



Le comorbidità psichiatriche
nei disturbi alimentari

Dr. Alberto Antonini

Comorbilità

- ✓ In medicina interna è definita come *“ogni distinta entità clinica aggiuntiva, che c’è stata o che può comparire durante il decorso clinico di un paziente che ha la malattia indice sotto osservazione”*.
- ✓ Per alcuni Autori indica semplicemente *“l’associazione nello stesso soggetto di sindromi, disturbi o malattie”*, pur sottolineando l’importanza dell’elemento temporale.

L’applicazione del termine in psichiatria assume connotazioni particolarmente complesse, sia dal punto di vista teorico sia epidemiologico e clinico.

In psichiatria si descrivono disturbi o sindromi a eziologia e patogenesi sconosciuta e non malattie, quindi l’uso del concetto di comorbilità è particolarmente delicato e in alcuni casi fuorviante.





DCA



Spettro
Nevrotico

Spettro di
Personalità

Spettro
psicotico

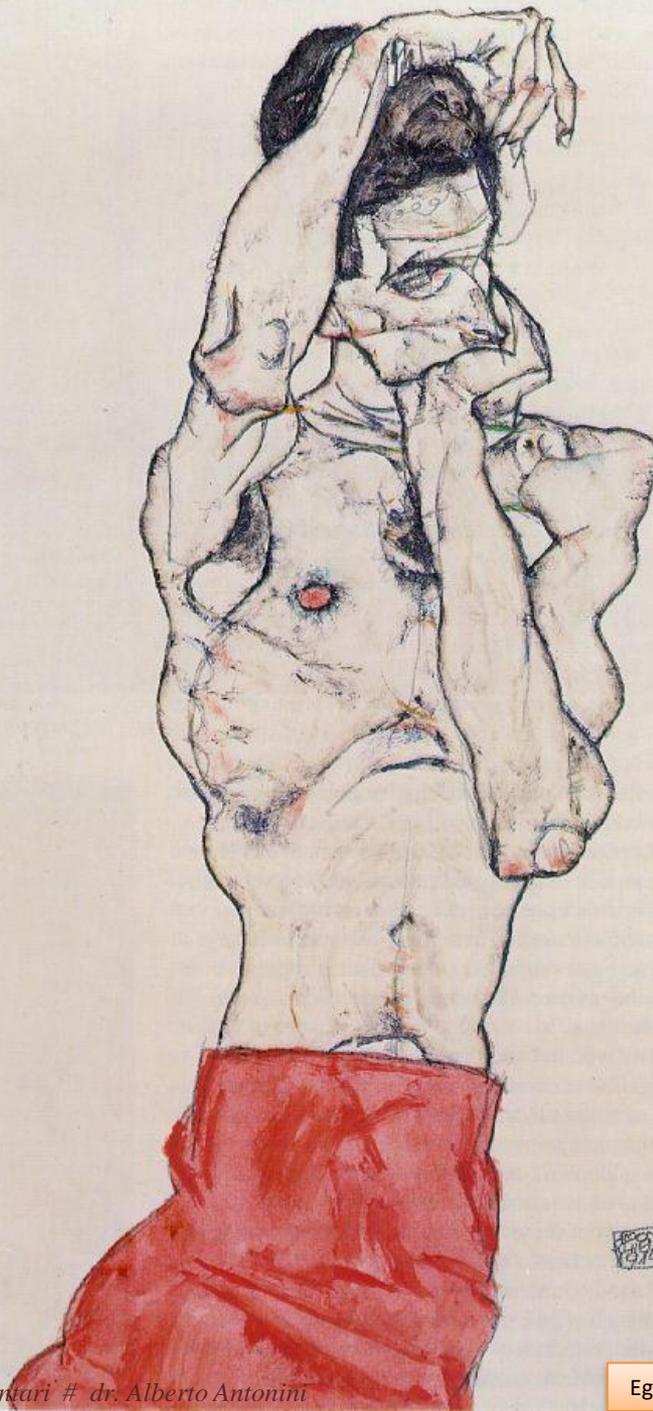
Bulimia

B.E.D.

