

ARTICOLO ORIGINALE
ORIGINAL ARTICLE

Disturbi Condotta Alimentare di tipo restrittivo e sintomi depressivi in età evolutiva

*Eating Disorders Restricting Type and depression
in childhood and adolescence*

F. SALERNO, S. PISANO, T. SALVATI, A. FRANZESE*, C. ZUPPALDI, A. GRITTI

*Dipartimento di Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile, Audiofoniatria, Dermatovenerologia,
Seconda Università di Napoli;*

** Dipartimento di Pediatria, Università di Napoli "Federico II"*

PAROLE CHIAVE. – Disturbi della Condotta Alimentare - Depressione - Infanzia - Adolescenza
KEY WORDS. – *Eating Disorders - Depression - Childhood - Adolescence*

Summary

Objective. *To study the correlation between depressive symptoms and Eating Disorders Restricting type (ED-R).*

Aim and methods. *The sample consists of 55 SS. (F 78,2%, M 21,8%), MA 12.5 yr. who fulfilled the DSM-IV diagnostic criteria for ED-R. Depression was investigate using CDI and CBCL-PRF. Pearson's correlation was used to study the degree to which the variables were related.*

Results. *26.8% of the subjects were above the CDI cutoff and 65.7% were within clinical range for Internalizing problems (mean score 70.75).*

Conclusions. *According to the literature the results show that depressive symptoms are present in about 30% of the DE-R sample. Our data suggest that depression, body uneasiness and eating restriction are correlated.*

Introduzione

Numerosi studi hanno evidenziato una consistente associazione tra i Disturbi della Condotta Alimentare (DCA) e depressione¹⁻⁶. Le stime della comorbidità tra DCA e Disturbi dell'Umore differiscono secondo gli studi, probabilmente a causa dei diversi sistemi di rilevamento utilizzati. Inoltre, data l'alta frequenza della depressione e la scarsità degli studi con gruppi di controllo, non è chiaro se effettivamente la prevalenza della depressione sia più alta tra i DCA che nella popolazione generale². Per quanto riguarda l'adolescenza, la stima varia tra il 35% e 70% della popolazione studiata⁷⁻⁹. Anche studi italiani hanno riscontrato la presenza di sintomi depressivi in soggetti con DCA^{10,11}. Il significato dell'associazione tra depressione e DCA non è chiaro. Potrebbe trattarsi di un evento casuale, oppure i due disturbi potrebbero essere riconducibili ad un analogo substrato biologico.

Gli interrogativi sono molteplici: qual è il rapporto temporale tra le due condizioni? Quale l'influenza della depressione sull'outcome dei DCA?¹². La presenza di depressione può aiutare ad identificare differenti sottotipi di anoressia?^{3,10}

Infine, quando parliamo di depressione nei DCA a cosa ci riferiamo, alla comorbidità tra DCA e Disturbi dell'Umore (DU) o alla presenza di sintomi depressivi?

Probabilmente lo studio della comorbidità tra DCA e DU è utile in adolescenza ed in età adulta.

Viceversa, se ricerchiamo una condizione depressiva che si esprime attraverso sintomi e affetti, allora possiamo raccogliere dati significativi in età evolutiva, quando la depressione ha caratteristiche cliniche polimorfe.

Obiettivi

L'obiettivo dello studio è la valutazione della presenza di sintomi depressivi nei soggetti con Disturbi della Condotta Alimentare di tipo Restrittivo (DCA-R), in età evolutiva e approfondire il rapporto tra la componente depressiva e la condotta alimentare.

Materiali e metodi

Il campione è stato selezionato tra 124 SS (F: 94, M: 30) con diagnosi di DCA, di età compresa fra 21 mesi e 17aa 5m. (EM: 11aa 7m.), osservati presso la Clinica di Neuropsichiatria della Seconda Università degli Studi di Napoli nel periodo gennaio 2003 luglio 2008, in regime di Day Hospital o di ricovero.

Sono stati inclusi nello studio i SS. di età maggiore di 6aa, con DCA-R che avevano portato a compimento la valutazione.

Il campione ottenuto è composto da 55 SS. di cui 43 SS femmine (78,2%) e 12 SS maschi (21,8%), di età compresa tra 6 aa e 17 aa 5 m. EM 12 aa 5 m. DS 4 aa 8 m. EM all'esordio è di 11 aa 2 m., DS 6 aa.

