

Introduzione

Il disturbo da alimentazione incontrollata, o secondo la definizione americana *binge eating disorder*, è stato descritto per la prima volta nel 1959 dallo psichiatra e ricercatore americano Albert Stunkard per illustrare le caratteristiche di un sottogruppo di pazienti con obesità ed episodi ricorrenti di alimentazione eccessiva e incontrollata. La sua esistenza come disturbo dell'alimentazione distinto è stata però ignorata fino alla seconda metà degli anni ottanta, quando alcuni studi sulla prevalenza della bulimia nervosa nella popolazione evidenziarono un ampio sottogruppo di individui che non usava comportamenti di compenso dopo gli episodi bulimici. Nello stesso periodo si osservò che circa un quarto degli individui che richiedeva un trattamento per l'obesità riportava episodi bulimici ricorrenti, ma non soffriva di bulimia nervosa. Studi successivi hanno confermato che il disturbo da alimentazione incontrollata presenta caratteristiche distintive rispetto alla bulimia nervosa e all'obesità, ma solo nel 2013 il disturbo è stato riconosciuto come categoria diagnostica distinta dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5).

Negli ultimi 10 anni sono stati pubblicati più di 1500 articoli sul disturbo da alimentazione incontrollata in riviste scientifiche internazionali e oggi abbiamo un'ampia conoscenza delle sue principali caratteristiche cliniche. Gli studi effettuati hanno anche fatto emergere due problemi che complicano il trattamento.

Il primo problema è l'ampia eterogeneità della psicopatologia sottostante agli episodi bulimici. In alcuni individui gli episodi bulimici sono scatenati e mantenuti da eventi e cambiamenti emotivi

associati e possono avere diverse funzioni come, per esempio, il distrarsi dagli eventi negativi e dai problemi che preoccupano o l'attenuare stati emotivi intensi e intollerabili o il gratificarsi con il cibo.

In altri individui, in cui è spesso presente un'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo, gli episodi bulimici sono scatenati dalla rottura della dieta che viene seguita in modo intermittente per cercare di perdere peso. Questo accade perché l'individuo interpreta le minime trasgressioni alimentari come l'evidenza della sua mancanza di autocontrollo e non del fatto che le regole dietetiche adottate sono troppo rigide ed estreme. Ciò favorisce l'abbandono temporaneo dello sforzo di controllare l'alimentazione e l'episodio bulimico.

In altri casi, infine, l'episodio bulimico può essere l'espressione di un disturbo psicologico sottostante come, per esempio, la depressione clinica, il disturbo bipolare, i disturbi d'ansia e i disturbi da uso di sostanze.

Il secondo problema è l'effetto limitato dei trattamenti disponibili sulla perdita di peso, quando al disturbo da alimentazione incontrollata è associata una condizione di obesità.

Tra le psicoterapie buoni risultati sulla remissione degli episodi bulimici sono stati ottenuti dalla terapia cognitivo comportamentale, dalla psicoterapia interpersonale e dall'auto-aiuto guidato basato sulla terapia cognitivo comportamentale. Risultati promettenti sono stati riportati anche dalla terapia dialettico comportamentale e dalla terapia focalizzata sulle emozioni, in particolare se associata a consigli dietetici. La maggior parte di questi interventi sono però inefficaci nel produrre una perdita di peso salutare a breve e a lungo termine negli individui con obesità associata.

In questi individui sono stati anche testati i trattamenti di perdita di peso basati sulla modificazione dello stile di vita e la chirurgia bariatrica. I dati disponibili indicano che i trattamenti basati sulla modificazione dello stile di vita non sono efficaci come la terapia cognitivo comportamentale e la psicoterapia interpersonale nel ridurre la frequenza degli episodi bulimici, mentre ottengono

una maggiore perdita di peso rispetto a questi due trattamenti a breve termine, ma non a lungo termine. Nei trattamenti di perdita di peso basati sulla chirurgia bariatrica, invece, la presenza di disturbo da alimentazione incontrollata predice una minore perdita di peso e un maggiore recupero di peso, un dato comunque non osservato in tutti gli studi. È stato proposto che la minore efficacia dell'intervento di chirurgia bariatrica si verifica in particolare nel sottogruppo di individui in cui ricompare, spesso anche dopo anni dall'intervento, la perdita di controllo nei confronti dell'alimentazione. Questa, in molti casi, non è associata all'assunzione di una grande quantità di cibo, per i limiti imposti dalla restrizione gastrica prodotta dall'intervento chirurgico, ma è ripetuta durante il giorno. È da sottolineare, inoltre, che gli interventi di chirurgia bariatrica, oltre ad essere gravati in alcuni casi da importanti complicazioni fisiche, sono indicati per una minoranza di individui affetti da obesità grave che hanno fallito trattamenti non chirurgici ben condotti.

Infine, tra i farmaci sono stati studiati gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (fluoxetina, fluvoxamina, citalopram, sertralina), la sibutramina, il topiramato e il bupropione. In generale i farmaci, ad eccezione del bupropione, producono riduzioni clinicamente significative della frequenza degli episodi bulimici rispetto al placebo in studi a breve termine, e la sibutramina, il topiramato e il bupropione, ma non gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, anche una riduzione clinicamente significativa del peso corporeo. Tuttavia, la sibutramina è stata ritirata dal commercio, il topiramato è spesso associato a effetti collaterali importanti (per esempio, deficit di memoria e depressione), un fatto che limita la sua utilità clinica, e il bupropione produce un calo di peso modesto.

