni di personalità nei disturbi del comportamento alimentare

Il modello dimensionale che ha maggiormente indagato la co-presenza di DCA e DP è rappresentato dal modello dei Sette Fattori di Cloninger (1987, 1993). Lo strumento di valutazione utilizzato in questo approccio è il Temperament and Character Inventory (TCI, Cloninger 1993) che si propone di identificare le quattro dimensioni temperamentali identificate nel modello: la ricerca di novità (NS), l'evitamento della sofferenza (HA), la dipendenza dalle ricompense (RD) e la persistenza, ed altri tre tratti individuali legati all'esperienza soggettiva, ovvero l'auto-direttività (SD), la cooperatività (C) e la trascendenza (ST).

In uno studio di Casper (1990) sono stati identificati i tratti di personalità residui in un campione di soggetti guariti da anoressia restrittiva. I risultati hanno evidenziato che, nonostante la remissione sintomatologica, le pazienti continuavano a presentare alcune caratteristiche di personalità disfunzionali legate ad una scarsa ricerca della novità e ad un'eccessivo evitamento della sofferenza, mostrando un'elevata conformità alle regole ed agli standard sociali, una scarsa flessibilità e ad uno scarso funzionamento nelle abilità sociali (rispetto ad un gruppo di controllo composto da soggetti sani). Inoltre, se confrontate con le sorelle, le ex-pazienti presentavano un quadro caratterizzato da un maggiore controllo cognitivo ed emotivo, che si ripercuoteva nella loro difficoltà nel prendere decisioni ed in una scarsa spontaneità.

In alcuni studi di Fassino e collaboratori (2003, 2004), sono stati confrontati i tratti di personalità presenti in diversi tipi di soggetti. Gli autori (Fassino et al. 2003), ad esempio, hanno

confrontato i risultati ottenuti nel TCI in un gruppo di pazienti bulimiche, nelle loro madri ed in un gruppo di controllo di soggetti sani. I risultati hanno evidenziato che i soggetti bulimici presentavano un punteggio significativamente maggiore rispetto ai due gruppi di controllo nelle sottoscale relative alla ricerca delle novità e all'evitamento della sofferenza. Questi indici rappresentano forte impulsività, scarsa tolleranza del vuoto e della noia, maggiore vulnerabilità all'ansia, alla depressione ed allo stress e scarsa maturità.

Secondo la teoria di Cloninger (1987, 1993) la ricerca delle novità e l'evitamento della sofferenza raffigurano aspetti specifici della personalità, al contrario dell'auto-direttività che, invece, rappresenta un tratto transdiagnostico, presente in tutti i DP. Come mostrano i dati provenienti dagli studi basati sulle diagnosi del DSM presentati in precedenza, la BN è spesso accompagnata da tratti di personalità del cluster B e C, che, secondo Bulik (1995), rispecchiano alcune delle caratteristiche evidenziate dal modello dei Sette-Fattori, come la ricerca delle novità, l'evitamento della sofferenza e una scarsa auto-direttività. Queste caratteristiche di personalità indicano la presenza di comportamenti impulsivi, la difficoltà nelle relazioni interpersonali ed una scarsa maturità di fondo. Alcune di queste condizioni, inoltre, suggeriscono il ruolo di pattern di personalità ereditati dal contesto familiare di appartenenza. Nello studio di Fassino e collaboratori (2003), di fatto, si è osservato che madri di pazienti bulimiche riportavano punteggi molto bassi nell'auto-direttività, esattamente come le figlie. Punteggi particolarmente bassi in questo indice indicano scarsa maturità, limitata tolleranza alle frustrazioni e pattern affettivi disfunzionali, caratterizzati da livelli elevati di vergogna.

In un altro studio, Fassino (2005) ha confrontato i punteggi ottenuti dal TCI in pazienti con diverse patologie alimentari. L'autore ha rilevato che le pazienti con AN-R mostravano livelli più bassi nella ricerca delle novità e punteggi più elevati nell'evitamento della sofferenza, rispetto a pazienti diagnosticate come anoressiche purgative e bulimiche. Questo dato supporta l'ipotesi che soggetti anoressici sono caratterizzati da maggiori livelli di ansia e ossessività, da perfezionismo, da livelli più alti di pessimismo e da una maggiore aderenza alle regole sociali e morali, rispetto a soggetti che presentano condotte di compenso, che, di contro, sono più impulsive, emotivamente più disregolate e più altalenanti nella gestione delle relazioni interpersonali. Inoltre, le pazienti anoressiche di tipo restrittivo mostravano punteggi inferiori nell'auto-direttività, presentando un quadro di personalità caratterizzato da bassi livelli di autostima, da un'elevata autocritica e da una scarsa abilità nell'identificazione degli scopi.

