

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E DISTURBI DI PERSONALITÀ

Giacomo De Caterina

Master in Disturbi del comportamento alimentare

Direttore Caterina Renna

Lecce 2010-2011

Introduzione

Chiunque lavori con pazienti in psichiatria o in psicoterapia, può facilmente rilevare che molti presentano contemporaneamente un qualche disturbo di personalità (DP) e un disordine del comportamento alimentare (DCA).

I dati di letteratura confermano questa percezione.

Sono stati prodotti molti studi sia sull'associazione tra diagnosi categoriali di DCA e DP, sia sull'elevata presenza, nella popolazione generale, di tratti di personalità associati a specifici comportamenti alimentari.

Un particolare interesse, nell'ambito di tali ricerche, rivestono quelle sull'associazione fra tratti borderline di personalità e comportamenti alimentari di tipo impulsivo e tra personalità ossessivo compulsive e comportamenti anoressici di tipo restrittivo.

Scopo di questo breve lavoro è cercare di indagare se esistano correlazioni specifiche tra alcuni disturbi di personalità e disordini alimentari e in che modo si influenzino a vicenda.

I disturbi del comportamento alimentare

Ho riassunto i disturbi del comportamento alimentare in 4 categorie principali non in linea con quelle descritte nel DSM IV, ma forse più utili sia clinicamente che ai fini della presente descrizione.

1. Anoressia nervosa, caratterizzata da

- a. BMI inferiore a 17,5.
- b. fobia del peso – immagine distorta di sé
- c. perdita volontaria del peso
- d. amenorrea (assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi)

Nell'AN riconosciamo due sottotipi

- 1.a con restrizione alimentare (restrittiva)

- 1.b con condotte di eliminazione (binge-purge)
2. Bulimia nervosa
 - a. BMI normale (tra 18 e 30)
 - b. fobia del peso – immagine distorta di sé
 - c. abbuffate compulsive (= binge eating cioè attacchi di voracità irresistibili e con perdita di controllo –come il craving dei tossicodipendenti- inferiori alle due ore per almeno due volte a settimana, per almeno tre mesi)
 - d. comportamenti compensatori
3. Binge eating disorder o disturbo da alimentazione incontrollata
 - a. obesità con BMI superiore a 26-30
 - b. immagine negativa di sé
 - c. binge eating per almeno 6 mesi
4. DCA NAS

Questa classificazione e i criteri diagnostici per i DCA non vengono ritenuti generalmente adatti all'età prepubere per la quale sono state proposte altri sistemi.

Una proposta di Lask e coll. (riportata in Ammanniti, 2000) classifica sei tipi di disordini alimentari prepuberali

1. Anoressia nervosa
2. Disturbo emotivo di rifiuto di cibo
3. Bulimia nervosa
4. Alimentazione selettiva
5. Disfagia funzionale
6. Rifiuto pervasivo

I disturbi di personalità

Sempre in linea con gli scopi del presente lavoro tento una sintesi delle caratteristiche dei disturbi di personalità.

I disturbi di personalità (classificati sull'Asse II secondo il DSM IV), sono modelli di esperienza interiore e di comportamento

- a. marcatamente diversi rispetto alle aspettative della cultura di appartenenza
- b. persuasivi
- c. inflessibili

d. stabili nel tempo

Essi compromettono marcatamente almeno due aree di funzionamento tra le seguenti

a. cognitivtà

b. affettività

c. funzionamento interpersonale

d. controllo degli impulsi

Nel DSM IV i DP sono divisi in tre gruppi o cluster

Cluster A o stravagante-eccentrico: paranoide, schizoide, schizotipico

Cluster B o drammatico-emotivo-imprevedibile: borderline, antisociale, istrionico, narcisistico

Cluster C o ansioso-timoroso: evitante, dipendente, ossessivo-compulsivo

Il disturbo antisociale non si può diagnosticare nei minorenni. Prima di tale età si può configurare un disturbo della condotta sull'Asse I.

