

La diagnosi di personalità per una terapia integrata dei disturbi del comportamento alimentare

The diagnosis of personality for an integrated treatment of eating disorders

A. TRIDENTE
S. PALMIERI
G. CECCHI
V. BOSCHI*
M. SIERVO*
C. TRIDENTE
O. BELLINI
G. MUSCETTOLA

Area Funzionale Psichiatria DAS
Neuroscienze e Comportamento,
* Area Funzionale di Dietetica e
Dietoterapia dell' Area Medica,
Università «Federico II» di Napoli

Key words

Personality • Eating Disorders • Integrated treatment

Correspondence: Dr. Oreste Bellini,
Area Funzionale Psichiatria DAS
Neuroscienze e Comportamento,
Università «Federico II», via Pansini
5, 80131 Napoli, Italy
E-mail: bellini@unina.it

Summary

Objectives

Eating Disorders are characterized from changing of behaviour feeding, that follow alterations of weight perception of self body image; from several years, our outpatient ambulatory, studies relationships between DCA syndromes and personality and this article reports results of a research on this theme for a more specific treatment.

Methods

Our research tools were psychiatric interview and PDQ4+ (Personality Diagnostic Questionnaire). Our population is constituted from 70 female outpatients, with an average age of 26 years and with eating disorders diagnosis of trouble feed, according to DSM-IV-TR criteria (Fig. 1). This population was confronted with a control group of 74 persons, with an average age of 25 years, followed by dietology department of university of Naples «Federico II».

Results

PDQ4+ test underlines personality disorders in 29% of our patients respect to 4% frequency in the control group; 60% of patients showed personality traits respect to 65% of the control group; 11% of DCA patients didn't show any personality disorders or personality traits (Fig. 2).

Conclusions

This study shows low useful are researches concerning relationships between personality and eating Disorders. In fact these studies are helpful to psychotherapists in their approach to this kind of patients.

Introduzione

I disturbi dell'alimentazione, secondo il DSM-IV-TR, sono caratterizzati dalla presenza di modificazioni del comportamento alimentare, determinati da alterazioni della percezione del peso e della propria immagine corporea; in questo gruppo di disturbi sono comprese due categorie specifiche, l'Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa, caratterizzate, la prima, dal rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra del peso minimo normale e, la seconda, da ricorrenti episodi di «abbuffate» seguite dalla messa in atto di comportamenti abnormi per controllare il peso, come vomito autoindotto, uso di lassativi ed eccessiva attività fisica. I disturbi dell'alimentazione che non soddisfano i criteri richiesti dal DSM-IV-TR per l'identificazione diagnostica sopra descritta, vengono classificati come Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Classificati (DANAS).

Il nostro ambulatorio, da anni, studia il rapporto tra sindromi DCA e caratteristiche di personalità e questo articolo riporta i risultati di una ricerca su questa tematica.

Il tema che ci interessa è il rapporto tra struttura di personalità e sintomatologia DCA. Gli Autori che hanno trattato questo argomento negli ultimi due anni, tra cui Godt, Fassino e Ilkjaer, hanno evidenziato una interessante e sempre più frequente associazione tra i Disturbi del Comportamento Alimentare ed i Disturbi di Personalità, sia in popolazioni ambulatoriali che in pazienti ospedalizzati.

Alla luce di quanto sopra ci siamo occupati di ampliare le conoscenze tra personalità e sindromi Anoressiche, Bulimiche e DANAS per un trattamento più specifico ed efficace.

Materiali e metodi

Come strumenti di ricerca abbiamo preso in considerazione la popolazione afferente al nostro Ambulatorio dei DCA, il colloquio psichiatrico e l'uso del PDQ4+.

Tra i diversi strumenti diagnostici a disposizione abbiamo scelto il PDQ4+ perché ci è sembrato più idoneo ai fini della nostra indagine, in quanto individua in modo chiaro personalità normale, tratti e disturbi. È stato scelto, inoltre, per le sue caratteristiche di valido test di screening, in quanto semplice, autosomministrabile e con una buona attendibilità.

Il PDQ4+ (*Personality Disorders Questionnaire-4+*), ideato da Steven E. Hyler (*New York State Psychiatric Institute*) è uno strumento di autovalutazione costituito da 118 items a risposta dicotoma (vero/falso), che consente di individuare la presenza/assenza dei disturbi di personalità, tratti di personalità e personalità normali, così come classificati dal DSM-IV, attraverso il superamento di cut off di riferimento; in particolare valori inferiori a 20 sono considerati normali, tra 21 e 50 suggeriscono la presenza di un tratto di personalità, superiori a 51 sono indicativi di un disturbo di personalità.

La nostra popolazione è costituita da 70 pazienti, tutte donne, con un'età media di 26 anni. Sono tutti pazienti con diagnosi di disturbo alimentare secondo i criteri del DSM-IV-TR ed in particolare, il 33% affetto da Anoressia Restrittiva, il 6% da Anoressia Bulimica, l'9% da Bulimia Purgativa, il 31% da DANAS Restrittivo, il 13% da DANAS Bulimico, 10% affetto da DANAS tipo BED (Fig. 1).