Anoressia

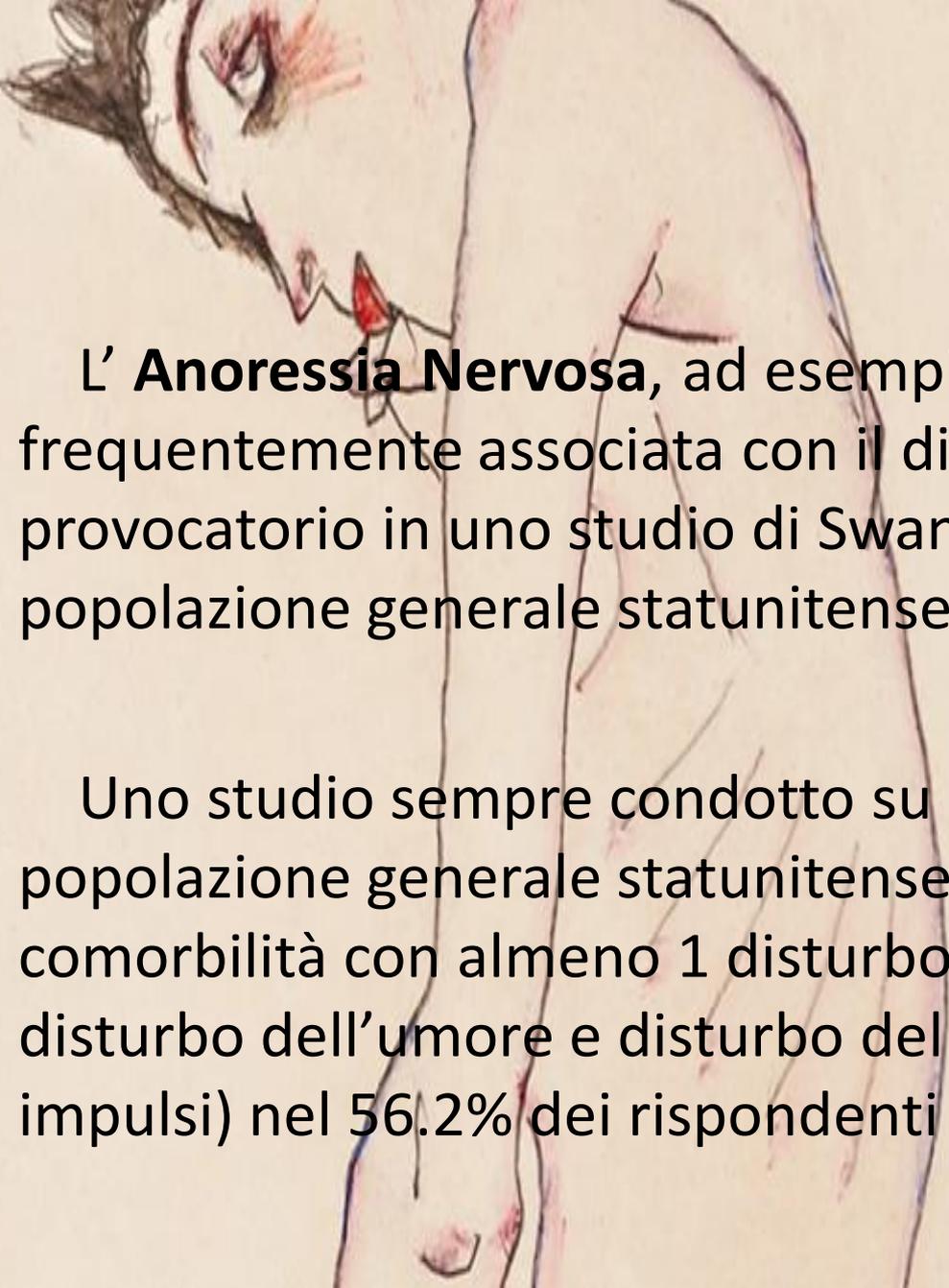


Molti studi clinici mostrano un elevato tasso di comorbidità tra DCA e altri disturbi psichiatrici, ma i dati appaiono ancora poco attendibili, sia in termini quantitativi, sia qualitativi.



