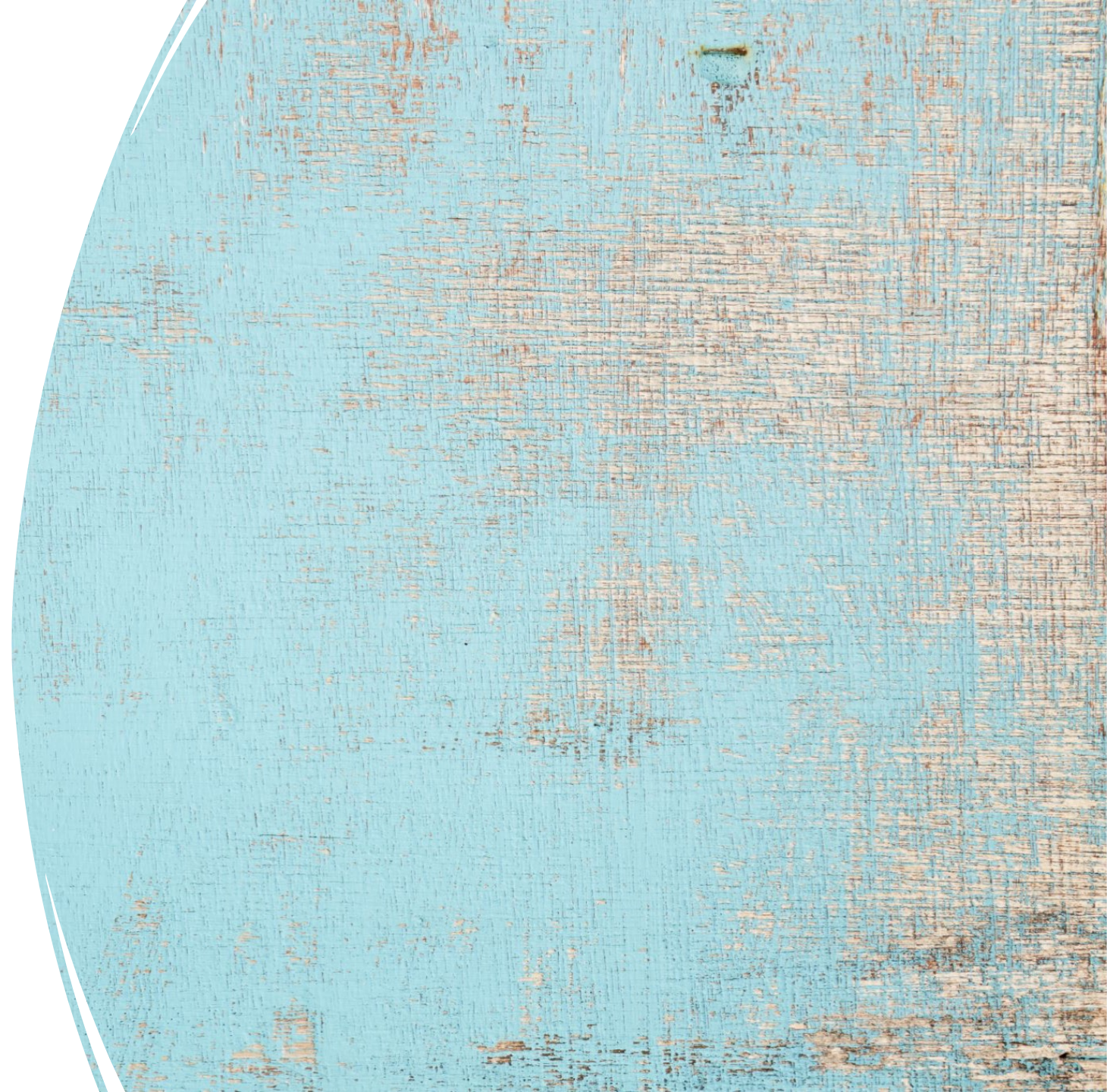


Disturbo da alimentazione incontrollata

Interventi per integrare la
perdita di peso nel BED





Indice

1. Cos'è il Binge Eating Disorder e in che relazione sta con l'obesità.
2. La terapia: linee guida e criticità.
3. Trattamenti alimentari per il BED:
 - OBET
 - CBTN + PA
 - VLCD
4. Conclusioni.

