

I disturbi del comportamento alimentare: l'incidenza della familiarità per patologie psichiatriche come fattore di vulnerabilità

*Eating disorders: the psychiatric disorders within families
as a factor of vulnerability*

C. MURATORE, P. GUALANDI, L. IERO, A. PELLICCIARI, S. CONTI, E. FRANZONI

U.O. Neuropsichiatria Infantile, Centro a Valenza Regionale per la Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare in Età Evolutiva, dott.ssa Annarosa Andreoli, Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna, S. Orsola Malpighi

PAROLE CHIAVE. – Anoressia nervosa - Bulimia nervosa - Patologie psichiatriche - Vulnerabilità

KEY WORDS. – Anorexia nervosa - Bulimia nervosa - Psychiatric disorders - Vulnerability

Summary

The aim of this study is to evaluate the frequency, the type and the distribution of psychiatric disorders in relatives of patients with Eating Disorders (ED) as a factor of vulnerability. We considered 94 patients, 92 females and 2 males (average age 16). We used, as a case-control group, 133 patients (mean age 17.9) affected by headache. Data were collected from: medical, psychological interviews, both with patients and with parents; S.A.F.A. and MMPI-A tests were utilized. We found a history of psychiatric disorders in 44 families over 94, involving 67 members of them.

This study shows a prevalence of psychiatric disorders in ED's relatives higher than control group's ($p < 0.0001$).

Introduzione

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) quali l'anoressia nervosa (AN) e la bulimia nervosa (BN) sono condizioni complesse, nelle quali si riconoscono componenti biologiche, psicopatologiche e sociali. Questo ha portato

negli ultimi anni allo svilupparsi di un modello biopsicosociale: l'ipotesi eziopatogenetica biopsicosociale è alla base dell'ottica multi determinata⁷. Secondo quest'ottica nel determinarsi del disturbo dell'alimentazione concorrerebbero più fattori, *biologici e psicologici, individuali, familiari e socio-culturali*, ciascuno dei quali gioca un ruolo nel suo svilupparsi e nel suo perpetuarsi. Come indagato in letteratura ^{2 6 8 4}. All'interno di questo modello, si inseriscono le patologie psichiatriche nella storia familiare di soggetti affetti da DCA, come fattore di vulnerabilità.

Obiettivo

Scopo di questo studio è quello di valutare la frequenza, la tipologia e la distribuzione delle patologie psichiatriche nei parenti di primo, secondo e terzo grado di pazienti affetti da DCA come fattore di vulnerabilità.

Materiali e metodi

Il campione analizzato è costituito da 94 pazienti consecutivi, con diagnosi di D.C.A. secondo i criteri del DSM IV (92 di sesso femminile, 2 di sesso maschile con età media di 16 anni) afferiti presso il centro per i D.C.A. dell' U.O. di Neuropsichiatria Infantile – centro a valenza regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare in età evolutiva “dottorssa Annarosa Andreoli” diretto dal Prof. E. Franzoni presso l'Ospedale S. Orsola-Malpighi di Bologna, di cui 55 ricoverati in regime ordinario nel periodo tra il Settembre 2005 al Giugno 2007, e 39 seguiti in regime di Day Hospital sempre nello stesso periodo. Come gruppo di casi controllo è stato utilizzato un campione di 133 pazienti di sesso femminile con età media di 17,9 anni seguiti ambulatorialmente per cefalea. Al gruppo di controllo è stata eseguita un'indagine psicologica dalla quale non è emerso nessun tratto psicopatologico.

I dati analizzati per ogni paziente sono stati ottenuti attraverso: cartelle cliniche, interviste cliniche, colloqui psicoterapeutici e colloqui con i genitori e le scale MMPI-A e S.A.F.A. Per la somministrazione dei Test è stato richiesto il consenso informato da parte dei genitori. A nessuno dei pazienti è stato dato un compenso economico.

La scala MMPI-A è un test di 567 items che permette di valutare le caratteristiche strutturali di personalità ed i principali disordini di tipo emotivo. La batteria di Scale psichiatriche di autosomministrazione per fanciulli e adolescenti (SAFA) permette al soggetto di rispondere direttamente ad una serie di domande e fare quindi una valutazione dei disturbi psichici. Sulla base dei punteggi ottenuti può essere costruito un profilo generale e/o possono essere costruiti profili nell'ambito delle singole scale, sulla base dei gruppi principali di sintomi che vengono esplorati.

Le singole scale indagano: l'ansia; la depressione; i sintomi ossessivo compulsivi; condotte anoressiche e bulimiche, sintomi somatici; ipocondria ed alcune fobie.

Per quanto riguarda l'analisi statistica è stato utilizzato il Test del Chi-quadrato. Con test chi quadrato si intende uno dei test di verifica d'ipotesi usati in statistica che utilizzano la variabile casuale Chi Quadrato per verificare se l'ipotesi nulla è probabilisticamente compatibile con i dati. Per convenzione si adottano due livelli di significatività:

- 1) se la probabilità che l'ipotesi nulla sia vera è $p \leq 5\%$ ($P \leq 0,05$) si dice che la differenza che ha la popolazione è considerata significativa;
- 2) se la probabilità è $p \leq 1\%$ ($P \leq 0,01$) si dice che la differenza è altamente significativa.

Risultati

La presenza di una patologia psichiatrica in almeno un membro della famiglia è stata riscontrata in 44 famiglie su 94; inoltre all'interno di queste 44 famiglie il numero di familiari con una storia di patologia psichiatrica è risultato essere di 67, quindi in alcune famiglie il numero di familiari con psicopatologie è maggiore alla singola unità. Nelle famiglie dei pazienti utilizzate come campione di casi-controllo la presenza di un episodio di disturbo mentale è stata riscontrata nel 9,7% delle famiglie. L'analisi di questi dati attraverso l'utilizzo del Test Chi-quadrato ha riportato un valore altamente significativo, con un valore di $p < 0,0001$.