Il BMI medio è pari a 15,92, DS 1,78. Il 34,5% dei SS. erano prepuberi, il 34,5% presentavano amenorrea secondaria, il 9,1% avevano ciclo mestruale regolare.

Il gruppo include: 8 SS (14,5%) con Disturbo della Nutrizione dell'Infanzia, 11 SS (20%) con Anoressia Nervosa, 36 SS (65,5%) con Disturbo del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificato, di tipo restrittivo.

La diagnosi di DCA-R è stata assegnata in accordo con i criteri del DSM-IV¹³ dopo una valutazione clinica neuropsichiatria infantile integrata da Scale e Questionari standardizzati. In presenza di negatività delle scale specifiche e positività all'osservazione clinica è prevalso il giudizio clinico.

Per i DCA sono utilizzati il *Children-Eating Attitude Test* (EAT) – per i soggetti di età inferiore a 14 aa – e l'*Eating Attitude Test 26* (EAT-26), per i soggetti di età superiore a 14 aa. Entrambe le scale sono costituite da 26 domande, *cutoff* pari a 20¹⁴⁻¹⁸.

Per la valutazione del disagio relativo all'immagine del proprio corpo, è stato utilizzato il *Body Uneasiness Test* (BUT) di M. Cuzzolaro¹⁹. Il BUT è un test autocompilato, composto di due parti, la prima suddivisa in 34 items clinici e la seconda in 37 domande per il corpo, fornisce un indice di severità globale (*Global Severity Index* [GSI]). La presenza di un disagio del corpo clinicamente significativo è probabile se il punteggio GSI è > 1,2.

Per valutare la presenza di sintomi depressivi è stato usato il *Children's Depression Inventory*²⁰, costituito da 27 domande, con tre possibili risposte, ed uno score da 1 a 3, cut-off pari a 19.

Infine, è stata usata *Child Behavior Check List parent form*²¹ 4-18 anni per rilevare i problemi di tipo Internalizzato (*Int.*). La CBC è composta da 118 items e consente di ottenere un punteggio globale, un punteggio per ciascuna delle otto subscale sindromiche e punteggi per i problemi Internalizzati ed Esternalizzati.

I dati ottenuti sono stati sottoposti ad uno studio di correlazione con il test di Pearson tra: Età/CDI; CDI/CBCLInt.; CDI/BUT; CDI/ChEAT o EAT; BUT/CBCLInt.; ChEAT o EAT/CBCLInt.

Risultati

Per i DCA-R, a fronte di un'evidenza clinica che giustifica la diagnosi nell'intero campione, solo il 41,8% dei SS hanno ottenuto un cut-off superiore a 20 alla compilazione dell'EAT o ChEAT.

Per la depressione, osserviamo un fenomeno inverso. I dati mostrano che una percentuale che varia da un terzo circa a due terzi dei SS. presentava sintomi de-

pressivi associati al DCA. Infatti, alla CDI il 26,8% dei SS superavano il *cutoff* di 19 ed alla CBCL PRFInt. il 65,7% dei SS era nel *range* clinico (punteggio medio 70,75). Solo un'esigua percentuale dei SS, pari al 3,6% rispondeva ai criteri del DSM-IV per comorbidità, presentando un Disturbo Distimico.

Le scale utilizzate per la depressione hanno permesso, dunque, di stimare il numero di SS con sintomi depressivi presenti nel campione, anche in assenza dei requisiti per porre diagnosi di comorbidità.

Nella Tabella I sono riportati i risultati dello studio di correlazione tra i vari parametri prescelti.

Tra Età e CDI non si è evidenziata una correlazione. Esiste una relazione positiva fra i punteggi ottenuti al BUT e quelli alla CDI. Il dato suggerisce che ad una maggiore insoddisfazione per il proprio corpo corrisponda un aumento dei sintomi depressivi e viceversa.

La correlazione tra EAT/ChEAT e CDI mostra una tendenza alla relazione positiva fra i sintomi depressivi ed il disturbo alimentare. Ad un maggiore punteggio alla CDI corrisponde un punteggio più alto a EAT/ChEAT e viceversa.

Questo dato orienta a ritenere che depressione e DCA-R s' influenzino reciprocamente.

Vi è una tendenza alla relazione negativa tra il BMI ed il punteggio alla CDI. Si configura una relazione inversa fra questi due dati: ad un BMI più basso avremo più sintomi depressivi e, se questi diminuiscono, l'altro aumenterà.

