

Disturbi del comportamento alimentare e disturbi da uso di sostanze: una revisione della recente letteratura

Riassunto

La rassegna include una revisione della letteratura empirica relativa alla comorbidità tra disturbi del comportamento alimentare (DCA) e disturbi da uso di sostanze (DUS) negli studi pubblicati dal 2000 al 2010. Viene documentata la frequente copresenza di queste diagnosi e ne vengono discusse le implicazioni cliniche e per la ricerca.

Parole chiave: Disturbi dell'alimentazione, Disturbo da uso di sostanze, Comorbidità, Modello teorico della comorbidità.

Summary

The empirical literature on the comorbidity between eating disorders (ED) and substance use disorders (SUD) is reviewed. ED-SUD comorbidity data obtained from studies published from 2000 to 2010 document the frequent co-occurrence of these diagnosis, and clinical and research implications are discussed.

Key words: Eating disorders, Substance use disorders, Comorbidity, Theoretical models of comorbidity.

Introduzione

Nella letteratura scientifica recente sono state spesso sottolineate le similitudini tra i processi di addiction nell'uso problematico di cibo e nell'uso di sostanze (1, 2) in particolare rispetto all'alcol (3). Una meta-analisi che include 41 studi pubblicati tra il 1985 e il 2006 (4) documenta percentuali significative di piccola e media entità rispetto alla copresenza dei due disturbi per tutte le tipologie di disturbo del comportamento alimentare (DCA), fatta eccezione per l'anorexia nervosa (AN). Una recente rassegna (5) evidenzia che le percentuali di comorbidità tra DCA e disturbo da uso di sostanze (DUS) oscillano da 17% a 46%, in base alla tipologia e sottotipo di DCA presi in considerazione. Nonostante la ricerca internazionale abbia evidenziato l'esistenza di una significativa comorbidità tra queste due categorie diagnostiche sia in campioni relativi alla popolazione generale sia in quelli clinici, in Italia rimane ancora limitata l'attenzione relativa a questo tema, e numerose le questioni aperte. In particolare, a livello nazionale l'attuale organizzazione dei servizi per le dipendenze spesso rende difficile condurre studi in maniera integrata sull'argomento volti a rilevare l'entità del fenomeno nel nostro Paese, nonché le possibili strategie di trattamento. Recentemente, il volume curato da Nizzoli (6) ha avuto il merito di trattare i diversi aspetti delle relazioni reciproche tra i disturbi dell'alimentazione, i disturbi di personalità e l'uso di sostanze stupefacenti legali e illegali, raccogliendo numerosi contributi di noti professionisti a livello nazionale e internazionale. La presente rassegna intende contribuire alla diffusione della letteratura relativa al tema della doppia diagnosi, dall'angolatura dei comportamenti di addiction.

Obiettivi e metodologia di lavoro

Al fine di ottenere una stima attuale dell'estensione della comorbidità tra disturbi dell'alimentazione e abuso di sostanze, nonché una raccolta delle più significative questioni in merito all'argomento, è stata svolta una ricerca su Pub Med relativa agli articoli in lingua inglese pubblicati su peer-reviews tra gennaio 2000 e luglio 2010 compresi. Inserendo come parole chiave "substance use and eating disorders" e selezionando come limiti il periodo riguardante gli ultimi 10 anni e la lingua inglese, sono stati trovati 181 articoli relativi alla popolazione adolescenziale e/o adulta. Gli iniziali criteri di inclusione nella nostra rassegna sono stati: a) utilizzo di interviste strutturate o di metodi standardizzati per formulare la diagnosi; b) diagnosi di disturbi dell'alimentazione, in comorbidità con le forme di abuso di sostanze o di dipendenza da esse. Non sono stati inclusi nella presente rassegna gli articoli focalizzati su: a) metodi di trattamento della comorbidità; b) caffeina e/o tabacco come uniche sostanze d'abuso; c) comorbidità aggiuntive con altri disturbi di asse I o II (ad esempio disturbo borderline di personalità, depressione, disturbo bipolare); d) popolazioni altamente selezionate.

Infine, è stato scelto di non includere in questa rassegna gli studi relativi a campioni di adolescenti (età 12-19), in quanto la presenza di sintomi in età adolescenziale non sempre è indicativa di una diagnosi definitiva di psicopatologia, come può invece risultare per l'età più avanzata. Di conseguenza la percentuale di comorbidità tra disturbi da uso di sostanze e disturbi alimentari in questa particolare fascia di età merita di essere valutata con cautela, per evitare il rischio di inflazionare le percentuali complessive di doppie diagnosi. Inoltre, una specifica rassegna relativa

¹ Psicologa psicoterapeuta, Dipartimento per le Dipendenze ASS6 "Friuli Occidentale"

² Psicologo psicoterapeuta, Responsabile del Centro per i Disturbi Alimentari ASS6 "Friuli Occidentale"

³ Medico psichiatra, Responsabile del Dipartimento per le Dipendenze ASS6 "Friuli Occidentale"

alla comorbidità in questa fascia di età è attualmente oggetto di un'altra pubblicazione (Courbasson C. et al., *submitted for press*).

Utilizzando i suddetti criteri, sono stati selezionati ventidue articoli, e successivamente raggruppati in base alla tipologia del campione: sette studi sono stati condotti sulla popolazione generale, cinque hanno incluso sia un campione clinico sia un gruppo di controllo, e i restanti dieci riguardano popolazioni cliniche. Poiché gli autori hanno preso in considerazione criteri diagnostici diversi nel descrivere le comorbidità e l'entità numerica dei campioni considerati è estremamente varia, viene presentata per ciascuna tipologia di campione una tabella riassuntiva in cui sono riportati per ciascun autore: l'entità numerica del campione considerato, la percentuale di soggetti di sesso femminile nel campione, le caratteristiche demografiche del campione, i criteri diagnostici o sintomatologici presi in considerazione relativi ai DCA e DUS, una sintesi dei principali risultati.