Diversi sono stati i modelli interpretativi proposti per spiegare la comorbidità dei DCA ma, alla luce dei dati raccolti in letteratura, nessuno sembra essere in grado di fornire una spiegazione esaustiva del fenomeno.



- 
- ✓ L' **Anoressia Nervosa**, ad esempio, è risultata frequentemente associata con il disturbo oppositivo provocatorio in uno studio di Swanson et al. (2011) sulla popolazione generale statunitense.
 - ✓ Uno studio sempre condotto su un campione della popolazione generale statunitense riporta presenza di comorbidità con almeno 1 disturbo (fra disturbo d'ansia, disturbo dell'umore e disturbo del controllo degli impulsi) nel 56.2% dei rispondenti con AN.



Botero

La comorbilità della **Bulimia Nervosa** con altri disturbi psichiatrici è riferita in molti studi su campioni clinici ma la maggior parte degli studi non indicano chiaramente i criteri utilizzati per le diagnosi.

Alle valutazioni di follow-up i pazienti soffrivano più frequentemente di disturbi affettivi seguiti dai disturbi d'ansia.

Frequenti anche i disturbi di personalità, meno frequenti i disturbi di abuso di sostanze, rari i disturbi dello spettro schizofrenico e i DOC.

Principali potenziali comorbidità



DCA e Spettro Affettivo

- ✓ Un range che va dal 25 all'80% di anoressiche e bulimiche, presenta tutti i criteri per una diagnosi di Depressione Maggiore.
- ✓ Maggiore sembra la comorbidità con la Bulimia nervosa
- ✓ Scarsa la comorbidità con il disturbo bipolare



Available online at www.sciencedirect.com



CLINICAL
PSYCHOLOGY
REVIEW

Clinical Psychology Review 26 (2006) 769–782

Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates, and clinical implications

Debra L. Franko^{a,b,*}, Pamela K. Keel^c

^a *Department of Counseling and Applied Educational Psychology, Northeastern University, , 203 Lake Hall, Boston, MA 02115-5000, United States*

^b *Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, United States*

^c *Department of Psychology, University of Iowa, United States*

Received 23 January 2006; accepted 13 April 2006

Il tasso di suicidio risulta più elevato nelle pazienti affette da AN, dato questo che non si riscontra nelle pazienti affette da BN. In contrasto con questo dato, i tentativi di suicidio sono più frequenti nelle pazienti affette da BN (25–35%) che in quelle affette da AN (3–20%)

Molti sintomi depressivi sono di frequente riscontro nei pazienti con DCA, pur senza giungere spesso a configurare un franco Disturbo dell'Umore.

- ✓ Vissuti di demoralizzazione
- ✓ Sentimenti di bassa autostima e svalutazione
- ✓ Sentimenti di colpa
- ✓ Incapacità a controllare in maniera adeguata le modalità di alimentazione
- ✓ Compromissione di adattamento sociale e lavorativo

I sintomi vanno attentamente valutati all'interno del quadro clinico di natura alimentare, prima di fare diagnosi di comorbidità

DCA e Spettro Ansioso

Disturbo D'ansia, Disturbo da Attacco di Panico, Fobia sociale, Fobia specifica

- ✓ Bulik et al. hanno osservato in un campione composto da 68 donne con anoressia e 116 con bulimia la presenza di un Disturbo d'Ansia precedente all'insorgenza del disturbo alimentare, pari al 90% nelle anoressiche ed al 94% nelle bulimiche; caratterizzato essenzialmente da Disturbo Iperansioso e Fobia Sociale. Il disturbo di panico tenderebbe a svilupparsi successivamente rispetto al disturbo alimentare.
- ✓ Ciò porterebbe ad avvalorare la teoria eziologica secondo la quale le abbuffate e le condotte purgative non siano altro che condotte comportamentali ad effetto ansiolitico, così come l'ansia sociale può costituire il trigger per la “insoddisfazione del corpo” e per le conseguenti condotte alimentari e compensatorie.

