INTRODUZIONE

❖ Considerazioni preliminari

Verso la metà del diciannovesimo secolo, i medici cominciarono a notare che venivano accompagnate nei loro ambulatori molte giovani donne sul punto di morire di fame. Erano state bambine ideali, eppure ora che avevano raggiunto la pubertà e l'adolescenza facevano impazzire madri e padri e li sottoponevano all'angoscia di assistere impotenti alla distruzione delle "loro preziose bambine".

Era il 1873 quando Ernest Laseque in Francia e William Gull in Inghilterra, descrivevano, per la prima volta, questa malattia come un'entità clinica autonoma. Al disturbo di cui soffrivano le loro pazienti fu dato il nome di A*noressia*.

Nei due secoli antecedenti la loro descrizione, i resoconti medici riportano solo rare notizie di malattie che somigliavano all'anoressia.

Nel 1885, Jean Martin Charcot, così descriveva tali pazienti: *"..... non mangiavano, non volevano mangiare, non erano capaci di mangiare .... e preghiere, suppliche e perfino violenze non potevano vincere questa resistenza*".

La disputa sulla collocazione dell'anoressia mentale nell'ambito della nosografia psichiatrica è durata fino ai tempi recenti e ancora nel 1960 l'anoressia non veniva riconosciuta, da alcuni Autori, come una sindrome autonoma, ma come *"sintomo che si trova di volta in volta in quasi tutte le sindromi psichiatriche"* (Bliss e Branch; 1960).

Negli anni sessanta**,** con il *Simposio di Göttingen* al quale presero parte psichiatri, psicologi, psicoanalisti, sociologi ed endocrinologi di ogni parte del mondo, venne riconosciuta all'anoressia mentale una struttura di personalità specifica collocando il conflitto a livello del corpo e dell'incapacità ad assumere le trasformazioni tipiche della pubertà.

Negli ultimi decenni del secolo scorso i disturbi del comportamento alimentare hanno presentato un tale incremento di incidenza nella popolazione da indurre alcuni Autori a parlare di epidemia sociale (Gordon R., 2000). La ragione di tale aumento sarebbe, secondo un'opinione largamente condivisa, nelle profonde trasformazioni socio-culturali che hanno interessato le società occidentali.

L'epidemiologia dà una rappresentazione dei disturbi alimentari come il primo fenomeno di malattia globalizzata che si espande a macchia d'olio in concomitanza al diffondersi di modelli culturali e stili di vita fondati sulla cultura del corpo: ciò che comunemente viene definito "modernità".

Quando l'offerta di cibo disponibile diventa sovrabbondante e seduttiva, quando è stato finalmente soddisfatto uno dei bisogni primari, allora emerge la muta ribellione del rifiuto alimentare verso cui si resta impotenti, ammutoliti, sconvolti. I disturbi del comportamento alimentare sono diventati lo "scandalo" della modernità.

E tuttavia, non si devono confondere gli ***effeti patoplastici della cultura,*** che modellano la forma dei sintomi**,** con i ***processi patogenetici,*** che provocano le malattie:

> "L'inconscio determina la sostanza, l'essenza del disturbo ed è per sua definizione atemporale; l'ambiente socio-culturale ne determina invece la forma".

L'attenzione estrema all'immagine corporea, il culto della magrezza non sono la "causa" dei disturbi alimentari. La loro funzione sembra soprattutto quella di suggerire la strada attraverso la quale un malessere profondo, grave, strutturale si esprime e cerca una sua risoluzione. I tanti pazienti con disturbi alimentari probabilmente rappresentano una popolazione di individui vulnerabili che in altri tempi avrebbe sviluppato forme diverse di patologia nevrotica, depressiva, ansiosa, isterica.

Alcuni Autori (es., Gordon R., 2000; Charmet GP., 2000) hanno ipotizzato che i disturbi dell'alimentazione sono, come l'isteria agli inizi del secolo scorso, malattie che esprimono il disagio femminile attraverso un vocabolario altamente condizionato dal contesto culturale.

Il corpo nell'isterica, per S. Freud, diventava un potente canale di comunicazione, dando voce al disagio femminile, al conflitto tra desiderio e norma.

La patologia alimentare per i suoi legami con l'identità corporea, che mai come in questa epoca è connessa con la sicurezza del Sé, con il cibo, con l'ossessiva attenzione all'apparenza, si presta a rappresentare la metafora del nostro tempo, ad esprimere molti dei grandi temi, paure, contraddizioni della nostra epoca.

"L'uomo è fatto delle sue credenze.
Come egli crede, così egli è"
(Bhagavadgita,500 a.C.)

L'adolescenza è una delicata opportunità di crescita dell'individuo che è improvvisamente sorpreso dalla necessità di vivere una perdita di riferimenti, una "destrutturazione", preludio necessario, tuttavia per accedere alla costruzione di una nuova e più matura identità.

"adolescenza (dal verbo latino alere): nutrire; colui che va nutrito"

È il tema della costruzione dell'identità, della sua difficile strutturazione negli adolescenti, che fa da sfondo a questo fenomeno nuovo e la malattia può assumere il ruolo di una nuova forma di soggettività.

"L'immagine è la mediazione tra il pensiero e il mondo"

Il disturbo anoressico-bulimico esprime lo spirito del tempo attuale, si fa riflesso di una società in cui l'estetica diventa fondamento dell'etica.

I disturbi del comportamento alimentare assumono, come altri disturbi del comportamento in adolescenza, il significato di comportamenti adattativi, un tragico tentativo terapeutico nei confronti di una situazione di minaccia, di invasione di un Io che si avverte incapace di gestire lo stress e che percepisce tutto il proprio appetito verso l'esterno, ma lo vive come una minaccia alla sua identità, una minaccia di perdita dei limiti, di dissolversi nell'oggetto del bisogno (H. Bruch, 1962; 1973).

Nell'adolescente *"fragile*", il conflitto tra desiderio e bisogno, la dipendenza che la loro soddisfazione comporta, le forti emozioni che premono, confondono e imbarazzano, portano a sovrainvestire il mondo percettivo e motorio per controllare un

mondo interno ansiogeno. Attraverso l'astinenza, i vomiti, l'evacuazione, lo sfinimento fisico, all'adolescente sembra di poter esercitare un controllo sul proprio corpo.

E il ritorno ad una condizione pre-puberale (con il relativo assetto ormonale e di sviluppo emozionale) diventa un tentativo per superare le paure legate al raggiungimento della maturità psicobiologia (Crisp AH, 1984).

Il disturbo del comportamento alimentare (rifiuto o abbuffate di cibo), come ogni disturbo del comportamento, ha un aspetto difensivo e adattativo che inizialmente sembra gratificante perché l'angoscia scompare e, contemporaneamente, attiva emozionalmente la persona.

Ma evidentemente si sta sviluppando una sempre maggiore dipendenza "*addiction*" nei confronti di questo comportamento, dipendenza in cui si associano fattori psicologici e biologici.

Forse i meccanismi neurobiologici della dipendenza possono aiutarci a capire i processi che sfociano nei disordini alimentari. Forse occorre andare oltre la spiegazione psico-sociale per capire la motivazione dell'andare oltre il punto di miglioramento dell'immagine corporea. Per capire come avviene la saldatura tra modelli culturali di vita e forme patologiche.

I disturbi del comportamento alimentare appaiono una modalità per ritrovare un equilibrio, mentre l'abbandono del disturbo porterebbe il soggetto a confrontarsi con la propria depressione, con l'immagine di sé, con la sua dipendenza nei confronti di una fonte esterna di "animazione" di sé.

La malattia alimentare è, spesso, un lungo viaggio nella sofferenza che conduce ad altre forme di disagio.

"Il fatto è che, in tutti i periodi della storia, i disturbi mentali di rilevanza epidemiologica o di particolare fascino illuminano un aspetto specifico della natura umana in conflitto con i tempi"

(Erickson, 1999)

❖ Disturbi del Comportamento Alimentare

I disturbi del comportamento alimentare sono malattie comuni, complesse e difficili da curare per le quali "*non ci sono evidenze convincenti che la prognosi sia migliorata negli ultimi cinquant'anni*" (Steinhausen HC, 2002) nonostante siano stati tra le patologie psichiatriche che, negli ultimi anni, hanno ricevuto maggiore attenzione da parte dei ricercatori e dei clinici.

La mole di articoli scientifici è aumentato enormemente a partite dagli anni settanta del secolo scorso e, attualmente, compaiono circa cinquecento studi all'anno (*Medline, Index Medicus*).

Si tratta di una patologia essenzialmente psicologica caratterizzata da comportamenti estremi nei confronti del cibo finalizzati al controllo del peso e che comporta gravi conseguenze somatiche che, a loro volta, possono agire sullo stato psichico delle pazienti contribuendo a cronicizzare e ad aggravare il disturbo.

Le classificazioni dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) più utilizzate, attualmente, sono quelle proposte dal DSM *(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, A.P.A. ,2001)*, e dall'ICD (*Intenational Classification of Disease, W.H.O., 1997*) che pur differenziandosi in alcuni aspetti, condividono tuttavia i criteri fondamentali di diagnosi (il terrore di aumentare il peso e la distorsione dell'immagine corporea) e l'utilizzo del *Body Mass Index (BMI) di Quetelet* per la quantificazione del calo ponderale.

L'*Anoressia Nervosa (AN)* e la *Bulimia Nervosa* (BN) sono le due sindromi principali alle quali si affianca un'ampia ed eterogenea categoria di disturbi dell'alimentazione atipici, le cosiddette forme subcliniche o *Disturbi dell'Alimentazione non Altrimenti Specificati (ED-NOS)* che comprende quei disturbi dell'alimentazione che non soddisfano tutti criteri delle due sindromi maggiori.

L'Anoressia Nervosa è indubbiamente la forma più grave.

I. Classificazione:

I Criteri diagnostici per Anoressia Nervosa sono:

- ***DSM IV-TR*** (A.P.A. , 2001):

A. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (per es. perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto), oppure incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita in altezza, con la conseguenza che il peso rimane al di sotto dell'85 % rispetto a quanto previsto.