Tale popolazione è stata confrontata con una popolazione controllo, costituita da 74 persone, di età media

di 25 anni afferenti ad un Servizio di Dietologia; le principali differenze con la nostra popolazione sono date da un'attenzione al corpo per:

- 1) motivazioni prevalentemente estetiche;
- 2) patologie del corpo (patologia ossea, disturbi endocrini, aumento di peso in seguito a gravidanze ecc.);
- 3) una diseducazione alimentare (abbondare di dolci, snack fuori orario dei pasti ecc.);
- 4) assenza di un evidente conflitto con il cibo che determini tematiche ossessive intorno ad esso;
- 5) consapevolezza del comportamento alimentare anormale come modo di compenso di alterazioni del tono dell'umore, stati di ansia e/o occasionali episodi di depressione;
- 6) una buona collaboratività, unita al raggiungimento degli obiettivi prescelti.

La popolazione DCA, invece, si caratterizza per:

- a) la presenza di problematiche relative al corpo e alla sua immagine connesse a difficoltà dell'acquisizione dell'identità di genere;
- b) la presenza di un conflitto con il cibo che determina tematiche ossessive intorno ad esso;
- c) difficoltà ad aderire al progetto dietetico, per lo più vissuto come imposto e non autonomamente scelto (in special modo per le pazienti anoressiche);
- d) negazione e/o scarsa consapevolezza, con ampio sviluppo di meccanismi di razionalizzazione, dello stato di sofferenza del corpo;
- e) rigidità della componente emozionale ed affettiva.

Ad entrambe le popolazioni è stato somministrato il PDQ4+.

Nell'elaborazione del test, vengono sommate le risposte positive (vero) alle domande relative ai singo-

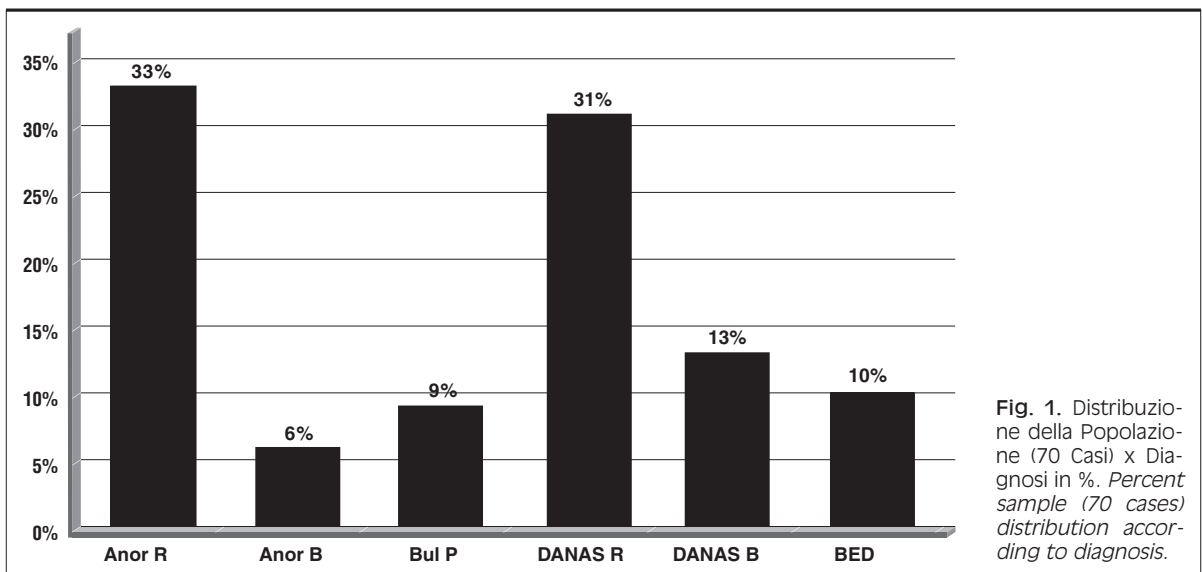
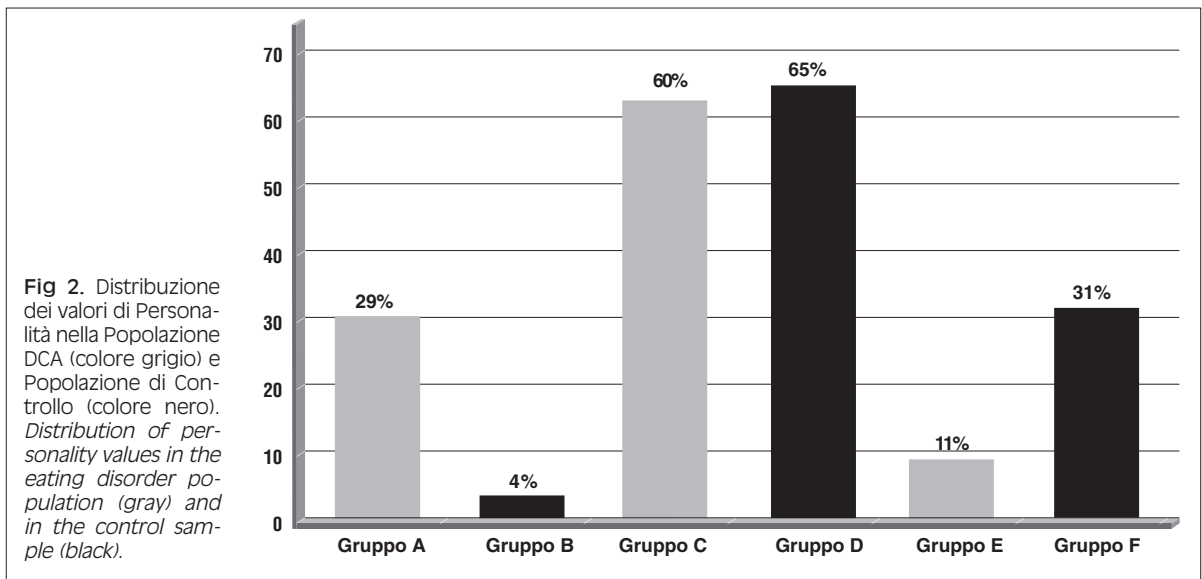