- ✓ Per quanto riguarda la comorbidità dei DCA con altri disturbi psichiatrici, dalla letteratura disponibile si può osservare che in particolare, per quanto riguarda i Disturbi d'Ansia considerati nei vari studi (*Disturbo ossessivo compulsivo-DOC, Disturbo Post traumatico da Stress-DPTS, ansia sociale, ansia generalizzata, disturbo di panico e agorafobia*), questi sono più frequenti nei soggetti con DCA che nella popolazione generale

Non c'è tuttavia evidenza che i disturbi d'ansia siano un fattore predisponente dei DCA.

DCA e Disturbo Ossessivo Compulsivo



Egon Schiele

Consideriamo separatamente il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) rispetto agli altri disturbi d'ansia data l'elevata prevalenza di comorbilità tra i DCA e il DOC

Diversi studi propendono per una maggiore prevalenza nel disturbo anoressico soprattutto se, naturalmente, di tipo restrittivo

Alcune differenze

- ✓ Le preoccupazioni e i rituali messi in atto dai pazienti DCA hanno un prevalente carattere di *egosintonicità* che è in netto contrasto con quello delle ossessioni e compulsioni non correlate al cibo che, peraltro, possono essere presenti anche in pazienti con DCA
- ✓ La paura di aumentare di peso, le preoccupazioni relative al cibo e al corpo, da un punto di vista psicopatologico, sono definibili come pensieri prevalenti distinti da un'ideazione di tipo ossessivo.

DCA e Abuso di Sostanze

- ✓ Numerosi studi hanno dimostrato una frequente associazione tra Disturbi del Comportamento Alimentare e Abuso di Sostanze tra cui anche l'alcol.
- ✓ Un'associazione particolarmente forte è stata riscontrata in coloro che manifestano condotte di eliminazione. L'abuso o la dipendenza da sostanze è stato riportato con una frequenza del 55% nelle pazienti affette da bulimia e del 23% nelle pazienti anoressiche.
- ✓ Le sostanze più comunemente riportate dagli studi sono rappresentate dagli psicostimolanti e dall'alcol.
- ✓ Il disturbo da abuso di sostanze si presenterebbe con una certa frequenza nei soggetti maschi affetti da BED

DCA e Disturbi di personalità

“...Nelle mie prime formulazioni, indicavo tre caratteristiche tipiche del disturbo anoressico: una falsa percezione del proprio corpo ..., una confusione circa le proprie sensazioni corporee e un senso onnicomprensivo d’incapacità. Ora sono incline a considerare queste caratteristiche sotto un’etichetta più ampia, cioè come espressione di un concetto di sé deficitario....”