Risultati

a) Comorbidità tra DCA e DUS nella popolazione generale

Gli studi condotti sulla popolazione generale hanno il merito di includere solitamente campioni estremamente ampi; risulta utile paragonare le percentuali di comorbidità in essi rilevate con quelle evidenziate nella popolazione clinica, per verificare se la condizione di essere pazienti richiedenti un trattamento possa comportare il rischio di sovrastimare la presenza di codiagnosi.

Dei sette studi esaminati in questa sezione, quattro (7-10) fanno riferimento alla popolazione canadese e i restanti tre a quella statunitense (11-13), di conseguenza i risultati rilevati nella popolazione generale sono limitati rispetto al contesto culturale di appartenenza dei partecipanti. La **Tabella I** sintetizza caratteristiche e risultati di tali studi. Uno studio canadese (9) prende in considerazione un campione universitario e due studi statunitensi (12, 13) riguardano studenti di college, tipologie di campioni in cui solitamente si evidenziano elevate percentuali di comorbidità, in quanto le popolazioni studentesche vengono considerate ad alto rischio rispetto ad entrambe le patologie. Da notare che due soli studi hanno incluso campioni di sesso maschile (4, 12).

Rispetto all'uso problematico di alcol nella popolazione, questo appare generalmente correlato con i DCA. In particolare, Dansky et al. (11) e Von Ranson et al. (10) evidenziano correlazioni significative tra soggetti con bulimia nervosa (BN) e dipendenza da alcol (DA): il primo rileva come la DA sia presente nel 13.2% dei casi con BN rispetto a 6.0% dei casi in soggetti senza BN o disturbo da alimentazione incontrollata (DAI); il secondo conclude che una donna con BN ha una probabilità di circa 3 volte maggiore di riportare un uso problematico di alcol, rispetto ad una donna senza BN. Per ciò che riguarda l'abuso alcolico (AA), lo stesso Dansky (11) evidenzia invece che questo appare correlato a BN o DAI solo nel caso in cui vengano prese in considerazione altre comorbidità in asse I (depressione maggiore e disturbo post-traumatico da stress), indicando come tale correlazione possa essere indiretta e influenzata dall'associazione con altri disturbi. Dunn et al. in due studi successivi (12, 13) rileva-

no come i DCA non risultino tanto correlati ad un maggior uso di alcol/sostanze in sé (10% di associazione), quanto alle conseguenze negative derivate dall'uso (31% di associazione). In particolare, nei loro studi sia le condotte di abbuffate che di eliminazione risultavano associate a problemi prospettici legati all'alcol.

Per quanto concerne la comorbidità tra DCA e uso di sostanze (US), lo studio di Piran-Robinson (9) ha la particolarità di indagare in un campione universitario le associazioni tra un'ampia gamma di categorie di sostanze lecite e illecite considerate separatamente, e i sintomi di disturbi dell'alimentazione. Questi vengono rilevati sia come singoli comportamenti sia come cluster di sintomi. Inoltre, lo studio prende anche in considerazione l'abuso di alcune categorie di farmaci prescritti e la presenza di specifici comportamenti alimentari disturbati. L'esame dei cluster dell'alimentazione in relazione all'uso di sostanze ha rivelato un'associazione significativa tra dieta con condotte di eliminazione (escluse le abbuffate) e l'uso di stimolanti/anfetamine, così come associazioni significative tra dieta con condotte di eliminazione (con e senza abbuffate) e l'uso di cocaina. Anche l'uso di tabacco si è rivelato associato con abbuffate e dieta (senza condotte di eliminazione). Analogamente, l'abuso di antidepressivi e sonniferi era più alto tra le donne con comportamenti di abbuffate e dieta, ma senza condotte di eliminazione. A sostegno di questi dati, uno studio successivo (7) evidenzia forti associazioni tra il rischio di un DCA e l'uso passato di cocaina e anfetamine in un campione rappresentativo di donne canadesi.

Questo viene confermato da Dunn et al. (13), che rilevano come il vomito, il digiuno e l'uso di lassativi fossero maggiormente associati all'uso di stimolanti rispetto ad altre sostanze.

Infine, Piran-Gadalla (8) distinguono i risultati relativi alle doppie diagnosi in base alle diverse fasce di età da loro considerate, concludendo che tra i 15-24 anni il rischio di comorbidità tra i due disturbi era tre volte maggior della probabilità che la comorbidità fosse casuale; nella fascia 25-44 anni il rischio era quattro volte maggiore della probabilità di un'associazione casuale, nelle donne di età maggiore di 45 anni la copresenza risultava otto volte maggiore del rischio di un'associazione casuale.

b) Comorbidità tra DCA e DUS nei campioni clinici e gruppi di controllo

Tra gli studi selezionati nella presente rassegna, cinque hanno paragonato la prevalenza di DUS in campioni di soggetti con diagnosi di DCA (o con comportamento alimentare problematico), rispetto alla prevalenza di DUS in gruppi di controllo con caratteristiche demografiche omogenee o simili al campione clinico. Di questi cinque studi, tre sono stati condotti negli Stati Uniti (14-16) e due in ambito europeo (17, 18). Di seguito, la **Tabella II** riassume le caratteristiche e i risultati dei cinque studi presi in considerazione.

