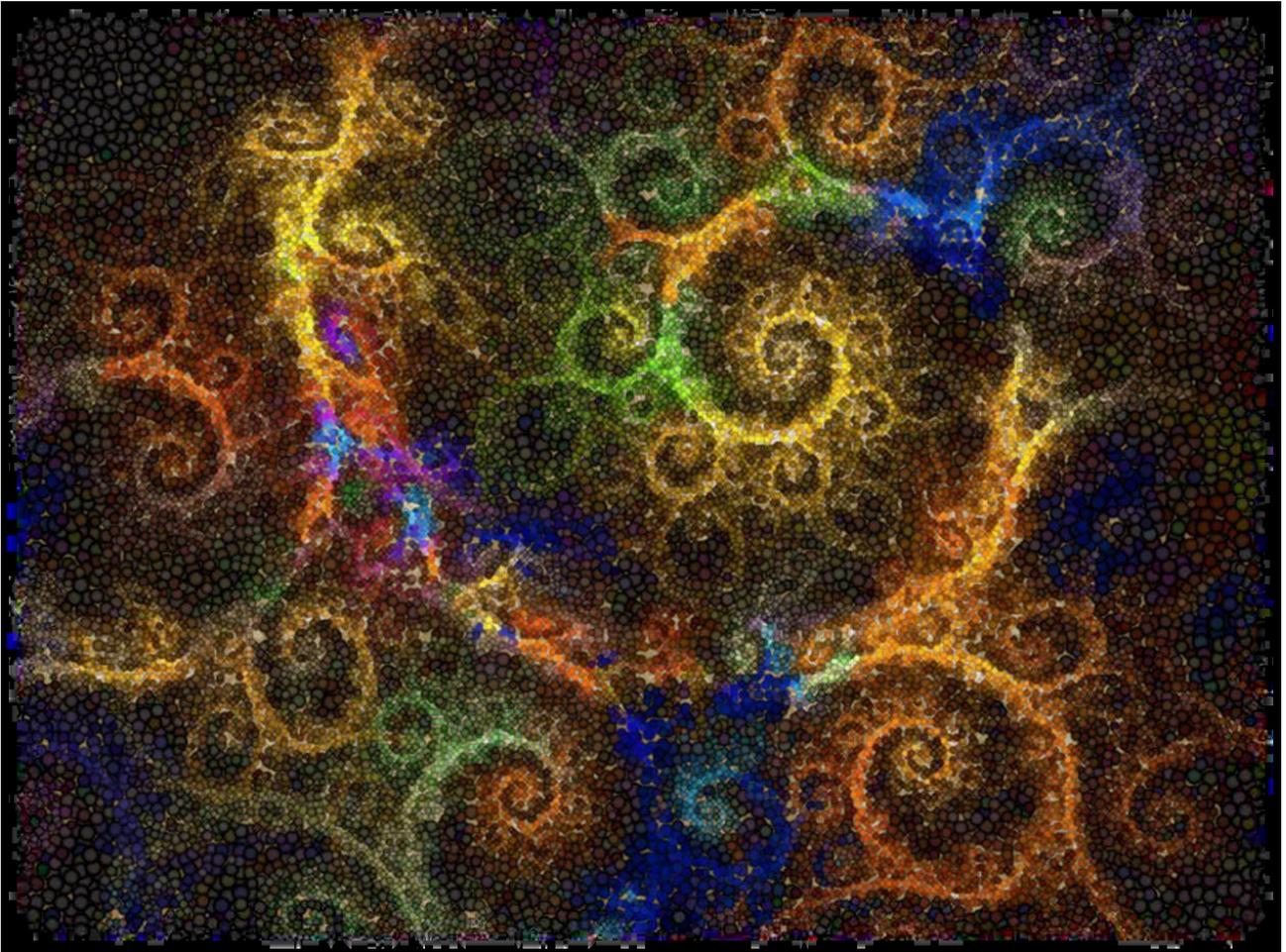


Psychomed

Periodico quadrimestrale
Rivista telematica di psicoterapia, medicina psicosociale,
psicologia della salute e preventiva
Numero 3 Anno IX maggio 2015
ISSN: 1828-1516
AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI ROMA N.243 DEL 12.6.2008



Direttore responsabile: Stefania Borgo
Condirettore: Lucio Sibia
www.crpitalia.eu/psychomed.html

DISTURBI ALIMENTARI E DISTURBI DI PERSONALITA'

Ricerca pilota sulla comorbidità

A. Aresta (*), O. Yakymets (*) & G. Sacco (**)

Abstract

Il mondo scientifico riflette con attenzione ed interesse da molti anni sulla prevalenza di disturbi di personalità tra i disturbi del comportamento alimentare (DCA) ma le informazioni disponibili in merito sono frammentarie, a volte contrastanti e di dubbia interpretazione. Questo studio si propone di apportare un contributo al chiarimento delle complesse dinamiche di interazione fra le due aree patologiche menzionate, che tenga conto delle caratteristiche di personalità delle ultime generazioni appartenenti alla popolazione italiana, attraverso una valutazione in chiave dimensionale. In questo lavoro sono stati analizzati e discussi i risultati di un campione di soggetti con diagnosi DSM-V di DCA sottoposti a una batteria di strumenti di valutazione dimensionale per verificare la ricorrenza di Disturbi di Personalità (DP).