H. Bruch, 1984



DCA e Disturbi di personalità

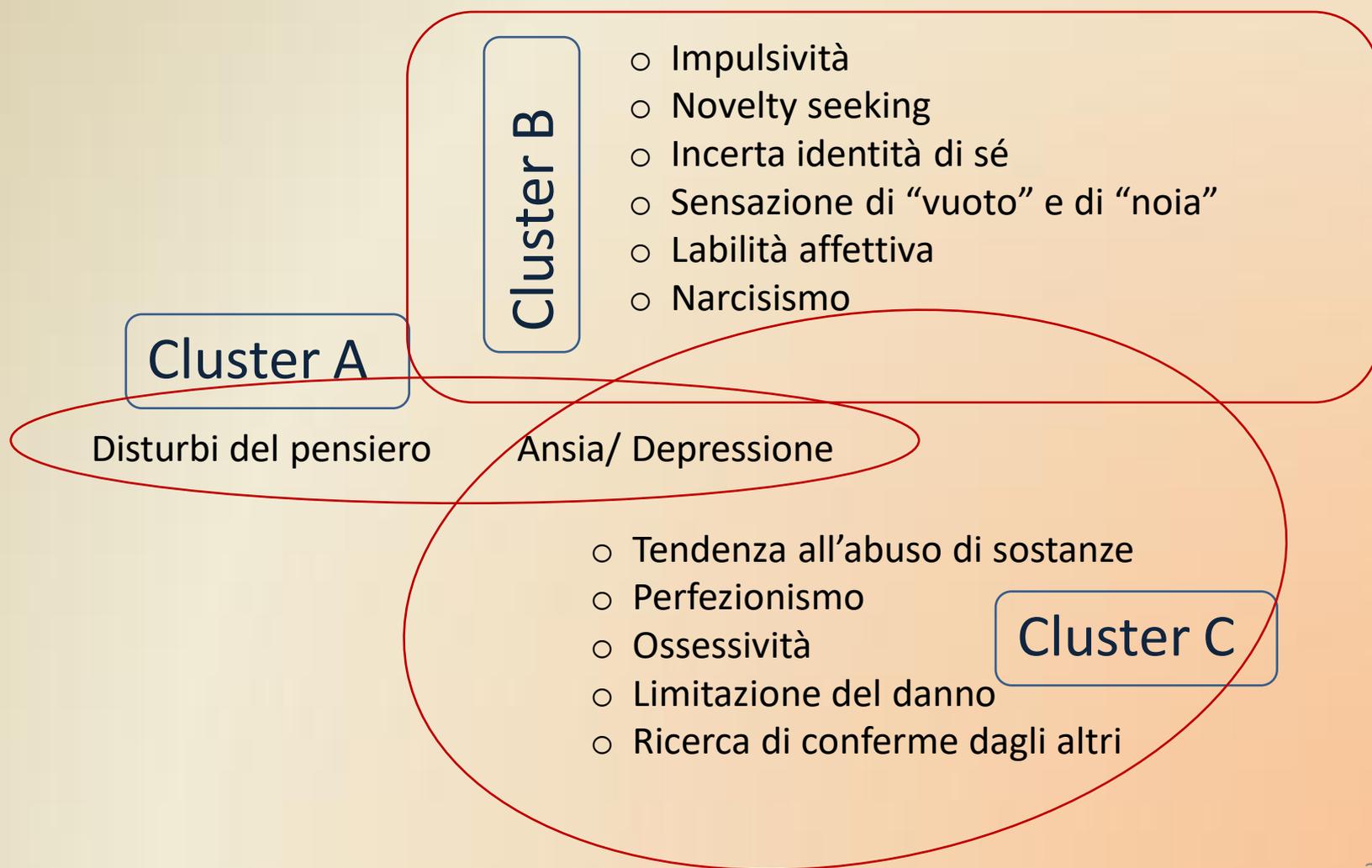
- ✓ Osservazione clinica e ricerca scientifica sono tese a dimostrare come esista un'alta comorbidità tra disturbi di personalità e disturbi alimentari
- ✓ In alcuni studi si parla di una prevalenza di disturbi di personalità in soggetti con disturbi alimentari compresa in un ampio range che va **dal 20 al 97%**
- ✓ Il che starebbe a significare che in quasi tutti i soggetti affetti da DCA è presente un disturbo di personalità (!)