Come si evidenzia dalla sintesi dei risultati, tutti gli studi hanno rilevato in termini generali una maggior prevalenza di DUS nel gruppo clinico rispetto al gruppo di controllo, sottolineando in particolare una maggior prevalenza nell'uso problematico di alcol e di conseguenze negative ad esso legate nelle pazienti con condotte di eliminazione (CE) (14) e nel sottogruppo con DAI rispetto al sottogruppo DCA-non altri-menti specificato (NAS) (15, 16).

I risultati raccolti nei due studi europei risultano significativi tanto per il numero di soggetti coinvolti quanto per l'analisi dettagliata delle comorbidità.

Root et al. (18) prendono in considerazione un ampio campione femminile di donne svedesi con DCA - suddivise in cinque sottogruppi - e compiono un'analisi articolata rispetto alla prevalenza di varie tipologie di sostanze legali e illegali. La

prevalenza nell'uso di sostanze è stata rilevata più alta rispetto al gruppo di controllo, indicando che l'uso di sostanze non è limitato ad una determinata tipologia di disturbo alimentare. Gli autori sottolineano come il maggior contributo del loro studio sia relativo al sottogruppo delle pazienti con AN. L'osservazione che le donne con AN riportano maggiori comportamenti di uso di sostanze rispetto al gruppo di controllo,

Tabella I

Autori	Campione n°	Età	% F	DCA	DUS	Risultati
Danksy et al. (11)	3006	X= 46.1 (DS=17.3) Range=ns	100	BN DAI	DA/AA nel corso della vita Conseguenze negative associate all'alcol	DA maggiore in BN rispetto a nessuna diagnosi. AA maggiore in BN rispetto a DAI o nessuna diagnosi, solo se presenti depressione maggiore o disturbo post-traumatico da stress
Dunn et al. (12)	3013	X=21.3 (DS=5.22) Range= 18-59 anni	61.9	BN DAI AN	UA nell'ultimo mese US nel corso della vita/negli ultimi tre mesi Conseguenze negative associate all'alcol/altre sostanze	Maggiori conseguenze negative legate a UA/US in BN rispetto a nessuna diagnosi, nonostante non differenze nell'UA/US in BN/DAI rispetto a nessuna diagnosi
Dunn et al. (13)	2090	X=20.0 (DS=3.44) Range=ns	100	BN AN DAI + Sintomi di comportamenti alimentari problematici (vomito, digiuno, abbuffate, uso di lassativi)	UA negli ultimi tre mesi US nel corso della vita Conseguenze negative associate all'alcol/altre sostanze	I comportamenti alimentari problematici sono più fortemente associati alle conseguenze negative legate all'uso di alcol/altre sostanze che all'uso in sé
Gadalla-Piran (7)	36984	X=ns (DS=ns) Età >15 anni	54.6	Sintomi di comportamenti alimentari problematici Preoccupazioni relative all'alimentazione (no specifica diagnosi)	DA/DS negli ultimi 12 mesi US nel corso della vita/negli ultimi 12 mesi Interferenza causata da alcol/altre sostanze	In entrambi i campioni (F/M) interferenza alcolica e uso di anfetamine associati a rischio di DCA. Solo nel campione F rischio di DCA associato all'uso, dipendenza e interferenza da sostanze illecite, così come al numero di sostanze usate.
Piran-Gadalla (8)	20211	X=ns (DS=ns) Range=15-24, 25-44, >45	100	Sintomi di DCA Preoccupazioni relative all'alimentazione (no specifica diagnosi)	AA/DA negli ultimi 12 mesi US/DS nel corso della vita/negli ultimi 12 mesi Interferenza causata da alcol/sostanze	Associazioni significative tra DA/ interferenza alcolica e rischio di DCA, AS/DS e rischio di DCA nei 3 gruppi di età.
Piran-Robinson (9)	526	X=20.84 (DS=1.60) Range=18-25 anni	100	Comportamenti alimentari problematici (abbuffate, dieta, vomito, uso di lassativi, uso di diuretici)	UA/AA nel corso della vita US/AS nel corso della vita Uso/abuso di farmaci prescritti	Associazioni significative tra: abbuffate ed elevati livelli di uso di alcol; dieta con condotte di eliminazione e uso di stimolanti; abbuffate con dieta e uso di tabacco/ abuso di farmaci prescritti
Von Ranson et al. (10)	718	X=41.8 (DS=5.4) Range=28.1-59.6 anni	100	DCA + sintomi di alimentazione problematica	DA/AA nel corso della vita DS/AS/US nel corso della vita	Nessuna specifica associazione tra comportamenti bulimici e US, rispetto a comportamenti anoressici e US. Rispetto alle diverse sostanze, maggiori correlazioni tra intossicazione alcolica e AN-R, e tra DA e BN

Note: X=età media, DS=deviazione standard, %F=percentuale femminile nel campione, DCA=disturbi del comportamento alimentare, DUS=disturbi da uso di sostanze, DAI=disturbo da alimentazione incontrollata, BN=bulimia nervosa, AN=anoressia nervosa, AN-R=anoressia nervosa restrittiva, DA=dipendenza da alcol, AA=abuso alcolico, UA=uso di alcol, DS=dipendenza da sostanze, AS= abuso di sostanze, US= uso di sostanze, ns=non specificato