Suddivisione in base alle singole patologie psichiatriche: dall'analisi condotta, sono risultate essere più frequenti, tre tipologie di psicopatologie nei familiari: depressione, disturbi del comportamento alimentare e disturbi ossessivo-compulsivi. Rispetto ai 67 membri con una storia di patologia psichiatrica sono stati trovati 42 casi di depressione, 12 casi di DCA e 4 casi di disturbi ossessivo-compulsivi. Inoltre sono stati rilevati anche 6 casi di alcolismo e/o tossico dipendenza, 1 caso di D.P.A. In 4 casi l'anamnesi familiare remota ha riportato una patologia psichiatrica non altrimenti specificata. In alcuni di questi soggetti è stata riscontrata una concomitanza di due psicopatologie.

Distribuzione delle patologie nei singoli componenti familiari: tra i 67 familiari affetti da una psicopatologia, le madri sono risultate essere le più colpite con 20 casi, i padri hanno riportato una psicopatologia in 11 casi ed i fratelli e/o sorelle in 11 casi. Rilevante è risultato essere il numero dei nonni colpiti in 16 casi. In 8 casi sono coinvolti gli zii ed i cugini ed in 1 solo caso la patologia era a carico di un convivente.

Inoltre si è notato che tra i genitori ed i nonni la patologia più frequente è risultata essere la depressione, che rappresenta il 74,4% di tutte le psicopatologie.

Invece tra i fratelli e/o sorelle e tra i cugini e gli zii in cui presumibilmente l'età media è inferiore a quella dei genitori e dei nonni, la patologia più frequente è risultata essere il DCA, che rappresenta il 42,1% di tutte le psicopatologie.

Infine nelle 14 famiglie in cui è presente più di un membro con una patologia psichiatrica, in 7 casi si è notata una trasmissione transgenerazionale della stessa patologia.

Conclusioni

Dalla nostra ricerca è emerso che nel 46,8% delle famiglie valutate è presente almeno un familiare con una pregressa o attuale psicopatologia.

Rifacendosi ai concetti di correlazione gene ambiente ^{2 5} di plasticità ¹ e alle problematiche legate all'attaccamento⁹ questi dati possono assumere un importante significato. Il genotipo da un lato e l'esperienza dall'altro costituiscono due dimensioni eterogenee dei differenti determinismi che si intrecciano nel fenomeno della plasticità. Nel modello interattivo l'espressione del genotipo è modulata dall'ambiente. Il modello della plasticità integra genoma e ambiente allo stesso livello logico ¹.

Rispetto a queste osservazioni risulta interessante sottolineare come le madri sono risultate essere le più colpite da una patologia psichiatrica. Inoltre analizzando in maniera più approfondita i dati, si è notato come tra i genitori ed i nonni la patologia più frequente risulta essere la depressione, invece nei fratelli e/o sorelle, nei cugini e negli zii in cui l'età media è presumibilmente più bassa, quindi persone maggiormente esposte alle nuove influenze socioculturali, la patologia più frequente risulta essere un DCA.

Riassunto

Scopo di questo studio è quello di valutare la frequenza, la tipologia e la distribuzione delle patologie psichiatriche nei parenti di primo, secondo e terzo grado di pazienti affetti da DCA come fattore di vulnerabilità

Sono stati considerati 94 pazienti, 92 femmine e 2 maschi, con età media di 16 anni. Come gruppo di controllo sono stati presi 133 pazienti seguiti ambulatorialmente per cefalea (Età media 17,9). I dati sono stati ottenuti da cartelle ed interviste cliniche, colloqui psicoterapeutici e con i genitori, e dalla somministrazione dei test MMPI-A e SAFA.

È stata riscontrata una storia di patologie psichiatriche in 44 famiglie su 94, per un totale di 67 membri affetti. Il nostro studio evidenzia una prevalenza di familiarità per patologie psichiatriche statisticamente maggiore nelle pazienti con DCA rispetto al gruppo di controllo ($p < 0,0001$).

Bibliografia

- ¹ Ansermet F, Magistretti P. *A ciascuno il suo cervello. Plasticità neurale e inconscio*. Torino: Bollati Boringhieri 2008.
- ² Bulik CM, Reba L, Siega-Riz AM, Reichborn T. *Anorexia Nervosa: Definition, epidemiology and cycle of risk*. Int J Eat Disord 2005;37:52-9.
- ³ Faccio E. *Il disturbo alimentare: modelli, ricerche e terapie*. Roma: Carocci 1999.
- ⁴ Fairburn CG, Harrison J. *Eating disorders*. Lancet 2003;361:407-16.
- ⁵ Fassino S, Delsedime N. *La famiglia è malata?* Torino: Centro Scientifico Editore 2007.
- ⁶ Fassino S, Amianto F, Daga GA, Leombruni P, Garzaro L, Levi M, et al. *Bulimic Family Dynamics: role of parent's personality. A controlled study*. Compr Psychiat 2003;44:70-7.
- ⁷ Garner DM, Garfinkel P. *Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa*. J Family Therapy 1982;15:29-42.
- ⁸ Hudson JI, Mangweth B, Pope HG, De Col C, Hausmann A, Gutweniger S, et al. *Family study of the aggregation of eating disorders and mood disorders*. Psychol Med 2003;33:1319-23.
- ⁹ Montecchi F. *Anoressia Mentale dell'Adolescenza*. Milano: Franco Angeli 1998.