DCA e Disturbi di personalità

Tratti comuni ai DCA e ai DP

- ✓ Non richiesta di aiuto
- ✓ Scarsa compliance
- ✓ Scarso insight
- ✓ Opposizione all'autorità
- ✓ Opposizione alle cure
- ✓ Errata percezione di realtà
- ✓ Spiccato senso di giustizia

Alcune dimensioni patologiche dei DCA in comune con i DP



- ✓ Mentre le prime osservazioni cliniche su questa associazione tendevano ad enfatizzare come il disturbo di personalità costituisse un fattore di rischio predisponente ad alterate condotte alimentari, una più recente concettualizzazione e soprattutto una serie di lavori scientifici hanno esaminato come i disturbi alimentari possano di fatto modificare tratti di personalità e come alcuni meccanismi comuni possano stimolare il disturbo alimentare così come caratteristiche di personalità.
- ✓ Interpretare la comorbidità tra disturbi alimentari e di personalità risulta pertanto un processo alquanto complesso e di difficile definizione

Modelli interpretativi specifici

- ✓ **Predispositional model:** Questo modello, utilizzato anche da Hilde Bruch nei suoi primi scritti (Bruch, 1973), descrive una relazione tra precipue strutture di personalità che 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:** Le variabili di personalità non precedono e non aumentano il rischio di sviluppare un DCA, ma variazioni nei tratti personologici possono essere secondari al DCA stesso.
- ✓ **Common cause model:** Il DP rappresenta una patologia concettualmente distinta dal DCA, ma causato dagli stessi meccanismi.
- ✓ **Pathoplasty model:** Tratti di personalità e il DCA sono compresenti, essi interagiscono in un modo che modifica la caratteristiche e il decorso di ciascuna delle due condizioni.

Il CASO

- Donna, aa. 40, coniugata. Richiesta di visita per BULIMIA. Assetto di personalità di tipo anancastico
- ❖ A 9 anni (decesso della madre) - Tic, risolto dopo alcuni mesi di trattamento (neuropsichiatra infantile)
↓
- ❖ A 22 anni (fine storia affettiva) - flessione dell'umore e episodi bulimici (psichiatra CSM). Terapia farmacologica con Fluoxetina e Quietapina
↓
- ❖ A 32 anni - si ripresenta la sintomatologia bulimica (psicologo e nutrizionista). Risoluzione dopo pochi mesi
↓
- ❖ A 37 anni - ideazione tipo allucinatoria * di violazione della privacy informatica, con vissuto di rabbia e flessione depressiva dell'umore. Ricomparsa del quadro bulimico (+ 25 Kg in tre anni). Rifiuto terapia farmacologica.

** Nel 2015, a seguito d'un virus penetrato nel proprio cellulare, sarebbe scattata una sorta di persecuzione informatica da parte di alcuni utenti di FaceBook, conosciuti in rete. Nel 2016, un secondo virus, inviato da un conoscente, oltre a copiare i messaggi di WhatsApp, avrebbe permesso il controllo del microfono e della videocamera del cellulare. Anche il marito diventa complice della persecuzione*