Tabella II

Autori	Campione n°	Età	% F	DCA	DUS	Risultati
Anderson et al. (14)	21 CE 21 controllo	X=20.1 (DS=1.2) Età <24 anni	100	CE	N° giorni con consumo di alcol nell'ultimo mese (10-19) Episodi di bere incontrollato nell'ultimo mese Conseguenze negative correlate all'alcol	Maggior consumo di alcol ed episodi di AA incontrollato nell'ultimo mese nel campione clinico rispetto a controllo. Maggiori conseguenze negative legate al bere nel campione clinico rispetto a controllo.
Javaras et al. (15)	150 DAI 150 controllo	DAI: X=49.5 (DS=12.8) Range=18-75 Controllo: X=50.2 (DS=12.6) Range=21-75	DAI:76 Controllo:75.3	DAI	AA/DA nel corso della vita AS/DS nel corso della vita	Maggior incidenza di AA/DA nel campione clinico rispetto a controllo, maggior incidenza di AS/DS nel campione clinico rispetto a controllo
Krug et al. (17)	879 DCA 785 controllo	X=25.8 (DS=8.7) Range=ns DCA: X=27.2 (DS=8.9) Range=ns Controllo: X=24.3 (DS=8.2) Range=ns	DCA: 96.6 Controllo: 91.2	AN-R AN-A/CE BN DCA-NAS	UA/US attuale /nel corso della vita	Maggior prevalenza nell'uso di tabacco e altre droghe nel campione clinico. Nessuna differenza tra campione clinico e controllo nell'UA concomitante/ pregresso/settimanale. No prevalenza nell'US rispetto ad altre droghe.
Luce et al. (16)	131 DCA 252 controllo	X=18.8 (DS=2.1) Range=ns	100	BN-CE DAI DCA-NAS	UA: quantità, frequenza nell'ultimo mese, motivi rispetto all'uso	Maggior consumo di alcol nei fine settimana e maggior propensione all'abuso alcolico nel gruppo DAI rispetto ai gruppi DCA-NAS e controllo
Root et al. (18)	789 DCA 12508 controllo	X=34.0 (DS=7.66) Range=20-47	100	AN-R, AN-C/E BN AN-BN DAI	AA/DA US (nel corso della vita/ più di 10 volte al mese)	Maggior uso di sostanze nel campione clinico rispetto a controllo. Maggior abuso/dipendenza alcolica, consumo di pillole dietetiche, stimolanti, fenomeni poliabuso nel sottogruppo AN-BN rispetto a AN-R.

Note: X=età media, DS=deviazione standard, %F=percentuale femminile nel campione, DCA=disturbi del comportamento alimentare, DUS=disturbi da uso di sostanze, DAI=disturbo da alimentazione incontrollata, CE=condotte di eliminazione, DCA-NAS: disturbo del comportamento alimentare non altrimenti specificato, BN=bulimia nervosa, BN-AN=bulimia nervosa con anoressia nervosa, BN-CE=bulimia nervosa con condotte di eliminazione, AN-R=anoressia nervosa restrittiva, AN-A/CE=anoressia nervosa con abbuffate/condotte di eliminazione, DA=dipendenza da alcol, AA=abuso alcolico, UA=uso di alcol, DS=dipendenza da sostanze, AS= abuso di sostanze, US= uso di sostanze, ns=non specificato

mette in discussione alcuni risultati precedenti che affermavano che l'uso di sostanze non è comune tra le donne con AN (19). Le scoperte che i sottogruppi AN-R e AN-A/CE differiscono rispetto all'abuso/dipendenza da alcol, l'uso settimanale di pillole per dimagrire, l'uso di stimolanti e il poliabuso porta un contributo rispetto agli studi sui campioni di AN. Queste conclusioni rispetto all'abuso/dipendenza da alcol nel gruppo AN, in particolare nel gruppo AN-A/CE, amplia i risultati della letteratura che sostiene i comportamenti da uso di sostanze tra le donne con AN (10, 20, 21). Queste distinzioni tra sottotipi di AN e uso di sostanze vengono confermate anche dallo studio multicentrico europeo di Krug et al. (17) che vede la partecipazione di cinque stati europei, inclusi due istituti italiani. Questo prende in considerazione un totale di 1664 soggetti e l'uso attuale o pregresso di diverse tipologie di sostanze. Mentre i pazienti con AN-R generalmente mostravano un rischio di abuso di sostanze pari al gruppo di controllo, i pazienti con BN e AN-A/CE mostravano le stime più alte nell'uso attuale e passato di tabacco, nell'uso di sostanze illecite e nel poliabuso. In generale, rispetto all'uso pregresso, le stime risultavano significativamente più elevate per i pazienti con DAC rispetto al gruppo di controllo per il tabacco

(47.5% vs 35.1%), l'alcol (34.1% vs 26.9%) e l'uso di sostanze (61.3% vs 43.3%). Rispetto all'uso attuale, le stime riscontrate erano più alte per i pazienti con DCA rispetto al gruppo di controllo in riferimento a tabacco (34.8% vs 22.1%) e droghe (34.4% vs 22.1%), ma non rispetto al consumo di alcol (24.6% vs 26.1%) e alla quantità di alcol consumato settimanalmente. Ciò nonostante, a conferma di altri studi (14), la perdita di controllo rispetto al bere era maggiore nei pazienti con DCA rispetto al gruppo di controllo, sia relativamente alla storia pregressa sia all'uso attuale. Contrariamente alle aspettative degli autori, le sostanze inibenti l'appetito non risultavano utilizzate più frequentemente rispetto alle altre, sebbene i soggetti con DCA affermavano di utilizzare le droghe legali e illegali per influenzare il peso e l'appetito, in modo significativamente maggiore rispetto al gruppo di controllo.