In un altro studio di Bulik e collaboratori (1995), pazienti anoressiche hanno riportato una maggiore dipendenza dalle ricompense, rispetto a soggetti bulimici. Secondo gli autori tale differenza rispecchia una maggiore suscettibilità di queste pazienti alla pressione sociale legata al raggiungimento della magrezza. Di contro, i soggetti bulimici ricercano maggiormente le novità e le situazioni eccitanti, risultando più impulsive e stravaganti. Inoltre, le pazienti anoressiche sono apparse più timide, presentando una maggiore ansia sociale e punteggi più elevati nelle scale volte a misurare la depressione (Svrakic et al. 1992).

In uno studio effettuato su un campione di pazienti giapponesi con DCA, Nakata e collaboratori (2003) hanno confermato i suddetti risultati, solo nel sottogruppo dell'AN-R. Di contro, invece, nei soggetti bulimici non sono stati rilevati punteggi più elevati nella ricerca delle novità. Questi risultati, solo parzialmente sovrapponibili ai precedenti, possono essere legati ad alcune differenze culturali relative a caratteristiche temperamentali specifiche della cultura occidentale, in cui la pressione sociale a conformarsi agli standard di magrezza, può essere più esasperata rispetto alla cultura orientale.

I risultati evidenziati finora possono essere concettualizzati e riassunti nel modello di Strober (1992) secondo cui, mentre l'AN-R è caratterizzata da livelli elevati di evitamento della sofferenza e dipendenza dalle ricompense e da una bassa ricerca delle novità, la BN è contraddistinta

da alti livelli di ricerca della novità e evitamento della sofferenza e da punteggi inferiori nell'auto-direttività. Questi dati spiegano la co-occorrenza di DCA ed aspetti disfunzionali della personalità come il risultato di diverse combinazioni.

Le ragioni della comorbilità tra DCA e DP

Al di là dei limiti metodologici e teorici fin qui discussi, il fenomeno di una significativa associazione tra DP e DCA resta un dato accertato che necessita di una spiegazione. I dati, infatti, non spiegano chiaramente il motivo per cui certe caratteristiche di personalità si presentano in concomitanza con determinati disturbi alimentari. Tali co-occorrenze potrebbero essere spiegate in modi diversi.

Innanzitutto, certi tratti disfunzionali di personalità potrebbero rappresentare un importante fattore di vulnerabilità nell'esordio e nel mantenimento di un DCA. Quest'ipotesi, sostenuta da autori come Garfinkel (1981), Vitousek (1994) e Siracusano (2003), rende conto di una linea di ricerca che ha approfondito lo studio dei tratti di personalità premorbose. Zaider (1995) e Thornton (1997), ad esempio, hanno rilevato che soggetti con caratteristiche di personalità ossessivo-compulsive presentano una maggiore probabilità di sviluppare AN-R.

Un'altra prospettiva ipotizza che un DCA può contribuire allo sviluppo di un DP. Secondo questa linea di pensiero, aspetti conseguenti ad una forte denutrizione ed al basso peso possono concorrere all'esasperazione di alcuni tratti di personalità disfunzionali (Vitousek e Manke 1994). Basti ricordare, ad esempio, gli effetti devastanti seguiti a digiuno forzato rilevati nel Minnesota Study di Keys ed altri (1950). In questo famoso studio, soggetti sottoposti a sei mesi di regime alimentare fortemente restrittivo hanno evidenziato, oltre a modificazioni biologiche (disturbi del sonno, debolezza, disturbi gastrointestinali, ipotermia, diminuzione del metabolismo basale ecc.), importanti cambiamenti psicologici, come una maggiore irritabilità, un umore gravemente depresso, un forte isolamento sociale con tendenze all'evitamento, una minore flessibilità cognitiva, l'aumento di rituali ed ossessioni, ed una generale perdita di interesse verso il mondo esterno. A livello empirico, questa ipotesi può essere testata indagando gli aspetti di personalità residui in soggetti con DCA guariti. Ad esempio, Kennedy (1990) ha rilevato che prima del trattamento un campione di soggetti con DCA presentava una comorbilità con il BDP del 79%, e che tale percentuale è scesa fino al 36% dopo la guarigione dalla patologia alimentare. Studi in questa direzione permettono di indagare l'influenza dei sintomi alimentari sulla personalità prima e dopo la guarigione, evidenziando il ruolo di alcune caratteristiche di personalità nell'esordio e nel mantenimento del DCA. Sohlberg e Strober (1994), ad esempio, sostengono che alcuni aspetti di personalità contribuiscono all'esordio della sintomatologia alimentare. Secondo gli autori, infatti, non sono solo i comportamenti alimentari specifici a definire il disturbo, ma dovrebbero avere un ruolo nella valutazione diagnostica anche tratti di personalità quali il perfezionismo, l'impulsività, la compulsività e così via. Questa osservazione, inoltre, apre il dibattito circa la classificazione dei DCA all'interno dell'Asse II, piuttosto, che all'interno dell'Asse I. Seguendo questa linea, la comorbilità tra DCA e DP verrebbe inquadrata in tutt'altra ottica, ed un determinato quadro alimentare disfunzionale potrebbe rappresentare una delle diverse manifestazioni possibili di un DP specifico.

