



4° Congresso Sezione Regionale Triveneto Società Italiana dell'Obesità
OBESITA' E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

R.Siani, L. Ravazzin, D. De Pauli

Binge Eating Disorder e Comorbidità Psichiatrica

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica Sez. di Psichiatria e
Psicologia Clinica,

Centro Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare
Università di Verona

Udine, Sabato 4 Ottobre 2008

Sala Anfiteatro Azienda Ospedaliero- Universitaria Udine



Introduzione

Il Binge Eating Disorder (BED) o Disturbo dell'alimentazione incontrollata fu descritto per la prima volta da Stunkard nel 1959 in un gruppo di **pazienti obesi** che mostravano degli **episodi di abbuffate in assenza di comportamenti compensatori**.

Per arrivare ad una migliore definizione dei criteri diagnostici si è però dovuto aspettare il 1993, anno in cui furono pubblicati i risultati di due importanti studi (Spitzer et al., 1993; Yanovski, 1993).



Introduzione

Tali ricerche, infatti, entrambe basate su campioni di circa 2000 soggetti, hanno permesso di individuare **le due principali caratteristiche** del BED:

- 1) *“mangiare, in un discreto periodo di tempo ..., una grande quantità di cibo che un individuo nelle medesime condizioni non consumerebbe”.*
- 2) *“la sensazione di perdita del controllo sull'alimentazione durante questi episodi che non permettono di fermarsi o limitare la quantità di cibo assunto”.*



Il BED nel DSM-IV

L'individuazione di tali criteri ha poi portato a inserire la diagnosi di BED nell'appendice B del DSM-IV-TR.

Il DSM-IV è così arrivato a una più chiara e sistematica descrizione del BED proprio a partire dai risultati degli studi sopracitati.

Anche per il DSM-IV infatti nel BED gli episodi ricorrenti di Binge Eating devono includere:

- 1) la sensazione di perdita di controllo (sensazione di essere incapace di interrompere l'alimentazione o di essere incapace di controllare che cosa o quanto si sta assumendo con il cibo).
- 2) il consumo di grandi quantità di cibo, obiettivamente viste come maggiori di quelle che la maggior parte delle persone riuscirebbe a mangiare in singole circostanze.



BED e criteri diagnostici

Per il DSM i soggetti affetti da BED devono inoltre aver fatto esperienza di almeno tre dei seguenti cinque indicatori:

- mangiare più rapidamente del solito
- mangiare fino a sentirsi sazio in maniera sgradevole
- assumere grandi quantità di cibo senza aver soggettivamente fame
- mangiare da soli, per imbarazzo sociale legato alla quantità dei cibi che vengono consumati
- successivo senso di preoccupazione o di angoscia, come disgusto, depressione colpa estrema per l'episodio accaduto



BED vs BN

Questa rapida ricapitolazione dei criteri diagnostici individuati dal DSM ci permette di cogliere come il BED venga distinto dalla Bulimia Nervosa (BN) in particolare per l'assenza di comportamenti compensatori (vomito autoindotto, abuso di lassativi e di diuretici, digiuno o esercizio fisico eccessivo).



BED e validità diagnostica

L'inclusione del BED come diagnosi provvisoria del DSM-IV ha aumentato notevolmente l'attenzione clinica verso i problemi precedentemente trascurati del Binge Eating e dell'obesità.

Va però precisato che negli ultimi anni non sono mancate critiche rispetto alla reale utilità di inserire questa nuova categoria diagnostica.

In particolare molti ricercatori si sono chiesti:

- Le persone con BED differiscono da quelle obese?
- Il BED è una diagnosi distinta o un sottotipo della Bulimia Nervosa?



Distribuzione

I dati sulla distribuzione del BED variano largamente in base al metodo d'indagine effettuato e alla definizione di abbuffata.

La prevalenza del BED è di circa il 1-2% nella popolazione generale (Stunkard, 1996; Spitzer et al., 1993) e varia dal 9 al 19% nella popolazione clinica affetta da obesità (Stunkard, 1996) e dal 9 al 47% nei pazienti obesi che richiedono l'intervento di chirurgia bariatrica (Adami et al., 2005).

Seppur con minor frequenza episodi di Binge Eating si registrano anche tra le persone normopeso che risultano così maggiormente predisposte a sviluppare sovrappeso od obesità (Allison et al., 2005).

Non sembrano esservi differenze legate al genere, mentre l'età dei pazienti che richiedono un aiuto varia tra i 30 e i 50 anni.