c) Comorbidità tra DCA e DUS nella popolazione clinica

Gli studi selezionati riguardanti le popolazioni cliniche risultano maggiormente numerosi e piuttosto eterogenei rispetto alla loro provenienza: quattro sono di matrice statunitense (19,

Tabella III

Autori	Campione n°	Età	% F	DCA	DUS	Risultati
Blinder et al. (22)	2436	X=23.4 (DS=8.6) Range=11-63	100	AN-R AN-A/CE BN DCA-NAS	AA/DA AS/DS	Pz con BN hanno il triplo di possibilità di aver dipendenza/abuso da più sostanze e il doppio di possibilità di avere AA/DA rispetto agli altri DCA. Pz con AN-A/CE con rischio di maggiore comobidità rispetto ad AN-R
Bulik et al. (20)	672	X=ns (DS=ns) Range=13-65 anni	100	AN BN AN/BN	DUA	DUA prevalente in modo significativo in BN e ANBN rispetto ad AN. L'influenza di DCA sullo sviluppo dei DUS è maggiore rispetto al contrario.
Corcos et al. (25)	271	X=ns (DS=ns) Range=15-40	100	AN-R AN-A/CE BN-CE BN-SCE	AA/DA/UA AS/DS/US	Consumo di alcol/altre sostanze + significativo in BN e AN-A/CE rispetto a AN-R. Maggior prevalenza di DA rispetto ad AA in DCA. Sostanze maggiormente usate in DCA: THC e stimolanti. Alto consumo di farmaci psicotropi in DCA rispetto a popolazione generale.
Franko et al. (23)	246	X=ns (DS=ns) Età >12 anni	100	AN-R AN-A/CE BN	DUA	No differenze significative tra AN e BN rispetto ai disturbi da uso di alcol. L'influenza di DCA sullo sviluppo dei DUS è maggiore rispetto al contrario.
Grilo et al. (24)	404	X=44.9 (DS=9.0) Range=ns	76.7	DAI	AA/DA AS/DS	La più significativa comorbidità psichiatrica in DAI, dopo i disturbi dell'umore e d'ansia, sono i DUS. Maggior presenza di DUS in passato nel campione M rispetto a F
Herzog et al. (19)	246	X=ns (DS=ns) Età >12 anni	100	AN-R AN-A/CE BN	DUS	Non differenze di % di DUS e di tipologia di sostanze usate tra AN e BN. Sostanze maggiormente usate: cocaina, amfetamine e cannabis. Maggior incidenza di DUS in AN-A/CE rispetto a AN-R
Iwasaki et al. (27)	171	X=22.3 (DS=4.7) Range=12.6-41.8	100	AN-R AN-A/CE BN-CE, BN-SCE	DUS	Rispetto agli studi occidentali, comorbidità significativamente minore di DUS nei DCA in generale, e nei BN in particolare.
Root et al. (21)	731	X=26.7 (DS=7.9) Range= 13-58 anni	100	AN-R AN-A AN/CE AN/BN	AA/DA/UA AS/DS/US	DUS maggiormente comuni nel sottotipo ANBN rispetto ad altri sottogruppi di AN. Percentuali maggiori di DUS nei soggetti con CE rispetto a soggetti SCE. Sostanze maggiormente usate: cannabis e allucinogeni
Spindler-Milos (26)	277	X=27.9 (DS=7.6) Età >17 anni	100	AN-R AN-A/CE BN-CE BN-SCE DCA-NAS	DUS	Rispetto alla comorbidità psichiatrica, i DUS sono maggiormente correlati ai DCA dopo i disturbi dell'umore e d'ansia. Significative correlazioni tra episodi di abbuffate e DUS.

Note: X=età media, DS=deviazione standard, DCA= disturbi del comportamento alimentare, DUS=disturbi da uso di sostanze, DAI=disturbo da alimentazione incontrollata, CE=condotte di eliminazione, DCA-NAS: disturbo del comportamento alimentare non altrimenti specificato, BN-CE: bulimia nervosa con condotte di eliminazione, SCE: senza condotte di eliminazione, AN-R=anoressia nervosa restrittiva, AN-A =anoressia nervosa con abbuffate, AN-CE=anoressia nervosa con condotte di eliminazione, AN-A/CE=anoressia nervosa con abbuffate/condotte di eliminazione, DA=dipendenza da alcol, AA=abuso alcolico, UA=uso di alcol, DUA= disturbo da uso di alcol, DS=dipendenza da sostanze, AS= abuso di sostanze, US= uso di sostanze, DUS=disturbo da uso di sostanze, ns=non specificato

22-24), due sono stati condotti in Europa (25, 26), uno in Giappone (27) e gli altri due sono studi multicentrici coinvolgenti strutture sanitarie sia europee che nord americane (20, 21).

Di questi, due studi (20, 23) rilevano le correlazioni tra disturbi alimentari e uso problematico di alcol, altri due evidenziano le correlazioni con uso di sostanze psicoattive (19, 25), mentre gli altri rilevano le comorbidità con i disordini di asse I (27) o in generale (22, 24, 26). Un solo studio (24), riguarda esclusivamente il DAI.

Le percentuali di donne con disturbi alimentari che hanno evidenziato un uso problematico di alcol oscillano da 27% (23) al 37% (20). Non solo entrambi gli studi evidenziano una maggior prevalenza di uso problematico di alcol nelle donne con sintomi bulimici rispetto ad anoressici, ma entrambi sono anche concordi nel rilevare che l'influenza dei disturbi alimentari sull'insorgenza di un uso problematico di alcol è maggior rispetto al contrario. Infatti la maggior parte degli individui mostravano che l'insorgenza del disturbo alimentare precedeva l'esordio di uso problematico di alcol.

