

Condotte alimentari disfunzionali sottosoglia in un campione di pazienti ambulatoriali (risultati preliminari)

Subthreshold Eating Disorders-like symptoms in a clinical sample (preliminary results)

R. POLITI
M. CAREDDA
E. TAROLLA
P. PANCHERI

Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Università di Roma "La Sapienza"

Key words

Eating disorders • Subthreshold • Psychopathological dimensions

Correspondence: Dr. Roberto Politi, Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Università di Roma "La Sapienza", via dell'Università 30, 00100 Roma
Tel./Fax +39 06 4454765
E-mail: robertopoliti@tiscalinet.it

Summary

Objectives

Results concerning psychiatric co-morbidity in Eating Disorders (ED) led to the hypothesis that disturbances of eating behaviour may reflect a dimensional phenomenon involving psychiatric syndromes. Besides ED diagnostic categories, Eating Disorder-like symptoms currently appear to be widespread in the general population. These symptoms may delineate subclinical or partial ED cases. Aim of the study has been to assess, in a dimensional perspective, ED-like symptoms in a population seeking treatment for psychiatric disorders. Attempts were made to detect differences related to sex and diagnostic categories. Also investigated were, significant correlations ($p \leq 0.05$) between the degree of eating disturbances and the expression of the main psychopathological dimensions.

Methods

A total of 42 consecutive patients were recruited from the Psychiatric Outpatient Clinic at the University of Rome "La Sapienza" (Tab. I). The Eating Attitude Test-26 (EAT-26) and the Binge Eating Scale (BES) were used to assess ED-like symptoms. Following clinical examination, patients have been diagnosed referring to the diagnostic categories of DSM-IV-TR. Dimensional analysis was performed with: Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A), Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) and a rating scale for the rapid assessment of psychopathological dimensions (SVARAD), designed in our University.

Results

The prevalence of ED-like symptoms in our sample was low: EAT-26 mean score was 8.19 ± 9.47 (cut-off ≥ 20); BES mean score was 8.17 ± 7.34 (cut-off > 17). No significant differences were found in terms of diagnostic categories (anxiety disorders: $n = 20$; mood disorders: $n = 16$; psychotic disorders: $n = 2$; no diagnosis on Axis I: $n = 4$) or sex (contrasting with ED epidemiology) (Tabs. II, III). EAT-26 score showed negative correlations with the items "apprehension/fear", "activation" and "somatic preoccupation/somatization" (SVARAD). BES score showed negative correlations with the items "somatic preoccupation/somatization" (SVARAD) and "somatic anxiety/somatic features of anxiety" (HAM-D) and a positive correlation with the item "apathy" (SVARAD) (Tab. IV).

Conclusions

Findings emerging from the present study need to be confirmed in a larger sample. Nevertheless, they suggest that ED-like symptoms, detected in patients with anxiety, mood and psychotic disorders should not be considered as sub-clinical ED cases. When disturbances of eating behaviour are part of the clinical pattern, however, they seem to lessen anxiety symptomatology. Hence, a dimensional approach to ED-like symptoms could be useful for prognostic purposes and in order to adjust the treatment regarding the specific psychopathological features of patients.

Gli autori ringraziano i Professori Massimo Biondi e Massimo Cuzzolaro per i preziosi suggerimenti.

Introduzione

Numerose ricerche hanno indagato la comorbidità dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) rispetto alle principali categorie diagnostiche psichiatriche, riportando percentuali che oscillano per la Depressione Maggiore dal 25 all'80% in pazienti anoressiche e bulimiche^{1,2}, e per i Disturbi d'Ansia dal 20 al 65% nelle pazienti anoressiche e dal 13 al 70% nelle pazienti bulimiche³⁻⁵. Questi dati epidemiologici potrebbero indurre ad interpretare i DCA come un'entità psicopatologica transnosografica, potenzialmente presente in tutti i disturbi psichiatrici, da quelli più gravi a quelli meno gravi⁶.