La correlazione CDI-CBCL/PRFInt. ha accertato una relazione positiva. Il risultato può essere considerato atteso, in quanto conferma che le due scale sono misure di uno stesso fenomeno. Questo dato segnala inoltre che sia i SS che i loro genitori hanno percezione della depressione.

Tab. I. Risultati dei test di correlazione nei due diversi gruppi.

Età-CDI	+0,145
Età-INTERN. (CBCL)	+0,018
BMI-CDI	-0,242*
BMI-INTERN (CBCL)	-0,19
BUT-CDI	+0,482**
CDI-EAT	+0,310*
BUT-INTERN (CBCL)	+0,06
EAT-INTERN (CBCL)	+0,068
CDI-INTERN (CBCL)	+0,64**

** relazione positiva; * tendenza alla relazione positiva o negativa

Discussione

La scarsa positività alle scale per i DCA conferma che la diagnosi di tali disturbi, in età evolutiva, si basa in larga misura sull'oggettività clinica^{5,22}. Infatti, l'uso di scale diagnostiche implica il riconoscimento da parte dell'adolescente della problematica relativa alla forma e peso corporeo, criterio non sempre riscontrabile nelle forme di AN ad insorgenza precoce²² che è inoltre gravato dal diniego delle proprie condizioni²³.

Il confronto tra evidenza clinica e punteggi ottenuti con le scale standardizzate, conferma che sintomi depressivi sono presenti nei DCA in modo consistente.

Li abbiamo riscontrati in una misura tra il 30% ed il 65% che concorda con quell'accertata da altri autori⁷⁻⁹.

Lo studio correlazionale ha mostrato che all'aumentare del disagio a focus alimentare corrisponde un numero maggiore di sintomi depressivi, confermando il rapporto stretto tra depressione e DCA. La misura di quanto i sintomi depressivi siano legati al disagio dell'immagine del corpo viene rilevata dalla presenza di relazioni positive fra i test che esplorano ciascuno questi parametri.

La tendenza alla relazione inversa fra CDI vs. BMI concorda con alcuni studi riportati in letteratura e conferma il vincolo tra malnutrizione e depressione^{12,24}.

La relazione positiva tra depressione e DCA per tutti gli indici esplorati ad eccezione del BMI non indica, come è ovvio, un rapporto di causa-effetto tra le due condizioni. Piuttosto, suggerire che depressione, restrizione alimentare e disagio per l'immagine corporea vanno di pari passo.

Conclusioni

In accordo con studi d'altri autori la nostra ricerca conferma l'associazione tra sintomi depressivi e DCA-R in età evolutiva. La condizione depressiva potrebbe essere un tratto specifico d'alcune forme di DCA-R.

La correlazione positiva tra sintomi depressivi, condotta restrittiva e insoddisfazione dell'immagine corporea ha interessanti implicazioni cliniche perché indirizza a sperimentare forme d'intervento plurifocale per i DCA-R.

Più in generale, riteniamo che lo studio dell'associazione tra DCA-R e depressione rivesta particolare interesse psicopatologico in quanto può gettare luce sul rapporto tra entità antitetiche che si collocano nell'area del comportamento, la prima, degli affetti e dei vissuti, la seconda.

Riassunto

Obiettivo. Lo studio è finalizzato a stimare la presenza di sintomi depressivi nei Disturbi della Condotta Alimentare di tipo Restrittivo (DCA-R) in soggetti in età evolutiva e ad approfondire la correlazione tra la componente depressiva e la condotta alimentare.

Materiali e metodi. Il campione è composto da 55 SS. (F 78,2%; M 21,8%), EM 12aa e 5m., BMI medio 15,92, affetti da DCA-R. La ricerca è stata condotta mediante scale standardizzate per i DCA (ChEAT/EAT) e per i sintomi depressivi (CDI/CBCL-PRF). I dati ottenuti sono stati sottoposti ad uno studio di correlazione con il test di Pearson.

Risultati. Alla CDI il 26,8% dei SS superavano il cutoff di 19 ed alla CBCL-PRF (*Intenzionalizzazione*) il 65,7% dei SS era nel range clinico (punteggio medio 70,75). È stata riscontrata una tendenza alla relazione positiva tra depressione e DCA per tutti gli indici esplorati ad eccezione della relazione inversa CDI vs. BMI.

Conclusioni. La ricerca conferma l'associazione tra sintomi depressivi e DCA-R in età evolutiva in circa un terzo del nostro campione. I dati suggeriscono che depressione, restrizione alimentare e disagio per l'immagine corporea sono correlati.