Ancora, la comorbilità tra DCA e DP potrebbe essere legata alla semplice co-presenza casuale tra le due patologie, o all'espressione sintomatica alimentare dipendente dallo specifico DP. In quest'ultimo caso, però, la distinzione, attualmente condivisa dall'APA, tra disturbi in Asse I e II risulterebbe errata. Infine, un'ultima spiegazione, si riferisce ad un'espressione patologica comune, secondo cui DCA e DP rappresenterebbero una stessa categoria diagnostica,

caratterizzata da un'eziologia condivisa e dai medesimi meccanismi di mantenimento (Westen 2001).

A favore di quest'ultima ipotesi si schierano autori come Westen e Shedler (1999), secondo i quali pazienti con DCA sono caratterizzati da aspetti di personalità disfunzionali prototipici. Westen e Harnden-Fischer (2001) sostengono che alcuni aspetti specifici della personalità, come il perfezionismo o la competitività (aspetti tipici del DOCP), possono favorire lo sviluppo dell'AN, mentre, altre caratteristiche come l'impulsività o il senso di vuoto (aspetti centrali nel BDP), possono facilitare l'esordio di un altro sottotipo di DCA. Evidenze empiriche di queste ipotesi derivano dal confronto di pazienti bulimiche "multi-impulsive" verso "uni-impulsive" (Lacey e Evans 1986). Mentre soggetti bulimici multi-impulsivi presentano una vasta gamma di comportamenti impulsivi oltre a quelli legati all'alimentazione (ad esempio, rubare, usare sostanze etc.), le bulimiche uni-impulsive mettono in atto comportamenti disregolati solo in relazione alla sfera alimentare, utilizzando come strategie di fronteggiamento solo le abbuffate e le condotte compensatorie. Questa distinzione permette di differenziare le due tipologie di disturbo, classificando le prime nella sfera del BDP, e le seconde come bulimiche pure. Questi dati mostrano come un disturbo come la BN possa manifestarsi sotto diverse forme, probabilmente ciascuna legata a un'eziologia ed a fattori di mantenimento diversi. Tale distinzione risulta fondamentale per individuare la forma di trattamento elettivo.

Westen e Harnden-Fisher (2001) confermano questa ipotesi in uno studio in cui la co-presenza di un DCA e di un eventuale DP è stato identificato utilizzando la SWAP-200. Gli autori hanno contattato 103 clinici (psicologi e psichiatri) di diversi orientamenti teorici, chiedendo di compilare alcuni questionari per identificare i dati anagrafici dei loro pazienti, la/le loro diagnosi e la SWAP-200. Quest'ultimo rappresenta uno strumento, basato su una Q-analisi, che, compilato dal clinico, permette di individuare le caratteristiche di personalità dei pazienti. Il campione era composto da 13 soggetti con AN-R, 35 con AN/BN, 42 con BN-P, e 3 diagnosticati come BN-senza-condotte di compenso. Il successivo confronto tra i punteggi ottenuti nelle diverse scale di misura non ha evidenziato alcuna differenza significativa tra i sotto-tipi di DCA in relazione a possibili DP concomitanti. I pazienti sono stati suddivisi in tre gruppi. La categoria definita "ad alto funzionamento" comprendeva pazienti bulimiche (59.3%) o con una sintomatologia mista di AN/BN (22%), indicate come "brave ragazze" e caratterizzate da profonda empatia, alti livelli di autocritica e perfezionismo ed intense emozioni di colpa ed ansia. Il gruppo etichettato come "costretto/ipercontrollato" racchiudeva prevalentemente pazienti con AN (34.8%) o AN/BN (43.5%). Queste pazienti erano caratterizzate da una forte passività, da inibizione emotiva, da comportamenti evitanti accompagnati da intensi vissuti di vergogna ed inadeguatezza in contesti interpersonali, da stati depressivi ed ansiosi e spesso sopraffatti da sentimenti di vuoto e noia. Infine, il terzo gruppo, definito come "emotivamente disregolato", comprendeva soggetti diagnosticati con BN (50%) e AN/BN (50%). In questo gruppo ricadevano le pazienti più impulsive, disperatamente bisognose di un intenso contatto con gli altri indispensabili per diminuire gli alti livelli di sofferenza soggettiva.