A questi tre cluster vanno aggiunti i DP NAS: passivo-aggressivo, depressivo, negativistico, autofrustrante (masochista), dovuto a condizione medica generale.

Il disturbo borderline di personalità

Lo descrivo a parte poiché è il disturbo di personalità più diagnosticato e studiato. Esordisce in infanzia-adolescenza e spesso si sovrappone ad altri disturbi del Cluster B. Talvolta è l'evoluzione di un disturbo di Asse I dell'infanzia, ad esempio un disturbo della condotta e, spesso, quando si diagnostica in adolescenza, evolve o verso altre forme di disturbo della personalità o verso una patologia di Asse I della serie psicotica o dell'umore. E' da tener presente che i disturbi negli adolescenti sono spesso in evoluzione e portano, a due anni, a cambiamenti frequenti della diagnosi.

Aspetto patognomonico del BL è la variabilità-eterogeneità, nell'ambito tuttavia di alcune categorie di disturbi.

Le alterazioni dei BL riguardano sostanzialmente tre aree:

- identità. L'immagine di sé è disturbata e instabile: la manifestazione esterna è caotica e drammatica. Vi è un deficit di integrazione tra stati mentali dissociati e reciprocamente segregati senza una memoria che li leghi. L'effetto è di una difficoltà a riflettere sui propri stati mentali per dare coerenza e direzione al comportamento. Il tentativo, inconsapevole, di dotarsi di identità e stabilità, porta talvolta alla ricerca di un'"identità a prestito" con fenomeni paradossali di confluenza con il contesto.

- relazioni interpersonali. Vi sono tentativi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono. Le relazioni sono caratterizzate da instabilità ed estrema intensità con alternanza idealizzazione/svalutazione.

- affettività-impulsività. Vi è disforia marcata o instabilità emotiva; sentimenti cronici di vuoto, vergogna, inadeguatezza. Vi può essere impulsività eterodiretta con rabbia intensa e difficile da controllare, proattiva o reattiva; o autodiretta con gesti autolesivi, minacce e ripetuti comportamenti suicidari; impulsività nello spendere, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata e comportamenti alimentari tipo abbuffate. Le manifestazioni impulsive dipendono sia da stimoli interni (es. ricordi, impulsi sessuali) che esterni (es. evento relazionale); possono essere molto varie e, causa la instabilità dell'io e il fenomeno dell'io a prestito, hanno una espressività dipendente dal contesto, potendo dar luogo, in certi ambienti, a comportamenti francamente devianti. L'impulsività ha la caratteristica del craving del tossicodipendente e del binge eating disorder.

Sotto stress si possono manifestare ideazione paranoide o gravi sintomi dissociativi transitori.

Interazioni tra comportamento alimentare e personalità

Resta evidente come, solo guardando le caratteristiche semeiologiche dei DCA e dei DP, emergano numerose caratteristiche comuni, che riguardano in particolare l'identità, la relazione con il proprio corpo e la regolazione degli impulsi. Uno studio più approfondito, focalizzato sulle modalità relazionali di alcuni DCA, metterebbe in evidenza anche caratteristiche comuni sul versante della gestione delle modalità intersoggettive.

L'anoressia nervosa restrittiva in letteratura è stata associata frequentemente a personalità insicure, depresse, perfezioniste, con aspetti di rigidità, tratti ossessivo-compulsivi, condotte evitanti.

Viceversa nelle bulimie e nel binge eating disorder viene descritta impulsività, scarsa tolleranza alle frustrazioni e disforia, tratti istrionici, elevata frequenza di azioni autolesive e tentativi di suicidio, abuso di alcool o stupefacenti.

Studi condotti sulla popolazione generale, che quindi non tengono conto né di strutture di personalità, né, tanto meno, di modelli diagnostici categoriali, confermano un'associazione tra specifici tratti personologici e persone sottopeso o sovrappeso.

In particolare i sottopeso sarebbero insicuri, rabbiosi e ostili, depressi.