Fig. 1. Distribuzione della Popolazione (70 Casi) x Diagnosi in %. Percent sample (70 cases) distribution according to diagnosis.



li tratti di personalità e presi in considerazione i valori che corrispondono ad un valore minimo, indicato come riferimento.

I risultati del test hanno evidenziato la presenza di disturbi di personalità (Gruppo A) nel 29% dei nostri pazienti, rispetto ad una frequenza del 4% nella popolazione controllo (Gruppo B); nel 60% dei casi (Gruppo C) si è riscontrata la presenza di tratti di personalità, presenti nei controlli (Gruppo D) nel 65% delle persone; normale è risultato l'11% dei pazienti DCA (Gruppo E) verso il 31% della popolazione controllo (Gruppo F) (Fig. 2).

Risultati

Per un'analisi più dettagliata, abbiamo diviso la nostra popolazione di pazienti in gruppi, in base alla diagnosi, somministrato il test ad ogni gruppo e analizzato i risultati.

Nella colonna del totale vengono riportati in corsivo i casi corrispondenti al normale (cut off 20), in neretto quelli con tratti di personalità (cut off > 21 < 50) e in sottolineato i valori corrispondenti ai disturbi di personalità (cut off > 50).

Per una maggiore comprensione dei dati, abbiamo evidenziato in grigio i valori che superano di almeno due punti, il minimo di risposte positive necessario, affinché uno specifico tratto di personalità sia considerato tale; questo ci permetterà, come vedremo, di evidenziare un disturbo, pur presente nella stessa percentuale, in quanto più significativo in base al numero di risposte positive.

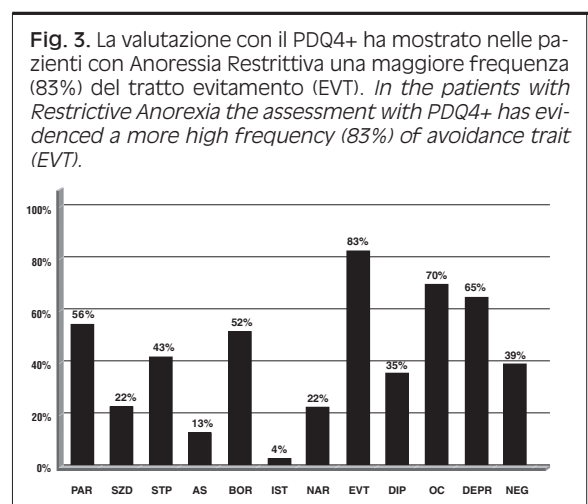
Nella Tabella I sono riportati i risultati del test nella pazienti affette da Anoressia Restrittiva che, come

già detto, rappresentano il 33% della nostra popolazione.

In questo gruppo, i disturbi di personalità risultano presenti nel 26% delle pazienti, i tratti di personalità nel 70% e i casi normali nel 4%.

Andando a valutare i tratti nel dettaglio (Fig. 3) dal grafico si evince una notevole frequenza, in questa popolazione, del tratto di evitamento (EVT) presente nel 83% delle nostre pazienti; si tratta, come definito dal DSM-IV, di un quadro caratterizzato da inibizione, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità ai giudizi negativi.

Nella Tabella II sono riportati i risultati del test nelle pazienti affette da DANAS tipo restrittivo (31%); in questo caso vi è una maggiore percentuale di disturbi di personalità (41%), rispetto alla diagnosi precedente; ancora una volta la maggior parte della popolazione è



Tab. I. Punteggi delle scale del test PDQ4+ osservati nelle pazienti con Anoressia Restrittiva. *Scores of scales of PDQ4+ in the patients with Restrictive Anorexia.*