Accanto ai quadri clinici definiti nel DSM-IV-TR (Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e Disturbi dell'Alimentazione NAS, tra cui il Disturbo da Alimentazione Incontrollata), oggi appaiono estremamente diffusi nella popolazione generale comportamenti disfunzionali, quali la vigoressia e l'attenzione esasperata nei confronti del contenuto calorico dei cibi, finalizzati al controllo del peso corporeo. Tali condotte sono molto simili o divengono, in una percentuale elevata di casi, sovrapponibili a quelle riscontrabili nei DCA puri, in misura tale da configurare un disturbo subclinico (DCA sottosoglia). In letteratura, la prevalenza di tali condotte disfunzionali in popolazioni di soggetti affetti da disturbi psichiatrici risulta poco indagata.

Lo scopo del nostro lavoro è stato indagare con strumenti psicometrici specifici, in un campione ambulatoriale di pazienti psichiatrici, la presenza di *condotte alimentari disfunzionali* quale elemento psicopatologico dimensionale utilizzabile per un più preciso approccio terapeutico.

Abbiamo ricercato eventuali differenze di prevalenza in relazione alle principali categorie diagnostiche di Asse I (DSM-IV-TR) e al genere. Abbiamo inoltre ricercato l'esistenza di correlazioni statisticamente significative tra la gravità delle condotte disfunzionali riscontrate e le principali dimensioni psicopatologiche.

Materiali e Metodi

SOGGETTI

Sono stati reclutati 42 pazienti afferenti consecutivamente, per una prima visita, all'ambulatorio dell'Unità Operativa Complessa di Psichiatria e Psicofarmacologica Clinica dell'Università di Roma "La Sapienza". Sono stati esclusi dallo studio i soggetti che presentavano in anamnesi una diagnosi di DCA o che fossero affetti da patologie mediche la cui terapia comprendesse sensibili modificazioni della dieta (ad esempio diabete mellito, cardiopatia ischemica, dislipidemie).

Prima della visita psichiatrica il valutatore ha illustrato ad ogni soggetto selezionato lo scopo dello studio, rimanendo a disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento eventualmente necessario. Ciascun partecipante ha prestato il consenso informato alla partecipazione allo studio in forma scritta.

STRUMENTI

Ogni paziente ha compilato, prima dell'intervista clinica, i seguenti questionari autosomministrati:

- *Eating Attitude Test-26* (EAT-26)⁷, utilizzata per valutare la presenza di condotte disfunzionali di tipo anoressico;
- *Binge Eating Scale* (BES)⁸, utilizzata per valutare la presenza di condotte disfunzionali di tipo bulimico ed in particolare del sintomo "abbuffate".

Sono stati rilevati l'età, il genere, la scolarità e l'Indice di Massa Corporea (IMC) di ogni soggetto partecipante.

In un secondo tempo, in seguito alla visita psichiatrica, è stata posta una diagnosi secondo i criteri del DSM-IV-TR.

La valutazione psicometrica è stata completata con le seguenti scale di valutazione:

- *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HAM-A)⁹;
- *Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D)¹⁰;
- *Scala per la valutazione rapida dimensionale* (SVARAD)¹¹.

Queste scale consentono di effettuare una valutazione quantitativa rispettivamente della sintomatologia ansiosa, depressiva e delle principali dimensioni psicopatologiche di ogni singolo caso clinico.

Analisi dei dati

Il campione è stato suddiviso in 4 sottogruppi diagnostici:

- Disturbi d'ansia;
- Disturbi dell'umore;
- Disturbi psicotici;
- Assenza di disturbi sull'Asse I.

I dati sono stati caricati su foglio Excel ed analizzati con il pacchetto statistico SPSS per Macintosh®, versione 11.0. Dopo aver condotto un'analisi descrittiva del campione, sono stati utilizzati i test non parametrici U di Mann-Whitney e H di Kruskal-Wallis per indagare l'esistenza di differenze tra i punteggi medi dei valori totali delle scale EAT-26 e BES nei pazienti in relazione al genere e ai sottogruppi diagnostici considerati.

Per valutare le correlazioni tra i punteggi totali delle scale EAT-26 e BES ed i punteggi delle scale HAM-A, HAM-D e SVARAD è stato impiegato il test non parametrico rho di Spearman a due code.