Cos'è il Binge Eating Disorder?

Perché e come si correla all'obesità?

Il disturbo da alimentazione incontrollata (BED) è un tipo di disturbo alimentare recentemente incluso nel Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali, quinta edizione (DSM-5). Secondo i criteri del DSM-5, il Binge Eating Disorder, come la bulimia nervosa (BN), è un disturbo caratterizzato da **ricorrenti episodi di abbuffate, almeno una volta alla settimana nei 3 mesi precedenti alla diagnosi**. Tuttavia, a differenza della BN, vede l'**assenza di comportamenti compensatori inappropriati** (come vomito autoindotto, digiuno, abuso di lassativi o diuretici o esercizio fisico eccessivo).

A causa dell'**eccessivo consumo calorico**, il BED è fortemente associato all'obesità, anche per questo ha un forte impatto sulla qualità della vita e conferisce un **umentato rischio di comorbidità mediche** (es. sindrome metabolica: principalmente diabete di tipo 2, ipercolesterolemia e ipertensione).

Risultati di alcuni studi suggeriscono una correlazione diretta tra la prevalenza di BED e il BMI, secondo cui **la prevalenza di BED nel corso della vita aumenta quando l'IMC aumenta**. Alcuni studi hanno calcolato la percentuale di sovrappeso e obesità nelle persone che soffrono del disturbo. Lo ha riportato l'indagine mondiale sulla salute mentale dell'OMS: il 30,7% degli individui che ha sviluppato BED nel corso della vita era in sovrappeso e il 32,8% soffriva di obesità. La percentuale di obesità per chi ha sviluppato BED nel corso della vita è aumentata sostanzialmente all'87,8% in un'altra indagine in cui il campione era composto da 1383 pazienti di sesso femminile con ED diagnosticato secondo i criteri del DSM-IV.

Quest'ultimo studio ha scoperto che il 62,8% dei pazienti con BED aveva una storia familiare di obesità e quasi il 29,0% aveva sofferto dall'obesità infantile. Inoltre, avere una storia familiare di BED è stato considerato un fattore di rischio per lo sviluppo di obesità in età adulta.

↑ BMI ↑ BED

La terapia

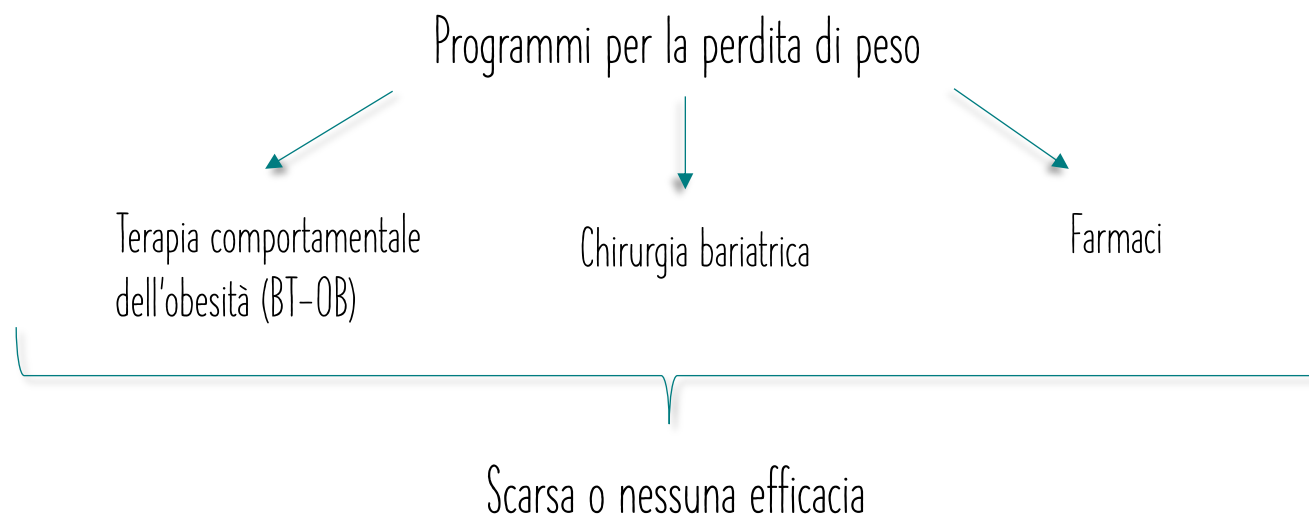
Terapia cognitivo-comportamentale per i disturbi dell'alimentazione (CBT-ED)