Comorbidità: BED e Obesità

I soggetti obesi con BED hanno mostrato avere:

- una patologia alimentare più severa rispetto ai soggetti obesi senza BED
- un esordio più precoce dell'obesità
- più alti livelli di insoddisfazione corporea
- più frequenti tentativi di dieta
- maggiori problematiche psicologiche (Wurtman; 1995; Barry et al; 2003)

La preoccupazione per peso e i disturbi dell' immagine corporea dei soggetti obesi con BED sono simili a quelle trovate nei soggetti con Bulimia o Anoressia Nervosa (Barry et al; 2003).



BED e comorbidità psichiatrica

Gli studi sulla relazione tra problematiche psicologiche nella popolazione obesa rispetto alla popolazione generale, hanno prodotto risultati contraddittori. (Goldsmith et al.,1992, Halmi et al, 1980; McReynolds, 1982; Wadden & Stunkard, 1987).

Un alta percentuale di problematiche psicologiche sembra associata in particolare al sottogruppo di pazienti obesi che presentano problemi di Binge Eating.



BED e comorbidità psichiatrica

Le persone obese affette da binge eating hanno una probabilità più alta di avere un qualche disturbo psichiatrico di Asse I nel corso della loro vita rispetto agli individui obesi non affetti da binge eating. (Mussell et al., 1996 ; Specker, et al., 1994 ; Telche, Stice, 1998 ; Yanowski et al, 1993; Wilfey et al. 2000).

Il disturbo depressivo maggiore (MMD) è di gran lunga la diagnosi più comune associata al BED. (Mussell et al., 1996 ; Specker, et al., 1994 ; Telche, Stice, 1998 ; Yanowski et al, 1993).



BED e comorbidità psichiatrica

Anche gli studi che si sono interessati dei disturbi di personalità hanno trovato una più alta prevalenza di questi disturbi tra i campioni di soggetti obesi affetti da binge eating che non tra quelli che non ne erano affetti. (specker et al.,1994; Telch, Stice, 1998; Yanowsky et al., 1993).



BED e comorbidità psichiatrica

Alcuni ricercatori hanno osservato che in diversi campioni di soggetti con BED, i pazienti che avevano un grado più severo del disturbo aveva più problemi di tipo psichiatrico rispetto ai soggetti con livelli più bassi di gravità.

In particolare:

- erano significativamente più depressi (Telch & Agras nel 1994; Antony et al., 1994; Mussell et al., 1996).

- mostravano più alti livelli di ansia (Telch & Agras nel 1994; Antony et al., 1994; Mussell et al., 1996).

- una più bassa autostima e più alti livelli di impulsività (de Zawn et al; 1992; de Zawn et al., 1994).

- Alti livelli di demoralizzazione, rabbia e ostilità (Fischer et al., 1993).

- Elevata comorbidità con i disturbi di personalità (Specker et al., 1994; Telch, Stice, 1998; Yanowsky et al., 1993).



BED e comorbidità psichiatrica

Ed ancora:

- vi è una più alta percentuale di pazienti con disturbi di personalità nei sottogruppi di soggetti obesi affetti da BED rispetto ai sottogruppi di pazienti obesi senza BED (Specker et al., 1994; Telch, Stice, 1998; Yanowsky et al., 1993).

- la sintomatologia del binge eating è molto più severa quando questa malattia insorge nel contesto di un disturbo di personalità

- I disturbi di personalità di cluster B sono quelli maggiormente associati al BED.

- La cronica instabilità cognitiva e affettiva associata ai disturbi di cluster B può rendere molto difficoltoso per questi individui mantenere i risultati del trattamento, aumentando il rischio di ricadute durante la terapia.



Conclusioni

- I pazienti obesi affetti da BED mostrano una maggiore comorbidità con i disturbi di Asse I e II rispetto ai pazienti obesi senza BED
- In Asse I il disturbo depressivo maggiore è di gran lunga la diagnosi più comune associata al BED
- In Asse II i disturbi di personalità di cluster B sono quelli maggiormente associati al BED
- Nel trattamento del BED è importante considerare l'eventuale presenza di un DP che spesso funge da contesto al disturbo alimentare stesso.
- Gli individui affetti da BED che mostrano comorbidità con un DP possono richiedere terapie più lunghe o terapie di mantenimento durante i follow up, al fine di prevenire ricadute (Frank et al., 1993, 1990)



Implicazioni cliniche

Se da una lato la pericolosità dei DCA per la salute generale impone tempestivi piani di trattamento dei sintomi alimentari, è evidente dall'altro che tali strategie focalizzate solo sui sintomi possono fallire, se contemporaneamente si trascura la struttura di personalità, vale a dire il contesto in cui si manifesta il disturbo alimentare (Westen D & Harnden-Fischer J. 2001; Wonderlich S.A. et al., 2005; Thompson-Brenner H. et al. 2007).