Numero id. dei casi	PAR	SZD	STP	AS	BOR	IST	NAR	EVT	DIP	OC	DEPR	NEG	Totale
0314	2	6	4	1	6	1	2	6	4	4	6	2	44
037	6	4	4	0	9	5	7	7	7	8	7	5	69
034	4	3	6	0	3	3	1	6	1	5	6	5	43
0315	3	2	4	0	4	0	2	5	0	4	6	1	31
038	4	1	3	2	3	3	1	4	5	5	5	3	39
039	3	1	3	2	5	2	2	3	3	4	5	3	36
0335	6	6	6	3	4	1	1	5	5	3	5	3	48
0229	6	2	5	0	6	3	9	4	3	6	4	6	54
0445	3	1	5	0	5	3	1	5	3	4	5	2	37
0346	5	3	6	1	4	3	4	5	0	6	4	3	44
0457	3	7	3	1	3	0	1	3	0	2	5	3	31
023	3	1	5	2	5	2	4	6	6	4	6	4	48
0241	4	3	2	1	1	1	2	5	1	4	3	1	28
0268	2	1	1	0	1	2	0	4	0	0	4	0	15
0312	5	6	6	2	9	5	6	7	8	8	7	7	76
0440	3	1	2	2	7	3	6	3	1	6	5	2	41
0427	2	1	1	0	2	1	1	0	2	3	0	2	15
0454	4	2	5	2	4	4	3	7	3	6	6	6	52
0425	5	3	8	2	5	3	4	6	4	7	7	7	61
0433	2	2	4	0	5	2	2	7	6	3	5	2	40
0458	4	2	3	3	6	3	2	6	5	2	6	6	48
0353	6	2	1	0	2	0	1	4	2	2	4	2	26
038	6	3	6	5	8	3	6	6	5	5	4	6	63

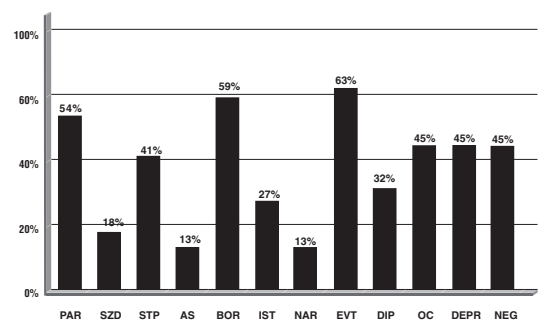
caratterizzata da tratti di personalità (45%), in confronto ai casi normali, presenti solo nel 14% delle pazienti. In questo campione, come si evince dalla Figura 4, il tratto predominante è quello di evitamento, presente in più di metà della popolazione (63%); notevole importanza, tuttavia, va data in questa popolazione, al tratto borderline che, seppur presente in una percentuale minore, rimane più significativo, dato il maggior numero di risposte che, in molte pazienti supera di 2 o più punti il minimo necessario per essere preso in considerazione. Secondo il DSM-IV, il Disturbo Borderline di Personalità è un quadro caratterizzato da instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e degli affetti, e da marcata impulsività.

Nelle Tabelle III e IV sono riportati i dati relativi alle risposte al test nelle pazienti con diagnosi di DANAS tipo BED (Tab. III) e DANAS Bulimico (Tab. IV); i disturbi sono presenti rispettivamente, nel 10% e nel 13%, della nostra popolazione e, per questo, facilmente paragonabili. In generale si evidenzia nelle pazienti BED una frequenza di disturbi di personalità del 29%, rispetto al 11% delle pazienti con DANAS Bulimico; queste ultime, invece, sono caratterizzate da tratti di personalità maggiormente delle BED (ri-

spettivamente 89% e 57%) e soprattutto nessuno dei test è risultato normale, mentre nel primo caso ne troviamo una frequenza del 14%.

Valutando i grafici, possiamo evidenziare, nel primo caso (Fig. 5), una maggiore prevalenza del tratto di personalità borderline e di quello di evitamento (71%

Fig. 4. La valutazione con il PDQ4+ ha mostrato nelle pazienti con DANAS di tipo restrittivo una maggiore frequenza (63%) del tratto evitamento (EVT). *In the patients with DANAS Restrictive-Type the assessment with PDQ4+ has evidenced a more high frequency (63%) of avoidance trait (EVT).*



Tab. II. Punteggi delle scale del test PDQ4+ osservati nelle pazienti con DANAS di tipo Restrittivo. *Scores of scales of PDQ4+ in the patients with DANAS Restrictive-Type.*

Numero PAR id. dei casi	SZD	STP	AS	BOR	IST	NAR	EVT	DIP	OC	DEPR	NEG	Totale	
0321	2	2	4	3	8	5	4	4	5	3	4	6	50
0430	4	1	2	0	4	4	0	6	4	2	6	2	35
0358	1	0	1	0	1	1	2	0	1	3	2	0	12
0341	0	0	3	1	2	2	1	2	2	5	3	0	21
0456	2	1	0	1	2	2	2	5	2	1	7	2	27
0320	5	7	9	3	8	2	3	4	1	5	6	7	60
0459	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
042	6	4	5	2	8	8	4	7	8	7	7	5	71
0423	4	3	7	4	9	5	4	5	5	5	7	4	62
0449	4	1	5	1	8	3	2	3	2	4	6	3	42
047	4	2	5	1	4	6	4	2	2	2	5	3	40
0422	3	2	1	1	3	3	2	4	4	4	5	2	34
0441	3	3	4	4	9	5	4	7	5	4	6	6	60
0410	2	1	3	1	4	3	2	4	2	1	3	3	29
048	5	3	4	2	6	3	5	3	2	0	2	7	42
0412	5	1	5	1	6	3	5	7	6	4	6	3	52
0453	4	3	6	4	7	5	6	5	6	2	7	4	59
0437	2	0	0	0	0	2	3	1	1	3	3	2	17
0439	4	1	3	1	5	2	3	2	3	2	3	5	34
0447	6	6	5	4	8	3	4	7	5	5	7	5	65
0443	1	2	0	2	5	2	1	6	1	3	4	5	32
0455	6	5	6	6	9	5	5	5	5	6	4	5	67