B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso.

C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso.

D. Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi. (Una donna viene considerata amenorroica se i suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazione di ormoni, per es. estrogeni).

Si distinguono ***due sottotipi***:

1. **Con Restrizioni**: nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

2. **Con Abbuffate/Condotte di Eliminazione**: nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

- **ICD-10 (**W.H.O., 1997)**:**

A. Un peso corporeo che è almeno il 15% al di sotto di quello atteso (perso o mai raggiunto) o un indice di massa corporea (BMI) di 17,5 o meno. I pazienti in età pre-puberale possono non subire il previsto incremento ponderale durante il periodo dell'accrescimento.

B. La perdita di peso è auto-indotta mediante l'evitamento dei cibi che fanno ingrassare ed uno o più dei seguenti
   - Vomito autoindotto
   - Purghe autoindotte
   - Esercizio eccessivo
   - Uso di farmaci anoressizzanti o diuretici

C. E' presente una distorsione dell'immagine corporea, sotto forma di una precisa psicopatologia per cui il terrore di diventare grasso persiste come un'idea prevalente intrusiva e il paziente si impone un limite di peso basso.

D. E' presente una disfunzione endocrina diffusa riguardante l'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi che si manifesta nelle donne con amenorrea e nei maschi con la perdita dell'interesse sessuale e della potenza. Vi possono essere anche elevati livelli di ormone somatotropo, aumentati livelli di cortisolo, modificazioni nel metabolismo dell'ormone tiroideo e anormalità della secrezione insulinica.

E. Se l'esordio è pre-puberale la sequenza degli eventi puberali è rimandata o persino arrestata. Con la guarigione la pubertà è spesso portata a termine ma il menarca si verifica più tardi.

L'ICD-10 introduce inoltre la categoria diagnostica dell'*anoressia nervosa atipica* che include tutti quei casi che pur non manifestando uno o più sintomi caratteristici, manifestano un quadro clinico abbastanza tipico, o i casi che manifestano tutto il quadro sintomatologico ma in forma lieve.

II. Epidemiologia:

I disturbi alimentari insorgono, generalmente, in adolescenza o in età giovane-adulta ed interessano, prevalentemente, il sesso femminile. Rappresentano la forma più diffusa di espressione del disagio psicologico femminile.

L'aumento del numero di casi di estrema magrezza nella popolazione è un dato suggestivo di incremento delle patologie del comportamento alimentare (vedi tabella):

				Prevalenza %		
	BMI C°	Età: anni (15-15,5)	Sesso	1980 N = 1866	1990 N = 1212	Aumento %
SOTTOPESO	<3°		M	0,8%	2,4%	200%
			F	2,1%	5,8%	176%
OBESITA'	>97°		M	3,7%	9,1%	145%
			F	2,7%	5,1%	89%

Trend di prevalenza di magrezza e obesità in Svizzera (Woringer V. et al., 1998)

È raro trovare una ragazza di diciotto anni che non abbia mai fatto una dieta, spesso auto-prescritta. Buona parte degli adolescenti, fino al 45%, secondo Maloney (et al., 1989), vorrebbe essere più magra. Il 40% - 60% delle adolescenti effettua una dieta per perdere peso (Field et al., 1993) e un terzo di esse ha utilizzato un qualche metodo estremo di controllo del peso.

Questi comportamenti di controllo del peso sono risultati, inoltre, fortemente correlati ad alcuni aspetti psicopatologici, quali: bassa autostima, depressione, idee di suicidio, abuso di sostanze (Neumark-Sztainer e Hannan, 2000).

L'anoressia nervosa rappresenta la terza più comune causa di malattia cronica negli USA (Emans, 2000). Il 10-15% delle pazienti anoressiche ancora oggi muore. Il ricovero per un episodio di anoressia nervosa è risultato, come costi, secondo, soltanto, all'intervento chirurgico per bypass aorto-coronarico (Mathers et al., 2000).

Tra le adolescenti, in Europa e Nord America, la *prevalenza dell'anoressia nervosa* è di circa lo 0,5% e della *bulimia nervosa* di circa il 2%. Per la bulimia i dati epidemiologici di cui si dispone sono piuttosto incerti, in quanto si tratta di una sindrome di più recente definizione e meno facilmente diagnosticabile. Secondo Kaplan e Sadock (1998), il 5% circa delle adolescenti presenta i sintomi della bulimia. *I*

disturbi alimentari parziali, o NOS, sono comuni sia dell'anoressia che della bulimia nervosa (APA, 1994).

Comunque, il numero di casi di disturbi dell'alimentazione riportato nelle statistiche mediche sottostima la loro reale incidenza, poiché molti casi sono spesso in forma lieve e guariscono spontaneamente con l'avanzare dell'età. I casi trattati rappresentano solo la punta dell'iceberg di una situazione clinica più estesa.

Studi di screening, in Europa e Nord America, hanno evidenziato che tra il 10% e il 25% delle giovani donne hanno punteggi superiori al cut-off per l'Impulso alla Magrezza (EDI-2) e, quindi, hanno un probabile disturbo alimentare (Morande et al., 1999).

La prevalenza dei disturbi dell'alimentazione varia secondo i metodi di valutazione utilizzati (intervista o questionari di auto-valutazione) ed è influenzata anche dal diniego della malattia e dalla segretezza delle condotte.

La negazione della malattia, o anche della sola preoccupazione, rappresenta un importante ostacolo alla precoce identificazione della sintomatologia di tali disturbi (Pratt et al., 2002).

In *Italia* la popolazione a rischio, rappresentata essenzialmente da donne con età compresa tra i 10 e i 34 anni, è di circa 10 milioni. I DCA interessano anche i maschi, seppure in minoranza (rapporto M/F: 1/9). I soggetti affetti da anoressia nervosa sono circa 25.000 e quelli con bulimia sono circa 100.000 (Eurispes 1999).

In *Piemonte* i soggetti a rischio sono circa 700.000**.** Il numero di nuovi casi di anoressia si situa tra i 180 e i 360 all'anno, mentre quelli di bulimia è tra i 360 e i 550 (dati ricavati dal Piano Sanitario Nazionale). Sono circa 1400 i soggetti affetti da anoressia conclamata, e circa 5000 le persone sofferenti di bulimia. Uno studio compiuto nel 2003 su 1000 alunni delle scuole superiori piemontesi ha dimostrato che le adolescenti sottopeso sono il 17%, mentre quelle che presentano condotte alimentari problematiche sono il 7% della popolazione femminile e l'1% di quella maschile.

La prima manifestazione dell'anoressia si registra in media verso i 17 anni, con due picchi di frequenza nell'esordio della sintomatologia: a 14-15 anni ed a 17-18 anni (Halmi et al., 1979). Le anoressie pre-puberali e quelle con esordio più tardivo sono rare. Sporadica è l'insorgenza oltre i 40 anni.

III. Decorso e prognosi dell'Anoressia Nervosa

Il percorso di cura nell'anoressia nervosa è lungo e può comportare diversi ricoveri e svariati tentativi terapeutici.

La *durata media* della malattia è di 5-6 anni (Katzman et al., 2000). La guarigione, a 5 anni dall'inizio della malattia, avviene in meno della metà dei casi (46%), un terzo migliora passando da forme "full" a forme "partial"; il 25% dei casi va incontro a *cronicizzazione*. Il rischio di *recidiva* è del 30-40%.

La *mortalità* può raggiungere il 5-10% ed è la più alta tra le malattie psichiatriche. Il rischio di morte aumenta con la durata e la cronicità della malattia ed è molto più basso se l'intervento è precoce. Il suicidio riguarda il 20% circa dei decessi per anoressia cronica.

La conclusione dello studio condotto da Steinhausen (2002) è che la prognosi dell'anoressia nervosa è più favorevole quando insorge in età adolescenziale, tra i 13 ed i 18 anni (vedi Fig. 1) e la malattia è di breve durata.

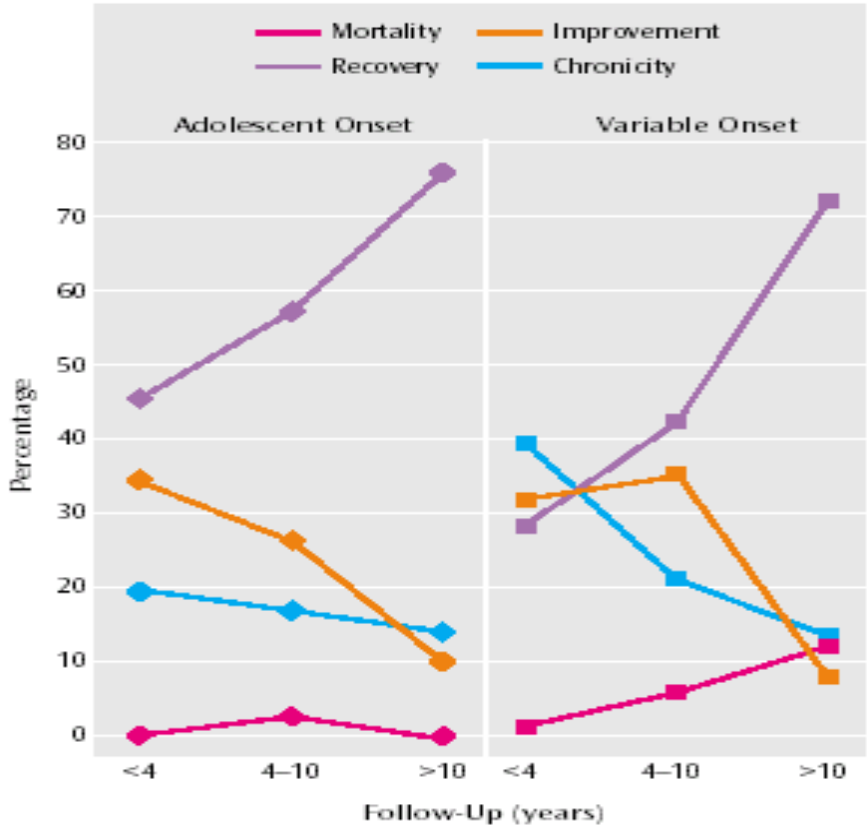


Fig.1 (tratta da: Steinhausen, 2002)

I *fattori prognostici negativi* comprendono, invece, una lunga storia clinica, una grave riduzione ponderale, episodi di abbuffate e di vomito. Steinhausen (2002) conclude la sua review della letteratura sui disturbi del comportamento alimentare affermando che "*non ci sono evidenze convincenti che la prognosi sia migliorata negli ultimi cinquant'anni*" (vedi Fig. 2).