Per quanto concerne le correlazioni tra disturbi alimentari e uso di sostanze psicoattive, le percentuali rilevate nella comorbidità oscillano tra 15% (25) e 17% (19). Entrambi gli studi sono concordi nell'evidenziare un uso ridotto di sostanze nel sottogruppo delle anoressiche con condotte restrittive, indicando una maggior probabilità di intraprendere comportamenti rischiosi/impulsivi nelle pazienti con sintomi bulimici. Le droghe di abuso più frequentemente rilevate sono stati gli stimolanti con effetti di soppressione dell'appetito. Corcos et al. (25) sottolineano l'alta incidenza di uso di tetraidrocannabinoli e il fatto che oltre il 50% delle pazienti con disturbi dell'alimentazione riceve un trattamento con antidepressivi, con la presenza di autoprescrizioni nel gruppo delle bulimiche e con aumento nell'uso sia nel gruppo delle bulimiche, sia in quello delle anoressiche con condotte di eliminazione.

Gli studi volti a rilevare quali tipologie di disturbi di asse I siano maggiormente correlati ai DCA (24, 26) sono concordi nell'evidenziare che i DUS risultano essere le condizioni patologiche maggiormente correlate dopo i disturbi dell'umore e i disturbi d'ansia.

L'unico studio a rilevare percentuali significativamente minori di comorbidità tra DCA e DUS è quello condotto in Giappone. Iwasaki et al. (27) rilevano che solo il 6% dei soggetti nel campione riportava un uso problematico di sostanze psicoattive nel corso della vita, e più della metà di questi avevano una diagnosi di abuso alcolico. La significativa differenza nelle percentuali rispetto ai paesi occidentali fa propendere verso l'ipotesi dell'impatto di variabili socioculturali e differenze etniche nella popolazione giapponese.

Discussione

Le tre categorie di studi presentati in questa rassegna evidenziano significative correlazioni tra DCA e DUS. In particolare, emerge come alcune tipologie di DCA quali BN e AN-A/CE, in cui sono presenti le variabili della disregolazione emotiva e del carente controllo dell'impulsività, sono maggiormente correlate ai DUS.

Come si evince dalle tabelle riassuntive, appare arduo ottenere una stima generale delle correlazioni tra le due pa-

tologie, poiché alcune questioni metodologiche rendono gli studi difficilmente paragonabili. In primo luogo, diversi sono i criteri diagnostici o sintomatologici utilizzati per rilevare i disturbi presi in considerazione. Mentre alcuni studi (in particolare quelli riguardanti la popolazione clinica) registrano la presenza di DCA solo nel caso in cui vengano pienamente soddisfatti i criteri diagnostici indicati nel DSM-IV-TR (28), altri prendono in considerazione anche le condizioni sottosoglia o si focalizzano su specifici comportamenti alimentari problematici, quali ad esempio le condotte di eliminazione o le preoccupazioni relative all'alimentazione. Questo aspetto risulta rilevante sia nella ricerca sia nella pratica clinica, poiché è noto che spesso i singoli comportamenti o i sintomi sottosoglia risultano predittivi dell'insorgenza di un successivo disturbo, o determinano conseguenze negative che impattano pesantemente sulla qualità di vita del soggetto. Ad esempio la condotta di eliminazione (14), pur non essendo da sola indicativa di una diagnosi di bulimia nervosa, nello stesso tempo rappresenta sicuramente un comportamento alimentare grave e patologico in sé, degno di essere rilevato.

Un analogo discorso vale per la diagnosi dei DUS: oltre alla classiche categorie diagnostiche dell'abuso e della dipendenza, vengono anche rilevati altri indicatori comportamentali quali l'uso problematico e le conseguenze negative legate all'uso. Quest'ultima misura in particolare appare significativa, in quanto persone con uso occasionale di alcol o altre sostanze possono comunque sperimentare gravi conseguenze legate al consumo, come arresti o licenziamenti, o mettere in atto comportamenti ad alto rischio per la propria salute o per la vita stessa, ad esempio comportamenti sessuali promiscui o guida sotto l'effetto di sostanze. Infine, rispetto al tema delle categorie diagnostiche utilizzate e al relativo sistema classificatorio basato sul DSM-IV-TR, vale la pena evidenziare come la maggior parte delle indagini qui selezionate sia stata condotta sulle categorie BN, AN e in alcuni casi DAI, mentre solo quattro studi hanno incluso il DCA-NAS (16, 17, 22, 26). La pratica clinica evidenzia invece come questa categoria (o "non-categoria") risulti di fatto la più comune tra i pazienti, e alcuni autori (3) riportano come il DAC-NAS risulti maggiormente diffuso tra le persone con DUS rispetto a coloro che non fanno uso di droghe.

Un'altra differenza metodologica negli studi consiste nel fatto che alcuni rilevano le condizioni patologiche attuali, altri la presenza dei disturbi negli ultimi dodici mesi o nel corso dell'intera vita, altri ancora prendono in considerazione diverse condizioni temporali, così come lo spettro di sostanze esaminate può risultare più o meno ampio.

Infine, per ciò che concerne i metodi di rilevazione delle informazioni, mentre gli studi riguardanti campioni della comunità si basano frequentemente su risposte auto riferite e su differenti tipologie di questionari, gli studi clinici usano solitamente metodi più standardizzati (ad esempio la SCID) (29); i primi hanno tuttavia il vantaggio di prendere in considerazione campioni più estesi e non sono inficiati dalle variabili intervenienti che si ritrovano nelle popolazioni cliniche.