dei casi); quest'ultimo, tuttavia, si potrebbe considerare più rilevante in questa popolazione, visto la maggiore frequenza di casi in cui, il numero di risposte positive per il tratto preso in esame, supera di 2 o più punti il minimo di riferimento.

Nelle pazienti affette da DANAS Bulimico (Fig. 6), risulta, invece, maggiormente rappresentato il tratto ossessivo-compulsivo (67%).

Nelle Tabelle V e VI sono indicati i risultati del test delle pazienti con Anoressia Bulimica e Bulimia Purgativa rispettivamente; nel primo caso riscontriamo una frequenza del 50% dei tratti di personalità e del 25% sia dei disturbi di personalità sia della popolazione normale. Nelle pazienti con diagnosi di Bulimia purgativa, invece, i disturbi di personalità rappresentano il 33% della popolazione, mentre i tratti

Tab. III. Punteggi delle scale del test PDQ4+ osservati nelle pazienti con DANAS di tipo BED. *Scores of scales of PDQ4+ in the patients with DANAS BED-Type.*

Numero PAR id. dei casi	SZD	STP	AS	BOR	IST	NAR	EVT	DIP	OC	DEPR	NEG	Totale	
0323	5	2	5	0	8	2	4	7	6	6	5	4	54
049	0	2	5	1	6	3	0	4	3	3	3	4	34
0446	0	3	0	0	2	1	1	0	0	2	2	0	11
0438	3	3	6	0	6	2	3	3	0	7	6	3	42
0450	3	3	2	0	3	0	4	5	0	5	4	1	30
0431	7	5	9	7	8	7	6	7	7	8	7	7	85
0413	1	2	4	1	6	2	2	6	6	4	7	4	45

Tab. IV. Punteggi delle scale del test PDQ4+ osservati nelle pazienti con DANAS di tipo Bulimico. *Scores of scales of PDQ4+ in the patients with DANAS Bulimic-Type.*

Numero PAR id. dei casi	SZD	STP	AS	BOR	IST	NAR	EVT	DIP	OC	DEPR	NEG	Totale	
0318	3	1	2	3	5	4	4	3	2	4	4	1	36
031	3	4	2	1	3	1	3	4	3	5	5	3	37
035	2	1	4	0	6	5	4	5	4	3	5	5	44
0460	2	3	1	2	7	3	0	2	4	4	4	4	36
0421	6	3	7	4	7	7	7	5	4	6	7	7	70
0428	2	0	3	1	4	5	3	4	1	1	5	3	32
0436	5	1	5	4	4	1	4	2	0	4	4	6	40
0461	1	1	4	2	6	2	1	1	0	6	4	1	29
034	4	1	5	3	5	2	2	7	2	4	3	3	41

Fig. 5. La valutazione con il PDQ4+ ha mostrato nelle pazienti con DANAS di tipo BED una maggiore frequenza (71%) del tratto evitamento (EVT) e del tratto Borderline (BOR). *In the patients with DANAS BED-Type the assessment with PDQ4+ has evidenced a more high frequency (71%) of avoidance trait (EVT) and Borderline trait (BOR).*

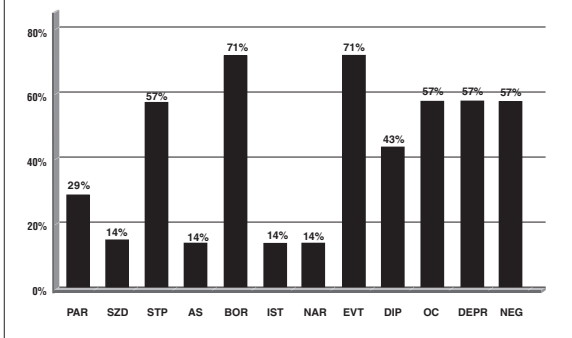
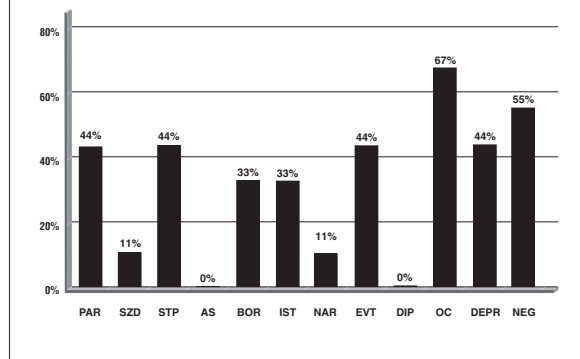


