

PREVALENȚA TULBURĂRILOR DE ALIMENTAȚIE ÎN COMORBIDITATEA CU ANXIETATEA: studiu transversal neexperimental

Manuela RĂSCOL¹, Maria Madalina LETI²,
Valentin VARLAS^{3,4}, Vlad DIMA³, Roxana
BOHILTEA^{3,4}, Anca Lucia POP², Tatiana
ONISEI¹

¹Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare pentru
Bioresurse Alimentare, București, România

²Disciplina Laborator Clinic-Igiena Alimentației,
Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila",
București, România

³Disciplina Obstetrică și Ginecologie, Spitalul Clinic
Filantropia, București, România

⁴Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila",
București, România

Autor de corespondență:

Vlad Dima: E-mail: dima.vlad@yahoo.com

Prezentul studiu și-a propus să investigheze simptomele tulburărilor de alimentație și anxietatea pe un eșantion de 46 de participanți din populația adultă activă fără un diagnostic psihiatric.

Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3, Garner, 2004) și Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ, Zimmerman, 2002) au fost autoadministrate într-un singur pas. Rezultatele obținute au evidențiat corelații pozitive semnificative statistice între scala compozită – risc de tulburare de alimentație și bulimie ($r = 0,326, p < 0,05$), tulburare de panică ($r = 0,300, p < 0,05$) și indicele de masă corporală ($r = 0,511, p < 0,01$). S-au obținut rezultate semnificative din punct de vedere statistic și între scala de insatisfacție corporală și indicele de masă corporală ($r = 0,531, p < 0,01$). Datele obținute pot reprezenta puncte de plecare pentru studii mai aprofundate cu privire la posibilele metode de creștere a calității vieții în rândul pacienților cu anxietate și tulburări de alimentație, care s-ar putea baza pe modificarea strategiilor cognitive și comportamentale ale acestora cu privire la alimentație.

Cuvinte cheie: tulburări de alimentație, anxietate, comorbiditate, depresie, indice de masă corporală

INTRODUCERE

Preocuparea oamenilor pentru hrană înseamnă mai mult decât nevoile lor nutriționale. Tulburările de alimentație (TA) sunt legate mai ales de domeniul psihonoemoțional, nu de cel alimentar, indiferent de vârstă. Pentru oamenii din diverse culturi, alimentele pot reprezenta de la o sursă de nutriție și o plăcere senzorială, la un marker social, o sursă de sens și adesea o entitate morală [1].

În prezent, comportamentul alimentar este perceput drept un concept multidimensional, care include aspecte comportamentale, cognitive, emoționale și biologice, ca parte a mediului său (familie, societate, muncă), cu tot ceea ce presupun el (cultură, obiceiuri religioase, constrângeri financiare) [2].

Tulburările de alimentație sunt caracterizate printr-o tulburare persistentă a alimentației sau a comportamentului alimentar, care are ca rezultat alterarea consumului și absorbției alimentelor, cu un impact semnificativ asupra sănătății fizice și funcționării psihosociale [3]. Tulburările de alimentație afectează multiple aspecte ale funcționalității, inclusiv comportamentul (de exemplu, obiceiurile alimentare), atitudinile și valorile (de exemplu, evaluarea formei și greutateii), funcționarea psihosocială (nivelurile de depresie și de anxietate; funcționarea interpersonală) și sănătatea fizică (greutatea corporală) [4,5]. Caracteristicile definitorii includ tulburări de imagine corporală, alimentație restrictivă sau necontrolată și manifestarea unor comportamente extreme de control al formei și greutateii corpului (înfometare, exerciții compulsive) [6].

Dezechilibrele resimțite de organism în urma unei alimentații nesănătoase pot fi corelate cu perturbarea cantitativă sau calitativă a aportului alimentar și cu o serie de tulburări psihonoemoționale. În plus, schimbările în comportamentul alimentar semnaleză de obicei că persoana se confruntă cu probleme emoționale sau de dispoziție.

Cele mai frecvente comorbidități ale TA sunt depresia, tulburarea bipolară, tulburările de panică sau de anxietate, tulburarea de stres posttraumatic (PTSD), tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC), tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă, tulburările de somn, abuzul de substanțe sau dependențele.

Anxietatea socială se poate manifesta în special la cei cu predispoziție la TA, deoarece cercetările arată că „stresul din evaluarea socială negativă poate juca un rol esențial, fiind o cauză a simptomelor tulburării de alimentație” [7].

Mai multe studii au identificat corelații pozitive între tulburările mentale, comportamentele cu risc alimentar și riscul crescut de deces prematur [8,9].

S-a specificat în numeroase studii că asocierea tulburărilor psihice cu simptomele TA poate determina rezistență la tratament și TA cronice [10,11].

În ceea ce privește tratamentul TA, poate fi unul holistic, care ia în considerare atât tratamentul medicamentos, cât și cel psihologic pentru a crește calitatea vieții și a reduce unele comorbidități precum anxietatea, depresia sau simptomele obsesiv-compulsive [12].