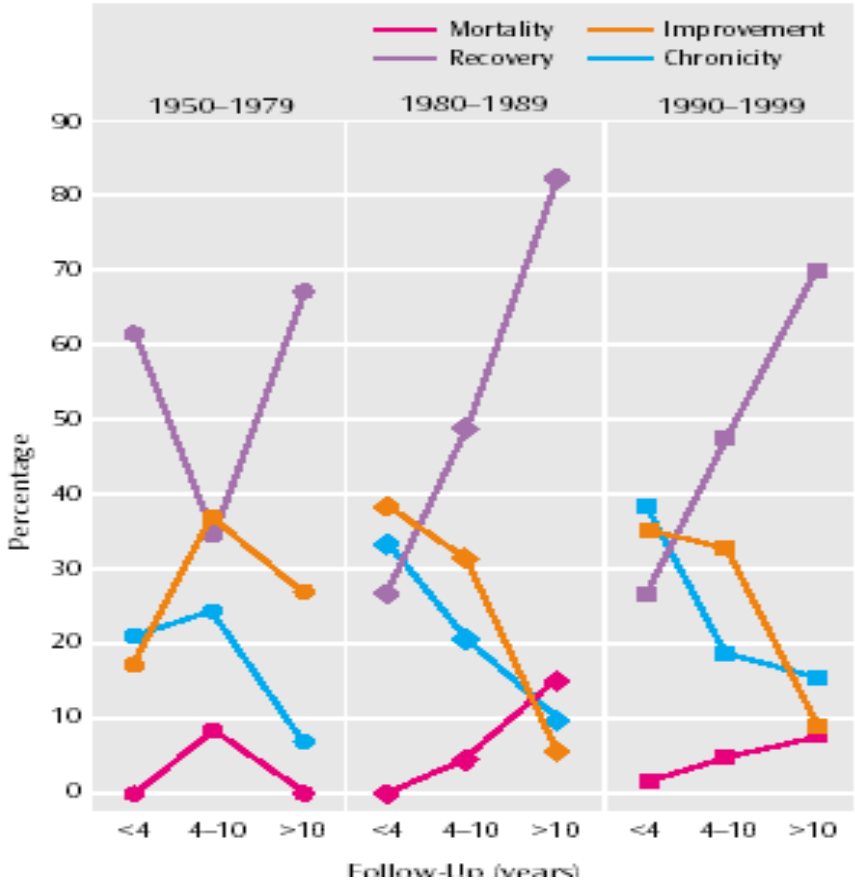


Fig. 2 (tratta da: Steinhausen, 2002)

Tra i fattori prognostici negativi quello che ha ricevuto i maggiori consensi è la lunga durata della malattia prima del trattamento (Hall A., Slim E. et al.; 1984).

I *pazienti bulimici* hanno una prognosi migliore, con una durata media della malattia di circa 5 anni. Tuttavia meno del 50% guarisce e il 25% continua ad attuare dei comportamenti compensatori (Steinhausen, 2000).

Sono ancora pochi gli studi sul decorso clinico delle *forme atipiche (ED-NOS)*. Uno studio condotto da Herzog (et al., 1993), con un follow-up di 3 anni, ha rilevato che nella maggior parte dei casi il disturbo persiste e che per il 50% circa evolve in anoressia o bulimia nervosa.

Nelle pazienti anoressiche, se si considera come criterio il recupero parziale del peso corporeo, il 75% di esse ha un miglioramento.

Se invece si prendono in considerazione anche altri fattori come l'immagine corporea, la preoccupazione per il cibo e le difficoltà di regolazione sociale e sessuale, solo il 24% mostra un recupero globale in tutte le aree. Il restante 76% comprende pazienti con un outcome più o meno positivo. Le difficoltà residue nella vita affettiva, sessuale e di relazione rappresentano la più frequente complicanza a lungo termine di queste pazienti.

Nelle pazienti che conservano il sintomo alimentare, o che da esso guariscono, rimane piuttosto comune il riscontro di una comorbilità psichiatrica, soprattutto con sintomi ansioso-depressivi o dello spettro DOC (disturbo ossessivo-compulsivo), abuso di sostanze e con Disturbi di Personalità soprattutto di tipo ossessivo, borderline, istrionico) (vedi tabella sottostante):

Outcome Variable	Group Size	Rate of Outcome (%)		
		Mean	SD	Range
Mortality	5,334	5.0	5.7	0–22
Recovery	4,575	46.9	19.7	0–92
Improvement	4,472	33.5	17.8	0–75
Chronicity	4,927	20.8	12.8	0–79
Symptom normalization				
Weight	2,245	59.6	15.3	15–92
Menstruation	2,719	57.0	17.2	25–96
Eating behavior	1,980	46.8	19.6	0–97
Affective disorder	1,972	24.1	16.3	2–67
Neurotic or anxiety disorder	1,478	25.5	14.9	4–61
Obsessive-compulsive disorder	992	12.0	6.4	0–23
Schizophrenia	1,097	4.6	5.7	1–28
Personality disorder				
Unspecified or borderline	1,115	17.4	16.8	0–69
Histrionic	308	16.6	19.9	0–53
Obsessive-compulsive	202	31.4	25.1	0–76
Substance abuse disorder	627	14.6	10.4	2–38

Outcome dell'Anoressia Nervosa da una review di 119 studi (5590 casi)

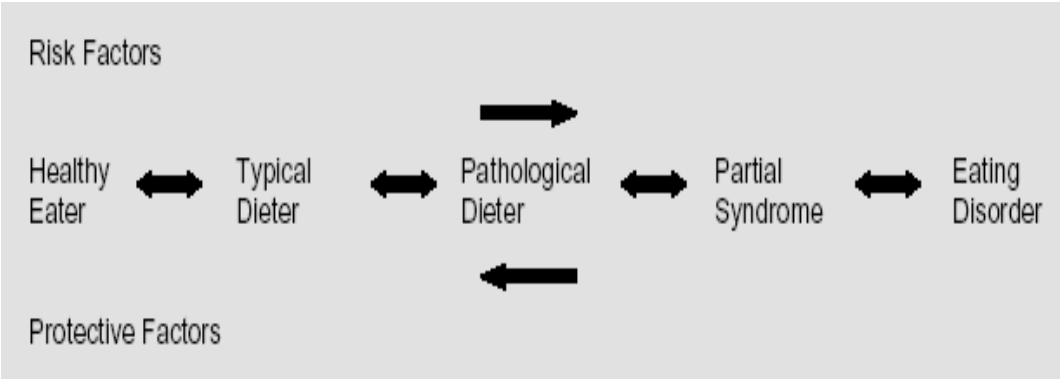
Nell'ultimo decennio si è, perciò, attribuita grande enfasi alla necessità di sviluppare ***programmi di prevenzione*** nell'ambito dei DCA. Ma la reale efficacia della prevenzione è tuttora oggetto di dibattito nella comunità scientifica. I dubbi nascono dalla limitata efficacia dimostrata dagli interventi finora attuati e dalle scarse conoscenze sull'eziologia dei disturbi del comportamento alimentare.

IV. Psicopatologia dell'Anoressia Nervosa

I disturbi del comportamento alimentare sono malattie ancora in gran parte sconosciute rispetto all'eziologia e alla patogenesi e, sebbene, sia ormai indubbia una predisposizione genetica e l'intervento di un insieme di fattori di rischio, niente si sa realmente dei processi causali implicati a livello individuale, di come interagiscono e variano nello sviluppo e nel decorso della malattia (Fairburn e Harrison, 2003).

Il modello che sembra meglio rispecchiare la complessità dell'eziologia e della patogenesi di questi disturbi, è quello multifattoriale che prende in considerazione l'intervento di numerosi fattori di rischio e protettivi – biologici, psicologici, sociali – che intervengono, interagendo, in specifiche fasi evolutive e producono un esito sfavorevole.

Per Rosen (1998) i disturbi del comportamento alimentare rappresenterebbero gli estremi di un *continuum normale-patogeno-patologico*:



(Rosen et al., 1998)

Stice (2002) ha rilevato che l'azione contemporanea di più fattori di rischio *(modello multifattoriale)* determina un'amplificazione degli effetti di ognuno.

È, probabilmente, l'interazione tra diverse variabili che favorisce lo sviluppo del disagio psicopatologico.

Lo studio condotto da Lindberg e Hjern (2003), sull'intera popolazione svedese nata tra il 1973 e il 1982, conclude che *i più importanti fattori di rischio*, nell'anoressia nervosa, sono correlati al *contesto socio-culturale*[1] del soggetto.

I fattori socio-culturali sono implicati nell'espressione del disturbo per il ruolo che nella nostra cultura esercita la magrezza che è associata alla desiderabilità sociale e, quindi, al valore personale.

In molti casi alcune caratteristiche individuali quali il perfezionismo, la bassa autostima, la regolazione delle emozioni, la paura della maturità, l'ascetismo precedono l'esordio dei disturbi alimentari.

I fattori di rischio temperamentali, traumatici e familiari, possono rappresentare la premessa di psicopatologie di vario genere (disturbi depressivi, d'ansia, dissociativi, ecc.), ma quando si combinano con i fattori di rischio per l'insoddisfazione del corpo possono determinare l'insorgenza di un disturbo alimentare.