Fig. 6. La valutazione con il PDQ4+ ha mostrato nelle pazienti con DANAS di tipo bulimico una maggiore frequenza (67%) del tratto ossessivo-compulsivo (OC). *In the patients with DANAS Bulimic-Type the assessment with PDQ4+ has evidenced a more high frequency (67%) of obsessive-compulsive trait (OC).*



di personalità, il restante 67%. In questa popolazione, al contrario della precedente, nessuna paziente presenta un risultato normale al test. Dai grafici si evincono ulteriori differenze; infatti, nel primo caso (Fig. 7), vi è una frequenza del 100%

dei tratti paranoico e ossessivo-compulsivo, nel secondo (Fig. 8), invece, oltre al tratto paranoico, la stessa rilevanza, in termini di frequenza, hanno anche il tratto borderline e di quello di evitamento (tutti e tre presenti nell'83% dei casi). Andando ad analizza-

Tab. V. Punteggi delle scale del test PDQ4+ osservati nelle pazienti Anoressia Bulimica. *Scores of scales of PDQ4+ in the patients with Anorexy Bulimic-Type.*

Numero PAR id. dei casi	SZD	STP	AS	BOR	IST	NAR	EVT	DIP	OC	DEPR	NEG	Totale	
0248	4	2	4	0	2	2	0	3	0	5	4	1	27
0325	6	2	5	1	6	4	5	3	2	5	4	3	46
043	4	6	8	2	7	6	7	6	6	4	6	5	67
0434	1	1	0	0	1	2	1	1	0	2	5	0	14

Tab. VI. Punteggi delle scale del test PDQ4+ osservati nelle pazienti con Bulimia Purgativa. *Scores of scales of PDQ4+ in the patients with Bulimia Purgating-Type.*

Numero PAR id. dei casi	SZD	STP	AS	BOR	IST	NAR	EVT	DIP	OC	DEPR	NEG	Totale	
0235	4	1	3	0	0	1	3	3	5	6	4	4	34
0416	4	4	7	4	7	2	4	4	3	5	5	1	50
0424	6	4	2	1	6	7	4	6	6	3	6	57	
0451	6	5	6	0	6	2	0	6	5	5	5	2	48
0429	3	1	1	0	5	2	4	5	2	3	6	3	35
0448	4	5	6	3	7	1	1	6	2	3	4	4	46

re, poi, il numero di risposte positive per ogni tipo di tratto considerato, in quest'ultima popolazione, ancora una volta, nell'ambito del tratto di evitamento il 50% delle pazienti in questione ha risposto positivamente a 6 domande su 4, superando, quindi, di due punti il punteggio minimo per considerare tale quel tratto di personalità.

Per concludere la fase descrittiva del nostro lavoro, osservando i due grafici (Fig. 9) è possibile effettuare un confronto tra la nostra popolazione e quella di controllo; il tratto più rappresentato nelle nostre pazienti, quello di evitamento, si ritrova al quarto posto dei tratti della popolazione controllo, mentre, il tratto ossessivo-compulsivo, il più frequente di quest'ultima, si riscontra nella nostra popolazione, in una percentuale ugualmente significativa. Esistono, comunque, come è possibile mettere in evidenza sui grafici, differenze sostanziali, legate ad alcuni tratti di personalità: borderline, schizotipico, dipendente e narcisistico; i primi tre risultano più caratteristici

della nostra popolazione, viceversa accade per l'ultimo.

I risultati del test offrono numerosi spunti di riflessione.

Oltre ad averci permesso di correlare le varie diagnosi e verificare che alcuni tratti di personalità si riscontrano più frequentemente di altri, confermando dati della letteratura, ci ha messo in condizione di valutare le singole pazienti in maniera più specifica e, di conseguenza, consentire un approccio terapeutico in relazione alla struttura di personalità.

Valutando i singoli tratti patologici è possibile, infatti, definire un profilo specifico di ogni paziente tale da poter intraprendere un percorso terapeutico differenziato.

Quando giungono alla nostra osservazione, risultano «inibite, dominate da sentimenti di inadeguatezza e ipersensibili ai giudizi negativi, caratterizzate da perfezionismo ed esigenza di controllo»; ne deriva un atteggiamento ostile, impenetrabile e poco collabo-

Fig. 7. La valutazione con il PDQ4+ ha mostrato nelle pazienti con Anoressia di tipo bulimica una maggiore frequenza (100%) del tratto paranoico (PAR) e ossessivo-compulsivo (OC). *In the patients with Anorexia Bulimic-Type the assessment with PDQ4+ has evidenced a more high frequency (100%) of paranoic trait (PAR) and obsessive-compulsive trait (OC).*

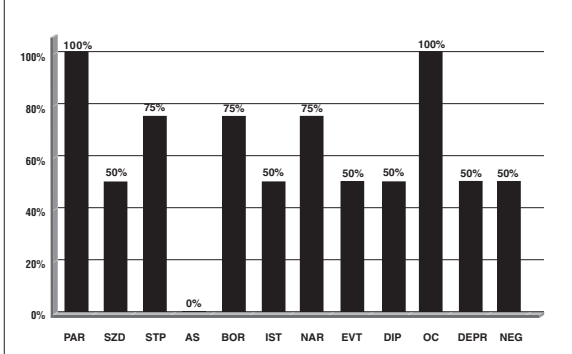


Fig. 8. La valutazione con il PDQ4+ ha mostrato nelle pazienti con Bulimia di tipo purgativa una maggiore frequenza (83%) del tratto evitamento (EVT), paranoico (PAR) e borderline (BOR). *In the patients with Bulimia Purgating-Type the assessment with PDQ4+ has evidenced a more high frequency (83%) of avoidance trait (EVT), paranoic trait (PAR) and borderline trait (BOR).*

