

Introduzione

Il disturbo da binge-eating (BED) è stato descritto per la prima volta nel 1959 dal medico americano Albert Stunkard per illustrare le caratteristiche di un sottogruppo di pazienti con obesità ed episodi ricorrenti di alimentazione eccessiva e incontrollata: un comportamento da lui chiamato *binge eating* (Stunkard, 1959). 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 di abbuffata (Ferguson & Spitzer, 1995). Nello stesso periodo si osservò che circa un quarto degli individui che richiedeva un trattamento per l'obesità riportava episodi di abbuffata ricorrenti, ma non soffriva di bulimia nervosa (Spitzer et al., 1993). Nel 1994 l'Associazione Psichiatrica Americana (APA) incluse il BED come un esempio di disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato e, nell'Appendice B del manuale statistico e diagnostico della malattie mentali (DSM-IV), fornì una lista di criteri diagnostici per ulteriori studi (American Psychiatric Association, 1994). Studi successivi confermarono che il BED presentava caratteristiche cliniche distintive rispetto alla bulimia nervosa e all'obesità supportando la validità e l'utilità clinica della diagnosi di BED (Wonderlich, Gordon, Mitchell, Crosby, & Engel, 2009), ma solo nel 2013 il disturbo fu riconosciuto dal DSM-5 come categoria diagnostica distinta (American Psychiatric Association, 2013).

Negli ultimi 15 anni sono stati pubblicati più di 2000 articoli sul BED 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 (Dalle Grave, 2014; Dalle Grave, Sartirana, El Ghoch, & Calugi, 2018a): (1) i meccanismi che mantengono gli episodi di abbuffata sono eterogenei e diversi da individuo a individuo (Dalle Grave, 2014); (2) l'effetto limitato dei trattamenti disponibili sulla perdita di peso, quando il BED è associato all'obesità (Wilson, Wilfley, Agras, & Bryson, 2010).

Per affrontare questi due problemi abbiamo sviluppato un innovativo trattamento del BED, chiamato CBT-BO (B = disturbo da Binge-eating; O = Obesità), che integra la terapia cognitivo comportamentale migliorata dei disturbi dell'alimentazione (CBT-E)

con la terapia cognitivo comportamentale dell'obesità (CBT-OB) (Cooper, Calugi, & Dalle Grave, 2019).

La CBT-E per i disturbi dell'alimentazione (Fairburn, 2008; Fairburn, 2018) è l'unico trattamento psicologico raccomandato dalle linee guida del National Institute of Health and Clinica Excellence (NICE) per tutte le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione degli adulti e adolescenti (National Guideline Alliance, 2017) e si è dimostrata particolarmente efficace nel ridurre gli episodi di abbuffata (Linardon, Wade, de la Piedad Garcia, & Brennan, 2017).

La CBT-OB (Dalle Grave, Sartirana, El Ghoch, & Calugi, 2018b; Dalle Grave, Sartirana, El Ghoch, & S., 2019) ha dimostrato di produrre una significativa perdita di peso in uno studio controllato e randomizzato (Cooper et al., 2010) e in uno studio naturalistico, eseguito in un setting clinico del mondo reale (Dalle Grave, Calugi, Bosco, et al., 2018).

La CBT-BO, integrando la CBT-E e la CBT-OB, ha l'obiettivo di aiutare il paziente a interrompere gli episodi di abbuffata e a raggiungere un peso salutare. Questi due obiettivi sono perseguiti affrontando in modo personalizzato e flessibile i fattori che mantengono gli episodi di abbuffata e l'obesità.

La CBT-BO è stata ideata principalmente per essere somministrata individualmente in un setting ambulatoriale, ma può essere adattata per essere somministrata come terapia di gruppo. È importante sottolineare, inoltre, che può essere utilizzata in combinazione con altre strategie di trattamento di efficacia dimostrata come i farmaci per la perdita di peso e la chirurgia bariatrica.

La CBT-BO adotta i principi chiave della CBT-E e della CBT-OB, in particolare lo stile collaborativo del trattamento, la struttura generale delle sedute, le strategie utilizzate per incoraggiare la partecipazione attiva del paziente nel trattamento.

Il libro è stato scritto sotto forma di manuale per i clinici ed è diviso in due parti. La prima parte riporta le conoscenze scientifiche più aggiornate sul BED; la seconda parte riporta il manuale del trattamento. Per aiutare il professionista, il trattamento è descritto in dettaglio, dalla prima all'ultima seduta del trattamento. Sono incluse vignette cliniche per illustrare i punti salienti e sono discusse le strategie per personalizzare l'intervento e adattarlo alle esigenze di un singolo paziente e a contesti specifici.