I sovrappeso manifesterebbero una riduzione della consapevolezza (conscientiousness; Terracciano e coll. 2009), alta impulsività, bassa autodisciplina.

I dati tratti dalla clinica e dagli studi epidemiologici sulla popolazione generale sembrerebbero quindi concordare.

La letteratura ha anche cercato di stabilire la comorbidità sia dal punto di vista della prevalenza dei DP nei DCA, che della presenza di DCA in soggetti con DP.

Nei DCA la presenza di disturbi della personalità oscilla nei vari studi dal 75 al 90% e non è chiaro in che modo si influenzino a vicenda per quanto riguarda la gravità. Molti studi hanno cercato di correlare specifici DCA a specifici cluster di DP.

I pazienti con anoressie restrittive presentano più frequentemente comorbidità con personalità di Cluster C (ansioso-timoroso) e tra questi soprattutto con le personalità ossessivo-compulsiva ed evitante.

Viceversa i soggetti con binge eating e bulimia nervosa presentano una più frequente comorbidità con i DP del Cluster B (drammatico-emotivo) per lo più del tipo borderline (30% dei casi circa) e più raramente istrionico.

Alcuni studi hanno evidenziato una covarianza tra aumento del body mass index, aumento dell'impulsività e riduzione dell'autocontrollo, in presenza di una particolare variante genetica (FTO) e di una riduzione dei siti cerebrali che legano la serotonina.

Emerge inoltre dalla letteratura che esisterebbe una predisposizione familiare comune per il disturbo di personalità ossessivo compulsivo e l'anoressia nervosa.

A questi dati si può opporre l'eccezione dei non infrequenti casi di sovrapposizione clinica fra comportamenti bulimici e anoressici.

Di fatto molti studi non concordano con la schematicità di quando appena espresso (link tra anoressie e personalità ossessivo-compulsive; tra bulimie e personalità impulsive).

Il dato di maggior certezza è la bassa comorbidità tra disturbi alimentari, disturbi di personalità del Cluster A (eccentrico-bizzarro) e disturbi di personalità antisociale e narcisista, appartenenti al Cluster B.

Anche nei DP la presenza di DCA sarebbe statisticamente significativa rispetto alla popolazione generale. I DP che sono stati più frequentemente indagati riguardo ad una loro comorbidità con disturbi alimentari sono l'ossessivo-compulsivo e il borderline.

Nei pazienti borderline un DCA viene diagnosticato nel 30% circa dei casi, i due terzi sul versante impulsivo, un terzo sul versante restrittivo. Tra i criteri diagnostici del disturbo

borderline di personalità è inclusa, tuttavia, anche la possibilità di comportamenti bulimici. E l'impulsività è un elemento comune ai due disordini.

Un ulteriore dato su cui indaga la letteratura è *in che modo i DP e i DCA si influenzino nelle modalità e nel decorso-prognosi*. Alcuni dati di letteratura sembrano indicare che il disturbo di personalità preceda l'insorgere del disturbo alimentare. Inoltre il disturbo di personalità rispecchia lo stile alimentare (personalità molto controllata = pattern alimentari controllati; personalità impulsive = pattern alimentari impulsivi). Per tali due evidenze alcuni autori ritengono ragionevole ipotizzare che sia il pattern di personalità a influenzare il comportamento alimentare.

Tuttavia la storia delle indagini delle correlazioni tra DCA e DP ha portato a varie prese di posizione da parte degli studiosi, traducibili in modelli.

Predispositional model. Questo modello sostiene che le strutture di personalità precedono e aumentano il rischio di sviluppare un DCA. Questo modello suppone che i DP e i DCA siano patologie indipendenti con diverse eziologia e fisiopatologia.

Complication model. Secondo questo modello le variabili di personalità non precedono e non aumentano il rischio di sviluppare un DCA, ma sono secondari al DCA stesso. Ad esempio persone fortemente denutrite acquisiscono, a causa della cachessia, tratti di ossessività.