Din acest motiv, psihoterapia cognitiv-comportamentală, grupurile de sprijin, tratamentul psihofarmacologic personalizat, a cărui eficacitate a fost dovedită prin studii clinice, sunt necesare pentru tratarea TA și a anxietății [13].

Acest studiu a pornit de la ipotezele care presupuneau că persoanele cu risc de TA prezintă și comorbidități în spectrul tulburărilor anxioase (tulburare de panică, anxietate generalizată, fobie socială sau specifică, tulburare obsesiv-compulsivă etc.) și, de asemenea, că cei cu un indice de masă corporală ridicat sau foarte scăzut, prezintă risc de TA. Screeningul populației a avut ca scop identificarea factorilor psihologici cu rolul lor în predispoziția la comportamente de risc alimentar.

MATERIAL ȘI METODĂ

Participanți

Studiul a inclus 46 de persoane fără un diagnostic psihiatric anterior, selectate voluntar, cu vârste cuprinse între 22 și 64 de ani, de naționalitate română, dintre care 7 bărbați și 39 femei. Din punct de vedere al greutateii, pacienții au avut minimum 45 kg și maximum 120 kg.

Indicele de masă corporală (IMC) este utilizat în medicină pentru a determina riscul unei persoane de a dezvolta boli din cauza greutateii prea mici sau prea mari. Formula utilizată este greutatea (kg)/înălțimea (m)². IMC-ul a avut valori cuprinse între 17,10, adică subpondere cu risc de boală, și 37,87, reprezentând obezitate de gradul II, cu risc crescut de îmbolnăvire.

Instrumente de evaluare și procedura de cercetare

Toți participanții au completat Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3, Garner, 2004) [14] și Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ, Zimmerman, 2002) [15].

Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3, Garner, 2004) este un instrument pentru screening-ul și evaluarea severității simptomelor TA, cu 91 de parametri grupați în scale de bază și scale compozite. Scala specifică TA, respectiv riscul de TA, include 3 subscale care măsoară dorința de a fi slab, bulimia și nemulțumirea corpului.

Chestionarul de screening de diagnostic psihiatric (PDSQ, Zimmerman, 2002) este un instrument de auto-raportare care permite screening-urile pentru tulburările DSM-IV Axa I și realizarea diagnosticului diferențial [7].

Scala include 125 de întrebări, iar timpul necesar pentru completarea chestionarului a fost de aproximativ 20 de minute. Întrebările sunt grupate pe 13 scale (tulburare depresivă majoră, tulburare de stres posttraumatic, bulimie/tulburare de alimentație excesivă, tulburare obsesiv-compulsivă, tulburare de panică, psihoză, agorafobie, fobie socială, abuz/dependență de alcool, abuz/dependență de

droguri, tulburare de anxietate generalizată, tulburare de somatizare, hipocondriază, PDSQ total). Deși scorul total poate fi utilizat ca măsură generală a psihopatologiei, acest chestionar permite îmbunătățirea eficienței clinice prin luarea în considerare a comorbidității diagnostice.

Fiecare participant a efectuat procedura de auto-aplicare a testelor în format fizic, lipsa unui diagnostic psihiatric conferea criteriul de includere. Principiile de etică au fost îndeplinite prin informarea participanților cu privire la scopul strict de cercetare al acestui studiu și semnarea consimțământului informat înainte de a răspunde la întrebările chestionarelor.

REZULTATE

Pentru testarea ipotezei de la care a pornit acest studiu, rezultatele testelor au fost analizate prin analiza de corelație și calcularea coeficientului de corelație Pearson. A fost folosit pentru aceasta softul SPSS versiunea 23.

În urma analizei de corelație, s-au găsit rezultate semnificative statistic între diferitele scale ale celor două chestionare autoaplicate și IMC, după cum urmează:

- Bulimie (EDI-3), cu IMC ($r = 0,493, p < 0,01$) și cu tulburare de panică (PDSQ) ($r = 0,417, p < 0,01$) indicând o asociere medie între cele două;

- Insatisfacția corporală (EDI3) și IMC ($r = 0,531, p < 0,01$) indicând o asociere puternică între cele două;

- Tulburare de panică (PDSQ) cu stima de sine scăzută (EDI-3) ($r = 0,474, p < 0,01$), cu alienare personală (EDI-3) ($r = 0,340, p < 0,01$), cu nesiguranță interpersonală ($r = 0,387, p < 0,01$), cu deficiențe interoceptive ($r = 0,307, p < 0,05$), cu dereglare emoțională ($r = 0,301, p < 0,05$), indicând o asociere medie între cele două;

- Risc de TA (EDI-3) cu tulburare de panică (PDSQ) ($r = 0,300, p < 0,05$), respectiv risc de TA (EDI-3) cu IMC ($r = 0,511, p < 0,01$) indicând o asociere medie/puternică între cele două.