Prima di proseguire, vorremmo cogliere l'occasione per ringraziare i nostri brillanti colleghi le cui idee ci hanno ispirato a scrivere questo libro. In particolare, ringraziamo Zafra Cooper per il suo lavoro pionieristico nel sottolineare l'importanza dei processi cognitivi nel mantenimento dell'obesità e nell'integrare la CBT-E con la CBT-OB ed Elena Mischiatti della Positive Press. Un ringraziamento di cuore va anche a tutti i colleghi che, con i loro preziosi consigli, hanno contribuito a migliorare il trattamento. Infine, il nostro ringraziamento speciale va ai pazienti che abbiamo avuto il privilegio di trattare e che ci hanno fornito suggerimenti fondamentali per perfezionare il trattamento che presentiamo in questo libro.

Riccardo Dalle Grave
Massimiliano Sartirana
Simona Calugi

CAPITOLO 1

Disturbo da Binge-Eating: Informazioni Generali

CARATTERISTICHE PRINCIPALI

La caratteristica essenziale del BED è la presenza di *episodi di abbuffata* ricorrenti. Un episodio di abbuffata è definito quando si verifica l'assunzione in un discreto periodo di tempo (per es., meno di due ore) di una quantità di cibo significativamente più grande di quella che le persone mangerebbero in un simile periodo di tempo e in circostanze simili (American Psychiatric Association, 2013).

Per essere considerato un episodio di abbuffata, l'eccessivo consumo di cibo deve essere accompagnato dalla sensazione di perdita di controllo (American Psychiatric Association, 2013). Un indicatore della perdita di controllo è l'incapacità di evitare di mangiare o di fermarsi quando si è iniziato. L'indebolimento del controllo può non essere assoluto; per esempio, un individuo può continuare a mangiare mentre suona il telefono, ma interrompere l'assunzione di cibo se un familiare entra nella stanza. In alcuni casi non è presente una sensazione acuta di perdita di controllo, ma piuttosto una modalità sregolata incontrollata generale di mangiare (Engel et al., 2009). In altri casi gli individui abbandonano completamente il tentativo di controllare l'alimentazione e la sensazione di perdita di controllo può non essere apparentemente presente. Infine, alcuni individui programmano gli episodi di abbuffata. In questi ultimi due casi gli episodi sono considerati un'abbuffata se l'individuo non è in grado di farne a meno.

L'assunzione di una quantità di cibo elevata associata alla perdita di controllo è definita anche abbuffata oggettiva, per distinguerla dall'abbuffata soggettiva, dove la perdita di controllo non è associata all'assunzione di una grande quantità di cibo. Se non è presente la perdita di controllo si parla di episodio di alimentazione eccessiva o non eccessiva a seconda della quantità di cibo assunta (Figura 1.1).

Per la diagnosi di BED è richiesta la presenza di almeno un episodio di abbuffata oggettivo la settimana per tre mesi e che sia associato a marcato disagio e ad almeno tre delle seguenti caratteristiche (American Psychiatric Association, 2013):

	Quantità di cibo elevata	Quantità di cibo non elevata
Presenza di perdita di controllo	Abbuffata oggettiva	Abbuffata soggettiva
Assenza di perdita di controllo	Alimentazione eccessiva	Alimentazione non eccessiva

Figura 1.1 La classificazione degli episodi di alimentazione eccessiva

- Mangiare molto più rapidamente del normale
- Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni
- Mangiare grandi quantità di cibo quando non ci si sente fisicamente affamati
- Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando
- Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio.

Negli individui con BED gli episodi di abbuffata non sono seguiti dall'uso regolare di comportamenti di compenso (per es., vomito autoindotto, uso improprio di lassativi o diuretici, digiuno ed esercizio fisico eccessivo), come invece accade nella bulimia nervosa e si verificano nel contesto di un'alimentazione sregolata ed eccessiva.

La Tabella 1.1 riporta i criteri diagnostici del Manuale Statistico Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM-5) del BED (American Psychiatric Association, 2013). È da notare che i criteri diagnostici del BED non richiedono né la presenza di sovrappeso/obesità, né dell'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo, sebbene entrambe le caratteristiche siano frequentemente associate al disturbo, in modo particolare nei campioni clinici (Devlin, 2017).

L'11^a revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11), rispetto al DSM-5 che si occupa soltanto della classificazione delle malattie mentali, nella definizione dell'episodio di abbuffata per la diagnosi di BED *non* richiede l'assunzione di grande quantità di cibo. Infatti, secondo l'ICD-11 il "BED è caratterizzato da frequenti episodi di abbuffata (per es., una volta a settimana o più per un periodo di diversi mesi). Un episodio di abbuffata è un periodo di tempo distinto durante il quale l'individuo sperimenta una perdita soggettiva di controllo sull'alimentazione, mangia di più o in modo diverso dal solito e si sente incapace di smettere di mangiare o limitare il tipo o la quantità di cibo consumato. L'episodio di abbuffata è vissuto come molto angosciante ed è spesso accompagnato da emozioni negative come colpa o disgusto. Tuttavia, diversamente dalla bulimia nervosa, gli episodi di abbuffata non sono regolarmente seguiti da comportamenti di compenso inappropriati volti a prevenire l'aumento di peso (per es., vomito autoindotto, uno improprio di lassativi o clisteri, esercizio fisico strenuo)" (World Health Organization, 2018). Inoltre, l'ICD-11 non richiede la presenza di almeno tre dei cinque aspetti del criterio B del DSM-5

Tabella 1.1 Criteri diagnostici del disturbo da binge-eating

-
- A. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi gli aspetti seguenti:
1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (per es., un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili
 2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare cosa o quanto si sta mangiando).
- B. Gli episodi di abbuffata sono associati a tre o più dei seguenti aspetti:
1. Mangiare molto più rapidamente del normale
 2. Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni
 3. Mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente affamati
 4. Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando
 5. Sentirsi disgustati di se stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio.
- C. È presente un marcato disagio in rapporto alle abbuffate.
- D. L'abbuffata si verifica, in media, almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
- E. L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa.