Risultati

Il campione ottenuto è costituito da 42 individui (femmine = 21; maschi = 21). L'età media del campione è di $40,02 \pm 14,08$ anni (range = 18-77), gli anni di scolarità $11,69 \pm 3,86$ (range = 1-18). L'IMC medio è di $24,52 \pm 3,26$ kg/m² (range = 17,10-32,60) (Tab. I).

Tab. I. Caratteristiche demografiche e cliniche del campione (n = 42). Demographic and clinical characteristics of sample (n = 42).

	Media	DS	Range
Età (anni)	40,02	14,08	18-77
Scolarità (anni)	11,69	3,86	1-18
IMC (kg/m ²)	24,52	3,26	17,10-32,60

IMC = Indice massa corporea.

Di questi pazienti, 20 hanno ricevuto la diagnosi di un disturbo d'ansia: Disturbo d'Ansia NAS (11), Disturbo d'Ansia Generalizzato (4), Disturbo Ossessivo-Compulsivo (2), Disturbo di Panico con Agorafobia (2), Disturbo di Panico senza Agorafobia (1); 16 pazienti hanno ricevuto la diagnosi di un disturbo dell'umore: Disturbo Depressivo Maggiore (11), Disturbo Distimico (3), Disturbo Bipolare I (1), Disturbo Depressivo NAS (1); 2 pazienti hanno ricevuto la diagnosi di Disturbo Psicotico NAS; 4 pazienti infine non hanno ricevuto alcuna diagnosi di Asse I.

Il punteggio medio delle scale EAT-26 e BES è stato pari a $8,19 \pm 9,47$ (range = 0-34) per la EAT-26 ed $8,17 \pm 7,34$ (range = 0-35) per la BES.

Sul totale dei soggetti, 9 pazienti hanno riportato punteggi superiori alla soglia fissata per una od entrambe le scale di valutazione somministrate. Di questi 9, 2 hanno ricevuto una diagnosi aggiuntiva in Asse I di Disturbo del Comportamento Alimentare NAS, in seguito al colloquio psichiatrico.

Tab. II. Medie e DS dei punteggi totali delle scale EAT-26 e BES secondo le diagnosi. Means and SD of EAT-26 and BES scores according to diagnoses.

Diagnosi	EAT-26		BES	
	Media	DS	Media	DS
Disturbi d'Ansia (n = 20)	9,60	11,18	7,75	6,44
Disturbi dell'Umore (n = 16)	6,56	8,05	8,88	9,58
Disturbi Psicotici (n = 2)	6,00	5,66	10,50	2,12
Nessuna diagnosi sull'Asse I (n = 4)	8,75	8,30	6,25	1,26
Totale (n = 42)	8,19	9,47	8,17	7,34

Tab. III. Medie e DS dei punteggi totali delle scale EAT-26 e BES secondo il genere. Means and SD of EAT-26 and BES scores according to sex.

Genere	EAT-26		BES	
	Media	DS	Media	DS
Femmine (n = 21)	10,81	11,48	8,95	8,65
Maschi (n = 21)	5,57	6,14	7,38	5,86
Totale (n = 42)	8,19	9,47	8,17	7,34

Tab. IV. Correlazioni ($p \leq 0,05$) tra i punteggi dell'EAT-26 e della BES e le altre scale psicometriche utilizzate. Correlations ($p \leq 0,05$) between EAT-26 and BES scores and other rating scales employed.

Scala psicometrica	EAT-26	BES
SVARAD		
- apprensione/timore	-0,443 (p = 0,003)	
- attivazione	-0,407 (p = 0,008)	
- preoccupazione somatica/somatizzazione	-0,325 (p = 0,042)	0,329 (p = 0,033)
- apatia		0,356 (p = 0,02)
Hamilton-D		
- ansia somatica/aspetti somatici dell'ansia		-0,391 (p = 0,010)

L'analisi statistica non ha messo in evidenza differenze significative tra i punteggi medi delle scale EAT-26 e BES né in relazione alle diagnosi ricevute dai pazienti né in relazione al genere (Tabb. II e III). Sono emerse delle correlazioni statisticamente significative tra i punteggi totali della scala EAT-26 ed i punteggi degli *item* "apprensione/timore" ($R = -0,443$; $p = 0,003$), "attivazione" ($R = -0,407$; $p = 0,008$) e "preoccupazione somatica/somatizzazione" ($R = -0,325$; $p = 0,042$) della SVARAD.