Abstract

The prevalence of personality disorders (PD) among patients suffering from eating disorders (ED) has been the focus of attention and interest of researchers since long; however, available results are still fragmental and often conflicting. This study aims at studying the personality profiles of a sample of 31 Italian young and middle aged women, with DSM-V diagnosis of ED. A battery of psychometric instruments has been used, to gather details of ED, and the occurrence of PD has been assessed with the MCMI III (Millon Clinical Multiaxial Inventory), for a dimensional assessment. The results show a complex pattern of interactions between the variables in the two areas, which are discussed in detail.

Parole chiave

Disturbi alimentari, disturbi di personalità, comorbidità

Keywords

Eating disorders, personality disorders, comorbidity.

Introduzione

Il punto di partenza del presente lavoro è lo studio di un'entità diagnostica che, con la pubblicazione del DSM 5, ha subito una significativa riorganizzazione testimoniata, innanzitutto, dal cambio di etichetta diagnostica: quelli che il DSM IV chiamava "Disturbi del Comportamento Alimentare" (DCA), infatti, sono ora inglobati nella definizione di "Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione". In questo lavoro ci riferiremo al nostro principale oggetto di studio usando l'etichetta "Disturbi del Comportamento Alimentare" e la loro specifica classificazione, in ragione del relativo riferimento statistico diagnostico adoperato nella campionatura dello studio.

Lo studio dei DCA è particolarmente interessante per l'implicazione di fattori come l'elevato tasso di incidenza, la forte connessione con tendenze socio-culturali, le significative compromissioni di ordine medico, la complessità e variabilità sintomatologiche. È per questo che la letteratura scientifica presenta un crescente numero di contributi finalizzati ad una più accurata e, soprattutto, aggiornata comprensione del disturbo.

(*) Libra Associazione Scientifica, Roma www.librapsicologia.it

(**) Presidente Libra Associazione Scientifica

Tra i vari focus di studio e di ricerca vi è senz'altro la comorbilità tra DCA ed altri disturbi mentali. Sono numerosi, ad esempio, gli studi sperimentali che evidenziano la presenza di sintomatologie ansioso/depressive nei quadri clinici di soggetti con DCA, anche se altrettanto numerosi sono i modelli interpretativi proposti per spiegare questo dato. Ma ciò su cui la popolazione scientifica ha riflettuto con maggiore attenzione ed interesse per lunghi anni è la prevalenza di disturbi di personalità tra i DCA.

Le informazioni disponibili in merito sono numerose e soprattutto variegata, forse perché differenti sono gli strumenti di valutazione utilizzati, le metodologie sperimentali applicate o i contesti storico-culturali dei Paesi in cui le ricerche sono state svolte.

L'idea di questo studio nasce dall'esigenza di iniziare un percorso sistematico di raccolta dati per fornire un contributo italiano e aggiornato al tema degli aspetti personologici in soggetti con DCA, utilizzando una valutazione dimensionale, così come suggerito dal DSM 5.

METODO

Partecipanti

Hanno preso parte alla ricerca 31 pazienti di sesso femminile, con diagnosi di disturbo alimentare e ricoverate presso il *Day Hospital* dei Disturbi del Comportamento Alimentare del Dipartimento di Psichiatria del Policlinico di Bari. L'età delle partecipanti era compresa tra i 18 e i 50 anni (M 23.96, DS 8.303), il 58,1% delle partecipanti era nubile, il 35,5% sposata/convivente, il 6,4% separata/divorziata. La scolarità media, valutata in termini di anni di istruzione, variava tra gli 8 e i 23 anni (M 14.06, DS 3.99).

Secondo le diagnosi formulate dai curanti attraverso il DSM IV TR, il 35,6% delle partecipanti era affetta da Anoressia, il 32,2% da Bulimia e il restante 32,2% da disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati.

Strumenti e procedura

Tutte le partecipanti hanno fornito il consenso informato per il trattamento dei dati ai fini della ricerca prima dell'inizio della compilazione. Successivamente è stato chiesto di compilare una scheda anagrafica e una serie di questionari di autovalutazione, somministrati in modo *random* per evitare l'effetto ordine. La compilazione dei questionari è stata individuale e ha richiesto un tempo di circa 45 minuti a persona.