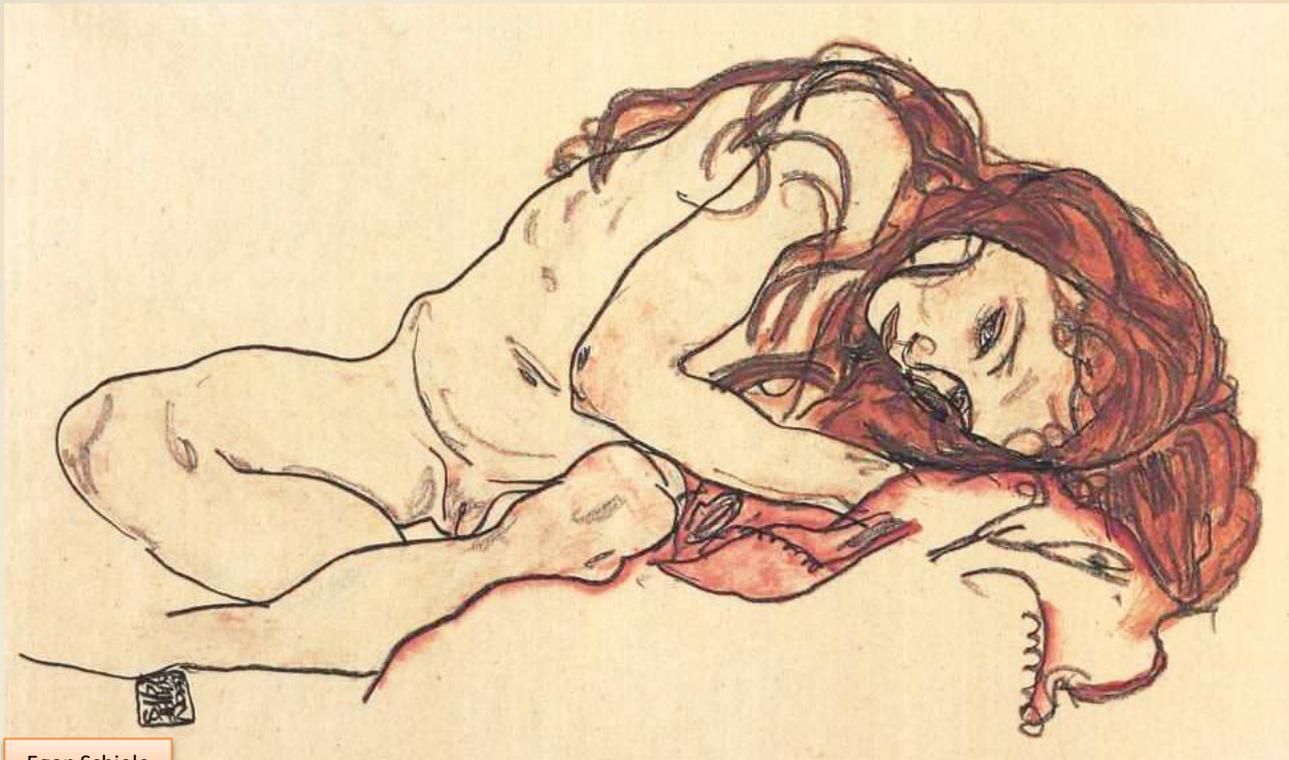
Conclusioni

Tabella1. Tassi di prevalenza rilevati in studi clinici relativi alla comorbidità tra Disturbi di Asse I e Disturbi del Comportamento Alimentare.

Diagnosi	Anoressia Nervosa	Bulimia Nervosa	Binge Eating Disorder
Depressione	25%-85%	25%-75%	23%-41%
Disturbo d'Ansia Generalizzato	20%-65%	13% -70%	9%
Fobia Sociale	16%-55%	15%-55%	
Agorafobia	14,5%	27%-34,5%	
Disturbo di Panico	4%-8,1%	9%-15%	
Disturbo Ossessivo Compulsivo	15%-62%	0-43%	
Abuso di Sostanze	12%-23%	55%	
Abuso di Alcol	5%	46%	

- ✓ Tassi di comorbidità tanto elevati quanto, conseguentemente, poco specifici.
- ✓ I dati inoltre sono poco uniformi e troppo variabili tra loro.

Il verificarsi di percentuali così alte del fenomeno sembra comunque indicare la possibilità che i DCA siano una **entità psicopatologica transnosografica**, presente in tutti i disturbi psichici, dai più gravi (quelli di tipo psicotico) a quelli meno invalidanti e collegata, nel suo manifestarsi, a fattori di esposizione dell'individuo.



Egon Schiele

Bibliografia sintetica

1. Siracusano A, Troisi A, Marino V, Tozzi F - *Comorbidità nei disturbi della condotta alimentare: revisione critica della letteratura* - ΝÓΟς 1:2003; 7-26
2. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Joyce PR - *Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study* - Acta Psychiatr Scand 1997; 96: 101-7.
3. Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP - *Comorbidity of eating disorders and substance abuse: review of the literature* - Int J Eat Disord 1994; 16: 1-34.
4. Rapporto ISTISAN 13/6: *Conferenza di consenso "Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti"*
5. Steinhausen HC, Weber S - *The outcome of bulimia nervosa: findings from one quarter century of research* - Am J Psychiatry 2009;166