I punteggi totali della scala BES hanno presentato una correlazione statisticamente significativa con i punteggi degli *item* "apatia" ($R = 0,356$; $p = 0,020$) e "preoccupazione somatica/somatizzazione" ($R = -0,329$; $p = 0,033$) della SVARAD e con il punteggio dell'*item* "ansia somatica/aspetti somatici dell'ansia" dell'HAM-D ($R = -0,391$; $p = 0,010$) (Tab. IV).

Discussione

La prevalenza di condotte alimentari disfunzionali nella popolazione studiata, composta da pazienti ambulatoriali, è risultata essere complessivamente bassa. I punteggi medi totalizzati nelle scale utilizzate sono risultati sensibilmente inferiori ai valori soglia (≥ 20 per l'EAT-26 e > 17 per la BES) oltre i quali è probabile la presenza di un DCA. Questo dato potrebbe essere influenzato negativamente dalla difficoltà, descritta anche in letteratura, di rilevazione dei sintomi propri dei DCA esclusivamente mediante scale psicometriche autosomministrate. Tuttavia, in relazione al nostro campione, dobbiamo osservare che entrambi i pazienti che, in seguito all'intervista clinica, hanno ricevuto una diagnosi di un disturbo dell'alimentazione (Disturbo dell'Alimentazione NAS in ambedue i casi) avevano totalizzato alle scale di valutazione specifiche punteggi sopra soglia.

Altri 7 pazienti che avevano totalizzato alle scale EAT-26 o BES punteggi tali da indicare la probabile presenza di un DCA non hanno ricevuto, in seguito alla visita psichiatrica, la corrispondente diagnosi. Le scale di valutazione approntate per la rilevazione dei DCA sembrano infatti sopravvalutare la presenza degli stessi: si stima che su 100 soggetti che risultano sopra soglia ad uno *screening*, solo 19 siano realmente affetti da un disturbo dell'alimentazione¹².

Dall'analisi del nostro campione non emergono differenze significative legate ai sottogruppi diagnostici riguardo all'attuazione di condotte alimentari disfunzionali. Questo dato appare in accordo con le ampie percentuali di comorbidità fra i DCA e gli altri principali disturbi di Asse I riportate in letteratura¹⁻⁶.

In relazione al genere, non sono emerse differenze significative e questo contrasta con il dato epidemiologico, riportato in tutta la letteratura, di una spiccata

prevalenza nel sesso femminile (rapporto 9:1) che caratterizza i DCA.

Questo dato, ad oggi, potrebbe indicare che le condotte alimentari disfunzionali sottosoglia riscontrabili in pazienti affetti da disturbi d'ansia, disturbi dell'umore o disturbi psicotici non siano collocabili in un *continuum* fra la normalità e la manifestazione di un DCA. Tali condotte non rappresenterebbero perciò delle forme subcliniche di DCA, ma potrebbero far parte del corredo sintomatologico degli altri disturbi psichiatrici diagnosticati e ad esse non sarebbe quindi attribuibile alcuna autonomia diagnostica. Non ci risulta la presenza in letteratura di studi con cui poter confrontare questo risultato.

Obiettivo del nostro studio è stato inoltre la ricerca di eventuali correlazioni tra la gravità delle condotte disfunzionali rilevate e le dimensioni psicopatologiche di più frequente riscontro, espresse nelle differenti scale di valutazione utilizzate.

La correlazione negativa tra il punteggio all'EAT-26 e gli *item* "apprensione/timore" ed "attivazione" della SVARAD suggerisce che la tendenza ad attuare meccanismi di controllo sul comportamento alimentare potrebbe esercitare un ruolo nella gestione dell'ansia e accompagnarsi ad una diminuzione dell'attivazione psicomotoria.