L'analisi delle correlazioni tra le categorie identificate e i DP ha evidenziato associazioni significative tra il gruppo di pazienti "ad alto funzionamento" ed il DP ossessivo-compulsivo, tra il gruppo "costretto/ipercontrollato" e i DP schizoide, schizotipico ed evitante, e tra le pazienti emotivamente disregolate e i DP del cluster B ed il paranoide e il dipendente. Il confronto delle variabili relative al peso, alla frequenza delle abbuffate e delle condotte di compenso e alla presenza/assenza di un'eccessiva attività fisica ha mostrato differenze significative tra i tre gruppi. I soggetti emotivamente disregolati riportavano un peso più elevato e un maggior numero di abbuffate e condotte eliminatorie, rispetto agli altri due gruppi. Non è stata rilevata, invece, nessuna differenza significativa, tra i tre gruppi, in relazione all'intensità dell'attività fisica.

Westen e Harnden-Fisher (2001), inoltre, hanno confrontato il livello di funzionamento globale e le storie di ricoveri psichiatrici nei tre gruppi notando che queste variabili erano associate in modo significativo solo nel gruppo di pazienti emotivamente disregolate.

La suddivisione dei DCA secondo cluster di personalità prototipici è stata ulteriormente confermata in studi più recenti. Espelage e collaboratori (2002), ad esempio, hanno somministrato il Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II Millon, 1997) ad un campione di 183 pazienti ambulatoriali con DCA identificando tre diversi profili di personalità. In accordo con quanto rilevato da Westen e Harnden-Fisher (2001), un primo cluster includeva pazienti (19.9%) con un alto funzionamento ed una scarsa sintomatologia alimentare, un secondo gruppo definito come 'disregolato' (49.1%), presentava aspetti di personalità tipici del BDP, del EPD e del Disturbo di Personalità passivo-aggressivo, ed, infine, un terzo gruppo, definito come 'evitante-ipercontrollato', esibiva caratteristiche di personalità tipiche del EPD, del DDP e del DP schizoide. Analogamente, in un'altra ricerca (Thompson-Brenner e Westen 2005), gli autori hanno raggruppato un campione di 145 pazienti bulimiche in tre cluster: uno ad alto funzionamento (con lieve sintomatologia alimentare), uno 'disregolato', caratterizzato da una maggiore psicopatologia alimentare e personologica, ed uno 'ipercontrollato-costrittivo'. Infine, in un altro studio Wonderlich e collaboratori (2005) hanno identificato in un campione di 178 pazienti con BN tre tipi di profili di personalità: uno rappresentato da pazienti moderatamente bulimiche con una scarsissima comorbilità con un DP (ad alto funzionamento), uno caratterizzato da donne con elevato perfezionismo e significativa disregolazione affettiva, ed un terzo gruppo che includeva pazienti impulsive e dotate di una scarsa socievolezza. Infine, in un ultimo studio più recente (Wonderlich et al. 2007), gli stessi autori hanno studiato un campione di 131 donne bulimiche indagando un ampio numero di aspetti di personalità. Anche in questo caso i risultati hanno permesso di delineare tre gruppi di pazienti: un primo gruppo, ad alto funzionamento, era caratterizzato da scarsa sintomatologia alimentare (lieve preoccupazione per il peso, la forma ed il cibo, misurati tramite l'Eating Disorders Examination EDE, Fairburn e Cooper 1993), da uno stato emotivo generale positivo (valutato tramite il Profile of Mood States POMS, Lorr e McNair 1971) e non presentava alcuna patologia della personalità, determinata tramite la Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire (DAPP-BQ, Livesley e Jackson 2002). Un secondo gruppo di pazienti, definito come 'ostile/in ricerca di stimoli, era caratterizzato da forte ostilità interpersonale, persistente ricerca di novità, abuso di sostanze, intensa preoccupazione per il peso, la forma ed il cibo e da uno stato emotivo generale positivo; infine, il terzo cluster, caratterizzato da un'elevata manifestazione sintomatologica (con alta frequenza di comportamenti bulimici) e definito come 'interpersonale-emotivo', presentava elevati livelli di ansia, problemi d'identità, difficoltà interpersonali gestite principalmente tramite comportamenti di evitamento, sospettosità, disregolazione cognitiva, elevata compulsività, presenza di comportamenti autolesivi ed impulsivi, uso di sostanze, intensa preoccupazione per il peso, la forma ed il cibo e stati emotivi negativi prevalenti.