I questionari somministrati sono:

- EDI 2 (*Eating Disorder Inventory*; Garner, 2001): strumento utilizzato per lo screening dei tratti psicologici e comportamentali tipici dell'anoressia, della bulimia e del *binge eating disorder*. È composto da 91 item che si raggruppano in 11 subscale (impulso alla magrezza, bulimia, insoddisfazione per il corpo, inadeguatezza, perfezionismo, sfiducia interpersonale, consapevolezza enterocettiva, paura della maturità, ascetismo, impulsività, insicurezza sociale);
- EAT-26 (*Eating Attitude Test*; Garner e Garfinkel, 2001): questionario di autovalutazione che esplora le condotte di tipo anoressico mediante 26 item;
- BES (*Binge Eating Scale*; Ricca et al., 2000): scala composta da 18 item, finalizzata a valutare i comportamenti, le sensazioni, gli aspetti cognitivi associati agli episodi bulimici nei soggetti con un disturbo da alimentazione incontrollata;

- BITE (Bulimic Investigation Test Edimmburg; Handerson e Freeman, 1987): questionario di autovalutazione che esplora le condotte bulimiche mediante 33 item e articolato in due scale (scala dei sintomi e scala della gravità);

- MCMI III (Millon Clinical Multiaxial Inventory; Millon, 1994): test che misura le caratteristiche di personalità patologiche nell'adulto mantenendo una prospettiva dimensionale. È composto da 175 item che si riferiscono ad aspetti emotivi, cognitivi e comportamentali del soggetto esaminato. Contiene 14 scale che indagano configurazioni di personalità (schizoide, evitante, depressiva, dipendente, istrionica, narcisistica, antisociale, sadica, compulsiva, passivo- aggressiva, masochista, schizotipica, borderline e paranoide) e 10 scale che indagano sindromi cliniche (ansia, disturbi somatoformi, mania, distimia, dipendenza da alcol, dipendenza da droghe, disturbo da stress post traumatico, disturbi del pensiero, depressione maggiore, disturbo delirante).

- SVARAD (Scala per la Valutazione Rapida Dimensionale; Pancheri et al., 1999): strumento per la valutazione rapida delle principali dimensioni psicopatologiche. È una scala di valutazione a cinque punti, costituita dai seguenti dieci item, costruiti secondo una terminologia appropriata al concetto di *continuum* fra normalità e patologia: apprensione/timore, tristezza/demoralizzazione, rabbia/aggressività, ossessività, apatia, impulsività, distorsione della realtà, disorganizzazione del pensiero, preoccupazione somatica/somatizzazione, attivazione.

Parallelamente, ai curanti (medici psichiatri) è stato chiesto di compilare una scheda che raccoglieva informazioni cliniche, tra le quali la diagnosi ed il BMI di ogni singola partecipante.

RISULTATI

Sono state effettuate analisi della correlazione di *Pearson* al fine di verificare la presenza di associazioni tra i principali tratti psicologici e comportamentali tipici dei disturbi alimentari, indagati attraverso le sottoscale dell'EDI2 e i punteggi conseguiti nei questionari che valutano aspetti della personalità e dimensioni psicopatologiche.

Nella tabella 1 sono riportate le correlazioni significative tra i punteggi ottenuti alle sottoscale dell'EDI2 e quelli conseguiti alle sottoscale del MCMI “configurazioni di personalità”. La maggior parte dei tratti psicologici e comportamentali tipici dei disturbi alimentari correla positivamente con la configurazione di personalità di tipi evitante; emergono, inoltre, correlazioni negative tra numerosi tratti psicologici e comportamentali tipici dei disturbi alimentari e le configurazioni di personalità istrionica e narcisistica.

Tabella 1 – Correlazioni significative ($p < 0,05$) tra EDI 2 e MCMI – “configurazioni di personalità”.

| | Schizoide | Evitante | Depressiva | Dipendente | Istrionica | Narcisistica | Antisociale | Sadico aggressiva | Ossessivo compulsiva | Passivo aggressiva | Autofrustrante | Schizotipica | Borderline | Paranoide |
|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|--------------|--------------|-------------|-------------------|----------------------|--------------------|----------------|--------------|-------------|-----------|
| Impulso alla magrezza | n.s. | 0,52 | n.s. | n.s. | -0,46 | -0,50 | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | 0,39 | n.s. | n.s. | n.s. |
| Bulimia | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Insoddisfazione del corpo | n.s. | 0,45 | 0,47 | n.s. | -0,44 | -0,52 | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Inadeguatezza | n.s. | 0,53 | 0,43 | n.s. | -0,47 | -0,64 | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | 0,41 | n.s. | n.s. | n.s. |
| Perfezionismo | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Introversione sociale | 0,50 | 0,43 | n.s. | n.s. | -0,37 | -0,48 | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | 0,42 | n.s. |
| Consapevolezza enterocettiva | 0,36 | 0,33 | n.s. | n.s. | -0,37 | -0,43 | n.s. | n.s. | -0,37 | 0,40 | 0,51 | n.s. | 0,52 | n.s. |
| Paura della maturità | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Ascetismo | n.s. | 0,43 | n.s. | n.s. | n.s. | -0,49 | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Impulsività | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | -0,50 | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Insicurezza sociale | 0,42 | 0,46 | 0,53 | n.s. | -0,51 | -0,55 | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | 0,48 | n.s. | n.s. | n.s. |

Nota: EDI = Eating Disorder Inventory; MCMI = Millon Clinica Multiaxial Inventory.