I *sintomi* del disturbo alimentare sono molto simili nei diversi pazienti ed il fattore chiave, dal punto di vista nosografico, è nella loro intensità o frequenza. Ma dietro questa apparente semplicità traspare, tuttavia, una grande diversità e *complessità psicopatologica* che l'impostazione *categoriale* degli attuali sistemi diagnostici non si è dimostrata in grado di cogliere pienamente, soprattutto in adolescenza.

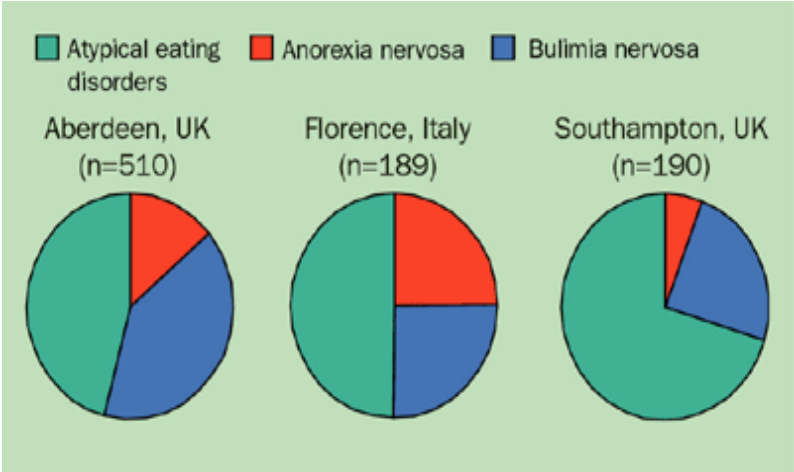
La scelta fatta nel DSM-IV e nell'ICD-10 di considerare due sole sindromi stabili, organizzate, maggiori (*Anoressia Nervosa* e *Bulimia Nervosa),* difatti esclude molti casi che non soddisfano tutti i criteri ma che hanno, spesso, un significato clinico non meno rilevante e che rappresentano almeno la metà di tutti i casi di disturbi dell'alimentazione.

La sproporzione osservata si spiega, forse, con i criteri troppo selettivi che sono stati proposti per le due sindromi "piene".

Infatti, le sindromi parziali (ED-NOS) interessano dal 4% al 22% della popolazione generale (Stein et al., 1997), laddove l'anoressia e la bulimia hanno, complessivamente, una prevalenza di meno del 3%.

---

[1] *Cultura:* è il sistema simbolico che sorregge una società e le dà una fisionomia. Non è qualcosa che si può descrivere con categorie concettuali ma piuttosto con categorie emotive quali la *familiarità* e l'*estraneità*. È lo sfondo inconscio in cui l'Io pensa. Non c'è psiche senza cultura, che è la rete di senso che permette alle persone di agire secondo fini socialmente riconosciuti e soprattutto di comunicare con gli altri. La *struttura cognitiva dell'esperienza* dipende dall'ordine simbolico inconscio: i processi cognitivi sono culturalmente determinati e non purezze scientifiche.



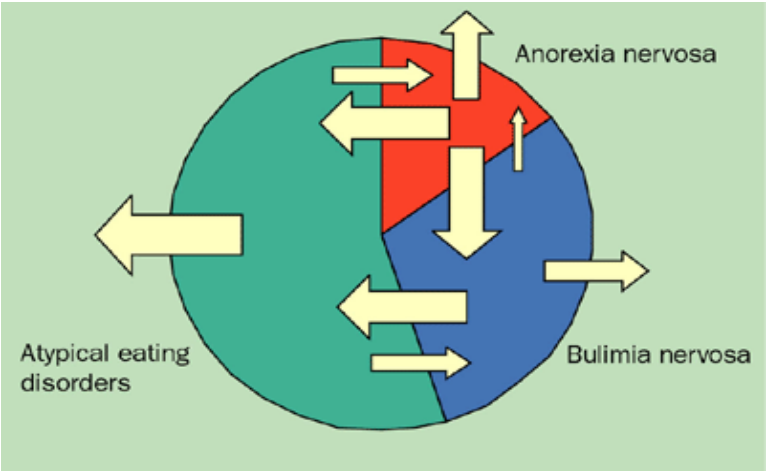
(tratta da: Fairburn et al., Lancet 2003)

La ***psicopatologia categoriale*** sebbene abbia contribuito a definire i limiti di tale fenomeno e a creare un linguaggio comune, sembra tuttavia insufficiente a descrivere la complessità dei singoli casi clinici.

Nello stesso soggetto, infatti, possono convivere contemporaneamente, o in tempi diversi, sintomi di gruppi diagnostici che dovrebbero essere alternativi. Inoltre, molte pazienti che soffrono di uno specifico disturbo dell'alimentazione passano, nel corso della loro esistenza, dall'una all'altra categoria diagnostica dando l'impressione che si tratti, in realtà, di un'unica malattia.

Ad esempio, nei primi cinque anni dall'esordio, una buona parte dei soggetti con Anoressia Nervosa del tipo con Restrizioni sviluppa abbuffate che indicano un cambiamento verso il sottotipo con Abbuffate/Condotte di Eliminazione oppure verso una franca Bulimia Nervosa.

Sembra evidente, dai dati clinici, che i disturbi dell'alimentazione tendono a migrare tra le varie categorie diagnostiche dell'AN, BN e ED-NOS (vedi Figura sottostante).



(tratta da: Fairburn et al., Lancet 2003)

Esisterebbe, quindi, un vasto spettro di condotte alimentari ai cui estremi si situano l'anoressia e la bulimia. La netta distinzione in categorie rischia, perciò, d'essere riduttiva.

Inoltre, i sintomi del disturbo alimentare non sembrano avere una soluzione di continuità rispetto ad atteggiamenti e modalità comportamentali che sono più o meno ampiamente diffusi nella cultura attuale.

Lo sviluppo delle conoscenze nell'ambito della regolazione del peso corporea, gli studi di genetica, l'evolversi dei dati epidemiologici di decorso e di esito, le teorizzazioni sullo sviluppo della malattia e sui percorsi terapeutici rendono la nosografia dei disturbi del comportamento alimentare un processo in costante evoluzione.

Gli studi sin qui condotti indicherebbero l'esistenza di uno ***spettro*** di disturbi dell'alimentazione: un ***continuum normale-patogeno-patologico*** (in un'ottica *dimensionale*) che, secondo le situazioni, si manifesta con sintomi diversi.

Nell'ambito dei disturbi dell'alimentazione, rimangono ancora aperte alcune questioni fondamentali come ad esempio se l'anoressia sia il *sintomo* di una struttura nevrotica, psicotica ecc, sottostante o se sia invece un'*entità psicopatologica* a sé stante.

Negli anni sessanta**,** con il *Simposio di Göttingen,* fu riconosciuta all'anoressia mentale una struttura di personalità specifica. Ma ancora attualmente coesistono due orientamenti: da una parte, la tendenza a unificare i sintomi e i comportamenti dell'anoressia all'interno di un quadro psicopatologico originale e specifico, dall'altra

quella di ricondurli a strutture differenti di tipo nevrotico, borderline, perverso o psicotico.

Storicamente l'anoressia è stata avvicinata alla nevrosi isterica (da Charcot, da Freud), alle forme psicoasteniche e ossessive, alle psicosi schizofreniche e alla depressione endogena.

Freud, nella minuta G diretta a Fliess (1895), sottolineava l'aspetto depressivo dell'anoressia e stabiliva un nesso con il mancato sviluppo della sessualità:

"La nevrosi alimentare parallela alla melanconia è l'anoressia. La ben nota anorexia nervosa delle ragazze mi sembra essere una melanconia che si verifica ove la sessualità non è sviluppata".

Secondo Halmi K. (1977), il 68% delle pazienti anoressiche presenta episodi di depressione maggiore. La bulimia presenta una comorbilità con la depressione maggiore nel 60-80% dei casi.

Freud attribuisce l'anoressia anche alle perversioni del carattere. Nell'anoressia la perversione interessa sia la dimensione caratteriale (menzogne, mitomania, manipolazione del carattere) che quella strutturale di diniego della castrazione, feticizzazione del corpo, riattivazione della sessualità pregenitale.

Le descrizioni che Freud fece dell'anoressia sembrano rispecchiare il polimorfismo psicopatologico e la forte comorbilità della malattia con i disturbi d'ansia, le fobie, i disturbi ossessivi-compulsivi, la depressione etc.

La presenza di sintomi ossessivo-compulsivi (nel 65% dei casi di anoressia nervosa) ha portato alcuni ricercatori a domandarsi il significato della coesistenza del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità con l'anoressia. Secondo Rothenberg, i disturbi alimentari sarebbero la forma moderna della nevrosi ossessivo-complusiva.

Harris e Meltzer, in "*Problemi emozionali dell'adolescenza*", ritengono invece che l'anoressia sia un sintomo che copre una situazione nevrotica o psicotica.

Sulla stessa linea cono i Laufer, che pensano all'anoressia come ad un'espressione di un break down evolutivo.

Anche Jeammet è tra gli autori che pensano all'anoressia come ad un sintomo e non una struttura. Egli ha sostenuto (1989) l'importanza del concetto di dipendenza[2] per la riflessione psicopatologica in tema di disturbi del comportamento in adolescenza e, quindi, non solo anoressia e bulimia, ma anche tossicomania, tentativi di suicidio, disturbi frequentemente combinati e con forme di passaggio dall'uno all'altro. Le condotte anoressiche e bulimiche riflettono "*una mancanza di autonomia, un bisogno oggettuale importante, ma non tollerabile*".

Il relativo fallimento del processo di separazione-individuazione comporta una dipendenza dall'oggetto, che viene però rimosso o negato. Sia che si tratti di cibo che di affetto, le pazienti sono messe a confronto con il fatto che non possono avere ciò che desiderano. La soluzione delle anoressiche è di non prendere niente da nessuno, tantomeno il cibo, quella delle bulimiche di prendere "tutto", senza riuscire mai ad essere soddisfatte.