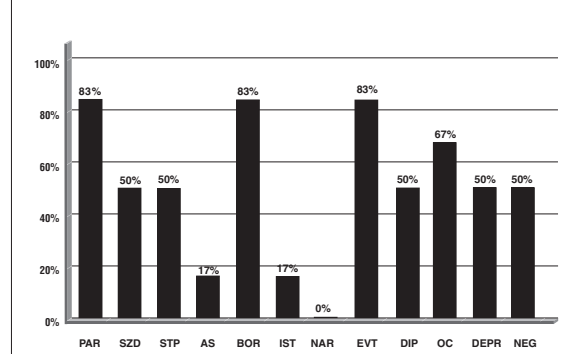


Fig. 9. Tabella riassuntiva di confronto fra i pazienti e i controlli valutati con il PDQ4+. *Summary-table of comparison between the patients and the control group appraised with the PDQ4+.*

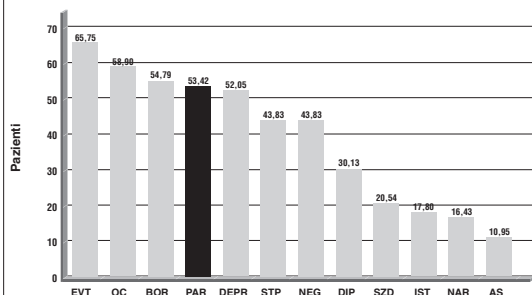


Tabella pazienti. *Patients' table.*

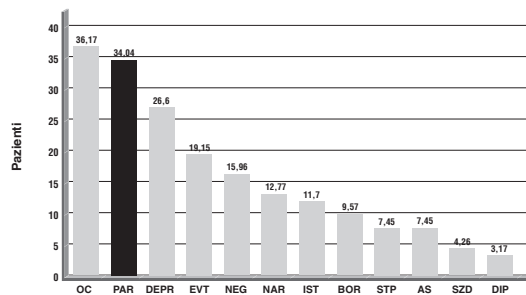


Tabella controlli. *Control group's table.*

Tab. VII. Punteggi delle scale del test PDQ4+ osservati in pazienti trattate con psicoterapia, primi due casi, e in assenza di psicoterapia, terzo caso, dopo un follow di 6-9 mesi. *Scores of scales of PDQ4+ in the patients treated with psychotherapy, first two cases, and in patients without psychotherapy, third case, after 6-9 months of follow-up.*

Numeri di id. dei casi	PAR	SZD	STP	AS	BOR	IST	NAR	EVT	DIP	OC	DEPR	NEG	Totale	
Soglia Patologica	4	4	5	3	5	5	5	4	5	4	5	4	50	
353	6	2	1	0	2	0	1	4	2	2	4	2	26	Primo Psicoterapia
353	3	1	0	0	3	0	1	3	2	1	4	1	19	Secondo
24	4	3	2	1	1	1	2	5	1	4	3	1	28	Primo Psicoterapia
24	3	2	3	1	0	1	3	4	0	7	4	1	29	Secondo
439	4	1	3	1	5	2	3	2	3	2	3	5	34	Primo No Terapia
439	2	3	2	1	6	4	2	3	3	2	6	5	39	Secondo

rante, aggravato dal fatto che nella metà dei casi, sono caratterizzate da «instabilità delle relazioni interpersonali e dell'immagine di sé e degli affetti, nonché da marcata impulsività».

Quelli che seguono (Tab. VII) sono i risultati di due test somministrati a tre delle nostre pazienti a distanza di 6-9 mesi, scelti a scopo esemplificativo.

Nel primo caso, abbiamo potuto verificare una normalizzazione dei risultati del test, dopo psicoterapia; nel secondo un apparente peggioramento; ed, infine, nel terzo caso, un reale peggioramento di una paziente non sottoposta a terapia.

Come si evince dalla Figura 9, nel primo caso (N. di Identificazione 353) ci siamo trovati, al primo incontro, dinanzi ad una persona con un marcato tratto di personalità di tipo paranoideo e, verosimilmente conseguenti, tratti di evitamento. Il trattamento psicoterapico è stato impostato sulla base di questi risultati, cercando di aiutare la paziente a superare le sue paure e diffidenze.

Dopo circa nove mesi abbiamo sottoposto nuovamente la paziente al test ed abbiamo riscontrato una completa normalizzazione di quest'ultimo.