In grassetto sono riportate le correlazioni superiori a 0,50

Nella tabella 2 sono riportate le correlazioni significative tra i punteggi ottenuti alle sottoscale dell'EDI 2 e quelli ottenuti alle sottoscale del MCMI "sindromi cliniche". Un modesto numero di tratti psicologici e comportamentali tipici dei disturbi alimentari correla significativamente e positivamente con le sindromi cliniche della "distimia", della "depressione maggiore" e dei "disturbi somatoformi". Alcuni dei suddetti tratti correla significativamente e negativamente con la sindrome clinica della "dipendenza da droga".

Tabella 2 – Correlazioni significative ($p < 0,05$) tra EDI 2 e MCMI - "sindromi cliniche".

| | Disturbi d' ansia | Disturbi somatoformi | Mania | Distimia | Dipendenza da alcol | Dipendenza da droga | Disturbo da stress post traumatico | Disturbi del pensiero | Depressione | Disturbo delirante |
|-------------------------------------|-------------------|----------------------|-------|----------|---------------------|---------------------|------------------------------------|-----------------------|-------------|--------------------|
| Impulso alla magrezza | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Bulimia | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Insoddisfazione del corpo | n.s. | 0,46 | n.s. | 0,46 | n.s. | -0,48 | 0,42 | n.s. | 0,45 | n.s. |
| Inadeguatezza | 0,43 | 0,41 | n.s. | 0,38 | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | 0,48 | n.s. |
| Perfezionismo | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Introversione sociale | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Consapevolezza enterocettiva | n.s. | n.s. | n.s. | 0,42 | n.s. | n.s. | n.s. | 0,44 | 0,37 | n.s. |
| Paura della maturità | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Ascetismo | n.s. | 0,41 | n.s. | 0,37 | n.s. | -0,37 | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Impulsività | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Insicurezza sociale | n.s. | 0,43 | n.s. | 0,39 | n.s. | n.s. | n.s. | 0,38 | 0,41 | n.s. |

Nota: EDI = Eating Disorder Inventory; MCMI = Millon Clinica Multiaxial Inventory.

Nella tabella 3 sono riportate le correlazioni significative tra i punteggi ottenuti alle sottoscale dell'EDI 2 e quelli ottenuti alla SVARAD. La maggior parte dei tratti psicologici e comportamenti tipici dei disturbi alimentari correla significativamente e positivamente con la dimensione psicopatologica dell'apatia.

Tabella 3 – Correlazioni significative ($p < 0,05$) tra EDI 2 e SVARAD.

| | Apprensione/ timore | Tristezza/ demoralizzazione | Rabbia/ aggressività | Ossessività | Apatia | Impulsività | Disturbi della realtà | Disorganizzazione del pensiero | Somatizzazione | Attivazione |
|--|------------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------|-----------------------------------|----------------|-------------|
| Impulso alla magrezza | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | 0,37 | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Bulimia | n.s. | 0,37 | n.s. | n.s. | 0,38 | 0,52 | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Insoddisfazio ne del corpo | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Inadeguatezz a | n.s. | n.s. | n.s. | 0,38 | 0,38 | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Perfezionism o | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Introversione sociale | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | 0,40 | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Consapevolez za enterocettiva | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Paura della maturità | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Ascetismo | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | 0,42 | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Impulsività | n.s. | 0,46 | 0,43 | n.s. | 0,65 | 0,45 | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Introversione sociale | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | 0,54 | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |

Nota: EDI = Eating Disorder Inventory; SVARAD = Scala per la Valutazione Rapida Dimensionale.

In grassetto sono riportate le correlazioni superiori a 0,50

Al fine di verificare la presenza di differenze legate alla categoria diagnostica nei punteggi ottenuti a tutti i questionari somministrati, il campione è stato suddiviso in tre gruppi distinti per diagnosi ed è stata successivamente condotta l'analisi della varianza (ANOVA) univariata. Il primo gruppo (anoressia) rappresenta tutti i soggetti affetti da anoressia, il secondo (bulimia) tutti i soggetti affetti da bulimia, il terzo (altro) tutti i soggetti con disturbi alimentari atipici. I tre gruppi si distinguono innanzitutto per il BMI [Anoressia: 17,36 (1,9); Bulimia: 22,05 (2,7); Altro: 33,14 (8,17); $F_{(2,30)} = 26,82$; $p = < 0,001$]. Anche alcuni punteggi ottenuti ai questionari che valutano aspetti di problematiche alimentari risultano differenti a seconda della categoria diagnostica e confermano le diagnosi formulate dai curanti (tabella 4).