Molti Autori hanno riconosciuto l'esistenza di nuclei psicotici nella patologia anoressica in relazione sia ai meccanismi di difesa utilizzati tipici della psicosi (scissione, negazione, identificazione proiettiva, ecc.) sia all'ipotesi che l'anoressia serva da contenimento ad uno scompenso psicotico.

I Kestemberg si riferiscono all'anoressia nervosa parlando di una "psicosi congelata" nella quale un particolare tipo di organizzazione strutturale permette di evitare sia la depressione psicotica che la psicosi delirante. E. Kestemberg ha sottolineato la scissione tra il corpo idealizzato, oggetto di desiderio, e il corpo reale, oggetto di negazione.

I Kestemberg rimarcano, inoltre, gli aspetti perversi della struttura anoressica, parlano di "l'orgasmo da fame", intendendo il piacere che l'anoressica prova con la rinuncia:

"il piacere si concentra nell'ebbrezza muta della fame ricercata, inseguita e ritrovata, ma si ramifica anche nella vertigine del dominio della bestia da parte del cavaliere".

---

[2] <u>*Dipedenza*</u>: un bisogno con carattere di necessità. *Dipedente*: un soggetto il cui equilibrio dipende per una buona parte dalla sua relazione con gli oggetti esterni e dall'atteggiamento di essi.

Anche Selvini Palazzoli ritiene che con l'anoressia si riveli una forma di "psicosi monosintomatica", di "paranoia", che comporta la percezione di un corpo abitato da un cattivo oggetto interno. Il digiuno può essere un tentativo di non far crescere questo introiettato intrusivo. Il corpo sarebbe utilizzato da queste pazienti come uno strumento per vincere la battaglia individuale per l'esistenza, per raggiungere il senso della propria efficienza ed autonomia. Il rifiuto del cibo farebbe parte di una lotta per il potere. Essa ritiene che le anoressiche non siano separate psicologicamente dalla madre, e che non abbiano quindi una percezione stabile del proprio corpo.

Selvini-Palazzoli ha sostenuto che il vero disordine è caratterizzato, non solo da disturbi percettivi e concettuali, ma anche da una pervasiva forma di *sfiducia interpersonale*.

L'importanza attribuita al ruolo patogeno dei genitori ha condotto la Selvini Palazzoli a privilegiare la terapia familiare.

Hilde Bruch, seguendo la linea del *Simposio di Göttingen,* ha proposto nel 1973, con la pubblicazione del suo libro *Patologia del Comportamento Alimentare*, un'interpretazione dell'anoressia in termini di sviluppo globale della personalità nel contesto familiare ed identificò, nelle crisi evolutive delle adolescenti e delle giovani adulte, il terreno su cui l'anoressia cresce.

Inoltre, la Bruch distinse tra una forma primaria ed un'atipica, o secondaria, di anoressia.

Nella *forma primaria* identificava tre caratteristiche distintive e centrali:

1. un'*immagine corporea distorta* consistente nella percezione erronea di essere grassi,
2. *l'incapacità di identificare le sensazioni interne* e gli stati di bisogno in particolare la fame, ma in generale l'intera gamma delle emozioni,
3. un *senso pervasivo di inefficacia*, ossia l'idea che le proprie azioni pensieri e sentimenti non originano attivamente da sè, ma sono invece il riflesso di aspettative e richieste esterne: una lacuna profonda del sè e la sensazione di essere un nulla.

La *forma atipica* di anoressia era ritenuta, dalla Bruch, una condizione molto più eterogenea. La sua caratteristica centrale era la notevole perdita di peso legata a fattori psicologici (che vanno dalla nevrosi alla psicosi) centrati sulla funzione nutritiva. Il raggiungimento della magrezza e la mancanza patologica di autonomia non ne costituivano i fattori primari.

La distinzione operata dalla Bruch è stata ripresa dal DSM-IV nel quale è presente la categoria diagnostica dei "Disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati: ED-NOS".

Ma i concetti sviluppati dalla Bruch, quali lo scarso senso di Sé e l'incapacità di riconoscere gli stati interni, non sono stati inseriti nel DSM poiché ritenuti troppo indeterminati. Gli Autori del Manuale Diagnostico Statistico si sono basati su definizioni operative (comportamentali) del sintomo.

All'origine del funzionamento anoressico Hilde Bruch ha posto la relazione disturbata tra la bambina e la madre, che non riuscirebbe a vedere la figlia come altro da sé, e tenderebbe ad imporre le proprie sensazioni e i propri bisogni, invece di aiutarla a percepire e a riconoscere i propri. Ne risulterebbe, fin dall'inizio della vita psichica, un disconoscimento dei confini dell'Io con un conseguente difetto nella costruzione dell'immagine corporea e un'incapacità di riconoscere e discriminare le percezioni enterocettive relative a stimoli provenienti dal proprio corpo (fame, sazietà, freddo, fatica, impulsi sessuali, stati emotivi).

La capacità di riconoscere correttamente i segnali interni si sviluppa, secondo la Bruch, nel corso dell'infanzia attraverso una corrispondenza tra le richieste del bambino e gli stimoli e le risposte che provengono dall'ambiente esterno. Nelle famiglie anoressiche sarebbero fornite risposte ambigue ed inappropriate alle richieste del bambino, il che porta al fallimento evolutivo ed all'incapacità di riconoscere a livello percettivo ed emotivo gli stimoli istintuali. Si avvertono gli echi della teoria di Bateson (1956) del "doppio legame" familiare, ambiguo e non interpretabile, nella genesi della schizofrenia.

L'anoressia rappresenta, secondo la Bruch:

"un tentativo di cura di sé, per sviluppare attraverso la disciplina del corpo un senso di individualità e di efficacia interpersonale. Le anoressiche trasformano la loro

ansia e i loro problemi psicologici attraverso la manipolazione della quantità e della dimensione del cibo assunto"

Il controllo del peso farebbe parte della lotta per l'autonomia e l'abilità.

Si tratta di ragazze che si sentono generalmente deboli, prive di valore. Questo Sé deficitario, espressione della paura di essere vuote e malvagie interiormente, deve essere celato mettendo in atto un comportamento *perfezionista* e compiacente teso a soddisfare l'enorme bisogno di piacere agli altri e di essere buone e ad ottenere approvazione e lodi da parte dei genitori e dell'ambiente.

Ogni situazione che compromette questa debole facciata può esacerbare la sensazione di impotenza.

Il disturbo sembra, in genere, scatenato da eventi che mettono alla prova il senso di identità e di capacità personale, fattori che sono critici in età adolescenziale.

Le descrizioni della Bruch sembrano rimandare al concetto winnicottiano di Falso Sé, che sarà utilizzato esplicitamente dai Kestemberg, e da altri Autori, rispetto al comportamento compiacente (in primo luogo verso la madre) della bambina che diventerà anoressica, diretto a rassicurarsi di non essere abbandonata.

Sempre secondo la Bruch, il disturbo dell'immagine del sé corporeo, l'alterazione nella percezione degli stimoli corporei e il senso paralizzante di impotenza, assumono proporzione ed intensità deliranti.

Crisp (1980) ha sottolineato la componente evolutiva nell'anoressia nervosa ed il suo particolare rapporto con lo sviluppo adolescenziale.

Ma in contrasto con la Bruch che sottolineava il ruolo dell'autonomia, Crisp ritiene che il problema centrale per la ragazza che diviene anoressica sia il raggiungimento dell'identità, concepita in senso allargato.

Nel 1997 Crisp ha scritto che i sintomi anoressici rappresentano un tentativo di conciliazione con i conflitti dell'adolescenza attraverso la regressione ad uno stadio evolutivo precedente. Perciò, questa sindrome assume un valore di adattamento alla crisi maturativa dell'adolescente che si sente incapace di adeguarsi alle necessità psicosociali della pubertà. Diversamente da quelle persone cronicamente a dieta, le anoressiche userebbero la dieta per "regredire" alle forme corporee ed allo stato ormonale prupuberali, nel tentativo di sfuggire ai conflitti dell'adolescenza. I sintomi

ristabiliscono, paradossalmente, un equilibrio confortante nonostante il costo in termini di una disfunzione individuale dannosa.

Un'altra questione dibattuta è quella del *rapporto tra anoressia e bulimia*, vale a dire, se si tratta di patologie distinte o se rappresentano, invece, le estremità di un continuum patologico. Secondo alcuni Autori (Brusset, Jeammet, Russel, Garner, Garfinkel) esiste uno spettro continuo di quadri clinici che vanno dalle forme di anoressia restrittiva alle forme bulimiche.

Un dato che testimonia la correlazione tra i due disturbi è il fatto, che circa il 50% delle pazienti anoressiche diventa bulimico (Jeammet), mentre in uno studio di Garfinkel risulterebbe almeno il 40-50% di tutte le anoressiche sono anche bulimiche dall'esordio (Purging secondo il DSM IV).

Il DSM-IV e l'ICD10 differenziano nettamente le due sindromi, ma l'introduzione di alcuni sottotipi ha reso meno netti i confini.

Anche secondo la Bruch l'anoressia e la bulimia hanno poco in comune e l'anoressia si distingue dalle *forme più lievi dei disturbi dell'alimentazione* per la presenza di uno specifico deficit dell'Io legato all'immagine corporea, alla percezione interiore ed al sentimento di inefficacia.

La netta separazione tra anoressia e bulimia non è più condivisa da molti Autori e prevale, ormai, la concezione dei disturbi del comportamento alimentare come di un ***continuum sia psicopatologico che di aspetti di personalità, soprattutto in adolescenza***.

V. Personalità e psicopatologia

Si è dibattuto a lungo sul ***rapporto tra fattori di personalità e patogenesi dei disturbi dell'alimentazione,*** ma gli studi sin qui condotti hanno fornito, spesso, risultati discordanti e questo sia per la scarsa consistenza dei criteri diagnostici utilizzati per tali disturbi nel DSM (APA, 2000), che per la mancanza di consenso su come concettualizzare, comprendere e valutare la personalità.