Common cause model. Secondo questo modello, il DP rappresenta una patologia distinta dal DCA, ma causato dagli stessi meccanismi.

Pathoplastic model. Il modello afferma che la comorbilità DCA-DP modifica le caratteristiche e il decorso clinico di ciascuna condizione. Non mi sembra un vero modello autonomo.

Quindi non c'è accordo tra gli studiosi, anche se alcuni dati, come riferito, indicano covarianze specifiche e cause genetiche e anatomiche comuni a entrambi i disturbi. E sembrerebbe, alla luce di questi dati che il *modello delle cause comuni* sia quello maggiormente supportato da dati.

AmMESSO che il pattern di personalità vada di passo con quello alimentare, il disturbo di personalità incide sulla gravità della patologia alimentare?

Anche questo non è chiaro. Alcuni autori ritengono di sì. Altri dati riguardanti il link borderline-bulimia indicano che la severità dei sintomi alimentari è uguale nei gruppi borderline e non.

Ancora, c'è un'indicazione di prognosi più sfavorevole per la comorbidità DCA-borderline/ossessivo-compulsivi rispetto a quella DCA/istrionici e altre categorie di personalità.

E' possibile che i pazienti BL-DCA siano maggiormente esposti a comorbidità psichiatriche di Asse I, abbiano una minore compliance al trattamento, peggiore funzionamento psico-sociale e maggiore presenza di comportamenti autodistruttivi, tra cui maggiore severità dei comportamenti suicidari, proprio in virtù delle caratteristiche del disordine di personalità.

Sembra che i BL bulimici abbiano un rischio maggiore di comportamenti suicidari, mentre i BL anoressici di autolesionismo non suicidarlo. Bulimici BL e anoressici BL hanno un alto rischio di patologie sull'Asse I e II.

Il comportamento suicidario sarebbe anche aggravato dalla presenza di abuso sessuale nell'infanzia, elemento spesso presente in anamnesi sia nei disturbi di personalità, in particolare nei borderline, sia nei disturbi del comportamento alimentare.

Conclusione

C'è grande interesse in letteratura sia per i DCA che per i DP, in particolare per il disturbo borderline. Entrambi, infatti, sembrano, all'occhio profano, essere oggetto di una vera *epidemia*, dovuta, probabilmente, anche al miglioramento dei percorsi diagnostici e all'interesse per approcci terapeutici specializzati. Sorgono, per tale motivo, in più parti d'Italia, gruppi che studiano specificamente tali disturbi e Centri specialistici, in linea con quanto avviene negli Stati Uniti e in altri paesi europei.

L'associazione tra alcuni disturbi di personalità e specifici disturbi alimentari e tra alcuni tratti della personalità e pattern del comportamento a tavola è di estremo interesse per il clinico, soprattutto per quanti trattano tali disturbi con approcci psico-educativi e psicoterapeutici.

In questo breve lavoro ho cercato di rispondere ad alcune domande:

1. la comorbidità tra DP e DCA (e tra DCA e DP) è frequente? Lo è, e probabilmente anche per specifici substrati familiari, genetici e anatomici comuni.
2. esistono pattern di personalità specifici di pattern alimentari? La specificità non è assoluta, ma esistono comorbidità statisticamente significative tra pattern impulsivi di personalità e comportamenti alimentari impulsivi e tra pattern ossessivo-compulsivi di personalità e comportamenti alimentari controllati.

3. è la personalità che influenza il comportamento alimentare? Su questo ci sono varie teorie. Alcune suggeriscono che esistano delle vie genetiche e anatomiche, e anche esperienziali, suggerirei io, comuni ad entrambe le manifestazioni.

4. la comorbilità DP-DCA aggrava il DCA? I dati di letteratura da me trovati non sono concordi.

5. la comorbilità DP-DCA peggiora decorso e prognosi del DCA? Sì, poiché influisce negativamente sulle comorbilità di asse I e II, sui comportamnti autolesivi e suicidari, sull'integrazione psico-sociale e sulla compliance al trattamento. Richiede quindi un approccio più globale e complesso.