Tabella 4 – Medie, DS e differenze tra diverse categorie di disturbo alimentare nei punteggi all’EDI 2, EAT 26, BES, BITE.

| | ANORESSIA (a) (N= 11) | BULIMIA (b) (N= 10) | ALTRO (c) (N= 10) | F (2,30) | p |
|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------|
| EDI 2 – Impulso alla magrezza | 13,90 (± 7,40) | 13,30 (± 5,31) | 13,40 (± 6,22) | 0,03 | 0,97 |
| EDI 2- Bulimia | 2,09 (± 3,85) _{b,c} | 12,70 (± 7,55) _a | 9,10 (± 4,58) _a | 10,12 | <0,001 ** |
| EDI 2- Insoddisfazione del corpo | 12,36 (± 6,87) _c | 12,00 (± 4,39) _c | 18,10 (± 6,06) _{a,b} | 3,40 | 0,04 * |
| EDI 2- Inadeguatezza | 15,18 (± 8,17) _{b,c} | 9,10 (± 5,21) _a | 12,10 (± 8,25) _a | 1,78 | 0,18 |
| EDI 2- Perfezionismo | 8,09 (± 4,39) | 9,70 (± 5,53) | 5,90 (± 3,72) | 1,72 | 0,19 |
| EDI 2- Introversione sociale | 9,90 (± 6,30) | 9,20 (± 3,08) | 7,30 (± 5,92) | 0,66 | 0,52 |
| EDI 2- Consapevolezza enterocettiva | 10,36 (± 8,32) | 8,60 (± 3,37) | 11,50 (± 9,26) | 0,38 | 0,68 |
| EDI 2- Paura della maturità | 8,81 (± 5,54) | 9,80 (± 6,33) | 7,20 (± 6,57) | 0,46 | 0,63 |
| EDI 2- Ascetismo | 6,72 (± 3,84) | 6,80 (± 3,96) | 8,50 (± 4,42) | 0,62 | 0,54 |
| EDI 2- Impulsività | 6,81 (± 5,79) | 8,00 (± 6,37) | 7,20 (± 6,73) | 0,10 | 0,90 |
| EDI 2- Introversione sociale | 11,45 (± 4,88) | 9,00 (± 4,52) | 8,30 (± 5,27) | 1,21 | 0,31 |
| EAT 26 | 29,90 (± 14,45) | 28,80 (±18,58) | 26,40 (±11,34) | 0,15 | 0,86 |
| BES | 15,54 (± 6,74) _{b,c} | 26,20 (± 7,46) _a | 29,00 (± 9,55) _a | 8,43 | <0,001 ** |
| BITE – Symptom Scale | 13,00 (± 5,63) _{b,c} | 22,90 (± 3,63) _a | 19,70 (± 4,52) _c | 12,18 | <0,001 ** |
| BITE – Severity Scale | 3,00 (± 4,19) _b | 12,90 (± 6,02) _{a,c} | 6,40 (± 3,59) _b | 11,87 | <0,001 ** |

Nota: EDI = Eating Disorder Examination; EAT = Eating Attitude Test; BES = Binge Eating Scale; BITE - Symptom Scale = Bulimic Investigation Test Edimburg – scala della sintomatologia; BITE – Severitu Scale Bulimic Investigation Test Edimburg – scala della gravità.

^{a,b,c} Le singole lettere indicate in pedice indicano che le medie dei punteggi ottenuti dai gruppi a cui corrispondono sono tra loro significativamente differenti ($p < 0,05$ o $p < 0,001$)

** = $p < 0,05$; ** = $p < 0,001$*

La maggior parte dei punteggi ottenuti ai questionari che valutano aspetti di personalità e dimensioni psicopatologiche, invece, non risulta differire a seconda della diagnosi. I tre gruppi diversi per categorie diagnostiche hanno ottenuto punteggi differenti soltanto alla sottoscala del MCMI che valuta la sindrome clinica dei disturbi d'ansia ($F_{(2,30)} = 3,25; p = 0,05$) e alle sottoscale della SVARAD che valutano le dimensioni psicopatologiche dell'apatia ($F_{(2,30)} = 3,41; p = 0,04$) e dell'attivazione ($F_{(2,30)} = 3,42; p = 0,04$). In particolare, nella sottoscala "disturbi d'ansia" del MCMI, i soggetti con anoressia hanno ottenuto punteggi significativamente maggiori ($F_{(1,19)} = 5,39; p = 0,03$) rispetto a quelli ottenuti dai soggetti con bulimia, i quali sono risultati, a loro volta, significativamente inferiori ($F_{(1,18)} = 4,40; p = 0,05$) rispetto a quelli ottenuti dai soggetti appartenenti al gruppo "altro". Nella sottoscala "apatia" della SVARAD, i soggetti con bulimia hanno ottenuto punteggi significativamente maggiori ($F_{(1,18)} = 5,92; p = 0,02$) rispetto a quelli ottenuti dai soggetti appartenenti al gruppo "altro". Nella sottoscala "attivazione" della SVARAD, i soggetti appartenenti al gruppo "altro" hanno ottenuto punteggi significativamente inferiori rispetto a quelli ottenuti dai soggetti con anoressia ($F_{(1,19)} = 4,78; p = 0,04$) e bulimia ($F_{(1,18)} = 5,52; p = 0,03$).