Specificare se:

- **In remissione parziale:** successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da binge-eating, gli episodi di abbuffata si verificano con una frequenza media di meno di un episodio a settimana per un consistente periodo di tempo.
- **In remissione completa:** successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da binge-eating, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

Specificare la gravità attuale:

Il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza degli episodi di abbuffata (si veda sotto). Il livello di gravità può essere aumentato per riflettere altri sintomi e il grado di disabilità funzionale:

- **Lieve:** da 1 a 3 episodi di abbuffata a settimana
 - **Moderata:** da 4 a 7 episodi di abbuffata a settimana
 - **Grave:** da 8 a 13 episodi di abbuffata a settimana
 - **Estrema:** 14 o più episodi di abbuffata a settimana.
-

Derivata da: American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5TM). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

La scelta dall'ICD-11 di adottare criteri più ampi è stata fatta per rendere la diagnosi di BED più utile clinicamente perché è maggiormente in linea con l'esperienza vissuta dai pazienti con BED. Infatti, i pazienti riportano che la perdita di controllo e la percezione di avere mangiato in eccesso sono più determinanti nel caratterizzare l'esperienza di angoscia dell'episodio di abbuffata rispetto a quanto cibo venga effettivamente assunto (Hay, 2020).

EPIDEMIOLOGIA

Il Mental Health Study dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che ha esaminato gli adulti di 14 Paesi in quattro continenti, ha trovato una prevalenza *lifetime* del BED dell'1,4% (Kessler et al., 2013). I dati più recenti basati sul 2012-2013 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III (NESARC-III), che ha valutato 36.000 partecipanti, ha evidenziato una prevalenza *lifetime* dello 0,85% in campioni della popolazione che non ricercano un trattamento (Udo & Grilo, 2018). La prevalenza puntuale (*point prevalence*) è stata invece stimata essere compresa tra lo 0,62 e il 3,6% (Machado, Goncalves, & Hoek, 2013; Solmi, Hotopf, Hatch, Treasure, & Micali, 2016).

Il BED è il disturbo della nutrizione e dell'alimentazione più comune nell'adolescenza. Nella popolazione generale degli Stati Uniti, per esempio, è presente nell'1,3% degli adolescenti (Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen, & Merikangas, 2011) e la sua prevalenza tende ad aumentare nel tempo sia nei maschi che nelle femmine (Marzilli, Cerniglia, & Cimino, 2018).

A differenza di altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, come l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa in cui il rapporto femmine maschi è 9:1, nel BED il rapporto è più bilanciato ed è circa 6:4 (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007). Inoltre, è presente in tutti i gruppi etnici/razziali con una prevalenza simile nei vari gruppi (Udo & Grilo, 2018).

DECORSO

Il BED può presentarsi a qualsiasi età sebbene nei casi tipici insorga nella tarda adolescenza o nella giovane età adulta. L'età media di insorgenza è di circa 21 anni (Citrome, 2017). È presente, comunque, un'ampia distribuzione dell'insorgenza del BED che va dai 14 ai 30 anni.

Nei casi tipici, il BED inizia con episodi di abbuffata, spesso in concomitanza a eventi stressanti. Gli episodi di abbuffata determinano spesso un aumento di peso e per tale motivo alcuni individui si sottopongono a diete per cercare di dimagrire, senza però ottenere, nella maggior parte dei casi, un calo di peso duraturo (Fairburn, 2013). Questo processo è l'opposto di quanto accade nella bulimia nervosa, dove in genere la dieta precede la comparsa degli episodi di abbuffata. In alcuni casi, comunque, anche il BED inizia dopo un periodo di dieta ferrea.

Molti di questi individui alternano periodi prolungati caratterizzati da episodi di abbuffata ricorrenti ad altri privi di perdita di controllo nei confronti dell'alimentazione (Fairburn, 2013) e, sebbene si abbiano ancora poche informazioni sul decorso del BED, sembra che la migrazione del disturbo verso la bulimia nervosa e l'anoressia nervosa o gli altri disturbi dell'alimentazione sia rara (Wonderlich et al., 2009). Al contrario, uno studio longitudinale su adolescenti femmine ha osservato che il BED aumenta di circa due volte il rischio di sviluppare il sovrappeso, l'obesità e la depressione (Field et al., 2012). Infine, è stato stimato che la persistenza media del BED è di circa 16 anni (Udo & Grilo, 2018).