L'interpretazione della comorbilità tra i disturbi del comportamento alimentare (DCA) ed i disturbi di personalità (DP) è estremamente complessa a causa delle molte possibili cause e significati di essa.

La comorbilità osservata tra i disturbi alimentari e di personalità (Westen e Harden-Fischer, 2001) potrebbe riflettere la possibilità che:

a. molti pazienti hanno la sfortuna accidentale di avere due o più disturbi, almeno uno dei quali è in asse I ed un'altro in asse II,

b. i comportamenti anoressici e bulimici sono le espressioni sintomatiche di una patologia di personalità e, quindi, che la distinzione tra sindromi, stati e tratti espressi nella distinzione tra asse I ed asse II del DSM IV potrebbe essere dubbia nell'ambito dei disturbi dell'alimentazione, oppure che

c. alcune comuni diatesi, genetiche o ambientali, siano alla base sia dei disturbi dell'alimentazione che di quelli di personalità.

La prima ipotesi sembra improbabile, e le altre due hanno avuto finora scarse evidenze sperimentali (ad esempio, Vitousek et al., 1994)

Forse il problema più grande per una teoria che leghi l'anoressia con uno o l'altro stile di personalità è nell'estesa comorbilità di sintomi bulimici ed anoressici e, contemporaneamente, l'estrema sovrapposizione dei profili di personalità in ciascuno dei differenti disturbi alimentari.

È, comunque, necessaria una più chiara comprensione della relazione tra disturbi alimentari e di personalità, anche perché i pazienti che presentano i due disturbi in comorbilità presentano un decorso della malattia più severo, una maggiore sofferenza

psicologica ed una guarigione più lenta rispetto a soggetti senza disturbi di personalità (Herzog et al., 1992).

Westen e Harden-Fischer (2001) scrivono che classificare i disturbi del comportamento alimentare solo sulla base dei sintomi dell'Asse I senza considerare la sottostante patologia di personalità non permette di differenziare tra i sottotipi del disturbo e potrebbe anche non cogliere informazioni clinicamente rilevanti circa l'eziologia, la prognosi e la risposta al trattamento.

Gli studi condotti secondo un approccio *fenomenologico*, che studia l'associazione tra i disturbi del comportamento alimentare e i disturbi di personalità in accordo con il DSM e l'ICD, hanno dimostrato un'alta prevalenza di disturbi di personalità, in particolare dei cluster B e C tra i pazienti con disturbi alimentari rispetto ai soggetti senza disturbi alimentari.

Il Cluster B comprende disturbi di personalità Antisociale, Borderline, Narcisistico e Istrionico.

Il Cluster C comprende i disturbi di personalità Evitante, Dipendente, Ossessivo-Compulsivo, Passivo-Aggressivo.

La comorbilità tra disturbi alimentari e di personalità varia, a seconda degli studi, dal 21 al 97% (Piran et al., 1995; Garner et al., 1997).

Invece, nei soggetti non clinici è presente un disturbo di personalità solo nel 10-15% di essi (Zimmerman et al., 1994).

L'incidenza della comorbilità si riduce parallelamente al diminuire della gravità del DCA. Ad esempio, l'incidenza dei DP in pazienti con DCA, riportata da Herzog (et al., 1992), in un campione di donne non ricoverate, è stata solo del 27%.

Inoltre, un numero rilevante di studi suggerisce la presenza di una correlazione tra alcuni sottotipi di DCA e particolari Cluster di DP.

I pazienti con AN-R soddisfano più frequentemente i criteri per un DP di cluster C (ansioso-pauroso) e tra questi, soprattutto, per i DP Ossessivo-Compulsivo ed Evitante (Herzog et al., 1992). Viceversa i soggetti con AN-BE e con BN presentano una più frequente comorbidità con i DP di cluster B (emotivo-drammatico) ed in particolare con il DP Borderline (Garner et al., 1993).

I lavori di Steiger (et al. 1995) e di Garner (et al., 1997) riportano che le diagnosi di un disturbo di personalità di Cluster C sono più frequenti non solo nell'AN ma anche per nelle forme bulimiche. Del resto il principale limite della teoria secondo cui l'AN è

caratterizzata da comportamenti compulsivi e, all'estremo opposto, la BN da comportamenti impulsivi è rappresentato dalla notevole comorbidità tra sintomi anoressici e bulimici che si osserva nella pratica clinica (Westen et al., 2001).

L'unico dato su cui tutta la letteratura concorda è la bassa prevalenza, nei DCA, dei DP di cluster A (eccentrico-bizzarro) e dei DP Antisociale e Narcisista, appartenenti al cluster B.

Altri studi hanno valutato la prevalenza dei singoli DP nei sottotipi restrittivi e bulimici. La diagnosi più comune nelle ANR è di DP di tipo Evitante (Piran et al., 1995) e Ossessivo-Compulsivo (Gillberg et al., 1995), mentre nel gruppo bulimico la diagnosi più frequente è di DP Borderline (Kennedy et al., 1995; Garner et al., 1988).

Per quanto riguarda la *presenza di DCA nei DP*, Dolan (et al., 1994) ha segnalato che i pazienti con DP hanno una prevalenza di DCA superiore alla popolazione generale.

Alcuni studi hanno stabilito un legame tra l'anoressia, o la bulimia, ed alcuni *tratti di personalità.*

L'*anoressia nervosa di tipo restrittivo* è risultata associata a personalità connotate da insicurezza, perfezionismo, autocontrollo, rigidità, aspetti ossessivo-compulsivi, condotte evitanti (Casper RC, 1990).

Nella *bulimia nervosa*, invece, sono individuate come caratteristiche specifiche l'impulsività (Johnson et al., 1999), l'estroversione e la labilità emozionale (Garfinkel e Garner, 1982), la scarsa capacità di tollerare le frustrazioni (Norman e Herzog, 1982), tratti istrionici, azioni automutilanti e tentativi di suicidio, cleptomania, abuso di alcool o di stupefacenti (Lacey JH, 1983).

*A*ltri studi hanno, invece, riscontrato che l'anoressia e la bulimia hanno dei ***tratti comuni di personalità*** sostenendo, così, l'ipotesi di uno ***spettro unico per tutti i disturbi alimentari.***

L'eterogeneità dei risultati riscontrati in letteratura riguardo alla comorbilità tra DP e DCA può essere collegata al tipo di campione (pazienti in ricovero o ambulatoriali), alla fase della malattia (fase acuta, cronica o di remissione), allo strumento diagnostico utilizzato (nello studio di Kennedy del 1995, la totalità del campione presenta almeno un DP usando uno strumento self-report, mentre la percentuale scende al 74% usando un'intervista strutturata), ai criteri diagnostici utilizzati (diverse edizioni del DSM, ICD), alla presenza di Disturbi di Asse I.

La letteratura scientifica è, invece, povera di studi specifici sui disturbi del comportamento alimentare in adolescenza, sui loro rapporti con i tratti ed i disturbi di personalità e di come la presenza di alcuni tratti di personalità, o di un disturbo di personalità in comorlidità, favoriscano o si contrappongano all'esito di un trattamento. E di come lo stato di malattia interviene sulla personalità.

La comorbilità tra DCA e DP risulta poco indagata in età adolescenziale anche per l'assenza di strumenti standardizzati specifici per valutare i DP in quanto il DSM prevede la possibilità di una diagnosi di DP in età evolutiva solo in casi "relativamente insoliti".

In adolescenza, inoltre, l'età d'inizio dei disturbi dell'alimentazione precede generalmente quella in cui i tratti di personalità sono ben definiti.

In età evolutiva, il sintomo rimanda a dimensioni fluide della psicopatologia. Può verificarsi in numerosi contesti, quali lo sviluppo normale, l'adattamento agli eventi ambientali o come evidenza di stati psicopatologici. Il quadro clinico risultante è più un *processo* che un'*entità* rappresentando un vasto dominio di risposte emozionali e comportamentali che sono dipendenti dalla complessa interazione tra temperamento, sviluppo ed ambiente.

L'*approccio* unicamente *descrittivo-categoriale* risulta, perciò, in età evolutiva insufficiente per la comprensione dei disturbi di personalità. Molti individui, infatti, evidenziano una disfunzione di personalità, ma solo pochi incontrano pienamente i criteri diagnostici e ricevono una diagnosi categoriale. Perciò il giudizio categoriale del DSM può portare ad una perdita di informazioni che può esser vitale per un progetto terapeutico.

Il ***modello dimensionale*****,** invece, rappresenta il Disturbo di Personalità come l'estremo di un continuum nelle dimensioni di personalità che va dal comportamento normale a quello patologico.

Nella classificazione dimensionale la personalità è intesa in termini di *tratti*, che sono dimensioni quantificabili, e le differenze di personalità sono valutate in termini di grado, quantità, piuttosto che di qualità discrete.

Un modello dimensionale-quantitativo spiega meglio gli effetti di molteplici geni e fattori di rischio. Un approccio a *spettro* è più facilmente applicabile nelle malattie multifattoriali. La presenza di specifici tratti non necessariamente indica la presenza di un disturbo pieno di personalità. Tuttavia, esso permette di rendere più

accurata la diagnosi per individualizzate il trattamento, migliorare la prognosi e identificare dei target del trattamento.

Gli strumenti di valutazione dimensionale della personalità sono stati sviluppati per valutare sia i tratti normali di personalità che quelli patologici. Essi permettono, perciò, una comparazione tra soggetti con sani e con disturbi di personalità.

Gli strumenti che si rifanno a modelli dimensionali di personalità possono identificare tratti sottostanti le condizioni patologiche, fornire teorie eziologiche, suggerire punti d'intervento terapeutico (Trull e Durrett, 2005).

Il modello biopsicosociale della personalità di Cloninger può essere, a questo scopo, un utile riferimento in quanto:

- ✓ considera gli stati fondamentali sottostanti la psicopatologia severa come configurazione estrema dei tratti della personalità che sono distribuiti in modo continuo nella popolazione generale,
- ✓ collega i tratti di personalità ad un substrato biologico permettendo, così, un'ipotesi eziologia,
- ✓ permette di identificare gli antecedenti del disturbo alimentare attraverso la valutazione dei tratti temperamentali,
- ✓ rende possibile quantificare le differenze tra gli individui nelle distinte componenti di personalità,
- ✓ fornisce dei profili che possono essere utili nella progettazione dell'intervento terapeutico.