In conclusione, gli studi riportati evidenziano come aspetti specifici di personalità, indagati secondo una prospettiva diversa rispetto all'attuale DSM, siano differentemente associati ai sottotipi di DCA. Approcci alla personalità prototipici spiegano in maniera più esaustiva le caratteristiche e il livello di funzionamento globale dei pazienti affetti da DCA, specificando in modo più dettagliato le caratteristiche di personalità associate a disturbi specifici. Tali indicazioni si rivelano, inoltre, di maggiore utilità clinica, indirizzando in modo più specifico il trattamento da intraprendere.

Conclusioni

In questo lavoro abbiamo riportato i risultati degli studi pubblicati negli ultimi vent'anni che hanno indagato la comorbidità tra DCA e DP. Le ricerche hanno evidenziato una stretta co-occorrenza tra i due disturbi evidenziando come i disturbi alimentari si associano a specifici cluster di DP e a determinati tratti di personalità (quali il perfezionismo, l'auto-direttività e l'impulsività).

Riassumendo, i dati mostrano una prevalenza di DP del cluster C (evitante, ossessivo-compulsivo e dipendente) in tutti i DCA. In particolare, pazienti anoressiche di tipo restrittivo mostrano una stretta comorbidità con i DP del cluster C (evitante, ossessivo-compulsivo), manifestando tratti perfezionistici, una scarsa ricerca delle novità, difficoltà interpersonali ed isolamento sociale. Le pazienti di tipo purging, sia anoressiche che bulimiche, presentano una maggiore associazione con i DP del cluster C (evitante e dipendente) e B (borderline, istrionico e narcisistico) esibendo tratti impulsivi, una significativa instabilità nelle relazioni interpersonali, nel comportamento e nell'affettività, comportamenti autolesivi e abuso di sostanze. Gli individui che presentano una patologia alimentare moderata (spesso classificate come DCA-NAS o sotto-soglia), definite da più autori come 'ad alto funzionamento', presentano una bassa frequenza delle abbuffate, una restrizione alimentare limitata ed una minore preoccupazione per il peso, la forma ed il cibo. Questa tipologia di pazienti mostra un discreto funzionamento interpersonale e difficilmente presenta un concomitante DP.

Già nel 1973 Hilde Bruch sosteneva che i DCA rappresentano l'espressione di aspetti disfunzionali di personalità. In seguito, parecchi dati in letteratura hanno confermato come tratti patologici di personalità esasperino l'espressione della sintomatologia alimentare. In quest'ottica, e alla luce dei risultati ottenuti nelle ricerche, sembra evidente che una valutazione diagnostica adeguata ed un trattamento efficace non possano prescindere dall'analisi e dalla considerazione dei tratti di personalità sottostanti al disturbo alimentare.

Tuttavia, l'attuale sistema diagnostico considera esclusivamente gli aspetti sintomatologici e le manifestazioni comportamentali dei DCA, tenendo in scarsa considerazione le espressioni emotive e cognitive e tralasciando aspetti relativi al funzionamento interpersonale, che sembrano avere un ruolo determinante, soprattutto nei DCA con condotte di compenso. Approfondire questi aspetti nella fase diagnostica permetterebbe di descrivere meglio il disturbo, considerando sia l'aspetto sintomatologico, che approfondendo il nucleo psicopatologico alla base del DCA.

Suggeriamo che considerare i sintomi alimentari come l'espressione di aspetti patologici di personalità potrebbe avere una maggiore utilità clinica esemplificando, al tempo stesso, l'aspetto relativo alla ricerca in questo ambito.

Bibliografia

- Allport GW (1961). *Pattern and growth in personality*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., text revision*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Ames-Frankel J, Devlin MJ, Walsh BT, Strasser TJ, Sadik C, Oldham JM, Roose SP (1992). Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: clinical correlates and changes with treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 53, 3, pp. 90-6.
- Bruch H (1973). *Eating disorders*. Basic Books, New York.
- Bulik CM, Sullivan PF, Weltzin TE, Kaye WH (1995). Temperament in eating disorders. *International*