Psicoterapia interpersonale (IPT)

Auto-aiuto guidato basato sulla CBT-ED (trattamento di prima scelta secondo le linee guida NICE 2017)

Un trattamento a «tuttotondo»...

"i trattamenti psicologici finalizzati al trattamento degli episodi di abbuffata hanno un effetto limitato sul peso corporeo e la perdita di peso non è un obiettivo terapeutico di per sé"



Nasce la necessità e l'urgenza di progettare e testare nuovi trattamenti per il BED associato all'obesità che siano in grado di produrre sia la remissione dagli episodi di abbuffata, sia una riduzione significativa e salutare del peso a lungo termine.

Il trattamento OBET



Il trattamento OBET è un tipo di approccio progettato (a) per **insegnare abilità di coping** che possano aiutare i partecipanti ad affrontare le emozioni negative e le situazioni stressanti che possono contribuire ad intraprendere diete restrittive e abbuffate, (b) aiutare i partecipanti nello **sviluppo del supporto sociale tra pari** per facilitare l'apprendimento e l'attuazione delle abilità e (c) **ridurre i rigidi schemi dietetici eccessivamente restrittivi** che possono contribuire all'abbuffata, normalizzando i modelli alimentari.

La logica presentata dal trattamento OBET si basa sull'idea secondo cui la dieta restrittiva possa portare a sentimenti di fame e privazione che, soprattutto se combinati con emozioni negative, possono indurre le persone ad abbuffarsi o a mangiare in modo incontrollato. Le abbuffate sono quindi seguite da sentimenti di colpa, frustrazione e disperazione per il proprio peso. Questo può portare a una dieta ancora più restrittiva, **perpetuando così il ciclo**.

Lo studio ha coinvolto un gruppo randomizzato e controllato di donne obese sotto trattamento OBET, confrontandolo con un gruppo sotto trattamento comportamentale standard per la perdita di peso. Sono state coinvolte donne che hanno riportato tutti i livelli di gravità del disturbo.

- I soggetti sono stati incoraggiati a mangiare **tre pasti sani e a basso contenuto di grassi al giorno** e hanno mantenuto un **conteggio settimanale del numero di pasti** consumati al giorno (con un obiettivo di 3) e della **quantità totale di frutta e verdura** mangiata.
- Ai soggetti è stato chiesto di **non pesarsi durante la settimana**.
- Nel tentativo di ridurre la rigida attenzione nei confronti della dieta e delle calorie assunte, ai soggetti sotto trattamento OBET era stato indicato di **non monitorare le calorie**.
- I partecipanti hanno **monitorato soltanto i livelli della fame prima e dopo i pasti** con l'intento di focalizzare l'attenzione sulle sensazioni reali di fame o sazietà piuttosto che sugli obiettivi calorici.

I risultati...

I risultati hanno indicato **interazioni significative tra i tipi di trattamento e la gravità del disturbo** nella la perdita di peso. Nel post-trattamento, per le donne con disturbo severo, è stata evidenziata la tendenza a perdere più peso con il trattamento specifico per il binge. Questa differenza era ancora più significativa al follow-up: le donne con disturbo severo sotto trattamento OBET hanno continuato a perdere peso (perdita di peso media di 8,2 kg).

Lo studio fornisce interessanti dati preliminari su un **trattamento dimagrante potenzialmente efficace** per le donne con gravi problemi di alimentazione incontrollata.