Nel secondo caso (N. Id. 24), si potrebbe pensare ad un peggioramento, guardando solo il totale del test (t0 28-t1 29); tuttavia si tratta di un peggioramento esclusivamente apparente. Nella paziente, infatti, dopo nove mesi di psicoterapia, si sono quasi normalizzati tutti i tratti risultati patologici al tempo 0, ad eccezione del tratto ossessivo-compulsivo, in cui il numero di risposte positive è passato da 4 del tempo t0, a 7 del tempo t1. Questo fenomeno può essere spiegato come un meccanismo di compenso, un tentativo della paziente di mantenere un equilibrio.

Nel terzo caso (N. Id. 439), infine, al tempo t1 vi è stato un reale peggioramento della paziente, dal momento che quest'ultima non ha effettuato alcun tipo di trattamento.

Conclusioni

Nell'ambito di filoni di ricerca che approfondiscono i rapporti tra personalità e Disturbi del Comportamento Alimentare, abbiamo notato anche nel nostro lavoro la fecondità di tale approccio; infatti, accanto agli approfondimenti diagnostici, fornisce agli operatori, orientati psicoterapeuticamente, utili indicazioni per vincere l'empasse iniziale che, frequentemente, le persone in oggetto determinano nell'équipe curante.

Più in dettaglio, la ricerca ha permesso di evidenziare che, nei DCA, rispetto alla popolazione di controllo,

vi è un'alterazione dei tratti costitutivi della struttura di personalità più che un disturbo di personalità e ciò configura i DCA come una sindrome tipica del mondo adolescenziale in movimento e trasformazione; inoltre, quanto sopra, relativo ai casi clinici, va visto come «spettro» della personalità al tempo 0 e al tempo t1, e deve essere un indicatore della efficacia del processo terapeutico messo in atto.

Infine le variazioni del peso e del comportamento, nel corso del trattamento terapeutico, si accompagnano a variazioni del rapporto dei vari tratti di personalità tra di loro e nel loro valore assoluto.

Bibliografia

- ¹ Godt K. *Eating disorders and personality disorders – possible interactions and their therapeutic implications*. Tidsskr Nor Laegeforen 2004;124:2247-50.
- ² Alfano V, Bellini O, De Filippo E, Alfonsi L, Pasanisi F, Contaldo F. *Integrated medical-psychiatric treatment of the «crisis phase» in severe protein-energy malnutrition secondary to major eating disorders*. Eat Weight Disord 2004;9:158-62.
- ³ Fassino S, Amianto F, Gramaglia C, Facchini F, Abbate-Daga G. *Temperament and character in eating disorders: ten years of studies*. Eat Weight Disord 2004;9:81-90.
- ⁴ Ilkjaer K, Kortegaard L, Hoerder K, Joergensen J, Kyvik K, Gillberg C. *Personality disorders in a total population twin cohort with eating disorders*. Compr Psychiatry 2004;45:261-7.
- ⁵ Milos G, Spindler A, Schnyder U. *Psychiatric comorbidity and Eating Disorder Inventory (EDI) profiles in eating disorder patients*. Can J Psychiatry 2004;49:179-84.
- ⁶ Slopian A, Rybakowski F, Rajewski A. *Evaluation of temperament and personality in bulimia nervosa*. Psychiatr Pol 2004;38:85-93.
- ⁷ Fassino S, Abbate-Daga G, Amianto F, Facchini F, Rovera GG. *Eating psychopathology and personality in eating disorders*. Epidemiol Psichiatri Soc 2003;12:293-300.
- ⁸ van Hanswijck de Jonge P, Van Furth EF, Lacey JH, Waller G. *The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity*. Psychol Med 2003;33:1311-7.
- ⁹ Karwautz A, Troop NA, Rabe-Hesketh S, Collier DA, Treasure JL. *Personality disorders and personality dimensions in anorexia nervosa*. J Personal Disord 2003;17:73-85.
- ¹⁰ Sutandar-Pinnock K, Blake Woodside D, Carter JC, Olmsted MP, Kaplan AS. *Perfectionism in anorexia nervosa: a 6-24-month follow-up study*. Int J Eat Disord 2003;33:225-9.
- ¹¹ Bulik CM, Tozzi F, Anderson C, Mazzeo SE, Aggen S, Sullivan PF. *The relation between eating disorders and components of perfectionism*. Am J Psychiatry 2003;160:366-8.
- ¹² Fassino S, Amianto F, Daga GA, Leombruni P, Garzaro L, Levi M, et al. *Bulimic family dynamics: role of parents' personality – a controlled study with the Temperament and Character Inventory*. Compr Psychiatry 2003;44:70-7.
- ¹³ Tomotake M, Ohmori T. *Personality profiles in patients with eating disorders*. J Med Invest 2002;49:87-96.
- ¹⁴ Stein D, Kaye WH, Matsunaga H, Orbach I, Har-Even D, Frank G, et al. *Eating-related concerns, mood, and personality traits in recovered bulimia nervosa subjects: a replication study*. Int J Eat Disord 2002;32:225-9.
- ¹⁵ Bellini O, Scarnecchia MG. *Il lavoro della cura con la paziente anoressica*. Milano: Franco Angeli 2002.
- ¹⁶ Bellini O. *Farmaco e psicoterapia: binomio possibile? Sulla cura integrata dell'anoressia e della bulimia*. Milano: Franco Angeli 2003.