- Journal of Eating Disorders* 17, 3, pp. 251-261.
- Carroll JM, Touyz SW, Beumont PJV (1996). Specific comorbidity between Bulimia nervosa and Personality Disorders. *International Journal Of Eating Disorders* 19(2), 159-170.
- Casper RC (1990). Personality features of woman with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine* 52, 156-170.
- Cassin SE, Von Ranson KM (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychological Review* 25(7), 895-916.
- Cloninger CR (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry* 44, 579-588.
- Cloninger CR, Svrakic DM & Przybeck TR (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry* 50, 975-990.
- Costa PT & McCrae RR (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of personality disorders* 6, 343-359.
- Dimaggio G, Semerari A, Carcione A, Nicolò G, & Procacci M (2007). *Psychotherapy of personality disorders: Meacognition, states of mind and interpersonal cycles*. Routledge, London.
- Dolan B, Evans C, Norton K (1994). Disordered eating behavior and altitudes in female and male patients with personality disorders. *International Journal of Eating Disorders* 8,17-27.
- Espelage DL, Mazzeo SE, Sherman R & Thompson R (2002). MCMI-II profiles of women with eating-disorders: A cluster analytic investigation. *Journal of Personality Disorders*, 16, 453-463.
- Eysenck HJ (1985). Behaviourism and clinical psychiatry. *International Journal of Social Psychiatry* 31(3), 163-9.
- Eysenck HJ (1987). The definition of personality disorders and the criteria appropriate to their definition. *Journal of Personality Disorders* 1, 211-219.
- Fairburn CG & Cooper Z (1993). The eating disorders examination (12th edition). In CG Fairburn & G Wilson (Eds.) *Binge eating nature, assessment, and treatment*. Guilford Press, New York, NY.
- Fairburn CG, Harrison PJ (2003). Eating disorders. *Lancet* 361(9355), 407-16.
- Farmer R & Nelson-Gray RO (1990). Personality disorders and depression: Hypothetical relations, empirical findings, and methodological considerations. *Clinical Psychology Review* 10, 453-476.
- Fassino S, Abbate-Daga G, Amianto F, Facchini F, Rovera GG (2003). [Eating psychopathology and personality in eating disorders] *Epidemiologia Psichiatrica Sociale Oct-Dec, 12(4), 293-300*.
- Fassino S, Amianto F, Gramaglia C, Facchini F, Abbate Daga G (2004). Temperament and character in eating disorders: ten years of studies. *Eating and Weight Disorders* 9(2):81-90.
- Fassino S, Abbate-Daga G, Delsedime N, Busso F, Pierò A, Rovera GG (2005). Baseline personality characteristics of responders to 6-month psychotherapy in eating disorders: Preliminary data. *Eating and Weight Disorders* 10, 40-50.
- Garfinkel PE (1981). Some recent observations on the pathogenesis of anorexia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry* 26(4), 218-23.
- Gartner AF, Marcus RN, Halmi K, Loranger AW (1989). DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry* 146, 1585-91.
- Gillberg IC, Rastam M, Gillberg C (1995). Anorexia nervosa 6 years after onset: Part I. Personality disorders. *Comprehensive Psychiatry* 36(1):61-9.
- Godt K (2002). Personality disorders and eating disorders. The prevalence of eating disorders in 176 female patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review* 10, 102-109.
- Grilo CM, Sanislow CA, Skodol AE, Gunderson JG, Stout RL, Shea MT, Zanarini MC, Bender DS, Morey LC, Dyck IR, McGlashan TH (2003). Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison groups matter. *International Journal of Eating Disorders* 33(2), 155-64.
- Grissett NI, Norvell NK (1992). Perceived social support, social skills, and quality of relationships in bulimic women. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 60(2), 293-9.

I Disturbi di Personalità in pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare

- Hatsukami D, Mitchell JE, Eckert ED, Pyle R (1986). Characteristics of patients with bulimia only, bulimia with affective disorder, and bulimia with substance abuse problems. *Addictive Behavior* 11(4), 399-406.
- Hayaki J, Friedman MA, Whisman MA, Delinsky SS, Brownell KD (2003). Sociotropy and bulimic symptoms in clinical and nonclinical samples. *International Journal of Eating Disorders* 34(1), 172-6.
- Herzog DB, Keller MB, Lavori PW, Kenny GM, Sacks NR (1992). The prevalence of Personality Disorders in 210 women with Eating Disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* 53, 147-52.
- Ilkjaer K, Kortegaard L, Hoerder K, Joergensen J, Kyvik K, Gillberg C (2004). Personality disorders in a total population twin cohort with eating disorders. *Comprehensive Psychiatry* 45(4), 261-7.
- Johnson C, Tobin D, Enright A (1989). Prevalence and clinical characteristics of borderline patients in an eating disordered population. *Journal of Clinical Psychiatry* 50, 9-15.
- Kendall PC, Clarkin JF (1992). Introduction to special section: comorbidity and treatment implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60(6), 833-4.
- Kennedy SH, McVey G, Katz R (1990). Personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatry Research* 24, 259-69.
- Keys A, Brozek J, Henschel A, Mickelson O, Taylor H (1950). *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Lacey JH, Evans CD (1986). The impulsivity: a multi-impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction* 81(5), 641-9.
- Le Bon O, Basiaux P, Streel E, Tecco J, Hanak C, Hansenne M, Anseau M, Pelc I, Verbanck P, Dupont S (2004). Personality profile and drug of choice; a multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. *Drug Alcohol Depend* 7, 73(2), 175-82.
- Lenihan G & Kirk W (1990). Personality characteristics of eating- disordered outpatients as measured by the Hand Test. *Journal of Personality Assessment* 55(1&2), 350-36.
- Levin AP, & Hyler SE (1986). DSM-III personality diagnosis in bulimia. *Comprehensive Psychiatry* 27, 47-53.
- Lilenfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C, Rao R, Strober M, Bulik CM, Nagy L (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry* 55(7), 603-10.
- Lingiardi V (1996). *I disturbi di personalità*, Edizioni Due Puntii Saggiatore.
- Livesley WJ (2001). Commentary on reconceptualizing personality disorder categories using trait dimensions. *Journal of Personality* 69(2), 277-286.
- Livesley WJ & Jackson D (2002). *Manual for the dimensional assessment of personality pathology*. Sigma Press. Port Huron, MI.
- Lorr M & McNair D (1971). *The profile of mood state manual*. Education and Industrial Testing Service, San Diego, CA.
- Machado PP, Machado BC, Goncalves S, Hoek HW (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders* 40(3), 212-7.
- Matsunaga H, Kiriiike N, Nagata T, Yamagami S (1998). Personality disorders in patients with eating disorders in Japan. *International Journal of Eating Disorders* 23(4), 399-408.
- Matsunaga H, Kaye WH, McConaha C, Plotnicov K, Pollice C, Rao R (2000). Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 27, 353-7.
- Milos GF, Spindler AM, Buddeberg C, Cramer A (2003). Axes I and II comorbidity and treatment experiences in eating disorder subjects. *Psychotherapy and Psychosomatics* 72(5), 276-85.
- Modestin J, Erni T & Oberson B (1998). A comparison of self-report and interview diagnoses of DSM-III-R personality disorders. *European Journal of Personality* 12, 445-455.

- Nagata T, Oshima J, Wada A, Yamada H, Iketani T, Kiriike N (2003). Temperament and character of Japanese eating disorder patients. *Comprehensive Psychiatry* 44(2), 142-5.
- Openshaw C, Waller G, Sperlinger D (2004). Group cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa: statistical versus clinical significance of changes in symptoms across treatment. *International Journal of Eating Disorders* 36(4), 363-75.
- Ottosson H, Bodlund O, Ekselius L, Grann M, Von Knorring L, Kullgren G (1998). DSM-IV and ICD-10 personality disorders: A comparison of a self-report questionnaire (DIP-Q) with a structured interview. *European Psychiatry* 13, 246-253.
- Piran N, Lerner P, Garfinkel PE, Kennedy SH, Brouillette C (1988). Personality disorders in anorexic patients. *International Journal of Eating Disorders* 7 589-99.
- Pope Jr. Frances R, Frankenburg J, Hudson, Jeffrey M Jonas, and Deborah Yurgelun-Todd (1987). Is bulimia associated with borderline personality disorder? A controlled study. *Journal of clinical psychiatry* 48, 181-184.
- Ro O, Martinsen EW, Hoffart A, Sexton H, Rosenvinge JH (2005). The interaction of personality disorders and eating disorders: a two-year prospective study of patients with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 38(2), 106-11.
- Rosenvinge JH & Moulund SO (1990). Outcome and prognosis of anorexia nervosa. A retrospective study of 41 subjects. *British Journal of Psychiatry* 156, 92-7.
- Rossiter EM, Agras WS, Telch CF, Schneider JA (1993). Cluster B personality disorder characteristics predict outcome in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 13(4), 349-57.
- Schneider K (1950). *Psychopathic personalities* (9th ed. English trans.) Cassel, London. (Original work published in 1921).
- Shedler J, Westen D (2004). Dimensions of personality pathology: An alternative to the five-factor model. *American Journal of Psychiatry* 161, 1743-1754.
- Shedler J, Westen D (2004). Refining personality disorder diagnosis: Integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry* 161, 1350-1365.
- Shedler J & Westen D (2004). Dimensions of personality pathology: An alternative to the five-factor model. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1743-1745.
- Skodol AE, Oldham JM, Hyler SE, Kellman HD, Doidge N, Davies M (1993). Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders* 14, 403-16.
- Siracusano A, Troisi A, Marino V, Tozzi F (2003). Comorbidità nei disturbi della condotta alimentare: Revisione critica della letteratura. *Noos* 1, 7-26.
- Sohlberg S, Strober M (1994). Personality in Anorexia nervosa: an update and a theoretical integration. *Acta Psychiatrica Scandinavia Suppl.*, 378, 1-15.
- Steiger H, Puentes-Neuman G, Leung F Y (1991). Personality and family features of adolescent girls with eating symptoms: evidence for restrictor/binger differences in a nonclinical population. *Addicted Behavior* 16(5), 303-14.
- Stice E, Agras WS, Telch CF, Halmi KA, Mitchell JE, Willson T (2001). Sybtyping binge eating disordered women along dieting and negative affect dimension. *International Journal of Eating Disorders* 30, 11-27.
- Strober M (1992). *Disorders of the self in anorexia nervosa: An organismic-developmental perspective*. In Johnson C. (Eds.), *Psychodynamic theory and treatment of anorexia nervosa and bulimia*. Guilford New York, pp. 354-373.
- Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR (1992). Mood states and personality traits. *Journal of Affective Disorders* 24, 217-226.
- Telch CF, Stice E (1998). Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: prevalence rates from a non-treatment-seeking sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66(5), 768-76.