Tabelul 1. Corelația dintre scalele PDSQ și EDI-3

Scalele PDSQ/ EDI-3	Depression	Bulimia	Panic Dis- order	Agoraphobia	Social Phobia	Generalized Anx- iety Disorder	PDSQ Total	Body mass index
Bulimie	,192	,314*	,417**	,112	,102	,088	,208	,493**
Insatisfacție corporală	,043	,266	,208	-,153	-,099	-,186	-,013	,531**
Stimă de sine scăzută	,139	,109	,474**	,230	,191	,166	,283	,060
Alienare personală	,112	-,207	,340*	,206	,266	,219	,248	-,062
Nesiguranță interpersonală	,172	-,201	,387**	,193	,224	,163	,180	,057
Alienare interpersonală	,150	-,129	,237	,180	,341*	,162	,213	-,124
Deficite interoceptive	,289	,040	,307*	,331*	,386**	,334*	,404**	-,082
Dereglare emoțională	,264	-,124	,301*	-,010	,276	,350*	,306*	,022
Ascetism	,311*	-,009	,076	-,182	,183	,080	,114	,130
Teama de maturizare	-,049	,036	,226	,404**	,043	,094	,101	,068
Risc de tulburare de alimentație	,104	,326*	,300*	-,095	-,020	-,040	,083	,511**

6 ** Corelația este semnificativă la nivelul 0,01
* Corelația este semnificativă la nivelul 0,05



DISCUȚII

Rezultatele obținute în urma analizei de corelație susțin parțial ipoteza inițială care arată că persoanele cu risc de TA prezintă și comorbidități din spectrul tulburărilor de anxietate (tulburare de panică, anxietate generalizată, fobie socială) și, de asemenea, cele cu un indice de masă corporală ridicat prezintă un risc crescut de TA.

Rezultatele obținute în acest studiu sunt în concordanță cu cele obținute în alte studii [13,16,17], evidențiind asocierea pozitivă dintre TA și simptomele de anxietate.

Rezultate mult mai consistente ar putea rezulta dintr-un studiu experimental sau prin includerea unui număr mult mai mare de participanți, acestea fiind câteva dintre limitările prezentei cercetări.

CONCLUZII

Literatura de specialitate în care se evaluează relația dintre simptomele tulburărilor de anxietate ca o comorbiditate a tulburărilor de alimentație reprezintă un subiect de interes, iar în ultimii ani începând a fi incluse împreună, dar numărul de studii este insuficient. În viitor, studiile ar trebui să includă variabile ale tulburărilor de anxietate și depresie care au un impact semnificativ asupra TA. Astfel, comorbiditatea reprezentată de TA și tulburările de anxietate va fi mai bine înțeleasă, ducând la rezultate mai consistente bazate pe dovezi.

Bibliografie

1. Rozin, P. (1996). Towards a psychology of food and eating. From motivation to module, to model to marker, morality, meaning and metaphor. *Current Directions in Psychological Science*, 5(1), 18-24.
2. Karlsson, J, Persson, L.O., Sjostrom, L., Sullivan, M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study, *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24, 1715-1725.
3. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
4. Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416.
5. Levinson, C. A., Rodebaugh, T. L., Social anxiety and eating disorder comorbidity: the role of negative social evaluation fears. *Eating Behaviors*, 2012, 13, 27-35
6. Striegel-Moore, R.H. și Bulik, C.M., Risk factors for eating disorders, *American Psychologist*, 2007, 62(3), 181-198
7. American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. *Dsm-iv sourcebook*. Vol. 1. American Psychiatric Pub, 1994.
8. Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. Psychiatric comorbidities of female in-patients with eating disorders. *Psychosom Med*. 2006;68:454-462.
9. McElroy SL, Crow S, Blom TJ, Cuellar-Barboza AB, Prieto MLVeldic M, Winham SJ et al. Clinical features of bipolar spectrum with binge eating behaviour. *J Affect Disord*. 2016;201:95-98.
10. Blinder BJ, Chaitlin BF, Goldstein R. (Eds). *The Eating Disorders: Medical and Psychological Bases of Diagnosis and Treatment*. PMA Publications: New York; 1988
11. Bulik CM. Anxiety, depression, and eating disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, eds. *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York, NY: The Guilford Press; 2002.
12. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders*. British Psychological Society (UK), 2004.
13. Cicek Hocaoglu (February 1st 2017). *Eating Disorders with Comorbidity Anxiety Disorders*, *Eating Disorders - A Paradigm of the Biopsychosocial Model of Illness*, Ignacio Jauregui-Lobera, IntechOpen.
14. Garner, David M. EDI-3, eating disorder inventory-3: Professional manual. Psychological Assessment Resources, Incorporated, 2004.
15. Zimmerman, Mark. *The psychiatric diagnostic screening questionnaire: Manual*. Western Psychological Services, 2002.
16. Kaye, W. H., Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 2004 161, 2215-2221.
17. Swinbourne, Jessica & Hunt, Caroline & Abbott, Maree & Russell, Janice & Clare, Tamsen & Touyz, Stephen. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 46. 118-31.