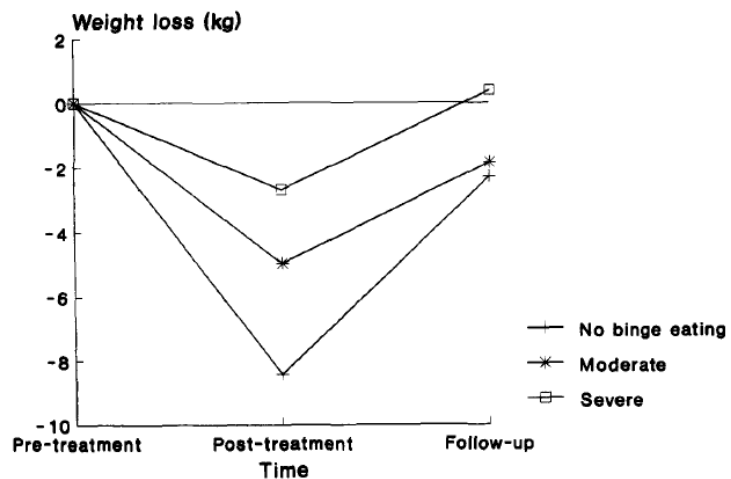
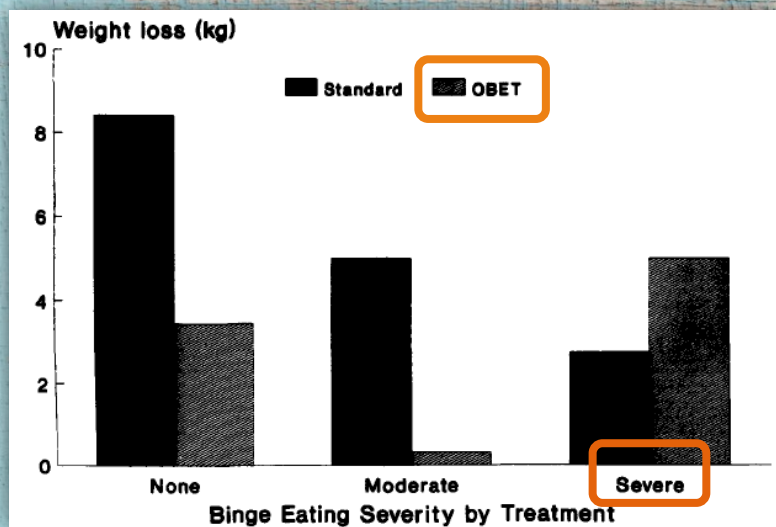


FIG. 2. Mean weight loss (kg) for subjects completing the standard treatment with no, moderate, and severe binge eating at pre-treatment, post-treatment, and follow-up.

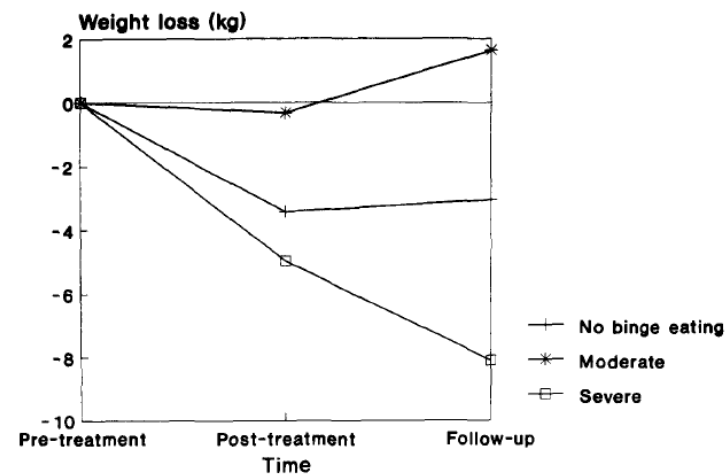


FIG. 3. Mean weight loss (kg) for women completing the obese binge eating treatment with no, moderate, and severe binge eating at pre-treatment, post-treatment, and follow-up.

Terapia CBTN + PA

Cosa è emerso...

Questo studio è stato condotto su 61 pazienti e ha come obiettivo quello di proporre una **terapia cognitivo-comportamentale combinata con una terapia nutrizionale e con un programma di attività fisica**. Lo scopo è quello di **verificare se l'aggiunta di un programma nutrizionale e di uno di attività fisica porti ad una significativa perdita di peso e consenta il miglioramento psicologico dei pazienti**.