Tabella 5 – Medie, DS e differenze tra diverse categorie di disturbo alimentare nei punteggi al MILLON e alla SVARAD.

| | ANORESSIA (a) (N= 11) | BULIMIA (b) (N= 10) | ALTRO (c) (N= 10) | F | p |
|-----------------------------|--|--------------------------------------|------------------------------------|----------|----------|
| MCMI – Schizoide | 72,00 (± 14,36) | 69,80 (± 10,57) | 71,60 (± 18,42) | 0,06 | 0,93 |
| MCMI – Evitante | 72,72 (± 21,64) | 67,20 (± 16,89) | 69,60 (± 26,43) | 0,17 | 0,84 |
| MCMI – Depressiva | 78,36 (± 18,23) | 67,90 (± 19,31) | 80,10 (± 19,57) | 1,21 | 0,31 |
| MCMI – Dipendente | 71,81 (± 20,05) | 63,50 (± 20,49) | 77,30 (± 9,37) | 1,57 | 0,22 |
| MCMI – Istrionica | 34,00 (± 30,22) | 46,60 (± 22,40) | 35,70 (± 25,21) | 0,69 | 0,50 |
| MCMI – Narcisistica | 51,90 (± 27,64) | 63,40 (± 17,16) | 47,80 (± 13,91) | 1,53 | 0,23 |
| MCMI – Antisociale | 53,54 (± 16,91) | 58,30 (± 12,40) | 50,00 (± 19,17) | 0,64 | 0,53 |
| MCMI - Sadica Aggressiva | 65,72 (± 9,03) | 69,70 (± 15,11) | 63,70 (± 5,69) | 0,83 | 0,44 |
| MCMI – Ossessivo Compulsiva | 52,90 (± 21,43) | 51,10 (± 17,37) | 52,80 (± 13,83) | 0,03 | 0,96 |
| MCMI – Passivo Aggressiva | 72,90 (± 9,06) | 70,10 (± 12,23) | 71,70 (± 16,54) | 0,13 | 0,88 |
| MCMI – Autofrustrante | 70,90 (± 16,46) | 71,60 (± 14,77) | 65,60 (± 25,28) | 0,29 | 0,74 |
| MCMI – Schizotipica | 62,45 (± 15,12) | 64,80 (± 12,99) | 61,00 (± 6,37) | 0,25 | 0,78 |
| MCMI – | 65,90 (± 18,65) | 71,90 (± 10,99) | 63,50 (± 17,78) | 0,71 | 0,50 |

| | | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------|--------|
| Borderline | | | | | |
| MCMII – Paranoide | 66,90 (± 9,71) | 65,50 (± 5,48) | 54,50 (± 25,21) | 1,90 | 0,16 |
| MCMII – Dist. d'ansia | 81,72 (± 6,81) _b | 68,00 (±20,76) _{a,c} | 80,70 (± 9,33) _b | 3,25 | 0,05 * |
| MCMII – Dist. somatoformi | 52,00 (± 19,06) | 53,10 (± 18,04) | 55,10 (± 25,99) | 0,06 | 0,94 |
| MCMII – Mania | 62,72 (± 18,46) | 64,10 (± 5,62) | 50,80 (± 15,11) | 2,63 | 0,08 |
| MCMII – Distimia | 71,36 (± 24,84) | 69,00 (± 19,06) | 71,10 (± 18,27) | 0,04 | 0,96 |
| MCMII – Dipendenza da alcol | 52,54 (± 15,18) | 65,40 (± 13,02) | 56,50 (± 11,55) | 2,50 | 0,10 |
| MCMII – Dipendenza da droga | 53,81 (± 12,27) | 58,70 (± 6,73) | 48,20 (± 18,64) | 1,53 | 0,23 |
| MCMII – Dist. da stress post traumatico | 61,81 (± 9,42) | 47,90 (± 18,47) | 61,30 (± 14,52) | 3,03 | 0,06 |
| MCMII – Disturbi del pensiero | 67,63 (± 15,88) | 61,60 (± 13,64) | 67,30 (± 8,07) | 0,69 | 0,51 |
| MCMII – Depressione maggiore | 63,09 (± 25,84) | 59,10 (± 24,53) | 68,60 (± 30,58) | 0,31 | 0,73 |
| MCMII – Dist. delirante | 56,45 (± 18,71) | 57,30 (± 19,90) | 40,40 (± 29,97) | 1,70 | 0,20 |
| SVARAD – Apprensione/timore | 1,72 (± 0,90) | 1,70 (± 0,94) | 2,00 (± 0,94) | 0,32 | 0,72 |
| SVARAD – Tristezza/demoralizzazione | 1,09 (± 0,70) | 1,50 (± 0,52) | 1,70 (± 1,05) | 1,63 | 0,21 |
| SVARAD – Rabbia/aggressività | 0,81 (± 0,60) | 1,00 (± 0,81) | 1,30 (± 0,94) | 0,97 | 0,39 |
| SVARAD – Ossessività | 1,45 (± 0,93) | 0,60 (± 1,07) | 0,50 (± 0,97) | 2,97 | 0,06 |
| SVARAD – Apatia | 0,63 (± 0,67) _b | 1,30 (± 0,82) _{a,c} | 0,50 (± 0,70) _b | 3,41 | 0,04 * |
| SVARAD – Impulsività | 0,72 (± 0,64) | 1,30 (± 1,05) | 0,70 (± 1,05) | 1,34 | 0,27 |
| SVARAD – Dist. della realtà | 0,36 (± 0,50) | 0,30 (± 0,48) | 0,00 | 2,33 | 0,11 |
| SVARAD – Disorganizzazione del pensiero | 0,00 | 0,00 | 0,00 | / | / |