Tale teoria consente, in definitiva, di fare delle ipotesi circa i *fattori individuali* che entrano in gioco nella *predisposizione,* nello s*viluppo*, nel d*ecorso* e nella *prognosi* dei disturbi del comportamento alimentare.

Classificare i pazienti con disturbi alimentari esclusivamente attraverso il sintomo potrebbe voler dire, ad esempio, raggruppare pazienti altamente funzionanti ed auto-critiche con altre che sono altamente disturbate inibite ed evitante, oppure mettere insieme pazienti bulimiche altamente funzionanti ed auto-critiche con quelle altamente disturbate, impulsive ed emotivamente dis-regolate (Westen et al., 2001).

VI. La Teoria bio-psico-sociale di Cloninger

Cloninger ha sviluppato, negli ultimi venti anni, un modello psico-biologico dimensionale della struttura e dello sviluppo della personalità che cerca di spiegare le variazioni normali e anormali nelle due componenti maggiori della *personalità*: il *temperamento* e il *carattere*. Da questo modello è stato sviluppato un Questionario per misurare le sette dimensioni della personalità, chiamato *Temperament and Character Inventory (TCI)* che è molto utilizzato sia per finalità cliniche che di ricerca (Cloninger et al. 1993).

Il modello di personalità proposto da Cloninger sarebbe in grado, secondo i suoi estimatori, di fornire una comprensione globale della personalità umana a livelli multipli di analisi, comprendenti: la genetica della personalità e le basi neuro-biologiche del comportamento, le strutture cognitive e emozionali, lo sviluppo della personalità, i correlati comportamentali delle differenze individuali nelle dimensioni della personalità, e le interazioni delle diverse costellazioni di personalità con i fattori dello sviluppo in relazione alla vulnerabilità ai disturbi psichiatrici.

- ***Il modello temperamentale*** di Cloninger prevede quattro dimensioni del temperamento.

Il temperamento (o "nucleo emozionale" della personalità) comprende le disposizioni neurobiologiche innate alle risposte emozionali precoci (rabbia, paura, disgusto, attaccamento) e le reazioni comportamentali automatiche correlate (inibizione, attivazione e mantenimento del comportamento) in risposta a specifici stimoli ambientali (pericolo, novità, ricompensa).

La definizione "disposizioni neurobiologiche innate" si riferisce alla elaborazione percettiva pre-semantica dell'informazione visuo-spaziale e alla valenza affettiva regolate dal cortico-striato-limbico (la cosiddetta "memoria procedurale").

In altre parole i tratti del temperamento sono tendenze innate nell'apprendimento procedurale che portano ad un condizionamento associativo delle riposte comportamentali automatiche al pericolo, alla novità e alla ricompensa.

I quattro tratti temperamentali (NS: *Novelty Seeking, HA: Harm Avoidance, RD: Reward Dependance* e *P: Persistence*) sono moderatamente ereditabili (Heath et al.,

1994), geneticamente indipendenti, relativamente stabili nel corso della vita e universali nelle differenti culture e nei diversi gruppi etnici (Cloninger et al.; 1994).

- ***Il modello tridimensionale del carattere:*** Cloniger ha aggiunto alla teoria del temperamento biogenetico quella del carattere acquisito. All'opposto del temperamento, i tratti del carattere cambiano con l'età e la maturazione.

Il carattere, nel modello di Cloninger, concerne le differenze individuali nei processo cognitivi superiori, quali la logica, la costruzione formale, l'interpretazione simbolica e l'inventiva (la cosiddetta "memoria dichiarativa"). L'ippocampo e la neocorteccia sono essenziali nell'elaborazione concettuale dell'informazione e nella memoria dichiarativa.

Il carattere definitivo può essere previsto come una funzione non lineare dei tratti temperamentali precedenti, delle influenze socio-culturali e degli eventi casuali della vita unici per ogni individuo. Attraverso un'interazione bidirezionale, il temperamento regola ciò che percepiamo ed il carattere ne modifica il significato, cosicché la valenza ed il significato di ogni esperienza dipende sia dal temperamento che dal carattere.

Il carattere migliora l'adattamento del temperamento all'ambiente attraverso la modulazione della valenza delle afferenze percettive e degli affetti inizialmente regolate dal temperamento, riducendo così l'impatto maladattativo dei tratti temperamentali "grezzi". La personalità, perciò, può essere intesa come un sistema adattativo complesso.

Gli aspetti caratterologici della personalità comprendono differenze individuali nei concetti di Sé riguardo ai valori ed obbiettivi, mentre il temperamento comprende differenze nelle reazioni emotive automatiche e nelle abitudini. Tali concetti di Sé modificano la comprensione ed il significato di ciò che viene sperimentato cambiando, così, anche le reazioni emotive e le abitudini. Quindi, le tre dimensioni del carattere comprendono sia una prospettiva intellettuale, intorno ai confini del Sé/non Sé, sia una prospettiva emotiva.

Le tre dimensioni del carattere sono: A*uto-direttività (S: Self-Directedness), Cooperatività* (C: *Cooperativeness),* e *Auto-trascendenza (ST: Self-Transcendence)* (Cloninger et al. 1993).

L'A*uto-direttività* è basata sul concetto del Sé come individuo autonomo; dal concetto di sé sono derivati: il sentimento dell'integrità personale, l'onore, l'autostima, l'efficacia, la leadership e la speranza.

Similmente la *Cooperatività* si basa sul concetto del sé come parte integrante dell'umanità e della società; da questo concetto di sé sono derivati lo spirito di comunità, la compassione, la coscienza e la carità.

L'*Auto-trascendenza* è basata sul concetto del sé come parte integrale dell'universo e sua origine. Da questo concetto del sé sono derivati il sentimento di mistica partecipazione, la fede religiosa ed un'incondizionata equanimità e pazienza (Cloninger et al. 1993).

• ***Fasi dello sviluppo della personalità:*** Il processo di sviluppo della personalità, secondo Cloninger, deve essere inteso come un processo iterativo epigenetico nel quale il temperamento ed il carattere si influenzerebbero a vicenda motivando, così, il comportamento.

I fattori temperamentali determinano, nelle prime fasi dello sviluppo, l'inizio il mantenimento e la fine del nostro comportamento. Tuttavia, questi stessi fattori possono essere modificati e condizionati dai cambiamenti nel significato e nella valenza degli stimoli afferenti determinati dallo sviluppo del nostro concetto di identità.

Secondo la teoria di Cloninger i vari livelli del carattere si snodano secondo uno sviluppo longitudinale nel quale ad esempio lo sviluppo nell'ambito dell'Auto-direttività (ST) è un prerequisito per il successivo sviluppo anche della Cooperatività (C). Le sequenze ipotizzate sono, grosso modo, le stesse della teoria dello sviluppo (Karasu, 1994).

Sebbene il carattere si sviluppi nel corso del tempo, è stato rilevato recentemente che anch'esso sia moderatamente ereditario e che la velocità e il ritmo di transizione tra i successivi livelli di maturazione del carattere sarebbero funzioni non lineari delle precedenti configurazioni del temperamento e del processo di adattamento all'esperienza (Gillespie et al., 2005).

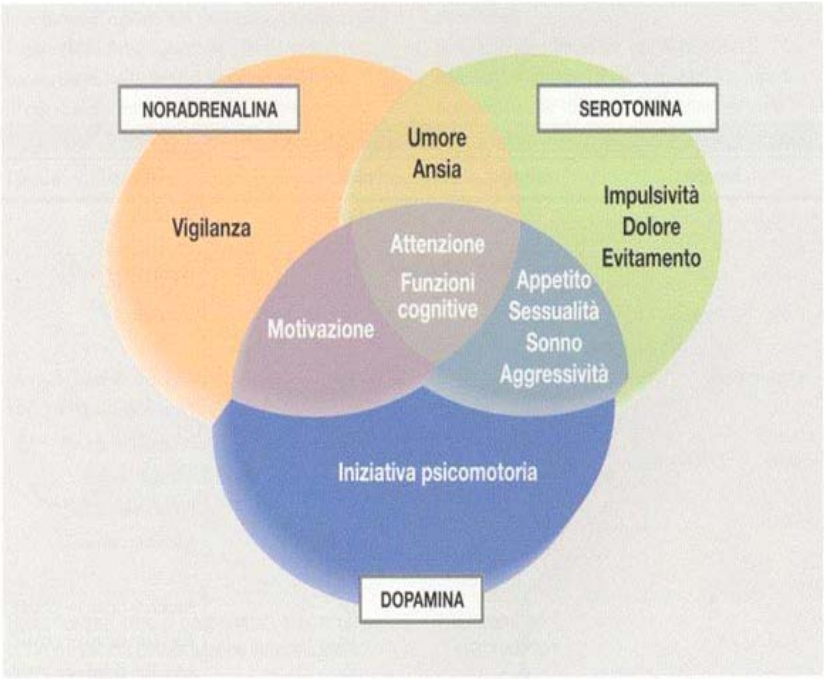
• ***Correlati neurobiologici del modello di Cloninger:*** Le dimensioni temperamentali sono state elaborate da Cloninger per spiegare le differenze individuali

nel condizionamento associativo, mentre le dimensioni del carattere riflettono le differenze nell'apprendimento concettuale.

È stato ipotizzato che le singole dimensioni del temperamento siano regolate neurochimicamente da un complesso network di connessioni cerebrali. L'interazione e la modulazione dei vari sistemi conduce ai diversi profili di comportamento. Sarebbe, pertanto, possibile associare ad ogni disfunzione un'alterazione dei neurotrasmettitori.