Bibliografia

American Psychiatric Association. DSM IV TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Trad. It. Elsevier Masson, Milano, 2001

Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev.* 2005 Nov; 25 (7): 895-916

Chen EY, Brown MZ, Hamed MS, Linehan MM. A comparison of borderline personality disorder with and without eating disorders. *Psychiatry Res.* 2009 Nov 30; 170 (1): 86-90

Cuzzolaro M. Disordini alimentari in adolescenza. In: Ammanniti M (a cura di) Manuale di psicopatologia dell'adolescenza. Raffaello Cortina, Milano, 2002

De Giacomo P, Renna C, Santoni Rugiu A. Manuale sui disturbi dell'alimentazione. Franco Angeli, Milano, 2005

De Vito E. Disturbi di personalità e disturbo borderline in adolescenza. In: Ammanniti M (a cura di) Manuale di psicopatologia dell'adolescenza. Raffaello Cortina, Milano 2002

Fornaro M, Perugi G, Gabrielli F, Prestia D, Mattei C, Vinciguerra V, Fornaro P. Lifetime comorbidity with different subtypes of eating disorders in 148 females with bipolar disorders. *J Affect Disord* 2010 (2): 147-151

Gadalla TM. Psychiatric comorbidity in eating disorders: a comparison of men and women. *JMH* 2008 Sept; 5 (3): 209-217

Gunderson JG. *La personalità borderline*. Trad.it. Raffaello Cortina, Milano, 2003

Holzer SR, Uppala S, Wonderlich SA, Crosby RD, Simonich H. Mediation significance of PTSD in the relationship of sexual trauma and eating disorders. *Child Abuse Negl.* 2008 May; 32 (5): 561-6

Johnson C, Tobin D, Enright A. Prevalence and clinical characteristics of borderline patients in an eating-disordered population. *J Clin Psychiatry* 1989 Jan; 50 (1): 9-15

Lageix P, Steiger H. Eating disorders and borderline personality disorder: what are the connections? *Sante Ment Que.* 1997 Spring; 22 (1): 127-142

Lilenfeld LR, Wonderlich S, Riso LP, Crosby R, Mitchell J. Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. *Clin Psychol Rev.* 2006 May; 26 (3): 299-320

Maffei C. *Borderline*. Raffaello Cortina, Milano, 2008

Miotto P, De Coppi M, Frazza M, Petretto DR, Masala C, Preti A. Eating disorders and aggressiveness among adolescents. *Acta Psychiatr Scand.* 2003 Sept; 108 (3): 163-9

Miotto P, Preti A. Eating disorders and suicide ideation: the mediating role of depression and aggressiveness. *Compr Psychiatry* 2007; 48: 218-224

Sansone RA, Chu JW, Wiederman MW. Body image and borderline personality disorder among psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry* 2010 Nov-Dec; 51 (6): 579-584

Sansone RA, Sansone LA. Childhood trauma, borderline personality and eating disorders: a developmental cascade. *Eat Disord.* 2007 Jul-Sep; 15 (4): 333-46

Sansone RA, Sansone LA. Personality disorders as risk factors for eating disorders: clinical implications. *Nutr Clin Pract.* 2010 Apr; 25 (2): 116-21

Steiger H, Young SN, Kim NM, Koerner N, Israel M, Lageix P, Paris J. Implications of impulsive and affective symptoms for serotonin function in bulimia nervosa. *Psychol Med.* 2001 Jan; 31(1): 85-95

Terracciano A, Sutin AR, McCrae RR, Deiana B, Ferrucci L, Schlessinger D, Uda M, Costa PT. Facets of personalità linked to underweight and overweight. *Psychosom Med.* 2009 July; 71(6): 652-689

Treasure J, Claudino A M, Zucker N. Eating Disorders. *TheLancet.com* 2010 Feb 13 Vol 375