Bibliografia

- ¹ Blinder BJ, Cammella EJ, Sanathara V. *Psychiatric Comorbidities of Female Inpatients With Eating Disorders*. Psychosomatic Medicine 2006;68:454-62.
- ² Godart NT, Perdereau F, Jeammet P, Flament MF. *Comorbidity between eating disorders and mood disorders:review*. Encephale 2005;5:575-87.
- ³ Godart N, Berthoz S, Rein Z, Perdereau F, Lang F, Venisse JL, Halfon O. et al. *Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia nervosa and bulimia?* Int J Eat Disord 2006;39:772-8.
- ⁴ Gritti A, Pisano S, Di Furia F, Salerno F, Spadaro R, Franzese A. *Modalità di esordio e caratteristiche cliniche dell'Anorexia Nervosa ad esordio precoce: studio di una casistica*. Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza 2007;74:659-68.
- ⁵ LASK B, BRYANT-WAUGHT R. *Anorexia Nervosa and related eating disorders in children and adolescence*. Psychology Press, Hove 2000.
- ⁶ Salbach-Andrae H, Lenz K, Simmendinger N, Klinkowski N, Lehmkuhl U, Pfeiffer E. *Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa*. Child Psychiatry Hum Dev 2008;39:261-72.
- ⁷ Cooper PJ, Watkins B, Bryant-Waugh R, Lask B. *The nosological status of early onset anorexia nervosa*. Psychol Med 2002;32:873-80.
- ⁸ Fosson A, Knibbs J, Bryant-Waught R, Lask B. *Early onset of anorexia nervosa*. Arch Dis Child 1987;62:114-8.
- ⁹ Lewinsohn PM, Striegel-Moore RH, Seeley JR. *Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39:1284-9.
- ¹⁰ Muratori F, Viglione V, Maestro S, Picchi L. *Internalizing and externalizing conditions in adolescent anorexia*. Psychopathology 2004;37:92-7.
- ¹¹ Muratori F, Viglione V, Salvatori F, Maestro S. *Depressione e anoressia nervosa in adolescenza*. Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza 2005;72:45-55.
- ¹² Gardner RM, Stark K, Friedman BN, Jackson NA. *Predictors of eating disorder scores in children age 6 through 14: a longitudinal study*. J Psychosom Res 2000;49:199-205.
- ¹³ American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. IV edizione. Milano: Masson 1995.
- ¹⁴ Garner DM, Olmsted P, Bohr Y, Garfinkel P. *The Eating Attitude test*. Psychol Med 1982;12 871-8.

- ¹⁵ Maloney M, McGuire J, Daniels S. *Reliability testing of a children's version of the Eating Attitude Test*. 1988;28:541-3.
- ¹⁶ Mintz LB, O'Halloran MS. *The Eating Attitude Test: Validation with DSM-IV Eating Disorder Criteria*. J Person Assessment 2000;74:489-503.
- ¹⁷ Garfinkel PE, Newman A. *The Eating Attitude Test: Twenty-five years later*. Eat Weight Disord 2001;6:1-24.
- ¹⁸ Cuzzolaro M, Petrilli A. *Validazione della versione italiana dell'EAT-40 (Eating Attitude Test di D.M. Garner e P.E. Garfinkel)*. Psich Inf Adol 1988;55:209-17.
- ¹⁹ Cuzzolaro M, Vetrone G, Marano GF, Battacchi MW. *BUT: una nuova scala per la valutazione del disagio relativo all'immagine del corpo*. Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza 1999;66:417-28.
- ²⁰ Kovacs M, (1982) *Children's Depression Inventory*. Questionario di Autovalutazione, adattamento italiano a cura di Camuffo M, Cerutti R, Lucarelli L, Mayer R, Ed. Organizzazioni Speciali Firenze 1988.
- ²¹ Achenbach TM. *Child Behavior Checklist/4-18 Manuale, 1991*.Tr. It. Ghedini Libraio 2001.
- ²² Nicholls D, Chater R, Lask B. *Children into Dsm IV don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence*. Int J of Eat Disord 2000;28:317-24.
- ²³ Viglione V, Muratori F, Maestro S, Brunori E, Picchi L. *Denial of symptoms and psychopathology in adolescent anorexia nervosa*. Psychopathology 2006;39:255-60.
- ²⁴ Keys A, Brozek J, Henschel A, Mickelsen A, Taylor HL. *The biology of human starvation*. Vol. 1. Minneapolis: University of Minnesota Press 1950.