I Disturbi di Personalità in pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare

- Thompson-Brenner H & Westen D (2005). Personality subtypes in eating disorders: Validation of a classification in a naturalistic sample. *British Journal of Psychiatry* 186, 516-524.
- Thornton C, Russell J (1997). Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders. *International journal of eating disorders* 21, 83-7.
- Toro J, Nicolau R, Cervera M, Castro J, Blecua MJ, Zaragoza M, Toro A (1995). A clinical and phenomenological study of 185 Spanish adolescents with anorexia nervosa. *European Child Adolescence Psychiatry* 4(3), 165-74
- Vitousek K, Manke F (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology* 103,137-47.
- Westen D, Shedler J (1999a). Revising and assessing axis II, part I: developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry* 156, 258–272 27.
- Westen D, Shedler J (1999b). Revising and assessing axis II, part II: toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 156, 273–285 28.
- Westen D, Shedler J (2000). A prototype matching approach to personality disorders: toward DSM-V. *Journal of Personality Disorders* 14,109-126.
- Westen D, Harnden-Fisher J (2001). *Personality Profiles in Eating Disorders: Rethinking the distinction between Axis I and Axis II*. *American Journal of Psychiatry*, 158, 547-62.
- Wiggins JS (1981). *Paradigms of Personality assessment*. Guilford Press, New York.
- Wilfley DE, Friedman MA, Douchis JZ, Stein RI, Welch RR, Ball SA (2000). Comorbid psychopathology in binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, 641-49.
- Wonderlich SA, Swift WJ, Slomik HB, Goodman S (1990). DSM-III-R personality disorders in eating-disorder subtypes. *International Journal of Eating Disorders* 9, 607-16.
- Wonderlich SA, Crosby RD, Joiner T, Peterson CB, Bardone-Cone A, Klein M et al., (2005). Personality sub-typing and bulimia nervosa: Psychopathological and genetic correlates. *Psychological Medicine* 35, 649-657.
- Wonderlich SA, Crosby RD, Engel SG, Mitchell JE, Smyth J, Miltenberger R (2007). Personality based clusters in bulimia nervosa: Differences in clinical variables and ecological momentary assessment. *Journal of Personality Disorders* 21(3), 340-357.
- Yager J, Landsverk J, Edelstein CK (1989). The use of a self-report instrument for eating disorders diagnoses: how different are DSM-III-R vs. DSM-III? *Psychiatric Medicine* 7(3), 89-99.
- Yanovski, JE, Nelson BK, Dubbert, RL (1993). Spitzer Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects, *American journal of psychiatry* 150(10), 1472-1479.
- Zaider TI, Johnson JG, Cockell SJ (2000). Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *International Journal of Eating Disorders* 28, 57-60.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Nickel AE, Trikha A, Levin A, Reynolds V (1998). Axis I Comorbidity of Borderline personality Disorder. *American Journal* 155(2), 1733-1739.

Indirizzo per la corrispondenza: Dott.ssa Marina Russo, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Via Ravenna 9/c – 00161 – Tel/Fax 06 44233878 – email russo@terzocentro.it