Conclusioni e sviluppi futuri

Vista la significativa copresenza di DCA e DUS tanto nei campioni clinici quanto nella popolazione generale, appare

interessante comprendere meglio in che modo questi disturbi si influenzano reciprocamente e i relativi *pattern* di evoluzione. Anche se l'analisi delle ipotesi esplicative delle correlazioni tra i due disturbi esula dagli obiettivi di questa rassegna, vale la pena accennare al fatto che sono stati formulati alcuni modelli teorici (1, 2) sia a favore dell'ipotesi della presenza di una eziologia condivisa tra le due categorie diagnostiche (in termini di predisposizione comune, come ad esempio una personalità addictive, l'influsso degli oppioidi endogeni, una particolare storia familiare, etc...), sia riguardanti una relazione causale tra le due categorie, ossia l'assunto che l'avere problemi in un'area espone l'individuo al rischio di sviluppare problemi nell'altra. Evidenze empiriche sono necessarie per supportare e confermare l'una o l'altra ipotesi teorica, certo è che rimane fondamentale prendere in considerazione il fenomeno della codiagnosi tra DCA e DUS sia per la sua elevata frequenza, sia per la gravità che ne deriva. Infatti, entrambi i disturbi sono associati con il più alto tasso di rischio di mortalità tra tutti i disturbi psichiatrici (23), quindi la loro copresenza aumenta significativamente la percentuale di rischio di morte.

Ciò comporta importanti implicazioni rispetto l'*assessment*, la pianificazione dei trattamenti e la ricerca futura. Per quanto concerne l'*assessment*, si richiede l'attenzione dei professionisti sanitari rispetto al tema della codiagnosi, così come la disponibilità di agili strumenti che consentano di indagare entrambe le patologie e le relazioni tra loro, includendo sia misure dimensionali sia sintomatologiche (4). Ciò significa che persone richiedenti un trattamento per DCA presso i servizi specializzati dovrebbero essere valutate in fase iniziale e nel corso del trattamento rispetto ad un possibile problema di US, così come l'utenza che accede ai servizi per le dipendenze andrebbe accuratamente monitorata rispetto ai comportamenti alimentari e alla loro evoluzione. Analogamente, sarebbe importante che i medici di base o altri professionisti sanitari che intercettino la presenza dell'uno o dell'altro disturbo svolgessero un iniziale *assessment* per diagnosticare una eventuale copresenza delle due patologie. Oltre all'avere a disposizione efficaci strumenti di valutazione, si rileva l'importanza di una formazione comune e di una collaborazione tra professionisti operanti in entrambi i campi, anche per pianificare e realizzare trattamenti integrati per quei pazienti in cui la comorbidità è presente. Infatti, trattare pazienti in base ad un unico disturbo senza considerare la possibilità di comorbidità può comportare il rischio di esacerbare la sintomatologia sottosoglia dell'altro disturbo (5). Ad esempio, non è raro nella pratica clinica osservare che alcuni pazienti riportino un consumo esagerato di dolci o una perdita di controllo nel mangiare, proprio nel momento in cui riescono a gestire con successo il *craving* relativo alle sostanze. Al riguardo, nei paesi che vantano un consistente numero di studi relativi all'argomento – come ad esempio il Canada – esistono interessanti esperienze di terapia di gruppo basate sulla *mindfulness* o sulla terapia dialettico-comportamentale, indirizzate a pazienti con comorbidità DCA-DUS (vedi l'esperienza dell'*Eating Disorders and Addiction Clinic del Centre for Addiction and Mental Health* – EDAC/CAMH di Toronto). La scelta di utilizzare tecniche e strategie terapeutiche centrate sulla regolazione emotiva confermerebbe la validità dell'ipotesi di un tessuto patologico sottostante questi due disturbi, entrambi caratterizzati da deficit nel controllo dell'impulsività e difficoltà da parte del soggetto nel gestire il proprio livello di attivazione emotiva (2, 3).

Per ciò che concerne la ricerca futura, i dati riportati in questa rassegna di studi evidenziano come la popolazione maschile raramente sia oggetto di indagine, e pochi sono i risultati ad essa attinenti. Nonostante sia noto come i DCA siano maggiormente presenti nelle donne, risulta vero il contrario se viene considerata l'incidenza dei DUS. È plausibile pensare che la distinzione delle due patologie in base al sesso abbia a che fare con l'egosintonia del mezzo usato rispetto all'identità di genere, ossia le donne con l'investimento sulla forma e sull'immagine corporea e con una maggior presenza di disturbi interiorizzanti, e gli uomini con la messa in atto di comportamenti trasgressivi e con una maggior incidenza di disturbi esternalizzanti (30); entrambi i sessi meritano quindi di essere valutati rispetto al tema della codiagnosi. A tal riguardo, sarebbe inoltre interessante verificare l'ipotesi dell'esistenza di specifici *pattern* di comorbidità negli uomini, esaminando ad esempio l'uso e abuso di sostanze più frequentemente consumate dalla popolazione maschile, quali gli steroidi anabolizzanti e la loro associazione con le tematiche relative all'immagine corporea, quali il controllo del peso o il raggiungimento di determinate caratteristiche fisiche o prestazionali. Inoltre, sarebbe interessante ampliare e aggiornare l'indagine rispetto alla gamma di sostanze utilizzate in entrambi i sessi, e la loro correlazione con le tematiche alimentari. Tra quelli selezionati, pochi studi indagano l'uso di pillole dimagranti o l'abuso di farmaci prescritti, mentre altre sostanze che si stanno diffondendo più recentemente quali le *smart drugs* andrebbe incluse nelle ricerche.