| | | | | | |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------|------|--------|
| SVARAD - Somatizzazione | 0,72 (± 0,90) | 0,30 (± 0,67) | 0,90 (± 0,99) | 1,27 | 0,29 |
| SVARAD - Attivazione | 0,54 (± 0,82) ^c | 0,60 (± 0,51) ^c | 0,00 ^{a,b} | 3,42 | 0,04 * |

Nota: MCMI = Millon Clinical Multiaxial Inventory; SVARAD = Scala per la Valutazione Rapida Dimensionale.

^a ^b ^c Le singole lettere indicate in pedice indicano che le medie dei punteggi ottenuti dai gruppi a cui corrispondono sono tra loro significativamente differenti ($p < 0,05$ o $p < 0,001$)

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,001$

DISCUSSIONE

Il lavoro presentato, che per l'esiguità del campione definiamo "ricerca pilota", mostra dati interessanti soprattutto perché in linea con alcune delle concezioni ufficialmente introdotte dalla recente pubblicazione del DSM 5. La mancanza di differenze statisticamente significative individuate tra le variabili personologiche (sia quelle del MMCI che quelle della SVARAD) delle diverse tipologie di disturbo alimentare lascia intendere che un approccio dimensionale allo studio dei disturbi dell'alimentazione sia probabilmente la strada giusta da percorrere. Sembrerebbe, infatti, che essi possano essere considerati come malattie distribuite lungo un continuum di variabili cliniche e non come entità distinte e separate le une dalle altre. Tale dato, tra l'altro, richiama alla memoria la teoria transdiagnostica di Fairburn (2003), che quindi si rivela ancora estremamente rispondente alla realtà clinica italiana e dei giorni nostri.

In merito alle correlazioni tra i tratti psicologici e comportamentali tipici dei disturbi alimentari e gli stili di personalità sono emersi dati approssimativamente sovrapponibili a quelli di studi passati e condotti in altri Paesi (Godt, 2008; Norman et al., 2003; Rowe et al. 2010; Sansone et al., 2005; Zeeck et al., 2007).

In particolare, riguardo alle correlazioni evidenziate tra le dimensioni del MCMI III e le variabili psico-comportamentali stimate dall'EDI 2, è possibile notare come queste ultime correlino positivamente e prevalentemente con lo stile di personalità evitante. All'osservazione clinica, del resto, i soggetti affetti da disturbi alimentari si mostrano spesso eccessivamente preoccupati per l'approvazione e l'accettazione da parte degli altri e ipersensibili alle critiche e al rifiuto (Narduzzi e Jackson, 2000). Tutto sembra ruotare intorno alla bassa autostima, al timore di essere criticati, rifiutati, valutati negativamente, con conseguente evitamento delle situazioni sociali, delle relazioni intime e delle attività lavorative. Questi pazienti sembrano anche esprimere una gamma di emozioni limitata e ristretta, con la conseguente difficoltà a riconoscere e manifestare le emozioni forti e negative. Non stupisce quindi che, oltre allo stile di personalità evitante, siano emerse correlazioni positive anche con gli stili di personalità di tipo borderline, schizoide e depressivo.

Le configurazioni di personalità istrionica e narcisistica presentano una costante correlazione negativa con la maggioranza delle sottoscale dell'EDI II. Tale dato porterebbe ad escludere la presenza di tratti narcisistici e istrionici di personalità nei soggetti con DCA.

Non è stata trovata, inoltre, alcuna correlazione significativa con le configurazioni di personalità dipendente, antisociale, schizotipica, paranoica e sadico aggressiva.