Inoltre la messa in atto di comportamenti alimentari disfunzionali potrebbe avere un ruolo nell'espressione somatica dell'ansia: ad una maggiore tendenza all'attuazione di tali comportamenti si associano una minore ansia somatica o una minore somatizzazione. Ciò è indicato dalla correlazione negativa emersa tra i punteggi dell'EAT-26 e della BES ed il punteggio dell'*item* "preoccupazione somatica/somatizzazione" della SVARAD e da quella tra il punteggio della BES ed il punteggio dell'*item* "ansia somatica/aspetti somatici dell'ansia" della HAM-D.

Queste evidenze potrebbero corroborare la tesi, esposta da Bulik et al., secondo cui la messa in atto di condotte alimentari disfunzionali eserciterebbe un effetto ansiolitico nei confronti di un disturbo d'ansia preesistente¹³.

La correlazione positiva tra il punteggio totalizzato alla BES ed il punteggio dell'*item* "apatia" della SVARAD suggerisce che i comportamenti tipo *Binge Eating* si associno ad una relativamente scarsa reattività affettiva e progettualità.

Conclusioni

I risultati preliminari qui riportati derivano da una ricerca ancora in corso. Al momento i nostri dati sembrano indicare che le condotte alimentari disfunzionali riscontrabili in pazienti affetti da disturbi d'ansia, disturbi dell'umore o disturbi psicotici non configurino dei DCA subclinici. Tali condotte possono però far

parte del corredo sintomatologico degli altri disturbi psichiatrici e, quando presenti, sembrano influenzarlo: la messa in atto di condotte alimentari disfunzionali sembra esercitare, in particolare, una sensibile modulazione negativa sulla sintomatologia ansiosa. Una corretta rilevazione di tali condotte, nell'ambito

di una valutazione dimensionale del paziente, si potrebbe perciò dimostrare utile a fini prognostici e per ottimizzare l'intervento terapeutico in funzione delle caratteristiche specifiche del singolo caso clinico. È auspicabile che l'allargamento del campione consenta di estrapolare inferenze più definite.

Bibliografia

- ¹ Strober M, Katz JL. *Depression in the eating disorders: a review and analysis of descriptive, family and biological findings*. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. *Diagnostic Issues in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. New York: Brunner & Mazel 1997.
- ² O'Brien KM, Vincent NK. *Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships*. Clin Psychol Rev 2003;23:57-74.
- ³ Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor AK. *Comorbidity and outcome in eating disorders*. Psychiatr Clin North Am 1996;19:843-59.
- ⁴ Fornari V, Kaplan M, Sandberg DE, Matthews M, Skolnick N, Katz J. *Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Int J Eat Disord 1992;12:21-9.
- ⁵ Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. *Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa*. Am J Psychiatry 2004;161:2215-21.
- ⁶ Siracusano A, Troisi A, Marino V, Tozzi F. *Comorbilità nei disturbi della condotta alimentare: revisione critica della letteratura*. Nòos 2003;1:7-26.
- ⁷ Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. *The eating attitude test: psychometric features and clinical correlates*. Psychol Med 1982;12:871-8.
- ⁸ Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. *The assessment of binge eating severity among obese persons*. Addictive Behav 1982;7:47-55.
- ⁹ Hamilton M. *The assessment of anxiety states by rating*. Br J Med Psychol 1959;32:50-5.
- ¹⁰ Hamilton M. *Development of a rating scale for primary depressive illness*. Br J Soc Clin Psychol 1967;6:278-95.
- ¹¹ Pancheri P, Picardi A, Gaetano P, Pasquini M, Puzella A, Di Fabio F, et al. *Validazione della scala per la valutazione rapida dimensionale "SVARAD"*. Rivista di Psichiatria 1999;34:83-93.
- ¹² Hsu GLK. *Epidemiology of the eating disorders*. Psychiatr Clin North Am 1996;19:681-700.
- ¹³ Bulik CM, Sullivan PF, Fear JI, Joyce PR. *Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study*. Acta Psychiatr Scand 1997;96:101-7.