Per ciò che riguarda la realtà italiana in particolare, ulteriori studi, multicentrici o condotti su campioni della popolazione, sarebbero utili per supportare i dati già disponibili e valutare l'entità del fenomeno della doppia diagnosi DCA-DUS nel nostro paese. Ciò consentirebbe, se necessario, la progettazione e sperimentazione di specifici interventi clinici integrati, nonché lo studio dei fattori di rischio e protettivi comuni alle due patologie, rispetto ai quali ipotizzare e realizzare azioni preventive.

Bibliografia

1. Wolfe WL, Maisto SA (2000): The relationship between eating disorders and substance use: moving beyond co-prevalence research. *Clin Psychol Rev.* 20: 617-631.
2. Conason AH, Brunstein Klomek A, Sher L (2006): Recognizing alcohol and drug abuse in patients with eating disorders. *QJM.* 99: 335-339.
3. Grilo CM, Sinha R, O'Malley SS (2002): Eating Disorders and Alcohol Disorders. *Alcohol Research and Health.* 26: 151-160.
4. Gadalla T, Piran N (2007): Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta analysis. *Arch Womens Ment Health.* 10: 133-140.
5. Harrop EN, Marlatt GA (2010): The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: prevalence, etiology, and treatment. *Addict Behav.* 35: 392-398.
6. Nizzoli U (a cura di) (2007): *Disturbi dell'alimentazione e abuso di sostanze*, Padova, Edizioni Piccin.
7. Gadalla T, Piran N (2007): Eating disorders and substance abuse in Canadian men and women: a national study. *Eat Disord.* 15: 189-203.
8. Piran N, Gadalla T (2007): Eating disorders and substance abuse in Canadian women: a national study. *Addiction.* 102: 105-113.
9. Piran N, Robinson SR (2006): Associations between disordered eating behaviors and licit and illicit substance use and abuse in a university sample. *Addict Behav.* 31: 1761-1775.
10. von Ranson KM, Iacono WG, McGue M (2002): Disordered eating and substance use in an epidemiological sample: I. Associations within individuals. *Int J Eat Disord.* 31: 389-403.

11. Dansky BS, Brewerton TD, Kilpatrick DG (2000): Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: results from the National Women's Study. *Int J Eat Disord.* 27: 180-190.
12. Dunn EC, Larimer ME, Neighbors C (2002): Alcohol and drug-related negative consequences in college students with bulimia nervosa and binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 32: 171-178.
13. Dunn EC, Neighbors C, Fossos N, Larimer ME (2009): A cross-lagged evaluation of eating disorder symptomatology and substance-use problems. *J Stud Alcohol Drugs.* 70: 106-116.
14. Anderson DA, Martens MP, Cimini MD (2005): Do female college students who purge report greater alcohol use and negative alcohol-related consequences? *Int J Eat Disord.* 37: 65-68.
15. Javaras KN, Pope HG, Lalonde JK, Roberts JL, Nillni YI, Laird NM, et al. (2008): Co-occurrence of binge eating disorder with psychiatric and medical disorders. *J Clin Psychiatry.* 69: 266-273.
16. Luce KH, Engler PA, Crowther JH (2007): Eating disorders and alcohol use: group differences in consumption rates and drinking motives. *Eat Behav.* 8: 177-184.
17. Krug I, Treasure J, Anderluh M, Bellodi L, Cellini E, di Bernardo M, et al. (2008): Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: a European multicenter study. *Drug Alcohol Depend.* 97: 169-179.
18. Root TL, Pisetsky EM, Thornton L, Lichtenstein P, Pedersen NL, Bulik CM (2010): Patterns of co-morbidity of eating disorders and substance use in Swedish females. *Psychol Med.* 40: 105-115.
19. Herzog DB, Franko DL, Dorner DJ, Keel PK, Jackson S, Manzo MP (2006): Drug abuse in women with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 39: 364-368.
20. Bulik CM, Klump KL, Thornton L, Kaplan AS, Devlin B, Fichter MM, et al. (2004): Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *J Clin Psychiatry.* 65: 1000-1006.
21. Root TL, Pinheiro AP, Thornton L, Strober M, Fernandez-Aranda E, Brandt H, et al. (2010): Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 43: 14-21.
22. Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA (2006): Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosom Med.* 68: 454-462.
23. Franko DL, Dorner DJ, Keel PK, Jackson S, Manzo MP, Herzog DB (2005): How do eating disorders and alcohol use disorder influence each other? *Int J Eat Disord.* 38: 200-207.
24. Grilo CM, White MA, Masheb RM (2009): DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 42: 228-234.
25. Corcos M, Nezelof S, Speranza M, Topa S, Girardon N, Guilbaud O, et al. (2001): Psychoactive substance consumption in eating disorders. *Eat Behav.* 2: 27-38.
26. Spindler A, Milos G (2007): Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity. *Eat Behav.* 8: 364-373.
27. Iwasaki Y, Matsunaga H, Kiriike N, Tanaka H, Matsui T (2000): Comorbidity of axis I disorders among eating-disordered subjects in Japan. *Compr Psychiatry.* 41: 454-460.
28. American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed, Text Revision), Washington, DC, Author.
29. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J (eds) (1997): *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*, Research Version, Patient, New York, Biometrics Research NYSPI.
30. Johnson DM, Shea MT, Yen S, Battle CL, Zlotnick C, Sanislow CA, et al. (2003): Gender differences in borderline personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Compr Psychiatry.* 44: 284-292.