In merito alle correlazioni tra l'EDI 2 e la SVARAD è emerso che la dimensione psicopatologica dell'apatia correla positivamente con la maggior parte dei tratti psicologici e comportamentali dei DCA. Nella dimensione di apatia bisogna tener presente anche il sentimento di noia e di vuoto, lamentati da queste pazienti e che, spesso, sono causa di comportamenti di ricerca di situazioni di

sfida e di prova, di scelte di impulso, fino a comportamenti estremi. L'apatia, inoltre, è verosimilmente spiegabile come effetto della malnutrizione.

Non è stato possibile confermare i dati rilevati da altri ricercatori rispetto alla maggiore presenza di alcuni disturbi di personalità in specifiche tipologie di disturbi alimentari. I dati della presente ricerca non mostrano infatti correlazione significativa tra disturbi di personalità e singoli DCA, forse anche in ragione del ridotto numero dei soggetti presi in esame.

Riteniamo utile sottolineare, inoltre, i seguenti risultati relativi ad alcune delle variabili anagrafiche prese in considerazione nel progetto di ricerca:

- **età** dei partecipanti: si sono evidenziate differenze significative sui sintomi "preoccupazione del peso del proprio corpo", "body checking", "food checking", che sono più evidenti nella fascia di età 18-28 anni. Questo dato potrebbe essere spiegato sulla base della maggiore diffusione tra i giovani dell'importanza del proprio aspetto fisico;
- **anni di scuola**: il sottogruppo con minore frequenza scolastica (8-14 anni) mostra maggiore "insoddisfazione del proprio corpo", "agorafobia" e "abuso di alcol" rispetto al sottogruppo con gli anni di scolarità 15-23;
- **assunzione/astensione dei farmaci**: i dati mostrano che le persone che assumono i farmaci presentano maggiormente una sintomatologia depressiva e somatoforme, disturbi e disorganizzazione del pensiero, maggiore predisposizione alle abbuffate;
- **celibe/sposato**: le persone sposate presentano i punteggi maggiori sul perfezionismo, antisocialità, dipendenza da droga. Essi attribuiscono una maggiore importanza al peso corporeo, alla preoccupazione per il peso, fanno uso maggiore di comportamenti compensativi come attività fisica e vomito. I risultati possono rilevare un'ulteriore ipotesi sulla qualità delle relazioni interpersonali nelle famiglie dei pazienti con DCA e sull'influenza di tali relazioni sull'insorgenza e sul mantenimento del disturbo, come anche le possibili conseguenze sul percorso terapeutico.

In sintesi, i risultati della ricerca confermano l'ipotesi iniziale della correlazione tra disturbi del comportamento alimentare e disturbi di personalità, creando spunti per la definizione del quadro personologico dei soggetti italiani che, al giorno d'oggi, sono affetti da un disturbo alimentare. I risultati, inoltre, offrono un modesto contributo al dibattuto tema della malattia mentale intesa in senso dimensionale. Come già accennato, in ultimo, al fine di poter trarre conclusioni più fondate statisticamente, è necessario un ulteriore approfondimento su un campione più ampio e diversificato.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), APA: Washington, DC
- American Psychiatric Association (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM 5), APA: Washington, DC
- Fairburn C.G., Cooper Z., Shafran R. (2003), Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment, *Behaviour Research and Therapy* 41, 509-528
- Garner D.M. (2001), EDI 2 Eating Disorder Inventory 2, Organizzazioni Speciali
- Garner D.M. e Garfinkel P.E. (2001), The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates; *Psychological Medicine*, 12, 871-878
- Godt K., (2008), Personality disorders in 545 patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16: 94-99
- Gormally S. e coll. (1983), The assessment of binge eating severity, *Addict Behav* 7: 47,59
- Handerson W.H. e Freeman J.R. (1987), A self-rating scale for bulimia: the BITE, *British Journal of Psychiatry*, 150:18-24
- Millon T. (1994), Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual, Minneapolis, Minn., National Computer Systems
- Narduzzi K.J. e Jackson T., "Personality differences between eating-disordered women and a nonclinical comparison sample: A discriminant classification analysis", *J CLIN PSYC*, 56(6), 2000, pp. 699-710
- Norman D., Herzog B. (1983), Bulimia, Anorexia Nervosa and Anorexia Nervosa with Bulimia. A comparative analysis of MMPI profiles. *International Journal of Eating Disorder*, 2: 43-52
- Pancheri P. e coll. (1999), Costruzione della SVARAD, una scala per la valutazione rapida dimensionale, *Rivista di psichiatria*, 34, 2
- Ricca, V., et al. (2000). Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (2), 111-115.
- Rowe S., et al. (2010), Does avoidant personality disorder impact on the outcome of treatment for bulimia nervosa. *International Journal of eating disorder*, 43: 420-427
- Sansone R., Levitt J., Sansone L. (2005), The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*, 13: 7-21
- Zeeck A., et al. (2007), Symptom severity and treatment course of bulimic patients with and without a borderline personality disorders. *European Eating Disorders Review*, 15: 430-438