Nel modello di personalità di Cloninger è postulata l'associazione tra neurotrasmettitori e manifestazioni comportamentali:

1. *Dopamina* e *Novelty Seeking* (behavioral activation) sono correlate negativamente. Si è visto che un alto valore in NS è associato con bassi livelli basali di rilascio di dopamina e, di conseguenza, con alta sensibilità post-sinaptica alla dopamina nello striato;
2. *Serotonina* ed *acido gamma amino butirrico (GABA)* con *Harm Avoidance* (behavioral inhibition): HA è positivamente correlata con l'attività mesolimbica serotoninergica e con il GABA;
3. *Norepinefrina* e *Reward Dependence* (behavioral maintenance): è correlata negativamente con l'attività noradrenergica cetrale,
4. *Sistema noradrenergico* e *Persistence* (persevering): è mediata da una ridotta attività nordrenergica.



Neurotrasmettitori e Comportamento

Il ***TCI (Temperament and Character Inventory)*** è una batteria di test, costruita sugli assunti della teoria biopsicosociale della personalità elaborata da Cloninger (1994) che permette di valutare le differenze individuali nelle sette dimensioni di base del temperamento e del carattere.

Il TCI è stato progettato per essere un questionario completo della personalità, ossia per misurare le differenze nei pattern di comportamento sia in soggetti normali che in pazienti.

Si ritiene che nei Disturbi di Personalità si combini un punteggio estremo (basso e/o alto) nelle dimensioni temperamentali con punteggi bassi nelle dimensioni del carattere.

La diagnosi differenziale tra i differenti tipi di disturbi di personalità può essere condotta utilizzando il TCI attraverso due successivi passaggi: prima si determina se un individuo è notevolmente immaturo, se cioè si colloca all'estremo inferiore, per punteggio, nelle due dimensioni del *carattere* (Autodirettività e Cooperatività).

Successivamente, si determina il suo *profilo temperamentale* da cui origina la sua diagnosi categoriale. Il profilo temperamentale non predice se un individuo ha, oppure no, un disturbo di personalità, ma quale disturbo di personalità può avere un individuo ammalato (Cloninger et al., 1997).

Il Temperament and Character Inverntory si è dimostrato utile nella diagnosi differenziale e nella pianificazione terapeutica di vari disturbi psichiatrici, quali: ansia, disturbi dell'umore e del comportamento alimentare, abuso di sostanze.

Nei pazienti affetti da ***Disturbo del Comportamento Alimentare*** lo studio dimensionale della psicopatologia e della personalità può essere utile per identificare, al di là della variabilità sintomatologica, dei profili psicopatologici e di personalità che possono esser utili nell'impostazione del progetto terapeutico.

Sono tratti comuni a tutti i pazienti con disturbo dell'alimentazione un punteggio alto nella scala HA e uno basso in SD. Sembra che questi aspetti di personalità abbiano un ruolo nell'espressione clinica dei disturbi del comportamento alimentare (Klump et al., 2000) e un valore prognostico negativo (Bulik et al., 1998).

Tuttavia, questi tratti di personalità (alta HA e bassa SD) sono condivisi da diversi disturbi psichiatrici, per cui la loro specificità è piuttosto bassa.

Il fato che tutti i pazienti con disturbi del comportamento alimentare abbiano alti valori di HA (Brewerton et al., 1993; Bulik et al., 1995; Kleifield et al., 1994) risulta

coerente con il modello eziologico il quale implica che un'indole ansiosa e timorosa sia un fattore di rischio per lo sviluppo di un disturbo del comportamento alimentare (Vitousek e Manke, 1994).

Si è riscontrato, infatti, che un alto valore di HA è presente in pazienti con AN e BN anche dopo la remissione del disturbo alimentare (Kleifield et al., 1994; Ward et al., 1998) e della sintomatologia depressiva (Kleifield et al., 1994).

Queste scoperte suggeriscono che gli elevati valori in HA siano correlati a tratti caratteristici dei soggetti con AN e BN piuttosto che allo stato di malattia. Per meglio chiarire il significato eziologico di questi risultati sono necessari ulteriori studi.

Inoltre, nelle pazienti anoressiche sono stati riscontrati punteggi in P più alti rispetto sia al gruppo di controllo che al gruppo bulimico (Brewerton et al., 1993; Kleifield et al., 1994) e bassi valori in NS (ad esempio Kleifield et al., 1994), SD e C (Bulik et al., 2000).

Il profilo anoressico è rappresentato, essenzialmente, dalla triade bassa NS, alta HA e P alta: corrisponde a un temperamento ossessivo, o metodico, proprio delle pazienti anoressiche. Questi risultati concordano con la descrizione clinica tradizionale e con le interpretazioni psicodinamiche fatte da numerosi Autori (es: Bruch, Selvini-Palazzoli).

Il basso valore di SD concorda con un'immaturità caratteriale di queste pazienti e con il rischio di un disturbo di personalità di cluster C, in particolare ossessivo e evitante. Inoltre, un basso SD è stato considerato un fattore di rischio per lo sviluppo di sintomi anoressici poiché è stato considerato come un fattore collegato alla vulnerabilità nei confronti della pressione sociale alla magrezza (Gendall et al., 1998).

Questi risultati significano che la psicopatologia dell'AN si estende oltre la sola ossessività e combina l'ossessività con l'immaturità e lo scarso sviluppo del carattere.

	NS	***HA***	***RD***	***P***	***SD***	***C***	***ST***
AN	↓↓	↑↑↑	↓(↑)*	↑↑	↓↓	↓	↓
BN	↑↑↑↑	↑↑↑		–	↓↓↓	↓	
AN-R	↓↓	↑↑↑	↓(↑)*	↑↑	↓	↓	↓
AN-P	↓↓	↑↑↑↑	↓(↑)*	↑	↓	↓	↓
AN-B	-	↑↑↑		–	↓↓	↓↓	
GUARITI	N	↑	N	N	N	N	N
CONTROLLI	N	N	N	N	N	N	N

(Tratta da*: Klump et al., 2000)* (* I dati rispetto a RD sono controversi)

Le pazienti *anoressiche guarite* presentano un più alto punteggio in SD e C rispetto a quelle cronicamente malate (Bulik et al., 1998).

I pazienti *bulimic*i hanno alti valori in NS e HA (Cloninger et al., 1994) e presentano caratteristiche di personalità di tipo istrionico o borderline con tendenza all'evitamento dei conflitti ed alla distimia (Cloninger et al., 1994).

Alcuni di questi studi hanno rilevato delle differenze temperamentali tra i diversi *sottotipi* di AN: nelle forme *con Restrizione* (AN-R) è stato riscontrato un più basso punteggio in NS (Kleifield et al., 1994) e HA (Bulik et al., 1995; Kleifield et al., 1994) rispetto alle forme *bingeing/purging* (AN-BP). Alcuni studi hanno, anche, evidenziato un incremento di P (Kleifield et al., 1994) e di RD (Bulik et al., 1995) in AN-R rispetto a AN-BP.

I soggetti con AN-R mostrano la tendenza verso un comportamento più rigido e ossessivo (elevati livelli di P) rispetto sia ai pazienti bulimici che ai soggetti normali. Un lato valore di P è associato a industriosità perseveranza perfezionismo rigidità e ossessività.

Non sono stati invece riscontrate significative differenze tra pazienti con AN-BP e AN-BN; ciò suggerisce che questi due sottotipi abbiano caratteristiche di personalità similari che differiscono, invece, in modo significativo da AN-R.

Tutte le pazienti anoressiche, indipendentemente dal sottotipo, hanno alti punteggi in HA.

Le pazienti *anoressiche* sono rigide, ipercontrollate emotivamente e nel comportamento, con caratteristiche ossessive di personalità. Gli studi empirici hanno, generalmente, corroborato queste impressioni cliniche (Sohlberg e Strober, 1994).

L'*isolamento sociale,* in queste pazienti, risulta correlato con un basso valore di Reward Dependance; mentre l'*impulsività* con un alto punteggio in Novelty Seeking (Svrakic et al. 1993, Goldman et al. 1994).

Gli studi pubblicati sui profili TCI in adolescenti con AN, sono rari. In uno studio di Rybakowski (et al., 2004) emerge che le pazienti adolescenti con AN presentano lo stesso profilo di personalità delle pazienti adulte (alta HSA, bassa NS e bassa ST) con l'eccezione della Cooperatività che è risultata più alta.

In conclusione possiamo dire la distinzione tra i tratti "biologici" del temperamento e quelli "concettuali" del carattere, nel modello di Cloninger, fornisce una traccia per delle ipotesi, da verificare, sull'eziologia e il trattamento dei disturbi psichiatrici.

Lo studio dimensionale della psicopatologia e della personalità può essere utile nei pazienti affetti da disturbo del comportamento alimentare per identificare, al di là della variabilità sintomatologica, dei profili psicopatologici e di personalità che possono esser utili nell'impostazione del progetto terapeutico.

L'impostazione dimensionale si adatta bene alla realtà e permette al clinico di seguire i progressi del paziente e la sua qualità di vita che non necessariamente corrisponde ad una diagnosi del DSM. Essa, inoltre, può meglio svelare la combinazione di continuità e cambiamento associato al processo di cura.

I *test di personalità auto-somministrati*, sebbene, non esauriscano la valutazione psicologica del paziente permettono, tuttavia, un'esplorazione dell'individuo lungo il piano della propria autovalutazione e dell'auto-descrizione soggettiva (piano cognitivo-verbale).,

Il *profilo* fornito dal paziente, attraverso il questionario auto-somministrato TCI, fornisce un quadro sommario di come egli ha coscienza di sé e del modo personale in cui sceglie di descriversi.

In ambito terapeutico questa auto-descrizione può essere condivisa con il paziente, nel corso del trattamento, in modo da avere un vocabolario comune utile per l'ulteriore esplorazione delle relazioni tra la struttura di personalità e la possibile psicopatologia o lo sviluppo del sé.

Tale interpretazione deve essere integrata da altri indicatori clinici, e trattata nell'ambito della terapia, come le altre interpretazioni della struttura e delle dinamiche di personalità (Cloninger, 1994).