I pazienti hanno partecipato a un trattamento di gruppo di 12 sessioni settimanali basato su una terapia puramente cognitivo-comportamentale (**CBT**), oppure una terapia cognitivo-comportamentale associata a un approccio nutrizionale focalizzato principalmente sulla restrizione dei grassi (**CBT + N**), o su una terapia cognitivo-comportamentale combinata con un approccio nutrizionale e di attività fisica programmata (**CBTN + PA**).

Durante una pura CBT, nella maggior parte dei casi, i pazienti rinunciano all'idea di perdere peso e di imparare a controllare l'assunzione di cibo. Sembra che **il contributo di un progetto di attività fisica ad una CBT nutrizionale aumenti la motivazione nel perdere peso**, cosa che era scomparsa nel gruppo CBT e CBT+N.



Risultati sul
peso...

Ma non solo...

La perdita di peso media è significativa dopo l'associazione tra terapia cognitivo-comportamentale ed educazione alimentare, ma è **ancora più significativa dopo la combinazione tra terapia cognitivo-comportamentale e programma di educazione alimentare e di attività fisica.**

Anche punteggi di **depressione e di ansia migliorano** solo nel trattamento combinato di alimentazione, attività fisica e approccio cognitivo-comportamentale. La riduzione dell'ansia sembra essere direttamente collegata all'impatto della CBTN+PA, mentre non si osserva alcun cambiamento nella CBT e nella CBT+N; questo vale anche per la depressione. **Sembra che l'attività fisica associata alla perdita di peso sia il modo migliore per migliorare lo stato psicologico.**

In generale il disturbo alimentare è migliorato in modo significativo in tutti e tre gli approcci, ma i miglioramenti sembrano essere più importanti nell'approccio combinato.



Diete a bassissimo contenuto calorico (VLCD)

Il peso...

Le abbuffate...

Almeno sette studi hanno esaminato l'effetto delle VLCD sugli individui con BED.

Tipicamente, le VLCD sono seguite sotto controllo medico e accompagnate da programmi completi di gestione del peso che includono interventi comportamentali e di educazione alimentare.

L'apporto calorico nelle VLCD si aggira attorno alle 800 kcal al giorno, più le dosi consigliate di vitamine e minerali. Dopo che i soggetti escono dal percorso dietoterapico rapido con una VLCD, entrano in una fase di stabilizzazione del peso di circa 6 settimane, durante la quale seguono una dieta equilibrata di circa 1200 kcal al giorno.

Questi studi hanno dimostrato che la presenza di abbuffate non riduce l'efficacia dei programmi VLCD per la perdita di peso e che gli individui obesi perdano circa 20 kg durante il programma di dieta, indipendentemente dalla presenza di abbuffate, peso che viene mantenuto fino a 6 mesi.

Anzi, i **soggetti con BED mantengono una maggiore perdita di peso al follow-up di 12 mesi** rispetto ai soggetti con obesità senza BED.

Tra l'altro i rapporti indicavano che le VLCD avevano un **impatto significativo sul comportamento disfunzionale delle abbuffate**. Infatti, il 57% e il 33% dei soggetti BED non ha più soddisfatto i criteri diagnostici al follow-up a 6 mesi e a 12 mesi, rispettivamente.



In conclusione...

La perdita di peso nei pazienti obesi con BED, pur non essendo l'obiettivo principale secondo quanto stabilito dalle linee guida, riveste un ruolo importante sia nel **migliorare le comorbidità associate all'obesità**, sia nel **ripristinare la motivazione del paziente**, che spesso rinuncia all'idea di perdere peso sentendosi abbandonato a se stesso e senza speranza, sia nel **migliorare il tono dell'umore**.

Da qui, **la necessità di stabilire trattamenti specifici per pazienti con BED in grado di produrre anche una perdita di peso salutare a lungo termine**. Gli studi e gli interventi citati si propongono di fornire una soluzione a questo dilemma, ma la ricerca è ancora in corso, finalizzata a validare tali interventi attraverso studi condotti su campioni più ampi di popolazione.