Il programma descritto nel libro è stato ideato per affrontare i due problemi principali che complicano il trattamento del disturbo da alimentazione incontrollata descritti sopra. Per quanto riguarda il primo problema, i meccanismi di mantenimento eterogeni che operano nel mantenere gli episodi bulimici sono affrontati

in moduli specifici con procedure derivate dalla moderna terapia cognitivo comportamentale potenziata transdiagnostica (nota anche con l'acronimo CBT-E)¹, il trattamento oggi considerato più efficace per la cura della bulimia nervosa. Per quanto riguarda il secondo problema, la perdita di peso, se indicata, è affrontata in uno specifico modulo con un moderno programma di modificazione dello stile di vita basato sulla terapia cognitivo comportamentale, la cui efficacia è stata testata in un recente studio controllato².

Il libro è diviso in due parti principali. La Parte Uno riporta le conoscenze scientifiche più aggiornate sul disturbo da alimentazione incontrollata riguardanti le caratteristiche cliniche, i fattori di rischio e di mantenimento e i dati sull'efficacia delle terapie fino ad ora valutate. Le informazioni riportate nella Parte Uno, scritte in un linguaggio accessibile al grande pubblico, possono essere utili anche ai clinici perché rappresentano un concentrato aggiornato delle conoscenze scientifiche in questo campo.

La Parte Due del libro mette a disposizione del grande pubblico la guida usata dai pazienti trattati presso l'Unità di Riabilitazione Nutrizionale della Casa di Cura Villa Garda e il centro ADA di Verona. Ho usato il termine "guida" e non "manuale" per sottolineare che il libro fornisce una guida e non una prescrizione di procedure. Il programma base ha una durata di 20 settimane ed è suddiviso in cinque moduli:

Modulo 1 ▶ Instaurare l'automonitoraggio.

Modulo 2 ▶ Mangiare in modo regolare.

Modulo 3 ▶ Fare il bilancio.

¹ Fairburn, C. G. (2010). *La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Firenze: Eclipsi.

² Dalle Grave, R., Calugi, S., Gavasso, I., El Ghoch, M., Marchesini, G. (2013). A randomized trial of energy-restricted high-protein versus high-carbohydrate, low-fat diet in morbid obesity. *Obesity*, 21, 1774-1781.

Modulo 4 Affrontare gli episodi bulimici residui.

Modulo 5 Concludere il programma e prevenire la ricaduta.

Al programma base può essere associato il modulo aggiuntivo “Affrontare l’immagine corporea” se è presente un’eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo.

Per le persone in cui il disturbo dell’alimentazione è coesistente con l’obesità o con il sovrappeso, associato a uno o più indicatori di aumentato rischio cardiovascolare, può essere associato al programma base il modulo aggiuntivo “Affrontare il peso in eccesso”. Il modulo non è indicato se è presente una storia pregressa di anoressia nervosa e di bulimia nervosa o un’associazione documentata tra restrizione dietetica e aumento del numero degli episodi bulimici.

Gli strumenti riportati nella guida del programma (per esempio, la scheda di automonitoraggio e il grafico del peso) essendo in formato A4, una dimensione più grande di quella del libro, sono scaricabili per uso esclusivamente personale nel sito www.dallegrave.it.

L’uso ideale della guida è come supporto al trattamento specialistico, come descritto nell’Appendice 3. I pazienti che hanno usato il libro in questa modalità terapeutica hanno riferito che la conoscenza di ciò che comporterà il trattamento durante la fase di preparazione li ha aiutati a ingaggiarsi e a sentirsi in controllo. Inoltre, la lettura della Parte Uno li ha aiutati ad avere fonti attendibili di informazioni sul disturbo da alimentazione incontrollata. Infine, avere a portata di mano una guida su come applicare le procedure terapeutiche al di fuori delle sedute, li ha aiutati a utilizzarle nel modo più appropriato.

Il programma descritto nel libro può anche essere usato in forma di auto-aiuto. Questa opzione può essere una valida alternativa per le persone che non hanno possibilità economiche per affrontare un trattamento specialistico o non hanno specialisti disponibili vicino al loro luogo di residenza. Le ricerche effettuate negli ultimi anni suggeriscono che l’auto-aiuto praticato da soli (auto-aiuto puro) oppure con il supporto di un terapeuta anche non specialista

che conosce il programma (auto-aiuto guidato) possono essere sufficienti a risolvere i problemi alimentari di alcune persone, specialmente se affette da disturbo da alimentazione incontrollata.

Il libro può essere anche usato in forma di auto-aiuto (puro e guidato) in associazione alla terapia farmacologica con antidepressivi. Alcuni studi indicano che i due trattamenti sembrano agire in modo additivo nel determinare una riduzione della frequenza degli episodi bulimici. Questa forma di cura sembra essere particolarmente indicata e costo-efficace nei luoghi di cura non specialistici come ad esempio la medicina di famiglia.

Buona lettura

Riccardo Dalle Grave